

Nr. 6/marts/2006
88. årgang



Viljen er der

En fysioterapeut, en kiropraktor og en praktiserende læge diskuterer rygbehandlingen i primærsektoren. Side 26

Fysioterapeuten

www.fysio.dk



Træningsterapi hjælp på skuldresmerter

Et øvelsesprogram med mange gentagelser og lav belastning førte til bedre funktion.

SIDE 4

Artikler

Høj træningsdosis hjælp på skuldersmerter



En patient med subakromialt smertesyndrom kom først af med sine skuldersmerter, da han fik medicinsk træningsterapi.

4

Klinisk kvarter



Specialist i muskuloskeletal fysioterapi, Birte Carstensen, beskriver en case, hvor en kvinde fik smerter i ryg og baller, da hun øgede sin løbedistance.

16

Forandring tager tid

Ifølge Sundhedsstyrelsens nylige evaluering af rygområdet er passive behandlingsmetoder stadig i brug flere steder, selvom de stort set frarådes i MTV-rapporten fra 1999. Men hvorfor?

21

Viljen til samarbejde er der



Samarbejdet om rygpatienterne i primærsektoren kunne være bedre. Redaktionen har samlet nogle af parterne

for at høre deres bud på, hvad der er galt, og hvordan det kan gøres bedre.

26



Peter M. Jensen

Man bør ikke være uvenner, når man skændes

Flere undersøgelser har vist, at gifte folk har et bedre helbred end enlige, men helt så sort/hvidt er det nu ikke. Ægtefolks helbred afhænger blandt andet af, hvordan de tackler ægteskabelige uenigheder, viser ny forskning. En amerikansk professor har fundet en sammenhæng mellem dårlige diskussionsvaner og forkalkede blodårer. Forsøgspersonerne blev sat til at diskutere forskellige temaer, diskussionerne blev analyseret, og forsøgspersonerne blev undersøgt med en CT-scanner. Det viste sig, at der er forskel på, hvilke vaner der skader hvilket køn: Jo mere fjendtligt kvinderne optrådte i diskussionerne, jo mere forkalkede var årene rundt om kvindernes hjerter. Havde kvinden oveni også en uvenlig mand, så det endnu værre ud for hendes hjerte. Mændene derimod så ikke ud til at tage så meget skade af fjendtlige opgør. I stedet så blodårerne ud til at være mest forkalkede hos de mænd, der levede i ægteskaber, hvor enten de selv eller deres kone havde en kontrollerende eller dominerende adfærd.

Kilde forskning.no

Det faste

Litteratur	15, 28
Fysnyt	18
Nyt på nettet	19
Presseklip	30
Debat	31

Mere demokrati men...

Det står lidt sløjt til med opbakningen til demokratiet, når det gælder om at melde sig til de besluttende organer. Danske Fysioterapeuter skal for første gang sammensætte et repræsentantskab, der består af repræsentanter fra regionsbestyrelser samt faktioner, faggrupper og fagfora. Desværre har der kun meldt sig 14 kandidater til de 15 pladser, som fraktioner, faggrupper og fagfora råder over. Dertil kommer, at der i regionerne Midt- og Sydjylland kun lige akkurat er opstillet det antal kandidater, der skal vælges. Så her er alle kandidater automatisk en del af repræsentantskabet.

Det er ærgerligt, at der ikke er kampvalg til alle pladser. Det er godt for demokratiet, når meninger brydes, og mange ønsker at få indflydelse. Vel vidende at Danske Fysioterapeuter ikke er den eneste organisation, der har problemer med at rekruttere til de besluttende organer, kan man godt sidde i organisationens top og tænke over, hvorfor der ikke er flere, der søger indflydelsen og har lyst til at forme holdninger og handlinger. Nu vel, jeg er ukuelig optimist og tror, at der er tale om begyndervanskeligheder. Hvis vi formår at vise, at fagpolitik er relevant og spændende, og at man på det kommende repræsentantskabsmøde tager beslutninger, der kan bringe fysioterapi og fysioterapeuter frem i front i sundhedsvæsenet, bør interessen komme.

Baggrunden for at ændre sammensætningen af repræsentantskabet var et ønske om at brede demokratiet ud, skabe større interesse for foreningens aktiviteter samt få en bedre dialog med medlemsskaren om indsatser og holdninger. Selvom de formelle organer er vigtige, når der skal træffes beslutninger, må vi ikke glemme den løbende og mere uformelle dialog mellem medlemmer og politikere. Her er opgaven at sikre, at debatten er levende i fagblad og på hjemmesiderne, at medlemmerne bliver inddraget og spurgt til råds, og at politikerne tager på besøg på arbejdspladserne. Vi skal som forening være sikre på, at vi varetager medlemmernes interesser og arbejder med de problemstillinger, som optager dem. Hvis vi bliver i tvivl om dét og ikke har dialogen, så har demokratiet for alvor spillet fallit.

Når vi mødes i november måned til repræsentantskabsmøde, vil en række forslag være inspireret af denne dialog. For demokratiet vil aldrig gå af mode, heller ikke når det gælder Danske Fysioterapeuter. Men opgaven er hele tiden at udvikle formen, så demokratiet fremstår frisk og appellerer til flest muligt. Og så vil jeg for øvrigt lige minde, om at man jo ikke behøver at være valgt for at deltage i repræsentantskabsmødet. Almindelige medlemmer kan overvære mødet som tilhørere.



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*



FORSIDE:
JOACHIM RODE

Udgiver:
Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Telefon 33 41 46 20

E-mail:
Redaktionen@fysio.dk
www.fysio.dk

Redaktion:
Informationschef
Mikael Mølgaard, ansv.red.
mm@fysio.dk
Faglig redaktør Vibeke Pilmark
vp@fysio.dk
Journalist Anne Guldager
ag@fysio.dk
Sekretær Jonna Søgaard Harup
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 Coupe
Ulla Mulbjerg
Poul Henriksen
Jeanette Præstegaard
Karen Thøgersen
Nina Beyer
Jette Christensen
Bente Holm

ISSN 1601-1465

Den norske fysioterapeut Tom Arild Torstensson holder et oplæg om subakromialt smertesyndrom på Fagfestivalen.



Høj træningsdosis hjælp på skuldersmerter

En patient med subakromialt smertesyndrom kom først af med sine skuldersmerter, da han fik medicinsk træningsterapi



FAGFESTIVAL

AF TOM ARILD TORSTENSEN, HÅVARD ØSTERÅS,
KARIN HARMS-RINGDAHL

FOTO SCAALAR PHOTOSTUDIO OVERSÆTTELSE ANNI
THERKELSEN, AJOURTRANSLATION

Efter rygsmerter er skuldersmerter den mest almindelige muskel- og skeletlidelse, der fører til nedsat funktion, sygemelding og tidlig førtidspensionering (1,2). I de vestlige industriland angiver 16 til 21 procent af befolkningen, at de har smerter og nedsat funktion fra skulderområdet

(1,2), og cirka en femtedel af alle førtidspensioneringer på grund af muskel- og skeletlidelser gives til patienter med skuldersmerter (3). Den mest almindelige årsag til skuldersmerter er subakromialt smertesyndrom, også kaldet "impingement syndrom", som udgør 44 til 60

procent af alle de tilfælde, hvor en patient opsøger praktiserende læge på grund af skuldersmerter (4).

Årsagen til subakromialt smertesyndrom kan være ensidigt gentaget arbejde over skulderhøjde eller en eller flere kraftige overbelastninger af skulderen, som initialt starter en inflammationsproces. Det mest almindelige symptom på subakromialt smertesyndrom er smerte og stivhed lateralt over skulderen, hvilket giver nedsat bevægelighed og muskelstyrke. Efter nogle få uger ændrer den patologiske tilstand i senevævet sig fra en tendinit til en tendinose (5).

Nyere forskning har vist, at ved en tendinostilstand vokser de små blodkar ind i senevævet, og med blodkaret følger der en nerve (neovessel) (6,7). Når patienter med akillestendinose gennemfører ekscentrisk træning i længere tid reverserer neovaskulariseringen, og senen normaliseres (8). Dette er ikke dokumenteret hos patienter med kronisk subakromialt smertesyndrom (9).

Metoderne til behandling af subakromialt smertesyndrom varierer mellem forskellige former for elektroterapi som ultralyd, laser, TENS og "extracorporal shock wave therapy". Andre metoder, som også anvendes, er akupunktur, forskellige former for manuel terapi, massage, stræk, ergonomiske tiltag, kulde/varme pakninger, udholdenhedstræning, styrketræning, koordinations-træning, kortisoninjektioner og forskellige former for smertedæmpende piller og betændelsesdæmpende præparater (NSAID). Den videnskabelige dokumentation viser, at forskellige former for øvelsesterapi, kortisoninjektioner og kirurgi er dokumenteret effektivt hos patienter med subakromialt smertesyndrom (10-15). I studier fra Sverige konkluderede Johanson med kolleger (16,17), at der ikke var nogen sammenhæng mellem de metoder, der var videnskabeligt dokumenteret effektive, og alle de metoder/interventioner, som læger og fysioterapeuter til dagligt bruger og stoler på som effektive.

Hensigten med denne case rapport er at synliggøre, at fysioterapi som doseret optræning alene kan være en meget effektiv behandling for en patient med kronisk subakromialt smertesyndrom.

CASE RAPPORTEN

Baggrund

Per er 48 år, gift og har tre teenagebørn. Han har arbejdet som snedker i 28 år og er selvstændig næringsdrivende. De sidste tre år har han haft en tømrer ansat. Per er aktiv i fritiden og er i god fysisk form. Han vejer 78 kg og er 183 cm høj.

For fire år siden fik Per akutte smerter i højre skulder efter at have brugt sømpistol under bygningen af et tag. Især arbejdet over skulderhøjde var belastende, og han tror, at det var det, som udløste skuldersmerterne. Symptomerne udviklede sig i løbet af 24 timer til kraftige smerter lateralt over skulderen, som strålede

ned i overarmen, og han kunne kun lige løfte armen ud fra kroppen. Smerterne var så kraftige om natten, at nattesøvnen blev forstyrret. Den akutte behandling var hvile og sygemelding fra jobbet i to uger kombineret med smertestillende og betændelsesdæmpende piller. Behandlingen hjalp tilstrækkeligt til, at Per kunne arbejde igen. Symptomerne kom alligevel tilbage efter cirka tre måneder, men nu følte de mere som en let tandpine. Han mærkede kun lidt til smerterne om dagen, når han arbejdede, men om natten kunne han vågne på grund af skuldersmerter, og det var umuligt at ligge på højre skulder.

Pers praktiserende læge har henvist ham til fire forskellige fysioterapeuter de seneste år (tabel 1 side 6). Efter behandlingerne hos de første tre fysioterapeuter følte han nogen bedring, men efter nogle uger var tilstanden uforandret. Kortisoninjektioner, NSAID og periodevis sygemeldingsperioder gjorde, at han også fik det bedre, men når han begyndte at arbejde, kom symptomerne hurtigt tilbage. Han fik efterhånden langvarige perioder med smerter og nedsat funktion, og det sidste år var han så plaget af smerter, at han begyndte at overveje omskoling. Heldigvis fik han god hjælp af sin medarbejder, som tog de tungeste og mest ensidigt belastende jobs. Efter samtale med sin praktiserende læge blev Per overtalt til at prøve et mere systematisk behandlingsoplæg hos fysioterapeut, før eventuel kirurgi blev overvejet.

NUVÆRENDE SYGEHISTORIE

Per har nu været sygemeldt i tre måneder på grund af smerter i højre skulder. Han er tydeligt nedtrykt og urolig over sin sundhedstilstand, som påvirker hans arbejdssituation. I vinter har han stået meget på ski og har presset på med mange aktiviteter, som kun har ført til øget smerte i skulderen. Han har ikke været interesseret i at prøve fysioterapi, fordi han tidligere har oplevet, at det kun havde lidt eller ingen effekt.

KLINISK UNDERSØGELSE

Patienten har god holdning og normale kurvaturer. Højre skulderrunding er noget lavere end venstre, og scapula vinger også noget mere på højre side. Dette vurderes som normale, strukturelle ændringer på grund af et langt, aktivt arbejdsliv som højrehåndet snedker. Højre skulderrunding har noget mere muskelfylde end venstre.

- Cervikalcolumna: Lateralfleksion til venstre og rotation til højre er let nedsat og giver stræksmerter ▶

indgang

■ Den norske fysioterapeut Tom Arild Torstensen holder et oplæg om subakromialt smertesyndrom på fagfestivalen. I den forbindelse har Fysioterapeuten fået oversat Tom Arild Torstensen et als artikel "Dose-responseeffekt ved bruk av medisinsk treningsterapi ved langvarig subakromialt smertesyndrom" fra det norske Fysioterapeuten nr. 10 2005.

- ▶ i nakkemuskulaturen og over skulderrundingen i højre side. Per oplever dette som en bagatelagtig smerte, der er anderledes end den smerte, han lider af i skulderen.
- Neurodynamiske test er negative, og cervikal traktion giver ingen ændring af symptombilledet.
- Aktive bevægeudslag i højre glenohumeralled giver 45 graders abduktion, 70 graders fleksion, indadrotation til glutealfolden og 25 graders udadrotation.
- Passive bevægeudslag er 10-15 grader udover det aktive bevægeudslag. Smerte er en begrænsende faktor for øget bevægeudslag, og smerten ligger lateralt over rotatorcuffen. Symptomet reproduceres gennem de forskellige bevægelsestest.
- Isometriske provokationstest af abduktion, udadrotation og fleksion giver smerter lateralt over rotatorcuffen og over deltoideus med nogen stråling ned i overarmen.
- Specifikke "impingement" test er positive.
- Palpation ind mod fæstet af rotatorcuffen på tuberculum majus med skulderen ekstenderet og indadroteret giver en genkendelig smerte for både patient og fysioterapeut. Per har også udviklet triggerpunkter i mm. deltoidei, levator scapula-fæstet, i mm. infraspinatus og mm. teres major og mm. minor, som ved palpation giver smerte mod skulder og overarm.
- Screening af nakke, thorakaldel af ryg, albue og underarm giver ingen symptomer i skulder/arm-regionen.
- Funktionen i venstre skulder/arm var normal med fuld styrke, fulde bevægelsesudslag og normal funktion.

RØNTGEN

Almindelig røntgen viser en normal vinkling af acromion og ingen artrose eller andre degenerative ændringer. Magnetrontgen, som blev taget ved behandlingens start, viser, at supraspinatussenen og bicepsens lange hoved er fortykket (øget diameter), og at der er øget væske i bursa subacromialis. Dette tyder på, at Per har udviklet en tendinosestilstand i blandt andet supraspinatus. Der er ingen fund af partielle eller totale rupturer på rotatorcuff-senerne.

Spørgeskemaer

Per udfylder tre spørgeskemaer (se scorerne i tabel 2)

- Smerte (Visual Analogue Scale (VAS))
- Shoulder Rating Questionnaire (SRQ), (18,19)
- Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK), (20,21)
- Pain Catastrophizing Scale (PCS), (22,23)

Konklusion og forslag til tiltag

Sygehistorien og den kliniske undersøgelse peger i retning af, at Per lider af kronisk subakromialt smertesyndrom, antageligt med en tendinosestilstand i rotatorcuffen. Behandling i form af selvtræning har ikke været en succes, og han har en negativ oplevelse af sundhedsvæsenet, hvor forskellige behandlinger har haft kortvarig eller ingen effekt. Per er nedtrykt og giver udtryk for, at han har mistet kontrollen over situationen. Han scorer højt på spørgeskemaet, hvori han udtrykker katastrofetanker vedrørende sin smerte og dysfunktion (PCS)(22,23).

Per har ingen udtalt bevægelsesfobi (TSK), (20,21) og har som udgangspunkt en positiv og aktiv mestringsstrategi og tro på, at fysisk aktivitet er positivt. Men han

TABEL 1: Viser registrering af antal minutter og antal øvelser, serier og repetitioner i hver serie for hver behandling og antal behandlinger over tid. Registreringen omfatter både tidligere fysioterapibehandlinger, som Per har gennemgået de sidste fire år og behandlingen, som denne kasuistikken beskriver (4).

Tidligere behandling	Antal øvelser og dosering	Behandlingstid	Behandlingsdosis over tid
4 år siden hos fys.	5 – 10 min. ergometercykel. 5 øvelser (2 serier x 10 reps). Ultralyd før træning	ca. 20-25 min.	2 x ugtl. i 6 uger
3 år siden hos fys.	10 min. ergometercykel. 7 øvelser (2 serier x 8 reps). Ultralyd før træning	ca. 25-30 min.	3 x ugtl. i 5 uger
1,5 år siden hos fys.	10 min. ergometercykel. 8 øvelser (2 serier x 10 reps). Laser efter træningen	c.a 30 – 35 min.	3 x ugtl. i 6 uger
Behandling i denne casereport	20 min. ergometercykel. 4 øvelser (3 serier x 30 reps). 10 min ergometercykel. 4 øvelser (3 serier x 30 reps). 10 min. ergometercykel	ca. 80 – 90 min.	3 x ugtl. i 12 uger

giver udtryk for, at han ikke ved, hvordan han skal træne for at mindske smerten og få en bedre funktion. Han er bekymret over sin fremtidige arbejdssituation. Nedsat arbejdsevne og sygemeldingsperioder har påvirket hans økonomiske situation negativt. Han har et godt forhold til sin kone og sin arbejdskollega, som begge støtter ham i den vanskelige situation.

Fysioterapeuten foreslår, at Per afprøver doseret medicinsk træningsterapi (MTT). Behandlingen foregår i grupper på op til fem patienter, hvor hver patient har et individuelt tilrettelagt træningsprogram. MTT er en speciel behandlingsform med veldefinerede kriterier (24-27).

BEHANDLING

Behandlingen starter med at forklare Per, hvorfor doseret MTT kan være effektivt. Denne pædagogiske forklaringsmodel tager udgangspunkt både i det biomedicinske og biopsykosociale perspektiv. Ud fra disse perspektiver forklares det, hvordan doseret optræning kan påvirke vævsstrukturer i skulderen, som gennem lang tid har givet smerter, og hvordan træningen påvirker smerten, som efterhånden har givet Per en affektiv reaktion. Da Per har negative erfaringer med fysioterapi, der ikke tidligere har haft nogen effekt, bruger fysioterapeuten meget tid på at forklare, at forskellen ligger i en dosis-

responseffekt, når man bruger træning som behandling. I starten vil den totale behandlings-/træningsdosis være relativt lav, men doserne trappes gradvist op, således at den samlede træningsdosis efter to til tre uger vil være meget høj (figur 1 side 10).

Målet for Per er, at den totale træningsdosis ved hver behandling skal være cirka 80-90 minutter, tre gange om ugen i tre måneder. I alt bliver det 36 behandlinger. MTT består af 1) *globale øvelser* (ergometercykel/stepmaskine/romaskine/crosstrainer (ellipsetræner) eller gang- eller løbebånd), 2) *semiglobale øvelser*, hvor man bevæger hele øvre ekstremitet i forskellige bevægelsesbaner, og 3) *lokale øvelser*, hvor øvelsen involverer mindre muskelgrupper som eksempelvis ved indad-, udadrotation af skulderen (28,29). Det unikke ved MTT er, at globale, semiglobale og lokale øvelser kombineres på en sådan måde, at Per får en tilstrækkelig stor træningsdosis til at påvirke dysfunktionen(28,29).

I MTT klassificeres patienter i Type I-, II- og III-patienter (27). Type I-patienter karakteriseres ved, at man genkender symptombilledet fra ortopædisk litteratur. Symptomerne kan let reproduceres ved hjælp af forskellige specifikke vævstest (norsk: ortopediske tester), hvilket igen betyder, at man også kan udlede, hvilken vævsstruktur smerten kan komme fra. Til sam-



Tænk hjælpemidler i nye baner Din dagligdag - Dit arbejdsmiljø



Rehab Scandinavia 2006

Bella Center - 25., 26. og 27. april 2006

Dagligt fra 9 - 17. Gratis adgang

www.rehab-scandinavia.com

REHAB
SCANDINAVIA



CURE & CARE

- ▶ menligning har en type III-patient et mere komplekst smertebillede med sensitivisering og allodynia (smerte fremkaldt af en stimulus, som ikke normalt giver smerte) kombineret med omfattende psykosociale faktorer. Type II-patienten ligger midt imellem type I og III. Her er noget af symptombilledet genkendeligt, og noget er mere diffust med tilføjelse af psykosociale faktorer. I denne fysioterapeuts kliniske praksis er omtrent 10-15 procent type I-, 15-20 procent type III- og 60-70 procent type II-patienter.

fakta om...

Denne artikel er en oversættelse af den norske artikel publiceret Fysioterapeuten (no) nr. 10 2005. Der er efter aftale med forfatterne foretaget en justering af tabel 1 og tilføjet en øvelse.

Per er en type I-patient på vej til at blive en type II-patient. Hans symptomer er genkendelige og kan reproduceres, men han har efterhånden også fået et psykologisk/affektivt følgesymptom. En type I-patient behandles ud fra en klassisk "pain contingent treatment approach" (26,27), hvilket betyder, at patientens symptomer styrer behandlingen. Det betyder i praksis, at øvelserne doseres så godt som smertefrit.

Til en type III-patient anvendes en "time contingent treatment approach", hvor patientens symptomer ikke styrer behandlingen (30). Patienten træner da med

smertes, og globale og semiglobale øvelser kombineres med en kognitiv adfærdsterapimodel (31,32).

Per behandles ud fra en "pain contingent"-indfaldsvinkel, hvor øvelserne doseres således, at han kan træne med store doser så godt som smertefrit (se behandlings- og træningsprogram side 12-13). Behandlingen inddeles i tre faser:

Fase 1: 0-80 grader

Per havde så godt som smertefrie bevægelsesudslag fra 0-45 graders aktiv abduktion, fra 0-70 graders fleksion og fra 0-30 graders udadrotation og nogen indadrotation. Fysioterapeuten valgte derfor startstillinger for de semiglobale og lokale øvelser, således at Per kunne bevæge arm og skulder koordineret med god kinetisk kontrol. Med mere end 1000 repetitioner inden for disse bevægelsesbaner er hypotesen, at den store træningsdosis påvirker smerteoplevelsen, vævsstrukturer lokalt i skulderen og det neuromuskulære system, således at smerten mindskes, bevægelsesudslagene øges og koordination og kinetisk kontrol normaliseres (se figur 2).

For at undgå øgede smerter under og efter behandlingen doseres øvelserne bevidst lavt i starten (figur 1).

TABEL 2. Registrering af ændring af smerte, bevægelsesudslag, funktion (SRQ), bevægelsesfobi (TSK), katastrofetanker (PCS) og procentvis sygemelding ved start af behandlingen, efter 1 ½ måneds behandling, ved afsluttet behandling (3 måneder) og ved 6 måneders opfølgning efter afsluttet behandling.

	Ved opstart af behandl.	1 ½ måned 18 behandl.	3 måneder 36 behandl.	6 måneders opfølgning efter afsluttet behandl.
Smerte (VAS) (0-100mm)	58 mm	45 mm	48 mm	11 mm
Smerte (VAS) Gennemsnitlig Sidste uge (0-100 mm)	73 mm	55 mm	35 mm	10 mm
Aktivt bevægeudslag abduktion	45 grader	80 grader	160 grader	160 grader
Aktiv bevægelsesudslag udadrotation	70 grader	90 grader	170 grader	170 grader
Funktion (SRQ) 17 til 100 point	32	46	54	92
Bevægelsesfobi (TSK) 17-68 point	24	24	20	17
Katastrofetanker (PCS)				
-ruminering 0-16	13	10	6	3
-forstørrelse 0- 12	5	4	3	2
-hjælpeleshed 0-24	18	14	10	2
Sygemelding %	100%	100%	50%	0%

Per får dermed en positiv oplevelse af, at aktive doserede øvelser kan gennemføres til trods for, at han til daglig har smerter og nedsat funktion. Fysioterapeuten er til stede i træningssalen, hvilket giver patient og fysioterapeut mulighed for tæt kommunikation vedrørende alle aspekter af behandlingen.

I samråd med patienten vælger fysioterapeuten startstillinger for seks semiglobale og to lokale øvelser, bevægelsesudslag og vægtmodstand/belastning, som gør det muligt at gennemføre tre serier med 30 repetitioner af hver øvelse. Mellem hver serie med 30 repetitioner tager patienten en pause på 30-60 sekunder. Hver øvelse afprøves med udgangspunkt i patientens sygehistorie og kliniske fund, og testmetodikken er nøje beskrevet i anden litteratur (27).

Aflastningsprincippet anvendes i denne fase, hvor hensigten er at stimulere øget fleksion, abduktion og udad-/indadrotation. Dette indebærer, at vægten/vægtloddet på nedtræksapparat og trisseapparat bruges til at aflaste noget af tyngden i armen. Udgangstillinger vælges ved hjælp af skræbræt og vinkelbænk, som gør det muligt at stimulere øget fleksion ved at udføre bevægelserne med tyngden. Via aflastende øvelser bliver det lettere for patienten at gennemføre mange repetitioner i den tilgængelige/behagelige bevægelsesbane uden at få flere smerter. Det gør det også muligt at gennemføre øvelsen(øvelserne) koordineret med god kinetisk kontrol.

Så længe Per har smerter og nedsat bevægelse, holdes dosis på tre serier à 30 repetitioner konstant, mens bevægelsesudslag, vægtmodstand og startstilling for øvelserne hele tiden ændres i forhold til det kliniske billede.

Før Per startede på semiglobale og lokale øvelser, udførte han en global øvelse (ergometercykel – 20 minutter), derefter tre semiglobale og en lokal øvelse, før han igen udførte ti minutters global øvelse. Efter den globale øvelse gennemførte Per tre nye semiglobale og en lokal øvelse og sluttede af med ti minutters global/aerob træning (figur 1).

Per brugte cirka fire uger til at komme op på 90 graders fleksion og abduktion.

Fase 2: 80-100 grader

Det gik let for Per at øge bevægeligheden fra 45 til 80 graders abduktion og fra 70 til 90 graders fleksion. Det tog imidlertid længere tid at øge bevægeligheden ud over 90 grader. Der kan være flere årsager til dette, blandt andet kan det ved subakromialt smertesyndrom ske, at caput humerus ruller op i det subakromiale rum, hvilket medfører kompression/impingement af smertefølsomme strukturer. For at komme over 90 grader må fleksion og abduktion også kombineres med udadrotation, således at tuberculum minor med rotatorcuff-fæstet undgår

fakta om...

Tom Arild Torstensen, fysioterapeut og specialist i manuel terapi MNFF, B. Sci., M. Sc., Holten Institute AB, Stockholm.

Havård Østerås, fysioterapeut og høgskolelektor, M.Sc., HIST og Rosenborgklinikken i Trondheim.

Karin Harms-Ringdahl, fysioterapeut, ph.d., professor ved Institutionen Neurotec, Sektionen för Sjukgymnastik, Karolinska Universitetssjukhuset, stockholm

kompression. Dosen med tre serier med 30 repetitioner blev holdt konstant, mens udgangsstillinger, bevægelsesudslag og vægtmodstand hele tiden blev opdoseret, således at den totale belastning var optimal. Det tog cirka fire uger for Per at komme over 90 grader og nå op på 100 til 110 graders fleksion og abduktion.

Fase 3: 100 – 180 grader

Når patienter først kommer over 90 graders abduktion og fleksion, øges bevægeligheden som oftest ganske hurtigt. Det samme skete for Per, som på fire uger øgede fleksionen fra 100 til 170 grader og abduktionen fra 90 til 160 grader. Sideløbende med, at han fik færre smerter, øgedes bevægeligheden også. Per kunne bruge armen til flere dagligdags aktiviteter og begyndte efter to en halv af de tre måneders behandlingstid at arbejde 50 procent af normal tid. Hen mod slutningen af behandlingen følte Per, at skulderen var brugbar, hvilket førte til en overbelastning på arbejdet og øgede smerter ved behandlingens afslutning.

Det gik relativt hurtigt over, og Per fortsatte med den doserede optræning. Variablen tre serier med 30 repetitioner blev holdt konstant, mens udgangsstillinger, bevægelsesudslag og vægtmodstand hele tiden blev opdoseret, således at den totale belastning var optimal.

DISKUSSION

Der findes gode argumenter for at anvende træning til behandling af patienter med kronisk subakromialt smertesyndrom, blandt andet mere end 40 års klinisk erfaring (24-29) samt nogen videnskabelig dokumentation (10,11,33,34). Denne caserapport beskriver et doseret behandlingsforløb med brug af MTT-principper, hvor fysioterapeuten får Per til at gennemføre store træningsdoser uden at han får en øgning i smerter under eller efter behandling. Per undrede sig over, hvor anderledes denne træning var, sammenlignet med tidligere behandling, hvor doseringen lå på mellem 8 og 15 repetitioner per serie. Det er muligt, at man ved tidligere behandlinger har ment, at patienten havde ►

- ▶ nedsat styrke, og at der derfor skulle bruges få repetitioner for at øge muskelstyrken. Forskning viser imidlertid, at der ved smertetilstande ikke bør dyrkes styrketræning. Smerten inhiberer på forskellige måder evnen til at gennemføre kraftige kontraktioner. For eksempel viste Ben-Yishay med kolleger (35), at abduktionsstyrken blev øget med 82 procent og adduktionen med 208 procent fem minutter efter en smertedæmpende injektion subakromialt. Problemet ser altså ikke ud til at være muskelstyrke, men smerte, som inhiberer evnen til muskulær kontraktion. Træningsstimuli bør derfor doseres for at mindske smerteoplevelsen (figur 2).

fakta om...

Litteraturliste kan downloades fra fysio.dk/artikelbilag

Øvelserne i den doserede optræning aktiverer alle Pers muskler i arm, skulder, skulderrunding og trunkus (26,28,29). Behandlingen bygger på, at skulderen og strukturer i det subakromiale rum er en del af en åben, kinetisk ledkæde, hvor hånden er central i vores forståelse af ekstremitetens funktion. Så at sige alle øvelserne involverer bevidst hånden og håndens gribefunktion. Hypotesen er, at man på denne måde opnår en normalisering af efferente/afferente impulser, for eksempel feed forward-mekanismer i relation til, hvad man gør med hånden, og hvor. Set ud fra et biomedicinsk perspektiv fungerer mm. supraspinatus som en abduktor og udadrotator, og den centrerer caput humerus på cavitas glenoidalis. M. supraspinatus' funktion kan også opfattes på en anden måde, nemlig som en muskel, der sammen med de andre muskler i rotatorcuffen, muskler og strukturer i arm, skulderrunding og trunkus, placerer hånden i den ønskede position, så den kan udføre den aktuelle funktionelle aktivitet. For at træne stabilitet af scapula er det derfor en forudsætning, at hånden og hele den kinetiske kæde aktiveres. I MTT er hånden involveret ved, at man holder i håndtag på nedtræksapparat og trisseapparat og i håndvægte og vægtstænger, og derfor vil muskulaturen i hele den kinetiske kæde, inklusive rotatorcuffen, arbejde koordineret, når øvelserne er doseret så godt som smertefrit (26,28,29).

En mulig forklaring på effekten af høje træningsdoser er, at behandlingen fører til øget cirkulation i muskulatur og bindevæv. Dette ændrer kemiske processer i vævet og resulterer i en reduceret frigørelse af prostaglandiner og en modificering af nociceptive stimuli til centralnervesystemet. En anden forklaring kan være, at de store træningsdoser stimulerer mekanoreceptorer i forskelligt væv og dermed blokerer smertevejen. Hypotetisk kan det også tænkes, at alle repetitioner, som er af dynamisk art med koncentriske og ekscentriske muskelkontraktioner, giver en normalisering af senevævet i rotatorcuffen og en reduktion af eventuelle "neovessels" i supraspinatusenen.

I 1994 (26) beskrev vi en patient med kronisk suba-

kromialt smertesyndrom, som opnåede fuld regenerering af supraspinatusenen efter et behandlingsoplæg, der ligner det, Per har gennemført. Efter ekscentrisk træning hos patienter med akillestendinose beskrev Öhberg med kolleger (8) i 2004 de samme fund, som vi publicerede i 1993. Senen var blevet mindre og havde fået en normal diameter samt hypoekkoiske områder (områder med nedsat ekko/refleksion, når man bruger diagnostisk ultralyd), og irregulære strukturforandringer i senen var normaliseret. Hvis det er således, at de store træningsdoser i forbindelse med MTT reverserer og ▶

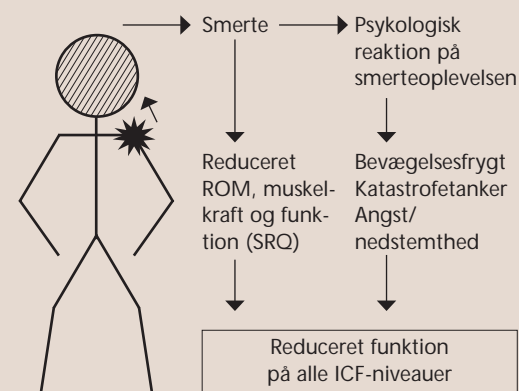
TRE BEHANDLINGER I UGE I 3 MÅNE- DER = 36 BEHANDLINGER TOTALT

- Uge 1: Global, SG, SG, Global (totalt 20–30 min.)
- Uge 1–2: Global, SG, SG, SG, Global (total 40–50 min.)
- Uge 2–3: Global SG, SG, Lokal, Global, SG, SG, Lokal, global (totalt 60–70 min.)
- Uge 3–12: Global, SG, SG, SG, Lokal, Global, SG, SG, SG, Lokal, Global (totalt 80–90 min)



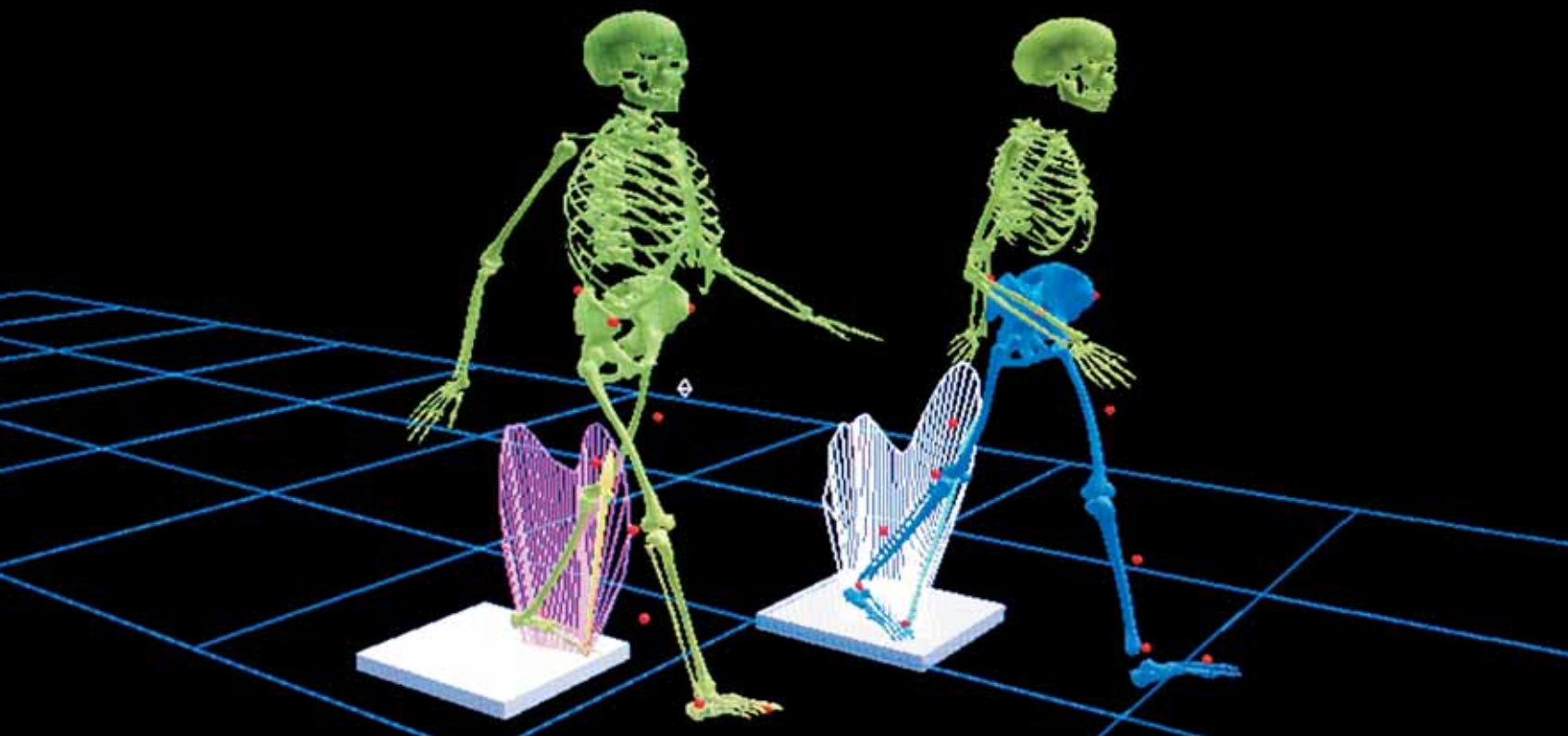
Figur 1. Viser den gradvise optræning af træningen. SG=semiglobal

SMERTECIRKEL



Figur 2. Smertecirkel. Figuren viser, hvordan smerte påvirker fysiologiske variable som bevægelsesudslag og muskelfunktion og psykologiske variable som katastrofetanker, bevægelsesfobi, angst og nedstemthed. Alle variable bliver vurderet i forhold til Pers evne til deltagelse, hans symptombillede og kliniske fund.

Teknologi til at komme videre



Hos **Sahva** har vi nu mulighed for at sætte tal på graden af en funktionsnedsættelse. Hvor røntgen eller MRI kan bekræfte anatomiske anomalier, som kan være årsag til kundens gener, har vi med Sahvas bevægelsesanalyselaboratorie et instrument til kvantificering af graden af funktionsnedsættelse under udførelse af selve funktionen, eksempelvis gang, løb, rejse og sætte sig.

Systemet består af 6 specielle infrarøde digitale kameraer, der tilsammen er synkroniseret med en kraftplade i gulvet. Kameraerne registrerer positionen af små reflekterende markører, der er påsat kundens krop på bestemte anatomiske "landmarks". Ved at måle positionsændring i det 3-dimensionelle rum af disse anatomiske "landmarks" og ved at registrere reaktionskraften fra kraftpladen, kan man beregne sig frem til bevægeudslag i kroppens store led samt kraftmomenterne i underekstremiteterne.

Desuden er der almindelig video i to planer til kvalitativ vurdering og sammenligning.

Sahvas bevægelsesanalyselaboratorie er et værktøj, som kan erstatte formodninger med indiskutable facts samt bekræfte, om en given protese, ortose eller behandling har den ønskede funktionelle effekt.

Kontakt os og hør, hvordan dine patienter kommer videre.

Behandlings- og træningsprogram



ØVELSE 1. 20 minutters træning på crosstrainer (elipsetræner) (alternativt ergometercykel, løbebånd (global øvelse)).



ØVELSE 2. Frontmodsidende aflastet skulderfleksion 5-10 kg, 3 x 30 reps.



ØVELSE 3. Fremliggende aflastet skulderfleksion uden vægtbelastning, 3 x 30 reps.



ØVELSE 4. Siddende skulderfleksion 1-3 kg, 3 x 30 reps.



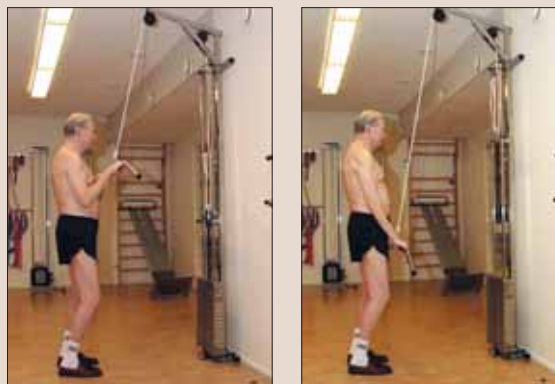
ØVELSE 5. Siddende skulderindadrotation med skiftevis 0,5-1,5 kg og 0,5-1 kg. I alt 6 gange 30 reps.



ØVELSE 6. 5-10 minutters træning på ergometercykel (alternativt gang- eller løbebånd).



ØVELSE 7. Modstående aflastet skulderflexion 1-3 kg, 3 x 30 reps.



ØVELSE 8. Frontmodstående dobbelt albueekstension 3-5 kg, 3 x 30 reps.

Illustrationen viser udgangsstillingen for træning med semiglobale (SG) og lokale (L) øvelser tre uger efter behandlingsstart i den første fase (0-80 grader). Alle SG- og L-øvelser gennemføres i tre serier med tredive repetitioner. Kombinationen af G (øvelse 1, 6 og 11), SG og L gør, at Per kan gennemføre stor træningsdosis og medfører en normalisering af hele ledkæden. De globale øvelser er ligeså vigtige som SG (2-4, 7-9) og L-øvelser (5, 10), fordi de har en smertedæmpende effekt.



ØVELSE 9. Frontmodsidende. Aflastet skulderflexion 5-10 kg, 3 x 30 reps. Er en gentagelse af øvelse 2, da det er vigtigt at få en tilstrækkelig dosis af netop denne øvelse.



ØVELSE 10. Sidemodstående aflastet skulderabduktion 0,5-1 kg, 3 x 30 reps.



ØVELSE 11. 10 minutters træning på ergometercykel.

Tredimensionel bevægeanalyse

Fagfestival ■ Fysioterapeut og ph.d.-studerende Marius Henriksen holder oplæg om tredimensionel bevægeanalyse af knæets dynamik på Danske Fysioterapeuters fagfestival lørdag d. 25. marts. Tredimensionel bevægeanalyse har tidligere primært været anvendt i forbindelse med grundvidenskabelig biomekanisk forskning, men i løbet af de seneste 10-15 år er bevægeanalyser i stigende grad blevet anvendt som et klinisk værktøj. Primært som præ- og postoperativ vurdering af børn med cerebral parese og primært i udlandet, navnlig i USA og Storbritannien.

Bevægeanalysen foregår ved at lade en række kameraer optage bevægelsen synkront fra forskellige vinkler, samtidig med, at man



FAGFESTIVAL

måler reaktionskræfter i omgivelserne (typisk ved hjælp af kraftplatforme monteret i gulvet). Ved at kende nogle få grundlæggende antropometriske mål fra patienten som f.eks. kropsvægt, længde og omkreds af fod, underben og lår m.v. kan man bygge en computermodel af sin patient. Fysioterapiens kerne er bl.a. defineret som bevægelse, men at skulle visualisere menneskets anatomi i tre dimensioner kan være komplekst, selv når anatomen ikke bevæger sig.

Når de anatomiske strukturer begynder at bevæge sig i forhold til hinanden, kan det blive uoverskueligt. Fysioterapeuter er trænet i at observere og beskrive alle mulige kropslige bevægelser, men der opstår problemer i samme øjeblik, der stilles krav til reproducerbarhed. Og det er netop her, at den tredimensionelle bevægeanalyse, kan have sin berettigelse.

Marius Henriksen mener, der bør være reproducerbare og kvantificerbare beskrivelser af bevægelserne, da det er en nødvendig forudsætning for en så korrekt klassificering og dermed en god diagnostik og behandling af den konkrete patient/klient/borger. I løbet af de sidste 3-4 år er der blevet oprettet 3-4 bevægelaboratorier til klinisk brug i Danmark. Dertil kommer allerede eksisterende faciliteter på universiteterne i København, Odense og Aalborg. De kliniske laboratorier er blevet etableret med specifikke kliniske formål ligesom universiteternes udstyr primært anvendes til grundvidenskabelig forskning.

Heldigvis er der involveret fysioterapeuter i den daglige drift af de fleste kliniske laboratorier, for 3-dimensionelle bevægeanalyser er et meget lovende redskab, der vil være til stor gavn for fysioterapi i såvel forskning som i praksis.

Læs Marius Henriksens artikel om bevægeanalyse på ffy.dk og se side 19 om dækningen af Fagfestival på fysio.dk

- ▶ mindsker indvæksten af "neovessels" – i rotatorcuffen, kan det være en vigtig forklaring på, hvorfor træningen fører til færre smerter. Den mekaniske belastning, som de store træningsdoser har på muskel- og senevæv, er interessant i relation til dosis-responseeffekter og deres mekanismer (35).

Det er muligt, at de høje træningsdoser, som Per gennemførte, mindsker smerteoplevelsen både via biomedicinske og biopsykosociale variabler. Frigørelse af endorfiner og bedre mestring kan være de vigtigste årsager til reduktion i smerteoplevelsen. Spørgeskemaet Pain Catastrophizing Scale (PCS) viste, at Per scorede højt i hjælpeløshed og ruminering (tilbøjelighed – evt. af tvangsmæssig karakter, red.), men at disse værdier faldt i behandlingsperioden og ved opfølgningen seks måneder efter.

Forskning viser også, at der er en stadig større viden om, at patienters psykologiske reaktion på smerte og dysfunktion er stærke prædiktorer for udfaldet af behandlingen og for, om personen kommer tilbage i arbejde (36). Fysioterapeutens tilstedeværelse under træningen gjorde det muligt at arbejde med et kognitiv holdningssæt (27,30,31,32). Per oplevede at få ny viden om, hvordan træning kan bruges som behandling.

Denne case rapport har beskrevet langt højere træningsdoser end det, der er almindeligt i klinisk kontrollerede studier. Det kan være en af årsagerne til, at flere studier ikke formår at påvise en positiv effekt af træning (10,38). Men dokumentationen for, at træning kan anvendes som behandling af denne patientgruppe, er voksende. I dag er det to klinisk kontrollerede studier, der viser, at træning og kirurgi er lige effektivt (33,34,39). Fremtidig forskning bør fokusere på dosis-responseeffekter, grundig beskrivelse af træningsinterventionen (antal øvelser, repetitioner, serier) og teorigrundlaget for træningen som behandling.

KONKLUSION

Hensigten med en patientbeskrivelse er at formidle kliniske erfaringer, som er aktuelle og relevante i mødet med den enkelte patient. Det, vi har ønsket at belyse i denne case rapport, er, at patienter med kronisk subakromialt smertesyndrom måske får for lave træningsdoser, hvilket igen kan være en årsag til, at en positiv behandlingseffekt udebliver. Behandlingen, som Per gennemførte, er et eksempel på, hvordan biomedicinske og biopsykosociale modeller kan integreres i et behandlingskoncept som MTT, hvordan man kombinerer forskellige øvelser og løbende doserer disse, således at patienten hele tiden træner med en optimal behandlingsdosis. ■

(Patientens navn er opdigtet)

Sjældne handicap

Rapport ■ Der er foretaget 14 interviews med familier med etnisk minoritetsbaggrund og et sjældent handicap, med læger, socialrådgivere, pædagoger samt en repræsentant for en patientforening. Rapporten handler om de problemer, som etniske minoriteter med sjældne handicap møder i social- og sundhedsvæsenet. Rapporten henvender sig primært til professionelle, beslutningstagere og organisationer.

"Taler vi om det samme" Center for små Handicapgrupper www.csh.dk, 151 sider. Rapporten er gratis.



Kognitiv terapi

Principper ■ Bogen tilbyder såvel novicen som den erfarne terapeut en solid indføring i kognitiv terapi. Trin for trin opridses kernen af de fundamentale principper som kognitiv terapi er baseret på. Dens grundige og logiske opbygning skærper terapeutens evne til at begrebsliggøre klientens forestillinger og udvider repertoiret af terapeutiske teknikker.

Judith S. Beck "Kognitiv terapi – teori, udøvelse og refleksion". Akademisk Forlag ISBN 87 500 3869 9, 384 sider. Pris: 399 kr.



Kognitiv behandling

Angst/Fobi ■ Vejledningen byder på en gennemgang af de kognitive behandlingsmetoder, som arbejder med at opspore, undersøge og bekæmpe de negative tanke-mønstre, der udløber og fastholder angsten. Bogen indeholder også konkrete eksempler, skemaer og træningsøvelser, som kan være en hjælp både for dem, der selv prøver at komme angsten til livs og for dem, der modtager kognitiv terapi for deres angstlidelse.

Esben Hougaard "Kognitiv behandling af panikangst og socialfobi". Dansk Psykologisk Forlag, ISBN 87 7706 431 3, 180 sider. Pris: 228 kr. inkl. moms.



Praktisk medicin

Opslagsværk ■ Praktisk Medicin omhandler alle væsentlige kliniske specialer og er som sådan den eneste håndbog af sin art på dansk. Praktisk Medicin indeholder 21



kapitler med i alt ca. 900 faglige artikler med reference til WHO sygdomsklassifikation ICD-10.

"Praktisk Medicin", ForlagsGruppen, 940 sider. Pris: 300 kr. Bogen kan bestilles info@praktiskmedicin.dk eller 3333 8140.

Pædagogisk-psykologisk opslagsbog

Revideret ■ I denne udgave af Pædagogisk-psykologisk opslagsbog har forfatterne dels revideret en del af førsteudgavens opslag, dels tilføjet ord og begreber, der har vundet indpas i fagsproget i den mellemliggende tid. Bogen henvender sig dog fortsat til en bred læserskare, nemlig alle der i deres studium eller arbejde stifter bekendtskab med det pædagogisk-psykologiske fagområde.

Esben Jerlang & Jesper Jerlang "Pædagogisk-psykologisk opslagsbog". Hans Reitzels Forlag ISBN 87 412 0244-9. 263 sider. Pris: 249 kr. indb.

Evaluering

Lærebog ■ I denne informative og fagligt velfunderede lærebog gennemgår forfatteren et udvalg af evalueringsspektiver og modeller. 2. udgaven er suppleret med en perspektivering, der omhandler nyere tendenser, f.eks. at der er sket en forskydning over mod præstationsmålinger. I bogens sidste kapitel skitseres det, hvordan evaluering kan integreres som en del af opgavevaretagelsen i den offentlige sektor.

Hanne Kathrine Krogstrup. Academica Forlag ISBN 87 7675 218 6. 157 sider. Pris: 225 kr.



Bevidsthed

Hjerneforskning ■ Hvordan går det til, at vi ved det, vi ved? Og hvordan kan det være, at vi udvikler en fornemmelse af et selv? Det er et par af de spørgsmål, som forfatteren med udgangspunkt i den nyeste neurologiske og neuropsykologiske forskning søger at besvare.

Antonio R. Damasio "Fornemmelsen af det, der sker – krop og emotion ved dannelsen af bevidsthed" Hans Reitzels Forlag. 392 sider. Pris: 398 kr.



bøgerm.m.

Dysfunktion lignede kædereaktionsmønstre

En kvinde fik smerter i ryg og baller, da hun øgede sin løbedistance

AF FYSIOTERAPEUT BIRTE CARSTENSEN, SPECIALIST I MUSKULOSKELTAL FYSIOTERAPI
FOTO TARIQ MIKKEL KHAN/POLFOTO

Denne case, drejer sig om en 40-årig kvinde med smerter i ryg og baller. På henvisningen står der obs. Prolaps. Kvinden er sygemeldt.

Hun oplyser, at smerterne er opstået, da hun øgede sin løbedistance med ca. 30 procent.

Det kan tilføjes, at hun er tidligere behandlet med kiropraktik og McKenzie rygprogram uden effekt. For 5 år siden gennemgik hun en normal graviditet og fødsel. Hun har dyrket håndbold, fodbold og jazzgymnastik og holder af at løbe. Der er påvist slidgigt i venstre hofte. I 1989 fik kvinden et whiplash traume.

UNDERSØGELSE

Ved første konsultation i fysioterapien føler patienten sig skæv, og hun har smerter i ryggen og ned i venstre ben. Min undersøgelse afslørede:

- "Layer Syndrome" (1).
- Venstre ben er standben.
- Meget slappe mm. glutei.
- Bækkenet lateralt forskudt mod venstre, roteret mod ur, og twistet.
- Os sacrum let roteret mod venstre.
- Venstre m. pectineus er meget stram, højre m.

quadratus lumborum og begge mm. piriformis er stramme.

- Dårlig stabilitet af begge scapulae.
- Test af højre og venstre m. latissimus dorsi viser asymmetriske træk på ryggen, og der er endvidere deviation af umbilicus mod højre.
- Patienten er hypermobil.
- Både fleksion og ekstension af columna giver smerter.
- Bækkenet "låst" i retroversion af venstre os ileum.
- Patric Fabère test er umulig at udføre på venstre side, der er hårdt stop og smerter, og hun er bange for, at jeg skal presse hendes knæ mod underlaget. Patienten kommer nu i tanke om en skade, hun havde som teenager i venstre lyske efter et forceret split i forbindelse med gymnastik.
- Ved test af venstre hofteleds bevægelighed omkring collum femoris som akse, er der markant stramning på for- og indersiden af låret, så benet bevæger sig i sagittal planet.
- Fremliggende aktivt strakt benløft viser stor dysfunktion og meget dårlig stabilitet af lumbo-sacral-overgangen. Bevægelsen starter i skulderområdet (2).

■ Fysioterapeuten har bedt en række specialister give deres bud på klinisk tænkning. I det kliniske kvarter beskrives centrale dele af anamneseoptagelsen og undersøgelsen i det første møde med patienten. Der gives endvidere et bud på, hvordan patienten videre skal behandles.



- Rygliggende aktivt strakt benløft medfører kropsvridning, og venstre ben føles meget tungt.

KONKLUSION PÅ UNDERSØGELSE

Efter undersøgelsen fandt jeg ingen bekymring med hensyn til diagnosen diskusprolaps, og patienten virkede psykisk stabil uden aggravering, så min konklusion var, at kroppens dysfunktion ligner de kædereaktionsmønstre, som Lewit har beskrevet (3), og de stramme, uelastiske fasciestrøg som Myers har beskrevet (4). Fascier over stramme muskler mister elasticitet ligesom fascierne over de svage muskler bliver uelastiske. Stramheden bliver umulig at overvinde ved kun at anvende aktive øvelser. Der skal der hjælp til i form af MFR (myofascial release (5)), MET (muscle energy technique), og der skal specifikke muskeludspændinger til for at ændre patientens bevægelsesmønstre. (6)

BEHANDLING

Efter behandling af bækken-dysfunktionen var der fokus på bækken og venstre hofte, og der blev behandlet med MFR af alle de stramme strukturer på begge UE, truncus, OE og nakke. Alle stramme muskler, især højre m. quadratus lumborum, begge latissimi dorsi, de korte hofteadduktorer både på højre og venstre side blev udspændt og venstre hofteled blev mobiliseret i samme retning som collum femoris. M. rectus fem. insertion ind over acetabulum kanten (hvor den virker som kapsel-spænder) blev behandlet med laser og friktioner.

Kvinden blev sat til specifikt at træne den meget slappe glutealmuskulatur og træne trunkusstabilitet bl.a. med øvelser på swissbolden. Hun blev desuden instrueret i respirationsøvelser. Der var kun mindre kompensatoriske dysfunktioner i overkrop og arme, som naturligvis også indgik i behandlingsforløbet.

Patienten gik ret hurtigt efter behandlingens start

på deltid, og efter ca. to måneder var hun igen på fuld tid.

Det tog dog ca. 18 måneder med en behandling ca. hver anden-tredje uge, før patienten følte sig stabil i hele kroppen. Den lange behandlingsperiode var dog forventelig med en ca. 25 års anamnese med hofteleds-dysfunktion, hvor der ved hvert skridt var modstand mod hofteekstension af venstre ben, så det var nødvendigt at foretage en rotation af kroppen.

Kvinden havde løbet på denne måde i en længere periode, men først da hun accelererede sin løbemængde, gik det galt. Påvirkningen på lumbalcolumna blev stor, og der opstod smerter.

Patienten rådes til så småt at begynde med rask gang og senere forsøge med løb, som hun er meget glad for. Men hun skal gå langsomt frem og ikke øge løbedistancen for brat.

Der har været et par tilbagefald i behandlingsforløbet, bl.a. når patienten enten udsætter sig for skæve løft eller løfter for meget og for tunge byrder.

1. Lewit, Karel: Manipulative Therapy in Rehabilitation of the Motor System, Butterworths 1985 side 171. Kan også ses i MT-guppens Janda-Kompendium side 3.
2. Seks kortlagte bevægelsesmønstre i MT-gruppens Janda-Kompendium side 82.
3. Lewit, Karel: Manipulative Therapy in Rehabilitation of the Motor System Butterworths 1985 side 2, 33, 172, 315 og 329.
4. Myers, Thomas W.: Anatomy Trains, Churchill Livingstone 2001.
5. Ward, Robert: Myofascial Concepts, kap. 10 i Basmajian, John V. og Nyberg, Rich: Rational Manual Therapies, Williams & Wilkins 1993.
6. Janda, Vladimir teori om udspænding fra kurser. ■

blå bog

Birte Carstensen er uddannet fysioterapeut på Teilmanns Kursus januar 1950. Hun var ansat på Bispebjerg Hospital 1950-1955 og 1960-1993 og arbejdede desuden på privat klinik i

1970-1977 og fra 1994 til i dag. Birte Carstensen bestod eksamen i manuel terapi i Sverige 1973 og har siden undervist på MT-kurser både i kommunalt regi og i faggruppens regi.

1977-1992 var hun undervisningsleder i MT-gruppen sammen med Asbjørn Midttun. Hun har været konsulent ved Internationalt Rehabiliterings- og forskningscenter for torturofre.

1974-1988 og 1998 og fremefter medlem af redaktionspanelet for Fysioterapeuten. 1993 og fremefter medlem af redaktionskomiteen for "The Journal of Manual & Manipulative Therapy" og for "Manual Therapy". Har samarbejdet med specialtandlæge Inger Lous og med professor Vladimir Janda fra Prag fra 1993 og frem til hans død i 2002. Birte Carstensen har holdt foredrag og præsenteret poster på adskillige møder og kongresser såvel her i landet som i udlandet. I 2004 blev Birte Carstensen specialist i Muskuloskeletal fysioterapi. Hun arbejder stadig med patientbehandling og som konsulent hos læger og kolleger.

Symposium om fibromyalgi

Rigshospitalet ■ I april afholdes et symposium om fibromyalgi med eksperter fra Danmark og USA. Professor Robert Bennet fra universitetet i Oregon i USA gennemgår på symposiet den aktuelle viden og forståelse af fibromyaliens patologi og professor KG Henriksson universitetet i Linköping fra Sverige belyser den europæiske tilgang til sygdommen. Professor Thomas Graven-Nielsen fra Center for Sansemotorisk Interaktion, Aalborg universitetscenter holder

et oplæg om kvantitative test til at afdække sensoriske problemstillinger. De to danske forskere fra Parker instituttet på Frederiksberg Hospital professor Henning Bliddahl og forskningsleder Bente Danneskiold-Samsøe holder oplæg om hhv. smertemediatorer og diagnostik herunder IMR. Symposiet, der er gratis, afholdes på Rigshospitalet mandag d. 3. april kl. 16-18.30. Program for symposiet kan downloades fra ff.dk/nyheder

Rapport om børnebehandling i Århus Amt

www ■ En tværsektoriel arbejdsgruppe har udarbejdet en rapport over fysioterapeutisk og ergoterapeutisk børnebehandling i Århus Amt. I rapporten redegøres for de nuværende forhold for børnebehandling i Århus Amt samt opstiller faglige og organisatoriske anbefalinger

til politikkerne på området. Rapporten "*Fysioterapeutisk og ergoterapeutisk børnebehandling i Århus amt - Synliggørelse af nuværende arbejdsgange og opstilling af anbefalinger til fremtidig organisering*" kan downloades som pdf-fil fra fysiodk/artikelbilag eller søges på Sundhed.dk

Helbredende faktorer

Traumer ■ Forskningsprofessor Gretty Mirdal og forskningsassistent Mette Essendorf har undersøgt, de helbredende faktorer set fra klientens, tolkens og terapeutens perspektiv. Forfatterne er ansat på Oasis, der yder behandling og rådgivning for flygtninge. I alt 16 cases indgik i undersøgelsen, der således bygger på interviews med klienter (7 kvinder og 9 mænd), deres terapeuter og deres tolke, det vil sige 48 interviews i alt. Det var gennemgående for de interviewede, at de vægtede gode rammer og gensidig respekt højt. At blive godt modtaget, føle sig tryk og føle sig som en familie, at få håb, at blive trøstet, afholdt,

mødt med respekt og venlighed viste sig at fremme bedring hos patienten. Det var desuden værdifuldt at få lov til at tale og blive lyttet til, at dele en hemmelighed, at få struktur over kaos og revurdere antagelser. Alle klienterne havde modtaget kropsbehandling og de fleste mener, det har hjulpet. Enkelte mener dog ikke det hjælper på længere sigt. Artiklen er publiceret i Oasis Årsberetning 2004 – der kan downloades fra www.oasis-rehab.dk/index "Helbredende faktorer se fra klientens, tolkens og terapeutens perspektiv af psykologiprofessor Gretty Mirdal og psykolog Mette Essendorf."

REKREATIONSFONDEN

Følgende legater, sammenlagt under Danske Fysioterapeuters rekreativ fond, kan hermed søges:

Fru Elise Wessels legat for Massøser, Danske Fysioterapeuters Alderdomsfond legat, Lægeautoriseret massøse Inger Dalboms Legat, Fysioterapeut Emmy Springborgs legat, Danske Fysioterapeuters Jubilæumslegat, Mathilde Vanges legat, Ella Elise Hansens legat, Dagmar Iversens legat, Danske Fysioterapeuters Jubilæumsfond af 1968.

Støtte kan ydes til fysioterapeuter, der godtgøres eller godtgøres at have behov for rekreation efter sygdom eller overanstrengelse og savner midler til selv at bestride udgifterne til sådan rekreation.

Tilskud kan endvidere gives til ældre eller svagelige fysioterapeuter eller fysioterapeuter, som i øvrigt er trængende.

Den samlede årlige renteindtægt på legatsummen uddeles af Rekreativ fondens bestyrelse i portioner efter fundatsens forudsætninger.

Ansøgningsskema kan udfyldes på Danske Fysioterapeuters hjemmeside fysio.dk eller kan fås i Danske Fysioterapeuters sekretariat (Vita Vallentin, lokal 637) og indsendes til:

BESTYRELSEN FOR

Danske Fysioterapeuters Rekreativ fond
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Frist for indsendelse af ansøgning er 1. maj 2006

DET STÅR DER I AVISEN

Om fysioterapi og fysioterapeuter

(GENOPTRÆNING) Falck satser ifølge *Berlingske Tidende* betydelige kræfter på at kunne rykke ind på det offentlige sundhedsmarked, som kommunerne overtager fra amterne d. 1. januar 2007. Men succesen afhænger af, om kommunerne er villige til at lade Falck stå for borgernes genoptræning, fysioterapi og psykologhjælp, skriver avisen. I disse dage har Falck travlt med at banke på døren til landets kommuner for at fortælle, at Falck har et færdigt koncept på sundhedsområdet. Falck står klar til at rykke ind på tre områder: Opbygning af hjælpemiddeldepoter, afkortning af ventetid på sygedagpengeområdet og forebyggelse/genoptræning. "Vi ser især store muligheder inden for det sidste område, fordi kommunerne endnu ikke har bygget det op. Men der skal ske et gennembrud i løbet af de næste to år. Det bliver langt sværere at overtage opgaven med genoptræning og forebyggelse, når kommunerne har lavet deres eget system. Så vil der være tale om udlicitering i mere klassisk forstand", siger *Jonatan Schloss*, sundhedsdirektør i Falck.

(KONKURRENCE) Falck er dog langt fra den eneste leverandør af sundhedsydelser, som vejrer morgenluft i forbindelse med kommunalreformen. På genoptræningsområdet forudser Falck ikke den store konkurrence, selvom man i enkelte kommuner kan "støde på konkurrence fra et lokalt privathospital eller en fysioterapiklinik, som er klar til at levere genoptræning til kommunens borgere", skriver *Berlingske Tidende*. Ifølge samme avis er der på hjælpemiddelområdet derimod behård konkurrence om, hvem der skal opbygge depoter med kørestole og andre hjælpemidler til kommunernes handicappede. Det område domineres i dag af Zealand Care, der

har kontrakt med 65 kommuner, mens Falck Hjælpemidler har samarbejde med otte. En anden type virksomheder, som håber at tjene på kommunalreformen, er leverandører af medarbejderpleje. På det område, er der konkurrence mellem en række virksomheder, blandt andet Falck og Wellatwork, som netop har skudt en sundhedsordning i gang for 4.000 medarbejdere i Høje-Taastrup Kommune. "Jeg tror, at der kommer mere udlicitering af sundhedsordninger til medarbejderne i de nye kommuner. Storkommunerne vil i højere grad blive drevet som en virksomhed. Derfor er det afgørende med en sundhedsordning, der kan være med til at tiltrække de bedste medarbejdere", siger *Per Grøndal*, adm. direktør i Wellatwork.

(STIK) Flere kommuner er som bekendt allerede godt i gang med medarbejderpleje. Fysioterapeut *Ole Helles* prikker løs i Ølgod Kommune. Her har de cirka 800 kommunalt ansatte fået et tilbud om hjælp til rygestop, et tilbud,

som cirka 50 har taget imod, skriver *Jydske Vestkysten*. Kommunen har entereret med Ole Helles, der møder op på rådhuset og vil bruge laserakupunktur og almindelig akupunktur med nåle på ryggerne. *Pia Henriksen* fra kommunens borgerservice, der står bag rygestopkuret for de kommunalt ansatte, fortæller, at hendes mand for tre uger siden deltog i en lignende behandling. Han har siden nedsat sit forbrug fra 30-35 cigaretter pr dag til to-tre stykker.

(SVIGT) Hvis fysioterapeut *Mona Blendstrup* kunne komme til at stikke en meget stor nål i den ansvarlige for byggeriet af hendes klinik i Store Merløse, gjorde hun det gerne. *Ekstra Bladet* fortæller, hvordan klinikken har udviklet sig til et rædselskabinet af byggefejl. Kampen mod Hornsherredshus, der står for byggeriet, har foreløbig taget fire år og kostet Mona Blendstrup 200.000 kroner. "Og huset hænger stadig i laser. Det er kun ganske lidt, Hornsherredshus har udbedret", siger Mona Blendstrup.



Valg til Repræsentantskabet

2006

Der skal afholdes valg til repræsentantskabet for perioden april 2006 – april 2008. Stemmesedler inklusiv valgoplæg er udsendt regionsvis den 10. marts 2006. Oversigt over opstillede kandidater:

REGION HOVEDSTADEN

Lene Banke, Plejecentret Øresundshjemmet, Humlebæk.

Kirsten Carstensen, Klinik for Fysioterapi, Klampenborg.

Bettina Jensen, Bispebjerg Hospital.

Barbara Juen, Klinik for Fysioterapi, Værløse.

Per Norman Jørgensen, Klinik for Fysioterapi, København.

Vibeke Laumann, Bagsværd Fysioterapi

Jes Mogensen, Klinik for Fysioterapi, Aakirkeby.

Majbritt Pedersen, Københavns Amts Fysioterapi.

Solvejg Pedersen, Frederiksberg Sundhedscenter.

Marianne Stannum, Stenløse Fysioterapi.

Irene Stilling, Rygcetret Københavns Kommune.

Der skal vælges 10 repræsentanter og 4 suppleanter

REGION SJÆLLAND

Marjanne den Hollander, mobil/ridefysioterapeut, Næstved.

Lisbet Jensen, Storstrømmens Sygehus Næstved.

Peter Johansen, Klinik for Fysioterapi, Nakskov.

Karen Marie Nielsen, Holbæk Sygehus.

Lisbet Ploug, Klinik for Fysioterapi, Køge.

Grethe Udbjerg, Plejehjemmet Antvorskov, Slagelse.

Der skal vælges 3 repræsentanter og 4 suppleanter

REGION NORDJYLLAND

Tonni Carlsen, Klinik for Fysioterapi, Frederikshavn.

Lene Christoffersen, Klinik for Fysioterapi, Storvorde.

Ina Lesager, Optræningscentret Riishøj, Ålborg.

Der skal vælges 2 repræsentanter og 4 suppleanter

REGION MIDTJYLLAND

Ulla Kildall Hejbøl, barselsorlov.

Carsten B. Jensen, Hammel Neurocenter.

Jytte Leschly, Silkeborg Kommune.

Kirsten Pedersen, Holstebro Sygehus.

Nina M. Pedersen, Klinik for Fysioterapi.

Trine Rold, Silkeborg Centralsygehus.

Pia Westhoff, Viborg Kommune.

Kirsten Ægidius, Skejby Sygehus.

Der skal vælges 8 repræsentanter og 4 suppleanter. Der bliver ikke valg i Regionen, idet der kun er opstillet 8 kandidater, som dermed er valgt.

REGION SYDDANMARK

Erik Bjernemose, Odense Kommune.

Mette Bruun, Plejehjemmet Kløverhøj, Kolding.

Esther Skovhus Jensen, Fysioterapeutuddannelsen i Esbjerg.

Per Friis Madsen, Middelfart Fysioterapi.

Inge Nordheim, Klinik for Fysioterapi, Vejle.

Marianne Schultz, Klinik for Fysioterapi, Vejle.

Kirsten Thoke, Odense Universitetshospital.

Der skal vælges 7 repræsentanter og 4 suppleanter. Der bliver ikke valg i Regionen, idet der kun er opstillet 7 kandidater, som dermed er valgt.

FÆRØ-KREDSEN

Hjørleif Niclasen, Havnar Fysioterapi.

Der skal vælges 1 repræsentant og 2 suppleanter. Der bliver ikke valg i Færø-kred-

sen, idet der kun er opstillet 1 kandidat som dermed er valgt.

FRAKTIONER, FAGFORA OG FAGGRUPPER

Inge-Merete Uthoff, Faggruppen af fysioterapeuter for voksne udviklingshæmmede i valgforbund med Fagforum for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. *Kenneth Madsen og Per Tornøe*, Fraktionen af Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark.

Birthe Bonde og Hanne Ryttergaard Jensen, Fagforum for gynækologisk/obstetrisk fysioterapi i valgforbund m. Fraktionen af Frie Fysioterapeuter under Danske Fysioterapeuter.

Kirsten Hedeager Bentsen, Fysioterapeuters faggruppe for Lymfødembehandling i valgforbund med Fagforum for Onkologisk Fysioterapi.

Niels Honoré, Danske Fysioterapeuters fagforum for muskuloskeletal terapi.

Frederik Lassen, Geronto-geriatrisk Fagforum – et fagforum under Danske Fysioterapeuter.

Anne Bro, Fraktionen af kliniske undervisere.

Niels Erichsen og Vibeke Bechtold, Danske Fysioterapeuters Fagforum for Idrætsfysioterapi.

Eva Hasselbalch, Danske Fysioterapeuters Lederfraktion.

Merethe Fehrend og Eva Hauge, Faggruppen Institut for Mekanisk Diagnostik og Terapi. McKenzie Institut Danmark.

Der skal vælges 15 repræsentanter fra Fraktioner, Fagfora og Faggrupper. Da der kun er opstillet de ovenstående¹⁴, er disse automatisk valgt.

Forandring tager tid

Sundhedsstyrelsen har evalueret udviklingen på rygområdet, fra MTV-rapporten "Ondt i ryggen" udkom i 1999 og frem til i dag. Evalueringen viser blandt andet, at metoder, der frarådes i MTV-rapporten stadig er at finde i den fysioterapeutiske værktøjskasse. 11 fysioterapeuter giver deres bud på, hvordan det kan være

AF JOURNALIST KLAUS LARSEN

Næsten alle fysioterapeuter har læst MTV-rapporten "Ondt i ryggen" (1), som for over seks år siden anbefalede at bruge aktiv rygbehandling i form af træning og manuel behandling ved lænderygsmerter – og frarådede passive behandlingsformer som kortbølge-, ultralyds-, traktions- og laserbehandling.

Og det store flertal, 90 procent, retter sig helt eller delvist efter den første del af anbefalingen, som Fysioterapeuten kunne fortælle for nylig (2) med baggrund i en evaluering fra Sundhedsstyrelsen af, hvordan det siden var gået med MTV-rapporten.

Men samtidig benytter mange fysioterapeuter fortsat behandlinger, som kun anbefales i visse tilfælde, eller som direkte frarådes: For eksempel bruger hele 36 procent "ofte eller jævnligt" ultralydsbehandling, mens 23 benytter kortbølge- og 17 pct. laserbehandling.

Fysioterapeuten har blandt andet spurgt 11 praktiserende fysioterapeuter, om de fortsat bruger behandlinger, som MTV-rapporten frarådede, og om deres begrundelser for at gøre det (eller lade være).



VIBEKE LAUMANN

Formand for praktiserende fysioterapeuter Vibeke Laumann:

Bruger du kortbølge, ultralyd og laser i behandling af lænderygsmerter?

"En sjældent gang, som supplement til anden behandling. Men aldrig alene. Ofte er det så i en akut situation, hvor jeg bruger det som forsøg på smertedæmpning. Og ved meget specifikke, lokale tilstande".

MTV rapporten fraråder passiv behandling til rygpa-

tienter. Alligevel angiver Sundhedsstyrelsen, at mellem 17 og 36 procent af praktiserende fysioterapeuter bruger det. Hvorfor følger de ikke i større omfang rapportens anbefalinger?

"Det synes jeg også, jeg gør. Men til en vis grad bruger man også sin erfaringsbaserede viden. Men sagen er, at her på klinikken bruger vi det måske til én ud af 50 patienter - udstyret står næsten og samler støv, men jeg kan godt finde på at bruge det, hvis jeg ikke kan komme videre ad andre veje og tror, det kan lindre smerten".

Kan det have betydning for fysioterapeuters faglige anseelse, at de bruger disse behandlingsformer?

"Man kender da placeboeffekten, og måske er det grunden til, at det en gang imellem kan lindre smerter. Men jeg vil nu ikke sige, at det er grunden til, at jeg bruger det".

Hvad skal der til, før fysioterapeuter helt holder op med at bruge de passive behandlingsformer til rygpatienter?

"På et tidspunkt, når der er tilstrækkelig dokumentation for, at en behandling ikke har nogen effekt, vil man ikke bruge tid og kræfter på den længere".

Vibeke Laumann tilføjer: "Det er kun et par uger siden, at vi sad på frokostmødet og snakkede om, at vi skulle smide kortbølgeapparatet ud, fordi det bliver brugt så sjældent. Og vi er seks fysioterapeuter om ét ultralydsapparat, som næsten heller ikke bliver brugt".

ANNA LØBER

Anna Løber, Herning, mener, at hendes klinik har så få rygpatienter, at den er "statistisk uinteressant" for en rundspørge som denne. 80 procent af klinikens patienter er kroniske, oplyser hun - men det sker da, at rygpatienter bliver henvist.

Kan du finde på at bruge for eksempel ultralyd eller kortbølge til en rygpatient.

"Det kan vi godt finde på, hvis vi bliver bedt om det. Jeg er så gammel i gårde, at jeg bruger det, jeg ▶

- ▶ har værktøjskassen, som jeg synes passer til den enkelte patient. Og det kan indimellem være noget, der har med bløddelene at gøre. Vi har nogle kiropraktorer i byen, som sidder tungt på det marked, og når folk endelig havner hos os, er det, fordi der også ønskes bløddelsbehandling. Og så kan du jo ikke sige, at det vil du ikke have med at gøre«.

Hvornår bruger du de passive behandlingsmetoder?

"Det kan være, når det andet har været prøvet på sygehuset eller hos kiropraktoren, og lægen skønner, at det må være muskulært - så bruger vi det, vi har i værktøjskassen, som kan være for eksempel ultralyd, massage eller udspænding".

Giver i også mere aktiv behandling?

"Vi giver altid et eller andet, så patienten kan lære at leve med det. Ingen bliver sendt af sted uden et øvelsesprogram, der egner sig til netop det problem, de har. Men som smertelindring, så man kan komme i gang med øvelserne, kan vi godt finde på at tage de andre værktøjer i brug".



BIRGER MIKKELSEN

Praktiserende fysioterapeut
Birger Mikkelsen var med i planlægningsgruppen bag audit-projektet "Ondt

i lænden", som blev iværksat i 1999 (3) 1 Han svarer ganske kort på spørgsmålet, om han fortsat bruger de behandlingsformer, MTV-rapporten fraråder:

"Nej, for de virker ikke".

Når MTV-rapporten fraråder brugen af passiv behandling, hvad kan grunden så være til, at mellem 17 og 36 procent af fysioterapeuterne bruger disse behandlingsformer?

"Det må være, fordi nogle synes, det virker. Jeg har selv brugt dem i gamle dage, men synes, at jeg har fundet nogle mere effektive redskaber: Patientinvolvering og træning".

Betyder det noget for fysioterapeuters faglige anseelse, at man bruger de behandlingsformer, som MTV-rapporten frarådede?

"Hvis man vælger at se bort fra anvisninger "oppefra", er det med til at skade éns anseelse.

Hvad tror du, der skal til, før fysioterapeuter holder helt op med at bruge de passive behandlingsformer?

"Det kan være, at dokumentationen skal være tydeligere. Der er jo også dokumentation, der peger den anden vej, som vi så i et af de sidste numre af vores

fagblad. Det er jo ikke kun et spørgsmål om vilje eller modvilje. Hvis man føler, at der er en god virkning af det, de gør, bliver man bekræftet, hver gang man ser en undersøgelse, der siger det samme. Dokumentationen er jo ikke helt sort-hvid for det ene eller det andet. Dokumentationen undergår også forandringer".



MARTIN B. JOSEFSEN

Praktiserende fysioterapeut og redaktør af Muskuloskeletalt Forum, svarer også benægtende på spørgs-

målet, om han bruger de passive behandlingsformer: "Slet ikke", siger han og begrundet:

"Det skyldes en kombination af evidensen på området og det, som jeg mener virker. MTV-rapporten har også haft indflydelse, men det skyldes primært, at jeg arbejder med manuel terapi og øvelser".

Betyder det noget for fysioterapeuters faglige anseelse, at man bruger de behandlingsformer, som MTV-rapporten frarådede?

"Det må skyldes gamle traditioner og vaner, hvis man ikke har fået implementeret en behandling, som virker bedre. Jeg tror ikke, det er særlig smart for vores anseelse, at så mange bruger de ting. Jeg ville have svært ved at finde argumenter for at bruge for eksempel ultralyd til rygpatienter".

Hvad tror du, der skal til, for at fysioterapeuter holder op med at bruge de passive behandlingsformer til rygpatienter?

"En vilje til omstilling. Og hos dem, der ikke rigtig er kommet videre, skal der nok også en implementerings- og informationsproces til, og en højere grad af vidensformidling. Man må ikke glemme at efteruddanne sig, for der sker så meget på dette område, at man er nødt til at følge med.

Man skal nok spørge sig: Hvorfor bruger jeg egentlig de samme behandlingsmetoder til alle mine patienter? Er det, fordi jeg tror, de alle fejler det samme? Eller er der i virkeligheden tale om, at man er mere præget af rutine i sin praksis, end at man går lidt mere kritisk til værks?"

KIRSTEN WILLIAMS

Kirsten Williams, fysioterapeut og praksiskonsulent i Århus amt, var selv med til at udarbejde MTV-rapporten,

der fraråder kortbølge, ultralyd og laserbehandling til lænderygpatienter.

Men hun bruger faktisk selv "en sjælden gang" en type behandlingsmetoder til rygpatienter.

"Og hvis jeg gør det, har jeg altid en faglig begrundelse for det", siger hun.

"Man kan godt komme ud for en rygpatient med en forstrækning, hvor der er hævelse og vævsforandring i et område. Men jeg skal kunne argumentere for og forsvare, hvorfor jeg vælger det. Det sker aldrig som rutine".

Ifølge evalueringen bruger 36 pct. af fysioterapeuterne ultralyd, og 23 pct. bruger kortbølge til rygpatienter 'ofte eller jævnligt'. Hvorfor mon de gør det, når MTV-rapporten fraråder det?

"Jeg tror, de gør det som led i smertebehandling. Man har jo ikke så meget at gøre med".

Tror du, det har betydning for fysioterapeuters faglige anseelse, at de bruger disse metoder?

"Det mener jeg, at det har. Og derfor skal man også kunne argumentere over for lægen eller andre, hvorfor man lige har gjort det i dette tilfælde. Det må ikke være rutine eller indgå som en del af det regime, man har for rygpatienter".

Hvad tror du, der skal til, før fysioterapeuter helt holder op med at bruge de passive behandlingsformer til rygpatienter?

"Der er ikke noget, der er absolut. De rygpatienter, der kommer, kan jo også fejle andre ting, og jeg tror aldrig, man når dertil, hvor man aldrig vil bruge det. Men man skal have den faglige diskussion med sig selv og andre, hvorfor man vælger det".

HENRIK BJARKE MADSEN

Henrik Bjarke Madsen, som arbejder hos Nyborg Fysioterapi, bruger ikke el-terapi til rygpatienter.

"Jeg bruger det ikke af to årsager. Den ene er, at jeg har taget hele rækken af McKenzie-kurser og holder mig stringent til det, så længe der er mulighed for det. Når det ikke slår til, finder jeg intet belæg for at gå over til passiv behandling, men fortsætter i et længerevarende træningsforløb. Til ryg - og det gælder hele ryggen - bruger jeg ikke passiv behandling".

Men et stort antal fysioterapeuter bruger passiv behandling, i hvert fald supplerende. Hvorfor, tror du?

"Nogle har nok erfaring for, at el-terapi har en god smertelindrende effekt. Men jeg tror også, at mange fysioterapeuter ikke er helt med i forhold til de meget videnskabelige begreber, og at vores uddannelse først er begyndt at tage rigtigt fat om det, efter at bachelorprojektet blev indført. En del står lidt af over for det og føler, at det, der virkede for 20 år siden, også er godt i dag, og at de ikke har noget behov for at tage det ud af deres behandling på grund af nogle undersøgelser, de ikke selv har noget forhold til".

Har det nogen betydning for fysioterapeuters faglige anseelse, at de bruger passiv behandling?

"Bestemt. Jeg tror, det kan sætte os i et lidt dårligt lys i forhold til de andre sundhedsfaglige grupper. Hvis det rygtes, at vi bruger nogle behandlingsredskaber, som ikke virker, er der i princippet ingen grund til at henvise til os".

Hvad skal der til, før de holder op med at bruge disse behandlingsformer?

"Man skal ikke nødvendigvis holde helt op. Men man skal ikke bruge det ukritisk eller som første prioritet. De undersøgelser, der er lavet, er rigtig gode, men de er ikke nødvendigvis hele sandheden".



KIRSTEN CARSTENSEN

Det første, Kirsten Carstensen gjorde, da hun købte sin klinik i Klampenborg, var at smide kortbølgeapparatet ud.

"Til gengæld har jeg med stort held brugt laserlys, siden det kom frem, også i tider, hvor det ikke har været comme-il-faut", siger Kirsten Carstensen. Laser indgår dog sjældent, når der er tale om rygpatienter, hvor hun til gengæld nogle gange bruger ultralydsbehandling.

Hvorfor, når MTV-rapporten nu fraråder det?

"Jeg læste rapporten, og som jeg husker den, var der en restgruppe på 15-20 procent, som var uimodtagelige for den behandling, rapporten omtalte. Patienter, som man ikke anede, hvad man skulle stille op med, og hvor psykosociale faktorer spillede en stor rolle. Når jeg bruger ultralyd, kan det være i forbindelse med nogle anspændingsmønstre, der sætter sig som smerter i ryggen, og hvor det kan hjælpe til at løse spændinger op".

Sker det som supplement til øvelser, manuel behandling osv.?

"Ja, det udgør kun en meget lille del af mit samlede tilbud til rygpatienter. Selvfølgelig træner jeg dem aktivt, men det gjorde jeg også før MTV-rapporten".

Hvorfor har du ikke i fuldt omfang fulgt MTV-rapportens anbefalinger?

"Fordi rapporten svigter den restgruppe, jeg nævnte, ved at stemple dem som upåvirkelige, fordi de behandlingsformer, rapporten beskæftiger sig med, kommer til kort netop over for den gruppe".

Hvad skulle der til, før du holdt op med at bruge disse behandlingsformer til rygpatienter?

- ▶ "At jeg ikke mener, patienten vil have gavn af det, og at det kliniske billede ikke indbyder til det", svarer Kirsten Carstensen.

"Jeg har været fysioterapeut med stor iver i 28 år og læst ganske mange videnskabelige artikler. Meningen på bjerget - og videnskaben - har det jo med at ændre sig, og meget af den traditionelle forskning kommer til kort over for fysioterapi", siger Kirsten Carstensen, som man derfor heller ikke får til at sige, at "mere evidens" er det, der skal få hende til at sende ultralyds- og laserudstyret samme vej som i sin tid kortbølgeapparatet.

TYGE LARSEN

Det er fire år siden, at Tyge Larsen kom til Augustenborg Fysioterapi.

"I den tid har jeg ikke brugt kortbølge eller ultralyd til lænderygpatienter - jo, i to-tre tilfælde, hvor det var hensigtsmæssigt til smertebehandling. Det er bestemt undtagelsen, og aldrig første valg".

Selv før MTV-rapporten brugte Tyge Larsen meget sjældent passiv behandling. "Og det er om muligt endnu mindre nu", siger han.

Hvorfor fravælger du de passive behandlingsformer?

"Fordi jeg har oplevet, at fysisk aktivitet fungerer. Tilbage

omkring 1980 arbejdede jeg i Norge, et sted, hvor passiv behandling var bandlyst. Vi brugte fysisk træning, gang, skiløb, bassin og ergonomi i behandlingen af rygpatienter, og det har præget mig".

Selv om rapporten fraråder passiv behandling, er der alligevel en del, der bruger det?

"Måske er det vanens magt, eller erfaring med, at det virker. Det kan også være, fordi man ikke ved, hvad man ellers skal gøre, eller ikke helt er fulgt med udviklingen i rygehandlingen. McKenzie har været en øjenåbner for mange, men det er jo ikke alle, der har været på kurser".

Kan det påvirke fysioterapeuternes anseelse, at de bruger passive behandlingsformer?

"I visse kredse, for eksempel blandt praktiserende læger - i hvert fald de, der følger lidt med i, hvad der er evidens for på behandlingsområdet. Og når aviserne skriver om, at 'mange bruger passiv behandling', virker det sikkert også negativt ind på de politikere, som skal bevilge pengene".

Hvad skal der til, før fysioterapeuterne helt dropper de passive behandlingsformer?

"Løbende efteruddannelse må være et væsentligt aspekt. At man ikke blot får at vide, hvad man ikke skal gøre, men også, hvad man skal gøre - og får nogle værktøjer til at gøre det".

"Udviklingen går jo i retning af evidensbaseret behandling i fysioterapien. Men det handler også om opdragelse. Der er nogle gamle holdninger og vaner, som er rodfæstede".



Anir™

Dokumentert effektiv mot museskade

AnimaX International AS,
PB 6211 Etterstad, N-0603 Oslo.

Dokumentasjon, distributører og forhandlere på:
www.animax.no



LENE DUUS

Fysioterapeut Lene Duus, Nørager Fysioterapi, bruger ingen af de passive behandlingsformer til rygpatienter.

Og det gjorde hun heller ikke før, MTV-rapporten frarådede det.

"Vi har slet ikke kortbølgeapparat her. Vi har ultralyd og laser, som jeg personligt ikke bruger til rygpatienter. Jeg ved ikke, om mine kolleger gør, men jeg tror det ikke".

Hvorfor bruger du det ikke?

"Generelt bruger vi McKenzie her, suppleret med kinetic control - og det virker jo, så der er ikke grund til at bruge andet. Og så er min grundholdning, at hvis patienterne kan gøre noget selv, er det det, de skal. Sådan arbejdede jeg også før MTV-rapporten, så

den har bare bekræftet mig i, at der ikke var grund til at ændre på det".

Hvorfor tror du, at mange af dine kolleger stadig bruger de behandlingsmetoder, som frarådes?

"Det bliver gæsteri. Måske er det en vane, man griber til i en presset hverdag. Men jeg kan også tænke mig, at de må have en oplevelse af, at det hjælper. Jeg tror på, at fysioterapeuter reflekterer over deres praksis. Det kan også være, fordi de ikke finder det dokumenteret, at det ikke hjælper".

Har det betydning for fysioterapeuters faglige anseelse, at de bruger de passive behandlingsformer?

"Det kan det godt have. Lægerne vil helst have, at man følger det, der er evidens for. Men ser vi på patienterne, tror jeg også, at mange gerne vil 'nulres' lidt. Og nogle gange kræver det lidt overtalelse at forklare patienterne, at det faktisk er dem selv, der skal være aktive. Og der er da noget passiv behandling, der kan være relevant".

Hvad skal der til, før fysioterapeuter helt opgiver passive behandlinger til rygpatienter?

"Det er svært at svare på andres vegne. At de følger med tiden? På den anden side har jeg svært ved at sige, at det gør mine kolleger ikke".



UFFE LINDSTRØM

Uffe Lindstrøm, Aalborg, er bestyrelsesformand i McKenzie-faggruppen og bruger ikke passive behandlingsformer til sine lænderygpatienter: "Jeg er ikke bekendt med, at der findes evidens på det område. Men jeg kender evidensen for mekanisk diagnostik og terapi".

Hvorfor tror du, at mange stadig bruger de behandlingsformer, der frarådes i MTV-rapporten?

"Der er lange traditioner for, hvad man gør. Og så er der patienternes forventninger, som man også skal vise forståelse for. Det kan også være den enkelte læges forventninger. Vi arbejder i et system, hvor vi reelt skal gøre det, lægen beder os om".

"Evidens er dynamisk. Det er som en mur, der konstant udbygges med flere sten - mere evidens. Men der er altid plads til flere sten, så den er under konstant udbygning".

Siger du, at man skal fortsætte med at bruge en behandling, selv om der ikke er evidens for effekten?

"Nej. Men der er en træghed i at få forandringer igennem. Plus den faktor, at vi til stadighed skal diskutere

og evaluere de forskningsresultater, der kommer, og kvaliteten af dem, inden de omsættes i praksis: Hvor god er den artikel, der siger, at nu skal vi gå til højre i stedet for til venstre? Jeg tror, det går så hurtigt, som det kan gå, og at man til stadighed skal sætte spørgsmålstegn ved den nyeste forskning og gå i dialog med den. Dertil kommer den træghed, der ligger i, at folk skal vænne sig til at gøre noget andet".

Har du et bud på, hvad man skal vænne sig til at gøre?

"Man skal se på den evidens, der findes, og følge den. Men hvis en forsker siger, at nu skal vi træne nogle andre muskler end før, må nogen jo også sørge for, at de kurser, hvor man kan lære det, er til stede", siger Uffe Lindstrøm.

"Jeg tror, at danske fysioterapeuter har taget evidensbebreget godt til sig, og at de ændrer holdninger og intentioner i det tempo, som man realistisk kan forvente".

REFERENCER

1. Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Medicinsk Teknologivurdering Serie B 1999;1(1).
2. Fysioterapeuten, 13. februar 2006: Fysioterapeuter giver aktiv rygbehandling.
3. Omtalt i Fysioterapeuten nr. 5, marts 2002. ■

Spar penge på jeres Træningselastikker

www.elastikker.dk

- Priser mellem kr. 2,50 og kr. 5,50 pr. stk.
- Ren naturgummi giver bedre elasticitet
- Flere forskellige styrker
- Høj kvalitet og mange farver
- Hurtig levering
- Også Exercisebands i 2 styrker
- Få tilsendt en prøvepakke - Helt uforpligtende



H.C. Jacobsen A/S, Birkedommervej 31, 2400 Kbh. NV.
Tlf 38197200 www.elastikker.dk info@hc-jacobsen.dk



Kiropraktor Lise Nyegaard



Viljen til samarbejde er der

Ifølge ny rapport er samarbejde om rygpatienterne i primærsektoren ikke særlig godt. En læge, en kiropraktor og en fysioterapeut diskuterer uvidenhed, fordomme og andre barrierer for samarbejdet

AF JOURNALIST KLAUS LARSEN

FOTO CLAUS BOESEN

Det går fremad med det tværfaglige samarbejde. Men i primærsektoren halter det stadig i samarbejdet mellem fysioterapeuter, praktiserende læger og kiropraktorer. Det fremgår af Sundhedsstyrelsens nylige evaluering af implementeringen af MTV-rapporten, "Ondt i ryggen".

Især finder fysioterapeuter og læger, at samarbejdet går nogenlunde - men det er jo også til en vis grad formelt styret og reguleret.

Kiropraktorerne derimod føler sig mange steder holdt udenfor: Der mangler kommunikationsveje, der kan ikke henvises, man "taler forskellige sprog" og kender ikke hinandens faglige kunnen - og nogle gange står gamle fordomme i vejen.

Fysioterapeuten har taget temperaturen på samarbejdet mellem de tre faggrupper i Helsingør og bad fysioterapeut Gurli Petersen arrangere et møde med en praktiserende læge og en kiropraktor i byen.

DET FORMELLE MANGLER

Det var ikke svært for Gurli Petersen at finde en praktiserende læge til mødet. Hun har et udmærket og

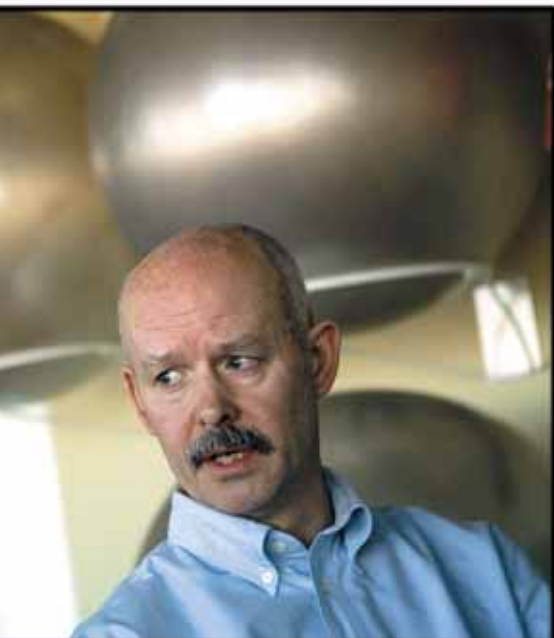
formaliseret samarbejde med blandt andre Thomas Preisler, der jævnligt henviser patienter med rygproblemer til hendes klinik et par etager højere oppe i huset på Axeltorv.

Det kneb straks mere med at finde en kiropraktor, da der ikke på samme måde er tale om et samarbejde. Kiropraktor Lisa Nyegaard stillede dog beredvilligt op, men hvorfor har Gurli Petersen egentlig ikke kontakt til hende eller nogen af hendes kolleger?

Gurli Petersen: "Vi sender faktisk patienter til kiropraktorerne, men har aldrig fået et helt formelt samarbejde i stand. Det samarbejde, vi har om rygpatienter, især omkring de kroniske, er meget problemorienteret. Og det er lægen, vi ringer tilbage til, når der er problemer. Måske er det, fordi vi ikke ved præcis, hvad kiropraktorerne laver".

Ifølge rapporten mangler der en gensidig faglig anerkendelse. Er det også en barriere for samarbejdet, og går det ud over patienterne?

Lisa Nyegaard: "Jeg tror, vi ved for lidt om hinanden. Men blandt fysioterapeuter er der også stor forskel. Jeg



Praktiserende læge Thomas Preisler



Fysioterapeut Gurli Petersen

har oplevet at sende patienter til genoptræning hos fysioterapeut, men i stedet har de fået kranio-sakralterapi eller ultralyd. Det skulle man nok tage kontakt med dem om - og jeg har prøvet nogle gange. Men der er ikke kommet noget formelt samarbejde ud af det. Som kliniker savner jeg et formelt sted at henvise patienter til genoptræning. I stedet for, at folk går ned til det lokale fitness-center og får lidt vejledning, kunne jeg godt tænke mig et sted, hvor der var lidt mere faglig kompetence. Der mener jeg, fysioterapeuterne har en klar rolle i et tværfagligt samarbejde".

Thomas Preisler: "Vores samarbejde med fysioterapeuterne fungerer glimrende. Nok først og fremmest fordi, det kræver en lægelig henvisning. Det gør det ikke til en kiropraktor, og derfor glider de ud af vores verdensbillede. I konkrete tilfælde med rygproblemer foreslår jeg tit en patient at gå til en kiropraktor. Men da jeg ikke skal give en henvisning med, kan jeg heller ikke beskrive mine forventninger til, hvad kiropraktoren skal gøre eller sætte en diagnose ved, som patienten kan gå videre med. Og da jeg ikke giver nogen oplysninger med, ved jeg heller ikke, hvad der kommer til at foregå, og får naturligt nok heller ingen tilbagemelding, da vi ikke har noget formaliseret samarbejde som for eksempel de Edifact-beskeder, vi får tilbage fra fysioterapeuterne. Det er nok mest de manglende henvisninger, der sætter kiropraktorerne udenfor".

MYTER, MISTRO, MISFORSTÅELSER

Blandt andet i debatten på fysio.dk kan man fornemme en vis faglig jalousi mellem fysioterapeuter og kiroprak-

torer, og at nogle fysioterapeuter mildt sagt er skeptiske over for kiropraktorerne faglige kunnen. Er det en anden væsentlig grund til det haltende samarbejde?

Gurli Petersen: "Det tror jeg. Der er mange myter, både om kiropraktorer og andre behandlere. Men er det ikke ved at dø ud? Jeg synes da, vi generelt er åbne. De fleste af os har nok nogle ideer om, at kiropraktorer manipulerer meget. Det kan man have forskellige holdninger til, og dér kan godt være en barriere, som det kan være svært at komme over. Men i bund og grund handler det jo om, hvad patienterne vil. De shopper rundt, og vi har ikke så meget at skulle have sagt.

Lisa Nyegaard: "Jeg har ikke set den debat. Men jeg har hørt om den, og den bliver vist lidt grim nogle gange. Måske er der nogle fysioterapeuter, som føler, at vi trænger ind på deres område, fordi nogle klinikker er begyndt at tilbyde genoptræning. Men det er kun mit gæt. Jeg har oplevet, at en fysioterapeut har sagt til en patient, at det enten skal være kiropraktor eller fysioterapeut, ikke begge dele. Men jeg mener, at vi alle har et gavnligt behandlingstilbud. Det skal ikke være enten-eller, men både-og".

Gurli Petersen: "Jeg er enig for så vidt, at det handler om forskellige forløb. Men MTV-rapporten anbefalede faktisk, at man undgik dobbeltforløb. Jeg siger til mine patienter, at de skal vælge, og ikke gå hos både kiropraktor og fysioterapeut samtidig. Vi kan supplere hinanden over tid. Men jeg mener ikke, det er hensigtsmæssigt at gå begge steder samtidigt".

Læger er ifølge rapporten heller ikke gode til at sende deres patienter til kiropraktor. Hvorfor mon?

Læs over skulderen hos patienten

Anmeldelse ■ Traume heling. Guide til forløsning af Traumer efter trafikuheld og andre ulykker. Diane Poole Heller og Laurence S. Heller. Oversat af Otto Sigvaldi. Borgen 2005. ISBN 87-21-02475-8, 256 sider. 249 kr.

Bogen henvender sig væsentligst til personer, der har været udsat for et traume, og den beskriver de symptomer, der kan opstå som følge heraf: smerter, hovedpine, dårlig søvnkvalitet, irritabilitet, en fornemmelse af at have mistet grebet om tilværelsen.

Forfatterne arbejder ud fra den teori, at kroppen og centralnervesystemet ved et traume bliver overbelastet og energien fastlåst. "Din krop har ikke fuldført den cyklus, som naturen tilsigtede" skriver forfatterne, og pointerer, at helingsprocessen er blevet forhindret, og at det er årsagen til alle symptomer.

Alle bogens øvelser og cases tjener til at aktivere og udnytte egne ressourcer. Bogen anvender hovedsageligt visualiseringsøvelser. Forfatterne mener, at læseren, gennem oplysninger og øvelser, kan være medvirkende til at forløse den energi, der blevet fastlåst i nervesystemet efter traumet.

Bogen er let at læse. Alle øvelserne er udførligt beskrevet, og de forskellige fysiske og psykiske reaktioner er beskrevet i et sprog, der er nemt at forstå, også uden faglig baggrund.

Bogen bygger på Peter Levines (forfatter til "Væk Tigreren") beskrivelse af "somatisk erfaringsproces", som viser, at traumet ikke ligger i begivenheden, men snarere i den uorden, der opstår i nervesystemet. Det er af den grund, at forskellige mennesker reagerer meget forskelligt på noget, der lader til at være den "samme" begivenhed.

Personligt mener jeg, det er vigtigt for os som behandlere at vide, hvad vore patienter eventuelt læser. Bogen er en oversættelse af Crash Course. A self-Healing Guide To Auto Accident Trauma & Recovery. North Atlantic Books 2001.

ANMELDT AF FYSIOTERAPEUT BIRTE CARSTENSEN



- ▶ Thomas Preisler: "For det første på grund af den manglende formaliserede henvisning. Men også pga. uvidenhed om, hvad kiropraktorer kan tilbyde, og hvor det passer ind i behandlingen af en akut rygpatient. Faktisk sender jeg patienter til kiropraktor, især med akutte rygproblemer. Men jeg tror, mange læger ikke nævner kiropraktorer over for deres patienter overhovedet. Formentlig pga. ukendskab til, hvad de kan".

Eller pga. mistillid?

"Ja, også det. Der er en masse myter om deres brug af røntgen - at det bruges for meget, eller at det overtolkes. Og myter om deres behandling af spædbørn med kolik. Så en del skyldes også uvidenhed eller ukendskab. Vi har jo ingen rigtig kontakt med kiropraktorerne, som vi har med fysioterapeuter".

Lisa Nyegaard: "Det tror jeg så er ved at ændre sig nu. Både, fordi Syddansk Universitet har fået en kiropraktoruddannelse, hvor de studerende går sammen med de medicinstuderende de første tre år, og hvor læger og kiropraktorer også driver forskning sammen. Men også fordi kulturen og traditionerne stille og roligt vil blive ændret i takt med, at vi lærer hinanden bedre at kende".

JA TIL NETVÆRK – NEJ TIL BUREAUKRATI

Hvad kan man gøre for at overvinde de fordomme, og det ukendskab, der findes mellem faggrupperne? Kræver det et formelt forum?

Gurli Petersen: "Jeg vil foreslå, at man laver lokale netværk. Det er vi blevet bedre til monofagligt, og det synes jeg også, vi skal gøre tværfagligt".

Lisa Nyegaard: "Netværk er en udmærket idé. Men hånden på hjertet: Ingen ønsker nye byrder i form af endnu mere skrivebordsarbejde med at lave lange udrådninger for hinanden. Det skal være lettilgængeligt, for I andre synes vel også, at I nogle gange bruger mere tid på at skrive, end på patienterne? De fleste af os vil helt sikkert gerne have et tættere praktisk samarbejde, det må bare ikke blive bureaukratisk og omstændeligt. Det vil ingen få noget ud af".

Gurli Petersen: "Det kommer an på, hvilke patientgrupper, vi taler om. Nu har vi jo fået en grænse mellem specialoptræningen og almen genoptræning. Sundhedsstyrelsen har lagt frem, at på speciallægeniveau, hvor der kræves en samlet indsats, skal der simpelthen være mere tværfaglighed. I primærsektoren er der mange patienter, der ikke kræver de store, sammensatte indsatser. Den opgaveglidning, jeg har oplevet i mine år her, med tilgang af tungere og tungere patienter, håber jeg, vil ændre sig med de nye regioner, hvor der skelnes mellem speciel og almen genoptræning. Og dét kunne lægge op til netværksdannelse omkring disse patienter".

Hvordan ville de praktiserende læger se på en netværksdannelse?

Thomas Preisler: "Tid er et stort problem, så det kommer helt an på, hvor praktisk og hvor nemt, det blev gjort. Men jeg synes, det ville være en god idé. Det ville i øvrigt også være rigtig godt at få tilbagemeldinger fra jer (kiropraktorerne, red.) Det er os, der som læger skal være den samlende funktion i forhold til socialforvaltning og viderebehandling, og der er en tilbagemelding om, hvad der er sket og gjort guld værd for os".

SAMARBEJDE = TID = PENGE

Ifølge rapporten taler I tre faggrupper også forskellige "sprog". Hvad mon der menes med det? Handler det også om at have forskellig tilgang og en forskellig synsvinkel på patienterne?

Lisa Nyegaard: "Fysioterapeuterne bruger træningsforløb, vi giver patienten bevægelighed i rygsøjlen, og lægen er måske smertestillende og medicinerende. Det giver jo forskellige indfaldsvinkler".

Thomas Preisler: "Med forskellige sprog mener man vel opfattelsen af diagnosen? Forskellige typer behandling? Det er svært at sige, for jeg har jo ingen daglig omgang med jer og kender ikke jeres sprogbrug eller jeres måde at stille diagnoser på".

Rygcenteret i Ringe på Fyn blev nævnt. Her arbejder de tre faggrupper sammen og lærer hinandens "sprog" og arbejdsmetoder at kende. Det er måske ikke tilfældigt, at det netop er på Fyn, at man finder mindst utilfredshed med samarbejdet. Måske skal vi have nogle flere rygcentre?

Gurli Petersen og Thomas Preisler (nærmest i kor): "Ja, til de tunge patienter".

Lisa Nyegaard: "Det er også dér, patienterne bliver sendt hen, når vi alle sammen har opgivet. Der har man alt: scanningsmuligheder osv. – hele det brede behandlings- og diagnostiske tilbud, vi ikke har ude i de små private praksiser".

Thomas Preisler: "Og den type patienter kræver netop en tværfaglig indsats. Der er givetvis for få af den slags centre".

Vil der efterhånden, spontant, opstå en større tværfaglighed?

Thomas Preisler: "Det kræver en politisk beslutning".

Gurli Petersen: "Det kræver, at vi bliver honoreret for det merarbejde, som det vil indebære. I vores nuværende honorar er indeholdt en almen dialog med lægerne. Vi bliver ikke honoreret for det tidkrævende, tværfaglige samarbejde, som kræves ved de tunge patienter. Det er selvfølgelig en stærk barriere for det tværfaglige samarbejde".

LÆG EGOET TIL SIDE

Har I nogen fornemmelse af, om det tværfaglige samarbejde her i Helsingør er specielt godt eller dårligt?

Thomas Preisler: "Det er næppe anderledes her end andre steder. Samarbejdet mellem os og kiropraktorerne er nærmest ikke-eksisterende, udover, at man kan råde til at gå til kiropraktor".

Lisa Nyegaard: "Her i byen er der til tider et godt samarbejde, når egoet bliver lagt til side. Men vi hører da fra nogen, at de har fået at vide, at 'kiropraktik, det er da udmærket. Men for Guds skyld, du skal da ikke lægge ryg til. Det er jo livsfarligt'. Det sker faktisk stadigt, at vi møder den holdning, at kiropraktik er en slags kvaksalveri. At komme den tradition til livs er lidt op ad bakke. Sjovt nok er det nemmere på de større hospitaler, hvor speciallægerne ofte har færre fordomme end en del praktiserende læger, der nogle gange er mere reserverede".

Gurli Petersen: "Jeg kender personligt til flere fysioterapeuter, der har et tæt samarbejde med kiropraktorer og omvendt. Og det fungerer glimrende. Det gode samarbejde findes rundt omkring". ■

LÆS FYSIO, Nyhedsbrevet for fysioterapeuter - tidsskriftet som fokuserer på det som er vigtigt.

FYSIO er et nyhedsbrev, som opsummerer det vigtigste for dig hver måned. Vi studerer omkring hundrede tidsskrifter, rapporterer fra flere internationale konferencer og interviewer ledende eksperter rund omkring i verden.

Hvis du læser FYSIO får du et bredt, internationalt perspektiv på effektive behandlings- og diagnosticeringsmetoder. FYSIO giver dig også praktiske tip, som du kan få gavn af i dit daglige arbejde.

Kontakt os så sender vi dig et gratis nummer af FYSIO!

Besøg også gerne vores montre på Fagfestivalen den 23.-25. marts. Du kan vinne et abonnement!

Læs mere om FYSIO på www.fysio.us
+46-176-814 15
fysio@areldata.se

NYHEDSBREVET FOR FYSIOTERAPEUTER

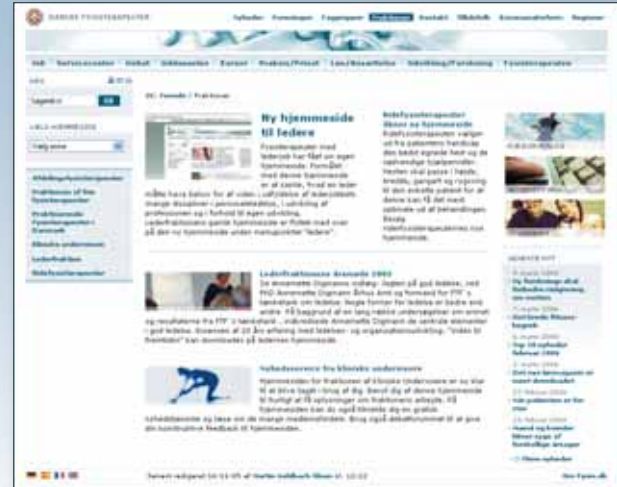
FYSIO

AF WEBREDAKTØR MARTIN GOLDBACH OLSEN MGO@FYSIO.DK
OG WEBMEDARBEJDER ANNE LARSEN AL@FYSIO.DK

LÆS OM FAGFESTIVALEN PÅ NETTET

Danske Fysioterapeuters Fagfestival 2006 finder sted i Odense Congress Center den 23.-25. marts med en række spændende foredragsholdere, præsentationer og sociale arrangementer, hvor fysioterapeuter fra hele landet kan mødes om deres fag. Fagfestivalen har sin egen hjemmeside på adressen <http://fagfestival.fysio.dk>, hvor du kan finde alle de praktiske oplysninger, information om foredragsholdere samt programmet for festivalen. Efter festivalen vil der løbende komme nyheder, artikler, præsentationer og andet materiale fra Fagfestivalen på hjemmesiden. Tilmeld dig derfor Fagfestivalens nyhedsbrev, så får du de seneste nyheder og opdateringer i en e-mail.

Tilmeld dig nyhedsbrevet på <http://fagfestival.fysio.dk>



FAGGRUPPER OG FRAKTIONER

Danske Fysioterapeuters faggrupper og fraktioner er også at finde på nettet. De fleste har deres egen hjemmeside med eget domæne. På fysio.dk kan du finde links til alle faggrupper og fraktioners hjemmesider. Du kan også læse nyheder og finde informationer om nogle af de aktiviteter og kurser, som faggrupperne og fraktionerne arrangerer.

Se faggrupperne på <http://www.fysio.dk/sw214.asp>

Se fraktionerne på <http://www.fysio.dk/sw215.asp>

Evidensbaseret fysioterapi er blevet en del af dagligdagen

Svar til fysioterapeut, cand. scient. soc. Linda Carlsens indlæg i Fysioterapeuten nr. 3/06, "Ordet evidensbaseret er blevet en kliché"

DEBATINDLÆG AF:

THOMAS MARIBO, FYSIOTERAPEUT, CAND.SCIENT.SAN.,
TORE CHRISTIANSEN, FYSIOTERAPEUT, CAND.SCIENT.
SAN., JAKOB LORENTZEN, FYSIOTERAPEUT, CAND.SCIENT.
SAN., INGE GRUNDT, FYSIOTERAPEUT, MPH.

Linda Carlsen (LC) ridser i sit indlæg kort nogle problemstillinger op, hvoraf det fremgår, at evidensbaseret fysioterapi udkonkurrerer den relationelle praksis mellem terapeut og patient. At det ikke behøver at være tilfældet, vil vi gerne give vores bud på.

For knap en dekade siden var begreber som evidens, evidensbaseret, p-værdier og sikkerhedsintervaller hovedsageligt forbeholdt en lille skare inden for fysioterapien. Siden da er det takket være en øget prioritet på grunduddannelserne og en bevidst satsning af Danske Fysioterapeuter blevet begreber, som håndteres af majoriteten af fysioterapeuter. Det er derfor uomtvisteligt, at evidensbaseret behandling på bekostning af behandlinger, som baseres på den mere empiriske tilgang, vil vinde endnu mere indpas i de ydelser, fysioterapeuter i fremtiden vil udbyde. Det er et krav fra såvel vores samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet som vores arbejdsgivere og ikke mindst patienterne.

Der hersker desværre en del misforståelser om begrebet 'evidensbaseret', ligesom der fejlagtigt bliver sat lighedstegn mellem 'evidens' og 'evidensbaseret', blandt andet i indlægget af LC.

Begrebet 'evidence based medicine' er af Sackett blevet defineret som kliniske beslutninger, der tager udgangspunkt i den foreliggende evidens, sin egen bedste kliniske dømmekraft og den enkelte patients præferencer (1).

Der er altså på ingen måde tale om "køgebogs-" behandlinger, der blindt følger et fastsat regime - langt fra. Men der er tale om kliniske beslutninger, der træffes efter klinisk ræsonnering. Hver patient opfattes som et individ med en baggrund, viden og forståelse, som er unik, men de beslutninger, der træffes, tager udgangspunkt i klinisk forskning.

I evidensbaseret fysioterapi skal klinikerens således også have omtanke for de faktorer, der påvirker patientens rehabiliteringsproces, herunder sociale og relationelle forhold.

Evidens er tilvejebringelse af forskningsresultater baseret på resultater for grupper af patienter. I den evidensbaserede fysioterapi omsættes disse resultater til den enkelte patient.

Den endelige beslutning om en given undersøgelse eller behandling ligger altid hos klinikerens, ansvaret flyttes ikke, men grundlaget for at træffe en beslutning baseres i højere grad på sandsynligheden for et positivt udfald. Dette indebærer også en vurdering af, hvornår en given faglig handling skal fravælges.

Eller som Sackett påpeger: "Gode klinikere benytter sig af både individuel klinisk ekspertise og bedste ►



Der er mulighed for løbende debat på fysio.dk/debat.

Debatten på fysio.dk redigeres ikke af andre end debattørerne selv. Hvis et indlæg ønskes offentliggjort i Fysioterapeuten, skal det sendes til redaktionen@fysioterapeuten.dk, mærket "debatindlæg".

Skriv så kort som muligt. Redaktionen forbeholder sig ret til at returnere eller forkorte indlæggene.

Fysioterapeuten nr. 8/06 udkommer 28. april.

Deadline for debat: 5. april.

- evidens - ingen af disse elementer er tilstrækkelige i sig selv" (Sackett 1996).

Behovet for evidensbaseret fysioterapi er som omtalt andetsteds også et krav fra vores arbejdsgivere m.h.p. på at yde den mest optimale behandling i relation til de økonomiske ressourcer, der er til rådighed. Derfor kan det virke paradoksalt, at LC mistænkeliggør det økonomiske aspekt i sit indlæg. Hun skriver blandt andet: "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".

Vi håber da, at økonomiske overvejelser altid vurderes, når en ny behandlingsmetode tages i brug, og at økonomien tages med i betragtning ved etablering af terapeutiske behandlingstilbud. Det offentlige system er (i hvert tilfælde i et vist omfang) finansieret af skattemidler og der er ikke ubegrænsede midler til behandling i sundhedsvæsenet.

I en artikel i Ugeskrift for Læger i 2002 skriver Tom Pedersen et al blandt andet: "Den evidensbaserede medicin vil give det bedste grundlag for at vurdere, hvilke tiltag der bør opgives, og hvilke der er effektive og samfundsøkonomisk mulige. Brugen af evidensbaserede kliniske retningslinjer i en klinisk integreret forløbsbeskrivelse vil give en mere omkostningseffektiv behandling. Det burde være en national strategi, at sundhedsvæsenet skal være evidensbaseret" (2).

Sundhedsydelse i Danmark baseres i høj grad på det evidensbaserede princip. Tænk på den proces, et nyt lægemiddel skal igennem, før det kan benyttes i det danske sundhedsvæsen. Et lægemiddel skal afprøves, og det skal bevises, at det er på højde med eller bedre end eksisterende midler, før det må tages i anvendelse. Tænk hvis også fysioterapeutiske metoder skulle igennem blot en vurderingsproces, før de måtte tages i brug. Det kunne formentlig have gavnet en del patienter gennem tiden, ligesom man kunne have reduceret mængden af spildt behandlingstid.

Den nye sundhedslov (3) lægger i høj grad op til det gældende princip, at kun anerkendte behandlingsmetoder bør anvendes. I baggrunden står der blandt andet: "...ligesom det altid har været en naturlig forudsætning for kvalitet i sundhedsydelserne generelt, at de ydes på baggrund af udvikling og forskning på området". Som følge af loven pålægges regioner og kommuner at kvalitetssikre sundhedsydelser, herunder

forsknings- og udviklingsarbejde. Det fastslås også, at behandlingsforløb skal være sammenhængende og omkostningseffektive.

"Uden klinisk erfaring risikerer vi, at praksis bliver tyranniseret af evidens; men uden brug af bedste evidens i de kliniske beslutningstagen risikerer vi at behandle vore patienter uhensigtsmæssigt" (Sackett 1996).

Og hvad så med metoderne? Er dette et indlæg, der hylder den kvantitative metode på bekostning af den kvalitative? Nej.

Vi mener, at den kvalitative og den kvantitative forskningsmetode er komplementære størrelser - ikke modsætninger. Kvantitativ metode ser tingene fra en meget låst vinkel, mange individer kommer til orde, men det er kun et ganske lille "vindue" af deres tilværelse, der afdækkes, og forskerne har på forhånd låst sig fast på, hvad der ønskes efterprøvet. Med kvalitativ metode kan der afdækkes andre vinkler, og undersøgelsespersonernes betragtninger og holdninger kan komme frem. Valg af metode afhænger altid af problemets karakter - hvilke(t) spørgsmål skal besvares? Skal bedste evidens tilvejebringes, mener vi, at det er nødvendigt med et godt og bredt samarbejde mellem de to forskningsretninger. Sammen afdækkes et bredere felt til gavn for behandlere og patienter. Man kunne i den forbindelse foreslå en revidering af metoderne til graduering af publikationer til også at indeholde kvalitative studier. Ugebrevet Mandag Morgen har i en rapport "Virker velfærden? - et debatoplæg om evidens og velfærd" beskrevet dette (4).

Klinisk erfaring, herunder inddragelse af patientens præferencer er sammen med viden om bedste evidens på området forudsætningerne for evidensbaseret fysioterapi. Det kræver aktive og engagerede terapeuter, der forholder sig til forskning og til patienten som individ - og at den kliniske ræsonnering foretages på baggrund af disse elementer.

1. Sackett et al. Evidence Based Medicine – What it is and what it isn't, BMJ, 1996, http://www.cebm.net/ebm_is_isnt.asp.
2. http://www.ugeskriftet.dk/portal/page?_pageid=33,12074336&_dad=portal&_schema=PORTAL
3. Sundhedsloven <http://www.indenrigsministeriet.dk/Index/dokumenter.asp?o=108&n=1&d=2428&s=4>.
4. <http://www.fysio.dk/sw43020.asp>.

POWER LASER 500

Trådløs

Power Laser er batteridrevet og dermed fri for ledninger til strømforsyning eller netstik.

Ingen beskyttelsesbriller

Power Laser er konstrueret med en meget stor spredning på laserstrålen, hvilket gør brug af beskyttelsesbriller unødvendig. (Spredningen har ingen betydning for effektiviteten af laserstrålen, idet laseren altid anvendes med fuld kontakt eller meget lille afstand til det behandlede område).

Automatisk kontrol af udgangseffekt

Udgangseffekten fra laseren overvåges løbende af et kontrolkredsløb. Hvis udgangseffekten falder under det tilladte niveau (i henhold til CE standarder) giver laseren øjeblikkeligt et fejlsignal.

Ergonomisk

Power Laser er velafbalanceret og ligger godt i hånden. Betjeningsknapperne er placeret logisk og lige ved fingrene.

Kontinueret drift

Power Laser leveres med 2 udskiftelige genopladelige batterier. Når det ene batteri anvendes i laseren, oplader det andet batteri i en automatisk ladestation. Når det anvendte batteri er brugt op, ombyttes det på få sekunder med det fuldt opladede batteri fra ladestationen.

10 Behandlingsprogrammer

Power Laser har indbygget 10 forskellige terapiprogrammer, der gør det muligt at tilpasse behandlingen præcist til den enkelte situation.



POWER LASER 1000

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

Gratis prøve 3 uger

Afprøv POWER LASER i din egen

klínik gratis i 3 uger.

Ring og hør nærmere!

Gratis KURSUS i laserterapi

I samarbejde med fysioterapeut Jesper Kousted.
Kursusdatoer:

	Odense:	16.05.06	
Kolding:	28.03.06	Aalborg:	30.05.06
København:	18.04.06	København:	20.06.06

For mere information se vores hjemmeside www.powermedic.dk

