



Genoptræ- ningen halter

Alt for få forlader syge-
huset med en genop-
træningsplan, viser ny
undersøgelse. Side 8

Fysioterapeuten

www.fysio.dk



Knæet skal testes funktionelt

Systematisk anvendelse af
funktionelle test er grundlaget
for rehabiliteringen.

SIDE 18

Artikler

Genoptræningen halter



En ny undersøgelse viser, at kun 11 procent af patienterne med hoftefraktur bliver udstyret med en genoptræningsplan, mens kun 1 procent af KOL-patienterne bliver udstyret med skriftlig plan for genoptræningen.

8

Opvarmningsprogram forebygger knæ- og ankelskader



Knæ- og ankelskader udgør omkring halvdelen af alle akutte skader i bold-spil. Nogle af disse skader er meget alvorlige og fører til, at idrætskarrieren er slut eller i værste fald til tidlig medicinsk invaliditet.

12

Funktionelle test i daglig praksis



I artiklen gennemgås litteraturen omkring test af knæ i forbindelse med ACL-rupturer, og der gives gode råd til valg af test.

18

Behandlingen integreres i hverdagen på sygehuset



Apopleksi: I sin behandling prøver fysioterapeuten sammen med patienten at tage højde for de udfordringer og behov, patienten vil møde efter udskrivelsen.

26



På nogle af de følgende sider kan du møde kommende deltagere i Danske Fysioterapeuters Fagfestival, der finder sted i Odense 23-25. marts. De fortæller, hvad de hver især ser frem til at opleve på Fagfestivalen, der samler 1400 fysioterapeuter fra alle sektorer og alle dele af landet:

"DET VIL JEG OPLEVE PÅ FAGFESTIVALEN"

Fysioterapeut Merete Ajstrup, ortopædkirurgisk afdeling på Give Sygehus: "Det navn, der står øverst på min liste, er Shirley Sahrman. Vi ser mange skulderpatienter her i afdelingen og for at få systematiseret vores undersøgelse og behandling, arbejder vi i øjeblikket på at implementere netop hendes undersøgelses- og behandlingsprincipper. Mogens Dam vil jeg også gerne høre - igen vedrørende skulderrehabilitering. Derudover har jeg kigget på Grete Myklebust, bl.a. fordi jeg har en del ACL-patienter. Jeg hørte hende på årsmødet i Dansk Idrætsmedicinsk Selskab for nylig, og det kan være, hun kan uddybe noget af det, hun talte om dér".

Det faste

Fysnyt	4, 6
DFnyt	10
Litteratur	29
Debat	30



FORSIDE:
GEIR HAUKURSSON

Udgiver:
Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Telefon 33 41 46 20

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

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

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

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

Kontrolleret oplag 9.657
Kontrolleret af:



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

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

Redaktionspanel:
Birte Carstensen
Sine Secher Marcussen
Jørgen Jølving
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

Giv terapeuter ansvaret

Desværre hører det mere til undtagelsen end til reglen, at patienter får en genoptræningsplan, når de udskrives fra sygehuset. Det viser en ny undersøgelse "Genoptræning efter udskrivelse - udbredelse og virkning" fra Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse.

På baggrund af data fra Landspatientregisteret har et hold forskere fra Klinisk Enhed For Sygdomsforebyggelse undersøgt, hvor mange patienter med hoftefraktur og Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), der i sidste halvdel af 2004 blev udskrevet med en genoptræningsplan. Kun 11 procent af patienterne med hoftefraktur fik en optræningsplan og kun 1 procent af patienterne med KOL blev udskrevet med en plan for, hvordan genoptræningen skal foregå.

Det er ikke tilfældigt, at forskerne har valgt at se på netop disse to patientgrupper. For begge grupper gælder, at det er indiskutabelt, at patienterne i almindelighed har behov for og glæde af genoptræning. Udgangspunktet for forskerne var da også, at antallet af genoptræningsplaner netop her ville være højt. Det var desværre ikke tilfældet.

På trods af at der er en massiv videnskabelig dokumentation for genoptræningens effekt på hoftebrud, og selvom der siden 2001 har været lovgivning, der skulle sikre patienterne genoptræning, er hverken viden eller lov fuldt implementeret på de danske sygehuse. Danske Fysioterapeuter og andre organisationer har gentagne gange påpeget problemstillingen, nemlig at det ikke er selvfølgeligt at få vurderet sit genoptræningsbehov som patient på et dansk sygehus. Kommunalreformen løser ikke problemet, fordi reformen alene forholder sig til situationen, hvor der faktisk er en genoptræningsplan.

Danske Fysioterapeuter har længe været af den opfattelse, at et genoptræningsbehov bør vurderes af de personer, der i det daglige arbejder med genoptræning. Læger har generelt ikke interesse for genoptræningsindsatsen, som ligger i periferien af den lægelige kompetence. Men det er dem, der ifølge loven har ansvaret. Nu har loven fem år på bagen, og undersøgelse på undersøgelse taler sit tydelige sprog: Det nuværende system virker ikke efter hensigten.

Jeg mener, at tiden nu er kommet til at sætte dem, der har ansvaret, fra bestillingen. Lad lægerne gøre det, de er uddannet til, og lad terapeuterne tage ansvaret for genoptræningen.



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Five-times-Sit-to-Stand

Test ■ Physical Therapy publicerede i oktober 2005 et studie, hvor man har undersøgt evnen til at rejse sig hos en gruppe mennesker med balanceproblemer. Five-Times-Sit-to Stand (FTSST) blev sammenlignet med Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC) og Dynamic Gait Index (DGI). 85 mennesker uden og 93 med balanceproblemer var inkluderet i studiet. De inkluderede skulle rejse sig fem gange fra en 43 cm høj stol så hurtigt som muligt. Deres resultater fra denne test blev opgjort sammen med resultaterne fra ABC og DGI. Det viste sig, at 65 procent af dem, der havde problemer med balancen, var længere tid om at rejse sig. FTSST viste sig især brugbar til at identificere balanceproblemer hos dem under 60 år, mens ABC og DGI viste sig at være bedre end FTSST for alle de inkluderede.

Whitney SL, Wrisley DM, Marchetti GF, Gee MA, Redfern MS, Furman JM. Clinical Measurement of Sit-to-Stand Performance in People With Balance Disorders: Validity of Data for the Five-Times-Sit-to-Stand Test. Physical Ther. (85) No 10. Oktober 2005, p.1034-45.

fysnyt

Ny hjemmeside om fodlidelser

Foddoktor ■ Foddoktor.dk er en ny hjemmeside, der henvender sig til både mennesker med fodlidelser, behandlere og myndigheder. Foddoktor.dk er skabt af Fodforum, som er en arbejdsgruppe bestående

af ortopædkirurger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og idræts-trænere. Hjemmesiden gennemgår de fleste lidelser i fod og ankel med fokus på, hvad

patienterne selv kan gøre, og hvor man kan finde hjælp til forebyggelse og behandling. Målet for foddoktor.dk er at blive et videnscenter på området, og det er tanken at udbyde kurser og konferencer for fagfolk. Fodforum ønsker desuden at samarbejde med universiteter og erhvervslivet med henblik på at

inspirere til teknologisk forskning og udvikling på området.



Claudicatio intermittens

Ugeskrift ■ I Ugeskrift for Læger fra d. 2. januar 2006 bringes en artikel om claudicatio intermittens. I artiklen gøres rede for forekomst, ætiologi, risikofaktorer og behandling. I konklusionen understreges det, at gangdistancen kan øges betydeligt ved træning.

Bach Jensen M, Buchard Nørager C, Sanddal Lindholt J. Claudicatio Intermittens. Ugeskr Læger 168/1. 2. januar 2006. p. 43-46.

Pris for hofteforskning

Gigt ■ Overlæge Steffen Jacobsen fra Hvidovre Hospital har fået dronning Ingrid's Forskerpris på 100.000

kr. for sin forskning i hoftedysplasi og udvikling af artrose i hoften.

Fri adgang til lægetidsskrifter

WWW ■ Vidste du, at du frit kan læse Ugeskrift for Læger og Månedsskrift for Praktisk Lægegerning på nettet? Du kan finde såvel det sidste nummer af Ugeskriftet og et arkiv over tidligere årgange. Alle artiklerne kan enten printes ud i html eller downloades som pdf-filer. Også Månedsskriftets artikler er at finde som html-filer og i et arkiv kan du finde artikler tilbage til 2001.

Klik ind på ugeskriftet.dk og mpl.dk

Styrketræning gav ældre en social gevinst

Studie ■ Tre svenske forsknings-fysioterapeuter har undersøgt, hvad ældre synes om at styrketræne i maskiner. Otte kvinder og syv mænd mellem 63 og 87 år blev interviewet. De ældre trænede individuelt 1-3 gange om ugen og havde på interviewtidspunktet trænet i et halvt år. Det viser sig, at de ældre ikke kun havde en fysisk gevinst ved at træne. De ældre øgede deres selvværd og fik fornyet appetit på livet. De oplevede frihed og fik et bedre humør. Ud

over den psykiske gevinst oplevede de ældre, at de fik færre smerter, et fysisk overskud i hverdagen og de fik lejlighed til at lære andre ældre at kende. De svenske forskere mener, at denne viden kan bruges til at motivere de ældre til at træne og foreslår, at ældre tilbydes at benytte træningscentre udenfor "myldretiden".

Rydeskog A, Frändin K, Hansson Scherman M. Elderly people's experience of resistance training. Advances in Physiotherapy. 2005;7:162-69.

Husk at forsikre dig selv...

PKA⁺GRUPPEFORSIKRING

De fleste husker at forsikre bilen, huset og indboet, men mange glemmer at sikre sig selv – og familien.

En PKA⁺GRUPPEFORSIKRING kan bestå af op til tre forskellige dækninger: Sum ved død, invaliditet og kritisk sygdom.

PKA⁺GRUPPEFORSIKRING er attraktiv, hvis

du er under 55 år og ikke er omfattet af tilsvarende dækninger i fx pensionskassen – eller hvis du ønsker flere af slagsen.

Ring til PKA på 39 45 46 00 og hør mere om PKA⁺GRUPPEFORSIKRING – eller klik ind på www.pkaplus.dk.

Vi glæder os til at hjælpe dig.

PKA⁺
...mere pension

Tastaturet er en bakteriebombe



Patientjournal ■ Med de elektroniske patientjournaler har computere for alvor indtaget hospitalsgangene. Men nassede tastaturer og fedtede mus er en ny smittekilde, der kan sprede colibakterier og det, der er værre til patienter og personale, skriver Jyllands Posten. En podning på et tastatur i Rigshospitalets Mikrobiologiske afdeling viste flere bakterier på tastaturet end på afdelingens toiletbræt. På Rigshospitalet skal lægerne derfor fremover spritte tastaturer af mellem hver patient, og der bliver indkøbt vaskbare plastico-vertræk til tastaturerne.

Forebyggelse af besvær i led, ryg og muskler

Projekt ■ Hverdagen er blevet meget sundere for 45 pædagoger i fem institutioner i Ribe Kommune, efter at de har deltaget i et forebyggelsesprojekt gennemført af BUPL, Gigtforeningen og Ribe Kommune. Pædagogernes smerter i skuldre, nakke og ben er blevet væsentlig mindre, deres kondition og fysiske formåen er skudt i vejret, to ud af tre har tabt sig, og samtlige deltagere er blevet langt mere opmærksomme på arbejdsteknik og arbejdspladsens indretning. Smerter i led, ryg og muskler er en af topscorerne, når det gælder arbejdsskader i daginstitutionerne. Det skyldes typisk tunge løft og dårlige arbejdsstillinger. Derfor gik Ribe Kommune, Gigtforeningen og BUPL sammen om et pilotprojekt, der fra januar 2004 til juni 2005 skulle forbygge problemerne hos personalet. Målet var dels at forbedre personalets fysiske form, dels at udvikle en model for, hvordan en kommune konkret og praktisk kan forebygge belastningsskader hos personalet i kommunens daginstitutioner. Hver ansat fik lavet en personlig sundhedsprofil samt en individuel motionsvejledning. Der blev købt inventar, eksempelvis påklædningsbænke og hæve/sænkeborde, for at forbedre det ergonomiske arbejdsmiljø.

Pædagogernes fysiske aktivitet med børnene blev understøttet af indkøb af eksempelvis trampoliner, redskaber til boldspil og skridttællere. Projektet og resultaterne er nu sammenfattet i en kort, inspirerende brochure, der er sendt til alle landets kommuner. Hele rapporten om projektet og resultaterne kan rekvireres hos Gigtforeningen. Den kan også læses på www.gigtforeningen.dk/belastningsskader, www.bupl.dk eller www.ribekommune.dk.

Projekt om hypermobilitet

Forskning ■ Forskningsrådet for Sundhed og Sygdom har bevilliget 515.000 kr. til seniorforsker, fysioterapeut, ph.d. Birgit Juul-Kristensen og overlæge, dr.med. Lars Remvig mfl. fra Klinik for Medicinsk Ortopædi og Rehabilitering, Rigshospitalet. Bevillingen tildeles projektet "Hypermobilitet - diagnostik, forekomst og prædiktorer, samt

funktion (patologi), behandling og forebyggelse". Projektet er desuden blevet støttet af Britta Holles Fond, Danske Fysioterapeuters Forskningsfond, Praktiksfonden i Sygesikringens Forhandlingsudvalg og Savværksejer Jeppe Juhl og hustru Ovita Juhls Mindelegat.



"DET VIL JEG OPLEVE PÅ FAGFESTIVALEN"

Kirsten Trads, fysioterapeut i specialbørnehave: "Hele fredagen vil jeg bruge til temaet sundhedsfremme og forebyggelse. Det er ikke noget, jeg arbejder med i min hverdag i specialbørnehaven, men dels synes jeg, det er spændende, dels tror jeg, det er fremtiden, når kommunalreformen træder i kraft. Jeg håber i hvert fald, kom-

munerne vil kunne se behovet for at sætte ind med sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til børn generelt. Fredag aften skal jeg til get together party, for det sociale spiller jo også en stor rolle på fagfestivalen. Lørdag er der en hel række foredrag inden for børneområdet, som relaterer sig til mit daglige arbejde. Det

giver mig desværre et dilemma, fordi jeg også gerne ville høre oplægget "Nye forandringer hele tiden", om hvordan for eksempel kommunalreformen vil påvirke os. Og samtidig ville jeg også gerne høre Lotte Paarup fortælle om Pilates, men jeg kan jo kun være ét sted". ■

Fordelagtige forårspriser



Mød os på
Fagfestivalen 23.-25.marts
Odense Congres Center
Stand nr. 223



Elektrisk
kr. 8.900,-

3-delte behandlingslejer - begge elektriske



Elektrisk sakse konstruktion
Kr. 12.000,-



orange: ekstra blød
grøn: blød
blå: medium
Lilla: hård



0-ekstra let
1-let
2-medium
3-stærk
4-ekstra stærk



Genoptræningen halter

Det hører mere til undtagelsen end til reglen, at patienter får en genoptræningsplan, når de udskrives fra sygehuset. En ny undersøgelse viser, at kun 11 procent af patienterne med hoftenær fraktur bliver udstyret med en genoptræningsplan, mens kun 1 procent af KOL-patienterne bliver udskrevet med skriftlig plan for genoptræningen

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD

FOTO JØRGEN PLOUG

Der er langt igen før loven om genoptræningsplaner fra juni 2001 er ført ud i livet. Det viser en helt ny undersøgelse "Genoptræning efter udskrivelse - udbredelse og virkning".

På baggrund af data fra Landspatientregisteret har et hold forskere fra Klinisk Enhed For Sygdomsforebyggelse undersøgt, hvor mange patienter med hoftenær fraktur og Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL), der i sidste halvdel af 2004 blev udskrevet med en genoptræningsplan.

Det er ganske få. Kun 11 procent af patienterne med hoftenær fraktur fik ifølge Landspatientregisteret en

brugen af genoptræningsplaner til de to patientgrupper "er meget begrænset".

STORE GEOGRAFISKE FORSKELLE

Undersøgelsen viser også, at det ikke er ligegyldigt, hvor i landet man bor. Størst chance for at få en genoptræningsplan har patienter, der bliver indlagt med et hoftebrud på et sygehus i Københavns amt. Her

indgang

■ "Genoptræning efter udskrivelse – udbredelse og virkning", en spørgeskemaundersøgelse fra Klinisk Enhed For Sygdomsforebyggelse. Undersøgelsen har til formål at beskrive implementering og brug af genoptræningsplaner, at belyse barrierer og indsatsområder, der påvirker brugen af genoptræningsplaner samt at få holdninger fra patienterne om deres tilfredshed med genoptræningsplanerne. Rapporten kan downloades: www.kesf.dk

genoptræningsplan. For KOL patienterne står det endnu værre til. Kun 1 procent blev udskrevet med en plan for, hvordan genoptræningen skal foregå.

Når forskerne har valgt at kigge på de to diagnosegrupper skyldes det blandt andet, at begge "patientgrupper almindeligvis har behov for og vil have en gavnlig effekt af genoptræning efter et sygdomsforløb", som det hedder i undersøgelsen.

"Man ville således forvente, at en meget stor andel af de patienter, der blev udskrevet med en af de to diagnoser, ville være blevet tilbudt en genoptræningsplan. Men intet i tallene tyder på, at det sker," som det efterfølgende konstateres.

Samtidig gøres der dog opmærksom på, at tallene fra Landspatientregisteret skal tages med et vist forbehold, da ikke alle genoptræningsplaner bliver indrapporteret til registeret, ligesom der er patienter, som får genoptræning uden at have en plan.

Men hovedkonklusionen er dog klar. Nemlig at

ANBEFALINGER FRA RAPPORTEN

- Tydeliggøre ansvarsfordeling mellem patient, sygehuse, amt (region) og kommune.
- Udarbejde retningslinier for vurdering af patienternes behov og potentiale for genoptræning, der bygger på evidens, og hermed sikrer patienterne lige muligheder.
- Udarbejde tjeklister og redskaber til screening af patienterne for deres genoptræningsbehov og potentiale.
- Beskrive det sundhedsfaglige personales specifikke arbejdsopgaver.
- Inddrage patienternes ønsker og derved øge patienternes eget ansvar for motivation.
- Definere og sikre kommunikationsveje.
- Etablere systematisk registrering af brugen og udbyttet af genoptræningsplaner, herunder patienternes tilfredshed.
- Sikre kontinuerlig uddannelse af sundhedsfagligt personale og fremme et tværfagligt samarbejde.

Mindre end hver tiende patient med hofte­nær fraktur forlader ifølge den nye undersøgelse hospitalet med en genoptræningsplan. Arkivfoto.

fik 41 procent af patienterne en genoptræningsplan, da de blev udskrevet fra sygehuset. Værst ser det ud for fynboerne. Her fik ingen af de 800 patienter, der i slutningen af 2004 var indlagt med et hoftebrud, en genoptræningsplan.

For KOL-patienter er det stort set ligegyldigt, hvor i landet de bor. Her fik 3 af 100 indlagte i Vestsjælland og Vejle amter en genoptræningsplan, mens ingen KOL-patienter i Nordjyllands-, Ribe- og Fyns amt samt på Bornholm og i H:S-området fik en genoptræningsplan i undersøgelsesperioden.

Eller opgjort på en anden måde. Af de 6.529 danskere, der i slutningen af 2004 var indlagt med en hofte­nær fraktur, fik 722 en genoptræningsplan. Og af de 15.539, der i samme periode var registreret i Landspatientregisteret med KOL, blev 148 udstyret med en genoptræningsplan.

Det skal sættes i forhold til, at den videnskabelige erfaring viser, at der er store økonomiske fordele og god effekt i at genoptræne de to patientgrupper. Der er eksempelvis international enighed om, at genoptræning er en vigtig bestanddel af behandlingen af KOL-patienter.

"Træning bryder den onde cirkel med stillesiddende livsform og social isolation forårsaget af åndenød. Forskning viser, at de gavnlige effekter omfatter højere anstrengelsestolerance, bedring af åndenød og livskvalitet, færre sengeliggende dage, reduceret behov for ilttilskud," som det bl.a. påpeges i undersøgelsen.

BORGERNES STILLES IKKE LIGE

Det er ikke blot praksis på de enkelte sygehuse og i amterne, der er meget forskellig. Når borgeren bliver udskrevet fra sygehuset og vender hjem til sit hus eller lejlighed, er det ikke ligegyldigt, hvor matriklen ligger. ►



Repræsentantskabsmøde 2006

Dato ■ Danske Fysioterapeuters repræsentantskabsmøde afholdes fredag den 24. november og lørdag den 25. november 2006 i Odense. Alle medlemmer er velkomne til at overvære repræsentantskabsmøderne. Enhver repræsentant

kan indsende forslag til ændring af love og vedtægter samt forslag til beslutning og diskussion på repræsentantskabsmødet. Forslag skal være modtaget i sekretariatet senest mandag den 9. oktober 2006.

Valg til repræsentantskabet

Region ■ Sekretariatet har opdateret medlemsregistret således at alle medlemmer har et tilhørsforhold til en region ud fra den nye regionsstruktur. Det er først og fremmest arbejdsstedets placering, som er bestemmende for, i hvilken region du skal stemme. Hvis du ikke er registreret med et arbejdssted, vil

du skulle stemme i den region, hvor du har din bopælsadresse. Hvis du har modtaget en forkert stemmeseddel, bedes du hurtigst muligt kontakte Helle Iversen på telefon 3341 4628, og du vil modtage en ny stemmeseddel, mod returnering af den forkerte stemmeseddel.

► fortsat fra foregående side.

Mens nogle kommuner har mange genoptræningstilbud og -faciliteter til borgerne, har andre kommuner ingen, eller også bliver borgerne ikke henvist til de tilbud, der er.

Mens nogle amter har indgået sundhedsaftaler med samtlige kommuner, har andre amter ingen eller få aftaler med kommunerne om, hvordan genoptræningsindsatsen skal være. Eksempelvis har Nordjyllands amt har lavet sundhedsaftaler med 13 af amtets kommuner, mens Sønderjyllands amt kun har formaliserede aftaler med ganske få kommuner.

"Forskellene er så store, at man må frygte, at den enkelte borger ikke stilles lige i mulighederne for at få genoptræning. Både tilbudene til patienter og samarbejdet mellem amter og kommuner er væsentlig forskellige", konkluderes det i undersøgelsen.

Så er det for øvrigt kendetegnende ved langt de fleste kommuner, at de ikke laver systematiske test og evalueringer af den genoptræning, de tilbyder borgerne. Det betyder, at tre ud af fire kommuner ikke kender effekten af deres tilbud.

Apropos kommunerne, kommer de til at spille en langt større rolle, når hovedansvaret for genoptræningen 1. januar 2007 bliver overladt til kommunerne. Som det afslutningsvis hedder i rapporten: "Det er vores håb, at det bliver muligt at inddrage denne rapportes resultater og anbefalinger i dette arbejde; specielt med tanke på udviklingen af de kommende sundhedsaftaler". ■

Se desuden lederen side 3.



"DET VIL JEG OPLEVE PÅ FAGFESTIVALEN"

Fysioterapeutstuderende Jeanette Pedersen: "Vi skal snart i gang med vores bachelorprojekt, og jeg vil derfor især koncentrere mig om temaet sundhedsfremme og forebyggelse, hvor jeg forventer at finde inspiration til projektet. Men jeg glæder mig også til Birthe Bondes foredrag om bækkenet. På skolen har vi hørt Birthe Bondes

navn mange gange, så bare det at møde hende bliver spændende. Jeg ser også frem til at høre Robert Lardner tale om træning, ham har jeg fået varmt anbefalet af bekendte. Susanne Petersen-Testrups foredrag om kompetenceudvikling står også på min liste. Jeg synes, det er vigtigt at finde ud af, hvilken rolle vi kommer til

at spille, ikke mindst efter kommunalreformen. Og så tror jeg, Tom Arild Torstensens foredrag om klassificering kan give et godt overblik, når man er ny. Endelig vil jeg gerne høre noget inden for temaet arbejdsmiljø, særligt det psykiske. I forbindelse med min praktik har jeg set, hvordan det er, når det ikke fungerer". ■

Super udstyr til lavpris

Nyt behandlingsleje eller ultralydsapparat i 2006?

Så bestil inden 1. april og gør et godt køb
- der er mange penge at spare

Follo Corpus U
3-delt behandlingsleje,
hydraulisk eller elektrisk
efter eget ønske
Før kr. 14.950,-
Nu kr. 11.960,-

**SPAR OP
TIL 30%**



Alle priser er ekskl. moms

Sonopuls 490
Ultralydsapparat
fra Enraf-Nonius
Før kr. 17.630,-
Nu kr. 12.300,-



Sonopuls 491
Ultralyd samt
kombinationsterapi
fra Enraf-Nonius
Før kr. 24.345,-
Nu kr. 18.850,-



Sonopuls 190
Ultralydsapparat
fra Enraf-Nonius
Før kr. 11.550,-
Nu kr. 8.500,-

Læs mere om produkterne på www.kebocare.dk

Kontakt din lokale konsulent for yderligere information og bestilling:

Sjælland/Bornholm
Helle Balsby-Christensen
Tlf. 40 57 43 77
heba@kebocare.dk

Nord/Midtylland
Thomas Olsen
Tlf. 40 57 43 71
thol@kebocare.dk

Fyn/Syddjylland
Bent Balsby
Tlf. 30 55 17 70
bbalsby@stofanet.dk



KEBO CARE

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

Opvarmningsprogram forebygger

Knæ- og ankelskader udgør omkring halvdelen af alle akutte skader i bold-spil. Nogle af disse skader er meget alvorlige og fører til at idrætskarrieren er slut eller i værste fald til tidlig medicinsk invaliditet.

AF ODD-EGIL OLSEN, FYSIOTERAPEUT, CAND. SCIENT.,
SENTER FOR IDRÆTTSSKADEFORSKNING, NORGES IDRÆTTSHØGSKOLE

Skandinaviske studier har vist, at idrætsskader udgør 10-19 procent af alle akutte skader, som registreres ved vagtlæge eller sygehus, og de mest almindelige er knæ- og ankelskader (1). De fleste skader sker i fodbold, håndbold, basketball, forskellige skidiscipliner og gymnastik. Inden for disse idrætsgrene er alvorlige knæskader, som forreste korsbåndsskader, et stigende problem. Højeste forekomst finder man blandt unge, som deltager i boldspil med finter og landinger, som håndbold, fodbold, volleyball og basketball. I disse idrætsgrene har kvinder 3-5 gange øget risiko for at pådrage sig sådanne skader sammenlignet med mænd (2-4).

Forreste korsbåndsskade medfører operation i omkring halvdelen af tilfældene, altid lang rehabiliteringsperiode og drastisk stigning i risikoen for konsekvenser på længere sigt (5).

Selvom behandlingsmetoderne giver betydeligt bedre resultater i dag end for nogle år tilbage, så findes der ingen dokumentation, som viser, at operation af forreste korsbåndsrup eller isolerede bruskskader forebygger tidlig udvikling af artrose (5). Der er derfor nødvendigt at udvikle effektive træningsprogrammer for at forebygge idrætsskader.

Nogle undersøgelser tyder på, at knæ- og ankelskader hos voksne (6-8) og unge (9-12) kan forebygges, men disse undersøgelser er små (få deltagere/skader), ikke randomiserede og har utallige metodiske svagheder. På baggrund af dette, samt den høje forekomst af skader i juniorhåndbold (9,13,14), specielt knæ- og ankelskader, har Senter for idrettsskade forskning i samarbejde med Norges Håndballforbund gennemført projektet "Bedre håndball - og uden skader!"

I denne artikel præsenteres øvelserne og hovedresultaterne fra det randomiserede og kontrollerede

studie, som for nylig blev publiceret i British Medical Journal (Olsen et al, (1)), hvor effekten af et struktureret opvarmningsprogram blev afprøvet på unge idrætsudøvere.

OM PROJEKTET

Projektet "Bedre håndball – og uden skader!" har haft som målsætning at udvikle et opvarmningsprogram med henblik på at forbedre præstation og forebygge knæ- og ankelskader hos håndboldspillere på juniorniveau. Programmet er udviklet i et tæt samarbejde mellem trænere, spillere, Norges Håndballforbund og sundhedspersonale samt erfaringer fra tidligere forebyggelsesundersøgelser inden for håndbold (8,9) og andre boldspil (6,7,12). Information fra videoanalyser af skadesituationer er blevet benyttet for at finde frem til de mest almindelige skadesmekanismer inden for alvorlige knæskader som forreste korsbåndsskader (15,16). For at forebygge disse skader i håndbold og andre boldspil bør spillerne undgå at lade knæene falde ind i en kalveknæet stilling ("kissing knees") i fintebevægelser og ved landinger, de bør derfor træne at få "knæ over tæer".

Projektet blev gennemført i sæsonen 2002/2003 med 1837 drenge- og pigespillere i 16-17 års-alderen. Halvdelen af deltagerne (61 klubber, 958 spillere) blev bedt om at følge et 15-20 minutters opvarmningsprogram med håndboldrelevante øvelser, med og uden bold, og vægt på teknik, styrke og balance som en del af opvarmningen.

Instruktører fra Norges Håndballforbund besøgte klubberne én gang ved sæsonstart, hvor de gennemgik øvelserne. Så besøgte de igen klubberne midtvejs i sæsonen. De andre deltagere (59 klubber, 879 spillere) udførte deres sædvanlige håndboldtræning.

Alle skader, der opstod under træning eller kamp, blev registeret af ti fysioterapeuter, som var blindet for, hvilken gruppe de skadede spillere tilhørte. Gennem sæsonen havde de jævnligt kontakt med klubbernes

indgang

■ Senter for idrettsskade forskning har i samarbejde med Norges Håndballforbund udviklet et struktureret opvarmningsprogram med henblik på at forebygge knæ- og ankelskader i håndbold. En nylig publiceret undersøgelse i British Medical Journal viser, at opvarmningsprogrammet kan halvere antallet skader hos idrætsaktive unge.

knæ- og ankelskader

trænere/kontaktpersoner og indhentede oplysninger om trænings- og kampaktiviteter og skader. Informationer fra skadede spillere var personlige data, skadesoplysninger og skadesmekanisme. Desuden blev der lavet en compliance-registrering for at evaluere opfølgningen af interventionen.

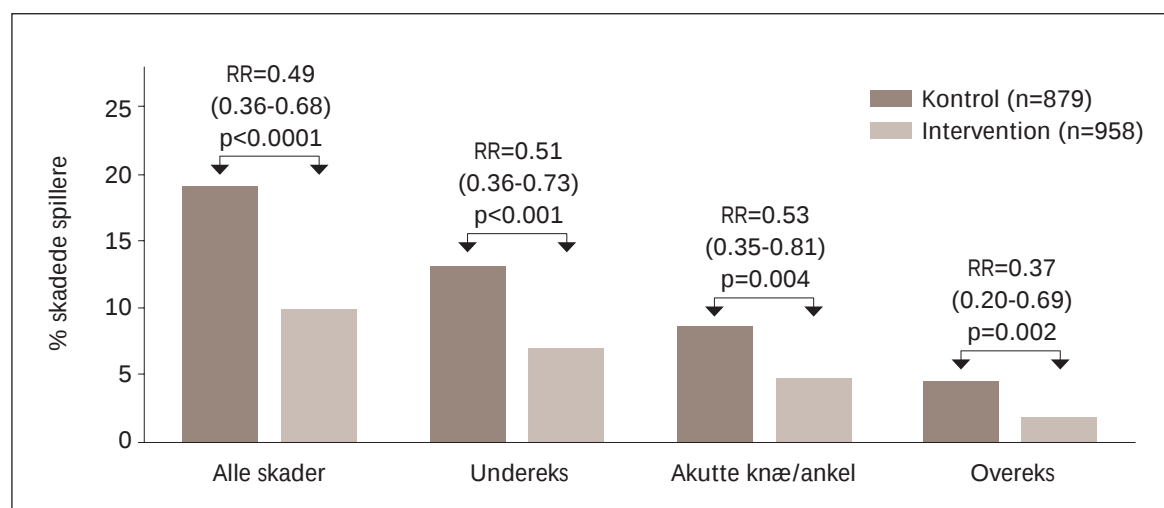
RESULTATER

Spillerne i de to gruppe var ens med hensyn til kønsfordeling, alder og frafaldsprocent. Alle, undtagen otte (13 procent) af interventionsklubberne brugte programmet gennem hele sæsonen. Desuden brugte 13 (22 procent) af kontrolklubberne forebyggende øvelser (inklusiv træning på balancebræt/-pude) i deres træning.

I løbet af de otte måneder fik 262 udøvere (14 procent) tilsammen 298 skader. Af disse var 81 procent

akutte skader, mens 19 procent var overbelastnings-skader. De fleste var ankelskader (26 procent), derefter fulgte knæ (23 procent) og fingre (11 procent).

Incidensen af akutte knæ- og ankelskader var 0,9 skader pr. 1000 spilletimer i kontrolgruppen (træning: 0,3 skader pr. 1000 spilletimer. Kamp: 5,3 skader pr. 1000 spilletimer), mens den var 0,5 pr. 1000 spilletimer i interventionsgruppen (træning: 0,2 skader på 1000 spilletimer. Kamp: 2,5 pr. 1000 spilletimer). Der var signifikant færre skader i interventionsgruppen (tabel 1). I denne gruppe fik 46 udøvere (4,6 procent) en akut knæ- eller ankelskade, mens tallet var 76 (8,6 procent) i kontrolgruppen. Tilsvarende tal for alle skader var 95 (9,9 procent) mod 167 (19 procent). For alvorlige skader blev der påvist en signifikant reduktion på 50–80 procent.



Tabel 1. Intention-to-treat analyse. Antal og procent skadede spillere, og relativ risiko (RR) med 95 procent konfidensinterval i kontrolgruppen og interventionsgruppen.

DISKUSSION

Undersøgelsen er det første randomiserede og kontrollerede studie af unge boldspillere med et tilstrækkeligt antal inkluderede. Studiet viser, at akutte knæ- og ankelskader kan reduceres med 50 procent, og at alvorlige skader kan reduceres yderligere. Forebyggende træning bør derfor inkluderes som en naturlig del af træningen af yngre idrætsudøvere.

Studiet har også en betydelig højere compliance (87 procent) end den, som et tidligere ikke-randomiseret studie blandt kvindelige norske håndboldspillere havde. Her var der 29 procent compliance (8). Dette tyder på, at det er lettere at implementere forebyggelse hos yngre idrætsudøvere.

Der er også grund til at antage, at programmet kan modificeres og bruges i andre idrætsgrene som fodbold, basketball og volleyball, især på yngre spillere. Disse idrætsgrene har en høj skadesforekomst på knæ og ankler, og skadesmekanismen er også lignende (de fleste skader sker ved retningsændringer og landinger). Forebyggende træning med fokus på teknik (retningskift og landinger) og balancetræning (på balancebræt, -pude eller lignende udstyr) bør derfor inkluderes som en naturlig del af idrætstræning fra 10-12 års alderen.

KONKLUSION

Et struktureret opvarmningsprogram udviklet med henblik på at øge knæ- og ankelkontrol ved retningskift og landinger reducerer skader i underekstremiteterne i junior håndbold. Forebyggende træning bør derfor implementeres som en naturlig del af træningen af yngre udøvere i håndbold, såvel som fodbold, basketball og volleyball.

1. Olsen et al. Exercises to prevent lower limb injuries in youth sports: cluster randomised controlled trial. Publiceret i BMJ 2005; 330: 449-452.
<http://bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.38330.632801.8F>

IDRÆTSSKADER

17 procent af alle personskader, der er i kontakt med norske sygehuse og lægevagter stammer fra idrætten.

Hvert år pådrager omkring 4000 personer i Norge sig forreste korsbåndsskader, hvoraf halvdelen må opereres.

Boldspillere fra fodbold og håndbold er mest udsatte.

Piger er 3-5 gange mere udsatte end drenge.

Knæ- og ankelskader er de mest almindelige skadestyper i håndbold og fører ofte til langvarig fravær fra kamp og træning.

For at forebygge knæ- og ankelskader bør træningen starte med et opvarmningsprogram med vægt på teknik, balance og styrke.

Originalartiklen og programmet kan også findes på: www.klokeavskade.no

Artiklen er tidligere publiceret på norsk i Norsk Sportsmedicin nr. 1, 2005, og Dansk Sportsmedicin nr. 2, 2005 (oversat af Svend B. Carstensen.)

REFERENCER

Referencer til artiklen "Opvarmningsprogram forebygger knæ- og ankelskader" af Odd-Egil Olsen kan downloades fra fysio.dk/artikelbilag ■

blå bog

Odd-Egil Olsen er fysioterapeut og cand. scient., specialist i rehabilitering, redaktør af tidsskriftet Norsk Idrettsmedisin. Han har et stipendiat på Senter for idrettsskadeforskning ved Norges idrettshøgskole, hvor hans forskningsaktiviteter primært er rettet mod forebyggelse af idrætsskader.

Opvarmningsprogram



Eksempler på balanceøvelser. A. Et-bensøvelse på balancepude. To-bens knæbøjning på vippebræt. C. Kampøvelse parvis på balancepuder.

Opvarmningsprogrammet er udviklet for at forbedre præstation og forebygge skader hos yngre håndboldspillere. Formålet med øvelserne er at bedre teknik, balance, styrke og spændstighed.

Rigtig teknik i udførelsen er vigtig for at få et godt udbytte. Trænerens opgave er derfor at få spillerne til at koncentrere sig hele tiden og udføre øvelserne rigtigt.

Programmet bør gennemføres som opvarmning før hver træning i forberedelsesperioden, indtil spillerne har gennemført 15 træningspas, og derefter én gang pr. uge igennem resten af sæsonen. Nogle af øvelserne kan udføres før kamp (balanceøvelserne kun før træning). Programmet tager 15-20 min. at gennemføre.

OPVARMNING

Forbereder spillerne til håndboldaktivitet gennem gradvis opvarmning af muskulaturen. Lærer spillerne rigtig løbeteknik, hvor hofte-knæ-ankel skal være på en ret linje. Fokus på "knæ over tæer". Samlet varighed 4-5 min.

TEKNIK

Lærer spillerne rigtig finte- og landingsteknik for at opnå en "optimal" fintebevægelse, tobens-landing og faldteknik. Bedre kontrol og bevidsthed omkring knæ- og ankelfunktion/position. Der vælges én finte-

eller landingsøvelse til hver træning. Samlet varighed 4-5 min.

BALANCE

Giver bedre kontrol og bevidsthed omkring knæ- og ankelposition.

FOKUS PÅ

- "Knæ over tæer".
- Bøj i knæ og hofte, sænk tyngdepunktet.
- Stabilitet over hofte – specielt vigtig ved øvelser på ét ben.

Der vælges én øvelse til hver træning, og øvelsen laves på balancebræt eller -pude (foto 1). Hver øvelse skal mindst udføres i forbindelse med tre træningspas, før man går videre til næste øvelse. Start med øvelse A og gå videre til B, C osv. Variér efterhånden øvelserne. Varighed 4-5 min.

STYRKE OG SPÆNDSTIGHED

Øger styrke, spændstighed og forbedrer knæ- og ankelposition. Øvelserne er inddelt i to grupper: Øvelser der styrker forsiden af låret og forbedrer stillingsansen. Øvelse der styrker bagsiden af låret: "Nordic hamstrings", figur 2.

Bagsideøvelsen udføres i forbindelse med hver træning, desuden vælges én øvelse til forsiden. ►

Eksempel på en styrkeøvelse (Nordic hamstrings). A. Startposition; en makker fikserer ved at holde rundt om anklerne. B. Spillerne læner sig langsomt frem i en jævn bevægelse. Ryg og hofter holdes strakte og der holdes igen med musklerne på lårets bagside. Tag imod med armene og skub fra igen.



OPVARMNINGSPROGRAMMET

Opvarmning

(Løbevariationer à 30 sekunders varighed)

Løb fremad

Løb baglæns med sideforskydninger

Løb med knæløft og hælspark

Sidelæns løb med kryds

Sidelæns løb med løftede arme (parader)

Løb med stem

Løb med rotationer

Stigningsløb

Teknik

(Vælg én øvelse, der arbejdes med i 4 minutter)

Finte

Landing

Balance

(På balancebræt eller -pude. Vælg én øvelse, der arbejdes med i 4 minutter).

Aflevering (stående på begge ben)

Knæbøjninger (begge ben / et ben)

Aflevering (et ben)

Studsafleveringer med lukkede øjne (et ben)

"Balance-kamp", bringe hinanden ud af balance (begge ben / et ben)

Styrke og spændstighed

(Væl én øvelse til forsiden og én til bagsiden, 3x10 repetitioner).

Quadricepsøvelser: Knæbøjninger til 80 grader knæfleksion.

Løbespring ("Sprunglauf").

Hop fremad med bold mellem benene.

Lodrette hop med to-benslanding.

Hasemusklér: "Nordic Hamstrings"

Hver del af programmet varer 4-5 minutter, i alt ca. 20 minutter.

Her kan du finde mere om knæskader

Idrætssklinikken på Århus Sygehus

Du finder idrætssklinikken ved at klikke ind på sundhed.dk, derefter Århus sygehus – afdelinger – ortopædisk kirurgisk afdeling E – idrætssklinikken. På idrætssklinikken's hjemmeside er der blandt andet følgende punkter:

Under "For fagfolk" finder du kliniske vejledninger til en række knæskader.

Under "Uddannelse" er der video-baserede introduktioner til undersøgelse af knæleddet. Den indeholder en gennemgang af de mest almindelige undersøgelsesteknikker. Her er der mulighed for en repetition.

Under "Information til patienter" finder du pædagogisk og let forståelig information om knæets anatomi og de mest almindelige knæskader.

Fagforum for Idrætsfysioterapi/ Dansk Håndbold Forbund

Knokl for dit knæ (<http://www.dhf.dk/composite-528.htm>) giver både information og konkrete øvelser til forebyggelse af knæskader inden for idrætten.

Gigtforeningen

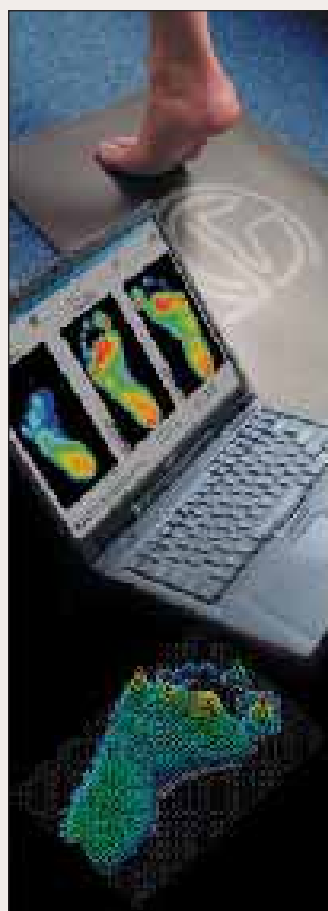
På www.gigtforeningen.dk finder du "videoøvelser" med en række lette knæøvelser beregnet for gigtpatienter.

Dansk Selskab for Artroskopisk kirurgi og sportstraumatologi

På www.saks.nu ligger der et omfattende referenceprogram for ledbåndsskader i knæleddet. Desuden kan du her finde en lang række links til internationale sider.

Krop & Fysik

"Akutte knæskader" hedder en af de pjecer som Krop og Fysik udgiver. Pjecen henvender sig til patienter og andre interesserede.



TOG GaitScan

Produktion af funktionelle indlæg

Et **skridt** i den rigtige retning for **din** klinik



1000'vis af **smertefrie** skridt for dine **patienter**

Besøg os på Fagfestival stand nr. 221, den 23.-25. marts.

Kommende kurser: Århus d. 22. april og København d. 23. april

Ønskes nærmere oplysninger, kontakt venligst
Jesper Kousted: 2815 5050 / Susanne Nygaard 2089 3519

Funktionelle test i daglig praksis

I artiklen gennemgås litteraturen omkring test af knæ i forbindelse med ACL-rupturer, og der gives gode råd til valg af test

AF JOHN VERNER, SPECIALIST I MUSKULOSKELETAL
FYSIOTERAPI, PARKENS FYSIOTERAPI
FOTO GEIR HAUURSSON

Denne artikel har tre hovedafsnit. For det første beskrives de overordnede overvejelser, vi bør gøre os i forbindelse med testning af knæpatienter, herunder bringes en kort sammenfatning af viden fra litteraturen. I det efterfølgende gives en mere indgående gennemgang af litteraturen og til sidst beskrives, hvordan den eksisterende viden konkret har udmøntet sig i min praksis, herunder en gennemgang af mit testbatteri

indgang

■ Fysioterapeut og specialist John Verner giver på baggrund af en litteraturgennemgang sit bud på test af knæpatienter.

Kontaktadresse:
john.verner@parkensfysioterapi.dk

BEGRUNDELSER FOR VALG AF TEST

Hvordan skal knætest sammensættes i den daglige praksis, når målet med rehabiliteringen er at genetablere såvel daglig funktion som deltagelse i idræt? Er det muligt at vurdere dette alene ud fra test?

Med hensyn til idrætten har Dansk Selskab for Artroskopisk Kirurgi og Sportstraumatologi, SAKS, i 2005 formuleret tre parametre i et referenceprogram (se hele referenceprogrammet på www.saks.nu) for ledbåndsskader i knæet:

- Knæet skal være stabilt.
- Muskelstyrken skal være den nødvendige for den aktivitet, som skal genoptages.
- At knæet er reaktionsløst, også efter aktivitet.

Knæstabiliteten kan dels testes manuelt og dels ved hjælp af simple redskaber. De manuelle teknikker er Lachmanns test, pivot-shift test, varus-/valgusstress, skuffetest og 90 graders skuffetest. Objektive mål for nogle af testene kan opnås ved at anvende måleredskaber som et Rolio-meter eller en KT-1000, som måler anterior/posterior løshed.

Muskelstyrken er vanskeligere at vurdere, fordi styrken må testes i forhold til de aktiviteter, som skal genoptages. Mere herom senere i artiklen.

Den sidste parameter, at knæet er reaktionsløst, dvs. ingen smerter eller hævelse efter aktivitet, kan testes ved hjælp af en Visuel Analog Skala for at evaluere smerten, samt et subjektivt scoresystem, for eksempel

i en KOOS- eller IKDC-score. Disse scoresystemer gør det muligt at vurdere patienten i aktivitet (se boks side 28 og 31).

I SAKS's referenceprogram konkluderes det, at der savnes dokumentation for, hvornår man kan vende tilbage til fysisk aktivitet/idræt. Der henvises til D. Shelbourne, der anbefaler, at man vender tilbage til let sport, når den skadede ekstremitet har genvundet styrke svarende til 70 procent af den raske ekstremitet.

Men giver disse test af patienten overhovedet nok information om den fremtidige funktion i et aktivt idrætsliv? Og er enkelte funktionelle test nok til at vide, om patienten efter for eksempel en ACL-rekonstruktion er parat til at genoptage for eksempel elitefodbold?

SAMMENFATNING AF LITTERATUREN

Flere studier viser, at der efter ACL-rupturer er forandringer i muskelkoordination, i muskelstyrke og i ledkinematik. Dysfunktionerne kan måles mange måneder efter skade eller operation. Disse forandringer kommer til udtryk i simple dagligdagsfunktioner.

Litteraturen om emnet viser, at de kliniske test ikke nødvendigvis har sammenhæng med ACL-patienters outcome score i aktivitetstest. De kliniske test afslører heller ikke vedvarende neuromuskulære forandringer, hvilket funktionstest i højere grad gør.

Horisontale hop-test har bedre test-retest parametre end vertikale hop-test. Testenes evne til at afsløre deficit øges, hvis der anvendes et batteri af test på aktivitetsniveau. Anvendelse af en udtrætningsprotokol øger sensitiviteten i one-leg hop testen (se beskrivelse af test på side 32).

Hvis målet er at genskabe normal muskelkraft, er rehabiliteringen meget lang, formentlig mere end 12 måneder. Selv efter et år er der påvist reduceret kraft i flere undersøgte muskelsynergier. Det ser ud til, at der skal rettes større opmærksomhed på lårets adduktorer og abduktorer, idet disse muskelgrupper ved test viser kraftnedsættelse mange måneder efter operation.

Senest har fysioterapeut Grethe Myklebust og ►

*Fysioterapeut John Verner ind-
øver sammen med patienten
et bens knæ- og hofteeksten-
sion med trunkusstabilisering
i en Pilates Reformer.*



- professor Roald Bahr stillet spørgsmål ved, om det overhovedet er et realistisk mål at genoptage idrætsudøvelse efter en ACL-skade. Deres gennemgang af litteraturen viser, at risikoen for at udvikle artrose efter korsbåndsskader er meget stor.

Sammenfattende ser det ud til, at det ikke er nok at teste ACL-patienter klinisk. Vi bør anvende et batteri af funktionelle test, og det kan være en fordel at udtrætte patienten efter en fastlagt udtrætningsprotokol.

HVAD SIGER FORSKNINGEN?

One-leg hop-testen

IKDC-scoren anvender en enkelt test til vurdering af patientens funktionsniveau, one-leg hop testen. Testen er undersøgt og fundet valid, reproducerbar og sensitiv overfor forandringer over tid. Der er fundet sammenhæng imellem hop-testens outcome, låratrofi og instabilitet. *Risberg disputats Oslo 1999.*

Neuromuskulær adaptation

Mange undersøgelser på idrætsudøvere med ACL-skader har vist, at der sker en neuromuskulær adaptation i det skadede ben. Men der er også undersøgelser, der viser, at det raske ben viser tegn på ændringer i muskelrekruttering i for eksempel step-up, almindelig gang, squatting sidelæns og almindelig squatting. *St-Onge Knee Surg, Sports Traumatol (12) 2004.*

Dysfunktion efter et år

M. quadriceps femoris dysfunktion er almindelig i form af svaghed, ændret muskelaktivitet og koordi-

LINKS TIL SCORESYSTEMER:

IKDC: www.aclsyudygroup.com og www.sportsmed.org/research/ikdc.asp

nationsdeficit. Hos patienter uden korsbånd er der fundet ændringer i det neurale fyringsmønster af både for- og bagsidemuskulaturen, og de samme patienter viser ændringer i ledkinematikken i form af nedsat bevægelsesudslag og "afstivning" af leddet i testsituationer, der involvere spring og landinger. Dette gælder også, når patienterne testes mere end et år efter rekonstruktionen. *Pfeifer Scand. J. of Med. & Sci. in Sport 1999.*

Der er også fundet ændringer i agonist/antagonist forhold, forstået således, at ACL-patienter har vanskeligt ved at slukke for m. quadriceps under fleksionsbevægelser. *Williams Med. Sci. Sports Exerc. 36 (7) 2004.*

Hos ACL-rekonstruerede patienter med m. semitendinosus og m. gracilis graft har man fundet både fleksions- og ekstensionssvagheder, foruden svaghed ved tibial indadrotation. Hiemstra testede mere end et år efter rekonstruktion med m. semitendinosus og m. gracilis graft, og fandt stor og signifikant svaghed i adduktor musklerne hos den gruppe, der havde fået en rekonstruktion i forhold til kontrolgruppen ved isometrisk test i 15 og 30 graders adduktion. *Hiemstra Clin. J. Sports Med. vol.15 (3) 2005.*



"DET VIL JEG OPLEVE PÅ FAGFESTIVALEN"

Praktiserende fysioterapeut Annette Broundal: "Først og fremmest vil jeg gerne opleve den gode stemning og samvær med kolleger, som jeg oplevede sidst. Det er simpelthen fantastisk at være så mange fysioterapeuter samlet på ét sted. VIP'erne er ikke til at komme uden om: Jeg skal høre Shirley Sahrman og Philip

van der Wees, men vores egen Flemming Enoch er også altid værd at høre. Jeg vil koncentrere mig om professionsudvikling, clinical guidelines og klassificering, men synes også søjlen vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse ser spændende ud. Man kan blive helt svimmel af at se på programmet. Jeg prøver at se

lidt bort fra den slags, jeg plejer at tage på kurser i. Sidste gang havde jeg meget glæde af at høre oplæggene fra nogle af dem, der ikke var fysioterapeuter, for eksempel Tor Nørretranders, for at høre hvad folk udefra har at sige til os, men det er der ikke så meget af i år. ■

Gang og trappegang

Mittlmeier har som den første undersøgt gangmønstre hos patienter med ACL-rekonstruktion ved at registrere det dynamiske plantartryk på kraftplatform både ved almindelig gang og ved gang nedad trappe. Patienterne blev testet præoperativt, samt 6, 12 og 24 uger efter rekonstruktion. Gang nedad trappe 12 uger postoperativt afslørede tydeligere funktionsdeficit end almindelig gang. Den målte funktionsdeficit korrelerede stærkt til isokinetisk test af ekstension over knæet ved vinkelhastighed på 60 grader/sek. *Mittlmeier Clinical Biomechanics vol.14 (8) 1999.*

Korrelation mellem test og subjektiv oplevelse

Sernert har undersøgt sammenhænge imellem subjektive, objektive og funktionelle test efter ACL-rekonstruktion med bone-patella-bone graft hos 527 patienter. Han fandt, at ingen test for løshed korrelerede med resultaterne fra funktionstest eller med patienternes subjektive score. *Sernert Knee Surg, Sports Traumatol. Arthrosc. (7)1999.*

Symmetri-indeks

Maulder var interesseret i, hvilke test der var de bedste prognostiske og diagnostiske redskaber i klinikken. 18 personer uden knæproblemer rekrutteret fra forskellige idrætsgrene blev undersøgt. Validitet, reliabilitet, symmetri-indeks og baseline-test for sammenligning blev undersøgt. De undersøgte spring var: vertikal squat jump, vertikal countermovement jump, vertikal cyklisk jump, horisontal squat jump, horisontal countermovement jump og horisontalt one-leg triple hop. Desuden blev forsøgspersonerne testet i sprint over 20 meter.

Symmetri-indeks blev bestemt efter formlen: ikke-dominante ben over dominante ben x 100.

Den største variation i test-retest blev fundet i de vertikale hoptest. Der var mindre variation ved test af det dominante ben i forhold til det ikke-dominante. Maulder fandt, at horisontale hop havde større korrelation til sprint end vertikale hop. Af alle testene havde one-leg triple hop størst korrelation til sprint. *Maulder Physical Therapy in Sports (6) 2005.*

Petsching undersøgte relationerne imellem isokinetisk quadriceps styrke og springtest efter rekonstruktion af ACL med 1/3 af patellasenen. ACL-patienterne blev matchet med en kontrolgruppe af unge raske, der aldrig havde knæproblemer, og som ikke styrketrænede regelmæssigt.

Symmetri-indeks blev beregnet efter gennemsnitsværdierne for det opererede ben over det raske

bens gennemsnitsværdier x 100. Symmetri-indeks på mindre end 85 procent for vandrette spring og mindre end 90 procent for lodrette spring blev betragtet som utilstrækkelige. *Petsching* konkluderer, at det raske ben underordnet dominansforhold kunne tjene som reference ved springtest. Alle i kontrolgruppen havde symmetri-indeks svarende til 90 procent eller bedre. Alle patienter havde utilstrækkelig symmetri-indeks ved en 13 ugers test, og det gjaldt stadig 64 procent efter et år.

Et-bens vertikale springtest blev vurderet til at være sensitive nok til at afsløre funktionelle begrænsninger efter ACL-rekonstruktion selv efter testning mere end 1 år post operativt. *Petsching JOPST vol.28 (1) 1998.*

Lower Limb symmetri-indeks, LLS

Itoh ønskede at finde de mest sensitive test til patienter med ACL-insufficiens. Han undersøgte 50 kroniske ACL-patienter. Patientgruppen blev matchet med 60 kontrolpersoner uden knæproblemer. Alle patienter blev undersøgt mere end tre måneder efter ACL-traumet, gennemsnitsintervallen efter skaden var 38 måneder.

Ingen havde smerter eller hævelser i leddet på testtidspunktet. Alle patienter havde positiv Lachmann og pivot shift test. Alle blev testet med KT-1000.

Itoh testede 8-tals hop på et ben (tid), side-to-side hop (10 repetitioner på tid), up-and-own hop test (10 repetitioner på tid), one-leg hop test (afstand). Der blev bestemt normalværdier for alle testene i kontrolgruppen i forhold til køn, dominant og ikke-dominant ben.

Itoh gør op med det meget anvendte symmetri-indeks, non-dominante ben over dominante ben x 100. I de fleste rapporter afgøres dominansforholdet efter, hvilket ben patienten vil sparke til en bold med, men *Itoh* observerede, at i kontrol gruppen på 60 personer anvendte halvdelen forskelligt ben til spark og til afsæt. Undersøgelsen viste ingen signifikant højre/venstre forskel i kontrolgruppen. Sammenlignede man højre-venstre-forskelle hos kontrolgruppen og hos ACL-patienter, var der signifikant forskel i alle test. Derfor valgte *Itoh* en metode, hvor han beregnede den absolutte højre-venstre-forskel i hver test. Den normale spredning for værdier i Lower Limb Symmetri-indekset (LLS-indeks) blev bestemt ved gennemsnittet af værdierne hos kontrolgruppen ± 2 SD (standardafvigelse).

2–5 procent af kontrolgruppen havde unormale LLS-indeks. Mens 68 procent af ACL-patienterne havde unormal LLS i 8-tals hop testen, 58 procent i up-and-down hop testen, 44 procent i side-to-side hop testen og 42 procent i one-leg hop testen. 22 procent af patienter havde unormale indeks i alle test, 18 procent havde normale LLS i alle test. Sensitiviteten ►

- ▶ var 82 procent, hvis Itoh definerede patientens LLS som unormalt, når mindst én ud af de fire test viste unormale værdier.

blå bog

John Verner blev uddannet i 1983. Han har siden 1987 arbejdet som praktiserende fysioterapeut. John Verner startede i Parkens Fysioterapi i 2003. Blev godkendt som Specialist i Muskuloskeletal fysioterapi i 2004. John Verner er tilknyttet Skolen for Moderne dans siden 2000 som fysioterapeut og underviser. Han er forfatter til flere bøger/video med relation til idrætsskader. John Verner har været underviser i idrætsfysioterapi på kurser til fysioterapeuter og læger i mere end 20 år blandt andet i forbindelse med DIMS Årsmøder, SAKS symposier (PFPS og Hofte), Kurser i idrætsfysioterapi og idrætsmedicin for FFI og almen praksis for DADL i 15 år.

Artiklen opstiller LLS-indeksværdier for alle testene i forhold til værdierne hos kontrolgruppen og gruppen med ACL-insufficiens. *Itoh Knee Surg; Sports Traumatol. Arthrosc. (6) 1998.*

Udtrætningsmodel

Augustsson har vist, at en udtrætningsprotokol forud for funktionel testning med hop test på raske personer havde stor test-retest reliabilitet.

19 mandlige patienter med unilateral ACL-skade, der var rekonstrueret, indgik i studiet. OBS tjek denne sætning: Alle havde normal one-leg hop-indeks, dvs. højere end 90 procent. De inkluderede var alle idrætsudøvere på mindst motionsplan, 69 procent var tilbage på deres tidligere idrætsniveau. Patienterne blev udtrættet i m. quadriceps efter en standardiseret model, hvor man benyttede en belastning på 50 procent af 1 RM med så mange repetitioner som muligt, hvorefter de blev testet i one-leg hop testen. Efter udtrætning havde 2/3 af patienterne unormal Lower Limb Symmetri-indeks.

Forfatterne konkluderede, at udtrætningsmodellen øgede sensitiviteten i testene, og foreslår, at denne

model anvendes i testning af ACL-patienter efter rekonstruktion. Forfatteren skriver, at hvis ACL-patienterne har lavere LLS indeks end 90 procent, udsætter de sig for større risiko for overbelastningsskader eller nye akutte skader, hvis de genoptager deres idræt på højt niveau. *Augustsson Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc. (12) 2004.*

Risiko for artrose

Myklebust og Bahr udførte et litteraturgennemgang, hvori der indgik 540 studier. Disse blev identificeret med følgende søgeord: ACL injuries and follow-up studies. Artiklernes abstracts blev vurderet i forhold til "return to sports rate", "reinjury rate" og "prevalence af osteoartrose" med en opfølgning på mindst fire år.

Forfatterne konkluderer, at der er ingen evidens for, at ligamentrekonstruktion forebygger fremtidig artrose. De skriver, at store prospektive studier, der følger mange idrætsudøvere med ACL-skader, er nødvendige for at få et sandt billede af risikoen for artrose.

Nordmændene slutter artiklen med at konfrontere læger, fysioterapeuter og idrætsudøvere med det vanskelige spørgsmål: "Bør idrætsudøveren genoptage sin idræt efter en ACL-skade?" *Myklebust BMJS 2005.*

Behov for funktionelle test

Pfeiffer mener, at klinikerne behøver funktionelle test, der kan evaluere ledfunktionen i funktionelle dynamiske belastningssituationer, for eksempel under gang, løb, spring, landinger og pivoterende bevægelser. *Pfeiffer Scand. J. of Med. & Sci. in Sport 1999.*



"DET VIL JEG OPLEVE PÅ FAGFESTIVALEN"

Karin Fallesen, Sundhedsområdet, Nakskov Kommune: "Jeg deltager, fordi det var så fantastisk at være med sidst, hvor jeg simpelthen blev inspireret på alle mulige områder. Både via input fra de faglige oplæg, men også på standene, hvor det var rart at få præsenteret det hele samlet. Jeg vil høre oplæg inden for temaet sundheds-

fremme og forebyggelse, som jeg beskæftiger mig med til daglig, men jeg vil også kigge efter det, jeg slet ikke kender noget til. Det tror jeg er vigtigt for at hente ny inspiration. Takket være en god ledelse og godt samarbejde med vore ergoterapeutkolleger kan alle syv fysioterapeuter i Sundhedsområdet i Nakskov deltage i

Fagfestivalen, så vi kan sprede os og på den måde få dækket alle de emner, vi hver især beskæftiger os med til daglig: sundhedsfremme, hjælpemidler, træning og genoptræning. Som tillidsrepræsentant-suppleant har jeg også sat kryds ved et oplæg om ny løn, men jeg vil også gerne have tid til det lidt mere bløde". ■



Et-bens 40 cm side til side hop. Antal repetitioner på 30 sekunder noteres.



One leg hop. Bedst af fem gentagelser noteres



One-leg triple jump. Bedst af fem gentagelser noteres



Sit to stand. Antal repetitioner på 30 sekunder noteres.

Ændring af fod-isæt

Tim Hewett har vist, at det kan lade sig gøre at reducere antallet af ACL-skader ved at ændre bevægelsesstrategier ved fod-isæt i forbindelse med et hop. Efter mange timers videogennemgang af ACL-skadesituationer fandt Hewett, at næsten alle skadesituationer var prægede af adduktions-, indadrotations- og fleksionsmomenter (valgus) med foden plantet i underlaget. Dette bevægelsesmønster giver en høj risiko for ACL-rupturer. Finder man bevægelsesmønsteret hos idrætsudøvere, skal det genkendes og aflæres. Hewett foreslår et progressivt træningsregime, der bygges op omkring plyometriske styrketræningsøvelser, hvor der anvendes stor visuel feedback i indlæringsfasen.

Hewett *Am.J.Sports Med.* vol.33 no.4 2005.

Behov for funktionelle test

Mange af de fundne studier fremhæver, at test bør indgå i en funktionel kontekst. Blandt andet fordi styrke (kraft eller torque) og power (kraft x hastighed) er bevægelsespecifikke. Og der bliver foreslået mange funktionelle test: one-leg hop (distance), one-leg triple hop (distance), 6 meter timed hop, cross over hop, one-leg vertical hop, vertical squat-jump, vertical counter movement jump, drop jump, one-leg stair hop, one-

leg side-to-side (tid eller antal), 8-tals hop (tid), 8-tals løb (tid), vertikal cyklisk one-leg hop (svævetid).

TESTBATTERIET I PARKENS FYSIOTERAPI

Opvarmning

Før testene gennemføres, varmer testpersonen op i 5-10 minutter på ergometercykel eller på løbebånd efter egen præference.

Testene gennemføres altid i den rækkefølge, som de er beskrevet i denne tekst. Et test-hop på hvert ben tillades i alle test. Testpersonen anvender indendørs træningssko.

1. Sit to stand

At rejse sig/sætte sig fra en stol. Testen går ud på at rejse/sætte sig så mange gange som muligt på 30 sekunder. Testen udføres på ét ben. Begge ben testes. Testen udføres fra en almindelig stol med siddehøjde på ca. 70 cm. Der må ikke svinges med ►

KOOS: www.koos.nu

Her finder du beskrivelse af scoresystemerne og skemaer til den praktiske udførelse.

fakta om...

TORBEN ULRICH

Jeg vil citere den gamle tennisstjerne, jazzmusiker og forfatter Torben Ulrich, som på mange områder har været langt forud for sin tid blandt andet med dette citat, der er fundet i Lars Movins bog "Udspil" samtaler med Torben Ulrich:

"Når jeg går ind på banen, prøver jeg at forberede mig på en sådan måde, at fødderne får en jordforankring og den øverste del af kroppen er tom og luftig. Jeg har fået tid til at stemme mit instrument, kroppen, så jeg er tung og let og fri på samme gang."
(Berlingske Tidende 1977).

Torben Ulrich spillede på det danske Davis Cup landsholdet i en alder af 49 år. Han vandt Wimbledon for Masters i det første år det blev spillet. Da var han over 50 år.

- armene, og testpersonen skal sætte sig ned, ikke dumpe ned på sædet. Hvis testpersonen sætter for meget af, skubbes stolen baglæns, og det er ikke tilladt. Testpersonen skal tilstræbe så god balance som muligt op igennem hele kroppen, og rejse sig til fuld højde.

2. One-leg side-to-side hop

Sidelæns hop over afstand på 40 cm. Afstanden markeres tydeligt med tape på gulvet. Det registreres, hvor mange gentagelser testpersonen kan udføre på 30 sekunder. Kun gyldige landinger registreres. Alle overtrædelser fratrækkes. Testen udføres på ét ben, gentages på det andet ben efter en kort pause. (Thomee Stockholm 2004). Det er tilladt at have armene fri til balanceregulering. Der må ikke trædes på tapen (Itoh anvender en variation af samme test: Afstanden er 30 cm, og han registrerer tid anvendt til 10 hop. Desuden udføres testen barfodet).

3. One-leg hop

Startpunktet markeres på gulvet med tape. Hænderne placeres i siden på hoften. Der springes på ét ben, uden at det andet ben anvendes til at skabe et svingmoment. Bedste resultat af 5 test registreres. Der måles fra tåspids i start positionen til hæl

i landingspunktet. Testpersonen skal blive stående i landingen, før testen godkendes (Noyes 1991).

4. One-leg triple hop

Startpunktet markeres på gulvet med tape. Testpersonen starter på ét ben med hænderne placeret i siden på hoften. Der hoppes på ét ben, tre hop til slutlanding på samme ben. Landingens skal foregå i balance, før testen godkendes. Der måles fra tåspids i start til hæl i landingspunktet. Bedste resultat af 5 test registreres (Risberg beskriver testen, hvor det tillades at lande på 2 ben i slutpunktet, Oslo 1999).

Symmetri-indeks

Der udregnes symmetri-indeks i alle test efter modellen: Opereret ben/modsatte ben x 100. Alle test bør have symmetri-indeks over eller lig med 90 procent.

Testene udføres som 6 måneders post-operativ test. Resultaterne anvendes til vurdering af den videre funktions- og styrketræning, eller til at begynde på momenter af den idrætsspecifikke træning.

Forbedringer af de funktionelle test

Ud fra erfaringer med testbatteriet i Parkens fysioterapi og de problemstillinger, som jeg er stødt på i litteraturen, har jeg blandt andet gjort følgende overvejelser med hensyn til ændringer og forbedringer af den funktionelle testning:

- Et apparatur til tung systematisk quadriceps- og hamstringstræning vil gøre det muligt at anvende Augustssons udtrætningsmodel.
- Hvis testbatteriet skal suppleres, vil jeg overveje Itohs 8-tals hop test på grund af den relativt høje sensitivitetssværdi.
- Der er indkøbt et dynamometer til objektiv vurdering af den isometriske styrke af hoftens abduktorer og adduktorer.
- Myklebust og Bahrs modige meninger, om hvorvidt det er forsvarligt at genoptage tidligere idrætsaktivitetsniveau overhovedet, skal indgå i den afsluttende dialog med idrætsudøvere med ACL-rekonstruktion.
- Handlingsplanen for testning af ACL-patienterne ændres således, at alle, der bliver opereret på Parkens Privathospital, bliver indkaldt til en 12 måneders funktionstest.
- Erfaringerne fra Tim Hewetts bevægelsesanalyser skal indgå i rehabiliteringen af ACL-patienter. ■

Litteraturliste kan downloades fra fysio.dk/artikelbilag



Konference om professionel kompetenceudvikling

Invitation til ledere, TR, netværksansvarlige, praksiskonsulenter, klinikejere, udviklingsterapeuter, rektorer, teoretiske og kliniske undervisere.

Kompetenceudvikling er et af tidens krav. Udfordringerne er mange - såvel myndigheder, den enkelte fysioterapeut, arbejdspladsen som professionen har fokus på og stiller krav om kompetenceudvikling.

Også Danske Fysioterapeuter har fokus på medlemmernes kontinuerlige professionelle kompetenceudvikling. Opbygningen af konferencen tager udgangspunkt i hjemmesiden om kompetenceudvikling www.kompetenceudvikling.fysio.dk

FORMÅL:

- Give viden og skabe grobund for et fælles udgangspunkt for udvikling af professionen - at komme fra beskrivelse til handling.
- Belyse kompetenceudvikling som henholdsvis ledelsesværktøj og vej til karriereudvikling for den enkelte.
- Sætte fokus på forskellige perspektiver og interesser. Det politisk/forhandlingsmæssige fokus, lederens fokus og den enkelte medarbejders fokus på udvikling er i spil. Hvilke dilemmaer opstår, når forskellige aktører har forskellige forventninger?
- Sætte fokus på dokumentation og vurdering/bedømmelse af kompetencer.
- Give eksempler på kompetenceudviklingsinitiativer.
- Give inspiration og kontakter med henblik på at danne netværk

FORM:

Dagen veksler mellem oplæg i plenum og interaktive workshops med oplæg og plads til dialog og diskussion. Erfarne kolleger giver eksempler på, hvordan de har arbejdet konkret med kompetenceudvikling. Du får mulighed for at vælge dig ind dér, hvor du har brug for at få inspiration og kan spejle dine egne initiativer i andres fortællinger om, hvad de har gjort og gerne vil gøre.

PRAKTISKE OPLYSNINGER:

Tid: 16. juni 2006, 09.30-17.00

Sted: Odense Congress Center,

Pris: Gratis. Danske Fysioterapeuter betaler ikke transport og tabt arbejdsfortjeneste

Deltagerantal: 200 fysioterapeuter, der enten er ledere, TR, netværksansvarlige, praksiskonsulenter, klinikejere, udviklingsterapeuter, rektorer eller teoretiske og kliniske undervisere.

Tilmelding: Senest 1. april på www.fysio.dk/kurser

KONFERENCEN ER ARRANGERET AF:

Benedicte Rostock MSc. kvalitetschef, Susanne Testrup cand.pæd, udv. kons., Erik Bjernemose TR, Morten Østergaard Cand.Scient.Soc, rektor, Marianne Kongsgaard klinikejer, Birgitte Dahl ledende terapeut og Annelene Jalving ML, fagl.kons.

På www.fysio.dk/kurser kan du læse mere og se kriterierne for udvælgelse af konferencedeltagerne.

Behandlingen integreres i hverdagen på sygehuset

Apopleksi: I sin behandling prøver fysioterapeuten sammen med patienten at tage højde for de udfordringer og behov, patienten vil møde efter udskrivelsen

AF FYSIOTERAPEUT OG SPECIALIST I NEUROFYSIOTERAPI
KAREN ERIKSEN, BISPEBJERG HOSPITAL
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

En 65-årig kvinde henvises til fysioterapeutisk vurdering og plan. Hun har diagnosen apopleksia cerebri med en venstresidig hemiparese.

Kvinden fortæller, at hun vågnede op samme morgen uden at kunne bevæge den venstre arm, der føltes tung og død. Hun faldt på vej ud af sengen, fordi benet knækkede sammen under hende. Det lykkedes hende at ringe efter hjælp.

I journalen beskriver lægen kvindens anamnese og foretager en neurologisk undersøgelse samt ordinerer behandlingen, herunder blandt andet en fysioterapeutisk vurdering og plan.

De neurologiske fund kunne typisk være: central facialisparese, kraftnedsættelse af venstresidige ekstremiteter, nedsat sensibilitet, ændrede reflekser, balanceproblemer, synsudfald, ganesejlsparese, neglect.

Der ordineres en CT-skanning og andre undersøgelser til afklaring af diagnose og behandling.

VÆRD AT VIDE

Diagnosen apopleksi stilles på baggrund af det kliniske billede og undersøgelser, f.eks. CT- eller MR-skanning. Undersøgelserne kan blandt andet afgøre, om skaden

er udløst af en blødning eller et infarkt. Dette har betydning for den medicinske behandling. Undersøgelserne beskriver også, hvor stort et omfang skaden har, og hvor i hjernen skaden er sket. Det kan give os et fingerpeg om, hvilke symptomer patienten har. Ofte kan man ikke få undersøgelsesresultater fra CT-skanningen lige efter skadens opståen.

Den fysioterapeutiske undersøgelse og behandling kan imidlertid iværksættes uden disse oplysninger. Den centrale facialisparese og andre kliniske tegn f.eks. hemiparesen viser, at der er tale om en 1. neuronlæsion.

Tilstanden og patientens symptomer kan ændre sig hurtigt i det akutte forløb, så ofte ses et andet billede end beskrevet umiddelbart ved indlæggelsen.

Behandlingen, der iværksættes består af monofaglige og tværfaglige tilbud fra et team bestående af neuropsycholog, logopæd, socialrådgiver, plejepersonale, diætist, terapeuter og læger. Behandlingen dokumenteres i patientens fællesjournal.

RETNINGSLINJER FOR BEHANDLING

De nationale indikatorer for fysioterapeutisk behandling af apopleksi, koncentrerer sig om den tidlige mobilisering

■ Fysioterapeuten har bedt en række specialister, give deres bud på klinisk tænkning. I det kliniske kvarter beskrives centrale dele af anamneseoptagelsen og undersøgelsen i det første møde med patienten. Der gives endvidere et bud på, hvordan patienten videre skal behandles.



og behandling. Det vil sige undersøgelse og behandling skal være iværksat senest andet indlæggelsesdøgn (1). Der findes også et dansk referenceprogram med anbefalinger for hele teamet. Desværre omfatter det kun den akutte fase (2). Derudover har fysioterapeuterne, der er tilknyttet apopleksiklinikken på Bispebjerg Hospital (BBH), fysioterapifaglige retningslinier, patientforløbsbeskrivelser og instrukser. Overordnet tænkes der i en samlet rehabiliteringsindsats (3), som det fysioterapeutiske bidrag er en del af. Den nyeste forskning og evidens er beskrevet i retningslinier for behandling af apoplekspatienter i Holland og forventes snarest oversat til engelsk (4). De engelske guidelines er fra 2004 (5).

HVAD GØR JEG

Den fysioterapeutiske undersøgelse og behandling startes ved første møde med patienten og uddybes og udvikles undervejs i behandlingsforløbet.

Supplerende anamnese

Under samtale med patienten, får jeg om muligt yderligere oplysninger om hendes oplevelse af det pludselige tab af førlighed, hvilke ønsker og håb hun har mm. Jeg vil også gerne vide, hvordan hun har klaret sig før indlæggelsen, netværk, eventuelle sygdomme, inkontinens eller smerter.

Det er vigtigt at få oplyst, hvor fysisk aktiv hun plejer at være, arbejdsområde, og hvilke interesser hun har.

Jeg kan til gengæld svare på spørgsmål og give information om, hvad vi kan hjælpe med. Der er eventuelt pårørende til stede, der også har behov for råd og vejledning. Formen er en samtale, hvor jeg skal lære patienten at kende, få viden om hende, invitere til samarbejde og opbygge tillid.

Supplerende fysioterapeutisk neurologisk undersøgelse

Når jeg giver hånd og hilser på patienten, får jeg allerede

mange oplysninger, der kan anvendes som grundlag for mine behandlingshypoteser. Kan patienten kommunikere, opfatter hun min hensigt, læner hun sig frem, eller rejser hun sig. Ved hjælp af forskellige handlinger og aktiviteter afdækker jeg hendes ressourcer og problemer svarende til relevante dele af indholdet i en analyse af hendes bevægelser, holdning og gang samt funktionsundersøgelse.

Undersøgelsen/analysen giver mig en viden om patientens evne til at indtage og holde forskellige stillinger. Der er fokus på, hvilke aktiviteter hun kan udføre, hvilken strategi hun anvender. Hvordan bevæger hun sig, både set ud fra kvalitets- og bevægeøkonomisk syn, og hvor og hvordan kompenserer hun.

Der ses også på hvilken, og hvor meget hjælp hun skal have, og hvad hun ikke kan udføre. Jeg ser på bevægelserne som synergier af bevægelse over led, bevægelser sat ind i dagligdags sammenhænge og krav. Det giver mig oplysninger om midtlinieopfattelse, holdning og balance i forskellige udgangsstillinger. Det giver mig også en viden om musklernes evne til adaptation, alignment, kraft og tonus, proprioceptiv sans og sensibilitet. Alt dette, samtidig med, at jeg prøver at danne mig et indtryk af patientens kognitive formåen og apopleksiens påvirkning af det emotionelle. Det kunne være påvirkninger på grund af krisereaktion, ændret forståelse, initiativ, planlægning, hukommelse osv. Koblingen af motorik og kognition kan ikke brydes.

Ovenstående munder ud i en beskrivelse af patienten, og nogle hypoteser om årsagssammenhænge og overvejelser om behandlingstiltag. Der forventes af mig, at jeg efter første møde med patienten, foreslår en monofaglig behandlingsplan ud fra patientens ønsker, ressourcer og fysioterapiens muligheder, og kommer med anvisninger til en tværfaglig indsats med henblik på mobilisering, herunder eventuelle hjælpemidler, lejrning, forflytning samt oplæg til tværfaglige mål og planer. Dertil kommer overvejelser, om patienten alter-

blå bog

Karen Eriksen er specialist i neurofysioterapi. Uddannet fysioterapeut i 1978 og har i en årrække været ansat på Kommunehospitalet i København. Karen Eriksen har videreuddannet sig inden for flere specialer og har undervist og arbejdet med neurologiske patienter siden 1985. Hun har bl.a. deltaget i Bobath grundkurser og advanced kurser og i kurser om neurodynamik. Karen Eriksen har ledet et forskningsprojekt og er tilknyttet Center for Forskning og Udvikling på ældreområdet. Arbejder nu som fysioterapifaglig vejleder på Bispebjerg Hospital.

- ▶ nativt til indlæggelse vil kunne opholde sig i hjemmet og profitere af behandling i daghospital og/eller ved udgående funktion (behandling ved fysioterapeut og øvrigt team i hjemmet).

Som oftest foregår hele undersøgelsen ikke ved første møde med patienten, da patientens almentilstand ikke altid tillader det. Undersøgelsen deles måske op over en uge, kombineres eventuelt med test og er altid en del af den kontinuerlige proces i hele forløbet i samarbejdet med patienten om dennes rehabilitering.

BEHANDLINGEN

Behandlingen i apopleksiklinikken foregår med bevægevidenskaberne som teoretisk referenceramme og grundlag i blandt andet ABC-koncepterne (Affolter, Bobath og Combes (9,6,10). Der er tale om, at vurdere og udvælge de monofaglige tiltag, den enkelte patient har behov for under forløbet, koordinere med de øvrige i behandlingsteamet og integrere en tværfaglig behandling i patientens hverdag på hospitalet med tanke på de udfordringer og behov, patienten vil møde efter udskrivelsen.

I praksis foregår den fysioterapeutiske behandling på mange niveauer. "Vi lærer ikke patienterne at bevæge sig, vi gør det muligt for dem" (citat B. Bobath).

En af vores opgaver er at hjælpe patienten med at bevare og udvikle det grundlag (ICF-kropsniveau (7)), der er nødvendigt for bevægelse. Vores viden om det neurofysiologiske grundlag for muskelarbejde, afspejles i patientens lejrning og eventuelle brug af skinner, bandager og mobilisering. Målet er blandt andet at opnå alignment i kroppen. Det har betydning for musklernes arbejdsbetingelser og hermed kvalitet af bevægelse og bevægeøkonomi. Vigtigheden af alignment beskrives også i kinetic control og manuel terapi.

Der anvendes Adverse Neural Tension (ANT) i en særlig form tilpasset neurologiske problemstillinger - her kaldet neurodynamik (8). Affolter beskriver blandt andet den kropslige (taktil-kinestetiske) tilgang til læring (9), og vi har de neuropædagogiske overvejelser og læringsteorier i bagagen. Combes giver os redskaber til optræningen inden for facio-oral-tract-terapi(10). Der eksperimenteres med CIMT (11) og ganglaboratorium inddrages, for blot at nævne nogle få af de behandlingsmuligheder, der er at vælge mellem.

Fysioterapien udformes hele tiden ud fra en vekselvirkning mellem patientens reaktioner på en aktivitet, og vores analyse af reaktionen. Vi opstiller en behandlingshypotese, den afprøves, den afkræftes eller bekræftes, og der forsøges eventuelt en anderledes indgangsvinkel til aktiviteten osv. Den nye indgangsvinkel til aktiviteten kunne være at ændre udgangsstilling, kontekst, tempo, hænder på/væk, facilitere, stimulere,

udspænde, ledfrigøre, guide og så vurdere, hvordan dette påvirker patientens bevægelser og mulighed for at gennemføre aktiviteten. Kort sagt bruger vi mange forskellige fysioterapeutiske redskaber.

Vi bevæger os hele tiden mellem ICF på kropsniveau og aktivitetsniveau. De kropslige og kognitive forudsætninger er ikke meget værd, hvis de ikke bliver overført og anvendt i de daglige gøremål. En opgave er at udvælge og designe omgivelserne, så de fremmer læring. En anden del af behandlingen er stimulation og opfølgning ved det tværfaglige team, udover de enkelte faggruppers monofaglige tilbud.

Sidste ICF-niveau, deltagelsesniveauet, kan vi prøve at forberede patienten til, inspireret af et hjemmebesøg/hjemmevurdering eller for eksempel ved at trafiktræne, cykle, gøre rent osv. Med indlæggelse på et daghospital, men især i forbindelse med hjemmetræning er der mulighed for at hjælpe patienten på vej i overgangsfasen mellem hospital og hjem.

LITTERATUR

- 1) www.NIP.dk/indikatorer/apopleksi
- 2) Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi, 2003. Kan downloades fra fysio.dk/artikelbilag. En nyere version er under udarbejdelse og vil blive publiceret på www.sundhedsstyrelsen.dk
- 3) Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet www.marselisborgcentret.dk
- 4) www.cebp.nl/guidelines
- 5) [www.rcplondon.ac.uk/clinical standards/audits and guidelines](http://www.rcplondon.ac.uk/clinical_standards/audits_and_guidelines).
- 6) Anne W. Brown Fysioterapeuten 2005 nr. 6 og www.ibita.org/litteratur, hvor der blandt andet er en liste over abstract og forfattere.
- 7) Beskrivelse kan bl.a. findes i "Klinisk reumatologi for ergoterapeuter og fysioterapeuter" Munksgård 2002.
- 8) Artikler/video af Gisela Rolf. Download den nye version af artiklen fra www.fysio.dk 27.3.2002. Søgeord neurodynamik. Læs endviderekapitel i Patricia Davies reviderede udgave af "Skridt for skridt" FADL's forlag 2001.
- 9) Felicie Affolter: Perception, interaction and language, interaction of daily living: the route of development. Springer 1991.
- 10) Hellen Stensvold og Liv Utne: Dysfagi (Ad notam, Gyldendal 1999, ISBN 82-417-0788-6 og Kjærsgaard A. Ansigt, mund og svælgundersøgelse og behandling efter F.O.T.T. konceptet. FADL's Forlag 2004.
- 11) [www.ibita.org/recent publications](http://www.ibita.org/recent_publications): Om CIMTD. Der refereres til flere forfattere blandt andre Taub. ■

Appetitvækker til forældre og pædagoger

Anmeldelse: ■ "Børn og motion" af Bente Klarlund Pedersen, Nyt Nordisk Forlag, 160 sider, 199.

Bente K. Pedersen er kommet med endnu en bog om motions betydning for sundhed og velvære, denne gang møntet på børn – eller rettere, de voksne, der har med børnene at gøre. Der er ingen løftede pegefingre, forfatterens holdning er den, at alle børn har en medfødt lyst og motivation til at bruge deres krop. Man kan blot iagttage det lille barn, der begynder at fægte med arme og ben, kravle rundt osv. og se, hvordan det prøver igen og igen, til en færdighed er indøvet og ikke mindst – glæden ved at mestre færdigheden.

Det er de vilkår, vi byder børnene i løbet af opvæksten, der er med til at fratage dem lysten og motivationen til at fortsætte den fysiske udfoldelse.

Bogen er klar og overskuelig i sin opbygning. Hvert afsnit starter med en lille indledning om de motoriske milepæle, og den har tabeller til at anskueliggøre og underbygge udviklingen. Forfatteren kommer også ind på, hvorfor motion er af så afgørende betydning for forebyggelse af vor tids livsstilssygdomme, og beskriver ligeledes motionens betydning for indlæring, igen med dokumentation i form af tabeller.

Bogen har et lille afsnit om puberteten og de dermed følgende vanskeligheder med at fastholde motivationen for fysisk aktivitet. Skal jeg endelig pege på noget lidt mangelfuldt ved denne bog, er det nok dette afsnit – men på den anden side, i denne problematik, er der stof nok til en ny bog.

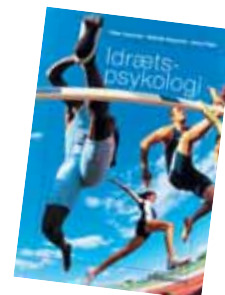
Forfatterens holdning er, at i de første 6-8 år, er det ikke nødvendigt med egentlig konditions- eller styrkefremmende aktiviteter, såfremt børnene får "lov" til at benytte sig af alle de muligheder for bevægelse, der er i det daglige. Det er her, jeg synes, at bogen har sin styrke, for forfatteren får afleveret sit budskab på en inspirerende og positiv måde, uden at komme med pegefingeren. "Se jer omkring, og giv jer tid til at få øje på, hvor mange muligheder der egentlig er". Bogen er skrevet i et let læseligt sprog, og er man ikke interesseret i den teoretiske del, kan man blot bruge den som inspiration til at udforme en mere fysisk aktiv dagligdag for børn.

Det er efter min mening ikke en bog for fysioterapeuter (hvad forfatteren jo heller ikke påstår). Men jeg synes, at vi varmt kan anbefale den til forældre og andre samarbejdspartnere. Så derfor er den god at kende til. Jo flere der gør opmærksom på, at vi jo altså har fået en krop for at bruge den - jo bedre er det.

ANMELDT AF BØRNEFYSIOTERAPEUT ANNE-LISE BECK NIELSEN

Velunderbygget bog om idrætspsykologi

Anmeldelse: ■ Idrætspsykologi. Nathalie Hassemén, Peter Hassemén og Johan Plate. Forlaget Frydenlund 2005, Pris: 299 kr. 342 sider.



Denne bog om idrætspsykologi retter sig mod studerende på højere læreanstalter og universiteter, men idrætsudøvere generelt vil finde den interessant.

Første del rummer det forskningsmæssige aspekt, hvor metoder og videnskabs-teoretiske tilgange belyses.

Anden del omhandler de idrætspsykologiske teorier bygget op omkring det kognitive, hvor elementer som beslutningsprocesser og problemløsning, samt forståelse af disse diskuteres. Det person-

lighedspsykologiske belyses ud fra et adfærds- og reaktionsmønsters perspektiv, hvor Lazarus copingstrategier indgår. Afsnittet om motivation handler om de indre og ydre kræfter, der styrer og opretholder adfærden. Idrætten set ud fra et gruppepsykologisk perspektiv diskuteres, herunder massemediernes påvirkning i relation til kønsroller. Gruppedynamik og kommunikation diskuteres.

Tredje del ser på idrætspsykologien i praksis. Motionens betydning for den psykiske sundhed. Stresshåndtering gennem motion, hvordan man forandrer vaner adfærdsmæssigt samt motion for specielle grupper som ældre eller bevægelseshæmmede og syge. Idrættens faldgruber berøres som overtræning, idrætsrelateret udbrændthed og doping samt problemer ved karriereafslutning. Forskellige målemetoder, og præstationens psykologi i praksis beskrives.

En eklektisk opbygget bog. Giver lyst til at fordybe sig i litteraturen og forskningen samt at afprøve metoderne i praksis. Det kognitive og handlingsorienterede aspekt træder frem, så præstationen som mål i sig selv kommer til at fylde. Generelt en velunderbygget og godt struktureret bog.

ANMELDT AF PIA RECKE, LÆGE OG PSYKOLOG UNDERVISER PÅ CVU-FYN

bøgerm.m.

Til Johnny Kuhr: Pas på med A og B hold

De fysioterapeutiske arbejdspladser i kommunerne har fokus på høj faglighed og udvikling

DEBATINDLÆG AF:

FYSIOTERAPEUT SUSANNE SØNDERUP, GREVE KOMMUNE

Jeg har gennem lang tid læst og hørt den ene mere nedladende udtalelse efter den anden om kommunalt ansatte fysioterapeuter fra dig, Danske Fysioterapeuters formand Johnny Kuhr. Nu er jeg virkelig træt af det, og jeg synes, at det er på tide, at der kommer lidt genmæle!

Det er naturligt, at der opstår debat, og at der bliver trukket fronter op, når der skal ske en stor strukturreform, som den vi nu er på vej ud i. Det, der er fælles for alle fysioterapeuter, er, at vi ved, at der skal ske forandringer, men endnu ikke, hvad disse forandringer fører med sig. Det er klart, at det medfører usikkerhed i alle sektorer. Den usikkerhed kan du og Danske Fysioterapeuter være med til at mindske ved åbent og fordomsfrit at skitsere fysioterapeuters arbejde i de forskellige sektorer. Det synes jeg ikke er sket. Tværtimod oplever jeg, at du i debatten i høj grad skærer kommunalt ansatte fysioterapeuter over én kam og oven i købet fremstiller dem som inkompetente.

For at tage et eksempel fra sidste udgave af Fysioterapeuten. Her citeres du: "Kommunerne skal sikre sig kompetente medarbejdere, der kan løfte opgaven. De kompetente medarbejdere får de jo i første omgang overdraget fra amtet, men der ligger en stor opgave i at holde kompetencerne ved lige og skabe attraktive arbejdspladser med fokus på udvikling".

Hvordan tror du, Johnny Kuhr, at vores arbejdspladser i kommunerne ser ud nu? Der er jo netop - i hvert fald i Greve Kommune, som jeg er ansat i - attraktive arbejdspladser for fysioterapeuter i kommunerne! Arbejdspladser med stort fokus på høj faglighed og faglig udvikling.

Jeg er enig i, at der er områder inden for fysioterapi, hvor man med fordel kan samle viden og kompetencer på tværs af kommunerne. Der er selvfølgelig også forskel på, hvordan kommunerne fungerer, og hvor mange terapeuter der er ansat, afhængig af bl.a. kommunens størrelse, men der er altså mange kommuner, som arbejder meget målrettet og med terapeuter med bred erfaring inden for mange felter

bl.a. sygehusvæsenet, psykiatrien, privat praksis etc. Vi arbejder i teams, som er fagligt velfunderede, og hvor faglig sparring og supervision er en integreret del af vores dagligdag.

Dette brev er ikke ment som et forsvar, for det har jeg slet ikke behov for at føre. Jeg har selv arbejdet i sygehusvæsenet indtil 2004, så jeg kan godt sammenligne det faglige niveau og sige, at det på ingen måde er lavere i Greve kommune! Jeg synes, at det vil være mest retfærdigt, specielt over for vores kommende kolleger fra sygehusene, hvis der gives et reelt billede af den arbejdsplads, de kommer ud til. Der er selvfølgelig mange ting, vi endnu ikke ved om, hvordan vores fælles arbejdsplads rent strukturmæssigt kommer til at se ud i 2007, men en ting er sikker: Vi ser meget frem til at få nogle dygtige fysioterapeuter fra sygehusene som kolleger, vi ved at I bringer en masse kompetencer med jer, og vi har også meget at give retur i det gode samarbejde, der nok skal komme i stand.

Afslutningsvis vil jeg sige, at vi ikke, som du advarer os imod, er ved at få storhedsvanvid i kommunerne. Vi forbereder os på at løfte ansvaret!

Jeg ønsker, at Danske Fysioterapeuter tænker over deres udmeldinger omkring de forskellige sektorer. Hvis Danske Fysioterapeuter forsat skal være en troværdig forening, der varetager alle sektoreres interesser, er det vigtigt, at fysioterapeuter ikke ud fra deres arbejdssted deles op i A og B hold. Vi fysioterapeuter ansat i Greve Kommune har adskillige gange inviteret vores formand ud, så du kan se en kommunal arbejdsplads



og få en reel mulighed for at udtale dig om en af de mange velfunderede og dynamiske arbejdspladser, der er i kommunerne. Du har desværre ikke taget imod tilbuddet en eneste gang. Det kunne måske have løftet kvaliteten af dine udsagn om kommunerne noget, hvis du havde takket ja. Tilbuddet står stadig åbent!

Jeg er nødt til at håbe, at dine udmeldinger som Danske Fysioterapeuters formand, i fagbladet og dagspressen om mindre kompetente fysioterapeuter i kommunerne udelukkende bygger på misforståelser og for lidt viden. Ellers kan jeg komme i tvivl om, hvordan mine og andre kommunalt ansatte fysioterapeuters interesser kan varetages af Danske Fysioterapeuter i fremtiden.

SVAR FRA:

FORMAND JOHNNY KUHR

Det er naturligvis beklageligt og meget uheldigt, hvis kommunalt ansatte fysioterapeuter opfatter mine udtalelser og foreningens pres på kommunerne som en kritik af den fysioterapeutiske faglighed i kommunerne.

Når jeg i denne tid benytter enhver lejlighed til at gøre kommunerne opmærksom på deres nye ansvar for såvel genoptræning som sundhedsfremme og forebyggelse, så er det for at lægge politisk pres på kommunerne og for at sikre en bedre udvikling på disse områder, end vi har set hidtil.

Man skal således ikke forveksle et sundhedspolitisk pres med kritik af fagligheden. Danske Fysioterapeuter har jo fra begyndelsen netop bakket op om kommunalreformen, fordi vi/jeg tror, at kommunerne kan sikre en bedre genoptræning. Mange undersøgelser taler for, at genoptræningen med fordel skal foregå tæt på eller i patientens hjem. Ligeledes tror vi, at kommunerne har et større incitament for at sikre en ordentlig genoptræning, fordi de i modsat fald vil komme til at have unødige omkostninger til for eksempel hjemmehjælp og -pleje.

Men der er alligevel al mulig grund til at lægge pres på kommunerne, når de fra 1. januar 2007 skal have ansvaret for denne fysioterapeutiske hovedopgave. De

skal ikke bare det, de plejer, plus lidt ekstra. Der er brug for både flere og andre kompetencer i kommunerne end tidligere. Der er brug for yderlig specialisering og for udviklingsinitiativer, der både skaber ny viden og evaluerer behandlingsforløb inden for de forskellige sygdomskategorier i en kommunal sammenhæng.

De kommunale fysioterapeuter både kan og vil levere den optimale behandling, men vi skal lægge pres på de kommunale politikere, så rammerne for at kunne gøre det er til stede. Både for så vidt angår det daglige arbejde som udviklingen af faget.

Det kommunale tilbud på genoptræningsområdet er naturligvis meget forskelligt, afhængigt af hvilken kommune vi taler om. For nogle kommuner kommer kommunalreformen ikke til at betyde så meget, fordi der allerede er en meget stor kommunal indsats på området, men det ændrer ikke ved, at kommunerne generelt skal opruste, og at vi som faglig organisation skal være skarp og vedholdende i vores krav. For fysioterapeuters skyld og for fagets skyld.

Til sidst vil jeg gerne takke ja til invitationen til at komme til Greve. Jeg vil altid gerne komme og møde fysioterapeuter på deres arbejde. ■

debat

Der er mulighed for løbende debat på fysio.dk/debat, hvor debatten ikke redigres af andre end debattørerne selv. Hvis et indlæg ønskes offentliggjort i Fysioterapeuten, skal det sendes til redaktionen@fysioterapeuten.dk, mærket "debatindlæg".

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

Fysioterapeuten nr. 7/06 udkommer 7. april.

Deadline for debat: 23. marts.

Positive konklusioner på sparsomt fundament

Der mangler nogle væsentlige kliniske perspektiver, førend massagebehandling kan betragtes som et relevant behandlingstilbud til LBP

DEBATINDLÆG AF:

CAMILLA NYMAND, FYSIOTERAPEUT, DIP.MDT OG MARTIN MELBYE FYSIOTERAPEUT, DIP.MDT

I Cochrane-reviewet med overskriften: "Massage for Low Back Pain", som blev bragt i Fysioterapeuten nr. 3/06, konkluderes at massage har positiv effekt på funktion, smerter, medicinforbrug, behov for hjælp mm. for patienter med subakut og kronisk LBP. I Martin Josefsens kommentarer og overvejelser omkring Cochrane-reviewet mangler der efter vores opfattelse nogle væsentlige kliniske perspektiver, førend massagebehandling kan betragtes som et relevant behandlingstilbud.

Det er imperativt til stadighed at forholde sig til baggrunden for konklusioner og placere dem i konteksten af eksisterende evidens. Cochrane-reviewet vedrørende massagebehandling er baseret på otte studier hvor massage sammenlignes med forskellige passive interventioner, placebobehandling og i et enkelt studie med generelle øvelser. For at udtale sig så præcist som muligt om to interventioner i forhold til hinanden må al eksisterende litteratur på dette specifikke område frembringes gennem en velbeskrevet litteratursøgning. Først i dette tilfælde vil det være muligt at sige noget om, hvad den samlede evidens peger i retning af. Vi mener, at den mængde af studier, som er grundlag for Cochrane-reviewet, danner et relativt sparsomt fundament for de konklusioner, Martin Josefsen drager.

Martin Josefsen mangler efter vores mening, at overveje nogle af de negative konsekvenser, passive behandlingstilbud potentielt kan have på patientens prognose. Ligeså er der nogle væsentlige aspekter i ét af de studier, som evaluerer øvelsesbehandling i sammenhæng med massage, som begrænser mulighederne for at generalisere reviewets konklusion.

Ganske som Martin Josefsen nævner, er reviewets konklusioner i modstrid med tidligere anbefalinger fra publicerede guidelines (4, 10, 14). Disse guidelines er i øvrigt lavet med henblik på at begrænse anvendelsen af netop massagebehandling til lænderygpatienter. Tillad os af citere fra MTV-rapporten "Ondt i Ryggen" 10:

"En af de største fejltagelser på rygområdet i dette århundrede har uden tvivl været den kritikløse anvendelse af passive behandlingsmetoder, ofte iværksat hvor

den spontane bedring allerede var godt i gang. Ved passiv behandling risikerer man at fastholde patienten i en passiviserende patientrolle hvilket kan resultere i et langvarigt kronisk smerteforløb. At mange patienter selv har været medvirkende til, at behandlingen blev passiv, fordi de simpelt hen har forlangt de - ofte behagelige - passive behandlingselementer iværksat, undskylder ikke den professionelle behandlers valg af behandling".

Der er flere gode grunde til at fravælge en passiviserende behandlingsstrategi, når man arbejder med lænderygpatienter. Passive mestringsstrategier er en stærk og uafhængig prædikator for invaliderende nakke- og rygsmerter. Denne udtalte sammenhæng identificerer passiv mestringsstrategi som en markør for invaliditetsrisiko, ligesom den understreger vigtigheden af at identificere individer, der med fordel kan justere deres mestringsstrategier mod en mere aktiv adfærd (1, 8, 11, 15). På baggrund af de oplysninger mener vi ligefrem, at de patienter som eksplicit beder om massagebehandling, sandsynligvis er de allersidste som skal have det tilbudt! Passiv mestringsadfærd betyder at patienten ikke selv tager ansvaret for at håndtere smerterne, eller det tillades at andre områder i livet bliver påvirket på en negativ måde.

Akutte rygsmerter er ofte en tilbagevendende gene for befolkningen, men spontanforløbet er hyppigst ganske godartet bortset fra en lille gruppe af mennesker (2). Det fysiske symptom, smerter, er sommetider resistent over for behandling, men funktionstab kan forebygges og genoptrænes med aktive strategier. Aktive behandlingsstrategier er designet til at drage fordel af det godartede spontane forløb, som oftest observeres i relation til muskuloskeletale problemer, samt at forebygge unødvendigt funktionstab. Massagebehandling giver en falsk opfattelse af, at fysioterapeuten kan fjerne problemet. De positive aspekter af cost-benefit, som reviewet indikerer, kan meget vel komme til at stå i et andet lys, når patienterne begynder at få recidiv og således vender tilbage for at få mere massage. I relation til cost-benefit må det også bemærkes, at studierne ikke evaluerer effekten på patienternes tilbagevenden til arbejde. Længerevarende sygdomsmeldinger kan meget vel have en dramatisk effekt på det samlede samfundsøkonomiske billede.

Lænderygpatienter er en heterogen gruppe, og moderne randomiserede kliniske undersøgelser, som vurderer effekten af øvelsesintervention, er derfor i stigende grad begyndt at subgruppere patienterne forud for interventionen.

I Cochrane-reviewet er der inkluderet et studie, som ser på massagebehandling i kombination med øvelsesterapi (Franke, 2000). Den øvelsesbehandling, der er anvendt i studiet, har dog en del begrænsninger, i forhold til at drage sammenligninger med moderne klinisk praksis.

Den individuelle øvelsesterapi som er evalueret, består af: gymnastik til musik, svømning, ergometrisk træning, lænderygøvelser (uspecificerede), Brüggerbehandling for muskuloskeletale funktionslidelser, holdningskorrektur, muskelstyrke-træning, øgning af koordination og rytme samt øgning af mobilitet og fleksibilitet. I relation til nuværende viden om individuelle øvelser synes denne øvelsesterapi at bære en mere generelt end individuelt præg. Det er ikke uvæsentligt, hvilken type øvelser der anvendes i behandling af lænderygpatienter. Selv ved simple øvelsesinterventioner, kan øvelsesvalget have dramatiske konsekvenser for effekten (3,7).

På den baggrund kan dette enkelte studie af Franke (2000) ikke fortælle om den reelle effekt af at kombinere øvelser og massage. Vi mener simpelthen ikke, at materialet er repræsentativt for moderne øvelsesbehandling af lænderygpatienter, i primærsektoren.

Flere studier af nyere dato beskæftiger sig med tilstedeværelsen af non-organiske tegn hos kroniske lænderygpatienter.

Forholdet mellem fysiske undersøgelsesfund og adfærdsmæssige non-organiske emner har stor klinisk relevans. I forhold til opstilling af prognose og håndtering af patientens situation er det afgørende at vurdere, hvilke faktorer der spiller ind. Således må man skelne mellem et lænderygproblem, som er overvejende biomekanisk og - i den anden ende af skalaen - et problem, der domineres af psykosociale problematikker (5, 12, 16, 17).

Dette emne bliver endnu mere interessant når man skal overveje, hvorvidt massage er et relevant behandlingstilbud. Hos patienter hvor adfærdsmæssige emner er med til at vedligeholde deres lænderygproblem, er der intet i den eksisterende litteratur, som indikerer, at passive behandlingstilbud er relevante. Snarere tværtimod. I disse situationer ser det ud til, at man overordnet set har to valgmuligheder: et multidisciplinært regime, som fokuserer på at bearbejde patientens kognition og adfærd i relation til rygproblemet, eller et rehabiliteringsprogram baseret på reaktivering (1, 6, 9).

Hos den patientgruppe, hvor psykosociale forhold spiller en væsentlig rolle, risikerer man at skabe et

uhensigtsmæssigt afhængighedsforhold, baseret på et ønske om smertelindring. Det hører med til den side af sagen, at fysioterapeuter kan have problemer med at afslutte ineffektive behandlingsforløb, af forskellige årsager (13).

Reviewets konklusioner ser helt bort fra de potentielt negative effekter, passive behandlingsformer kan have på patientens prognose. Desuden er der nogle væsentlige begrænsninger i forhold til at generalisere den øvelsesintervention, som de inkluderede studier anvender. Mængden af studier, der belyser de enkelte interventioner, er sparsom og ikke repræsentativ for den samlede evidens. Tillige er massagens effekt på tilbagevenden til arbejde ikke belyst, hvorfor de positive konklusioner på cost-benefit må betragtes som optimistiske. Hos patienter hvor non-organiske fund dominerer det kliniske billede, ser massage ud til at være et decideret irrelevant behandlingstilbud. Med den viden, vi har om de negative aspekter af passive behandlingsmodaliteter til lænderygpatienter samt de væsentlige begrænsninger, som ligger i reviewets konklusioner, bør man være forsigtig med at anvende massagebehandling til lænderygpatienter.

REFERENCER

1. de Jong JR, Vlaeyen JSW, Onghena P, et al. Fear of movement/(Re)injury in Chronic Low Back Pain: Education or Exposure In Vivo Mediator to Fear Reduction? *Clinical Journal of Pain* 2005;21:9-17.
2. Grotle M, Brox JJ, Veierød MB, et al. Clinical Course and Prognostic Factors in Acute Low Back Pain. *Spine* 2005;30:976-82.
3. Hayden JA, van Tulder MW, Tomlinson G. Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Ann Intern Med* 2005;142:776-85.
4. Hildebrandt et al. European Guidelines for management of chronic non-specific low back pain. 2004.
5. Karas R, McIntosh G, Hall H, et al. The relationship between non-organic signs and centralization of symptoms in the prediction of return to work for patients with low back pain. *Physical Therapy* 1997;77:354-60.
6. Koleck M, Mazaux JM, Rascle N, et al. Psychosocial factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: A prospective study. *Eur J Pain* 2006;10:1-11.
7. Long A, Donelson R, Fung T. Does it Matter Which Exercise? A Randomized Control Trial of Exercise for Low Back Pain. *Spine* 2004;29:2593-602.
8. Mercado AC, Carroll LJ, Cassidy JD, et al. Passive ►

- coping is a risk factor for disabling neck or low back pain. *Pain* 2005;117:51-7.
9. Moffett JA, Carr J, Howarth E. High Fear-Avoiders of Physical Activity benefit From an Exercise Program for Patients With Back Pain. *Spine* 2004;29:1167-73.
 10. MTV-rapporten. Ondt i ryggen: Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. Medicinsk Teknologivurdering Serie B 1999;1(1): Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, 1999:120.
 11. Picavet HSI, Vlaeyen JWS, Schouten JSAG. Pain Catastrophizing and Kinesiophobia: Predictors of Chronic Low Back Pain. *Am J Epidemiol* 2002;156:1028-34.
 12. Pincus T, Burton AK, Vogel S, et al. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine* 2002;27:E109-20.
 13. Pincus T, Vogel S, Breen A, et al. Persistent back pain - why do physical therapy clinicians continue treatment? A mixed methods study of chiropractors, osteopaths and physiotherapists. *Eur J Pain* 2006;10:67-76.
 14. van Tulder et al. European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care. 2004.
 15. Von Korf M, Balderson BHK, Saunders K, et al. A trial of an activating intervention for chronic back pain in primary care and physical therapy settings. *Pain* 2005;113:323-30.
 16. Waddell G, McCulloch JA, Kummel E, et al. Nonorganic physical signs in low-back pain. *Spine* 1980;5:117-25.
 17. Werneke MW, Hart DL. Centralization: association between repeated end-range pain responses and behavioral signs in patients with acute non-specific low back pain. *J Rehabil Med* 2005;37:286-90. ■

Vi må anvende den bedste evidens, vi har

Martin B. Josefsen svarer på det foregående indlæg om evidens til fordel for massage til LBP

SVAR FRA:

MARTIN B. JOSEFSEN, PT, EXAMMT

Tak for jeres bidrag til diskussion og overvejelser omkring reviewet om massage til lænderygsbesvær. Jeg synes bestemt der er gode og vigtige overvejelser i jeres stof. Jeg tror også, mange læsere er enige heri.

Desværre ser der ud til at være opstået en misforståelse, jeg gerne indledende vil korrigere: "Konklusionen", I hentyder til, tilhører forfatterne af reviewet, ikke mig, som I skriver flere gange i jeres kommentarer. Jeg har uddraget essensen af reviewet i en form for abstract (blå baggrund) og dertil bragt enkelte perspektiver i kommentarerne. I mine kommentarer er det dog korrekt, at jeg nævner nogle af de konklusioner, som forfatterne når frem til. Bl.a. at der nu er nogen evidens til fordel for massage til LBP. Herunder moderat på nogle områder. Jeg understreger dog også, at resultaterne skal tages med et vist forbehold idet evidensen nogle gange bygger på enkeltstudier - og at der følgelig er behov for yderligere forskning. Det er for mange let at se, at evidensen i dette review er noget tyndere end f.eks. evidensen for manuelle teknikker kombineret med øvelser til nakkebesvær (læs om dette i tidligere review i *Fysioterapeuten* nr. 17/05).

Lad mig her også gøre opmærksom på, at der er stor forskel på forskningsresultater/evidens og guidelines.

Det spændende ved at bringe cochrane nyhederne er jo netop, at det udfordrer vores kliniske ræsonnering. Jeg forsøger at afholde mig fra at komme med guidelines på baggrund af forskningsresultaterne, mens jeg dog samtidig perspektiverer reviewet med kliniske kommentarer og diskussion af resultaterne/evidensen samt mulige forskningsområder. Guidelines kræver en anden arbejdsgang. Herunder typisk et sammensat panel af eksperter på området. Her kan det også nævnes, at guidelines ikke er bedre end den evidens, de bygger på - og de enkelte eksperter erfaringer, holdninger og sundhedssyn. I bringer mange relevante kliniske overvejelser ind i valg/fravalg af massage. Denne diskussion er spændende og relevant for vores praksis - lad os håbe flere byder ind på baggrund af den forskning, der formidles. Men pas dog på med vidtrækkende konklusioner, som kan minde om guidelines. Man bør altid have en stor kritisk sans for guidelines fra enkeltperson(er). Dette kunne være et kritikpunkt fra mig til jeres kommentarer.

Vedrørende selve reviewet er det korrekt, at forfatterne kunne have inddraget flere interventionsstudier til lænderygsbesvær. Forfatterens søgestrategi har dog omhandlet massage som den ene interventionsform. Jeg tvivler på, I har fundet andre sådanne studier i samme tidsperiode, når panelets in- og eksklusionskriterier

anvendes? Vær desuden opmærksom på, at der ikke har været mulighed for metaanalyse i reviewet, hvilket hyppigt er tilfældet i reviews.

Jeres beskrivelser af begrænsninger i de inkluderede studiers kvalitet er (desværre) rammende. Det gælder også mange andre studier på lænderygområdet. Og lige så vel som guidelines ikke er bedre end den evidens, de bygger på (metaanalyser, reviews og enkeltstudier), så er reviews heller ikke bedre end de studier, de bygger på (og ikke bygger på). Andre kritikpunkter til massagereviewet kunne desuden være begrænsede effektmål og for kort follow-up på de fleste områder.

Noget helt andet er, at vi også må erkende, at evidensen for eksempelvis øvelser eller manipulation til LBP ikke er overvældende - selv om mængden af især øvelsesstudier er eksploderet (se tidligere review herom i Fysioterapeuten nr. 21/05). Kombinationen af massage og øvelser byder måske, potentielt, på positive resultater - vi ved ikke om enkelte patienter vil have særlig glæde heraf sammenlignet med andre interventioner. Desuden har enkelte patienter stærkt begrænsede muligheder for at være selvaktive. På nakkeområdet er der stærk evidens for en kombination af manuelle ledteknikker og øvelser. Et Cochrane panel er netop ved at udfærdige et review om massage til nakkebesvær, og det bliver spændende at se resultatet. Og det bliver også spændende at se, hvad "massage" betyder i dette review; er der tale om "klassisk" massage eller andre avancerede bløddelsteknikker.

I nævner subgruppeproblematikken, som jeg også i tidligere reviews har været inde på. Der kan jeg se, vi er meget enige. De fleste reviews på det spinale område siger desværre oftest noget om, hvorvidt en teknik er effektiv til et generelt problem (her lænderygbesvær). En grundig undersøgelse og diagnostik er altid vigtig som baggrund for behandlingen. Den kliniske tilgang, vi anvender i praksis, er ikke at tilbyde en modalitet, før vi har hele patienten med i billedet. Det er op til den enkelte læser at forholde sig kritisk til den evidens, der foreligger. Jeg håber, min og Fysioterapeutens udformning af artiklerne lægger op til dette. Og måske foranlediges nysgerrige læsere til at læse hele reviewet selv - måske også nogle af reviewets inkluderede studier.

Når jeg kommenterer, at bløddelsteknikker ikke umiddelbart ser ud til at kunne kastes ud med badevandet, så er det fordi jeg mener, at vi som klinikere må forholde os til, at det er en metode som ser ud til at have en vis effekt på enkelte områder. Det betyder jo ikke, at vi nødvendigvis vælger bløddelsteknikker som første valg, men måske bør vi overveje at have dem i baghånden (værktøjskassen). Vi skal i praksis altid forholde os til hele patienten, som ikke skal passificeres i en bestemt behandling uden fremgang. Men det gælder jo også endeløse manipulationer, ekstensioner (med eller uden

overpres, hips in eller off centre), fleksioner, side-glides, rotationer, stabilitetstræning og styrketræning m.v. - hvis det heller ikke virker til den pågældende patient. De fleste kan nok hurtigt blive enige om at f.eks. "massage" i sig selv sjældent vil være en komplet rygbehandling og ville være alt for passiv. Det er heller ikke alle patienter, der responderer positivt på gentagne bevægelser (som mekanisk set jo er "passive" mobiliseringer om end patientaktiverede).

Der er mange måder, en patient kan "passificeres" på; f.eks. en falsk forhåbning om en ineffektiv "aktiv" øvelse. Dette bringer helt andre diskussioner frem. Hvad er f.eks. vigtigst; om en behandling virker, eller om patienten skal være aktiv? Et andet kritikpunkt til jeres kommentarer kunne være, at I helt fravælger at se på potentielle anvendelsesmuligheder trods den moderate evidens, der nu er for massage - for eksempel i kombination med øvelser - om end blot på få vurderede outcomes.

Den kliniske ræsonneringsproces er central for vores valg og fravalg af interventioner. Den enkelte klinikers kundskaber omfatter bl.a. evidens som en del af vidensbanken. Mark Jones forsker i og beskæftiger sig meget med emnerne klinisk ræsonnering og evidensbaseret praksis og diskuterer det i en artikel, som jeg kan anbefale at læse (Jones 2004).

Indtil yderligere evidens foreligger (og også i fremtiden) må vi anvende den bedste evidens, vi har og kombinere det med klinikernes ekspertise og erfaringer samt patienternes præferencer. Der mangler i høj grad evidens på mange områder, ikke sandt? Og måske andre studiedesigns. Først af alt tror jeg dog, at diagnostikken er en af vejene frem til ordentlige interventionsstudier. Bl.a. Laslett's seneste arbejde ser jeg som en vigtig forskningsmæssig indfaldsvinkel til bedre klinisk diagnostik (Laslett et al 2005). Selv om der nok er tale om spæde skridt på vejen.

Jeg havde ventet nogle kommentarer til netop denne cochrane gennemgang omkring "massage" til LBP. Så er det jo ekstra dejligt at se så relevante kliniske overvejelser som netop I bringer. Lad os håbe, flere læsere byder ind og diskuterer den måde, vi kan/skal forholde os til foreliggende (og manglende) evidens på. Eller skal vi overhovedet forholde os til evidensen? Ja, med kritisk klinisk ræsonnering.

Vi ses til fagfestivalen!

Jones M, Balancing the Outcome of Research, IFOMT-congress 2004.
<http://www.muskuloskeletal.dk/sw5829.asp>

Laslett et al, Agreement between diagnoses reached by clinical examination and available reference standards: a prospective study of 216 patients with lumbopelvic pain, BMC Musculoskeletal Disorders, june 2005. ■

DET STÅR DER I AVISEN

Om fysioterapi og fysioterapeuter

(PLANER) Som man kan læse på side 8 i dette blad, står det ifølge en ny undersøgelse sløjt til med antallet af genoptræningsplaner over det meste af landet. *Dagbladet Skjern-Tarm* samt tre andre aviser i Ringkøbing amt har valgt den lokale vinkel: "Hoftepatienter i Ringkøbing Amt er i høj grad overladt til sig selv, når de forlader sygehusene". Kun to procent af patienterne med en hofte-nær fraktur får en plan for genoptræning, skriver aviserne, der har spurgt Danske Fysioterapeuters formand i region Midtjylland, *Tina Frank Johnsen*, hvad hun mener om den sag: "Alle patienter har ret til at få lavet en undersøgelse, der skal fastslå, om der er brug for genoptræning og i hvilket omfang. Og ser vi på de øvrige amter, så er det utroligt lavt antal i Ringkøbing Amt". Hoftepatienterne er en gruppe patienter, der fagligt set skønnes at have et stort behov for genoptræning, siger Tina Frank Johnsen, der derfor finder tallene i rapporten meget nedslående. "Vi vil derfor gerne være med til at gøre Region Midtjyllands amtspolitikere og regionspolitikere opmærksomme på problemet - det er dem, der har ansvaret for at sikre, at patienterne får den genoptræning, de har ret til og brug for", siger hun.

(MOTION) Hvor amterne således åbenbart har svært ved at leve op til deres ansvar, ser det ud til, at arbejdspladserne tager mere og mere ansvar for de ansattes sundhed. Det virker efterhånden, som om enhver dansk arbejdsplads tilbyder sundhedsordninger. I Høje-Taastrup Kommune for eksempel har de ansatte ikke længere nogen undskyldning for ikke at trække i træningstøjet. *Jyllands Posten* fortæller, at kommunen den 1. marts tændte for løbebåndene i tre sundhedscentre, hvor de ansatte ved siden af fitnessstræning får tilbudt fysioterapi, kiropraktik, massage og en diætist. "Sidste år kørte ordnin-

gen som et pilotprojekt for en gruppe af ansatte, og nu udvider vi ordningen til alle kommunens fire et halvt tusinde medarbejdere. Undersøgelser viste, at alle var begejstrede for ordningen, og samtidig faldt fraværet med omkring tre pct.", fortæller konsulent i Høje-Taastrup Byrådscenter, *Anette Zacho*.

(MERE MOTION) På Plejecentret Møllehøj er det også efterhånden svært at finde en undskyldning for ikke at motionere. *Dagbladet Køge* fortæller, at det snart er et år siden, at Plejecentret Møllehøj og Hedebo begyndte at sætte motionen i system og tilbyde medarbejderne gratis motion og vejledning af en fysioterapeut. Der er indrettet et motionsrum på Møllehøj med alskens motionsmaskiner, og her kan man komme til den daglige træning hos de to fysioterapeuter *Pouline Gringer* og *Susanne Sønderup*. Alle medarbejdere på Møllehøj og Hedebo kan bruge motionsrummet, lige så tosset de vil på alle tidspunkter af døgnet og alle dage. Så både pedellen og køkkenmedarbejderne sveder med. "Netop fordi motionen er på tværs af både hierarki, fagområde og hvilken afdeling, man arbejder på, skaber motionen et godt netværk mellem medarbejderne. Det er lækkert at organisationsplanen på den måde er væk. Selvom det er frivillig motion, ringer folk afbud til mig, hvis de er forkølede eller har ferie", fortæller Pouline Gringer.

(PRINS) På Fyn er det noget andet, der optager sindene i disse dage, hvor der tælles ned til kronprinsparrets ankomst til Odense den 21. april. Parret kommer får at åbne det nye sundhedsfaglige uddannelsescenter, og *Fyens Stiftstidende* spekulerer i en stort anlagt artikel over, om den lille Prins Christian også vil deltage i indvielsen og dermed kaste endnu mere royal glans over blandt andre de



fysioterapeutstuderende. "Om den lille prins kommer med, afhænger helt af, om Kronprinsessen stadig ammer til den tid. Gør hun det, er han med. Hvis hun ikke gør det, ved jeg ikke, hvad Kronprinsparret beslutter sig for, det er deres helt personlige afgørelse", siger kongelig informationschef *Lis M. Frederiksen*. Avisen er derfor gået i dybden og har foretaget sine egne udregninger: "Normalt ammer kvinder omkring et halvt år efter fødslen, og da Prins Christian blev født den 15. oktober, ligger tidspunktet for besøget i Odense lige omkring det halve år. Det kan derfor absolut ikke udelukkes, at Prins Christian er med, når Frederik og Mary kaster glans over byen. Det er næppe forkert gættet, at der i givet fald ud over den faste hofdame følger en barnepige med for at aflaste Kronprinsessen mest muligt", skriver avisen. Borgmester Jan Boye glæder sig på byens vegne og udtaler, at det er et vigtigt signal, at parret er interesseret i de mellemlange, videregående uddannelser.

Jonnas sider starter her



Rekvirer dit eksemplar på
www.proacademy.dk eller
 ring 4362 6243.

PROacademy.
 kursuskatalog
 2006

Kursuskatalog 2006

Et udsnit af nært forestående kurser!

A057 MEM Mobilisation Edema Method

Start tors 23. mar 2006 kl. 10:00-18:00
 Albertslund 2 dage

A122 Grunduddannelse i kommunikation NLP 2

Start ons 29. mar 2006 kl. 9:00- 16:30
 Valb 12 dage

A090 GYMSTICK

Start søn 2. apr 2006 kl. 10:00-15:00
 Slagelse 1 dag

A084 Pilates reformer

Start ons 5. apr 2006 kl. 17:00-20:00
 Albertslund 1 dag

A100 Aqua træning – RYG

Start lør 8. apr 2006 kl. 11:00-15:00
 Sjælland 1 dag

A023 Motion for ældre

Start søn 9. apr 2006 kl. 10:00-16:00
 Glostrup 1 dag

A055 Smerteproblemer i skulderen II

Start søn 9. apr 2006 kl. 10:00-17:00
 Århus 1 dag

A120 Grundlæggende coaching

Start man 10. apr 2006 kl. 09:00-16:00
 København 5 dage

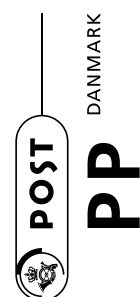
A060 Behandling af senerelateret skader i UE

Start ons 26. apr 2006 kl. 10:00-16:00
 København 1 dag

Se priser og mere information om kurserne
 samt den fulde kursusplan for 2006 på
www.proacademy.dk, hvor du kan down-
 loade hele kursuskataloget for 2006.

Tilmelding på www.proacademy.dk eller
 ring y362 62y3.

PROacademy.



Maskinel Magasinpost
 ID NR. 42137

Afsender:
 Postbox 7777
 7000 Fredericia

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