

Nr. 17/oktober/2006
88. årgang

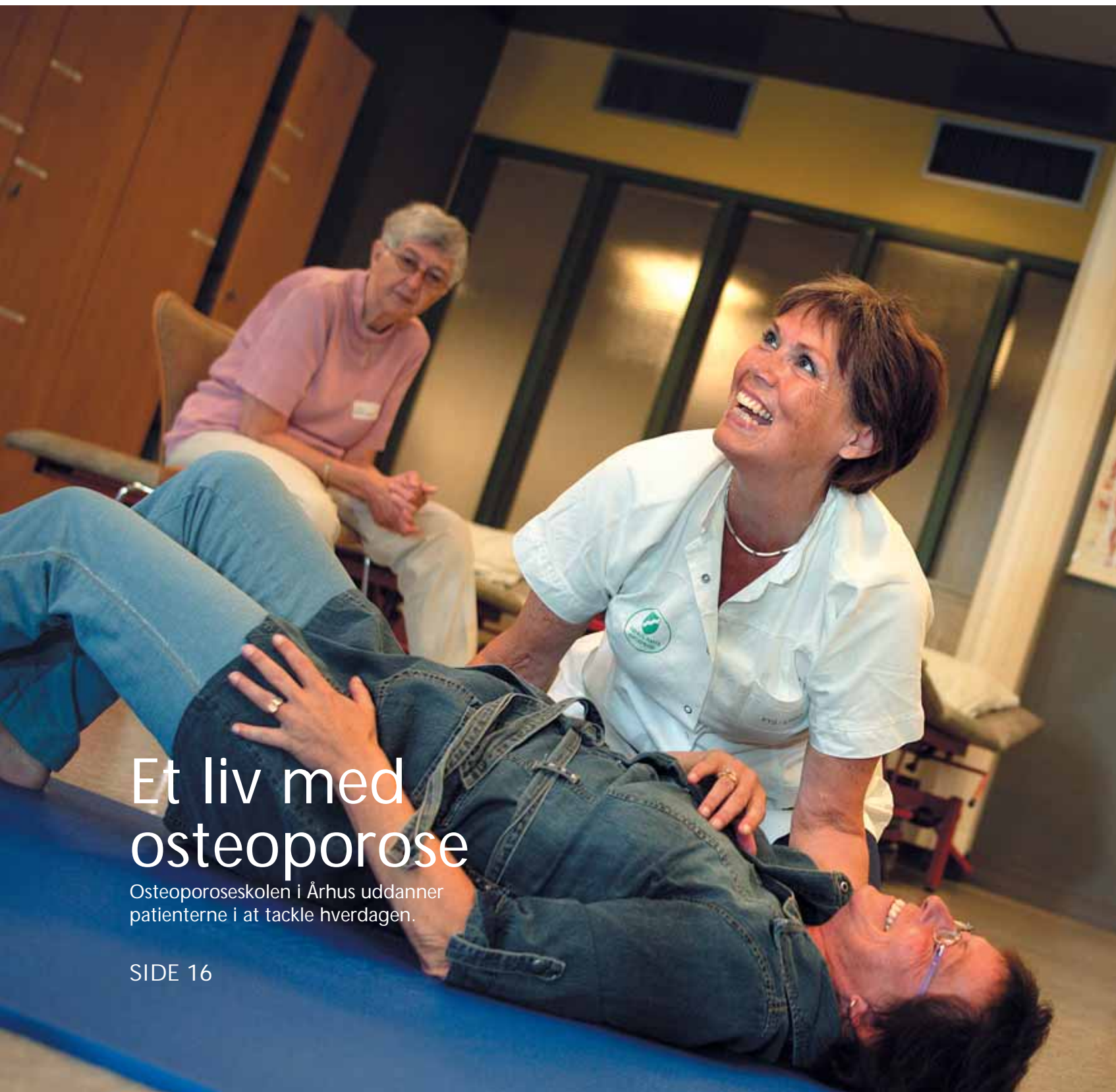


Ejere og lejere

Debat på årsmødet
for de praktiserendes
kontaktpersoner.
Side 28

Fysioterapeuten

www.fysio.dk



Et liv med osteoporose

Osteoporoseskolen i Århus uddanner
patienterne i at tackle hverdagen.

SIDE 16

Artikler

Patienterne kommer på skolebænken



Patienter med osteoporose har brug for vejledning både med hensyn til risikofaktorer og til, hvordan de skal tackle hverdagen.

6

Raske ældre bør satse på forebyggende styrketræning



En gruppe ældre forbedrede muskelfunktionen markant efter eksplosiv styrketræning. Evnen til at aktivere musklerne hurtigt er vigtig for at forebygge fald.

18

Søg den rette hjælp i tide



Alt for mange, der lider af inkontinens, søger ikke hjælp hos fagfolk. Et klinisk kvarter i selskab med specialist i muskuloskeletal fysioterapi Ulla Due.

24

Evolution kontra revolution



De praktiserendes kontaktpersoner vil gerne være med til ændringer i sektoren. Men de skal ikke være ret store.

Reportage fra årskonferencen.

28



Fysioterapeut og legeonkel

Selvom nogle af deres forældre blev meldt til politiet, var det slet ikke så ringe endda at være strejkeramt barn i Århus i de omtumlede dage i september, hvor pædagoger og forældre protesterede over nedskæringer på daginstitutionsområdet. De børn, der nød godt af legestuen i Fysiocenter Århus havde det i hvert fald dejligt. Morten Høeg er fysioterapeut og ejer af Fysiocentret. Han fortæller til Århus Stiftstidende: "Jeg skulle alligevel have mine egne børn med på arbejde. Og så bestemte vi os for at lave en legestue. Om der er mine egne tre eller 25 børn er i og for sig ligegyldigt".

Det faste

Fysnyt	4, 17
Litteratur	16, 20
Presseklip	23
Netdebat	33
Debat	34



FORSIDE:
SØREN HOLM/CHILI

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 9.868
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2005 - 30. juni
2006
88. årgang.

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

Redaktionspanel:
Kristian Thorborg
Martin B. Josefsen
Vibeke Grandt
Marianne Telling
Karen Langvad
Mark Theilmann
Gitte Arnbjerg
Rikke Hjulmand

ISSN 1601-1465

Mellem to stole

I 2002 blev de første recepter på motion udstedt af praktiserende læger i Ribe. Siden har konceptet gået en sejrsgang over det meste af Danmark. Tusindvis af patienter har med hjælp fra diætister og fysioterapeuter fået sundere mad, hævet pulsen og større livskvalitet. De er ganske enkelt blevet sundere mennesker. Desværre er politikerne ikke blevet klogere på den samme tid: Formanden for Danske Regioner Bent Hansen og formanden for KL's social- og sundhedsudvalg Tove Larsen fralægger sig begge ansvaret for motion på recept efter kommunalreformens ikrafttræden. I stedet for at tage hånd om en succes, har de kastet sig ud i en massiv ansvarsfraskrivelse.

Motion på recept fås hos lægen, hvor patienten får en henvisning til et forud planlagt, professionelt ledet træningsforløb typisk på klinikker for fysioterapi. Derfor nyder borgerne i motion på recept-projekterne godt af den nyeste faglige viden om fysisk aktivitet. Anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens Håndbog i Fysisk Aktivitet bruges af de sundhedsprofessionelle, og grundtanken er, at fysisk aktivitet ved visse sygdomme understøtter, supplerer eller erstatter traditionel medicin. Denne tese er videnskabeligt underbygget. Så i sundhedslovens sprogbrug er motion på recept både forebyggelse og behandling. Derfor har regionerne et klart ansvar for at sørge for, at fysisk aktivitet, træning som terapi, fortsat anvendes som et virksomt – og bivirkningsfrit – behandlingsmiddel over for de borgere, der har behov.

Og derfor bør motion på recept også være en helt naturlig del af den kommunale forebyggelsesindsats. Motion på recept har behov for kommunerne. En af de største udfordringer i motion på recept er nemlig at drage omsorg for, at borgerne naturligt går fra det offentlige tilbud om motion på recept til medlemskab af den lokale idrætsklub. Og netop på dette område vil kommunerne have noget særligt at byde på, fordi kommunerne har en tæt tilknytning til det lokale foreningsliv.

Motion på recept bør være et tilbud til borgere over hele landet, og det er da også en overkommelig udfordring: Regioner og kommuner kan med fordel etablere tilbud sammen med andre kommuner, med klinikker for fysioterapi eller få tilbudet på plads i sundhedsaftalen med regionen.

Da politikerne på Christiansborg vedtog kommunalreformen, blev der talt meget om, at borgerne ikke skal falde mellem to stole. Dengang handlede det om genoptræning, nu handler det om forebyggelse og behandling. Det vil klæde Danske Regioner og KL at få sikret fremtiden for de mange borgere, der har glæde og gavn af motion på recept.



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Unge hypermobile

WEB ■ Hypermobilitet.dk er en helt ny hjemmeside, der primært henvender sig til børn og unge med hypermobilitet. Siden drives af to unge, der selv har savnet ordentlig information om hypermobilitet, og som ikke mente, at Gigtforeningens tilbud dækkede de unges behov.

Regionsterapeutråd

Midtjylland ■ Forberedelsesudvalget i Region Midtjylland har godkendt etableringen af et Regions-terapeutråd på baggrund af en ansøgning fra lederne af ergoterapi- og fysioterapiafdelingerne ved de somatiske sygehuse i den kommende region Midtjylland. Rådet vil sammen med blandt andet lægefaglige råd indgå som en del af det sundhedsfaglige rådgivnings-system med forpligtigelse til at modtage spørgsmål fra og afgive svar til det politisk-administrative system. Det er hensigten, at regionsterapeutrådet skal sikre kvalitet i effektive og sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer og regioner. Regionsterapeutrådet skal bidrage til ergoterapeutisk og fysioterapeutisk professionsudvikling på arbejdspladserne i form af generering, opsamling og formidling af viden. Også i Region Hovedstaden er der etableret et samarbejde mellem ergo- og fysioterapeuter, der blandt andet skal rådgive om fysioterapeuters og ergoterapeuters funktionsområder. Det er de ledende ergoterapeuter og fysioterapeuter i Region Hovedstaden, der har etableret "Sammenlutning af ledende ergo- og fysioterapeuter i Region Hovedstaden", SLEF. Formand for sammenslutningen er ledende fysioterapeut Birgit Strange. *For yderligere oplysninger kontakt Ledende terapeut, Ulla Schou, Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen, Århus Sygehus tlf. 8949 2210 og ledende terapeut Birgit Strange Hillerød Sygehus, tlf. 4829 3855, mail bstr@fa.dk*

fysnyt



foto Adrianna Williams Scanpix

Træning til artroseknæ virker

Referenceprogram ■ Sundhedsstyrelsen har netop afholdt en høring om referenceprogram for knæartrose. Den ekspertgruppe, der har været med til at udarbejde referenceprogrammet, fremlagde deres resultater ved høringen, og det var muligt at stille spørgsmål til anbefalingerne. Der var mange fysioterapeuter med til høringen, og de fik et godt budskab med hjem. Meget tyder på, at fysioterapeuternes genoptræning virker i modsætning til flere andre behandlingsmetoder. Det er overfysioterapeut Jens Ole Rasmussen og forskningsfysioterapeut, ph.d. Hans Lund, der har deltaget i arbejdet med at vurdere evidensen for det fysioterapeutiske område. Jens Ole Rasmussen og Hans Lund har gennemgået de studier, der foreligger om fysioterapeutisk behandling og genoptræning af patienter med knæartrose. Konklusionen på gennemgangen er klar: træning virker. Men der mangler blandt andet viden om, valg af

træningsmetoder, -mængde og -intensitet samt compliance. Der er også effekt på smerte og funktion, hvis overvægtige med en BMI på over 30 taber sig 5 procent af deres kropsvægt. Hos yngre patienter med knæartrose er der ifølge referenceprogrammet god mening i at foretage korrigerende osteotomier. Der er dog mere tvivlsom evidens for positiv effekt af den udbredte praksis med at foretage opryddende artroskopisk oprensning af artroseknæ (housecleaning). Af referenceprogrammet fremgår det, at en housecleaning primært anbefales til lettere artrosegrader, og hvor der er mekaniske symptomer, der tyder på ustabil menisklæsion eller fri ledmus. Der er relativ beskeden effekt af farmakologisk behandling på smerter og funktion ved knæartrose. Heller ikke kosttilskud viser sig at have den store effekt. Således har nye undersøgelser tilbagevist effekt af glucosamin, og anbefalingen i referenceprogrammet er således, at den offentlige støtte til kosttilskud bør inddrages.



500 kroner er nok til, at du
kan **flyve mere**,
når du bliver ældre

Start din **opsparing** i dag
...små penge bliver store



Vind!
en rejse til
15.000 kr.
på pkaplus.dk

Vil du se mere af verden, når du går på pension? Så er det nu, du skal gøre noget. Opret en supplerende pension hos PKA⁺. Det kræver kun et mindre beløb om måneden, og indbetalingerne kan trækkes fra i skat.

Bestil et tilbud på en supplerende

opsparing, fx en PKA⁺KAPITALPENSION eller en PKA⁺RATEPENSION, på vores hjemmeside, så er du med i lodtrækningen om en rejse ud i verden til 15.000 kroner. Konkurrencen løber indtil 1. november 2006. Klik ind på www.pkaplus.dk og læs mere.

PKA⁺
...mere pension

Patienterne kommer på skolebænken

Patienter med osteoporose har brug for vejledning både med hensyn til risikofaktorer og til, hvordan de skal tackle hverdagen

AF SPECIALEANSVARLIG FYSIOTERAPEUT BIRGITTE MALMROS OG SPECIALEANSVARLIG ERGOTERAPEUT DORTE LUNDBAK, ÅRHUS SYGEHUS
FOTO SØREN HOLM, CHILI

indgang

■ Fysioterapeut Birgitte Malmros og ergoterapeut Dorte Lundbak har flere års erfaring med at undervise og behandle osteoporosepatienter. De beskriver i artiklen osteoporoseskolen på Århus Sygehus.

Osteoporose er i dag en så almindelig sygdom, at man som terapeut ikke kan undgå at komme i kontakt med denne gruppe patienter. En del møder vi, når patienterne er indlagt på hospitalerne med frakturer. Men de fleste af dem ser vi i primærsektoren, enten fordi de er blevet henvist til træning hos en praktiserende fysioterapeut eller i et kommunalt genoptræningstilbud. Andre har vi kontakt til i foreningsregi eller på aftenskolehold. En patient kan derfor være lige fra den person, der er nydiagnosticeret og ikke har columnafrakturer med deraf følgende gener, til den person, hvis hele liv er præget af sygdommen på grund af columnafrakturer.

Der skal i rehabiliteringen skelnes mellem de to tilstande. Den første person har ikke en sygdom, men en større risiko end normalt for at få frakturer og skal derfor have vejledning i forhold til dette. Den anden skal både have risiko-vejledning og behandling.

Desværre er der ikke en fast procedure for, hvordan disse patienter hjælpes. Overordnet arbejder vi på Århus Sygehus ud fra principperne om at undgå flexion og rotation af columna i belastede situationer og at anbefale løftebegrænsning på ca. 5 kg til personer med columnafrakturer.

Denne artikel gennemgår de informationer, vi giver til personer med osteoporose. Vi beskriver kort:

- hvad man som terapeuter kan have gavn af at vide om sygdommen,
- baggrunden for osteoporoseskolen ved Århus Sygehus,
- hvad undervisningen består i for fysio- og ergoterapeuter.

OM OSTEOPOROSE

Osteoporose er en knoglesygdom, hvor knoglemasse og styrke er nedsat i en sådan grad, at frakturer opstår ved lettere belastning. De typiske brud er distale ulna/radius, collum femoris og i columna.

WHO definerer sygdommen for kvinder ud fra knoglevævet mineralindhold BMD (Bone Mineral Density) målt ved DEXA-scanning (figur 1). Osteoporose hos mænd defineres ud fra den samme skala (supplerende litteratur 1).

	BMD
normal	1 > SD > -1
Osteopeni	-1 > SD > -2,5
Osteoporose	SD < -2,5
Manifest Osteoporose	SD < -2,5 med brud

SD står for Standard Deviation og er den statistiske enhed, der beskriver fordelinger af målinger hos voksne.

I Danmark vil 33 procent af alle kvinder og 12 procent af alle mænd over 50 år få et brud som følge af osteoporose.

Osteoporose behandles med medicin, der har til formål at standse den forøgede knoglededbrydning.

Risikoen ved at have osteoporose er, at der nemt opstår lavenergifrakturer, det vil sige frakturer opstået uden en udefrakommende påvirkning. I columna kan bruddene opstå som følge af foroverbøjning. Collesfrakturer behandles oftest med reposition og femurfrakturer med operation, hvorimod columnafrakturerne for det meste behandles konservativt. ▶

Fysioterapeut Birgitte Malmros vejleder osteoporoseskolens deltagere i at komme ned på gulvet og op igen.



- ▶ Man er i Danmark ved at gennemføre en randomiseret undersøgelse om anvendelsen af vertebroplastik til columnafrakturer (2), hvor der sprøjtes cement ind i de frakturerede corpora. Metoden anvendes bl.a. i USA, men der er ikke tidligere lavet randomiserede undersøgelser på effekten.

En columnafraktur (sammenfald) som følge af osteoporose defineres som et sammenfald med minimum 20 procents højdereduktion. Der findes to forskellige typer af frakturer. I det ene tilfælde er corpusdelens forkant faldet sammen, så hvirvlen bliver kileformet, og i det andet er corpusdelen som helhed trykket sammen (eventuelt kun den centrale del). De kileformede sammenfald ses hyppigst i thoracaldelen, hvorimod de andre ses mest i lumbaldelen. Men i alle tilfælde medfører det kropsforandringer i form af ændret holdning, smerte og funktion.

KROPSHOLDNING

Antallet af sammenfald har betydning for, hvor stor en indflydelse det får på holdningen. Osteoporoseramte kan miste op til 15 cm af den højde, de havde som unge. Ryggens krumning kan være forøget i thoracaldelen (på grund af de kileformede hvirvler) og afladet i lumbaldelen. Maven buler ofte frem på grund af pladsmangel i bughulen og som følge af tryk fra diafragma. Der kan være tendens til, at personen står eller går med let fleksion i hofte- og knæled både på grund af de øvrige ændringer, men også i et forsøg på at tilføre mere fjedring i benene ved bevægelse. De nederste ribben hviler i nogle tilfælde direkte på crista iliaca. Cervicallordosen kan være forøget, for at personen kan orientere sig. I frontalplanet ses en forøget tværkyfose, og scapulae bliver trukket lateralt og indadroteres på grund af tyngdekraftens træk i humerus. Personen synes at have lange arme og ben i forhold til den lille overkrop.

SMERTER OG FUNKTION

Osteoporose kan medføre både akutte smerter som følge af et nyt brud og kroniske smerter, hvis personen har haft mange brud. Smerterne kan stamme fra knogler, ligamenter, fasciesystemet og muskulaturen. Som noget nyt har man ved MR-scanning vist, at friske columnafrakturer var ustabile, hvilket ikke er mærkeligt. Man kunne også se, at nogle af de gamle frakturer stadig var ustabile, hvilket kunne forklare, at patienten stadig havde ondt (3,4).

Informationen til patienter med akutte columnafrakturer er, at de skal holde ryggen i ro, undgå fleksion og rotation i columna, og lære at aktivere m. transversus abdominis for at stabilisere lumbalcolumna.

Personer med udtalte forandringer i holdningen kan også have smerter i nakke og skulder som følge

fakta om...

Det overordnede tværfaglige formål for den nuværende osteoporoseskole er at forbedre patienternes livskvalitet gennem viden om sygdommen, vejledning i at leve med osteoporose samt forbedre compliance i forhold til den medicinske behandling.

af den forøgede cervicale lordose, men der er yderst sjældent frakturer over TH 4 niveau.

På grund af kropsændringerne og smerterne er der mange funktioner, der bliver påvirket. Personens højde reduceres som følge af sammenfald, men også aldersbetinget afsmalning af disci kan være en medvirkende årsag til højdereduktionen. Personerne kan have sværere ved at række så højt som tidligere på grund af scapulas stilling. Respirationen kan være ændret som følge af mindre plads i thorax (nedsat vitalkapacitet), og der kan ligeledes være problemer med tarmfunktion på grund af mindre plads i maven. Balancen er ofte påvirket negativt både på grund af ændringen i holdningen, nedsat proprioceptiv sans, nedsat muskelkraft og angst for at falde.

På grund af smerter kan personen også have svært ved at bevæge sig og have reduceret udholdenhed både i siddende, stående og gående funktion.

ADL

På grund af smerter vil mange af de dagligdags bevægelser være vanskelige at udføre for osteoporosepatienten. Det kan for eksempel være svært at finde en siddestilling, som kan give hvile, det kan være umuligt at få strømper og sko på, det kan være svært at tage bad og klare at vaske og tørre ben og fødder. Det at stå ved et køkkenbord og lave mad kan være en uoverstigelig opgave, og rengøring og tøjvask må overlades til andre. Mennesker med osteoporose kan være ramt socialt, da det kan være svært at besøge familie og omgangskreds. Denne sociale isolation kan være medvirkende til, at patienter med osteoporose får en regulær depression.

RESTRIKTIONER

Columnafleksion og rotation

Hvis man har columnafraktur, er der to bevægelser, som man så vidt muligt skal undgå. Det er fleksion og rotation af columna. Risiko ved fleksionsbevægelsen blev vist for mange år siden. I en undersøgelse påviste man sammenhængen mellem at udføre fleksionsøvelser og columnafrakturer (5). Der er ikke tilsvarende lavet rotationsstudier, men man kan med rette frygte, at trabeklerne i corpora i forbindelse med en rotation kommer

på stræk og udsættes for kompression ud over, hvad de kan klare. Dette kan føre til fraktur/sammenfald. I de hollandske guidelines for osteoporose anbefales det (6), at man undgår fleksion af columna ved træning, og også de engelske guidelines fraråder fleksion og rotation (7). I det amerikanske osteoporoseforbund (The American Osteoporosis Foundation, (8)), fremgår det, at det er vigtigt at minimere fleksion.

På sygehuset oplever vi, at nogle patienterne kan angive netop en af bevægelserne eller en kombination som årsag til deres brud.

LØFTEANBEFALINGER

I forbindelse med løfteanbefalinger skelner vi mellem, om en person har osteoporose uden eller *med* columnafraktur, idet vi i det første tilfælde ikke har videnskabeligt belæg for at sætte kilobegrænsninger. For at sætte en eksakt begrænsning på, skal det være vist, at personen ikke kan holde til en given belastning, fordi de har fået sammenfald. I disse tilfælde anbefaler vi, at man kun løfter 3-5 kg ad gangen.

Der er nemlig påvist en sammenhæng mellem be-

lastning og brudgrænse i hvirvlerne. Skemaet nedenfor viser, at hvis man f.eks. holder 8 kg tæt til kroppen, er der ingen risiko for brud (brøken *belastning/brudgrænse* = 0,1 for personen med osteoporose). Hvis personen derimod holder 8 kg i strakte arme i foroverbøjet udgangsstilling (30 grader) er forholdet mellem *belastning/brudgrænse* meget tæt på 1. Det betyder, at hvirvlen er i stor risiko for at falde sammen.

I eksemplet er anvendt 8 kg ved det statiske arbejde. For at minimere risikoen for fraktur anbefales den øvre løftegrænse dog at være 3-5 kg.

Vores løfteanbefalinger indebærer også, at personer skal lære korrekt løfte-bæreteknik. ▶

fakta om...

Formål for fysioterapi og ergoterapi på hold for patienter *med* frakturer:

- at deltagerne lærer at nedsætte deres risiko for at få flere columnafrakturer
- at deltagerne lærer at leve med følgerne af osteoporose.

MAXI TWIN FREMTIDENS PERSONLIFT ALLEREDE I DAG!

ARJO



”–Løft og forflytning har aldrig været nemmere”

Lad os vise Dem det!

Pris fra
13.000,-

Arjo Scandinavia
Tel: 45 93 27 37
www.arjo.dk

...with people in mind.

Aktivitet/stilling	Belastning % af kropsvægt	Belastning/brudgrænse	
		Normal	Osteoporose
Ubelastet, stående	51 %	0,07	0,15
Ubelastet, foroverbøjet 30°, strakte arme	146 %	0,20	0,43
Holde 8 kg tæt ved kroppen	74 %	0,10	0,22
Holde 8 kg med strakte arme	230 %	0,32	0,68
Holde 8 kg, foroverbøjet 30°, strakte arme	323 %	0,45	0,96
Løft af 15 kg fra gulvet tæt ved kroppen, bøjede knæ	319 %	0,44	0,95

Belastning på L2 og frakturrisiko ved forskellige stillinger og løft (modificeret efter (9)). Beregnet for en kvinde på 65 år, 162 cm, 58 kg. Brudgrænse for normal kvinde er sat til 4100 Newton, for osteoporotisk kvinde til 1900 Newton. Disse værdier stammer fra dansk referencemateriale. Med tilladelse fra professor Leif Mosekilde.

▶ LÅSNING AF LÆNDEN

I vores øvelsesprogram indgår låsning af lænden til personer med osteoporotiske sammenfald. På denne måde kan den osteoporoseramte kompensere for instabiliteten i columna som følge af frakturerne. Personen instrueres i at kontrahere m. transversus abdominis, så fascia thoracolumbalis opstrammes og mm. multifidii aktiveres, hvilket får en stabiliserende effekt på lumbalcolumna. Vi anbefaler vore patienter at anvende denne låsning i alle bevægelser, hvor en stabilisering af lænden er nødvendig, f.eks. ved løft af armene.

Da personer med lumbalfrakturer ofte får smerter ved lordosering, vil en stabilisering af lænden kunne være med til at forebygge smerterne. Desuden vil en stabil lænd være en forudsætning for at kunne træne den øverste del af trunkus' ekstensorer.

FYSISK TRÆNING OG KNOGLEPÅVIRKNING

I forbindelse med behandling af osteoporose støder man på spørgsmålet om, hvorvidt man ved træning kan forbedre knogleopbygningen. Flere meta-analyser har vist, at knogleomsætningen *kan* påvirkes ved fysisk aktivitet. Effekten er på få procent og kan ses som en forhaling af det accelererede knogletab, både før og efter overgangsalderen (10,11,12).

I et japansk træningsstudie opdelte man en gruppe personer med osteoporose i tre grupper: én trænede i to år, én trænede det første år og ikke det næste, og den tredje var kontrolgruppe. Efter det første år havde de to første grupper signifikant mindre fald i knogletæthed end kontrolgruppen. Efter det andet år havde kun den første gruppe et signifikant mindre fald, hvorimod de to andre grupper ikke var signifikant forskellige. Hvilket viser, at det er alt afgørende, at man vedbliver med træningen, idet effekten hurtigt falder ved ophør (13).

I litteraturen er der kun undersøgelser, der beskriver

træningseffekt på knoglepåvirkning hos personer med osteoporose eller osteopeni, men ingen studier, der beskriver træningseffekt ved manifest osteoporose på knogletætheden.

Da styrketræning er en mulig træningsform ved osteoporose, kan man i de internationale guidelines finde følgende anbefalinger:

- Ved *osteopeni* er der ikke klare vægtbegrænsninger.
- Ved *osteoporose* må man træne med 60-80 procent af 1RM (repetition maksimum), med 10-12 gentagelser (6,7,8).

Træningen skal tilrettelægges, så man belaster det område, der ønskes påvirket. Man skal i træningen undgå øvelser med fleksion og rotation i columna. Der foreslås træning 2-3 gange pr. uge og træningen skal holdes ved lige. Træningen kan udover styrketræning også bestå af gang, aerobic eller gymnastik. De engelske guidelines angiver som de eneste, at ved *manifest osteoporose* bør der trænes med lav intensitet og kort vægtstangsarm eller kun kropsvægt. Vi anbefaler < 60 procent af 1 RM.

OSTEOPOROSESKOLEN

I Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen på det tidligere Århus Amtssygehus havde vi gennem ca. 10 år et undervisningstilbud til patienter med nyopdaget

fakta om...

Formål for fysioterapi og ergoterapi på hold for patienter *uden* frakturer:

- at deltagerne lærer at nedsætte deres risiko for at få brud på columna
- at leve med en risikofaktor

osteoporose. Tilbuddet bestod af information om sygdommen, instruktion i hensigtsmæssige bevægelsesmønstre, træning samt sygdomshåndtering. Der var to typer hold. Et hold for osteoporosepatienter med fraktur af columna, som fik 4 timers fysioterapi og 3 timers ergoterapi. Og et for patienter uden fraktur, som fik 1½ times undervisning, hvor fysioterapeut og ergoterapeut underviste sammen.

Formålet med undervisningen var, at deltagerne skulle lære at nedsætte deres risiko for at få brud på rygsøjlen samt at leve med osteoporose.

Fra januar 2003 blev tilbudet udvidet, så deltagerne blev undervist af et større tværfagligt team bestående af læge, sygeplejerske, diætist, fysio- og ergoterapeut samt en repræsentant fra Osteoporoseforeningen. De første 1½ år var betalt af Sundhedsministeriet som et projekt, derefter overgik betalingen til de respektive afdelinger. Selve projektet er beskrevet i Osteoporoseforeningens blad *Apropos*, november 2005.

I projektet besvarede deltagerne spørgeskemaer, hvor de dels skulle gøre rede for deres viden om osteoporose dels om udbyttet af de enkelte faggruppers undervisning. Vi havde ikke i projektet og har heller ikke på nuværende tidspunkt nogle målbare effektmål, men her ligger en kommende opgave for os.

Besvarelsene og vores erfaring viser, at det var vigtigt at have to forskellige typer hold. Ét for de personer der havde haft columnafrakturer på grund af osteoporose, og et andet for dem, der ikke havde haft frakturer. Vi delte holdene, fordi det er helt forskellige problematikker, der præger de to typer patienter. Personer *uden* frakturer skal forholde sig til en risiko for brud, men har ingen fysiske gener fra deres osteoporose.

Vi havde tidligere oplevet, at denne gruppe patienter følte sig sygeliggjorte på udelte hold, og slet ikke havde behov for en så detaljeret gennemgang af sygdommen som de andre.

Personer *med* columnafraktur har både risiko for at få flere brud, og har allerede direkte fysiske gener fra deres osteoporose, og dermed et meget større behov for vejledning.

UNDERVISNING

Med columnafrakturer

Fysioterapi

1. Kort gennemgang af sygdommens konsekvens på kropsniveau.
2. Træningsprincipper - forudsætninger
3. Øvelsesprogram.
4. Indøvelse af korrekt løfte/bæreteknik.
5. Vejledning i hensigtsmæssig videre træning.
6. Sygdomshåndtering.



Ergoterapeut Dorte Lundbak viser, hvordan brug af relevante hjælpemidler kan være med til at nedsætte belastningen af ryggen.

- ▶ ad 1: Inden første time i fysioterapien har en læge gennemgået selve sygdommen og den medicinske behandling. Vores undervisning er en direkte fortsættelse af lægens. Vi gennemgår, hvordan columnafrakturerne påvirker kroppen. Hvad der sker i den trabekulære knogle

og i den kortikale knogle. Vi kommer ind på, hvordan frakturerne opstår og dermed, hvad man selv kan gøre for at mindske risikoen for brud. Vi gennemgår sammenhæng mellem sammenfald og kropsholdning, kropsfunktion og smerte. Vi forklarer, hvorfor løfteanbefalingen ved osteoporose med brud er maksimalt 5 kg i modsætning til patienter, der ikke har haft brud, hvor der ikke på samme måde er løfterestriktioner.

ad 2: Vi gennemgår princippet for at anvende lændestabilisering både for at undgå smerte i lænden og for at optimere muligheden for at arbejde med thorax og overekstremiteterne. På grund af frakturrisiko bør disse patienter undgå fleksion og rotation af columna. Men alternative bevægelsesmuligheder skal gennemgås, f.eks. ud/ind af seng eller og ned fra gulvet.

ad 3: Som øvelsesprogram har vi anvendt DF's tidligere program til osteoporosepatienter med columnafrakturer.

ad 4: Vi indøver den almindelige løftebære-teknik med sikring af ryggen og let fleksion i hofte og knæ. Der indøves vægtoverføring til brug ved f.eks. støvsugning.

ad 5: Deltagerne skulle gerne være i stand til at bruge det indøvede program i deres dagligdag. Men vi anbefaler, at de også sørger for at være så aktive som muligt, jævnfør Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Vi tager udgangspunkt i deltagerne egne ønsker om aktivitet og analyserer, hvordan det kan være muligt ud fra rygsåneprincipperne. På sygehuset har vi ikke ret mange træningsmaskiner, men ud fra dem vi har, kan vi give en generel vejledning i denne

form for træning.

Vi afprøver stavgang, idet vi opfatter det som en god måde at kombinere træning og naturoplevelser. Der er også mange steder oprettet hold med stavgang f.eks. i Osteoporoseforeningens lokalforeninger.

ad 6: Vi gør meget ud af at lære deltagerne, at de selv kan gøre noget i forhold til smerter. Vi afprøver hvilestillinger med dem og forklarer, at de skal bruge

stillingerne, når smerter og/eller træthed i ryggen melder sig. Derved kan de forhindre smerten i at blive for voldsom. Vi anbefaler også brug af varmepude.

Alle fem undervisningstimer er af 45 minutters varighed. I planlægningen er der taget højde for, at der inden sidste gang er en længere mellemliggende periode, så deltagerne har tid til at få afprøvet og indlært anbefalingerne, men stadig har en mulighed for at komme tilbage den sidste gang og få svar på spørgsmål, der måtte være opstået i mellemtiden.

Ergoterapi

Formålet med denne del af undervisningen er at forebygge sammenfald i columna gennem instruktion i hensigtsmæssige dagligdags bevægelser og viden om hjælpemidler.

Der tages udgangspunkt i de daglige aktiviteter. Dynamikken er af stor værdi i holdundervisningen, og denne opstår blandt andet af, at deltagerne egne erfaringer drages ind i undervisningen. De fleste deltagere på holdet har haft smerter i en eller anden grad, og har af den grund mærket begrænsningerne i deres dagligdag. De fleste kan derfor fortælle de andre, hvordan netop dette eller hint problem er blevet løst hjemme hos dem selv.

Deltagerne får til undervisningsforløbet i osteoporoseskolen udleveret en mappe med blandt andet pjecen "Hold kroppen på toppen" fra Forbrugestyrelsen. De råd, der gives i denne pjece, understøtter undervisningen. ▶

blå bog

Eli Birgitte Malmros

Uddannet Århus 1973. Arbejdet både på Århus Kommunehospital, Hvidovre Hospital og Glostrup Amtssygehus, og siden 1985 Århus Sygehus. Har arbejdet med specialet Osteoporose siden 1987. Er nu ansat som specialeansvarlig fysioterapeut for Osteoporoseområdet. Forskningsprojekt: "Træning af kvinder med osteoporose". Foretags virksomhed om Osteoporose i mange forskellige sammenhænge. Medforfatter til osteoporoseafsnit i Klinisk Reumatologi, Munksgaards forlag.



Dorte Lundbak

Uddannet ergoterapeut i Århus 1974. Arbejdet på Odder Sygehus. Siden 1979 på Århus Sygehus. Har arbejdet med Osteoporose siden 1991. Ansat som specialeansvarlig ergoterapeut på området. Medforfatter til osteoporoseafsnit i Klinisk Reumatologi, Munksgaards forlag.



TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Fysioterapeuter og ergoterapeuter har gennem mange år indgået i et velfungerende tværfagligt samarbejde omkring behandlingen af osteoporose på medicinsk endokrinologisk afdeling C, Århus Sygehus. Da afdelingen har lands- og landsdelsfunktion på dette område, har vi haft mulighed for at tilegne os erfaring med behandling af denne sygdom. Vi møder patienterne, når de er indlagt og kommer til ambulante behandling i forbindelse med sygehusets osteoporoseskole. Birgitte Malmros har endvidere mange års erfaring med undervisning i aftenskoleregion. En undervisning, der er evidensbaseret på baggrund af resultater fra et forskningsprojekt om træning af kvinder med osteoporose i et ambulante regi [1].

www.caddi.com

Inspiration til fagfolk !

Få helt gratis og uforpligtende adgang til caddi i 4 uger

Caddi er en øvelsesbank for fagfolk som: fysioterapeuter, ergoterapeuter og træningsinstruktører.

Caddi har fungeret via internettet i Danmark i 2 år og anvendes af de fleste sygehuse, en del kommuner og klinikker, enkelte læger og kiropraktorer samt fitnesscentre.

Caddi er abonnementbaseret og fungerer via internettet.

Caddi består af mere end 2700 foto og ca. 1600 øvelser i mange forskellige kategorier.

Caddi har den fordel, at man selv sammensætter øvelsesprogrammer og har mulighed for at ændre teksten.

Caddi er udviklet af fysioterapeuter i tæt samarbejde med fotograf, modeller, programører, oversættere, konsulenter og ikke mindst brugerne af caddi.

Caddi er oversat til engelsk og er igang med oversættelse til svensk og japansk. Målet er at oversætte caddi til mange sprog.

Caddi giver mulighed for at vælge standard programmer og herefter direkte linke til den engelske version og få øvelsesprogrammet udskrevet på engelsk.

Caddi's udvikling er i konstant interaktion både fagligt, webmæssigt og via brugerne.

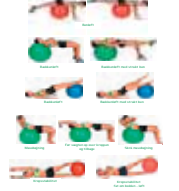
Caddi udvikles i tæt samarbejde med jer !

Med venlig hilsen
CaddiTeamet

Er du interesseret i et gratis prøveabonnement skal du blot via hjemmesiden under fanen kontakt udfylde skemaet og bede om et prøveabonnement. Vi sender dig samme dag en kode til caddi.



BOLDØVELSER



OSTEOPOROSKOLEN. ÅRHUS SYGEHUS, THG

Hvor foregår undervisningen?	I forskellige lokaliteter på Århus Sygehus, THG
Hvem kan deltage	Nydiagnostiserede osteoporosepatienter eller osteoporosepatienter, der ikke tidligere har modtaget undervisning
Hvordan henvises deltagerne?	Fra de praktiserende læger i Århus Kommune, Medicinsk Endokrinologisk Ambulatorium samt fra andre afdelinger på Århus Sygehus
Betaling	Undervisningen er gratis
Transport	Deltagerne skal selv stå for transport til skolen
Journal	Der oprettes ikke journal på deltagerne, men lægeligt sikres, at deltagerne visiteres korrekt til kurset
Hvilke faggrupper underviser?	Læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, diætist og en repræsentant fra Osteoporoseforeningen.
Genoptræningsplan	Der laves ikke genoptræningsplan, men deltagerne får et øvelsesprogram med hjem
Hjælpemidler	Der søges ikke om hjælpemidler, men der vejledes i, hvor og hvordan patienterne kan anskaffe disse
Registrering	Der foretages SKS-registrering

- Undervisningen i ergoterapien strækker sig over tre gange 45 minutter:

Første lektion

- Rygskåneprincipperne repeteres
- Den siddende stilling gennemgås, indstilling af kontorstole afprøves
- Forskellige lændepuder demonstreres og afprøves
- Hvilestillinger i seng og stol gennemgås
- Transport (Bil, bus, tog)
- Indkøb
- Eksempler fra hverdagen tages op, og løsningsmuligheder for evt. problemer gennemgås

Anden lektion

- Demonstration af relevante hjælpemidler
- Fødder og fodtøj
- Badeværelset, greb m.m.
- Personlig hygiejne og påklædning
- Sengeredning

Tredje lektion

Tredje lektion foregår i træningskøkkenet:

- Stående arbejdsstillinger
- Stående/gående arbejdsstillinger
- Principper for vægtoverføring
- Husligt arbejde

Det er vigtigt, at ergoterapeuten spørger ind til de helt konkrete aktiviteter, og at de demonstreres og afprøves: hvordan skal man tage sine strømper på uden at bøje sig forover? Hvordan få snøret sine sko? Hvordan skal man

stå, når man skal hælde vand fra kartoflerne? Kan man få en hensigtsmæssig arbejdsstilling ved kummefryseren? Hvordan er arbejdsstillingen ved vaskemaskinen?

Højder på køkkenbord indstilles og afprøves.

Mellem 2. og 3. time er der en længere periode, hvor deltagerne har mulighed for at prøve teknikkerne af derhjemme.

Uden columnafrakturer**Fysioterapeut**

1. Sygdommens konsekvens på knogleniveau.
2. Træningsprincipper og vejledning i hensigtsmæssig træning
3. Indøvning af korrekt løfte/bæreteknik

ad 1: Også her ligger første fysioterapeutlektion i forlængelse af lægeforedrag. Vi retter informationen mod det niveau, deltagerne selv er på. Det betyder, at vi kun beskæftiger os med knogleændringen og ikke følger

fakta om...

Lægens undervisning består af en gennemgang af sygdommen og behandlingsmuligheder.

Sygeplejersken underviser om korrekt brug af medicin og smertehåndtering.

Diætisten gennemgår hensigtsmæssig kost i forhold til osteoporose.

Repræsentanten fra Osteoporoseforeningen fortæller om foreningen.

af frakturer. Vi forholder os til risikoen for frakturer, og hvad man selv kan gøre for at mindske den.

ad 2: træningsprincipperne vil også her gå i retning af at undgå træning med belastet fleksion og rotation af columna. Vi udleverer et lille vejledningsprogram om træning, men indarbejdelse ikke et fast program. Vi afprøver stavgang som en mulig aktivitet. Vi drøfter desuden individuelle ønsker til træningsaktiviteter. Vi vurderer endvidere, hvordan en given aktivitet kan udføres, når der skal tages hensyn til træningsprincipperne. Vi har ikke belæg for at opstille restriktioner.

ad 3: der indøves korrekt løfte-bæreteknik, men der sættes ikke konkrete løftebegrænsninger. Dog anbefaler vi, at man ikke løfter for tunge ting!

Der undervises i to lektioner á 45 minutters varighed.

Ergoterapi

I ergoterapien gives der én lektion af 45 minutters varighed, og den indeholder:

- korrekte arbejdsstillinger, siddende, stående og stående/gående.
- daglige funktioner i relation til dette.
- huslige funktioner.
- øvrige aktiviteter.

Den overordnede anbefaling vil være, at deltagerne skal undgå foroverbøjning og rotation i columna ved belastning.

Undervisningen er dels teoretisk, dels samtale om og afprøvning af hensigtsmæssig adfærd ved daglige funktioner.

ERFARINGER

Vi har nu erfaringer med to forskellige typer under-

visningstilbud til osteoporosepatienter, i fysioterapi og ergoterapi regi alene og i et tværfagligt regi. Det sidste er klart det bedste tilbud til deltagerne. Her får deltagerne en mere nuanceret viden, idet sygdommen belyses fra flere synsvinkler. Som terapeuter kan vi koncentrere os om vores kerneydelser. Tidligere oplevede vi, at spørgsmål vedrørende den medicinske behandling tog meget af vores tid, hvor vi i dag henviser til de respektive undervisere.

Som undervisningsteam afholder vi med mellemrum evalueringsmøder, hvor de enkelte faggruppers erfaringer og observationer deles. Dette kan medføre en justering af programmet. Som undervisere får vi også en større viden om patientgruppen ved at høre de andre faggruppers oplevelser og erfaringer.

Vi kan på skoleholdene komme ud for deltagere, der også har andre lidelser. I de tilfælde forsøger vi at finde ud af, i hvilket omfang det er muligt for patienten at gøre brug af vores anbefalinger i forhold til de øvrige problemer. Nogle gange må vi opfordre deltageren til at tage kontakt til terapeuter i primærsektoren, hvis vi ser, at der er behov for yderligere behandling. Et eksempel kan være en deltager på et *ikke frakturhold*, som har specifikke rygproblemer.

Osteoporoseskolen i sin nuværende form er en spændende udfordring, og vi oplever blandt andet, at vores deltagere også selv søger viden om sygdommen og behandling og forventer, at vores viden er på det højeste niveau, og at undervisningen tilrettelægges derefter – og dette er udfordringen for os fremover. ▶

fakta om...

Supplerende læsning

- Reumatologiske sygdomme i knoglerne side 657 - 669, Klinisk Reumatologi for ergoterapeuter og fysioterapeuter, 2002 Munksgaards Forlag.
- Klaringsrapport: Osteoporose, Dansk Knoglemedicinsk Selskab. www.dadlnet.dk
- Downey PA, Siegel MI. Bone biology and the clinical implications for osteoporosis. *Physical Therapy* 2006; 86 no1: 77-91.
- Osteoporoseforeningens medlemsblad Apropos, november 2005:14-16.

FORLØBSSKEMA

Osteoporoseskole for patienter med fraktur i columna				
1. dag læge fysioterapeut ergoterapeut	2. dag fysioterapeut ergoterapeut sygeplejerske	3. dag fysioterapeut diætist	4. dag patientforening fysioterapeut ergoterapeut	5. dag fysioterapeut læge sygeplejerske

Osteoporoseskole for patienter uden fraktur i columna		
1. dag læge fysioterapeut ergoterapeut	2. dag diætist sygeplejerske	3. dag patientforening fysioterapeut læge



TIL KINA MED FYSIOTERAPEUTEN

Oplev Pekings store seværdigheder og den spændende kinesiske hverdag tilsat faglige besøg på en læserrejse med Fysioterapeuten den 20. – 28. februar.

Fysioterapeuten og Albatros Travel samarbejder om special syde ferierejser med faglige besøg for bladets læsere. Vi lægger ud med denne spændende rejse til Peking – lige når befolkningen fejrer det kinesiske nytår.

Deltagerne kommer til at opleve Den Kinesiske Mur på en fire timers vandretur. Også Den Himmelske Freds Plads, Den Forbudte By, Sommerpaladset, Himlens Tempel, Byplanmuseet, Maos Mausoleum, Ming-gravene og Peking Operaen er på programmet sammen med en masse andre seværdigheder.

Et besøg hos kineserne i en lokal landsby og i en bydel, en såkaldt hutong, i Peking giver et indblik i den kinesiske hverdag.

Fagligt får deltagerne et indblik i dele af det kinesiske sundhedssystem og oplever for eksempel, hvordan traditionelle, kinesiske behandlingsmetoder i forbindelse med genoptræning kombineres med en moderne vestlig indgangsvinkel.

Rejsen giver desuden mulighed for selv at deltage aktivt i den kinesiske morgengymnastik, tai-chi, få instruktion i tai-chi og få øvelserne forklaret. ■

Læs hvordan, du kommer med, se rejsens program, pris m.m. på fysio.dk



► REFERENCER

1. Malmros B, Mortensen L, Jensen MB, Charles P. Positive effects of physiotherapy on chronic pain and performance in osteoporosis. *Osteoporosis Int.* 1998;8:215-21
2. Diamond TH, Champion B, Clark WA. Management of acute osteoporotic vertebral fractures: A nonrandomized trial comparing percutaneous vertebroplasty with conservative therapy. *The American Journal of Medicine;* 114: 257-265.
3. McKiernan F, Faciszewski T. Intervertebral clefts in osteoporotic vertebral compression fractures. *Arthritis & Rheumatism* 2003; 48, no 5:1414-1419
4. McKiernan F, Jensen R, Faciszewski T. The dynamic mobility of vertebral fractures. *Journal of Bone and Mineral Research* 2003; 18 no 1: 24-29.
5. Sinaki M, Mikkelsen BA. Postmenopausal osteoporosis: Flexion versus extension exercise. *Arch Phys Med Rehabil* 1984; 65: 593-6.
6. Smith-Engelskman, Bekkering GE, Hemdriks HJM. KNFG-guidelines for physical therapy in patients with osteoporosis. 2003
7. Mitchell SL et al (1998) *Physiotherapy Guidelines for Management of Osteoporosis.* Chartered Society of Physiotherapy.
8. Bonner J, Sinaki et al. Health professional's guide to rehabilitation of patients with osteoporosis. *Osteoporosis Int.* 2003; 14 (suppl 2): S1-S22.
9. Bouxsein ML, Myers ER, Hayes WC. Biomechanics of Age-Related Fractures. I: Marcus R, Feldman D, Kelsey J (eds): *Osteoporosis.* Academic Press, San Diego, 1996, pp. 373-92.
10. Wolff I, van Croonenborg J, Kemper HCG, Kostense PJ, Twisk JWR. The effect of exercise training program on bone mass: A meta analysis of published controlled trials in pre- and postmenopausal women. *Osteoporosis Int.* 1999; 9: 1-12.
11. Kelley GA, Kelley KS, Tran ZV: Resistance training and bone mineral density in women. *Meta-Analysis of Controlled Trials.* *Am.J. Phys. Med. Rehabil* 2001; 80: 65-77.
12. Bonaiuti D, Cranney A, Iovine R, Kemper HHCG, Negrini S, Robinson VA, Shea BJ, Tugwell P, Wells G: Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women (Review) *The Cochrane Collaboration* 2005.
13. Iwamoto J, Takeda T, Ichimura S. Effect of exercise training and detraining on bone mineral density in postmenopausal women with osteoporosis. *J Orthop Sci.* 2001; 6: 128-32. ■

Debat om forskningsparadigmer

Årsmøde ■ Humanistisk og naturvidenskabelig forskning – er de modsætninger? Er det nødvendigt med RCT-studier for at dokumentere effekten af fysioterapi? Hvilken rolle skal den naturvidenskabelige og humanistiske forskning have i fysioterapi? Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi har taget bolden op fra den diskussion, der opstod i forbindelse med den nordiske kongres for forskning i fysioterapi i sommeren 2005. "Hvis praksis skal baseres på RCT som design, og vurderes som evidensbaseret ud fra de kriterier, dette design beskriver, så kan et skrækscenarium blive,

at fysioterapi reduceres til brug af metoder", skrev fysioterapeuterne og forskerne Nina Schriver fra Danmark og Gunn Engelsrud fra Norge i et debatindlæg i Fysioterapeuten efter kongressen. Forsknings-selskabet har taget konsekvensen af debatten og inviteret en række forskere fra de nordiske lande til at fremægge og diskutere forskningsparadigmer på årsmødet i Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi, der afholdes d. 10.-11. november 2006 i Kolle Kollecenteret i Værløse. *Du kan læse mere om årsmødets program og tilmelde dig på www.dsff.dk. Sidste frist d. 30. oktober.*

Træning ligeså effektiv som operation

Knæ ■ En gruppe norske forskere har sammenlignet effekten af ekscentrisk træning og operation på patienter med patellar tendinopati. 35 patienter med sammenlagt 40 knæ med patellar tendinopati blev henvist til behandling. 20 knæ blev randomiseret til kirurgisk behandling, de resterende 20 til ekscentrisk træning. Træningen foregik hjemme og bestod af tre serier à 15 repetitioner to gange dagligt. Det kirurgiske indgreb bestod i at fjerne det syge væv. Efter operationen fulgte et struktureret

genoptræningsforløb, der endte op med ekscentrisk træning. Effekten af operation og træning blev evalueret efter 3, 6, og 12 måneder. Der blev fundet en signifikant forbedring i begge grupper, men ikke nogen forskelle i de to grupper efter 12 måneder. Konklusionen på studiet er, at der skal forsøges med træning, inden man tyr til operation. *Læs om hele undersøgelsen på <http://www.klo-kavskade.no>*

Million til forskning i hjemmetræning til ældre

Satspulje ■ Fysioterapeut Annette Winkel har fået en million af satspuljemidlerne til forskning i tidlig udskrivelse og hjemmetræning til ældre med apopleksi. Millionen er en lille del af de i alt 85 millioner kroner indenrigs- og Sundhedsministeriet har fordelt til en række

projekter, der skal styrke den sammenhængende indsats over for geriatriske patienter. Pengene er afsat som led i regeringens aftale med Dansk Folkeparti om finansloven for 2006. *Du kan se de øvrige tildelinger på Indenrigsministeriets hjemmeside www.im.dk*



Awilli/Corbis

Konditest til børn

Kondi ■ Watt-max testen er en valid test til børn og unge mellem ni og femten år. Testen udføres på en cykelergometer. Læs mere om testen på motion-online.dk

Cueing kan bedre mobiliteten

Parkinson ■ Dansk Parkinsonforening har i de senere år satset på at formidle det sidste nye i behandling og genoptræning af motoriske symptomer hos patienter med Parkinson. Foreningen har således de seneste par år afholdt basiskurser i Parkinson. Mange fysioterapeuter har taget imod tilbudet om en faglig opdatering på området. Læs mere om kurserne på www.parkinsonforeningen.dk Dansk Parkinsonforening har desuden publiceret et hæfte, som henvender sig til patienter og pårørende. I hæftet gives der redskaber til, hvordan patienterne kan håndtere gang- og gangrelaterede vanskeligheder og tager udgangspunkt i cueing. Hæftet om cueing er resultatet af arbejdet i et internationalt netværk, der er fælles om et forskningsprojekt (RESCUE), der skal undersøge en rehabiliteringsmodel baseret på cueing. *Man kan læse mere om netværket og bestille cd-rom, der giver eksempler på rehabiliteringen på <http://www.rescueproject.org/overview/cueing.htm>*

fysnyt

Raske ældre bør satse på forebyggende styrketræning

En gruppe ældre forbedrede muskelfunktionen markant efter eksplosiv styrketræning. Evnen til at aktivere musklerne hurtigt er vigtig for at forebygge fald

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK
FOTO GEERT MØRK

Hvad nytter det, man er verdens stærkeste mand, hvis man ikke kan nå at aktivere musklerne, når man er ved at miste balancen? Sammenlignet med yngre er det væsentligt sværere for ældre at spænde musklerne hurtigt og kraftfuldt. Hos ældre over 60 år reduceres muskelpower (kraft gange hastighed) med cirka tre procent om året og over 65 år reduceres muskelmassen med 1,5 procent pr. år. Det er især benenes muskler, der bliver svagere, og da fald er en af de hyppigste årsager til hospitalsindlæggelse blandt ældre, har der især i de senere år været forskningsmæssigt fokus på balance og styrke hos ældrebefolkningen.

På Syddansk Universitet fik man i 2003 bevilget 11,5 millioner kroner til forskning omkring træning og genoptræning af ældre. Dele af denne forskning har cand. scient. Paolo Caserotti stået for. Han forsvarede i foråret sin ph.d.-afhandling om muskelstyrke og træningsmetoder til ældre. Paolo Caserotti har dels undersøgt forskelle i den neuromuskulære kapacitet hos raske ældre, dels belyst effekten af

henholdsvis alsidig fysisk træning (multikomponent træning) og tung eksplosiv styrketræning på en gruppe raske ældre mellem 60 og 89 år. Han har med sine studier blandt andet vist, at det kan være relevant, at kombinere acceleration og maksimal kraft i træningen. Og netop det sidste er Paolo Caserotti den første, der har vist i et træningsstudie med ældre. Fysioterapeuten har talt med Paolo Caserotti om eksplosiv styrketræning til ældre og hvilken betydning, han mener, hans resultater bør have for forebyggelse af fald og genoptræning af ellers raske ældre, der har været udsat for eksempel en faldulykke

TRE MÅNEDERS TRÆNING

I alt 65 fysisk aktive ældre kvinder, der aldrig havde

styrketrænet før, blev inkluderet i studiet. De skulle gennemføre et styrketræningsforløb for UE på 1 time to gange om ugen i tre måneder. 20 kvinder mellem 60 og 65 år (gennemsnitsalder 63) og 12 mellem 80 og 85 år (gennemsnitsalder 82) trænede, mens hhv. 20 og 13 personer var kontrolgruppe. Kontrolgruppen, der blev tilfældigt valgt blandt friske ældre i Odense, blev bedt om at fastholde deres tidligere livsstil og aktivitetsniveau.

Der blev i træningen benyttet almindelige Cybex-styrketræningsmaskiner, der findes i mange fitness-center og andre steder, hvor der styrketrænes. Følgende maskiner indgik i træningen: Double leg press (horisontal og skrå), double leg extension, double leg curl, double calf extension. Inden træningen blev der for den enkelte deltager fastlagt 1 RM (repetition maximum). Kvinderne varmede op med 1x10-20 RM, hvorefter de gik over til at træne 3x10 RM. Der var tilknyttet to testledere til studiet, der skulle kontrollere, at kvinderne udførte øvelserne korrekt og heppe, så kvinderne aktiverede musklerne så hurtigt som muligt i den koncentriske del af bevægelsen, det vil sige med maksimal acceleration.

"Testlederne var utroligt vigtige for at sikre, at kvinderne brugte musklerne på den rigtige måde. Ikke nok med at muskelmassen falder med alderen, men den neurale del af muskelaktivering bliver også ringere", fortæller Paolo Caserotti. Eksplosive bevægelser stiller derfor store krav til koncentration og koordinationen hos de ældre. De ældre i projektet brugte lang tid på at lære at sætte kræfterne i på den rigtige måde, og hver anden uge, når belastningen blev øget, skulle de igen koncentrere sig maksimalt for at udføre øvelserne korrekt og aktivere muskulaturen maksimalt.

FORBEDRINGER

Inden og efter træningsforløbet blev både træningsgrupperne og kontrolgruppen testet med: maksimal

fakta om...

Interesserede i Paolo Caserottis ph.d.afhandling "Assessment of Mechanical Muscle Function in Elderly: Methodological and Functional Aspects, Effects of Traing" kan kontakte forfatteren på PCaserotti@health.sdu.dk



Ph.d. og ældreforsker Paolo Caserotti er ikke i tvivl om, at styrketræning skal have første-prioritet i træningen af ældre.

isometrisk kraftudvikling (rate of force development) og muskelstyrke (MVC) i benpres, eksplosiv styrke i benpres, hoppetest på kraftplatform. Den funktionelle kapacitet blev målt med 10-meters gangtest (henholdsvis maksimal ganghastighed og selvvalgt hastighed), rejse-sætte sig (tid for 5 gange op og ned), og Physical Performance Test (PPT) (læs om PPT på ffyd.dk/målemetoder). Udover dette blev der foretaget MR-skanning af muskler, EMG-måling, registrering af de ældres evne til at fastholde en given kontraktionskraft (force steadiness, fortæller om graden af sensomotorisk kontrol i det aldrende neuromotoriske system) med både åbne og lukkede øjne.

Alle kvinderne forbedrede efter træningen den maksimale isometriske muskelstyrke. De 60-65-årige med 22 procent og de 80-85-årige med 28 procent. Den største forbedring fik de ældste på den eksplosive styrke, hvor de kom op på samme niveau som de utrænede 60-årige (en forbedring på 51 procent). Man skal i denne sammenligning være opmærksom på, at de ældste i studiet formentlig kan karakteriseres

som relativt bedre "overlevende", mens der hos de yngre kvinder vil være nogle, der f.eks. på grund af underliggende sygdom aldrig vil nå så høj en alder.

Deltagerne forbedrede også hoppetesten med henholdsvis 10 procent for de 60-65-åriges vedkommende og 18 procent for de 80-85-årige. Paolo Caserotti fandt også fremgang i den funktionelle kapacitet for de ældstes vedkommende, både hvad angår rejse-sætte sig og i PPT-testen, hvor der var generelle forbedringer på de fleste af parametrene. De ældste forbedrede tiden for rejse-sætte sig med 12 procent mens de yngste forbedredes med 11 procent. At fremgangen på PPT-testen var relativt mindre end flere af de andre tests forklarer Paolo Caserotti med, at de ældre allerede ved inklusionen scorede relativt højt på denne test og derfor var tæt på den øvre grænse for denne tests sensitivitet (ceiling effect).

Der var ingen signifikante forbedringer på gangtesten, hvilket ifølge Paolo Caserotti kan forklares med, at træningen ikke var tilstrækkelig specifik til at vise fremgang. ▶

Flot præsentation af stoleidræt



Anmeldelse ■ Stol på idræt – idræt på en stol. Vibeke Pilmark, Heddy Lerche og Margit Vestergaard. ISBN 87-990321-1-2, 52 sider. Pris 100 kr. Kan rekvireres hos DAI 4326 2381 eller tine@dai-sport.dk

Bogen er på 50 sider lidt større end A4 format, skrevet som undervisningsmateriale til Dansk Arbejder Idræts kurser i stolemotion. Den skal desuden kunne anvendes af fysio- og ergoterapeuter, social- og sundhedsassistenter samt afspændings og bevægelsespædagoger, som træner med ældre.

Bogen har en teoretisk del, som behandler de forhold, man skal være opmærksom på, når man instruerer og organiserer stoleidræt. Den beskriver, hvad der er det specielle ved at være instruktør for ældre, effekten af fysisk træning på funktionsevne og sygdom samt effekten ved kriser, depression og demens.

I bogens praktiske del bliver de forskellige træningsformer gennemgået i hver sit afsnit, og der

bliver givet øvelsesforslag med progressioner (for eksempel siddende og stående), beskrevet både med tekst og billeder samt forslag til musik.

Bogen indeholder al den relevante viden om træning af ældre, lige fra det hardcore fysiologiske til, hvordan man skaber ligeværdige relationer, så den er meget indholdsmættet. Men den er skrevet pædagogisk, på den rigtig gode måde, sådan at deltagerne på DAI's kurser får mulighed for at forstå tankegangen bag træning med ældre og selv sammensætte et kvalificeret og velovervejet program i nogle gode rammer.

Ude på virkelighedens stolemotionshold er der alt, alt for mange ældre som sidder på stolene i stedet for at stå ved dem. Det eneste virkelige problem ved denne bog er, at den ikke giver mere målrettet vejledning og motivation til at få dem og instruktørerne op at stå.

Fysioterapeuter skal have mere dybtgående viden på mange af områderne, men bogen er den flotteste og eneste samlede præsentation af området, jeg har set. Det giver et overblik, som gør bogen berettiget til at blive brugt alle steder, hvor man træner eller lærer at træne ældre på/ved en stol.

ANMELDT AF FYSIOTERAPEUT ANE FINDSEN, BESTYRELSEN FOR GERONTO-GERIATRISK FAGFORUM

► PRIORITER TRÆNINGEN

Selvom træningsstudiet er udført på en rask målgruppe er Paolo Caserotti ikke i tvivl om, at resultaterne også har betydning for de ældre, fysioterapeuterne møder i deres praksis. Først og fremmest mener han, det er vigtigt at gøre sig klart, at mange ældre (over 60 år!) er alt for svage, og selv om de klarer hverdagens gøremål, er det ikke udtryk for, de er stærke nok.

”Mange ældre bevæger sig hele tiden på grænsen af deres ydeevne, og hvis de bliver syge og ligger i sengen i nogle få dage, bliver det kritisk”, fortæller Paolo Caserotti. ”Fysioterapeuter behandler en del ældre, der i princippet var raske indtil de f.eks. faldt og brækkede hoften. De taber under indlæggelsen op til 1-2 procent styrke om dagen, så det er vigtigt, at de får trænet med det samme og i tilstrækkelig lang tid efter udskrivelsen”, siger Paolo Caserotti. Med den viden der er i dag om betydningen af muskelstyrke, mener han, lægerne bør tænke i et længere genoptræningsforløb på cirka 3 måneder efter udskrivelsen. Her kan både den specielle genoptræning hos fysioterapeuten og træningstilbud i den lokale idrætsorganisation eller fitnesscenter være på sin plads.

Muskelstyrken er utrolig afgørende for funktionsevnen hos de ældste og mest skrøbelige individer. Styrke har f.eks. betydning, når ældre skal undgå et fald, når de er ude af balance. Lav muskelstyrke er blevet identificeret til at være en stærk prædikator for nedsat funktionel kapacitet, fald og lav selvrapporteret funktionel status hos ældre plejehjemsbeboere. Desuden har svaghed i underekstremiteternes muskulatur vist sig at kunne forudsige hospitalsindlæggelse og svækkelse hos ellers friske hjemmeboende ældre. Svækkelse og nedsat funktion i benene er således de første tegn på kommende funktionsevnetab og beskrives i litteraturen som en reduceret fysiologisk reservekapacitet i det neuromuskulære system.

Forskningen har desuden vist, at de fleste ældre kan styrketræne og har overordentlig stor glæde af det. Programmer, der inddrager både kredsløbstræning, smidighed og muskeltræning, er gode til ældre, vel og mærke hvis de har opnået den muskelstyrke, de skal have. Hvis ikke mener Paolo Caserotti, at styrketræningen skal prioriteres. Og det er ikke nok med en ugentlig træning; der skal helst to gange træning til, mener han.

”Hvis man kun har 1-1½ times træning med de ældre, er det vigtigt at fokusere træningen i stedet for at gøre flere ting halvt. Og her er jeg 100 procent sikker på, at man skal vælge styrketræningen og gerne i maskiner”, siger Paolo Caserotti. 3-4 øvelser i maskinerne eventuelt suppleret med kredsløbstræning i

15-30 minutter, hvor de ældre arbejder med en puls på 65-80 procent af den maksimale puls, vil være en god måde at disponere træningen på, mener han.

FUNKTIONSTRÆNING

Mange fysioterapeuter stiller spørgsmålstejn ved, om træning i maskinerne er funktionel nok, og det kan Paolo Caserotti godt forstå. Da han skulle vælge, hvilke øvelser og dermed træningsmaskiner han skulle bruge til sit projekt, valgte han dem, hvor flest mulig muskler blev aktiverede (multijointøvelser), og hvor en del af bevægelserne kunne overføres til hverdagsbevægelser. "Det er helt sikkert, at der er brug for at udvikle maskiner, der tilnærmer sig hverdagsbevægelserne så meget som muligt", siger Paolo Caserotti.

Men hvis man med funktionel træning mener træning i funktioner, så er det ifølge Paolo Caserotti ikke nødvendigvis mere overførbart end maskintræning. "Hvordan kan f.eks. det at rejse sig overføres til andre 10.000 hverdagsbevægelser, og hvordan sikrer man, at det ikke bliver træning på et for lavt niveau. Så kan det have mere mening at træne den fysiske kapacitet.

Vi skal hele tiden spørge os selv, hvad er formålet og hvad får jeg ud af træningen?" Er patienten lam og skal til at lære at koordinere igen, er det ifølge Paolo Caserotti vigtigt at få trænet basale bevægelser som at rejse og sætte sig. Har patienten brækket hoften skal lære patienten at rejse sig igen, men styrken skal også trænes, funktionstræningen er ikke nok.

"Hvis ældre er svage enten på grund af ledproblemer, diabetes, inaktivitet og slidigt er det ikke nødvendigvis effektivt, at de træner at rejse og sætte sig", siger Paolo Caserotti. Her er der god mening i at træne tung styrketræning og gerne kombineret med maksimal acceleration.

EFFEKTIVE BEVÆGELSER

Neural adaptation er en af de første gevinster ved eksplosiv muskeltræning. De ældre bliver i stand til at aktivere flere motor units under kraftfulde bevægelser samtidig med at den uhensigtsmæssige koaktivering af antagonistene og den præsynaptiske modstand reduceres. Det giver først og fremmest mere effektive og dermed hurtigere bevægelser. Når der så samtidig ►

Chokerende nyhed!

Nu kan du købe alt dit chokbølgeudstyr ét sted

FITPartner har det **største udvalg af chokbølgeudstyr** i Danmark og kan levere både fokuserende og radierende teknologi.

- Du får det udstyr, der passer bedst til dine kliniske behov og økonomi.
- Du får en uvildig rådgivning om fordelene ved begge typer teknologi.

Glemte vi at sige, at FITPartner er de eneste der forhandler chokbølgeapparatet DUOLITH® SD1 med begge teknologier indbygget – **kombinationsterapi**? Det betyder at dine behandlingsmuligheder nu bliver endnu flere. Ring og hør mere om de fordele Storz Medical's chokbølgeapparater kan give dig og specielt dine patienter.



FITPartner ApS er eneforhandler af chokbølgeudstyr fra Storz Medical AG. Teknologien udspringer fra nyrestensknusere som i dag er standard i behandlingen af nyresten på danske hospitaler. Storz Medical AG er ledende inden for dette felt og har flere patenter inden for teknologien. Chok- og trykbølger kan behandle en lang række kroniske tilstande, som før var meget svære at behandle og kunne kræve invasiv behandling. F.eks. plantar faciitis med/uden hælspe, skuldersmerter med/uden forklæning af sene, fortykkelse og arvæv af acillessenen, golf- eller tennisalbue, springerknæ. Ydermere behandling af triggerpunkter og smidiggørelse af muskler.

Vi kan ligeledes formidle leasingaftaler så du betaler en lav månedlig ydelse på chokbølgeudstyret. FITPartner's service omfatter meget mere end blot udstyret.



FITPartner
Vesterparken 5c
DK-2630 Tåstrup

Tlf. 70 204 234
info@fitpartner.dk
www.fitpartner.dk

- ▶ kræves høj belastning, får man yderligere stimuleret til hypertrofi af muskulaturen.

Paolo Caserotti er ikke den, der kun begrænser til at forske og undervise studerende. Han er glad for selv at træne de ældre, og det gør han både herhjemme i Danmark, og når han indimellem er tilbage i Italien i forbindelse med arbejde eller ferie. Han er derfor udmærket klar over alle de begrænsninger, der kan være hos ældre for at træne med tunge vægte. Men det er samtidig hans erfaring, at det handler om at komme i gang og få motiveret de ældre, så kan de fleste godt tåle større belastninger.

"I projektet deltog en ældre dame på 85 år, der havde gået til træning regelmæssigt. Hun havde kæmpet med knæproblemer i 10 år, alligevel valgte vi at inkludere hende i studiet. I de første uger trænede hun med reduceret belastning, og vi bad hende stoppe, før det gjorde ondt, men efterhånden kunne hun tåle mere og mere. For hende betød træningen, at hun fik færre smerter og markant forbedret funktion. Hun ærgrede sig over, at hun ikke havde trænet hårdt nok tidligere", fortæller Paolo Caserotti. Han går ind for, at man snakker med de ældre og omhyggeligt tilpasser træningen, men advarer samtidig mod at blive for forsigtig.

ØGEDE HOPPEHØJDEN MARKANT

Paolo Caserotti valgte som noget nyt at teste de ældre med maksimal hoppetest på kraftplatform. Under hop-

FIRE MASKINER ER NOK

Det er ifølge Paolo Caserotti nok at investere i 4-5 maskiner, hvis man skal tilbyde de ældre en relevant træning til at øge den eksplosive styrke. Der skal satses på helkropsøvelser og primært træning af benene. Paolo Caserotti foreslår, dobbelt benpres – gerne med mange indstillingsmuligheder. I denne maskine trænes både over hofter og knæ. Dertil kommer en maskine til træning af lægmuskulaturen og en til hasemusklene, som er meget svage hos de fleste. For armene og overkroppens vedkommende vil det være relevant med horisontal pres, en maskine, hvor pectoralis og triceps brachii trænes. En romaskine er også en god all round maskine. For at træne f.eks. trunkus og kredsløb er der mange andre relevante muligheder, der ikke nødvendigvis kræver maskiner. Det kan være træning bolde, på gulvet mv.

pet registreres, hvor hurtigt og hvor stor en kraft de ældre kan mobilisere i forhold til, hvor meget de vejer. "Hoppetesten er meget relevant i forhold til almindelige daglige funktioner og er derfor velegnet til at teste de ældres kapacitet i forhold til at forhindre fald. I vores projekt viste det sig, at de ældre i gennemsnit kunne hoppe 6 cm efter projektet og gruppen mellem 60 og 65 år 11 cm. Inden projektet kunne de ældste i gennemsnit kun hoppe 5 mm".

Det er ifølge Paolo Caserotti en stor udfordring i at få fat i de raske ældre og fortælle dem, at når de falder, skyldes det som regel hverken de løse tæpper, dørtrinnet, det smertefulde stive knæ men evnen til at aktive musklerne hurtigt og kraftfuldt. "Den forebyggende styrketræning er måske ikke det allersjoveste, men for at få overskud til al det sjove, er det en god ide at satses på styrketræning. Men også efter sygdom skal de ældre og ikke mindst deres læge forstå, at risikoen for at falde er større, og der skal satses på genoptræning i en periode på minimum tre måneder, siger Paolo Caserotti. ■

REFERENCE

Spirduso, Francis and MacRae. Physical dimension of aging. Second edition 2005 Human Kinetics.

Evans J.E. Exercise strategies should be designed to increase muscle power. J Gerontol Med Sci 2000; 55A (6) M309-310..

Singh MA. Exercise comes of age: rationale and recommendations for a geriatric exercise prescription. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2002; 57 (5) M262-82.

Barry BK, Warman GE, Carson RG. Age-related differences in rapid muscle activation after rate of force development training of the elbow flexors. Exp Brain Res 2005; 162: 122-32.

Sueta C, Aagaard P, Rosted A, Jakobsen AK, Duus B, Kjær M, Magnusson SP. Training-induced changes in muscle CSA, muscle strength, EMG, and rate of force development in elderly subjects after long-term unilateral disuse. J Appl Physiol. 2004;97:1954-61.

De Vos NJ, Singh NA, Ross DA, Stavrinou TM, Orr R, Fiatarone Singh MA. Optimal load for increasing muscle power during explosive resistance training in older adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2005;60:638-47.

DET STÅR DER I AVISEN

Om fysioterapi og fysioterapeuter

(POLITIK OG MOTION) Den afgående borgmester i Skælskør Ole Drost fik ekstra arbejdsopgaver at se til midt i valgkampen sidste efterår. Han havde voldsomme smerter i ryggen, der gik ned i benene. Lægen ordinerede et tre måneders træningsprogram på Gigt-sanatoriet i Skælskør. "Det var meget trygt, at øvelserne blev tilrettelagt af kvalificeret personale," fortæller Ole Drost til *Sjællandske Tidende*. Cyklen fik hævet styret, så Ole Drost kan sidde oprejst under cykelturene rundt i det sydsjællandske, for nu holder han fast i de gode vaner: "Det gik fra tvang til trang", siger kommunalpolitikeren, der har fået langt større bevægelighed.

(MOTION OG DEPRESSION) Presset økonomi og vrede vælgere kan godt få mange kommunalpolitikere til at være lidt nedtrykte for tiden. Måske burde de ligesom kollegaen Ole Drost begynde at motionere. Fysioterapeut Anne-Marie Øland i Aalborg er ikke i tvivl om, at motion er godt for psyken. Men der mangler danske studier af, hvordan motion påvirker mennesker med psykiske lidelser som angst og depression. Det råder Anne-Marie Øland bod på: Siden 2004 har hun i samarbejde med Enheden for Psykiatrisk Forskning, Aalborg Psykiatriske Sygehus, været i gang med en stor undersøgelse, der skal fastslå, om motion har en gavnlig virkning på patienterne. Projektet bliver nu udvidet til Ringkøbing-området, skriver *Dagbladet Skjern-Tarm*. Man håber på, at 20-25 personer vil melde sig til forsøget. Anne-Marie Øland fortæller til avisen, at det er vigtigt med ensartet trænings- og målemetoder for at have noget at sammenligne med.

(FYSIOTERAPEUT TIL HALLERNE) Også i Vestjylland vil man gerne have folk til at motionere mere af hensyn til sundheden. Derfor foreslår DGI-Vestjylland nu, at der skal ansættes fysioterapeuter i sportshallerne. DGI ser en mulighed for et samarbejde med de fire nye storkommuner: Ringkøbing-Skjern, Ny Lemvig, Ny Struer og Ny Holstebro. DGI benyttede en lokal cafédebat om sundhedspolitik til at få politikerne med på ideen om at lade DGI stå for en del af lønnen til fysioterapeuten og kommunerne for den anden del. *Ringkøbing Amts Dagblad* skriver, at politikerne lovede at se nærmere på sagen.

(PILLER 1) Også sagen om det angiveligt store brug af gigtpiller i danske fodboldklubber har påkaldt sig politikernes opmærksomhed. Under overskriften "Døden er medspiller" fortæller *Ekstrabladet*, at superligalæger og fysioterapeuter spiller hasard med fodboldspilleres liv for at gøre dem klar til næste kamp. Historien, der også blev vist på DR, handler om sammenhængen mellem brugen af receptpligtig, smertestillende medicin og hjertestop og blodpropper. En undersøgelse fra Spillerforeningen viser, at 81 procent af de spillere, der deltog i undersøgelsen, mener, at det er let at få smertestillende piller. Enhedslistens idrætspolitiske ordfører, Jørgen Arbo-Bæhr, vil have begrænset den overdrevne brug af smertestillende medicin i fodboldklubberne. Derfor har han kaldt sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V) i samråd.

(PILLER 2) På samrådet vil ministeren nok også få spørgsmålet, om fysioterapeuter uddeler receptpligtig medicin. *Ekstrabla-*



det har nemlig spurgt FCK lægen, Frank Odgaard om følgende: "Fysioterapeuter må heller ikke uddele receptpligtig medicin. Men det sker i FCK. Hvad siger til det?" Frank Odgaard svarer: "Vi er en stor organisation. Og selvfølgelig kan fyssen finde ud af at give en pille på min anvisning. Jeg behøver ikke være inde over hver gang". Det får afdelingslæge i Sundhedsstyrelsen Torben Herslev til at reagere: "Det er jo helt hen i vejret. Den går sgu ikke. Man kan ikke bare udskrive en spand piller og lade andre dele dem ud".

(MARATON) Helt hen i vejret er det også at kalde fysioterapeut og maratonløber Gitte Karlshøj for odenseaner. Men det er nu alligevel nogle, der gør en gang om året, skriver *Fyens Stiftstidende*. Gitte Karlshøj, der er født og opvokset i Køge og i dag bor i Højbjerg ved Århus er blevet Odenses mrs. Marathon, skriver avisen. I år er det syvende gang, der løbes maraton i Odense, og hver eneste gang har Karlshøj været på startlisten. I alt har Gitte Karlshøj løbet sig til en førsteplads i Odense fire gange, det lykkedes dog ikke i år. Gitte Karlshøj er 47 år. Hun forener løbet med et halvtids job som fysioterapeut på Idrætsklinikken på Århus Amtssygehus. Det giver mulighed for at finde tiden til de omkring 140 træningskilometer, det stadig bliver til hver uge.

Søg den rette hjælp i tide

Med simple midler kan fysioterapeuter lære hovedparten af inkontinente mænd og kvinder at knibe rigtigt. Men alt for mange søger ikke hjælp hos fagfolk

AF ULLA DUE, M.SC., SPECIALIST I MUSKULOSKELETAL FYSIOTERAPI

FOTO KIM AGERSTEN/POLFOTO, ILLUSTRATION DORTE DYRLUND OG ULLA DUE/HVIDOVRE HOSPITAL

I det følgende beskrives tre kvinder, som søgte fysioterapeut på grund af urininkontinens.

Case 1: Kvinde i slutningen af 50'erne. Kvinden har problemer med en nedsunken skedeforvæg og oplever urininkontinens i forbindelse med løft, host m.m. Hun har haft problemet i næsten fem år. Kvinden går til gymnastik, hvor hun mener, at de træner bækkenbundsmusklerne. Når kvinden viser, hvad de laver til gymnastikken, når de træner bækkenbundsmusklerne, viser hun et rygliggende bækkenløft. Kvinden har aldrig fået sin knibefunktion vurderet af en fysioterapeut.

Case 2: Kvinde i slutningen af 30'erne. Har født to børn og er noget overvægtig. Kvinden er urininkontinent, og er meget generet af problemet. Kvinden er nødt til at bruge ble, idet hun ofte oplever, at urinen bare løber ud af hende, når hun går eller forflytter sig. Problemet har stået på i fire år og startede, efter at kvinden fik livmoderen fjernet. Kvinden har tidligere gået til gymnastik, og hun fik her at vide, at hun for alt i verden kun måtte mærke knibet fortil omkring urinrøret. Kvinden har ikke fået sin knibefunktion

undersøgt, og når hun skal vise, hvad hun tror er et knib, suger hun maven kraftigt ind.

Case 3: Kvinde på 43 år. Har født to børn, hvoraf den ene fødsel var et barn på over fire kilo. Kvindens sidste barn er otte år. Kvinden har ikke problemer med urininkontinens i hverdagen, men angiver, at hun ikke kan løbe ret langt, før hun tisser i bukserne. Kvinden har forsøgt at træne sine bækkenbundsmuskler selv og har de sidste år trænet hos en fysioterapeut. Kvinden er blevet undersøgt hos egen læge, som gang på gang har opfordret kvinden til at træne mere. Kvinden har ikke fået undersøgt sin knibefunktion med inspektion af knibet eller vaginal palpation hos fysioterapeuten. Kvinden spænder sædemuskulaturen, når hun forsøger at knibe.

Der er flere fællestræk, når man læser disse tre patienthistorier: ingen af kvinderne ved med sikkerhed, hvad de skal gøre for at holde på urinen, og kvinderne har udelukkende fået verbale anvisninger på, hvordan de skulle knibe.

Desuden har de tre kvinder gået længe med deres

■ 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.



problem (4-8 år). De har søgt hjælp, men uden at få den helt rigtige rådgivning.

FYSIOTERAPEUTENS UNDERSØGELSE

Forud for enhver undersøgelse af bækkenbunden skal patienten informeres grundigt. Og det er vigtigt, at fysioterapeuten opretholder en høj etik og respekt over for patienten. Inden undersøgelsen skal fysioterapeuten gennemgå bækkenbundens anatomi og funktion og formålet med undersøgelsen skal være helt klar for patienten.

Det er vigtigt, at patienten kan sige nej tak, både før og mens undersøgelsen er i gang. Afhængigt af om fysioterapeuten behandler på hospital eller på privat specialklinik, er der forskel på, hvilke forundersøgelser patienten har været igennem. Men det bør være et minimumskrav, at egen læge har undersøgt patienten gynækologisk.

Inspektionen: Første del af undersøgelsen er en inspektion, hvor patienten ligger (som regel i rygkrogliggende) uden trusser på og med en synlig abdomen. Fysioterapeuten ser på bækkenbundens bevægelse efter knibeinstruktion og ved host m.m. Statisk og dynamisk udholdenhed kan ligeledes vurderes her.

Fund hos de tre kvinder: De tre kvinder havde alle fået en verbal instruktion i at knibe bækkenbunden inden undersøgelsen, men på trods af dette kunne ingen af dem fremkalde et korrekt knib ved første forsøg. To af kvinderne lærte hurtigt det korrekte knib, men den tredje kvinde kunne ikke fremkalde et knib overhovedet, uanset yderligere facilitering, det vil sige let berøring af ydre genitalia og yderligere verbal instruktion.

Vaginal palpation: Under den vaginale palpation undersøges kvinden med en eller to fingre. Der undersøges for muskelfylde i begge sider, og knibestyrken vurderes, eventuelt indirekte, ved hjælp af et perineo-

meter. Knib efter kommando og spontanknib før og under host vurderes. EMG bruges ofte til at vurdere statisk og dynamisk udholdenhed.

Fund: I forbindelse med den vaginale palpation fandt jeg hos de to første kvinder meget uens muskelfylde i bækkenbundens højre og venstre side. Begge kvinderne kunne lukke bækkenbunden i anterior retning under knibet, men med nedsat muskelstyrke. De havde begge nedsat dynamisk og statisk udholdenhed. Hos den tredje kvinde kunne der overhovedet ikke palperes nogen form for muskelfylde eller aktivitet af muskulaturen i skeden, og der var derfor intet palpabelt knib. Ingen af de tre kvinder havde en reflektorisk aktivitet af bækkenbundsmusklerne inden host eller løft af hoved.

Anal palpation: Jeg foretog en anal palpation på den tredje kvinde, da hun ikke kunne fremkalde et korrekt knib under inspektion eller vaginal palpation. Inden undersøgelsen fik hun formålet grundigt forklaret, og hun samtykkede. Kvinden fandt her ud af at knibe. Ved at udløse strækrefleksen blev der fremkaldt en kontraktion af den anale lukkemuskel. Denne kontraktion lærte kvinden senere at reproducere bevidst. Knibet var meget svagt, og hun kunne i starten kun holde knibet maksimalt 1-2 sek. (målt på biofeedback).

MÅLEREDSKABER

Inspektion og palpation er to vigtige redskaber til at vurdere kvaliteten af et knib, og de er en forudsætning, inden fysioterapeuten begynder at måle kvantitativt på knibefunktionen.

Vaginal/anal palpation er billig og rimeligt let at lære. Palpationen giver et hurtigt billede af, om patienten kan lukke sin bækkenbund eller ej, og er et godt redskab til at undersøge om patienten bruger sine bækkenbundsmuskler funktionelt. Som ved andre manuelle undersøgelser er der risiko for mange ►

blå bog

Ulla Due blev fysioterapeut i 1992. Blev efter nogle kortvarige vikariater i Århus ansat på Hvidovre Hospital, hvor hun siden har arbejdet med gynækologisk og obstetriske patienter. Udover sit faste arbejde på hospitalet arbejder Ulla Due på specialklinik for gynækologisk og obstetriske fysioterapi i København. Ulla Due er formand for fagforum for Gynækologisk og obstetriske fysioterapi. Hun har gennemført en Master

of Science i Fysioterapi ved universitetet i Lund. Ulla Due blev i 2006 specialist i muskuloskeletal fysioterapi. Hun er medforfatter på flere håndbøger og har skrevet flere artikler alene eller som medforfatter. Ulla Due oversatte i 2004 de hollandske retningslinjer for den fysioterapeutiske undersøgelse og behandling af patienter med stressinkontinens. Retningslinjerne kan downloades fra ffy.dk/kliniske_retningslinjer.

- ▶ fejlkilder, idet det man ikke kan være helt sikker på, at den muskelspænding, man mærker, kun skyldes en aktivering af bækkenbundsmusklerne. Det er derfor vigtigt, at man samtidig med palpationen holder øje med om patienten anvender andre muskler i forsøget på at knibe

Der er i dag flere kendte måleredskaber til kvantitativt at undersøge/måle bækkenbundsmusklerne funktion, men intet måleredskab kan stå alene, og hvert måleredskab har sine begrænsninger og sine fejlkilder (Kari Bø 2005).

BEHANDLING

Hver enkelt patient bliver undersøgt og får et træningsprogram, som passer til hende eller ham. I udarbejdelsen af træningsprogrammet er det vigtigt at få alle træningsaspekter med og på et niveau, som den enkelte kan honorere. Det er vigtigt, at patienterne oplever succes, og derfor går man efter det mest overskuelige og simple træningsprogram i starten med afmålt daglig tidsforbrug og anstrengelsesgrad.

Oftest starter træningsforløbet med at fokusere på det korrekte knib, og samtidig trænes dynamisk og statisk udholdenhed. Styrketræning kommer oftest først senere i forløbet.

Patienten instrueres i middelkraftige kontraktioner (<50-60 procent af maksimal styrke). Dette giver patienten overskud til at koncentrere sig om at lave et korrekt knib uden unødigt aktivering af muskelsynergier, hvilket gør arbejdet med at knibe mindre anstrengende. Patienten skal kunne trække vejret, tale eller lignende samtidig, og det skal ikke give smerter i ansigt eller ryg m.m. Der trænes efter overload-princippet, men med udgangspunkt i kvaliteten af knibet.

Koordination og aktivering af bækkenbunden under almindelige dagligdags aktiviteter indtænkes fra starten, idet patienterne går ud af lokalet og tilbage til deres normale liv, uanset om de kan knibe eller ej. Hvis patienterne i det mindste får skænket bækkenbunden en tanke, inden de løfter indkøbsposerne, trænes der på, at de siden hen får styrken til at lukke også.

Hurtig aktivering af bækkenbunden indøves derfor også fra start, idet man skal kunne nå at spænde sine bækkenbundsmuskler, når man mærker at der er optræk til et host (Miller 1998).

Biofeedback anvendes ofte, fordi det er et fantastisk pædagogisk virkemiddel (på trods af usikkerheder), idet man her kan sætte en sensor vaginalt eller analt,

og kvinden kan både se og høre (og mærke) at hun kniber. Man kan f.eks. få kvinden til at rejse og sætte sig, gå på trapper, løfte, hoppe i trampolin m.m.

Som en del af den funktionelle træning indøves aktivering af m. transversus abdominis sammen med korrekt holdning og løfte-bæreteknik, men fokus er altid at få bækkenbundsmusklerne aktiveret først, idet de som regel er det svageste led i kæden.

Nogle kvinder har glæde af eller ønsker selv at deltage på et bækkenbundshold, andre vil hellere træne selv og komme til en månedlig kontrol. Forløbene varer fra få konsultationer inden for to måneder op til mere end seks måneder.

ALLE LÆRTE AT KNIBE

Alle tre kvinder lærte at knibe. Kvinden i case tre opnåede et svagt men korrekt knib. Svagheden skyldes den manglende muskelfylde. Hvor god hun bliver til at knibe er uvist, men man skal rose hende for det store arbejde, hun gør. Selv et svagt knib kan ofte undertrykke vandladningstrang. Hvordan kvinden har det om ti år, kan jeg ikke vide, men det gælder selvfølgelig også de andre kvinder.

Det har jo desværre vist sig, at mange kvinder holder op med at træne, når de synes, de har det godt (ligesom mange holder op med at træne deres ryg- og mavemuskler, når de ikke har ondt i ryggen mere).

MANGE HAR SVÆRT VED KNIB

En vigtig grund til at undersøge knibefunktionen hos patienter, som kommer med et problem relateret til bækkenbundsmusklerne, er, at man har fundet, at op mod 30 procent ikke er i stand til at fremkalde et korrekt knib efter verbal instruktion (Bump 1991 m.fl.).

I et studie fra 2002 af Judith A. Thompson et al. instruerede man kvinder med kendte dysfunktioner af bækkenbunden verbalt i at knibe ("lukke musklerne rundt om skeden"). Kvinderne var enten inkontinente for urin eller afføring (med eller uden underlivs prolaps eller havde underlivs prolaps uden inkontinens). Kun 38 procent af kvinderne i studiet kunne udføre et korrekt knib, mens 43 procent pressede bækkenbunden nedad, og 19 procent ikke havde nogen synlig bevægelse af bækkenbunden.

I et senere studie så man, at inkontinente kvinder, som pressede bækkenbunden nedad, når de forsøgte at knibe, spændte overdrevent i bryst og mavemusklene, muligvis i et forsøg på at kompensere for det manglende knib.

En af vigtige konklusioner ud fra ovennævnte studier er, at man bør holde øje med kvaliteten af knibet, og

fakta om...

På fysio.dk/artikelbilag kan du finde en kort gennemgang af de anatomiske forhold i bækkenbunden.

at man skal sørge for, at "svage" knibere undgår at bruge forkerte muskelaktiveringsstrategier. Fysioterapeuten skal derfor sikre sig, at knibet foregår korrekt, og at der blandt andet er en normal vejtrækning, så et øget pres på bækkenbunden på grund af et øget intra-abdominalt tryk undgås.

Kvinderne i de tre cases var meget i tvivl om, hvordan de skulle knibe. To af kvinderne troede at de aktiverede bækkenbundsmuslerne, når de sugede maven ind eller lavede bækkenløft, og den tredje kvinde forsøgte at spænde sædemuslerne. Det var først, da kvinderne blev undersøgt og specifikt instrueret, at de fandt ud af, hvordan de fik fat i bækkenbundsmuslerne frem for andre store muskelgrupper. Det i sig selv er en vigtig grund til, at bækkenbundstræning bør udføres specifikt og nøje overvåget, især når man har med patienter at gøre.

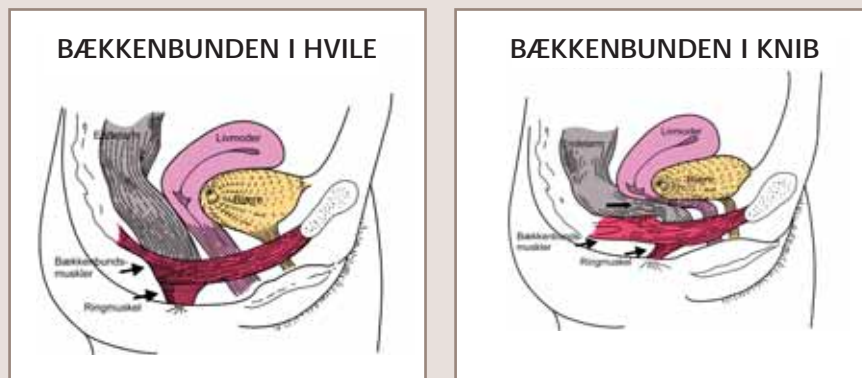
Et studie med anvendelse af ultralydsscanning (trans-abdominalt) gennemført af Kari Bø et al viste, at seks ud af 20 kvinder (dygtige, kropsbevidste fysioterapeuter, som umiddelbart, på nær én, kunne knibe korrekt) pressede bækkenbunden nedad, når de aktiverede m. transversus abdominis. Fire af kvinderne kunne korrigere den forkerte bevægelse ved at fremkalde et bevidst knib, lige efter og mens de stadig spændte m. transversus abdominis. Men to af kvinderne pressede bækkenbunden længere ned, selvom de forsøgte at knibe. Samme studie viste, at en regulær knibekommando gav et mere effektivt knib, end en kommando om at aktivere m. transversus abdominis alene eller sammen med bækkenbundsmuslerne.

FÅR IKKE DEN RETTE HJÆLP

Inkontinens er et udbredt problem blandt den voksne befolkning. Det er samtidig et stort tabu, og mange søger ikke eller tilbydes ikke den hjælp, de har brug for.

I et østrigsk studie fra 2000 angav 65,7 procent af kvinderne og 58,3 procent af mændene, at deres urininkontinens påvirkede deres livskvalitet i negativ retning, og 25,1-30,5 procent angav, at deres sexliv var påvirket på grund af urininkontinens, men kun 5,1 procent af kvinderne og 16,1 procent af mændene havde søgt hjælp ("Urinary Incontinence in Both Sexes" Temml C. 2000).

De kvinder, der er beskrevet i denne artikel, har haft problemer længe, før de fik den hjælp de havde brug for. De har spildt mange år, når vi nu ved, at vi med simple midler kan lære de fleste at knibe korrekt. 62 procent i førnævnte studie af Thompson, lærte at knibe ved hjælp af individuel biofeedbacktræning.



En specialuddannet fysioterapeut kan undersøge knibefunktionen og instruere i korrekt knibeteknik. For at dette skal komme patienterne til gode, skylder vi som fysioterapeuter at fortælle patienterne om denne mulighed.

Tak til professor og fysioterapeut Kari Bø for hendes inspirerende og veludførte forskning. ■

FORSLAG TIL LITTERATUR

Thompson JA, O'sullivan PB, Briffa NK, Neumann P. Assessment of voluntary pelvic floor muscle contraction in continent and incontinent women using transperineal ultrasound, manual muscle testing and vaginal squeeze pressure measurements. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2006 Mar 11.

Thompson JA, O'Sullivan PB, Briffa NK, Neumann P. Differences in muscle activation patterns during pelvic floor muscle contraction and Valsalva maneuver. *Neurourol Urodyn.* 2006;25(2):148-55.

Bo K, Sherburn M, Allen T. Transabdominal ultrasound measurement of pelvic floor muscle activity when activated directly or via a transversus abdominis muscle contraction. *Neurourol Urodyn.* 2003;22(6):582-8.

Bo K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2004 Mar-Apr;15(2):76-84. Epub 2004 Jan, 24. Review.

Hay-Smith EJ, Dumoulin C. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1) Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women.

Yderligere referencer kan fås hos forfatteren. ulla.due@get2net.dk



Evolution kontra revolution

De praktiserendes kontaktpersoner vil gerne være med til ændringer i sektoren. Men de skal ikke være ret store

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO SONNICH JENSEN

”Kan vi nu ikke bare kigge hinanden i øjnene og sige ja eller nej til, om der er behov for ændringer uden at komme med vores eget partsindlæg?”

Regionsformand i Midtjylland Tina Frank Johnsen tabte for en stund tålmodigheden med den debatlystne forsamling af praktiserendes kontaktpersoner, da disse var forsamlet til årskonference i Ebeltoft. De praktiserendes kontaktpersoner er det nærmeste, man i praksissektoren kommer en tillidsrepræsentant.

På dagsordenen var blandt andet forholdet mellem ejere og lejere i praksissektoren, med baggrund i en undersøgelse blandt Danske Fysioterapeuters medlem-

mer i sektoren.

Undersøgelsen viser blandt andet, at tilfredsheden med ejer-/lejerkonstruktionen er langt større blandt

ejerne end blandt lejerne, og formand Johnny Kuhr var kommet til Ebeltoft med undersøgelsen i bagagen og iklædt et ønske om at få kontaktpersonernes opbakning til, at der skulle ske ændringer.

”Hvor går vores smertegrænse som forening for, hvor mange medlemmer der må være utilfredse? Er det en rimelig forhandlingssituation for en lejer, når han kan blive strittet ud, hvis han ikke accepterer en lejestigning”, spurgte Johnny Kuhr blandt andet.

IKKE NOGET RIVENDE GALT

En uforbeholden opbakning til ændringer i balanceforholdet mellem ejere og lejere fik formanden ikke fra de forsamlede kontaktpersoner, der hovedsagligt bestod af ejere.

Per Friis Madsen, der er klinikejer på Fyn roste initiativet i medlemsundersøgelsen, men anfægtede, at dens resultater skulle give anledning til store ændringer.

indgang

■ De praktiserendes kontaktpersoner er det nærmeste, man i praksissektoren kommer en tillidsrepræsentant. Kontaktpersonerne vælges på årsmøderne for alle praktiserende, der finder sted i regionerne. Både ejere, lejere og ansatte kan vælges som kontaktpersoner.

"Jeg tolker ikke undersøgelsen, som at der er noget rivende galt, fordi 75 procent mener, der er noget, der er både godt og dårligt. Prøv at spørge på hospitalerne, hvor tilfredse *de er*", sagde Per Friis Madsen blandt andet. Han tilføjede, at undersøgelsen dog trods alt er et bedre grundlag at basere foreningens politik på end henvendelser vedrørende enkeltsager til sekretariatet og debatten på fysio.dk.

PIL IKKE VED YDERNUMMERET

Det var særligt Johnny Kuhrs luften af et forslag om at knytte fremtidige ydernumre til yderens person i stedet for klinikens adresse, der blev mødt med skepsis.

Birgitte Drewsen, lejer i Hundested, fandt det problematisk af hensyn til praksisplanlægningen, men også fordi det kan skabe forskelle lejerne imellem, hvis klinikkerne søger at lokke lejere med eget ydernummer til sig. Og hun så endnu et problem:

"Jeg kan godt se, der kan være skævheder, men det er farligt at begynde at rokke ved ydernummerets tilhørsforhold. Så holder ejerne op med at lave store klinikker, og så er jeg måske tilbage til mine gardiner".

Nervøsiteten før, at en ændring af fremtidige ydernumres tilhørsforhold kan gå ud over kvaliteten gik igen i flere efterfølgende indlæg, blandt andre fra Per Friis Madsen:

"Vi er lykkedes med projektet at få højnet kvaliteten på klinikkerne. Det må vi ikke sætte over styr. Jo, der skal forandringer til, men der er behov for en evolution, ikke en revolution", sagde han.

Også Tonny Nedergaard, klinikejer på Mors, ville gerne være med til ændringer, men advarede mod at gå for voldsomt frem:

"Det er ærgerligt, at formanden kommer med det forslag om ydernumrene allerede i sidste nummer af Fysioterapeuten. Han puster til en ild, der kan blive til en kæmpe brand".

Johnny Kuhr skyndte sig at sige, at der ikke var tale om et færdigt forslag.

"Det var et udspil. Jeg *spørger* jo netop, hvad I synes. Der er ikke tale om, at vi vil revolutionere noget som helst. Der er flere, der har ringet efter mine udtalelser i Fysioterapeuten og spurgt, om jeg var i gang med at lægge en bombe under hele systemet. Det kan jeg sige klart nej til. Vi ændrer ikke ved de eksisterende ydernumres tilhørsforhold, ligesom vi også har sagt klart, at vi ikke kan gå ind for fri nedsættelsesret, fordi det vil gå ud over kvaliteten. Men der er behov for ændringer. Ansvar og rettigheder må følges ad. En lejer er selvstændigt ansvarlig for aktiviteten på et

SAGEN KORT FORTALT

Debatten vedrørende forholdet mellem ejere og lejere er ikke ny, men fik et comeback, da Konkurrencestyrelsen i sin årlige redegørelse argumenterede for en afskaffelse af praksisreguleringen. Det førte til en til tider ophedet debat på fysio.dk om ydernummerets tilhørsforhold. Her argumenterede flere lejere for, at så længe ydernummeret kapacitetsmæssigt er tilknyttet klinikadressen, er der et ulige balanceforhold mellem ejere og lejere.

Sideløbende med debatten på fysio.dk gennemførte Danske Fysioterapeuter en undersøgelse blandt foreningens medlemmer i praksissektoren. Ifølge undersøgelsen (omtalt i Fysioterapeuten nr. 15) foretrækker otte ud af 10 lejere at være selvstændige lejere frem for ansatte, men mindre end hver fjerde lejer vurderer ejer-/lejerkonstruktionen som "god" eller "overvejende god", mens lidt mere end hver fjerde mener, den er dårlig eller overvejende dårlig, og godt halvdelen giver karakteren både god og dårlig.

Hovedbestyrelsen drøftede undersøgelsen på sit møde i august og besluttede på den baggrund, at foreningen blandt andet skal arbejde for, at standardkontrakterne udformes, så lejerne sikres en ligeværdig status som selvstændige i forhold til klinikejerne. Desuden mener hovedbestyrelsen, at der skal stilles overenskomstkrav, der kan styrke lejerne retsstilling, og at kriterierne for tildeling af ydernumre bør ændres, så faglige kriterier vægtes højere end geografi, så nye ydernumre i mindre grad gives til etablerede klinikker.

I et interview i Fysioterapeuten (nr. 15) luftede formand Johnny Kuhr endvidere en ide om at ændre ved *fremtidige* ydernumres tilhørsforhold, så de tilknyttedes den enkelte yder og ikke bindes til klinikadressen.

Læs mere i Fysioterapeuten nr. 15 og 16 og følg med i debatten på www.fysio.dk

ydernummer og må nødvendigvis kunne disponere derefter".

LEJERENS EGET ANSVAR

Johnny Kuhr bygger sin opfattelse af, at ansvar og rettigheder ikke altid følges ad, blandt andet på medlemsundersøgelsen. Ifølge undersøgelsen mener halvdelen af ejerne, at klinikejeren bør kunne stille krav om, hvor mange patienter fysioterapeuten skal behandle pr. time. ▶



- ▶ Det fremgår af overenskomsten, at den enkelte yder selv er ansvarlig i forhold til sygesikringen, men det er åbenbart ikke tydeligt nok, og der var flere blandt de tilstedeværende i Ebeltoft, der udtrykte forundring over, at de ikke med hjemmel i overenskomsten kan kræve et vist fremmøde af deres lejere.

"Klinikken er vel ansvarlig for, om den tildelte kapacitet bliver brugt?", spurgte en, mens en anden ville vide, om hendes lejer kunne tage et fuldtidsjob uden for klinikken og så kun bruge sit ydernummer i det omfang, hun havde brug for at supplere sin indtægt.

For at komme den slags spørgsmål til livs har hovedbestyrelsen lagt op til, at lejerens dispositionsret tydeliggøres i den kommende overenskomst.

Per Norman Jørgensen, klinikejer og medlem af forhandlingsudvalget vedrørende sygesikringsoverenskomsterne frygtede, det kunne virke lige lovlig ydmygt at bede sygesikringen løse foreningens problemer.

Hertil svarede Johnny Kuhr, at overenskomsten er det eneste regulære styringsredskab, der findes, så længe der er tale om to selvstændige parter. Han lagde blandt andet op til, at der i overenskomsten kunne indlægges en længere karenstid for opsigelse af ydernumre, så lejere, der er faldet i unåde ikke umiddelbart kan erstattes af nye. Desuden blev det foreslået at lade ydernummerregistrering være forudsat en godkendelse af kontrakten mellem ejer og lejer.

Per Friis Madsen advarede mod at gøre det for bøvlet at have lejere: "Jeg er nervøs for, at man kommer til at presse tilfredse lejere over på ansættelseskontrakter, fordi det bliver for svært at have lejere".

fakta om...

Lejernes repræsentation i Danske Fysioterapeuter

Der er 1145 lejere i praksissektoren, og 649 ejere. Der er 5 lejere blandt de 30 praktiserendes kontaktpersoner. Af de 20 praktiserende medlemmer i regionsbestyrelserne er 6 lejere. 3 lejere er medlemmer af repræsentantskabet, hvor der er 14 ejere.

HVOR ER LEJERNE?

Inge Nordheim, klinikejer i Vejle, undrede sig over lejernes manglende tilstedeværelse. Ikke kun i kredsen af kontaktpersoner, men også i andre organisatoriske sammenhænge.

"Hvor er lejerne? Hvis man vil have indflydelse, må man da gå derhen hvor man kan få den", mente hun.

"Det hænger måske sammen med, at lejerne ikke rigtig synes, det er deres forening", replicerede Tyge Sigsgaard Larsen, selv lejer i Augustenborg.

Også Johnny Kuhr mente, den manglende lejer-tilstedeværelse i diverse fora kunne hænge sammen med det, han kaldte, "en fornemmelse af manglende aktier i foretagendet".

"Lejerne er underrepræsenterede i de politiske organer. Vi kan lave alverdens løsninger, men hvis ikke lejerne føler tillid til vores løsninger, har vi et demokratisk problem, uanset om vi kan sige, det er deres egen skyld. Hvis ikke lejerne stiller op, må vi tvinge dem", sagde formanden. ■

MISBRUG AF DOMINERENDE STILLING

Hvad kan man gøre ved en ejer, der presser sin lejer til at overtræde overenskomsten? Svar: Ikke noget, for lejereren disponerer ifølge overenskomsten selvstændigt over sit ydernummer og har dermed selvstændigt ansvar over for sygesikringen.

På årskonferencen for kontaktpersoner og samarbejdsudvalgsmedlemmer blev der derfor efterlyst en mulighed for også at kunne stille en ejer til ansvar i sådanne tilfælde.

Et af de mere grelle eksempler på en klinikejer, der mener sig i sin gode ret til at disponere over en lejers ydernummer er i følgende eksempel:

En lejer blev af sin klinikejer pålagt at opkræve flere tillæg for særlig tidskrævende indsats, og i øvrigt ikke afslutte patienterne så hurtigt. Klinikejeren var ikke utilfreds med lejerens arbejdsindsats, men meddelte lejereren, at en højere indtjening var en forudsætning, hvis hun ville fortsætte på klinikken.

I henhold til overenskomsten kan der opkræves *'tillæg for særlig tidskrævende indsats'*, hvis patienten lider af kommunikationsbesvær, spasticitet, tabt gang- eller muskelatrofi, omfattende koordinationsforstyrrelser, multiple kontrakturer eller multiple ledaffektioner, der medfører et øget tidsforbrug i behandlingen.

På den pågældende klinik blev opkrævet tillæg for særlig tidskrævende indsats for 50 procent af behandlingerne. Normen var, at hver fysioterapeut havde to brikke til deres rådighed. Den ene briks blev brugt til behandling, hvorefter patienten blev efterladt alene med en varm pakning eller kortbølge i ca. 15-20 min. I gennemsnit brugte fysioterapeuten 20-25 min. hos hver patient og havde to behandlinger i timen.

Der var således ikke tale om, at behandlingerne medførte et øget tidsforbrug for fysioterapeuten. At patienterne tilbragte mere tid på klinikken pga. de varme pakninger er ikke i sig selv et argument for at kunne opkræve tillæg.

Af det samlede antal fysioterapeutiske normalbehandling i praksissektoren, opkræves der i gennemsnit tillæg for særlig tidskrævende indsats ved 8,7 procent af behandlingerne. Og altså langt fra de 50 procent, der var tilfældet på den pågældende klinik.

Klinikejerens forsøg på at presse lejereren til at omgå overenskomsten endte med, at lejereren blev opsagt. Lejereren har efterfølgende rettet henvendelse til Sygesikringen i det pågældende amt, og sagen behandles på det næste møde i Samarbejdsudvalget.

FÅ INDFLYDELSE PÅ OVERENSKOMSTEN!

Synes man som lejer, at det er ejerne, der bestemmer det hele, eller mener man som ejer, at lejerne har sat sig på debatten, er der nu en mulighed for at give sit besyv med.

De kommende regionale årsmøder for praktiserende er for alle i sektoren, dvs. både ejere, lejere og ansatte. Og det er her, man skal møde op, hvis man vil have indflydelse på de kommende overenskomstforhandlinger med sygesikringen.

Foruden diskussion af forslag og indsamling af krav til overenskomsten er der på møderne valg af kontaktpersoner og medlemmer af de regionale samarbejdsudvalg.

Møderne giver desuden anledning til erfaringsudveksling og mulighed for netværksdannelse klinikkerne imellem i forhold til kommunalreformen.

Alle praktiserende opfordres til at dukke op og give deres bidrag til debatten om praksissektoren.

HOVEDSTADEN:

Tid: Mandag den 6. november kl. 19.

Sted: Amtssygehuset i Glostrup, Nordre Ringvej 57, Glostrup, auditorium C.

SJÆLLAND:

Tid: Onsdag den 25. oktober kl. 19 - 22.

Sted: Regionskontoret Valbyvej 65, Slagelse.

Tilmelding på Regionskontoret mail: :
lise.hansen@fysio.dk

SYDDANMARK:

Tid: Tirsdag den 31. oktober kl. 18.30 – 21.

Sted: Kolding bibliotek, Slotssøvejen 4, Kolding. Der serveres en sandwich fra klokken 18 til 18.30.

Tilmelding nødvendig på e-mail: ingenordheim@mail.dk, senest d. 26. oktober.

MIDTJYLLAND:

Tid: Mandag den 30. oktober kl. 19 – 21.30.

Sted: Medborgerhuset, Søvej 3, Silkeborg.

Tilmelding: Ikke nødvendig.

NORDJYLLAND:

Tid: Torsdag den 2. november kl. 19-21.30

Sted: Regionskontoret Sofiensdalsvej 3, Ålborg.

For yderligere oplysninger: Se kalenderen side 34.

Fortsat livlig debat om ejere og lejere på fysio.dk. Læs udpluk af debatten her

Bente Skare Hansen:

@ Det er med undren, at jeg læser, at klinikejeren stort set ikke bør stille krav til indlejeren. Selvstændigt erhvervsdrivende, der arbejder under samme tag, udarbejder nogle retningslinier for, hvorledes samarbejdet skal foregå. Det er vist god latin i den virkelige verden. Måske man skulle prøve at se indlejerkontraktens punkter som en sikring af indlejers forretning i stedet for et forsøg på utidig indblanding fra ejers side. Når en gruppe af fysioterapeuter driver klinik fra X-købings Fysioterapi, er den enkelte fysioterapeut ikke blot repræsentant for sin egen lille klinik, men er samtidig repræsentant for de øvrige af klinikkens fysioterapeuter. Derfor er det vigtigt, at en indlejer kan regne med, at visse forpligtigelser bliver opfyldt fra kollegers side. Det kan være en vis faglig standard, et bestemt serviceniveau i form af åbningstider, det kan være beklædningsstandard, eller hvorledes annoncering og skiltning bør foregå. Det kan undre mig, at en stor gruppe fysioterapeuter kræver at få status som rigtige selvstændige og samtidig vil have DF til at udfærdige kontrakter til brug for indgåelse af aftaler om indleje. Jeg mener, at en status som selvstændig netop indebærer, at man kan sætte sig ud over direktiver fra en forening, mødes og skabe aftaler, der er unikke og optimale for det aktuelle samarbejde.

Janne Kock:

@ I dag er det mit indtryk, at mange indlejere ikke er klar over, hvor stort et arbejde, vi andre lægger i det, og jeg må også spørge mig selv, hvor længe jeg gider blive ved med at være igangsat over for indlejere, som ofte kun vil have goderne og ikke ulemperne og ansvaret. Jeg har nu fået det råd fra DF, at jeg bør lave ansættelser i stedet for indlejerkontrakter, fordi det så er nemmere at sætte dagsorden. Jeg vil derfor gerne høre fra ansatte på klinikker omkring deres arbejdsforhold - både fordele og ulemper samt fra klinikejere fra disse steder.

John Jensen:

@ DF forsøger at dæmpe debatten og tilgodese de utilfredse indlejere med, at der vil komme:

1. nye standardkontrakter, 2. nye ydernumre skal følge personen.
 3. workshops om hvordan systemet kan ændres.
- Udmærkede tiltag, hvis det ikke lige var fordi: Ad.1. Selvom der findes en standardkontrakt, behøver klinikejerne ikke følge den, og de kan behandle deres indlejere, som de vil, fordi de er selvstændige...
Ad.2. Hvor mange nye ydernumre er det lige der bliver givet om året...?
Ad.3. Workshops hvor ejere og indlejere skal sidde sammen og diskutere fremtiden på kli-

nikkerne. Gad vide, hvem der kommer til at styre den debat...? Det er alt for vage tiltag, og DF har efterhånden spillet fallit i den her debat. Man burde splitte fagforeningen op eller i det mindste lave en subgruppering, så ejere og indlejere ikke blev repræsenteret af de samme folk.

Kirsten Thoke:

@ Det er med stigende bekymring, jeg ser debatten udvikle sig til et internt opgør mellem ejere og indlejere, og inden I får arrangeret alt for mange workshops og møder jer imellem, vil jeg lige sende en reminder om, at hovedparten af DF's medlemmer lige p.t. befinder sig i den offentlige sektor eller er under uddannelse, men ikke desto mindre har en væsentlig interesse i hvordan privatsektoren er bygget op. Der er mange nyuddannede eller offentligt ansatte, der af forskellige årsager - kompetenceudvikling, luftforandring, behovet for at tjene en højere løn i en periode, afprøvning af om det er "noget for mig" - i en kortere eller længere periode får arbejde på en klinik. En mulighed, vi er glade for, og som giver vores uddannelse flere valgmuligheder. Vi er muligvis en irriterende tredjepart at få ind i debatten - vi er vant til en lille fast løn, ligegyldigt hvor stærkt vi løber, vi er vant til en overfys og sygehusdirektør, der tjener

en del mere end os, selv om de "bare" er administrative, vi er vant til at få dikteret weekend og aftenarbejde ... omvendt er vi også vant til ordnede forhold, tillæg på skæve tidspunkter og ved overarbejde, en overenskomst, der beskytter i mange situationer, MUS-samtaler og medindflydelsessystem og en tillidsrepræsentant, der kan være ens talerør ved uacceptable vilkår. Ligegyldigt hvad, udgør vi en stor procentdel af DF, har interesse i foreningens forskellige sektorer og vil gerne inviteres med som et par "neglerødder" i fremtidens debat.

Jeppie Alber

@ Fraktionen af Praktiserende Fysioterapeuters nye formand, Marianne Kongsgaard, udtaler (i et interview i Fysioterapeuten nr. 16, red) : "Alt for mange klinikker forsømmer at lave en overordnet strategi, så alle arbejder efter fælles mål...", og hun fortsætter med, at det hun efterlyser, er "virksomhedsledelse". Marianne Kongsgaard rammer hovedet lige på sømmet if. til nærværende debat. Endnu engang har vi et eksempel på, at en klinikejer, som oven i købet også er formand i PF, ikke formår at forstå, at der på en klinik er lige så mange virksomheder, som der er ydere.

Læs Marianne Kongsgaards svar og læs de øvrige indlæg i deres fulde længde på fysio.dk

Ydernummerdebatten set i et nyt perspektiv

Mens vi debatterer på fysio.dk på en måde, så ikke alle efterhånden kan være i stue/forening sammen, så afgøres vores arbejdsbetingelser undertiden andre steder

DEBATINDLÆG AF:
FYSIOTERAPEUT DORTE PETERSEN

Som inspiration til en mere nuanceret ydernummerdebat vil jeg gøre opmærksom på et eksamensprojekt, som tre jurastuderende har lavet i foråret 2006. Materialet er indsamlet i anden halvdel af 2005. Projektet benævnes Fysioterapi-projektet og omhandler fysioterapeuters etableringsmuligheder.

Projektet gennemgår bl.a. den lovgivning, der er omkring vores forening Danske Fysioterapeuter, lovgivningen omkring overenskomsten med den offentlige sygesikring, ydernummersystemets kapacitetsbegrænsning, Danske Fysioterapeuters eksklusivaftale med den offentlige sygesikring og endelig fysioterapeuters konkurrencebegrænsning.

Som eksempel på, hvor hurtigt verden - og hermed vores arbejdsforhold - ændrer sig, kan nævnes, at eksklusiv aftaler som bekendt ophæves pr. 1 januar 2007. Dette sker efter en EU afgørelse i en helt anden sammenhæng, hvorefter Folketinget ved lov har forbudt eksklusivaftaler i Danmark med virkning fra 1. januar.

Danske Fysioterapeuter og den offentlige sygesikring har i årevis været enige om denne praktiske foranstaltning med eksklusivaftale. Danske Fysioterapeuter var sikre på at have fysioterapeuter, der arbejder på sygesikringsoverenskomsten som medlemmer, Sygesik-

ringen var sikre på, at fysioterapeuter, der var tilmeldt overenskomsten havde uddannelse og autorisation i orden. Og der var kun to parter at forhandle mellem. En noget-for-noget-ordning. Men fra 1. januar er det slut.

På samme måde kan der også stilles spørgsmål til brugen af ydernumre på den måde, som det kendes i dag, set i et perspektiv med at sikre den frie konkurrence. Her kunne den gældende praksis på området muligvis kollideres med EU-lovgivningen om fri konkurrence. Men læs selv.

Fysioterapiprojektet ligger på Fraktionen af Frie Fysioterapeuters hjemmeside www.3fys.dk.

Jeg vil specielt henlede opmærksomheden på projektets afsnit 7 ydernummersystemets kapacitetsbegrænsning (side 40-46) og afsnit 8 fysioterapeuters konkurrencebegrænsning (side 47-52).

Mens vi debatterer på fysio.dk på en måde, så ikke alle efterhånden kan være i stue/forening sammen, så afgøres vores arbejdsbetingelser undertiden andre steder. Her kunne man også kaste et blik for ikke pludseligt at risikere at blive overhalet indenom.

mail@systemfysio.dk



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. 19 udkommer 3. november.

Deadline for debat: 19. oktober.



I ved hvor I kan finde os

– men hvor finder vi Jer i 2007?

Vi ved at fremtiden for mange af Jer vil blive fyldt med spændende og krævende udfordringer. I denne situation er det vigtigt for os at kunne yde den optimale service til vores kunder. Derfor ønsker vi at vide, hvor netop din nye arbejdsplads bliver efter januar 2007.

Har I behov for nyt brochuremateriale – ønsker I information omkring nyheder, tilbud om kurser eller konsulentbesøg? Uanset om du skifter eller forbliver på din nuværende arbejdsplads så udfyld nedenstående slip og ”modtag en gratis vinkelmåler”.

Indsend nedenstående kupon, porto er betalt!
 Eller udfyld blanketten på vores hjemmeside
www.campscandinavia.se

mail.denmark@camp.dk

Modtag en gratis vinkelmåler



Navn/Titel: _____

Arbejdssted: _____

Gade: _____

Postnr: _____

By: _____

Tlf.Nr: _____

Fax: _____

Email: _____

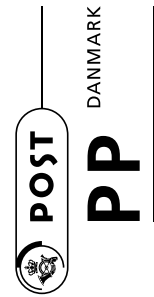
Ønsker opringning.

CAMP Scandinavia A/S, Vallensbækvej 22 B, 2605 Brøndby



Sendes ufrankeret
 Modtageren
 betaler porto

CAMP Scandinavia A/S
 +++ 9619 +++
 2605 Brøndby



Maskinel Magasinpost
 ID NR. 42137

Afsender:
 Postbox 7777
 7000 Fredericia