

Nr. 11/juni/2005
87. årgang



Færre bleer og mere livskvalitet

Med få midler kan kvinder med inkontinens slippe bleerne og højne livskvaliteten. Side 18

Fysioterapeuten

www.fysio.dk



Bedre blik på børn

Test giver terapeuter redskaber til at behandle børn med speciel adfærd.

SIDE 10

Artikler

Klassifikation af lændepatienter



Måden, vi klassificerer patienterne på, har i høj grad en konsekvens for den behandling, patienten bliver konfronteret med.

4

Tidsbestemt genoptræning er ulovlig



Socialministeren fastslår, at kommunerne ikke har ret til at sætte en frist på, hvor lang tid en borger kan modtage genoptræning for kommunens regning.

9

Færre bleer og mere livskvalitet



En gruppe kvinder med inkontinens fik tilbudt undervisning og træning. Kommunen sparede penge til bleer, og kvinderne øgede livskvaliteten.

18

Kronikere ingen adgang



Politikerne i Københavns Kommune er enige om at omdanne rygcenter til sundhedscenter. Til gengæld har man sværere ved at blive enige om, hvad det økonomisk skal betyde for centret og dets normering.

26

Det er lettere at vinde i rød

Det er ikke bare talent og hård træning der afgør, hvem der løber af med de sportslige sejre. Engelske forskere mener, at det også kan have noget at gøre med farven på tøjet. To forskere har undersøgt deltagerne i hhv. boksning, tae kwon do, brydning og fribrydning under OL i Athen. I alle fire sportsgrene gælder, at den ene deltager er i rød, mens den anden er i blå dragt. Det viste sig, at den røde farve vandt i de fleste tilfælde. Også fodboldspillere er blevet undersøgt. De skifter oftest mellem to forskellige spillerdragter afhængig af modstanderens farver. Forskerne har undersøgt hold, hvis ene spillerdragt indeholder rød, og det viser sig, at de spiller bedst, når de har denne dragt på. Der er ikke fundet nogen forklaring på det dette mønster, men forskerne spekulerer på, om det kan være fordi den røde farve tager modet fra modstanderne, eller om den får testosteronniveauet i blodet til at skyde i vejret. En tredje teori går på, at det er en slags kulturel kode, således at man lykkes bedre, hvis man føler, man er klædt i en kongefarve. Hvis det sidste er tilfældet kunne det måske give inspiration til nyt hospitalsstøj med henblik på at få patienterne hurtigere ud af sengene.

Kilde: www.forskning.no

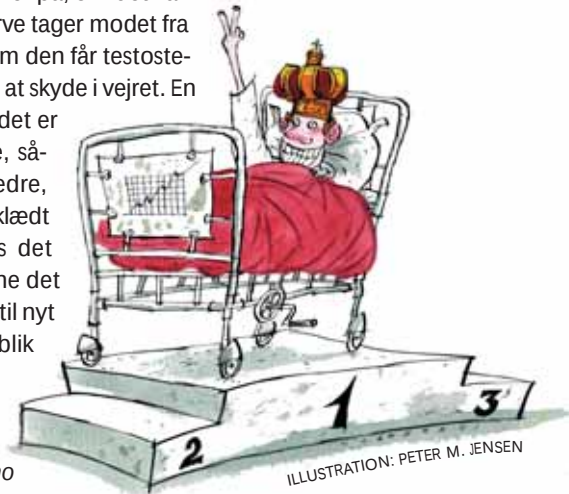


ILLUSTRATION: PETER M. JENSEN

Det faste

Fysnyt	29
Presseklip	31
Debat	32
Kalender	34
Uddannelse	36
Job	42



FORSIDE:
JACOB WAAGE

Udgiver:
Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Telefon 33 41 46 20
Redaktionens fax:
33 41 46 14

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

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 9.383
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2003 - 30. juni
2004
86. årgang.

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

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

ISSN 1601-1465



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Åbenheden giver tillid

Jeg er stolt af at være fysioterapeut. Og jeg har rigtig mange gode og dygtige kolleger landet over, som hver dag gør mig endnu mere stolt. Sådan skal det gerne blive ved med at være, men det kræver, at fagligheden, etikken og åbenheden omkring den faglige udøvelse er i top. Det handler nemlig på kort sigt om tillid mellem patient og behandler og på langt sigt om sundhedsvæsenets legitimitet i samfundet.

"Når patienten vågner" hedder et flere år gammelt debatoplæg fra Mandag Morgen. Borgere og patienter *er* vågnet og forlanger indsigt, information og medbestemmelse. Som borgere ønsker vi at kende mulighederne, risikoen og kvaliteten af de ydelser, vi får tilbudt, og det uanset om vi går i banken, på restaurant eller kommer i hænderne på sundhedspersoner. Hvis vi sundhedsprofessionelle ikke går foran og stiller oplysningerne til rådighed, mister vi borgernes tillid. Alt for længe har den hvide verden været en lukket verden med andre spilleregler end det omgivne samfunds.

Derfor er Danske Fysioterapeuter enig med indenrigs- og sundhedsministeren om, at det skal være muligt at sætte navn på de sundhedspersoner, som får påtale i Patientklagenævnet. Der er naturligvis forskellige grader af forseelser og baggrund for dem, men alvorlige eller gentagne forseelser må offentliggøres. Hvis vi fortsat holder dørene lukket om os selv, så holder den faglige autoritet ikke i længden. Tab af tillid og den faglige autoritet vil ikke være til gavn for hverken patienter, samfund eller for den sags skyld os selv.

Visse fejl er personlige, andre er organisatoriske. Sidstnævnte opstår, fordi arbejdet ikke er tilrettelagt på den rette måde og derfor medfører en potentiel risiko. Derfor bør det være muligt at klage over den organisatoriske kvalitet i sundhedsvæsenet. På den måde kan vi nemlig få frem i lyset, hvilke konsekvenser dårlig tilrettelæggelse af arbejdet kan få for patienterne. Det vil sammen med oplysninger om ventetider, hygiejne og hospitalsmaden give et samlet billede af sundhedsvæsenets kvalitet og bidrage til at skabe sammenhæng til det politisk bestemte omkostningsniveau. For kvalitet er selvfølgelig ikke gratis.

Et ofte anvendt argument imod åbenhed er, at det skal være muligt internt at rapportere og rette fejl i systemerne, uden at enkeltpersoner bliver stillet til offentlig skue. Naturligvis, så længe det gælder de banale eller organisatoriske fejl. Er der tale om bevidste forsømmelser eller manglende dygtighed, er der ingen grund til at beskytte andre end patienterne. Og den faglige stolthed.

Klassifikation af lændepatienter

Hvordan klassificerer vi bedst patienter inden for lændeområdet? Måden, vi klassificerer patienterne på, har i høj grad en konsekvens for den behandling, patienten bliver konfronteret med

AF FYSIOTERAPEUT, MASTER I REHABILITERING
OG SPECIALIST FLEMMING ENOCH
FOTO THOMAS ARNBO

indgang

■ Fysioterapeut Flemming Enoch er specialist inden for det muskuloskeletale område. Han arbejder på at udvikle en model, der kan nuancere den måde, fysioterapeuter klassificerer deres patienter på. I artiklen gøre han rede for tankerne bag modellen med udgangspunkt i en fiktiv case med en rygpatient.

Forskellige fagpersoner/faggrupper vil trække den diagnose frem, der passer på netop det system, de arbejder inden for. For patienten kan det give nogen

forvirring, når diagnosen ét sted hedder dolores dorsi, et andet discus derangement, fleksion stabilitets dysfunktion for hos den sidste at blive diagnosticeret som en overbelastning af ryggen.

Alle kan have ret i hver sin kategorisering, men alle kan også have uret, hvis de blot fokuserer på den ene kategori.

Jeg har længe haft en model i mit hoved, som jeg håber, kan nuancere vores måde at klassificere lændepatienterne på. Den bygger i nogen grad på den kliniske

ræsonnering, der bliver undervist efter på efteruddannelsen i de to fagfora for henholdsvis muskuloskeletal fysioterapi og idrætsfysioterapi.

Modellen er sikkert et stykke vej fra at være færdig, og jeg modtager gerne kommentarer eller kritik, der bidrager til en videre udvikling.

Modellen er her eksemplificeret med en Low Back Pain (LBP) case, men kan tænkes brugt inden for hvilken som helst region.

UNDERSØGELSE

Diagnosen kan stilles på flere niveauer.

- 1) Symptomområde: Hvor har patienten sine smerter?
- 2) Struktur: Hvilken struktur er blevet skadet/giver symptomer?
- 3) Smertemekanisme: Hvilken type af smerte dominerer hos patienten?

4) Biomekanisk årsag: Er der nogen biomekaniske faktorer, der kan forklare, hvorfor patienten har ondt?

5) Eksterne faktorer: Er der nogen eksterne faktorer, der kan forklare, hvorfor patienten får ondt?

6) Psykosociale faktorer.

Symptomområde

Diagnoser inden for denne kategori har en meget begrænset klinisk anvendelighed. De kan i bedste fald give en idé om, hvor patienten har ondt. Diagnoserne er typiske lægelige henvisningsdiagnoser som "lumbago", dolores dorsi, lændehold, hekseskud, og iskias.

Strukturen

Med strukturen menes det væv, symptomerne kommer fra. De fleste medicinske diagnoser vil referere til strukturen. Det kan eksempelvis være fra diskus, facetled, nervevæv og myofascielt væv. Retninger inden for Mekanisk Diagnostik og Terapi (MDT) (McKenzie, Tom Petersen, Mark Lasleth og Paula Van Yemen) og Bogduk klassificerer patienten mere eller mindre i denne gruppe.

Smertemekanisme

Smerten kan inddeles i tre dimensioner:

Den sensoriske dimension: Den, vi traditionelt spørger ind til, når vi ønsker at vide noget om smertens karakter. Er den mekanisk, inflammatorisk eller iskæmisk.

Den kognitive dimension: Hvilke tanker har patienten om smerten. Disse tanker bygger i høj grad på tidligere erfaringer, kendskab eller måske manglende

Fysioterapeut Flemming
Enoch, der driver klinik i
Tårnby på Amager, arbejder
på at udvikle en model, der
kan nuancere fysioterapeu-
tens klassifikation af lænd-
rygpatienter.



- kendskab til problemet. Spørgsmål som, "hvor slem er skaden?", "kommer det til at give varige mén?", "ligger der en lang sygdomsperiode forude?" er dominerende for denne kategori. Tankerne kan i høj grad påvirke smerteopfattelsen.

Den emotionelle dimension: Smerten vil ofte være bundet sammen med en emotionel reaktion i form af frygt, bekymring, vrede og i langvarige tilfælde depression.

Det er ikke altid der er sammenhæng imellem den reelle skade på en given struktur og den smerte, patienten føler. Især hos den kroniske patient kan nervesystemet over tid blive sensitiveret. Det betyder, at den smertepåvirkning, patienten føler ved for eksempel en bevægelse, ikke længere svarer til det input, der kommer. Vores traditionelle test vil således ikke længere give et sandt billede af skadens alvorlighed af en given struktur.

Håndtering af denne problematik er velbeskrevet af Waddell, Luis Gifford, David Butler, Mick Thacker, Michael Shacklock.

Biomekanisk årsag

Når den strukturelle diagnose er stillet, og vi har en god ide om, hvilke smertemekanismer der dominerer hos patienten, er det nærliggende at spørge, hvad er den biomekaniske årsag til, at denne skade er opstået? Hvorfor har patienten ondt? Og hvorfor bliver patienten ved med at have ondt? Diagnoser i denne kategori kan være nedsat neuromotorisk kontrol af lænden i en eller flere retninger, overaktive mobiliserende muskler, inhiberede stabiliserende muskler, hypo- eller hypermobilitet af et eller flere bevægelsessegmenter.

Undersøgelsen forsøger at afdække, om der er kontrol af bevægelserne, og om de kan udføres på en mere hensigtsmæssig måde, så belastningen, risiko for slid og patologi minimeres.

Klassifikation i denne kategori findes i movement dysfunction koncepter (Janda, Shirley Sahrmann, Peter O'Sullivan, "Queensland gruppen" og Kinetic Control).

Eksterne faktorer

I mange tilfælde er der en klar sammenhæng imellem skaden og den belastning, den enkelte patient er blevet udsat for/har udsat sig selv for.

Diagnosticering i denne kategori forsøger at belyse den eksterne årsag til, at patienten har fået smerten: Ergonomiske forhold, uhensigtsmæssige arbejdsstillinger og højt repetitivt arbejde er vigtige faktorer at analysere.

Psykosociale faktorer

Især for den kroniske rygpatient kan det psykiske pres vise sig kropsligt. Enten som en konsekvens af de hormonelle forandringer, der sker i kroppen under stress, som en flugt/pause fra presset eller som mulig en ubevidst undskyldning for at søge ændringer i sit liv.

En manglende forståelse for, hvad der er galt, kan bidrage til en ændret smerteopfattelse. Fear avoidance kan være med til at fastholde patienten i et uhensigtsmæssigt bevægelsesmønster.

I den følgende case vil jeg prøve at belyse, hvordan denne 45-årige mand kan diagnosticeres igennem de fem kategorier. Casen er opdigtet, hvilket tydeliggøres af, hvor simpel den er.

CASE

En 45-årig mand. Arbejder på kontor med pc. Henvist til fysioterapi med diagnosen *dolores dorsi*. Han har igennem en længere periode haft smerter i lænden trækkende ned over venstre gluteal region til venstre knæhase. Smerten har i en periode været værst i løbet af ugen og aftager som regel i weekenden. På arbejdet har patienten en ældre kontorstol. Pc'en står til venstre på hans arbejdsbord.

Smerten er værst, når patienten sidder i mere end en halv time, børster tænder, binder sko, løfter, står foroverbøjet ved køkkenbord og kører bil. Patienten har det bedst ved at ligge på maven eller gå i et rimeligt tempo. Der har tidligere været 4-5 andre "lændehold". Der er ikke nogen kraftnedsættelse eller føleforstyrrelser.

Patienten er nervøs for, at han har en diskusprolaps og er bange for, at det kan medføre en lang sygdomsperiode med risiko for at miste jobbet.

Undersøgelsesfund

- *Neurologisk undersøgelse* ia.
- *Holdning* siddende/ stående udrettet lændelordose, ingen shift.
- *Bevægelighed i columna lumbalis*. Smerte ved fleksion, smerten trækker let ud i ve. glut ellers ia.
- *Repetitiv bevægelse*: bedre ved gentagende ekstension i liggende (smerten centraliserer).
- *Palpation*: smerte ved springing test L4-5 (kendt smerte)
- *Bevægetest*: Nedsat fleksion L3-L4, øget bev L4-L5
- *Neuromotorisk*: Nedsat kontrol af fleksion og rotation
- Nedsat rekruttering af mm. transversus abd., multifidii, psoas og semispinalis.
- Nedsat strækbarhed og øget rekruttering af hase-muskler.

Undersøgelsen kunne medføre følgende diagnostik:

Symptom område diagnose	Smertegivende struktur diagnose	Smerte-mekanisme	Biomekanisk årsag diagnose	Ekstern årsag diagnose	Psykosocialt diagnose
Dolores Dorsi	Reducerbar diskus L4-5	Inflammatorisk eller mekanisk smerte Sensitiveret nervesystem Manglende forståelse for smerten	Fleksions stabilitets dysfunktion Hypomobilitet i L3-L4	Overbelastning af ryggen Sidder for meget Ældre kontorstol PC uhensigtsmæssig placeret	Nervøs for langvarig sygemelding Problemer med at håndtere arbejds-situationen

FIGUR 1

Symptom relateret til diagnose

Behandling

Behandlingen kan rettes mod alle fem niveauer. Tiltaget vil være helt forskelligt afhængigt af, hvilket element eller elementer der fylder mest i det enkelte tilfælde.

Symptom-område	Smerte-givende struktur Behandling	Smerte-mekanisme Behandling	Biomekanisk årsag Behandling	Ekstern årsag Behandling	Psykosocial årsag Behandling
Hvis behandlingen kun ligger på symptom-område, kan behandlingen af gode grunde ikke være særlig specifik. Diagnosticering med denne kategori tjener derfor intet formål i forhold til behandlingen.	Behandlingen vil være målrettet den struktur, der har skaden. Mobilisering/manipulation/repetitive bevægelser. Hvilke øvelser vil reducere irriterationen af strukturen, og hvordan kan vævet styrkes bedre med træning.	Når behandlingen udelukkende tager fokus på den sensoriske del, bliver det primære mål at dæmpe denne del ned. Det gøres ofte med antiinflammatorisk medicin, eller ved symptom behandling med TNS, ultralyd eller laser. Grundig information om smerteårsag og prognose kan give patienten en bedre håndtering af smerten.	Øvelserne vil have fokus på at optimere patientens måde at bevæge sig på. Det kan gøres igennem specifik træning af postural funktion. Træning af muskelbalance og kontrol af retning. Bedre rekruttering af muskelkorsettet.	Her vil der være fokus på, hvilke belastninger der påvirker patienten i dagligdagen. Det kan være, der er behov for en ny kontorstol, mapperne på kontoret skal placeres, så pt. er nødt til at rejse sig. Måske er det en ide, hvis patienten sidder en del af arbejdsdagen på en bold eller balancepude. Hæve-sænkebord er måske en løsning ect.	Det er vigtigt, at der her bliver taget vare om hele patientens livssituation. Patienten skal have en forståelse for, at arbejds-situationen, hverdagslivet og evt. stress kan have en sammenhæng med den aktuelle smerte.

FIGUR 2

Symptomer relateret til behandling

For denne patient er det oplagt, at han vil være dårligt hjulpet, hvis han ikke får intervention fra alle kategorierne.

Hvis han udelukkende bliver behandlet på struktur-niveau, er der sandsynligvis risiko for tilbagefald, da han jo ikke har ændret på den disponerende faktor.

Årsagen kan som vist angribes på to fronter. Han må træne (kontrol af fleksion), så han bliver bedre i stand til at klare sit arbejde. Arbejdet må tilpasses med bedre ergonomi og andre bevægevaner. Han bør sidde mindre, og ind imellem sidde mere aktivt eventuelt på en bold eller balancepude. Uden ordentlig ►

Ny i sekretariatet

DF ■ Danske Fysioterapeuter har ansat Marie Louise Larsen i en stilling som forhandlingskonsulent i forhandlingsafdelingen privat/praksis. Hun får som forhandlingskonsulent følgende arbejdsfunktioner:

- Medlemsrådgivning - dvs. generelle arbejdsmarkedsforhold, individuel rådgivning om overenskomstforhold og klager, individuel ansættelse og kontrakter, og udredning af tvivlsspørgsmål mellem medlemmer. Rådgivning om liberale erhvervsforhold og arbejdsgiverrelaterede emner.
- Forhandlinger - dvs. deltage i og følge op på overenskomstforhandlingerne på sygesikringsområdet og de øvrige private områder, samt udredninger i forbindelse med udlicitering og virksomhedsoverdragelse.
- Projekter og undervisning - dvs. deltage i udviklingsprojekter på privat- og praksisområdet, specielt på området medlemsservice til fysioterapeuter, der arbejder på det private område, samt undervisning og oplæg på medlemsarrangementer.

Marie Louise Larsen er uddannet cand. jur. og kommer fra en tilsvarende stilling i Ledernes Hovedorganisation og var inden da ansat som juridisk konsulent i ASE (Arbejdsløshedskassen for Selvstændige Erhvervsdrivende).

Elisabeth Haase, sekretariatsleder



BLÅ BOG

Flemming Enoch er praktiserende fysioterapeut og har en klinik i Tårnby. Har eksaminer inden for muskuloskeletal terapi, Idrætsfysioterapi og Kinetic Control. Han har en del år arbejdet som underviser inden for disse områder.

Afsluttede sidste år en master i rehabilitering og blev samme år godkendt som specialist inden for det muskuloskeletale område.

Kontakt: enoch@tdcadsl.dk

- information vil han stadig tro, han har diskusprolaps. Det vil betyde øget bekymring og frygt for, hvad der skal ske med ham. Det i sig selv kan bidrage til smerte og vil sandsynligvis også have en påvirkning på det neuromuskulære system.

Er der derimod kun fokus på årsagen og ikke på den smertegivende struktur, kan det også blive et problem. Måske kommer der aldrig kontrol over smerten. Derved kan det blive svært at komme i gang med de andre tiltag.

Ved at se den fysioterapeutiske diagnose som en fempunkts beskrivelse, giver det os mulighed for at komme hele vejen rundt om patienten og på den måde skabe en bedre og for sundhedsvæsenet unik helhed i vores tilbud til patienten.

LITTERATUR

Supplerende læsning med nyere udgivelser inden for de enkelte kategorier:

Klinisk ræsonnering

"Clinical Reasoning in the Health Professions" Mark Jones (Elsevier Science Health Science).

Struktur

"The Biomechanics of Back Pain" (Abams, Bogduk, Burton, Dolan) Churchill Livingstone.

Biomekanisk årsag

"Diagnosis and treatment of Movement Impairment Syndromes" Shirley Sahrmann.

"Manual Therapy Masterclasses The Vertebral Column", Kapitler af Peter O'Sullivan, Richardson, Comerford (Churchill Livingstone).

"Therapeutic Exercise for Lumbopelvic Stabilisation" Richardson 2nd ed., Hogdes, Hides (Churchill Livingstone).

Ekstern årsag

<http://www.ami.dk/Forskningsresultater/Ergonomi.aspx>

Psykosocial årsag

"The Back pain revolution" Waddell (Churchill Livingstone)

"Topical Issues in Pain" Gifford (ed) CNS Press, Falmouth ■

Tidsbestemt genoptræning er ulovlig

Socialministeren fastslår, at kommunerne ikke har ret til at sætte en frist på, hvor lang tid en borger kan modtage genoptræning for kommunens regning. Der er tale om endnu en præcisering af reglerne om genoptræning uden sygehusindlæggelse

AF SUNDHEDSPOLITISK KONSULENT ANN SOFIE ORTH

Det er ikke tilladt for kommunerne at sætte en øvre tidsfrist på, hvor lang tid en borger kan modtage genoptræning. Det slår Socialminister Eva Kjer Hansen fast i et svar til Folketingets socialudvalg.



Socialminister
Eva Kjer Hansen

Det betyder, at en kommune ikke kan sige til en borger, at genoptræningstilbudet løber i for eksempel tre måneder, og at borgeren derefter er henvist til selv at sørge for sin genoptræning.

KRAV OM INDIVIDUEL BEDØMMELSE

Borgeren har krav på at blive individuelt bedømt, og dette krav kan ikke fraviges. Ministeren skriver direkte i svaret,

at det er en "individuel konkret vurdering af borgerens træningsbehov", der skal være udgangspunktet for beslutningen om, hvilken form for genoptræning borgeren skal tilbydes.

Når kommunen har truffet afgørelse om genoptræningen, skal borgeren have besked. Selvom der ikke er tale om en genoptræningsplan i sygehuslovens forstand, er der alligevel krav om skriftlighed og som ved andre offentlige afgørelser skal den være ledsaget af en begrundelse og en klagevejledning.

GENOPTRÆNINGENS LÆNGDE

Så længe der er udsigt til, at borgeren kan blive bragt op på et højere funktionsniveau eller til det funktionsniveau, pågældende havde inden sygdommen/svækkelsen, skal der gives genoptræningstilbud.

Bagefter må det så vurderes om borgeren af sig selv kan bevare funktionsniveauet, eller om der skal vedligeholdelsestræning til.

"Jeg er glad for det meget klare svar fra Socialministeren", siger Johnny Kuhr, formand for Danske Fysio-

terapeuter, og tilføjer: "Med dette svar i hånden kan vi nu sige nej, når kommunen bevilger et 10 turs kort til fysioterapeut. Der skal være tale om en reel vurdering af borgeren og ikke en skrivebordsafgørelse begrundet i økonomi".

Socialministeren understreger i øvrigt, at reglerne om individuel bedømmelse ikke afhænger af, om kommunen har egne fysioterapeuter til at udføre opgaven, eller om det sker på klinik. ■

Mød
klienterne
i første led

Vi synliggør behandlere

SUNDHEDSFAGBOGEN

Udgives på Netdoktor.dk og Sundhedsguiden.dk

Test til børn skaber struktur i data

Sensory Profile er et testredskab, der giver nyttig oplysning om mangelfuld modulation. Testen består af et spørgeskema med udgangspunkt i barnets hverdag

AF FYSIOTERAPEUT KATRINE JÜRGENSEN, AABENRAA
KOMMUNE, ERGOTERAPEUT ULLA SPARHOLT, FJORD-
SKOLEN I AABENRAA, SØNDERJYLLANDS AMT
FOTO JACOB WAAGE

I vores arbejde som børneergo- og fysioterapeuter møder vi børn, der kendetegnes ved at udvise en speciel adfærd. Vi har haft kendskab til børn med sanseintegrationsforstyrrelser inden for modulationsområdet, som er taktilt sky, udviser utryghed overfor tyngdekraften eller udviser intolerance overfor bevægelse (A. Jean Ayres 1984).

Vi møder også andre børn med speciel adfærd.

Det kan være børn, der er hyperaktive, let lader sig aflede af uvedkommende sanseindtryk, og som har svært ved at fastholde fællesskab med andre børn. Eller det kan være børn, der er udtalt passive og sløve i forhold til at deltage i aktiviteter, der sker omkring dem. Børn, der er bange for nye aktiviteter og tilbageholdende i mange sammenhænge.

Når ergo- og fysioterapeuter får henvist børn med de nævnte vanskeligheder, har vi tidligere været nødt til at indsamle oplysning om barnets sensoriske historie fra forældrene. Vi har selv måtte skabe struktur i oplysningerne for at kunne

analysere og opstille intervention i forhold til data (Dunn og Brown 1997).

Med testen Sensory Profile har vi fået et testredskab, der med udgangspunkt i viden fra sanseintegrations-teorien, skaber struktur i data.

Testen beskriver sammenhængen mellem barnets evne til at forarbejde sensoriske informationer og barnets adfærd i forbindelse med udførelse af daglige aktiviteter. Sensory Profile bidrager således til et nuanceret billede af barnets færdigheder.

Resultatet af Sensory Profile kan, sammenholdt med øvrige undersøgelsesfund, bidrage med viden til diagnosticering og overordnet planlægning af konkret pædagogisk intervention, (Winnie Dunn 1999).

HVORNÅR BRUGER VI TESTEN

Vi bruger typisk Sensory Profile, når vi får beskrivelser af et barn, som indikerer, at barnet over- eller underreagerer på sansestimuli. Eller når et barn har svært ved at være opmærksom i dagligdagen.

Sensory Profile kan være med til at afklare om barnet har en høj eller lav tærskelværdi overfor sanseindtryk, og om barnet passivt lader sig styre af sin neurologiske tærskelværdi. Eller om barnet forsøger at arbejde imod sin neurologiske tærskelværdi.

Testen er god til at afklare, om barnet har brug for, at der bliver fjernet stimuli eller tilført stimuli.

Vi har primært brugt Sensory Profile i sin fulde form. Vi bruger i praksis ikke den forkortede udgave (short Sensory Profile), som består af 38 udvalgte deltest fra Sensory Profile, der kan anvendes til en screening.

FØRSTE STANDARDISEREDE METODE

Sensory Profile er udviklet af den amerikanske ergoterapeut Winnie Dunn og er baseret på et undersøgelsesmateriale på over 1000 børn inklusive børn med specifikke diagnoser som Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) og autisme.

Testen er den første standardiserede metode til at måle et barns bearbejdning af sensoriske informationer i hverdagen (modulation).

Sensory Profile er beregnet til børn mellem fem og 10 år, men kan også anvendes til tre- til fireårige. Sidstnævnte kræver, at man i fortolkningen anvender andre scorere. Sensory Profile er en spørgeskemaundersøgelse, der udfyldes sammen med barnets forældre og de professionelle, der har daglig kontakt med barnet. Testen støtter en familiecentreret indgangsvinkel ved at inddrage forældrenes viden, når der samles information om barnet.

Hver deltest beskriver barnets respons på forskellige sensoriske oplevelser. For eksempel:

indgang

■ Det amerikanske testredskab Sensory Profile afdækker sensoriske modulationsforstyrrelser og kan sandsynligvis være med til at skabe evidens på området. Testen tilføjer nye kategorier af modulationsforstyrrelser og giver os større viden om, hvordan børns dagligdag kan blive påvirket af en mangelfuld modulation.

Lucas går i 2 b på Fjordskolen. Skolen henvender sig til børn med behov for vidtgående specialundervisning. Ergoterapeut Ulla Sparholt benytter Sensory Profile til de af børnene, der har sensoriske modulationsforstyrrelser.



- "Bliver barnet distraheret eller har problemer med at fungere, hvis der er meget larm omkring". Der er fem svarmuligheder:

- Altid
- Hyppigt
- Af og til
- Sjældent
- Aldrig

Vi oplever, at de spørgsmål, der stilles i Sensory Profile ind imellem kan være svære at svare på for forældre og andre faggrupper, idet spørgsmålene undersøger sansemodaliteter, som man normalt ikke er så bevidst om.

DET TEORETISKE GRUNDLAG

Sensory Profile tager udgangspunkt i en hypotese om, at der er en interaktion mellem den neurologiske tærskelværdi og måden, hvorpå man reagerer på stimuli, der tilføres centralnervesystemet (CNS). I testen kaldet adfærdsresponsen.

Den neurologiske tærskelværdi defineres som mængden af stimuli, som er nødvendig for, at der udløses en respons.

I forbindelse med den neurologiske tærskelværdi introduceres der to begreber: Habituering og sensitization.

- Habituering er nervesystemets mekanisme til at hæmme vedvarende stimuli, der ikke ændrer intensitet.
- Sensitization er nervesystemets mekanisme til at øge registreringen af potentielt vigtige stimuli.

De to begreber inden for neurologisk tærskelværdi virker modsat hinanden.

Adfærdsresponsen defineres som den måde, barnet handler på i forhold til sin neurologiske tærskelværdi.

I den ene ende af kontinuum reagerer barnet ved passivt at lade sig styre af sin tærskelværdi.

I den anden ende af kontinuum reagerer barnet imod sin tærskelværdi. Det vil sige, at barnet agerer på en sådan vis, at det prøver at opnå en form for "sensorisk" ligevægt i sit sansesystem.

Børn udvikler deres nervesystem på baggrund af sensoriske erfaringer. En del af denne proces er, at der udvikles en balance imellem habituering og sensitization.

Når barnet har en inadækvat modulation mellem habituering og sensitization, udviser barnet en uhen-sigtsmæssig adfærd (Winnie Dunn 1999).

FIRE KATEGORIER

Sensory Profile beskriver fire overordnede kategorier.

Begrebsmodellen (figur denne side) præsenterer den neurologiske tærskelværdi og adfærdsrespons som to kontinuum, der interagerer med hinanden.

Interaktionen imellem de to kontinuum giver mulighed for at forklare, hvordan børn bearbejder sensorisk information.

Den stiplede linie i figuren illustrerer det område, hvor der med størst sandsynlig kan genereres en passende neurologisk tærskelværdi i forhold til stimulus.

- Sensitivity to stimuli/Sensorisk følsomhed: barnet er letafledeligt og hyperaktivt (på grund af for meget sensitization, og barnet lader sig styre af den lave tærskelværdi).
- Poor registration/nedsat registrering: barnet har en udtalt sløv og uopmærksom adfærd (på grund af for megen habituering, og barnet lader sig styre af sin høje tærskelværdi).
- Sensation seeking/sensorisk søgende: barnet er hyperaktivt og søger stimuli for at kompensere for en høj tærskelværdi.
- Sensation avoiding/sensorisk skyhed: barnet trækker sig fra sansestimuli for at kompensere for en lav tærskelværdi.

ADFÆRDSRESPONS OG NEUROLOGISK TÆRSKELVÆRDI

Neurological Threshold Continuum	Behavioral Response Continuum	
	Acting in ACCORDANCE with Threshold	Acting to COUNTERACT Threshold
HIGH (habituation)	Poor Registration	Sensation Seeking
LOW (sensitization)	Sensitivity to Stimuli	Sensation Avoiding

Kilde Winnie Dunn, 1999.

It's cool to win pain ...

**DOKUMENTERET
VIRKNING!**

*Ice Power Kuldebehandling er det ideelle
supplement til professionel behandling.
Indhent mere information hos Proterapi.*

Sådan virker Ice Power

Ice Power sænker temperaturen i og omkring det beskadigede eller ømme væv med 5-6 grader. Blodcirkulationen nedsættes og forekomsten af inflammation og hævelse reduceres, ligesom helingsprocessen fremmes.

Sådan anvendes Ice Power

- ved akutte skader: slag, brud
- ved sportsskader
- ved ryg- og lændesmerter
- ved muskelspændinger
- ved museskader
- ved tennisalbue
- ved smerter i led og muskler
- ved vokseværk

Godkendelse

Ice Power er godkendt af Lægemiddelstyrelsen, klassificeret som medicinsk udstyr i klasse 1.

Kliniske undersøgelser

Airaksine et al: Double Blinded Trial of the Efficacy of Cold Gel with soft tissue injuries, ISAP, San Diego, California 8/2002.

David McKerney, Werner M. Neuhausser & Davis Julius: Identification of a cold receptor reveals a general role for TRP channels in thermosensation. Nature Magazine 03/2002

Lie Désirée, MD, MEd: Topical Cold Gel Effective in Sports Injuries. American Journal of Sports Medicine, 09-10/2003

HURTIG OG EFFEKTIV SMERTELINDRING ...

Ice Power er en serie af smertebehandlingsprodukter. Kuldebehandling og varmebehandling. Ice Power kølegel lindrer effektivt akutte smerter og overbelastningsskader, og er ofte den ideelle afslutning på fysioterapeutisk

- og kiropraktisk behandling. Det anbefales professionelle behandlere at have et udvalg stående af Ice Power produkter, så patienten uden afbrydelse kan vedligeholde smertebehandlingen hjemme.

Læs mere på: www.ice-power.net



PROFESSIONELLE BEHANDLERE ANVENDER ICE POWER

Ice Power er den originale kuldebehandling, som anvendes af fysioterapeuter og kiropraktorer i mange lande. Ice Power er et supplement til den professionelle behandling, og det kan anbefales patienten at fortsætte smertebehandlingen hjemme, så længe det er nødvendigt.



Mediegruppen Reklamebureau

ICE POWER FORHANDLES AF:
Proterapi A/S, Sdr. Ringvej 37, 2605 Brøndby,
tlf. 4344 4200, fax. 46944236, e-mail: pt@proterapi.dk

ProTerapi A/S

► GENERELT OM FORTOLKNING

Hvis barnets scorer falder inden for en af de fire kategorier, der er beskrevet i manualen, findes der både teori og forslag til intervention.

Børn kan også vise forskellige kombinationer af figurens kategorier. Vi har oplevet, at adfærden kan svinge meget fra dag til dag. I sådan et tilfælde taler man om en fluktuerende arousal/modulation.

Hvis man ved spørgeskemaundersøgelsen og den efterfølgende scoring finder, at barnet tilhører en af kategorierne, er det ikke nok til at sige, at barnet har problemer. Der skal tillige være problemer med dagligdags færdigheder.

I så fald kan denne model være med til at kaste lys over problemstillingen og give ideer til pædagogiske strategier i forhold til problemet, som man med lidt kreativ tænkning kan omsætte til det testede barns hverdag, udvikling og behov.

I manualen er der tabeller, der sammenligner gennemsnitsscorer og standarddeviationer for børn uden vanskeligheder og børn med henholdsvis ADHD og autisme.

Der er fire faktorer, som ofte adskiller børn med autisme fra børn uden vanskeligheder:

- sensorisk søgen
- oralsensorisk følsomhed
- uopmærksom og let ved at blive afledt
- Finmotorik/perception.

Der er ligeledes et mønster, der ofte ses hos børn med ADHD. Disse to faktorer er sensorisk søgen samt uopmærksomhed og let ved at blive afledt. (Kilde: Winnie Dunn 1999).

Vi oplever, at børn inden for autismspektret oftere end andre børn bliver placeret i kategorien nedsat registrering. Det skyldes, at tre ud af otte spørgsmål vil blive besvaret negativt grundet deres handicap.

De opfatter for eksempel ofte ikke kropssprog eller ansigtsudtryk. De har ofte ingen humor, og de udtrykker ikke deres følelser. Er der bare et par andre negative scorer, vil det let komme til at se ud som om, barnets hovedproblem er nedsat registrering.

Det er vigtigt, at testen ikke bare scores, men at man bruger sin sunde fornuft, da barnets største problem sagtens kan være, at det er meget sensitivt over for stimuli, hvilket er lige det modsatte, men de autismspecifikke problemstillinger trækker i en anden retning.

Hos de børn, som scorer typisk præstation hele testen igennem, kan resultatet være med til at afklare, at barnets opmærksomhedsproblematik ikke skyldes en sensorisk modulationsforstyrrelse. Derfor er forskellige sensoriske input for at øge opmærksomheden sandsynligvis heller ikke det, barnet har behov for.

RELIABILITET OG VALIDITET

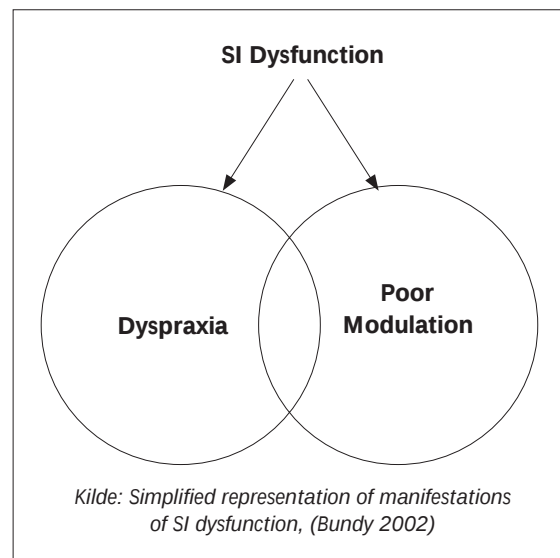
Testen er standardiseret i USA på over 1037 børn med og uden vanskeligheder i alderen tre til 14 år.

Børn, der modtog specialundervisning eller fik ordineret medicin blev udelukket. I standardiseringen er der taget højde for forskelle i forhold til regioner, racer og forældrenes sociale indkomst. I standardiseringen indgår der resultater fra 524 piger og 510 drenge (Winnie Dunn 1999).

I manualen er der tabeller omkring validitet og reliabilitet af testen. Testen ligger inden for acceptable værdier på henholdsvis validitet og reliabilitet.

SANSEINTEGRATION

Når vi arbejder med børn med sanseintegrations dysfunktioner, består deres vanskeligheder enten i en mangelfuld diskrimination af sanseindtryk, som fører til en nedsat evne til motorisk praksis eller i en mangelfuld modulation af sanseindtryk, som fører til en uhensigtsmæssig reaktion i forhold til sansestimulus art og intensitet. Nogle børn kan have problemer med begge dele samtidig (Bonke og Hass, 2003).



DYSPRAKSI

Dyspraksi beskrives som nedsat evne til at planlægge og udføre nye bevægelsesmønstre.

Barnet har en mangelfuld evne til at skelne sanseindtryk, som fører til en nedsat evne til motorisk praksis.

Børn med en mangelfuld evne til at skelne sanseindtryk har svært ved at registrere og tolke informationer om berøring, bevægelse, kraft og kropsstillinger, som er nødvendig for udvikling af praksis. De har således svært ved at mærke forskel på og tyde de sanseinformationer, de får (Bonke og Hass, 2003).

De test, som ergo- og fysioterapeuter i mange år har brugt, afdækker primært dyspraksiforstyrrelser. Man kan for eksempel nævne MAP-testen, Movement-ABC, Southern California Sensory Integration Test (S.C.S.I.T) og Bruiniks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOTMP).

En stor del af forskningen i sanseintegration har været relateret til dyspraksiforstyrrelser. Forskningen inden for modulationsforstyrrelser er ikke så omfattende på nuværende tidspunkt.

Sensory Profile afdækker sensoriske modulationsforstyrrelser og kan sandsynligvis være med til at skabe evidens på området. Testen har tilføjet nye kategorier af modulationsforstyrrelser og givet os større viden om, hvordan børns dagligdag kan blive påvirket af en mangelfuld modulation.

For at forstå dens rationale, vil vi kort gennemgå modulation i et historisk perspektiv.

MODULATION

Jean Ayres definerer i 1970'erne modulation som:

"The brain's regulation of it's own activity".

Reguleringen af centralnervesystemets aktivitet sker gennem facilitering af nogle neurale beskeder og inhibering af andre beskeder.

Jean Ayres anså det vestibulære system som den væsentlige sansemodalitet til at modulere aktivitet i de andre systemer såsom hjernestammen, cerebellum og de relaterende ascenderende nervebaner.

Gennem faktoranalyser fandt Jean Ayres frem til blandt andet en type modulationsforstyrrelser, som indebar taktile skyhed og hyperaktivitet.

Hun antog, at taktile skyhed var en ubalance mellem det beskyttende og diskriminerende system. Selv om det var taktile skyhed, der fik mest interesse, antog Jean Ayres, at der også kunne findes hypersensitivitet i andre sansemodaliteter, specielt i det vestibulære system i form af tyngdekraftsusikkerhed (Wilbarger and Stackhouse 1998).

I perioden fra 1980 til midten af 1990'erne har forskellige teoretikere arbejdet med at udvide begrebet og placere de forskellige modulationsforstyrrelser på et kontinuum spændende fra overreaktion i den ene ende til underreaktion i den anden ende.

I den forbindelse er begreber som sensory defensiveness og sensory dormancy blevet introduceret.

Sensory defensiveness er en overordnet betegnelse for, at der ofte ses modulationsforstyrrelse i form af overreaktion i mere end et sansesystem. Der ses reaktioner ude af proportion i forhold til sanseindtrykkets størrelse i flere sansesystemer på samme tid.

Sensory dormancy, mener man, skyldes en underreaktion i form af en ekstrem inhibering af indkomne sensorisk input og en mangel på sensorisk arousal (Bundy, 2002).

VORES OPFATTELSE

Sensorisk modulation er modtagelsen af sansestimuli (i hjernen) via sensoriske forarbejdningsmekanismer, så intensiteten og kvaliteten af responsen matcher omgivelsernes krav, og en optimal handling kan bibeholdes (Wilbarger og Stackhouse, 1998).

Det er ikke hos alle børn, at modulationsprocessen foregår velfabuleret. Når et barn overreagerer, underreagerer eller skifter i reaktionsmåde, så den er ude af proportion i forhold til omfanget af sanseindtryk, har barnet en modulationsforstyrrelse. ►

fakta om...

Anskaffelse af testen

Testen kan købes gennem Dansk Psykologisk Forlag og på www.amazon.com. FADL's forlag arbejder på at få lavet en dansk oversættelse.

Unigel® er en universalkontaktgel til alle former for ultralydsscanning, ultralydsbehandling og elektrodebehandling.

Hurtig og nem bestilling/kontakt:

- Hjemmeside: www.unifys.dk
- E-mail til: mail@unifys.dk
- Telefonsvarer: tlf. 38793408
- Post til: UNIFYS, Hyttebovej 6, 2660 Brøndby Strand

Vores koncept er:

- Høj kvalitet til lave priser
- Leveres i 10 liter dunke og 250 ml flasker
- Et rent og vandbaseret produkt uden overflødige tilsætningsstoffer og uden allergirisiko
- Unigel® har gode konstante flydeegenskaber og ledningsevne, er let at aftørre, pletter ikke og fedter ikke
- Hygiejnisk emballagekoncept - to stk. 250 ml brugsflasker medfølger ved bestilling af hver 10 liter dunk
- Direkte salg til forbrugeren uden fordyrende mellemlid

UNIFYS

Salg af ultralydsgel
- høj kvalitet til lave priser

**Ring efter en brochure og en gratis prøve på
tlf. sv. 3879 3408 - og få et godt tilbud**



- Det betyder, at barnet har svært ved at fastholde normale grænser i forhold til at registrere og reagere på sanseindtryk.

Når et barn har en modulationsforstyrrelse, er det karakteristisk at tilstanden kan svinge og ændre sig fra det ene tidspunkt af døgnet til det andet, og at børnene sjældent befinder sig inden for det område, hvor der forekommer en passende registrering og adaptiv reaktion på sansningen (Bonke og Hass, 2003).

En modulationsforstyrrelse griber mere ind i barnets hverdag end en praksisforstyrrelse, idet det er lettere at kompensere for praksisproblemer.

PERSPEKTIVERING

Vi forventer fortsat at kunne få stor glæde af Sensory Profile.

Den viden, vi får om barnet via Sensory Profile, kan gøre os mere specifikke i vores formidling over for andre faggrupper og forældre.

Ud over, at vores viden om modulationsforstyrrelse er blevet mere struktureret af at bruge Sensory Profile, har Winnie Dunn udvidet begrebet. Vi har ikke tidligere relateret problemer med sensorisk bearbejdning i relation til udholdenhed og tonus samt kropsholdning og bevægelse med en modulationsforstyrrelse.

Ud fra vores forståelse af testen kobles udholdenhed/tonus og kropsholdning/bevægelse nok mest med det proprioceptive feedback system.

Sensory Profile giver ikke konkrete forslag til intervention, men mere overordnede pædagogiske strategier.

I det konkrete vejledningsarbejde til forældre og andre faggrupper har vi haft glæde af at bruge Williams og Shellenbergers materiale "How does your engine run?" I dette materiale kan ergo- og fysioterapeuter finde forslag til dagligdags aktiviteter, der kan anvendes til at normalisere arousal og dermed indirekte påvirke modulationen.

Ud fra klientcentrerede samtaler med forældre til elever med autisme er det vores erfaring, at mange elever inden for autismspektret har modulationsforstyrrelser. Dette bekræftes blandt andet af Åsa Nygren, der i sin masteropgave refererer til en amerikansk undersøgelse af 200 børn med autisme. Undersøgelsen viser, at 95 procent har vanskeligheder med sensorisk modulation.

Åsa Nygrens undersøgelse viser tillige, at sanseintegrationsbehandling i Danmark er den mest benyttede metode til børn inden for autismspektret. Metoden bruges i høj grad til at finde den bagvedliggende årsag til barnets vanskeligheder (Åsa Nygren 2004).

Sensory Profile består af en brugermanual, et spørgeskema, et scoringsark og et kort spørgeskema, beregnet til screening. Der findes også en udgave til små børn og en til voksne.

LITTERATUR

1. Ayres, A. Jean: "Sanseintegration hos børn", Munksgaard 1984.
2. Winnie Dunn: "Sensory Profile Users manual", The psychological Corporation, 1999 (fig. 2.1).
3. Bonke, Rita, Hass, Ina: "Sanseintegration" kap. 1 i Andersen, Mette m.fl.: Ergoterapi og Børn, FADL's Forlag, 2003.
4. Bundy; Anita, Lane, Shelley J., Murray, Elisabeth A: "Sensory integration Theory and practice second edition" F.A. Davies Company Philadelphia 2002.
5. Wilbarger, Julia og Stackhouse, Tracy: "Sensory Modulation: A review of the literature" 1998, artikel www.OT-innovations.com
6. Dunn, Winnie: "The impact of sensory processing abilities on the daily lives of young children and their families: a conceptual model" I: Infants and young children, april 1997.
7. Williams and Shellenberger: "How does your engine run", Therapy Works inc., 1994.
8. Dunn, Winnie, Brown, Catana: "Factor analysis on the Sensory Profile form a national sample of children without disabilities. American journal of occupational therapy, july/august 1997, vol. 51.
9. Dunn, Winnie, Westmann, Kay: "The Sensory Profile: the performance of a national sample of children without disabilities" I: American journal of occupational therapy, January 1997, vol. 51.
10. Nygren, Åsa: "Current practice of Occupational Therapy for children with Autism spectrum disorders in Sweden and Denmark" Academy for European Masters Degree Study in Occupational Therapy Karolinska Institutet 2004. ■

fakta om...

Hovedområder

Sensory Profile består af 125 deltest grupperet i tre hovedområder:

1. Sensorisk bearbejdning: viser barnets respons på auditiv, visuel, vestibulær, taktil, multisensorisk og oralsensorisk forarbejdning.
2. Modulation er delt op i fem områder:
 - Sensorisk bearbejdning relateret til udholdenhed/tonus
 - Modulation relateret til kropsholdning og bevægelser
 - Modulation af bevægelse, der påvirker aktivitet niveau
 - Modulation af sensoriske input, der påvirker emotionel respons
 - Modulation af visuelle input, der påvirker emotionel respons.
3. Adfærd og emotionel respons: reflekterer barnets adfærd i relation til sensorisk bearbejdning, som er delt op i adfærd og emotionel respons, adfærd i relation til sensorisk bearbejdning og opgaver der indikerer tærskelværdi for respons (Winnie Dunn 1999).

Sensory Profile - case

AF ERGOTERAPEUT ULLA SPARHOLT

Pernille på 5 år og fire måneder er indstillet til en ergoterapeutisk vurdering af sin støttepædagog.

Støttepædagogen beskriver, at Pernille er meget urolig og måske har brug for bevægelse for at kunne holde sig koncentreret. Når hun er i ro, bliver hun ofte indesluttet, sløv og uselvstændig.

En observation i børnehaven viser, at Pernille har svært ved at være i ro. Hun kan medvirke en time ved en MAP test, men begynder at sidde uroligt efter cirka ti minutter. Herefter bliver hun mere og mere urolig. Pernille virker frygtløs, hun kravler eksempelvis op på en stor terapibold og vil stå på den.

Sensory Profile udfyldes sammen med en pædagog fra stuen, støttepædagog og Pernilles mor. Der var stor enighed om svarene på de enkelte spørgsmål i spørgeskemaet.

FORTOLKNING AF SCORES

På baggrund af spørgeskemaet kan der laves faktoranalyse af data i ni meningsfyldte mønstre. Scorene i hver faktor lægges sammen og registreres i et faktoropsummeringsskema.

Klassifikationssystemet beskriver barnets sensoriske bearbejdning i hver faktor som typisk præstation, sandsynlig forskel, afgjort forskel.

Pernilles scorer i de ni kategorier er som følger:

- Sensorisk søgen: typisk præstation
- Emotionelt reagerende: typisk præstation
- Lav udholdenhed og tonus: sandsynlig forskel
- Oral sensorisk følsomhed: typisk præstation
- Uopmærksomhed og letafledelighed: afgjort forskel
- Nedsat registrering: afgjort forskel
- Sensorisk følsomhed: typisk præstation
- Stillesiddende aktiviteter: typisk præstation
- Finmotorisk/perceptuelt: typisk præstation

Ved opgørelsen af spørgeskemaet ligger Pernilles scorer inden for den kategori, der hedder nedsat registrering. Det vil sige, at hun har en høj neurologisk tærskelværdi. Der skal mange og kraftige stimuli til, før der udløses en reaktion.

Når hendes nervesystem registrerer ydre stimuli,

som er kendte, tildeles stimuli efter nogen tid ikke længere opmærksomhed.

Støttepædagogens beskrivelse af, at Pernille, når hun er i ro, virker indesluttet, sløv og uselvstændig, matcher, at børn med nedsat registrering ofte virker, som om de er trætte og mangler energi.

Moderen undrer sig over, at Pernille altid er så træt. Både moderen og støttepædagogen beskriver, hvordan Pernille falder de samme steder hver dag, eller for eksempel taber ting og falder af stolen. Det stemmer fint overens med, at hun har en høj neurologisk tærskelværdi og reagerer ved passivt at lade sig styre af sin tærskelværdi.

Det sker, fordi hendes hjerne for hurtigt siger: "Det her kender jeg, det behøver jeg ikke at bruge mere energi på", og så taber hun hovedet i madkassen eller støder ind i den samme dørkarm, som hun har stødt ind i 100 gange før.

Det understøttes af, at terapeuten oplever, at Pernille er frygtløs. Hun er nødt til ind imellem at balancere på grænsen til det farlige for at få stimulation nok til at kunne være i aktivitet.

Støttepædagogen beskriver, at Pernille har automatiseringsvanskeligheder, hvilket også kan hænge sammen med overstående. Pernille når ikke at lave den samme aktivitet så mange gange, at der dannes et hukommelsesspor. Hendes hjerne adapterer for hurtigt.

INTERVENTION

Interventionen består i, at Pernille skal opleve mere koncentrerede og kraftige sansestimuli, så hun kan blive mere opmærksom på omgivelserne. Dette kan i praksis opnås ved at øge stimuli, der danner kontrast til hinanden ved eksempelvis at bruge speedmarker til at fremhæve det, Pernille skal koncentrere sig om.

Eller forstærke vestibulære sanseindtryk ved at give hende mulighed for at sidde på en stol med kuglepude/luftpude eller sidde på en siddebald for at give hende varierede stimuli, når hun sidder. Det vil være optimalt med flere forskellige stimulerende siddeløsninger der kan skiftes imellem.

Hun skal lære at fange de væsentlige vink/informationer i de sammenhænge, hun indgår i. ■

Færre bleer og mere livskvalitet

En gruppe kvinder med inkontinens fik tilbudt undervisning og træning. Kommunen sparede penge til bleer, og kvinderne øgede livskvaliteten

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK
FOTO KIRSTEN FICH PEDERSEN/POLFOTO
OG NIELS NYHOLM

indgang

■ I stedet for bleer kan træning og oplysning om adfærdssændringer være tilstrækkeligt til at afhjælpe inkontinensproblemerne helt eller delvist. Laila Ravnkilde Marlet holder oplæg om sit projekt i forbindelse med den nordiske fysioterapikongres i Helsingør d. 1.-3. juni 2005, og hendes afhandling "Bækkenbundstræning i et sundhedsøkonomisk perspektiv – økonomi og livskvalitet" kan downloades fra ffyd.dk

Med en beskeden indsats i form rådgivning og tolv ugers træning lykkedes det en gruppe ældre kvinder i Odense Kommune at få så meget kontrol over deres inkontinensproblemer, at de nedsatte bleforbruget, turde færdes ude blandt andre og havde færre toiletbesøg om

natten. Udover træning fik kvinderne rådgivning om, hvordan de kunne forbedre drikke- og vandladningsvanerne.

Selvom genoptræning således viste sig at have en gavnlig effekt på kvindernes inkontinensproblemer, havde flere af kvinderne tidligere fået vurderet deres inkontinens som en varig lidelse, man ikke kunne gøre noget ved.

ET ALMINDELIGT PROBLEM

Næsten en halv million danskere lider af inkontinens. Problemet stiger med alderen, og det er oftest kvinder, der rammes. Inkontinens griber ind i hverdagen, hvor det at handle, gå ture eller besøge familier og venner bliver uoverskueligt. Mængden

af bleer og vasketøj, angsten for at komme til at lugte og skamfølelse over ikke at kunne kontrollere sin krop gør, at mange vælger at begrænse fysiske og sociale aktiviteter. Hyppige natlige toiletbesøg forstyrrer desuden søvnen og er med til at forringe livskvaliteten, og natlige ture til og fra toilettet øger de ældres risiko for at falde.

Men sådan behøver det ikke nødvendigvis at være. I 2003-2004 deltog en gruppe ældre kvinder i et projekt, hvor de fik tilbudt tolv ugers kursus med fokus på bækkenbunden. Fysioterapeut Laila Ravnkilde Marlet stod for projektet, der blev publiceret i 2004 i masterafhandlingen "Bækkenbundstræning i et sundhedsøkonomisk perspektiv – økonomi og livskvalitet".

DE ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Laila Ravnkilde Marlet havde to mål for projektet. Hun ville finde ud af, hvilken konsekvens 12 ugers bækkenbundstræning og information havde for kvinders livskvalitet. Derudover ønskede hun at belyse de



Næsten en halv million danskere lider af inkontinens. Bare det at gå en tur kan blive et problem, fordi kvinderne ofte må slæbe rundt på både bleer, angst og skam. Men sådan behøver det ikke at være.



- sundhedsøkonomiske konsekvenser af bækkenbunds-træningen.

Laila Ravnkilde Marlets primære ønske var at oplyse kvinderne, lederne i hjemmeplejen og fysioterapeuterne om de gevinster, der kan være ved at træne bækkenbunden og i den forbindelse at finde validerede metoder, der kunne benyttes i hverdagen til at vise effekten af træningen.

I Odense kommune med 185.000 indbyggere var omkostningerne i 2003 til inkontinenshjælpemidler alene 14,7 millioner kroner. Hvis Laila Ravnkilde Marlet kunne påvise, at et tilbud om bækkenbundstræning kunne mindske omkostningerne til blandt andet bleer, mente hun, der var større sandsynlighed for, at man i kommunen ville prioritere at etablere flere holdtræningstilbud til denne gruppe af kvinder.

Der har i perioder været tilbud om bækkenbundstræning i Odense kommune. Men når økonomien skranter, er det ifølge Laila Ravnkilde Marlet ofte bækkenbundstræningen, der nedprioriteres.

Et andet problem har været at få målrettet kommunens tilbud til netop den gruppe kvinder, der ville have størst glæde af det. Der har ikke været tradition for at visitere til tilbuddet, og fysioterapeuterne risikerede derfor, at gruppen af kvinder, de skulle træne, var alt for uhomogen.

PROJEKTET

Laila Ravnkilde Marlet er ansat i Odense kommune og arbejder til daglig med de ældre borgere i kommunen. Hun har i flere år interesseret sig for bækkenbundstræning og undervist på de tilbud i bækkenbundstræning, der har været i kommunen.

Kvinderne fik kendskab til tilbuddet om bækkenbundstræning dels gennem det lokale pensionistblad dels ved, at de ansatte i Ældre- og Handicapforvaltningen omdelte en folder om tilbuddet til relevante borgere. Flere af kvinderne blev orienteret via de forebyggende hjemmebesøg.

Kvinderne skulle være over 65 år og have enten urge- eller stressinkontinens (se faktaboks side 20) eller en blanding af disse. Kvinderne skulle være motiverede for at træne selv og skulle selv kunne transportere sig til træningsstedet.

Det var desuden et krav, at kvinderne var visiteret til tilbuddet. Visitationen blev varetaget af en fysioterapeut, der besøgte de kvinder, der havde henvendt sig. Fysioterapeuterne foretog en helhedsvurdering af kvindernes inkontinensproblemer, herunder også en udredning af kvindernes knibefunktion. I forbindelse med visitationen blev det også vurderet, om kvinderne kunne få udbytte af træningen, om de var motiverede for at træne, og der blev aftalt mål for træningen.

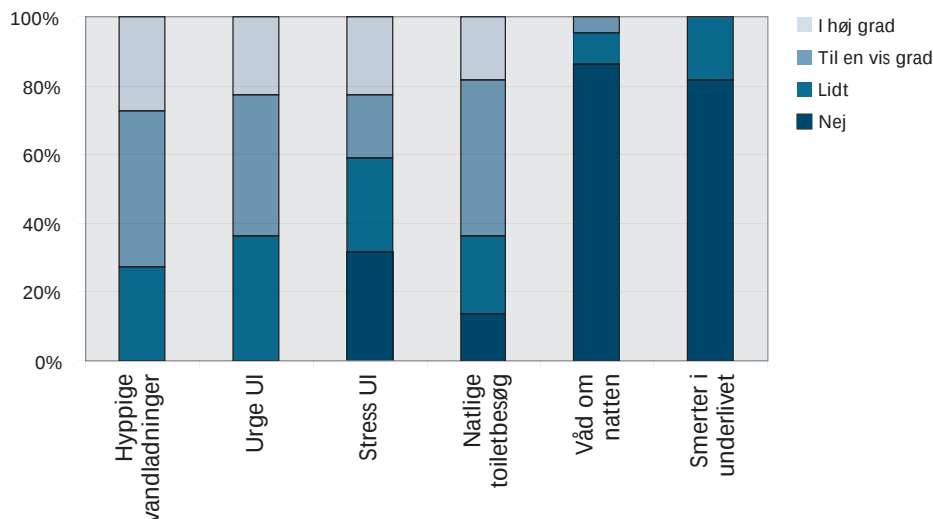
I fysioterapeuternes udredning af problemerne indgik ikke en specifik palpation af bækkenbunden. Dette ville have været en fordel, mener Laila Ravnkilde Marlet, men det var ikke praktisk muligt i projektet.

Laila Ravnkilde Marlets fysioterapeutkolleger, der stod for træningen, var alle blevet opdateret med den seneste viden inden for træning og behandling af inkontinens.

22 kvinder deltog i projektet. Gennemsnitsalderen var 77,6 år. Den ældste var 90 år og den yngste 66 år. Alle kvinderne var generet af hyppige vandladninger og havde symptomer på urgeinkontinens og flere havde blandingsinkontinens. 86 procent af kvinderne var generede af natlige toiletbesøg.

FIGUR 2

Procentangivelse af i hvor høj grad inklusionsgruppen er generet af forskellige urininkontinens(UI)-problemer (n=22).



UNDERVISNING OG TRÆNING

Målet for interventionen var, at kvinderne blev bedre til at håndtere deres inkontinens, og der blev derfor lagt vægt på, at træningen af bækkenbunden blev kombineret med undervisning. En sygeplejerske underviste kvinderne i for eksempel medicinindtagelse, hvordan de undgår forstoppelse og i, hvilke inkontinenshjælpemidler der kan medvirke til at afhjælpe problemet.

Kvinderne trænede to timer en gang om ugen i 12 uger. Tre måneder efter træningsperiodens afslutning blev kvinderne indkaldt til opfølgende samtale.

Træningen bestod af opvarmning, venepumpeøvelser, test af bækkenbunden, kropsbevidsthedstræning, instruktion i test af bækkenbundsmusklerne og bækkenbundsøvelser i forskellige udgangsstillinger og ved forskellige belastninger.

Kvinderne blev desuden opfordret til at træne hjemme og fortsætte med træningen også efter projektets afslutning.

TRÆNING OG UNDERVISNING FØLGES AD

For at afhjælpe inkontinens er det ifølge Laila Ravnkilde Marlet vigtigt at tage fat i kvindernes vaner og give dem redskaber til at forstå, hvordan de kan afhjælpe problemet ved at ændre adfærd.

"Det tager tid at ændre vaner. Normalt regner man med op til et halvt år", forklarer Laila Ravnkilde Marlet. Selvom projektet kun forløb over tre måneder, lykkedes det dog for flere af kvinderne at ændre tidligere drikke- og vandladningsvaner og få lagt træningen ind i deres dagligdag.

Den kognitive del af undervisningen var meget vigtig, mener Laila Ravnkilde Marlet. Kvinderne i pro-



Fysioterapeut Laila Ravnkilde Marlets undersøgelse viser, at der kan spares penge til bleer ved at undervise ældre kvinder i bækkenbundstræning og gode drikkevaner.

jektet skulle lære deres krop at kende både teoretisk og praktisk, og de blev bedt om at udfylde et drikke- og vandladningsskema, der blev brugt til at diskutere ud fra i forbindelse med undervisningen.



INKONTINENS

Stressinkontinens (belastningsinkontinens) opstår, når lukkemuskulaturen ikke kan modstå det forhøjede abdominale tryk, der opstår i forbindelse med fysisk aktivitet, og host og nysen. Der lækkes mindre mængder af urin.

Urgeinkontinens (tranginkontinens) er pludselig vandladningstrang, der ikke kan tilbageholdes. Trangen opstår pludseligt, og der lækkes store mængde urin.

SPØRGESKEMA OG MÅLEREDSKAB

I projektet er benyttet The Urogenital Distress Inventory Questionnaire (UDI) og The Incontinence Impact Questionnaire (IIQ) til at vurdere kvindernes livskvalitet. Laila Ravnkilde Marlet har oversat spørgeskemaerne fra engelsk til dansk. I sin oversættelsesprocedure har hun fulgt de gængse regler for oversættelse af test og spørgeskemaer. De oversatte skemaer er således blevet korrigeret af to dansktalende englændere og herefter igen oversat til engelsk. VAS-skala blev anvendt til at vurdere generelle gener ved inkontinens. EQ-5D (EuroQol) blev brugt til at vurdere livskvalitet i forhold til generel helbredstilstand. Sidstnævnte findes på www.maaleredskaber.dk

INKONTINES KAN VÆRE ARVELIG

Den norske doktor Yngvild S. Hannestad fra Universitetet i Bergen har undersøgt genetiske faktorer for udvikling af inkontinens. Hun har sammen med kolleger indhentet information om 6.021 mødre, 7.629 døtre, 332 børnebørn, 2.104 storesøstre og 2.426 lillesøstre.

Hendes undersøgelse viste, at kvinder med mødre, der lider af inkontinens, har 30 procent større risiko for at udvikle sygdommen selv. Har kvinden en søster, der er inkontinent, øges risikoen med 60 procent. Har moderen svær inkontinens, er risikoen for at arve sygdommen 90 procent.

Yngvild Hannestad mener, det er vigtigt, at læger er opmærksomme på dette og anbefaler bækkenbundstræning til kvinder, der er i risiko for at blive inkontinente.

Yngvild Hannestad fandt også frem til, at livsstilsfaktorer har betydning for udvikling af inkontinens. Rygning, fedme og tedrinking var associeret til udvikling af inkontinens. Hvis kvinderne øgede mængden af lavintensitetsstræning, udviklede de i mindre grad inkontinens. Yngvild Hannestad fandt ingen sammenhæng mellem inkontinens og indtagelse af kaffe eller alkohol.

MANGLENDE UDREDNING

Lægerne Sanne Dahm Jørgensen, Dorthe Hagensen og Kjeld Leisgård Rasmussen har undersøgt, om lægerne i Ikast kommune undersøger kvinder, der lider af inkontinens, inden de får en blebevilling. 310 kvinder, der havde blebevilling i Ikast kommune, modtog et spørgeskema om deres gener i forbindelse med inkontinens. I alt 188 skemaer blev returneret og 159 af disse indgik i lægernes undersøgelse. Ud over kvindernes besvarelse gennemgik lægerne kvindernes journal hos den praktiserende læge. En tredjedel af kvinderne angav, at de følte sig hæmmet af deres inkontinens i hverdagen. 23 procent af kvinderne havde fået foretaget en gynækologisk undersøgelse og havde fået undersøgt urinen med urinstiks inden for de nærmeste to år inden blebevillingen. Kun halvdelen af kvinderne havde prøvet anden behandling, og der var store forskelle på, hvordan kvinderne blevet udredt. Kommunens retningslinjer om at udarbejde en statusattest inden blebevilling er ikke altid blevet fulgt. Undersøgelsen har været publiceret i en artikel i Ugeskrift for Læger. I konklusionen skriver forfatteren "Det må overvejes at kræve en lægekontakt forud for alle blebevillinger uanset patientens alder, såfremt patientens tilstand tillader dette. Desuden bør blebevilling tages op til fornyet overvejelse med regelmæssige mellemrum eller som minimum ved et ændret behov".

Sanne Dahm Jørgensen, Dorthe Hagensen og Kjeld Leisgård Rasmussen. Udredningsgrad forud for blebevilling hos urininkontinente kvinder i Ikast Kommune. Ugeskr Læger 2004; 166: 3096-99.

► LÆGERNE HAR ET ANSVAR

Med kun otte kvinder på hvert hold var det muligt at skabe den fortrolighed, der er en forudsætning for at turde tale åbent om inkontinensproblemer.

Kvinderne havde igennem flere år vænnet sig til at tilpasse aktivitetsniveauet til deres inkontinensproblem. De havde begrænset deres sociale aktiviteter, og de fleste af dem turde ikke tage i byen uden at sikre sig, at de kunne komme på toilettet. Flere af dem troede ikke, det nyttede at træne, og at de var alt for gamle til at gøre noget ved det.

Lægerne bærer ifølge Laila Ravnkilde Marlet noget af ansvaret for, at mange kvinder opgiver træningen og i stedet slår sig til tåls med at bruge bleer og indskrænke den fysiske aktivitet. Hun mener, lægerne skal sørge for at udrede kvindernes inkontinens og ikke pr. automatik opgive træningen, fordi kvinder er over 50 år.

"Projektet viser, at træning og undervisning kan ændre noget – også for ældre kvinder", mener Laila Ravnkilde Marlet. For at få bevilling til bleer skal der være tale om en varig lidelse. Seks af kvinderne i projektet havde blebevilling, men tolv ugers træning var nok til at mindske behovet for bleer helt eller delvist. "Det viser, at disse kvinder ikke er udredt godt nok, og jeg mener, at der er behov for, at fysioterapeuterne indgår i udredningen, for de skal være med til at vurdere træningspotentialer", siger Laila Ravnkilde Marlet.

FÆRRE TOILETBESØG OM NATTEN

Det overrasker Laila Ravnkilde Malet, at træningen og ændring i drikkevaner har haft så stor betydning for kvindernes vandladningstrang om natten.

Flere af kvinderne har tidligere været oppe 5-6 gange hver nat, og efter projektet kan de nøjes med et par toiletbesøg. I sin masterafhandling citerer Laila Ravnkilde Marlet en af kvinderne: (82 år): "Jeg har haft det ganske forfærdeligt med at skulle op en masse gange om natten. Jeg var oppe på toilet næsten hver anden time, så er jeg jo hundetræt, når jeg vågner... Jeg kan nøjes med at komme op to gange om natten nu ...Det betyder, at jeg har fået flere kræfter, det gør det altså".

Med fokusgruppeinterview og spørgeskemaer (se faktaboks side 20) har Laila Ravnkilde fået et billede af, hvilken betydning inkontinensen havde for kvindernes livskvalitet før og efter træning.

Besvarelserne viser, at kvinderne efter projektet oplever en større grad af frihed. Det skyldes blandt andet, at de har fået sat ord på et problem, de har forsøgt at skjule tidligere, og de har fået bedre kontrol over vandladningen. De har også fået redskaber til selv at håndtere inkontinensproblemet, og netop dette viser sig at have stor betydning for kvindernes selvværd, fortæller Laila Ravnkilde Marlet.

Kvinderne har også fået frihed til at bevæge sig ud

uden at skulle slæbe en masse bleer med og være bange for ikke at kunne finde et toilet. Således fortæller en af kvinderne til Laila Ravnkilde Marlet: "Jeg tog en bus fra Vestergade og kørte til Hjulby og blev siddende i bussen foran ... og var næsten ikke våd, da jeg kom hjem. Det tog små tre timer, og jeg var så glad og så lykkelig for den dag. Det må høre med til livskvalitet, at man bliver gladere".

FÆRRE BLEER

Seks af de 19 kvinder, der fuldførte bækkenbundstræningen, havde bevilling til bleer, de andre betalte selv deres bleer. Alle kvinderne mindske deres forbrug af bleer. Enkelte af dem ophørte helt med at bruge bleer.

Selvom kommunen således sparede penge på bleer, skal besparelsen sammenholdes med de udgifter, der er til at etablere træningstilbudet. I sit regnestykke har Laila Ravnkilde Marlet set på både udgifter til lokaler, transport, terapeuter og gæsteundervisere, undervisning af terapeuterne og kursusmateriale. Omkostningerne pr. deltager for at være med til træningen er beregnet til at være 3.880 kroner, og det er mere, end der spares på bleer.

"Men det kommer an på, hvordan man opgør tallene. For der er en del udgifter i starten", siger Laila Ravnkilde Marlet. Hun mener, at et fast tilbud om bækkenbundstræning og undervisning kunne gøres billigere end det, hun kom frem til i sit projekt.

Men det er ikke kun udgifter til bleer, der kan spares på. "Det er tankevækkende, at hvis bare fysioterapeuten forebygger 1-2 fald, der medfører lårbensbrud, så er kurser for 48 deltagere tjent ind", siger Laila Ravnkilde Marlet.

Selvom man ikke ved, hvor stor en del af faldene blandt ældre, som skyldes inkontinensproblemer, er der ifølge Laila Ravnkilde Marlet flere undersøgelser, der dokumenterer sammenhængen mellem urgeinkontinens og fald. Et lårbensbrud koster typisk 100-150.000 kroner.

SUNDHEDSØKONOM IKKE OVERRASKET

Professor Terkel Christiansen fra Syddansk Universitet har været vejleder på projektet. Han er glad for, at fysioterapeuter begynder at interessere sig for sundhedsøkonomi i relation til rehabilitering.

Terkel Christiansen er ikke overrasket over, at udgifterne til bækkenbundstræningen overstiger det, man sparer i udgifter til bleer. "Vi skal ikke fokusere på, om der er en netto økonomisk budgetbesparelse ved træningen, men mere om det er pengene værd i form af bedre livskvalitet", siger Terkel Christiansen.

Han mener, man skal være glad for, at en så relativ enkel og billig indsats har haft så stor betydning for kvindernes livskvalitet.

"Laila Ravnkilde Marlets undersøgelse viser, at der er ►

LÆS MERE

- De hollandske retningslinjer for fysioterapeutisk behandling af stressinkontinens er oversat til dansk. Retningslinjerne kan downloades fra [www.fysio.dk/udvikling og forskning/kliniske retningslinjer](http://www.fysio.dk/udvikling%20og%20forskning/kliniske%20retningslinjer)
- Ugeskrift for Læger 2001, 163:38, side 5159-88 havde fokus på inkontinens. I flere forskellige artikler blev der behandlet temaer som: neurogene blæreforstyrrelser, urologisk behandling og kontrol af rygmarvsskadede personer, "Tension-free tape" – TVT, statusartikel om urininkontinens, urinvejs-symptomer hos fertile kvinder efter graviditet og fødsel, alment praktiserende lægers viden om og holdninger til undersøgelse og behandling af kvinder med urininkontinens. Klaringsrapport nr. 10, 2001. Dansk Selskab for Geriatri. Udredning og behandling af urininkontinens hos geriatriske patienter.
- Klaringsrapport nr. 12, 2001. Dansk Urologisk Selskab og dansk selskab for Obstetrik og Gynækologi. Udredning og behandling af urininkontinens hos kvinder.
- Lars M. Alling Møller og Gunnar Lose: Kan den økonomiske og faglige ressourceanvendelse ved udredning og behandling af urininkontinens optimeres? Ugeskr Læger 2001; 163: 5172-5.
- Kontinensforeningen har oprettet en anonym telefonrådgivning med specialuddannede sygeplejersker ved telefonen. Telefonnummer 7020 0870.

FAKTA OM INKONTINENS

- I Danmark lider cirka 400.000 mænd og kvinder af inkontinens.
- I Sverige er sundhedsudgifterne til inkontinens beregnet til at være 2,8-4 milliarder SEK. I Danmark skønnes omkostningsniveauet at ligge på det samme niveau.
- Hver fjerde 90-årig mand og hver anden 75-årig kvinde er inkontinent.
- På plejehjem er andelen af ældre med inkontinens større sammenlignet med hjemmeboende ældre. Det skønnes, at mellem 50 og 80 procent af de ældre plejehjemsbeboere er inkontinente.
- Tre ud af fire patienter med urininkontinens kan udredes og behandles helt eller delvis efter enkle ikke-kirurgiske principper.
- Den bedste behandling er forebyggelse.

Kilde: Lars M. Alling, Gunnar Lose. Kan den økonomiske og faglige ressourceanvendelse ved udredning og behandling af urininkontinens optimeres? Ugeskr Læger 163/38 17. september 2001.

en stor gevinst at hente ved at tilbyde bækkenbunds-
træning til kvinder, der lider af inkontinens. Og vi ved,
at det ikke er gratis", siger Terkel Christiansen.

BILLIGERE AT UDLEVERE BLEER

Fysioterapeuten præsenterede Laila Ravnkilde Marlets
resultater for overlæge Karl Møller Bek fra gynækologisk
ambulatorium på Skejby sygehus.

Selvom det er svært at udarbejde fyldestgørende
sundhedsøkonomiske beregninger, har Karl Møller
Bek forsøgt at sammenholde udgifterne til udredning
og bækkenbundstræning med operation til kvinder
med stressinkontinens. En operation med efterkontrol
koster ifølge Karl Møller Bek cirka 40.000 kr. En enkel
udredning med efterfølgende bækkenbundstræning
og efterkontrol koster 1500 kr.

Han er glad for, at der udarbejdes cost-benefit
analyser af genoptræning. Men han advarer som Laila
Ravnkilde Marlet mod ensidigt at fokusere på økono-
mien. "Kunne man forestille sig, at ældre kvinder med
komplikeret benbrud fik udleveret en kørestol i stedet
for at blive behandlet?", siger Karl Møller Bek.

Han er ikke i tvivl om, at det er billigere at udlevere
bleer til kvinder med inkontinens frem for at tilbyde
udredning, træning eller operation. "Men jeg ser gerne,
at kvinder, der lider af inkontinens, bliver behandlet som
ligeværdige mennesker, hvor livskvalitet er vigtigere
end tørre økonomiske beregninger", spørger han.

Karl Møller Bek understreger, at også ændrede
drikkevaner og tidspunkt for indtagelse af medicin
er af betydning og lægger vægt på, at behandling
af urininkontinens er en tværfaglig opgave for både
praktiserende læger, fysioterapeuter og specialuddan-
nede sygeplejersker.

BEGRÆNSEDE RESSOURCER

I Odense Kommune er man opmærksom på de gode
resultater med bækkenbundstræning. Aktivitets- og træ-
ningschef Joan Lissi Lavent fra den kommunale ældrepleje
beklager, at kommunen ikke har penge til at etablere
de nødvendige tilbud om bækkenbundstræning. Hun
fortæller, at en øget anvendelse af ressourcer til bæk-
kenbundstræning, i givet fald ville ske på bekostning af
andre nødvendige træningstilbud. "Alle er enige om,
at det er uværdigt at udlevere bleer, hvis det kan lade
sig gøre at træne bækkenbunden. Vi har i kommunen
stigende udgifter til bleer, og det ville være godt, hvis vi
kunne tilbyde kvinderne træning på et tidligt tidspunkt,
men økonomien er ikke til det lige nu".

*Laila Ravnkilde Marlets masterafhandling "Bækkenbunds-
træning i et sundhedsøkonomisk perspektiv – økonomi
og livskvalitet" kan downloades fra [ffy.dk/afhandlinger/
master](http://ffy.dk/afhandlinger/master) ■*

CASE

Bitten Lærkehøj var 69
år, da hun begyndte
at træne bækkenbun-
den. På det tidspunkt
måtte hun på toilettet
fem gange hver nat.
Hun var bange for at
gå i byen, og når hun
gjorde det, var det altid
med en fyldt rygsæk:



"Jeg havde altid trus-
ser og bind med, men også skiftetøj og
plasticposer til de brugte bleer. Hvis jeg
ikke kunne finde et toilet, måtte jeg jo tisse
i bukserne", fortæller hun.

I dag er Bitten Lærkehøj helt ude over
sit problem. Hun kan undvære rygsækken
og er kun oppe én gang hver nat efter at
have været med i projektet med bækken-
bundstræning. Et projekt, hun kom med i
ved lidt af en tilfældighed:

"Jeg gik til vedligeholdende træning
på plejehjemmet, og en dag var der en
af instruktørerne, der lagde mærke til, at
jeg ikke ligesom de andre drak vand efter
træningen. Jeg valgte at være åben og
fortalte hende, at det simpelthen var for at
undgå at stå og dryppe på måtten, når jeg
låst døren op derhjemme. Det var hende,
der fortalte mig, at der kunne gøres noget
ved det og sørgede for, at jeg kom med
i projektet".

Bitten Lærkehøj fortæller, at hun kunne
mærke en effekt allerede efter at have del-
taget i træningen fire gange.

Hun har siden spredt det glade budskab,
simpelthen fordi hun ikke kan lade være:
"Jeg spurgte, om jeg måtte få lov at fortælle
om det på det hold, hvor jeg går til vedli-
geholdelsestræning, og det har bevirket, at
nogle af de andre damer også har gået til
bækkenbundstræning, selvom det ikke er
noget, de fortæller så meget om".

At Odense kommune har prioriteret at
udlevere bleer frem for at tilbyde bækken-
bundstræning har Bitten Lærkehøj denne
kommentar til: "Det er fortvivlende. Der
går mennesker rundt, som aldrig får den
chance, jeg fik. Jeg tror, det bliver dyrt for
kommunen i den sidste ende".

Fysioterapeuten i ferien

Fysioterapeuten nr. 12,
der udkommer
den 17. juni,
har deadline
DEN 2. JUNI.

Derefter holder bladet
sommerferie og er først
på gaden igen med

nr. 13 den 12. august.
Nr. 13 har deadline
DEN 1. AUGUST.

opslagstavlen

Prisopgave: Kroppen i jobbet

Pris ■ Foreningen til Fremme af Bevægeapparatets Årti har indstiftet en prisopgave.

Prisen er på kr. 10.000 til vinderen og kr. 7.500 til henholdsvis nr. 2 og 3.

Formål:

Formålet med prisen er at belønne personer, der har gennemført eller er i gang med projekter, der skaber ny viden eller implementerer eksisterende viden med relation til forskning, forebyggelse, undersøgelse og behandling af sygdomme og skader i bevægeapparatet.

Prisopgaven år 2005:

Med den aktuelle prisuddeling ønsker vi at støtte projekter, der omhandler årets tema: "Kroppen i jobbet".

Såvel en organisation som enkeltpersoner kan besvare opgaven. Besvarelserne skal indeholde beskrivelse af:

- Formål
- Målgruppe
- Indhold og arbejdsmetode
- Samarbejdspartnere og organisatoriske rammer
- Tidsplan, hvis projektet er under udførelse
- Budget og finansieringsplan
- Abstract på engelsk

Tidsfrist:

Besvarelserne skal være foreningen i hænde senest d. 15. august 2005.

Svarene indsendes til Bevægeapparatets Årti, professor, overlæge dr.med. Jes Bruun Lauritzen, Orthopædisk afdeling, Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, 2400 København NV.

Præsentation:

Årets prisopgave offentliggøres fredag d. 16. september 2005 på kongressen Reuma 2005, i Øksnehallen i København.



Vægmodel



Stativ til pjecer



Krop & Fysik har produceret et stativ til de nye pjecer, der er udarbejdet af Danske Fysioterapeuter og Krop & Fysik. Stativet har plads til 12 pjecer samt 2 magasiner i A4-format. Str. på stativet: H: 162 cm, B: 56 cm, D: 9 cm. Pjcestativet er i et gedigent og tidsløst design. Det er lakeret i sølv-metallic og kan bestilles som gulv- eller vægmodel.

Vægmodel kr. 2.999,- inkl. moms og ekskl. fragt.

Tillæg for gulvmodel med hjul kr. 775,-



Øverste modul på stativet er et udskifteligt felt til nyheder mv.



Pjecerne bliver flot præsenteret i gennemsigtige acrylholdere.



Gulvmodel

Bestilling Stativ og pjecer kan bestilles på www.krop-fysik.dk og www.fysio.dk - eller ved at sende nedenstående bestillingsseddel på telefaks 70 26 33 65 - udfyld venligst med blokbogstaver. Bestillinger på pjecer og plakater tillægges et porto- og ekspeditionsgebyr på kr. 35,- uanset antallet.

_____ stk. stativ til pjecer og magasiner: _____ væg _____ gulv
 _____ stk. pjecer "Osteoporose"
 _____ stk. pjecer "Hovedpine og nakkesmerter"
 _____ stk. pjecer "Bækkenbunden"
 _____ stk. pjecer "Stræk"
 _____ stk. pjecer "Skærmarbejde"
 _____ stk. pjecer "Ondt i ryggen"

Pjecer
250 kr. pr. stk.

Navn: _____
 Att.: _____
 Adresse: _____
 Postnr./by: _____
 Tlf. nr.: _____

Læs mere om og bestil produkterne på www.krop-fysik.dk og www.fysio.dk

Kronikere ingen adgang

Politikerne i Københavns Kommune er enige at omdanne rygcenter til sundhedscenter. Til gengæld har man sværere ved at blive enige om, hvad det økonomisk skal betyde for centret og dets normering

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO FINN FRANSEN/POLFOTO

indgang

■ Københavns Kommunes rygcenter kæmper mod politiske planer om voldsomme besparelser. Fortsættelse følger på www.fysio.dk

Rygcentret på Hans Knudsens Plads i København har udsigt til en omfattende nedskæringsrunde, der vil betyde, at syv ud af centrets 18 fysioterapeuter skal afskediges, og der ikke længere er et tilbud til kroniske rygpatienter i kommunen.

De forventede nedskæringer kommer i forbindelse en politisk beslutning om at omdanne centret til sundhedscenter og samtidig overføre tre millioner kroner af centrets budget til etablering af nye kommunale sundhedscentre som det der for nylig åbnede på Østerbro, målrettet borgere med diabetes 2, hjerteproblemer,

KOL og alderdomsbetingede fald. Rygcentret skal som sundhedscenter målrettes borgere med lidelser i bevægeapparatet, og altså ikke kun ryg og nakke.

Omdannelsen til sundhedscenter skal ses som led i udmøntningen af kommunalreformen, fremgår det af Sundhedsforvaltningens indstilling. Det betyder, at centret fra 2007 skal løse en del af de genoptræningsopgaver, der flytter fra sygehusene.

BESPARELSER HAR TRUET FØR

Det er ikke første gang, Rygcentret har været truet af omfattende besparelser.

Rygcentret blev etableret i 2000 i kølvandet på lukningen af fire kommunale fysiurgiske klinikker. Københavnerne havde i 60 år haft tilbud om gratis fysioterapi på de offentlige klinikker, men politikerne besluttede, at det skulle være slut med den forkælelse, og at københavnerne selv måtte lidt mere til lommerne. Der blev derfor oprettet et antal nye ydernumre og en

række nye træningscentre til borgere over 67 år, og endelig oprettede man det, der dengang i fagbladet Danske Fysioterapeuter blev betegnet som omstruktureringens flagskib: et kommunalt rygcenter.

Rygcentrets opgave er dels at hjælpe borgere med akut behov for behandling, for eksempel som følge af en diskusprolaps, dels hjælpe borgere, der er blevet opgivet andre steder i systemet – af praktiserende fysioterapeuter, kirurger og speciallæger.

Men allerede i 2003 havde politikerne igen fået øje på, at københavnerne med Rygcentret var forkælede med et tilbud, der ikke fandtes i andre kommuner. Man var derfor som led i en sparerunde meget tæt på at halvere centrets årlige budget på 12 millioner kroner. Det lykkedes dog dengang at få fjernet centret fra sparekataloget, blandt andet med henvisning til sparede udgifter til sygedagpenge og manglende evaluering af Rygcentret.

FRAVALGTE SYGESIKRINGSMODEL

Siden er der så foretaget en evaluering. Den dokumenterer blandt andet, at der var hold i argumentet om sparede udgifter til sygedagpenge: 40 procent af patienterne er sygemeldte, når de begynder behandlingen på centret, men to tredjedele er raskmeldte, når behandlingen er slut. Mere end 80 procent af de patienter, centret modtager, har tidligere været igennem lange behandlingsforløb uden tilstrækkelig effekt.

Men besparelsen kan altså risikere at ramme al ligevel. 10 af 11 medlemmer af Sundhedsudvalget er for længst blevet enige, men det 11. medlem, Enhedslistens Bente Møller, benyttede sig af sin ret til ►

Rygcentrets opgave er dels at hjælpe borgere med akut behov for behandling, for eksempel som følge af en diskusprolaps, dels hjælpe borgere, der er blevet opgivet andre steder i systemet - af praktiserende fysioterapeuter, kiropraktorer og speciallæger.





Det var Bente Møller, der som Enhedslistens repræsentant i Sundhedsudvalget valgte at bruge sin ret til at sende beslutningen i Borgerrepræsentationen, selvom den kunne være truffet med et flertal i udvalget. "Her er ikke kun

tale om at omdanne Rygcentret til et sundhedscenter, men også om omfattende nedskæringer. Jeg besluttede at standse sagen og tage den i salen, fordi jeg synes, der skal være offentlighed om nedskæringer", forklarer hun.

- ▶ at sende beslutningen i Borgerrepræsentationen, der på et møde 12. maj sendte det retur til udvalget med besked på at se på besparelserne én gang til.

At det lige er tre millioner kroner, der er i spil, skyldes en tidligere beslutning om at indgå en forsøgsordning med udvikling af en tværfaglig sygesikringsmodel på Rygcentret, hvilket ville have givet en kommunal besparelse på tre millioner, der så kunne anvendes i forbindelse med kommunens satsning på sundhedscentre.

Sundhedsudvalget mener imidlertid i dag, at præmisserne for en sygesikringsmodel har ændret sig på grund af kommunalreformen, idet en sygesikringsmodel ville kunne betyde, at centret blev overført til Regionen. De tre millioner kroner har man imidlertid disponeret med, og de skal derfor findes, mener udvalget.

FARVEL TIL KRONIKERNE

De patienter, der ifølge forslaget ikke fremover skal behandles på Rygcentret er nakkepatienter samt patienter med kroniske rygproblemer.

"Vi synes, at det en glimrende idé, at kommunen vil lave sundhedscentre, men ikke at det skal ske på bekostning af eksisterende velfungerende tilbud", siger tillidsrepræsentant Charlotte Larsen fra Rygcenteret.

"Jeg hørte sundhedsborgmesteren sige i Københavns Radio, at en del af patienterne i stedet for at få behandling på Rygcentret, må henvende sig i primærsektoren, men der har de jo oftest været. Det er jo derfor, de kommer her, og fordi de har brug for en tværfaglig tilgang til deres problemer".

Fysioterapeut Tine Nielsen, der er formand for Hovedstadskredsen i Danske Fysioterapeuter, synes, det er glimrende med sundhedscentre, men undrer sig over, at mens der er i forbindelse med sundhedscentertanken er fokus på kronikerne inden for andre sygdomsområder, som for eksempel diabetes2 og KOL, er det på rygområdet kronikerne, der skal betale prisen.

"De kronisk syge rygpatienter er en gruppe, der ofte har mange sygedage og belaster det offentlige sundhedsvæsen", siger Tine Nielsen. Hun peger på, at

der i en ny opgørelse fra Sundhedsstyrelsen over, hvor meget rygpatienter har belastet sygehusvæsenet siden 1996, ses en stigning i antallet af ambulatoriebesøg og indlæggelser i samtlige amters sygehusvæsen med undtagelse af HS, hvor antallet er for nedadgående. Den nedadgående tendens indtræder i 2000, og Tine Nilsen kæder den derfor sammen med etableringen af Rygcentret samme år.

"Vi mener, det er positivt at man ikke ønsker at der skal være brugerbetaling på sundhedsydelser for borgerne i Københavns Kommune, som der ellers var givet mulighed for ved at lave en sygesikringsfinansieret model. Men hvis man i stedet for totalt fjerner det tilbud som borgerne ellers kunne have modtaget med delvis brugerbetaling, er det direkte en forringelse", siger Tine Nielsen, der mener, at en besparelse af denne størrelsesorden kan ende med at koste kommunen penge.

Det har ikke været muligt at træffe sundhedsborgmester Inger Marie Bruun-Vierø (B) for en kommentar. ■

STØTTE FRA PRAKSISSEKTOREN

Kontaktpersoner for de praktiserende fysioterapeuter i København Kommune og medlemmer i samarbejdsudvalget i København Kommune Per Tornøe og Per Norman Jørgensen skriver i et brev til Borgerrepræsentationen blandt andet:

"I praksissektoren har vi været glade for muligheden for at kunne henvise patienter til Rygcentrets tværfaglige ekspertise. Vi opfatter derfor ikke Rygcentret som en konkurrent, men derimod som et nødvendigt tilbud til forebyggelse af hospitalsindlæggelser og udstødelse fra arbejdsmarkedet for patienter med længerevarende lænderygbesvær.

Såfremt nedskæringen på rygcenteret bliver vedtaget af Borgerrepræsentationen, må dette nødvendigvis kræve en udvidelse af ressourcerne i privat praksis, hvis vi skal være i stand til at overtage opgaverne.

Vi vil hermed opfordre Borgerrepræsentationens medlemmer til at genoverveje den påtænkte nedskæring af Rygcentrets kapacitet".

Blink før øjet klør

PC ■ En undersøgelse fra Arbejdsmiljøinstituttet (AMI) viser, at mennesker, der sidder foran en computerskærm ikke blinker nok. Det giver tørre og irriterede øjne, som forværres af indeklimaet, der ofte



er præget af lav luftfugtighed. Der bør holdes mikropausers fra arbejdet ved skærmen og laves regelmæssige blinkeøvelser. Skærmen skal placeres lavt, der skal luftes ud på kontoret, og man skal undgå for høj rumtemperatur. Et både trist og forvirrende resultat af undersøgelsen er, at hvis man overholder sundhedsforskrifterne og cykler til arbejde, kan man risikere at øge øjets modtagelighed over for luftforurening og forværre generne. *Pjecen "Blink før øjet klør" kan downloades på www.ami.dk.*

fysnyt

Bevægelse for det gode liv

Reumakongres ■ Et pilotprojekt om motion på recept fremlægges på Gigtforeningens Reumakongres 14.-16. september i København. Projektet har titlen "Er motion på recept vejen frem, når det gælder forebyggelse?" Gigtforeningen samarbejder med

Vestsjællands Amt om et projekt, hvor mennesker med slidgigt tilbydes motion på recept. Praktiserende læger i Vestsjællands Amt kan i projektperioden henvise personer med diagnosticeret slidgigt til tre udvalgte motionsklinikker. Deltagerne får her personlig vejledning af en fysioterapeut

og træning på hold. Senere guides deltagerne ud i almindelige motionstilbud. På Reuma2005 vil forskere fra ind- og udland bidrage med seneste nye viden om forebyggelse, effekten af indsatsen, og hvilke perspektiver for forebyggelse der tegner sig i fremtiden. Læs mere om Reuma2005 på www.reuma2005.dk

Accelereret forløb giver tilfredse patienter

Alloplastik ■ På Hvidovre Hospital har man undersøgt, hvilken betydning et accelereret forløb med maksimalt fem indlæggelsesdøgn har for patienter, der skal have hofte- eller knæalloplastik. 95 procent af de patienter, der fik tilbud et accelereret forløb, kunne honorere kravene og blev udskrevet senest

på femtedagen. Patienterne gav udtryk for meget høj tilfredshed med forløbet.

Henrik Husted, Gitte Holm, Stig Sonne-Holm. Accelereret forløb: høj tilfredshed og fire dages indlæggelse ved hofte- og knæalloplastik på uselkterede patienter. Ugeskr Læger 167/19.

Vestibulær rehabilitering

Norge ■ I en artikel i det norske Fysioterapeuten præsenterer Norun Kaada, Nina Bakken, Anne Lise Tamber og Astrid Bergland et pilotprojekt, hvor de har afprøvet et vestibulært rehabiliteringsprogram til en ældre kvinde, der led af svimmelhed. Den vestibulære rehabilitering viste sig at kunne reducere svimmelhedsfølelsen og forbedre balancen hos kvinden.

Fysioterapeuten nr. 5, mai 2005 (side 21-24). Svimmelhet hos eldre og vestibulær rehabilitering – et pilotprojekt

Akupunktur

Faggruppe ■ Danske Fysioterapeuters faggruppe for akupunktur "DFFA" har udformet og startet en akupunkturuddannelse for fysioterapeuter, hvor det første modul blev afholdt i september 2004. DFFA har valgt en akupunkturtilgang, som bygger på moderne sundhedsvidenskabelige forklaringsmodeller, og underviserne er fysioterapeuter med godkendte akupunkturuddannelser og specialviden om akupunktur. Endvidere samarbejdes der med medicinske selskaber og læger, som har specialviden i akupunktur. Uddannel-

sens omfang er 500 timers praktisk og teoretisk akupunkturuddannelse, som består af fem tredages moduler og sideløbende teoretiske og skriftlige opgaver. Uddannelsen afsluttes med en teoretisk og praktisk eksamen. Formålet med uddannelsen er at kvalificere fysioterapeuter til på videnskabelig og kompetent vis at anvende og udvikle akupunktur som et fysioterapeutisk behandlingstiltag ved behandling af smerte- og funktionsforstyrrelser i bevægeapparatet. Se DFFA's hjemmeside www.akupunkture.dk

VAS skala er vurderet

Måleredskaber ■ Måleredskabet VAS (Visuel Analog Skala) er vurderet i forbindelse med Danske Fysioterapeuters "Projekt måleredskaber". Visuel Analog Skala (VAS) er en skala, der kan bruges til at få svar på f.eks.

smerteintensitet i fysioterapeutisk behandling. Smertevurdering og ændring i smerteniveau vurderes som væsentlig, hvis daglig fysioterapeutisk praksis skal dokumenteres. VAS er vurderet til at være anvendeligt som effektmål i fysioterapeutisk behandling både i daglig klinisk praksis og til forskningsbrug. Læs vurderingen på www.maalederskaber.dk klik på generelle måleredskaber.



Forskning



Tidsskrift ■ Det første nummer af "Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund" indeholder følgende: "Forskning i sygdom og samfund" af Bjarke Paarup, "Videnskabelighed – mellem teknologi og etik" af Kirsten Hastrup, "Antropologi og medicin i dialog" af Susan Reynolds Whyte (red. interview

v/ Hanne Mogensen, "Den praktiserende" læge af Torsten Risør og Frede Olesen, "Positioner i sygeplejen" af Helle Ploug Hansen, "Medicin, rationalitet og erfaring", Byron J. Good.

Nr. 2 2005 omhandler narrativer

og nr. 3 2005 handler om sundhedsfremme.

Red. ansv. Mette Bech Risør, "Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, Positioner, Nr. 1 2004", mail: sygdomsamsfund@hum.au.dk Pris: 140 kr. løssalg

Depression



Selvhjælp ■ Bogen anviser skemaer og modeller, der skulle give læseren mulighed for at omstrukturere negative, automatiske tanker i en mere realistisk og konstruktiv retning, så man aktivt kan forandre sin situation.

Paul Gilbert "At overvinde depression" Forlaget Klim, 345 sider. Pris: 345 kr.

Praksisformidling



Grundbog ■ Bogens formål er at give læseren teoretisk grundlag for og redskaber til at skrive en case rapport. Case rapport er den bedst tænkelige metode til at formidle og synliggøre praksis, men kan også være et redskab til kritisk at se på egen praksis. Bogen er en opskrift på, hvilke ting der skal være klar, inden man går i gang med at skrive en case rapport.

Hanne Albert, Bente Hovmand, Hans Lund, Annette Winkel & Lisbeth Villemoes Sørensen "Case rapport – en grundbog i praksisformidling". Munksgaard Forlag, 170 sider, ill. Pris: 228 kr. inkl. moms

Stavgang i stuen

ANMELDELSE Lær det rigtigt, én gang – for alle". Instruktør Gitte Toft. Spilletid 60 min. www.scanbox.com

Stavgang ■ "Lær det rigtigt, én gang – for alle". Så meget lover denne dvd med stavgangsinstruktør Gitte Toft på et noget farveløst

og ikke videre inspirerende cover. Her oplystes samtidig nogle af de velkendte fordele ved stav-

gang, men uden nogen nyhedsværdi af fakta. Efter at have trykket play fortsætter salgsargumenterne: Stavgang forbedrer konditionen, øger fedtforbrændingen, styrker muskler og knogler, bedrer balancen og opløser spændinger i nakke/skulder. Der er intet nyt i disse påstande, og tilgangen til stavgang er ukritisk. Der bliver lovet træningseffekter, som den nuværende sparsomme videnskabelige litteratur ikke entydigt kan underbygge.

Herefter er indholdet overskueligt og struktureret opbygget, indeholdende opvarmning, den basale stavgangsteknik samt udspænding. Opvarmningssekvensen foregår med Gitte Toft i centrum og bag hende to stavgangsstatister, som man kan vælge at følge, afhængigt af om man selv er øvet eller uøvet. Det er godt med et differentieret niveau, men hele iscenesættelsen er unaturlig og konstrueret, idet det foregår på en lille scene i uinspirerende omgivelser. Det er selvfølgelig meningen, at programmet skal følges hjemme i stuen, men det ville øge motivationen til den efterfølgende tur i det fri, hvis optagelserne var foregået udendørs.

Stavgangsteknikken præsenteres i små bidder og der er opsummeringer undervejs, hvilket er en god idé til nybegynderen. Hvad der dog kan forvirre nybegynderen er

upræcise tilsigelser som "hold styr på benene" og "muskelskridt" - hvad er det?

Den afsluttende udspænding er meget grundig og omfatter alle relevante muskelgrupper. Sekvensen bliver dog en anelse for langtrukken.

Alle sekvenser ledsages af en konstant baggrundsmusik, der opfordrer mere til afspænding end til stavgang, hvilket kan virke som et irritationsmoment frem for motivationsfaktor. Generelt mangler der dynamik i programmet. Gitte Toft er tydelig i sine instruktioner, men noget monotont i sit toneleje. Desuden lyder de velmenende kommentarer "ja, det er godt" og "supergodt" alt for mange gange. Da det er umuligt at give personlig feedback ud gennem tv-skærmen, ville flere kvalitative kommentarer om korrekt udførelse af øvelserne være til mere gavn.

Der er mere dynamik i ekstramaterialet, der giver idéer til forskellige træningsformer samt uddybning af teknikken. Desuden får man tre personlige succeshistorier, som muligvis kan motivere nogle til at komme ud af starthullerne.

Som fysioterapeuter får vi ikke noget at vide, vi ikke ved i forvejen. Tværtimod stiller vi os tvivlende overfor nogle af påstandene. Dvd'en kan heller ikke anbefales som erstatning for en instruktionstime, da der ikke er mulighed for personlig korrektion af teknikken. Men er du stavgænger og savner inspiration til opvarmning eller trænger til at få genopfrisket teknikken, giver den mulighed for det.

ANMELDT AF FYSIOTERAPEUTERNE KATRINE NIELSEN OG METTE WESTH



bøgerm.m.

DET STÅR DER I AVISEN

om fysioterapi og fysioterapeuter

(GENOPTRÆNING) "Terapeuter skal ikke have ansvaret for genoptræning", lyder titlen på et debatindlæg i *Dagens Medicin*. Anledningen er et tidligere indlæg samme sted af formændene for henholdsvis Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen, Johnny Kuhr og Gunner Gamborg, der slår til lyd for det modsatte synspunkt. Poul H. Mogensen, overlæge på Hammel neurocenter er ikke enig med de to formænd: "Rehabilitering er en del af det lægelige arbejde. Dette gælder alle specialer. Da rehabilitering er en del af en efterbehandling, er dette også underlagt lægers behandlingsansvar. At det ikke er lægerne, der forestår selve træningen, har intet med ansvar at gøre. Når en læge ordinerer medicin, tager lægen ansvaret, selvom det er et medicinalfirma, der har udviklet og produceret medicinen. Med andre ord, rehabilitering er lægeordineret og altså lægens ansvar", skriver han blandt andet. Poul H. Mogensen bakkes op af Inger Lauge Johannesen, ledende overlæge og formand for Dansk Selskab for Rehabilitering, der ligeledes i *Dagens Medicin*, skriver, at "Det er et helt klart lægeligt ansvar, at en given behandling følges op af den nødvendige genoptræning eller rehabilitering, eftersom ansvaret for den samlede patientbehandling til enhver tid er lægeligt. Dette ansvar ønsker vi og vedkender os som læger. Så der er ikke tale om at ansvaret flyder".

(SPORT) Ansvar er også et tema i *BT*, hvor fysioterapeut Niels Erichsen opfordrer folk til at udvise en ansvarlig motionsadfærd og ikke blive for forårsskåde: "Når folk starter med at løbetræne, har de typisk ikke lavet noget de sidste fem måneder. Og så begynder de at løbe otte-ti kilometer tre gange om ugen. Efter kort

tid får de en overbelastningsskade, fordi kroppen ikke kan holde til det", siger han til avisen. I *BT*'s artikel citeres også cand. scient., seniorforsker og ph.d. Henning Langberg, der også er fysioterapeut, men vist nok ikke læge, som der står senere i samme artikel. Han slår til lyd for, at mange sportsskader kunne forebygges med korrekt træning.

(HELSE) På Mors er det ikke de traditionelle sportsskader, man koncentrerer sig om for tiden, men derimod den slags skader, der opstår ved for eksempel forkert løft af tuba. Ifølge *Morsø Folkeblad* er Morsø Pigegardes liv i fare på grund af dalende interesse, og man har derfor bedt kommunen om et tilskud, der blandt andet skal gå til til ergonomisk undervisning ved en fysioterapeut. Tilskuddet skal dog også bruges til nye uniformer, idet garden erkender, at tiden er løbet fra de plisserede miniskørter.

(RYG) Dog er det ifølge professor Tom Bendix tvivlsomt, hvor meget man kan forebygge dårlige rygge. Og behandle dem, hjælper heller ikke, mener han. Tom Bendix filosoferer i *Fyens Stiftstidende* over udviklingen i tilgangen til dårlige rygge. Han redegør for, at rygsmerter stort set er blevet ignoreret igennem århundreder, før man begyndte at behandle - hos lægen, fysioterapeuten og kiropraktoren - uden at problemerne blev mindre. Så kom de ergonomiske borde og stole, men det hjalp heller ikke rigtigt. Så kom helhedstænkningen og den psykologiske tilgang, men det gjorde heller ikke det store, og det gjorde det næste store mantra, træning, heller ikke. Så hvad nu? Tom Bendix slår til lyd for, at man går i retning af at ignorere smerterne igen og refererer en norsk undersøgelse omfattende 1000 patienter, der alle havde

været sygemeldt i to måneder på grund af rygsmerter. De blev delt op i to lige store grupper efter lodtrækning. Den ene gruppe kom igennem det traditionelle norske behandlingssystem. Den anden gruppe talte lægen med to gange, i alt to en halv time. Her fortalte han dem om, hvorfor de fik ondt i ryggen, og hvorfor det var skidt at fokusere for meget på problemerne. I løbet af et år kom mange flere fra hans gruppe tilbage på arbejdsmarkedet - og fik det bedre - sammenlignet med den gruppe, der havde været igennem det traditionelle behandlingssystem.

(KLINIK) Spørgsmålet er så, hvem behandlerne skal tages sig af, hvis de dårlige rygge holder sig væk. I hvert fald kan det ikke være de handicappede, for de kan ikke komme ind. 65 pct. af landets klinikker under den offentlige sygesikring - læger, fysioterapeuter, kiropraktorer og speciallæger - har hverken egnede adgangs- eller toiletforhold. Det konkluderer en ny undersøgelse foretaget af Sygesikringens Forhandlingsudvalg og refereret af blandt andre *Jyllands Posten*. Undersøgelsen blev lavet første gang for 10 år siden, og der er ikke sket meget i perioden. Klinikkerne ligger typisk på første sal uden elevator med smalle døre i konsultationerne, hvor det er umuligt at gå ud på toilettet. "Det er et fælles ansvar, og der skal laves en fælles strategi og ses lidt bredere på forklaringsfaktorer for, hvorfor det går langsomt. Regeringen, Sygesikringen, kommunerne og organisationerne skal også inddrages. Det kan løses bedst og billigst i byplanlægningen", siger Hans Jørgen Holm, formand for Sygesikringens Forhandlingsudvalg til avisen.

Refleksion over egen praksis

Jeg troede, at **mit kvalitetsprojekt** gik ud på at undersøge, hvordan min behandling påvirkede patienternes tilstand og adfærd, men at jeg selv også blev påvirket og måtte reflektere over nogle ting var en uventet, men **gavnlig sidegevinst**

DEBATINDLÆG AF:

PRAKTISERENDE FYSIOTERAPEUT,
CERT. MDT LARS SCHÆFER

I Jeg er netop blevet færdig med et kvalitetsudviklingsprojekt. Da projektet har haft stor betydning for mit arbejde som fysioterapeut, mit engagement og min arbejdsglæde, har jeg fulgt en opfordring til at fortælle om det her.

Først kort om selve projektet, der var en kvalitetsudviklingsundersøgelse af fysioterapeutisk behandling af 20 Low Back Pain patienter udført på Nordfyns Fysioterapi og Træning i perioden feb. 2003 - okt. 2004.

Skelettet i behandlingen har været MDT (=McKenzie-konceptet), dog suppleret med ANT-behandling og manuel terapi, når dette har syntes relevant, specielt i starten af behandlingsforløbet. På et sent tidspunkt i undersøgelsen endvidere truncusstabiliserende øvelser a.m. Pilates.

I den pædagogiske tilgang til patienten har jeg konsekvent prøvet at bruge fysioterapeut Marianne Lindahls "Eksplícitte kriterier for samarbejdet mellem rygpatient og behandler" med henblik på yderligere at fremme patientens egenhåndtering/forebyggelse af recidiv.

Inden jeg startede, vidste jeg så godt som intet om systematisk kvalitetsudvikling, så jeg har tit været noget ude af svømme, specielt i starten, hvor problemet og patientgruppen skulle afgrænses, men bestemt også de sidste måneder efter selve dataindsamlingen, hvor den røde tråd og fokus skulle findes. Her har det været af helt uvurderlig betydning at kunne kontakte Esben Riis fra Danske Fysioterapeuter og Marianne Lindahl, der har været faglig konsulent på projektet, og få konstruktive og konkrete bud på, hvordan jeg kunne komme videre. Og at få at vide, at det at miste fodfæste et stykke tid er en del af processen.

Under forløbet er det gået op for mig, hvor svært det er/har været at komme ud af de gamle roller som alvidende ekspert og patient, der bare skal gøre, hvad der bliver sagt. Jeg troede, at vi var i samtale, dialog – at patienten deltog på ligeværdig fod, men kan nu i

bakspejlet se, at jeg "medinddrog" patienten – indholdet var stadig ovenfra og ned – for det meste.

Jeg meldte mig derfor på kursus i "Læring eller belæring" med cand.pæd.pæd. Jørn Eskildsen i dec. 2004. Han startede med at spørge os, hvornår vi sidst lærte noget væsentligt, og hvilke faktorer der gjorde udslaget. Vi fik ikke resultatet fortalt, men frembragte det selv, og det gjorde en kæmpe forskel. Der var stor enighed blandt os på kurset om, at det var lærerens engagement, overførbareheden/relevansen for delta-gerens hverdag og en atmosfære af åbenhed, tillid og humor, der var afgørende. JE pointerede vigtigheden af at have prøvet tingene på egen krop (eller i det mindste prøve at sætte sig i den andens sted) og at lytte til og respektere den andens særegne karakter og forudsætninger. Det kræver tid, tålmodighed, bevidsthed om gamle vaner og en høj grad af faglig sikkerhed efter min erfaring.

Der har i Fysioterapeuten været diskussioner, om vi skulle være terapeuter eller pædagoger. Enten-eller.

Jeg mener nu godt, vi kan være begge dele og under arbejdet med projektet har jeg fået større interesse for, hvad der sker, når patienten er færdig hos mig.

Er patienten blevet bedre i stand til at håndtere egne problemer? Er handlekompetencen øget? Større empowerment? Gør jeg velmenende i virkeligheden patienten en bjørnetjeneste?

For at kunne arbejde mere i dybden med dette (og andre fag-personlige problemer) er jeg i sommeren 2004 startet i supervision hos fysioterapeut Hans Henrik Kleinert.

Her er der ro og tid til fordybelse, mulighed for i en tryk, tillidsfuld og humoristisk atmosfære at undersøge egne barrierer, som kan modvirke et optimalt behandlingsforløb på en måde, der ikke er mulig i en travl og stresset klinikhverdag. Når man som jeg har mange meget gamle og svært handicappede patienter, kan der være mange ikke direkte faglige, men menneskelige



og fagpersonlige aspekter, som kan vendes her.

Selvom jeg løb ind i pædagogiske vanskeligheder under arbejdet med projektet, må jeg samtidig sige, at det har været en gevinst at arbejde meget systematisk og slavisk med McKenzie-undersøgelses-skemaet. Den subjektive anamnese har givet et klart fingerpeg om, i hvilken retning jeg skulle lede i min objektive undersøgelse og, tror jeg, været meget bevidstgørende for patienten – for eksempel at skulle sætte ord på; for eksempel fortælle at det værste var at køre bil, at skulle ind og ud af bilen og at tage strømper på, mens det at ligge på maven og lave forsigtige ekstensioner lettede på smerten. Det er en kropslig erfaring, der kan mærkes, og ikke noget, hun får fortalt – det gør en forskel.

Afslutningsvis vil jeg sige, at jeg oplever, at min egen praksis er blevet mere systematisk nu, end den var før, samtidig med at jeg er blevet lidt mere opmærksom på at give patienten plads og ikke fylde (næsten) det hele.

Jeg troede, at projektet gik ud på at undersøge, hvordan min behandling påvirkede patienternes tilstand

og adfærd. Det skete også, men at jeg selv også blev påvirket og måtte reflektere over nogle ting, må siges at være en uventet, men gavnlig sidegevinst.

Selve Lars Schæfers projekt kan findes på www.fysio.dk under praksis/privat – kvalitetsudvikling.

debat

Debatindlæg kan sendes til Fysioterapeuten. Skriv kort. Redaktionen forbeholder sig ret til at returnere eller forkorte indlæg. Materiale sendes til redaktionen@fysio.dk - eller med post til Fysioterapeuten, Nørre Voldgade 90, 1358 Kbh. K.

Fysioterapeuten nr. 13/2005 udkommer 12. august.

Deadline for debat: 1. august.



Danske Fysioterapeuter

Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K.
telefon: 3341 4620

fax: 3341 4614
df@fysio.dk
www.fysio.dk
Postgiro: 8 00 17 90

Telefontid:
Mandag - onsdag: 9 - 15
Torsdag: 9 - 16
Fredag: 9 - 14

Formand:
Johnny Kuhr

Næstformand:
Birgitte Kure

Hovedbestyrelsen:
Johnny Kuhr
Solvejg Pedersen
Vibeke Laumann
Lise Hansen
Frank Kure
Erik Døssing
Brian Errebo-Jensen
Tina Lambrecht
Carsten Bugtrup Jensen

Studerende:
Observatør Carsten Hansen

Sekretariatsleder:
Elisabeth Haase

Hovedstadskreds (1)
Kredssekretær Bjørn Hesselbo
Tlf. 3535 2707
Telefontid:
Mandag 17 -18 og onsdag 11 - 14
hovedstadskreds@fysio.dk

Københavns amtskreds (2)
Kredssekretær Birgitte Kristensen
Tlf. 3538 7545
Telefontid:
Mandag + torsdag 10.30 - 13.00
koebenhavnsamtskreds@fysio.dk

Frederiksborg amtskreds (3)
Kredssekretær Lone Blom
Tlf.: 4825 5045
Fax: 4825 5099
Telefontid:
Tirsdag 15-17 og fredag 9-11
frederiksborgamtskreds@fysio.dk

Roskilde amtskreds (4)
Kredssekretær Vibeke Johnsen
Tlf.: 4632 3881
Fax.: 4632 3819
Telefontid:
Tirsdag og torsdag 10-12
roskildeamtskreds@fysio.dk

Vestsjællands amtskreds (5)
Kredssekretær Bodil Feilberg
Tlf.: 5850 5116
Telefontid:
Mandag 8.30-9.30 og torsdag 10 - 13
vestsjaellandsamtskreds@fysio.dk

Storstrøms amtskreds (6)
Kredssekretær Susanne de Lichtenberg
Tlf.: 5573 2273
Telefontid:
Mandag 13.15 - 15
og tirsdag 8.30-11.30
storstroemsamtskreds@fysio.dk

Bornholms amtskreds (7)
Kredssekretær Jens Borup Pedersen
Tlf.: 5649 1569
Telefontid:
Tirsdag 19 - 20 og fredag 13.45 - 15.45
bornholmsamtskreds@fysio.dk

Fyns amtskreds (8)
Kredssekretær Martin Uhd Hansen
Tlf.: 6613 2326
Fax. 6613 2345
Telefontid:
Mandag 13 - 15 og onsdag 11 - 16
fynsamtskreds@fysio.dk

Nordjyllands amtskreds (9)
Kredssekretær Lene Christoffersen
Tlf. 9818 3509
Fax: 9818 7047
Telefontid:
Tirsdag 10 - 13 og torsdag 17-18
nordjyllandsamtskreds@fysio.dk

Viborg amtskreds (10)
Kredskontoret
Tlf. + fax: 9751 4766
Telefontid:
Mandag og torsdag 12 - 14
viborgamtskreds@fysio.dk

Århus amtskreds (11)
Kredssekretær Ulla Hejbøl
Tlf.: 8618 3666, mobil: 5135 6440
Fax: 8730 0919
Telefontid:
Tirsdag 13-16 og fredag 10-13
aarhusamtskreds@fysio.dk

Ringkøbing amtskreds (12)
Kredssekretær Annette Lumby Rasmussen
Tlf. 9740 4021
Telefontid: Onsdag 13.30 - 15.30
og torsdag 13.30 - 16.30
ringkoebingamtskreds@fysio.dk

Vejle amtskreds (13)
Kredssekretær Lisbeth Madsen
Tlf. + fax: 7582 9577
Telefontid:
Mandag 12 - 13.30
og torsdag 10 - 12.30
vejleamtskreds@fysio.dk

Ribe amtskreds (14)
Kredssekretær Brian Errebo-Jensen
Tlf.: 7513 6261
Telefontid:
Mandag 12.30 - 15.00

og torsdag 19-20 på mobil 2679 2168
ribeamtskreds@fysio.dk

Sønderjyllands amtskreds (15)
Kredskontoret
Telefontid:
Onsdag 12 - 14 på 7462 3114
og torsdag 19-10 på mobil 2679 2168
soenderjyllandsamtskreds@fysio.dk

Færø-kredsen (16)
Kredssekretær Hervør Eydinsdottir
Tlf.: 00298319040
Fax: 00298315727
Telefontid:
Tirsdag 19-20 og torsdag 14-16 (lokal tid)
foroyar@fysio.dk
www.fysio.dk/ff