

Nr. 13/august/2006
88. årgang



Ro og afslapning

Både amning og massage øger udskillelsen af stoffet oxytocin.
Side 24

Fysioterapeuten

www.fysio.dk



Tilfreds specialist

For Hanne Agerholm har titlen specialfysioterapeut haft betydning på flere fronter. Læs temaet om Danske Fysioterapeuters specialistordning.

SIDE 4

Artikler



30 års tilløb til stort spring fremad

Fysioterapeuterne har taget specialistordningen til sig, og Sundhedsstyrelsen måtte meget gerne gøre det samme.

4

Vi venter ikke alene

Også fysioterapeuterne i vore nabolande har indtil videre måttet spejle forgæves efter en offentlig godkendelse af deres specialistordninger. Det samme gør de i Dansk Psykologforening og i Ergoterapeutforeningen.

10

Store forskelle i udbytte

Nogle specialister synes, at de har fået meget ud af deres specialistgodkendelse, mens andre ikke mener at have opnået noget.

12

Ipsilateralt shift betyder ofte en dårlig prognose



Et klinisk kvarter i selskab med specialist i muskuloskeletal fysioterapi Charlotte Krog, der belyser sammenhængen mellem de subjektive og objektive fund.

16

Fysiologiske studier søger forklaring på effekten af berøring

Den ro og afslapning, en mor oplever, når hun ammer sit barn, opnås også i forbindelse med massage. Dyrestudier tyder på, at amning og massage øger udskillelsen af oxytocin.

22

Vi skal gøre en synlig forskel

Kliniske retningslinjer er et nyttigt værktøj til monofaglig dokumentation. Men hvad er kliniske retningslinjer egentlig?

24

Fysioterapeutisk bistand til udskiftning af lofter



Carsten Lauridsen/Polfoto

Danske Fysioterapeuters sekretariat har i sommerens løb mest af alt lignet en byggeplads, idet de gamle loftsplader i gange og på kontorer er blevet hevet ned og erstattet med nye. Renoveringen har været en prøvelse, ikke mindst for håndværkerne, der har måttet finde sig i at få uopfordret ergonomisk rådgivning fra emsige fysioterapeuter. En af dem har dog kunnet afvise eksperterne med ordene: "Jeg er selv fysioterapeut!" Efter i 3½ år at have afprøvet fysioterapifaget i skiftende vikariater er Ricki Berg Poulsen ved at være blevet enig med sig selv om, at han er havnet på den forkerte hylde. "Jeg overvejer at skifte til tømmerfaget og sendte derfor en række uopfordrede ansøgninger til tømmerfirmaer for at forsøge mig som arbejdsmand først", fortæller Ricki Berg Poulsen. Han havde dog ikke regnet med, at afprøvningen af det nye fag ville føre ham lige lukket i armene på det gamle.

Det faste

Presseklip

15

Nyt på nettet

20

Fysnyt

21, 25

Debat

26

Specialisternes lange vej

Mængden af viden vokser i en grad, så det er umuligt at holde sig ajour og være fagligt kompetent på alle områder. Derfor er det ikke længere et spørgsmål, om fysioterapeuter skal være specialister eller ej. Spørgsmålet er, hvordan vi inden for rimelig tid får ført intentionerne med Danske Fysioterapeuters specialistordning ud livet. Nemlig at ordningen skal give større kvalitet i patientbehandlingen, sikre bedre karrieremuligheder og udvikle fysioterapeutprofessionen.

Danske Fysioterapeuter etablerede i 2000 en specialistordning. Halvandet år senere kunne jeg underskrive den første specialistgodkendelse. Det var en god fornemmelse. Nu er der gået yderligere fire år, der er godkendt 46 specialister, og det er tid til at gøre status. Danske Fysioterapeuter spurgte i foråret specialisterne, hvilken betydning specialistordningen har haft for dem. Her var de gennemgående svar, at titlen ikke har givet andet arbejde eller mere i løn, men at det har været godt for specialisternes selvopfattelse og for anerkendelsen i virksomheden eller på arbejdspladsen. Så her ligger klart en opgave.

Spørgsmålet er, om svarene ikke er meget forventelige? Ting tager tid. Også at udvikle en specialistordning og få den implementeret i et konservativt sundhedsvæsen. Det er klart et mål at få Sundhedsstyrelsens formelle godkendelse af ordningen. Men specialistordningens succes står og falder ikke med en sådan godkendelse. Selvfølgelig ville det lette vejen, eksempelvis når det gælder anerkendelse af faglige kompetencer og oprettelse af nye stillinger. Men Sundhedsstyrelsens endnu manglende godkendelse skal ikke forhindre os i at arbejde for at få specialistordningen til at spille en væsentlig rolle på arbejdspladserne og i sundhedsvæsenet.

Hermed lægger jeg op til, at det er en fælles opgave for de enkelte specialister og Danske Fysioterapeuter at gøre specialistordningen til en succes. For kun i fællesskab kan vi dokumentere og synliggøre den værdi, specialisering inden for fysioterapi har for borgerne og sundhedsvæsenet. Heldigvis er vi i den forbindelse begunstiget af tidsånden og de politiske vinde i forhold til ønskerne til den fremtidige uddannelses- og forskningspolitik.

Selv om det kan synes som en langsommelig affære at få etableret og få systemets blå stempel af specialistordningen, er vi ganske godt med, når vi eksempelvis ser på erfaringerne fra Norge og Sverige. Her har de nationale fysioterapeutforeninger etableret ordninger i henholdsvis 1991 og 1995, stadig uden at få en offentlig godkendelse. Og ligesom vores nordiske kollegaer uførtrods arbejder for at vise værdien af specialisterne, vil vi gøre det samme. Specialisterne og Danske Fysioterapeuter i fællesskab.



Af Johnny Kuhr
formand for
Danske
Fysioterapeuter



FORSIDE:
AJS NIELSEN/POLFOTO

Udgiver:
Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Telefon 33 41 46 20

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

Redaktion:
Informationschef
Mikael Mølgaard, ansv.red.
mm@fysio.dk
Faglig redaktør Vibeke Pilmark
vp@fysio.dk
Journalist Anne Guldager
ag@fysio.dk
Sekretær Jonna Søgaard Harup
jsh@fysio.dk
Sundhedspolitisk konsulent
Ann Sofie Orth
aso@fysio.dk

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

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

Kontrolleret oplag 9.657
Kontrolleret af:



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

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

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

ISSN 1601-1465

30 års tilløb til et stort spring fremad

Fysioterapeuterne har taget specialistordningen til sig. Sundhedsstyrelsen måtte meget gerne gøre det samme

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

ILLUSTRATION GITTE SKOV

Ordene specialisering og sundhedsvæsen danner par som salt og peber. Paletten med sundhedsydelse udvides hele tiden, forskning bidrager hver eneste dag med ny viden, og i samme takt indsnævres det felt, man kan være fuldstændig kompetent på.

De fleste anerkender i dag nødvendigheden af specialisering i sundhedssektoren. På et overordnet niveau betyder specialiseringen, at kun de største sygehuse kan tillade sig at ville kunne det hele, mens de mindre sygehuse må specialisere sig for at overleve. Og på samme måde er specialisering inden for de enkelte sundhedsprofessioner blevet en almindelig omstændighed.

Også inden for fysioterapien er specialisering blevet en selvfølge. Men sådan har det ikke altid været. Da specialiseringen første gang var på dagsordenen i Danske Fysioterapeuters regi, fik begrebet en ilde medfart. Det var ikke en tendens, foreningen skulle fremme, mente man, og en specialistordning kunne i hvert fald slet ikke komme på tale. Men siden er accepten af en formaliseret specialisering i fysioterapi modnede langsomt, meget langsomt.

SPONTAN NØDVENDIG SPECIALISERING

Danske Fysioterapeuters specialistordning blev etableret i 2000, men overvejelserne vedrørende specialisering inden for fysioterapi var da næsten 30 år gamle. Foreningens uddannelsesudvalg udgav allerede i 1973 en betænkning, der mere end antydede, at specialisering ikke var til at komme udenom:

"I takt med den medicinske, psykologiske, arbejdsfysiologiske og socialmedicinske forsknings landvindinger og samfundets stadige udbygning af social- og sundhedsmæssig service, er der gradvis opstået en spontan nødvendig specialisering blandt fysioterapeuter", lyder det blandt andet i betænkningen.

På repræsentantskabsmødet samme år diskuterede man betænkningens forslag om specialuddannelser inden for seks sygdomskategorier samt videreuddannelsesfor-

løb for praktiserende og ledere. Langt fra alle var lige begejstrede for ideen, og i beretningen fra mødet kan man blandt andet læse, at "det blev bemærket, at det måske ville være risikabelt med for stærk specialisering". Bekymringerne gik blandt andet på, om specialisering ville ske på bekostning af grunduddannelsen.

Den bekymring gik igen på repræsentantskabsmødet i 1978, hvor der blev debatteret et konkret forslag om oprettelse af en specialuddannelse i ergonomi. Skeptikerne frygtede, at det ville betyde nedprioritering af ergonomi i grunduddannelsen, hvis forslaget blev vedtaget, og at det ene speciale ville føre det andet med sig. Og hvad så med kompetencen i grunduddannelsen, spurgte man.

Debatten både på repræsentantskabet og på et efterfølgende landsmøde var ophedet, og resultatet blev, at begrebet "specialeuddannelse" forsvandt ud af foreningens vokabularium i årevis for at blive erstattet af det åbenbart mere spiselige "videreuddannelse".

Først i 1992 turde repræsentantskabet igen for alvor tage ordet specialisering i sin mund, og i 1994 gik man skridtet videre og vedtog, at foreningen skulle arbejde for indførelse af specialistkompetence i fysioterapi. I 2000 blev Specialistrådet nedsat, og i dag kan man blive specialist inden for syv specialer, og et ottende, idrætsfysioterapi, er på vej.

Leder af faglig afdeling i Danske Fysioterapeuter, Nina Holten, mener, at tiden har arbejdet for en formel specialisering inden for fysioterapi på to fronter. Først og fremmest som allerede omtalt qua den faglige udvikling og udbygningen af vidensområdet. Det er ikke tilfældigt, at den klassiske profession, lægestanden, der altid har haft sit eget selvstændige vidensområde, også er gået forrest, hvad angår specialisering. Men det handler også om tidsånden - om at den kollektive tankegang ikke længere er dominerende, mener Nina Holten:

"Da vi startede med at tale om formel specialisering, var den største hurdle helt klart, at man ikke ville have et A og et B-hold. Dengang gjorde man sig ikke bedre end andre, og man tænkte slet ikke på at få mere i løn. Nu

indgang

■ Danske Fysioterapeuter er inviteret til møde i Sundhedsstyrelsen for at drøfte foreningens specialistordning. Men ordningens succes er ikke afhængig af styrelsens godkendelse, understreger Johnny Kuhr.

er vi holdt op med at være så 68-agtige, og vi er holdt op med at være bange for at blive til noget”.

Nina Holten tilføjer, at også hele udviklingen i uddannelsessystemet med åbningen af den direkte adgang til masteruddannelser har haft stor betydning.

Specialistordningen er dog ikke vokset frem ganske af sig selv, hånd i hånd med tidsånden.

Formand for Danske Fysioterapeuter, Johnny Kuhr, der sad i formandsstolen, da repræsentantskabet i 2000 tog det afgørende skridt med nedsættelse af Specialistrådet, kalder tværtimod specialistordningen ”en bevidst strategisk satsning, der skal skabe udvikling, udviklingsstillinger og større anerkendelse af fysioterapi og fysioterapeuter”. Men der er stadig lang vej at gå, før specialisterne er fuldt implementeret i sundhedsvæsenet, understreger han.

MANGLER ET OFFICIELT STEMPEL

I forberedelserne til specialistordningen op igennem 90’erne gik det igen, at et af succeskriterierne for en specialistordning i fysioterapi var en offentlig anerkendelse. Stemplet ”specialist i fysioterapi” skulle sættes af Sundhedsstyrelsen, ikke af Danske Fysioterapeuter, hvis det for alvor skulle have betydning.

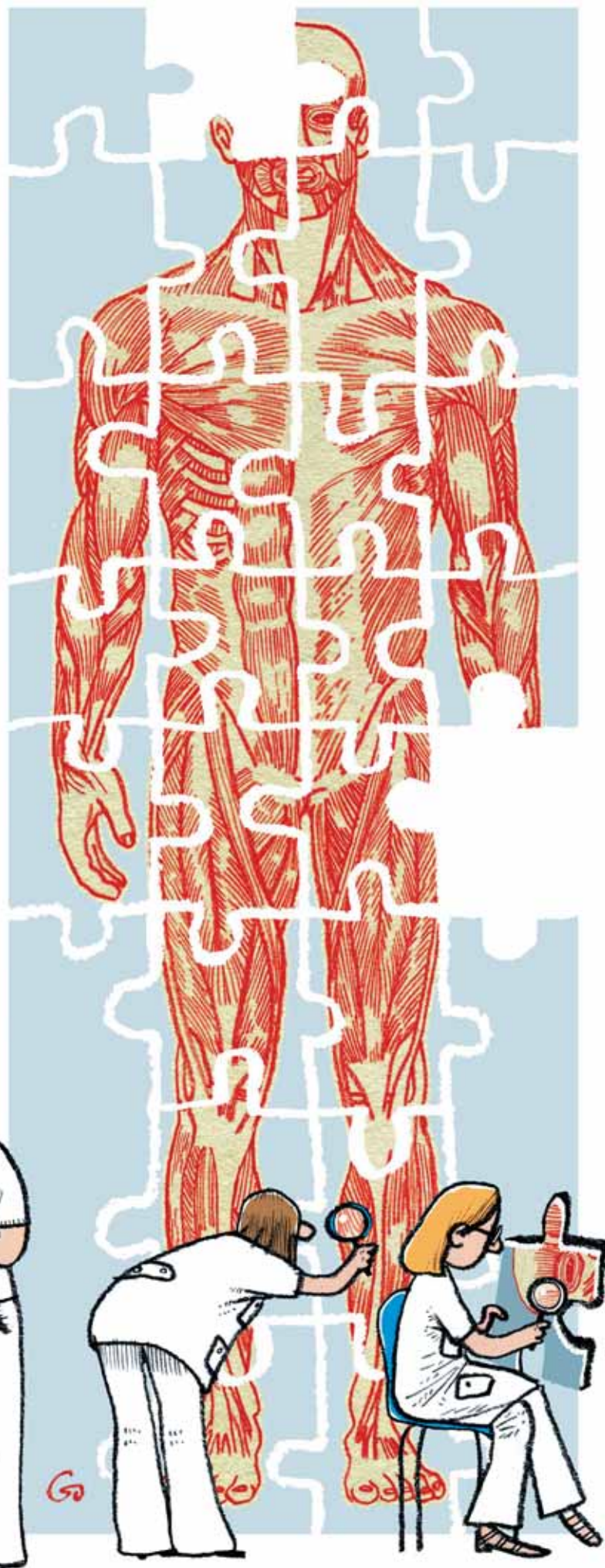
Men foreningen ville ikke vente på, at Sundhedsstyrelsen selv skulle få øjnene op for nødvendigheden af en formaliseret specialisering. I stedet ville man selv tage initiativet og så efterfølgende gå i dialog med styrelsen. Inspirationen kom blandt andet fra Norge, idet den norske fysioterapeutforening havde valgt samme strategi. Og i Danmark havde også ergoterapeuter og psykologer strikket en ordning sammen med henblik på en senere offentlig godkendelse.

Men alle steder venter man endnu. Nordmændene er tæt på forløsning, forlyder det, men endnu er også de norske specialister kun godkendt af deres egen forening. Heller ikke andre steder i Europa har de fysioterapeutiske specialistordninger opnået en offentlig godkendelse, og i Danmark venter både ergoterapeuter og psykologer stadigvæk.

Dansk Psykologforening har i de 12 år, deres specialistordning har eksisteret, brugt i omegnen af 10 millioner kroner på at administrere den. I Danske Fysioterapeuter koster ordningen 400.000 kroner om året. Pengene går blandt andet til afholdelse af møder i Specialistrådet og til aflønning af den sagsbehandler, der tager sig af det administrative omkring godkendelsen af specialisterne.

Johnny Kuhr mener dog ikke, det er for mange penge. Heller ikke selvom ordningen endnu ikke er officielt anerkendt.

”Officiel godkendelse er et mål - men ikke en forudsæt- ▶





Konsulent i Danske Fysioterapeuter, Benedikte Steinrud, der står for administration af ordningen, gætter på, at specialisterne inden for rehabilitering og sundhedsfremme har gode kort på hånden med de nye stillinger, der skal oprettes i kommunerne i forbindelse med kommunalreformen.

- ▶ ning for ordningens succes. Det vil sikkert være en hjælp at have dette stempel med i forskellige sammenhænge, og det kan måske også betyde flere penge til uddannelse af specialister, men vi kan nå målene uden sundhedsstyrelsens godkendelse. Specialistordningens succes afhænger af, om specialisterne reelt kan medvirke til et kvalitetsfølt i patientbehandlingen, om de reelt medvirker til den faglige udvikling på de enkelte områder, og om der reelt skabes en faglig karrierevej med lønløft og øgede rettigheder til behandling, henvisning, sygemelding og så videre”.

Der er i dag ingen officiel regulering, der hindrer denne udvikling, mener Johnny Kuhr, der derfor ser Sundhedsstyrelsens eventuelle godkendelse som et skulderklap og en hjælp på vejen, men ikke som den endelige forløsning. Den egentlige anerkendelse af specialisterne ligger hos borgerne, institutionerne, arbejdspladserne og kollegerne, mener han.

”Jeg vil ikke binde det fremtidige arbejde op på en godkendelse fra Sundhedsstyrelsens side og lade succesen være afhængig af den. Vi kan gøre meget mere selv for den udvikling. Dermed parkerer vi heller ikke specialistordningen for dem der allerede er udnævnt. De skal ikke sidde og vente på at de engang måske bliver godkendt ”officielt”. De er godkendt, og så må de træde i karakter som specialister”, siger Johnny Kuhr.

SPECIALIST-DATABASE

Det skal være lettere for omverdenen at få øje på og komme i kontakt med de fysioterapeutiske specialister. På fysio.dk introduceres derfor i løbet af efteråret en database med samtlige specialister. Her kan specialisterne markedsføre sig både internt og eksternt. Internt i fysioterapeutkredse kan eksempelvis institutioner og regioner bruge databasen i planlægningen af kurser eller andre former for vidensdeling. Og eksternt kan databasen for eksempel bruges af patientforeninger, forsikringsselskaber og presse, der vil i kontakt med en specialist.

Foruden specialeområdet, kontaktoplysning mv. kan specialisterne lægge en personlig kompetencebeskrivelse i databasen. Hermed kan interesserede se, om det er en med særlig viden inden for for eksempel for tidligt fødte eller anoreksi, de har fat i. Oplysningerne vil blive ført løbende ajour.

ORDNINGEN KAN ÆNDRES

Hverken Johnny Kuhr eller Nina Holten afviser, at der kan ændres i specialistordningen, som den ser ud i dag, hvis det kan gøre det lettere at komme i dialog med Sundhedsstyrelsen. Det kan betyde, at områder bliver smallere, men ikke så smalle, at det kommer til at handle om metoder i stedet for vidensområder, understreger Nina Holten: ”Det er slut med guruer og metoder. Der kommer ikke et speciale i bobath og et i manuel terapi, men ordningen skal kunne sælges i byen, og derfor er vi da åbne for flere specialer”.

Nina Holten tror ikke på, at det vil lykkes at få alle specialerne godkendt på en gang: ”Sundhedsstyrelsen vil nok have lettest ved at se behovet inden for genoptræning og fysisk aktivitet, dvs. det muskuloskeletale område, og inden for børneområdet”.

Og også det neurologiske område har, for så vidt angår behandlingen af traumatiske hjerneskader, en chance for på sigt at opnå Sundhedsstyrelsens godkendelse, mener Nina Holten. I den forbindelse er det et problem, at kun tre fysioterapeuter har ansøgt om, og fået, specialistgodkendelse inden for dette område, selvom det har været med helt fra starten.

Konsulent i Danske Fysioterapeuter, Benedikte Steinrud, der står for administration af ordningen, undrer sig: ”Det er ærgerligt for det neurologiske fagområdes fremtid. Der burde være flere til for eksempel at løfte diskussionen mellem de forskellige behandlingskoncepter på det neurologiske område”, mener hun.

LØNNEN FØLGER IKKE AUTOMATISK

Når Benedikte Steinrud ærgrer sig på fagets vegne, er det helt legitimt. Det overordnede formål med specialistordningen er nemlig beskrevet som hensynet til fagets udvikling og samfundets bedste: ”Ny og dokumenteret fysioterapi skal bruges så mange steder i samfundet som muligt og give befolkningen mere sundhed. Specialistordningen skal understøtte denne udvikling”, lyder den overordnede mission.

Men det er ikke nødvendigvis kun ædle, altruistiske motiver, der driver fysioterapeuterne, når de ofrer store summer og masser af tid på efter- og videreuddannelse og efterfølgende sender stakkevis af papirer til Specialistrådet i håb om at blive godkendt som specialister. I dag er der ikke længere noget odiøst i at ville belønnes for en ekstra indsats. Og siden begrebet ”Ny løn” blev indført for snart længe siden, har accepten af, at ikke alle får det samme i løn, bredt sig. Måske af samme grund har etableringen af specialistordningen været ledsaget af en forventning om, at en specialistgodkendelse også ville smitte af på lønsedlen. Men det er forventninger, virkeligheden ofte har svært ved at leve op til.

En specialistgodkendelse kan være en oplagt anledning til at få forhandlet sin løn, men er næppe i sig selv et



VAR INDÆDT MODSTANDER AF SPECIALISERING

Kigger man i gamle numre af Danske Fysioterapeuter, som bladet hed dengang, finder man i 1973 bl.a. navnet Hans Henrik Kleinert på listen over underskrivere af et åbent brev til foreningens daværende formand. Underskriverne mente, at specialisering ville "splitte faggruppen unødigt, interesse- og lønmæssigt".

I dag kan man finde Hans Henrik Kleinert på en anden liste, nemlig listen med godkendte specialister i Danske Fysioterapeuters specialistordning.

Hans Henrik Kleinert er specialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Han skal grave længe i hukommelsen for overhovedet at kunne huske, at han har været imod specialisering, men "jeg har jo ændret holdning til mange ting", som han siger. "Det var vel noget med den der solidariske ståen sammen, ikke at ville skille sig ud på bekostning af andre", siger Hans Henrik Kleinert, hvis holdning i dag selvsagt er en anden: "Jeg synes specialistordningen er med til at løfte faget, og synes, det er en personlig tilfredsstillelse at være blevet godkendt".

Hans Henrik Kleinert befinder sig med sin kroppsykoterapeutiske praksis med egne ord "lidt på kanten af faget" og sætter måske af den grund ekstra pris på det, han betragter som en anerkendelse fra foreningen. Om titlen er andet end en intern anerkendelse, er han usikker på, men han lader det komme an på en prøve og skriver "specialfysioterapeut" på sit brevpapir. Det betyder ikke nødvendigvis flere kunder i butikken, men én reaktion har dog overrasket ham: "Jeg har en specialaftale med amtet om landets eneste ydernummer i psykosomatisk fysioterapi. I forbindelse med forlængelse af aftalen kunne jeg høre, at det betød noget, at jeg var blevet specialist. Det ville jeg ikke have troet".

argument for, at den skal hæves, hvis de kompetencer, der ligger til grund for specialistgodkendelsen, allerede i forvejen har udløst tillæg eller ikke har væsentlig betydning for det job, man har, forklarer forhandlingskonsulent Hanne Aasted.

Lønforløbet for særlige advancementsstillinger, der blev introduceret i overenskomsterne på det offentlige område i 2003 er blandt andet tænkt som en mulighed for specialisterne. Det er tiltænkt fysioterapeuter med særlige funktioner eller en særlig faglig viden. Det kan eksempelvis være fysioterapeuter, der har konsulentfunktioner i forhold til egen eller andre faggrupper eller har forskningsforpligtelser. Men det er primært opgavens indhold og de anvendte kompetencer, der er afgørende for lønnen. Ikke om man har en specialistgodkendelse.

Ifølge Hanne Aasted bliver der flere og flere af disse stillinger, og hun gætter på, at der på sygehusene bliver endnu flere efter kommunalreformen, fordi det kun er de specialiserede funktioner, der bliver tilbage.

"Jeg er ikke bekendt med, at nogen har fået et tillæg alene med den begrundelse, at vedkommende er blevet specialist, men videreuddannelse eller specialistgodkendelse er da en oplagt anledning til at få en snak med ►

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 Aftørringspapir Hovedlejepapir (løssark)
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

Annette Nicolaisen

Vores kæreste kollega, Annette Nicolaisen Tillgren, er død i juni måned. Med sit altid positive livssyn og utrættelige vilje kæmpede Annette en ulige kamp mod en uheldelig kræftsygdom. Annette var ansat i Gladsaxe Kommune i 12 år. Hun var med i opstarten af et af Gladsaxe kommunes cafe- og træningsdagcentre, og de sidste år arbejdede hun i det nye visitatorkorps. Samtidig med en engageret faglig indsats lagde Annette mange kræfter

i tillidsmandsarbejde. Hun nåede at være aktiv i både lokale samarbejdsudvalg, det centrale hovedudvalg og i kredsarbejdet for Danske Fysioterapeuter. Inden Annettes år i Gladsaxe arbejdede hun inden for børneområdet. Jeg er taknemmelig for, at jeg fik lov at dele mange arbejdsdage med et kærligt og engageret menneske og sender mange tanker til hendes efterladte mand, børn og børnebørn.

Nina Greiffenberg

Helle Gotved

Med gymnastikpædagog Helle Gotveds død i juni måned mistede Danmark en stor personlighed, der ikke kun har haft betydning i gymnastikkens verden, men også for læger og fysioterapeuter. Hun modtog i 1996 Danske Fysioterapeuters "Kroppens Pris", der blev overrakt i forbindelse med et landsmøde for fysioterapeuter. Daværende formand Inger Brøndsted overrakte prisen med ordene "Prismodtageren har på sin helt særlige måde formået at formidle budskabet om bevægelse til mange mennesker og har altid haft livsglæden i forgrunden. Når prismodtageren har inspireret til bevægelse, har det altid været med budskabet om et personligt velvære og ikke ud fra en forestilling om skønhedsideal eller dårlig samvittighed". Helle

Gotveds pionérbeslutning om at sætte fokus på bækkenbunden og dens betydning for seksualiteten har været uvurderligt. Hendes saglige og nøgterne indgang til emnet afspejler sig i hendes bøger om bækkenbunden. Med sit ligefremme sprog og enkle øvelser formåede hun at give modet tilbage til kvinder, der ikke troede det muligt at genoptræne bækkenbunden. Også vejtrækningen havde Helle Gotveds særlige bevågenhed og var grundlæggende for det gymnastiksystem, hun udviklede. Mange fysioterapeuter har været inspireret af Helle Gotveds arbejde og viderefører de tanker og ideer, hun udviklede gennem årene.

*Johnny Kuhr og Birgitte Kure
Formand og næstformand i
Danske Fysioterapeuter*

- ▶ lederen om løn og eventuelt ændrede opgaver", siger Hanne Aasted.

Det største specialistråde, det muskuloskeletale område, tæller mange praktiserende fysioterapeuter. Det vil sige fysioterapeuter, der har betalt deres efter og videreuddannelse selv, og som ikke kan bruge specialistgodkendelsen som anledning til at tage en snak med sygesikringen om størrelsen på deres honorarer.

En del af dem har derfor formentlig vejret morgenluft, da de i en artikel i Fysioterapeuten i 2001 kunne læse, at der var en honorarreform på vej i praksissektoren. "Det skal økonomisk kunne betale sig at satse på at vedligeholde sin uddannelse", sagde daværende direktør i Amtrådsforeningen, Benny Hansen, blandt andet. I dag siger kontorchef i Amtrådsforeningen, Thorkil Rothenberg, der står for sygesikringens forhandlinger, at differentierede honorarer ikke er lige på trapperne, men at tanken ikke er Sygesikringen fremmed. Men uddannelse bliver næppe et selvstændigt parameter, mener han. Tankerne går mere i retning af at man skal kunne dokumentere kvalitet i behandlingen, forklarer Thorkil Rothenberg, der dog ikke vil afvise, at uddannelse kan komme til at spille en rolle i den sammenhæng.

Endnu er Sygesikringens overvejelser ikke andet end netop overvejelser, og om specialistrådningen kommer til at spille en rolle i den sammenhæng, er det for tidligt at mene noget om.

HENVENDELSE TIL SUNDHEDSSTYRELSEN

I Sundhedsstyrelsen forbeholder man sig ret til ikke at mene noget som helst om specialistrådninger i øjeblikket. Det gælder for fysioterapeuter såvel som psykologer og ergoterapeuter.

I Danske Fysioterapeuter håber man, at tiden vil arbejde for en ekstern godkendelse af specialister, ligesom den i sin tid arbejdede for en intern accept af begrebet. Der bliver dog ikke trillet tommelfingre i ventetiden, understreger Benedikte Steinrud, der administrerer specialistrådningen.

Sundhedsstyrelsen har netop modtaget en henvendelse fra foreningen, der gør rede for specialistrådningen og beder styrelsen om at overtage godkendelsen af specialisterne, og styrelsen har på den baggrund inviteret Johnny Kuhr til en drøftelse i slutningen af denne måned.

Sideløbende retter Danske Fysioterapeuter henvendelse til arbejdsgiverne, det vil sige Kommunernes Landsforening og Amtrådsforeningen for at gøre dem opmærksomme på specialisterne og den kompetence, de besidder. Og endelig lanceres der i løbet af efteråret en database på fysio.dk, der gør det muligt for offentligheden at komme i kontakt med en specialist.

Specialisterne skal, med Nina Holtens ord, være en vare, samfundet efterspørger. ■

FAKTA OM SPECIALISTORDNINGEN

46 danske fysioterapeuter kan i dag kalde sig specialister i fysioterapi, og de bliver hele tiden flere. Flest specialister finder man inden for to af de "ældste" specialer, muskuloskeletal fysioterapi og pædiatri, mens neurologi, der også har været med fra starten fortsat kun tæller tre specialister. Inden for geronto-geriatri er der endnu ikke kommet en eneste ansøgning om specialistgodkendelse.

I ordningen indgår, foruden de allerede nævnte specialer, psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, rehabilitering samt sundhedsfremme og forebyggelse. Herudover arbejder Specialistrådet på at få færdiggjort en beskrivelse af idrætsfysioterapi som selvstændigt specialeområde. I dag er det idrætsfysioterapi et subspecial under muskuloskeletal fysioterapi, men der vil kunne godkendes specialister inden for det nye, selvstændige speciale, når Specialistrådet træder sammen næste gang den 5. november. Specialebeskrivelsen offentliggøres på fysio.dk, så snart den foreligger.

OPBYGNING

For at kunne komme i betragtning til en specialistgodkendelse, skal de grundlæggende ting være på plads: Man skal have en fysioterapeutisk grunduddannelse, dansk autorisation, medlemskab af Danske Fysioterapeuter og generel arbejds erfaring svarende til to års fuldtidsarbejde.

Herefter består selve specialistuddannelsen i et klinisk og et teoretisk uddannelsesforløb, som man selv tilrettelægger inden for følgende kriterier: Det kliniske forløb udgøres af tre års klinisk arbejde inden for specialismrådet med en gennemsnitlig arbejdstid på mindst 18 timer pr. uge; kompetenceudvikling inden for supervision, minimum 150 timer; samt undervisning, formidling og efteruddannelse i et omfang, så det samlet giver 60 ECTS-point (vurderes af Specialistrådet). Klinisk praksis skal udgøre to årsværk ud af de sidste 7 år.

Det teoretiske uddannelsesforløb består af enten master eller kandidateksamen med projekt i relation til specialismrådet; foredrag inden for specialismrådet;

konferencedeltagelse med indsendt abstract, eller accepteret artikel i forskningstidsskrift; samt dokumenteret deltagelse i kurser, workshops og konferencer på specialismrådet. Dokumenteret efter- og videreuddannelse. Det teoretiske uddannelsesforløb skal samlet give 60 ECTS-point (vurderes af Specialistrådet).

ECTS står for European Credit Transfer and Accumulation System. Det er et system til meritoverførsel inden for videregående uddannelser. ECTS-point er en talmæssig angivelse for den totale arbejdsbelastning som gennemførelsen af et givet kursus eller uddannelsesforløb er normeret til. ECTS-point måler ikke fagligt niveau eller sværhedsgrad, men udelukkende arbejdsbelastning.

OVERGANGSBESTEMMELSER

Fysioterapeuter uden master- eller kandidatuddannelse, men med lang erfaring og ekspertise kombineret med formel/uformel teoretisk kompetence kan godkendes i en overgangsordning. Overgangsordningen gælder tre ansøgningsfrister fra et speciale er blevet oprettet, hvilket vil sige, at overgangsordningen gradvis forsvinder. Overgangsordningen gælder i dag kun de to senest tilkomne specialer, rehabilitering samt sundhedsfremme og forebyggelse.

SPECIALISTRÅDET

Specialistordningen administreres af et Specialistråd, udpeget af DF's hovedbestyrelse. Det er Specialistrådet, der fastsætter og i samarbejde med ad hoc-grupper beskriver specialismråderne. Rådet har seks medlemmer med kompetence inden for forskning og faglig udvikling, ledelse og videreuddannelse. Specialistrådet træder sammen to gange årligt for at vurdere indkomne ansøgninger.

RECERTIFICERING

Specialisterne skal recertificeres efter 7 år. Det teoretiske uddannelsesforløb forfalder ikke, men kravet om, at klinisk praksis skal udgøre to årsværk ud af de sidste 7 år fastholdes i forbindelse med recertificeringen. ■



Vi venter ikke alene

Også fysioterapeuterne i vore nabolande har indtil videre måttet spejle forgæves efter en offentlig godkendelse af deres specialistordninger. Det samme gør de i Dansk Psykologforening og i Ergoterapeutforeningen

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
ILLUSTRATION GITTE SKOV

I udarbejdelsen af den danske specialistordning har der været skævet til både Sverige og Norge.

Den norske specialistordning blev indført allerede i 1991 og Norge har i dag over 600 specialister. Specialistordningen administreres af den norske fysioterapeutforening NNF, og ordningen blev etableret af flere grunde, forklarer afdelingsleder i NNF Malene Haneborg. Blandt andet for at styrke den kliniske kompetence i faget og gøre det lettere for patienterne

at finde frem til de rigtige kompetencer, men også for at presse det offentlige til at anerkende specialistkompetencerne.

Foreningen har, siden ordningen blev etableret, arbejdet for at få myndighedernes blå stempel, og indtil for ganske nylig så det ud til at være lige på trapperne. Men nu trækker det ud, fordi myndighederne vil slå flere fluer med ét smæk og udrede specialistgodkendelsen for psykologer, sygeplejersker og fysioterapeuter samtidig.

"Men uden en veletableret specialistordning havde vi nok slet ikke haft nogen dialog med de offentlige myndigheder i dag", siger Malene Haneborg.

Signalerne fra de norske myndigheder tyder på, at ikke alle 13 specialer godkendes i første omgang, men formentlig kun manuel terapi og psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, der i forvejen har en særstatus i form af særlige takster og rettigheder.

Håbet er, forklarer Malene Haneborg, at en offentlig specialistgodkendelse vil føre til højere løn og måske også særlige rettigheder, for eksempel den ret til at sygemelde og henvise videre, som de manuelle terapeuter allerede har i dele af landet.

Akkurat som i Danmark deler specialistordningen

de norske vande: "Nogle mener, det er unødigt med en specialistordning, så længe den ikke automatisk giver mere i løn eller flere rettigheder, men andre oplever, at det giver økonomisk gevinst, ret til bestemte stillinger og øget anerkendelse", siger Malene Haneborg, der ud fra antallet af ansøgere til specialistuddannelsen vurderer, at gruppen af skeptikere er blevet mindre.

I Sverige har en specialistordning eksisteret siden 1995. Heller ikke den svenske ordning har endnu opnået en officiel godkendelse, men Socialstyrelsen, den svenske pendant til Sundhedsstyrelsen, anerkender, at der er behov for fysioterapeuter med særlige kompetencer på følgende områder: børn og unge, psykiatri/psykosomatik, komplicerede skader i bevægeapparatet, neurologi, respiration og kredsløb.

Dette opfattes af det svenske forbund LSR som et vigtigt skridt på vejen til en officiel godkendelse af i hvert fald dele af specialistordningen.

PSYKOLOGER OG ERGOTERAPEUTER

Men specialisering er selvsagt ikke et ord, der er forbeholdt fysioterapeuter.

Lægerne er det klassiske eksempel, og også sygeplejerskerne har en offentligt finansierede specialuddannelser.

Psykologerne, der fik autorisation i 1994 gik straks derefter i gang med at opbygge en specialistordning. Den har eksisteret siden 1998, men endnu kun i regi af Dansk Psykologforening.

Foreningens målsætning er at få et officielt stempel på ordningen eller dele af den, og manglen på psykiatere flere steder i landet kan måske være med til at skubbe bag på en godkendelse. Det håber man i hvert fald i foreningen, der arbejder politisk for at få psykologer med speciale i psykopatologi ind på nogle

fakta om...

Den europæiske sammenslutning af fysioterapeuter, WCPT-europa, er i gang med at undersøge udbredelsen af fysioterapeutisk specialisering i Europa. Indrapporteringen er ikke afsluttet, men tendensen er, at de fleste lande har etableret eller arbejder på at etablere en eller anden form for specialistordning, oftest med brede specialer og på master-niveau ligesom i Danmark.





af de pladser, der står tomme efter psykiaterne. Lykkes det kan det være en anledning til at indlede en egentlig dialog med Socialministeriet om en officiel godkendelse af specialisterne.

Danske Fysioterapeuters nærmeste nabo, Ergoterapeutforeningen, etablerede i 2002 en specialistorning. Ordningen er på diplomniveau, og ergoterapeuterne kan godkendes som specialister inden for områderne: børn, gerontologi, senhjerneskade, håndterapi, psykiatri og hjælpemiddelformidling og arbejdsmiljø.

I lang tid så det ud, som om Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen var enige om, hvordan deres specialistorninger skulle skrues sammen, så man kunne lave en fælles henvendelse til Sundhedsstyrelsen, men det glippede, da man endte med at lægge sig fast på to forskellige niveauer, hhv. master og diplom.

Konsulent i Ergoterapeutforeningen Tina Birch forklarer, at diplomniveauet var det, man fandt mest realistisk, da ordningen blev lanceret i 2002, hvor der var mange ergoterapeuter med specialkompetencer, men ikke mange, der ville kunne godkendes på masterniveau.

Heller ikke ergoterapeuterne har haft held med at slå hul igennem til Sundhedsstyrelsen, fortæller Tina Birch. "Der er lukket helt af, men det er da stadigvæk vores langsigtede mål at dem til at overtage ordningen, ligesom uddannelse og autorisation jo også hører under det offentlige. Og det er jo heller ikke sådan, at lægerne ligger og fifler med deres egen specialistorning".

Og nej - det gør de jo ikke. På Sundhedsstyrelsens hjemmeside står følgende om speciallægerne: "Tilladelse til at betegne sig som speciallæge opnås efter ansøgning til Sundhedsstyrelsen".

Erstat ordet læge med fysioterapeut, og hør hvor sødt det klinger. ■

Store forskelle i udbytte

Nogle specialister synes, at de har fået meget ud af deres specialistgodkendelse, mens andre ikke mener, godkendelsen gør den store forskel

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

Hvilken praktisk betydning har en specialistgodkendelse? Får man nye opgaver? Mere i løn? Kollegernes respekt? Eller betyder godkendelsen ikke spor? Det besluttede Danske Fysioterapeuter sig for at finde ud af ved i foråret at spørge samtlige godkendte specialister.

Tre fjerdedele af specialisterne mener ikke, deres arbejde har ændret sig eller at de har fået nye muligheder i form af mere frihed til eksempelvis uddannelse, forskning mv., efter de er blevet specialister. "Min arbejdsplads har ingen interesse i, at jeg er blevet specialist. De aner ikke, hvad en specialist er", lyder en af kommentarerne, mens den sidste fjerdedel har noget mere positive erfaringer:

En skriver, at specialistgodkendelsen har betydet, at hun underviser mere og møder større forståelse for sine ønsker

om videreudvikling inden for specialismrådet.

En specialist i pædiatrisk fysioterapi har oplevet, at hun i højere grad inddrages i politiske overvejelser om børn, efter hun er blevet specialist.

En anden specialist kontaktes oftere af studerende og kolleger fra andre arbejdspladser og tilføjer, at hun selv føler et større ansvar for at dele sin viden med andre.

Det sidste går igen i endnu en kommentar fra en specialist, der mener, at hendes egne krav til sig selv om at undervise, formidle, supervisere og generere ny viden på området, er blevet større efter godkendelsen.

Og en skriver, at godkendelsen er vigtig i forbindelse med ansøgninger til forskningsarbejde.

Om de henholdsvis positive og negative erfaringer har noget at gøre med, hvordan man promoverer sig selv som specialist, siger undersøgelsen ikke direkte noget om, men det er tankevækkende, at nogle skriver, at titlen giver mere respekt blandt kolleger og patienter/pårørende, mens 60 procent fortæller, at de slet ikke bruger titlen.

ARBEJDET ER DET SAMME

Selvom nogle har en oplevelse af at blive brugt - og

fakta om...

Undersøgelsen "Kvantitativ undersøgelse blandt specialisterne 2006" er udarbejdet af Scharling Research i samarbejde med Danske Fysioterapeuter. Undersøgelsen kan downloades fra fysio.dk/Fysioterapeuten/artikelbilag



Foto: Kim Agersten/Polfoto

SER GODT UD PÅ EKSAMENSBEVISET

Inger Skjærbæk er specialist i muskuloskeletal fysioterapi. Med sine 58 år syntes hun egentlig ikke, en specialistgodkendelse var så relevant – hun var jo godt på vej mod pensionering, mente hun. "Men jeg blev opfordret til det. Jeg underviser jo en hel del stadigvæk (på MT-gruppens kurser, red.), og jeg kan da godt se, at det giver god mening, at jeg er godkendt som specialist, når jeg skriver eksamensbeviser under".

Selvom Inger Skjærbæk ikke skiltes med at være specialist – det står på brevpapiret, men hverken i hendes annonce eller på hendes stempel – har hun oplevet, at specialistgodkendelsen har givet flere opgaver med screening af patienter for både sygehuse og forsikringsselskaber.

"Men specialistordningen er jo lidt en underlig størrelse, så længe den kun er intern. Jeg er dog ikke i tvivl om, at det på længere sigt er vigtigt for faget, at der er specialister. For eksempel er det jo almindelig kendt, at læger er en mangelvare, og specialfysioterapeuter i muskuloskeletal fysioterapi kan meget vel bruges til screening eller som i Norge til at sygemelde og henvise til billeddiagnostik", mener Inger Skjærbæk.

bruge sig selv - på en anden måde efter at være blevet specialister, er der ingen, der decideret har skiftet arbejde som følge af specialistgodkendelsen og kun en enkelt, svarende til tre procent, der har opnået en ny organisatorisk placering.

Det betyder dog langt fra, at resten føler sig overset. Også mange af de specialister, der ikke mener deres arbejde har ændret sig efter specialistgodkendelsen svarer bekræftende på, at "arbejdspladsen har anerkendt og benyttet" deres specialistkompetence. 65 procent mener, at dette er sket i høj grad eller i nogen grad, og for 60 procent har godkendelsen haft betydning for deres selvopfattelse.

Kun 45 procent har søgt om ændret aflønning på baggrund af specialistgodkendelsen. At tallet ikke er højere kan skyldes, at mange specialister, særligt på det muskuloskeletale område, kommer fra praksis-sektoren.

Tre, svarende til otte procent, angiver at have fået ændret aflønning på baggrund af specialistgodkendelsen.

VIL GERNE BRUGES MERE

Specialisterne er også blevet spurgt om, i hvor høj grad specialistordningen har levet op til målsætningerne om at give "høj standard i specialiserede teamfunktioner", "sikkerhed og tilfredshed for patienten" og "effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer".

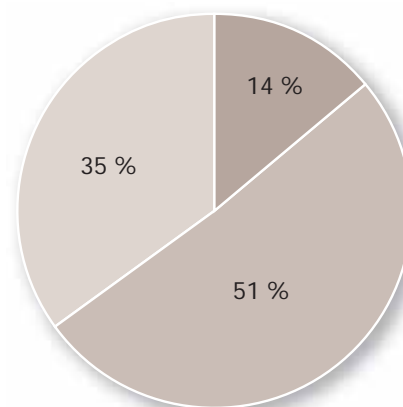
Knap to tredjedele kan svare bekræftende på, at ordningen har levet op til de to førstnævnte målsætninger, mens der er flere negative svar omkring den sidste målsætning vedrørende effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Især de muskuloskeletale specialister er skeptiske.

Heller ikke målsætningen om at bidrage til "sikring af kontinuitet i indsats og patientforløb" lader til at være opfyldt i tilstrækkelig grad. Her svarer næsten halvdelen benægtende.

En overordnet målsætning med specialistordningen er, at den skal være med til at udvikle professionen, og specialisterne er derfor blevet spurgt, om de mener, de bidrager hertil. Kun et par stykker mener ikke, de

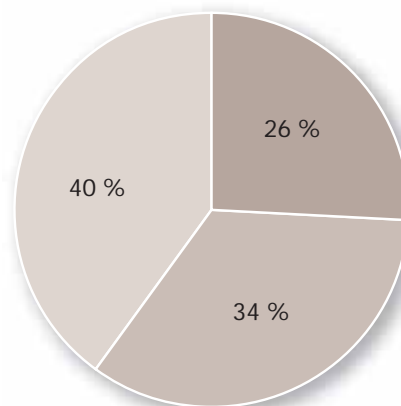
"Har arbejdspladsen/virk-somheden anerkendt og benyttet din specialist-godkendelse?"

- I høj grad 14 %
- I nogen grad 51 %
- Nej 35 %



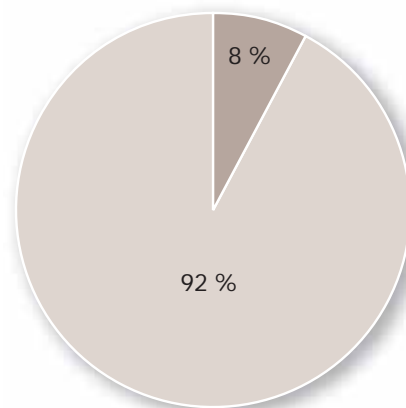
"Har det eventuelt betydet noget for selvopfattelse, at du er blevet specialistgodkendt?"

- I høj grad 26 %
- I nogen grad 34 %
- Nej 40 %



"Har du fået ændret aflønning på baggrund af specialistgodkendelsen?"

- Ja 8 %
- Nej 92 %



- ▶ har bidraget med noget som helst, mens resten mener de har bidraget - for eksempel i form af undervisning, vejledning af studerende, supervision af kolleger, formidling mv. Men nogle vil gerne bruges mere og efterlyser eksempelvis, at Danske Fysioterapeuter gør mere for at eksponere dem internt i fysioterapikredse.

Men specialisternes altovervejende ønske for fremtiden er, fremgår det af kommentarerne, at specialistordningen opnår godkendelse i Sundhedsstyrelsen. ■



Foto: Henrik Frydkjær

JEG ER JO BARE EN ERFAREN FYSIOTERAPEUT

Karen Eriksen er specialist i neurofysioterapi og fysioterapeutfaglig vejleder på Bispebjerg Hospital. Det er en stilling, hun har haft i mange år, og som ikke har ændret sig, fordi hun er blevet godkendt som specialist.

"Jeg søgte om specialistgodkendelse for at se, hvor tæt mine kundskaber var på en godkendelse", siger Karen Eriksen.

Hun synes ikke, hun har fået noget konkret ud af godkendelsen og mener, der er behov for en mere formel godkendelse uden for danske fysioterapeuters regi. Men som hun siger: "Det er jo altid rart at vide, at det, man laver, har værdi i kollegers øjne".

Karen Eriksen bruger ikke sin titel som specialist i patientsammenhænge. "For dem gør det jo hverken fra eller til. Man gør jo sit bedste for patienterne, lige meget hvor på rangstigen man er. For dem er jeg er jo bare en erfaren fysioterapeut".

Karen Eriksen ser gerne, at Danske Fysioterapeuter bliver bedre til at bruge specialisterne – for eksempel som foreningens udsendinge til kongresser, i arbejdsgrupper mm. "Vi kan opfattes som en slags bro til praksis", mener hun.



Foto: Ajs Nielsen/POLFOTO

EN ØKONOMISK GEVINST

Hanne Agerholm er specialist i børnefysioterapi på Ålborg Sygehus. "Jeg ansøgte om en specialistgodkendelse fordi, det var en god anledning til at skaffe mig et overblik over, hvad jeg egentlig havde lavet. Det var spændende at få samlet det hele, og det endte jo med at være en kæmpe mappe".

Hanne Agerholm skulle dog lige overvinde den indre Jante, før hun tog sig sammen til at søge: "Jeg synes jo, det er fascinerende, det jeg laver, men jeg synes jo ikke, jeg er specialist. Jeg er bare en almindelig fysioterapeut".

Det har været en overvindelse at lære at bruge titlen "specialfysioterapeut", fortæller Hanne Agerholm. "Man synes jo, det lyder lidt højrovet. Men i dag bruger jeg den, når jeg holder foredrag og for eksempel underviser medicinstuderende og kommende børnelæger.

Og så har godkendelsen vist sig også at være en økonomisk gevinst. Hanne Agerholm er godkendt som specialist på overgangsordningen, hvilket vil sige, at Specialistrådet har vurderet, at hendes teoretiske uddannelsesforløb svarer til en master. Da hun i forbindelse med en strukturændring på sygehuset skiftede fra afdelingsfysioterapeut til specialeansvarlig fysioterapeut blev specialistgodkendelsen også, hvad lønindplacering angår sidestillet med en master, så Hanne Agerholm fik den samme løn, som de masteruddannede, specialeansvarlige fysioterapeuter.

DET STÅR DER I AVISEN

Om fysioterapi og fysioterapeuter

(INSPIRATION) Ældrecenter Lindevænget i Randers er så gode til at genoptræne svage ældre, at andre kommuner kan lære meget og spare penge ved at kigge medarbejderne der efter i kortene. Helt konkret har Lindevængets ældre trænet sig i så god form, at de har sparet kommunen for mindst tre plejehjemspladser. En plejehjemsplads koster cirka 300.000 kroner om året, så jo flere ældre, der kan klare sig uden, jo bedre er det for kommunens økonomi. Omlægningen, som andre kom-



muner kan lære af, har ikke kostet Lindevænget ekstra kroner. Historien om Lindevænget kan man læse i *Randers Amtsavis*, der på forsiden fortæller om det inspirationskatalog, som Danske Fysioterapeuter har udsendt til samtlige kommunalbestyrelsesmedlemmer i Danmark. "Vi ved, at det er sparetider i kommunerne, og at de er ved at se på næste års budgetter nu. Derfor slår vi på, at de penge, kommunen bruger på forebyggelse og genoptræning, faktisk tjener sig selv ind igen", siger formand for fysioterapeuterne i Region Midtjylland, Tina Frank Johnsen til avisen.

(MERE INSPIRATION) *Ringkjøbing Amts Dagblad* har også læst Danske Fysioterapeuters inspirationskatalog og her fundet historien om ansættelsen af fysioterapeut Lisbeth Saugmann i Egvad Kommune. Egvad skulle spare på ældreområdet, men i stedet for at skære ned valgte politikerne at investere i det forebyggende arbejde. Investeringen gik til ansættelsen af Lisbeth Saugmann, der har stået i

spidsen for at nedsætte antallet af hjemmehjælpstimer og halveret sygefraværet hos personalet. Den lokale tillidsmand sygehjælper Grethe Madsen håber, at det gode arbejde fortsætter i den nye storkommune. Hun siger meget enkelt om det forebyggende arbejde: "Det er vigtigt for personalet, det er vigtigt for de ældre, og det er vigtigt for den nye kommunekasse".

(STATS-KASSETÆNKNING) I Statens Institut for Folkesundhed har man ikke bare tanke på kommunekassen men også statskassen. Instituttets forskere har regnet lidt på de nationaløkonomiske effekter af overvægt og fysisk inaktivitet. *Børsen* skriver, at overvægtige ansattes sygedage hvert år koster virksomhederne et produktionstab på 6,2 milliarder kroner og næsten 1,9 millioner ekstra sygedage. Det får arbejdsgiverorganisationen HTS-I til at foreslå skattefrihed for virksomhedernes sundhedsordninger herunder også motionstilbud til de ansatte. Chefkonsulent i HTS-I Christian Sestoft siger: "Fedme-problemet vokser sig hele tiden større. De samfundsøkonomiske omkostninger er så mange gange højere end det lille provenutab, man teoretisk kunne regne ud, at virksomhedernes overskud blev mindsket med, fordi nogle medarbejdere har været på fedmekursus".

(NATIONAL HANDLEPLAN) Johnny Kuhr, formand for Danske Fysioterapeuter, er enig i behovet for at se på skattereglerne. Han efterlyser en national handleplan for fysisk aktivitet. "Når man har kunnet nedbringe antallet af trafikulykker og ændre rygepolitikken, kan vi selvfølgelig også løse fedme-problemet", siger han og fortsætter til *Børsen*: "Med kommunalreformen har kommunerne fået overdraget

ansvaret for borgernær sundhedsfremme og forebyggelse. Der er bevilget 200 millioner kroner til 99 kommuner, altså 2 millioner kroner i snit til hver kommune, og det skal dække alt fra rygeafvæning til svangerskabsforebyggelse og motion. De penge kommer man ikke langt for, hvis man vil bekæmpe danskernes fedme-problem". *Kristeligt Dagblad* skriver, at der hvert år dør 4.500 mennesker på grund af mangel på bevægelse. Undersøgelsen konkluderer, at folk, der ikke er fysisk aktive, i snit dør fem-seks år tidligere end andre mennesker. Human fysiolog i Sundhedsstyrelsen, Sune Krarup-Pedersen, betegner det store antal fysisk inaktive danskere som et voksende problem. "Det er et gigantisk problem både globalt og nationalt - og det er helt klart stigende. Man bør sætte alle sejl til, hvis man vil det til livs", siger han.

(GENOPTRÆNINGSPLANER) Fra 1. januar 2007 er der grund til at sætte alle sejl til på landets skadestuer. Med kommunalreformen får også skadestuepatienter ret til genoptræningsplaner. 600.000 danskere kommer hvert år på skadestuen, og det vil fremover være nok til at kunne udløse en genoptræningsplan, skriver *Ritzau*. Formanden for Danske Fysioterapeuter Johnny Kuhr er meget tilfreds med ændringen, men han forudser behov for flere ressourcer. Johnny Kuhr siger: "Det betyder, at flere borgere får ret til genoptræning, og at patienter og personaler på skadestuerne bliver opmærksom på, hvor vigtig genoptræning er. Problemet er imidlertid, at der ikke er afsat ekstra penge til at udarbejde disse planer. Når man i forvejen ved, hvor travlt personalet har det på skadestuerne, kan jeg frygte, at opgaven med at lave genoptræningsplaner ikke vil blive prioriteret højt."

Ipsilateralt shift betyder ofte en dårlig prognose

Denne case beskriver en patient med et ipsilateralt shift, som tidligere er søgt behandlet. Formålet med denne case er at belyse sammenhængen mellem de subjektive og objektive fund

AF FYSIOTERAPEUT DIP MDT OG SPECIALIST I MUSKULO-SKELETAL FYSIOTERAPI. CHARLOTTE KROG, VESTERBRO FYSIOTERAPI, KBH.

FOTO JENS DIGE, POLFOTO

En 48-årig kvinde henvises på grund af uspecifik Low Back Pain (LBP), som var kommet snigende for godt 1½ år siden og progressivt forværret. Smerterne startede tværs over lænden, og patienten mistede gradvist evnen til at bøje sig forover. Aktuelt er smerten lokaliseret til venstre side af lænden med udstråling til venstre lyske og forside af venstre lår til knæniveau. Alle symptomer er intermitterende, men de venstresidige lændesmerter, oplyser hun, er der ca. 80 procent af døgnet. Patienten havde først forsøgt sig med kiropraktisk behandling i form af manipulation og fleksionsøvelser, hvilket fjernede den tværgående LBP og en del af stivheden i ryggen, men efterlod hende med venstresidig LBP samt udstråling til lyske og lår; de nuværende klager. Herefter henvendte hun sig til fysioterapi og blev behandlet med ekstensionsøvelser og ledmobilisering, hvilket umiddelbart følte "rart", men det ændrede ikke på hendes smerter eller funktionsbesvær.

HISTORIEN

Patienten erindrer ikke nogen udløsende årsag til sine symptomer, men har gennem det sidste år oplevet progressiv forværring såvel symptomatisk som mekanisk. Hun har det generelt værst om morgenen eller sidst på natten, hvor hun er begyndt at vågne på grund af smerter. Hun har besvær med at vende sig i sengen og komme op og i gang, da ryggen føles udtalt stiv, sårbar og smertende. Desuden har hun svært ved at rejse sig, hvis hun har siddet mere end ca. 30 minutter. Hun oplever enkelte dage, hvor hun nærmest ikke er besværet, hverken symptomatisk eller mekanisk. Ellers får hun det som regel bedre ved at være i bevægelse.

Hun afholder sig således ikke fra job, gå- eller cykelture, og har ikke på noget tidspunkt været sygemeldt. Hun laver daglige øvelser, en blanding af de øvelser, som hun er blevet anvist hos kiropraktor og fysiotera-

■ 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.



peut, da hun føler, at hun må gøre noget for at holde ryggen nogenlunde mobil.

Ud fra patientens informationer vil jeg umiddelbart have et diskogent problem i tankerne. Følgende faktorer får mig til at overveje dette:

- Hun har svært ved at rejse sig (bevæge sig fra en statisk flekteret stilling til en ekstenderet stilling).
- Symptomer og mekanik svinger med gode og dårlige dage.
- Øget besvær om morgenen efter at have ligget i ca. 6 timer (højt intradiskalt tryk).
- Har det bedst med dynamisk aktivitet med ryggen i midt-range.

Kontraindikationer/red flags

Patienten har ingen tidligere diagnosticerede sygdomme. Tager ingen medicin og føler sig ellers sund og rask. Røntgenfotoграфи hos kiropraktor viser angiveligt diskusdegeneration L4 ellers er der ikke foretaget yderligere billeddiagnostik. Har forsøgt sig med NSAID uden effekt og med et let analgeticum med sparsom effekt.

Objektiv undersøgelse

Holdningsanalysen viser, at patienten står ipsilateral shiftet dvs. hun står med hoften forskudt mod højre side og skuldrene mod venstre, og at hun har primær vægt på højre UE. På min forespørgsel om, hvorvidt hun altid har været stået skævt, siger hun, at hun da godt nok havde undret sig over, at buksebenene eller længden på en nederdel ikke altid føles lige lange i begge sider.

På denne måde fortæller hun, at dette shift tilsyneladende ikke altid er lige udtalt.

Objektiv testning

Ved test af columnas mobilitet i stående fleksion devierer patienten tydeligt mod venstre og har et punkt,

fakta om...

Centralisering

Er det fænomen, hvorved distale smerter i ekstremiteterne, der oprindeligt stammer coloumna men ikke nødvendigvis føles her, gradvist forsvinder som resultat af den korrekte belastningsstrategi.

Periferalisering

Er det modsatte af centralisering. Det vil sige den vedvarende fremkaldelse og/eller forværring af distale symptomer, der er opstået som et resultat af anvendte belastningsstrategier såsom gentagne bevægelser, stationære stillinger eller terapeutteknikker.

hun skal igennem i bevægebanen både på vej ned og tilbage igen. Dette betegnes blot som en slags positiv smertebue. På returvejen devierer patienten til højre. Ekstensionen er moderat nedsat, og det strammer hen over lænden. Ved test af side-gliding til højre (hoften skubbes mod venstre, mens skuldrebæltet holdes parallelt) reproduceres hendes kendte venstresidige lyske- og lårsmerter, og der er moderat tab af bevægelsen. Test af side-gliding til venstre i.a.

Observation af shift

Der kan tydeligt observeres et shift. "Shiftet er kommet i forbindelse med denne episode af smerter og funktionstab. Forsøg på at korrigere det laterale shift påvirker patientens symptomer i positiv eller negativ retning (centraliserer eller periferaliserer symptomer).

Deformitet

Patienten er fastlåst i sit shift uden mulighed for korrektion ved egen hjælp, og såfremt det skulle være muligt, så er patienten ikke i stand til at bevare reduktionen". ▶

blå bog

Charlotte Krog er 38 år er uddannet på Fysioterapeutskolen i Aalborg i 1994. Charlotte Krog færdiggjorde sin diplomeksamen inden for Mekanisk Diagnostik og Terapi i USA i 1997, og blev i 2005 godkendt som specialist inden for det muskuloskeletale område. Hun har siden 1995 arbejdet i praksis, de seneste fire år på Vesterbro i København. Sideløbende dermed er hun censor på credentialling eksamen i MDT, aktiv

som underviser og inden for forskning, hvor hun for nuværende deltager i projektet "Effekt af Mekanisk Diagnostik og Terapi, information og rådgivning i sammenligning med manipulation, information og rådgivning til diskus-relaterede lænderygsmerter af mere end 6 ugers varighed. En klinisk randomiseret prospektiv undersøgelse", som finder sted på Sundhedscentret i Københavns Kommune.

- ▶ Dette er en tydelig information til patienten om, at det er nødvendigt at "arbejde" med patientens problem i det frontale plan.

Ipsilateralt shift

Forekommer, når patientens symptomer er i det ene ben og shiftet er til samme side. For eksempel smerte i venstre ben og thorax og skuldre forskudt til venstre.

Prævalensen af laterale shift inden for ryglidelser er meget uklar, og der findes en stor variation i den måde, de bliver rapporteret på. Der findes ingen "clear-cut" definitioner, men når der forekommer et lateralt shift, tilskrives det som regel tilstedeværelsen af et diskogent problem. Ofte er disse shift midlertidige og forsvinder igen, når episoden med smerte og fuktionstab er normaliseret. Der kan derfor være store variationer fra dag til dag, da et shift anses som et symptom på en dynamisk læsion. Dette betyder ofte en variabel symptomudbredning og mekanisk præsentation, idet shiftet sågar kan skifte side (alternating shifts), hvilket kan vanskeliggøre strategien for en given behandling.

HVAD GØR VI?

Forskerne har haft mange forslag til, hvad der ligger bag fænomenet ipsilateral shift. En forklaring kunne være en protrusion i modsat side (helt lateralt), så smerten formodes at opstå på grund af et kollaps af discus ipsilateralt. Denne teori har ikke kunne verificeres billeddiagnostisk. Andre teorier er gået på, at det skyldes en protrusion, som ligger enten foran eller bagved nerven på det afficerede niveau, til den shiftede side og dermed skaber et "kollaps". Dette har heller ikke kunne verificeres, så sandheden er, at ingen rigtig ved, hvad der ligger bag.

De ipsilaterale shift synes at tegne sig for ca. 10 procent af alle opståede shift i forbindelse med LBP (3), og det tyder på, at denne patientgruppe som regel har en dårligere prognose. Ifølge Robin McKenzie tager det cirka tre gange så lang tid at rette dette shift op som de kontralaterale shift.

Vores bedste redskab er derfor patientens beskrivelse af symptomerne sammenholdt med symptomatisk og mekanisk respons på gentagne dynamiske bevægelser og statiske stillinger.

Ved en gennemgang af patientens forværende faktorer og bedrende faktorer ser det umiddelbart ud som om, at dynamisk midt-range ekstension er godt for hende. Det kan man udlede af, at det at gå mindsker hendes symptomer. Dette sammenholdt med at hun har moderat tab af ekstension, og hendes shift tilsyneladende ikke er lige markant hele tiden, får mig til at teste ryggen i ekstensionsretningen som første forsøg.

Patienten har tidligere afprøvet effekten af ekstension, derfor spørges indledningsvis til omfanget af dette regime (hvor mange gentagelser, hvor hyppigt i løbet af dagen, over hvor lang en tidsramme samt umiddelbar effekt af øvelsen), og teknikken tjekkes sammen med hende. Det viser sig, at hun har arbejdet med ekstension i liggende med hænderne placeret et stykke foran skuldrene. Det vil sige, at hun primært har udført thorakal ekstension ca. 10 repetitioner morgen og aften.

Teknikken korrigeres, således at patienten nu udfører lumbal ekstension. Mobiliteten øges gradvist, og patienten føler, det er rart for ryggen. Men ved test af baseline i stående stilling bagefter er hun imidlertid endnu mere shiftet og har tydelig større deviation i fleksion og mere besvær ved at komme igennem fleksionen, mens ekstension er bedret. Der er derfor tale om en *mekanisk forværring*, der indikerer, at yderligere testning i denne retning ikke er ønskværdig, og at end-range ekstension ikke er gavnligt for hende.

Fleksion i form af rygliggende knæ-til-brystøvelse havde patienten allerede udført på tidligere anvisning af anden behandler. Dette bevirkede uheldigvis, at den oprindelige smerte flyttede sig fra ryggen til venstre side af ryggen og derefter strålede ud i venstre lyske og lår, hvilket betegnes som en periferisering – altså en forværring. Dette bekræfter endnu engang, at retningspræferencen ikke er at finde i det sagittale plan.

Dette bekræftes yderligere af holdningsanalysen (synlig tilstedeværelse af et ipsilateralt shift) og den objektive undersøgelse, hvor den laterale bevægelse i form af side-gliding påvirkede hendes kendte symptomer.

Mine overvejelser er herefter at teste i det frontale plan, men hvor skal jeg starte? Og til hvilken side?

AT FIKSE MEKANIKKEN

En tommelfingerregel, som jeg altid har i baghovedet, er at "fikse mekanikken" og lade mig guide af symptomerne. Så jeg vælger den retning, hvor hun arbejder imod sit opståede shift med henblik på at få hende til at stå "lige" igen. Her kunne jeg vælge en frontal retning i såvel ekstension som fleksion. Da patienten tilsyneladende har det godt i stående og gående stilling, hvor ryggen er i midt-range-ekstension, er det nærliggende at forsøge med at behandle i frontal retning i ekstensionen, så jeg vælger at teste side-gliding til højre med henblik på at korrigere patientens shift.

Ved gentagne sideglidinger sker det samme som tidligere, at hendes mobilitet øges, hvilket er godt, men smerten periferiseres til lyske og lår, så der igen opstår en symptomforværring. Ved test af baseline i stående er der ingen forskel fra tidligere effektmål. Hvis

jeg sammenholder patientens oplevelse af, at fleksion i liggende øger mobiliteten i ryggen og fjerner hendes rygsmerter - med den tydelige øgede deformitet og obstruktion patienten udvikler efter gentagne rygekstensioner, guider det mig imod at vælge en frontal retning i fleksion.

Da patienten ligeledes er aktiv i sin hverdag med kun få begrænsninger, og hun har det godt i vægtbærende stilling, vælger jeg at teste hende i fleksionsretning i trappestående (hun står med højre fod på et trin og flekterer hen over det bøjede ben). Dette provokerer hendes venstresidige lyskesmerte markant, men ikke symptomerne i låret. Ved test af baseline i stående har hun nu betydelig mere fri mobilitet i alle retninger. Altså godt nok en symptomatisk forværring igen i form af periferisering, *men* nu en betydelig mekanisk forbedring.

Derfor vælger jeg at fortsætte samme strategi men i stedet i en ikke-vægtbærende stilling, hvor patienten ligger og laver rotations-mobilisering i fleksion. Dette provokerer nærmest omgående de tværgående lændesmerter, som patienten pludselig erindrer hele miseren startede med i sin tid, og samtidig forsvinder den før opståede, udstrålende smerte til lyske og lår (centralisering). Ved test af baseline herefter står patienten ikke længere shiftet og har på det nærmeste nu fuld og fri mobilitet i alle retninger og er komplet symptomfri.

Som behandlingsplan bliver patienten instrueret i at udføre denne selvmobiliseringsøvelse så ofte som muligt og advares mod periferisering. Derudover instrueres hun i holdningskorrektur i siddende med henblik på at begrænse alle de før nævnte forværende faktorer og samtidig stoppe med at udføre sit tidligere øvelsesprogram.

FÆRRE SMERTER OG ØGET MOBILITET

Ved test af patienten en uge efter havde hun ikke længere besvær med at rejse sig fra siddende, og hendes mobilitet var markant mere fri. Mekanisk set var hun fortsat en anelse shiftet og havde let nedsat sideglidning til højre med provokation af venstresidig LBP, det vil sige, at hendes evne til at skubbe hoften mod venstre stadig var let nedsat.

Hendes primære problem var nu, at hun fortsat havde smerter i venstre side i lænden tidligt om morgenen. Hun blev derfor instrueret i at ligge med et sammenrullet tæppe under lænden om natten med henblik på at "stabilisere" ryggen, hvilket også skulle forbedre hendes søvn. Hun skulle endvidere sørge for at lave sin hjemmeøvelse i form af rotation i fleksion: det vil sige ligge på højre side med begge ben bøjet mindst 90 grader og presse venstre skulder i underlaget bag

sig, om aftenen lige inden hun lagde sig til at sove. Hun skulle forsøge at indtage denne stilling statisk, når hun fik smerter i lænden.

I forbindelse med næste konsultation er planen igen at følge op på hendes mekaniske og symptomatiske præsentation og lade den bestemme det videre forløb.

Dette patientforløb viser, at selvom prognosen hos en patient teoretisk set skulle være dårlig, skal man aldrig opgive førend alle tiltag er afprøvet. Med en patient med så stor compliance, som kvinden i denne case, er det ingen sag.

Efterskrift: Behandlingsstrategien var en succes. Patienten har genvundet fuld og fri mobilitet og er igen komplet symptomfri. Samtidig har hun lært en del om ryggens signaler og ved nu præcist, hvordan hun skal reagere på en evt. smerte eller hvis hun føler, at ryggen begynder at stivne, eller hun føler sig lidt rigid i nogle bevægelser igen.

ANBEFALET LÆSNING

- 1) Donelson R et al. Centralisation Phenomenon- Its Usefulness in Evaluating & Treating Referred pain. Spine 1990, Vol 15, No 3.
- 2) Long A & Donelson R. Does it Matter Which Exercise? A Randomized Control Trial of Exercise for Low Back Pain. Spine Vol 29, No 23, pp 2593-2602, 2004.
- 3) McKenzie R, May S. The Lumbar Spine Mechanical Diagnosis and Therapy Vol. 1 og 2. Spinal Publications 2003.
- 4) MGC Gillan, Ross JC, McLean IP & Porter RW. The Natural history of trunk list, its associated disability and the influence of McKenzie Management. Eur Spine J (1998) 7:480-483.
- 5) McKenzie RA. Manual Correction of Sciatic Scoliosis. The New Zealand Medical Journal, No 484, September 1972. Vol 76; pp 194-9.
- 6) Mulvein K & Jull G. Kinematic Analysis of the Lumbar Lateral Flexion and Lumbar Lateral Shift Movement Techniques. The Journal of Manual & Manipulative Therapy, Vol 3 No 3 (1995), pp 104-109.
- 7) Slipman CW et al. Side of Symptomatic Annular Tear and Site of Low Back Pain. Is there a Correlation? Spine, Vol 26, No 8, pp E165-E169.
- 8) Tenhula, Rose SJ & Delitto A. Association Between Direction of Lateral Lumbar Shift, Movement Test, and Side of Symptoms in Patients with Low Back Pain Syndrome. Physical Therapy, Vol 70, No 8 August 1990, pp 480-486.

Yderligere litteraturhenvisning kan findes på www.mckenzie.dk ■

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

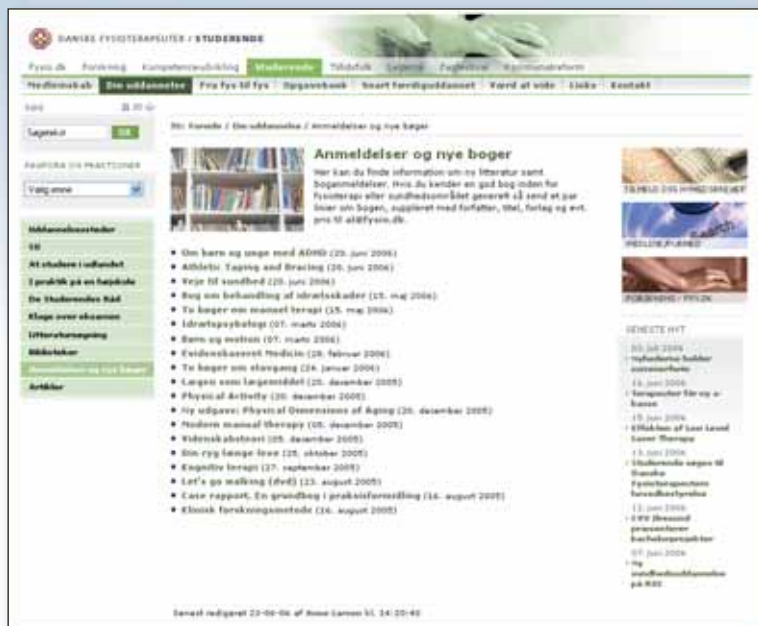
SERVICELINIEN - FOR OFFENTLIGT ANSATTE

Danske Fysioterapeuter har oprettet en Servicelinie for offentligt ansatte, hvor du hurtigt kan få svar på dine spørgsmål vedrørende løn- og arbejdsforhold. Er du ansat indenfor det offentlige område, og har du brug for råd og vejledning, så er Servicelinien et tilbud til dig. Du kan ringe til Servicelinien på telefon 33 41 47 90 eller sende en e-mail til servicelinien@fysio.dk. Alle henvendelser vil blive besvaret inden for 24 timer

Servicelinien for offentligt ansatte kan f.eks. hjælpe med:

- Hvad skal jeg have i løn?
- Hvor lang er min barselsorlov?
- Hvor mange ugers ferie har jeg ret til?

Du kan læse mere om Servicelinien på <http://www.fysio.dk/sw57694.asp>



BOGANMELDELSER

På de studerendes hjemmeside, fysiostud.dk, kan du finde information om den nyeste litteratur indenfor fysioterapien samt læse en række af de boganmeldelser, der har været bragt i Fysioterapeuten. Klik ind på <http://www.fysiostud.dk/sw4335.asp> og find en oversigt over anmeldte bøger.

På ffyd.dk kan du derudover finde anmeldelser af bøger, der har særlig relevans for fysioterapeuter, der forsker eller interesserer sig for forskning.

Se boganmeldelser på ffyd.dk på <http://www.ffyd.dk/sw197.asp>

Nedsat proprioception årsag til ACL-skade

Træthedsstudie ■ Har træthed indflydelse på forekomsten af ACL-skader? Det spørgsmål har en gruppe forskere fra institut for Idræt, Syddansk Universitet stillet sig. I et interventionsstudie med otte raske kvindelige håndboldspillere har de fundet, at træthed ændrer musklernes styrkeprofil. For at undgå koordinationsproblemer og evt. deraf følgende risiko for ACL-skader anbefaler forskerne, at der i den profylaktiske træning skal være særlig fokus på at udvikle idrætsudøvernes evne til at justere de motoriske programmer i forhold til de ændringer, der opstår i muskulaturen som følge af træthed. Den neuromuskulære træning skal ligge



Peter Hove Olesen/POLFOTO

både før og i særdeleshed efter udtræningssituationer, og man skal inddrage balancetræning, dynamisk ledstabiliserende træning og perturbations- og springtræning som forebyggelse. *Peter Mortensen, Kristian Birk, Mette Zebis: "Har udtræning indflydelse på forekomsten af ACL-skader?". Dansk Sportsmedicin nr. 2, 2006.*

fysnyt

Variation og biofeedback forbedrer muskelfunktion

AMI ■ Ensidigt gentaget arbejde, der indebærer statisk muskelarbejde over længere tid, disponerer til muskel- og skeletbesvær. Forskere på Arbejdsmiljøinstituttet (AMI) har i flere år gennemført forskellige undersøgelser med det mål at finde ud af, hvordan man kan forebygge skader som følge af ensidigt gentaget arbejde. I foråret publicerede cand. scient. Pernille Vedsted sit ph.d.-projekt, hvor hun har undersøgt, om man med biofeedback kan undgå unødvendig muskelspænding. Hun ville finde ud af, om signaler fra biofeedback-apparatet kunne nedbringe den tid, en gruppe raske forsøgspersoner spændte i deres muskulatur i forbindelse med computerarbejde. Der blev registreret på m. trapezius og m. ekstensor digitorum communis. Der blev sendt signaler fra biofeedbacken, når musklerne ikke havde været afslappede i tre sekunder. Signalet til forsøgspersonerne blev givet enten visuelt eller audielt på computerskærmen. Med biofeedbacken kunne de inkluderede nedbringe muskelspændingen med 30-50 procent i nakken og cirka 10 procent i underarmen. Pernille Vedsted ønskede endvidere at undersøge, hvilken betydning pauser og variation mellem statisk og dynamisk arbejde havde på muskulaturen. Studiet viste, at statisk arbejde øger vævstrykket og nedsætter blodgennemstrømningen, hvilket er med til at hæmme iltningen af musklerne. Dynamisk muskelarbejde havde derimod den modsatte effekt. Det kan derfor ifølge Pernille Vedsteds resultater være en god ide at veksle mellem statisk og dynamisk muskelarbejde, variere spændingsniveauet i musklerne og indlægge pauser i bestræbelserne på at nedbringe belastningen på musklerne i forbindelse med ensidigt gentaget arbejde. Nu mangler forskerne at finde ud af, om variation og nedsat spænding i musklerne også har positiv effekt på forekomsten af muskelbesvær. *Cand. scient. Pernille Vedsteds afhandling "Biofeedback and optimization of muscle contraction mode as intervention strategy in the prevention of work-related musculoskeletal disorders" kan downloades som pdf-fil fra Arbejdsmiljøinstituttets hjemmeside www.ami.dk*

Når børn er pårørende

Hæfte ■ Socialt Udviklingscenter har udgivet publikationen "Når børn er pårørende", der beskriver, hvordan man kan hjælpe børn i den svære proces, når far eller mor er blevet alvorligt syge. I hæftet understreges betydningen af at tale med børnene, og hvordan man som pårørende eller fagperson kan tage fat om de svære problemstillinger med børnene. Artiklerne kommer ind på,

hvilke udfordringer børn står overfor i familier, der er præget af: kræft, sclerose, alkohol- og stofmisbrug, døve, psykisk sygdom, hjerneskade, fængselsdom, vold og dødsfald blandt søskende. *"Når børn er pårørende" er gratis og kan downloades som pdf-fil fra www.barn-i-fokus.dk, eller rekvireres på telefon 3393 4450. Forsendelse koster 40 kr.*

Rabat på tidlig tilmelding

Verdenskongres ■ Skal du til verdenskongres for fysioterapeuter i Vancouver i Canada 2.-6. juli 2007, er der penge at hente ved at tilmelde sig inden 15. september. Kongresprisen er CA\$ 695 ved

tidlig tilmelding og CA\$ 850 ved tilmelding senere. Danske Fysioterapeuters medlemmer kan søge om støtte til kongresdeltagelsen i Studielegatet, der har afsat et ekstra beløb til støtte til næste års verdenskongres. Læs mere om Studielegatet på fysio.dk og tilmeld dig verdenskongressen ved at klikke dig ind på www.wcpt.org/congress



Vi skal gøre en synlig forskel

Kliniske retningslinjer er et nyttigt værktøj til monofaglig dokumentation. Fysioterapeut Annette Winkel, der koordinerer arbejdet med udviklingen af kliniske retningslinjer for fysioterapi, giver her en indføring i, hvad kliniske retningslinjer egentlig er

AF FYSIOTERAPUT, MSC., ANNETTE WINKEL

Arbejdet med at udvikle monofaglige retningslinjer blev besluttet på repræsentantskabsmødet i 2004 som en del af målsætningen om at give fysioterapeuter adgang til evidensbaseret viden.

I samarbejde med Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi vedtog Danske Fysioterapeuter i 2005 at oprette en enhed for kliniske retningslinjer i Danske Fysioterapeuters regi, og undertegnede blev i foråret ansat i stillingen som koordinator for arbejdet med at samle bestående og initiere udvikling af nye kliniske retningslinjer for fysioterapeuter.

Der er med dette initiativ lagt grunden til en større udbredelse af kliniske retningslinjer i den fysioterapeutiske praksis og forhåbentlig hermed også givet fysiotera-

peuter i Danmark et brugbart redskab til implementering af evidensbaseret praksis i det daglige arbejde.

Men hvad forstås der egentlig ved kliniske retningslinjer?

BRUGES AF KLINIKERE OG PATIENTER

En klinisk retningslinje (på engelsk clinical guideline eller clinical practice guideline) defineres som en systematisk udarbejdet retningslinje, som kan bruges af klinikere og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i en specifik situation (1).

Clinical guidelines oversættes på dansk også til kliniske vejledninger, faglige vejledninger og referenceprogrammer. Kliniske vejledninger og faglige vejledninger er redskaber, der bruges i kvalitetssikringens tjeneste, og som indeholder oplysninger, der kan bruges af praktiserende, men de er ofte ikke så systematisk udarbejdede og har heller ikke samme krav om evidens, som stilles til en klinisk retningslinje.

Referenceprogrammet er lige så systematisk opbygget som den kliniske retningslinje med samme krav om bagvedliggende evidens for anbefalingerne. Det indeholder samtlige dele af patientforløbet både den



Fysioterapeut Annette Winkel er ansat 18 timer pr. uge som koordinator for arbejdet med kliniske retningslinjer. Annette Winkel har en master of Science fra universitetet i Lund og er ph.d.-studerende

tværfaglige og tværsektorielle behandling og er ofte et meget omfangsrigt dokument (1). Den kliniske retningslinje er mindre omfangsrig og beskriver en monofaglig problemstilling og typisk kun på en mindre del af det samlede patientforløb.

VI SKAL GØRE EN SYNLIG FORSKEL

Det er værdifuldt at arbejde både med referenceprogrammer og kliniske retningslinjer inden for det samme område, idet begge beskriver et patientforløb, men ud fra forskellige udgangspunkter.

fakta om...

Denne artikel er en redigeret version af Annette Winkels artikel på ffy.dk: "Kliniske Retningslinjer". Den originale artikel gennemgår blandt andet de fem evidensniveauer og indeholder en referenceliste.

Der er i dag et krav om dokumentation af samtlige sundhedsydelse. Her dokumenterer referenceprogrammet samtlige tværfaglige ydelser, hvor den kliniske retningslinje ofte kun dokumenterer monofagligt men til gengæld med en meget større detaljeringsgrad.

Vi bør som fysioterapeuter gøre en forskel og en klinisk retningslinje for fysioterapi til en bestemt gruppe patienter kan hjælpe os med at synliggøre denne forskel.

Kliniske retningslinjer bygger bro mellem videnskab og praksis. Den videnskabelige del er en gennemgang af den foreliggende videnskabelige litteratur på området med en samtidig vurdering af kvalitet og evidensniveau.

Praksis afspejles ved beskrivelser af alle dele af den fysioterapeutiske proces. Det vil sige fysioterapeutisk undersøgelse, arbejdsdiagnose, overvejelser om prognose for behandlingen, selve behandlingen, samt evaluering af behandlingsforløb og effekt. Herudover medtages erfaringer fra behandlere, ledere og patienter og evt. udtalelser fra særlige ekspertpaneler.

Broen mellem videnskab og praksis bygges ved de anbefalinger, som er resultatet af ovenstående. Disse kan gives på procedurer og fagligt indhold ved henvisning, undersøgelse, diagnosticering, behandling samt valg af redskaber til vurdering af effekt. Det bør klart fremgå, på hvilket grundlag anbefalingerne er fremsat. Dette betyder, at læseren skal kunne se, om der er stærk videnskabelig evidens for anbefalingen, eller om f. eks. anbefalingen er fremsat uden bagvedliggende videnskabelig evidens, men udelukkende på baggrund af klinikerens specielle erfaring på området

RETNINGSLINJER ER IKKE EN KOGEBOG

Kliniske retningslinjer kan forbedre kvaliteten af sundhedsydelsen. De kan give anbefalinger til fysioterapeuter om den bedste behandling af en specifik sygdom eller specifik klinisk situation, bruges til at udvikle standarder mhp. at vurdere den kliniske praksis, kan anvendes til uddannelse af nye fysioterapeuter og kan hjælpe patienter med at tage beslutning om behandling. De kan forandre processer og dermed forbedre patienternes chance for at blive så raske som muligt.

Da kliniske retningslinjer består af præcise instruktioner på klinisk praksis, er der en teoretisk risiko for, at de fejlagtigt bliver opfattet og anvendt som en "køgebog", som man altid skal følge. Kliniske retningslinjer hjælper fagprofessionelle i deres arbejde, men kan aldrig erstatte den viden og kunnen, som hver enkelt fysioterapeut besidder. Det er vigtigt, at undervisere, ledere og praktikere forholder sig til eksisterende kliniske retningslinjer med henblik på at implementere den til enhver tid bedste evidens og hermed udvikle praksis. ■

Evidens for smertebehandling

Ugeskrift ■ I maj måned havde Ugeskrift for Læger et temaanummer om smerter og smertebehandling. I en af artiklerne har overlægerne Palle Rosted og Claus Andersen gennemgået videnskabelige publikationer i Cochrane-biblioteket og på MEDLINE i perioden 2000-2005. Formålet var at belyse evidensen af stimulationsbehandling på kroniske smerter. I en oversigtsartikel i Ugeskrift for Læger fra maj måned, gennemgår de resultaterne af deres undersøgelse. Med stimulationsbehandling menes manipulation, akupunktur, akupressur, fysioterapi, transkutan elektrisk nervestimulation, zoneterapi, laserbehandling og epidural stimulationsbehandling. Området er ifølge lægerne præget af få studier. Der blev i alt gennemgået 587 arbejder inden for hovedpine, migræne, nakkesmerter, skuldersmerter, albuesmerter, lændesmerter og knæsmertter. Desuden blev medtaget 27 arbejder om epidural smertebehandling. Der foreligger en del randomiserede studier med større grupper inkluderende inden for akupunktur, fysioterapi og manipulation, mens det for de øvrige metoder endnu er få studier og med få inkluderende. Effekten af de forskellige behandlingsformer varierer. Akupunktur viser sig at være den mest underbyggede teknik. Således fandt forfatterne 44 studier, hvor effekten af akupunktur

var bedre end kontrolbehandlingen. Det drejer sig primært om behandling af smerter ved hovedpine, skulder-, lænderyg- og albuesmerter. I flere studier viser en kombination af f.eks. fysioterapi og akupunktur at have effekt. Der er få studier, der har fundet effekt af fysioterapi. I artiklen refereres fra undersøgelser af effekten af massage til lændesmerter, massage og akupunktur til lændesmerter, ultralyd til knæ- og hofteartrose, skuldersmerter og ankeldistorsioner og termisk behandling for smerter som følge af reumatoid artrit. 30 studier har fundet positiv effekt af fysioterapi, mens 33 ingen effekt fandt.

Der er heller ikke fundet overbevisende evidens inden for laser, TENS og manipulationsbehandling, men det påpeges, at studierne inden for effekten af laser stadig er små og mangelfulde. Der er fundet 16 studier, der angiver positiv effekt af manipulation, mens man i 11 studier ikke fandt et bedre resultat end kontrolbehandlingen. Forfatterne beklager, at der endnu ikke foreligger tilstrækkeligt gode studier til at belyse effekten af zoneterapi og akupressur til behandling af kroniske smerter. Denne artikel og de øvrige artikler i Ugeskrift for Lægers temanummer om smerter fra maj 2006 kan frit downloades. *Palle Rosted og Claus Andersen. Anvendelse af stimulationsbehandling i smertebehandling. Ugeskr Læger 2006;168(20):1982.*

Fysiologiske studier søger forklaring på effekten af berøring

Den ro og afslapning, en mor oplever, når hun ammer sit barn, opnås også i forbindelse med massage. Dyrestudier tyder på, at både amning og massage øger udskillelsen af oxytocin

AF MARK H. THEILMANN, FYSIOTERAPEUT B.SC
FOTO CAROLINE BACLIG/POLFOTO

I et tætpakket lokale på forårets fagfestival i Odense leverede den svenske professor Kerstin Uvnäs Moberg det fysiologiske argument for massage og forklaringen på, hvorfor massage giver afspænding og ro og konsekvenserne heraf. Disse argumenter er nu udkommet på dansk i bogform fra Akademisk Forlag. Og det er næsten ikke til at få armene ned, når man under læsningen genkender de reaktioner, vi oplever hos patienter og os selv som følge af massage, især når de så prisværdigt letlæseligt og medrivende bliver sat ind i en fysiologisk forklaringsramme.

I fem dele tager Moberg os med gennem sin forsknings forhistorie, den grundlæggende fysiologi, oxytocins virkning, berøringen som væsentligste udløser af oxytocin og til sidst andre stimuli til øget oxytocinudskillelse i organismen. Baggrunden for Mobergs forskning og denne bog ligger mere end 20 år tilbage, hvor hun undrede sig over den ændring, hun kunne observere hos sig selv og hos andre mødre, når de ammede deres børn. Fra at være almindeligt oppe på mærkerne faldt mødrene til ro og gik ind i en tæt kontakt med det diende barn. Hvorfor nu det? spurgte hendes indre forsker. Og det har hun så lige siden arbejdet med at finde et kvalificeret bud på.

Kerstin Uvnäs Moberg er professor i fysiologi ved Statens Landbrugsuniversitet i Uppsala og Karolinska Institutet i Stockholm, og det var ved at studere dyrestudier, hun først kom på sporet af oxytocin som den fysiologiske årsag til ro og afspænding. Studierne viste blandt andet, at oxytocin på forskellig måde indvirkede på moderdyrets interaktion med dets unger. Og det så tilmed ud som om stoffet kunne skabe en binding mellem moderen og ungerne. Herefter startede hendes arbejde med at udforske virkningerne af oxytocin hos mennesker og årsagerne til dets frigivelse. Indtil da havde den humanfysiologiske forskning fokuseret på stress-reaktioner og det såkaldte fight-or-flight system.

Oxytocin viste sig at fungere i dets modpart, et system som Moberg kalder ro-hvile-systemet eller ro-og-relation systemet.

Oxytocin er blevet identificeret som bærer af biokemisk information, der initierer og igangsætter reaktioner i kroppen, så vi slapper af og føler velvære. I modsætning til fight-or-flight systemet, som har til hensigt at mobilisere energi og skabe fokus på at bekæmpe en trussel eller flygte fra den, så er ro-hvile-systemet aktivt, når man er i sikkerhed og føler sig tryk. Her spiller berøring tilsyneladende en afgørende rolle for frigivelsen af oxytocin, berøring der opfattes og fortolkes som behagelig, uskadelig eller non-noxious af modtageren. Men meget tyder på, at også andre stimuli medfører frigivelse af oxytocin, heriblandt positiv social interaktion, sex, mad, beroligende medicin, cigaretter og alkohol.

SAMME EFFEKT SOM VED AMNING

Effekterne af oxytocin har vist sig at være talrige, men de mest veldokumenterede er ifølge Moberg nedsat blodtryk, reduceret mængde af stresshormoner i blodet, forhøjet smertetærskel, bedre tarmfunktion, vækststimulation og øget social interaktion. Beviserne stammer blandt andet fra observationer af ammende kvinder, som beviseligt udskiller oxytocin til blodet under denne tætte fysiske kontakt med barnet. Her registrerede man i kontrollerede forsøg deres psykiske og fysiologiske tilstand under amning, under hvilken man gav enten en oxytocinantagonist (et stof der modvirker oxytocins virkning) eller placebo.

Placebogruppen blev ved med at føle ro og tæt kontakt med barnet samtidig med, at deres blodtryk bibeholdt et fald, mens gruppen, der fik indgivet en oxytocinantagonist, vendte tilbage til udgangspunktet for de psykologiske og fysiologiske parametre inden amningen. Men størstedelen af beviserne stammer fra forskellige typer af dyreforsøg. Så hvor stærke er beviserne for mennesker?

indgang

■ Professor Kerstin Uvnäs Moberg holdt på fagfestivalen i marts måned oplæg om den fysiologiske effekt af massage. Fysioterapeut Mark Theilmann opridsede hovedtrækkene i hendes forskning og giver en anmeldelse af Kerstin Uvnäs Mobergs bog.



Berøring, for eksempel i forbindelse med amning eller massage, er den væsentligste udløser af stoffet oxytocin, der giver ro og afspænding.

FÅ STUDIER MED MENNESKER

Et litteraturstudie om oxytocin foretaget af Poulsen, Sølling og Theilmann (2005) skulle afdække om måling af oxytocin kunne bruges som effektmål af massage på mennesker. Der blev kun identificeret to små studier med mennesker, der målte oxytocinkoncentrationen som følge af massage. I forsøgene målte forskerne oxytocinudskillelse til blodet, men af etiske grunde ikke i hjernen. På dyr anvender man blandt andet mikrodialyse til måling af signalstoffer i hjernen med tydelige resultater, men da det indebærer operation i selve hjernen, er det ikke en etisk forsvarlig metode til måling hos mennesker. Studiets konklusion var, at man endnu ikke har direkte fysiologiske beviser for at massage medfører oxytocinudskillelse hos mennesker. Derfor bygger fortællingen om oxytocin som kilden til ro og afspænding hos mennesker indtil videre udelukkende på indicier. Disse er til gengæld tungtvejende og præsenteres i et klart sprog og yderst inspirerende af Moberg. Fremtiden vil forhåbentligt give mere direkte beviser for sammenhængen mellem massage og oxytocin samt dets virkning hos mennesker.

VIGTIG BOG

Mobergs bog er den første samlede præsentation af oxytocins funktion i mennesket og præsenterer egen

og andres forskning fra 1966 og frem til 2000. Den foreligger som en oversættelse af den svenske udgave fra 2000 og er således ikke blevet opdateret med den seneste forskning, desværre. Men med denne bog åbnes døren på klem ind til den nødvendige og hastigt voksende forskning, der kæder humanistisk psykologisk forskning i følelser og emotioner sammen med biologisk naturvidenskabelig forskning kaldet psyko-neuro-immuno-endocri-nologi (PNEI).

Den er selvskrævet til undervisningen i manuel behandling på fysioterapeutuddannelsen og et must til fysioterapeuten i en evidenshungrende verden præget af patienter med stress og udbrændthed der efterspørger ro og afspænding. Giv dem en gang oxytocin.

ANDRE KILDER

Poulsen, Sølling og Theilmann (2005) (bachelorprojekt) "Oxytocin som effektmål for massage." Tilgængelig på www.ffy.dk.

Man kan læse mere og finde links til centrale og nyere artikler om oxytocin på www.psykfys.dk ■

fakta om...

Kerstin Uvnäs Moberg (2006)
"Afspænding, ro og berøring. Om oxytocins helbredende virkning i kroppen". Akademisk Forlag, København.



Op med humøret, der er også fordele ved decentraliseringsprocessen

Indlægget er ment som et modspil til det fremtidsscenarie som artiklen i Fysioterapeuten nr. 3 2006 "Viden spredes for alle vinde" skitserede

DEBATINDLÆG AF:
FYSIOTERAPEUT TINE BECH HANSEN PÅ VEGNE AF
BØRNETERAPEUTERNE I VESTSJÆLLANDS AMT

Efter at have læst artiklen "Viden spredes for alle vinde" i Fysioterapeuten nr.3 2006, blev vi, børnefysioterapeuter og -ergoterapeuter i Vestsjællands amt, enige om at skrive lidt om fordelene ved som terapeuter at være decentralt ansat på de institutioner, som man er tilknyttet og leverer sin arbejdskraft til.

De største fordele ved at være decentralt ansat ligger nok i graden af medindflydelse på børnenes daglige pædagogiske miljø og på arbejdsmiljøet for os som medarbejdere. Vi er alle decentralt ansat og arbejder som en integreret del af personalet i børnehaven/skolen/boinstitutionen. Vi er en del af børnenes dagligdag og deltager i personalemøder, pædagogiske møder, forældrekonsultationer m.m. Dermed har vi gode muligheder for at præge det pædagogiske miljø på institutionerne.

Samtidig har vi en større grad af medindflydelse på vores eget daglige arbejdsmiljø, end hvis vi var samlet i en central terapienhed. Vi tror, at institutionerne tager større hensyn til vores arbejdsbetingelser som ansatte end som eksterne samarbejdspartnere. Vi vil i hvert fald meget nødigt undvære disse muligheder for at være en del af prioriteringer og holdningsbearbejdningsprocesser

på institutionerne. Alle teorier om arbejdstilfredshed og stressforebyggelse peger jo også på vigtigheden af at have medindflydelse på sit eget arbejdsliv.

Specialbørnehaverne er behandlingsbørnehaver, og den tidlige indsats har høj prioritet. Indsatsen skal være helhedsorienteret, kontinuerlig, målrettet og tværfaglig. Den specielle viden og det tværfaglige samarbejde, der er i børnehaverne, opfatter vi som noget unikt i forhold til tidlig indsats. Den individuelle behandling skal især være målrettet mod en god overførselsværdi til barnets dagligdag og miljø. Da fysioterapeuten er en central person i barnets hverdag, glider vejledningsopgaver nemt over for pædagoger og familie.

Vores primære opgave på skolerne er at yde undervisningsrelateret fysio- og ergoterapi med henblik på at styrke elevens mulighed for indlæring og tilegnelse af nye færdigheder, ud fra det enkeltes barns ressourcer, udviklings- og funktionsniveau. Her vægtes det tværfaglige samarbejde omkring børnene også højt. Samarbejdspartnere er udover talepædagogerne både lærere og pædagogmedhjælpere.

Det er vigtigt, at alle omkring barnet/eleven kender til håndtering, facilitering, hjælpemidler og barnets ressourcer lige nu. En udviklingsproces hos et barn er altid svingende - den er i konstant bevægelse og skal hele tiden følges op med nye tiltag for at fortsætte den positive udviklingsproces. Derfor synes vi, det er en fordel at være decentralt ansat frem for at være en ekstern samarbejdspartner. Som ansat på stedet er der også bedre mulighed for at planlægge og tilrettelægge aftalerne udenom ekskursioner, emneuger, udflugter og lignende, fordi man naturligt deltager i møder, hvor den overordnede planlægning koordineres. I hjælpemiddelsager er det også en fordel at have grundigt kendskab til samt overblik over barnets dagligdag og særlige forhold på institutionen.

Det tætte samarbejde med andre faggrupper giver mulighed for i højere grad at arbejde med fælles hypoteser for børnenes udviklingspotentiale - både i forhold



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. 16/06 udkommer 22. september.
Deadline for debat: 7. september.

til opstilling og afprøvning af hypoteserne. Det er vores erfaring, at det også giver en faglig styrke og robusthed at indgå i det tætte tværfaglige team. Fysio- og ergoterapeuter lærer at tage højde for børnenes specielle vaner samt pædagogiske og kommunikative behov. Øvrigt personale omkring barnet lærer fra fysio- og ergoterapeutens eksempel at tage de fysiske og f.eks. sansemotoriske problematikker med i betragtning i forhold til den pædagogiske praksis. Dermed mener vi at opnå et mere helhedsorienteret syn på barnet. De forskellige fagområder supplerer hinanden, således at vi overlapper hinandens traditionelle arbejdsområder. Herved opnår vi et fagligt kvantespring, idet der mellem vores forskellige fagligheder inden for vores fælles arbejdsfelt opstår en fællesnævner, som er større end summen af faglighederne hver for sig.

Selv om vi er decentralt ansatte, har vi gode muligheder for at dele viden og lave udviklingsprojekter med hinanden og andre fysioterapeuter. F.eks. har vi en gruppe fysioterapeuter, der har været på Castillo Morales kurser og efterfølgende støttet hinanden i arbejdet med implementeringen af deres nye viden. Ergoterapeuterne har tilsvarende med opbakning fra

forskellige ledere søgt og fået midler til et udviklingsprojekt om den canadiske model COPM.

En gang i kvartalet mødes vi ca. 25 terapeuter fra kl. 9-13 for at få faglig sparring og udveksle ny viden. Vi har endnu ikke klarhed over, hvordan vi kan mødes i den nye struktur, men vi prøver at være på forkant med situationen og har stor tillid til, at vores respektive ledere også i fremtiden vil støtte op om vores muligheder for terapeutfaglig sparring, videndeling og udvikling. Møderne er en selvfølgelig del af vores arbejde, da alle vores forskellige ledere er fuldt indforståede med, at vi har også brug for at mødes med fagfæller. Det samme gælder for individuelle "studiebesøg" på de andre institutioner, hvor vi kan lære mere direkte af hinandens daglige praksis.

Vores indlæg er ment som et modspil til det negative fremtidsscenarie, som blev skitseret i artiklen "Viden spredes for alle vinde" i Fysioterapeuten nr.3 2006. Så op med humøret, hvis du står over for en decentraliseringsproces. Der er også fordele ved det. Vi mener, at man også kan arbejde effektivt og specialiseret på den enkelte institution og samtidig få viden og sparring af de øvrige terapeuter på andre institutioner. ■

Billig Studieforsikring i BAUTA www.bauta.dk

BAUTA tilbyder en særlig fordelagtig studieforsikring.

Forsikringen består af to dele:

- 1 Familiens Basisforsikring, som forbrugerrådet anbefaler
- 2 Ulykkesforsikring

Familiens Basisforsikring har en udvidet dækning på en række områder:

- Brilleforsikring.
- El-skadedækning ved f.eks. kortslutning i stereoanlæg, video, PC'er m.m.
- Psykologisk Krisehjælp.
- Ferierejseforsikring Verden inkl. Afbestillingsforsikring, som dækker hele husstanden - året rundt - på alle ferie- og studierejser i hele verden (uden for Danmark) i indtil 30 dage.

Hertil kommer den almindelige dækning som f.eks. indbo, tøj, dine bøger og andre personlige ejendele ved brand, tyveri og vandskade.

Ulykkesforsikringen har en invaliditetssum på 1 mio. kr. og giver dækning fra en invaliditetsgrad på 5%. Udgifter til tandbehandling efter ulykkestilfælde er uden summæssig begrænsning.

Øvrige forsikringer - herunder bilforsikring

Udover studieforsikringen kan vi også forsikre dit hus, sommerhus og bil. BAUTAs bilforsikring hører til blandt landets billigste. BAUTAs bilister har mange fordele:

- Elitebilist efter 4-6 års kørsel - afhængig af din alder.
- Præmien nedsættes én gang årligt - uanset antal skader.
- Når elitetrin er nået, bliver du stående dér.

BAUTA FORSIKRING A/S

Sendes
ufrankeret.
Modtageren
betaler porto.



BAUTA FORSIKRING A/S
Farvergade 17
+++ 0625 +++
1045 København K

- Jeg vil gerne have tilsendt materiale om BAUTAs særlige studieforsikring.
- Jeg vil gerne kontaktes telefonisk for et uforpligtende tilbud på mine forsikringer.

Igangværende uddannelse

Uddannelsessted

Navn

Adresse

Postnr.

By

Tlf. privat

Træffes bedst kl.

Fys 609

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:

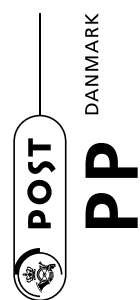
- Enkelt og let at anvende
- Hurtigt i gang, ingen installation på din computer
- Ingen back-up af data, det klarer vi for dig
- Gratis support
- Lave opstartsomkostninger - kom i gang for 1250 kr incl. EDIFACT opkobling som enmandsklinik

Ring og hør nærmere om ComplimentaWork.

Du har lige nu mulighed for at få op til 2 måneders gratis licens!

Complimenta™

Toftebakken 9B • 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