



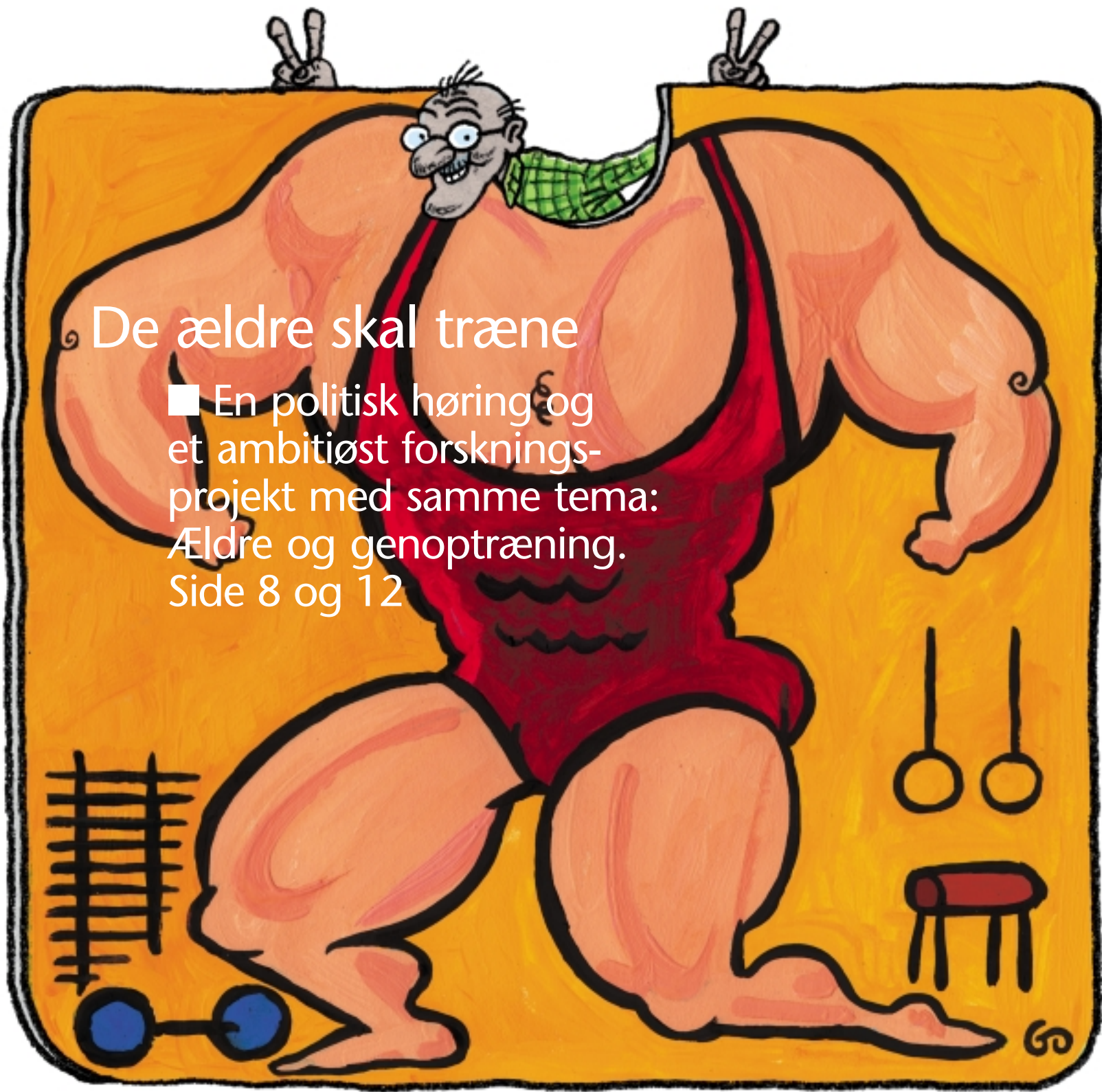
**Skønne spildte kræfter**  
I guidelines for behandling af skulder er der brugt mange ressourcer på en sørgelig konklusion. Side 6.

# Fysioterapeuten

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

## De ældre skal træne

■ En politisk høring og et ambitiøst forskningsprojekt med samme tema: Ældre og genoptræning. Side 8 og 12



### Artikler

#### Skønne spildte kræfter

Philadelphia Guidelines fandt kun evidens for behandling med ultralyd til tendinitis calcarea. Giver forskningen det sande billede af effekt af fysioterapi?

4

#### Lille indsats med stor effekt

Fysisk aktivitet spiller en vigtig rolle i forebyggelse af funktionstab i alderdommen. Derfor skal genoptræning og vedligeholdende træning opprioriteres. En reportage fra en høring i Teknologirådet.

8

#### Penge til forskning i genoptræning af ældre

Nyt, stort forskningsprojekt skal se på effekten af genoptræning af ældre. Både med hensyn til muskelstyrke, kondition og ikke mindst sundhedsøkonomi.

12

#### Uvidenhed koster patienter dyrt

Mange patienter risikerer at snyde sig selv for store summer, fordi de ikke er klar over, hvad deres ulykkesforsikring dækker – for eksempel behandling hos fysioterapeuten.

14

#### Et lille bitte ja

Med det knebne ja er der givet et signal til arbejdsgiverne om, at arbejdet med ny løn skal forløbe bedre, mener Johnny Kuhr.

18

#### Første hold professionsbachelorere ude nu

FOTO: PHILLIP ADRIAN



Den 29. april sprang de første professionsbachelorere i fysioterapi ud fra fysioterapeutskolen i København, lykønsket af skolens rektor Lis Bentzen.

Danske Fysioterapeuter ønsker tillykke.

### Det faste

Fysnyt	7
fysio.dk	15
DFnyt	16
Anmeldelse	21
Debat	22
Netdebat	27



**FORSIDE:**  
GITTE SKOV

**Udgiver:**  
Danske Fysioterapeuter  
Nørre Voldgade 90  
1358 København K

Telefon 33 13 82 11  
Redaktionens fax:  
33 13 01 77

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

**Redaktion:**  
Informationschef  
Mikael Mølgaard, ansv.red.  
mm@fysio.dk  
Faglig redaktør Vibeke Pilmark  
vp@fysio.dk  
Journalist Anne Guldager  
ag@fysio.dk  
Sekretær Jonna Søgaard Harup  
jsh@fysio.dk

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

**Forretnings- og stillingsannoncer:**  
Stibo Media  
33 14 16 77  
www.stibomedia.dk  
fysioterapeuten@stibomedia.dk

84. årgang.  
Kontrolleret oplag 8.834



Abonnement: 750 kr.  
Løssalg: 50 kr. pr. nummer

**Layout, repro og tryk:**  
elbo grafiske hus a/s

**Redaktionspanel:**  
Jytte Falmår  
Birte Carstensen  
Sine Secher Marcussen  
Lene Løchte  
Susanne Sternberg  
Iben Baadsgaard  
Susanne Petersen-Testrup  
Bodil Vassard  
Hanne Albert  
Hanne Morthorst  
John Verner  
Hans Henrik Kleinert  
Janne Mørch  
Christian Couppe  
Ulla Mulbjerg  
Minna Neagh  
Poul Henriksen

ISSN 1601-1465

## Ny løn har fået en chance mere

KTO's forhandlingsleder Poul Winckler blev kritiseret for at have et for stort smil på, da afstemningsresultatet blev offentliggjort i forligsinstitutionen den 30. maj. Måske var overenskomstresultatet ikke direkte noget at glæde sig over, men det var afstemningsresultatet til gengæld, idet det viste et lille ja med 51,9 procent stemmer for forliget.

En konflikt på så spinkelt et grundlag ville være en katastrofe og sandsynligvis splitte de faglige organisationer endnu mere, end tilfældet er nu, hvor frustrationen over sammenkædningen af afstemningen får mange til at overveje, hvordan forhandlingsfællesskabet skal se ud i fremtiden.

Et lille ja på hele KTO området er til gengæld en meget stærk markering til arbejdsgiverne om, at nu får I én chance til at leve op til intentionerne med den lokale løndannelse - at bruge den konstruktivt og målrettet til at udvikle den offentlige sektor. Vi forventer, at arbejdsgiverne møder til de lokale forhandlinger velforberedte og med mål og midler til at skabe den udvikling inden for sundhedsvæsenet, som vi alle gerne vil bidrage til, men som ikke kan skabes uden bedre vilkår for indsatsen.

På den anden side vil jeg gerne sige, at det også beror på os selv, om vi får noget ud af de kommende lokale lønforhandlinger. Det er vigtigt, at vi går helhjertet ind i opgaven om den lokale lønforhandling, hvad enten vi grundlæggende kan lide systemet eller ej, for derigennem at præge forhandlingerne i retning af åbenhed, saglighed og faglighed. Det står nu som en opgave for de enkelte lokale forhandlere, men også for foreningen centralt at uddanne og bakke op om de lokale tillidsrepræsentanter og løngrupper.

Når det gælder vores eget resultat, er jeg tilfreds med at, knap 78 procent har sagt ja til OK02. Det er en klar tilkendegivelse til forhandlingsudvalget og hovedbestyrelsen om tilfredshed med resultatet. Jeg er ikke i tvivl om, at tilfredsheden særligt knytter sig til resultatet af de specielle forhandlinger, hvor vi selv har haft den direkte indflydelse. Vi har her opnået et resultat, der ligger sig så tæt op af vores krav, som vi kunne have ønsket os.

Resultatet på det specielle område er et resultat af en god proces fra indsamling af krav til de konkrete forhandlinger. Det har været et konstruktivt arbejde med alle de implicerede, og jeg vil gerne benytte lejligheden til at sige alle tak for samarbejdet. Nu skal vi i have dagligdagen til at køre igen og med den nye overenskomst prøve at realisere de intentioner, vi har haft med forbedringer på lederområdet og de faglige advancementstillinger. Det har vi tre år til, og så skal vi igen tage bestik af udviklingen.



**Af Johnny Kuhr**  
formand for  
Danske  
Fysioterapeuter



# Skønne spildte kræfter

Philadelphia panelet har udviklet evidensbaserede retningslinier for behandling af "den smertende skulder".

Ekspertter fra flere forskellige fagområder blev sammensat med den hensigt at udvikle en struktureret og rigoristisk metodologi, der skulle danne grundlag for guidelines på området.

Fysioterapeuten har bedt fysioterapeut Torben Blendstrup referere og kommentere Philadelphia panelets guidelines på området. I de foregående to numre af Fysioterapeuten har andre fysioterapeuter kommenteret guidelines for ryg, nakke og knæ.

På [fysio.dk/nyheder/](http://fysio.dk/nyheder/) artikelbilag er der links til de originale artikler fra Physical Therapy.

*Philadelphia Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines on Selected Rehabilitation interventions for Shoulder Pain. Phys Ther. 2001;81:1719-1730.*

**(SKULDER)** Philadelphia Guidelines fandt kun evidens for behandling med ultralyd til tendinitis calcarea. Området er præget af dårlige studier, og man kan stille spørgsmål til, om forskningen og dermed guidelines giver det sande billede af effekt af fysioterapi

AF FYSIOTERAPEUT TORBEN BLENDSTRUP  
FOTO GEIR HAUURSSON

■ Philadelphia guidelines for behandling af skulderen er udviklet af en række eksperter. Formålet har været at udvikle evidensbaserede retningslinier for rehabiliteringsinterventioner (EBCPG) i behandlingen af skuldersmerter.

I kategorien skuldersmerter var diagnoserne: tendinitis calcarea, capsulitis, bursitis og ikke specificerede smerter.

Der blev undersøgt på effekten af ultralyd, termoterapi, TENS, massage, EMG-biofeedback, el-stimulation, øvelsesterapi og kombineret intervention.

Parametrene, der blev målt på, var funktionel status, smerte, arbejdsevne, livskvalitet, og patienttilfredshed.

Panelet fandt, at kun behandling med ultralyd til tendinitis calcarea havde stærk nok evidens til, at det kunne anbefales ved behandlinger fem gange ugentligt i to måneder. Efter 9 måneder er der dog ingen forskel på testgruppen og kontrolgruppen.

## BAGGRUND

Skuldersmerter er en hyppig årsag til besøg hos den praktiserende læge<sup>1</sup>. Europæiske undersøgel-

ser har vist 11:1000 har set deres praktiserende læge pga. skuldersmerter. 50% af disse henvises videre til fysioterapeutisk behandling<sup>2</sup>.

Der findes mange måder at behandle skuldersmerter på, men effekten af de mange tilbud kendes ikke<sup>3</sup>.

Fortolkningen af den forskning, der sker på området sløres af de vide inklusionskriterier og sammenblanding af forskellige smerteårsager. Målgruppen for Philadelphia guidelines er fysioterapeuter, ortopædkirurger, reumatologer, fysioterapeuter, praktiserende læger og neurologer.

## METODE

En detaljeret beskrivelse af metoden har tidligere været publiceret i Fysioterapeuten nr. 7. april, 2002.

Undersøgelser blev taget i betragtning, såfremt de var randomiserede, kontrollerede undersøgelser (RCT), ikke-randomiserede klinisk kontrollerede undersøgelser (CCT), case control eller kohorte studier, hvis de målte de relevante interventioner i en population.

Ud fra anbefalet søgestrategi fra "The Cochrane Collaboration"<sup>7</sup> og modifikationer fra "Hayes et al."<sup>8</sup> fandtes relevante undersøgelser. Der blev primært søgt i MEDLINE, EMBASE, Current Contents, CINAHL og the Cochrane Controlled Trials Register frem til juli 2001.

Endvidere blev eksperter kontaktes for yderligere undersøgelser.

To uafhængige personer gennemgik titler og abstrakts ud fra de på forhånd definerede kriterier, og relevante undersøgelser blev hentet hjem i fuldttekst version.

Data blev analyseret, og resultater inddelt i grupper (smerte, funktionel status etc.).

Anbefalingerne blev inddelt efter evidensniveau (I eller II) og efter evidens styrke (grad A, B, C og D). Grad A anbefaling skulle have en 15% forbedring ved behandling i forhold til kontrol gruppen (se tabel 1).

De endelige anbefalinger/guidelines blev sendt til 324 praktiserende fagpersoner med henblik på feedback i forhold til klinisk relevans.



**Tabel 1:**

*Details of Philadelphia Panel Classification System*

	Clinical Importance	Statistical Significance	Study Design
Grade A	> 15%	$P > .05$	RCT (single or meta-analysis)
Grade B	> 15%	$P > .05$	CCT or observational (single or meta-analysis), with a quality score of 3 or more the 5-point Jadad methodologic quality checklist. RCT or CCT or observational (single or meta-analysis)
Grade C+	> 15%	No significant	Any study design
Grade C	> 15%	Unimportant	Well designed RCT with > 100 patients
Grade D	> 0 % (favors control)		

## RESULTATER

Søgningen resulterede i 2496 artikler om skuldersmerte. Heraf blev 54 udvalgt til nærmere undersøgelse og kun 23 artikler levede op til panelets inklusionskriterier. 12 af disse blev dog ekskluderet pga. irrelevante resultater eller mangel på kontrolgruppe.

### Tendinitis Calcarea

Kun vedrørende ultralydsbehandling blev der fundet brugbare studier.

På baggrund af et RCT-studie (n=61)<sup>17</sup> med evidens niveau I, hvor der blev undersøgt ultralyd kontra placebo, fandtes evidens styrke grad A i forhold til smerte, funktion og livskvalitet (se tabel 2).

Philadelphia panelet anbefaler derfor kontinuerlig ultralydsbehandling 5 gange om ugen som kortsigtet smertelindring ved behandling af tendinitis calcarea.

*Behandlernes respons på anbefalingerne:*

76% af dem der svarede var enige i resultatet.

61% formodede deres kollegaer var enige.

81% ville rette sig efter anbefalingen.

### Ikke specificerede skuldersmerte

Ultralydsvirkning på ikke specificerede skuldersmerter ( capsulitis, bursitis, tendinitis).

To RCT-studier (n=40)<sup>20,21</sup> testede kontinuerlig ultralyd vs. placebo. Der kunne ikke påvises nogen effekt af ultralydsbehandlingen.

På parametrene smerte, livskvalitet og funktion fandtes undersøgelser, som ikke kunne vise nogen sikker effekt.

Panelet kan derfor ikke anbefale kontinuerlig/pulserende ultralyd, men vil heller ikke ekskludere behandlingen ved ikke specificerede skuldersmerter forårsaget af capsulitis, bursitis eller tendinitis.

**Tabel 2:**

*Master Grid of Shoulder Pain Guidelines*

	Cacific Tendinitis	Capsulitis, Bursitis, Tendinitis, Nonspecific Pain
Exercise	nd	√ ID
Therapeutic Ultrasound	√ A,I	√ C,I
TENS	nd	√ ID
Massage	nd	√ ID
Thermotherapy	nd	√ ID
EMG biofeedback	nd	nd
Electric stimulation	nd	nd
Combined rehabilitation intervention	nd	nd

*Nd= no data, ID= insufficient data, A= benefit demonstrated,*

*C= no benefit demonstrated, Level I= evidence from randomised controlled trials*

## INSUFFICIENT EVIDENS

### Øvelsesterapi

To ikke randomiserede klinisk kontrollerede studier (CCT) blev ekskluderet pga. nonvalide resultater<sup>1</sup> samt dårligt defineret diagnoser<sup>12</sup>.

1 RCT med øvelser vs. laser<sup>29</sup> gav bedre funktionel status iflg. Neers skulderscore. Varians var ikke beregnet, og data kunne derfor ikke analyseres.

Fleere undersøgelser blev ekskluderet pga. manglende kontrolgrupper<sup>30-33</sup>.

### Termoterapi

Man fandt et CCT-studie, som blev ekskluderet pga. irrelevante resultater (kun ROM)<sup>34</sup>.

### TENS

Man fandt et RCT, som blev ekskluderet<sup>16</sup>.





► **Massage**

Man fandt en undersøgelse, der blev ekskluderet<sup>16</sup>.

**EMG-Biofeedback**

Panelet fandt et studie, som blev ekskluderet pga. manglende kontrolgruppe. Studiet viste ellers, at EMG-Biofeedback havde god effekt ifht. traditionelle øvelser ved anterior skulderinstabilitet<sup>32</sup>.

**El-stimulation**

Der fandtes ingen studier på el-stimulation.

**DISKUSSION**

“The Philadelphia Panel” har foretaget en grundig og gennemgående litteratursøgning. Syv forskellige interventioner er blevet undersøgt, og kun en intervention (kontinuerlig ultralyd for tendinitis calcarea) har vist klinisk relevans.

Hele skulderområdet med forskellige behandlingsmetoder er kompleks<sup>38</sup>. Meget af den behandling, der gives, er bygget på et empirisk grundlag<sup>35-</sup>

<sup>37</sup> og hele området har behov for flere teoretisk stærke<sup>39,40</sup> og veldesignede undersøgelser<sup>41</sup>.

**Ultralyd**

Selv om der var et godt gennemført studie<sup>17</sup>, som viste god effekt af kontinuerlig ultralyd på tendinitis calcarea, fandtes der ikke grundlag for at anbefale ultralyd til ikke-specificerede skuldersmerter. Såvel “The Philadelphia Panel” og de guidelines, som er publiceret i British Medical Journal, er enige om, at der mangler evidens for ultralyds virkning.

**Øvelsesterapi, termoterapi, TENS, massage, elektrostimulation:**

Her var det ikke muligt at finde gode studier med relevante kliniske data. Der er et stort behov for yderligere forskning med veldesignede studier og gennemtænkte protokoller for at kunne måle effekten af disse behandlingstyper.

Specielt ved øvelsesterapi er det vigtigt at gøre sig klart, hvilke type øvelser/øvelseskoncept (MTT, PNF, elastiktræning m.m.) man vil måle, øvelsesintensitet, progression af behandling osv. Alt skal være veldefineret.

Det var derfor ikke muligt at anbefale nogen af disse interventioner til behandling af den ikke specificerede skuldersmerte.

Der kan konkluderes, at der findes evidens for at anbefale ultralyd som behandling til tendinitis calcarea.

Der er manglende evidens for at anbefale behandlingerne øvelsesterapi, massage, termoterapi, EMG-Biofeedback, el-stimulation og kombineret intervention ved behandling af ikke specificerede skuldersmerte i den daglige praksis.


Den største hindring i at måle effekt er manglen på velgennemførte studier. Fremtidig forskning bør i højere grad bygge på RCT-studier med placebo, adækvat randomisering, sammenlignelige patientgrupper, ligesom deres diagnoser skal være veldefinerede.

Også behandlingsformerne skal være bedre definerede med hensyn til øvelsesvalg, intensitet, progression eller frekvens, styrke etc.

**KOMMENTAR**

Det er med en vis undren, jeg læste “The Philadelphia Panels” store og flotte arbejde. Tænk at have brugt så mange ressourcer på en så sørgelig konklusion.

## ROHDÉ PRODUITS



ROHDÉ tilbyder (siden 1947)

<b>Rheumafin (CE)</b>	Paraffinblanding
<b>Massage Creme</b>	Standard/Anticeptisk Olivenolie/Citron
<b>Ultralyd Gel</b>	Dane-gel (CE)
<b>Sprit</b>	60% Badesprit 96% Hospitalssprit
<b>Papir</b>	Lejepapir Aftøringspapir Hovedlejepapir (løssark)
<b>Sæbe</b>	Håndcremesæbe u. Parfume Håndsæbe (Mild)

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

Er det virkelig fordi, der bliver lavet for meget "dårlig" forskning eller er inklusionskriterierne til disse meta-analyser ikke specielt velegnede til klinisk forskning?

Jeg er fuldstændig enig med panelet i, at undersøgelserne langt hen ad vejen skal være bedre definerede og specielt diagnoserne være mere enfyldige. Her er måske en af svaghederne i de refererede guidelines, idet de fleste af de diagnoser, de har valgt, er sekundær diagnoser til f.eks. impingement eller instabilitet. Vil man undersøge ultralyds effekt på f.eks. en bursit, er det for mig logisk, at hvis man udelukkende behandler bursitten og ikke årsagen, der kunne være impingement eller instabilitet, vil undersøgelsen vise ingen effekt. Men, hvis man kombinerer øvelsesterapi og ultralyd, hvilket må være den rigtige behandling, vil der altid blive stillet spørgsmålstejn ved, hvilken af interventionerne der giver effekt.

Det er derfor ikke nemt at lave klinisk forskning. Det kræver megen tid og et stort forarbejde, ligesom det vil tage lang tid at få en homogen behandlingsgruppe. Dette skal dog ikke være nogen hindring. Hvis vi som faggruppe vil overleve det traditionelle behandlingssystem, skal vi op af de stole, vi er vokset fast i, og i gang med at bevise hvad vi kan. Der skal efteruddannes/ansættes flere fysioterapeuter i forskningsøjemed og de bør være en del af alle sygehuse.

Egentlig er jeg ikke glad for "Guidelines". Det er farligt med disse færdigpakker, som kommer med standardløsninger til forskellige diagnoser. Risikoen er, at vi glemmer det, som fysioterapeuter er gode til: "undersøgelsen" og går direkte til behandlingen af diagnosen ud fra det skrevne. Dermed får vi ikke fanget de differentialdiagnoser, som den henvisende læge kan have overset.

Vores faglighed skal tage udgangspunkt i den enkelte patient med de individuelle, sociale, kulturelle m.v. aspekter, der ligger i det.

Dermed være ikke sagt at forskning ikke er vigtig. For de redskaber, vi så tager fra værktøjskassen, må der gerne være evidens for.

Lad denne artikelserie om "The Philadelphia Panel" være et opråb til alle. Se at komme i gang.

Der er udarbejdet en omfattende referenceliste til denne artikel. Listen kan downloades fra [fysio.dk/nyheder/artikelbilag](http://fysio.dk/nyheder/artikelbilag) ■

## Hovedpine

**(LITTERATURSTUDIE)** ■ Fysioterapeuterne Helena Niklasson og Jane Carlsson har undersøgt effekten af afspænding på spændingshovedpine. De har søgt artikler omhandlende RCT undersøgelser på Medline, Psychinfo, Cochrane og Cinahl. De fandt 15 studier, der opfyldte inklusionskriterierne. Forfatterne konkluderer, at der er moderat evidens for at afslapning har en positiv effekt og ingen evidens for, om der er forskel på afspændingsteknikker.

Avslappning vid huvudvärk av spänningstyp. Nordisk Fysioterapi, 2002;6:19-34.

## Psykiatri og psykosomatik

**(AFHANDLING)** ■ Fysioterapeut Amanda Lundvik Gyllensten afsluttede sin svenske doktorgrad på Lunds universitet med en afhandling om Body Awareness Therapy. Afhandlingen bygger på fem artikler, der har været publiceret i Scan Jour of Caring Sciences 13:217-25, Physiotherapy Research International 4(2):89-109, og Advances in Physiotherapy 2:157-167. To af artiklerne er endnu ikke publiceret.

## Fysisk træning som behandling

**(METABOLISK FITNESS)** ■ Øget fysisk aktivitet er et effektivt middel til forebyggelse af både type 2-diabetes og kardio-vaskulær sygdom. Professor Bengt Saltin og cand. scient. Henriette Pilegaard introducerer i en artikel fra Ugeskrift for Læger et nyt begreb "metabolisk fitness", der er en afgørende faktor, når det gælder om at reducere kredsløbslidelser og type 2-diabetes. Lægerne Torben Østergård, Sten Lund, Ole E. Schmitz og stud. med. Esben Buhl har i samme Ugeskrift beskrevet muskelfibertypernes betydning for de metaboliske forhold og dermed også for glukosemekanismen. Ugeskrift for Læger 2002; 164:2147-52, 2152-55 og 2156-62.

## Dokumentation for fysisk aktivitet

**(SUNDHEDSSTYRELSEN)** ■ Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse har nedsat en dokumentationsafdeling, der skal samle, skabe og formidle evidensbaseret forskning om fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet ses bredt og vil inddrage genoptræning af f.eks. KOL-patienter, claudicatio intermittens, rygpatienter. Professor, dr. med. Bengt Saltin, der skal være formand for dokumentationsafdelingen, udtaler til Ugeskrift for Læger 2002;164: at "der er lang vej fra de generelle anbefalinger om en halv times motion hver dag til egentlige behandlingsanvisninger".

## Plejens År

**(SUNDHEDSSEKTOR)** ■ Amtsrådsforeningen har sammen med H:S, Dansk Sygeplejeråd og Det Kommunale Kartel udnævnt år 2002 til Plejens år. Der skal sættes fokus på, hvordan plejen gøres bedre, arbejdspladserne bliver mere attraktive. Plejens år blev sat i gang med en konference d. 30. april. Man kan finde yderligere informationer om Plejens år på [www.susweb.dk](http://www.susweb.dk)



# Lille indsats med stor effekt

I 2040 vil andelen af danskere over 67 år være fordoblet, og de ældre vil udgøre 20 procent af den samlede befolkning. Dette vil få konsekvenser for social- og sundhedsområdet. Derfor har Folketinget nedsat et panel, der skal finde ud af, hvordan sundhedssystemet skal udvikle sig. Teknologirådet og Folketinget afholdt i april en høring med særligt fokus på sundhed, omsorg og forebyggelse. Anbefalingerne fra høringen var bl.a., at der skal sættes mere på genoptræning og forebyggende træning. Sundhedspersonalet skal uddannes til at klare ældresektorens udfordringer, og tilbuddene skal nuanceres og målrettes, så de tilgodeser både de svageste og de stærkeste af de ældre.

**(HØRING)** Fysisk aktivitet spiller en vigtig rolle i forebyggelse af funktionstab i alderdommen. Derfor skal genoptræning og vedligeholdende træning opprioriteres. En række eksperter har givet deres bud på, hvordan sundhedssystemet skal udvikles i de kommende år

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK  
FOTO TAMARA REYNOLDS

■ "Det er mig en gåde, at vi har den holdning, at vi gerne vil reparere på sygdomme og ikke genoptræne". Sådan sagde professor Bjørn Holstein på en høring om sundhed, omsorg og forebyggelse, der blev afholdt af Teknologirådet og Folketinget i april i år. Temaet for høringen var: "Det aldrende samfund: Sundhed, omsorg og forebyggelse".

En række eksperter var indbudt til at give deres bud på det aldrende samfund og konsekvenserne for ældreomsorg og sundhed. Et spørgepanel, der repræsenterede forskellige politiske partier, sørgede for at der blev stillet skarpt på væsentlige problemstillinger.

## LIVSSTIL VIGTIGERE END ALDER

Professor i geriatri, dr. med. Marianne Schroll havde i sit indlæg tre hovedbudskaber: Der er behov for sundhedsfremme i ældrebefolkningen, der skal sættes på en grundig sygdomsudredning og genoptræningsindsatsen skal intensiveres.

Der vil i fremtiden være en stadig større del af de ældre, der lever længere og har det godt, samtidig med at andelen af meget gamle og stærkt svækkede stiger.

Men det er først, når mennesker bliver over 90 år, at alderen har en afgørende betydning for helbredet, fortalte Marianne Schroll.

Den kronologiske alder betyder meget lidt, når det drejer sig om at få en vellykket aldring. Fravær af sygdom og den måde, man har levet sit liv på, har den største betydning.

Den sundhedsbølge, der præger debatten i disse år, vil få en positiv betydning for de ældres helbred og dermed deres funktionsevne oppe i årene. Selv om ændret livsstil betyder, at flere ældre bevarer funktionsniveauet i alderdommen, vil andelen af sygdomme være relativt større blandt de ældre generelt. Det vil stille større krav til sundhedssystemet og større behov for sygdomsudredning og behandling.



*De gamle er syge på grund af sygdom, ikke på grund af alder, sagde professor Bjørn Holstein blandt andet på Teknologirådets høring.*

Der vil ifølge Marianne Schroll være brug for individuel og målrettet sundhedsfremme blandt de ældre. Der skal sættes hurtigt ind med træningstilbud efter sygdom, og funktionsniveauet skal holdes ved lige med træning. At satse på sundhedsfremme blandt de raske ældre kan være en god investering, for et løft af de stærkeste ældre vil også betyde et løft af de svagere grupper.

## GENOPTRÆNING NYTTER

Sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme var overskriften i Bjørn Holsteins indlæg. Bjørn Holstein, der er professor i medicinsk sociologi var enig med Marianne Schroll i, at der er behov for en hurtig udredning og behandling af de ældres sygdomme, for, som han sagde, "de ældre kan ikke tåle at være syge ret længe".



## in ■ memoriam

Der er evidens for, at den forebyggende indsats nytter noget, og at en beskednen indsats på det rette tidspunkt kan medføre store resultater. "Selv om det er vigtigt at starte forebyggelse af sygdom og svækkelse tidligt, er det aldrig for sent at starte og gevinsten ved at træne er endda væsentligt større hos de ældste og svageste", sagde Bjørn Holstein.

Fysioterapeutisk og ergoterapeutisk genoptræning, de forebyggende hjemmebesøg og tandpleje er vigtige indsatsområder, mener Bjørn Holstein. Forebyggelse i svækkelse, dvs. den tertiære forebyggelse som faldforebyggelse og forebyggelse af bensår og dermed amputationer har en særlig betydning i alderdommen.

En optimal behandling af f.eks. depressioner, genoptræning efter sygdom, mental stimulering af demente og en hurtig indsats ved sår, har en betydning for livskvalitet og plejebehov hos de ældre", sagde Bjørn Holstein i sit oplæg, og understregede, at vedligeholdende træning og genoptræning har en alt for lav prioritet i Danmark.

### BEHOV FOR FAGLIG VIDEN

"Der er et stort og ikke erkendt behov for fagfolk inden for geriatrien", sagde Bjørn Holstein, som ligesom Marianne Schroll mener, at der er behov for en videreuddannelse af det personale, der tager sig af de ældre.

Hvis indsatsen over for de ældre skal blive bedre, er det også nødvendigt at skabe de rette vilkår for en målrettet, tværfaglig indsats. Marianne Schroll synes, at de gode indsatser på ældreområdet er præget af at det manglende samarbejde.

Hun savner læger på genoptræningscentre og mulighed for en grundig udredning hos specialister. Hun mener derfor, at de geriatrike afdelinger i højere grad skal stå for den grundige udredning og i mindre grad for selve rehabiliteringen, der bør foregå i de ældres nærmiljø i primærsektoren. Den praktiserende læge skal inddrages i de forebyggende hjemmebesøg og skal i højere grad samarbejde med hjemmeplejen. ▶

## Gertrud Roxendal

Med Gertrud Roxendals død den 3. april 2002 har ikke bare Sverige, men Norden mistet en af sine store fysioterapeuter.

Ved mødet med Gertrud Roxendal fik man kendskab til en fleksibel, nærværende og varm person, som altid kunne se ressourcerne både hos sine kursister og patienter.

Netop "mødet" var et af hendes fokusområder. Hvordan vi som fysioterapeuter må møde personen bag patienten - vi med viden om krop og bevægelse, og patienten med viden om egen krop og eget liv. For at god behandling kan opstå, må vi således mødes som ligeværdige parter.

De, som deltog i Gertrud Roxendals kurser, var ikke i tvivl om, hvad hun mente, for sådan var "mødet" med hende - man blev set som den person, man var.

I 70'erne udviklede Gertrud Roxendal behandlingssystemet Kroppskännedom (Body Awareness therapy) og forsvarede i 1985 sin doktorafhandling "Body Awareness therapy and the body awareness scale" om behandlingen og dertil hørende test.

Nogle få danske fysioterapeuter havde været på besøg i Sverige, og i 1984 kom en af de fysioterapeuter, som arbejdede sammen med Gertrud for at holde kursus her. Men først i 1989 efter at bogen "Et helhedsperspektiv - Fremtidens fysioterapi" var udkommet, blev Gertrud inviteret som foredragsholder til Psykiatrisk seminar. Siden da har der været mange kurser i metoden, og denne er nu også i Danmark ved at blive udbredt uden for psykiatrien.

Der er nu i Norden så megen forskning og fokus på Gertrud Roxendals arbejde, at dette ikke vil gå i stå med hendes død. Dette er især Gertruds egen fortjeneste, da hun altid var visionær og åben om sit arbejde. Hun mente, at metoden var udviklet til et vist punkt, men at der hele tiden ville komme nye synsvinkler, og at det var vigtigt for den enkelte terapeut at tilegne sig metoden ud fra egen person.

Gertrud Roxendal blev 70 år og led de sidste fem år af cerebral ataxi og havde derfor selv ingen kurser mere. Hendes vid og milde væsen vil blive savnet.

*Afdelingsfysioterapeut Jonna Jensen, Bispebjerg Hospital*



► Bjørn Holstein foreslog at man erstattede en del af plejetilbuddet med genoptræning. Han har mange eksempler på, at gamle ikke behandles ordentligt i sundhedssystemet, og at man fravælger et behandlings- og genoptræningstilbud under henvisning til alderen. "Men de gamle er syge på grund af en sygdom og ikke på grund af alderen", sagde Bjørn Holstein.

Marianne Schroll foreslog, at hjemmeplejen i højere grad skal satse på forebyggelse af nye funktionstab hos de ældre. "Hjemmehjælperne kan måske inddrages i den forebyggende træning under supervision af fysioterapeuter og ergoterapeuter.

### TRÆNING GØR UNG

Kan ældre træne sig yngre? Det var det spørgsmål, panelet havde stillet cand. scient. Lis Puggaard lektor ved institut for Idræt på Odense Universitet. Og svaret var: ja.

Flere studier i træning af ældre har vist meget store gevinster ved at træne også for de allerældste, og gevinsten er en større fysisk kapacitet og forbedret funktionsevne.

Fysisk aktivitet spiller derfor en vigtig rolle i forebyggelse af funktionstab, og det er ifølge Lis Puggaard helt oplagt at satse på dette.

"Godt halvdelen af de unge ældre mellem 60 og 75 år er fysisk aktive, men der er en stor gruppe, der ikke er aktive. Hvis vi skal have fat i de ældregrupper, der ikke umiddelbart har mulighed for at træne i de traditionelle rammer, skal vi måske lade aktiviteterne foregå i nærmiljøet, f.eks. i de lokale boligforeninger, festlokaler og på de tomme legepladser mellem boligblokkene", sagde Lis Puggaard.

Vilkårene for, at idrætsklubberne kan skabe tilbud til de ældre, skal også bedres, og der er behov for tilskudsordninger, der opmuntrer til en

øget indsats inden for ældreidræt. Når det drejer sig om træning af de svageste ældre, er der ifølge Lis Puggaard allerede flere steder tilbud, men f.eks. manglende muligheder for at få hjælp til transport afholder de ældre fra at udnytte det. Dette skal løses, hvis de ældre skal gøres mere aktive.

Kvalitet i træningstilbuddene er nødvendig, hvis træningen skal nytte noget. Lis Puggaard mener, der er behov for veluddannede instruktører med specialviden inden for træning af ældre.

### FOR LIDT OM TRÆNING I UDDANNELSEN

Lis Puggaard var inde på, at hjemmeplejen skal have en ny rolle som igangsætter af aktivitet, og at plejepersonalet i deres uddannelse skal lære mere om træning.

Lis Puggaard kritiserede både fysioterapeut- og ergoterapeutuddannelsen for ikke at vægte træningsaspektet højt nok, og at der er skåret for meget i timetallet inden for træning og træningslære.

Hun mener endvidere, at genoptræningsforløbene er alt for korte. "10 gange genoptræning er ikke nok. Det er spildt arbejde, for det tager måske 2-3 måneder før de ældre har så meget kropsbevidsthed, at de er parate til genoptræning", sagde Lis Puggaard.

Der er også behov for at træningseffekten vedligeholdes, når de ældre er kommet hjem. "De ældre fortsætter ikke selv med træningen, og det er derfor vigtigt, at der er et tilbud", sagde Lis Puggaard.

Bedre lokale træningsmuligheder, flere veluddannede ældreidrætsinstruktører og længere genoptræningsforløb var Lis Puggaards bud på en fremtidig indsats inden for træning og genoptræning af de ældre.

#### Fakta

I januar 2001 var der 698.872 danskere over 67 år. De ældre udgør 13% af befolkningen.

I 2040 forventes der at være 1,2 millioner. De ældre vil udgøre 20% af befolkningen.

Sundhedsudgifterne vil stige fra 78,5 milliarder i 1998 til 89 milliarder i 2035.

Udgifter til ældreomsorg er beregnet til at være 24,2 mia. kr. i 2001.

I 2040 er udgifterne til ældreomsorg beregnet til at være 42,2 mia. kr.

#### Fremtidspanel

Folketingets partier har udpeget 20 medlemmer til et Fremtidspanel. Panelet skal skabe et overblik over de problemstillinger, der opstår i fremtiden på ældreområdet. I forbindelse med panelets høring om pleje, omsorg og forebyggelse i alderdommen, havde man indbudt en række eksperter og politikere. Panelet skal på et senere tidspunkt nå til enighed om, hvilke udfordringer politikerne skal være opmærksomme på fremover. Afslutningsvis samles panelets anbefalinger og forslag i et fælles oplæg, der skal danne baggrund for politiske initiativer.

Læs om Teknologirådets fremtidspanel om demokrati og velfærd i Det aldrende samfund på [www.tekno.dk](http://www.tekno.dk)

## PAS PÅ DE SVAGESTE ÆLDRE

Sygeplejerske og cand. scient. soc. Jessy Hjort Hansen advarede mod at tro, at alle ældre er svage, fordi de mangler træning. "Vi har svært ved at acceptere, at gamle mennesker sidst i livet ikke kan klare sig selv og at de skal dø", sagde Jessy Hjort Hansen. "Det skal være tilladt at tale om den massive og vedvarende hjælp, disse gamle har brug for". I denne livsfase kan man ikke bruge det frie valg og de mange tilbud til noget. Her er der brug for behandling og omsorg".

De stærke ældre har efter Jessy Hjort Hansens mening fået skabt et forfejlet billede i medierne, om, at det vigtigste er at få gjort rent til tiden. Politikerne skal måske snarere fokusere på omsorg, tilstedeværelse og engagement i den pleje, der ydes til de svageste ældre. Der er brug for mere forskning og viden om pleje og omsorg af de svageste ældre, mener Jessy Hjort, og det skal være en forskning, praktikerne kan læne sig op af.

"Vi behøver ikke at fortælle de +65-årige, at de har brug for mere gymnastik. Måske var det bedre at koncentrere kræfterne om de specifikke pro-

blemstillinger, der er i den gruppe, der har svært ved at klare sig selv".

Jessy Hjort Hansen mener, at de svækkede ældre betaler prisen for det moderne samfunds dyrkelse af det uafhængige individs frihed til bevægelse og frie valg. For de svageste magter ikke disse valg.

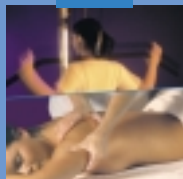
Jessy Hjort Hansen påpegede, at det kommunale behandlingstilbud er stærkt svingende. Hvis flere sygdomme skal behandles i primær sektoren, må man finde frem til samarbejdsmodeller, som giver borgerne adgang til faggrupper, der har behandlingskompetence, og der skal ske en kvalitetsudvikling af behandlingsmetoder og kompetencer i kommunerne.

## OPLÆG PÅ NETTET

Alle oplægsholdere på høringen havde indsendt et skriftligt oplæg. Nogle af disse oplæg kan man finde på [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk).

Samtlige oplægsholdernes skriftlige oplæg, og de spørgsmål, politikerne stillede under høringen bliver samlet i en høringsmappe og vil senere blive lagt ud på Teknologirådets hjemmeside [www.tekno.dk](http://www.tekno.dk) ■

TRÆNING  
& TERAPI



STYRKE

CARDIO

BALANCE

SMIDIGHED

BRIKSE

EL-TERAPI

UNDERVISNING

FORBRUGS-  
ARTIKLER

Concept Interest



Manuped arm- og bentræner

Så er den her!

Ny model af den klassiske Manuped arm- og bentræner. Forbedret kvalitet og funktion bl.a. radiusindstilling af såvel håndtag som pedaler.

Træning og terapi  
stand A1202

Hjælpe midler  
stand A1104



Helle Balsby-Christensen  
Konsulent Øst  
Tlf. 40 57 43 77

Allan Nørgaard  
Konsulent Vest  
Tlf. 40 57 43 71

Claus Dinesen  
Konsulent  
Tlf. 40 57 43 68

Torben Lund  
Konsulent  
Tlf. 22 23 38 04

Jørgen Vind  
Salgsassistent  
Tlf. 36 39 80 37



**KEBO CARE DEMA A/S**  
Jernholmen 41 • 2650 Hvidovre • Tlf. 36 39 80 00



# Penge til forskning i genoptræning af ældre

(FORSKNING) Nyt forskningsprojekt skal se på effekten af genoptræning af ældre. Både med hensyn til muskelstyrke, kondition og ikke mindst sundhedsøkonomi

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO PREBEN SØBORG

■ Budskabet om, at genoptræning - også af ældre - nytter noget, er efterhånden nået vidt omkring. Også til Socialministeriet, der nu har afsat 11,5 millioner kroner til et forskningsprojekt, der skal fremskaffe de mere præcise detaljer om, hvor meget og hvordan der skal trænes.

"Det er næsten, som om pengene er drattet ned fra himlen", siger en glad Lis Puggaard, lektor på Institut for Idræt på Syddansk Universitet i Odense (SDU) og tovholder for det kommende projekt. Godt nok kommer pengene ikke mere overraskende, end at hun selv har søgt dem, men det er sket på opfordring fra Socialministeriet.

Projektet, der skal løbe over fire år og også kommer til at involvere blandt andre fysioterapeuter, er i virkeligheden fem projekter.

Det første projekt skal følge ældre fra de bliver indlagt. De skal trænes fra dag 1 og følges et halvt år frem med en ekstra træningsindsats. Det optimale ville være, mener Lis Puggaard, hvis sygehuse-sets fysioterapeuter fulgte med den ældre tilbage i hjemmet, men kan det ikke lade sig gøre, skal der etableres en tæt kontakt mellem sygehuset og dem, der skal overtage træningen ude i kommunen og ligeledes til hjemmehjælpen. De ældre skal ikke slippes, før de er i gang med at træne selv, eventuelt på hold.

## TRÆNING I HJEMMET

Anden del af projektet skal opspore de ældre, der er så "uheldige", at de ikke har været syge, men har et behov for fysisk træning. Her skal praktiserende læge, eventuel hjemmehjælp og forebyggende hjemmebesøg på banen, forklarer Lis Puggaard.

De ældre, der har behov, eventuelt på grund af manglende lyst til at være sammen med andre, skal have tilbud om træning i hjemmet. En video



med øvelser til selvtræning er netop ved at blive testet i et pilotprojekt.

Heller ikke de selvtrænende ældre skal slippes - der skal følges op, og bliver de motiverede skal der tilbydes vedligeholdende træning på hold.

Projektets tredje del er at afprøve og udvikle simple test, som for eksempel hjemmehjælperen kan bruge til at identificere problemer omkring funktionsniveau.

"Hjemmehjælpere og andre uden det store kendskab til træning skal understøttes med en slags manual til træning af funktionsevnen i forbindelse med specifikke problemer", forklarer Lis Puggaard. Hun forestiller sig en "trappetrinsmodel", hvor indsatsen kan ske på forskellige trin og gradueres efterhånden.

"Det er vigtigt, at projektet kommer til at omfatte alle grupper af ældre, både de svage og supereliten. Der kommer flere og flere ældre, der har trænet i mange år. De skal ikke nødvendigvis have den samme træning som meget svage ældre - det er det, vi blandt andet skal finde ud af", forklarer Lis Puggaard.

På tværs af det hele skal der foregå sundhedsøkonomiske analyser: Over for hvilke grupper og i hvilke mængder er der størst effekt af genoptræningen, og er der grupper, det ud fra et sundhedsøkonomisk perspektiv ikke kan betale sig at genoptræne? Disse analyser udføres af Institut for Sundhedstjenesteforskning.

Endelig indeholder projektet også en humanistisk, kulturgerontologisk indfaldsvinkel, der skal give en kvalitativ vurdering af borgernes oplevelser med den intensiverede træning.

"Det kan jo være, de føler det er et overgreb - det ved vi jo ikke, siger Lis Puggaard.

### REHABILITERING I FOKUS

Lis Puggaard er tovholder på projektet, men hensigten er at få skabt et forskningsmiljø på instituttet, meget gerne med udenlandske forskere, forklarer hun.

At uddannelsen i klinisk biomekanik (kiropraktoruuddannelsen) har adresse samme sted betyder ikke, at der er kiropraktorer involveret endnu - lige så lidt som der er fysioterapeuter, men begge faggrupper er sandsynlige samarbejdspartnere.

I første omgang er det udelukkende træning og genoptræning, der er i fokus, men Lis Puggaard vil ikke udelukke, at der også skal kigges på andre dele af rehabiliteringen.

Projektet falder naturligt ind i en sammenhæng, hvor SDU til september udbyder en master i rehabilitering og har en master i gerontologi på tegnebrættet. Et kommende Center for Rehabilitering - også på SDU - lader desuden til at være inden for synsvidde. ■

Du kan nå  
Rehab 2002  
Pleje & Omsorg  
i Fredericia Messecenter  
på under 2 timer.

20.000m<sup>2</sup> udstillings-  
areal med over  
500 firmaer.

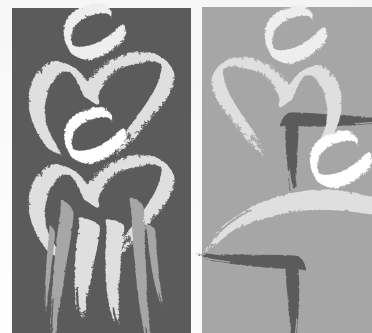
Konferencer, seminarer,  
workshops og emne-  
cafeer.

Der vises alt fra  
avanceret fagligt  
og teknisk udstyr til  
brugerens daglige  
nødvendigheder.

Messen er åben  
for alle dagligt fra 9-17  
- gratis adgang  
mod registrering.

Rekvirer  
adgangskort på  
fax 7581 4605,  
tlf. 7581 4088  
eller e-mail:  
info@forsorg-hospital.dk

## REHAB 2002 PLEJE & OMSORG



EQUAL OPPORTUNITIES

Nordeuropas største  
messe for hjælpemidler,  
pleje- og hospitalsartikler

Fredericia Messecenter  
14-15-16. maj 2002 . Daglig kl. 9-17

Få mere at vide på  
[www.forsorg-hospital.dk](http://www.forsorg-hospital.dk)

*Bevægelse og frihed*

Henrik Sillemann fik erstatning efter en idrætsskade. Men langt fra alle patienter er klar over, at ulykkesforsikringer ofte dækker udgifter til blandt andet fysioterapeutisk behandling. Det er vigtigt, at patienten får skaden anmeldt rettidigt, hvis der skulle blive tale om en méngrad efter skaden. På [fysio.dk](http://fysio.dk) kan du hente en tjekliste til patienter, der skal anmelde en skade.



## Uvidenhed koster patienter

AF THORKILD RASMUSSEN  
FOTO PHILLIP ADRIAN

■ Ikke alle, der får en skade, er klar over, at de har krav på erstatning fra deres ulykkesforsikring. Nogle ved for eksempel ikke, at de fleste selskaber dækker udgifterne til behandling hos fysioterapeut, når skaden er sket.

Der mangler især kendskab til en ny regel om, at skader ikke længere behøver at være „udefrakommende“, for at man kan få erstatning. Reglen betyder for eksempel, at en fodboldspiller, der vridder rundt og får en knæskade, er omfattet af ulykkesforsikringen. Og det samme er en kvinde, der ikke kan styre stillehælene til familiefesten og brækker anklen. Begge vil få erstatning, hvis de får varige mén af skaden.

Ifølge Mogens Dam, Klinik for Fysioterapi på Bülowsvej i København, gør man her meget ud af at spørge patienterne, om de har husket at melde en eventuel skade til deres forsikringsselskab. Og det er der mange, der ikke har.

„Meget hyppigt går der et lys op for folk. De har en ulykkesforsikring, men de ved ikke, at de er dækket i forhold til den skade, de har pådraget sig“, siger Mogens Dam og påpeger, at det især drejer sig om idrætsskader, skiskader og skader efter cykeluheld. Og altså også soloskader.

Når man på klinikken gør en dyd ud af at vejlede patienterne, er det primært fordi, det er vigtigt, at skaden er anmeldt rettidigt, hvis der skulle blive tale om en méngrad efter skaden. Sekundært er det for at sikre, at patienterne får dækket de behandlingsudgifter, de er berettiget til.

### IDRÆTSFOLK FIK LANG NÆSE

En ulykkesforsikring dækker personskader efter en ulykke. I forsikringsprog betyder det, at „personen ufrivilligt bliver ramt af en pludselig, udefrakommende hændelse“. Der har dog været stor utilfredshed med, at forsikringen kun dækkede ved udefrakom-



## dyrt

mende hændelser - altså hvis en anden person for eksempel skubbede. Mennesker, der af egen drift fik vridskader på arme og ben, typisk idrætsskader, fik en lang næse, for de var ikke dækket, selv om de fik varige mén af skaden. Og selv om de med god ret kunne hævde, at de var ramt af en ulykke.

Det er der nu lavet om på. Forsikringselskaberne har på det seneste blødt op på betingelserne efter en henstilling fra deres egen brancheorganisation. Når det drejer sig om skader på arme og ben, behøver der ikke længere at ligge en udefrakommende hændelse bag, for at man er dækket. Blot hændelsen er pludselig, og skaden påviselig.

Selskaberne behøver ikke at følge brancheorganisationens henstilling, men alle de selskaber, Fysioterapeuten har talt med, gør det. Enkelte går endda et skridt videre og lader skader i ryggen eller sågar på hele kroppen være undtaget fra bestemmelsen om det udefrakommende.

### TJEK FORSIKRINGSBETINGELSERNE

En ulykkesforsikring dækker typisk ved tandskade, død og ved varige mén på 5 procent eller derover (invaliditet). Men mange selskaber dækker altså også udgifter til nødvendig behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor, hvis personen har en skade, som er omfattet af ulykkesforsikringen. Om, og hvor længe, behandling er nødvendig, afgøres normalt af læge og/eller fysioterapeut i samarbejde med forsikringselskabet. I de fleste tilfælde får man betalt behandling, indtil ens tilstand er *stationær*, dvs, at man ikke kan blive væsentlig bedre. Herefter bliver det afgjort, hvor store varige mén, man måtte have efter skaden. De fleste selskaber har dog sat et loft over, hvor meget, og/eller hvor længe, de vil dække behandlingsudgifter.

Normalt blander forsikringselskaberne sig ikke i, hvilke typer behandling patienter får hos fysio-

## Trunkusstabilisering som basis for rehabilitering

**(INTERVIEW)** ■ Fysioterapeut Lotte Paarup var en af de første der henvendte sig til redaktionen på baggrund af Birte Carstensens artikel om trunkusstabilisering. I et debatindlæg på fysio.dk skrev Lotte Paarup, at hun i flere år havde integreret viden om trunkusstabilisering i sit arbejde med rehabilitering. Hun underviser i kurser i træning og rehabilitering, og også i denne forbindelse indrager Lotte Paarup stabilitetstræning. Klik ind på [fysio.dk/nyheder/e-mailinterview](http://fysio.dk/nyheder/e-mailinterview) og læs et interview med Lotte Paarup.

## Hvad er der sket de seneste 48 timer

**(OPDATERINGER)** ■ Få et hurtigt overblik over, hvad der er sket på fysio.dk de sidste par døgn. Med et enkelt klik listes de seneste opdateringer op i en overskuelig form. Der vil på undersiderne Servicecenter, Løn og Ansættelse, Privat og Praksis, Uddannelse, Udvikling og forskning være placeret et tilsvarende link. Klikkes for eksempel på linket under Løn og Ansættelse, åbnes en kronologisk oversigt over de seneste opdateringer under Løn og Ansættelse. "Knappen" med de sidste opdateringer finder du til højre, over for søgefeltet.

## Top 10 nyheder

**(STATISTIK)** ■ Klik ind på [fysio.dk/nyheder](http://fysio.dk/nyheder) og se, hvilke nyheder der er de meste populære og læste. I marts/april var det artiklen "En sammenligning af Bobath konceptet og Motor Relearning Programme", der havde flest besøg. I alt 548 gange er artiklen blevet læst. Gisela Rolfs artikel "Neurodynamik giver ny behandlingsmuligheder" er stadig den til dato mest læste nyhed på fysio.dk. Nyheden er læst 1000 gange, og artiklen på engelsk "The puzzle of pain, loss of mobility, evasive movements og and selfmanagement" er downloadet i over 1500 eksemplarer.

## Hvor søger man penge til forskning?

**(FONDE OG LEGATER)** ■ Der findes et hav af fonde og legater, der støtter uddannelse og forskning. Det er nødvendigt at være omhyggelig, når man udvælger, hvilke man vil søge. På [fysio.dk/forskning](http://fysio.dk/forskning) kan du få et overblik over søgemulighederne. Hvis du kender til andre relevante søgemuligheder, kan du hjælpe os med at udvikle siden. Skriv til [mgo@fysio.dk](mailto:mgo@fysio.dk)

## Uddeling af midler fra Praksisfonden

■ I henhold til Landsoverenskomsten mellem Danske Fysioterapeuter og Sygesikringens Forhandlingsudvalg, §34 A, uddeles der nu fondsmidler for første halvår 2002.

Ansøgninger om støtte fra Fonden til fremme af fysioterapeutisk forskning, uddannelse, information m.v. skal være sekretariatet i hænde senest d.1. juni 2002.

Fonden kan yde støtte til: forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter med relevans for praksissektoren; kvalitetsudviklingskurser; efter- og videreuddannelseskurser, som kvalificerer praktiserende fysioterapeuter til deltagelse i forskningsprojekter; projektarbejde, der kan danne basis for evidensbaseret fysioterapi i praksis; på et højere teoretisk og praktisk grundlag at kunne undervise og supervisere fysioterapeuter inden for fagets udøvelse. Ansøgerne kan forvente svar medio juli. Ansøgningskema og yderligere oplysninger kan fås ved henvendelse til Amdrårdsforeningen, Ronnie Eriksson, roe@arf.dk tlf. 3529 8100, eller DF, Petra Kernel, pk@fysio.dk, tlf. 3313 8211. Skemaet kan også hentes på DF's hjemmeside [www.fysio.dk/privat](http://www.fysio.dk/privat) og praksis.

## Faget i forandring – en vejledning fra DF



■ Den traditionelle faggrænsetænkning bliver i øjeblikket kraftigt udfordret. Det tværfaglige samarbejde skal optimeres, men hvem er det så lige, der har de bedste kompetencer til hvilke opgaver?

Fysioterapeuterne vil gerne kunne både takle og præge de igangværende og kommende diskussioner i sygehusvæsenet om, hvilke faggrupper der bedst kan og skal varetage de mangeartede opgaver, som skal løses, når patienten sættes i fokus. For at støtte fysioterapeuterne i denne proces har Danske Fysioterapeuter udarbejdet en ny vejledning. Der er vægtet såvel den faglige som den organisatoriske tilgang med henblik på

både at hjælpe konkret og at sætte en debat i gang.

Det gennemgående budskab er, at fysioterapeuter ikke skal udføre plejeopgaver - men byde ind med genoptræning, der kan reducere patienternes plejebestand. Det er den fysioterapeutiske handlegkompetence, der skal i spil. Vejledningen beskriver:

Faglige kompetencer og fysioterapifagets grænser - med konkrete bud på fagets kerneområder og mulige områder.

Processen - hvordan planlægges et forløb, der kan føre til den ønskede ændring.

Organisatoriske tiltag i forbindelse med ændring af arbejdsopgaverne. Her er bud på relevante diskussioner og beslutninger, der kan understøtte processen.

Danske Fysioterapeuters politik i forhold til optimering af patientforløb.

Vejledningen supplerer den tidligere udarbejdede pjese "Omorganisering - en vejledning fra Danske Fysioterapeuter". Begge vejledninger kan ses på [www.fysio.dk/Løn](http://www.fysio.dk/Løn) og [ansættelse/ABC/Forhold](http://www.fysio.dk/ansættelse) under ansættelsen/Omstrukturering eller rekvireres i sekretariatet.

► rapeuten, hvis først de er henvist. Jes Christiansen fra Forsikringsoplysningen råder dog til, at patienterne altid får en klar aftale med forsikringsselskabet om, hvad man vil dække, og hvor længe. For eksempel også hvis patienten har brug for noget ud over den normale behandling.

Hvis patienter ikke vil risikere at punge unødigt ud til behandling, skal de tjekke betingelserne i ulykkesforsikringen. Her står det nemlig udtrykkeligt, om deres selskab dækker behandlingsudgifter.

## CASE:

# 1 stk. korsbånd: 100.000 kr.

Den nu 32-årige Henrik Sillemann fra København var i gang med fodboldtræningen på grusbane, da det for tre år siden gik galt. Den daværende 1. divisions-spiller følte det, som om spilleren bagved tog benet på ham, men der var ingen, der tacklede. Det var blot reaktionen på, at forreste korsbånd blev revet over.

I dag er Henrik Sillemann en fodboldkarriere fattigere pga. skaden. Han er til gengæld 100.000 kr. rigere efter at være tilkendt erstatning for varige mén på fem procent. Til at begynde med var han dog slet ikke klar over, at han kunne få erstatning for sådan en skade. Først da fysioterapeut Flemming Enoch opfordrede ham til at undersøge det nærmere, viste det sig, at den kollektive ulykkesforsikring i hans glarmesterfirma ville dække. Senere erfarede han ovenikøbet, at fodboldklubben også har en kollektiv ordning, og derfor kunne han inkassere to gange 50.000 kr. i erstatning.

"Jeg havde ikke lige tænkt over, at ulykkesforsikringen ville dække sådan en skade. Jeg tænkte sådan på det, at det jo havde været min egen skyld", forklarer Henrik Sillemann, som har måttet opgive at komme tilbage på grønsværen.

Lige inden han skulle have lavet sin korsbåndskonstruktion, vrakkede han rundt, så menisken gik løs. Den blev sat fast, men rykkede sig siden løs igen under genoptræningen - og blev atter sat fast. Rekonstruktionen af korsbåndet er forløbet fint, men alligevel tør han ikke spille fodbold længere. Sidste år forsøgte han sig på et lavere niveau, men fik en utvetydig advarsel, da han igen vrakkede rundt på knæet. Uden at der dog skete noget ved det.

# Skriv bedre stillingsannoncer

Ingen er fuldkommen. Heller ikke til at skrive stillingsannoncer, men de fleste kan blive meget bedre til det. Og man behøver ikke tage det store kørekort som tekstforfatter for at skrive gode stillingsannoncer. På en eftermiddag kan du lære meget.

På **Fysioterapeuten** og **Stibo Media**s seminarer i Århus og København fortæller Mogens Løj, hvordan du skriver bedre stillingsannoncer nemmere.

## På seminaret lærer du

- Hvilke elementer består en annonce af?
- Hvad gør en tekst let/svær at læse?
- Hvad kræver vi af den gode tekst?
- Hvorfor skriver vi så besværligt og kedeligt?
- Hvordan gør man en tekst dragende, uden at den bliver smart?
- Hvordan bygges en stillingsannonce op?
- Hvordan reducerer man teksten med 20%?
- Hvordan skabe balance mellem vi og du?
- Hvordan skrive præcist og relevant?

## Du lærer at skrive **anderledes** – at skrive, så jeres annonce får sin **egen tone**

### Foredragsholder

Mogens Løj har i mange år undervist i skriftlig kommunikation for privat og offentligt ansatte. Sygeplejersker og læger har han undervist i patientkommunikation og stillingsannoncering.

**Sted** **Århus** · 3. juni 2002 · CCI Europe · Axel Kiersvej 11 · 8270 Højbjerg  
**København** · 4. juni 2002 · SAS Radisson · Amager Boulevard 30 · 2300 København S

**Tid** Begge dage kl. 12-17

**Pris** kr. 249,- ekskl. moms

*Der har været stor efterspørgsel efter dette seminar, så hurtig tilmelding tilrådes.*

### Tilmelding

**Århus**

**København**

Firma/Institution \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tlf. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Seneste tilmelding den 17. maj 2002

Send kuponen til Stibo Media, Søren Nymarks Vej 1, 8270 Højbjerg, mrk. »seminar«  
eller tilmeld dig på seminar@stibomedia.dk, eller fax 89 39 88 99



# Et lille bitte JA



**(URAFSTEMNING)** Med det kun knebne ja er der givet et signal til arbejdsgiverne om, at arbejdet med ny løn skal forløbe bedre, mener formand for Danske Fysioterapeuter, Johnny Kuhr

**AF** JOURNALIST ANNE GULDAGER  
**FOTO** MIKE KOLLÖFFEL, MICHAEL BO RASMUSSEN OG NIELS NYHOLM

■ Selvom både jungletrommer, arbejdsmarkedsforskere og flere medier havde spået, at overenskomstafstemningen ville ende med "et lille nej" og dermed en konflikt, blev resultatet et ja - men ordet "lille" holder.

51,9 procent stemte Ja, og 48,1 procent stemte nej. Af de i alt 650.000 ansatte i amter og kommuner havde 45,8 procent afgivet en stemme.

Blandt DF's medlemmer var resultatet mere overbevisende med 77,8 procent ja-stemmer og 21,5 procent nej-stemmer. Stemmeprocenten var her 57,4 procent.

Hos sygeplejerskerne var resultatet omtrent modsat med 73,8 procent nej-stemmer og kun 26,2 procent ja-stemmer. I det øvrige Sundhedskartel fordeler stemmerne sig omtrent som hos DF.

I Danmarks Lærerforening stemte ikke færre end 94,5 procent af foreningens medlemmer nej, mens der blandt pædagogerne var flertal for et ja med 56,7 procent ja-stemmer.

## TILFREDS MEN BETÆNKELIG FORMAND

Danske Fysioterapeuters forhandlingsudvalg og hovedbestyrelse havde anbefalet et ja til overenskomsten, og formand Johnny Kuhr hilser i dét lys resultatet velkomment, men tilføjer, at det samlede resultat med kun 51,9 procent ja-stemmer er et klart signal til arbejdsgiverne.

"Et knebent nej havde været et for tyndt grundlag at gå i konflikt på, så jeg er glad for resultatet. Men det lille ja er et signal om, at vi ikke går ind i det her uden betæneligheder. For arbejdsgiverne ligger der en opgave med at få arbejdet med ny løn til at fungere meget bedre i den næste overenskomstperiode", siger Johnny Kuhr.

Selvom det rent fysioterapeutiske ja er mere overbevisende end det samlede resultat, vokser træerne ikke ind i himlen, mener han.

"Jeg tror, det skal tages som udtryk for, at der blandt fysioterapeuterne har været en pragmatisk, realistisk indstilling til, hvad der har kunnet lade sig gøre, og at resultatet af de specielle forhandlinger ikke er så dårligt. Men det skal ikke tages som udtryk for vild jubel'.

Johnny Kuhr tilføjer, at ikke kun arbejdsgiverne har en forpligtelse til at få ny løn til at fungere.

"Det samme signal skal sendes til vore egne medlemmer. Nu har vi en ny, treårig periode med ny løn. Hvis både vi og arbejdsgiverne går helhjertet ind i det, så tror jeg på, at vi også kommer til at se nogle resultater".

Fagbladet var i foråret på en mindre danmarksturné for at spørge forskellige grupper af offentligt ansatte fysioterapeuter om deres krav og forventninger til en ny overenskomst. Turen gik dengang til Rigshospitalet, til Sygehus Fyn i Ringe og til Hirtshals Kommune.

Men hvordan gik det så? Blev kravene indfriet og forventningerne opfyldt. Stemte de ja eller nej?

## DER KOM ET BARN I VEJEN



"Jeg kan ikke fortælle, hvad jeg har stemt, for jeg nåede ikke at stemme, fordi jeg fødte. Men jeg ville have stemt blankt", siger afdelingsfysioterapeut på Rigshospitalet, Regitze Visby.

Da Fysioterapeuten talte med hende første gang i sommeren 2001 lagde hun vægt på, at OK02 ikke måtte rumme mere frihed, hvis ikke der fulgte mere personale med. Det står hun fast ved – også som småbørnsmor.

"Jeg synes også afdelingsfysioterapeuterne er blevet solgt ved denne overenskomst. Alle andre får forbedringerne med fuldt gennemslag, men ikke afdelingsfysioterapeuterne. Nu ryger både instruktionsfysioterapeuterne, de små ledere og de nye faglige advancementsstillinger forbi os. Der er fint nok, hvis det sker i kraft af kvalifikations- og funktionsløn - ikke på den overenskomstmæssige løn. Men det er ikke værd at konflikte på".

Skal Regitze Visby alligevel glæde sig over noget, er det, at det lykkedes at få arbejdsgivernes krav om, hvor meget der skulle afsættes til ny løn, forhandlet ned.

### DET VILLE IKKE HJÆLPE AT STEMME NEJ



”Jeg stemte ja, men kun fordi jeg ikke tror, det ville nytte noget at stemme nej”.

Elizabeth Heindorff, fysioterapeut på Rigshospitalet, vil også fremover have meget svært ved at stemme uforbe-

holdent ja til en overenskomst, så længe ny løn er en del af den.

”Men det er skønt med mere frihed”, siger hun og følger derfor samme spor som sidst, hun talte med Fysioterapeuten: Friheden er vigtigst.

Dengang var hendes holdning, at en ny overenskomst hellere måtte løfte hele gruppen lidt end lederne meget. I dag, hvor hun kan se, at pendulet er svinget ud til fordel for lederne, mener hun at der må kunne stilles nogle modkrav: ”Vores ledere er ikke altid særlig skrappe til at være ledere. Vi må kunne stille nogle uddannelseskra-  
v til dem. Det er uddannelse, der bliver krævet af os, når vi vil have mere i løn”.

### GODT UDVIKLINGEN BLEV BREMSET



”Med den 6. uge er det ved at være rigtig godt”. Sådan sagde Joan Kjær, fysioterapeut i Hirtshals Kommune, da Fysioterapeuten var på besøg sidste sommer.

Og hun mener det stadigvæk: ”Det med ferien var meget vigtigt for mig, og det at vores gruppe så ikke er blevet lønmæssigt tilgodeset, må der gøres noget ved en anden gang”.

Joan Kjær er desuden glad for, at det ikke lykkedes arbejdsgiverne at få mere puttet i posen til ny løn. ”Det er godt, der er blevet bremset op for udviklingen i ny løn, så jeg stemmer ja”, lyder det fra Hirtshals.

### VI KAN IKKE LØBE STÆRKERE



”Jeg har stemt nej. Det ender altid med noget med mere ferie og ikke meget mere i løn – det kan ikke blive ved med at gå den vej, mener fysioterapeut Kirsten Laumand, Sygehus Fyn Ringe.

”At give os mere ferie uden kompensation forbedrer ikke vores arbejdsmiljø og arbejdsvilkår - tværtimod”.

Heller ikke i tillidsrepræsentanternes vilkår kan Kirsten Laumand få øje på de ønskede forbedrin-





**NYHED** **VELA UNI-21**

Arbejdsstolen er en avanceret kontorstol, der er helt stabil under ud- og indstigning.

- Nu med 10 cm. **store forhjul** og sporkuglelejer.
- Mere **friplads** mellem forhjul.
- Understel og hjul i **bløde kurver** skåner både ben og fodtøj.
- **Selvspærende** armlæn.
- Nyhed: **Intervalregulering** betyder at samme stol dækker siddehøjde 40-67 cm.







Vermund Larsen A/S  
Gøteborgvej 12 · 9200 Aalborg SV  
Tel. 96 34 76 00  
www.vela.dk

PLADS TIL VELVÆRE



- ger. "Det er noget, der skal aftales lokalt, og sådan har det jo hele tiden været – det er der ikke nogen forbedringer i. Rammeaftaler kan ikke bruges til noget", mener hun.

#### LAVERE REALLØN

"Jeg har stemt nej".

Vivi Toftegaard Pedersen, sygehus Fys Ringe, kan ikke pege på en anden fordeling af pengene, der kunne have fået hende til at stemme ja – rammen er simpelthen for lille, mener hun.

"Jeg tror ikke på, at en lønstigning på 5,55 procent overhovedet vil vise sig at være en realløns-



fremgang, snarere det modsatte".

Feriedagene er Vivi Vestergaard godt tilfreds med, og der er også mange gode resultater i det specielle forlig, mener hun.

"Det med de faglige advancementsstillinger er rigtig godt, men det opvejer ikke det andet". ■



## **DICTUS**®

— The Dictus Band —

**Dictusbandagen**, løfter foden straks efter toeoff. Hvilket mindsker risikoen for at falde over dørtrin og tæpper.

**Dictusbandagen**, fylder ikke i skoen, er diskret og let at tage på.





## En god og nødvendig bog

Kirkengen er praktiserende læge, bosat i Norge.

”Inscribed Bodies” er bogudgaven af Kirkengens doktorafhandling ”Embodiment og sexual boundary violations in childhood” fra 1998. Bogen er opbygget som afhandling, hvilket bl.a. indebærer afsnit om metodologiske og etiske overvejelser, analysegrundlag etc., hvilket legitimerer undersøgelsen, så den holder videnskabeligt mål.

Kirkengens arbejde er udsprunget af erfaring for, at mange overvejende kvindelige patienters helbredsproblemer er knyttet til seksuelle overgreb i barndommen, samt at disse socialt fortiede erfaringer sjældent kommer frem i samtaler, men derimod i form af sygdomme og symptomer. Ifølge Kirkengen skyldes det langt overvejende en begrænset og begrænsende biomedicinsk, naturvidenskabelig forståelse af kroppen sammen med en berøringsangst hos lægen (behandlerne) i forhold til at spørge direkte eller stille mere uddybende spørgsmål.

Den biomedicinske forståelsesramme er endvidere begrænsende for forståelse i et større perspektiv, idet den fordrer sammenhæng mellem patienternes gener og den eksakte anatomiske viden, som knytter sig til disse. De spor, symptomer, krænkelserne har efterladt, må forstås i en bredere forståelsesramme, hvor de mellem menneskelige relationer kan rummes.

Bogen omhandler en undersøgelse af 34 personer mellem 17 og 70 år, heraf 30 kvinder, som alle var bevidste om seksuelle krænkelser. Formålet med undersøgelsen var overordnet at blive bedre til at opdage og nå en dybere forståelse af den individuelle proces fra overgreb til helbredsproblem samt kaste lys over, hvordan den medicinske verden tackler disse problemstillinger.

Bogen indledes med en beskrivelse af den teoretiske referenceramme for undersøgelsen og efterfølges af interviews, som er udførligt beskrevet og gennemdiskuteret med henvisning til teoretiske referencer.

Bogens teoretiske referenceramme er fænomenologisk, hvor mennesket betragtes som et meningsskabende og fortolkende subjekt og kroppen som integreret livserfaring, og hvor kropslige udtryk er sande udtalte budskaber for, i denne sammenhæng fortiede, unævnelige oplevelser.

Interviewene viste, at de erfaringer, som knyttede sig til overgreb, sygdom og behandling kunne grupperes i syv temaer, som kunne genfindes i alle interviews. I tillæg til disse fælles mønstre - generelle temaer - knytter sig også individuelle mønstre/temaer om overgrebserfaringerne.

For at nævne et par af de omtalte temaer kan nævnes, at følgerne efter misbrug kan blive, at barnet/den voksne får en fuldstændig forstyrret oplevelsesverden, i yderste konsekvens kan blive betragtet som psykotisk/hallucineret, hvor der i bund og grund er tale om reaktivering af bortgemte virkelige erfaringer, eller der kan være tale om ”uforklarlige – ikke målelige” symptomer, som kan være livsnødvendige fraspaltninger af sanser, for at kunne holde overgrebene ud. Endelig er der fænomenet dissociative reaktioner, som også kan betragtes som en tilpasning til eller et værn mod overgreb.

For alle eksempler gælder, at de findes inden for den naturvidenskabelige diagnosticeringsterminologi og derfor nemt kan blive brugt i diagnoseretning fremfor som et forståeligt udtryk for erfaringer af indgribende karakter.

Ved at sammenholde teori afsnitene med interviewdelen står det lysende klart, at livshistorien skal inddrages for at kunne begribe det menneske, man står overfor, samt at det ligeledes er vigtigt, at man vover at være empatisk direkte i sin forhold til sig.

Det er en vældig god og nødvendig bog; den er meget tankevækkende, idet den kaster lys over noget meget centralt, nemlig den konkrete kommunikerende krop. Den er afgrænset til at omfatte helbredstilstanden i forhold til seksuel overgrebserfaring, men kan principielt bredes ud til at kunne omfatte overgreb i en langt bredere definition. Det er vel illusorisk at tro, at kun nogle og ikke alle belastende hændelser sætter dybe og alvorlige kropslige spor.

Bogen har imidlertid også et par achilleshæle, idet der kan være en risiko for, at alle symptomer ureflekteret søges forstået i relation til seksuelle overgreb.

Endvidere tolker Kirkengen sine fund ud fra samfundsfag og filosofi, og det kunne være ønskeligt om psykologiske teorier også havde været inddraget. Der tages således ikke højde for den individuelle konstitution, som kan udvikles, hæmmes eller fremmes i relationer, og som også er en medvirkende faktor i forhold til, hvordan vi reagerer på eksempelvis overgreb. Undersøgelsesmateriale er forholdsvis beskedent, men viser dog, hvordan erfaringer kropsliggøres logisk og sammenhængende, og hvordan disse kropslige udtryk, kropslige fund, legitimeres i forhold til referencerne.

Bogen er anbefalelsesværdig – nødvendig – i et reflekterende og opklarende samarbejde med patienterne.

Anmeldt af Susanne Sternberg, overfysioterapeut, Psykiatrien i Nordjyllands Amt

*Anne Louise Kirkengen, Inscribed Bodies - Health Impact of Childhood Sexual Abuse. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht/Boston/London, 2001. 462 sider. Pris: 160 Euro.*



## Hesten skulle have været barberet

Det var forkert at interviewe en fysioterapeut, der giver menneskefysioterapi til heste, når der findes rigtige hestefysioterapeuter

### DEBATINDLÆG AF:

Bente u. Kaarsberg, hestefysioterapeut, ridefysioterapeut u/ydernr., handicaprideinstruktør, ergonomisk konsulent og mobil fysioterapeut

Bedre sent end aldrig!

Det var med meget blandede følelser, jeg læste artiklen om fysioterapi til heste (Fysioterapeuten 20/01).

Glæde over en fysioterapeut, som ønsker vore firbenede venners vel, men samtidig tilsyneladende en fysioterapeut, som åbenbart har mere held end forstand med hensyn til resultat af sine behandlinger.

Allerede forsidebilledet vækker undren over, hvad fysioterapeuten har gang i! Hvis man ønsker at udspænde skulderens muskler, er han galt på den.

Han nævner i artiklen, at "ultralysen er skruet helt op" – Hvis fysioterapeuten vidste bedre, må man ligesom hos mennesker – barbere det område, man ønsker at behandle, idet luft reflekterer ca. 100 procent af lydbølgerne ... og dosis er *alt for høj!*

Det må ærgre, at man har henvendt sig til en ustuderet fysioterapeut i og med, der er fire uddannede fysioterapeuter, som har taget uddannelsen i Holland – i et af Danske Fysioterapeuter annonceret kursus, som er internationalt anerkendt.

Jeg håber, DF's kildemateriale er bedre/grundigere i de både foregående og efterfølgende artikler. Ligesom jeg håber, at de fysioterapeuter, som har interesse for behandling af dyr, ikke umiddelbart tror, at de kan overføre menneske-fysioterapi til dyrene.

### SVAR FRA:

Journalist Anne Guldager

Som det også fremgår af omtalte artikel har redaktionen i dette tilfælde

ikke henvendt sig til fysioterapeuten – det er omvendt. Vi har i flere omgange efterlyst fysioterapeuter med lyst til at fortælle om deres utraditionelle arbejdsområder, og det var i denne forbindelse, Jim Olsen-Kludt henvendte sig og stillede sig til rådighed for et interview.





Med hensyn til det "i Danske Fysioterapeuter annoncerede kursus", du omtaler, skal det blot nævnes, at dét at fagbladet bringer en annonce vedrørende et kursus ikke er ensbetydende med, at DF er udbyder kurset endsige kender indhold og deltagere.

**SVAR FRA:**

**Jim Olsen-Kludd**

Da jeg er en person der handler, når der skal handles, og ikke fem måneder efter en artikel er bragt, skal jeg hermed kommentere dit indlæg.

For det første glæder det mig, at jeg ikke er den eneste fysioterapeut

der arbejder med heste, og at der muligvis er et forum, hvori faglige diskussioner kan tages op. Dog mener jeg ikke, at Danske Fysioterapeuters fagblad er det rette sted for den diskussionsform, du praktiserer. Det er ganske enkelt ikke en fysioterapeut værdigt. Dit indlæg må være resultatet af et akut/subakut anfald af brødnid, og jeg ønsker på ingen måde at deltage i denne form for inferior debat. Så på trods af dit indlæg, vil jeg fortsætte med min succesfulde hestefysioterapi, i øvrigt i samarbejde med flere dyrlæger.

## Bliv rygsmerterne kvit!

De behøver ikke kigge langt efter en sund ryg.

**Hvad udretter en Swopper?**

- Swopper bevirker, at der tilføres optimal "næring" til rygsøjlen.
- Med Swopper træner De automatisk Deres rygmuskler mens De arbejder ved skrivebordet.
- Swopper er individuel indstillelig og kan tilpasses enhver kropsvægt indtil 130 kg.

**Fysioterapeut Bettina Paaby konkluderer:**

- "Swopper er et kæmpe sejrspring i det forebyggende arbejde mod folkesygdommen rygsmerter ..."



Nye farver til special pris: (begrænset antal)  
 Empire green  
 Angel red  
 Porcelain blue

Betrækket Alcantara fås i farverne:  
 blå, rød, gul, turkis, rust, grå og sort

Besøg os på vores hjemmeside: [www.swopper.dk](http://www.swopper.dk)

Send kuponen i en lukket kuvert på nedenstående adresse eller fax på: 44 94 82 33

**Ja tak,** send mig venligst materiale

Navn: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Postnr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_



Jørgen P. ApS  
 Bjerringbrovej 143  
 2610 Rødovre  
 Tlf. 44 94 52 44  
 Fax. 44 94 82 33  
 e-mail: jp@jpe.dk

## Det svenske indlejersystem bør danne forbillede

Indlejere i Sverige betaler en fast leje pr. måned uanset indtjening. Oftest udgør den under 20 procent af årsindkomsten. Desuden findes et honorarloft

### DEBATINDLÆG AF:

Anders Karlsson, fysioterapeut, BSc  
Jag börjar med att fråga er det samma som jag frågar mina patienter: Kan ni förstå svensk? Okey, jag gör det lite lättare för er genom att översätta de svåraste orden, och ursäktar (*undskylder*) att jag ännu inte lärt mig dansk!

Nåväl, till saken. Jag har följt debatten om indlejersystemet, och är glad för att någon vågat starta debatten. Jag är själv indlejer i både Danmark och Sverige, och tänkte därför följa formand Kuhrs uppmaning om att "bringe andre modeller ind i debatten om organiseringen af

praksis" genom att beskriva hur "indlejersystemet" fungerar i Sverige.

I Sverige måste man som i Danmark ha en etablering (*ydernummer*) för att få praktisera. De allra flesta (95%) är till skillnad (*forskel*) från Danmark personliga, och kan alltså tas med inom det landsting (*amt*) man flyttar. Det finns några få man kan flytta i hela Sverige, och några få som hör till en klinik. Sedan 1994 har det dock i praktiken varit nästan omöjligt att få några nya etableringar, och man kan heller inte köpa eller överta någon, och det är mycket svårt att få vikariat.

Arrendatorerna (*indlejerne*) betalar

alltid ett **fast** arrende (*provision*) per månad till klinikägaren. Systemet med procentuell provision finns inte mer i Sverige. Skattemyndigheterna betraktade det som en anställning, och systemet gjordes om. Arrendet betalas oavsett ledighet eller sjukdom. Arrendet är oftast mindre än 20% av normal full årsinkomst. Mitt eget arrende i Sverige för 2001 blev 17,65%. I arrendefakturan finns specificerat vad jag betalar i driftomkostnader, lön till sekreterare, förbrukningsmaterial m.m.

Ersättningsystemet (*honorarsystemet*) är mer komplicerat, men jag försöker kort beskriva det. Klinikerna delas upp i A och B-kliniker. B-kliniker är *med* annan personal (t.ex. sekreterare) A-kliniker är utan annan personal. Den totala ersättningen på ett år är också maximerad med två (2) så kallat ersättningstak (*honorarloft*), d.v.s man får full ersättning upp till ett visst belopp, sen sjunker ersättningen per patient. År 2002 är den maximala ersättningen för en sjukgymnast på en B-klinik 860.000 kr/år (tak 1) och 1.075.000 kr (tak 2). Ersättningen per pat. är 243 kr. och beh.tid minst 20 min. År sjukgymnasten extra utbildad och har specialistkompetens är ersättningen 550 kr/pat, beh.tid 40 min.

Motsvarande siffror för en sjukgymnast på en A-klinik är: tak 1=625.000 kr, tak 2=780.000 kr. Ersättning per pat 243 kr, beh. tid minst 25 minuter. Specialist-ersättning: 645 kr, beh.tid minst 50 min.

Innan systemet med ersättningstak infördes 1993 var det vanligt (*almindeligt*) att sjukgymnaster på träningskliniker hade extremt många patienter (upp till 60/dag har jag hört) och fick då full ersättning för alla. Sedan ersättningstaket infördes kunde man höja behandlingsersättningen från

### Gangcykler / gangstole til gangtræning, leg, og idræt.



*Petra*  
by Connie Hansen



CAVALIER

Kontakt:  
Petra by Connie Hansen

Tel: 4819 5064  
Fax: 4819 5066

mail@petrabike.com  
www.petrabike.com



150 kr/pat till 206 kr/pat utan att samhällets samlade utgifter till sjukgymnasterna ökade.

Patienten betalar alltid detsamma, i Skåne 80 kr/beh. Vederlagsfri behandling finns inte, men patienten betalar maximalt 900 kr inom en et-tårsperiod för sjukgymnastik och läkarbesök. Hänvisning för behandling behövs inte, patienten är fri att söka sjukgymnast utan föregående läkarbesök, och sjukgymnasten är fri att utföra vilka behandlingar han/hon vill.

Den svenska fackföreningen LSR har en särskild avdelning för privatpraktiserande, med en egen ombudsman. Man betalar en avgift både till huvudföreningen och till fraktionen för privatpraktiserande. Totalt per år 2844 kr. Alla belopp är i svenska kronor.

Jag tycker (*synes*) att ett ersättningsstak enligt svensk modell borde införas, för att få slut på ersättningsmissbruket som förekommer, samt att man kanske också borde införa differentierad ersättning för kliniker med och utan sekreterare, och för de sjukgymnaster som har specialistutbildning.

Jag tycker också, att man skall avskaffa den procentuella provisionen till förmån för ett fast arrende med öppen budget och specificerade kostnader, samtidigt som man maximerar det belopp som det får vara tillåtet att tjäna på sina kollegor. Eventuellt kan man tänka sig ett mellanting där 50% av provisionen är fast och 50% är variabel, vilket skulle innebära ökad trygghet för klinikejeren och minskade utgifter för indlejeren jämfört (*sammenlignet*) med i dag. De klinikägare som har fått sina ydernummer gratis, bör också få ta ut en lägre provision av sina indlejere än de som betalt dyrt för ydernumren.

När jag berättar för mina svenska kollegor om den provision, jag betalar här i Danmark (40%), undrar de om vi inte *har* en fackförening. Förslaget till DF är att man tar efter den svenska modellen med egen fraktion och ombudsman som man kan få hjälp av vid tvister med klinikejeren, och att man utarbetar ett regelset som gör indlejeren ställning starkare än den är nu, eller är det en omöjlig dröm i Danmark, där vi är inne på det tredje årtiondet med en klinikejere som formand?

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

Debatindlæg skal afleveres på print eller som worddokument.

Materiale sendes på email:  
redaktionen@fysio.dk  
eller med post til:  
Fysioterapeuten,  
Nørre Voldgade 90,  
1358 København K.

**Fysioterapeuten nr. 10  
udkommer 31. maj.**

**Deadline for debat:  
16. maj kl. 12.00.**



MouseTrapper Electronic har en gennemtænkt ergonomisk udformning som giver god beskyttelse mod nedslidningsskader som musearm, myoser og kontornakke. Du arbejder enklere og hurtigere med det nye unikke rullebånd. Få yderligere information på [www.mousetrapper.dk](http://www.mousetrapper.dk)

**TestLab-System A/S**  
Tlf 46 74 05 05 Fax 46 74 05 10 [www.testlab.dk](http://www.testlab.dk)



# Tilfreds med honorarreduktion

Kommentar til indlægget "ikke flere vederlagsfri patienter" i Fysioterapeuten nr. 8/02

## DEBATINDLÆG AF:

Peter Johansen, Hadsund Fysioterapi

Jeg er praktiserende fysioterapeut og kredskontaktperson i 9. kreds. Jeg har fulgt overenskomsten tæt og er fuldt tilfreds med den måde, udviklingen har været indtil nu, indbefattet vores honorarreduktion - forstået på den måde, at kan vi få orden i eget hus, kan honorarerne lige såvel gå op som ned - det er op til os selv.

Som alle burde være klar over, har vi ved vedtagelsen af OK accepteret en meget stor grad af selvforvaltning af økonomien jvf. økonomiprotokollet, og vi har faktisk klaret det godt. 2,5 procent over niveauet, svarende til 9 millioner. kr., er godt gået med det mangfoldige område vi skal dække. Vi burde *ikke* have haft en overskridelse, da vi jo alle var klar over spillereglerne pr. 1/6-01!

Så det her er soleklart ris til egne røve, og selvom SFU er hurtigt ude, kan vi som ansvarlige samarbejdspartnere ikke tillade os at sætte os ned og tude over det - og det er i hvert fald dybt uprofessionelt og uetisk over for patienterne ikke at vil behandle vederlagsfrit, når honorarnedsættelsen træder i kraft.

Vi må bare gøre det bedre fremover, og det *vil* vi gøre i alle kredse, og samtidig søge at afdække årsagerne til de store forskelle, der vitterligt er fra amt til amt, og så gå til SFU og få lavet de nødvendige korrektioner.

Vi vil også søge at indkredse de ydere, hvis behandlingsmønstre der for at sige det diplomatisk - afviger meget fra gennemsnittet.

Vi har i mange år måttet være dem, der „hjælp“ lægerne med at lave en præcis vurdering af patientens handicapgrad og funktionsniveau. Og ud over at det er lidt tidskræven-

de og irriterende, er det da egentlig et „fagligt“ skulderklap til os!

Lægerne mener jo åbenbart langt hen ad vejen, at vi er kvalificerede til at kunne gå ind i den vurdering!

Jeg mener også, at vi er klædt på, både fagligt og etisk, til at kunne stå inde for det - at det måske kunne formaliseres og honoreres, er jo så noget, vi senere kan tage op. I tvivlstilfælde, synes jeg at vi, i 9.kreds i hvert fald, har et godt samarbejde med sygesikringen omkring de enkelte tilfælde.

Overvejelserne omkring opsigelse af OK bærer præg af, at man ikke har vurderet, hvor god den vederlagsfri ordning er for patienterne, og for os!

Disse små krusninger på overfladen bør ikke forstyrre billedet af, at vi har været med til at udvikle en utrolig god ordning over mange år - med stor succes, og det må amterne egentlig også synes, når vi ser, hvor meget den vederlagsfri ordning har fået lov til at udvikle sig over de sidste mange år.

At vi nu er så meget ligeværdige samarbejdspartnere, at amterne tillægger os evnen til at selv administrere en utrolig stor beløbsramme, skal vi kun være glade for.

Og lad os så komme i gang med at få den her OK til at fungere optimalt!

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

## Job på e-mail

Klik dig ind på [www.fysio.dk/servicecenter](http://www.fysio.dk/servicecenter) og tilmeld dig det ugentlige nyhedsbrev !



### Navnesjusk eller målrettet lobbyarbejde

@ Jeg undrer mig, når jeg ser sammensætningen af de personer, som indgår i specialistrådet som Hovedbestyrelsen har udpeget. Der finder jeg den tidligere formand for det, der engang hed MT-gruppen Per Kjær, jeg finder navnet på den nuværende formand for MT-gruppen, der blev til Fagforum for muskuloskeletal fysioterapi, Vibeke Laumann. Der er praktiserende fysioterapeut Kirsten Williams, mangeårigt aktiv indenfor MT-området og medforfatter på Ondt i ryggen, MTV rapport.

Er denne sammensætning og tunge repræsentation inden for MT-området i specialistrådet dét, som Johnny Kuhr kalder et „demokratisk og tidskrævende forløb“. Det er dejligt at forstå, at det skal være muligt at blive specialist inden for Idrætsfysioterapi, men det er bare meget forstemmende og tydeligt vildledende i debatten, at DF anvender udtrykket Muskuloskeletal fysioterapi som betegnelse for et specialisområde, som skal rumme flere fagfora, når der eksisterer et Fagforum som bærer samme navn, Fagforum for muskuloskeletal fysioterapi. (...).

John Verner, *Underviser i Fagforum for Idrætsfysioterapi og medlem af fagforum for muskuloskeletal fysioterapi*

### Tab på vederlagsfri patienter

@ Så skete det virkelig (...). Vi får mindre for at behandle en kronisk syg eller handicappet frem for en almindelig henvist patient uden kronisk lidelse. Det er synd for denne gruppe, der nu må sorteres i på klinikkerne; men betænk, at det er sygesikringens forhandlingsudvalg, der slægter behandlingstilbuddene for disse mennesker. Tænk, at de virkelig skyder med spredehagl og rammer et helt fag. Det er meget nedladende og respektløst, mener jeg.

Jeg vil gerne spørge DF om, hvad der nu sker fra DF's side for jeres medlemmer i denne sag. Står I sammen med os om en opsigelse af overenskomsten, som vel er det eneste vi kan ud over at bide i græsset og acceptere? Sygesikringen vil jo ikke diskutere - de har skåret igennem og alle over een økonomisk kam. (...). Vi skal ikke finde os i at blive syndebugke for dårlig formulering politik omkring de vederlagsfri diagnoser og behandlingssantal. Dette er et helt konstruktivt forslag om opsigelse af overenskomsten (...).  
*Birthe Stahmer Hansen*

### Opkvalificering til professionsbachelor

@ Vi er nogle fysioterapeuter, som er interesserede i, hvorledes foreningen vil håndtere opkvalificering til professionsbachelor af „gamle“ fysi-

oterapeuter. Vi har læst det relevante materiale som ligger på hjemmesiden, hvor der bl.a. står at der kræves et årsværk. Dvs. et års fuld-tidsstudie på højere læreanstalt eller deltidsstudier af varighed på 2-4 år, alt efter hvor mange moduler man tager ad gangen. Det undrer os at foreningen ikke udbyder opkvalificeringskurser til de „gamle“ fysioterapeuter af kortere varighed og nemmere tilgængelige tidspunkter. Det kan jo være svært at indpasse, både økonomisk og tidsmæssigt, hvis man skal tage et år ud af kalenderen.

Samtidig undrer det os, at nyuddannede fysioterapeuter (dem som dimitterer i 2002) kun skal tage yderligere 6 ugers studie for at opnå de samme kvalifikationer som den nye uddannelse. Vi kan i uddannelsesplanen se, at den nye uddannelse har lagt vægt på mere praktik. Derfor undrer det os, at vores kliniske erfaring ikke kan opveje et 6 ugers ekstra studie som de nyuddannede i år 2002 tilbydes. Vi synes naturligvis at det er en god ordning de har fået lavet, og undrer os derfor over, at muligheden for „gamle“ fysioterapeuter er så ringe. Vi er godt klar over at der også kræves et større videnskabssteoretisk modul, men kan det virkelig være rigtigt at vi „gamle“ fysioterapeuter skal bruge et helt år på at opnå dette? Hvem af os har ikke

deltaget i videnskabssteoretiske projektarbejder i „det virkelige liv“! (...)

*Rikke Juul Hansen og Betina Norsk Jensen*

### Ikke vores krav

@ (...) Det, I læser på hjemmesiden angående kvalificering af alle os fysioterapeuter, der ikke har professionsbachelortitlen, i forhold til at søge optagelse på videregående universitetsuddannelser er ikke krav, vi har udarbejdet, men krav som universiteterne stiller, og som vi ikke er enige i. Universiteterne kan suverænt selv fastsætte disse krav. Dertil skal så siges, at de forskellige universiteter i Danmark forholder sig individuelt til, hvad de kræver (...). Her er det så op til ansøgeren at godtgøre og dokumentere de kompetencer, man har opnået ved fx at deltage i projektarbejde eller tage videnskabssteoretiske kurser o.l. Universiteterne stiller krav om universitetsniveau, og derfor vil det ikke være muligt for Danske Fysioterapeuter at udbyde det, I kalder opkvalificeringskurser (...). Danske Fysioterapeuter vil fortsat påvirke universiteterne til langt bredere at anerkende de kompetencer, fysioterapeuter har tilegnet sig på forskellig vis (...).

*Johnny Kuhr*

**Indlæggene er forkortet af redaktionen, men læs dem i deres fulde ordlyd på [fysio.dk/debat](http://fysio.dk/debat)**

## Ergobord med boomerang



Bedre arbejdsstillinger og mulighed for tilpasning til forskellige brugere:

- Bordhøjden kan indstilles trinløst
- Bordpladen kan skråtstilles
- Tilsatsplade med udskæring og boomerang støtter uderarme og krop

# ROPOX

**Better ways to better days**

Ringstedgade 221 · DK-4700 Næstved  
Tlf. 55 75 05 00 · Telefax 55 75 05 50  
E-mail: [info@ropox.dk](mailto:info@ropox.dk) · Homepage: [www.ropox.dk](http://www.ropox.dk)