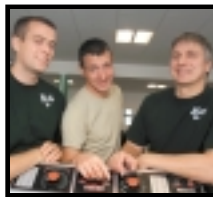


Nr. 18/oktober/2002

84. årgang



#### Motion på recept

Om kort tid kan borgere i Ribe Amt gå til lægen og få en recept på motion. Recepten indløses hos fysioterapeuten. Side 11

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

## Bolden motiverer

■ Boldspil var en vigtig del af genoptræningen af en ung mand med hjerneskade. Side 4



### Artikler

#### Boldspil som genoptræning



En ung mand med en frontallapsskade er blevet genoptrænet på Fjordbo ved Vejlefyord. Idrætsaktiviteter som basketball og fodbold var vigtige midler i fysioterapeutens genoptræning.

4

#### Motion på recept i Ribe Amt

Om kort tid kan borgere i Ribe Amt gå til lægen og få en recept på motion. Recepten indløses hos fysioterapeuten.

11

#### Faldforebyggelse



Med et faldforebyggelsesprojekt i Herlev Kommune har man fået et overblik over, hvilke ældre der falder og hvorfor.

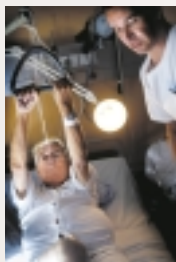
16

#### Viborg mister førerposition

Viborg Kommuner har halveret antallet af terapeuter og rykker dermed fra en plads i 1. division til en plads i midterrækken.

20

#### Portører genoptræner patienter



På Amager Hospital skal et projekt med portører, der genoptræner, nedbringe liggetiden for patienter med hoftenære frakturer.

24

#### Fysioterapeut Kirsten Tørsleff får ærespris



Patientforeningen De Brystopererede uddelte torsdag den 10. oktober deres ærespris til fysioterapeut Kirsten Tørsleff.

Kirsten Tørsleff, der selv er brystopereret har gennem 20 år arbejdet med de fysiske problemer, der kan opstå efter en brystkræftoperation og står bag "Øvelsesprogram for brystopererede", der distribueres af DF. Resultaterne af Kirsten Tørsleffs arbejde er i øvrigt offentliggjort i det anerkendte internationale lægetidsskrift, The Breast.

I sin motivation for æresprisen sagde Karen Veien, formand for Patientforeningen De Brystopererede blandt andet: "Hver kvinde, der henvender sig til Kirsten Tørsleff, præsenterer hende for nye udfordringer, og hver gang tager hun dem op, som om det er den vigtigste sag i verden, at netop den kvindes problemer bliver løst. Hun får også prisen, fordi hun i de senere år har brugt mange timer på at undervise andre i sundhedssektoren i sine metoder. Takket være den indsats er der nu flere og flere fysioterapeuter, der bruger hendes metoder i deres arbejde."

Æresprisen er et maleri af Bente Merrill, Ringkøbing.



**FORSIDE:**  
OLE CHRISTIANSEN

**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  
89 39 88 33  
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

## En dårlig skattesag

Skatteminister Svend Erik Hovmand har fået en rigtig dårlig sag på halsen. Ikke blot kan den så tvivl om regeringens intentioner med det stort anlagte sundhedsprogram, "Sund hele livet", der blev offentliggjort for kort tid siden, men den risikerer også at efterlade et indtryk af en regering med en nøjeregnende skattepolitik, stik imod hvad den nuværende regeringschef og tidligere skatteminister Anders Fogh Rasmussen har slået til lyd for.

Sagen udspringer fra medicovirksomheden Coloplast, der har opgivet at tilbyde rådgivning og træning til virksomhedens 350 ansatte. Virksomhedens skatterådgivere vurderer nemlig, at de ansatte, der tager imod tilbuddet, risikerer at blive beskattet af værdien af trivselsprogrammet, der skulle højne sundheden og arbejdsglæden samt nedsætte sygefraværet. Problemet synes at være, at der skal være knivskarp dokumentation for, at initiativet fra Coloplast vil spare det offentlige for sundhedsudgifter. Sådan udlægger sundhedsøkonom Jacob Kjellberg fra DSI, Institut for Sundhedsvæsen, sagen i Berlingske Tidende. Og tilføjer: "at den del af programmet, hvor medarbejderne bliver mere glade, naturligvis skal beskattes på linie med eksempelvis en firmabil."



**Af Johnny Kuhr**  
formand for  
Danske  
Fysioterapeuter

Nu er det så, at skatteministeren skal finde ud af, om det er korrekt, at det skal koste penge for den enkelte medarbejder at tage imod kostrådgivning eller løbetræning under vejledning af eksempelvis en firmabetalt fysioterapeut? Eller om det kun skal være den del af motionen, som bringer arbejdsglæde, der skal beskattes – og vel også, hvordan man i givet fald skal måle den slags? Skatteministeren bliver formentlig også nødt til at høre sin kollega sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen, hvordan man forklarer, at regeringen i sit sundhedsprogram lægger vægt på at stimulere danskerne til at leve sundere og dyrke motion - og virksomhederne til at tage et socialt ansvar - når skattevæsenet efterfølgende straffer den slags handlinger?

Det er med andre ord en række interessante spørgsmål, som skatteministeren skal besvare. Selv om det ikke er den nuværende regering, der har udformet de eksisterende skatteregler, er det ministeren, der kommer til at stå til ansvar - og i givet fald skal forsøge at skaffe det nødvendige flertal i Folketinget for at få justeret skatteloven, hvis det forholder sig, som Coloplast siger, det gør. Og mon ikke der hurtigt kommer besked fra ministeren om, at medarbejderne på Coloplast selvfølgelig ikke skal straffes økonomisk for at følge henstillingerne i sundhedsprogrammet - selv når det gælder de mere glædesbetonede træningsøvelser. Alt andet vil blive udlagt som et politisk selvmål.

# Boldspil som genoptræning

**(CASE)** En ung mand med en frontallap-skade er blevet genoptrænet på Fjordbo. Idrætsaktiviteter som basketball og fodbold var vigtige midler i fysioterapeutens genoptræning

AF FYSIOTERAPEUT KIRSTEN MARK IVERSEN,  
FJORDBO, VEJLEFJORD  
FOTO LARS LINDSKOV

indgang

I artiklen tages udgangspunkt i en case omkring genoptræning af en frontallap-skadet elev på Fjordbo v. Vejlefjord. Der indgår en beskrivelse af den fysioterapeutiske praksis med udgangspunkt i elevens følger efter hjerneskode, herunder såvel faglige som pædagogiske overvejelser i forbindelse med træningen. Artiklen er baseret på forfatterens 8-årige praksiserfaring med genoptræning af hjerneskodede på Vejlefjord.

■ En 18-årig ung mand med en frontallap-skade er på et genoptræningsophold på Fjordbo ved Vejlefjord (se faktaboks side 9). I en case beskrives genoptræningen og de fysioterapeutiske overvejelser i den forbindelse.

Artiklen er inspireret af sidste års konference om frontallap-skader (1) og en anmeldelse af Elkhonon Goldbergs bog "Hjernen som dirigent" (2).

## HJERNESKADET EFTER TRAFIKULYKKE

Casen drejer sig om en 18-årig ung mand (kaldet K), der efter en trafikulykke har pådraget sig en hjerneskode lokaliseret til højre frontallap.

K har anden kulturel baggrund, men har boet i Danmark i ca. 10 år og gik på skadestidspunktet i folkeskolen.

De fysiske følger efter ulykken er en lammelse i venstre arm og ben, hvilket K er kommet sig godt efter. Ved opholdets start har K let nedsat muskelfærd i venstre arm og ben, forringet koordination i bevægelserne med venstre arm og forringet finmotorik i venstre hånd. Han har endvidere let nedsat sensibilitet i hele venstre side (berøring, dybdesensibilitet, temperatur, smerte). Stereognosen med venstre hånd er forringet, idet det tager længere tid end forventet for K at føle sig frem til, genkende og benævne genstande.

K er højrehåndet og har tendens til helt at glemme eller undgå at bruge venstre hånd i dagligdags aktiviteter.

De kognitive følger ses i den neuropsykologiske test i form af nedsat koncentration (spændvidde og afledelighed), nedsat visuel indlæring og hukommelse, markant nedsat abstraktionsniveau samt et forceret arbejdstempo og manglende efterkontrol og overblik. Disse udfald er i øvrigt også fremtrædende i praktiske aktiviteter i Fjordbo, hvor der ligeledes observeres nedsat arbejdshukommelse og mental udtrætning. K er dog i stand til at restituere sig godt efter korte pauser.



Personlighedsmæssigt har K vanskeligheder i form af en impulsiv, umiddelbar, behovsstyret samt til tider barnlig adfærd. Socialt betyder dette, at han ofte kommer ud i konflikter med andre, herunder de øvrige elever, der ikke har forståelse for hans adfærd og skade. K mangler selv indsigt i skadens følger, specielt på det personlighedsmæssige, kognitive og praktiske område, hvorimod han på det fysiske plan har et mere realistisk billede af eget funktionsniveau.

K er i besiddelse af en umiddelbar, venlig og imødekommende adfærd over for nye mennesker. K er meget ihærdig og motiveret for træning, specielt den fysiske, hvor han har gode ressourcer.

Sammenfattende er der altså tale om følger af en hjerneskode i form af både kognitive, personlighedsmæssige og fysiske vanskeligheder. Dette betyder, at K vil have brug for et længerevarende genoptræningsforløb, også udover træningen i Fjordbo, ligesom det vurderes, at der også fremover vil være brug for støttende tiltag.



*Boldspil var en vigtig del af den individuelle træning for en ung mand med en frontallapsskade. Her tog fysioterapeuten udgangspunkt i den unge mands tidligere interesser og hans behov for konkurrencemomentet (modelfoto).*

## MÅL FOR TRÆNING

I samarbejde med K opstilles ved opholdets start mål for den fysioterapeutiske træning, hvori der tages udgangspunkt i K's oplevelse af vanskeligheder og de objektive fund.

Der opstilles følgende mål for den fysioterapeutiske træning:

- at forbedre muskelkraften i venstre arm og ben
- at forbedre koordinationen og finmotorikken med venstre arm og hånd med henblik på at kunne score mål i basketballkurv med venstre hånd
- at afklare sensibilitetsforstyrrelserne og deres konsekvens for K's brug af venstre arm og ben.

Målene drejer sig om forbedring af K's fysiske funktion, fordi det er det fysiske, K er motiveret for at træne. De fysiske og praktiske ressourcer er desuden vigtige for K både aktuelt og fremover, når han i fremtiden skal vælge beskæftigelse og aktiviteter.

Målene for den fysioterapeutiske træning indgår i en tværfaglig behandlingsplan, hvor K bl.a.

skal lære at tackle de kognitive vanskeligheder. Han har svært ved at koncentrere sig og få overblik. Derfor skal han lære at strukturere de praktiske daglige aktiviteter i huset.

K skal også arbejde med de sociale og følelsesmæssige vanskeligheder, der hos ham giver sig udtryk i impulsive handlinger, barnligt adfærd og manglende indsigt. Yderligere er et af målene for opholdet på Fjordbo en udredning af K's skolemæssige niveau samt at afdække hans funktionsniveau med henblik på at kunne udarbejde en realistisk plan for uddannelse, erhverv, fritid og bolig.

## DEN FYSIOTERAPEUTISKE TRÆNING

K får tilbudt træning både individuelt og på hold.

Under den individuelle træning træner K sin venstre side og specielt venstre arm. Han træner såvel koordination, finmotorik og styrke. Der tages udgangspunkt i aktiviteter, som K har været motiveret for tidligere f.eks. boldspil (basketball, fodbold, håndbold) og andre aktiviteter, der indeholder et konkurrencemoment.

Der er således et sammenfald mellem K's mål og fysioterapeutens middel i genoptræningen. Der er tale om en såkaldt "fælles sag", som beskrevet i tidligere artikel af fysioterapeuter på Vejlefyord (3).

K har desuden gennemført to CI-terapi forløb (Constraint Induce) (4), hvor han i en periode på 12 dage i mindst 90 % af døgnets vågne timer har haft højre arm i slynge. Formålet er at fremtvinge brug af og øget opmærksomhed på venstre arm og hånd i såvel daglige aktiviteter som i træningen i fysioterapien og i det daglige selvtræningsprogram for venstre arm.

Da K er højrehåndet, er det en stor overvindelse, og der kræves opbakning fra personalet.

Som dokumentation og motivationsfaktor for K bliver der ved start og slut på CI-terapi forløbene optaget video af arm- og håndfunktion i venstre side. I det første forløb er K meget motiveret og

**Constraint Induced Movement Therapy**  
Behandlingsmetode, hvor den ikke-hemiplegiske arm fikseres med det formål at fremtvinge og øge brugen af den hemiplegiske arm. Der skal selvfølgelig være en vis funktion i den hemiplegiske arm som forudsætning for behandlingen.

Fikseringen forløber over minimum 12 dage med fikseration f.eks. via armslynge i 90 % af døgnets vågne timer. Udover den træning, der finder sted i løbet af dagen i praktiske gøremål og ADL aktiviteter udføres der dagligt et træningsprogram med specifikke øvelser for den hemiplegiske arm. Det er nødvendigt med tæt kontakt til fysioterapeuten i denne periode, da eleven kan have behov for opmuntring, og det øvrige personale har behov for retningslinier.

- ▶ forbedrer finmotorikken i venstre hånd og kan udføre opponens-bevægelsen med venstre tommelfinger. Det andet forløb virker ikke efter hensigten. Det er umuligt at få K til at bruge slyngen konsekvent nok til at kunne forvente nogen effekt.

K har efterfølgende ind imellem brugt slyngen i genoptræningen for at udelukke brugen af højre arm og dermed øge opmærksomheden på venstre. Således opnås der maksimal input i venstre arm i de enkelte træningssituationer. K er også i den praktiske træning i Fjordbo under hele opholdet blevet gjort opmærksom på og støttet i brugen af venstre hånd.

### FYSIOTERAPEUT SOM DIRIGENT

Jeg har valgt at se min rolle som en slags dirigent, som beskrevet i tidligere artikel i Fysioterapeuten (1). Her beskrives hjernens funktion og kompleksitet som forholdet mellem dirigenten og orkestret. Frontallapperne er dirigenten i orkestret og styrer musikerne med de forskellige instrumenter.

Min rolle som dirigent starter allerede, fra K træder ind i fysioterapien. K afledes nemt og forstyrrer andre genoptræningsdeltagere eller fysioterapeuter. I tilfælde, hvor K når at falde i snak

med andre, kan det være svært at stoppe ham i snakken og få ham med til at gå i gang med den egentlige træning.

Vi starter med at aftale dagens træningsindhold, gerne siddende evt. på gulvet i et lokale for os selv, for at han kan få ro og optimal mulighed for opmærksomhed.

Her har det også virket godt, at jeg kort beskriver formålet med dagens træning og relaterer det til de opstillede mål for den fysioterapeutiske træning. Da K altid selv er kommet med ideer til træning og små konkurrencer, har vi som oftest aftalt at arbejde med den af mig fastsatte og strukturerede træning først og derefter slutte af med en aktivitet, som K styrer.

Som dirigent er det nødvendigt hele tiden at være et skridt foran ved at kunne forudse og eventuelt undgå elementer, der kan aflede K i træningen.

Det er for eksempel ikke nogen god ide at have ekstra bolde og træningsredskaber liggende i lokalet eller træne i samme rum som andre.

Fysioterapeuten er som dirigent nødt til at være bevidst om kommunikationen både verbalt og kropsligt. Kommunikationen med K kan således ses som dirigentstokken, altså dirigentens redskab til at styre orkestret.



## BAUTA FORSIKRING

For fysioterapeuter der ønsker sikkerhed  
til fornuftige priser.



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

Sendes  
ufraankeret.  
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: \_\_\_\_\_

På dage, hvor det lykkes for mig at bevare overblikket, være lidt foran og klar i mine meldinger, er det mit indtryk, at træningen fungerer bedst.

På dage, hvor dette ikke rigtig lykkes, står jeg tilbage med en fornemmelse af at være løbet over ende og ikke have nået det, der var hensigten.

Generelt har det været en god ide, at K starter med grovmotoriske aktiviteter med høj puls og

tempo, som han er glad for og slutter af med aktiviteter, der træner finmotorik, f.eks. forskellige spil.

K har brug for at have et højt aktivitetsniveau og skal stimuleres meget for at holde sig koncentreret omkring aktiviteten. Den optimale træning for K vil således være med et højt tempo og puls i starten, langsomt dalende til et niveau med f.eks.



## DEN FYSIOTERAPEUTISKE PRAKSIS MED FRONTALSKADEDE PERSONER

I træningen er det vigtigt at gøre sig overvejelser omkring (6):

### De fysiske og pædagogiske rammer

Det er vigtigt, at træningen foregår overvejende uforstyrret af stimuli. Der skal være en form for struktur og ramme i træningen for at fastholde eleven. Rammen kan være en given aktivitet og med udgangspunkt i den, kan der lægges op til kreativitet, fantasi og udvikling af egne ressourcer.

Kommunikationen med eleven skal være klar og tydelig. Der skal være overensstemmelse mellem det, der udtrykkes verbalt og via kropssprog. Elevens deltagelse på hold bør overvejes nøje. Mindre hold på f.eks. 2-3 personer er at foretrække. Man kan også gøre brug af ekstra personale til at støtte, korrigere og motivere.

### Mål

Målet med træningen skal være tydelig for både elev og terapeut. Det gælder både det overordnede mål for den fysioterapeutiske træning og målet for den enkelte træningssituation. Det kan være nødvendigt at klargøre disse mål før hver træningssituation.

### Indhold

Der skal være overensstemmelse mellem indhold og mål. Indholdet kan være aktiviteter, som eleven er interesseret i og motiveret for at træne. Derudover kan træningen indeholde elementer som f.eks. konkurrence, musik mm., som eleven har været med til at aftale på forhånd. Dette fremmer motivationen og har stor betydning for elevens engagement i træningen.

I den enkelte træningssituation kan det være en god ide på forhånd at træffe aftaler om tidsforbrug, pauser og eventuelle kompromisser.

### Læreprocessen

Det kan være en god ide at inddrage eleven i

planlægningen og udførelsen af træningen. Man kan f.eks. lægge op til, at det er eleven, der lærer terapeuten en aktivitet, der tager udgangspunkt i en af elevens interesseområder. I K's tilfælde lærte jeg en ny form for basketball-spil, som jeg af og til bruger i andre træningssituationer.

### Forudsætninger for læring

Det er vigtigt, at terapeuten er opmærksom på og inddrager elevens læringsforudsætninger. Her tænkes på elevens kognitive og personlighedsmæssige vanskeligheder og ressourcer, alt efter hvor hjernen er skadet. Der skal desuden tages hensyn til elevens sociale og kulturelle baggrund.

### Evaluering

Det er min erfaring, at en kort opsamling på den enkelte aktivitet virker godt. Eleven får mulighed for at give udtryk for, hvordan aktiviteten har været samt reflektere over, hvad der er trænet i den aktuelle træningssituation. I opsamlingen lægges der vægt på at uddrage elevens problemer og ressourcer i den enkelte opgave, hvilket kan være med til at øge elevens indsigt i egne vanskeligheder og ressourcer. Samtidig kan der træffes aftaler om indholdet i den efterfølgende træning.

### SUPERVISION

Det kræver personligt overskud og god forberedelse at være dirigent, når man træner med eleven. Det er en svær opgave, og det er umuligt altid at forudse impulsiv adfærd eller manglende koncentration. Det er derfor uundgåeligt, at man ind imellem føler sig rendt over ende i træningen med den frontalskadede elev.

Supervision (f.eks. kollegial) kan være udbytterigt og nødvendigt, idet man her får mulighed for at vende eventuelle problemstillinger og få inspiration til fremtidig træning.

Der kan hos de hjerneskadede være kognitive, personlighedsmæssige og sociale vanskeligheder, der gør det svært for dem at fungere i grupper. Boldspil og aktiviteter, der styres af de hjerneskadede selv, kan være med til at øge motivationen.

- ▶ et halveret tempo og puls, hvor han kan holdes fanget og stadig er med i aktiviteten (5).  
I den praktiske træning i huset som f.eks. rengøring på værelset har K haft glæde af musik med højt tempo og rytme, ofte på et niveau, som nærmest vil virke forstyrrende på andre.

### SELVTRÆNING

Der er planlagt et selvtræningsprogram flere gange om ugen med Norsk Sekvenstræningsudstyr. Ved selvtræning på egen hånd eller sammen med de andre elever bliver K hurtigt afledt og mister den givne struktur. K magter ikke at følge det planlagte program, og går i stedet ned i salen og spiller bold.

Effekten af styrketræningen set i forhold til det planlagte program har således været minimal. K har i stedet taget initiativ til at træne boldspil og udfordret sig selv fysisk på anden måde, hvilket også kan være en god evne at have i hverdagen fremover.

K deltager endvidere i fælles fysisk aktivitet og bassintræning med de øvrige elever på Fjordbo. Her trænes koordination, kondition, kropsbevidsthed, afspænding samt fysiske aktiviteter med kognitive elementer som f.eks. opmærksomhed, koncentration og hukommelse. Der er lagt stor vægt på samarbejde og refleksion i de enkelte opgaver.

På grund af sine kognitive og personlighedsmæssige og sociale vanskeligheder har K svært ved at deltage på lige vilkår med de øvrige elever. Da det er vigtigt for K fremover at kunne fungere i grupper, er det alligevel vigtigt for ham at deltage i holdaktiviteterne.

Sammen med andre kommer K således nemt til at fylde meget på grund af sin præstationsiver samt sit behov for højt tempo for at holde sig koncentreret. Han er til tider uheldig med sine bevægelser og er for eksempel kommet til at ramme en anden elev med en alt for hård bold i et boldspil. Det skyldes blandt andet hans sensibiliserings- og perceptionsforstyrrelser.

I starten forlader K ofte fællesaktiviteterne, fordi han oplever, at han ikke får nok opmærksomhed fra mig. Han har sproglige vanskeligheder (anden kulturel baggrund) og har derfor svært ved at forstå instruktioner og samspillet i gruppen. For at kompensere for dette prøver jeg at sætte K ind i aktiviteterne før de andre.



Derudover har jeg i de tilfælde, hvor det har været muligt, planlagt at have en anden dirigent f.eks. en pædagog med på holdet. Denne dirigent har haft til opgave at støtte K i aktiviteten, få ham til at koncentrere sig, at opmuntre og dysse ham ned i de situationer, hvor han er kommet til at dominere.

I situationer, hvor gruppen har været mindre med f.eks. kun 2-3 elever i stedet for alle 6 elever, har K fungeret bedre, og det har været nemmere for mig selv at varetage både opgaven som dirigent og igangsætter af aktiviteter.

### ELEVER STYRER TRÆNINGEN

Hen imod slutningen af træningsforløbet får eleverne lov til at stå for planlægning og gennemførelse af holdtræningen. Der har været tale om et samarbejde med mig, alt efter elevens skade og behov for støtte. Der har på forhånd været lagt op til, at det helst skulle være en god oplevelse for alle, og at det var nødvendigt at alle deltog.



## FJORDBO

Fjordbo er et landsdækkende genoptræningstilbud af 9 måneders varighed til unge hjerneskadede. Formålet er at gøre den unge i stand til at føre et selvstændigt liv med så få støtteforanstaltninger som muligt.

Målgruppen er unge hjerneskadede (17-25 år), der har pådraget sig en hjerne-skade efter det fyldte 13. år. Den unge skal være fysisk selvhjulpne og motiveret for opholdet.

Der er tale om unge med forskellige former for hjerneskade, men en stor del af eleverne har været udsat for et kranietraume f.eks. i forbindelse med et trafikuheld.

Fjordbo er en afdeling for seks unge hjerneskadede, beliggende i en villa ved Vejlefyord, hvilket betyder, at eleverne har mulighed for at benytte centrets faciliteter til træning og i fritiden.

Træningen i Fjordbo tilrettelægges på et neuropsykologisk grundlag med en tværfaglig indgangsvinkel. Den tværfaglige gruppe består af socialpædagoger, neuropsykolog, socialrådgiver, fysioterapeut samt evt. talepædagog efter behov. Der arbejdes med udvikling og styrkelse af kompetencer inden for det personligheds-mæssige, følelsesmæssige, fysiske, praktiske og sociale område, hvor der tilstræbes såvel nyindlæring som compensation inden for områder, der er relevante for den enkelte elev.

Problematikken omkring unge hjerneskadede til forskel fra voksne er, at de unge er blevet skadede, før de har gennemgået den almindelige og optimale kognitive og personligheds-mæssige udvikling.

De unge er desuden ikke færdigetable-rede i form af uddannelse, arbejde og socialt, hvilket betyder, at de har begrænset erfaring, når de skal træffe deres fremtidige valg.

Der arbejdes for øjeblikket i Fjordbo med planer om en udvidelse af på unge-området, så det fremover bliver muligt at tilbyde et længerevarende botilbud med fokus på erhverv og uddannelse til fem unge.

## 100.000 kr. til nye retningslinjer

(BASSIN) ■ Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi udbyder sammen med Gigtforeningen 100.000 kr. til udarbejdelse af kliniske retningslinjer for bassinterapi til patienter med slid- og lededigt og ryglidelser. Der søges efter en fysioterapeut, der har erfaring inden for de reumatologiske speciale og har kendskab til de metoder, der benyttes til at udarbejde kliniske retningslinjer. Arbejdet skal gennemføres i 2003. Ansøgning skal sendes til Hans Lund, Parker Institutet, Frederiksberg Hospital, 2000 Frederiksberg. *Ansøgningsfrist fredag d. 8. november 2002.* Ansøgningen skal indeholde et fuldstændigt CV og maksimalt en A-4 side med en begrundet ansøgning. Der kan vedlægges evt. anbefalinger og forslag til en projektplan (maksimalt 5 sider). Alle ansøgere får besked om afgørelsen i løbet af december 2002.

## Forebyggelse af arbejdsulykker

(BAR) ■ Branchearbejdsmiljørådet for Social og Sundhedsområdet har i samarbejde med DTU (Danmarks Tekniske Universitet) udarbejdet vejledning og skema, der kan anvendes af arbejdspladserne til at forebygge arbejdsulykker. Materialet kan anvendes af sikkerhedsgruppen til at igangsætte en proces på arbejdspladsen, der skal bidrage til at afdække de risici, man kan blive udsat for i det daglige arbejde. Vejledning og skema kan downloades fra [www.bar-sosu.dk](http://www.bar-sosu.dk)

## Flere gode leveår til de ældre

(GERONTOLOGI) ■ Nye tal fra Statens Institut for Folkesundhed viser, at der i de senere år er sket en forkortelse af svækkelsesårene. Det antal år, en 60-årig kan forvente at leve med nedsat funktionsniveau, er for mænd faldet fra 5,3 år i 1987 til 4,1 år i 2000 og for kvinder fra 8,4 år til 7,7 år. Det kan konkluderes, at der i denne periode er sket en forbedring af de ældres funktionsniveau.

## KOL

(ARTIKEL) ■ I Månedsskrift for Praktisk Lægegerning fra oktober bringes en oversigtsartikel om Kronisk obstruktiv lungesygdom. KOL er den fjerdehyppigste dødsårsag i Danmark, og da rehabiliteringen af moderat til svære KOL patienter batter noget, er det vigtigt at få disse patienter hurtigt i behandling. Overvågede fysiske øvelser er en del af den nonfarmakologiske behandling. *Ebbe Taudorf: Kronisk obstruktiv lungesygdom. Månedsskr Prakt Lægeger, oktober 2002.*

## Norsk sundhedsportal

Den norske kampagne "Beveg Deg" har fået en portal: [www.beveg-deg.no](http://www.beveg-deg.no)

- ▶ Det har haft en positiv effekt på K's deltagelse i holdtræningen, at han har været medinddraget i planlægningen og udførelsen. Udfordringen har for mig været at støtte ham i ikke at virke for dominerende. Denne positive oplevelse vil evt. kunne overføres til andre sociale sammenhænge.

### FRIKVARTER MED FODBOLD

K har i en periode gået til fodbold i den lokale idrætsforening, hvilket han har haft stort udbytte af. Det er min vurdering, at han her har haft mulighed for at udnytte sine fysiske ressourcer og interesser i samspil med andre voksne uden umiddelbart kendskab til hans hjerneskade. Det har virket som et "frikvarter" fra træningen i Fjordbo. Han har tidligere spillet fodbold og kendte derfor reglerne. Han får, når han spiller fodbold, tilgodeset sit behov for højt tempo og stimulationsniveau.

Han har endvidere kunnet udnytte sine evner som "fighter" i spillet og fået positiv tilbagemelding på dette fra de øvrige spillere.

### FYSIOTERAPEUTISK STATUS

Den fysioterapeutiske status ved opholdets afslutning viste en forbedring af K's bevægelser med venstre arm, både hvad angår koordination og muskelkraft. Der kunne registreres en lille forbedring af venstre hånds finmotoriske bevægelser. K kunne bl.a. udføre opponens-bevægelse fra tommel til lillefinger. Ved boldspil er K mere fleksibel i håndled og fingre, når han f.eks. dribler. Denne bevægelse fremtrådte mere selektiv, idet bevægelsen nu ikke bliver udført med løftet skulder og massebevægelse, som der tidligere var tendens til.

I enkelte tilfælde lykkes det også for K at score mål i basketballkurven med venstre hånd. Når K spiser, er bevægelserne mere målrettede, og han er mere opmærksom på at bruge venstre hånd. Han vil fortsat have brug for hjælp til at huske på dette.

Hans bevægelser er ved afslutningen af opholdet stadig let ukoordinerede, hvilket bl.a. hænger sammen med de uændrede sensoriske udfald. Disse udfald vil således også fremover hæmme K i at udføre præcise og målrettede bevægelser.

K er ved opholdets afslutning efter eget ønske udskrevet til fortsat at bo hjemme hos forældrene. Han får bevilget timer med støtteperson, der skal hjælpe ham med at få struktur på hverdagen og igangsætte og udføre aktiviteter. Der er anbefalet specialscoleundervisning, fysiske fritidsaktiviteter og træning samt på længere sigt beskæftigelse af praktisk karakter i strukturerede rammer.



**Professionel TENS/FES**

**ELPHA II 3000**

**BIOFINA a/s**

Kaløvej 165  
5210 Odense NV  
Tlf. 65 94 10 33 · Fax 65 94 16 81  
mail@biofina.dk · www.biofina.dk

### LITTERATUR

1. Frontallapsskadekonference d. 19-20 november 2001, afholdt i samarbejde mellem Videnscenter for hjerneskade og Vejle fjord.
2. Fysioterapeuten nr. 20, 2001. "Hjernen bag erfaring", Henning Kirk og Annelise Christensen
3. "Med patienten i centrum", Danske Fysioterapeuter nr. 10, 2000.
4. a. "Constraint Induced Movement Techniques to Facilitate Upper Extremity Use in Stroke Patients, Top Stroke Rehabil 1997, 3(4):38-61.  
b. "The Motor Recovery After Stroke Project - Constraint Induced Movement Therapy, Nordisk Fysioterapi 1998, 2:183-187.
5. Det optimale stimulationsniveau, figur 4. Neuro-pæd. Kursus ved Kjeld Fredens.
6. "Læring gennem oplevelse, forståelse og handling". Hilde Hiim og Else Hippe, Universitetsforlaget, 1996.

# Motion på recept i Ribe Amt



Venstres sundhedspolitiske ordfører Preben Rudiengaard vil arbejde for, at en udbredelse af tilbudet om motion på recept kommer med i Amtsrådsforeningens økonomiforhandlinger med regeringen allerede i foråret 2003.

**(FORSØG)** Om kort tid kan borgere i Ribe Amt gå til lægen og få en recept på motion. Recepten indløses hos fysioterapeuten

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO POUL ANKER

■ Ribe Amt bliver det første sted i landet, hvor praktiserende læger kan udstede en recept på motion.

I skrivende stund arbejdes der på højtryk for at få de sidste brikker på plads, så alt er klar til projektstart medio november. Herefter skal hr. Jensen fra Ribe indstille sig på, at et besøg hos den praktiserende læge kan betyde, at han går hjem med en recept i lommen – ikke på piller, men på motion.

Særligt sandsynligt er det, hvis hr. Jensen har en hjertekarsygdom, har diabetes eller har en lungesygdom og ikke er fysisk aktiv i forvejen.

## INSPIRATIONEN KOMMER FRA SVERIGE

Recepten på motion skal indløses hos en fysioterapeut, og forsøget tager i første omgang udgangspunkt i fysioterapeut John Bruuns klinik. De deltagende læger er derfor dem, klinikken samarbejder med. Når projektet er kommet i gang, kobles yderligere tre klinikker og flere praktiserende læger på.

Inspirationen kommer fra Sverige, hvor læger siden foråret har haft mulighed for at udskrive recept på motion, men det er kontante, skræmmende tal vedrørende aktivitetsniveauet i amtet, der er det stærkeste argument for en indsats.

En analyse viser, at blandt personer, der har en langvarig sygdom, er andelen af fysisk inaktive op mod dobbelt så stor som i gruppen af raske. Særligt blandt personer med hjertekarsygdomme og lungesygdomme er der mange stillesiddende.

Der er ingen grund til at tro, at tallene for Ribe Amt er meget anderledes end for resten af landet. Men forskellen er, at man i Ribe har været hurtigere til at sætte dem sammen med nogle andre tal – nemlig de direkte omkostninger til sundhedsvæsenets sygdomme til fysisk inaktive i forhold til fysisk aktive. Det er dette sundhedsøkonomiske regnestykke, der har overbevist amtspolitikerne om fornuften i at forsøge at veksle fysisk aktivitet med besparelser på andre sundhedsudgifter, bl.a. medicin.

For eksempel tager den typiske type 2 diabetes-patient medicin for mellem 13-25.000 kroner pr. år. Men undersøgelser har vist, at øget motion og ændrede spisevaner vil kunne forebygge op til 50-60 procent af type 2 tilfældene eller udskyde behandlingen med medicin.



## ► FORLØBET HOS LÆGE OG FYSIOTERAPEUT

Inden lægen udskriver en recept på motion, vurderer han, om hr. Jensen i forvejen er fysisk aktiv – det vil sige, om han følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger om minimum 30 minutters fysisk aktivitet pr. dag.

Hvis han ikke gør det, er det så lægens opgave at forklare hr. Jensen, hvorfor motion vil være relevant. Lægen udsteder recepten med oplysninger om diagnose og eventuelle forhold, som fysioterapeuten skal være opmærksom på. Recepten gælder i tre måneder.

Når hr. Jensen henvender sig hos fysioterapeuten får han først en indledende undersøgelse. Samtalen i forbindelse med undersøgelsen skal fokusere på livsstil, herunder motion og kostvaner.

Fysioterapeuten slår herefter op i "Motionshåndbogen", der er et opslagsværk svarende til den medicinalfortegnelse, lægen hiver fat i, når han skal finde den rigtige medicin til en bestemt diagnose. Håndbogen indeholder også oplysninger om intensitet og varighed af den fysiske aktivitet.

Med udgangspunkt i Motionshåndbogen og i hr. Jensens motivation vælges en egnet aktivitet, og der planlægges et træningsforløb på tre måneder. Inden træningen sættes i gang laver fysioterapeuten en sundhedsprofil (kondital, fedtprocent, højde og vægt).

Når hr. Jensen så skal til at træne, lægges der i projektbeskrivelsen vægt på, at han ikke gør det alene. Han skal i stedet motionere på hold, så han kan danne netværk og sammen med andre blive sluset ud til motionstilbud i nærmiljøet.

Træningen hos fysioterapeuten vil i projektperioden blive finansieret med delvis brugerbetaling. Økonomien er endnu ikke kommet endeligt på plads, så den præcise størrelse på amtets investering i et lavere medicinforbrug ligger således ikke fast.

## NÅR HR. JENSEN SLIPPES LØS

Kunsten for fysioterapeuten er gradvist at få hr. Jensen til at dyrke mere og mere motion på egen hånd. I øjeblikket er amtets folk travlt beskæftiget med at kortlægge de forskellige tilbud om fysisk aktivitet i nærmiljøet.

Når hr. Jensen er sluppet løs, skal fysioterapeuten en uge efter tage kontakt til ham igen for at høre, hvordan det går, og efter tre måneder skal han have lavet en ny sundhedsprofil.

Målsætningen for motion på recept er, at patienten et år efter træningsperioden opfylder Sundhedsstyrelsens anbefalinger om mindst en



*Danmarks første recept på motion vil kunne indløses på Klinik for Fysioterapi i Ribe. Her er det fra venstre fysioterapeut Jakob Mathiasen, Ribe amts sundhedskonsulent Rolf Jakobsen og klinikkens indehaver fysioterapeut John Bruun. Rolf Jakobsen, der er en af designerne bag projektet, mener, at når motion på recept kan få sin debut i Ribe, er det ikke mindst, fordi amtsrådet har nogle medlemmer, der selv er meget fysisk aktive og forstår betydningen af det.*

halv times fysisk aktivitet dagligt. Derfor skal der heller ikke evalueres efter afsluttet træning hos fysioterapeuten, men først efter et år, hvor hr. Jensen gerne skulle være i fuld gang med at motionere på egen hånd.

Under forsøget er der en kvote på, hvor mange patienter der kan få en recept på motion. Det drejer sig om 50 patienter pr. klinik.

## fakta ■ Motionshåndbogen

Der arbejdes på en dansk udgave af Motionshåndbogen, men i første omgang i første omgang bruges den svenske udgave FYSS, indtil en dansk udgave er klar. FYSS er netbaseret og kan findes på <http://www.svenskidrottsmedicin.org/fyss/>



### PÅ VEJ I ALLE AMTER FRA 2003

Preben Rudiengaard, der er Venstres sundhedsordfører i Folketinget, er tilfældigvis også borgmester i Ribe Kommune – og læge.

Han tror så meget på forsøget med motion på recept, at han spår det en fremtid i alle amter inden for meget kort tid.

”Jeg tror meget på forøget og er ikke i tvivl om, at det vil være en gevinst, hvis vi kan få disse mennesker til at motionere i stedet for at proppe dem med alverdens gigtmidler”, siger Preben Rudiengaard.

Han forudser, at en udbredelse af tilbudet om motion på recept kommer med i Amtsrådsforeningens økonomiforhandlinger med regeringen allerede i foråret 2003, selvom forsøget ikke vil være færdigevalueret til den tid.

”Bare vi kan få et fingerpeg – og så må vi ellers have tiltro til, at det virker. Jeg vil i hvert fald arbejde meget intenst for, at det kommer med”, siger Preben Rudiengaard til Fysioterapeuten.

Efter Ribe bliver Vejle formentlig det næste amt, der kaster sig ud i forsøg med motion på recept. Projektet, der i hovedtræk ligner det fra Ribe, bliver efter al sandsynlighed vedtaget politisk inden for de næste par måneder og kan sættes i gang i begyndelsen af 2003. ■

## Skal arbejde mere videnskabeligt

**(KLINIK)** Med en recept på motion kommer man på John Bruuns klinik i Ribe til at træne med puls-ur. I det hele taget bliver indsatsen mere træningslæreorienteret, forklarer han

■ Når fysioterapeut John Bruuns klinik i Ribe er valgt af amtet som ramme for det første forsøg med motion på recept er det ikke tilfældigt. Klinikken har i forvejen ry for at gå nye veje og at samarbejde på tværs.

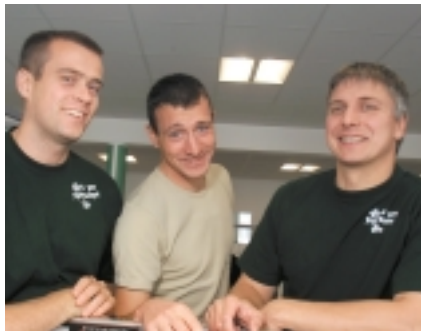
Da Ribe Sygehus lukkede for to år siden, lejede kommunen sig ind i bygningerne og indrettede sundhedscenter. John Bruuns klinik flyttede ind og samarbejder i dag med kommunen om blandt andet et stort og veludstyret træningscenter, som kommunens fysioterapeuter bruger om formiddagen og klinikken om eftermiddagen. Endvidere er der i Sundhedscentret et samarbejde, hvor kommunens distriktsfysioterapeuter og amtets fysioterapeuter arbejder under fælles kommunal ledelse, ►

- ▶ og Sundhedscenteret har desuden været rammen om flere forskellige samarbejdsprojekter.

”Tidligere var grænserne tydelige, så det enten var privat eller offentligt og enten amt eller kommune. Men hvis man er aktiv i processen med at få dem blødt op, er der mange døre, der åbner sig”, siger John Bruun.

#### VERDENSMESTER I SPYDKAST

Klinikken, der er den eneste i byen beskæftiger i alt syv fysioterapeuter, men det bliver overvejende John Bruun og en vikar, Jakob Mathiasen, der



kommer til at tage sig af den nye gruppe patienter.

”Jeg har valgt at tage Jakob med i det her, selvom han kun er vikar, fordi han er universitetsuddannet i idræt, er verdensmester og OL-vinder i spydkast – og kun har

ét ben. Jeg tror, det er godt for patienterne, der måske føler sig store og tykke, at se, at man kan nå langt, selv om man er handicappet på den ene eller anden måde”, forklarer John Bruun.

Klinikken har dagligt mange patienter i træningscentret, men John Bruun ser frem til at arbejde med de nye patienter på en lidt anden måde.

”Det spændende bliver, at der skal arbejdes mere videnskabeligt. Alle bliver testet, og testene bliver retningsgivende for, hvilken intensitet patienten skal træne med. Vi har vedtaget, at alle skal træne med puls-ur, så vi er sikre på, at de træner med den intensitet, vi har besluttet. Normalt arbejder fysioterapeuter lidt mere blødt; ”du skal blive ved, til det gør ondt”-agtigt, men det her bliver mere træningslære-orienteret”.

Det bliver fysioterapeutens opgave at få patienterne sluset ud til træning i lokalmiljøet efterhånden. John Bruun er i øjeblikket i gang med at kortlægge tilbuddene sammen med amtets sundhedskonsulent. De bliver listet op i forhold til intensitetsniveau, så ikke krocket-klubben rangerer på linje med et aerobichold, og hensigten er også at lægge listen på Internettet, så de praktiserende læger også kan bruge den til vejledning af de patienter, der ikke opfylder kravene for at få en recept.

Selve udslusningen bliver også en ny måde at arbejde som fysioterapeut på.

”Den sidste tredjedel af træningsperioden følger vi patienterne ud til lokale aktiviteter i gymnastikforeningen, rokklubben, svømmeklubben osv. Her er jeg så med som en slags vejleder, konsulent, hjælper”, siger John Bruun og falder også over ordet ”enzym” i sin jagt efter det rigtige ord til sin rolle i forhold til patienten under udslusningen.

## Se video på [fysio.dk](http://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?



# NYE BØGER TIL ERGOTERAPEUTER OG FYSIOTERAPEUTER

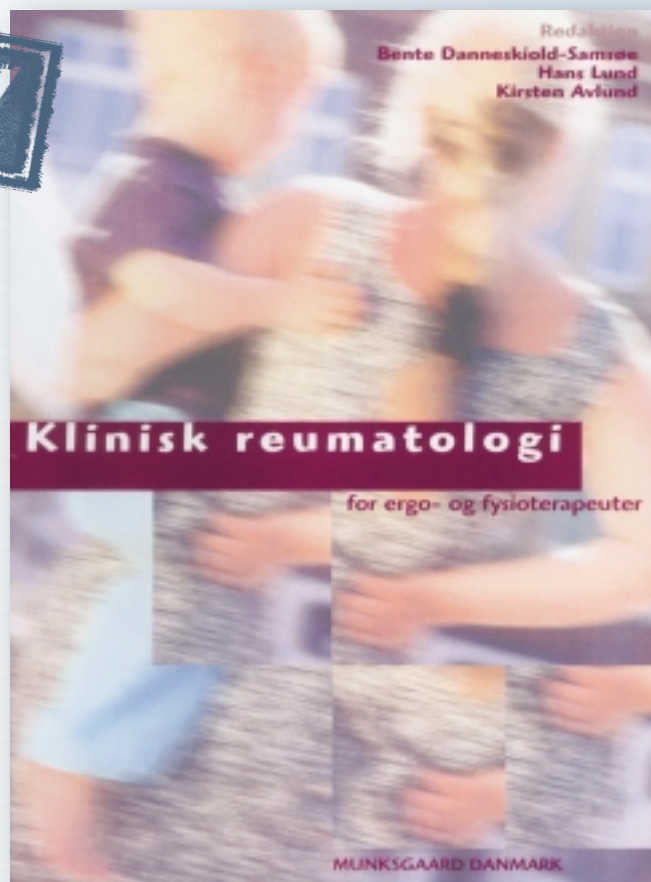
NY

Klinisk reumatologi for ergoterapeuter og fysioterapeuter er den første danske lærebog, som tager udgangspunkt i de problemstillinger, den viden og de spørgsmål som ergo- og fysioterapeuter stiller i relation til reumatologien. I Danmark findes der ikke noget tværgående rehabiliteringsspeciale, og derfor har rehabilitering fået en stor plads i denne bog.

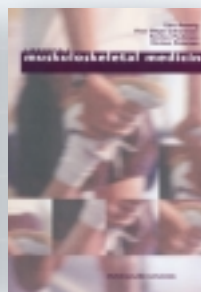
Lærebogen er delt i to hovedafsnit - en større generel del og en speciel del. I den generelle del gennemgås den viden og de redskaber, som er nødvendige for at kunne tilbyde reumatologiske patienter den bedste behandling. I den specielle del er tværfagligheden tilstræbt ved, at de fleste kapitler er skrevet af en læge, en ergoterapeut og en fysioterapeut i fællesskab.

Bogen henvender sig primært til ergo- og fysioterapeutstuderende, men også færdiguddannede og andet sundhedspersonale kan drage stor nytte af den enten som opslagsbog eller til brug i undervisning.

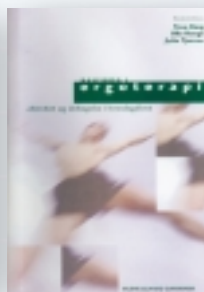
**Kr. 748,00 • 800 sider**



kr. 148,00  
96 sider  
er udkommet



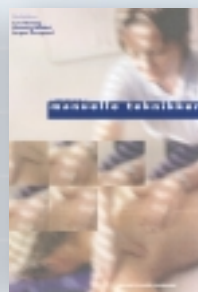
kr. ca. 448,00  
ca. 400 sider  
udkommer november



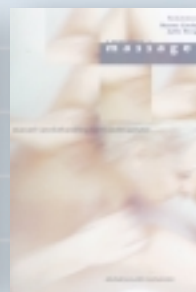
kr. ca. 598,00  
ca. 500 sider  
udkommer januar 2003



kr. ca. 298,00  
ca. 200 sider  
udkommer januar 2003



kr. ca. 598,00  
ca. 500 sider  
udkommer januar 2003



kr. ca. 348,00  
ca. 300 sider  
udkommer januar 2003

KØB DEM HOS DIN BOGHANDLER  
[www.munksgaarddanmark.dk](http://www.munksgaarddanmark.dk)

# Faldforebyggelse

**(PROJEKT)** I forbindelse med et faldforebyggelsesprojekt i Herlev Kommune har man fået et overblik over, hvilke ældre der falder og hvorfor. Det giver et nyttigt fingerpeg om, hvordan faldforebyggelsesindsatsen skal være fremover

AF ERGOTERAPEUT MARIANNE KAHLA OG FYSIOTERAPEUT ULLA BRETLER, HERLEV KOMMUNE  
**FOTO** GUNILLA LUNDSTRÖM

■ Ergoterapeut Marianne Kahla og fysioterapeut Ulla Bretler har designet og udført et faldforebyggelsesprojekt. 152 borgere har fået tilbudt et hjemmebesøg af en projekterapeut, hvor de bl.a. fik råd om faldforebyggelse.

Formålet med projektet var at identificere risikogrupper i Herlev Kommunes ældrebefolkning og dermed målgrupper for fremtidige faldforebyggende indsatser og på den baggrund udarbejde forslag til målrettede faldforebyggende tiltag.

Deltagere i projektet var hjemmeboende borgere over 59 år i Herlev Kommune, som på grund af et fald var kommet på skadestuen på Herlev Sygehus. 100 ældre deltog i projektet og blev interviewet.

## HJEMMEBESØG

Hjemmebesøget formede sig dels som en faldforebyggende dialog med udgangspunkt i et spørgeskema, dels som en gennemgang af boligen sammen med borgeren med henblik på at forebygge fald i fremtiden. Desuden blev der givet information om hjælpe- og aktivitetstilbud i kommunen og eventuelt efterfølgende taget kontakt til relevante instanser. Besøget var således en faldforebyggende indsats i sig selv.

Spørgeskemaet omhandlede faktorer som tidligere fald, omstændigheder ved faldet, mobilitet, kost, væske- og medicinindtag. Til vurdering af borgerens mobilitet anvendte man Kirsten Avlunds

mobilitetsscore (1) og til vurdering af ernæringsniveau anvendte man Levnedsmiddelstyrelsens validerede skema "Kostskema til ældre".

## BÅDE SVAGE OG STÆRKE ÆLDRE FALDER

Ud fra vores spørgeskema kunne vi se, hvad der karakteriserer de ældre, der falder. Det er dels en gruppe relativt raske og friske med en normal mo-

### Hvem falder

58 % af de, der var faldet havde scoret "Fuld mobilitet" på Kirsten Avlunds trætheds-mobilitetscore (1). Deres gennemsnitsalder var 70 år. 42 % havde scoret "Nedsat mobilitet" (1), gennemsnitsalder 76 år.

39 % havde en hjælpemiddelsag i gang, da de faldt.

60 % af de ældre havde eller havde haft kontakt med kommunen enten i forbindelse med genoptræning, tildeling hjælpemidler eller forebyggende hjemmebesøg.

En stor del af dem, der faldt i gruppen med fuld mobilitet angav, at de var faldet på grund af en uventet og overraskende hændelse, på grund af nyt fodtøj og uvante forhold i øvrigt.

bilitet, mindre medicinindtag, bedre ernæring, bedre væskeindtag og en gennemsnitsalder på 70 år, som i forbindelse med faldet var beskæftiget med mere krævende aktiviteter som at cykle, dyrke sport og arbejde over skulderhøjde og eventuelt stående på stol.

Gruppen tilhører den talmæssigt største gruppe i befolkningen og er måske derfor i virkeligheden en mindre risikogrube. Motion og aktivitet er afgørende i kampen mod fald, hvorfor gruppen fortsat anbefales at være aktive og satse på motion, der fremmer muskelkraft, reaktionsevne, koordinering og balance.

En anden risikogrube er de mindre raske og friske med en nedsat mobilitet, større medicinindtag, knap så god ernæring og væskeindtag med en gennemsnitsalder på 76 år, som i forbindelse med faldet var beskæftiget med mindre krævende aktiviteter. Gruppen har måske kontakt til hjemmeplejen, som vurderer behovet for et skadestuebesøg, og der er tale om en gruppe, der kender sine begrænsninger og måske i nogen grad tilpasser sig dette. Gruppen tilhører desuden den talmæssigt mindste del af borgerne i Herlev Kommune og er formentlig mere i risiko for fald end undersøgelsen umiddelbart viser.

Andre der er i risiko, er borgere, som tidligere har fået hjælpemidler, boligændringer eller har været i et genoptræningsforløb. Det er personer med en varig lidelse og med nedsat mobilitet. Ud over en nedsat mobilitet havde gruppen øget tendens til knoglebrud.

I perioden 1999-2001 er der i Hjælpemiddel- og genoptræningsafdelingen i Herlev Kommune udført et projekt til forebyggelse af faldulykker blandt ældre. Sagsbehandlende ergoterapeut Marianne Kahla og ledende fysioterapeut Ulla Bretler har designet og udført projektet med hjælp fra bl.a. kommunens sundhedsafdeling og vejledning af dr.med. Carsten Hendriksen. Der blev bevilget 300.000 kr. til projektet og til vejledning blev der ydet økonomisk støtte fra Østdansk sundhedsvidenskabeligt forskningsforums Konsulenttjeneste.

### Faldregistrering

50 % af de inkluderede var faldet inden for det sidste halve år.

33 % af de inkluderede var faldet en eller flere gange inden for den sidste måned



Den sidste gruppe, der er peget på som risikogruppe, er borgere, der har været faldet inden for det seneste halve år. Da et fald ofte efterfølges af et nyt fald, er der god grund til altid at tage et fald meget alvorligt.

### FOREBYGGELSE AF FALD

Projektet var karakteriseret ved at være et faldforebyggende tiltag i sig selv ud over at være en interviewundersøgelse. Der er ikke afsat midler til efterfølgende tiltag, derfor må tiltagene tage udgangspunkt i eksisterende ressourcer samt engagement og initiativ hos interessenter f.eks. aftenskoler, ældreklubber, fritidsorganisationer m.fl. Det vigtigste lige nu er formidling af undersøgelsen og dens budskaber til kolleger, samarbejdspartnere, lokale organisationer, foreninger og æl-

dreråd, således at disse tilføres ny viden og mindes om allerede kendt viden.

Dernæst er det målet at skabe en dialog med interessenterne, hvor faldforebyggende aktiviteter målrettet risikogrupperne markedsføres for blandt andet at initiere faldforebyggende aktiviteter i borgerens lokalområde med socialt samvær og ringe brugerbetaling.

### REFERENCE

1. Avlund K., Schultz-Larsen K., Davidsen M.: *Tiredness in daily activities at age 70 as a predictor of mortality during the next 10 years. Journal of Clinical Epidemiology 51, s. 323-333. 1998.*

*Information er en væsentlig del af faldforebyggelsen, hvis man skal nå den friskeste del af ældrebefolkningen. Skadestuer, læger og andet sundhedspersonale bør oplyse om de forskellige tilbud om træning, der er i kommunen.*

Projektet „Forebyggelse af ældres faldulykker og deraf følgende funktionstab i Herlev kommune“ er udført som to selvstændige delprojekter: Faldregistrering på plejecentrene og Forebyggelse af faldulykker hos ældre hjemmeboende. Faldregistreringen er rettet mod borgerne på kommunens tre plejecentre og er designet og udført med inspiration fra manualen „Faldforebyggelse på plejehjem“, udarbejdet i Københavns kommune 1994-1998. Det andet delprojekt „Forebyggelse af faldulykker hos ældre hjemmeboende 1999-2001“ er omtalt i artiklen. Resumé af de to delprojekter kan downloades fra [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk). Rapporterne á 60 kr. og en faldforebyggende pjece til brug ved indflytning på plejecenter rekvireres ved henvendelse på tlf. 44 52 62 60.



## De friske ældre falder også

**(INTERVIEW)** En stor del af de ældre, der falder, hører til den friske del af ældrebefolkningen. Der er behov for mere information, hvis man skal forebygge fald hos denne gruppe

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK  
FOTO CHRISTOFFER ASKMAN

■ Over halvdelen af de ældre, der efter et fald henvendte sig til skadestuen i Herlev i 1998, hørte til den friske del af ældregruppen. Det viste et faldforebyggelsesprojekt, der omfattede 100 ældre borgere i Herlev Kommune. De friske ældre udgør den største del af ældrebefolkningen, og det kan delvist forklare de relativt mange henvendelser på skadestuen fra netop denne gruppe ældre.

Selv om de ældre i Herlev projektet var velfungerende, delvist klarede sig selv og scorede højt på en træthedsmobilitetsskala, faldt de. "Vi ved fra andre faldforebyggelsesprojekter, at det første fald udløser et nyt fald kort tid efter, og det viser vores undersøgelse også. 33 procent var faldet

En registrering fra skadestuen i Herlev viste, at over halvdelen af de ældre, der faldt tilhørte den friskeste del af ældrebefolkningen. Man valgte i kommunen udelukkende at etablere tilbud til de svageste af de ældre. Ifølge fysioterapeut Ulla Bretler og ergoterapeut Marianne Kahla mangler der gode træningstilbud til de svageste ældre, mens der er mange forskellige tilbud til de friske. Fysioterapeuten har talt med terapeuterne fra Herlev Kommune og sundhedskonsulent i Københavns Kommune Hanne Backe, der har været med til at igangsætte faldforebyggelsesprojekter og træning til ældre.

### Fakta om fald

- Hver dag henvender der sig cirka 20 københavnere på skadestuen på grund af fald.
  - Hver tredje 65+årig kan forvente at falde mindst en gang om året.
  - Halvdelen af de 80-årige falder hvert år.
  - I København anslås det, at 20.000 ældre falder årligt. Ud af disse henvender cirka 7000 sig på skadestuen.
  - Hvert år pådrager cirka 850 københavnere sig en hoftefraktur.
- På landsplan blev der i år 2000 registreret 1050 hoftefrakturer hos 65+-årige.

► flere gange i måneden, inden de kom på skadestuen i Herlev”, siger Ulla Bretler, der sammen med ergoterapeut Marianne Kahla stod for faldforebyggelsesprojektet.

Hver dag er der cirka 20 ældre, der henvender sig til en af skadestuerne i København, fordi de er faldet. Alene i København giver det over 7000 ældre om året, der oplever et fald så alvorligt at de henvender sig til en skadestue, oplyser sundhedskonsulent på ældreområdet Hanne Backe. “De svage ældre falder relativt hyppigere end de friske ældre, men da de fleste fald sker i forbindelse med fysisk aktivitet og daglige aktiviteter, er det ikke overraskende, at også de friske ældre falder. Der er derfor god grund til også at sætte ind med faldforebyggelse til denne gruppe af ældre”, siger Hanne Backe.

I året efter faldet er risikoen for at falde igen fordoblet, og det er ifølge Hanne Backe derfor vigtigt, at sætte ind med en forebyggende indsats på et tidligt tidspunkt, gerne i forbindelse med det første fald”.

### FYSISK AKTIVITET SOM FOREBYGGELSE

Der er efterhånden en omfattende viden om, hvad der skal til for at forebygge fald, og fysisk aktivitet er et væsentligt indsatsområde. I Socialministeriets pjece “Evidens om fysisk aktivitet og træning for ældre” skriver lektor Lis Puggaard fra Syddansk Universitet, at “regelmæssig fysisk aktivitet/træning kan reducere eller udskyde det forventede aldersrelaterede fald i funktionsevne”.

I pjecen refereres til en større amerikansk undersøgelse af 6500 raske mennesker over 65 år. Man målte i undersøgelsen deres styrke i benene, balance og ganghastighed. Det viste sig, at de, der havde de dårligste testresultater, seks år senere var afhængige af gangredskab og af hjælp til ADL. Nedsat muskelstyrke, dårlig balance og problemer med gang er væsentlige risikofaktorer for fald. Det vil derfor være relevant at finde ud af, om disse faktorer gør sig gældende blandt de friske ældre.

### Træningskatalog

I forbindelse med et større tværfagligt og tværsektorielt projekt i Fyns Amt er der udarbejdet et Træningskatalog om træning og anden indsats til faldtruede ældre. I kataloget kan man finde formålsbeskrivelse for faldprojektet, og hvilke test og vurderingsredskaber der er anvendt i projektet. Der gives endvidere en detaljeret beskrivelse af træningslektionerne, hvor der blandt andet tages højde for de ældres forskellige funktionsniveau. Kataloget kan downloades fra projektets nye hjemmeside [www.funktionfyn.dk](http://www.funktionfyn.dk). Læs mere om Funktionsmåling på Fyn på [fysio.dk](http://fysio.dk)

I Herlev undersøgelsen var det primært uventede situationer, nyt fodtøj og uvante omgivelser, de ældre gav som årsag til et fald, og spørgeskemaerne i undersøgelsen gav ingen informationer om deres funktionsniveau, og om de dyrkede idræt.

### TRÆNING OG INFORMATION

Genoptræningsprogrammer med henblik på at forebygge fald har vist sig at have størst effekt blandt de svageste ældre,

hvor de fysiske faktorer som muskelstyrke og dårlig balance er medvirkende årsag til fald. Men blandt de friske og yngre ældre, hvor de ydre faktorer (fodtøj, ujævne fortove, medicin) har stor betydning for faldrisiko, har den forebyggende træning ikke samme faldforebyggende effekt, fremgår det af Socialministeriets pjece.

I Herlev Kommune vælger man at informere de friske ældre om faldforebyggelse i forbindelse med de forebyggende hjemmebesøg. På informationsdage for 75-årige, hvor der fortælles om de forebyggende hjemmebesøg, orienterer man nu om kost, væske og motionens betydning i faldforebyggelsen. I forbindelse med besøgene informeres de ældre om de aktivitetstilbud, der er i kommunen, og hvordan de kan komme i gang med at træne.

Gennemsnitsalderen for de friske ældre, der faldt i Herlev projektet var 70 år, og for dem ville de forebyggende hjemmebesøg komme for sent, mener Hanne Backe. “Man skal tage fat i de ældre, når de henvender sig på skadestuen første gang”, mener hun. “De københavnske skadestuer får så mange henvendelser omkring fald, at det ville være nærliggende, at skadestuen i samarbejde med sundhedsforvaltningen arrangerede faste årlige informationsmøder om faldforebyggelse. Her kunne man udover konkret information om, hvordan man undgår det næste fald, også fortælle de ældre, hvilke træningstilbud der er i kommunen”, siger Hanne Backe.

Hanne Backe mener, der er mange gode tilbud om fysisk aktivitet til den friske ældregruppe. Men

## ny ■ litteratur

hun er ikke så sikker på, at alle de ældre, der kunne have glæde af tilbuddene, er klar over, hvor de skal henvendes sig. Her har læger og andet sundhedspersonale, der er i kontakt med den friske ældregruppe, en forpligtelse.

Det er også vigtigt, at der er mange forskellige tilbud til de ældre, for de ældre har vidt forskellige behov og ønsker. "Der skal ikke kun være tilbud om gymnastik men mange forskellige former for fysisk aktivitet. Det kunne f.eks. være gågrupper, petanque eller boldspil", mener Hanne Backe.

"Der er desuden brug for en målrettet informationsindsats, hvis vi skal have fat i de ældre, der ikke i forvejen er fysisk aktive, og som har brug for at træne", siger Hanne Backe.

### PRIORITERING

Selv om de friske ældre fylder mest i faldstatistikken fra Herlev, mener Hanne Backe ikke forebyggelsen udelukkende skal koncentrere sig om dem. "Vi har et etisk ansvar over for de svageste ældre", siger hun. Men faldforebyggelsesindsatsen over for denne gruppe er væsentlig anderledes end for den friske ældregruppe. Vi ved fra Københavns Kommunes Sundhedsprofil 2000 for ældre over 65 år, at 70 procent af de ældre med dårligt helbred gerne vil være mere fysisk aktive. I forhold til dem spiller nærhedsprincippet i tilbuddene og prisen en afgørende rolle".

I Herlev Kommune valgte man at prioritere den svageste gruppe af ældre. Der var ikke afsat midler i projektet til også at etablere konkrete træningstilbud. Derfor har strategien været at få etableret lokale tilbud, der ikke indebar yderligere omkostninger for kommunen. Ergoterapeut Marianne Kahla og fysioterapeut Ulla Bretler har taget kontakt til foreninger og aftenskoler i Herlev for at se, om det var muligt at oprette hold for ældre med speciel fokus på faldforebyggelse. De fik en aftale med en af de lokale aftenskoler, der opretter tre hold i nærmiljøet.

Også i Københavns Kommune er man i gang med at etablere nærgymnastik i samarbejde med boligselskaberne og aftenskolerne, oplyser Hanne Backe. I dette efterår starter således 30 hold med nærgymnastik. ■



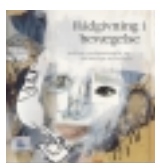
**(LUNGER)** ■ "Lungesygdomme" er en basisbog. Bogen beskriver lungernes udvikling, anatomi og funktion samt de specielle diagnostiske procedurer, der anvendes i klinikken. Den omhandler endvidere de udbredte allergi- og bronkitislidelser og de specielle sygdomme, der manifesterer sig i lungerne. Der er endvidere afsnit om thoraxtraumer, rygning og farmakologisk behandling.

JIM THESEN PEDERSEN. "Lungesygdomme, basisbog, 3. udgave. Munksgaard. 288 sider. Kr. 328.



**(TERAPI)** ■ "Noget om psykoterapi" er et informationshæfte, der henvender sig til patienter, pårørende og andre, der vil have en hurtig indføring i psykoterapeutisk behandling.

LARS THORGAARD (red), EMMA REHFELD, BENT ROSENBAUM. "Noget om psykoterapi". PsykInfo Forlaget, henvendelse bha@psykiatri.aaa.dk. Kr. 75.



**(RÅDGIVNING)** ■ Debathæftet "Rådgivning i bevægelse – mellem professionelle og personlige erfaringer" består af seks artikler, hvor begrebet rådgivning diskuteres. Der er input fra både brugere, foreningsvejledere og professionelle rådgivere. Eksemplerne i hæftet stammer fra området sjældne handicap, men er almenlydige for alle.

HELLE LINDEGÅRD, HANNE MCCOLLIN, CHARLOTTE WOGNSEN. "Rådgivning i bevægelse – mellem professionelle og personlige erfaringer". Center for små handicapgrupper. 40 sider. Bestilles på 33 91 40 20.



**(PSYKOLOGI)** ■ "Marte Meo – samspil og udvikling" beskriver Marte meo-metoden, der bygger på videooptagelse og analyse af samspilsituationer. Metoden bruges inden for sygepleje, sundhedspleje, ældrepleje, familierarbejde og inden for børnehaven- og skoleområdet. I bogen beskrives metoden detaljeret, og der gives en sammenfatning af den nyeste forskning inden for udviklingspsykologien.

MONICA HEDENBRO, INGEGERD WIRTBERG. "Marte meo – samspil og udvikling". Hans Reitzels Forlag. 282 sider. Kr. 275.



**(SUNDHEDSDEBATI)** ■ "Rundt om sundheden" er en sundhedspolitisk og sundhedsfilosofisk debatbog. Forfatteren, læge Hanne Steinicke, lægger op til, at der skal skabes ligeværd og balance mellem de etablerede og de holistiske eller alternative behandlingsformer. Hun mener bl.a., at der inden for sundhedssektoren hersker streng ortodoksi med hensyn til, hvilke behandlingsformer der kan accepteres, og hvem der må udøve dem.

HANNE STEINICKE. "Rundt om sundheden". Hovedland. 204 sider. Kr. 249.

# Viborg mister førerposition

Viborg Kommune har skullet spare fire millioner kroner på ældreområdet

For terapeuterne har det omregnet til fuldtidsstillinger betydet en reduktion fra 25,87 til 15.

Da der også var en sparerunde sidste år betyder det, at antallet af terapeuter er blevet halveret på to år. Fire af de opsagte terapeuter har fået andet job enten internt eller eksternt i kommunen.

Seks ergoterapeuter og to fysioterapeuter er blevet opsagt pr. 1. oktober.



Fysioterapeut Lena Frost frygter, at besparelsen vil gå ud over de ældre borgeres livskvalitet. Her sættes Lorentz Kistrup i gang ved "pull down" maskinen.

**(BESPARELSER)** Mens landspolitikerne med blandt andet lov om genoptræningsplaner, sætter fokus på sammenhængen mellem træning, livskvalitet og forebyggelse, har Viborg Kommune valgt næsten at halvere antallet af terapeuter. Dermed går kommunen fra en plads i 1. klasse til en plads i midterrækken

AF JOURNALIST METTE BREINHOLDT  
FOTO MICHAEL LANGE

■ Som formiddagen skrider frem bemægtiger ældre borgere sig kondicykler, ro-maskiner og step-maskiner. Stedet er træningslokalet i Viborg Kommunes Områdecenter Midt.

Kommunens terapeuter har netop været udsat for et drastisk snit med sparekniven og er blevet reduceret fra knap 26 fuldtidsstillinger til 15 med ikrafttræden ved årsskiftet. Men de har alle valgt at benytte sig af deres mulighed for at

stoppe med arbejdet umiddelbart efter beslutningen.

En af konsekvenserne er, at der nu er mere pres på træningslokalet, hvor de ældre både kommer med og uden forudbestemt tid.

"Lokalet her var tidligere åbent fem formiddage om ugen, men nu holder vi lukket tirsdag og torsdag. Nogle af de øvrige lokalcentre er også blevet beskåret i tid, mens andre er helt lukket", fortæller fællestillidsrepræsentant for kommunens terapeuter, Pia Westhoff.

Men det øgede pres på lokalet skyldes ikke kun, at åbningstiden er reduceret. Nogle af genoptræningsholdene er også lukket eller holder pause, og det giver mere pres på den individuelle træning.

## PAUSER OG BRUGERBETALING

"Konsekvensen nu og her er også, at bassintræningen er blevet skåret væk, og så har vi et osteoporosehold, som vi har måttet sætte i bero indtil videre", siger Pia Westhoff.

At brugerne må holde pause i deres træning er helt nyt for Viborg Kommune, og terapeuterne frygter, det vil betyde, at brugerne bliver sat tilbage i deres funktionsniveau.

En del brugere vil dog kunne købe sig til træning på motionscentre. Dermed bliver andelen af brugerbetaling øget, men for de velfungerende borgere, der formår selv at tage et sådant initiativ - og betale for det - vil det give en fyldestgørende træning.

Før besparelsen var Viborg en kommune med mange fysioterapeuter. Det betød også, at borgerne ikke så let risikerede at blive udskrevet fra sygehuset uden at blive genoptrænet. Terapeuterne spekulerede ikke så meget på, hvilken kasse der skulle betale genoptræningen. Men nu begynder hverdagen så småt at se anderledes ud. Eksempelvis fortæller Lena Frost, der er tillidsrepræsentant for terapeuterne i et af kommunens lokalområder, at hun netop har måttet afslå at genoptræne en ældre, dement dame:

”Hun havde fået en ny skulder, der skulle bevæges igennem hver anden dag. Men det måtte jeg sige nej til, selvom det klart ville have været bedre for hende, hvis træningen kunne ske i hjemmet. Nu må hun i stedet ind på sygehuset hver anden dag. Tidligere tænkte vi ikke i kasser, men kunne sætte brugeren i centrum”, siger hun.

### CENTRALISERING

Da kommunen midt i 90-erne for alvor satsede på træning og igangsatte et regulært genoptræningsprojekt med ansættelse af en række terapeuter, blev organisationen decentraliseret. Men med besparelsen bliver træningsopgaven igen mere centraliseret. I stedet for at være delt ud på 21 distrikter, bliver indsatsen nu samlet i tre driftsenheder. Til gengæld har kommunen ansat en faguddannet terapeut som leder af hver af de tre grupper.

”Decentraliseringen gav os en faglig bredde, hvor vi kom tæt på plejepersonalet og brugerne. Eksempelvis sad vi med ved middagsmøderne og kunne hurtigt spore os ind på, hvis der var et træningsproblem i et af hjemmene. Vi kunne være der med det samme og gå ud i hjemmet næste dag”, siger Lena Frost.

Terapeuternes assistance gjaldt både, hvis plejepersonalet havde ergonomiske problemer i forbindelse med eksempelvis forflytninger, eller hvis ►

## Er du interesseret i en monofaglig masteruddannelse?

**(AFSTEMNING)** ■ Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen er i samarbejde med Syddansk Universitet ved at undersøge, om der er basis for at oprette monofaglige masteruddannelser på SDU. Udfaldet er bl.a. afhængigt af, hvor interesserede fysioterapeuter er i at tage en ”ren” fysioterapeutisk masteruddannelse. Hidtil har man i Danmark kunnet tage forskellige tværfaglige masteruddannelser som fx master i public health eller master i sundhedspædagogik. Men man har skullet til udlandet for at tage en master specifikt i fysioterapi. Er du interesseret i, at dit fag udvikler sig, i at den videnskabelige basis for det, vi gør, bliver bredere og sikrere, så kan du deltage i afstemningen på [fysio.dk](http://fysio.dk)'s forside (øverst i venstre spalte) OBS: Sidste frist er 24. oktober.

## Beretning 2000-2002

**(DOWNLOAD)** ■ Det er nu muligt at downloade Danske Fysioterapeuters Beretning fra september 2000 - september 2002. Beretningen er resumeret i folkeudgaven, der blev udsendt med sidste nummer, men det er også muligt at downloade beretningen i dens fulde ordlyd. Klik ind på [fysio.dk/foreningen](http://fysio.dk/foreningen).

## Kobling af løn og kvalitetsmål

**(NY PJECE)** ■ ”Kobling mellem løn og kvalitetsmål”. En ny pjeces udarbejdet af KTO og KL stiller nogle spørgsmål, som det kan være en god idé at få diskuteret i den sammenhæng. Pjecen er udarbejdet på baggrund af erfaringer fra seks arbejdspladser, der konkret har arbejdet med at koble løn og kvalitetsmål. Klik ind på [fysio.dk/offentlig](http://fysio.dk/offentlig) og download pjecen.

## Voksenmobning

**(HJEMMESIDE)** ■ HK-Service har åbnet hjemmesiden [www.voksenmobning.dk](http://www.voksenmobning.dk). På hjemmesiden findes metoder, definitioner og værktøjer til at tage fat på voksenmobningen samt et elektronisk opslagsværk med links om emnet. Klik ind på [fysio.dk/offentlig](http://fysio.dk/offentlig) og læs mere.



De ældre skal råbe højere, hvis de skal have hjælp til træningen i Viborg Kommune. Her hjælper fysioterapeut Pia Westhoff Ella Christensen med at træne ryg og fodled ved gangbarren.

► der var tegn på, at en borger var ved at få forringet funktionsniveau.

"Vi kunne tage os af tingene, før de blev til problemer. Nu frygter vi, at vi først bliver tilkaldt, når problemet har bidt sig fast", siger Lena Frost.

Men samtidig med at både Lena Frost og Pia Westhoff frygter konsekvensen af at komme længere væk fra brugere og plejepersonale, glæder de sig til det større faglige fællesskab, de forventer vil blive en del af centraliseringen.

#### DYR BESPARELSE

"Det overordnede formål med genoptræningsprojektet i sin tid var at undgå gråzonen efter sygehusindlæggelser. Og i den henseende var Viborg foregangskommune i forhold til lovgivningen", fortæller Lena Frost og Pia Westhoff supplerer:

"Derfor mener politikerne også, vi kan leve op til den nye genoptræningslov – på trods af besparelsen. Blot bliver det på mellemklassen i stedet for på 1. klasse".

Men selvom begge terapeuter forstår, at kommunen er nødt til at tage økonomiske hensyn, så tror de beslutningen om at spare på genoptræning er uklog på sigt.

"Vi får en tungere gruppe af ældre på grund af manglende forebyggelse", siger Pia Westhoff.

Hverken hun eller Lena Frost har fantasi til at forestille sig, hvordan besparelserne kan undgå at føre til flere hjælpemidler i stedet for træning. For plejepersonalet vil hurtigere gribe til basal pleje, når de ikke har en terapeut ved hånden, der kan prøve af for dem, hvor godt borgeren er i stand til eksempelvis selv at gå på toiletet.

Men præcis, hvilke konsekvenser besparelsen får, står ikke klart. Endnu befinder de sig i et vakuum mellem den gamle og den nye situation.

Tilbage i træningslokalet, er Dagny Christensen dog ikke i tvivl. Hun er kommet i træningslokalet gennem de sidste fire år, og fra sin position på pensionistcyklen erklærer hun med overbevisning:

"Vi kan godt mærke, her ikke er så mange, når vi kommer herind. Vi skal råbe noget højere, for at få hjælp". ■

En god  
skolestart  
med  
Dynamo  
Skolestol

prøv den  
gratis  
i 14 dage!

Dynamo Stol ApS  
Postboks 162  
DK- 4000 Roskilde  
Tlf: (+45) 46 75 09 70  
Fax: (+45) 46 75 09 50  
e-mail:  
kontakt@dynamo-stol.dk

Dynamo<sup>®</sup>  
Stol ApS



Besøg vores hjemmeside: [www.dynamo-stol.dk](http://www.dynamo-stol.dk)

# Begrænset skade

**(BESPARELSER)** Svaret på Viborg kommunes voldsomme reduktion i antallet af terapeuter hedder definition af målgrupper og mål med træning og aktivitet. Sammen med et øget samarbejde med sygehuset, tror afdelingsleder, Jytte Therkildsen, at målstyringen kan tage den værste brod af besparelsen

AF METTE BREINHOLDT  
FOTO MICHAEL LANGE

■ Politikere og administration i Viborg Kommune er helt på det rene med, at besparelsen på knap halvdelen af kommunens terapeuter vil få konsekvenser.

”Når man reducerer i antallet af terapeuter, reducerer man også i serviceniveauet. Det er man helt klar over fra politisk hold”, siger afdelingsleder i aktivitets- og plejefdelingen, Jytte Therkildsen.

Men samtidig pointerer hun, at sammenlignet med andre kommuner ligger Viborg stadig pænt, når det gælder antallet af terapeuter. Derfor er hun også overbevist om, at kommunen vil kunne leve op til sin lovmæssige forpligtigelse i form af genoptræning efter serviceloven, når ældre mennesker er svækket efter sygdom i hjemmet, og til det arbejde der ligger i at opfylde sygehusets genoptræningsplaner.

”Det skal vi kunne leve op til. Det er en primær opgave”, siger Jytte Therkildsen.

I stedet forudsiger hun, at besparelserne vil kunne betyde længere ventetid på træning, hjemmebesøg, besøg på sygehuset og hjælpemidler. Ligesom plejepersonalet nok skal vente lidt længere, før de kan få instruktion i lettere måder at håndtere borgerne på.

## FÆLLES MÅL

Selvom hun erkender, at det lyder som en voldsom besparelse, mener hun ikke, det giver anledning til en tilsvarende stor bekymring. For hvis terapeuterne får en mere ensartet opfattelse af, hvilken målgruppe de skal bruge deres tid på, hvis de bliver enige om, hvad målsætningen med træningen skal være, hvis de inddrager de frivillige organisationer og opgavefordelingen mellem amt og kommune bliver mere præcis, så vil de kunne forhindre, at borgere bliver væk i gråzonen, mener Jytte Therkildsen.

”Tidligere har vi været fordelt på 21 enheder, og det har givet en stor forskel i fortolkningen af, hvilken træning kommunen skulle tilbyde”, siger hun.

En klarere definition af målgruppen vil betyde, at kommunens indsats først og fremmest vil rette sig mod de svageste borgere. I Fælles Sprogs beskrivelse af funktionsniveauer svarer det til gruppe 3 og 4.

”Vi har hidtil haft mange gruppe 2-ere. Og de må fortsat godt komme i træningscentre. Men vi kan ikke bruge så mange personaleressourcer på dem. Vi skal gøre op med individuel træning - det her er jo ikke et hospital - og i stedet samarbejde med de frivillige organisationer, siger Jytte Therkildsen.

Viborg Kommune har tradition for at samarbejde meget med frivillige, og Jytte Therkildsen forestiller sig, at de kan få adgang til træningslokalerne og med lidt opbakning og et minimum af faglige ressourcer fra kommunen kan stå for noget af træningen.

Hun er bevidst om faren for, at manglende træning kan forringe ellers velfungerende ældres funktionsniveau og livskvalitet. Men det må ikke ske.

”Vi skal helst ikke gøre 2-ere til 3-ere eller 4-ere, fordi vi svigter dem”, siger hun.

## DIALOG MED AMTET

Jytte Therkildsen forudsiger, at kommunen vil kunne indhente lidt ressourcer gennem et bedre samarbejde med amtet.

”Måske har vi indimellem påtaget os opgaver, som ikke var kommunens, men sygehusets. Nu har vi en koordinator, som kan samle op på eksemplerne og sige til sygehuset: Det her er ikke vores opgave. Blandt andet derfor ser jeg også frem til et bedre samarbejde med sygehuset, så vi kan få sat gang i genoptræningsplanerne”, siger Jytte Therkildsen.

Ønsket om dialog hilses velkomment på Viborg-Kjellerup Sygehus. Men overfysioterapeut, Iben Grejs, er lidt bekymret for situationen efter nedskæringen.

”Lige i øjeblikket kan vi være nervøse for, at kommunens besparelse får konsekvens for blandt andet genoptræningsplanerne. Men igennem min tid har jeg været med til flere sparerunder, hvor vi har måttet bruge kreative løsninger. Det er dog klart, at det nuværende træningsniveau ikke kan holde med så store nedskæringer”, siger hun. ■

# Portører genoptræner patienter

**(FORSØG)** På Amager Hospital skal et projekt med portører, der genoptræner, nedbringe liggetiden for patienter med hoftenære frakturer

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO LINDA HENRIKSEN



Portør Jan Josephsen hjælper 91 årige Svend Aage Larsen med at komme ud ad sengen.

■ På Amager Hospital har en gruppe portører fået tre måneders pause fra madvogne og elevatorer. I stedet for at trille rundt med sengene, hjælper de patienterne ud af dem og ud at gå.

Portørerne indgår i et projekt på hospitallets ortopædkirurgiske afdeling, hvor man ved at mobilisere patienterne mere vil forsøge at nedbringe liggetiden. Projektet løber foreløbig over en periode på tre måneder og inkluderer tre portører, der på skift tager sig af patienterne – i alt 8-10 ad gangen.

## NAKKEHÅRENE REJSER SIG

”Når man læser i en overskrift om portører, der genoptræner, rejser de små nakkehår sig jo på enhver terapeut”, siger afdelingsfysioterapeut Lis Christensen, ortopædkirurgisk afdeling på Amager Hospital.

Ikke desto mindre er hun selv en del af den projektgruppe, der står bag forsøget og ikke desto mindre står hun ved, at ordet ”genoptræning” er reelt nok i den sammenhæng.

”Når blot man definerer genoptræning som værende mere end den fysioterapeutiske del af det. Projektet handler om at få patienterne mere ud af sengene. Op i stolen for at spise, ud på toiletet, ud af sengestuen og ind i dagligstuen. Por-

tøren bryder også en undertiden lang og kedelig dag, hvor selve træningen med fysioterapeuten kun fylder en lille del, og vores fælles mål er at gøre patienterne mere mobile og selvhjulpne. Det er jo sygeplejefunktioner, portørerne udfører, men sygeplejerskerne har bare ikke tid”.

Det var nogle portørers ønske om at være mere med i arbejdet med patienterne, der satte skub i projektet, men det er selvfølgelig først og fremmest patienterne, der får noget ud af det, mener Lis Christensen.

”I stedet for at få et bækket, kommer de nu på toiletet. Og de kommer ud i badeværelset i stedet for at sidde og pjaske i sengen. Hverdagen kommer til at hænge bedre sammen, og det hele bonner jo i sidste ende ud på deres mobiliseringskonto”, siger hun.

## FÅR UNDERVISNING AF FYSIOTERAPEUTER

”Fysioterapeuten” har tidligere omtalt projekter på andre sygehuse, der også handlede om at få mobiliseret patienterne mere i hverdagen – for eksempel på Bispebjerg og i Hillerød. Men i de tilfælde har det været terapeuter, der var i spil, og ikke portører. Her var det overskrifter som ”Terapeuter overtager plejeopgaver”, der hev fat i nakkehårene.

På spørgsmålet om man med fordel kunne have udvidet terapeutstaben på Amager Hospital i stedet for at frikøbe tre portører, svarer Lis Christensen nej.

”Ikke med de funktioner vi har valgt at lægge ind i projektet. Men det er altid os, der mobiliserer første gang, og det er fysioterapeuter, der in- og ekskluderer patienter til projektet. Vi definerer, hvor langt de kan gå og med hvilket gangredskab, og om de for eksempel kan klare trapper”.

Portørerne har desuden modtaget undervisning af fysioterapeuterne i sygdomslære og håndtering og instruktion i brug af gangredskaber og i lejring.

## ALLE PATIENTER VILLE HAVE GAVN AF DET

Projektet har fået 140.000 kroner i støtte fra H:S til frikøb af portørerne. Det er de hoftenære frakturer, der er udvalgt til projektet, men Lis Christensen mener, at det med fordel kunne involvere alle patientgrupper – hvis ellers ressourcerne var der.

Hvorvidt projektet forlænges og eventuelt udvides, vil vise sig, når de tre måneder er overstået, og det kan konstateres, om der er effekt i form af reduceret liggetid. Patienter med hoftenær fraktur er i gennemsnit indlagt i 20 dage. ■



## Anatomisk opslagsbog

"Anatomy and Human Movement. Structure and Function" er en blanding af en systematisk og en topografisk anatomibog. I starten gives der en generel indføring i terminologien i de forskellige strukturer, definitioner af bevægelsesplanerne samt generelt om de forskellige embryologiske stadier. Kapitlet om overekstremiteten starter med en gennemgang af det muskuloskeletale systems embryologiske udvikling, derefter beskrives de enkelte knogler, som illustreres med tegninger og røntgenbilleder. De forskellige musklers innervation og funktion beskrives. Ligeledes beskrives fasciesystemet og enkelte bevægemønstres indbyrdes krav til muskelaktivitet. Ledforbindelserne inklusiv ligamenter gennemgås. Kapitlet om underekstremiteten starter med en beskrivelse af det mesodermale lags udvikling til en vægtbærende legemsdel. Derefter gennemgås de anatomiske strukturer. Hals, trunkus, hoved og viscera og det kardiovaskulære system gennemgås. Bogen går i dybden med beskrivelse af nervesystemet og hjernen.

Bogen er godt tilrettelagt og en god opslagsbog, der er let at finde rundt i. Den er hæftet, og den taber derfor ikke enkelte sider. Den indeholder foruden de anatomiske facts mange nyttige oplysninger om den embryologiske udvikling, desuden er der under de forskellige knogler opgivet, hvornår epifyserne ossificeres. Ligeledes er det udmærket med de mange beskrivelser af bevægemønstrene og funktionsafhængigheden mellem de forskellige muskler. Under gennemgangen af hofte- og knæled er biomekanikken gennemgået, og under knæleddet påpeges biomekaniske påvirkninger ved indsætning af hel- eller delproteser.

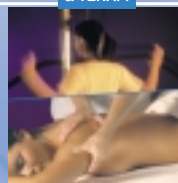
Musklerne er gengivet for skematisk. Det fremgår ikke af tegningerne, at der altid er en rotationskomponent under funktion. For eksempel fremgår det ikke af tegningen af m. levator scapulae, at de fibre, der kommer fra Atlas, går helt ned til spina scapulae, og de fibre, der kommer fra C4, fæster sig øverst på scapulas mediale kant. Som oplæg til specifikke behandlingsgreb er bogen ikke god nok.

Alle knoglerne i anatomi-afsnitene er konsekvent højre, musklerne er oftest venstre. Det er ikke altid skrevet under tegningerne, om det drejer sig om en højre eller venstre del. Det kan for den uøvede godt medføre nogen forvirring, ellers kan det jo være en god træning.

Anmeldt af Birte Carstensen

*Nigel Palastanga, Derek Field and Roger Soames: Anatomy and Human Movement. Structure and Function, Butterworth Heinemann, 4. udgave 2002.*

TRÆNING  
& TERAPI



STYRKE

CARDIO

BALANCE

SMIDIGHED

BRIKSE

EL-TERAPI

UNDERVISNING

FORBRUGSARTIKLER

## Din professionelle partner!

I mere end 10 år har KEBO CARE DEMA stået for seriøs rådgivning til vore mange kunder.

I "Træning & Terapi" divisionen betjener vi kunder overalt indenfor den danske sundhedssektor og motionsverden.

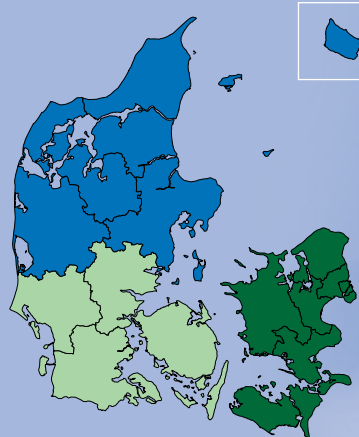
Vore erfaringer fortæller os, at der helt naturligt opstår mange spørgsmål i kølvandet på beslutningen om at foretage eksempelvis en investering i nye træningsfaciliteter eller en anden form for klinikudstyr.

Vore kvalificerede konsulents vigtigste opgave er at rådgive dig om disse mange aspekter.

Det kræver en god dialog at nå frem til den optimale løsning og dermed sikkerhed i investeringen - både på kort og lang sigt! Vort nøgleord for at nå dette fælles mål er samarbejde.

Vort tidssvarende brede sortiment kombineret med rådgivning og landets måske stærkeste servicefunktion har sikret os en væsentlig placering på det danske marked.

## Hvad kan vi gøre for dig?



### Ring allerede idag!

Helle Balsby-Christensen  
Tlf. 40 57 43 77

Allan Nørgaard  
Tlf. 40 57 43 71

Gitte Lykke Lauritsen  
Tlf. 40 57 73 22

Jørgen Vind  
Tlf. 36 39 80 37



# KEBO CARE DEMA

Jernholmen 41 • 2650 Hvidovre • Tlf. 36 39 80 00

## Ikke så dårligt endda

Det er godt med en debat om fremtidige samarbejdsformer i praksis. Der er fordele og ulemper ved alt

### DEBATINDLÆG AF:

Fysioterapeut Henrik Nielsen, 5. kreds

Det er interessant at følge debatten mellem lejere og ejere af klinikker.

Måske er det snart på tide, at man søger at ændre på ejer/ lejerforholdene, men hvordan??

Som klinikejer ser jeg to muligheder. Den ene mulighed er, at lejerne bliver ansat på klinikkerne. Den anden mulighed er, at klinikejeren sælger lejerydernet til lejer, så klinikken bliver en samarbejdspraksis (I/S) omkring økonomi og drift.

Men ingen af praksisformerne er problemfri. Som det er nu, er de fleste lejere på provision og har en stor selvbestemmelse over deres hverdag.

Hvis man i stedet var ansat, ville ejeren være arbejdsgiver og derfor have retten til at lede og fordele arbejdet. Man kan forestille sig to af-

lønningsmetoder – enten en fast månedsløn eller som funktionær på provision. Hvis provisionsatsen skal ligne den nuværende 60 til lejer, 40 til ejer, skal denne sats alligevel omregnes, idet der nu skal tænkes på feriepenge, pension, atp, arbejdsmarkedsbidrag og andre arbejdsgiverbetalte bidrag, men jeg er sikker på, at det kan lade sig gøre. Så lad os få DF til at regne på det.

Hvis alle på en klinik ejede deres ydernetnummer, skulle man være enige om driften, investeringer osv. Noget som faktisk minder meget om et ægteskab. Man vil være bundet op på hinanden økonomisk, måske med økonomisk solidarisk hæftelse, men man har selvfølgelig også en stor interesse i at få driften af klinikken til at fungere.

Umiddelbart mener jeg, at ejerne i et I/S skal kende hinanden utrolig

godt for at få en klinik til at fungere godt. Endvidere er man nødt til at få juridisk hjælp til at formulere, hvad der skal ske, hvis man bliver uenige, ikke kan tale sammen, ved salg og ikke mindst dødsfald.

Under skrivningen af dette kan jeg ikke lade være med at tænke på, om det nuværende system alligevel er så dårligt! Der er fordele og ulemper ved alt, men det er også godt med en debat om fremtidige samarbejdsformer i praksis.

Fri nedsættelsesret uden amtslig styring? Nej, det vil ikke være gunstigt for nogen af os. Det vil blot sprede klinikkerne endnu mere, med et dårligere udbud for patienterne. Endvidere er det godt med flere fysioterapeuter sammen, idet vi så kan hjælpe/støtte hinanden fagligt.

## Det umulige indlejersystem

Indlejerne har de selvstændiges forpligtigelser, men ikke rettighederne. Klinikejerne har ledelsesansvaret, men uden at ledelsesretten følger med

### DEBATINDLÆG AF:

Lone Skovgaard-Petersen

I en artikel i Fysioterapeuten nr.16 beskriver seks klinikejere deres problemer i systemet. De er gået sammen for at diskutere emner af drifts- og ledelsesmæssige karakter og fortæller, at det er ledelsesmæssige kvalifikationer, de mangler. De siger "vi er ledere i kraft af, at vi ejer en klinik, men har ikke samtidig ledelsesrettigheder i forhold til indlejerne. Det giver nogle særlige problemstillinger, så vi kan ikke bare gå på lederkursus med andre faggrupper eller i andre brancher".

Jeg synes, det er dejligt at de diskuterer dette og dermed er med til at

beskrive det modsætningsfyldte indlejersystem, hvor de ikke har den formelle ledelse, men alligevel har den uformelle ledelse.

Klinikejerne er selvstændige erhvervsdrivende. De ejer ydernetnumre og lokalerne. De er ledere af deres virksomhed og kan dermed bestemme, hvordan de vil lede virksomheden. De har deres eget regnskab inkl. momsregnskabet. De praktiserende indlejere er også selvstændige erhvervsdrivende, med eget regnskab, dog uden momsregnskab, da de ikke har nogle udgifter til investeringer.

Indlejerne har indgået en kontrakt med klinikejeren og har udgifter til

klinikken for at virke i ydernetnummeret og for at leje lokalerne. Udgiften fastsættes udelukkende af klinikejeren.

Det umulige system består i, at det kun er den ene selvstændige part, der kan stille krav, nemlig klinikejeren. Klinikejeren udformer kontrakten, og via den stilles krav til indlejeren. Indlejeren kan ikke stille krav den modsatte vej, da de intet har at forhandle med, fordi de ikke ejer ydernetnummeret. Forsøg på forhandling af kontrakt kan blive - og bliver - mødt med "der er ikke noget at forhandle, og kan du ikke acceptere den, er der andre der vil".

Systemet skaber mange problemstillinger på klinikkerne både for ejer

og lejer. Og det skaber problemer i forholdet til fagforeningen, da Danske Fysioterapeuter ikke er fagforening for sine 900 indlejere. *Det er et umuligt system*, og problemstillingerne kan ikke løses i det nuværende system, som jeg ser det. Der skal en ændring til.

En ændring kunne være, at ydernummeret tildeles den fysioterapeut, der virker i det, og at man går sammen om at drive klinikkerne som ligeværdige partnere med fælles ansvar, hvor man kan sælge sit ydernummer, når man ikke længere kan eller vil virke i det. Et system à la lægernes.

En anden ændring kunne være et system i stil med den svenske model, hvor man betaler en fast månedlig leje, der dækker de reelle, faste udgifter plus en andel til klinikejeren. Hvad der derudover indtjenes tilfalder indlejer selv. Et sådan system vil virke mere ansporende og give større arbejdsglæde.

Et system, hvor klinikejeren ansætter fysioterapeuter, vil betyde at klinikejerne skal organiseres i en anden fagforening, da arbejdsgiver og arbejdstager

ikke kan stå i samme fagforening. De ansatte fysioterapeuter ville så have en fagforening, der varetager deres interesser og forhandler deres løn som i det øvrige offentlige system.

Hvis fagforeningen ikke tager sig af problemerne ender det med, at flere og flere starter klinik uden om sygesikringen og DF. Sygesikringen vil sikkert bifalde dette, da de slipper for nogle udgifter og vi får deciderede vederlagsfri klinikker. DF, ja hvordan vil de forholde sig?

Efter sommerferien og lang tids stilstand omkring indlejerdebatten vil vi gerne vide, om det udvalg mellem overenskomstpartnerne, som Johnny Kuhr nævnte i Fysioterapeuten nr. 2/02, er i gang, og hvem der sidder i det. Er udvalget i gang, vil vi gerne orienteres om, hvor langt de er kommet, og hvilke organisationsmodeller de har set på?

Johnny Kuhr foreslår i et indlæg, at indlejerne danner en fraktion i foreningen. Det er et dødfødt forslag, fordi fraktioner i andre fagforeninger jo arbejder "ud af foreningen" for en delgruppes specielle interesser. Op-

rettede vi en fraktion af indlejere, skulle den arbejde med modsætningerne til vores "arbejdsgivere" klinikejerne, der jo er tungt repræsenteret *inde i vores forening*. Det vil ikke bedre det umulige indlejer-system og problemstillingerne på klinikkerne.

**SVAR FRA:**

Cand. jur. Helge Andersen

DF har udpeget repræsentanter til et udvalg, der skal vurdere organiseringen af praksisområdet. De udpegede er medlemmer af forhandlingsudvalget vedrørende sygesikringsoverenskomsten. DF er ikke bekendt med, at Sygesikringens Forhandlingsudvalg har udpeget sine repræsentanter til udvalget. Udvalget er ikke formelt nedsat, og arbejdet er derfor ikke påbegyndt.

**Fysioterapeuten nr. 19  
udkommer 1. november**

**Deadline for debat:  
21. oktober kl. 12.00**



## Hjælp dine dagdrømme på vej



...med en PKA<sup>+</sup> pension

klip

Fysioterapeuten

Det er nu, du skal beslutte, hvad du vil have råd til, når du bliver ældre... Få tilsendt et uforpligtende tilbud på en PKA<sup>+</sup>KAPITALPENSION eller en PKA<sup>+</sup>RATEPENSION. Ring til PKA på 39 45 42 81, klik ind på [www.pkaplus.dk](http://www.pkaplus.dk), eller send kuponen straks. Vi glæder os til at hjælpe dine dagdrømme på vej...

Navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr./by: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Hvis tilbud til ægtefælle/samlever ønskes:

Personens navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr.: \_\_\_\_\_

(sæt kryds)  PKA<sup>+</sup> KAPITALPENSION

PKA<sup>+</sup> RATEPENSION

Jeg ønsker at indbetale (sæt kun ét kryds):

500 kroner om måneden

1.200 kroner om måneden

\_\_\_\_\_ kroner om måneden

**PKA<sup>+</sup>**  
...mere pension