

Nr. 15/september/2002

84. årgang



Hjertet

Temaet om rehabilitering af hjertepatienter fortsætter i dette nummer. Side 4

Fysioterapeuten

www.fysio.dk



Forskere og fysioterapeuter

■ Hans Lund og Henning Langberg diskuterer forskningen og fagets kerne.
Side 18

Artikler

Hjertet



Temaet om rehabilitering af hjertepatienter startede i Fysioterapeuten 14/02. I dette nummer gøres der status over tilbudene på landsplan og gås i dybden med holdtræning.

4-14

At koble klogt



Lektor Torben K. Jensen giver sit bud på fysioterapeutens rolle som formidler af sundhedsfremmende budskaber.

16

Om at forske i fagets kerne



Skal forskningen tage sit udgangspunkt i fysioterapien eller skal faget vælge sin kerne på baggrund af forskningen?

18

Kraniosakral faggruppe?

Hovedbestyrelsen endte med ikke at træffe en endelig beslutning om oprettelse af en faggruppe for kraniosakral fysioterapi. Der er brug for at få de mange spørgsmål bedre belyst. Læs DF-nyt

21



Det er sundere at være en gris

FOTO: JAN DJENNER

■ Måske er sommerens vandforurening i Århus ikke så ringe endda. Professor i mikrobiologi Graham Rook fundet beviser for, at det gamle ord om fornuften i at indtage

”syv pund skidt om året” ikke er helt ved siden af.

Ifølge professoren viser undersøgelser, at bestemte bakterier beskytter mod sygdomme som følge af fejl i immunregulationen. Man har derfor mindre risiko for allergier

- hvis man har mindre søskende
- hvis man som barn sjældent vaskede ansigt og hænder
- hvis man har haft maveinfektioner med mikroorganismer, som stammede fra afføring
- hvis man er opvokset på en gård med dyr
- hvis man har hund
- hvis støvet i hjemmet er kontamineret med bakterier
- eller hvis man er opvokset i et kommunistisk land.

Oplysningerne stammer fra Dagens Medicin, der ikke går mere i dybden, men overlader det til læseren at spekulere på, om det er selve den kommunistiske overbevisning, der fremmer immunforsvaret, eller om det er fordi disse lande har flere hunde...

Det faste

Fysnyt	13
Opslagstavlen	14
Anmeldelse	15+25
DF nyt	21
Fysio.dk	23
Litteratur	24
Netdebat	26



FORSIDE:
MIKE KOLLÖFFEL

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

Kontrolleret oplag 8.949
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2001 - 30. juni 2002
84. årgang.
Abonnement: 750 kr.
Løssalg: 50 kr. pr. nummer

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

Redaktionspanel:
Birte Carstensen
Sine Secher Marcussen
Lene Løchte
Susanne Sternberg
Iben Baadsgaard
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

Pensionspengene

Danmark har et enestående system for arbejdsmarkedspensioner. Fra første dag en fysioterapeut ansættes, bliver der indbetalt en fast procentdel af lønnen til pensionskassen PKA. Hver måned, så længe fysioterapeuten er på arbejdsmarkedet, tilgår der pensionskassen en portion penge. Alt sammen med henblik på at have den størst mulige opsparing til rådighed, når fysioterapeuten går på pension.

Det er fysioterapeuterne selv, der bestemmer over og administrerer pengene. Der er ingen aktionærer, der skal have udbytte af de opsparede midler, og der tages behørigt samfundsmæssige hensyn i den måde ordningerne er skruet sammen på. Eksempelvis sendes regningen for de udbetalte pensioner ikke videre til næste generation, som det er tilfældet i en række andre europæiske lande.

Men pensionsordningen er kommet under pres af en række forskellige årsager. Dels pga. den demografiske udvikling, der betyder at vi alle i gennemsnit bliver ældre og derfor skal have de samme pensionsmidler til at slå til i længere tid. Dels af arbejdsmarkedsmæssige grunde, der betyder, at vi uddanner os længere og trækker os tidligere tilbage fra arbejdsmarkedet og derfor har færre aktive år end tidligere at spare op i. Og oveni det hele har aktiemarkedet taget et alvorligt dyk og gjort dybe indhug i pensionskassers og –selskabers pengetanke.

Selv om pensionskasserne har haft nogle turbulente år, er det lykkedes både at sikre et rimeligt afkast, holde administrationsomkostningerne nede og skabe nye tilbud i overensstemmelse med tidens individualitet, eksempelvis PKA+, der giver mulighed for at den enkelte kan få indflydelse på, hvordan en del af pensionspengene investeres.

For nyligt valgte regeringen af nedsætte det såkaldte Bremerudvalg, der skal komme med forslag til, hvordan konkurrence mellem pensionskasser og –selskaber kan øges, blandt andet ved at gøre det lettere at flytte rundt med pensionsmidlerne, ligesom der skal være større frihed for den enkelte til selv at forvalte sine pensionsmidler. Det er den nye udfordring, som PKA kommer til at stå overfor.

Heldigvis bestemmer vi selv, i hvilken retning pensionskassen skal bevæge sig, og hvordan vi fortsat kan bevare balancen mellem de kollektive, solidariske elementer, der er kernen i arbejdsmarkedspensionerne, og kommende krav om øgede frihedsgrader. Friheden har altid en pris. Og i det her tilfælde kan det være, at der er fysioterapeuter, der ikke får penge til den pensionisttilværelse, som han eller hun havde regnet med, hvis der gives los. Derfor er min indstilling også, at vi skal være varsomme med eksperimenterne.



Af Johnny Kuhr
formand for
Danske
Fysioterapeuter



Efterbehandling redder liv – trues

(BAGGRUND) Der er god evidens for den gavnlige effekt af at rehabilitere hjertepatienter. Det nedsætter markant antallet af gentagne blodpropper, mindsker genindlæggeshyppigheden, nedsætter dødeligheden og øger muligheden for at blive på arbejdsmarkedet. Alligevel varierer tilbudet stærkt fra amt til amt: Fra det anbefalede, fulde program til meget lidt

AF JOURNALIST KLAUS LARSEN
FOTO MIKE KOLLÖFFEL



fakta

400.000 danskere lever med en hjertesygdom.

I 1999 var det fordelt således:

*Angina pectoris: 22.412 indlæggelser om året

*Akut myokardieinfarkt: 10.845 indl. om året

*Anden iskæmisk hjertesygdom: 10.814 indl. om året

I 1997 døde 14.652 danskere af hjertesygdom (7129 kvinder og 7523 mænd). 40 procent af mændene dør før det 75. år. Kun 19 pct. af kvinderne dør af deres hjertesygdom før de 75.

Hjerte/karsygdom er den almindeligste dødsårsag i Danmark.

■ Efterbehandling af hjertepatienter nedsætter dødeligheden og giver patienten et bedre liv.

Det blev endeligt fastslået for ca. seks år siden i en konsensus-rapport, lavet af Hjertereforeningen og Dansk Cardiologisk Selskab.

Rehabiliteringen havde indtil da ført en lidt upåagtet tilværelse. Skønt den både nedsætter dødeligheden, giver patienten en række gevinster og er sundhedsøkonomisk fornuftig, havde de forudgående års store investeringer på hjerteområdet satset på det behandlingstekniske.

Nu fremlagde den omfattende rapport et katalog af retningslinjer, en brugsanvisning, sygehuse og deres hjerteafdelinger kunne benytte som referenceprogram, når de - håbede man - ville lægge rehabiliteringen ind i faste rammer.

„Arbejdsgruppen håber, at retningslinjerne kan skabe mulighed for bedre prioritering af ressourcer, tilførsel af ressourcer, hvor der er behov herfor, og at man på flest mulige hjerteafdelinger vil indgå i et tværfagligt samarbejde (fysioterapeuter, læger, sygeplejersker og diætister) og i et samarbejde med primærsektoren“, hed det håbefuldt i rapportens indledning.

SPREDT FÆGTNING

Rapporten gjorde status over de aktiviteter, der var foregået på området siden 1986. Indtrykket var spredt fægtning, selv om der var sket en markant øgning i for eksempel brugen af arbejdstest, fysisk genoptræning og samtalegrupper for patienter med akut myokardieinfarkt (AMI). I hhv. 1990 og 1994 var det dog kun 17 pct. og 21 pct. af afdelingerne, der havde et rehabiliteringsprogram med både fysisk genoptræning og samtalegrupper.

Det overordnede indtryk var, at afdelingernes ressourcer ikke blev brugt på hjerterehabilitering,

og det svarede meget godt til Hjertereforeningens oplysninger fra 1994 som viste, at på halvdelen af de afdelinger, der havde hjerterehabilitering, deltog personalet ulønnet eller kun delvist lønnet.

Godt halvandet år efter rapportens udsendelse, var situationen ikke blevet meget bedre. Ganske vist eksisterede der tilbud om rehabilitering på 50 af 64 adspurgte hjerteafdelinger landet over. Men der var tale om meget svingende tilbud, og et af landets største hjertecentre på Rigshospitalet havde året forinden skåret hjerterehabiliteringen helt væk under en sparerunde.

Til gengæld stod Bispebjerg Hospital foran iværksættelsen af et ambitiøst projekt: Her skulle der i løbet af 1999 igangsættes et toårigt rehabiliteringsprogram for hjertepatienter - *Danrehab*.

Af de 4000 årlige indlæggelser på hospitalets hjerteafdeling var ca. halvdelen genindlæggelser. Beregninger havde vist, at tilbud om kostvejledning,

selv af sparedøden



Tilbudene til hjertepatienter er landet over stærkt svingende og et hyppigt offer for besparelser. Her er det hjerteholdet på Glostrup Amtssygehus, der er i gang.

TO SKRIDT FREM, ET TILBAGE

Fra den 1. juli 2001 har det været lovpligtigt at lave en skriftlig genoptræningsplan, hvis lægen mente, der var behov for at fortsætte genoptræningen efter en udskrivelse fra sygehuset. Dette gælder naturligvis også for hjertepatienter.

Allerede året før havde amtssygehuset i Gentofte et fuldt rehabiliteringsforløb til alle hjerteopererede patienter. Som den nye lovgivning påbød, skulle genoptræningsforløbet målrettes til den enkelte patients behov, og der skulle skabes sammenhæng i forløbet, tværfagligt og tværsektorielt. Forløbet blev umiddelbart efter udskrivningen fulgt op af et fire uger langt ambulant træningsforløb under ledelse af fysioterapeuter.

Dette gode tilbud blev (som det er beskrevet i Fysioterapeuten nr. 15, 2001) sparet væk og reduceret til en præoperativ instruktion, en behandling på intensivafsnittet og en behandling efter at patienten er vendt tilbage til stamafsnittet. Yderligere opfølgende behandling skulle lægeordineres ud fra en specifik vurdering.

Fysioterapien blev beskåret med en fuldtidsstilling, så der hverken kunne ske træning med indlagte patienter eller til-

bydes rehabilitering umiddelbart efter udskrivelsen.

I maj 2001 slog regeringens Sundhedspolitiske redegørelse fast, at „gevinsterne ved at gennemføre hjerterehabilitering i forhold til ingen rehabilitering er ganske betydelige.“

„Det er veldokumenteret, at patienterne får det bedre. Erfaringer fra udenlandske undersøgelser

”

De har ringet til Hjerterehabiliteringen ved Bispebjerg Hospital. Vi har i øjeblikket måttet begrænse den daglige telefontid i klinikken på grund af ressourcemangel. De kan derfor ringe til klinikken mellem kl. 8 og kl. 10....

Telefonsvarer 2002

“

motion og rygeafvænning ville kunne reducere antallet af genindlæggelser med 30-40 procent. Prisen for projektet var budgetteret til 3 millioner kroner om året, svarende til 10 pct. af afdelingens budget.

Trods programmets sundhedsøkonomiske fordele måtte afdelingen dog skaffe en del af penge til programmet fra private fonde.



om ■ hjerte

Akut koronart syndrom



(EVIDENS) En arbejdsgruppe nedsat af Sekretariatet for Referenceprogrammer har i april 2002 udgivet "Referenceprogram for behandling af patienter med akut koronart syndrom uden ledsagende ST-segmentelevation i ekg'et". Referenceprogrammet er udarbejdet af en arbejdsgruppe under forsæde af klinikchef, dr. med. Per Hildebrandt.

Arbejdsgruppen har været tværfagligt sammensat med repræsentanter for såvel lægelige specialer som øvrige sundhedspersonale. I referenceprogrammet indgår: akut behandling, anden farmakologisk behandling, tidlig invasiv undersøgelse/behandling, opfølgende behandling, nonfarmakologisk behandling og sundhedsøkonomiske overvejelser.

Referenceprogram og et skema med resume af anbefalingerne kan downloades fra sekretariatets hjemmeside: www.sfr.dk Programmet kan endvidere rekvireres ved henvendelse på tlf. 35448402

Hjerner på nettet

(INFORMATION) på www.sundhed.dk kan man finde yderligere oplysninger om hjertelidelse og deres behandling. Man kan finde en lettilgængelig indgang til temaet hjerte og kredsløber i hjertebiografen. Tolv små videoklip, fortæller om hjertet, kredsløbet og dets sygdomme. Der er endvidere mulighed for at chatte med ligesindede, stille spørgsmål om hjertesygdomme til lægen og få svar på spørgsmål om forebyggelse og motion.

Fysio.dk

(ARTIKEL) Overlæge Jens Rokkedal fra Amtssygehuset i Glostrup har skrevet en artikel til fysio.dk, hvor han kort gennemgår sygdomsbillede og behandling for de fire hovedkategorier af hjertepatienter, der gennemfører hjerterehabilitering.



Hjerteinteresserede fysioterapeuter kan tilmelde sig et netværk på internettet.

Gå ind under www.groupcare.dk/sundhed og samliv/ fysioterapi

tyder endvidere på, at forbruget af ambulante besøg og indlæggelser falder for udvalgte patientgrupper", hedder det i redegørelsen.

Også her konstateres det dog, at tilbudene varierer betydeligt fra amt til amt, hvor 11 amter tilbyder „et fuldt rehabiliteringsprogram“, mens fire (Roskilde, Bornholm, Sønderjylland og Viborg) ikke gør det. Et fuldt program beskrives som et, der omfatter medicinsk opfølgning, kostrådgivning, rygeafvænnning, fysisk genoptræning og krisehjælp.

Alle amter har, som de skal have, et rehabiliteringsprogram. Men i den økonomiske aftale med amterne kom der ikke noget med om standardisering, så indholdet i programmet er fortsat helt overladt til det enkelte amt.

AFHÆNGIGT AF ILDSJÆLE

De nyeste tal for, hvordan det står til med hjerterehabiliteringen på danske sygehuse, er ca. halvdelen år gamle.

En arbejdsgruppe under det landsdækkende Netværk af Forebyggende Sygehuse er ved at definere de minimumskrav, man bør stille til hjerterehabilitering. Dette arbejde ventes afsluttet til august, og indtil da tør Hjerteforeningens forskningschef, overlæge og kardiolog Jørgen Videbæk, ikke give noget konkret bud på, hvordan det står til med hjerterehabiliteringen på de danske sygehuse:

„Folk svarer i øst og vest, når man spørger, om de giver genoptræning, ud fra deres egen forestilling om, hvad der er nok“, siger han.

Hvad den fysiske genoptræning angår, tilbydes den ifølge Jørgen Videbæk på to tredjedele af landets hjerteafdelinger.

Det er en lille forbedring i forhold til de anbefalinger, der fremkom i konsensusrapporten fra Hjerteforeningen og Dansk Cardiologisk Selskab i 1996.

„Men det er noget, der går meget langsomt. Problemet har været, at der rundt om i landet i midten af 1990'erne var en række entusiaster - ikke mindst fysioterapeuter, men nogle steder også læger og sygeplejersker, der ville gøre noget ved sagen. Det skete mere eller mindre i deres fritid, og ikke særlig organiseret. Et godt initiativ, som alt græsrodsarbejde, men da det kom til at skulle organiseres og institutionaliseres med faste driftsbevillinger, forsvandt det igen. Mange amter har valgt at køre det efter eget for godt/befindende. Lige som forebyggelse er rehabilitering blandt de første områder, der rammes, når amterne skal spare. Det er jo den mindst akutte del, når man skal prioritere, og derfor det, som er nemmest at spare væk“, siger Jørgen Videbæk.

Hele spektret skal med



(INTERVIEW) På papiret ser det pænt ud: To tredjedele af landets sygehuse rehabilitering af hjertepatienter. Problemet er bare, at kun en tredjedel tilbyder alle de elementer som er påkrævede for, at rehabiliteringen virker optimalt. Det siger læge Ann-Dorthe Zwisler, der snart er færdig med at behandle data fra en omfattende forskning på området

AF JOURNALIST KLAUS LARSEN
FOTO HEIDI MAXMILING

■ Selv om fysisk træning har en vis gavnlig effekt over for højt blodtryk, højt kolesteroltal og fedme, kan den ikke bruges som egentlig behandling af disse risikofaktorer. Derfor er det vigtigt, at hjerteafdelinger tilbyder hele spektret af rehabilitering.

Det er en erkendelse, som er vokset i løbet af 90'erne, og som også har afspejlet sig i sygehusenes tilbud.

Hjerterehabilitering defineres i dag som et udbygget, integreret efterbehandlingsprogram, som udover den lægelige opfølgning og medicinske behandling omfatter fysisk træning, patientundervisning, psykosocial støtte, kostmæssig og rygeafvænning.

"Ser vi på de enkelte elementer, ser det egentlig ikke så slemt ud, som vi kunne frygte", siger læge Ann-Dorthe Zwisler.

"Men problemet er, at de enkelte sygehuse ikke har elementerne samtidig. Nogle har fysisk træning og sygeplejeambulatorium, mens andre har fysisk træning, diætist-støtte til kostmæssig og rygeafvænning. Kun en tredjedel af sygehusene har samtlige de elementer, der kræves. Og så ser det jo mindre godt ud".

TRÆNING GØR EN KLAR FORSKEL

Ann-Dorthe Zwisler, der videreuddanner sig som kardiolog, arbejder for tiden på en ph.d.-afhandling om hjerterehabilitering i Danmark, der også inddrager erfaringerne fra Danrehab (se fakta s. 8).

Hun undersøger også, om rehabiliteringen faktisk afspejler sig i genindlæggelsesrater og dødelighed, og selv om hun endnu ikke er færdig med at behandle tallene, kan hun allerede nu løfte noget af sløret, når det angår fysisk træning. Bl.a., at 72 pct. af hjerteafdelingerne tilbyder fysisk genoptræning med fysioterapeut.

"Vi har ikke gjort data op endnu. Men som behandlere fornemmer vi helt klart, at vi gør en forskel", siger hun.

"Og når vi taler om fysisk genoptræning mærker vi tydeligt virkningen, når vi får patienterne i gang igen efter en så voldsom livsbegivenhed, der udløser en angst for at bevæge sig. Det er afgørende at få dem i gang med træning. Og det skal være superviseret træning - det er ikke nok, at en læge siger, *du skal bevæge dig*, for det fjerner ikke angsten fra patienten".

Ifølge Ann Dorte Zwisler har Danrehab-projektet vist, at halvdelen af patienterne er fysisk inaktive, og derfor har brug for træning.

Spurgt om evidens er Ann-Dorthe Zwisler ikke i tvivl om, at fysisk genoptræning har betydning for genindlæggelse og mortalitet.

"Problemet er, at de mange, lidt ældre studier, der danner baggrund for en metaanalyse, omhandler meget forskellige træningsformer hvad angår intensitet, varighed osv. Man kan altså ikke bruge dem til at lave en brugsanvisning for genoptræning. Men vi ved, at patienter skal træne mellem otte og 12 uger, op til seks timer om ugen, som blot behøver være akkumuleret, og at træningen skal være middel-intensiv. Vi ved også, at hvis folk holder op med at træne, forsvinder ef-



Ikke bare træning, men superviseret træning er afgørende for hjertepatienter, siger læge Ann-Dorthe Zwisler.

Ann-Dorthe Zwisler er medlem af arbejdsgruppen under de forebyggende sygehuses Netværk og arbejdsgruppen om hjerterehabilitering og arbejdstestning under Dansk Cardiologisk Selskab. Hun var med til at starte det store rehabiliteringsprojekt Danrehab for godt to år siden.

Danrehab er resultatet af et tværfagligt projekt for, hvordan fremtidens hjerterehabilitering bør se ud. I en samlet pakke tilbydes alle hjertepatienter et seks ugers forløb, hvor de dels „uddannes“ i hjertesygdom, dels lærer om risikofaktorer, livsstilsændringer, diæt, madlavning og får tilbudt rygeafvænning og superviserede træningsaktiviteter. Projektet er samtidig en videnskabelig undersøgelse, der skal afklare, om rehabiliteringen virker. Undersøgelsen omfatter 1800 patienter, hvoraf halvdelen er kontrolgruppe.

fekten inden for de næste otte uger. Derfor er der brug for at opbygge nogle systemer, så patienten fastholder sin fysiske aktivitet. Og det er vi ikke så gode til, siger Ann-Dorthe Zwisler.

FYSIOTERAPEUTER SKAL MED

Det har længe været god latin, at patienterne skal træne deres udholdenhed. Det skal de stadig, men desuden viser de nyeste studier, at det ikke er nok:

”Der skal også arbejdes med styrketræning, hvad der især er meget oppe i tiden for patienter med hjerte-insufficiens”, siger Ann-Dorthe Zwisler og understreger, at det er vigtigt at tilpasse træningen individuelt.

”Det har vi heller ikke været særligt gode til. Men vi skal se på, hvilke fysiske aktiviteter en person skal kunne udøve, når de går herfra. Det dur ikke med udholdenhedstræning, der primært træner benmuskulaturen, hvis det, patienten skal kunne, stiller krav til overekstremiteterne. En patient med sådan et erhverv vil stadig være meget anstrengt, hvis han skal bruge overkroppen meget i sit arbejde. Vi skal blive meget bedre til at tilpasse programmerne individuelt. Man kan sagtens lave en arbejdstest efter et flot program, men det nytter ikke, hvis personen i sin

hverdag er lige så belastet, fordi han bruger nogle muskelgrupper, vi ikke har arbejdet med”.

Netværk for Forebyggende Sygehuse i Danmark er en interesseorganisation for sygehuse og personer, der arbejder med forebyggelse.

Netværksgruppen om hjerterehabilitering har et formaliseret samarbejde med Dansk Cardiologisk Selskab, der som lægeligt specialeselskab tegner udviklingen, hvad angår behandling og efterbehandling af hjertepatienter.

Men Ann-Dorthe Zwisler savner et organiseret samarbejde med de andre faggrupper, og hun beklager, at deres organisationer ikke er med, hvor de kunne sætte deres faglige præg på udviklingen. Ikke mindst fysioterapeuterne, der spiller en vigtig rolle mange steder.

”Desværre har Danske Fysioterapeuter ikke en sammenslutning af de fysioterapeuter, der specielt arbejder med hjerteområdet. Det savner vi frygteligt. Det er en alvorlig mangel, at vi ikke har de fysioterapeuter med, som jo er dem, der ved mest om den praktiske side. Der er ikke rigtig nogen, vi kan henvende os til og sige: *Er dét så i orden?* Vi mangler nogle højt kvalificerede fysioterapeuter, der ved noget om træning af hjertepatienter”.

Nu skal alle have et træningsprogram

■ Når Netværket af Forebyggende Sygehuse om kort tid afleverer sin rapport, vil en af anbefalingerne være en kraftig oprustning på hjerteområdet. Og måske er der grund til at håbe, at de gode hensigter denne gang ikke ender som - netop gode hensigter.

Netværkets rapport ventes færdig i løbet af efteråret, og arbejdsgruppen for hjerterehabilitering er nu ved at lægge sidste hånd på de kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering, hvor den fysiske træning ifølge læge Ann-Dorthe Zwisler fra arbejdsgruppen indgår som „et afgørende element.”

De endelige formuleringer er endnu ikke vedtaget, men vil med stor sandsynlighed se således ud: * Alle iskæmiske hjertepatienter bør have kortlagt deres fysiske funktionsniveau og motivation for fysisk aktivitet i hverdagen.

* Iskæmiske hjertepatienter, hvor sygdommens sværhedsgrad tillader det, bør entydigt anbefales daglig moderat fysisk aktivitet => 4 timer ugentligt.

* Alle iskæmiske hjertepatienter, der er i stand til at deltage i et ambulansetræningsprogram, bør tilbydes fase II fysisk træning som en del af et integreret hjerterehabiliteringsprogram i 8-12 uger.

Fase II træning kan være baseret på superviseret hjemmetræning.

* Træningen bør individuelt tilpasses efter sygdommens sværhedsgrad og patientens behov og ressourcer.

* Alle iskæmiske hjertepatienter bør kunne viderevisiteres til strukturerede fase III træningsprogrammer i primærsektoren/lokalmiljøet. Fase III træning kan være baseret på hjemmetræning.

”Egentlig skulle konsensusrapporten om hjerterehabilitering fra 1997 allerede have sat den udvikling i gang, men der er altså næsten ikke sket noget”, siger læge Ann-Dorthe Zwisler, som står bag formuleringerne ovenfor.

Hun har netop (16. august, red.) været til møde om Netværkets udkast til rapport. Og selv om der ikke skete meget i kølvandet på 1997-rapporten, er hun alligevel optimistisk:

”Sandsynligvis vil den nuværende regering gentage og skærpe den forrige regerings udmelding i den kommende plan for folkesundhed, hvor forebyggelse og rehabilitering af hjertesygdom er udpeget som ét af fire fokusområder”, siger Ann-Dorthe Zwisler. ■

Træning i trygge rammer



(INTERVIEW) Fem måneder efter et hjertestop, kan Per Hegelund gå i gang med at løbe. Hjertetræningen har sat ham i gang

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK
FOTO MIKE KOLLÖFFEL



I marts i år fik Per Hegelund en blodprop i hjertet på vej til arbejdet. Nu fem måneder efter ser han tilbage på forløbet og den træning han har fået tilbudt. Per Hegelund har deltaget på Glostrup Amtssygehus hjertehold. Han har lært, hvor meget han må belaste kroppen, så han selv kan gå i gang med at træne hjemme.

indgang

■ Per Hegelund er en af de hjertepatienter, der har været glade for tilbuddet om fysisk træning på Glostrup Amtssygehus. Han har trænet i snart tre måneder og er klar til fremover selv at stå for den fysiske træning.

Den 12. marts i år var Per Hegelund på vej til arbejde. Han var ved at krydse Rådhuspladsen i København, da han mærkede en trykkn for brystet og følte sig dårligt tilpas. Da han kom op på sit kontor kontaktede han en kollega og lagde sig på gulvet. Kollegaen ringede efter en ambulance, og inden ambulancen havde forladt Rådhuspladsen var Per Hegelund bevidstløs med hjertestop. Lægerne i hjerteambulancen fik sat hjertet i gang igen, og ambulancen kunne fortsætte til Rigshospitalet, en køretur på 10 minutter. Da han ankom til sygehuset var han ved bevidsthed.

Efter undersøgelse og en operation, hvor der blev foretaget en ballonudvidelse blev Per Hegelund efter 10 dage skrevet op til en by-pass operation, der blev gennemført knap to uger senere på

Rigshospitalet. Seks dage efter operationen blev Per Hegelund sendt hjem med beskeden om at sygemelde sig i to måneder.

ARVELIG DISPONERET

Per Hegelund blev ikke overrasket over sine hjertekomplikationer, selvom han ikke havde haft nogle symptomer, inden han faldt om. Begge hans brødre har haft komplikationer med hjertet. Den ene bror druknede for 12 år siden, og lægerne mener, det skyldtes et ildebefindende evt. i forbindelse med et hjerteproblem. Den anden bror er netop blevet opereret efter en blodprop i hjertet.

"På sin vis, var det næsten en lettelse, at jeg fik konstateret at jeg havde dårligt hjerte. Jeg har været syg, er blevet repareret, og mit hjerte har det formentligt bedre end før jeg blev indlagt", siger Per Hegelund.

Per Hegelund er en af de yngste på hjerteholdet og lever slet ikke op til det billede man ellers har af den typiske hjertepatient. Han er kun 52 år,



- ▶ har ikke røget i 20 år og har altid spist relativt sundt. Han har motioneret, dog ikke så meget som han kunne tænke sig.

Han vil gerne i gang med at motionere på egen hånd og hjerteholdet på sygehuset har været et skridt på vejen.

TRYGHED

Per Hegelund har været glad for at træne på sygehuset, hvor ekspertisen og genoplivningsudstyret er lige ved hånden.

"Fysioterapeuterne, der står for træningen, har sørget for, at vi ikke belaster os mere end vi må. Jeg har desuden fået informationer om, hvor meget jeg må træne fremover. Det skal jeg bruge, når jeg selv skal i gang med at løbe og cykle igen".

Der tilbydes tre måneders træning og det er tilstrækkeligt for Per Hegelund, der selv har overskud til at fortsætte træningen. Andre på holdet har derimod lyst til at fortsætte træningen under supervision af en fysioterapeut. De fortsætter hjertetræningen med de samme fysioterapeuter i aftenskoleregion.

Der er en god stemning på hjerteholdet, og det mener Per Hegelund er væsentligt for, om del-

tagerne får lyst til at fortsætte med træningen.

"Flere af holddeltagerne har ikke været vant til at motionere. De opdager, at det kan være dejligt, og at man får en gevinst ved at træne med andre".

HJERTETRÆNING EFTER OPERATIONEN

Selv om Per Hegelund mener, han med rådgivning fra lægerne kunne træne selv, er han glad for, at han fik tilbuddet om hjerterehabiliteringen.

Han havde mange spørgsmål til, hvad han kunne tåle og de spørgsmål er blev besvaret undervejs. "Jeg har lært, at jeg skal løbe, så jeg samtidig er i stand til at føre en samtale. Det må heller ikke være mere belastende end benene kan klare, da jeg har fået fjernet en åre i det ene ben, og anklen er hævet og benet lidt følelsesløst". Det er så enkelt, jeg har lært at lytte til kroppen", siger Per Hegelund.

Den fysiske træning på sygehuset har også hjulpet på den ømhed han havde i brystkassens knogler og muskler efter operationen. I det hele taget har øvelserne været skræddersyet til de 8-12 deltagere, der er på holdet, og det har den fordel, at alle har fået det, de har brug for, mener Per Hegelund. ■



BAUTA FORSIKRING

For fysioterapeuter der ønsker sikkerhed til fornuftige priser.



www.bauta.dk

Sendes
ufrankeret.
Modtageren
betaler porto.



BAUTA FORSIKRING A/S

Farvergade 17
++ + 0625 ++ + +
++ + + 1045 København K

- Jeg vil gerne kontaktes telefonisk for et uforpligtende tilbud på mine forsikringer.
- Jeg vil gerne kontaktes af min lokale tegningskonsulent for gennemgang af mine forsikringer.
- Jeg er allerede medlem af BAUTA.

Stilling: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

Tlf. privat: _____ Tlf. arbejde: _____

Fysioterapeutens træning



Glostrup Amtssygehus har et tre måneders rehabiliteringstilbud til hjertepatienter, et efterbehandlingsforløb med træning på hold. Der bør tilrettelægges specialtræning til patienter med hjertesvigt. To af de fysioterapeuter, der står for træningen på Glostrup Amtssygehus fortæller om det fysioterapeutiske tilbud.

indgang

(FAKTA) Ved holdtræning har dynamikken og samværet store psykosociale fordele, og man kan uden problemer træne forskellige grupper af hjertepatienter sammen på hold med mulighed for individualiseret intensitet og træningsniveau

AF FYSIOTERAPEUTERNE JANNE MØRCH OG HANNE MORTHORST, GLOSTRUP AMTSSYGEHUS
FOTO MIKE KOLLÖFFEL

■ Der er i de senere år, som det også fremgår af Thomas Villadsens artikel fra sidste fagblad, kommet fokus på behovet for og betydningen af rehabilitering af hjertepatienter, både i Danmark og internationalt.

WHO har formuleret det overordnede mål således: Rehabilitering af hjertepatienter har som formål at forbedre patienternes funktionsniveau, fjerne eller mindske aktivitetsrelaterede symptomer, minimere graden af invaliditet og gøre det muligt for hjertepatienter at vende til-

bage til en personligt tilfredsstillende rolle i samfundet.

Dette er målet for den multifaktorielle rehabilitering, som er kombinationen af fysisk rehabilitering, psykosocial rehabilitering, patientuddannelse og sekundær profylakse (farmakologisk/nonfarmakologisk profylakse).

Det er derfor af stor betydning, at rehabiliteringen varetages af et *tværfagligt* team bestående af kardiologiske læger, kardiologiske sygeplejersker og fysioterapeuter. Der skal endvidere være mulighed for at henvise til andre relevante faggrupper (diætist, psykolog m.fl.).

Formålet med den fysiske rehabilitering er:

- at patienten forbedrer sit fysiske funktionsniveau
- at patienten får afprøvet og bliver fortrolig med sin fysiske formåen
- at patienten motiveres til fortsat fysisk aktivitet.

HOLDTRÆNING

Den fysiske rehabilitering tilbydes typisk til følgende patientgrupper:

- AMI-patienter



- ▶ • bypass opererede
- patienter, der har fået foretaget PTCA (ballonudvidelse)
- patienter med ICD-enhed (implanteret defibrillator, der støder ved for høj hjertefrekvens)
- hjertetransplanterede
- patienter med hjertheinsufficiens.

Træning af de dårligste, men træningsegne hjertheinsufficienspatienter, omtales særskilt.

Ved holdtræning har dynamikken og samvær et store psyko-soziale fordele, og man kan uden problemer træne ovennævnte patientgrupper sammen på hold, med mulighed for individualiseret intensitet og træningsniveau.

Størstedelen af patienterne har været fysisk inaktive, nogle i få uger, andre i årevis.

Alle patienttyper har behov for et grundtræningsprogram for at forbedre den generelle træningstilstand, men derudover lægges hovedvægten på konditionsfremmende aktiviteter, så man samlet opnår et bedre funktionsniveau.

TRÆNINGSNIVEAU

For at opnå den størst mulige konditionsmæssige

fremgang arbejder patienterne med en hjertefrekvens på 60 til 70 procent af maksimalpuls. Det betyder, at patienterne kan høre deres eget åndedræt, at de sveder, men alligevel kan tale under træningen.

På en subjektiv belastningsskala (Borgs skala) vil patienten opfatte arbejdet som "lidt anstrengende".

Af hensyn til effekten af træningen og til patientens oplevelse af træningssituationen, skal arbejdsbelastningen være acceptabel for patienten. Dialogen om træningsintensitet og patientens reaktioner undervejs sammenholdt med observationen af patienten har således stor betydning.

Patienten bliver under træningen fortrolig med kroppens reaktioner under belastning. Patient lærer at skelne mellem almindelige reaktioner under anstrengelse og de symptomer, der skal reageres på.

Træningen giver med andre ord nogle erfaringer, som kan overføres og bruges i dagligdagen.

HVAD SKAL VI VÆRE OPMÆRKSOMME PÅ

Hvorvidt et træningsforløb skal forudgås af et arbejds-EKG, og om der for den enkelte patient skal

Mini Crosser®

MINI CROSSER

»JAZZY«

Centerdrevet.
Fuld affjedring.
Kan klare kantsten op til 10 cm.
Kan tilpasses for individuelt behov.

MC • SCOOP

En nem og skånsom måde at befordre personer på. Lad »Scoop« gøre arbejdet!

MINI CROSSER »S-SERIEN«

3- eller 4-hjulet. Stærkt, stabilt og sikkert el-køretøj. Specielt udviklet til helårsbrug i det danske klima. Bremselys. Affjedret på alle hjul. Miljørigtigere produktion.

MC • VIC-XL

3-hjulet byscooter til meget fordelagtig pris. Kørestækning op til 40 km pr. opladning. Let adskillelig for transport i bil.



Stort sortiment af **CE-mærket** standardtilbehør til alle modeller, som kan tilpasses den enkeltes behov.



Mini Crosser®

Modeller fra 3-99 år

MINI CROSSER A/S

Produktion/salg:
Enggårdvej 7 · 7400 Herning
Telefon 70 10 17 55
Telefax 97 16 85 82

E-mail: heisteel@minicrosser.com

ISO 9001 kvalitetsgodkendt!

AFDELINGER:

JYLLAND: Tlf. 70 10 17 55

FYN: Tlf. 65 91 40 95
Tlf. 70 10 17 55

SJÆLLAND: Tlf. 36 70 00 16
Tlf. 70 10 17 55

www.minicrosser.dk

tages specielle hensyn i træningstilrettelæggelsen, er en lægelig vurdering.

Træning vil normalt være kontraindiceret, hvis der optræder hviledyspnø, angina pectoris i hvile eller pludselig voldsom dyspnø under arbejde.

AMI patienter kan starte træning umiddelbart efter udskrivelsen.

Hjerteopererede (med sternotomi): De første 6 uger efter operationen skal der i træningen tages hensyn til sternotomien. Efter 6 uger er sternum normalt stabilt, og patienten kan træne uden restriktioner.

PTCA (ballonudvidelse): Kan starte træning en uge efter indgrebet, når indstikstedet i lysken er ophelet. Man skal under træningen være opmærksom på, om der opstår angina pectoris som tegn på restenose.

ICD: Disse patienter henvises ofte af psykiske årsager, da de kan være bange for at genoptage fysisk aktivitet. Efter implantering af ICD-enhed, må patienten ikke være voldsomt fysisk aktiv de første uger efter indgrebet (på grund af elektroderne). Ved den første kontrol vurderes det lægeligt, om patienten kan starte træning.

Hjertetransplanterede: Det transplanterede hjerte er denerveret. Stigningen i hjertefrekvensen under aktivitet vil være langsommere og mindre hos de hjertetransplanterede end hos raske. Minutvolumen vil ikke være nedsat i samme grad, da slagvolumen stiger mere end normalt. Hjertefrekvens er derfor et dårligt mål for anstrengelsesgrad ved træning. Denne patientgruppe får heller ikke brystmerter ved iskæmi. Træningsniveauet til denne gruppe af patienter baseres på den subjektive anstrengelsesgrad.

EFFEKT AF TRÆNING

Ved træningen opnår hjertepatienten et højere funktionsniveau og øger dermed det fysiske overskud til at klare dagligdagens aktiviteter på arbejdet og i fritiden.

Der er i dag evidens for at fysisk træning alene eller som led i multifaktoriel rehabilitering har følgende effekt:

- Patienten opnår et højere funktionsniveau og dermed en øgning af det fysiske overskud til at klare dagligdagens aktiviteter på arbejde og i fritiden.
- Ved systematisk kredsløbstræning af 3-6 måneders varighed kan konditionen forbedres 11-66 procent (afhængig af udgangsniveauet).
- Angina pectoris og symptomer på hjerteinsufficiens mindskes, og angst og depression mindskes.
- Gode træningsvaner fastholdes på lang sigt.
- Træning har en gunstig social påvirkning. ▶

Svimmelhed

(TEMA) ■ Ofte får patienter med svimmelhed rådet om at holde sig i ro. Men det viser sig, at det er en fordel at være i aktivitet, hvis man skal have bugt med symptomet. Det norske fagblad *Fysioterapeuten* 7/2002 har sat fokus på svimmelhed og vestibulære sygdomme. En række artikler giver et overblik over ætiologi, symptom billeder og behandling. Artiklerne kan søges på www.fysioterapeuten.no

Portører mobiliserer patienterne

(FORSØG) ■ Et forsøg på Centralsygehuset i Nykøbing Falster med at lade portørerne mobilisere patienterne har været en succes. Alle hverdage fra 8-15.30 er der fast en portør på den medicinske afdeling. Portøren er primært ansat til at mobilisere patienterne, men også til at flytte senge, hjælpe med servering af mad mm. Ordningen har betydet, at såvel sygeplejersker som fysioterapeuter er blevet aflastet og får tid til andre opgaver. Forsøget, der nu er gjort permanent, viser også, at portørerne kan få patienterne til flere ting end sygeplejersken eller fysioterapeuten. Kilde: *Sygeplejersken* 31/2002.

Dansk Præmatur Forening

(FOLDER) ■ Dansk Præmatur Forening har udgivet følgende pjecer og foldere: Præsentationsfolder, pjecer til pårørende og venner, pjecer til sygehuspersonale, folder til institutioner og dagplejere. Alle foldere og pjecer kan rekvireres på tlf. 4635 2567. Se endvidere på www.praematur.dk

Handicapår

(EU) ■ EU-kommissionen har tildelt Danmark 1,5 mio. kr. til aktiviteter til 2003, der er valgt til europæisk handicapår. På europæisk plan har man prioriteret en informationskampagne rettet mod europæere med handicap. Læs mere på www.eypd2003.org eller www.handicapaar.dk

Kurser og træningsseminarer

(ICF) ■ Marselisborg Centret samler og formidler viden om ICF. På centrets hjemmeside kan man læse om kommende kursustilbud og træningsseminarer. Læs mere på www.marselisborgcentret.dk

Søg litteratur om ældre

(DATABASE) ■ Pensions- og Ældrepolitikens hjemmeside indeholder en database med relevant litteratur. Der er på nuværende tidspunkt ca. 1000 publikationer registreret i databasen. Søg på: <http://www.ipaep.dk>

opslags ■ tavlen

Klinik købes

- Klinik på Fyn købes. Billetmærke 883

KB-apparat købes

- Kortbølgeapparat købes. Henvendelse tlf.: 6613 2017

Klinik sælges

- Veletableret og velfungerende klinik i Ribe Amt sælges. Kapacitet 4 ydernumre u/30 timer. Billetmærke 884

Esbjerg Hold 90 - 10 år

- Lørdag d. 01.02.03 afholdes 10 års jubilæum

for Hold 90/ Esbjerg. Henvendelse til: Marianne Guldager 7545 0126, Pia Koch 7515 3015, Agnete Steffensen 7513 9810

Mobil UL købes

- Brugt mobilt ultralydsapparat søges til sportsklub. Max. pris kr. 15.000,-
Kontakt Mikael Jørgensen, tlf. privat 9810 9713, klinik 9817 1209, email: german@mail1.stofanet.dk

Briks sælges

- Ældre briks, ikke hydraulisk men god stand, sælges for kr. 500. Tlf.: 4586 9717, bedst kl. 9-11.

► Desuden har træningen en god effekt på:

- kolesterolkoncentrationen
- blodtryk
- fedme
- insulinfølsomhed
- evnen til hurtige skift mellem sympatisk og parasympatisk nerveaktivitet.

HJERTESVIGT

Hjertepatienter, som får symptomer af almindelig let dagligdags aktivitet, har så lav en træningstolerance, at den fysiske rehabilitering skal tilrettelægges anderledes, end hvad der gælder for de øvrige patientgrupper. Desuden skal træningsforløbet være længere.

Hos denne patientgruppe er den samlede iltforsyning nedsat, og udnyttelsen af den tilførte ilt ringe. Almindelig kredsløbstræning vil derfor medføre, at der ikke kommer tilstrækkelig ilt til de arbejdende muskler.

Undersøgelser har til gengæld vist, at udholdenhedstræning for én muskelgruppe ad gangen giver gode resultater. Når der er trænet på denne måde i et par måneder, vil mange af patienterne kunne indgå på et almindeligt hold for hjertepatienter.

Generelt gælder det for denne patientgruppe, at udholdenhedstræning på lavt niveau er den træningsform, der giver det bedste resultat.

Funktionsniveauet forbedres med:

- en øget maksimal O_2 -optagelse
- en bedre ekstraktion af ilt i de trænede muskler
- en øget lokal arbejdskapacitet i musklen på 40-50 %
- øget kapillærtæthed på 40-50 % i de trænede muskler.

PRIORITERINGER I TRÆNING

I vores tilbud til hjertepatienterne lægger vi vægt på at:

- træningssituationen er en positiv oplevelse for patienten.
- patienten præsenteres for forskellige træningsformer.
- patienten kan relatere erfaringen fra træningen til sin dagligdag.
- motivere til fysisk aktivitet i hverdagen.
- motivere til gode træningsvaner på lang sigt.

Der er ingen tvivl om, at rehabiliteringen af hjertepatienter er et område, som man i fremtiden bør tilgodesee i langt højere grad. Der findes stadig store patientgrupper som stort set ikke modtager noget træningstilbud. Da der efterhånden er tilkommet så meget evidens for træningens gunstige virkning, vil det være oplagt at herteafdelingerne på sygehusene tilpasser deres tilbud. ■

Gangcykler / gangstole til gangtræning, leg, og idræt.



Petra
by Connie Hansen



CAVALIER

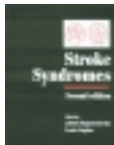
Kontakt:
Petra by Connie Hansen

Tel: 4819 5064
Fax: 4819 5066

mail@petrabike.com
www.petrabike.com

anmeldelse

To tunge drenge om stroke



(ANMELDELSE) Disse bøger er så tunge, at de bør placeres på et bord, når man vil læse i dem, hvis man vil undgå at få en forløftelsesskade. Men indholdet svarer til vægten. Der er mange tungtvejende guldskorn at hente i disse bøger. Begge bøger er redigeret af Julien Bogousslavsky fra Lausanne Universitet i Schweiz og Lous Caplan fra Harvard Medical School og Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston i USA.



"Stroke Syndromes" blev første gang udgivet i 1995. Nu er så anden udgave på gaden i en opdateret og revideret version. Bogen beskriver kliniske problemer, som man møder hos apopleksipatienter og hos patienter med andre tilgrænsende lidelser. Den er først og fremmest tænkt som en hjælp for klinikeren til diagnosticering af sygdommen og kortlægning af sygdomsmønsteret. Bogen er opdelt i to dele.

Del I beskriver kliniske manifestationer (f.eks. føleforstyrrelser, synsforstyrrelser, abnorme bevægelser, hovedsmerter, hukommelsessvækkelse, poststroke, demens mv.), og del II beskriver de vaskulære topografiske syndromer (subaknoidaleblødning, intraventrikulær blødning mv.). Der er i alt 54 delafsnit fordelt på 651 sider, så det er ikke en bog, man læser i ét hug. Ikke mindre end 92 klinikere/teoretikere inden for feltet over alt på kloden har bidraget med indlæg. Fra Norden har Bo Norrving, Neurologisk Afd. Universitets Hospitalet i Lund, bidraget med et afsnit om Medullære infarkter og blødninger.

Alle afsnit er beskrevet ud fra principperne om evidensbaseret videnskab, nærmest som en oversigtsartikel, der dog også er lagt pædagogisk til rette med letforståelige illustrationer og præsentation af emnet og problemstillingen, så det rækker ud til en bredere læseskare. I teksten refereres der grundigt til undersøgelser og kilder, så det er let for læseren at gå tilbage til originalmaterialet.

Afsnittene om abnorm bevægelse, apraksi og agnosi finder jeg er særlig relevante for både fysioterapeuter, der arbejder med disse problemer i praksis og for terapeuter, der forsker i disse felter.

Bogen "Uncommon Causes of Stroke" er det nye skud på stammen, når det drejer sig om apopleksi og tilgrænsende lidelser. Den er krap så omfattende som "Stroke Syndroms" dvs. 370 sider og med 81 internationale anerkendte bidragsydere.

Den giver en grundig beskrivelse af mange sjældne og relativt ukendte årsager til apopleksi. Man kan læse beskrivelse af en sygdom med det eksotiske navn Moya-Moya, eller man kan læse om knoglesygdomme eller knogledeformiteter, som kan føre til hjerne-kar lidelser.

Bogen er ligesom Stroke Syndroms opdelt i korte afsnit,

mange billeder og illustrationer, gode referencer, så den både kan anvendes som opslagsbog og læses med henblik på at få en dybere indsigt.

Begge bøger er anbefalelsesværdige, især til professionelle, der er placeret i stillinger, hvor man arbejder med apopleksipatienter i den akutte fase, hvor diagnosticering, prognostiske overvejelser er centrale for behandlingen. Bøgerne vil også være velegnede som opslagsværker for andre, der interesserer sig apopleksi.

Anmeldt af fysioterapeut og Cand. Scient. San. Hanne Pallesen, Videnscenter for Hjerneskade

Strokes Syndromes, Redigeret af Julien Bogousslavsky og Louis Caplan, Cambridge University Press, 2 udgave, 2001
Pris: 125,00£

Uncommon Causes of Stroke, Redigeret af Julien Bogousslavsky og Louis Caplan, Cambridge University Press, 2001
Pris: 125,00£

Se video på fysio.dk!

Hvad er viden i fysioterapi

Fysioterapeut Nina Schriver taler om viden og om hvordan den anvendes i fysioterapi:

Hvor henter vi viden fra?
Hvordan kan vi selv præge udvikling og forskning i faget?
Hvad er forskernes rolle?



At koble klogt

(INTERVIEW) Sundhedsfremme og forebyggelse bruges ofte i flæng. Ifølge lektor i statskundskab Torben K. Jensen er det dog to meget forskellige størrelser, der næsten kan komme til at stå i modsætning til hinanden

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO CHRISTIAN ADSBØL

Den 11. - 13. november sætter DF fokus på forebyggelse og sundhedsfremme. Det sker med tre temadage, som afholdes i Ringkøbing. Torben K. Jensen er blandt oplægsholderne og fortæller blandt andet om livsstilsændringer og sundhedspædagogik. Se mere på fysio.dk/uddannelse

■ At sundhed er mere end fravær af sygdom er de fleste formentlig enige i. Om ikke andet så på det ubevidste plan, der får os til at bruge vendingen "sund og rask" uden at betragte det som dobbeltkonfekt.

Ifølge lektor ved Aarhus Universitet Torben K. Jensen handler sundhed om følelsen af livsmod og livsglæde og følelsen af at kunne mestre livets mange forskellige situationer.

"Sundhed er en følelse af sammenhæng", lyder hans definition, som han deler med Aron Antonovski, professor i medicinsk sociologi.

Men hvad er så sundhedsfremme?

"Det er der jo mange bud på, men man kan pejle sig ind på det ved at se på den klassiske forebyggelsestanke: *Der er noget, der er farligt; der er noget, jeg skal holde mig fra.* Det afspejler sig jo for eksempel i Arbejds miljølovgivningen", forklarer Torben K. Jensen og fortsætter:

"Men den definition er ikke udtømmende. Det er ikke alt det, der er "farligt", det er muligt at undgå. For eksempel ved vi, at det at miste er hårdt for helbredet både psykisk og fysisk, men vi kan ikke afskaffe risikoen for sorg. En sundhedsfremmeopgave er at gøre

os bedre til at håndtere og magte de påvirkninger, vi ikke kan undgå".

DE ROBUSTE KLARER SIG

Mens vi alle således er i samme risikogruppe, når det gælder at blive udsat for sorg, er der stor forskel på, hvordan vi overkommer den, forklarer han.

"Der ligger en opgave i at udforske, hvad der karakteriserer de robuste. Antonovski har gjort det og har fundet ud af, at det handler om følel-

En sundhedsfremmeopgave er at gøre os bedre til at håndtere og magte de påvirkninger, vi ikke kan undgå, siger Torben K. Jensen, der er blandt oplægsholderne på DF's temadage om sundhed, sygdom og livsstil.

”

Sygdom er, hvordan man har det. Sundhed er hvordan man tager det.

Piet Hein

“



sen af sammenhæng – af at begribe ting, følelsen af håndterbarhed og følelsen af meningsfuldhed”.

Dermed bliver sundhedsfremme at fremme disse følelser mere end at lære folk at spise seks stykker frugt om dagen eller motionere fire timer om ugen. Og dermed bliver sundhedsarbejderens rolle mere end formidling af viden om, hvad der er godt for kroppen, forklarer Torben K. Jensen.

Han har i forbindelse med sin bog "Sundhedsfremme i teori og praksis" interviewet 65 sundhedsarbejdere - heriblandt fysioterapeuter - om deres erfaringer med sundhedsfremme. Hans oplevelse er, at denne definition på sundhedsfremme ikke er fremmed for dem, der arbejder med det i praksis.

"På papiret forebygger de, men i praksis gør de noget mere. De ruster folk, bygger dem op, lærer dem at se mulighederne og mobiliserer deres kræfter".

SER RISICI I STEDET FOR RESSOURCER

Det samme gør sig ikke gældende i de officielle udspil fra for eksempel DIKE og Statens Institut for Folkesundhed, mener Torben K. Jensen.

"De tager udgangspunkt i den klassiske forebyggelsestænkning, baseret alene på klinisk og epidemiologisk forskning: *Vi ved det er skadeligt at ryge, og vi ved, der er mange, der gør det, derfor må vi fortælle dem, at det er skadeligt.* Antonovski ville også undersøge, *hvorfor* folk ryger, når alle ved, de burde lade være – det vil sige koble den enkeltes udgangspunkt med forskningen. Det er vigtigt at vide, hvordan folk selv ser deres situation, før man kommer med gode råd".

"Hvis vi alene er præget af risikotænkning og ikke drevet af håb, får vi en absurd dagsorden", siger Torben K. Jensen og nævner nedlæggelse af de små fødesteder som et eksempel. "Man lader sig styre af en hvad-nu-hvis-tankegang", mener han.

Et andet eksempel er en lovændring i forbindelse med medlavningen på institutioner for handicappede.

"Her har man lovgivet om, at på institutioner med over 13 beboere må disse ikke deltage i madlavningen. Tænk på al den livskvalitet, der er gået tabt i bestræbelserne på at jorde den sidste bakterie".

Også regeringens folkesundhedsprogram er klassisk forebyggelsestænkning, mener Torben K. Jensen.

"Der reflekteres ikke over begreberne sundhed og sygdom, og programmet burde have heddet

folkehelbredsprogram. Det baserer sig helt overvejende på risiko-tænkning og ikke på mobilisering af ressourcer".

En af skurkene i den sammenhæng er programets opfattelse af dokumentation som værende lig med måling.

"Det er selvfølgelig godt med dokumentation, men ikke, hvis man har den holdning, at dokumentation kun handler om måling. Sundhed, sundhedsfremme eller effekten af en sundhedspædagogisk indsats lader sig ofte ikke dokumentere med statistiske eller naturvidenskabelige målinger, men nok på andre måder. Hvis man så afstår fra en række projekter og indsatsområder, fordi de ikke lader sig dokumentere med de valgte - men u hensigtsmæssige - metoder, så går man galt i byen. Området kalder på kvalitativ forskning - det er utrolig vigtigt, hvis man skal have brugbar viden som grundlag for en sundhedspædagogisk indsats", siger Torben K. Jensen.

AT KOBLE KLOGT

Trods den manglende forskning på det sundhedspædagogiske område, er det som sagt Torben K. Jensens opfattelse, at sundhedspersonalet godt ved, hvad det er, der virker i kommunikationen med patienten. På baggrund af de 65 interviews, han har gennemført med ansatte i sundhedsvæsenet ser han et klart mønster i, hvornår kommunikationen lykkes, så der bliver flyttet noget.

"Det handler ikke om at sende et budskab, men om at gøre et budskab efterspurgt", forklarer Torben K. Jensen, der i sin bog kalder det "at koble klogt" - i modsætning til "at sende klart".

"Hvis samværet med professionelle gør, at folk krymper, tager de sig ikke sammen til at ændre noget – man skal bygge dem op, ikke pille dem ned. Den professionelle skal spørge sig selv, om hun i mødet med patienten var med til at øge følelsen af sammenhæng. Man skal være sig bevidst, at man virker på andre mennesker som en, der giver eller tager energi".

Netop fordi sundhedspædagogik først og fremmest handler om at koble, skal man ifølge Torben K. Jensen ikke have for store forventninger til egentlige forebyggelseskampagner.

"Det tælles formodentlig i promiller, hvem der har brug for at høre netop dét bestemte budskab på dén måde på dét tidspunkt".

Torben K. Jensen
Exam. Art, (filosofi)
ph.d.(statskundskab),
side 1997 lektor ved
Institut for Statskundskab,
Aarhus Universitet. Har sammen med
uddannelseskonsulent
Tommy J. Johnsen
skrevet bogen "Sundhedsfremme i teori og praksis".

Sundhedsfremme i teori og praksis", Torben K. Jensen og Tommy J. Johnsen, forlaget Philosophia, Pris: 260,- kr. eksklusiv forsendelse (25,- kr. i Danmark).

Bestilles på
www.philosophia.dk
eller på telefon 8942 2215.

Om at finde og forske i fagets kerne

(DEBAT) Skal forskningen tage sit udgangspunkt i fagets kerne, eller skal faget vælge sin kerne på baggrund af forskningen. Henning Langberg og Hans Lund, der begge er både forskere og fysioterapeuter, diskuterer evidens for fysioterapi

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK OG JOURNALIST ANNE GULDAGER

FOTO MIKE KOLLÖFFEL

Fysioterapeut, ph.d., cand.scient. Henning Langberg er videnskabelig redaktør på *Nyt om Forskning* og seniorforsker på Idrætsmedicinsk Forskningsenhed på Bispebjerg Hospital.

Fysioterapeut, ph.d. Hans Lund forsker på Parker Institutet, Frederiksberg Hospital og er tidligere medlem af redaktørpanelet for *Nyt om Forskning*. Han er formand for Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi og medlem af bestyrelsen i Danske Fysioterapeuters Forskningsfond.

■ Hvad kommer først – hønen eller ægget? Forskningen eller fysioterapien?

Fysioterapeuten har sat to forskningsinteresserede fysioterapeuter – Henning Langberg og Hans Lund – stævne til en debat om faget og forskningen.

I december sidste år publicerede Hans Lund sammen med fysioterapeut, Lene Agner Petersen og Else Marie Bartels en oversigtsartikel i *Ugeskrift for læger* "Det evidensbaserede grundlag for fysioterapi – med fokus på træning /øvelsesterapi ved

har vi for os selv - det er dér vi er unikke. Hvorfor skal vi så bruge energi på at blive kiropraktorer og lære akupunktur, mens kiropraktorene sætter sig på træningen. De har nemlig fundet ud af at mobilisering og manipulering ikke kan stå alene. Det er vigtigt at aktiv rehabilitering er fysioterapeuternes fremtidige kerneområde", siger Henning Langberg og lufter en frustration, der rækker længere end artiklen, der blot var en anledning til at starte en diskussion.

Hans Lund er enig for så vidt angår, at der evidens for træning, men parkerer den et øjeblik, for senere at vende tilbage til forskellen på evidens for træning og evidens for *fysioterapeutisk træning*.

"Jeg er ikke enig i, at træning er vores kerneområde. Vi har et problem, når vi skal diskutere, hvad fysioterapi er, for definitionen findes ikke. Vi vælger ofte at definere fysioterapi ud fra det, vi gør. Det reagerer jeg meget stærkt imod. Jeg tror ikke, du kan finde en eneste interventionsform eller rådgivningsform, som ikke også andre bruger. Andre træner jo også. Hvis man skal definere fysioterapi, må det være ud fra, hvad vi kan bidrage med i en rehabiliteringssammenhæng".



bevægeapparatproblemer" (*Ugeskr læger*, 31/12/01, 164/1).

Artiklen dokumenterer en positiv effekt af træning i 9 ud af 12 metaanalyser, men Henning Langberg ærgrede sig under læsningen over, at dette ikke gav anledning til flere fanfarer, men mere efterlod læserne med en fornemmelse af, at der stadig er lang vej at gå, før der er evidens for fysioterapeutisk træning.

TRÆNING - ET KERNEOMRÅDE

"Hvis man kigger ud over den træning, der er relateret til fysioterapi og til træning i det hele taget, er der jo god evidens for, at man kan noget med træning. Træning er vores kerneområde - det

I den sammenhæng er træning midlet og ikke målet. Målet er et bedre fysisk funktionsniveau, og det er her, man finder fysioterapeutens rolle, mener Hans Lund.

"Vores rolle er give folk en optimal bevægelsesevne med mindst muligt smerte. Og hvis det nu viser sig for eksempel, at træning, massage, manuelle teknikker, termoterapi og ultralyd alt sammen er hul i hovedet, og at man ved en optimal farmakologisk behandling får en meget bedre motorisk kontrol, så er det dét, fysioterapeuterne skal trænes i. Vi har en rolle, og den skal udfyldes på den bedst tænkelige måde. Men dér, hvor jeg så tror, vi står stærkest, er netop træning".

VI HAR IKKE FORVALTET VORES PUND

Trods en akademisk uenighed om, hvordan kerne i faget skal findes, er de to dog rørende enige om, at træning er en central del af fysioterapien - ikke kun som behandling, men også vedligeholdende og forebyggende. Men af samme grund fastslår Hans Lund, at der rent forskningsmæssigt er lang vej at gå.

"Hvis vi siger, at træning er et af kerneområderne, er det tydeligt, at vi som faggruppe ikke har

vikler hjerte-/karsygdomme i tilslutning til sin artrose, eller er formålet at lære ham et ganske bestemt gangmønster, eller er målet at reducere smerte?

For mig at se er det tre forskellige mål, der gør en fantastisk forskel på, hvilke redskaber og øvelser du vælger, og hvor længe der skal trænes".

Henning Langberg tilslutter sig, at man ud fra et forskningsmæssigt synspunkt ikke kan trække erfaringer fra friskgymnastik til sygegymnastik, men mener, der er masser af erfaringer fra idræt,



forvaltet vores pund, når det gælder træning. Vi har arbejdet meget med begrebet træning, men vi støder hver gang ind i problemer med et begreb som dosis/respons. Hvilken dosis skal vi give, og hvad er det for en respons, vi er interesserede i".

Henning Langberg er enig og placerer en del af skylden på fysioterapeutuddannelsen:

"På uddannelsen er træning ikke et kerneområde. De studerende får selv nogle færdigheder i idræt og gymnastik, men de lærer ikke nok om træningsterapi og træningsforståelse".

Hans Lund: "Jeg tror, at årsagen dels er historisk, dels er et manglende teorigrundlag. Sygegymnastik og friskgymnastik skilte sig ud fra hinanden allerede i slutningen af 1800-tallet, da gymnastikbølggen kom til Danmark fra Sverige. Alt det de lærer på idrætsstudiet om træningslære og fysiologien bag det, dosering og effekt, er gået tabt i fysioterapien, fordi man har været meget fokuseret på det syge uden at være opmærksom på, at man kunne lære enormt meget af idrætsverdenen. Et andet problem er, at vi som fysioterapeuter ikke har sat os ned og formuleret et formål med træning.

Friskgymnastikken har mere definerede mål, for eksempel at opnå en vis hurtighed. Men hvad er for eksempel formålet med at træne en artrosepatient? Er formålet, at du skal sikre, at han ikke ud-

der kunne bruges konstruktivt i fysioterapeutisk praksis.

"Det er da synd, at fysioterapeuter ikke udnytter den eksisterende viden om træning. Når man nu ved, at hvis man skal blive bedre styrkemæssigt, skal man gøre sådan og sådan - hvorfor udnytter man det så ikke, i stedet for at træne mange gentagelser med lav belastning, for eksempel elastik?", spørger han.

ER IKKE INTERESSANT HVIS DET VIRKER

Når man på trods af god evidens på området, alligevel kan blive ved at støde på den holdning, at effekten ikke er dokumenteret, mener de to, at det skyldes mediernes - også de videnskabeliges - fokuseren på nyheder. Det er ikke interessant at bevise, at noget virker, hvis det er noget, vi hele tiden har troet på. Så er det kun interessant, hvis det ikke virker.

Henning Langberg: "Der er for eksempel masser af studier, der viser, at strækøvelser har effekt, men så kommer Peter Magnusson med sine studier om den manglende effekt på vævet, og selvom han holder fast i, at der er effekt på bevægeligheden, er det ikke det, medierne hører. Medierne er ikke interesserede i sandheden".

Hans Lund: "Den norske fysioterapeut Jan Bjordahl har en tese om, at det i de store medicin-





Danske Fysioterapeuters Forskningsfond støtter såvel monofaglige som tværfaglige projekter, men det er en forudsætning for at yde støtte til tværfaglige projekter, at fysioterapi udgør en selvstændig afgrænset del af projektet, og at inddragelsen af fysioterapi gør en forskel for projektets resultater. Støtte ydes udelukkede til ordinære medlemmer af Danske Fysioterapeuter. Fondet støtter et bredt spektrum af projekttyper f.eks.: grundforskning, klinisk forskning, dokumentation af effekt og kvalitetsudvikling. Se mere på www.fysio.dk/ udvikling og forskning.

ske tidsskrifter inden for farmakologien er lettest at få publiceret positive studier, mens det inden for den slags emner, vi taler om her, er lettest at få publiceret negative studier”.

BEHØVER IKKE AT VÆRE FYSIOTERAPEUTER

Men hvad er det så, der forskes i? Prioriterer vi rigtigt, og er det de rigtige der forsker?

Svaret på det sidste spørgsmål er de to fuldkomne enige om: Hvis det skal bevises, at fysioterapi virker, skal det være dem, der er bedst uddannet til at lave forskning, der gør det. Det kan være en fysioterapeut – men skal ikke nødvendigvis være det.

Af samme grund har de også begge et ambivalent forhold til Forskningsfonden, der udelukkende støtter fysioterapeutiske projekter.

Henning Langberg ser som videnskabelig redaktør af *Nyt om Forskning* de lange lister over støttede projekter, der hver har fået en lille portion penge, men ser også samtidig de kun få artikler, der kommer ud af projekterne. Han tvivler derfor på, at pengene bliver brugt rigtigt.

”Man skal gøre sig klart om DF’s forskningsfonds mål er at uddanne så mange fysioterapeuter som muligt til at læse forskningen og forstå forskningen – for så er det en god baggrund at have lavet et lille projekt. Eller er målet med fonden at bevise, at fysioterapi virker? Træningsstudier er tunge og tager lang tid. Jeg kunne godt ønske mig, at Forskningsfonden var lidt mere udadvendt og havde en diskussion i gang om, hvad pengene egentlig skal bruges til. De

går til små projekter, som fondsbestyrelsen kan overskue og i små portioner, så man ikke kommer til at satse for meget på et projekt, der måske viser sig at være dårligt. Små penge til små projekter har mest til opgave at uddanne fysioterapeuter til at få en større forståelse af forskning. Men hvis man nu i stedet sagde, at i løbet af de næste to år bruger vi vores penge på træningsstudier...”

Hans Lund: ”Det ville give os et konkret problem: Efter hvilke kriterier skulle vi udpege området? Du siger træning, men for eksempel MT-gruppen ville nok mene noget andet. Der er også værdi i at støtte de små projekter – nogen skal jo starte et sted, og et afslag opfattes som en utrolig desavouering af projektet”.

Om fonden i det hele taget er placeret rigtigt i regi af DF, er Hans Lund, der selv er medlem af fondsbestyrelsen i tvivl om.

”Det er enormt vigtigt, at DF har givet de penge - det betyder så meget. Men man skulle måske hellere lægge dem uden for DF, så der ikke var politisk indblanding i uddelingen. Det er også derfor Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi ikke er medlem af DF, som faggrupperne er det. Vi forsøger at starte diskussionen om prioritering i Selskabet. Den diskussion er utrolig vigtig, men den skal foregå i det åbne. Og vi bliver *aldrig* færdige med den. Prioriteringen skifter hele tiden – ellers gør den mere skade end gavn”.

Diskussionen er hermed i gang - også i det åbne på [www.fysio.dk /debat](http://www.fysio.dk/debat)



Strategi for ledere

(LEDELSE) ■ Skal Danske Fysioterapeuter "nurse toplederne" eller i stedet stimulere til, at der bliver rekrutteret nye ledere fra de meniges rækker? DF-formand Johnny Kuhr er ikke i tvivl: begge dele er foreningens opgave. Der var anerkendende ord hele vejen rundt, da hovedbestyrelsen behandlede første udkast til foreningens lederstrategi, men også forskellige bud på, hvor vægten i indsatsen over for lederne skal ligge. Eksempelvis påpegede næstformand Brian Errebo-Jensen, at foreningen ikke kan løse alle problemerne for lederne, men bør satse på at stille de nødvendige informationer til rådighed for lederne. Udkastet til lederstrategi skal til høring hos forskellige fraktioner, inden strategioplægget skal behandles på repræsentantskabsmødet i november.

Et kommunalt netværk

(DISTRIKSTERAPEUTER) ■ De kommunalt ansatte fysioterapeuter har brug for et netværk. Det er vurderingen i DF's hovedbestyrelse. Et netværk, der blandt andet kan lave landsdækkende arrangementer, samle de kommunalt ansatte inden for de enkelte amter et par gange om året og skabe kontakt mellem de kommunale og praktiserende terapeuter med udgangspunkt i de fælles opgaver. På det seneste HB-møde lå der et udkast til, hvordan et sådant netværk kan etableres.

"De tilbagemeldinger jeg har fået er, at det er på høje tid at det kommer," sagde HB-medlem Solvejg Pedersen, der har været med til at udforme forslaget til, hvordan et sådant netværk skal etableres, og hvad DF's rolle og økonomiske engagement skal være. Efter en kort diskussion valgte HB, at der skal arbejdes videre med det samlede forslag, som skal behandles på næste HB møde i september.

Nej til kraniosakral og ja til akupunktur

(FAGGRUPPER) ■ "Det er ikke så nemt endda," erkendte HB-medlem Vibeke Laumann, da hovedbestyrelsen et pænt stykke tid havde diskuteret en henvendelse fra en gruppe fysioterapeuter, der arbejder med kraniosakral terapi og ønsker at lave en eller anden form for interesseforum under Danske Fysioterapeuter. På den ene side er det foreningens holdning, at man fagligt lægger sig op af evidensbaserede behandlingsmetoder, "og det er tvivlsomt, om man kan henføre kraniosakral terapi under denne kategori – i hvert fald på nuværende tidspunkt", som formand Johnny Kuhr udtrykte det. På den anden side er man som forening ikke interesseret i at skubbe nye behandlingsmetoder fra sig, som flere fysioterapeuter benytter og som patienterne på et senere tidspunkt måske kan påvises at have gavn af.

Kan man som forening både sige nej til at give gruppen det blå stempel i form af at acceptere dem som eksempelvis faggruppe og så samtidig give plads til og dyrke gruppen i baghaven under mindre formelle former? Hvad vil der i så fald ske med faget og foreningens anseelse? Og hvis man først har sagt ja til kraniosakral terapi, hvad bliver så den næste behandlingsform, som der i givet fald skal gøre plads til i Danske Fysioterapeuter? Spørgsmålene var mange, ligesom vurderingen af, om eller hvor meget evidens der ligger bag kraniosakral terapi, varierede blandt HB-medlemmerne.

"Jeg mener, de skal være velkomne. Man kan efter min mening gradbøje, hvad evidensbaseret behandling er," som HB-medlem Maila Pedersen udtrykte sig.

Hovedbestyrelsen endte med ikke at træffe en endelig beslutning. Der er brug for at få de mange spørgsmål bedrevet, ikke mindst at få kigget grundigere på metoden.

Hele denne øvelse har Danske Fysioterapeuter været igennem i forhold til akupunktur. Her ligger i dag en rapport, som foreningen står bag. Og i den konkluderes det blandt andet, at der er tilstrækkeligt videnskabeligt grundlag for at sige, at akupunktur på nogle områder virker som behandling i forhold til smertesyndromer. Derfor valgte hovedbestyrelsen at godkende vedtægterne for "Danske Fysioterapeuters faggruppe for akupunktur", der blev etableret i Aalborg i august i år. I første omgang som selvstændig faggruppe, men med en opfordring til, at gruppen på et senere tidspunkt bliver en undergruppe under fagforum for Muskuloskeletal Terapi, når det engang bliver etableret.

Nedsat kontingent

(FRIST) ■ Du kan få nedsat dit kontingent til DF, hvis du er fuldt arbejdsledig, dvs. udelukkende lever af dagpenge, er sygemeldt/på barsel/på orlov/under uddannelse uden løn. Der skal ansøges skriftligt inden den 10. i måneden før kvartalskift. Skal du være kontingentfri fra den 1. oktober, skal du derfor søge inden den 10. september. Der kan ikke bevilges nedsat kontingent med tilbagevirkende kraft.

Hvis du søger om nedsat kontingent på grund af arbejdsløshed, barselsorlov eller sygemelding, skal du eftersende den første dagpengespecifikation. Får du nedsat dit kontingent fra 1.oktober, skal du eftersende en kopi af din dagpengespecifikation fra oktober måned. For hvert kvartal skal der ansøges på ny. Er du på orlov, skal du eftersende en kopi af den endelige orlovsbevilgning. Du kan få nedsat dit kontingent i hele den periode, du er på orlov. Er du under uddannelse, skal du eftersende en kopi af dit studiekort. Du kan få nedsat dit kontingent for maksimalt 1 år ad gangen. Se mere på www.fysio.dk/ servicecenter.

Træningssal er en tvivlsom forretning

(STATISTIK) En undersøgelse af indtjening og omkostninger for ejere og lejere i praksissektoren kaster lidt lys over området, men efterlader lige så mange spørgsmål. Hvorfor er det for eksempel en dårlig forretning at have en træningssal?

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
GRAFIK RIKKE GLAVIND

Tallene er fremkommet efter en netop gennemført undersøgelse af indtjening og omkostninger i praksissektoren. Den viste, at med en omkostningsprocent på 61 har den gennemsnitlige kliniker en nettoindtægt på knap 413.000 kroner.

Lejernes nettoindtægt er på godt 266.000 kroner. Samlet set giver det en nettoindtægt for de deltagende praktiserende fysioterapeuter på godt 340.000 kroner.

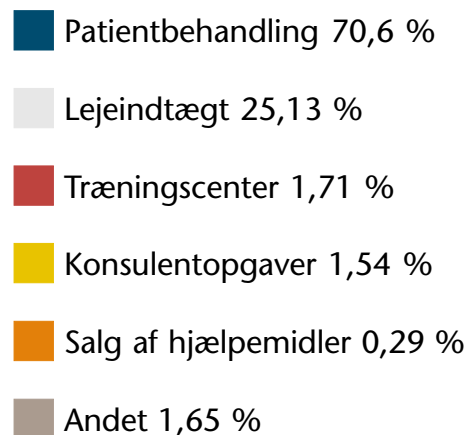
REGNSKABSÅR 2000

Efter i vinter at have indsamlet oplysninger fra 137 klinikker over hele landet og efterfølgende bearbejdet materialet tegner der sig nu et billede af

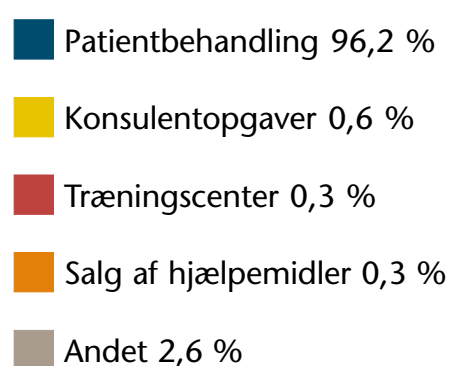
Undersøgelsen af indtjening og omkostninger i praksissektoren er gennemført af Danmarks Statistik i samarbejde med DF. Den er blevet til som følge af en aftale mellem DF og Sygesikringen i forbindelse med sidste overenskomst og skal sammen med kommende, lignende undersøgelser bruges ved de næste ok-forhandlinger. Den er gennemført sidste vinter og baserer sig på tal fra regnskabsåret 2000. I undersøgelsen medvirker 69 klinikejere og 68 indlejere. I alt var udtaget 200 praktiserende til undersøgelsen, men på grund af hyppig udskiftning i sektoren havde ikke alle praktiseret i hele regnskabsåret, og disse er derfor trukket ud af statistikken. Svarprocenten var 75, hvilket i statistisk sammenhæng betegnes som tilfredsstillende.

■ Den gennemsnitlige kliniker omsætter for lige godt en million om året. Pengene finder dog ikke hvile på bankbogen, men må for 60 procent vedkommende ud at trille igen med det samme.

Klinikejeres indtægt fordelt på type



Lejeres indtægt fordelt på type



klinikkernes indtjening og omkostninger i 2000, som er det undersøgte regnskabsår.

Flere tal skal analyseres nærmere, og for eksempel privat indbetaling til pensionsopsparing er ikke med i undersøgelsen, men den giver alligevel flere brudstykker til et signalement af praksissektoren.

Forskellen i indtjeningens størrelse for henholdsvis ejere og lejere skal tildels findes i tidsforbruget. Her viser undersøgelsen nemlig, at ejernes gennemsnitlige arbejdstid ligger på 45 timer pr. uge, mens lejerne ligger noget lavere.

Lejere med en kapacitet under 30 timer om ugen har en arbejdsuge på knap 34 timer, mens lejere med over 30 behandlingstimer arbejder 37 timer om ugen.

Beregninger på lejernes gennemsnitlige timeløn viser, at lejere med over 30 behandlingstimer om ugen har en højere timeløn, og den nærliggende forklaring er, at selvom man behandler mindre, har man næsten lige så meget ikke-betalt arbejde i form af for eksempel administration og efteruddannelse.

Undersøgelsen af fordelingen af kapaciteter på henholdsvis over og under 30 timer viser, at der er næsten nøjagtig halvt af hver.

HVOR KOMMER PENGENE FRA

Undersøgelsen beskæftiger sig også med, hvor indtægterne stammer fra.

Lejerne tjener næsten alle deres penge på patientbehandling, mens "rask-træning", dvs. træningscentrenes andel i indtjeningen næsten ikke er til at få øje på.

For ejernes vedkommende står patientbehandlingen for de 70 procent af indtjeningen, lejeindtægter udgør 25 procent og kun knap to procent kommer fra træningscentre. For lejernes vedkommende er indtægten fra træningscentre næsten ikke til at få øje på.

Og hvordan ryger pengene så ud igen? Den største post er aflønning af personale. Hver ejer betalte i gennemsnit godt 122.000 kroner til sekretærhjælp, godt 128.000 kroner til ansatte fysioterapeuter, og godt 31.000 kroner i løn til sig selv. I alt bruges 44 procent af indtjeningen på lønudgifter.

Den næststørste udgiftspost er lokaleomkostninger, der udgør gennemsnitligt godt 117.000 kroner – eller 18 procent. Den gennemsnitlige

Se video på fysio.dk

(VIDEO) ■ Nu er der også mulighed for at se video på fysio.dk! Hør og se fysioterapeut Nina Schriver tale om viden, og hvordan den anvendes i fysioterapi. Fysioterapeut Jeanette Præstegaard taler om kerneviden, kerneydelser og klinisk ressonering i fysioterapi. Begge foredrag er filmet på Danske Fysioterapeuters temadage "Faglig Udvikling på Arbejdspladsen", juni 2002. Formålet med temadagen var bl.a. at få ideer til, hvordan udvikling af faget bliver en del af fysioterapeutens hverdag samt at blive inspireret til kompetenceudvikling med afsæt i hverdagen. Der er mulighed for at høre begge foredragene i sin helhed, men det er også muligt selv at klikke sig igennem indholdsfortegnelsen i højre side af videoafspilleren. Den del, der afspilles er markeret, så det er tydeligt, hvilken del af foredraget der er i gang. Under afspilningslisten er det muligt at se de spørgsmål, der blev stillet foredragsholderne fra salen. Hold musen over „spørgsmål“ og tryk derefter på "svar". Under "fjernsynsskærmen" er det muligt at betjene sig af de velkendte funktioner stop, pause, næste, spol frem/tilbage, skru op/ned etc. Spolefunktionen er dog ikke så hurtig som på videobåndoptageren derhjemme, der er typisk en ventetid på 6-10 sekunder.

Fysioterapeuter til Sverige, Østrig og Irland

(JOB I UDLANDET) ■ Irland har brug for 50-70 fysioterapeuter og Østrig ca. 50. Fredag den 28 juni var Danske Fysioterapeuter vært for et internationalt rekrutteringsmøde med det formål at hjælpe danske fysioterapeuter med at søge job i udlandet. Mødet er resultatet af et samarbejde mellem Danske Fysioterapeuter og arbejdsformidlingens internationale afdelinger EURES i Sverige, Irland, Østrig og Danmark. På mødet fortalte en række jobkonsulenter fra EURES om, hvordan man søger job i udlandet. I Sverige er der efterfølgende allerede blevet ansat fire fysioterapeuter. Klik dig ind på fysio.dk/job og få gode råd til at søge job i udlandet. Læs også danske "udlandsfysioterapeuters" rejsebeskrivelser fra bl.a. USA, Norge, Sverige, Lanzerote, Zimbabwe og Tanzania.

Hjerterehabilitering

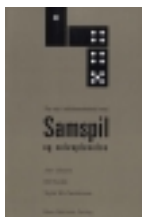
(DOWNLOAD ARTIKEL) ■ Fysioterapeuten nr. 14/02 bragte artikler om hjerterehabilitering med speciel fokus på den fysiske genoptræning. I den forbindelse har overlæge Jens Rokkedal fra Amtssygehuset i Glostrup skrevet en artikel til fysio.dk, hvor han kort gennemgår sygdomsbillede og behandling for de fire hovedkategorier af hjertepatienter, der gennemfører hjerterehabilitering. Artiklen er ledsaget af en række illustrationer. Klik ind på fysio.dk/ nyheder og download artiklen af Jens Rokkedal.

ny litteratur



(DEMENS) ■ "Musik og demens" beskriver musikkens betydning for demensramte. I bogen gives der forskellige eksempler på, hvordan musikken kan anvendes i demensplejen. Musikken kan benyttes i den daglige pleje eller om man ønsker at arbejde i deciderede terapiforløb. 16 kapitler omhandler konkrete musikaktiviteter.

HANNE METTE OCHSNER RIDDER. "Musik og demens". Formidlingscenter Nord tlf. 98132211. 200 sider. Kr. 150 + forsendelse



(TERAPI) I ■ "Samspil og selvoplevelse" skabes en dialog mellem systemisk familierapi og nyere udviklingspsykologi. Forfatterens kliniske eksempler viser, hvordan der kan skabes et begrebsapparat som udviser skelet mellem individualterapi og familierapi, og som dermed gør det muligt at arbejde med de samme temaer både på individ- og relationsplan.

ASTRI JOHNSEN, ROLF SUNDET, VIGDIS W. TORSTEINSSON. Hans Reitzels Forlag. 326 sider. Kr. 325



(PSYKIATRI) ■ "PSYKIATRI" introducerer og beskriver vigtige emner inden for psykiatrisk forskning, medicinsk teknologivurdering og kvalitetsudvikling. Disse dokumentationsstrategier kan bidrage til at belyse psykiatrien i sin helhed.

PER JØRGENSEN, JAN MAINZ, RABEN ROSENBERG. "Psykiatri". 244 sider. Kr. 258.



(VIDEO) ■ Videoen "En kilde til livsglæde" viser eksempler på det sundhedsfremmende arbejde i Århus Kommune. Videoen, der er optaget i Seniorcentret Saxild Strand, kan bruges til undervisning, inspiration eller diskussionsoplæg blandt brugere, personale og samarbejdspartnere inden for sundhedssektoren. beskriver musikkens betydning for demensramte. I bogen

TORBEN K. JENSEN. "En kilde til livsglæde". Bestilles på tlf.: 8655 8111. Spilletid 28 minutter. Kr. 129,-



(ÆLDRE) ■ Videoen og instruktionshæftet "Styrk kroppen og let hverdagen – det er aldrig for sent" henvender sig til ældre, der har lyst til at træne, men som enten ikke har lyst til eller mulighed for at deltage i de etablerede aktivitetstilbud til ældre. Træningsprogrammet kan anvendes af medarbejdere, der foretager forebyggende hjemmebesøg, forebyggelseskonsulenter mv. Øvelserne kan også benyttes i dagcentre, klubber og som supplement til det kommunale vedligeholdelses- og genoptræningstilbud. Videoen med tilhørende instruktionshæfte er sendt i et eksemplar til samtlige kommuner, ældreråd, ældreorganisationer, Sund By Netværk og samtlige sygehuse. LIS PUGGAQARD, HANNE BACKE, VIBEKE PILMARK. "Styrk kroppen og let hverdagen – det er aldrig for sent". ÆldreForum tlf. 33955010. Video, instruktionshæfte og to træningselastikker koster til private kr. 60. Pris til ikke-private formål kr. 110. Pris for hæfte og to elastikker kr. 45. Hæftet alene koster 15 kr.

► husleje er på 690 kroner pr. kvadratmeter, men varierer meget fra praksis til praksis. 25 procent af klinikkerne har en gennemsnitlig leje på under 370 kroner pr. kvadratmeter, mens andre 25 procent betaler mindst 908 kroner pr. kvadratmeter.

Den store forskel er delvis geografisk, idet huslejen generelt er højere i hovedstadsområdet. Men en del af årsagen skal muligvis findes i, at de klinikejere, der selv ejer deres lokaler, har forskellige måder at anslå huslejen på.

Udgifter til markedsføring er nede på et gennemsnit på godt 18.000 kroner – knap tre procent af indtjeningen.

IKKE NOGET GULDÆG

Den kendsgerning, at 70 procent af klinikkerne har investeret i en træningssal kunne give mistanke om, at der var fundet et guldæg. Men det afkræfter undersøgelsen.

Mens ejere *med* træningssal har en gennemsnitlig nettoindtægt på knap 405.000 kroner, har ejere *uden* en træningssal en nettoindtægt, der er over 20.000 kroner højere. Det samme gør sig gældende for lejere, hvor dem *uden* træningssal tjener gennemsnitligt 18.000 kroner mere end dem *med* træningssal. Det er ikke muligt at konkludere ud fra undersøgelsen, hvorvidt træningssalens størrelse betyder noget for indtjeningen.

DET VIDERE FORLØB

Tidligere undersøgelser, senest fra 1997, er gennemført på en anden måde, og det er derfor ikke muligt at sammenligne med resultatet af denne undersøgelse.

Det er hensigten at følge 2000-undersøgelsen op med foreløbig en 2001- og en 2002-undersøgelse. Det skal gøre det muligt at følge med i indtjening og omkostninger på området. Dels til brug for de løbende forhandlinger med Sygesikringen. Dels i forbindelse med planlægning af initiativer på praksisområdet, også internt i foreningen.

Pjecer fra Danske Fysioterapeuter

Undertegnede bestiller herved følgende pjecer:

	pris	antal	kr.
Ældre i sving	2 kr.		
Osteoporose	2 kr.		
Av min fod	1 kr.		
Av mit knæ	1 kr.		
Av min skulder	1 kr.		
Graviditet og bækkenmerter	2 kr.		
Husk bækkenbunden	1 kr.		
Strækøvelser	1 kr.		
Øvelsesprogram for brystopererede	30 kr.		
Porto og ekspedition			35,-
		i alt:	

Pjecerne sendes til:

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr./by: _____

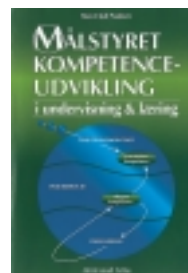
Det letter bogholderiet, hvis der medsendes en check, men betalingen kan også foregå pr. efterkrav.

Ønskes kun en enkelt pjece, kan den rekvireres gratis ved indsendelse af frankeret svarkuvert. (gælder ikke "Øvelser for brystopererede". Prisen for denne er inkl. porto).

Av-pjecerne, Husk bækkenbunden og Strækøvelser skal frankeres med 5,50 kr. på en A5-kuvert, mens resten skal i en A4-kuvert frankeret med 6,50 kr

anmeldelse

Præget af små og store fejl



(ANMELDELSE) ■ I bogen "Målstyret kompetenceudvikling i undervisning og læring" lægges op til en redegørelse for en praktisk rettet almen teori om kompetenceudvikling i undervisning og læring. Den kompetenceteori, der præsenteres er ifølge forfatteren en „stand alone“ teori, der repræsenterer en ny forståelse, som ikke bygger videre på andre kendte teorier.

Bogen inddrager mange forskellige faktorer med betydning for kompetencebegrebet, og der stilles mange relevante og interessante spørgsmål - som for eksempel hvad er en kompetence, og hvordan skaber vi en lærende organisation, som magter at tage imod - og bruge - de mange nye kompetencer.

Bogens projekt er ambitiøst: At præsentere en praktisk teori med en ny forståelse af kompetencebegrebet og kompetenceudvikling. Desværre lykkes projektet efter min opfattelse ikke, dertil er fremstillingen for rodet, og den teoretiske forankring af begreber for overfladisk. Begrundelsen for at teorien er sammenskrevet som en „stand alone“ monografi er blandt andet, at forfatteren ikke tidsmæssigt har haft mulighed for at diskutere kompetenceteorien i forhold til gængs læringsteori. At kompetenceteorien fremlægges uden litteraturreferencer begrundes dels med travlhed og dels med, at teorien er udviklet i dialog med praktisk konsulentarbejde. Denne manglende forankring i det teoretiske felt omkring kompetenceudviklingen er medvirkende til at svække bogens indhold.

De tre første kapitler handler om kompetenceforståelse, kompetenceudvikling, hvor mange forskellige aspekter i forhold til kompetenceforståelse og -udvikling beskrives afsluttende med angivelse af anvendelse af kompetenceteorien. I afsnittet om læringstænkning redegør forfatteren blandt andet for sin forståelse af neurolæring og psykolæring ud fra den grundlæggende antagelse at undervisning og deltagerens aktivitet er input og kompetenceudvikling output. Desuden introduceres 13 forskellige læringsmåder og deres betydning i kompetencen. Afslutningsvis redegøres for overvejelser vedrørende teoriudvikling af kompetenceteorien.

Forlaget undskylder indledningsvis 11 fejl af alvorlig, meningsforstyrrende karakter samt andre småfejl i teksten. Sprogligt kunne bogen trænge til en gennemskrivning. Det angives, at bogen er skrevet under omstændigheder hvor alle sætningerne ikke kunne vejes på en guldvægt, og det præger desværre klarheden i og anvendeligheden af fremstillingen en del.

Anmeldt af Ulla Mulbjerg, fysioterapilærer

Sten Clod Poulsen: *Målstyret kompetenceudvikling i undervisning og læring af Sten Clod Poulsen, 1.udgave, MetaConsult Forlag 200, ISBN 87-610-0080-91. Pris: 295 kr. incl. moms, 330 sider*

Kommunal genoptræning giver mere sammenhæng

@ *Kommentar til formand Johnny Kuhrs udtalelser om placering af ansvaret for genoptræning (fysio.dk /nyheder d. 19. august)*

Genoptræning af ældre – hvor skal ansvaret og opgaverne placeres?

Som fysioterapeuter ansat til at varetage genoptræning af borgere i kommunalt regi og som tidligere ansat på sygehus, er vi meget uenige med Johnny Kuhrs vurdering omkring "at lægge hovedparten af genoptræningen i kommunerne".

Gennem mange år har der været problemer omkring sammenhængende genoptræningsforløb samt om, hvor ansvaret og opgaverne for genoptræning af især de ældre borgere og patienter skal placeres. Få steder er det lykkedes at skabe en samarbejdsaftale mellem amt og kommuner om opgaven.

Erfaringerne gennem mange år har vist, at amterne ikke prioriterer genoptræning højt. Der er gennem de seneste år sket nedskæringer inden for genoptræningsområdet. Dette er sket på trods af, at der er afsat midler til for eksempel oprettelse af apopleksiafsnit og til afhjælpning af ventelister på knæ- og hofteoperationer. Der er ikke prioriteret tilsvarende ressourcer til genoptræning af patienterne - eller sagt på f.eks. denne måde: patienterne kan få en ny hofte,

men de behøver ikke at lære at gå på den!

Vi mener, at når patienterne ikke længere har behov for intensivt højt specialiseret ekspertise på sygehuset bør genoptræning placeres i kommunalt regi. Vi er enige med Johnny Kuhr i at de "komplerede og tunge lidelser", fortsat skal genoptrænes ved hjælp af specialiseret viden - og gerne i amternes regi.

På sygehusene har lægerne ansvaret for det "lægefagligt begrundede behov for genoptræning" inkl. genoptræningsplanerne. Som Johnny Kuhr skriver, er det meningen med loven om genoptræningsplaner, at sygehuset har ansvaret for genoptræning - inkl. den økonomiske forpligtelse.

Mange amter har ikke, som forudsat i loven, etableret aftaler med kommunerne.

Patienterne risikerer derfor at blive henvist til kommunal genoptræning og samtidig blive meldt "lægeligt færdigbehandlet" - evt. med krav om betaling for færdigmeldte indlæggelsesdage. Dette sker, uden at der er en samarbejdsaftale, og uden at der følger økonomiske midler med til kommunen.

Sygehuset skal udarbejde en genoptræningsplan, men har ikke indflydelse på, hvor mange ressourcer der kan tildeles den enkelte patient til genoptræning i kommunalt regi – uanset hvor mange terapeutisk faglige grunde, der ligger til grund for en genoptræningsplan. Sygehusets personale kan i princippet vælge mellem at udarbejde og tilrettelægge et genoptræningsforløb efter de faktiske

muligheder, der er tilstede i amtet og kommunen, eller de kan vælge at udarbejde den fagligt velbegrundede genoptræningsplan, som de ved ikke vil kunne blive effektueret!

Vi mener, at genoptræningsenheder i kommunerne vil have mulighed for at skabe sammenhæng i de enkelte patienters genoptræningsforløb. Det er lettere at skabe samarbejde i den lokale sammenhæng, og det er lettere at etablere samarbejde til patientens praktiserende læge, som kender patienten godt, og som fortsat skal behandle patienten efter genoptræningsforløbet. For at styrke det faglige foreslår vi, at man ansætter en læge i kommunalt regi til at varetage de lægelige problemer i relation til genoptræningsforløbet.

Selvom amterne har ansvaret for genoptræning, har mange kommunerne "frivilligt" tildelt mange ressourcer til genoptræning. Dette er et klart signal om, at de har stor interesse for og vilje til at løse genoptræningsproblematikken, og forskning har vist, at genoptræningen af ældre foregår bedst i kommunalt regi. Men hvis man ser bort fra patientens "gevinster" ved genoptræningen og i stedet vender blikket mod, hvem der har (den økonomiske) motivation for at genoptræne de ældre borgere og patienter, så er det indlysende, at det også er på de kommunale budgetter, at effekten af genoptræningen vil kunne måles.

Fysio- og ergoterapeuterne bør i kommunalt regi placeres organisatorisk samlet. Det vil give rig mulighed for kvali-

tetsudvikling, forskning samt tværfaglig kompetenceudvikling på genoptræningsområdet, således at genoptræningsopgaverne kan varetages på et højt fagligt niveau - hvilket allerede er tilfældet i mange kommuner.

Ansvar, opgaver og ressourcer skal følge hinanden og de kommunale politikere skal tage stilling til, hvilke genoptræningsopgaver man ønsker løst, og hvor mange ressourcer man vil stille til rådighed.

Dette kræver yderligere, at det tværfaglige personale omkring genoptræningsforløbet i høj grad kan dokumentere effekten af de ressourcer, som genoptræningen tildeles.

Birgitte Dahl, ledende terapeut og fysioterapeut, og Christina Skou, fysioterapeut, TR og Formand for Geronto/Geriatrik Faggruppe. Genoptræningscentret i Lyngby-Taarbæk Kommune

Læs formand Johnny Kuhrs svar og deltag selv i debatten på www.fysio.dk/debat

Indmeldelse i DF eller overgang fra én medlemsstatus til en anden. **Hele blanketten bedes udfyldt.**

Meddelelse om ændring af navn, bopæl, ansættelsessted, arbejdsområde, stilling, arbejdsomfang m.v.: **Medlemsnr., dato for ændring samt CPR-nr. skal anføres** – på resten af blanketten anføres kun ændringerne. Er du med på div. lister, eksempelvis ergonomilisten, anføres det under andre meddelelser.

Medlemsnr. _____ Dato for ændring _____ / _____ CPR.-nr.: _____

Navn: _____

Evt. c/o: _____

Gade: _____

Postnr./by: _____

Opkrævningsadresse: _____

Navn: _____

Gade: _____

Postnr./by: _____

Telefonnr. privat: _____ Telefonnr. tjeneste: _____

Hovedansættelsessted: _____ Andet ansættelsessted: _____

Gade: _____ Gade: _____

Postnr./by: _____ Postnr./by: _____

Tillidshverv:

Tillidsrepræsentant	10	<input type="checkbox"/>
Tillidsrepræsentantsuppleant	20	<input type="checkbox"/>
Kontaktmand	30	<input type="checkbox"/>
Kontaktperson praktiserende	40	<input type="checkbox"/>
Kontaktpersonsuppleant praktiserende	50	<input type="checkbox"/>
Sikkerhedsrepræsentant	60	<input type="checkbox"/>
Sikkerhedsrepræsentantsuppleant	70	<input type="checkbox"/>
Sikkerhedsrepræsentant – Leder	80	<input type="checkbox"/>
Hovedbestyrelsen	90	<input type="checkbox"/>
Hovedbestyrelsessuppleant	100	<input type="checkbox"/>
Repræsentant	110	<input type="checkbox"/>
Repræsentantsuppleant	120	<input type="checkbox"/>
Kredsbestyrelsesformand/Kontakt	130	<input type="checkbox"/>
Kredsbestyrelsen	140	<input type="checkbox"/>
Kredsbestyrelsessuppleant	141	<input type="checkbox"/>
Tillidsrepræsentantråd	150	<input type="checkbox"/>
Tillidsrepræsentantrådssuppleant	160	<input type="checkbox"/>
FTF-delegeret	170	<input type="checkbox"/>

Medlemsstatus:

(kun 1 x)

Ordinært	1	<input type="checkbox"/>
Ekstraordinært	2	<input type="checkbox"/>
Passiv	3	<input type="checkbox"/>
Junior	4	<input type="checkbox"/>
Udland	5	<input type="checkbox"/>

Uddannelsessted:

(kun 1 x)

Århus	1	<input type="checkbox"/>
Holstebro	2	<input type="checkbox"/>
København/Teilmann	3	<input type="checkbox"/>
Skodsborg	4	<input type="checkbox"/>
Odense	5	<input type="checkbox"/>
Udland	6	<input type="checkbox"/>
Andet	7	<input type="checkbox"/>
H.P. Lund	8	<input type="checkbox"/>
Esbjerg	9	<input type="checkbox"/>
Næstved	10	<input type="checkbox"/>
Aalborg	11	<input type="checkbox"/>

Arbejdsløshedskasse:

(kun 1 x)

Medlem FTF-A – ansatte	1	<input type="checkbox"/>
Medlem ASE eller DANA – selvstændige	2	<input type="checkbox"/>
Andre – a-kasser	3	<input type="checkbox"/>

Arbejdsgrupper/udvalg:

Hvilke? _____

Andre Meddelelser: _____

HOVEDARBEJDSOMRÅDE – SØJLE A HVIS ANDET ARBEJDSOMR. – SØJLE B (kun 1 x pr. søjle)

Ansæt efter overenskomst med:

Amtsrådsforeningen:	A	B
Sygehus	10	<input type="checkbox"/>
Plejehjem	20	<input type="checkbox"/>
Centerskoler/Specialbørnehaver	30	<input type="checkbox"/>
Selvejede institutioner	40	<input type="checkbox"/>
Hjælpepædagogisk central	50	<input type="checkbox"/>
Andet	60	<input type="checkbox"/>

Kommunernes Landsforening:

Plejehjem	70	<input type="checkbox"/>
Centerskoler/Specialbørnehaver	80	<input type="checkbox"/>
Selvejede institutioner	90	<input type="checkbox"/>
Hjælpepædagogisk central	100	<input type="checkbox"/>
Andet	110	<input type="checkbox"/>

HS:

Hospitaler	120	<input type="checkbox"/>
Fysiurgiske klinikker	130	<input type="checkbox"/>
Andet	140	<input type="checkbox"/>

Københavns/Frederiksberg Kommune:

Plejehjem	170	<input type="checkbox"/>
Centerskoler/Specialbørnehaver	180	<input type="checkbox"/>
Selvejede institutioner	190	<input type="checkbox"/>
Forvaltningen	200	<input type="checkbox"/>
Andet	210	<input type="checkbox"/>

Finansministeriet:

BST-stat	230	<input type="checkbox"/>
Selvejede institutioner	240	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeutskoler	250	<input type="checkbox"/>
Arbejdstilsynet	260	<input type="checkbox"/>
Andet	270	<input type="checkbox"/>

Dansk Arbejdsgiverforening:

Virksomheden er medlem af DA	310	<input type="checkbox"/>
Virksomheden har tiltrådt DA-OK	320	<input type="checkbox"/>
Andet	330	<input type="checkbox"/>

Andre overenskomster:

Grønland: Det offentlige aftalenævn	400	<input type="checkbox"/>
Færøerne: Det færøske Sygehusvæsen	410	<input type="checkbox"/>
Udlandet: Overenskomst ml. DF og div.	420	<input type="checkbox"/>
Ansatte i DF	430	<input type="checkbox"/>
Andet	440	<input type="checkbox"/>

Ansæt privat:

	A	B
Hos praktiserende fysioterapeut m. overenskomst m. Sygesikringen	340	<input type="checkbox"/>
Ved private behandlinginstitutioner	350	<input type="checkbox"/>
Andre private	360	<input type="checkbox"/>

Selvstændig virksomhed:

SYGESIKRINGEN: (kun angivelse, hvis man har eget ydernummer)

Klinikejer	280	<input type="checkbox"/>
Lejer sig ind på klinik	290	<input type="checkbox"/>
Har udelukkende hjemmebehandling	300	<input type="checkbox"/>
Rideterapi	301	<input type="checkbox"/>

Anden selvstændig virksomhed:

Anden klinikdrift/motionscentre o.l.	371	<input type="checkbox"/>
Salgsvirksomhed	372	<input type="checkbox"/>
Free-lance konsulent	370	<input type="checkbox"/>

Arbejdsløs:

Ikke i arbejde (ansat)	380	<input type="checkbox"/>
Ikke i arbejde (selvstændig)	390	<input type="checkbox"/>

Stillingskategori:

Fysioterapeut	10	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeut med ydernummer	20	<input type="checkbox"/>
Afdelingsfysioterapeut	30	<input type="checkbox"/>
Overfysioterapeut	40	<input type="checkbox"/>
Anden lederstilling	50	<input type="checkbox"/>
Sagsbehandlerfysioterapeut	100	<input type="checkbox"/>
Distriktsfysioterapeut	101	<input type="checkbox"/>
Rektorer	110	<input type="checkbox"/>
Instruktør	120	<input type="checkbox"/>
Fysioterapilærer	130	<input type="checkbox"/>
Konsulent	140	<input type="checkbox"/>
Bedriftsfysioterapeut	150	<input type="checkbox"/>
Underviser	160	<input type="checkbox"/>
Anden stilling	170	<input type="checkbox"/>
Privatklinik/Center uden overenskomst m. Sygesikringen	171	<input type="checkbox"/>

Arbejdsomfang:

Hovedarbejdsområde: Antal timer/uge.....
Andet arbejdsområde: Antal timer/uge.....

Indmeld.dato (år,md., dag) _____

Aut. dato (år + md.) _____

Praktiserende (hvis ja x)

Yder nr.: _____

Kreds: _____

Dato: _____

Underskrift _____

Når skaden er sket....



Det er aldrig for sent at genoprette kroppens fedtsyre-balance. Bio-Sport er den unikke sportskur, der tilfører kroppen de livsvigtige fedtsyrer Omega-3 og Omega-6, som er med til at opretholde den rette balance imellem prostaglandinerne i kroppen.

Uanset om man er elitesportsudøver, motionist eller har et arbejde, hvor man udfører monotone bevægelser hele dagen, vil det altid være ubejlejligt at blive tvunget til at holde en længerevarende pause.

Bio-Sport indeholder livsvigtige fedtsyrer og antioxidanter, som hjælper dig med at holde dig fysisk aktiv - også i de perioder, hvor du belaster dig maksimalt.



 **Pharma Nord**
Sadelmagervej 30-32, 7100 Vejle

**Bio-Sport - den
unikke sportskur**

Kan købes på apoteket, hos matas og i helsekostforretninger.