



## Klinisk kvarter

Akupunktur er en relevant behandlingsmetode til lænderygsmerter.  
Side 20

# Fysioterapeuten

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



## Borgeren er i centrum

På genoptræningscenteret Skovbrynet bruger ergo- og fysioterapeuter samme begrebsmodel.

SIDE 4

### Artikler

#### Interviewredskab gør det lettere at sætte borgeren i centrum



Indførelsen af Canadian Occupational Performance Measure har givet terapeuterne et fagligt løft, og det er blevet lettere at samarbejde om at løse borgerens aktivitetsproblemer.

4

#### ICF har to overordnede anvendelsesmuligheder



Som begrebsramme er ICF en gevinst i den daglige praksis, men i forskningen, og når der skal træffes sundhedspolitiske beslutninger, er der behov for klassifikationens enkelhed.

12

#### Akupunktur til lænderygsbesvær

Et klinisk kvarter i selskab med specialist i muskuloskeletal fysioterapi Bjarne Rittig-Rasmussen.

20

#### Statistik hjælper med at træffe kliniske valg



Hvad skal der til, for at en behandlingsform kan anbefales i den daglige klinik? Læs om redskaber til at forstå og fortolke forskningsresultater.

23

#### Nyt debatforum på fysio.dk

Et længe efterspurgt, nyt og mere brugervenligt debatforum har set dagens lys på fysio.dk.

28



Hilda

"I min alder er vernerne døde og mine børn har jo nok at se til. Så det er dejligt jeg har mit lokalcenter med gymnastik og handarbejde. Hvor skal jeg ellers gå hen? Det er alt for ensomt at sidde foran fjernsynet hele dagen."

Hilda, 86 år

#### Kærlig hilsen fra terapeuterne

"Vi har ikke den samme tradition for røde faner som pædagogerne, så vi valgte at skrive postkort til politikerne", fortæller Elise Kirkeby, tillidsrepræsentant på Lokalcenter Møllestien i Århus Kommune. Det er ikke kun børneområdet, der må holde for i Århus: Byrådet besluttede at spare 120 millioner kroner på trænings- og aktivitetsområdet. Postkortene var en personlig hilsen fra fysio- og ergoterapeuter i kommunen til politikerne i byrådet. "Det var en markering, selvom vi godt ved, at det ikke ændrer noget", siger Elise Kirkeby, der dog glæder sig meget over den store opbakning til aktionen blandt kollegerne. Terapeuterne har i gennemsnit skrevet fire postkort hver til de århusianske politikere.



### Det faste

DFnyt	11
Fysnyt	19,29,32
Litteratur	24
Debat	31
Kalender	33
Uddannelse	36
Job	40

## Indflydelse på sektoren



**FORSIDE:**  
JENS PANDURO/POLFOTO

Udgiver:  
Danske Fysioterapeuter  
Nørre Voldgade 90  
1358 København K

Telefon 33 41 46 20

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

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

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

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

Kontrolleret oplag 9.868  
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



Af Johnny Kuhr  
*formand for  
Danske  
Fysioterapeuter*

Så er det nu, hvis du er praktiserende fysioterapeut og vil have direkte indflydelse på, hvordan forholdene i praksissektoren skal udvikle sig. Hvert tredje år forhandler Danske Fysioterapeuter overenskomst med Sygesikringen. Forud for forhandlingerne skal der være debat mellem medlemmerne i praksissektoren om, hvilke krav foreningen skal fremføre. Derfor inviteres alle ejere, lejere og ansatte i sektoren til at deltage i debatten og byde ind med forslag.

For at sikre, at debatten bliver så konstruktiv som mulig, og alle har mulighed for at komme til orde, er der lagt en køreplan. Inden længe sender foreningen et debatoplæg til samtlige praktiserende tilmeldt sygesikringsoverenskomsten. Debatoplægget rejser en række spørgsmål og tematiserer emner, der kan kaste krav af sig til den kommende overenskomstforhandling.

Debatoplægget skal bruges i forbindelse med de kravindsamlingsmøder, der afholdes i alle regioner i løbet af oktober og november måned. Møderne er medlemmernes mulighed for et udpege de krav, som forhandlingsudvalget og hovedbestyrelsen skal arbejde for at få indfriet. Derfor er det vigtigt, at så mange som muligt møder op for at give foreningen det stærkest mulige mandat at arbejde videre med. Der vil endvidere blive oprettet et tema i det nye debatforum på fysio.dk, hvor man kan komme med sine synspunkter til de enkelte emner.

Erfaringen fra tidligere møder viser, at der plejer at være stor enighed om hovedkravene. Det tror jeg også, der vil være denne gang, når det gælder honorarer og ydelser. Men det interessante bliver selvfølgelig, hvor stor enighed der vil være, når vi bevæger os ind på spørgsmål om de fremtidige ydnumres tilhørsforhold og muligheden for at benytte overenskomsten til at skabe en bedre balance mellem ejere og lejere. Det er emner, der har været lidenskabeligt diskuteret de seneste måneder. Derfor er det heller ikke givet, at møderne vil give en enstemmig konklusion på disse områder.

Under alle omstændigheder bliver det forhandlingsudvalgets opgave at bære kravene videre. På sit seneste møde besluttede hovedbestyrelsen at udvide udvalget fra fem til syv medlemmer og ændre sammensætningen, således at der bliver bedre balance mellem repræsentanter for ejere og lejere. Eksempelvis skal fraktionen Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark udpege henholdsvis en ejer- og en lejerrepræsentant, ligesom hovedbestyrelsen har mulighed for at udpege en lejer, hvis det er nødvendigt for at sikre balancen.

Danske Fysioterapeuter og Sygesikringen har aftalt, at forhandlingerne bør være afsluttet senest den 1. september 2007.

# Interviewredskab gør det lettere at sætte borgeren i centrum

Indførelsen af Canadian Occupational Performance Measure har givet terapeuterne et fagligt løft, og det er blevet lettere at samarbejde om at løse borgerens aktivitetsproblemer

AF SUSANNE GRØN, METTE VANGSKJÆR, KRISTINE BERGGREN SMIDT OG METTE ENDAHL, GENOPTRÆNINGSCENTERET SKOVBRYNET

FOTO JENS PANDURO/POLFOTO

## indgang

■ På Genoptræningscentret Skovbrynet anvender fysioterapeuter og ergoterapeuter Canadian Occupational Performance Measure. Her fortæller de om deres erfaringer med at anvende modellen.

*Fysioterapeut Susanne Grøn, Mette Vangskjær samt ergoterapeut Kristine Berggren Smidt og Mette Endahl.*

Frederiksværk kommunes genoptræningscenter Skovbrynet valgte i 2003 at indføre COPM (Canadian Occupational Performance Measure) som samtale- og dokumentationsredskab for borgernes træningsforløb. Før implementeringen af COPM havde vi problemer med at dokumentere effekten af vores træning. Vi oplevede, at borgerne blev bedre, uden at vi reelt kunne måle det med Modificerede Barthel (Wærrens, 1989), der fokuserer på specifikke basale ADL-aktiviteter, som påklædning, forflytning mv. Vi anvendte endvidere et hjemmelavet, ikke-valideret, tilfredshedsskema.

Vi havde en opfattelse af, at vi fik glattere borgere med flere menneskelige ressourcer, men vi kunne ikke dokumentere det.

## COPM

Det canadiske materiale er en ergoterapeutisk begrebsmodel, en arbejdsprocesmodel og et interviewredskab (COPM). Begrebsmodellen illustrerer, at menneskelig aktivitetsudøvelse foregår i dynamisk samspil mellem mennesket, aktiviteter og omgivelserne.

I begrebet aktivitetsudøvelse ligger evnen til at vælge, organisere og på tilfredsstillende måde at udføre meningsfulde aktiviteter, der er kulturelt defineret og passende for alderen med henblik på at klare sig selv, nyde tilværelsen og bidrage til samfundets sociale og økonomiske struktur (Townsend, 2003).



Det canadiske materiales grundlæggende værdier og antagelser er meget kort fortalt, at aktivitet giver tilværelsen mening, og at borgere har erfaring og viden om deres aktiviteter.

COPM (Canadian Occupational Performance Measure) som interview redskab anvendes til at:

- identificere aktivitetsproblematikker inden for egen omsorg, arbejde og fritid
- prioritere aktivitetsproblematikker
- opfange ændringer i borgerens opfattelse af egen aktivitetsudøvelse og tilfredshed med de identificerede aktivitetsproblematikker





*Da Janne Knudsen startede på genoptræningen på Genoptræningscenteret Skovbrynet i Frederiksværk blev hun interviewet med COPM. Det har givet ergo- og fysioterapeuter et fælles udgangspunkt for genoptræningen.*

Vi har nu i godt to år brugt COPM som fast redskab på størstedelen af borgerne. Vi har gjort os mange positive erfaringer med implementeringen, og vi oplever at:

- terapeuternes syn på og behandling af borgerne er blevet mere helhedsorienteret.
- træningen er mere målrettet.
- vi har fået et tættere tværfagligt samarbejde.
- vi kan dokumentere, at borgerne er blevet mere glade og tilfredse med deres hverdag.

Vi er også stødt på vanskeligheder undervejs. Det kan for eksempel være svært for terapeuterne at holde sig tilbage og lade borgeren selv formulere sine aktivitets-

problemer, og nogle borgere kan ikke eller har ikke lyst til at tage stilling og medansvar for behandlingen.

#### **GENOPTRÆNINGSCENTRET SKOVBRYNET**

Genoptræningscenteret Skovbrynet i Frederiksværk blev oprettet i januar år 2000, som det første kommunale træningscenter i Frederiksværk. Vi er tre fysioterapeuter og tre ergoterapeuter.

Genoptræningscenterets målgruppe er Frederiksværks kommunes borgere fra 18 år, som har et komplekst træningsbehov efter funktionsnedsættelse. Ca. 2/3 af borgere er ældre over 67 år. ▶

- ▶ Terapeuterne på genoptræningscentret visiterer selv til træning. Ved visitationsbesøget afdækkes behovet for træning, og vi analyserer borgernes ressourcer og problemer i egne omgivelser.

I forbindelse med implementeringen af COPM har vi også indført et arbejdsredskab kaldet Logbogen (Tjørnov, 2002). Den bruges på første visitationsbesøg og danner baggrund for visitationen og det narrative COPM-interview. Logbogen er opdelt i to sider, én side til registrering af borgernes opfattelser, vurderinger og informationer og en tilsvarende side til terapeuten.

Logbogen indeholder i relation til COPM: aktivitetsproblemer, funktionsproblemer, baggrund for ansøgning/sygehistorie, problemer i omgivelserne, borgerens begrænsninger (psykisk og socialt), borgerens stærke sider og ressourcer i omgivelserne samt mål, plan og andet. Dette giver værdifulde oplysninger til COPM-interviewet ved starten af genoptræningsforløbet.

### BEGRUNDELSER FOR VALG

Vi valgte COPM, fordi vi ønskede et nyt samtale- og måleredskab for genoptræningsindsatsen, da vores daværende måleredskaber ikke dokumenterede den fulde effekt af genoptræningen. Desuden var vores tilfredshedsskema ikke valideret.

Vi ønskede:

- en mere borgercentreret indfaldsvinkel til træningsforløbene i tråd med Frederiksværk kommunes værdier,
- et måleredskab, som kunne give indsigt i borgernes livssituation,
- et valideret redskab, som kunne bruges til dokumentation, og dermed øge kvaliteten.

### fakta om...

OPPM: Occupational Performance Process Model.

CMOP: Canadian Model of Occupational Performance.

Vores ergoterapeut Birte Knudsen var blevet introduceret til COPM gennem Ergoterapeutforeningen og havde deltaget i et ugekursus i OPPM, CMOP og COPM, og hun anbefalede herefter metoden.

Vi forhørte os om erfaringer med modellen hos terapeuter fra Gladsaxe kommune, som præsenterede deres implementering af COPM. Følgende inspirerede os bl.a.:

- Både fysio- og ergoterapeuter benyttede COPM, hvilket vi også ønskede.
- Borgerne blev motiverede af at skulle sætte tal på deres aktivitetsproblemer.
- Redskabet er valideret og angiveligt anvendeligt på alle borgere og diagnosegrupper.

På baggrund af vores ønsker, og de erfaringer andre havde gjort sig, kunne vi hermed tage en velfunderet beslutning om at implementere COPM i Frederiksværk Kommune.

### IMPLEMENTERING I DAGLIGDAGEN

Ergoterapeutforeningens praksispulje støttede vores projekt ved implementering med kr. 16.000 til gennemførelse af et kursus for fysio- og ergoterapeuter i genoptrænings- og hjælpemiddelgruppen. Kurset blev realiseret ved ergoterapeut MSP Jane Andersen, som over to dage, samt en opfølgingsdag, introducerede det canadiske materiale herunder begrebsmodellen CMOP, OPPM som model for arbejdsprocessen, og endelig COPM-redskabet til undersøgelse, resultatmåling og dokumentation. Vi trænede det narrative interview, formulering af aktivitetsproblematikker samt scoring, via gruppeøvelser, videooptagelser og træning i praksis. Efter den første kursusdel afprøvede vi metoden på en mindre gruppe borgere. Vi satte tid af til at evaluere hinanden og diskutere aktivitetsproblematikker og formuleringen af samme.

På opfølgingsdagen diskuterede vi vores problemer med særlig vægt på formulering af aktivitetsproblemer og scoring.

Brugen af COPM medførte, at vi forkastede vores gamle tilfredshedsskema, og modificerede Barthel udgik.

### VORES ERFARINGER

Begrebsmodellen for menneskelig aktivitetsudøvelse, illustrerer den dynamiske relation mellem mennesket, omgivelserne og aktiviteter, som motiverer os terapeuter til at tænke i større rammer, når vi interviewer borgeren, og når vi tilrettelægger træningen. Vi oplever, at samtalerne med borgerne er blevet bredere og dialogen bedre. Borgerne formulerer mere personlige mål for træningen i forhold til livet i sin helhed. En borger ønsker for eksempel at besøge en søn i Spanien. Genoptræningscentrets rolle ændres fra at forløbet er et mål i sig selv til at blive et middel til at nå større mål.

Målene i COPM-skemaet er beskrevet som aktivitetsproblemer, og f.eks. er det at have smerter ikke et aktivitetsproblem. Det er det således kun, hvis smerterne forhindrer borgeren i at udføre en ønsket aktivitet, at det kommer til at fremgå i skemaet.

Med den modificerede Barthel kunne vi ikke dokumentere, at borgere blev gladere og mere tilfredse med deres hverdag. Med COPM er dette nu muligt. Gennem et genoptræningsforløb oplever vi, at nogle borgere bearbejder deres livssituation, og får et psykisk løft, og måske derved når til en erkendelse af, at deres nuværende livssituation er deres habituelle tilstand. Dette kan dokumenteres i COPM. Når borgere for eksempel ved slutevalueringen scorer tilfredsheden højere på grund af bearbejdningen og erkendelsen, trods det at udførelsen scores til at være det samme.

Vi synes, det er en stor fordel, at både ergo- og fysioterapeuter har fået kendskab til det canadiske

materiale, og at begge faggrupper udfører COPM-interview. Dette giver os den samme forståelse for borgerens helhedssituation og aktivitetsperspektivet, hvilket har gjort samarbejdet og kommunikationen lettere, da vi nu har samme referenceramme.

I forbindelse med brugen af COPM har vi indført tværfaglige konferencer for hvert hold. Der foreligger en fast dagsorden, hvor vi følger op på alle borgernes aktivitetsproblemer identificeret i COPM, og ud fra disse planlægges træningen. Ved at bruge COPM er vores tankegang blevet mere målrettet på reelle aktivitetsproblematikker. Men vi er også stødt på problemer undervejs. Vi har oplevet, at nogle borgere kan have svært ved at reflektere over deres dagligdag. De har svært ved at være realistiske i forhold til deres ressourcer og begrænsninger, eller at påtage sig et medansvar i træningsprocessen. Dette kan skyldes, at borgeren er kognitivt skadet, deprimeret, urealistisk i forhold til egen formåen, eller fordi vedkommende har en opfattelse af terapeuten som en "ekspert", der er alvidende om borgerens problemer.

Det er problematisk for nogle at score sin egen

formåen i en aktivitet. Det kan være svært at forholde sig til skalaen og kun nævne ét tal. Vi oplever at nogle spørger: "Hvad synes du?", men da det jo er en subjektiv scoring, kan vi kun guide dem til at finde frem til, i hvilket område af talskalaen deres aktivitet ligger. Nogle borgere har svært ved at skelne mellem udførelse og tilfredshed, og nogle har tendens til at score dem ens. Indimellem spørger vi os selv om det, at borgeren har svært ved at forholde sig til skalaen, er en faktor, som har indflydelse på validiteten af COPM.

I nogle tilfælde kan det være nødvendigt at inddrage en pårørende i samtalen. Vi er dog opmærksomme på, at det medfører et skift af fokus fra borgeren til den pårørende.

Som terapeuter har vi ofte en problemløsende tilgang til borgerne. I COPM-interviewet skal vi passe på ikke at styre borgeren i retning af de aktivitetsproblemer, som vi mener, de må have som følge af deres funktionsnedsættelser. Borgeren kan have nogle aktivitetsproblematikker, som vedkommende ikke tillægger stor betydning, hvilket kan være i modstrid med terapeuten værdier og normer. Nogle borgere ►

## 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 forkalkning 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

- ▶ har det for eksempel godt med at få hjælp til bad, og de oplever det derfor ikke som et problem, ikke at kunne klare det selv.

### STYRKER OG UDFORDRINGER

I det canadiske materiale bliver det gjort klart, at COPM er en borgercentreret praksismodel, hvor det er borgernes opfattelse af problemområder, der identificeres. Vi forsøger, at arbejde så borgercentreret som muligt hen mod at løse borgerens aktivitetsproblemer, og det giver nogle udfordringer i samarbejdet mellem borger og terapeut.

Nogle borgere har et urealistisk billede af egen formåen. F.eks. har vi oplevet, at en borger gerne ville kunne lægge dynebetræk på, men da hun ikke havde aktiv funktion i venstre arm og hånd, så virkede dette umiddelbart urealistisk. I materialet foreslås det, at man taler med borgeren, om de mål, borgeren har identificeret, er realistiske. I dette tilfælde, forsøgte vi, at få borgeren til at reflektere over, om det var et realistisk mål. Men borgeren holdt fast i, at det var det, hun ville opnå. Det viste sig heldigvis, at borgeren havde ressourcer til at klare aktiviteten, hun brugte bl.a. tænderne. Indimellem skal man overraskes, og det er vigtigt, at man er åben over for dette.

I andre tilfælde vil borgeren ikke kunne opnå det han/hun gerne vil. I disse tilfælde forsøger vi, at motivere borgeren til at se vigtigheden af at kunne klare andre aktiviteter eller samme aktivitet på en anden måde, som er mere realistisk i forhold til borgerens formåen. Der ligger for borgeren en vigtig erkendelsesproces fra første COPM-interview og til revurderingen i forhold til at blive mere afklarede og bevidste om egen formåen.

Derudover arbejder vi altid med det formål, at give borgeren et generelt fysisk løft - en grundtræning dvs. i form af generel styrke, udholdenhed og balancetræning af hele kroppen. I det canadiske materiale er det aktivitetsperspektivet, man arbejder med, men borgerne kan også "bare" være motiverede for at komme i bedre form. Nogle kan ikke finde et konkret aktivitetsproblem, men vil bare gerne blive generelt i bedre form, blive lidt stærkere og mere udholdende.

### HAR FÅET ET TVÆRFAGLIGT LØFT

Projektet har været en udfordrende og spændende proces. COPM er ikke nem at gå til, og vi har gjort os en del erfaringer. Vi har følgende, som vi skal arbejde videre med:

- 1) Formulering af præcise målbare aktivitetsproblematikker,

## Per vil gerne kunne arbejde med PC

Et eksempel på, hvordan ergoterapeuter og fysioterapeuter har samarbejdet med henblik på at løse de aktivitetsproblemer, som en borger har identificeret i COPM

Per er en 67-årig mand, der er gift med Solvej. De bor i hus i en mindre ferieby, tæt ved havet, men har indtil for et år siden boet i København. De har en stor hund. Per har tre børn fra et tidligere ægteskab. Per er uddannet teknikumingeniør og har bl.a. arbejdet med radio og tv og har undervist i edb. Per interesserer sig for jazzmusik, motorcykler og IT.

Per faldt under et epileptisk anfald maj 2005. CT-scanningen viste subaracnoidal blødning. Som følge af dette har han fået venstresidig hemiplegi og kognitive

problemer. Han var indlagt tre måneder på Hvidovre hospital, herefter seks uger på Esbønderup sygehus. Han er i medicinsk behandling for epilepsi.

Per blev visiteret til holdtræning 3 x ugl. á 2 timer i fire måneder med henholdsvis fysioterapi og ergoterapi.

Vi har valgt at beskrive det tværfaglige samarbejde omkring Per ved at benytte den Canadiske arbejdsprocess-model (OPPM). OPPM består af syv trin, som illustrerer hele arbejdsprocessen fra første COPM-interview og frem til revurdering.

### Sætte ord på, efterprøve og prioritere aktivitetsproblematikker.

Fysioterapeuten lavede COPM-interview med Per og kom frem til følgende aktivitetsproblematikker:

1. Kan ikke selvstændigt benytte sin pc (her scorede han 1 i udførelse og 2 i tilfredshed).



- 2) Blive bedre til at få borgerne til at føle ejerskab for målene.
- 3) At blive endnu bedre til at tilrettelægge træningen, så den er målrettet efter aktivitetsproblematikkerne og de aftalte mål.

Vi har oplevet at implementeringen af COPM giver os et tættere tværfagligt samarbejde og gør træningen mere målrettet for den enkelte borger. Dette højner kvaliteten og betyder, at borgeren får mere udbytte af træningsforløbet. ■

#### REFERENCER

- 1) Law, M., Baptiste, S., Carwell, A., McColl, M.A., Polatajko, H., & Pollock, N. The Canadian Occupational Performance Measure, third edition. CAOT Publications ACE, Ottawa, Canada; 1999.
- 2) Barthel – 100 (modificeret Barthel indeks); version 6 shah – 89. Oversat af ergoterapeut Eva Wæhrens.
- 3) Townsend, E., et. al. Fremme af menneskelig aktivitet – ergoterapi i et canadisk perspektiv. CAOT Publications ACE, Ottawa, Canada; 2003.
- 4) Tjørnov, J. Logbogen – arbejdsredskab til planlægning, journalisering og dokumentation; 2002.
- 5) Gammeltoft, B. Skjulte handicaps. Forlaget Sct. Eligius. Danmark 2003.

2. Har svært ved at lave aftensmad (her scorede han 4 i udførelse og 5 i tilfredshed).

#### Udvælge teoretiske tilgange.

Vi har benyttet os af vores viden og erfaring med Bobath og Movement Science samt af Birgitte Gammeltofts bog "Skjulte handicaps" og det canadiske materiale.

#### Identificere funktioner og omgivelser.

Analyse af Pers aktivitetsudøvelse i forbindelse med brug af pc viser problemer med de fysiske omgivelser og kognitive processer. Kontoret i hjemmet er ikke indrettet endnu og pc'en er derfor ikke sat op.

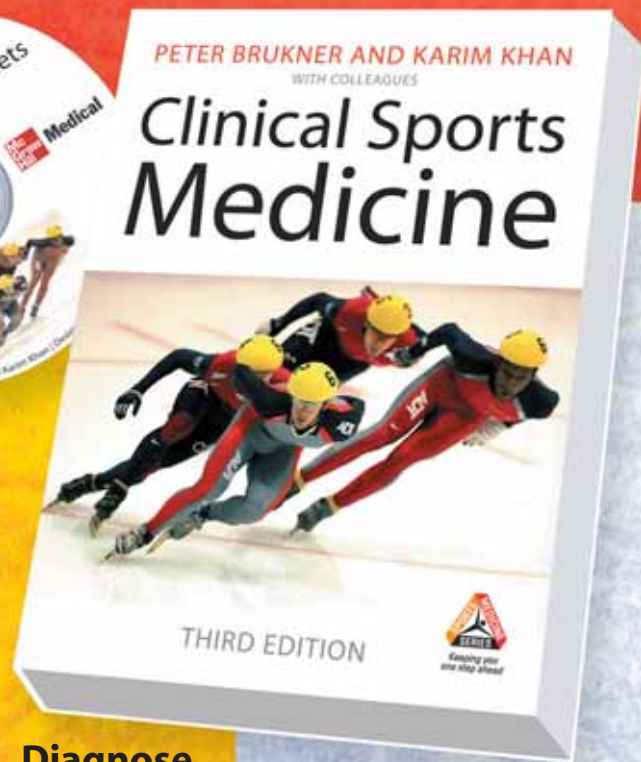
Kognitive komponenter: Nedsat hukommelse, nedsat initiativ, nedsat motivation, nedsat koncentration bidrog til hans vanskeligheder med at benytte pc'en. Per har svært ved at huske, hvordan pc'en skal tændes, huske ▶

# The road to recovery is in your hands.

- **Totally re-written and re-illustrated**
- **Full colour photos and illustrations**
- **Includes a BONUS CD-ROM of printable patient sheets**
- **More than 50 international authors**
- **Six new chapters and substantial new sections within chapters that address new developments in the field**
- **Examine, diagnose and treat musculoskeletal disorders, and common sporting injuries**



**Bonus  
CD-ROM  
with book**



**Diagnose  
and treat  
with  
the best.**

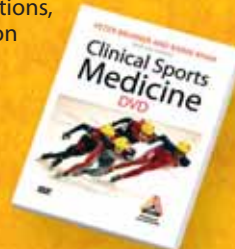
Learn clinical examination and rehabilitation techniques from the leading clinicians in sports medicine.

**Now in  
FULL COLOUR!**

Published August 2006  
Book ISBN 0074715208  
DVD ISBN 0074716972

#### Bring the text to life!

A DVD is available separately which presents 12 video clips of clinical examinations, and rehabilitation techniques.



**DVD  
now  
available**

To order:

T. +44(0)1628 502720

F. +44(0)1628 635895

E. [emea\\_orders@mcgraw-hill.com](mailto:emea_orders@mcgraw-hill.com)

W. [www.mcgraw-hill.co.uk/csm](http://www.mcgraw-hill.co.uk/csm)

**Mc  
Graw  
Hill** **Medical**

[www.mcgraw-hill.co.uk/medical](http://www.mcgraw-hill.co.uk/medical)



*Borgerne formulerer mere personlige mål, efter at Kristine B. Schmidt og de andre terapeuter er begyndt at bruge COPM.*

- ▶ password og hvordan han skal komme videre efter opstart af computeren. Han har samtidig svært ved at koncentrere sig om opgaven.

Analyse af Pers aktivitetsudøvelse i forbindelse med at lave aftensmad viser problemer med de fysiske omgivelser, de kognitive processer og hans fysiske formåen. Køkkenet er nyt, og han har svært ved at finde rundt i skabene og finde de redskaber han skal bruge, hvilket vanskeliggøres af hans nedsatte hukommelse.

Kognitive komponenter: Nedsat hukommelse, nedsat initiativ, nedsat koncentration bidrager til hans vanskeligheder med at komme i gang med køkkenaktiviteten. Per bliver let afledt og mister overblik i situationen og går derfor i stå. Han har svært ved at huske, hvordan man betjener komfuret.

Han har forringet stående balance og har let nedsat styrke og styring af venstre side, hvilket bidrager til at han har svært ved at stå op i længere tid.

#### **Identificere styrker hos borgeren og ressourcer i omgivelserne.**

Per har en støttende hustru, som har god fornemmelse for, hvor og hvordan hun skal støtte ham.

Per virker motiveret for at komme i gang med at træne for at kunne løse sine aktivitetsproblemer, men han har svært ved selv at gå i gang på grund af nedsat initiativ.

#### **Forhandle aktivitetsmål og lave handleplaner.**

Handleplan: På fysio- og ergoterapeuternes konference besluttet hvilke tiltag, hver faggruppe skal sætte ind med for at nå de mål, der er aftalt med borgeren.

I fysioterapien træner han generel styrke, styring og koordination med inddragelse af begge kropshalvdele blandt andet med henblik på at øge motivation og initiativ (jvf. 5). Der trænes i både fysioterapi og ergoterapi stående udholdenhed og balance, så Per kan klare at stå op, når han arbejder i køkkenet.

I ergoterapien trænes primært ADL især køkkenaktiviteter, samt kognitive spil for blandt andet at træne koncentration og initiativ. Der trænes brug af pc, da dette også er Pers helt konkrete mål.

Det aftales med Per, at vi laver en kontaktbog til kommunikation mellem os og hustru, for blandt andet at hjælpe ham med at huske, hvad han har lavet på genoptræningscentret. Kontaktbogen benyttes endvidere til at videregive information om Pers liv og dagligdag, som han selv har svært ved at fortælle om på grund af nedsat hukommelse.

I forløbet aftales et møde med Pers hustru, Solvej for at sammenholde vores træning på Skovbrynet med aktiviteter i hjemmet, planlægge hans videre forløb på Skovbrynet, samt aftale hvad der skal ske efter afslutning af genoptræningsforløbet. På mødet deltager både fysioterapeut og ergoterapeut, Per og Solvej. Det

aftales, at vi laver en hjemmetræning, så han kan træne køkkenaktiviteterne derhjemme.

Der er etableret kontakt til et center med specialundervisning for voksne, som Per skal starte på kort tid efter endt træningsforløb.

### Føre planerne ud i livet ved hjælp af meningsfuld aktivitet.

Efter at have afprøvet aktiviteterne er Per blevet mere bevidst om, at han har svært ved at tage initiativ og koncentrere sig om opgaverne. Ergoterapeuten og Per taler åbent om dette og aftaler, at han selv skal tage initiativer til delprocesser i at lave en køkkenaktivitet.

I fysioterapien trænes koordination og inddragelse af begge kropshalvdele. Da det er svært for Per at bevare koncentrationen under holdtræningen, forsøger vi at placere ham med god afstand til den mest distraherende borger, hvilket fungerer godt.

### Evaluerer opnåede resultater.

Efter fire måneder lavede ergoterapeuten COPM-slut-evaluering med Per.

Per genvandt meget hurtigt styrke og styring af venstre side, samt opnåede væsentlig bedre balance og udholdenhed og derfor gled disse problemer meget hurtigt i baggrunden, og der blev primært fokuseret på de kognitive.

Brug af pc: Per har fået indrettet sit eget kontor i hjemmet, og sønnen har været behjælpelig med opsætning af pc'en så Per kan selvstændigt komme på internettet. Det er planen, at Per skal starte på et center med specialundervisning for voksne, hvor der er mulighed for at træne videre i brugen af pc.

Per scorer 7 i udførelse og 8 i tilfredshed (ved startstalten scorede han 1 i udførelse og 2 i tilfredshed).

Madlavning: Per føler han er blevet bedre til at lave mad. Han har lettere ved at følge en opskrift og planlægge processen. Per føler dog stadig, at det er svært at komme i gang, men når først han er kommet i gang, kan han rigtig godt lide det.

Per scorer 7 i udførelse og 7 i tilfredshed. (ved startstalten scorede han 4 i udførelse og 5 i tilfredshed).

Per føler, det har givet ham mere selvtillid at gå på genoptræningscentret, og han har fået et mere positivt livssyn. Det har haft stor betydning for Per at være på hold med andre, som var i en lignende situation og se, at mange af de andre i hans øjne havde flere problemer. ■



## Se repræsentantskabet i kortene

■ Selvom du ikke er valgt til repræsentantskabet, kan du få indflydelse på repræsentantskabets beslutninger. I alle regioner inviteres medlemmerne til møde forud for repræsentantskabsmødet, der finder sted i 24.-25. november i Odense. Mød op, hvis du har en mening om, hvad Danske Fysioterapeuter skal beskæftige sig med i de næste to år, og hvordan foreningen skal prioritere brugen af medlemmernes penge!

De nærmere detaljer vedrørende de enkelte møder, tilmelding mm., finder du i kalenderen på side 33 i dette blad. Her er et hurtigt overblik:

### Region Hovedstaden

København: Torsdag den 16. november kl. 16.30-19.30 i Danske Fysioterapeuter, Nørre Voldgade 90, lokale 07.

### Region Sjælland

Slagelse: Onsdag den 15. november kl. 19-21 på regionskontoret, Valbyvej 65.

Nykøbing F: Torsdag den 16. november kl. 19-21 i kantinen på Nykøbing Falster Sygehus.

### Region Syddanmark

Vejlø: Tirsdag den 7. november kl. 16.30-18. "Bygningen", Paladspassagen, Ved Anlægget 14.

### Region Midtjylland

Århus: Tirsdag den 7. november kl. 19.30-21 på regionskontoret, Mindegade 10, kælderens. Holstebro: den 7. november kl. 19.30-21 hos DSR, Brotorvet 3, store mødelokale.

### Region Nordjylland

Ålborg: Torsdag den 9. november kl. 19 - 21 på regionskontoret, Sofiendalsvej 3.

*Du kan allerede fra i dag læse alle forslagene til repræsentantskabsmødet på [fysio.dk](http://fysio.dk). Læs mere om de indkomne forslag, baggrunden for dem osv. i Fysioterapeuten nr. 19.*

## Ny udviklingskonsulent for praksissektoren

**Sekretariatet** ■ Forhandlingsafdelingen for praksis/privat har pr. 1. november ansat Luisa Gorgone Larsen som ny udviklingskonsulent.

Luisa Gorgone Larsen, som er cand.merc.jur., skal arbejde med bl.a.

- udvikling af praksissektorens samarbejde med kommunerne, herunder medlemsrådgivning og vejledning inden for samarbejdsprojekter, tilbudsgivning, aftaleforhold, mv.

- produktudvikling - i samarbejde med interne og eksterne fagpersoner at koordinere udviklingen, kvalitetssikringen og markedsføringen af nye fysioterapeutiske produkter til det private sundhedsmarked.
- virksomhedsudvikling - iværksættelse af tiltag inden for virksomhedsudvikling, herunder ledelsesudvikling, strategisk udvikling og markedsføring af fysioterapiklinikker.



# ICF har to overordnede anvendelsesmuligheder

Som begrebsramme er ICF en gevinst i den daglige praksis, men i forskningen og når der skal træffes sundhedspolitiske beslutninger, er der behov for klassifikationens enkelhed

AF KAREN LANGVAD, HAMMEL NEUROCENTER  
FOTO JENS PANDURO/POLFOTO

## indgang

■ ICF kan enten bruges som begrebsramme eller klassifikation. Karen Langvad præsenterer og perspektiverer de to forskellige måder at bruge ICF på.

ICF anvendes af et stigende antal fysioterapeuter og mange kender modellen, begreberne, tankegangen og forståelsen af samspillet mellem individ og kontekst som

grundlag for personens funktionsevne. Især inden for rehabilitering vækker ICF genklang, fordi den umiddelbart afspejler forståelsen af rehabilitering som helhedsorienteret og sammensat praksis med udgangspunkt i borgerens hverdagsliv.

Denne artikel præsenterer ICF med udgangspunkt i begrebet funktionsevne og med fokus på distinktionen mellem begrebsramme og klassifikation. Rehabiliteringsbegrebet præsenteres og sammenholdes med ICF med henblik på at vurdere, hvor egnet ICF er som værktøj i moderne rehabilitering.

### OM ICF

International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsvnenedsættelse og Helbredstilstand (ICF) er den danske udgave af WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health. Det overordnede sigte er at tilbyde et fælles og standardiseret sprog og en tilsvarende begrebsramme til beskrivelse af funktionsevne.

En klassifikation er et system af begreber, som kan bruges til at systematisere et givet område af virkeligheden. ICF tilhører familien af WHO-klassifikationer til belysning af sundhedsaspekter på tværs af lande, sektorer og specialer. I Danmark kendes også ICD-10, som klassificerer diagnoser.

ICF er udviklet siden begyndelsen af 70'erne. I 1980 udkom den første udgave under betegnelsen International Classification of Impairment, Disability and Handicap (ICIDH). ICIDH beskrev konsekvenser som følge af sygdom inden for: impairment, disability og handicap.

Sammenhængen mellem begreberne beskrives som lineær og kausal. ICIDH er ikke oversat til dansk.

ICF blev færdiggjort i 2001 (på dansk i 2003) og er en revision og videreudvikling af ICIDH. De væsentligste ændringer er nye betegnelser for de tre niveauer af funktionsevne: kroppens funktioner og anatomi, aktivitet og deltagelse. Hertil kommer, at man har flyttet fokus fra kun individ til spil mellem individ og kontekst med kategorien kontekstuelle faktorer og personlige faktorer som f.eks. køn, alder, uddannelse, erhverv, personlighed og vaner og omgivelsesfaktorer som fysiske, sociale og holdningsmæssige omgivelser (figur 1, side 15).

Ændringerne skete efter den kritik ICIDH mødte for ensidigt at fokusere på medicinske aspekter ved funktionsevne og negligere konsekvenserne af samfundsskabte fysiske barrierer for personernes deltagelse. ICIDH blev også kritiseret for ensidigt at forstå handicap som en funktion af kropslig patologi.

Sundhedsstyrelsen er udkommet med en vejledning i anvendelsen af ICF, som kan downloades fra styrelsens hjemmeside.


### BEGREBSRAMME OG KLASSIFIKATION

ICF kan forstås og anvendes som enten begrebsramme eller klassifikation.

Som begrebsramme leverer ICF begreber og en model til forståelse af funktionsevne som spil mellem egenskaber ved individet og konteksten. Et eksempel er Gitte (figur 2, side 16), hvis funktionsevne efter apopleksi er et spil af de følger, hun har af apopleksi sammenholdt med det liv, hun lever som violinist, single og bosat på landet.

ICF beskrives som en bio-psyko-social model og forsøger at slå bro over de to forskellige perspektiver på funktionsevne, det medicinske og det samfunds-





*Borgernes deltagelse er ikke tænkt ind i ICF, som derfor ikke kan bruges til at registrere og dokumentere, at Arne Sørensen selv har været med til at sætte rammerne for sin egen genoptræning.*

- ▶ skabe. Den peger på en forståelse af funktionsevne som kompleks, multifaktoriel og dynamisk. Den siger dermed, at påvirkninger af enkeltelementer kan skabe forskydninger på alle niveauer.

Sigtet med ICF er at skabe en fælles grundforståelse af begreberne og deres indbyrdes samspil. I rehabilitering tænkes ICF brugt i forhold til analyse og vurdering af funktionsevne, i fastlæggelse af målsætning og planlægning af indsats og formidling af information mellem aktører.

Figur 2 side 16 er et eksempel på en vurdering og plan for rehabilitering med anvendelse af ICF som begrebsramme med udgangspunkt i casen Gitte.

Som klassifikation forstås ICF som en udbygning af begrebsrammen med koder. Det betyder, at der frem for selvvalgt tekst udvælges talkoder i et katalog inden for et antal kategorier svarende til ICF begreberne, se figur 3 side 17. Beskrivelsen er et statusbillede og skal, såfremt den skal beskrive udvikling over tid, foretages flere gange.

Sigtet med brug af koder er at lette kommunikation og gøre det muligt at kvantificere og sammenligne funktionsevne på tværs. Dette søges opnået gennem det fælles sprog i form af generelle og "objektive" beskrivelser med tilknyttede entydige talkoder.

ICF tænkes i denne form brugt som værktøj til dokumentation og kommunikation, forskning, statistik, udvikling og planlægning af intervention, f.eks. i form af befolkningsundersøgelser, vurdering af outcome ved rehabilitering, planlægning af sociale, uddannelses- og sundhedsmæssige foranstaltninger.

sundhedsmæssige foranstaltninger.

Hidtidige afprøvninger af ICF har mest fokuseret på videregivelse af informationer over sektorgrænser (sygehus/kommune). Afprøvning af kodningen har vist sig at være meget omfattende og tidskrævende at lave og anvende, hvorfor der i øjeblikket udvikles såkaldte 'core set' (en slags pixie-udgave), som er udvalgte sæt af koder til bestemte helbredstilstande/diagnoser.

Sammenfattende kan man sige, at ICF, som begrebsramme, tilbyder begreber og overordnet struktur, som sigter mod fælles grundforståelse og "strukturering" af dialoger og aktiviteter vedrørende funktionsevne, mens ICF, som klassifikation, tilbyder begreber, model og et ensartet kodesprog, hvis mål er at gøre informationer

og beskrivelser mere "objektive" og sammenlignelige og at lette kommunikation mellem aktører.

## FUNKTIONSEVNE

Begrebet funktionsevne har ikke en alment accepteret betydning, men defineres til lejligheden og er derfor under indflydelse af de aktuelle paradigmer og diskurser.

WHO definerer funktionsevne som "aspekter af samspillet mellem et individ (med en given helbredstilstand) og individets kontekstuelle faktorer (omgivelsesfaktorer og personlige faktorer)". ICF peger på dynamikken mellem aspekter af en given helbredstilstand eller sygdom på krops-, person- og samfundsniveau og de sociale relationer og samfundsforhold, som har betydning for personen. Funktionsevne er således funktionen af dynamikken mellem individets forudsætninger og samfundets tilgængelighed, krav og forventninger.

Hvis vi skal forstå dette funktionsevnebegreb, er det nyttigt at se den i forhold til forløberne for den biopsyko-sociale model, den medicinske model og den sociale model, for at sætte begrebet funktionsevne ind i en historisk ideologisk og social kontekst.

Rehabilitering omfatter ofte personer med handicap. Derfor har handicapbevægelsen taget aktivt del i udvikling og diskussion af ICF. Handicapbevægelsen har, som samfundsdebatterende kritisk bevægelse, sit udspring i kampen for borgerrettigheder i 60'erne og 70'erne. Dens kritik retter sig mod strukturer og forståelser i samfundet og kulturen, som stigmatiserer og ekskluderer mennesker med handicap fra deltagelse i samfundslivet. Man taler om kampen imod den medicinske til fordel for den sociale model.

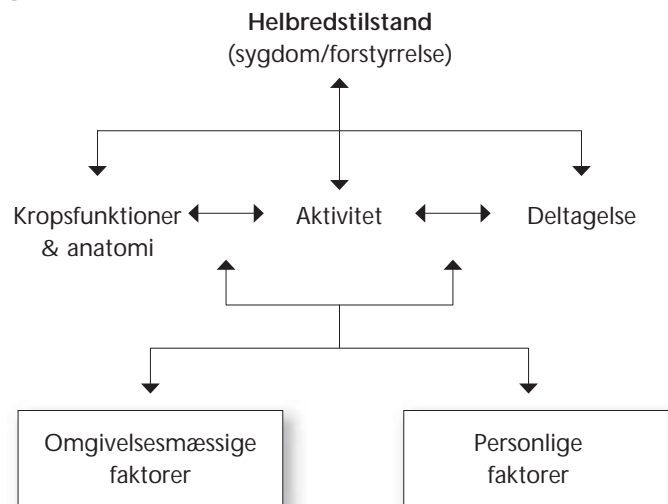
Den medicinske model er baseret på et paradigme, som fremstiller handicap som egenskaber knyttet til den biologiske krop som følge af sygdom eller ulykke. Rehabilitering refererer til indsatser for at fjerne eller reducere tab af individuel funktionsevne. I et rendyrket medicinsk paradigme ligger magten hos de medicinske professionelle, som råder over sprog og metoder for den medicinske praksis. Borgeren forventes at indtage rollen som patient og dermed passivt modtagende objekt for de professionelle praksis.

Den sociale model er baseret på et paradigme, hvor handicap knyttes til de ydre barrierer, som hæmmer mennesker i at deltage i samfundslivet. Handicap er ikke knyttet til individet og individets krop, men konstrueres i og af de sociale processer i samfundslivet. Funktionsev-

### fakta om...

Karen Langvad er kvalitetsudvikler på Hammel Neurocenter. Hun var deltager i tænketanken til udarbejdelse af "Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet", der blev publiceret i 2004. Er medlem af redaktionspanelet for Fysioterapeuten.

FIGUR 1



nen er en funktion af samfundets barrierers betydning, og rehabilitering skal ses i denne optik. Rehabilitering får dermed både krops- og personperspektiv rettet mod individets forudsætninger og et samfundsperspektiv rettet mod lige muligheder for alle.

Det er i lyset af denne historie og de to paradigmer, at forståelse og indhold af funktionsevne og fremkomsten af den bio-psyko-sociale model skal ses.

## REHABILITERING

ICF kædes naturligt sammen med begrebet rehabilitering, fordi målgruppen for ICF er mennesker med midlertidige eller permanente begrænsninger i deres funktionsevne, som har behov for rehabilitering. ICF er beskrevet som muligt redskab i rehabilitering, fordi modellens begreber i store træk er dækkende for grundbegreberne i rehabilitering, og fordi den søger at indfange bredde og kompleksitet af funktionsevne.

Rehabilitering er ikke et nyt begreb, men har ikke været særlig fremtrædende i dansk praksis. Vi er med den medicinske teknologi mv. nu i stand til at leve længere og redde eller forandre liv efter sygdom og ulykke. Der er behov for, at der tages hånd om de funktionsevnebegrænsninger en stadig større gruppe af borgere oplever på grund af nedslidning eller følger af sygdomme og ulykker.

Rehabilitering er imidlertid vanskelig at definere entydigt, og flere paradigmer synes at være på spil. Er rehabilitering et sundhedsprofessionelt instrument til eliminering af følger af sygdom og ulykke? Er rehabilitering samfundsmæssige foranstaltninger og holdninger, som giver borgeren mulighed for at "genskabe" sig selv med lige muligheder.

Der er gennemført et større udredningsarbejde i regi af Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret<sup>1</sup> med henblik på en afklaring af begrebet rehabilitering. Arbejdet har resulteret i "Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet", som præsenterer en mulig definition og en beskrivelse af udfordringer og problemstillinger i forhold til realisering af definitionen. Rehabilitering defineres som "... en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats".

## ROHDÉ PRODUITS



<b>Massagecreme</b>	Standard/Anticeptisk Oliven/Citron Heat
<b>Massageolie</b>	Mineralsk
<b>Sprit</b>	60% Badesprit
<b>Ultralyd Gel</b>	Dane-gel E2 (CE)
<b>Rheumafin (CE)</b>	Paraffinblanding til gigtbehandling
<b>Papir</b>	Lejepapir Aftøringspapir Hovedlejepapir (løssark)
<b>Sæbe</b>	Håndsæbe, mild
<b>Sportstape</b>	20 mm og 38 mm

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

<sup>1</sup> Rehabiliteringsforum Danmark er en forening, som har til formål at sætte fokus på rehabilitering af mennesker med handicap samt at være forum for debat og inspiration for fagfolk og brugere – [www.rehabiliteringsforum.dk](http://www.rehabiliteringsforum.dk)

MarselisborgCentret er dansk center for rehabilitering, forskning og udvikling. Bag centret står en række offentlige og private organisationer, som alle arbejder med rehabilitering – [www.marselisborgcentret.dk](http://www.marselisborgcentret.dk)

FIGUR 2. EKSEMPEL PÅ VURDERING OG PLAN FOR REHABILITERING

	Undersøgelse		Vurdering	Mål	Plan		Evaluering
	Ressourcer	Problemfelter			Hvad	Hvem	
<b>Deltagelse</b>	Aktiv i lokalt vandrerlav – udøver og bestyrelses-medlem	Truet på forsørgelses-grundlag	Peger på violinspil som væsentligste problemstilling – forsørgelses-grundlag og identitet "det er hele mit liv"	Ny uddannelse og nyt erhverv – gerne noget med musik	Samtale med henblik på afklaring af erhvervsskifte og økonomiske forhold	Socialrådgiver	
<b>Aktivitet</b>	Lærer hurtigt at kompensere ved ADL	Kan ikke spille violin Kan ikke køre almindelig bil	Behov for tilretning af bil og div. hjælpemidler til ADL	Skal kunne føre egen bil og klare sig uden hjælp i hjemmet – dog hjælp til større rengøringsopgaver	Ansøge om invalidebil Ansøge om praktisk bistand	Kan søge hjælp hos socialrådgiver	
<b>Krops-dimensioner</b>	Ingen udfald i UE	Svær parese i ve OE (slap) – se testskema vedr. tonus, muskelkraft og bevægelighed	Dårlig prognose	Forebygge komplikationer: kontrakturer, smerter og fornemmelse af kulde	Øvelser mod kontrakturer Øvelser for at stimulere perifere kredsløb Mitella til aflastning	Fysioterapeut	
<b>Omgivelses-faktorer</b>	Stærkt netværk men ikke tæt på bopæl	Violinist i symfoniorkester Bor på landet og afhængig af transport i egen bil	Overvejer at flytte til anden bolig uden have og mange vedligeholdelses-opgaver	Så vidt muligt kunne klare sig selv i det daglige	Evt. sætte hus til salg Se på bedre egnet bolig	Kan søge hjælp hos ergoterapeut til vurdering af egnethed og indretning af ny bolig	
<b>Personlige faktorer</b>	Motiveret og glad for fysisk aktivitet	Utålmodig og tendens til at isolere sig med problemer	Bange for fremtiden hvis violinspil må opgives – "så er der ikke andet"	"Jeg vil bare gerne være glad igen"	Se tiden an og få styr på det praktiske Tror selv det psykiske løser sig, når det praktiske er i orden	Har fået kontakt-adresse til psykolog hvis behov. Endvidere adresse til patientforening	

- ▶ To overordnede gennemgående temaer er karakteristiske for Hvidbogen og definitionen:
  - helhedsorientering
  - borgerperspektiv.

Helhedsorientering henviser til, at rehabilitering skal tage udgangspunkt i og målrettes borgerens hele og sammensatte livssituation, og den skal opfattes koordineret og sammenhængende, til trods for, at indsatsen

oftest er sammensat af bidrag fra forskellige personer, fag og sektorer.

Borgerperspektiv refererer for det første til borgeren som ligeværdig samarbejdspartner i rehabiliteringsprocessen og som den endelige beslutningstager og bedømmer af rehabiliteringsprocessen. For det andet refereres til borgerens særlige bidrag til det indholdsmæssige i rehabiliteringsprocessen, borgers subjektive forståelse og vurdering af behov, mål



og effekt. Borgerperspektivets sigte er at supplere det professionelle "udefra" blik på rehabilitering med et "indefra", borgerens blik.

Hvidbogen og ICF lægger tilsyneladende stor vægt på det helhedsorienterede perspektiv og forsøger at slå bro mellem de tidligere paradigmer via en bio-psyko-social model. Men hvordan med borgerperspektivet, indefra blikket. Er det overhovedet tænkt ind i ICF? Burde det? Og i givet fald hvordan?

### BORGERENS PERSPEKTIV

Borgerens perspektiv kan betragtes fra en etisk og en praksisorienteret position. Fra den etiske er borgerens perspektiv et spørgsmål om retten til selvbestemmelse og deltagelse i forhold til eget liv. Fra den praksisorienterede er borgerens perspektiv et spørgsmål om, at rehabilitering ikke lader sig gennemføre uden borgerens subjektive bidrag. Det giver ikke mening at tale om "meningsfuldt liv" fra andet end borgerens eget perspektiv.

I Hvidbogen er begge positioner forsøgt inddraget.

I ICF er det sværere at afgøre, i hvor høj grad borgeren er tænkt ind. Der peges i Sundhedsstyrelsens oversættelse på, at borgeren bør orienteres om, at ICF anvendes og om muligt inddrages i kodningen. Der gives mulighed for i kodningen at vælge en såkaldt 5. gradient, som beskriver borgerens tilfredshed med en given funktionsevne, men på en sådan måde at det er op til den professionelle, om borgeren reelt bliver inddraget eller ej.

Som praksisorienteret position er borgerens perspektiv ikke behandlet i ICF, hvilket kan virke besynderligt. For det første betoner modellen samspillet mellem individ og samfund, men hvordan kan relationen mellem individ og samfund bestemmes, hvordan kan der skabes klarhed over betydningen for det enkelte individ, hvis ikke individets egen forståelse og vurdering inddrages? For det andet bør forståelse og indhold af begrebet "deltagelse" diskuteres, for hvordan kan man tale om meningsfuld deltagelse, hvis ikke borgeren selv er med til at udpege og værdisætte de områder, som er relevante og meningsfulde?

Om borgerperspektivet kan derfor siges, at Hvidbogen har ønsket at gå skridtet videre med den bio-psyko-sociale model og peger derfor på borgerens perspektiv som væsentlig af både etiske og praksisorienterede grunde, mens ICF mere holder sig til modellens hel-

FIGUR 3.

Kropsfunktioner	
Kapitel 1	Mentale funktioner
Kapitel 2	Sanser og smerte
Kapitel 3	Stemme og tale
Kapitel 4	Kardiovaskulære, hæmatologiske, immunologiske og respiratoriske funktioner
Kapitel 5	Fordøjelse, stofskifte og hormonelle funktioner
Kapitel 6	Kønsorganer, urinveje og forplantning
Kapitel 7	Bevægeapparatet
Kapitel 8	Huden og tilhørende strukturers funktioner
Kroppens anatomi	
Kapitel 1	Nervesystemet
Kapitel 2	Øjne, ører og omgivende strukturer
Kapitel 3	Stemme og tale
Kapitel 4	Kredsløb, immunsystem og respirationssystem
Kapitel 5	Fordøjelses-, stofskifte- og hormonsystemer
Kapitel 6	Urin- og kønsorganer
Kapitel 7	Bevægeapparatet
Kapitel 8	Huden og tilhørende strukturer
Aktivitet og deltagelse	
Kapitel 1	Læring og anvendelse af viden
Kapitel 2	Almindelige opgaver og krav
Kapitel 3	Kommunikation
Kapitel 4	Bevægelse og færden
Kapitel 5	Omsorg for sig selv
Kapitel 6	Husførelse
Kapitel 7	Interpersonelt samspil og kontakt
Kapitel 8	Vigtige livsområder
Kapitel 9	Samfundsliv, socialt liv og medborgerskab
Omgivelsesfaktorer	
Kapitel 1	Produkter og teknologi
Kapitel 2	Naturlige omgivelser og menneskeskabte ændringer i omgivelserne
Kapitel 3	Støtte og kontakt
Kapitel 4	Holdninger
Kapitel 5	Tjenester, systemer og politikker

hedsorienterede dimension og udelukkende omtaler borgerens perspektiv i normative vendinger.

### ICF I MODERNE REHABILITERING

Når jeg lægger så stor vægt på forskellen i inddragelse af borgerperspektivet, skyldes det den betydning, det får for, hvordan ICF anvendes som redskab i rehabili-

- ▶ tering. Med Hvidbogens definition tegnes et billede af rehabilitering, som bryder med den medicinske determinerende forståelse af funktionsevne, og som peger på betydningen af borgerens deltagelse. Men spørgsmålet er, hvad ICF har potentiale til som redskab i moderne rehabilitering. Og hvilken betydning distinktionen mellem begrebsramme og klassifikation har i den sammenhæng.

Anvendes ICF som begrebsramme i rehabilitering med udgangspunkt i Hvidbogen, vil ICF få betydning for, hvordan informationer om funktionsevne struktureres og skelnes i relation til hinanden.

Formålet er, at alle aktører refererer til samme grundforståelse af, hvordan der tales meningsfuldt om funktionsevne. Det smidiggør kommunikation og skaber overblik over processen. Her vil der være mulighed for at udfolde borgerens perspektiv, idet beskrivelser af "ydre" aspekter af funktionsevne frembringes sammen med borgerens "indre" blik. Beskrivelserne vil (jf. figur 2) danne baggrund for planlægning af rehabilitering med udgangspunkt i Hvidbogens forståelse.

Anvendes ICF som begrebsramme, opnår vi en borger- og praksisnær anvendelse, som afspejler det særlige i hver enkelt rehabiliteringsproces.

Anvendes ICF som klassifikation med koder, begrænses mulighederne for at fremstille det særlige, mens muligheden for kvantificering og generalisering af funktionsevne fremmes. Men hvordan med at bruge koder som værktøj i det enkelte rehabiliteringsforløb f.eks. i journaler? Ja, det kommer selvfølgelig an på, hvilket formål journalskrivning har, men antages journaler at skulle dokumentere den enkelte borgers rehabiliteringsproces, så vil jeg tillade mig at problematisere muligheden for at give en relevant fremstilling

#### REHABILITERINGSFORUM

Rehabiliteringsforum Danmark er en forening, som har til formål at sætte fokus på rehabilitering af mennesker med handicap samt at være forum for debat og inspiration for fagfolk og brugere – [www.rehabiliteringsforum.dk](http://www.rehabiliteringsforum.dk)  
MarselisborgCentret er dansk center for rehabilitering, forskning og udvikling. Bag centret står en række offentlig og private organisationer, som alle arbejder med rehabilitering – [www.marselisborgcentret.dk](http://www.marselisborgcentret.dk)

med udgangspunkt i Hvidbogens definition ved brug af koder. Kodernes standardiserede sprog giver kun borger og professionel mulighed for at anvende de ord og formuleringer, som ligger implicit i koderne og de udvalgte core set og tænkes derfor at begrænse muligheden for at skabe netop den beskrivelse, som giver mening i den specifikke kontekst.

#### KONKLUSION

Er ICF et nyttigt redskab for rehabilitering? Ja, det vil jeg mene, den er. Men samtidig vil jeg pege på, at det er væsentligt at være opmærksom på de forskelle og risici, som er og ligger i henholdsvis anvendelse som begrebsramme og klassifikation. Gælder det det enkelte individ og dennes proces, finder jeg det væsentligt at holde fast i Hvidbogens definition og sikre, at de redskaber og metoder, som anvendes understøtter denne. I forhold til ICF vil jeg pege på anvendelse som begrebsramme som den bedst egnede. Hvis formålet derimod er at generalisere og sammenholde større mængder af data og drejer det sig om "statistiske" personer, finder jeg klassifikationen egnet, fordi den tager udgangspunkt i data, som er "renset" for det subjektive.

Anskuet på denne måde er ICF med til at pege på, at rehabilitering er et stort område med aktiviteter på forskellige niveauer. Som fysioterapeuter er vi nok mest vant til at tænke på rehabilitering som aktiviteter med og omkring borgeren. Men om end det fortsat er essensen i rehabilitering, så er der behov for mere end det for at sikre det overordnede mål: lige muligheder for deltagelse for alle.

Der er behov for at skaffe sig viden om, hvilke barrierer mennesker med funktionsevne møder i Danmark med henblik på overordnet politik og planlægning, og der er behov for at kunne dokumentere effekten af rehabilitering overordnet med henblik på sundhedspolitisk prioritering, blot for at nævne nogle enkelte.

Med ICF har vi fået et redskab, som har til hensigt at kunne både det borgernære og det overordnede med udgangspunkt i en helhedsforståelse af funktionsevne. Det er vores opgave at anvende og udvikle den fornuftigt, så de værdier og mål, vi i øvrigt har for området rehabilitering understøttes.

#### REFERENCER

- Sundhedsstyrelsen: International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand, Munksgaard, 2003.

- Sundhedsstyrelsen: Den danske vejledning og eksempler fra praksis - International Klassifikation af Funktions- evne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand, 2005 (kan downloades fra [www.sst.dk](http://www.sst.dk) og [www.marselisborgcentret.dk](http://www.marselisborgcentret.dk)).
  - Leegaard, O.: ICF-modellen, Funktionsklassifikation og tværfaglige referenceramme, udgave 27.9.2002 på [www.funktionfys.dk](http://www.funktionfys.dk)
  - Hollænder, E.: ICF som redskab i rehabilitering, Videnscenter for Hjernesgade, 2004, kan downloades fra [www.vfhj.dk](http://www.vfhj.dk)
  - Nordenfelt, L: Aktivitet, delaktighed och ICF, I: Socialmedicinsk Tidsskrift nr. 6/2002.
  - Good, A./Mc.Ananey, D.F.: Disability and the Environment: Using the ICF in Irish Disability Research and Data Collection, notes from Presentation at the Rehabilitation International Africa Regional Conference, Oct. 2003.
  - Rehabiliteringsforum Danmark/MarselisborgCentret: Rehabilitering I Danmark – Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, Marselisborgcentret, 2004.
  - Vik, K.: ICF – felles modell og et felles språk i rehabilitering, I: Lærebok i rehabilitering Når livet blir anderledes, Fagbokforlaget, Norsk Forening for Fysikalsk Medicin og Rehabilitering, 2004.
  - Conradi, S./Rand-Hendriksen, S.: Funksjonshemning og rehabilitering – ideologi og virkelighet, I: Lærebok i rehabilitering Når livet blir anderledes, Fagbokforlaget, Norsk Forening for Fysikalsk Medicin og Rehabilitering, 2004.
  - Barnes, C.: Rehabilitation for Disabled People a sick joke? I: Scandinavian Journal of Disability Research, vol. 5, nr. 1/2003.
  - Oliver, M.: The Politics of Disablement, London: Macmillan, 1990.
  - Stiker, H.J.: A History of Disability, 2. Edn., The University of Michigan Press, 1999.
  - Borg, T.: Hverdagsliv og rehabilitering – patienternes perspektiv på rehabiliteringens praksisformer, I: Nordiske Udkast nr. 2/2001.
  - Mandag Morgen Strategisk Forum: Når patienten vågner – et debatoplæg om udfordringer for det 21. århundredes patientkultur, Huset Mandag Morgen, 1999.
- Sørensen, L.: Rehabiliteringsmodel Præsentation af en arbejdsintegration – belyst gennem 5 års projekterfaring med blinde og svagsynede personer i Århus Amt, Synscentralen, Århus Amt, 2000. ■

## Styrketræning frarådes ved smerter

**Kronik** ■ I en kronik i det norske Fysioterapeuten begrundes Tom Arild Torstensen og Håvard Østerås, hvorfor det er en dårlig ide at bruge styrketræning med høj belastning og få gentagelser til patienter med smerter fra bevægeapparatet. De gennemgår en række studier, der blandt andet har set på smertens betydning for muskelkraft. De fremhæver blandt andet et studie med patienter med subacromial impingement. Da disse patienter

blev smertelindret, øgedes muskelstyrken signifikant (208 procent) i deres skuldermuskulatur. Hvordan patienter tackler smerterne har også betydning for, hvor meget de er i stand til at aktivere musklerne. Hvis fysioterapeuter bruger træning som behandling af smerter, anbefaler Tom Arild Torstensen og Håvard Østerås relativ høj træningsdosis, mange repetitioner og lav belastning. *Læs kronikken i Fysioterapeuten nr. 9 september 2006 side 26-28 på [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)*

## Forebyggelse og sundhedsfremme

**WWW** ■ Sundhedsstyrelsen har udgivet en online-håndbog, der giver gode råd til evalueringen af effekten af forebyggelse og sundhedsfremme. Håndbogen er udarbejdet i samarbejde med Center for Alternativ Samfundsanalyse (CASA). I håndbogen beskrives de forskellige faser og temaer i evalueringen.

Med håndbogen kan man dels få tip til, hvordan man kan gennemføre et hurtigt kvalitetstjek og få 10 gode råd til evaluering. Er der behov for yderligere fordybelse, kan man læse mere om planlægningens faser og vigtige begreber i evalueringsarbejdet. *Læs mere på <http://www.sst.dk/subsites/evaluering.aspx>*

## Forskning om bækkensmerter

**Artikel** ■ I det norske Fysioterapeuten (side 19-24) har fysioterapeut, dr. philos Britt Stuge publiceret en forkortet version af sin ph.d.-afhandling "Physical therapy for pregnancy-related pelvic pain. Underlying principles and effect of treatment". *Artiklen kan downloades fra [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no)*

## Master i idrætsfysioterapi

**Norge** ■ I Norge er den første gruppe masterstuderende i idrætsfysioterapi lige gået i gang. Tyve fysioterapeuter skal i de kommende to år fordybe sig i idrætsskader, fysisk aktivitet og behandling. Uddannelsen gennemføres på Norges Idrætshøjskole og Grethe Myklebust, May Arna Risberg og Sverre Mæhlum er lærerkrafterne på studiet.

# Akupunktur til lænderygsmarter

En patient med lændesmerter kunne ikke tåle NSAID, og der er manglende effekt af træning. Akupunktur vurderes som en relevant smertebehandling

AF BJARNE RITTIG-RASMUSSEN, SPECIALIST I MUSKULOSKELETAL FYSIOTERAPI, MASTER I MEDICAL SCIENCE  
FOTO JESPER NØRGAARD SØRENSEN

En 38-årig mand er henvist til behandling for lændesmerter med diffus udstråling til venstre hase. Disse symptomer har været tilbagevendende igennem de sidste fire år. Der er tidligere prøvet forskellige behandlinger, hvor effekten kun er minimal eller kortvarig. Udredning på specialafdeling har ikke verificeret malignitet, inflammation eller tegn på nerverodstryk. Patienten har også været igennem et tre måneders genoptræningsforløb og McKenzie-terapi, som ikke har bedret symptomerne. Der har kun været minimal effekt af paracetamol og han tolerer dårligt NSAID. Eneste analgetica som hjælper rimeligt er centralt virkende analgetica i form af dolol, som han føler at han bliver sløv af. Da manden er meget generet af smerter i sit arbejde som afdelingsleder i et tømrerfirma, vil han gerne vide, om akupunktur kan hjælpe ham med smerterne?

## VÆRD AT VIDE

Evidensbaseret klinik er en klinisk proces, hvor der er behov for at kunne svare på konkrete spørgsmål og finde den behandling, der med størst sandsynlighed kan hjælpe den enkelte patient. I den evidensbaserede klinik skal der ikke kun tages beslutning om en behand-

lingsmetode er statistisk signifikant, men også om den er "klinisk signifikant" eller mere korrekt klinisk relevant i forhold til den enkelte patient.

Klinisk relevans er derfor vurderingen af, hvorvidt behandlingsmetodens effekt er stor nok, og om den er meningsfuld for den enkelte patient set i lyset af patientens totale biopsykosociale situation.

Ovenstående kliniske scenarium munder ud i et konkret klinisk spørgsmål, som ønskes besvaret: Er akupunktur en relevant behandlingsform og kan akupunktur anbefales som behandling til denne patient?

## LITTERATURSØGNING

En litteratursøgning efter den bedst tilgængelige evidens og vurdering af den fundne litteratur gav følgende resultater: En MTV-rapport, to systematiske litteraturoversigter, en metaanalyse og et klinisk randomiseret studie. Den danske medicinske teknologi vurdering (MTV) "Ondt i ryggen" fra 1999 (1) konkluderer, at akupunktur kan anvendes i særlige tilfælde. En meta-analyse fra 2002 (2) konkluderer, at akupunktur er bedre end de kontrolinterventioner, der sammenlignes med og et systematisk Cochrane review fra 2005 (3) konkluderer blandt andet, at

■ 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.





når akupunktur supplerer konventionel behandling, lindres smerterne og funktionen bedres mere end når der kun gives konventionel behandling alene, og at akupunktur og "dry-needling" dermed er et brugbart supplement i behandlingen af lændesmerter.

En systematisk litteraturoversigt fra "Statens beredning för medicinsk utvärdering" SBU april 2006 (4) konkluderer: ved langvarige lænderygsmerter giver "vesterlandsk" akupunktur en bedre funktion og har en bedre smertelindrende effekt end placebo. Dette er med evidensstyrke 1, som siger, at der er et stærkt videnskabeligt grundlag for at anvende akupunktur som behandlingsmetode til langvarige lænderygsmerter.

Det klinisk randomiserede studie (5) giver et indtryk af, at 77 procent af patienterne opnår en smertelindring på mere end eller lig med 50 procent (tabel 1), når den konservative behandling suppleres med akupunktur. Beregning af sidstnævnte studies "numbers needed to treat" (NNT) giver et indtryk af, hvor mange patienter der skal behandles, før at én patient kan få udbytte af behandlingen. Denne beregning giver et tal på "1,6", hvilket vil sige at ca. hver anden patient vil kunne forvente en lignende effekt af behandlingen.

### BIOPSYKOSOCIAL SMERTEANALYSE

Patienten præsenterer sig med en uspecifik symptomdiagnose, som ud fra ny viden om smerter sandsynligvis kan have baggrund i nervesystemets "neuroplasticitet" og et "sensitiveret" nervesystem (4,8). Normalt mindskes smerter i takt med vævshelingen, men varer smerterne ved, kan det skyldes et sensitiveret nervesystem og ikke manglende vævsheling. I princippet er der ikke tale om "patologiske" forandringer i nervevæv eller perifert væv, men der kan være tale om en "hypersensibilisering" af nervesystemet eller "neuromatrix", som nu selv kan frembringe smerteoplevelser på trods af, at den indledende "vævsskade" ikke mere er den egentlige årsag til smerterne (6,7,8).

**TABEL 1. STUDIETS RESULTATER VED FOLLOW-UP TRE MÅNEDER EFTER BEHANDLINGERNE:**

Intervention:	Smertelindring $\geq$ 50 % målt på VAS, angivet i procentandele af patienterne i de forskellige grupper
Akupunktur og konservativ behandling	77 % (95 % CI: 62-88 %) p=0.001
Snyde akupunktur og konservativ behandling	29 % (95 % CI: 16-46 %) p=0.001
Konservativ behandling	14 % (95 % CI: 4-30 %)

For både patient og behandler er det essentielt at erkende, at kroniske smerter ikke er en langvarig akut smerte eller blot simpel mekanik. Akutte smertemekanismer kan, men behøver ikke at være fortsat aktive i det kroniske stadie.

Udover de grundlæggende elementer i den kliniske undersøgelse fokuseres der på en biopsykosocial smerteanalyse. Smerteanalysen er vigtig og skal give en differentieret beskrivelse af smerternes karakteristika (intensitet, kvalitet, lokalisering og temporale profil). Smertens sensoriske intensitet og smertens gene/afektive komponent registreres på hver sin numeriske rangskala og udbredelsen af smerter registreres ved smertetegning.

I starten af behandlingsforløbet kvantificeres og synliggøres patientens status eller "baseline", som udover smerteintensitet og gene også har fokus på funktionsniveau og sociale aktivitetsbegrænsninger, samt forbrug af analgetica. Herudover er det også vigtigt at registrere ►

## blå bog

Bjarne Rittig-Rasmussen er uddannet fysioterapeut i 1994 fra New Castle Upon Tyne Polytechnic i England og Fysioterapeutskolen i Holstebro. Er efterfølgende klinisk uddannet ved Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin og Michigan State University, College of Osteopathic Medicine i USA og uddannet i akupunktur ved "Sjukgymnasternes Sektion för Smärta och Sensorisk Stimulering" i Sverige.

Sundhedsvidenskabeligt er han uddannet fra Aarhus og Lund Universitet og blev i 2004 "Master in Medical

Science". I forbindelse med disse studier blev der lavet et forskningsprojekt om Mckenzie's undersøgelsesmetodik ved klassificering af patienter med nakkesmerter og et projekt om rygsmerter og evidensbaseret praksis. Siden 2004 har han været aktiv i Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Akupunktur, hvor han er underviser og faglig uddannelseskoordinator. Siden 1994 har han sideløbende været praktiserende fysioterapeut og har i dag en privatklinik i Odder.

- ▶ patientens mestringsstrategi, samt spørge til patientens forventninger til smertelindring og om der er eventuel anden sygdom, misbrug eller psykologiske symptomer, som kan have indflydelse på smerterne.

Diagnostisk og behandlingsmæssigt kategoriseres smerterne overordnet som enten akutte eller kroniske. Herefter kategoriseres det om smerterne er af nociceptiv, neuropatisk, somatoform eller psykisk karakter, hvilket er vigtigt, da smertetyperne kræver vidt forskellige interventioner. Til registrering af patientens fysiske og psykiske formåen anvendes funktionsdelen fra et valideret patientskema til patienter med symptomer fra lænderyggen, som kan downloades fra [www.rygdoktor.dk](http://www.rygdoktor.dk).

Den aktuelle smerteanalyse giver indtryk af, at smerterne er regionale og nociceptivt betingede smerter med sensibilisering i form af primær- og sekundær hyperalgesi. Langvarige smerter med baggrund i nociceptive smertemekanismer er den smertetype, som bedst responderer på akupunkturbehandling.

### AKUPUNKTUR

I ovennævnte undersøgelser er der anvendt akupunktur ud fra viden om anatomi og neurofysiologi og på basis af moderne medicinsk diagnostik. I praksis anvendes de kinesiske akupunkturpunkter, da det erfaringsmæssigt er dér, stimuleringen af type II og III mekanoreceptorer lettest opnås. Samtidig fungerer akupunkturpunkternes lokalisering, som et rimeligt eksakt og reproducerbart "koordinatsystem" til registrering af de punkter, der behandles. Man ved i dag, at akupunktur medfører en central hæmning af smerter via en frigørelse af endogene opioider og serotonin. Desuden opstår der en segmental hæmning via frigørelse af enkefalin med reduceret sympaticusaktivitet og muskeltonus til følge. Endvidere er der videnskabeligt belæg for at akupunkturbehandlingen medfører en udskillelse af andre neuropeptider, som medfører en øget blodgennemstrømning i vævet og at disse samtidig har en antiinflammatorisk virkning (4).

I ovennævnte studier er der givet ca. 10 akupunkturbehandlinger, og det menes, at effekten er akkumulerende. Som en del af den evidensbaserede kliniske arbejdsmodel er valg af behandling også betinget af behandlerens kliniske ekspertise, hvilket vil sige, at behandleren bør have den fornødne kompetence til at diagnosticere og behandle med akupunktur ud fra videnskabelige principper.

### HVAD GØR VI?

Når vi arbejder efter den evidensbaserede arbejdsmodel, tages der udgangspunkt i konkrete og patientcentrerede spørgsmål. Spørgsmålet søges besvaret med en litteratursøgning efter den bedst tilgængelige evidens, som så kritisk skal vurderes. Efterfølgende skal den fundne evidens, behandlerens kliniske ekspertise og patientens

præferencer for den aktuelle behandling kunne integreres. Den primære opgave er få patienten til at fungere bedst muligt i sine daglige funktioner og aktiviteter. Er der i den fysioterapeutiske proces brug for at supplere med "passiv" behandling, er akupunktur den bedst dokumenterede behandlingsmetode (2,4,9). Ud fra smerteanalysen bestemmes, hvilken smertetype der er tale om, og hvor og hvordan der skal behandles. Der gives ca. 10 behandlinger af relevante akupunkturpunkter i lænd og ben. Ved hjælp af validerede målemetoder registreres smerte- og funktionsniveau før, under og efter behandlingsforløbet. Dette kan virke som motivation for patienten og ikke mindst dokumentere den indsats, der er iværksat.

Svaret til det kliniske spørgsmål er: Ud fra patientens situation og ovennævnte studiers resultater vurderes det, at der både er et signifikant videnskabeligt og et klinisk relevant grundlag for at anvende naturvidenskabelig akupunktur, som behandlingsmetode til ovennævnte patient.

### LITTERATUR

1. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering: Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Medicinsk Teknologivurdering Serie B 1999;1(1).
2. Ernst E, White AR, Wider B. Akupunktur bei Rückenschmerzen: meta-analyse randomisierter kontrollierter Studien und "update" unter Berücksichtigung neuerer Daten. Schmerz 2002;16:129-139.
3. Furlan AD, van Tulder MW, Cherkin DC, Tsukayama H, Lao L, Koes BW, Berman BM. Acupuncture and dry-needling for low back pain: an updated systematic review within the framework of the Cochrane collaboration. Spine 2005; Apr. 15;30(8):944-63.
4. Lundberg D. et al. Metoder för behandling av långvarig smärta – en systematisk litteraturoversigt. Statens beredning för medicinsk utvärdering. SBU nr. 177/1+2. Side 22, 404-405, 400.
5. Molsberger AF, Mau J, Danuta BP, Winkler J. Does acupuncture improve the orthopaedic management of chronic low back pain – a randomized, blinded, controlled trial with 3 months follow-up. Pain 2002; 99:579-587.
6. Melzack R. From the gate to the neuromatrix. Pain 1999; suppl 6: 121-6.
7. DeLeo JA, Winkelstein BA. Physiology of chronic spinal pain syndromes: from animal models to biomechanics. Spine 2002;27:2526-37.
8. Moseley GL. A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. Manual Therapy (2003) 8(3), 130-140.
9. Rosted P, Andersen C. Anvendelse af stimulationsbehandling i smertebehandlingen. Ugeskr Læger 15. maj 2006;168/20: 1982-1986. ■

# Statistik hjælper med at træffe kliniske valg

Hvad skal der til, for at en behandlingsform kan anbefales i den daglige klinik? En nypubliceret artikel på ffyd.dk giver redskaber til at forstå og fortolke forskningsresultater

AF ROBIN CHRISTENSEN, CAND. SCIENT. OG ELSE MARIA BARTELS, DR. SCIENT.  
FOTO IMAGES/CORBIS

Det at behandle en person for en lidelse kan ofte give indtryk af at skabe en positiv effekt af den specifikke behandling, selvom det i praksis meget vel kan dreje sig om effekten af, at der bliver gjort noget aktivt ved en oplevet håbløs situation.

Derfor er randomiserede og kontrollerede studier nødvendige, hvis en behandling skal evalueres. Personer med symptomgivende sygdom i bevægeapparatet vil oftest få stillet en diagnose og efterfølgende blive behandlet med medicin eller fysioterapi for at forbedre tilstanden eller blot vente til den for behandleren velkendte tilstand går over af sig selv.

Visse lidelser kræver, at patienten selv tager aktiv del i behandlingen for at opnå succes. Således må patientens biomekaniske/somatiske forhold understøtte den lægeordnede behandling. Eksempler på dette er type 2 Diabetes Mellitus og osteoartrose i vægtbærende led, der begge med fordel kan behandles med teoretisk velunderbygget ernæringsterapi og/eller træning.

Karakteristisk for denne slags "sund fornuft" terapi er, at patienten skal anerkende, at det kræver stor egenindsats, og at denne indebærer livslang ændring i den enkeltes hverdag, da der er tale om kroniske lidelser. Begrebet coping dækker patientens evne til at acceptere og tage ansvar for denne type livslange ændringer i levevis som en del af behandlingen. Dårlig coping medfører erfaringsmæssigt også dårlig "compliance" (det, at man kan affinde sig med sin tilstand). Personer med dårlig coping, og dermed følgende dårligere tilstand og respons til anden behandling, er tilbøjelige til at se sig om efter andre behandlingsmuligheder, og ofte vælges her metoder af mere alternativ karakter.

Der synes at være en ide i store dele af befolkningen om, at læger (og anerkendte behandlere i det hele taget) er konservative og ikke er åbne for nye lovende behandlinger, "som alle ved virker". Hvis kun disse behandlinger var uden effekt, ville de ikke kunne gøre skade, men næsten enhver behandling,



der har en effekt, har samtidig en mulighed for at have bivirkninger.

Skal man kunne argumentere for og imod forskellige behandlingstyper, er det nødvendigt at kende til evidensen for behandlingerne.

Formålet med artiklen "Evidensbaseret behandling af bevægeapparatet", der er publiceret på ffyd.dk, er at belyse, hvad begrebet evidens dækker, og efterfølgende at give konkrete rettesnore til, hvornår og hvorvidt nye og sparsomt dokumenterede behandlinger kan anbefales som et led i den daglige klinik.

Det er således et mål med artiklen, at fysioterapeuter, der er involveret i forskning eller i beslutninger omkring valg af behandlingsformer, får redskaber til at tage aktiv del i debatten og på baggrund af matematisk-statistiske beregninger kan fortolke og præsentere argumenter for og imod behandlinger. ■

## Motion, kost og hormoner

**Overskud** ■ Bogen fortæller, hvordan man ved hjælp af fysisk aktivitet og den rigtige kost kan styrke sin krop, så begyndende aldersforandringer kan vendes til et egentlig overskud.

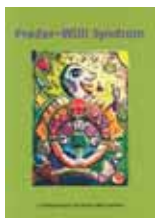
Leif Skive "Fra overgang til overskud" Komiteen for Sundhedsoplysning. Kan købes online [www.sundhedsoplysning.dk](http://www.sundhedsoplysning.dk) Pris: 75 kr. + ekspe.gebyr og porto. 140 sider



## Sjældne handicap

**PWS** ■ Med denne udgivelse foreligger for første gang på dansk en samlet beskrivelse af det sjældne handicap Prader-Willi Syndrom. Bogen giver en opdateret og relativt udførlig information om de mange forskellige aspekter af PWS. Beskrivelsen er søgt udformet, så den ikke fremtræder som tyngt af medicinske eller anden specialfaglig sprogbrug, men på samme tid kan opleves som tilstrækkelig informativ og umiddelbart tilgængelig for den alment interesserede læser.

Landsforeningen for PWS "Prader-Willi Syndrom". Bogen kan rekvireres på [pws@nypost.dk](mailto:pws@nypost.dk) eller [www.prader-willi.dk](http://www.prader-willi.dk). Pris 75 kr. + forsendelse. 108 sider.



## Sundhedsforskning

**Videnskab** ■ Forfatterne har hensigt med bogen er at styrke formidlingen af humanistisk sundhedsforskning og derved give disciplinen større gennemslagskraft. Det opnås ikke alene ved at opstille tekniske krav til artikler om for eksempel kvalitativ metode, men handler også om at kunne præsentere humanioras videnskabelige ståsted for professionelle, som er parate til at omlægge nye perspektiver på deres fag.

Peter Elsass og Peter Lauritsen "Humanistisk sundhedsforskning – teori, metode, praksis". Hans Reitzels Forlag, ISBN 87-412-0382-8. Pris: 298 kr. 240 sider.



## Løbeskolen

**Træningsguide** ■ Bogen er en praktisk guide til dem, der gerne vil i gang med at løbe og blive ved. Bogen fokuserer på træning til 5 og 10 km løb og præsenterer i alt seks træningsprogrammer for begyndere, let øvede og øvede.

Henrik Jørgensen "Løbeskolen", Gyldendals forlag. Pris: 169 kr. 104 sider.



## Børn på sygehus

**Bog/film** ■ Bog og film henvender sig til børn og forældre i forsøget på at afdramatisere den hospitalsverden, der ofte kan virke fremmed. Hvert andet barn indlægges på sygehus, og endnu flere oplever at komme på skadestuen. De fleste indlæggelser sker akut uden tid til forberedelse, og derfor er det vigtigt at give også raske børn en indføring i sygehusverdenen.

Lise Giødesen "Camilla og klovnefar på sygehus" Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. Pris: 129 kr. inkl. DVD, ill. 48 sider.



## Kropsvaner

**Øvelser** ■ Bogen og den medfølgende cd præsenterer en række øvelser, man i løbet af få minutter kan lave i en travl hverdag. Øvelserne er tilrettelagt, så de kan flettes ind i de daglige gøremål.

Bogen indeholder afsnit om f.eks. morgenøvelser, aktive pauser i løbet af dagen, hvordan man får gjort øvelser til en vane, gode hvilestillinger og godnat-afspænding, som fremmer søvnen. Udgangspunktet er, at man skal lytte til sin krop og være opmærksom på, hvornår der er behov for bevægelse, stræk og afspænding.

Bodil Hjorth "Hverdagsøvelser. Håndbog i gode kropsvaner". Forlaget Frydenlund ISBN 87- 7887-306-1. Pris: 229 kr. inkl. cd. 72 sider.



## Parkinson

**Hjerne** ■ Denne bog er primært skrevet til den, der rammes af Parkinson, men også de pårørende, behandlere og personale, der i det daglige møder mennesker med Parkinsons sygdom kan få god indsigt og forståelse for sygdommen ved at læse bogen. Den beskriver de tidlige symptomer og diagnosen og de daglige forhold for den, der lever med Parkinsons sygdom.

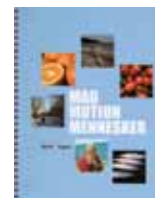
Lene Werdelin (Red.) „Parkinsons sygdom – en bog for patienter, pårørende og behandlere“. Munksgaard Danmark, ISBN 87-628-0571-1. Pris: 188 kr. 196 sider



## Mad og motion

**Ældre** ■ Bogen er primært skrevet til ÆldreSagens frivillige, som har aktiviteter inden for områderne kost og motion – f.eks. fælles madlavning og fælles spisning samt motionshold i mange forskellige varianter både for raske og rørige og for svage ældre.

ÆldreSagen "Mad, Motion Mennesker" Pris: 100 kr. incl. porto. Bestilles på [www.aeldresagen.dk](http://www.aeldresagen.dk) eller 3396 8689.





## Angelman og Ehlers-Danlos

**Hæfter** ■ Center for små handicapgrupper har udsendt to nye hæfter. Et om Angelman syndrom og et om Ehlers-Danlos syndrom. Der menes at være 150-200 personer i Danmark med Angelman syndrom. Syndromet medfører typisk særlige ansigtstræk, en meget forsinket psykomotorisk udvikling med manglende sprogudvikling, epilepsi, rykvisse bevægelser og karakteristiske latterudbrud. På grund af de to sidstnævnte træk blev syndromet tidligere kaldt happy puppet. Der skønnes at være 400-500 personer i Danmark med Ehlers-Danlos syndrom. Det er en arvelig lidelse i kroppens bindevæv. Syndromet er således karakteriseret ved en række symptomer, der skyldes forandringer i fortrinsvis hud, led og blodårer.

*Jonas Bo Hensen "Angelman syndrom" og Ehlers-Danlos syndrom", Center for små handicapgrupper. Pris pr. hæfte kr. 120. [www.csh.dk](http://www.csh.dk), [cssh@csh.dk](mailto:cssh@csh.dk)*



## Kognitiv Terapi

**Metoder** ■ Denne bog giver i et enkelt og let forståeligt sprog indblik i den kognitive terapies mange konkrete metoder til at evaluere tanker og mindske ubehag. Bogen henvender sig til alle, der ønsker brugbar og praksisorienteret viden om kognitiv terapi og de kognitive metoder. Henrik Tingleff "Kognitiv terapi – metoder i hverdagen" *Center for Kognitive Psykologer ISBN 87-7691-067-9. 147 sider Pris: kr. 150.*



## Spejlneuroner

**Kommunikation** ■ Hvorfor kan vi intuitivt forstå hinanden, spontant føle, hvad andre føler og gøre os en forestilling om, hvad andre tænker? Forklaringen på dette ligger i spejlneuronerne, som først er blevet opdaget for nylig. Spejlneuronerne fremkalder den tilstand hos os, som vi iagttager hos en anden. De giver os evnen til at "læse" andre og indleve os i deres glæde eller smerte og er således grundlaget for empati.

*Joachim Bauer "Hvorfor jeg føler det du føler". Borgens Forlag, 153 sider. Pris: 199,95 kr.*



## VALG af delegerede til DSA

Otte fysioterapeuter skal vælges ind i delegeretforsamlingen i Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, DSA. Du har nu mulighed for at stille op til valget.

Delegeretforsamlingen er DSA's øverste politiske myndighed. Delegerede har medindflydelse på de overordnede beslutninger vedrørende a-kassens virksomhed – bl.a. valg af hovedbestyrelsen. Herudover bliver de delegerede løbende orienteret om a-kassens virksomhed og den arbejdsmarkedspolitiske udvikling.

Hver faggruppe i DSA kan vælge et antal delegerede, der er proportionalt med deres medlemstal i DSA. I forvejen sidder der 60 sygeplejersker, 8 bioanalytikere, 2 jordemødre og 1 radiograf i delegeretforsamlingen. Valgperioden er frem til udgangen af marts 2008.

Delegerede bliver én gang årligt indkaldt til delegeretmøde, første gang den 8. juni 2007.

### OPSTILLING OG AFSTEMNING

Du kan stille op til valget ved at gå ind på DSA's hjemmeside [www.dsa-akasse.dk](http://www.dsa-akasse.dk) og opstille via den. Du kan også sende et brev til DSA med navn, adresse, cpr-nummer og mail-adresse. I begge tilfælde modtager du senere en bekræftelse. Opstillingen skal være modtaget i DSA *senest tirsdag den 14. november 2006.*

Såfremt der kun er otte eller færre kandidater til valget, er disse valgt uden afstemning. Er der ni eller flere kandidater, vil der i slutningen af november 2006 blive udsendt en stemmeseddel til alle fysioterapeuter, der er medlemmer af DSA.

De otte kandidater, der opnår flest stemmer, er herefter valgt som delegerede, mens de øvrige kandidater er valgt som suppleanter, dog maksimalt otte.

Danske Sundhedsorganisationers  
Arbejdsløshedskasse – DSA  
Sankt Annæ Plads 30,  
Postboks 2080,  
1013 København K

# Store forventninger

Kommunalreformen flytter store sundhedsopgaver til kommunerne. Fysioterapeuten har mødt formanden for Social- og sundhedsudvalget i Kommunernes Landsforening borgmester Tove Larsen til en snak om store forventninger, få midler og en undskyldning på forhånd

AF SUNDHEDSPOLITISK KONSULENT ANN SOFIE ORTH

Borgerne kommer faktisk til at mærke forskel. Det er Tove Larsen ikke i tvivl om, men som en lang række kommunalpolitikere landet over mener også hun, at der mangler penge til de nye sundhedsopgaver i kommunerne. To millioner kroner pr. kommune forslår ikke, selvom der er en massiv interesse fra kommunalpolitikernes side for at give sundhedspolitikken en god start i kommunerne, siger Tove Larsen.

Tove Larsen er borgmester i Rødning, formand for sammenlægningsudvalget i Ny Aabenraa Kommune, og så har hun fået den centrale post som formand for KLs social- og sundhedsudvalg. Hun har været i kommunalpolitik siden 1981, og hendes popularitet i lokalområdet er enorm. Ved sidste kommunalvalg fik hun knapt 39 procent af de afgivne stemmer. Det er danmarkshistorie.

## NYE ROLLER

Grundlæggende er Tove Larsen positivt indstillet over for kommunalreformen, som hun ser mange muligheder i.

Lokalkendskabet og den direkte forbindelse til kommunens institutioner som f.eks. børnehaver og folkeskoler vil give nye muligheder for sundhedspolitiske initiativer. Tove Larsen forventer, at der bliver sat mere fokus på det tværfaglige samarbejde på sundhedsområdet, og at sundhedspersonerne får en mere udfarende rolle.

"Medarbejderne i kommunerne skal hjem til patienterne og ud på skolerne", siger hun og forudsiger, at specialister som f.eks. fysioterapeuter får mere køretid i de nye kommuner. Hun betegner det som et grundvilkår, og ser samtidig den tættere kontakt til borgerne som en god mulighed for at koble sundhedsindsatsen med den sociale indsats. Det bør være

muligt at mindske den sociale ulighed i sundheden, mener hun, der for eksempel ser nye muligheder for sygedagpengemodtagere og for mennesker, der ikke kun har ledighed som problem. "Kommunalreformen giver os alle sammen chancen for at stille spørgsmålstegn ved, hvordan vi hver for sig i de mindre kommuner har valgt at gøre tingene", siger borgmesteren i Rødekro, der er midt i sammenlægningen af fem forskellige kommune-kulturer til Ny Aabenraa. Tove Larsen mener, at kommunerne kan lære meget af hinanden, til gavn for borgerne.

## MANGE AKTØRER

Samspelet mellem de forskellige aktører på sundhedsområdet har Tove Larsen gode forhåbninger til. Hun fremhæver sundhedscentret i Rødekro, hvor kommunalt ansatte sundhedspersoner arbejder side om side med praktiserende fysioterapeuter.

Også forholdet til regionerne, fremtidens sygehusejere, bliver vigtigt for kommunerne. Der skal indgås sundhedsaftaler mellem regionerne og kommunerne i regionen. Sundhedsaftalerne er af Folketinget tænkt som det redskab, der skal sikre sammenhængende patientforløb og velfungerende genoptræning. Der er mange organisationer bl.a. Danske Fysioterapeuter, der har store forventninger til sundhedsaftalerne, og Tove Larsen er da også optimistisk. Hun erkender dog, at sundhedsaftalerne kun er en af mange store opgaver i sammenlægningsåret, og oven i det er der spørgsmålet om regionernes handlekraft.

"Det bliver interessant at se, hvor meget indflydelse regionspolitikkerne får lov at få", siger Tove Larsen. Regionerne kan se frem til en stram økonomi, ingen ret til skatteudskrivning og meget tæt styring fra bl.a. Sundhedsstyrelsen.

*Tove Larsen er borgmester i Rødding, formand for social- og sundhedsudvalget i Kommunernes Landsforening.*

## SUNDHEDSUDVALG PÅ VEJ

I samtalen vender Tove Larsen ofte tilbage til kommunalpolitikernes lyst til og mod på sundhedsopgaven:

”Interessen for sundhedspolitik er kæmpestor, og der er alment politisk fokus på genoptræning og forebyggelse”, siger hun og tegner et billede af sundhed ikke bare for borgerne, men også for de kommunalt ansatte.

”Vi skal ikke være fanatiske, men derimod bruge det øgede fokus på sundhed til at komme i dialog med medarbejderne om deres egen sundhed”, mener Tove Larsen, der understreger, at der skal være tale om tilbud og ikke tvang.

Mange kommuner får et særligt politisk udvalg, der skal tage sig af sundhedspolitikken. Politikerne i sundhedsudvalget skal stå i spidsen for at tegne den kommunale sundhedspolitiske profil, og det er dér, de afgørende prioriteringer skal ske. Det store politiske fokus vil ganske enkelt give sundhedsområdet et stærkt afsæt.

## UNDSKYLD

På spørgsmålet om kommunerne er parate til at gøre en indsats for forskning og udvikling på sundhedsområdet, siger Tove Larsen et klart ja. Hun ser mulighederne for et langt tættere samarbejde mellem kommuner og universiteter og fremhæver de sønderjyske planer om samarbejde mellem Syddansk Universitet og kommunerne i regionen. Endnu engang er hun dog nødt til at minde om det tunge økonomiske åg. Der vil ikke være mange penge til de mange opgaver, som kommunerne – sammenlagte eller ej – står overfor.

Den lille økonomi og de store sammenlægninger er også grunden til, at Tove Larsen på kommunernes vegne siger undskyld på forhånd. Opgaven er så stor, at hun ikke kan garantere, at alt forløber planmæssigt. Derfor siger hun undskyld allerede nu. Så er det gjort. ■





# Nyt debatforum

Det nye debatforum byder på masser af ny funktionalitet, er mere overskueligt og nemt at gå til. Alle debatter fra fysio.dk, tillidsfolk.fysio.dk, fysiostud.dk og ffy.dk samles nu i et fælles debatforum på hjemmesiden debat.fysio.dk.

DANSKE FYSIOTERAPEUTER / DEBAT

Fysio.dk Forskning Kompetenceudvikling Studerende Tillidsfolk Lederne Fågfestival Kommunalreform **Debat**

**Forumoversigt** Aktive emner Hjælp Søg Kontakt Medlemmer Min profil Indbakke Venneliste Log ud

Sti: **Forumoversigt**

"Du er logget ind som: Anja Stampe"

Forum	Emner	Beskeder	Seneste besked
<b>Sådan kommer du igang på debatten</b>			
<b>Vejledning, spørgsmål og feedback</b> Du er lynhurtigt igang, læs vejledninger og regler for debatten..	5	6	03 Oktober 2006 kl. 18:47 af <b>Ina Arbov</b>
<b>Alt om fysioterapi</b>			
<b>Faglig debat</b> Ordet er frit !	3	10	09 Oktober 2006 kl. 06:50 af <b>Martin B. Josefsen</b>
<b>Ejer/lejer debat</b> Diskuter ejer/lejerkonstruktionen	2	4	09 Oktober 2006 kl. 11:51 af <b>Jonathan David Comins</b>
<b>Forskning</b>			
<b>Alt om forskning</b> Ordet er frit	1	1	03 Oktober 2006 kl. 15:35 af <b>Martin B. Josefsen</b>
<b>Vancouver konference</b> Erfarings- og vidensudveksling..	2	3	29 September 2006 kl. 12:17 af <b>Vibeke Pilmark</b>
<b>Opslagstavlen</b>			
<b>Køb og salg</b> Bøger, klinikudstyr etc.	1	1	03 Oktober 2006 kl. 10:07 af <b>Anne Guldager</b>

## GENVEJE TIL NY FUNKTIONALITET

På det nye debatforum er der masser af ny spændende funktionalitet. Her er et udpluk.

- Rediger selv din personlige profil
- Skriv med dine kontakter fra din personlige indbakke
- Tilføj andre debattører til din venneliste
- Se komplet oversigt over medlemmer
- Brug søgefunktionen til at søge på tværs af forummet
- Se listen over aktive og seneste emner



AF WEBREDAKTØR MARTIN GOLD-  
BACH OLSEN OG WEBMEDARBEJDER  
ANNE LARSEN

Mange af fysio.dk's flittige debattører har længe og med rette efterspurgt et nyt og forbedret debatforum. Det ønske er nu indfriet.

Det nye debatforum er det absolut mest udbredte på Internettet i dag, og netop det, som mange af debattørerne har anbefalet. Derfor er der sikkert mange, der vil nikke genkendende til forummets udseende, opbygning og funktionalitet.

### NEMT AT OPRETTE SIG SOM BRUGER

For at kunne deltage aktivt i debatten, skal man oprette sig som bruger. Det tager et par minutter. Du skal blot taste dit fulde navn, din e-mail-adresse samt vælge et password. Din e-mailadresse bliver naturligvis ikke offentliggjort på debatten, men bliver brugt til at notificere dig, når der svares på dine debatindlæg. Når du først er oprettet som bruger, vil du automatisk blive logget ind, næste gang du besøger debatforummet.

### BEDRE OVERSKUELIGHED

Den grundlæggende struktur på det nye debatforum er baseret på forums, emner og tråde. Når en debattør starter et nyt emne, vil emnet og alle dets svar være at finde i sin egen "tråd", modsat det gamle forum hvor alle emner og svar lå i én lang køre.

Ud for hvert emne kan man se, hvem der har startet det, hvor mange visninger det har, hvor mange svar det har samt et link til det seneste svar og dets forfatter. Derudover findes der forskellige genveje til aktive emner på debatten, så man kan se, hvilke emner der er oprettet siden sidste gang, man var på besøg.

fysnyt

## Tibialis-posterior insufficiens

**Statusartikel** ■ En artikel i Ugeskrift for Læger gør status over diagnosticering og behandling af tibialis posterior syndrom. Tibialis posterior seneruptur og tendinitis kan være årsag til vedvarende smerter omkring mediale malleol og tiltagende platfod. Manglende tibialis posterior-funktion fører til progredierende platfod, svækket fodafsæt og ubalance i fodens muskelarbejde. Da både muskler, ligamenter og aponeurosis plantaris supplerer hinanden, vil en svækkelse eller dysfunktion i en af strukturerne kunne føre til overbelastning og degeneration. Tibialis posterior syndrom kan opstå som følge af akut traume på grund af slag eller forvridning. Ofte ses syndromet i en kombination med f.eks. ankelfraktur eller ligamentskade. En degeneration af tibialis posterior senen giver smerter, hævelse og platfod. Tilstanden er hyppig ved reumatoid artrit. Til den kliniske klassifikation kan benyttes Johnson og Strøms stadienddeling:

- I. Smerter, hævelse og ømhed langs sene. Let platfod. Etbens-tåstand mulig.
- II. Svær platfod, deformiteten er redressabel. Etbens-tåstand ikke mulig.
- III. Svær platfod som ikke er redressabel.
- IV. Svær platfod med valgusfejlstilling og tegn på artrose i ankelleddet.

Diagnosen stilles overvejende ud fra den kliniske undersøgelse. Der findes oftest smerter, platfod, hævelse og ømhed langs senens forløb. Ved tibialis posterior insufficiens er forfoden abduceret, og der



ses positiv too-many-toes sign (når pt. observeres bagfra i afslappet stående stilling, ses for mange af de laterale tæer. Man må maksimalt kunne se to). Ved tåstand ses valgusdeviation af hælen. Tåstand på et ben siger noget om syndromets sværhedsgrad. Konservativ behandling er indiceret i alle fire stadier. Behandlingen ved stadium I-II kan være kurativ, mens ved stadium III og IV vil den kun kunne standse progressionen og smertelindre. Behandlingen består af specialindlæg, instruktion i genoptræning af musklerne og anvisninger om, at foden kun må belastes inden for smertegrænsen. *Artiklen kan downloades fra [www.ugeskrift.dk](http://www.ugeskrift.dk) Ole H. Simonsen et al. Tibialis-posterior seneinsufficiens. Ugeskr Læger 168/39, 25. september 2006.*

DET STÅR DER I AVISEN

# Om fysioterapi og fysioterapeuter

**(FART PÅ PERSONALET)** Vi har længe vidst, at personalet på landets sygehuse løber hurtigt. Nu ved vi også *hvor* hurtigt: Fysioterapeut Mads Siersted har rekorden på distancen bund til toppen af Herlev Amtssygehus. Han har gjort de 500 trin på to minutter og 26 sekunder. *Dagbladet 24timer* fortæller om trappeløbet, der et af tilbuddene til de cirka 4.000 ansatte i sygehusets sundhedsuge. Det er forventningen, at flere hundrede ansatte vil tage en pause fra arbejdet og smutte en tur op på toppen til udsigten, lækker chokolade (70 procent!) og ikke mindst vand.

**(BØRNS HOVEDPINE)** Vand er vigtigt. For lidt væske kan ligesom forkert kost, stress i hverdagen og for lidt søvn og motion udløse spændingshovedpine, skriver *Jyllands-Posten*. Vurderingen er, at ca. 5 pct. af børn i alderen 3-11 år rammes af migræne eller svær spændingshovedpine, der er stærkt invaliderende. Det betyder, at der i hver skoleklasse sidder et barn med hovedpine. På Amtsygehuset i Glostrup står afdelingslæge Susanne Holst Ravn i spidsen for et hold af specialsygeplejersker, en fysioterapeut og en psykolog, der skal hjælpe børn og unge af med smerterne. Hun giver al for megen tid foran skærmen og en stresset hverdag skylden for, at børn er mere ramt af hovedpine i dag. Dansk Hovedpinecenter har i forvejen landets førende eksperter samlet på amtsygehuset til deres voksne patienter.

**(ORGLET BRUSER)** Det kan også give hovedpine at stå inde i orglet i Århus Domkirke. Faktisk anbefales det, at man tager øreværn på, hvis man skal stå derinde i mere end fem minutter. Det har fysioterapeut Knud Svendsen næppe behov for. Han er organistvikar i domkir-



ken, hvor Danmarks største orgel bruser. Orglet skal være hovedperson i den fjerde internationale orgelfestival i Århus i november. Måske kræver orgelfestivalen, at Knud Svendsen må tage fri fra klinikken, som han har haft siden 1973. Tjansen som organistvikar har Knud Svendsen – der spillede klaver som barn – haft siden 1985. "Man bliver klangligt forkælet her i Domkirken", siger Knud Svendsen. *Århus Stiftstidende* fortæller om den orgel-spillende fysioterapeut, at Knud Svendsen "slutter næste år efter 34 år med helbredelse og lindring af århusianske skavanker, inkl. en kongelig af slagsen".

**(LØKKE OG MOTION)** Lidt kongelig er kampagnen "Gang i Danmark 2007" også. HKH Kronprinsen har nemlig sagt ja til at være protektor for den store motionssatsning, som løber af stabelen næste år, og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen er allerede gået i gang: Han har nemlig taget sine egne anbefalinger til sig og gør, hvad han kan for at motionere en halv time hver dag. Det har kostet en motionscykel, for selvom ministeren selv siger, at det næsten lyder for godt til at være sandt, så er hans cykel faktisk brudt sammen. Han har købt en ny og har samtidig kastet sig over "løb eller noget i den retning", som Lars Løkke siger til *Jyllands-Posten*. "Hvis definitionen på løb er, at man indimellem skal have

begge fødder over jorden, så er det løb indimellem," siger ministeren.

**(LØB)** "Løb eller noget i den retning". En meget præcis beskrivelse af et særpræget maratonløb i Frankrig. Marathon du Médoc har 8.000 deltagere, der løber 42,195 km langs vinmarker med tunge klaser. Med fransk visit på 26 af de lokale chateauer, som Politiken skriver. En slags høstmaraton hvor der løbende skal smages på den lokale vin. Løbet er grundlagt i 1985 af læger, og det er da heller ikke bare sjov det hele: Byen Pauillac afholder en konference i sportsmedicin for læger og fysioterapeuter samtidig med maratonløbet. Konferencen foregår i telte ved målområdet. For at citere *Politikens* udsendte: "Smart, for så har man 300 kvalificerede folk klar til at tage sig af de overmodige, som har besluttet at tilbagelægge 42,195 km, mens de skubber en slotsruin foran sig."

**(BØRN OG STREJKE)** Kvalificerede folk kan der nok være mangel på, når børnehaver og vuggestuer er lukkede. Ikke desto mindre har familierne trods alt fået hverdagen til at hænge sammen midt i strejker og blokader mod regeringens økonomiske politik. På Kolding Sygehus har fysioterapeut og medarbejderrepræsentant Rikke Rossen taget initiativ til, at børnene kan passes i et rum, der reserveres til dem, fortæller *Jydske Vestkysten*.

**(BØRN OG STREJKE 2)** David på tre år fra Viborg var også strejkeramt, så han har været hjemme hos sin mor, Anni Saustrup Kristensen. Hun er i gang med at afslutte et genoptræningsforløb efter en skade i ryggen, så *Viborg Stifts Folkeblad* kan fortælle, hvordan David har haft den store oplevelse dagligt at være med mor til fysioterapeut.

## Fysioterapeuter har både muligheder og frihed

Der fornemmes en vis uselvstændighed i mange af den sidste tids indlæg fra lejere i praksissektoren

DEBATINDLÆG AF:

JOHN FUNCH, BRØNSHØJ, MEDLEMSNR. 8113

Indlejer/ejerdebatten, eller: kender du typen?

Statistikens velsignelser meddeler i Fysioterapeuten nr. 15, at 80 procent hellere vælger indlejerrelation end funktionærform. Dog er der ofte utilfredshed med antagelighedsformen, da ikke alt kan spises, bl.a. arbejdstider, overskudsdeling, udbytning oa.

Det drejer sig konkret om aftaler i et liberalt erhverv, der er entreprenør for det offentlige. Kontraktforholdene indgås frivilligt mellem parterne. Kan en af parterne ikke overskue konsekvenserne af det skriftlige indhold, kan en advokat opsøges som udgangspunkt i en forhandling, der sluttelig munder ud i en aftale til begges tilfredshed, for ellers skriver man ikke under, hvorfor der ikke er nogen kontrakt, og således ingen relation.

Vi er i vort fag så heldige, at vi har flere arbejdsrelationsmuligheder. I dag kan man på klinikkerne være ansat, provisionslønnen og måske en blanding deraf, hvis ikke man bare gør det selv. Ellers kan man søge relation til Falck på deres vilkår, arbejde hos en kiropraktor, i en svømmehal, hos en ungdomsorganisation, div.idræts/sportsrelationer – kun mangfoldigheden sætter grænserne.

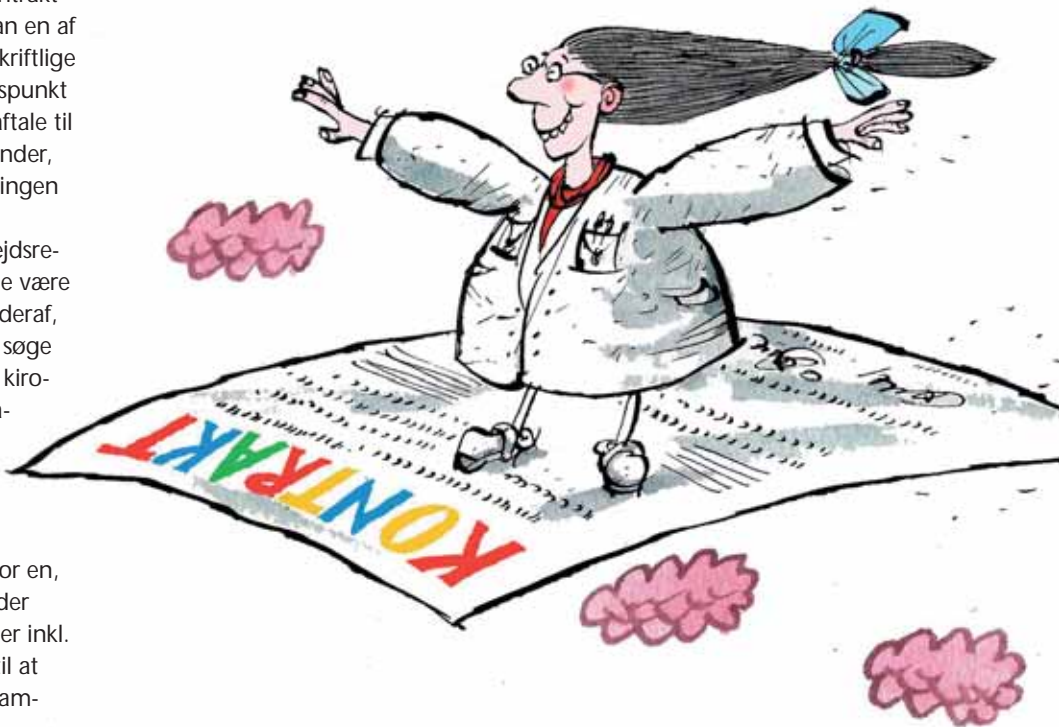
Der fornemmes en vis uselvstændighed i mange af den sidste tids indlæg, måske fordi mange forventer, at nogle skal ordne tingene for en, at alt ligger klar på hylderne og helst med alt, der kan ønskes af goder fra flere organisationsformer inkl. klinikejerens – dog uden at signalere villighed til at anvende tid og investeringsrelationer i videre sammenhæng.

Sagen i sin enkelhed er juridisk set kontrakt, altså aftale, og adskiller sig ikke væsentligt fra for eksempel en hushandel.

Det bør slås fast, at ydernumrene ikke kan handles, da de ikke tilhører klinikken, men hører til klinikken. Indlejeren ansøger sygesikringen om nummeret får det og afleverer det tilbage til det offentlige ved arbejdsophør på klinikken, som har pågældende pulje for at kunne betjene området som aftalt med sygesikringen.

Det er følgelig ikke nogen, der scorer kassen ved at sælge ydernummeret.

For at konkludere enkelt: Vi fysioterapeuter har en masse muligheder og frihed dertil.



# debat

Der er mulighed for løbende debat på [fysio.dk/debat](http://fysio.dk/debat).

Debatten på [fysio.dk](http://fysio.dk) redigeres ikke af andre end debattørerne selv. Hvis et indlæg ønskes offentliggjort i Fysioterapeuten, skal det sendes til [redaktionen@fysioterapeuten.dk](mailto:redaktionen@fysioterapeuten.dk), mærket "debatindlæg".

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

**Fysioterapeuten nr. 20 udkommer 17. november.**

**Deadline for debat: 2. november.**



## Netværk for visitatorer

**Netværk** ■ Fysioterapeuter, der arbejder som visitatorer, har ikke i dag et formelt netværk. Men nu kommer det, idet visitator Anne Kirstine Jensen, Dronninglund har meldt sig som koordinator af netværket. I Danske Fysioterapeuters medlemssystem er visitatorerne registreret som kommunalt ansatte, ikke specifikt som visitatorer. Hvor mange fysioterapeuter, der er i visitatorstillinger, ved foreningen derfor ikke, men et forsigtigt skøn lyder på 50-60 stykker. For at få så mange visitatorer som muligt med i netværket er det derfor nødvendigt, at hver enkelt visitator retter henvendelse til Anne Kirstine Jensen. I første omgang vil Anne Kirstine Jensen gerne høre fra visitatorerne, om de overhovedet er interesserede i, at der kommer et netværk, og hun opfordrer alle til at sende hende en e-mail - også selvom man synes, man har nok at gøre med forberedelserne til kommunalreformen. Anne Kirstine Jensen beder om, at e-mailen indeholder navn, telefonnummer, arbejdssted og oplysninger om, hvad man visiterer til. Desuden vil hun som sagt gerne høre visitatorernes tilkendegivelser vedrørende behovet for et netværk, hvad det skal bruges til, om det udelukkende skal være digitalt, eller om man også har ambitioner om at ville mødes, og om man i så fald kan få fri til at gå til møder i netværket i arbejdstiden. *Skriv til Anne Kirstine Jensen på [soakj@dronninglund.dk](mailto:soakj@dronninglund.dk)*



FOTO: MARK A. JOHNSON/CORBIS

## Høj-intensitetstræning til demente ældre

**Demens** ■ En gruppe norske fysioterapeuter, heriblandt Lillemor Lundi-Olsson, har undersøgt, om høj-intensitetstræning kan implementeres på plejehjem med ældre med kognitive problemer. 91 ældre med en gennemsnitsalder på 85,3 år blev randomiseret til enten træning eller sociale aktiviteter. De ældre blev blandt andet screenet med Mini-Mental State Examination og testet med Barthel Index og Bergs Balanceskala. Træningen, der var specielt udviklet til dette studie (HIFE Program), varede 45 minutter og foregik på hold. De ældre trænede

med højintensitetsøvelser, der var funktionelle og havde fokus på balance og vægtbæring. I løbet af de tretten uger studiet varede, gennemførte de ældre 29 træningssessioner. På trods af at de ældre i studiet havde alvorlige kognitive problemer, viste det sig, at de fleste af dem gennemføre størstedelen af øvelserne. *Undersøgelsen er publiceret i Physical Therapy, vol 86, number 4, april 2006, p. 489-98: "A High-Intensity Functional Weight-Bearing Exercise Program for Older People Dependent in Activities of Daily Living and Living in Residential Care Facilities: Evaluation of the Applicability With Focus on Cognitive Function."*

fysnyt

## Træning bedre end hvile

**Akillestendinopati** ■ Doseret træning viser sig at have god effekt på akillesenetendinopati. Den svenske fysioterapeut Karin Grävare Silbernagel har i forbindelse med sin medicinske doktorafhandling blandt andet undersøgt effekten af aktiv rehabilitering kontra hvile til akillesenetendinopati. I sit studie viser hun, at patienter med akillesenetendinopati får det betydeligt bedre, hvis de træner. I de fleste tilfælde kan smerterne helt forsvinde. Hun anbefaler patienterne at udføre tåhævninger hver dag (på et skræbræt med 10 graders hældning), at træne gentagne submaximale vertikale hop på stedet, at variere træ-

ningen og eventuelt erstatte noget af løbetræningen med gymnastik eller svømning. Den forebyggende træning skal fortsættes, også efter smerten er forsvundet, anbefaler Karin Grävare Silbernagel. I forbindelse med sit studie fandt Karin Grävare Silbernagel en test, der kan måle fysisk aktivitet og smerte. Det drejer sig om The Victorian Institute for Sports assesment – Achilles questionnaire, VISA-A. Denne test er valideret og oversat til svensk. *En artikel om oversættelsen af testen og den svenske udgave af testen kan downloades gratis fra: [www.biomedcentral.com/1471-2474/6/12](http://www.biomedcentral.com/1471-2474/6/12)*

## Fysisk aktivitet og vægt

**Rettelse** ■ Danisco Sugar har udgivet en undervisningsbrochure "Fysisk aktivitet og vægt", der er målrettet folkeskolens ældste klasser. Materialet er gratis. Ved en fejl

var der i Fysioterapeuten nr. 16 opgivet en forkert web-adresse. *Pjecen kan downloades fra [www.perspektiv.nu](http://www.perspektiv.nu), hvor der klikkes på kontakt/bestil.*





Blank side til Anja

## POWER LASER 500

### Trådløs

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

### Ingen beskyttelsesbriller

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

### Automatisk kontrol af udgangseffekt

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

### Ergonomisk

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

### Kontinueret drift

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

### 10 Behandlingsprogrammer

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

## POWER LASER 1000



### POWER LASER 1000

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



### Gratis kursus i laserterapi

I samarbejde med fysioterapeut Jesper Kousted.  
Kursusdatoer:

København:	10.10.06
Kolding:	07.11.06
København:	12.12.06

### Gratis prøve 3 uger

Afprøv POWER LASER i din egen

klínik gratis i 3 uger.

Ring og hør nærmere!

For mere information se vores hjemmeside [www.powermedic.dk](http://www.powermedic.dk)