

Nr. 9/maj/2006
88. årgang



Iværksættere

Et midtjysk tilbud til
apopleksipatienter og
et nordjysk tilbud til
mødre. Side 8-14

Fysioterapeuten

www.fysio.dk

Bevægelsen styrer tanken

Bevægelsen planlægges, før den bliver
bevidst, viser hjerneforskningen.

SIDE 4



Artikler

Her gør vi det, vi brænder for



Normalt foregår neurologisk genoptræning i offentligt regi. Men Neuroklinikken i Århus er et privat tilbud, opret-

tet af en ergoterapeut og to fysioterapeuter. "Vi har skabt det tilbud, vi selv savnede", forklarer de.

8

Et (helt privat) fristed for mødre



Det offentlige tilbud til gravide og nybagte mødre er blevet for ringe og bør derfor suppleres, mener tre behandlere. Midt i Aalborg har de derfor skabt et fristed for mødre. Her tilbyder de

bl.a. træning før og efter fødslen.

13

Med 3-D bliver ganganalysen objektiv

Med udgangspunkt i Ganganalyse-laboratoriet fortæller, hvordan 3-D kan bruges i klinisk praksis og fysioterapeutisk forskning.

16

Patellafemoral smertesyndrom – en terapeutisk udfordring



Et klinisk kvarter i selskab med specialist i muskuloskeletal fysioterapi, Connie Linnebjerg.

20

Patienter vil gerne være fysisk aktive

Hvis det står til patienterne, skal et sygehusophold ikke nødvendigvis være ensbetydende med et ophold i sengen. Ni ud af ti ser gerne, at hospitalet også beskæftiger sig med deres fysiske aktivitetsniveau.

26

Skiløbere på briksen

Verdens hårdeste skiløb, Arctic Circle Race, blev i begyndelsen af april afviklet for 10. gang i fjeldene ved Sisimiut, Grønlands næststørste by. Under det 160 km lange løb i det stærkt kuperede terræn overnatter deltagerne i små kuppeltelte på en tilfrosset sø højt oppe i fjeldet. På søen er der desuden rejst en hel teltby med diverse servicefunktioner. En af de mest populære er et telt med hele 10 massagebrikse til de udkørte skiløbere. Her var der lang kø og venteliste til den massage, som bl.a. fysioterapeuterne Susanne Ottosen og Ann Christensen tilbød. En varmekanon sørgede for behagelig varme i massageteltet, selv om frosten bed udenfor. De to fysioterapeuter på feltarbejde tog sig af alt fra forvridninger efter fald til ømme skuldre og lår. 144 skiløbere fra 9 forskellige lande deltog i årets udgave af Arctic Circle Race. 19 udgik, nogle på grund af skader, andre på grund af udmattelse.



Foto. Lars Aarø/Fokus

Det faste

DFnyt 11, 28

Litteratur 15

Fysnyt 24

Debat 29



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

Et tydeligt pres

Regeringen, fagbevægelsen og arbejdsgiverne har siden efteråret 2004 diskuteret behovet for opkvalificering og uddannelse for alle på arbejdsmarkedet. Danske Fysioterapeuter har været repræsenteret via FTF. Drøftelserne mandede ud i en række anbefalinger og et ønske fra regeringen til parterne på arbejdsmarkedet om at lade efteruddannelse spille en klar og tydelig rolle ved de næste overenskomstforhandlinger.

Baggrunden for regeringens ønske er særligt situationen for de ufaglærte, hvor både regeringen og LO har fokus: Mange ufaglærte er i fare for at miste deres job på grund af udflytninger af arbejdspladser til f.eks. Fjernøsten. Argumentet er, at det er nødvendigt at få hævet kompetenceniveauet markant hos de kortest uddannede, bl.a. hos de læse- og stavesvage for at sikre Danmarks konkurrenceevne. Den analyse er ingen uenig i, men problemet er bare regeringens forslag til finansieringsmodel. Lidt firkantet sagt er den første del af forslaget, at mennesker, der har en uddannelse som f.eks. fysioterapeuter, lærere og sygeplejersker, skal betale for opprioriteringen af efteruddannelsesindsatsen for de kortest uddannede. Og de kortuddannede får i øvrigt allerede i dag 79 procent af midlerne.



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Det er klart, at der er behov for en særlig indsats over for de svageste på arbejdsmarkedet, men at det skal ske på bekostning af dem, der har en videregående uddannelse, er helt uacceptabelt og uambitiøst. Både i forhold til udfordringerne for velfærdssamfundet og i forhold til regeringens egne ambitioner. Flere rapporter viser, at investeringer i uddannelse betaler sig både for medarbejdere, virksomheder og samfund, og det gælder for alle grupper på arbejdsmarkedet. Ikke mindst på sundhedsområdet hvor ny teknologi, krav til kvalitet og ny faglig viden til stadighed presser medarbejderne. Derfor skal tilskud til efteruddannelse ikke være forbeholdt de kortuddannede.

Udover ændringer i tilskudssystemet har regeringen lanceret et forslag, der spiller direkte ind i overenskomstforhandlingerne. I lighed med indførelsen af arbejdsmarkedspensionerne i 1980'erne foreslår regeringen, at arbejdstagere og arbejdsgivere inddrager spørgsmålet om penge til uddannelse på linie med andre emner i overenskomsten. På den måde har regeringen allerede nu lagt et massivt og uskønt pres på overenskomstforhandlingerne, som vi også må forholde os til i Danske Fysioterapeuter. Vi vil i lighed med alle andre på arbejdsmarkedet blive mødt med ønsket om at lade en del af rammen for overenskomsten gå til finansiering af uddannelse. Det kommer ikke til at gøre overenskomstforhandlingerne lettere.

Handlingen skaber kraften

Du tænker og derefter handler du. Sådan tænker vi ofte om forholdet mellem tanke og handling. Men den nyeste forskning er dybt uenig - hjernens ubevidste forberedelse af en handling ligger altid før det bevidste ønske om handlingen.

AF JOURNALIST JAN SKØT

FOTO JOACHIM RODE

Prøv et øjeblik at overveje, hvordan verden ville se ud, hvis du ikke kunne gøre noget i den. Hvis ingen bevægelse skyldtes dig, men bare var noget din krop gjorde ubevidst.

Tanken er umulig. Vores handlinger er en central del af at eksistere - at være nogen er at gøre noget.

Alligevel forstår vi ikke sammenhængen mellem bevidstheden og vores handlinger særligt godt. Vi tænker, at vores "jeg" styrer vores krop og handler via den i verden.

Det er en tolkning, der fungerer udmærket, indtil man begynder at undersøge den nærmere. Den nyeste forskning

på området kan ikke få denne opfattelse til at hænge sammen med forsøgsdata, lige så lidt som 1600-tallets astronomer kunne få ideen om en flad jord til at passe med deres iagttagelser.

LIGE FØR HANDLINGEN

Patrick Haggard er professor i kognitiv neurologi ved University College i London. Han forsker i styringen af bevægelser og i hvordan vi oplever, at bestemte bevægelser er "vores".

Han har studeret de simpleste bevidste handlinger, hvor tanke og handling følges tæt - altså typen, hvor vi rækker ud efter vores kaffekop:

"Den bevidste oplevelse af at ønske at gøre noget er en følge af bevægecentrenes forberedelse af handlingen. Denne forberedelse udfører den fysiske flytning af for eksempel en hånd, men den skaber også en bevidsthed om at være ved at bevæge sig", forklarer han.

Haggard bygger på nogle epokegørende forsøg udført af Benjamin Libet i 1983. Han bad en forsøgsperson udføre en bevægelse med hånden, mens vedkommende holdt øje med en prik, der roterede på en skærm. Bagefter skulle forsøgspersonen fortælle, hvor

prikken havde været på skærmen, da han besluttede at udføre handlingen. Ved at beskrive prikkens placering kan man måle disse tidspunkter med hundrededele sekunders nøjagtighed.

Det viste sig, at forsøgspersonerne ønskede at bevæge deres hånd omkring 0,2 sekunder før musklerne bevægede sig. Det passer for så vidt med vores intuitive oplevelse.

Men før vi kan bevæge os, foregår der i hjernens bevægecentre en omfattende aktivitet, som forbereder bevægelsen (se faktaboks side 6). Denne aktivitet målte Libet også, og det viste sig, at den lå op til et halvt sekund før det bevidste ønske om bevægelsen.

Hjernen begynder altså at forberede sig til en handling, før vi ved, at vi vil gøre handlingen. Eftersom vi normalt mener, at årsag kommer før virkning, så vil den logiske tolkning af forsøget være, at forberedelsen af handlingen skaber det bevidste ønske om at gøre handlingen.

Libets forsøg blev dog stærkt kritiseret. For eksempel kræver det, at forsøgspersonen er opmærksom på, hvornår han bliver bevidst. Denne bevidsthed om bevidstheden er kunstig og kan nemt påvirke timingen. Libets forsøg antager også, at bevidstheden om bevægelsen er punktformet, men den kan lige så godt være en langstrakt proces.

HANDLING UDEN TANKE

Patrick Haggard satte sig for at adskille handling og intention. Blandt andet for at undersøge sammenhængen mellem ønsket om at bevæge sig og oplevelsen af at være "ejer" af bevægelsen.

Han opfandt et smart eksperiment, hvor han tvang hjernen til at bevæge kroppen uden, at forsøgspersonen havde et bevidst ønske om det.

Han brugte Transcranial Magnetisk Stimulation (TMS), som er en særlig måde at aktivere hjernen på. Med en lille spole kan man sende et målrettet mag-

Indgang

■ Forskning viser, at før man bevidst ønsker at bevæge sig, foregår der en længere ubevidst proces i den motoriske del af hjernen. Men man er endnu langt fra en model, der kan forklare noget så simpelt som at bevæge en hånd.

Den traditionelle idé, at bevidste tanker styrer vores handlinger, er ikke videnskabeligt holdbar. Den videnskabelige tolkning ville være, at mine tanker ikke er grunden til mine handlinger, men konsekvensen af dem.

Patrick Haggard, professor i kognitiv neurologi ved University College i London.

netisk signal, der stimulerer neuronerne i et afgrænset område af hjernen.

Forsøg med epileptikere har vist, at et svagt signal et passende sted i hjernen, gav dem en trang til at bevæge deres hånd. Et lidt kraftigere signal fik dem til at bevæge deres hånd ufrivilligt.

Haggard har brugt det i et forsøg, hvor forsøgspersonerne skulle trykke på en knap og et kvart sekund senere kom der et bip. Han sammenlignede to situationer:

En hvor de trykkede og bippet kom. Noget vi alle vil opleve, som om bippet er resultatet af vores tryk.

Samt en hvor forsøgspersonens tryk blev udløst af en TMS-impuls, som fik hans finger til at spjætte og trykke, hvorefter bippet kom. Altså et fjernstyret tryk, som vi ikke vil opleve som vores egen handling.

I begge forsøg skulle forsøgspersonerne vurdere, hvornår de trykkede, og hvornår bippet kom.

VI TRÆKKER TIDEN SAMMEN

I det første forsøg angav forsøgspersonerne en kortere tid mellem tryk og bip end den virkelige. Når de følte ejerskab til fingertryk og bip, krympede tiden for dem, så de to begivenheder lå tættere sammen.

Hvis TMS udløste handlingen, skete det modsatte. De oplevede, at tiden mellem fjernstyret tryk og bip var længere end den virkelig var.

Tidsafvigelserne er så små, at vi normalt ikke kan opfatte dem. Men tilsammen er de store nok til, at den lange tid opleves som omkring tres procent længere end den korte. Så der er tale om en markant tidsmæssig forandring

”Det tyder på, at der er en proces i hjernen, som kæder vores intentionelle handlinger sammen med de begivenheder, der er resultatet i den ydre verden”, forklarer Haggard.

Sammenkædningen er et afgørende led i, at vi oplever vores jeg som årsag til en handling. ▶

- ▶ I en interessant variant undersøgte Haggard forsøgspersoner, der var lige ved at trykke og altså havde udført den forberedende hjerneaktivitet. De blev afbrudt af en TMS-impuls, der fremtvang handlingen, lige før de selv ville have bevæget deres finger. Disse forsøgspersoner oplevede stadig den lange tid mellem tryk og bip.

Især denne sidste del af Haggards forsøg viser, at der findes en fintmærkende ubevidst proces, som afgør hvilke bevægelser, der er vores.

Forsøget modbeviser en af de populære teorier på området. Nemlig at vores bevidsthed kun er en rekonstruktion, hvor vi efter trykket tror, at vi ønskede at trykke hele tiden. Hvis det var tilfældet, så ville forsøgspersonerne i den sidste variant sandsynligvis havde troet, at den TMS-inducerede handling var deres egen. Det troede de ikke.

DER MANGLER NOGET

Libets og Haggards forsøg efterlader vores gamle model for tanke og handling splintret. De leverer ikke en præcis ny model:

Eksperimenterne viser klart, at før et bevidst ønske om at bevæge sig foregår der en længere ubevidst proces i den motoriske del af hjernen.

Haggards forsøg viser, at vi i nogen grad rekonstruerer i hvert fald den tidsmæssige virkelighed, når vi oplever os selv som agerende, måske som en hjælp til den præcise definition af, hvornår en handling er vores.

Endelig tror Haggard, at et centralt begreb er preconstruction, det at vores hjerne hele tiden forudsiger, hvordan vores handlinger vil forløbe (se faktaboks). Enhver bevidst handling foregår inden for en forudsigelse om, hvordan handlingen

udføres og hvilke resultater, den vil få.

Et muligt billede på hans idé kunne være, at denne preconstruction er som et stort isbjerg af handlingsforberedelse, hvor vi oplever den øverste synlige top som vores bevidste ønske om handling.

"Hvis jeg skal være helt ærlig, så tror jeg, at der mangler noget i vores modeller", indrømmer Haggard "Vi har meget dårlig forståelse af intention. Hvordan er for eksempel sammenhængen mellem den øjeblikkelige intention i bevægelse og vores langsigtede ønsker, når vi planlægger vores liv?"

Denne oversættelse af vores intellektuelle planlæg-

ning til konkrete øjeblikkelige handlinger er vi stadig langt fra at forstå. Haggard håber, at bedre scanningsmetoder og forsøg i forbindelse med hjerneoperationer vil afsløre mere i fremtiden.

Imens kan vi undre os over, at noget så simpelt som at bevæge en hånd, kan være så indviklet at forstå. ■

HANDLINGER - FORBEREDELSE OG FORUDSIGELSE

Handlinger er komplekse. Tanken om at flytte en hånd er ret simpel - der er oplysninger om hvilken hånd, hvorfra og hvortil, samt måske hastighed og forhindringer.

Men bevægelsen kræver, at millioner af muskelfibre bliver aktiveret på det rigtige tidspunkt og med den rigtige styrke. De skal koordineres med andre muskelfibre på den anden side af armen, i skulderen, maven og måske endda benene, hvis balancen skal holdes.

Hele dette gigantiske system skal suppleres med input fra sanserne, der fortæller om kroppens vægt, lemmernes placering og forhindringer for bevægelsen.

Det er formentlig konstruktionen af hele denne aktivitet, som hjernen går i gang med før, vi beslutter os for at gøre handlingen.

Vores nervesystem er så langsomt, at vi ikke kan styre kroppen via simpel feedback. Derfor bevæger vi hele tiden kroppen inden for en forudsigelse om, hvad der vil ske.

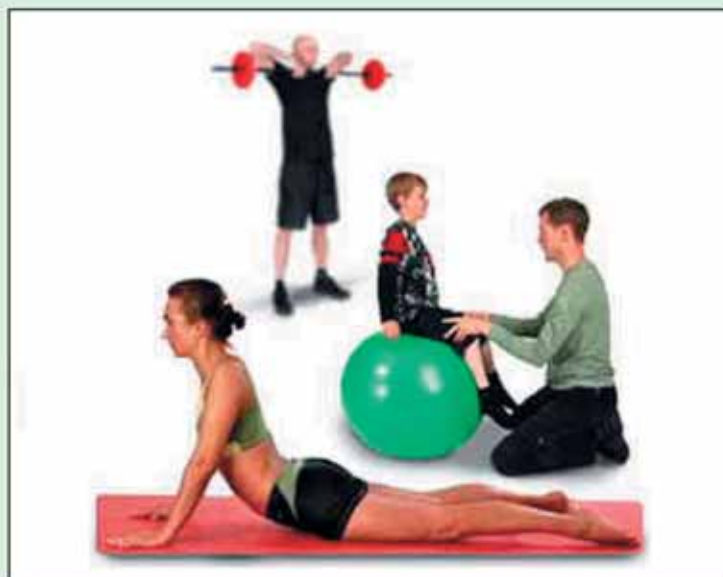
Vi oplever det tydeligst, når vi går ned ad en trappe og der pludselig er et trin mere, end vi regner med. I stedet for at sætte foden ned på afsatsen, som vores model har forudsagt, fortsætter foden ned. Et øjeblik bryder vores forudsigelse sammen, og det er tydeligt, hvor vigtig den er for vores bevægelser. Reflekser i fod og ben redder os som regel fra at falde, men det er sjældent elegant. Så hjernen bruger en betydelig energi på at opretholde en forudsigelse om, hvordan verden ser ud, hvor vores krop er i den, og hvordan en bevægelse vil udspille sig. Uden denne forudsigelse ville vi bevæge os, som om vi hele tiden trådte forbi et trappetrin eller gik med bind for øjnene på et ukendt område.

fakta om...

Patrick Haggard:

<http://www.icn.ucl.ac.uk/Research-Groups/Motor-Control-Group/index.php>

Patrick Haggards seneste videnskabelige artikel om emnet er "Conscious intention and motor cognition" i tidsskriftet Trends in Cognitive Sciences, Vol. 9 No. 6 juni 2005.



caddi.dk er en øvelses bank, der fungerer via nettet, hvor du som abonnent kan sammensætte, gemme, udskrive, og e-maile trænings programmer til dine patienter.

Samtidig med at du har vist interesse for konceptet og derved får indtryk af caddi's mangfoldighed giver vi dig ganske gratis og helt uforpligtende adgang til www.caddi.dk i 14 dage.

Dine koder er:

Caddid: [caddi.dk](http://www.caddi.dk) (er forudfyldt)

Brugernavn: fysioterapi

Kodeord: fysioterapi

Skulle du/I have yderligere spørgsmål er du/I velkommen til at kontakte os.

Caddi.dk - Frederiksgade 35 C, st. - DK-8700 Horsens

Tlf.: +4575628919 mobil: +4540269919

www.caddi.dk - e-mail: info@caddi.dk

Her gør vi det, vi brænder for

Normalt foregår neurologisk genoptræning i offentligt regi. Men Neuroklinikken i Århus er et privat tilbud, oprettet af en ergoterapeut og to fysioterapeuter. "Vi har skabt det tilbud, vi selv savnede", forklarer de

AF JOURNALIST IB SALOMON
FOTO FLEMMING JEPPESEN/FOKUS

"Jeg har aldrig haft det sjovere. Her gør jeg det, jeg brænder for", siger fysioterapeut Amad Shayan. Sammen med ergoterapeut Jim Jensen og fysioterapeut Heidi Zachariasen åbnede han sidste år Neuroklinikken i Århus.

På klinikken tilbyder de tre terapeuter et seks ugers samlet, tværfagligt og meget intensivt genoptræningsforløb til mennesker, der som følge af en skade i centralnervesystemet har fysiske begrænsninger.

Neurologisk genoptræning foregår normalt i offentligt regi, men Neuroklinikken er en helt igennem privat klinik, ejet af de tre terapeuter. For 49.500 kr. tilbyder de 30 dages genoptræning plus to dages opfølgning

- eller et forløb på 11 uger, hvor der kun trænes halve dage. Klinikken tager højst mod fem klienter ad gangen. Det er dog også muligt af aftale enkelte behandlinger eller et kortere forløb.

Foreløbig har 26 klienter taget imod det private tilbud. De fleste har selv betalt, dog har flere fået et tilskud fra sygeforsikringen "danmark". To har fået forløbet betalt af deres helseforsikring, mens fire har fået

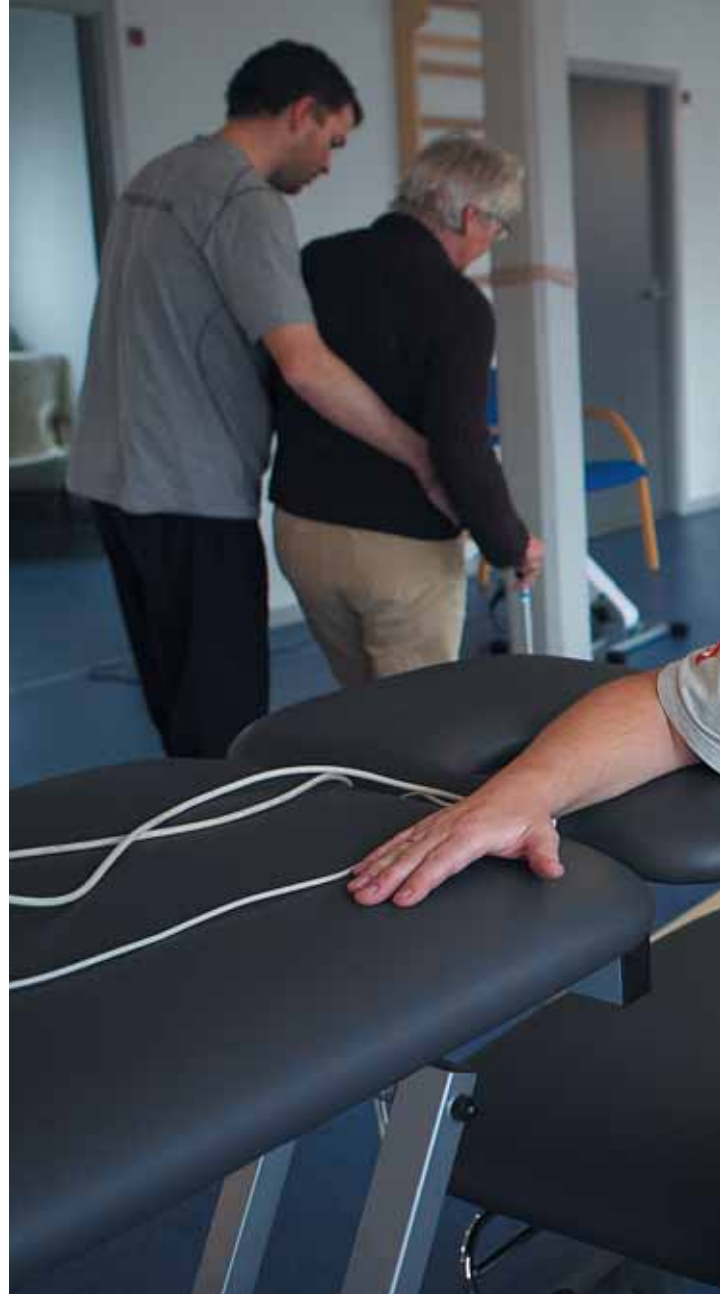
dækket udgifterne af deres kommune.

"Vi tror, at flere og flere kommuner kan se ideen i et tilbud som vores. Det koster jo også dem at tilbyde genoptræning i eget regi", som Jim Jensen siger.

ALLE SAGDE: DET ER EN GOD IDÉ

Heidi Zachariasen, Jim Jensen og Amad Shayan føler ikke, de konkurrerer med andre, selvom de til en vis grad udfører det samme arbejde som nogle kommunale terapeuter og nogle fysioterapeutiske klinikker.

"Vi snakkede med rigtig mange, inden vi startede, og alle sagde: det er en rigtig god idé. I opfylder et behov, og I kan blive et godt supplement i den vifte af tilbud,



der findes", fortæller Jim Jensen, der oplever at både kommuner og klinikker er interesserede i dialog.

Alle tre har de arbejdet på rehabiliteringscentre forskellige steder i landet. Og her har de alle tre haft den samme oplevelse:

"Det var frustrerende, når folk skulle udskrives. Vi havde ingen steder at sende dem hen", forklarer Heidi Zachariasen.

"Ja, man søgte altid efter nogen, men de tilbud, der findes, er beregnet på at vedligeholde en tilstand, ikke at forbedre den", supplerer Jim Jensen. Han kalder det et paradoks, at det nærmest er blevet et succeskriterium for sygehusene at udskrive folk tidligere og tidligere.

Alle tre brænder nu for at bevise, hvor langt man kan nå med en målrettet genoptræning med fokus på det funktionelle. Målene er meget konkrete og bygger på klienternes egne ønsker. Det kan f.eks. være, at klienten gerne selv vil kunne gå på toilettet eller gerne vil kunne gå uden gangmidler indendørs.

indgang

■ I frustration over manglende tilbud til mennesker med skader i centralnervesystemet har tre terapeuter valgt at oprette egen klinik. Foreløbig har 26 klienter betalt for seks ugers intensiv genoptræning.



Tonen er forskellig fra hold til hold. På dette er luften fyldt med barsk humor.

De tre terapeuter hjælper klienterne til at justere målene, så det bliver realistisk at nå dem på seks uger.

“Og alle vores klienter oplever faktisk, at de pludselig kan gøre noget, de ellers ikke har kunnet”, fortæller Amad Shayan. Et af de hidtil bedste eksempler er en mand, der sad i kørestol og ikke havde gået selv i et år. Efter de seks uger kunne han gå i en høj rollator, og det er ikke urealistisk, at han bliver i stand til at gå med stok.

Netop det at kunne følge progredieringen er en af de allerbedste ting ved klinikken, fremhæver de tre terapeuter. Også oplevelsen af det tværfaglige samarbejde er rigtig god, mener de. De fremhæver, at de alle tre er gode til at respektere hinandens styrker og svagheder.

VIDEO OG HJEMMEØVELSER

Inden en klient begynder på klinikken, har han eller hun været igennem en forundersøgelse. Nogle få er blevet afvist.

VELKOMMEN KONKURRENCE

“Jeg tror, at man vil se flere og flere private udbydere som Neuroklinikken i fremtiden. Og jeg finder det godt med en vifte af tilbud. Det skærper konkurrencen og tvinger os til at dokumentere vores behandling endnu bedre”, siger ledende fysioterapeut Susanne Dideriksen fra Vejle fjord Neurorehabilitering, som bl.a. tilbyder tre måneders optræning efter pludselig skade på hjernen.

“Vi har fokus på det fysiske, så hvis det overvejende drejer sig om en klient med kognitive problemer, er det ikke relevant at komme her”, forklarer Heidi Zachariasen.

Den daglige træning består af syv behandlingsenheder, hver på 45 minutter, og den tager som sagt ▶



Vi er meget forskellige, men vi er også gode til at respektere hinandens styrker og svagheder, siger Amad Shayan (t.v.), Heidi Zachariasen og Jim Jensen.

▶ udgangspunkt i klienternes ønsker. Video bruges som dokumentation.

Også hjemmebesøg indgår i forløbet, for det er vigtigt at hjemmeøvelserne tilpasses de faktiske muligheder. Hver eneste dag får klienterne et modul med hjemmetræningsøvelser med sig.

”Vi vil ikke gå på kompromis, og vi har gennemtænkt hver en detalje, f.eks. hvordan vi får koblet hjemmetræningen på, så vores klienter holder deres færdigheder ved lige”, forklarer Heidi Zachariasen.

Der må hellere end gerne være liv og humor på klinikken, men der skal også være arbejdsro. Kun under et enkelt modul er der således musik, som klienterne i øvrigt skiftes til at medbringe.

”Vi er også meget påpasselige med vores tone. Her siger vi for eksempel ”højre arm” og ”venstre arm”. Ikke noget med ”den dårlige arm” og ”den gode arm”, siger Amad Shayan.

”Der er tale om en kvalitativ behandling, som støtter sig op ad den evidens, der findes på området. For os er det en grundpille, at behandlingen er evidensbaseret”, sammenfatter Jim Jensen.

Undervejs i et forløb gennemgår klienterne forskellige fysioterapeutiske og ergoterapeutiske test. De indgår i klinikkens dokumentation, og når en klient har været igennem hele forløbet får han eller hun udleveret en beskrivelse af status.

De tre terapeuter overvejede også at knytte en læge til klinikken, men som Heidi Zachariasen siger: ”Vores klienter er medicinsk velbehandlede. Vi er en terapeutisk klinik, hvor folk skal komme til genoptræning. Men vi har et tæt samarbejde med klientens egen læge”.

BRUG FOR IVÆRKSÆTTERÅND

Man kan roligt sige, at det har krævet en god portion stædighed og iværksætterånd at få klinikken op at stå. Forberedelserne har taget omkring to år, og især er der gået meget tid med at skabe netværk – blandt andet til tidligere kolleger, kommuner, behandlingssteder og læger.

I perioder er der blevet arbejdet i døgndrift, og der er stadig tale om lange arbejdsdage.

”Man skal ikke sætte timer på”, siger Amad Shayan.

”Nej, det bliver ens liv. Det er ikke et 8-16 job”, tilføjer Jim Jensen. Rent økonomisk får de tre terapeuter nogenlunde det samme ud af at drive egen klinik som af at være offentligt ansatte.

Nogle ting erkender de tre terapeuter, at de helt klart har undervurderet:

”Det har været en jungle at sætte sig ind i virksomhedsplaner, regnskabsføring, lønberegninger, moms osv., forklarer de. De lægger heller ikke skjul på, at det er hårdt arbejde at skulle stå for det hele selv, lige fra opdatering af hjemmesiden til den daglige rengøring.

Til gengæld er det lykkedes at skabe de forhold, de alle tre gik og drømte om. Ved siden af arbejdet med klienterne udbyder de kurser i neurorehabilitering. Foreløbig er det blevet til syv kurser, som alle er blevet fuldtegnede. Kurserne betragter de tre terapeuter samtidig som en form for efteruddannelse.

”Vi havde f.eks. en tysk advanced bobath-instruktør, som arbejdede sammen med os i tre dage. Hun fungerede både som supervisor og rådgiver, og hun gav os virkelig et kick”, siger Amad Shayan. ■



	<p>Petra er suveræn til grundlæggende fysisk træning, motion og sport. Cavalier giver stor stabilitet og bevægelsesfrihed ved gang inde som ude.</p>	<p>Begge modeller drejes let og præcist med styret. De har relevante indstillingsmuligheder og et enkelt og brugervenligt design.</p>
--	--	---

CAVALIER



Petra by Connie Hansen • Byåsen 18, Ganløse • DK-3660 Stenløse
Tel: +45 4819 5064 Fax: +45 4819 5066 • mail@petrabike.com • www.petrabike.com

Valgt: Medlemmer til Tillidsrepræsentantråd

TR ■ På landsmødet for tillidsrepræsentanter i april var der valgt til tillidsrepræsentantrådet. Fire medlemmer fortsætter og bliver suppleret med tre nye. Det nye tillidsrepræsentantråd ser ud som følger:

Region hovedstaden: Elsebeth Iversen, træningscenter Amager. Suppleant: Britta Stallknecht REVA-centret i København.

Region Sjælland: Sanne Hansen, Sorø Kommune. Suppleant: Jon Ahrensbo, Arbejdstilsynet.

Region Nordjylland: Jan Kjærsgaard, Aalborg Sygehus. Suppleant: Annette Weigelt, Thisted Sygehus.

Region Midtjylland: Kirsten Ægidius, Skejby Sygehus. Suppleant: Kirsten

Møller Hansen, Århus Kommune. Region Syddanmark: Kirsten Thoke, Odense Universitets Hospital. Suppleant: Frederik Lassen, Sygehus Fyn.

Amtskommunale område: Sannie Jørgensen, Frederiksberg hospital. Suppleant: Rikke Vigstrup Dalgard, Fysioterapien Kellersvej, Københavns Amt.

Primærkommunale område: Sussi Rasmussen, Frederiksberg Sundhedscenter. Suppleant Maria Rømer, Herning Kommune.

Fra hovedbestyrelsen: Frank Kure, Revacenter Skovminde, Bornholm.



Søges: Medlem til arbejdsmiljøudvalget

Genopslag ■ Danske Fysioterapeuter mangler et medlem til foreningens arbejdsmiljøudvalg fra juni 2006 og fire år frem. Pladsen skal besættes af en sikkerhedsrepræsentant/lederrepræsentant i sikkerhedsorganisationen fra det kommunale område.

Arbejdsmiljøudvalget arbejder for, at alle fysioterapeuters arbejde er sikkert og sundt. Det sker bl.a. ved kortlægning og udredning af risikofaktorer i fysioterapeuters arbejdsmiljø, ved udarbejdelse af vejledende retningslinier for særlige problemområder og ved medvirken til afholdelse af kurser og temadage for medlemmer af sikkerhedsgrupperne.

Arbejdsmiljøudvalget afholder 5-6 årlige heldagsmøder. Derudover er der deltagelse i årskonference for sikkerhedsgrupperne og andre relevante konferencer. Danske Fysioterapeuter dækker tabt arbejdsfortjeneste og rejseudgifter.

Ansøgning med beskrivelse af kvalifikation inden for arbejdsmiljø bedes senest den 20. maj 2006 sendt til Danske Fysioterapeuter, Nørre Voldgade 90, 1358 København K. Yderligere oplysninger kan fås hos Ulla Hansen, tlf. 3341 4636 eller e-mail uh@fysio.dk

Bedre A-kasseservice

DSA ■ Ergoterapeuter og fysioterapeuter kan se frem til bedre jobformidlingsservice og billigere kontingent til arbejdsløsheds-kassen fra oktober i år. Terapeuterne har pt. mulighed for optagelse i FTF-A, men Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen har indledt forhandling om optagelse i Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA). "Vi har i DSA fundet et bedre a-kassetilbud til en billigere pris til vores medlemmer, og derfor har vi nu indledt forhandlingerne om at overflytte alle nuværende FTF-A-medlemmer og fremover gøre DSA til ergoterapeuters og fysioterapeuters A-kasse", siger landsformand Gunner Gamborg, Ergoterapeutforeningen.

Det er de to foreningers hovedbestyrelser, der har taget initiativ til at sammenligne a-kasemarkedet, og fundet DSA tungest. "Vi kan godt lide DSA's tidlige og aktive indsats over for ledige medlemmer. Ar-

bejdsledige i DSA bliver kontaktet i første ledigheds måned af en sagsbehandler, og kontakten opretholdes, indtil medlemmet er kommet i arbejde. Det er effektiv branchespecifik jobformidling", siger Birgitte Kure, næstformand i Danske Fysioterapeuter. DSA udspringer af sygeplejerskernes arbejdsløsheds-kasse og optager i dag bioanalytikere, jordemødre, radiografer og sygeplejersker.

Det vil derfor fremover være medlemmer fra seks sundhedsfaglige organisationer, der skal betjenes i DSA, ligesom det vil være medlemmer fra de seks organisationer, der besætter pladserne i DSA's delegeretforsamling og bestyrelse. Forhandlingerne om optagelsesbetingelserne finder sted netop i disse dage med henblik på overflytning pr. 1. oktober 2006. Medlemmerne bliver løbende informeret om forhandlingerne og selve overflytningen, når den nærmer sig.

Efteruddannelse til afgangende tillidsfolk

HB ■ Det kan være svært for tillidsrepræsentanter at holde sig fagligt ajour på alle felter. Derfor kan der være brug for faglig opdatering på udvalgte områder, når en tillidsrepræsentant ønsker at vende tilbage til jobbet som "almindelig" fysioterapeut. Hovedbestyrelsen har derfor besluttet, at afgangende tillidsrepræsentanter med mindst seks års erfaring skal tilbydes muligheden for gratis at deltage i faglige kurser, som udbydes af Danske Fysioterapeuter. Forudsætningen er dog, at arbejdspladsen samtidig indvilger i at dække tabt arbejdsfortjeneste og betale transport. Der skal udarbejdes nærmere retningslinier for ordningen inden sommerferien.



Vores gravide er utroligt motiverede. De ved, at det er nu, hvis de skal træne, siger fysioterapeut Mette Andersen, en af initiativtagerne til Trillium Institutet.

Et (helt privat) fristed for mødre

Det offentlige tilbud til gravide og nybagte mødre er blevet for ringe og bør derfor suppleres, mener tre behandlere. Midt i Aalborg har de derfor skabt et fristed for mødre. Her tilbyder de bl.a. træning før og efter fødslen

AF JOURNALIST IB SALOMON

FOTO MICHAEL BO RASMUSSEN/BAGHUSET

Raske gravide og nybagte mødre i Nordjylland bliver svigtet af det offentlige. Fødselsforberedelsen er skrumpet ind til halvanden times forelæsning, og har man brug for fysisk træning, kan det kun lade sig gøre i dagtimerne.

”Og det er da fint, hvis du er arbejdsløs eller sygemeldt, men det dur ikke, hvis du har et arbejde”, siger fysioterapeut Mette Andersen. Sammen med jordemoder Marlene Gryesten og sundhedspsykolog Mette Kold åbnede hun derfor i september 2005 et privat modspil til det offentlige.

Trillium Institutet kalder de deres alternativ. Institutet har til huse i en rummelig underetage på en statelig ejendom midt i Aalborg, og målgruppen er velfungerende gravide og nybagte mødre. For det er lige præcis dem, det offentlige svigter, mener de tre initiativtagere. ”Det offentlige tilbud til gravide målrettes i stadig højere grad mod de marginaliserede grupper, mens der afsættes stadig færre ressourcer til såkaldt normale og velfungerende gravide”, mener de.

Den udvikling er helt forkert, siger Mette Andersen: ”Graviditet er en stor fysisk belastning for kroppen, og selv om man er velfungerende, så er det en stor forandring og en stor udfordring at få et barn - også for parforholdet”.

Ved at medinddrage de gravide og ved bl.a. at tilbyde dem alt fra psykologbistand til fysisk træning, håber de tre indehavere af Trillium Institutet dels at give dem en bedre fødselsoplevelse, dels at forebygge problemer med bl.a. bækkenbunden. Takket være deres forskellige baggrund kan de tre behandlere tilbyde, hvad de kalder ”helhedstænkende, tværfaglig sundhedsfremme og forebyggelse”. Selv har Mette Andersen 13 års erfaring som fysioterapeut, heraf 11 år på en klinik. Og så har hun i øvrigt tre børn.

FØDESTILLINGER OG BABYMASSAGE

Rent praktisk kan man tegne abonnement på brug af Institutets tilbud. Det dyreste abonnement koster 500 kr. om måneden og giver adgang til at komme og træne 12 gange og i øvrigt bruge stedet alle ugens fem dage. Men det er også muligt at vælge en billigere løsning og dermed nøjes med nogle af stedets tilbud, som i øvrigt spænder lige fra kostvejledning til kurser i fødestillinger og babymassage. Også foredrag kan man komme og høre.

Foreløbig har cirka 40 nordjyske kvinder taget imod det private tilbud, men der er kapacitet til langt flere. De tre behandlere håber med tiden at nå op på 100-120 brugere, først da hænger økonomien sammen. De håber desuden at indgå sundhedsaftaler med en række firmaer. De to første er på plads og omfatter alle gravide i et stort rengøringsfirma, Ida-Service samt kontoransatte fra Jysk Analyseinstitut.

”Gravide har mange sygedage, men de færreste gravide synes det er sjovt at blive sygemeldt, og vi mener, vi kan medvirke til, at de gravide kan blive i deres job længst muligt”, siger Mette Andersen.

BEVIDSTE – MEN USIKRE

De tre behandlere havde ventet, at deres kunder først og fremmest ville være førstegangsfødende, men sådan er det ikke gået.

”En har fem børn, en anden har fire. De kommer også fra et større område, end vi havde regnet med. Nogle kører rask væk tre kvarter for at komme herind”, fortæller Mette Andersen. De gravide har det tilfælles, at de alle er meget bevidste om at gøre noget for sig selv og deres barn - men også, at de er usikre og derfor søger fagligt kvalificeret information og vejledning.

”En klagede for eksempel over, at hun havde ondt ▶



AT FÅ SIN DRØM OPFYLDT

Man skal være indstillet på en periode uden løn. Og man skal være parat til at knokle. Vi har for eksempel selv sat lokalerne i stand, fortæller fysioterapeut Mette Andersen. For hende er Trillium Institutet en drøm, der går i opfyldelse, og så gør det ikke så meget, at der skal arbejdes hårdt. Som hun siger: Jeg hænger ikke i en klokkestreng, og jeg planlægger selv min dag. Ifølge Mette Andersen har den største hurdle været at gøre instituttet og dets tilbud kendt. Som et led i de bestræbelser har hun bl.a. kørt rundt med en folder til samtlige praktiserende læger i Aalborg. Alle sundhedsplejersker er desuden blevet inviteret til åbent hus, ligesom den lokale presse er blevet kontaktet.

► i lysken. Tillykke, du kan mærke din krop, kunne vi så sige til hende og forklare hende, at det er ok at mærke sin krop på en anderledes måde, når man er gravid", siger Mette Andersen.

Helt overordnet arbejder de tre behandlere på, at kvinderne selv er med til at planlægge deres fødsler, og at de får en "naturlig" fødsel, som de selv føler ansvar for.

"For vi har det med at lægge alt ansvaret over i det offentlige hænder, og så brokker vi os bagefter, hvis fødslen ikke bliver en god oplevelse", mener Mette Andersen.

De gravide, som har brugt Trillium Institutet, har alle haft gode fødsler og det tager Mette Andersen som et godt tegn - et tegn på, at de tre behandlers indsats virker.

"Men vi samler naturligvis materiale, for vi vil gerne dokumentere virkningen", siger Mette Andersen.

SER OS SOM DERES LILLE VÆKSTHUS

Umiddelbart kunne man tro, at der bliver set skævt til Trillium Institutet fra de offentligt ansatte jordemødre og sundhedsplejersker. Men situationen er nærmest den omvendte, fortæller Mette Andersen:

"Vi går ikke ind og konkurrerer med sundhedsplejerskerne. Tværtimod, vi tilbyder for eksempel, at de kan samle deres mødregruppe hos os, og det tilbud har en sundhedsplejerske taget imod. Inden vi gik i gang kontaktede vi også Jordmodercentret i Aalborg og fortalte dem om planerne. Vi vil gerne, at de ser os som en samarbejdspartner, og sådan er det også gået. De kalder os ligefrem deres lille væksthushus, fordi vi kan være med til at udvikle ideer, de måske kan bruge".

"Vi gør jo egentlig bare alt det, forskningen viser, man skal gøre - nemlig forebyggelse og sundhedsfremme", siger Mette Andersen. ■

ROHDÉ PRODUITS



Massagecreme	Standard/Antiseptisk Oliven/Citron Heat
Sprit	60% Badesprit 96% Hospitalssprit
Ultralyd Gel	Dane-gel (CE)
Rheumafin (CE)	Paraffinblanding til gigtbehandling
Paramed	Paraffinbad (3 kg)
Papir	Lejepapir Aftøringspapir Hovedlejepapir (løsark)
Sæbe	Håndcremesæbe u. parfume Håndsæbe (mild)
Sportstape	20 mm og 38 mm

Henvendelse:
Rohde Produits, Gl. Holtegade 40, DK-2840 Holte
 Tlf.: 4580 2023, Fax: 4550 5078
 E-mail: rohdepro@mail.tele.dk, www.rohdepro.com

To bøger opdaterer viden om manuel terapi



Anmeldelse ■ Beeton KS - Manual Therapy Masterclasses - The Vertebral Column, 1st, ISBN 0443074038 · Hardback · 256 pages, Churchill Livingstone · Published May 2003, Price: £ 27.99



Beeton KS - Manual Therapy Masterclasses - The Peripheral Joints, 1st, ISBN 044307402X · Hardback · 168 pages, Churchill Livingstone · Published May 2003, Price: £ 19.99

Link til online bestilling: <http://intl.elsevier-health.com/manualtherapy/>

Tidsskriftet Manual Therapy bringer foruden bl.a. originale videnskabelige artikler de såkaldte Masterclasses. Disse artikler er præget af en meget klinisk tilgang og beskrivelse af et praktisk område, omend evidensbaseret i udformningen og gennemgangen. Typisk repræsenterer en Masterclass-artikel et kerneområde inden for det muskuloskeletale felt og er skrevet af anerkendte kliniske eksperter, som ofte forsker selv.

Resultatet er unikke artikler, som giver læseren et klinisk indblik i håndteringen af bestemte problemstillinger, hvormed den kliniske ræsonnering, evidens og håndtering smelter sammen i en højere enhed.

Bøgerne samler på hver sit område (columna og ekstremiteter) udvalgte masterclasses fra 1995–2002. Dertil har forfatterne fået mulighed for at bidrage med et postscript til de originale artikler, hvormed megen ny viden inddrages og diskuteres.

Dette synes jeg er en meget vellykket opsætning, som gør, at også abonnenter/læsere af selve tidsskriftet kan have stor glæde af bøgerne. Ikke mindst med hensyn til indblikket i, hvordan eksperter inddrager ny viden og evidens og forholder sig kritisk til praksis derudfra - eller perspektiverer andre måder at gøre tingene på.

”The Vertebral Column” har sektioner om cervikalcolumna (cervikogen hovedpine af Jull, manipulationsteknikker af McCarthy), thorakalcolumna (håndtering af

thorakal instabilitet af Diane Lee), lumbal columna (specifikke øvelser af Richardson og Jull, lumbal segmental instabilitet af O’Sullivan, neurogene smerter af Hall og Elvey, manipulationsgreb af Gibbons og Tehan, lænderygsmarter ved graviditet af Sandler, håndtering af tilbagevendende lænderyg- og bensmerter af McConnell, ultralydsdiagnostik i øvelsesterapi af Hides et al), pelvis (SI-dysfunktioner hos dansere af DeMann Jr), generel sektion (funktionelle træningsprincipper af Comerford og Mottram, Mulligan konceptet af Exelby, fysioterapi til osteoporose af McKay, fear-avoidance af Vlaeyen et al).

”Peripheral Joints” har sektioner om skulderen (dynamisk scapulastabilitet af Mottram, funktionel glenohumeral stabilitet af Hess), hoften (håndtering af coxarthrose af Sims, patellofemorale smerter af McConnell), foden (achillestendinopati af Cook et al, biomekanisk undersøgelse af foden af Lang et al, manipulation af foden af Lawrence), generel sektion (ganganalyse af Coutts, specifik bløddelsmobilisering af Hunter, mobilisering med bevægelse af Exelby).

Med et bredt spektrum af udvalgte artikler kommer man godt omkring fagområdet. Med de opdaterede ”postscripts” er artiklerne stadig aktuelle - nogle måske endda mere end tidligere - og samlet i et bekvemt format. Til læsere, som ikke så tit kigger i Manual Therapy-tidsskriftet er bøgerne oplagte. Til ”kendere” af tidsskriftet synes jeg også, at bøgerne er meget relevante. Man får simpelthen en vidensopdatering med i købet i form af forfatternes postscripts; nogle mere gennemførte end andre. Enkelte artikler har dog ikke postscripts, hvorfor man blot ser originalartiklen. Tyngdemæssigt er der mest gods i ”Vertebral”, men jeg er glad for begge. God fornøjelse.

ANMELDT AF FYSIOTERAPEUT, EXAM MT, MARTIN JOSENFSEN

Et godt supplement

Anmeldelse ■ Therapeutic Modalities for Musculoskeletal Injuries. 2. udgave. Craig R. Denegar, Ethan Saliba, Susan Saliba. Forlag: Human Kinetics 2006. www.humankinetics.com Pris £ 38.

Denne bog indgår i serien Athletic Training Education og har som fokus de forskellige indfaldsvinkler, man kan vælge i behandling af idrætsskader. Bogen indledes med kapitler omhandlende vigtigheden af at have en bio-psyko-social indfaldsvinkel til rehabilitering af idrætsskader, hvor hvert område beskrives i detaljer. Herefter bliver bogen en kombination af en kortfattet lærebog i el-terapi samt manuel terapi. For at få det fulde udbytte af bogen bør der derfor være en grundlæggende viden inden for de

bøgerm.m.

områder, ellers bliver behandlingsgrundlaget for spinkelt. Specielt kapitlet omkring manuel terapi er meget kortfattet og uden kritisk stil-

lingtagen til de emner, der inddrages. Det kan undre, da forfatterne netop skriver, at deres bog ikke skal ses som et endeligt forslag til behandling, men som et udgangspunkt for at diskutere egnetheden af hvert enkelt område. Ligeledes pointeres vigtigheden af at basere interventionen på evidensbaseret forskning.

Netop derfor undrer det, at mange af de behandlinger, som præsenteres, ikke selv lever op til det krav. Men i forhold til fysioterapi vil bogen være et godt supplement til den terapeut, der har idrætsskader som specielt interesseområde, da den samler de væsentligste forhold omkring denne patientgruppe i en let tilgængelig form og med mange referencer for yderligere information.

ANMELDT AF HANNE LISBY, FYSIOTERAPILÆRER, SUNDHEDS CVU NORDJYLLAND

Med 3-D bliver ganganalysen objektiv

Den kliniske tredimensionelle gang- eller bevægelsesanalyse kan bruges i klinisk praksis og i fysioterapeutisk forskning



En patient med cerebral parese gennemfører en klinisk 3-dimensionel ganganalyse. Der er påsat 15 reflekserne markører over specifikke anatomiske strukturer. I gulvet er placeret to biomekaniske kraftplatforme og på væggene er monteret otte infrarøde kameraer.

Med den teknologiske udvikling på specielt computerområdet er det efterhånden blevet en mulighed at udføre objektive 3-dimensionelle (3-D) analyser af stort set alle bevægelser. I udlandet såvel som i Danmark har dette været udnyttet inden for eliteidrætten til at optimere bevægelser i forhold til at nå længere, hurtigere og højere. I klinikken har 3-D ganganalyser været benyttet de sidste ca. 20 år i USA til diagnostik og behandlingsplanlægning i forhold til patienter med cerebral parese (CP) (Gage, 2004). Nye kliniske ganganalyse-laboratorier ved hospitaler og private institutioner gør det nu ligeledes muligt i Danmark.

Denne artikel gennemgår principperne for den kliniske 3-D ganganalyse, som den foregår i Ganganalyse-laboratoriet, Hvidovre Hospital. Det skitseres endvidere, hvorledes 3-D analyser af bevægelser kan benyttes i den fysioterapeutiske forskning.

AF FORSKNINGSFYSIOTERAPEUT, CAND. SCIENT.
THOMAS BANDHOLM OG CAND. SCIENT., PH.D. JESPER
BENCKE, HVIDOVRE HOSPITAL
FOTO SUSANNE ØSTERGAARD

Bevægelsesanalyse er en vigtig del af fysioterapeutisk praksis. Det er en elementær del af uddannelsen på fysioterapeutskolerne i Danmark og spænder lige fra observation af den mere eller mindre statiske stående stilling (holdningsanalyse) til analyse af gangfunktionen. Det er med andre ord intentionen, at den trænedes fysioterapeut med sine øjne observerer muskulære dysfunktioner, der så leder videre til supplerende diagnostiske test. Denne tilgang kan have både fordele og ulemper. Erfaring er en klar fordel, som man som fysioterapeut gør brug af, men den kan samtidig danne grundlag for observations-bias. Man ser med andre ord det, man forventer at se.

3-D GANGANALYSE

En 3-D ganganalyse beskriver objektivt det komplekse gangmønster ud fra kinematiske (dvs. beskrivelse af ledvinkler, ledvinkelhastigheder, etc.) og kinetiske (dvs. udviklede kræfter, momenter og effekt omkring de involverede led) målinger. Ganganalyse udføres i et laboratorium med en gangbane og er indrettet med seks eller flere specielle infrarøde kameraer rundt om gangbanen (se foto).

Før selve analysen foretages antropometriske målinger af patientens højde, vægt, benlængder og ledtykkelser, der skal benyttes i efterfølgende ledcenterberegninger. Herefter påmonteres små reflekserne markører på patientens hud over fast definerede anatomiske strukturer. Disse markører kan hver "ses" af to eller flere kameraer, og da hvert af kameraerne kan afbilde rummet med en 2-dimensionel flade, kan hver markørs position i rummet til et givent tidspunkt derfor beregnes som et 3-dimensionelt koordinat ved beregning ud fra minimum to kameraers 2-dimensionelle koordinater. Desuden er

en eller flere kraftplatforme installeret i gulvet i niveau med gangbanen til registrering af intensiteten og den nøjagtige placering af de kræfter, som patienten trykker mod underlaget under et gangskridt.

Patienten skal gå ad gangbanen og henover kraftplatformene med sit vanlige gangmønster, mens kameraerne filmer, og kraftplatformene registrerer de udviklede kræfter. Gangen bliver filmet med 100 billeder i sekundet. Samtlige data opsamles synkroniseret i en PC med specielt software. Ud fra markørkoordinaterne og de antropometriske målinger kan ledcentrum for hoft-, knæ-, og ankelled nu beregnes, og ved at beregne forskellene mellem hvert enkelt filmbillede kan ledvinkelbevægelser beregnes. Ved at kombinere ledbevægelserne med kraftplatform-registreringerne kan de udviklede nettomomenter omkring de forskellige led desuden beregnes. Efter ganganalysen foretager fysioterapeuten en fysisk undersøgelse af ledbevægelighed og registrering af styrke og spasticitet i underekstremiteterne.

Da opsamling af de store datamængder automatisk synkroniseres og beregnes, kan resultaterne relativt hurtigt samles i en rapport, således at undersøgelsen kan anvendes i klinisk sammenhæng.

I Ganganalyse-laboratoriet på Hvidovre Hospital præsenteres resultaterne i en digital rapport som almindelige videosekvenser, animerede figurer, grafer og tabeller, samt en beskrivelse af de væsentligste fund med konklusion og behandlingsforslag baseret på undersøgelsen (figur 1). Selve undersøgelsen, inklusiv antropometriske målinger og montering af markører, tager 1½-2½ time, afhængigt af hvor godt gående patienten er. Derudover bruges ca. ½-1 time på beregning af data.

GANGANALYSE-LABORATORIET

Den faste bemanding i Ganganalyse-laboratoriet på Hvidovre Hospital består af den daglige leder, en fuldtidsansat fysioterapeut samt en halvtidsansat idrætsfysiolog. Desuden er to børneortopædkirurgiske overlæger samt en neuropædiatrisk overlæge tæt tilknyttet i det daglige arbejde. Laboratoriets arbejde er fordelt på 50 procent kliniske undersøgelser og 50 procent biomekanisk forskning inden for fysioterapeutiske, ortopædkirurgiske eller neurologiske problemstillinger.

De kliniske undersøgelser (ganganalyser) udføres overvejende på børn med CP. Hos denne patientgruppe fører affektion af underekstremiteten i form af spasticitet til en uøkonomisk gang og en gang, der er præget af manglende styring og koordinering fra centralnervesystemet (Gage, 2004). Denne ofte abnormale og komplekse gang kan med 3-D ganganalyser kvantificeres og klassificeres biomekanisk (figur 2).

Det letter overskueligheden og giver klinisk såvel som forskningsmæssigt en objektiv mulighed for at vurdere effekten af en given intervention. For den enkelte patient) er der således en mulighed for klinisk at vurdere effekten af en given behandling som beskrevet tidligere. Alle 3-D ganganalyser lagres i en database, så udviklingen i en given patients gangfunktion kan følges under og efter opvæksten. Efterhånden som denne database udbygges, kan den endvidere benyttes i forskningsøjemed.

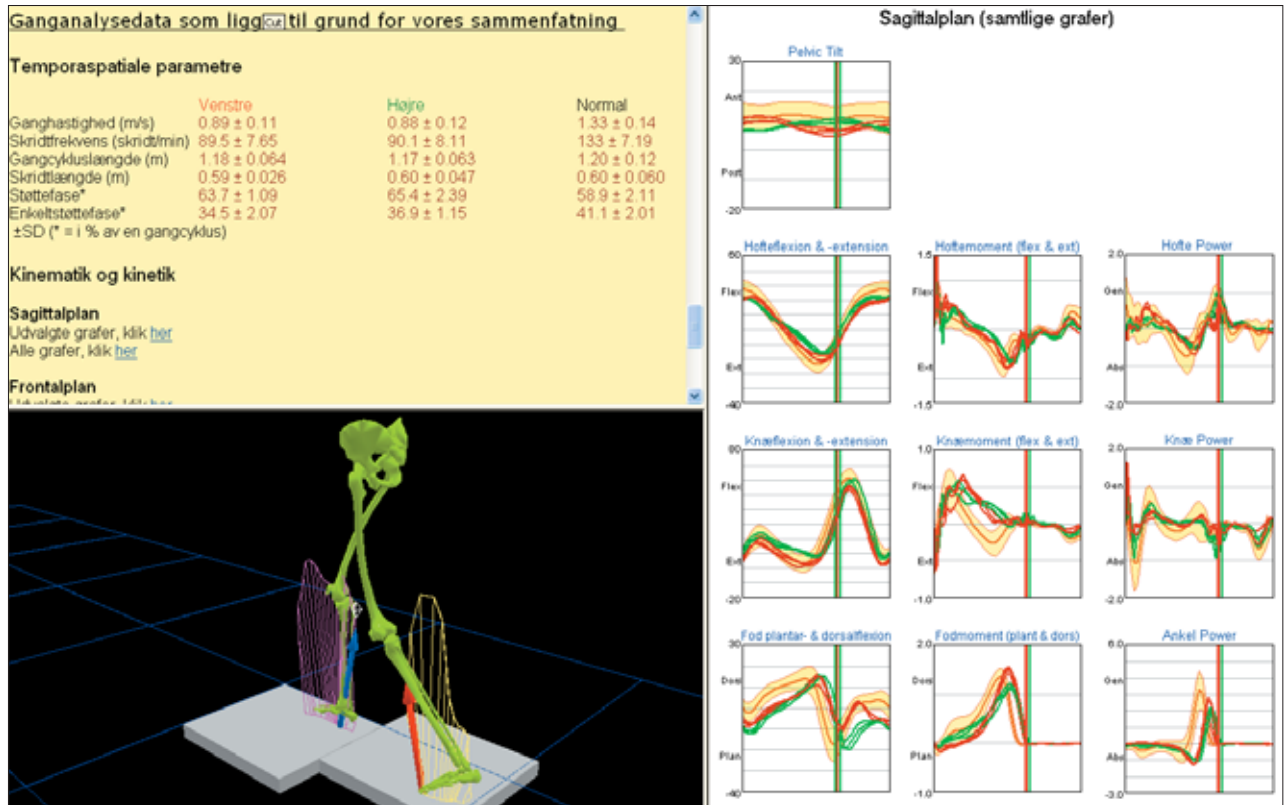
Det kliniske arbejde beløber sig således til omkring fem kliniske ganganalyser i løbet af ugen. På nuværende tidspunkt har vi i laboratoriet foretaget 110 kliniske ganganalyser på patienter med CP.

Til slut på ugen tolker fysioterapeuten og den daglige leder i fællesskab analyserne og laver et oplæg til den følgende konference, der foregår sammen med de tilknyttede læger samt eventuelt den henvisende læge eller patientens fysioterapeut. Ved denne konference udarbejdes den endelige konklusion på undersøgelsen, og der stilles et forslag til behandling som eksempelvis for en CP-patient kan indebære medicinsk behandling (botox), kirurgisk behandling (bløddelskirurgi eller osteotomier), orthose ordination, fysioterapeutisk træning, eller - mest almindeligt - en kombination af disse. Henvisningen af patienter sker via patientens behandlende læge til ortopædkirurgisk afdeling, og derefter sender Ganganalyse-laboratoriet en indkaldelse til patienten.

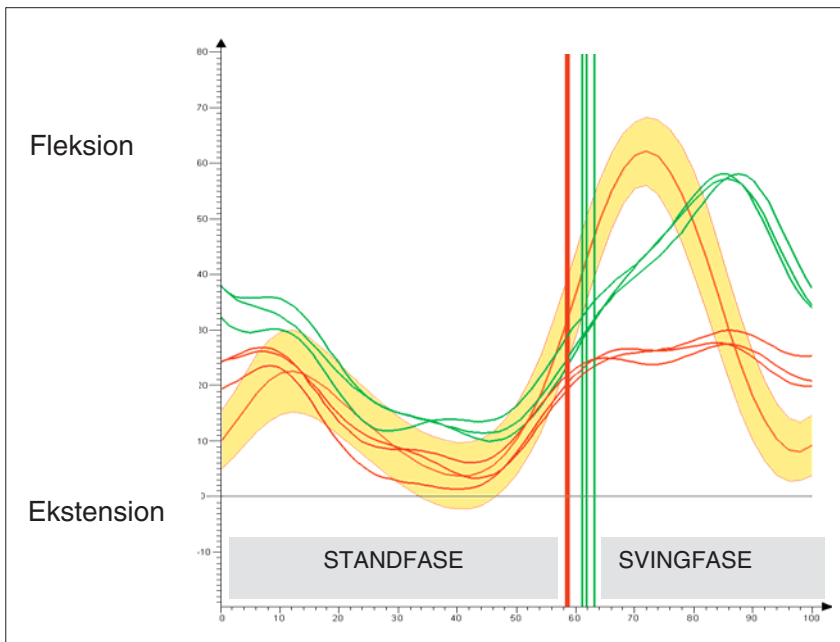
Ud over de kliniske ganganalyser af CP-patienter og andre neurologiske eller ortopædkirurgiske patienter har laboratoriet netop indgået et samarbejde med endokrinologisk afdeling på Hvidovre Hospital om undersøgelser af fodens trykbelastninger hos diabetespatienter ved hjælp af et avanceret nyindkøbt udstyr, der under gang kan kvantificere trykket i definerede zoner under fødderne (figur 3). Det er tanken, at dette udstyr skal benyttes i den normale behandling af diabetespatienter til screening af patienter med høj risiko for udvikling af tryksår. Forskningsprojekterne, som laboratoriet engagerer sig i, kan være initieret af laboratoriet selv eller af andre læger, fysiologer eller fysioterapeuter, og metoderne kan ud over de allerede nævnte også involvere brug af elektromyografi (EMG) eller iltoptagelsesmålinger.

3-D I FYSIOTERAPEUTISK FORSKNING

Et mål med den fysioterapeutiske rehabilitering er ofte optimering af en motorisk færdighed, der kan være tabt som følge af traume. Det kan være en motorisk færdighed som for eksempel gang eller trappegang. Med muligheden for 3-D analyse af disse bevægelser kan effekten af en given fysioterapeutisk intervention ►



Figur 1. Et udsnit af en digital ganganalyserapport.

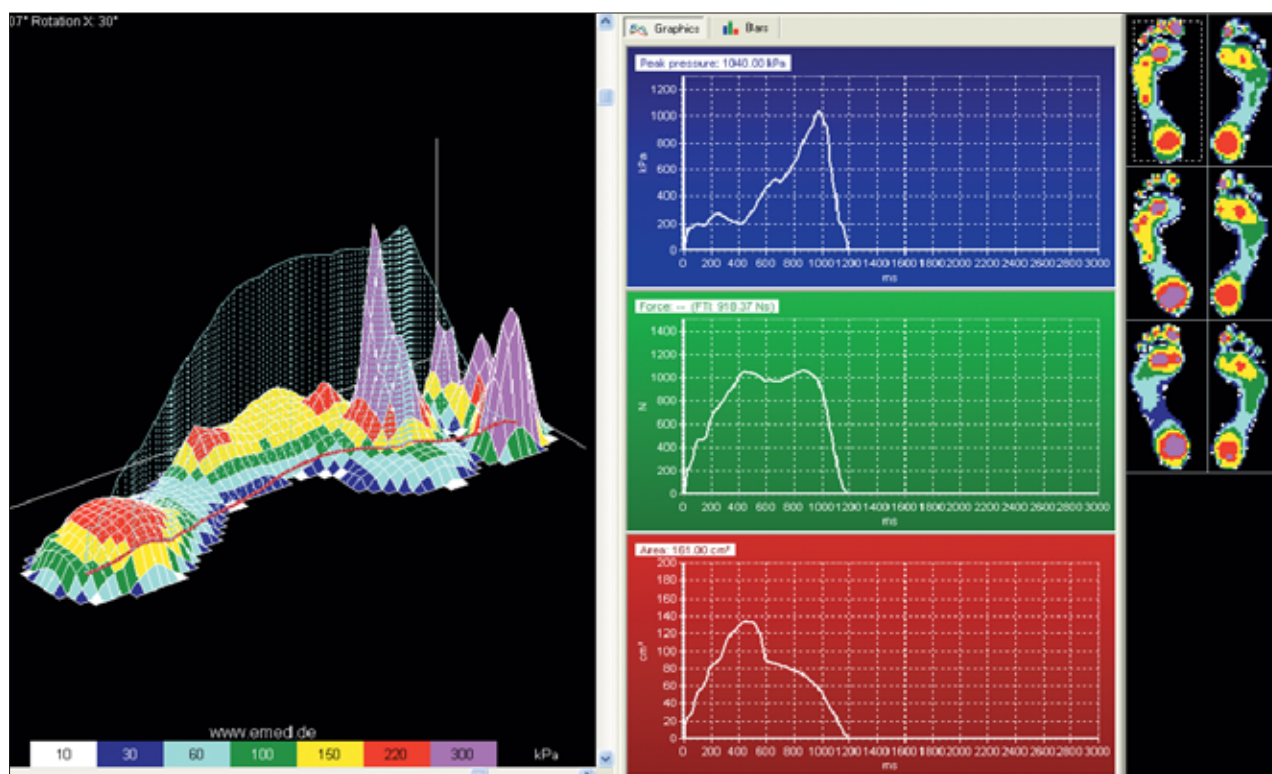


Figur 2. Knæflexion og ekstension under en hel gangcyklus. Gul graf er et gennemsnit af raske personer ± 1 SD. Grøn og rød graf er 3 skridt for højre og venstre ben henholdsvis. Patienten her opfylder den biomekaniske definition a.m. Wren et al., (2005) for "stiff knee gang" på begge ben, idet den maksimale knæflexionsgrad i svingfasen er reduceret og/eller forskudt (mest udtalt for venstre).

▶ på kvaliteten af den undersøgte bevægelse bestemmes objektivt i modsætning til mere "almindelig" videooptagelse.

I den mere almindelige videooptagelse vurderes og gradueres specifikke gangcyklus karakteristika (f. eks. hælissæt) efter mere eller mindre specifikke kriterier (f.eks. kontakt med hæl, flad fod eller forfod, El-tribi et al., 2004; Satila et al., 2005). 3-D ganganalysen angiver derimod dorsalfleksionen ved hælissæt i grader. I det efterfølgende eksemplificeres forskellige forskningsmuligheder med den 3-D ganganalyse:

De temporaspatiale parametre (skridtlængde, ganghastighed mm.) kan udtrykke i hvor høj en grad en patient halter (enkelstøttefasens længde for hvert ben), og om dette forhold ændres som følge af fysioterapeutisk intervention. De kinematiske parametre (ledvinkler) udtrykker de undersøgte ledes bevægelser i alle tre planer og de kinetiske parametre (kræfter) udtrykker de momenter, der virker over de undersøgte led i alle tre planer. Således kan effekten af en given neuro-rehabilitering kvalitativt vurderes på baggrund af, i hvor høj grad en afficeret underekstremitet inddrages under gang (graden af cirkumduktion i sving, knækstensormoment i standfasen osv.). Kombineres undersøgelsen yderligere med EMG, kan de enkelte



Figur 3. Grafisk fremstilling af trykket under højre fod under et skridt. Trykket registreres ved hjælp af en masse små sensorer ($4/cm^2$) i en trykplade, som patienten går henover.

musklers bidrag til det skabte moment estimeres. Yderligere kan graden af ko-kontraktion, relativ aktivitet og aktivitetsmønster (on/off) ligeledes bestemmes. Præ- og postkirurgisk 3-D ganganalyse eller analyse af en anden motorisk færdighed (f.eks. balance målt på kraftplatform eller et dynamisk retningskifte) kan give information om effekten af kirurgi. Analysen kan gentages på forskellige tidspunkter i den efterfølgende fysioterapeutiske rehabilitering og give information om effekten af den postkirurgiske rehabilitering eller om effekten af to forskellige rehabiliteringsregimer til samme patientgruppe.

Endvidere kan forskellige fysioterapeutiske øvelser (f.eks. open vs. closed kinetic chain) og test undersøges biomekanisk og eventuelle forskelle i rekruttering af forskellige muskler og ledbelastninger kan bestemmes.

Ud over at være et vigtigt redskab i kliniske beslutningsprocesser giver 3-D gang- eller bevægelsesanalyse på denne måde en elegant mulighed for at undersøge et givent fysioterapeutisk forskningsspørgsmål, idet den i princippet er et mål på en given motorisk færdighed (funktion). Den er ikke løsningen på alle fysioterapeutiske forskningsspørgsmål, men det specifikke spørgsmål må afgøre, om 3-D gang- eller bevægelsesanalyse er en relevant effektparameter.

REFERENCER

EI-Etribi MA, Salem ME, El-Shakankiry, El-Kahky AM, El-Mahboub SM (2004). The effect of botulinum toxin type-A injection on spasticity, range of motion and gait patterns in children with spastic diplegic cerebral palsy: an Egyptian study. *Int J Rehabil Res* 27: 275-281.

Gage JR (2004). The treatment of gait problems in cerebral palsy. Edited by James R Gage. 1ed. Mac Keith Press.

Satila H, Iisalo T, Pietkainen T, Seppanen RL, Salo M, Koivikko M, Autti-Ramo I, Haataja R (2005). Botulinum toxin treatment of spastic equinus in cerebral palsy: a randomized trial comparing two injection sites. *Am J Phys Med Rehabil* 84: 355-365; quiz 366-7, 392.

Wren TA, Retlefsen S & Kay RM (2005). Prevalence of specific gait abnormalities in children with cerebral palsy: influence of cerebral palsy subtype, age, and previous surgery. *J Pediatr Orthop* 1: 79-83. ■

Patellafemoral smertesyndrom - en terapeutisk udfordring

Rehabilitering af patellafemoral smertesyndrom kræver tålmodighed. Mange bliver aldrig fuldt restituerede, og de skal acceptere et lavere aktivitetsniveau.

AF CONNIE LINNEBERG

FOTO JENS DIGE

27-årig kvindelig håndboldspiller henvender sig til klinikken grundet smerter fortil i begge knæ. Hun har flest gener i det venstre knæ. Pt. har spillet håndbold siden barndommen og spiller på klub-eliteniveau med en træningsmængde på 8-10 timer/uge.

På grund af gener i knæene har hun trappet 50 procent ned i træningen og er med i to træningspas om ugen, i alt 4 timer. Aktuelt er hun helt stoppet med at spille kampe.

Hun løbetræner to gange om ugen à 7-10 km, styrketræner og dyrker spinning to gange om ugen som alternativ træning. I øvrigt kan hun cykle uden gener.

Pt. vil gerne tilbage til håndbold på eliteniveau. Generne har udviklet sig over de sidste 3-4 år med tiltagende smerter fortil i begge knæ i forbindelse med løb, hop og landinger, værst i venstre knæ. Hun har smerter op til 8 på VAS (Visuel Analog Scale) i forbindelse med impact for eksempel ved nedspring og fodisæt under løb. Symptomerne opleves efter fem km løb eller efter 20 minutters spil. Derefter har hun smerter op til 5 på VAS ved trappegang, og når hun sidder i længere tid

med bøjet knæ som for eksempel, når hun sidder i en biograf eller kører i bil (movie sign).

Pt. oplever en konstant mudrende fornemmelse i knæene. Hun kan vågne om natten med smerter og irritation omkring knæskallen. Hun anvender cykel som transport til og fra arbejde samt fritidsaktiviteter. Arbejdsmæssigt er hun pædagog og ansat som souschef i en SFO og føler sig begrænset i sine fysiske aktiviteter med børnene og har gener ved at sidde længere tid i forbindelse med kontorarbejde.

Pt. har tidligere fået ultralydsbehandling og massage af klubfysioterapeut uden længerevarende effekt. Hun søger nu hjælp via idrætsklinikken, idet hun ikke kan komme videre i sin spiltræning. Pt. synes, at hun har gjort meget, uden at det rigtig hjælper.

VÆRD AT VIDE

Patella Femoral Pain Syndrome (PFPS) eller forreste knæ smerter er en stor udfordring at behandle som fysioterapeut og læge. Når man kigger i litteraturen, er der modstridende data for, hvad der er den mest effek-

■ 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.



tive konservative behandling for patienter med forreste knæsmærter. En mulig forklaring er, at der mangler et præcist klassifikationssystem til patienter med PFPS.

PFPS diagnosen er en "skraldespand", som er mere nuanceret end som så. Flere forskere har forsøgt at klassificere PFPS for derved at kunne give nogle guidelines for den korrekte behandling og rehabilitering til denne gruppe patienter (12,14).

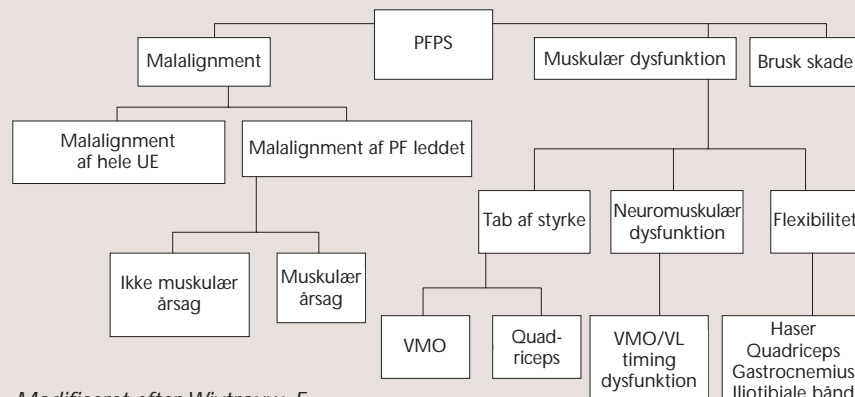
Der er tale om, at ligevægten omkring det patella-femorale led forstyrres grundet fejlbelastning over tid, og at rehabilitering eller eventuelt operation skal genoprette denne ligevægt, så patienten kan blive smertefri (1). Det er vigtigt, for at give den korrekte rehabilitering og behandling, at få identificeret årsagen til, at patienten udvikler den manglende ligevægt omkring det patella-femorale led.

Når man står over for en idrætsudøver med forreste knæsmærter, er det vigtigt, at man optager en grundig anamnese med afdækning af belastninger i ADL, sport, fritid og arbejde. Det er også vigtigt at klassificere i forhold til smerteniveau ved hjælp af VAS (8). Så har idrætsudøveren og behandler en guideline for progression/regression i rehabiliteringen.

Det er vigtigt, at idrætsudøveren forstår, at det ikke er et problem, der er løst på kort tid, og at det kan komme på tale med træningsreduktion, også på lang sigt.

Et andet vigtigt redskab i rehabiliteringen er, at der arbejdes med en træningsdagbog. Idrætsudøveren skal registrere alle aktiviteter og score smerterne ud fra VAS. Træningsdagbogen er et redskab, som træningen kan tilrettelægges efter og monitoreres efter. Det kan være tilladt at lave aktiviteter/træning på den lave ende af smerteskalaen 0-10 (8). Generne skal så forsvinde umiddelbart efter træningen. Hvis der efter en træning er øget smerte i forbindelse med almindelig ADL, har der været trænet for hårdt, og der må indlægges restitution og træningsomlægning.

KLINISK KLASSIFICERING AF PFPS



Modificeret efter Wivrouw, E.

Undersøgelsen består i holdningsinspektion med fokus på fodposition, fodstilling og anomalier af foden. Hele UE alignment/malalignment registreres og sammenholdes med position i forhold til hofte, knæ og fod. Patellas orientering vurderes, og Q-vinklen måles. Derudover vurderes en eventuel femoral anteversion med Craigs test, da dette kan være medvirkende til et pronationsmønster i hele UE. Vurdering af alignment af patella-femorale leddet gøres både med afslappet muskulatur og med kontraheret m. quadriceps. Dette for at kunne skelne mellem om der er en muskulær årsag, eller om årsagen ligger i de passive strukturer (13).

Bevægelighed af knæleddet og mobilitet af patella undersøges. Flexibilitet i mm. quadriceps, hamstrings, tractus iliotibialis og gastrocnemius måles.

Vastus medialis obliquus (VMO) sufficiens/insufficiens vurderes. VMO er med til at stabilisere patella og med til at sikre at knæet aktivt kan strækkes helt sammen med resten af m. quadriceps.

Neuromuskulær timing vurderes i forhold til ændret VMO og m. vastus lateralis (VL) aktiveringsmønster. Hvis VL aktiveres først ved en voluntær quadricepskon-

blå bog

Connie Linnebjerg er uddannet på fysioterapeutskolen i Århus i 1991.

Har været ansat på Bispebjerg Hospital fra 1992 til 2005, hvor hun i 1994 var med til at starte idrætsklinikken. Arbejder på femte år i Team Danmark og var i 2002 med til at etablere Team Danmarks Idrætsmedicinske team.

Har deltaget i forskellige forskningsprojekter omkring træning og testning af forreste korsbånd patienter.

Har taget eksamen i klinisk beslutningstagning og -forskningsmetodologi på Københavns Universitet i 1997 og deltaget på universitetshospitalernes et-årige

forskeruddannelse (UCSF) i 2000 og i denne forbindelse udarbejdet et specifikt forreste korsbåndprojekt.

Har i 2003 taget eksamen i Idrætsfysioterapi del A. Aktiv inden for Fagforum for Idrætsfysioterapi og har i perioden 1998-2006 været medlem af Uddannelses- og kursusudvalget og med at til at tilrettelægge, udvikle og afholde faggruppens kurser.

Har derudover diverse ad hoc undervisningsopgaver til fysioterapeuter, trænere, fysioterapistuderende, idrætsudøvere og inden for forsvarets efteruddannelse.

Blev godkendt som specialist inden for Muskuloskeletal Fysioterapi med specialviden i Idrætsfysioterapi i 2004.

- ▶ traktion, er der en større lateralt rettet kraft på patella og derved en ubalance mellem VL og VMO. Der måles låromfang 3 cm proksimalt for patellas superior kant. Alle bløddels- og knoglestrukturer palperes igennem med henblik på afdækning af inflammereede strukturer.

fakta om...

Craigs test

Formål med testen er at vurdere neutral hofterotation og om femur er anteverteret. Patienten testes i fremliggende stilling (1). Det har vist sig, at testen er mere reliabel end røntgen. (2)

1. Sahrman, S, Diagnosis and Treatment of Movement Impairment Syndromes. Mosby 2002

2. Ruwe PA et al. Clinical determination of femoral anteversion: a comparison with established techniques, J Bone Surg Am 74:820 1992.

Funktionsanalyse med knæbøjning på henholdsvis to og et ben og step op og ned er uhyre vigtig ved denne patientkategori, idet man får mange informationer omkring stramhed i muskler, funktionel styring og balance omkring bækkenet, hoften, knæ og fod. Derudover smertesvar under belastning. Isometrisk test med knæet i forskellige bøjningsgrader (0, 30, 60, 90 og 120 grader) er en god test, som kan bruges som re-test i klinikken for, om der er ændringer i symptomer (6). Igen kan smerteniveauet vurderes ud fra VAS. Det er vigtigt at vurdere idrætsudøverens fodtøj i forhold til type og slidtage. Både idrætssko og andet fodtøj.

Umiddelbart er der ikke behov for yderligere parakliniske undersøgelser, idet det ikke vil have nogen behandlingsmæssig konsekvens. Med henblik på at vurdere malalignment af patella kan der udføres røntgen inklusiv skylineoptagelse af patella. Røntgen, CT og MR vil som regel vise normale forhold.

BEHANDLING

Behandlingen og rehabiliteringen tager afsæt i de objektive fund. Der arbejdes både med knæ, fod, hoften, bækken og truncus i forhold til styrke, bevægelighed og neuromuskulær kontrol. Trænings- og aktivitetsplanlægning aftales i detaljer med patienten i forhold til træningsmængde, intensitet og tider for restitution.

Biomekaniske problemstillinger skal forsøges korrigeret ved hjælp af taping, bandagering, korrektioner omkring sko og indlægssåler. Derudover kan der forsøges med manuel behandling af stramme strukturer. En vigtig ting er at gøre patienten bevidst om bevægelsesmønstre, hvis disse er uhensigtsmæssige i forhold til belastningen på hele knæleddet og det patella-femorale led. I praksis vil det betyde, at idrætsudøveren skal lære at føre knæleddet og patella ud over 2. tå ved knæbøjning for eksempel ved squat-øvelsen og ved fodisæt ved gang, løb og landinger ved hop. Derudover skal hun have øget bevidsthed omkring bækkenstabiliteten under løb, gang og i stående stilling.

Hvis der er udtalt VMO-atrofi eller stor ubalance mellem VL og VMO, kan der suppleres med el-stimulation med henblik på at rekruttere flere muskelfibre i VMO.

Træningen vil i starten være mere konventionel og alt efter funktions- og smerteniveau blive mere funktionel og med øget belastning. Træningen gøres idrætsspecifik så snart som muligt med henblik på tilbagevenden til sport.

UNDERSØGELSESFUND:

Undersøgelsen viste: Normal alignment af UE. Lateralt stillet patella bilat. ses ved afslappet m. quadriceps. Egal trofik med veludviklet quadriceps muskulatur bilat. Stramhed af tractus iliotibialis bilat. Stramme haser bilat. Nedsat funktionel balance over hoften/bækken under et-bens knæbøjning med positiv Trendelenburg. Bilat genus valgus og hyperpronation af subtalar leddet under et-bens knæbøjning. Nedsat muskelstyrke i m. gluteus medius bilat. Smerteprovokation og ubehag ved kompression af patalla sin. Palpationsømhed af mediale retinaker specielt ligamentum patella femorale mediale og inferior. Samt stramt lateralt retinaker. Positive triggerpunkter i hele tractus iliotibialis bilat. Smertesvar på VAS 5 ved isometrisk modstands test på fuldt ekstenderet knæ og 20 grader flekteret knæ på venstre side.

KLINISK RÆSONNERING

I konklusionen og den kliniske ræsonnering tages både oplysninger fra anamnese og de objektive fund med i betragtning.

Udøveren har igennem sin idrætskarriere haft et højt aktivitetsniveau med mange hop og landinger med stor belastning på det femoropatellare led (9).

Hun er i forbindelse med spillet formentlig faldet mange gange på sine knæ. Pt. har spillet mange kampe og trænet meget, og på den baggrund kan man ikke udelukke, at skaden også har en traumatisk side med flere tilfælde med mikrotraumer i bløddelene og efterfølgende opheling med fibrose. Brusken bag på patella kan ligeledes være beskadiget.

Spilleren har fortsat, på trods af gener, en høj træningsmængde med impact, som kan være en vedligeholdende faktor.

Den objektive undersøgelse viser, at der er problemstillinger i det muskulære system, der skal arbejdes med i forhold til at optimere de biomekaniske og neuromuskulære forhold.

Ud fra det lange skadesforløb på 3-4 år og det faktum, at hun på trods af dette fremtræder veltrænet, vil konklusionen mest pege hen imod Patella Femoral Pain Syndrom (PFPS) af ikke muskulær oprindelse (14).

TRÆNINGS- OG BEHANDLINGSPLAN

Der instrueres i brug af træningsdagbog til registrering af belastning og smerteniveau i alle ugens dage.

Pause fra al løbetræning. Pt. kan spinne som vanligt. Skal reducere belastning på styrketræningen ned til 60 procent med henblik på at få smertereduktion. Hvis det lykkes, kan hun trappe op derfra over 3-4 uger. Hun må maksimalt træne med en smerte på 2-3 på VAS og smerten skal forsvinde igen efter 2-3 timer.

Hvis dette ikke fører til reducerede smerter, er en yderligere reduktion påkrævet, og træningen erstattes helt med alternativ træning som cykling/spinning, crawlsvømning og løb i vand.

Træningsprogram med udspænding af tractus iliotibialis og haser. Styrketræning for m. glut. medius i sideliggende ad modum kinetic control samt i stående elastikøvelse med fokus på bækkenstabilitet. Træning af trunkus ad modum McGill med fokus på aktivering af quadratus lumborum og mm abdominus obliquus int. og ext. Må lave closed kinetic chain (CKC) øvelser med knæbøjninger fra 0-50 graders fleksion. Open kinetic chain (OKC) fra 90 grader til 50 graders fleksion. Dette med henblik på at nedsætte belastningen på det patellafemorale led (11). Der afprøves tapening ad modum McConnell og/eller On track bandage med henblik på udspænding af det laterale retinakel og smertereduktion under træning og ADL (3, 6,10).

Det anbefales, at hun får lavet en individuelt tilpasset indlægssål med henblik på funktionel stabilitet af hele underekstremiteten under gang, løb og hop (2). Der kan gives manuel behandling på tractus iliotibialis og det laterale retinakel med myofacial release samt triggerpunktsbehandling.

VIDERE FORLØB

Daglig træning i starten på lav belastning. Udspænding af haser og tractus iliotibialis 2-3 gange om dagen. Kun hvis der er god progression, kan belastningen øges på styrketræningen. Her er det vigtigt, at kun en træningsparameter ændres af gangen for at kunne identificere hvilke tiltag, der giver problemer, hvis der er recidiv i symptomer. Der fortsættes med træningsdagbog til brug under vejledningen under konsultationerne for at kunne tilrettelægge træningen optimalt.

I starten vil der være 1-2 uger imellem konsultationer herefter lidt længere, gerne 3-4 uger, så idrætsudøveren har tid til at få trænet, og man kan se en udvikling over tid. Ved forværring eller behov for vejledning kan idrætsudøveren få yderligere konsultationer.

Forløbet kan strække sig fra 3-6 måneder. Enkelte patienter bliver fuldt restitueret, men de fleste, der har haft længerevarende symptomer må som regel acceptere et lavere aktivitetsniveau og eventuel skift af idrætskarriere for at blive smertefri ved ADL. Patienterne er som regel frustrerede over problemstillingerne omkring knæene, og at det tager så lang tid at komme

sig over det. Dog oplever de fleste patienter, at de får nogle gode redskaber til at kunne fungere bedre i deres hverdag på trods af gener.

REFERENCER

1. Dye SF. Therapeutic implications of the tissue homeostasis approach to patellafemoral pain. *Sports Med Arthrosc Rev* 2001 9: 306-311.
2. Eng JJ, Pierrynowski MR. Evaluation of soft foot orthotics in the treatment of patellafemoral pain syndrome. *Phys Ther.* 1993 Feb 73(2) 62-8.
3. Lun VM. Effectiveness of patellar bracing for treatment of patellofemoral pain syndrome. *Clin JSport med* 2005 jul,15 (4):235-40.
4. McGill . *Low Back Pain Disorders.* Human Kinetics 2002.
5. McConnel J. The management of chondromalacia patellae: A long term solution. *Aust j Physiother* 1986 32: 215-223.
6. McConnel J. Management of patellofemoral problems. *Man Ther* 1996 1: 60-66.
7. McConnel J. The physical therapist's approach to patella femoral disorders. *Clin Sports Med* 2002 jul ; 21(3)363-87.
8. Peter Brukner and Karim Kahn. *Clinical Sports Medicine.* The McGraw-Hill Companies 2001.
9. Thomee R et al. Patellofemoral pain syndrome: A review of current issues. *Sports Med.* 1999 Oct,28(4) 245-62.
10. Thomee R et al. Patellofemoral pain syndrome in young women. I. A clinical analysis of alignment, pain parameters, common symptoms and functional activity level. *Scand J med Sci Sports.* 1995 Aug; 5(4):237-244.
11. Thomee R et al. Patellofemoral pain syndrome in young women. II. Muscle function in patients and healthy controls. *Scand J med Sci Sports.* 1995 Aug; 5(4): 245-51.
12. Van Tiggelen et al. Effect of bracing on the prevention of anterior knee pain – a prospective randomized study. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2004 Sep; 12 (5) 434-9.
13. Wilk E et al Patellofemoral Disorders. A Classification System and Clinical Guidelines for Nonoperative rehabilitation. *Journal of Sports Physiotherapy* 1998; 28 (5) 307-322.
14. Wilk E, Andrews J, harrelson G. *Physical Rehabilitation of the injured Athlete.* Saunders 2004.
15. Witvrouw E et al. Clinical classification of patellofemoral pain syndrome: guidelines for non-operative treatment. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2005; 13 122-130. ■

Hypermobilitet og Ehlers-Danlos Syndrom

Læge-Helse ■ Der skal mere end hypermobilitet og et par blå mærker til for at kunne stille diagnosen Ehlers-Danlos Syndrom. Sådan skriver overlæge, ph.d. Stense Farholt fra Center for Sjældne Sygdomme i en artikel i Overblik nr. 11, Læge-Helse. I artiklen beskrives kriterierne for diagnosen Ehlers-Danlos. *Man kan læse mere om emnet på hjemmesiderne: www.csh.dk, www.rarelink.dk og www.ehlers-danlos.dk*

Bobaths teoretiske grundlag

Norge ■ Fysioterapeuten nr. 6 2005 bragte en artikel om Bobath anno 2005 skrevet af fysioterapeut og IBITA instruktør Anne Brown. Anne Brown gennemgik udviklingen af Bobathkonceptet og belyste det teoretiske og forskningsmæssige grundlag. Det norske Fysioterapeuten nr. 3/06 bringer ligeledes en faglig artikel om Bobathkonceptet skrevet af fysioterapeuterne Helge Hæstad, Britt Normann, Bente Gjelsvik og Olav Gjeslvik. Udover at belyse udviklingen inden for konceptet giver de eksempler fra klinisk praksis. *Artiklen "Bobath-konceptets udvikling, teoretiske grundlag og kliniske praksis" kan downloades fra www.fysioterapeuten.no*

Udbrændthed kan forebygges

Ami ■ Ny forskning fra arbejdsmiljøinstituttet viser, at udbrændthed hos sundhedspersonale og andre, der arbejder med mennesker, ikke kun skyldes arbejdets indhold. Undersøgelsen viser, at årsagerne også skal søges i det psykosociale arbejdsmiljø, hvor udviklingsmuligheder, rolleklarhed, rollekonflikter og mangel på forudsigelighed har stor betydning. Fælles for de fire faktorer er, at man kan gøre noget ved dem. *Læs mere på ami.dk*



Michael Jensen/Scanpix

Naturoplevelser reducerer stress og depression

Norge ■ Det norske blad Fjell og Vidde har i forårsnummeret fokus på betydningen af friluftsliv og fysisk aktivitet for depression og stress. I et interview, fortæller den norske psykiater og forskningsleder Egil Martinsen, hvordan han bruger friluftsliv og bevægelse til at behandle mennesker med depression. Egil Martinsen har været førende i Norge, når det drejer sig om at bruge fysisk aktivitet i psykiatrien og har skrevet adskillige bøger og artikler om emnet. I bogen "Kropp og sinn – fysisk aktivitet og helse", som udkom i 2004, uddyber han sine resultater fra sin disputats

fra 1989 om fysisk aktivitet som behandlingsmetode inden for psykiatrien. Projektleder Anne Myrvang, også fra Norge, har undersøgt sammenhængen mellem friluftsliv og psykisk helse. I forbindelse med sin masteropgave fra folkehelsevitenskap i 2003 ved Institutt for Samfunnsmedisin fra universitet i Tromsø har hun dels foretaget en litteratursøgning på emnet og en befolkningsundersøgelse. Undersøgelsen viste, at mennesker,

der er aktive med friluftsliv, følte sig signifikant mindre triste, ensomme og deprimerede. Litteraturstudiet gav svar på, hvorfor friluftsliv har denne indflydelse på psyken. Det viser sig, at let fysisk aktivitet kombineret med gode og smukke sanseoplevelser, dagslys, mestring af udfordringer og mulighed for stilhed, ro og rekreation virker positivt. Friluftaktiviteterne giver time out for de depressive tanker, emotionel opmærksomhed og mindre uro. Selv enkle friluftsoplevelser giver hurtigt en følelse af mestring, fordi denne type af aktiviteter er mindre forudsigelige end at bevæge sig på en måtte i gymnastiksalen, fortæller Anette Myrvang til Fjell og Vidde. Psykolog Karin Laumann har skrevet doktorafhandlingen "Restorative and Stress-reducing Effects of Natural Environments: Experiential, Behavioural and Cardiovascular Indices". I et eksperimentelt studie i forbindelse med sin afhandling foreviste hun henholdsvis en video optaget i naturen og en fra et bymiljø til to grupper forsøgspersoner. De, der så naturfilmen, havde markant lavere puls end dem, der så videooptagelse fra byen. Karin Laumann gav herefter de to grupper en mentalt krævende opgave, som de havde to dage til at løse. Den ene gruppe skulle løse opgaven, mens de vandrede i naturen, den anden gruppe skulle gå en tur i byen. Gruppen, der gik i naturen, løste opgaven bedst, havde færre negative følelser og færre fysiske stressreaktioner. Karin Laumann konkluderer i sin afhandling, at ophold i naturen har en lang række stressreducerende effekter, som kan forklare, at man i anden forskning har fundet, at friluftsliv har en positiv effekt på fysisk og psykisk sundhed.

fysnyt

Løft bare med bøjet ryg

Spine ■ Hold ryggen ret og gå ned i knæene, har været et helt almindelig råd til alle, der skal løfte tunge byrder. Nu viser en canadisk undersøgelse, at der måske er god grund til at lade folk selv bestemme, hvordan ryggen skal holdes, og at det er ok at løfte med bøjet ryg. Begrundelsen for at fraråde løft med bøjet ryg har været, at det øgede trykket i ryggen. Forskerne tog overflade-EMG og beregnede kompressionskræfter, mens 15 raske forsøgspersoner løftede forskellige byrder med ryggen i valgfri udgangsstilling, og med lordoseret og kyfoseret lumbalcolumna. Det viste sig, at i den lordoserede udgangsstilling var lændemuskulaturen mere aktiv, og der var øget

Lars Bahl/Scanpix



kompression og shear i L5-S1. Forskerne anbefaler, at løfte med ryggen i en valgfri udgangsstilling eller med let kyfoseret lumbalcolumna. *Biomechanics of Changes in Lumbar Posture in Static Lifting. Spine. 30(23):2637-2648, December 1, 2005. Arjmand, Navid MSc; Shirazi-Adl, Aboufazi PhD*

Berigtigelse til artikler om nakke og proprioception



Fagfestival ■ I artiklen "Stor tilslutning til nakkesession" fra Fysioterapeuten nr. 8 side 13 fremgår det, at ca. 78-90 procent af befolkningen på et eller andet tidspunkt skulle lide af cervikogen hovedpine. Det er rigtigt, at 78-90 procent af befolkningen har haft hovedpine. Men cervikogen hovedpine ser kun ud til at udgøre 15-20 procent af hovedpineformerne, spændingshovedpine 45 procent og migræne 16 procent. I referatet fra Birgit-Juul Kristensen og Hans Lunds undersøgelse om proprioception i tennisalbu-er var konklusionen forkert. I modsætning til, hvad der står i artiklen "Forringet proprioception – hønen eller ægget" på side 29, var der lokal nedsat proprioception i den diagnosticerede albue. Det blev yderligere understreget af, at proprioceptionen i den dårlige albue hos inkluderede med tennisalbu-er var dårligere end proprioceptionen i de samme personers knæ. Redaktionen beklager fejlen.

ROHO® anbefales når tryksår opstår

Hvorfor vente?

ROHO® trykaflastende siddepude er velegnet til aflastning og behandling af brugere i hørjsikogruppen – selv når tryksår er opstået.



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

Patienter vil gerne være fysisk aktive

Hvis det står til patienterne, skal et sygehusophold ikke nødvendigvis være ensbetydende med et ophold i sengen. Ni ud af ti ser gerne, at hospitalet også beskæftiger sig med deres fysiske aktivitetsniveau

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO BURKE/POLFOTO

Fysisk aktivitet er som bekendt et virksomt lægemiddel til en lang række diagnoser. Dokumentationen vokser dag for dag, og argumenterne for, at fysisk aktivitet skal indgå som en del af behandlingen i forbindelse med en sygehusindlæggelse bliver således flere og flere. Men hvad siger patienterne?

Skal man tro en netop offentliggjort spørgeskemaundersøgelse fra Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, siger de ja tak.

Over 90 procent af patienterne vil gerne i forbindelse med indlæggelsen informeres om fysisk aktivitets indflydelse på helbredet, spørges til deres fysiske aktivitetsniveau og have målt deres fysiske form. Og herudover vil tre fjerdedele også gerne støttes af sygehuspersonalet til fremover at blive mere fysisk aktive.

fakta om...

Undersøgelsen "Fysisk aktivitet på sygehus" er gennemført på Bispebjerg Hospital, Sygehus Vendsyssel og Tønder Sygehus.

Den omfatter indlagte og ambulante patienter over 18 år.

Halvdelen fra kirurgiske afsnit/ambulatorier og halvdelen fra medicinske afsnit/ambulatorier.

Undersøgelsen kan downloades på fysio.dk

MANGE MOTIONERER IKKE

Baggrunden for spørgeskemaundersøgelsen er blandt andet den strategi for 'Det fysisk aktive sygehus', som 'Netværket for forebyggende sygehuse i Danmark', udgav for to år siden. Ifølge den strategi skal fysisk aktivitet introduceres for alle patienter, uanset hvad der er årsagen til deres indlæggelse.

Spørgeskemaundersøgelsen følger op på strategien ved at undersøge behovet: hvor fysisk aktive er patienterne. Og motivationen: hvor fysisk aktive vil de gerne være.

Undersøgelsen viser, at næsten halvdelen af patienterne ikke er fysisk aktive de anbefalede 30 minutter om dagen, men meget motiverede for at få hjælp til at blive det.

Næsten alle fysisk inaktive patienter mener, det er rimeligt at fokusere på fysisk aktivitet i patientbehandlingen. Dog mener lidt under halvdelen, at det kun er rimeligt, hvis det har relevans for deres sygdom, og det får folkene bag undersøgelsen til at introducere en alternativ model for det fysisk aktive sygehus, hvor der fokuseres på en snævrere målgruppe frem for at afdække det fysiske aktivitetsniveau hos alle indlagte.

"Fysisk aktivitet på sygehus" introducerer en model for Det Fysisk Aktive Sygehus, hvor indsatsen målrettes de svært overvægtige.



En fjerdedel af patienterne er svært overvægtige, hvilket vil sige, at der på sygehusene procentvis er mere end dobbelt så mange svært overvægtige som i befolkningen generelt. Da det er i gruppen af svært overvægtige patienter, man også finder de mest inaktive, foreslås det i undersøgelsen, at målgruppen i den alternative model bliver de svært overvægtige, idet denne patientgruppe er udsat for sygdomme relateret til såvel fysisk inaktivitet som svær overvægt.

Men, understreges det, set ud fra et sundhedsfagligt perspektiv bør en indsats med fysisk aktivitet tilbydes alle fysisk inaktive patienter. Og hvilken model, man vælger, må være op til det enkelte sygehus.

Men uanset om man vælger Rolls Royce eller Skoda-modellen, viser undersøgelsen, at når den indlagte patient skal have målt sin fysiske form og støttes til at blive mere fysisk aktiv, skal det allerhelst være med hjælp fra en fysioterapeut.

Ikke kun patienterne, men også personalet mener, at opgaven er vigtig. Blandt personalet er det desuden den generelle holdning, at det er et fælles ansvar for faggrupperne at informere patienterne. Når det kommer til den egentlige måling af patienternes aktivitetsniveau er de fleste dog enige med patienterne: det bør være en opgave for fysioterapeuterne.

PERSONALET SOM ROLLEMODELLER

Patienterne også blevet spurgt til, om det har betydning for dem, om personalet selv ser slanke og sportstrænede ud, når de skal motivere til fysisk aktivitet. Svaret er, at det gør det ikke. Ikke i så høj grad, som personalet tror i hvert fald.

Mens det omtrent er ni ud af 10 blandt personalet, der tillægger deres egen størrelse nogen eller stor betydning i forbindelse med motivering af patienterne, betyder dette kun noget for godt hveranden patient. Det spørges derfor i undersøgelsen, om det kan være en barriere, hvis overvægtigt personale har det svært med at skulle tale fysisk aktivitet med patienterne, fordi de tror deres egen vægt betyder noget i den sammenhæng. ■

DET FYSISK AKTIVE SYGEHUS

Strategien for indførelsen af "Det fysisk aktive sygehus" kom i 2004. Den lægger op til en indsats i to retninger: Bredt forebyggende i form af information om værdien af fysisk aktivitet til patienter og pårørende samt behandlingsmæssigt i forhold til de diagnoser, hvor træningens effekt er dokumenteret. Patienterne skal have den behandling, der er mest effektiv og har færrest bivirkninger, og det kan i mange tilfælde være fysisk aktivitet - alene eller som supplement til anden behandling.

Det anbefales, at der på sygehusene etableres centrale råd for fysisk aktivitet samt træning afdelingsudvalg og afsnitsteam. Det centrale råd består blandt andre af en repræsentant for sygehusledelsen, de medicinske, kirurgiske og psykiatriske overlæger samt oversygeplejersker, overfysioterapeuten og den ledende ergoterapeut. Det centrale råd fastlægger den overordnede handlings- og tidsplan, mens de lokale afdelingsudvalg, bestående af afdelingsledelsen og de fysioterapeuter, der er på afdelingen, har ansvaret for implementeringen i de enkelte afdelinger. Herunder kommer så de lokale afsnitsteam, der har ansvaret for implementering af den konkrete fysiske aktivitet i dagligdagen i forhold til den enkelte patient formidler viden og sikrer, at der er en plan for den fysiske træning under indlæggelse og efter udskrivelse. Her har fysioterapeuten ifølge oplægget tolvholderens rolle.

Desuden skal sygehusafdelingerne signalere, at fysisk aktivitet og sundhed hører sammen: Nattøj og senge skal høre natten til. Der skal i afdelingerne være tilstrækkeligt med gangredskaber, så også gangsvage patienter kan komme rundt uden hjælp, og ergometercykler skal være til rådighed for selvtræning i afdelinger og venteværelser. Trapperne skal skiltes tydeligt, så både patienter og personale animeres til at bruge dem frem for elevatorer, og udendørs arealer skal indrettes med henblik på gangtræning med for eksempel rækværk og bænke til hvil samt varierende underlag. Desuden skal patienterne tilbydes superviseret træning i fysioterapien, gerne i eftermiddags- og aften timerne, lyder nogle af forslagene.

Endvidere indeholder strategien forslag til, hvordan sygehusene skal samarbejde med primærsektoren om at fastholde patienterne i fysisk aktivitet.

Strategien kan downloades på www.forebyggendesygehuse.dk

Fysioterapeuter beholder egen pensionskasse

HB ■ Der er hverken økonomiske eller politiske fordele ved at fusionere fire pensionskasser inden for sundhedsområdet. Det var konklusionen, da Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse diskuterede et forslag om at fusionere Pensionskassen for Jordemødre, Pensionskassen for Bioanalytikere, Pensionskassen for Kost- og ernæringsfaglige samt Pensionskassen for Ergoterapeuter og Fysioterapeuter. Diskussionen skete på baggrund af et oplæg fra PKA, Pensionskassernes Administration. De fire pensionskasser administreres i forvejen af PKA. Denne konstruktion er der ifølge hovedbestyrelsen ingen grund til at ændre på nuværende tidspunkt.

Hector Mata/Polfoto



Ingen våben og tobak

HB ■ Danske fysioterapeuter må ikke investere i selskaber, der producerer våben og tobak. Sådan hedder det i de etiske retningslinier for Danske Fysioterapeuters investeringspolitik, som hovedbestyrelsen har besluttet. Ifølge retningslinierne må foreningen heller ikke købe aktier i virksomheder, som overlagt overtræder den nationale lovgivning eller de internationale konventioner, eksempelvis menneskerettighederne og lønmodtagerrettighederne. Foreningen skal også gå uden om virksomheder, der er korrupte, skader miljøet eller har hovedsæde i lande, som blokeres af FN eller EU. Foruden de etiske retningslinier for investeringer besluttede hovedbestyrelsen, at 50 procent af midlerne i foreningens to konflikt- og udviklingsfonde fremover kan investeres i aktier. Tidligere var grænsen 30 procent. Vurderingen er, at det vil give en bedre forrentning af pengene, uden at det er forbundet med store sikkerhedsrisici.

Tidlig studiestart og forskningstilknytning

HB ■ Det kræver modenhed og en vis livserfaring at kunne klare fysioterapeutstudiet. Derfor er det ikke nødvendigvis godt at søge ind på fysioterapeutskolerne umiddelbart efter studentereksamen. Det var den generelle holdning i hovedbestyrelsen, da regeringens oplæg for Danmark i den globale økonomi blev diskuteret på det seneste møde. Oplægget, der blev offentliggjort i midten af marts, indeholder 333 forslag til, hvordan Danmark får uddannelser i verdensklasse og bliver førende på viden og innovation. Ud over at foreslå tidligere studiestart, mener regeringen også, at det nuværende SU-system skal reformeres. Hovedbestyrelsen tager afstand fra tankerne om at beskære mulighederne for at få SU, men bakker op om ideen om at forbedre vejledning om valg af uddannelse og mulig-

heden for at gennemføre studiet inden for den normerede tid. Der var også ros til intentionerne om at internationalisere uddannelser. Regeringens ønsker om at samle alle institutioner for mellemlange, videregående uddannelser i seks til otte professionshøjskoler var der ikke umiddelbart opbakning til i hovedbestyrelsen. Stort er ikke nødvendigvis godt og sikrer ikke automatisk den faglige kvalitet og den enkelte professions indflydelse i de besluttende organer. Der bør fortsat være mulighed for lokale uddannelsesinstitutioner, mener hovedbestyrelsen. Til gengæld var der fuld opbakning til, at professionshøjskolerne skal forpligtes til at have tilknytning til forskningsinstitutioner. Hovedbestyrelsen besluttede så hurtigt som muligt at tage en særskilt drøftelse af planerne om at etablere professionshøjskoler samt om behovet for et øget optag på fysioterapeutuddannelsen.

Fysioterapien i de nye regioner

HB ■ Danske Fysioterapeuter og Sygesikringen er blevet enige om at nedsætte fem forberedende samarbejdsudvalg, der skal diskutere fysioterapiens placering og opgaver i den ny regionale struktur. Udvalgene skal blandt andet kigge på kapaciteter og behovet for en ny praksisplan, sundhedsaftaler, genoptræningsområdet, kommu-

nernes handicaptræning og praksiskonsulenternes opgaver. Udvalgene skal bestå af fysioterapeuter og lokalpolitikere og mindst en repræsentant fra hvert af de eksisterende amtslige samarbejdsudvalg. Der skal i 2006 afholdes mindst tre møder i hvert af de fem regionale forberedende samarbejdsudvalg.

Fagfestival i 2009

HB ■ Der skal afholdes fagfestival i 2009. Det besluttede hovedbestyrelsen, da den seneste fagfestival blev evalueret. Mere end 1400 fysioterapeuter deltog i arrangementet, der fandt sted i Odense i

slutningen af marts. Deltagerne var mere end tilfredse med de tre dage, tyder evalueringsskemaerne på. 9,9 efter 13-skalaen lød den samlede karakter. Der tages senere stilling til sted og dato for arrangementet.

dfnyt

Et vigtigt skridt på vejen til at forstå whiplash

Fakta omkring undersøgelsen "Whiplash - en undersøgelse af behandling og forløb efter akut piskesmældstraume", omtalt og debatteret på fysio.dk

DEBATINDLÆG AF:

EVA HAUGE, FYSIOTERAPEUT, DIP MDT

Foranlediget af debatten, der er opstået på fysio.dk efter TV2's dækning af en undersøgelse vedr. akutte piskesmældsskader, vil jeg hermed bidrage til debatten med lidt fakta om denne undersøgelse, som jeg selv har været med i.

Da det bedste overblik jo altid skabes ved at sætte sig grundigt ind i det faktuelle materiale, vil jeg på det kraftigste opfordre alle interesserede til at læse Alice Kongsteds ph.d. afhandling Whiplash Injuries – the effect of early interventions and the value of smooth pursuit eye movement testing som kan downloades på www.sygehusfyn.dk/wm161829

Et af de spørgsmål, der skulle besvares i denne undersøgelse, var: "Er der nogen forskel på effekt af immobilisering, råd om "lev som du plejer" og tidlig aktiv mobilisering efter en akut piskesmældsskade på parametrene smerte og "disability" et år efter ulykken?"

Studiet viste, at der et år efter piskesmældsskaden ikke var nogen signifikant forskel på de tre tiltag. Dvs. at de alle tre var lige gode tilbud til patienter med gener efter en akut piskesmældsskade. Der var en tendens til, at deltagerne i den tidlige mobiliseringsgruppe havde et bedre outcome på nakkesmerte, hovedpine og arbejdsevne, men forskellen var ikke signifikant.

Aktiv mobilisering lægger jo i høj grad også op til aktivitet og "lev som du plejer", hvorfor der måske er et stort sammenfald i disse tilbud, hvilket jo i sig selv er et rigtig godt budskab til patienterne.

Baggrunden for valg af disse tre behandlingsformer tager udgangspunkt i tidligere undersøgelser, hvor netop disse tiltag hver for sig og holdt op mod anden behandling havde vist lovende resultater.^{1,2,3}

Dette studie er i mine øjne ikke et udtryk for at "Mekanisk Diagnostik & Terapi ikke duer til whiplash-patienter". Det er en undersøgelse, som viser, at MDT har samme effekt som de interventioner, det er sammenlignet med. Med udgangspunkt i Alice Kongsteds resultater kunne man på sigt forestille sig, at Mekanisk

Diagnostik & Terapi i kommende undersøgelser vil vise sig at have et godt potentiale til at *undersøge* og tilbyde relevant *behandling* til en stor gruppe af patienter med symptomer efter akut piskesmældsskade.

Det interessante er, om Mekanisk Diagnostik & Terapi i kommende undersøgelser *kan* benyttes til at finde subgrupper og dermed bidrage til en mere præcis behandling af patienter med piskesmæld. På samme vis som hos patienter med generelle muskuloskeletale problemer er det min opfattelse, at der også inden for denne patientgruppe findes talrige subgrupper. Udfordringen ligger i fremover at tilpasse undersøgelsesresultater med den rette behandling til den rette patient. Hvad tilbyder vi f. eks den mekanisk inkonklusive patient med symptomer efter en piskesmældsskade?

Disse resultater er ikke en del af ph.d. projektet, men jeg kan oplyse, at 60 procent fra de to behandlingsgrupper fik en undersøgelse i MDT – dvs. at 40 procent allerede efter tre uger var symptomfri eller i ▶

debat

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

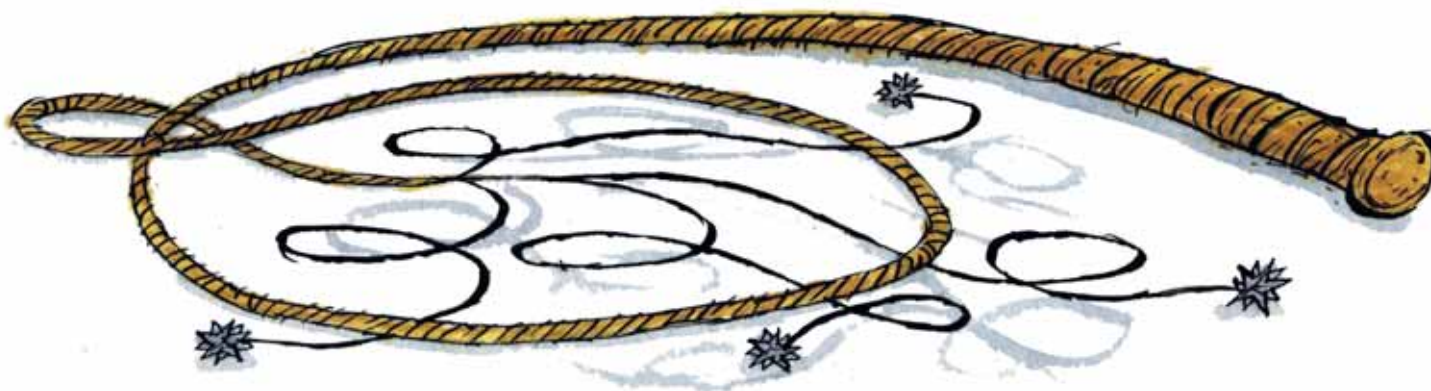
Debatten på fysio.dk redigeres ikke af andre end debattørerne selv. Hvis et indlæg ønskes offentliggjort i Fysioterapeuten, skal det sendes til redaktionen@fysioterapeuten.dk, mærket "debatindlæg".

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

Fysioterapeuten nr. 11/06 udkommer 9. juni.

Deadline for debat: 24. maj.





- ▶ hvert fald havde en forventning om, at de var godt på vej til at blive det.

Af den gruppe, jeg undersøgte med MDT, kunne jeg klassificere 44 procent som havende et cervicalt derangement - hvilket vil sige, at de umiddelbart responderede positivt på testbevægelser på henholdsvis smerter eller bevægelighed.

Det er svært at forske, og det kan også være meget utaknemmeligt, da der altid vil være kritik af resultaterne, men den korrekte indstilling er jo ikke at ville bevise, at noget er bedre end andet, men at gå til sin forskning med ønsket om at afdække yderligere muligheder i relation til et bestemt emne. Det er præcis, hvad der er tilfældet i undersøgelsen "Whiplash - en undersøgelse af behandling og forløb efter akut piskesmældstraume".

Der er jo ingen tvivl om, at følger efter piskesmældstraumer er et omdiskuteret emne - ikke mindst for patienter med senfølger, som dels prøver et hav af behandlinger, dels er ofre for den mystik, der er omkring det at fejle noget, man ikke kan give en fornuftig forklaring på.

Som kliniker er dette også en udfordring, og holdningerne til disse patienter er mangfoldige - lige fra hypotesen om, at det er personer med en særlig personlighed, som udvikler senfølger til hypotesen om, at der er tale om specifikke skader i bevægeapparatet, som er svære at afdække.

Sandheden er nok, at disse patienter er ligeså heterogen en gruppe som øvrige patienter med problemer i bevægeapparatet. Måske er det, som Alice Kongsted også i sin perspektivering er inde på, selve diagnosticeringen af denne patientgruppe, der bør ændres.

Her kommer vi så igen tilbage til det, der efterhånden er den store udfordring inden for al forskning i bevægeapparatsslidelser - nemlig subgruppering!

I dag er den mest fremherskende forskningsmæssige tilgang en randomisering af deltagere i et forskningsprojekt. Det betyder jo kort sagt, at man tilfældigt

opdelte en gruppe mennesker med tilsyneladende de samme symptomer i flere grupper og behandler hver gruppe med en given intervention.

Hvis vi gjorde det med patienter, som henvendte sig med uspecifikke brystsmerter, ville det være interessant at se, om en tilfældig randomisering til behandling med nitroglycerin og en anden behandling ville give en signifikant forskel. Hvis ikke, er det jo ikke ensbetydende med, at de patienter, som har angina pectoris som årsag til deres smerter ikke vil have gavn af nitroglycerinen - det er blot et spørgsmål om, at de er blandet med en gruppe, som fejler noget andet.

Forskning er kompleks, og resultater kan tolkes med forskellige briller. Men helt grundlæggende er forskning vejen frem til at give os alle de bedste kort på hånden i forhold til at udøve Best Evidence Praksis. Jeg ser Alice Kongsteds afhandling, som et vigtigt skridt på vejen i forhold til bedre at forstå piskesmældsskader. Dermed vil vi på sigt kunne yde en langt bedre behandling til de patienter, som udvikler gener efter piskesmældsskader. Dette i respekt for såvel forskningen som for patienten i den aktuelle situation.

Eva.hauge@nal-net.dk

1. Gurumoorthy, D. A study of neck injury arising from motor vehicle accidents and its clinical management. 1996. Curtin University of Technology. School of Physiotherapy
2. Borchgrevink GE, Kaasa A, McDonagh D, Stiles TC, Haraldseth O and Lereim I. Acute treatment of whiplash neck sprain injuries. A randomized trial of treatment during the first 14 days after a car accident. Spine 1998;23:25-31
3. Rosenfeld M, Gunnarsson R and Borenstein P. Early intervention in whiplash-associated disorders: A comparison of two treatment protocols. Spine 2000;25:1782-7 ■

Forkert teknik eller dårlig test

Alice Kongsted skriver i sin ph.d. om whiplash, at smooth pursuit neck torsion test ikke er brugbar, men er ikke sikker på, at testen blev udført korrekt

DEBATINDLÆG AF:

FYSIOTERAPEUT BIRTE CARSTENSEN

Det er et stort problem, at man i omtalen af Alice Kongsteds ph.d. afhandling "Whiplash Injuries the effect of early interventions and the value of smooth pursuit eye movement testing" i Muskuloskeletal Forum nr. 1 marts 2006 har ignoreret de sidste sider af undersøgelsen med konklusion og perspektiver, for her står der efter min mening noget af det vigtigste.

I konklusionen beskrives "smooth pursuit neck torsion test" som ikke brugbar. Men samtidig står der tidligere i afhandlingen, at Alice Kongsted ikke er helt sikker på, om den anvendte teknik i udførelsen af testen har været helt korrekt. Carsten Tjell har i sin disputats og senere undersøgelser brugt testen og klart fundet, at der var forskel på whiplash-patienter med svimmelhed og patienter med f.eks. slidgigt i nakken.

Alice Kongsted skriver i afsnittet "perspektiver", at der er meget, der skal undersøges endnu, især hvordan vi skal "fange" dem, der ikke blev gode efter undersøgelsens interventioner

Jeg tror nogle af disse patienter kunne være fundet

ved et mere finmasket indslusningsnet. Dette havde man måske haft, hvis man havde fulgt protokollen i den "Konsensusrapport", som er udgivet af whiplashforeningen og PTU, om undersøgelse af whiplashramte, (den udkom desværre først efter, at denne ph.d. var publiceret).

Der står ingen steder i afhandlingen, hvor mange patienter, der ikke blev bedre, og hvordan de blev fordelt til de forskellige interventioner.

Det er meget kedeligt, at afhandlingen netop ikke tager hensyn til disse mennesker, der virkelig risikerer at blive tabere efter en trafikulykke. Et statistisk gennemsnit gælder ikke for alle. Det er fint med nogle statistikker, men den professionelle erfaring er vigtig, og den må ikke glemmes.

Forfatteren betvivler også, om det er relevant at betragte WAD som en samlet diagnose, eller om der ikke er ligeså mange mulige diagnoser, som der er strukturer, der kan blive involveret i skadesøjeblikket!

Hvis dette er tilfældet, må der nødvendigvis være lige så store variationsmuligheder for behandling.

Ros til Fagfestival

Det hele var helt i top. Tak for tre skønne dage, der gerne må blive en tradition

DEBATINDLÆG AF:

PRAKTISERENDE FYSIOTERAPEUT LISBET PLOUG

Med fare for at gentage mig selv, vil jeg gerne benytte lejligheden til at rose Fagfestivalen til skyerne. Den var en kæmpe succes.

Både hvad angår rammerne, det høje faglige indhold, underholdningen, det sociale, maden og alle de flotte udstillinger i den store hal, var det hele i top.

Et kæmpemæssigt arbejde har styregruppen og især Vibeke Laumann udført, og jeg tror, jeg taler på mange medlemmers vegne, når jeg skriver, at dette arrangement meget gerne må blive en tradition i Danske Fysioterapeuter. Tusind tak for tre skønne dage!

På Generalforsamlingen for Fraktionen af Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark, som blev holdt

torsdag aften på Festivalen, blev undertegnede valgt ind i bestyrelsen, dette medførte at den tidligere formand for Fraktionen af Praktiserende (en af de to fusionerede fraktioner), Per Norman, gik ud af bestyrelsen.

Med hans afgang mister fraktionen en utrolig kapacitet på praksisområdet. Der er ikke det emne inden for praksis, han ikke har kendskab til, og jeg håber inderligt, at bestyrelsen kan trække på hans ekspertise i tiden, der kommer. Jeg tror, jeg har rigtig mange medlemmer bag mig, når jeg siger en stor tak til Per Norman for hans indsats og engagement som formand gennem mange år.

Voldsom debat om whiplash, forskning og medier

Efter et indslag i TV2-nyhederne om fysioterapis manglende effekt på behandling af whiplash myldrede det ind med indlæg på fysio.dk. Følgende er et stærkt forkortet uddrag af debatten. På side 29 gør fysioterapeut Eva Hauge nærmere rede for det forskningsprojekt, der var baggrunden TV2's misinformation

Jes Dorph-Petersen, TV-nyhederne den 9. april 2006: "Nu skal jeg præcisere oplysningerne i en historie, vi bragte her i nyhederne i forgårs, om effekten af forskellige behandlinger efter piskesmæld. Indslaget handlede om en ny undersøgelse, der viser, at patienter med piskesmæld ikke har nogen gavn af visse type behandlinger, når det gælder om at undgå varige mén. Patienterne kan lige så godt leve uden behandling, fortalte vi. En af de behandlingsmetoder, man har undersøgt, er bevægelse af led efter McKenzie-metoden. En metode en del fysioterapeuter bruger. Denne behandlingsmetode virker altså ikke mod varige mén, viser undersøgelsen. Her er det så, at vi skal præcisere, at det kun er denne behandling, der er undersøgt. Ikke al form for fysioterapi, som altså godt kan hjælpe piskesmældspatienter".

Uffe Lindstrøm

@ Danske fysioterapeuter har et bredt fagligt fundament og er alsidige i deres valg af undersøgelses- og behandlingsmetoder også til patienter med piskesmæld og heldigvis da for det. Når en dansk videnskabelig undersøgelse udelukkende tester én fysioterapeutisk intervention (McKenzie, red.),

er det selvfølgelig uacceptabelt, at TV2-nyhederne sætter lighedstegn ved den pågældende specifikke intervention og fysioterapi generelt. Derfor var der da glædeligt, at dette på foranledning af DF's henvendelse til TV2 efterfølgende blev dementeret. Jeg vil hermed opfordre DF til i sådanne meningsudvekslinger aktivt at inddrage faggrupperne samt den allerede eksisterende evidens (Rosenfeld, Gunnarsson et al. 2000), (Rosenfeld, Seferiadis et al. 2003) for at danne rammerne om en mere nuanceret dialog. Jeg skal i denne forbindelse ikke undlade at nævne, at Mark Rosenfeld forsvarer sin p.h.d. afhandling om piskesmæld den 31. maj i Göteborg.

Johnny Kuhr

@ God forskning er svær at komme udenom, men en god forsker ved også præcis, hvor langt man kan konkludere på sin forskning. Og medier generaliserer gerne. Det gode er imidlertid, at det lykkedes DF at få TV2 nyhederne til at komme med en præcisering, som de kalder det i forhold til det forkerte og misvisende budskab, der blev bragt fredag aften. Men dermed er historien ikke slut, for tilbage står budskabet om at McKenzie til whiplashpatienter ikke virker, og som dit indlæg jo også tyder på, så er det jo også en sandhed med modifikation. Vi bør i samarbejde med faggruppen nøje sammenligne Alice Kong-

steds forskning med anden forskning (Rosenfeld, red.). Denne sammenligning med andre forskningsresultater lod sig ikke gøre i forhold til TV2. Inddragelse af andre videnskabelige perspektiver eller undersøgelser var udelukket. Med det udgangspunkt er jeg godt tilfreds med, at det tydeligt blev sagt på nyhederne i søndags, at fysioterapi generelt godt kan hjælpe whiplashpatienter.

Steen Olsen:

@ Kære Johnny Kuhr. Du har dummet dig, du har hængt en faggruppe inden for DF ud på en tørresnor og haft travlt med at tage afstand fra netop denne behandling. Der er en verden til forskel på at sige, "det virker ikke" eller "det er ikke bedre end". Dette gælder både, når det skal høres på TV2, og når det er en konklusion, der gøres videnskabelig. Så tilbage står, at du ikke har været din opgave voksen - det er en "om'er"!

Jonathan Commins:

@ Johnny har ikke dummet sig. Han har reageret hurtigt på en politisk og populistisk mediamanøvre, hvilket var fint.

Kenneth Jensen

@ Denne undersøgelse antyder altså, at der muligvis ikke er effekt af McKenzie akutte piskesmældspatienter. Det kan man ikke komme uden om! Den betyder ikke, at McKen-

zie ikke er godt til en masse andet. Det ved vi heldigvis, at det er, det er nemlig dokumenteret. Men det fortæller noget om, at effekten af McKenzie-behandling ifht. piskesmældspatienter bør undersøges yderligere.

Martin B. Josefsen:

@ Når en forsker udtaler sig uhensigtsmæssigt til medierne, kan man jo ikke klandre godtroende journalister for ikke at kende til faglige forhold, som måske ikke er så offentligt tydelige. Denne oplevelse giver inspiration til at gøre vore fagbeskrivelser(r) tydeligere og mere offentligt tilgængelige. Og jeg tænker ikke blot på fysioterapi som helhed - men også på alle specialeområderne i fysioterapi. Vi er ikke for kendte. Mange patienter og læger kender os i felten og måske i forsknings-sammenhænge. Men kun vi selv kender dybdegående vore reelle fagligheder og kompetencer. F.eks. tror jeg, at de færreste er klar over vore diagnostiske kompetencer på det muskuloskeletale område.

Uffe Lindstrøm:

@ Hvor er det befriende, når god videnskab giver anledning til alle disse meningsudvekslinger. En stor tak til Alice Kongsted for god forskning og for debatter som denne, så vi alle kan reflektere over vor egen kliniske hverdag.

Lever du heller ikke op til kravet om elektronisk kommunikation

Med aftale- og journaliseringssystemet ComplimentaWork kan du:

- Modtage elektronisk henvisning
- Sende elektronisk epikrise
- Afregne elektronisk med amt
- Anvende EDI korrespondancebrev

Ring og aftal
en gratis demo på
8020 8320

ComplimentaWork er internetbaseret. Det betyder, at du arbejder i systemet over internettet og ikke skal installere noget på din egen computer.

Med ComplimentaWork får du også:

- Aftalebestilling via internettet
- Fuld kalenderdeling med kollegaer
- Journal med billedillustration af behandling
- Fakturering og refusionsstyring
- Betaling med elektronisk kort
- Elektronisk kommunikation med læge og det offentlige

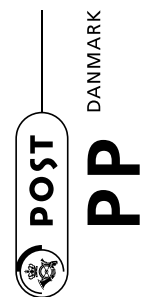
Fordele ved ComplimentaWork:

- Enkelt og let at anvende
- Hurtigt i gang, ingen installation på din computer
- Ingen back-up af data, det klarer vi for dig
- Gratis support
- Lave opstartsomkostninger - kom i gang for 1250 kr incl. EDIFACT opkobling som enmandsklinik

Ring og hør nærmere om introduktionstilbuddet på ComplimentaWork. Du har lige nu mulighed for at få op til 2 måneders gratis licens!

Complimenta™

Datavej 52 • DK-3460 Birkerød
Tel. 8020 8320 • Fax 7020 8325
Web: www.complimenta.com
E-mail: info@complimenta.com



Maskinel Magasinpost
ID NR. 42137

Afsender:
Postbox 7777
7000 Fredericia

Danske Fysioterapeuter, Nørre Voldgade 90,
1358 København K., tlf.: 33 41 46 20