

Nr. 6 /marts/2003  
85. årgang



#### Et aktivt liv

En gennemgang af fysioterapeutens rolle i den tværfaglige rehabilitering af KOL-patienter. Side 16

# Fysioterapeuten

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

## ■ Motion og træning er ikke det samme

Professor Bente Klarlund Pedersen fortæller om tankerne bag håndbogen "Fysisk Aktivitet".  
Side 4

### Artikler

#### Fysisk aktivitet som behandling



Fysioterapeuten beskæftiger sig i tre artikler med håndbogen "Fysisk Aktivitet" om træ-

ning som terapi. Professor Bente Klarlund Pedersen fortæller i et interview om arbejdet med og tankerne bag bogen. Og henholdsvis en praktiserende fysioterapeut og en praktiserende læge anmelder håndbogen.

4-14

#### Målet er at bevare et aktivt liv



Kropsbevidsthed og viden om, hvordan man tackler sin sygdom, er en vigtig del af det

fysioterapeutiske tilbud i forbindelse med rehabiliteringen af KOL patienter.

16

#### Vi kan se sammenhængen



Stafetten om fagets kerne besøger fysioterapeut Søren Würtz, der har sit eget konsulentfirma og tilbyder tværfaglige løsninger inden for arbejdsmiljø.

22

#### Frie fugle vil danne netværk

Praktiserende uden overenskomst indkalder til møde for at danne deres egen fraktion i Danske Fysioterapeuter.

25

#### Fysioterapeuter efterlyses til Fakkellæden

FOTO: THALIA PROKOPIOU

Det er ikke kun grækerne, der kan! Lørdag den 10. maj sender Sundhedsstyrelsen en fakkellæde fra Skagen med kurs mod København, hvor den ankommer lørdag den 17. maj i Tivoli. Formålet er at skabe opmærksomhed om Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 30 minutters motion om dagen.

Fakkellæden kommer igennem alle landets amter, og arrangørerne efterlyser interesserede af alle slags, der vil være med til at bære Fakkellæden og budskabet frem.

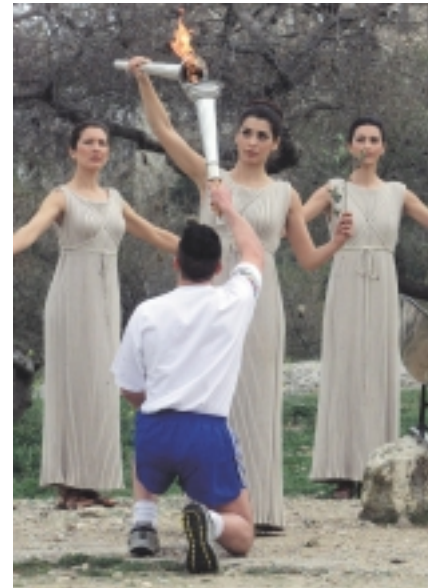
Da Fakkellæden tog samme tur med samme budskab i 1995 var mere end 20.000 mennesker med til at følge faklen på vej, herunder flere foreninger.

TV2 sender tre gange om dagen fra Fakkellædens rute i forbindelse med vejrudsigten, ligesom også Nyhederne, Go' Morgen Danmark, lokalradioerne, P3 og flere aviser vil dække Fakkellæden ugen igennem.

Ruten går fra Skagen gennem Frederikshavn, Brønderslev, Aalborg, Viborg, Århus, Silkeborg, Herning, Vejle, Ribe, Haderslev, Assens, Odense, Svendborg, Spodsbjerg, Tårs, Nakskov, Maribo, Vordingborg, Næstved, Skælskør, Slagelse, Holbæk, Roskilde, Hillerød, Frederiksberg og København – med en lille afstikker omkring Bornholm. Byerne bliver hver for sig rammen om en aktivitetsdag med for eksempel gymnastik på gågaden, skattejagt i parken eller samba i sidegaderne.

Jo flere byer, der deltager, mens Fakkellæden er i amtet, jo større opmærksomhed og pressedækning, forsikrer arrangørerne, og lover, at kameravognen gerne gør en afstikker fra ruten, hvis anledningen er god nok. Alle opfordres derfor til at kontakte Fakkellædens sekretariat med ideer og forslag til fysisk aktivitet.

Kontakt Fakkellæden på tlf.: 7024 7513 og læs mere på [www.30minutter.dk](http://www.30minutter.dk)



## Intet loft over ny løn

På mange offentlige arbejdspladser står fysioterapeuter for at skulle forhandle ny løn. Når tillidsrepræsentanter og repræsentanter fra foreningens kredse mødes med de kommunale arbejdsgivere, vil de mange steder formentlig blive præsenteret for tallet 1,47 procent. Det er nemlig den såkaldte forlodsfinansiering, der i den seneste overenskomst blev afsat til ny løn for perioden 2002 til 2003. Argumentet vil være, at det er den økonomiske ramme, som der kan forhandles indenfor. Men det er forkert. Ny løn er ikke et puljesystem, hvor der på forhånd ligger loft over, hvad arbejdsgiveren må udbetale.

Forlodsfinansieringen er kun én blandt mange faktorer, der indgår, når der skal forhandles ny løn. Derfor er der intet til hinder for at give flere penge, hvis der er gode argumenter for det. Et sådant kan eksempelvis være, at medarbejdere med lang anciennitet i årets løb er blevet erstattet med nyuddannede fysioterapeuter og at løndifferencen derfor bør komme i spil. Et andet at en stilling har stået ubesat i en periode, og at de penge, der er sparet, bør komme de ansatte til gode. Et tredje at de ansatte har medvirket til at omlægge arbejds gange, strukturer og rutiner på arbejdspladsen og helt naturligt bør have del i gevinsten.

Ovenstående er blot tre af 12 faktorer, der ifølge aftalen om ny løn kan inddrages, når der forhandles. Hvordan det kan gøres, kan man læse i vejledningen "Penge til ny løn", der er udarbejdet af Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte, KTO. Vejledningen vil blive sendt ud til samtlige tillidsrepræsentanter, ledere og kredse og kan findes på Fysio.dk. Mit håb er, at vejledningen kan give inspiration og vil blive brugt offensivt til at få sat ny løn på dagsordenen. Og skaffe fysioterapeuter i amter og kommuner en tilfredsstillende lønudvikling.

Dermed ikke sagt at det bliver nogen let opgave. Amter og kommuner er økonomisk trængte og vil formentlig finde undskyldninger for ikke at leve op til deres egne intentioner om, at en større del af lønnen skal forhandles lokalt. Det så vi sidste år, da en håndfuld kommuner og amter forsøgte at inddrage penge afsat til ny løn i bestræbelserne på at undgå besparelser på sociale institutioner og sygehuse. Og senest har det vist sig, at amter og kommuner skal finde godt en halv milliard kroner ekstra for at sikre, at de offentligt ansatte ikke halter bag efter de privatansatte, sådan som reguleringsordningen foreskriver. Det ironiske er, at efterregningen ville have været væsentligt mindre, hvis amter og kommuner i 2002 fuldt ud havde benyttet sig af mulighederne i ny løn. Så moralen er, at en slunken pengekasse og trusler om at skære i sygehusene ikke er gangbare argumenter for at undlade at leve op til intentionerne i ny løn.



**FORSIDE:**  
HENRIK FRYDKJÆR

**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  
85. 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



**Af Johnny Kuhr**  
*formand for*  
*Danske*  
*Fysioterapeuter*



indgang ■ "Fysisk Aktivitet - en håndbog om forebyggelse og behandling" er skrevet af professor Bengt Saltin og professor, overlæge dr. med. Bente Klarlund Pedersen. Hun fortæller her om arbejdet med bogen og tankerne bag.



## Motion og træning er ikke det

**(INTERVIEW)** Motion på recept og lægeordineret fysisk træning er i princippet to forskellige ting, mener Bente Klarlund Pedersen. Hun understreger, at for eksempel hjertepatienterne ikke kan nøjes med en tur i skoven, men i hvert fald i den indledende fase skal have superviseret træning. Men så er der også god evidens for, at træningen kan hamle op med medicin

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK  
OG JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Når landets postbude om kort tid skal bære "Fysisk aktivitet - en håndbog om forebyggelse og behandling" rundt til landets godt 3.600 praktiserende læger og samtlige sygehusledelser, er der lagt op til nogle gevaldige overbelastningsskader. Håndbogen er en moppedreng på 292 sider spækfyldt med tung forskning, der beviser effekten af fysisk aktivitet som behandling over for en række sygdomme.

Det er professor Bengt Saltin og professor, overlæge dr. med. Bente Klarlund Pedersen, der sammen står bag det omfattende arbejde med at gennemgå forskningen og forfatte håndbogen,



samme

der blev offentliggjort ved et symposium på Rigshospitalet den 27. februar.

Hensigten med bogen er at få implementeret forskningen, så fysisk aktivitet kommer til at indgå på linje med medicin i behandlingen af en række sygdomme.

### BEGREBSFORVIRRING

I omtalen af håndbogen, og i debatten om fysisk aktivitet generelt, er begreberne *træning*, *motion* og *fysisk aktivitet* blevet brugt lidt i flæng og har nok været med til at forplumre budskabet en smule.

Blandt andet advarede formand for DGI, Søren

*Bente Klarlund mener, at der foruden økonomiske og politiske barrierer også skal kæmpes med en tradition om i stort omfang at respektere patientens frie valg. "Jeg tror, at det kan blive brugt som en sovepude. Jeg er ikke bange for at gøre folk bange. Jeg synes, det er urimeligt at forholde folk information om det her, bare fordi man ikke vil gøre dem bange eller pirke til deres dårlige samvittighed", siger han.*

Møller, på symposiet om, at motion kunne komme til at smage af levertran. Men det er absolut ikke hensigten, forsikrer Bente Klarlund, der af samme grund bevidst ikke anvender ordet *motion* i sammenhæng med sygdomsbehandling og deler målgruppen for fysisk aktivitet som behandling op i to.

"Hvis man ser på diagnoser som for eksempel KOL, hjertesvigtpatienter og folk med iskæmisk hjertesygdom skal de *trænes*, og i al fald den indledende træning skal foregå under supervision af for eksempel en fysioterapeut og oftest i sygehusregi. Men derudover har vi i behandlingsafsnittet valgt også at tage fire diagnoser med, hvor der i virkeligheden er tale om forebyggelse, men hvor man ofte vælger at give medicinsk behandling. Det gælder *adipositas*, *insulinresistens*, *hyperlipidæmi* og *hypertension*. Dem kan lægen klare i almen praksis, og de skal følge de almindelige motionsråd", forklarer hun.

Denne gruppe er i princippet raske endnu og kan ifølge Bente Klarlund sagtens træne i idrætsforeningerne og i klubberne.

### GROTESK AT TILBUD MANGLER

At fysisk aktivitet er sundt, er en viden, der går helt tilbage til de gamle grækere. Den videnskabelige evidens har knap så mange år på bagen, men nogen egentlig nyhed er det ikke. Det nye ligger snarere i selve lanceringen af den fysiske aktivitet som et lægemiddel.

Men at der måske ikke umiddelbart vil blive ordineret fysisk aktivitet i lange baner, blot fordi evidensen nu foreligger i let tilgængelig form, er iskæmisk hjertesygdom et godt eksempel på. Her har dokumentationen været tilgængelig længe, men uden at der af den grund tilbydes fysisk aktivitet til denne patientgruppe på ret mange sygehuse. Og det er grotesk, mener Bente Klarlund.

"På det område er der ekstremt megen dokumentation, der kan vise, at hvis man træner, er der en stærkt reduceret dødelighed. Det vil sige, at vi ved, det ikke bare kommer til at gå dem bedre, men at vi decideret kan spare liv, hvis vi ordinerer træning. Normalt kommer det jo for Retslægerådet, hvis man forholder en patient en

Håndbogen kan gratis downloades på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk) eller på [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk). Den kan købes ved henvendelse til Schultz Forlag på tlf.:7026 2636. Pris kr. 450,-

fakta

- behandling, som kan beskytte mod for tidlig død. Det er jo utroligt, at der ikke er sket mere på det område”.

Bente Klarlund håber, at håndbogen vil være med til at kaste nyt lys på den foreliggende dokumentation, men understreger, at der er et massivt behov for at blive ved med at forske. I en stor del af den foreliggende forskning er der ikke gjort rede for indholdet i træning og dosering. Det gør det vanskeligt at uddrage, hvilken type af træning der har effekt.

”Det er ret klart, at der er evidens for selve den fysiske aktivitet. Men når vi skal beskrive, om der for eksempel skal ordineres konditionstræning ved høj intensitet, eller det skal være lav intensitet og stor træningsmængde, om det skal være styrketræning eller blandet, eller ikke-kropsbærende aktiviteter og så videre og så videre, så er der ikke

ret meget videnskab. Vi har i et vist omfang været nødt til at forlade os på vores sunde fornuft og almindelige kendskab til træningsfysiologi i vores anbefalinger i bogen”.

Her er der nogle oplagte forskningsområder for fysioterapeuter, mener Bente Klarlund.

”I de foreliggende metaanalyser bliver tingene blandet helt sammen. To ugers-studier bliver blandet med et års-studier og styrketræning bliver blandet med konditionstræning, og træning én gang om ugen bliver blandet med fem gange om ugen. Det er helt forfærdeligt, så der er rigtig meget at hente dér”.

Et område, hun gerne ville have haft med i bogen, var effekten af fysisk aktivitet i forbindelse med kirurgiske indgreb.

”Jeg troede i min naivitet, at det var undersøgt, hvordan det går folk, hvis man træner dem før en operation. Det findes ikke, men jeg ved, det er på vej. Vedrørende rehabilitering efter kirurgi er der en del undersøgelser, og der kommer et kapitel med næste gang”.

Håndbogen er netbaseret og der er planlagt en løbende opdatering. Bente Klarlund og Bengt Saltin forventer at få tilbagemeldinger fra sundhedspersonale, patientorganisationer og andre, der benytter håndbogen.

Der kommer også nye diagnoser til. Morbus Bechterew kommer sandsynligvis med næste gang, ligesom muligvis et gynækologisk emne som for eksempel bækkenløsning. Post Polio syndrom står også og presser sig på for at komme med, men forfatterne havde nogle problemer med at få styr på litteraturen og måtte derfor udskyde kapitlet i første omgang.

## VIGTIGE MEDSPILLERE I IMPLEMENTERING

Håndbogens målgruppe er først og fremmest læger – både praktiserende og sygehuslæger, men også i et vist omfang andre faggrupper som for eksempel sygeplejersker og i særdeles høj grad fysioterapeuterne, som Bente Klarlund forestiller sig bliver vigtige medspillere i implementeringen.

”Jeg ved jo endnu ikke, hvordan det vil blive organiseret, men jeg kan forstille mig, at det bliver lægen, der angiver de store retningslinjer, om

## AEROB OG ANAEROB TRÆNING

### – En unik fagbog inden for aerob og anaerob træning!

I mange idrætsgrene bygger den fysiske træning delvist på traditioner, men gennem de senere år, er der kommet mange beviser på hvordan videnskaben har været med til, at skabe bedre resultater gennem fornuftig træningsplanlægning.

Bogen er opdelt i to overordnede afsnit: Første del giver en grundlæggende beskrivelse af den basale træningsfysiologi. Anden del giver en omfattende indføring i den praktiske træningsafvikling.

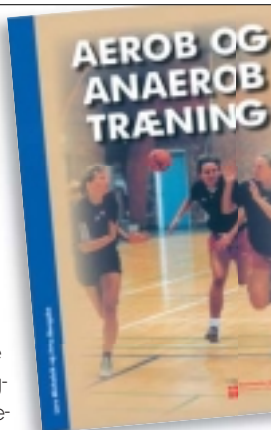
Bogen henvender sig til alle trænere, aktive, undervisere og studerende på idrætsstudier, fysioterapeutskoler osv, der ønsker at fordybe sig i den fysiske træning.

Forfattere: Lars Michalsik og Jens Bangsbo  
Pris: 337,50 kr. inkl. moms (270 kr. for medlemmer under DIF)

Bestil bogen på [www.dif.dk](http://www.dif.dk) eller kontakt Danmarks Idræts-Forbund, Post & Print, telefon 4326 2060.



**Danmarks Idræts-Forbund**  
Danmarks Olympiske Komite



det for eksempel skal være konditions- eller styrke-træning, og hvad man særligt skal passe på. Men så forestiller jeg mig, at fysioterapeuten tager over derfra og laver det egentlige program – det vil lægerne ikke kunne finde ud af”, mener hun.

For visse af de 27 diagnoser, der gennemgås i bogen, er beskrevet et udkast til et program, som Bente Klarlund forestiller sig udbygget i fysioterapeutregi.

”I bogen er der lagt vægt på den terapeutiske indfaldsvinkel. Personligt tror jeg, at en del af de behandlinger, fysioterapeuten giver i dagligdagen måske ikke er så evidensbaserede, og at der er behov for at gennemtænke behandlingsmetoderne og omfordele nogle ressourcer. Hvis vi tager KOL-patienten, har man indtil nu brugt en del tid på lungefysioterapi og på at give masker, og vi har som læger ikke rigtig interesseret os for det, men bare ordineret lungefys. Der skulle vi måske i stedet for reallokkere nogle ressourcer, så patienterne bliver trænet i stedet. Det betyder ikke, at man ikke skal lave klassisk lungefysioterapi, men man skal i hvert fald have fysisk træning med også”.

I foråret 2001 blev det besluttet at starte et videnskabeligt selskab for „Fysisk Aktivitet og Sundhed”.

#### Selskabets formål er:

- at fremme forebyggelse og behandling af inaktivitets-relaterede sygdomme
- at fremme oplysning om betydningen af fysisk aktivitet for sundhed
- at støtte forskning i „muskelaktivitet og sundhed”.

Danskt Selskab for Fysisk Aktivitet og Sundhed henvender sig til læger, forskere og andre akademikere, som ved deres virksomhed fremmer selskabets formål. Men også studerende og ikke-akademikere kan blive optaget, hvis de viser interesse for selskabets formål.

Medlemskab er gratis.

Læs mere på [www.dasfas.dk](http://www.dasfas.dk)

## FYSSER VEJLER MORGENLUFT

Den videre implementering af fysisk aktivitet som behandling kræver tiltag på flere fronter. Netværk af Forebyggende Sygehuse har nedsat en arbejdsgruppe, der skal se på organiseringen: Hvilke tiltag skal der foretages i sygehusregi, og hvordan kobles der an til den praktiserende læge, og Bente Klarlund har desuden foreslået netværket, at der bliver udarbejdet informationsmateriale til patienterne.

De praktiserende læger får i den kommende tid tilbudt en række kurser og får tilsendt håndbogen, men derefter er det op til dem selv at danne sig et overblik over, hvor patienten kan træne videre.

”Og her må fysioterapeuterne da virkelig vejlede morgenluft”, mener Bente Klarlund.

”Det må da være stærkt at kunne sige, at vi har en klinik med træningscenter, hvor vi kan tilbyde træning af både hjertepatienter, KOL-patienter osv. Fysioterapeuterne har jo altid haft denne indgangsvinkel, men det er nødvendigt, at lægerne er med, og det er det, jeg ser, er ved at komme. Jeg tror på, at når fysioterapeuterne involverer sig i det her og kommer med tilbudene, vil det også blive brugt. Men jeg tror ikke på, at lægerne selv vil gå ud og organisere det”.

## KONDITIONSTRÆNING OG TEST

Hovedvægten i anbefalingerne er konditionstræning, forklarer Bente Klarlund.

”Det er det, vi har kunnet trække ud af litteraturen. Desuden er der et mønster i, at en del af de symptomer, folk oplever, kan relateres til deconditionering. Inflammatoriske sygdomme vil give funktionstab, der gør, at man føler sig træt. KOL-patienten er jo et oplagt eksempel, hvor trætheden og angsten for, at man kan skade noget ved at træne, fylder meget. Det handler om at bryde den onde cirkel”.

I håndbogen anbefales det, at patienterne får løbende feedback på deres træningsindsats. F.eks. opfordres de til at udfylde en træningsdagbog, der kan medbringes, når de skal til kontrol hos lægen. Den løbende feedback fra lægen er ifølge Bente Klarlund nødvendig, hvis man skal fastholde patientens træningsindsats.

Til de fleste diagnoser anbefales det at benytte en konditionstest på cykel. ▶

I ”Fysisk Aktivitet” kan man finde viden om evidens, anbefalinger og eventuelle kontraindikationer vedrørende fysisk aktivitet som behandling af følgende sygdomme:

- Adipositas
- Apoplexia cerebri
- Artrose
- Asthma bronchiale
- Cancer
- Claudicatio intermittens
- Cystisk fibrose
- Depression
- Diabetes 1 og 2
- Dyslipidæmi
- Fibromyalgi
- HIV
- Hjerteinsufficiens
- Hjertesygdom, iskæmisk
- Hypertension
- Infektioner, akutte
- Insulinresistens
- KOL
- Kronisk træthedssyndrom
- Kronisk uræmi
- Mavetarmsygdomme
- Osteoporose
- Parkinsons sygdom
- Reumatoid artrit
- Rygsmerter
- Sklerose, dissemineret

Der er udelukkende set på betydningen af fysisk træning i betydningen af konditionstræning, styrketræning eller metabolisk træning; ikke på specifik træning af enkelte muskelgrupper.



## Danske Fysioterapeuter har en plan

(FYSISK AKTIVITET) ■ Danske Fysioterapeuter vil være med til at sætte træning som behandling på dagsordenen. Hvis fysisk træning som behandling for alvor skal blive en succes, skal flere aktører på banen. Sådan lyder vurderingen i hovedbestyrelsen, der på sit seneste møde kort havde punktet på dagsordenen.

Der blev nikked ja til at sekretariatet kan arbejde videre med et udkast til en strategiplan for træning som behandling, ligesom det henstilles til Forskningsfonden at prioritere projekter, der omhandler træning i forhold til sundhedsfremme, forebyggelse og sygdomsbehandling. Strategiplanen omhandler fire områder, der skal gøres en indsats overfor:

- **Forskning:** Her er målet at fremme forskningen i effekter af træningsterapi samt dosis-respons. Her skal bl.a. etableres forskernetværk, en vidensbank samt gives forskningsstøtte.
- **Efteruddannelse:** Her er målet at sikre at fysioterapeuter er fagligt klædt på til at behandle efter håndbogens retningslinier. Der vil blive udbudt en række kurser og temadage i løbet af 2003, såvel for fysioterapeuter som for andre faggrupper.
- **Implementering:** Målet er at øge kendskabet til træning som behandling, at behandlingstilbudene er til stede m.v. Her gælder det bl.a. om at øge lægers kendskab til træning som behandling.
- **Politisk strategi:** Målet er at få træning som behandling anerkendt på linie med medicinsk- og kirurgisk behandling, såvel hos politikere og fagfolk i sundhedsvæsenet som bredt i befolkningen.



Hovedbestyrelsen henstiller til Forskningsfonden at prioritere projekter, der omhandler træning. Her den samlede hovedbestyrelse - fra venstre Lise Hansen, Solvejg Pedersen, Tina Lambrecht, Vibeke Laumann, Lena Olsen, formand Johnny Kuhr, næstformand Brian Errebo-Jensen, Marianne Stannum og Carsten B. Jensen

► "Jeg forestiller mig ikke en test, hvor der foretages direkte målinger af iltoptagelsen, men en indirekte test på ergometercykel", siger Bente Klarlund. Det vil være oplagt, mener hun, at lægen sendte patienten til test hos fysioterapeuten i forbindelse med en af de opfølgende konsultationer.

### ULIG KONKURRENCE

I forbindelse med lanceringen af håndbogen udtalte medicinaldirektør Jens Kristian Gøtrik, at fysisk aktivitet nu vil indgå på lige fod med andre teknologier i sundhedsvæsnets prioriteringer. I den forbindelse har medicinske præparater dog en enorm konkurrencemæssig fordel, mener Bente Klarlund.

"Der er virkelig, virkelig meget medicin, der aldrig ville være blevet introduceret, hvis ikke medicinalfirmaerne var så aggressive i deres markedsføring. Vi har ingen lægemiddelkonsulenter, der kan sælge fysisk aktivitet til lægerne, så vi er nødt til at forlade os på Sundhedsstyrelsens og ministeriets opbakning".

En af Bente Klarlunds kongstanke er et videnscenter for fysisk aktivitet.

"Der er brug for, at man løbende filtrerer litteraturen og kommer ud med mere detaljerede rapporter, hvor man tager enkelt emner op og kommer med anvisninger – for eksempel til børn, gravide eller bestemte sygdomsgrupper. I sådan et råd kunne der sidde forskere og også for eksempel en fysioterapeut".

Et forslag til et sådant råd er blevet præsenteret for Sundhedsministeriet, der dog ikke umiddelbart er på stikkerne for at nedsætte et nyt ekspertråd, forklarer Bente Klarlund Pedersen.

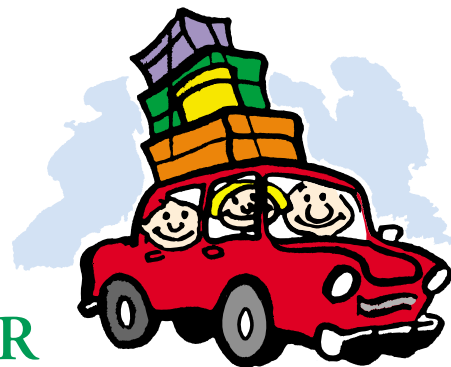
"Men implementeringen er først og fremmest op til os selv", mener hun og taler her som overlæge på epidemilogisk afdeling.

"Vi har hos os besluttet, at vi må gøre noget nu for at få implementeret den viden. Hvis man tager det op generelt, bliver det mindre fremmed, også for patienterne, at ordinere denne type behandling. Jeg tror også meget på, at i og med at man nu behandler det som et stykke teknologi, ligesom kirurgi og medicin, får den fysiske træning en højere status i sygehusregi". ■



# Bilferie i udlandet...

Husk det grønne forsikringsbevis og det røde kort og bliv køreklar til bilferien!



## Det grønne forsikringsbevis - ANSVAR

Det grønne forsikringsbevis er dokumentation for, at din bil er ansvarsforsikret og skal medbringes i følgende lande: Albanien, Bosnien-Hercegovina, Bulgarien, Estland, Letland, Makedonien, Montenegro, Polen, Rumænien, Serbien, Tyrkiet og Ukraine. En række lande er ikke tilsluttet ordningen: Litauen, Hvide Rusland m.fl.

Vi anbefaler derfor, at du henvender dig til det pågældende lands ambassade og forhører dig om, hvor og hvordan ansvarsforsikring kan tegnes.

**OBS!** *Det grønne forsikringsbevis* er gyldigt i 12 mdr. Alle medlemmer, som var på bilferie sidste år og bestilte det grønne forsikringsbevis hos os, har i marts måned modtaget et nyt grønt forsikringsbevis.

Til næste år sender vi ikke beviset automatisk, idet kun få lande efterhånden kræver beviset.

Har du ikke været på bilferie sidste år, eller har du for nylig fået ny bil, er det nødvendigt at bestille et nyt grønt forsikringsbevis. Beviset kan bestilles på: **33 15 15 45** - åben døgnet rundt, eller på: [www.bauta.dk](http://www.bauta.dk)

## Det røde kort - KASKO

Det røde SOS-kort er en del af bilens kaskoforsikring, og sikrer dig praktisk og økonomisk hjælp ved skader i udlandet. Kortet gælder dog kun for køretøjer med en totalvægt på max. 3.500 kg.

Forsikringsdækningen fremgår af kortet.

Det røde kort er gyldigt, så længe du har samme bil. Skifter du bil, er det nødvendigt at bestille et nyt kort.

Kortet kan bestilles på: **33 15 15 45** - åben døgnet rundt, eller på: [www.bauta.dk](http://www.bauta.dk)

*Husk at medbringe din bils originale registreringsattest, men efterlad den aldrig i bilen!*

- Klik dig ind på [www.lb.dk](http://www.lb.dk)

Her kan du også bestille forsikringsbevis, skadeanmeldelser, kopipolicer, forsikringsoversigt m.v.

### BAUTA FORSIKRING

*ønsker rigtig god ferie*

BAUTA FORSIKRING A/S Farvergade 17 · 1463 København K · Tlf. 33 15 15 45 · Fax 33 15 77 55 · [www.bauta.dk](http://www.bauta.dk)



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

Stilling: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

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

Postnr.: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Tlf. privat: \_\_\_\_\_ Tlf. arbejde: \_\_\_\_\_

Sendes  
ufrankeret.  
Modtageren  
betaler portoen.



BAUTA FORSIKRING A/S

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

"Håndbogen giver mulighed for et kvalitetsløft", mener fysioterapeut Marianne Kongsgaard. Hun er her i gang med et af de mange hold, der træner på hendes klinik i Dronninglund.



## En uundværlig del af det fysioterapeutiske arbejde

I denne og den næste artikel anmeldes "FYSISK AKTIVITET – en håndbog om forebyggelse og behandling". Anmelderne er henholdsvis praktiserende fysioterapeut Marianne Kongsgaard, Dronninglund, og en af hendes samarbejdspartnere, praktiserende læge Søren Sillesen fra Lægehuset i Klokkeholm.

Bogen er udarbejdet af Professorerne Bente Klarlund Pedersen og Bengt Saltin og udgivet af Sundhedsstyrelsen. Den kan gratis downloades på [www.sst.dk](http://www.sst.dk) eller på [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk)

**(ANMELDELSE)** Håndbogen "Fysisk Aktivitet", udgivet af Sundhedsstyrelsen bør stå på hylderne i enhver fysioterapi, mener praktiserende fysioterapeut Marianne Kongsgaard

**AF PRAKTISERENDE FYSIOTERAPEUT  
MARIANNE KONGSGAARD**

**FOTO** MICHAEL BO RASMUSSEN, BAGHUSET

Hensigten med håndbogen "Fysisk Aktivitet – en håndbog om forebyggelse og behandling" er at opsummere den teoretiske og dele af den praktiske viden om motions og fysisk trænings rolle i forebyggelse og behandling af sygdom. Målgruppen er primært danske læger, men som forfatterne nævner, vil bogen forhåbentlig også være til brug og inspiration for fysioterapeuter.

Håndbogen er inddelt i tre dele med hver sin opbygning: Del I, Arbejdsfysiologiens elementer, Del II, Fysisk aktivitet og forebyggelse og Del III, Træning som terapi.

Del I giver en introduktion til arbejdsfysiologien med relevans for ordination af velegnet motion med henblik på at forebygge sygdomme, alternativt som træning i behandling af en patient. Del I afsluttes med en samlet litteraturhenvi-  
ning.

Del II belyser fysisk aktivitet i forhold til forebyggelse af sygdom og død og har følgende underinddeling: *Epidemiologi, Anbefalinger, Motions-eksempler og Motion på recept, Styrketræning, Måling af isometrisk og isokinetisk styrke*. Del II afsluttes ligeledes med en samlet litteraturhenvi-  
ning.

Del III gennemgår fysisk træning som behandling af en række sygdomme, enten hvor den fysiske træning er vigtig i behandlingen af grundsygdommen, eller hvor den fysiske aktivitet kræver særlige foranstaltninger. Der gives en kort beskrivelse af hver sygdom og en detaljeret redegørelse for den tilgrundliggende evidens for den fysiske træning. Endvidere angives principper for ordinationen, dvs. den træning, der kan anbefales, og kontraindikationer for brug af træning i behandlingen. Hver sygdomsbeskrivelse afsluttes med en litteraturhenvi-  
ning.

### ET GLIMRENDE REDSSKAB

Samlet set er håndbogen et glimrende redskab til os fysioterapeuter. Den er ikke blot et redskab til inspiration, men i allerhøjeste grad også både en lærebog og et opslagsværk. Lærebog ifm. alle arbejdsfysiologiens elementer og alle sygdomsbeskrivelserne med sidste nyt inden for evidens. Og opslagsværk fordi du kan læse de enkelte afsnit uafhængigt af hinanden, og fordi indholdsfortegnelsen er grundig og uddybende.

Håndbogens layout er indbydende ligesom den meget systematiske og pædagogiske opbygning gør den let at finde rundt i.

Pædagogisk i den forstand, at der i Del I og II er mange farvede, skematiske figurer, kurver, tabeller o.l., der fremmer forståelsen i noget relativt svært stof. Og for Del III's vedkommende viser det pædagogiske og systematiske sig ved, at der er en ensartethed i opbygningen af hvert enkelt kapitel, en letlæselighed og en genkendelighed som gør, at man får lyst til at fordybe sig yderligere.

### KAN MED SIKERHED HENVISE TIL EVIDENS

Håndbogen er med sin grundighed med til at give mig som fysioterapeut en sikkerhed; dels over for patienten, dels over for mig selv. I forhold til patienten kan jeg med sikkerhed henvise til den evidens, der er på det pågældende område og på den måde sige god for den givne behandling. I

forhold til mig selv, kan jeg være sikker på, at jeg har valgt den rette behandling; den, der giver størst effekt.

For Del II's vedkommende er: *Motionseksempler og motion på recept, Styrketræning samt Måling af isometrisk og isokinetisk styrke* gode afsnit at læse for en repetition af ens træningslære. Der gives anbefalinger på valg af forskellige motionstyper og på, hvilke muligheder der er inden for disse.

Derudover er der eksempler på Gå-program, Jogging-program, Løbe-program, Cykel-program, Svømme-program samt på Aerob træning i fitnesscenter. Alt sammen meget relevante ideer for vores faggruppe.

Del III omfatter 27 sygdomme/diagnoser spændende i alfabetet fra *Adipositas* over *Fibromyalgi* til *sklerose, dissemineret*. Hvert enkelt kapitel kan læses uafhængigt, hvilket understreger også denne del som et rigtig godt opslagsværk.

De enkelte sygdomskapitler har samme opbygning. De indledes med en figur angivende graden af evidens for den fysiske træning på: Sygdomspatogenese, symptomer specifikt relateret til diagnosen, muskelstyrke eller kondition samt livskvalitet.

Graden af evidens angives ved flg. bogstaver:

A = stærk evidens

B = moderat evidens

C = beskedent evidens

D = ingen evidens

Dernæst følger *Baggrund* for sygdommen, *Evidens-baseret grundlag for fysisk træning, Træningsmængde og træningstype, Mulige mekanismer, Ordination og kontraindikationer*. Kapitlerne afsluttes med en fylldig litteraturhenvi-  
ning.

### SKRÆDDERSYET MED METODEFRIHED

Som praktiserende fysioterapeut hører mange af de nævnte sygdomme til i vores dagligdag. Håndbogen åbner mulighed for at se, om den fysioterapeutiske behandling er på rette spor, eller den anvendte intervention skal ændres helt eller delvis. Den giver mulighed for at se og følge evidensen for nuværende - noget, der i den travle hverdag ellers ikke altid er så meget tid til.

I ordinationsafsnittene gives der overordnede retningslinier for træningsindsatsen. Det være sig konditionstræning, muskelstyrketræning, koordinationstræning, gangtræning, cirkeltræning, elastikøvelser og konventionel fysioterapi blot for at nævne nogle af forslagene.

For de fleste sygdommes vedkommende er der angivet et eksempel på træning af patienter med den pågældende lidelse. Inden for disse afsnit angives forskellige måder at opvarme på, ligesom ►



- cool-down perioder nævnes. For opvarmningens vedkommende er det Borgs skala, som hele vejen igennem bruges som reference.

I ordinationsafsnittene angives tidsintervaller for de udførte tests, for eksempel "konditionstest før og efter to måneder", og for styrketræningens vedkommende angives antal repetitioner både for starttidspunktet samt stigende efter flere ugers forløb. Der gives ligeledes anbefalinger på antal træningspas pr. uge. Stort set et "skræddersyet" program til hver sygdomskategori, men ikke mere skræddersyet, end at der er metodefrihed til den enkelte fysioterapeut.

Udsagn som: "Træningen superviseres ved regelmæssigt fremmøde hos terapeut og kan med fordel foregå på hold" er i tråd med fysioterapiens udøvelse. Det er netop i overensstemmelse med vores hverdag.

Der er forslag om at føre "træningsdagbog med angivelse af smerte" - en inspirerende tanke.

Jeg synes, man fra forfatterens side, har været

meget specifik på hver enkelt lidelse, når det gælder ordination. Der, hvor det ikke nødvendigvis er den fysioterapeutiske indsats, der er den primære, gives andre anvisninger. For eksempel går anvisningerne vedrørende helt små børn med cystisk fibrose på at instruere forældrene i at håndtere børnene på den mest hensigtsmæssige måde. Et andet eksempel er, at der under Diabetes Type 2 angives en web-adresse for at kunne følge diabetesforeningens retningslinier.

Med hensyn til "Reumatoid Artrit" og ordinationsforslagene hertil, skal nævnes, at Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering lige har udgivet: "Leddegigt-medicinsk teknologivurdering af diagnostik og behandling". Jeg vil anbefale, at vi som fysioterapeuter tager vores behandlingsmæssige afsæt heri. Denne var ikke udgivet inden udgivelse af Håndbogen. Til yderligere inspiration kan anbefales tidligere artikler i Fysioterapeuten 4/2003; "Effekt af fysioterapi" og "Effekt af ergoterapi."

For "Cancer" nævnes Projekt Krop og Kræft på Rigshospitalet. Bliv selv mere inspireret ved at læse artikel bragt i Fysioterapeuten 2/2003; "Kunne mere end de troede" – helt i tråd med håndbogens anbefalinger.

Kontraindikations-afsnittene er uundværlige og sikrer igen kvaliteten på de fysioterapeutiske ydelser.

### KERNEN ER BEVÆGELSE

Kernen i fysioterapi er bevægelse og bevægeanalyse. Derfor har det altid været centralt i fysioterapifaget at søge at forstå begrebet bevægelse, og hvordan bevægelse læres, genlæres og styres.

Håndbogen er med sine grundige ordinationer/anbefalinger med til yderligere at sætte fokus på ovenstående samt på min evne til at vejlede og planlægge. Den er i allerhøjeste grad med til at give os fysioterapeuter mulighed for et kvalitetsløft. Den er indtil videre den største samling af videnskabelig dokumentation for effekten af fysisk aktivitet. Håndbogen må betragtes som en yderst relevant og uundværlig del af det fysioterapeutiske arbejde.

Fra Sundhedsstyrelsens side er en halvårlig opdatering stillet i udsigt i forhold til ny dokumentation på de enkelte områder. Det betyder, at jeg kan holde mig ajour, og det åbner mulighed for, at jeg kan dokumentere mine træningsideer. Dette sikrer, at fagligheden er i top og gør, at jeg bliver en troværdig samarbejdspartner.

Håndbogen bør stå på hylderne i enhver fysioterapi. ■

## CAVALIER

**Gangcykler / gangstole  
til leg, helse og idræt**



Se hele produktprogrammet  
på [www.petrabike.com](http://www.petrabike.com)



Tel: +45 4819 5064  
Fax: +45 4819 5066

mail@petrabike.com  
www.petrabike.com

*Praktiserende læge Søren Sillesen savner praktiske anvisninger, der kan fremme samarbejdet mellem læge og fysioterapeut, når patienten skal behandles med fysisk træning.*

# Et værktøj der kan blive bedre

**(ANMELDELSE)** "Under læsningen er det vanskeligt at undgå at blive grebet af den hellige ild - det her må jeg have sat i værk i min egen praksis". Håndbogen "Fysisk Aktivitet" set med en praktiserende læges øjne

AF PRAKTISERENDE LÆGE SØREN BECH SILLESEN  
FOTO LARS HORN, BAGHUSET

Formålet med sundhedsstyrelsens nyudgivne håndbog er blandt andet, at den skal blive et aktivt værktøj og et redskab i dialogen mellem læger, fysioterapeuter, idrætsforeninger m.fl. for i sidste ende at fremme folkesundheden. Så er der ellers lagt i kasketloven!

Lykkes det så med håndbogen? Jeg har koncentreret mig om Del III af bogen, Træning som terapi.

Lad det være sagt med det samme: som appetitvækker er bogen endog særdeles god. Under læsningen er det vanskeligt at undgå at blive grebet af den hellige ild - det her må jeg have sat i værk i min egen praksis.

## SLAVEPISKENDE MARERIDT

Der beskrives 27 enkeltsygdomme og tilstande. Der gøres meget ud af at beskrive evidenstyngden af motionens effekt, og der gives forslag til, hvilken træningstype og træningsmængde der bør benyttes ved hver enkelt sygdom, og det munder ud i et „ordinationsforslag“. Konkret og detaljeret. Men måske netop derfor en mulighed for misforståelse.

Selv om der et sted præciseres, at for de fleste patienter vil blot en halv times daglig spadseretur være det acceptable opnåelige, og selv om frasen „motionen må individualiseres“ er hyppig i ordinationsrubrikken, så efterlades man let med det generelle indtryk, at det handler om timers slavepiskende mareridt på en ergometercykel. Nødvendigheden af individualiseringen bør understreges kraftigere.

Det er muligvis samme indtryk, der giver mig en tanke om, at dette her ikke er gennemførligt for flertallet af patienter. Vis mig den fysioterapeut eller

læge, der evner at få Mareren i Kæret med halvdårligt hjerte op på en ergometercykel for med fuld udblæsning at nå total udmattelse for at kunne kalibrere Borgs skala.

Denne skala er nemlig den måleenhed man har valgt at anbefale som redskab til at vurdere forbedringen i konditionen og eventuel ændring af motionens intensitet. Det er en subjektivt vurderet præstationsskala fra 6 (=hvile) til 20 (= total udmattelse), og validiteten af skalaen forudsætter en kalibrering, der indbefatter oplevelse af trin 20!

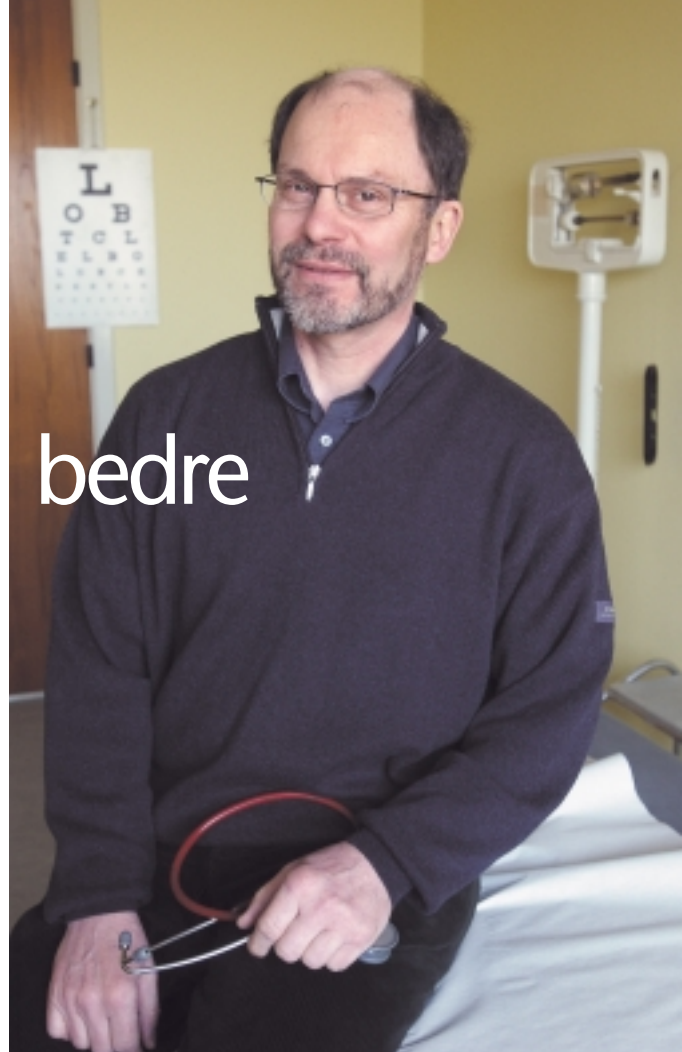
Så er det man tænker: ikke her hos mig, det må fysioterapeuten nok hellere tage sig af.

Hvad skal jeg så skrive på henvisningen? En detaljeret beskrivelse af det ønskede træningsprogram giver bogen mig ikke lyst til at foretage. Derimod finder jeg den velegnet til vurdering af, om den enkelte patient bør have for eksempel træning af store muskelgrupper med konditionsforbedring og/eller styrkende træning af enkelte muskelgrupper. Og jeg føler mig særdeles veloplyst om de kontraindikationer, man må overveje hos den enkelte patient.

Det ville dog have været befriende, hvis bogen var udstyret med et eller flere appendikser, for eksempel et med forslag til et vandrejournalark til registrering af aktiviteter, kondital, kontraindikationer osv. Det kunne så kopieres og sendes med patienten til fysioterapeuten og vice versa.

Og så en idé-liste med motionsfremmende tiltag, man lokalt kunne foretage sig for at forbedre samarbejdet mellem patient, læge og fysioterapeut.

Bogen er skrevet af speciallæger til behandlere, der skal forvandle teori til praksis sammen med patienterne, der er påvirket af deres omgivelser og kultur. Der mangler tænder i tandhjulet for rigtig at få fat!



I denne og den foregående artikel anmeldes "FYSSISK AKTIVITET – en håndbog om forebyggelse og behandling". Anmelderne er henholdsvis praktiserende læge Søren Sillesen fra Lægehuset i Klokkeholm og praktiserende fysioterapeut Marianne Kongsgaard, Klinik for Fysioterapi, Dronninglund.

indgang

### ► HVORFOR LIGNE LÆGEMIDDELKATALOGET?

Hvorfor har man på et så relativt snævert terapeutisk område lagt sig så fast på den model men kender fra Lægemiddelkataloget?

Brødteksten i Del III udgør ca. 50 sider (ekskl. litteraturhenvisninger). Hvis man tog disse 50 sider sammen med det mest praktiske relevante fra Del I og II i et mere læservenligt format, udstyrede værket med bilag, med indhold dels som nævnt og med klokkeklar beskrivelse af, hvorledes en kondi-test konkret gennemføres, så tror jeg det ville krible i fingrene hos mange praktiserende kolleger.

Mon det er ønsket om at ligne Lægemiddelkataloget, der har gjort, at forfatterne har undladt et indeks? Et sådant er et must i en bog, hvor forståelsen af indholdet i den praktiske del (Del III) kræver opslag i Del I og II.

Bogen er et godt værktøj, men kan blive bedre. Men den gør det ikke alene. Skal vi have flertallet af patienter med - dem med en relativ dårlig motivation - er det nødvendigt med økonomiske midler, for eksempel i form af vederlagsfri fysioterapi eller tillægsydelse i almen praksis. Hvis det ikke sker, vil tænderne på sundhedsstyrelsens ellers udmærkede initiativ være trukket ud. ■

"Min **gigt** kan ikke stoppe mig – takket være mit elektroniske medicinskab på **www.sundhed.dk**"

### Det elektroniske medicinskab



På sundhed.dk kan du oprette et personligt "medicinskab", hvor du indtaster din receptpligtige medicin og håndkøbsmedicin. Ved samtidig at notere hvor meget medicin, du tager, dens virkning og eventuelle bivirkninger, får du et uvurderligt overblik over effekten af din medicin. Det elektroniske medicinskab er kort sagt en genvej til en mere sikker medicinering. Det er et værdifuldt værktøj for de mange, der dagligt må tage medicin for kroniske sygdomme.



Eva Kåås, Skodsborg, 76 år

Sundhed.dk er Danmarks sundhedsportal, hvor enhver kan få svar på alt fra sygdom til sundhed – og få omfattende information og rådgivning fra det meste af den etablerede sundhedssektor. Bag sundhed.dk står 25 partnere med Danmarks Apotekerforening i spidsen. Sundhed.dk er et uafhængigt sundhedsmedie. Der findes ingen reklamer, sponsorater eller anden økonomisk støtte fra f.eks. medicinalindustrien.

**sundhed.dk**



## Ydernummeret hører til klinikken

**(PRAKSIS)** ■ Ydernummeret tildeles i princippet den enkelte fysioterapeut. Men hvis fysioterapeuten vælger at flytte, kan han eller hun ikke tage det med sig, da ydernummerets kapaciteter er tilknyttet klinikken. Sådan har det været siden 1988, hvor Danske Fysioterapeuter indgik en aftale med Sygesikringen, der anerkender amternes ret til at udføre praksisplanlægning. Og det kan der ikke ændres ved, så længe den nuværende aftale gælder.

Netop spørgsmålet om, hvem der ejer ydernummeret, var oppe og vende på det seneste hovedbestyrelsesmøde. Forholdet mellem ejere og lejere har det seneste år været til debat, såvel i Fysioterapeuten som på repræsentantskabsmødet i efteråret 2002; også om den nuværende fordeling af rettigheder og pligter mellem ejere og lejere er tilfredsstillende. For eksempel om lejerne har rimelige kår, når det gælder indflydelse på hvordan klinikken skal indrettes og drives samt huslejens størrelse.

Flere hovedbestyrelsesmedlemmer pegede på, at det kan være fornuftigt at få præciseret magtforholdene mellem ejere og lejere. "Eksempelvis vil der altid være forskel så længe den ene part ejer produktionsapparatet, mens den anden lejer sig ind på det. Det er vigtigt at slå fast," som Johnny Kuhr udtrykte sig.

Det betyder dog ikke, at ejerne suverænt kan diktere betingelserne. Danske Fysioterapeuter har udarbejdet en standardkontrakt, som skal sikre en rimelig balance mellem pligter og rettigheder for ejere og lejere. Hovedbestyrelsen besluttede, at der skal kigges nærmere på ordlyden i standardkontrakten for at se, om den skal revideres. Eksempelvis om det kan præciseres, hvilke faciliteter, udstyr og service der bør stilles til rådighed. Et andet forslag er at kigge på, "om klinikkerne bør opfordres til at lave investeringsplaner i lighed med de virksomhedsplaner, som er lovpligtige på det offentlige område," sagde Solvejg Pedersen.

## DF's fremtid og struktur

**(ARBEJDSGRUPPE)** ■ Navnet klinger mest af lange notater og omfattende organisationsdiagrammer. Men "Strukturarbejdsgruppen" vil efter alt at dømme få stor indflydelse på, i hvilken retning Danske Fysioterapeuter skal udvikle sig. Til næste repræsentantskabsmøde i efteråret 2004 skal der ligge forslag til, hvordan foreningen fremover skal se ud og organiseres, eksempelvis om der fortsat skal være amtskredse, regioner eller noget helt tredje. På det seneste hovedbestyrelsesmøde blev arbejdsgruppen nedsat. Hovedbestyrelsen bliver repræsenteret af formand Johnny Kuhr samt HB-med-

lemmerne Lise Hansen og Tina Lambrecht. Fra kredsene fik kredsbestyrelsesmedlemmerne Anna Frost og Hans Godske plads i udvalget, mens Tine Nielsen blev suppleant. Og som medlemsrepræsentanter blev Pernille Hoppe og Per Friis Madsen udpeget - de var blandt de medlemmer med organisatorisk erfaring, der havde søgt om at deltage i udvalgsarbejdet efter opslag i Fysioterapeuten.

## Fagfora og fraktion

**(STATUS)** ■ Endnu et fagforum er blevet etableret. Fagforum for Muskuloskeletal Terapi er navnet på det nye fagforum, der hidtil er gået under navnet faggruppen for Manuel Terapi. I længere tid har to faggrupper, Manuel Terapi og McKenzie, arbejdet på at finde et fælles grundlag for at slå sig sammen i et fælles fagforum, men uden held. Derfor valgte hovedbestyrelsen at godkende navneskiftet, selv om det ikke er helt i overensstemmelse med intentionerne i foreningens retningslinier for fagfora og faggrupper. Samtidig fik Fraktionen af Kliniske Undervisere lov til at til at ændre navn, så den fremover hedder Fraktionen af Kliniske Undervisere i Fysioterapi.

## Hvem har ansvaret for at forhandle?

**(LOKAL LØN)** ■ Medlemmerne har berettigede krav på at få hjælp til at få forhandlet løn og arbejdsforhold. Det er en kerneydelse for Danske Fysioterapeuter. Så langt er der enighed i hovedbestyrelsen. Spørgsmålet er imidlertid, i hvor stort omfang opgaven med at forhandle lokale løn- og ansættelsesforhold skal lægges ud på den enkelte arbejdsplads, altså til tillidsrepræsentanterne, eller det bør være en opgave for kredsene. Det var til debat, da hovedbestyrelsen diskuterede målsætningen for den lokale lønpolitik, der blev vedtaget på repræsentantskabsmødet i efteråret 2002. Diskussionen viste, at de enkelte kredse har forskellig praksis på området. Hvor nogle kredse, eksempelvis Hovedstads-kredsen, har valgt lægge opgaven ud til tillidsrepræsentanterne, deltager andre kredse direkte i forhandlingerne. "Hvad er den enkeltes ansvar? Og hvad er et kollektivt ansvar? Problemet er, at vi i dag har en målsætning og en tekst, som vi definerer forskelligt," som hovedbestyrelsesmedlem Lena Olsen udtrykte det. Hovedbestyrelsen besluttede at indsamle og vurdere erfaringerne fra de enkelte kredse samt at kigge på, hvilke erfaringer andre fagorganisationer har på området. Til efteråret skal hovedbestyrelsen atter behandle målsætningen for den lokale lønpolitik.

# Målet er at bevare et aktivt liv

**(REHABILITERING)** I artiklen gennemgås den del af rehabiliteringen af KOL patienter, som fysioterapeuten står for

AF AFDELINGFYSIOTERAPEUT ÅSE SKYTTE,  
HOLSTEBRO SYGEHUS  
FOTO BIRGITTE RØDKJÆR

Rehabiliteringen af KOL patienter kræver en tværfaglig indsats, hvor fysioterapeutens rolle primært er at bidrage til at patienten forbedrer sit funktionsniveau. Kropsbevidsthed og viden om, hvordan man tackler sin sygdom, er en vigtig del af det fysioterapeutiske tilbud. Åse Skytte giver i artiklen et overblik over de vigtigste indsatsområder i forhold til KOL-patienter.

Åse Skytte har fået støtte af Forskningsfonden til et projekt om KOL. Læs om projektet på [www.fysio.dk/artikelbilag](http://www.fysio.dk/artikelbilag)

Kronisk lungesygdom kan have vidtrækkende konsekvenser både for den enkelte, for sundhedsvæsenet og for samfundet. I erkendelse af at traditionel medicinsk behandling er utilstrækkelig til at imødegå mange af de problemer, KOL-patienterne oplever, er der inden for de seneste årtier kommet fokus på rehabilitering af lungepatienter (1,4).

Rehabilitering er en flerdimensionel indsats rettet mod patienter med lungesygdom, hvor sygdommen resulterer i nedsat funktionsformåen på grund af kronisk lungeskade. Rehabiliteringen er sædvanligvis en tværfaglig indsats og har det mål at opnå og vedligeholde personens individuelle maksimale funktionsniveau og maksimale grad af uafhængighed og funktion i samfundet. Rehabilitering bygger på et videnskabeligt grundlag (3,5).

Målet for rehabilitering er først og fremmest rettet mod de to sidste niveauer i WHO's klassifikationssystem: det personlige aktivitetsniveau og niveauet, hvor det at kunne bevare sine roller og deltage i samfundet er vigtigt (3,5) (se faktaboks side 18). Det er således et supplement til den traditionelle medicinske behandling, som primært retter sig mod det kropslige, fysiologiske niveau. Det er derfor også altid en forudsætning for rehabiliteringen, at patienten er i en stabil fase og i optimal medicinsk behandling.

KOL-patienter er uheldigvis syge, og sagt på almindeligt dansk handler rehabilitering derfor om "at lære at leve med det".

## AT TACKLE HVERDAGEN

Et vigtigt delmål i rehabiliteringen er, at patienterne lærer noget, spørgsmålene er blot, hvad det er, de skal lære, og hvordan de lærer det. Det er meget forskelligt, hvad den enkelte patient har brug for at lære, men overordnet må det være noget med at kunne tackle sin hverdag med de begrænsninger, lungesygdommen giver (6).

Et emne, som næsten alle KOL-patienter taler

meget om, er deres angst. Angst for at blive kvalt i sekret eller angsten for voldsom dyspnø (6). Det er væsentligt, at patienterne lærer at styre opbringning af sekret, og at de lærer at styre deres dyspnø i forskellige situationer.

Det handler om øget kropsbevidsthed. Det er vigtigt, at patienten kender sine grænser og ved, hvornår det er tid til en pause, og hvornår det er i orden at fortsætte.

Patienterne bør kende deres egen krops signaler, så de kan reagere hensigtsmæssigt ved f.eks. forværringer i tilstanden eller blot overanstrengelse.

Om patienterne har behov for at lære anatomi, lungefysiologi og de medicinske aspekter af sygdommen at kende er måske mere tvivlsomt. Nogle patienter går så meget op i deres sygdom og symptomer, at de helt glemmer at leve livet, og så mener jeg, vi som sundhedspersonale har fejlet i vores tilgang til patienterne. Jeg mener ikke, at vi slet ikke må lære patienterne sygdomslære, men jeg tror, det skal være i begrænset omfang, og kun når patienterne efterspørger det.

Et andet vigtigt delmål i træningen er, at patienterne oplever glæde og velvære ved at bevæge sig. For mange lungepatienter er det at være fysisk aktive forbundet med alt for megen angst og ubehag i form af dyspnø. Hvis patienterne ikke oplever et øget velbefindende, vil vi ikke kunne forvente, at de selv fortsætter træning og et aktivt liv, når vi slipper dem.

## ØGET FUNKTIONSNIVEAU

Et andet mål i rehabiliteringen er, at patienterne øger deres funktionsniveau. Det kan være i form af en øget gangdistance og øget udholdenhed i forhold til almindelig dagligdags aktiviteter. I dette ligger, at patienterne opnår en bedre balance og en bedre udnyttelse af deres ressourcer. Bliver patienterne bedre til at styre deres angst og dyspnø og undgå unødige spændinger i kroppen, får de frigivet noget energi, som de kan bruge til f.eks. at gå længere (5).

I nogle tilfælde vil brug af hjælpemidler medvirke til at øge funktionsniveauet. Mange vil kunne opnå en betydelig længere gangdistance ved hjælp af en rollator end uden.

Et mål i træningen er selvfølgelig også, at patienterne på det rent kropslige plan øger deres



muskulstyrke og udholdenhed i så høj grad, det kan lade sig gøre.

### HVEM SKAL TRÆNE OG HVORDAN

Udvælgelsen af patienter til rehabilitering bør ses i sammenhæng med målet for indsatsen. Da målet er at forbedre funktionsniveauet og blive bedre til at klare daglige opgaver i livet, bør alle lungesygdomspatienter, som oplever problemer med at klare dagligdagen på grund af deres lungesygdom, i princippet tilbydes rehabilitering (5,7). Det vil i praksis ofte være patienter med moderat eller svær KOL, da patienter med mild grad af KOL ofte ikke oplever alvorlige begrænsninger i deres dagligdag. Det er vigtigt, at patienterne er motiverede.

Der er intet belæg for at frasortere patienter pga. lungestatus, alder, funktionsniveau eller rygevaner (5,7).

I tilfælde af alvorlige konkurrerende sygdomme, f.eks. cancer eller demens kan lungerehabilitering dog være irrelevant.

Træningen bør tilrettelægges, så der både opnås en træningsmæssig effekt og en høj grad af læring. Hvordan man gør det, kan man få nogle ideer til ved at læse teorierne fra bevægelsesvidenskaberne (8-11). De siger bl.a., at den bedste læring opnås gennem opgaveløsning, som foregår med omtanke og interesse. Man skal øve sig, men ikke bevidstløst. Motivationen er vigtig, der skal være en mening med træningen. Træningen skal være funktionel.

Et eksempel på en relevant opgave for en KOL-patient er opbringning af sekret. Træningen kan bestå af almindelige åndedrætsøvelser og PEP i forskellige udgangsstillinger, gangtræning og anden fysisk aktivitet. Ved at kombinere den konkrete ►

*Målet med rehabiliteringen er, at patienterne øger funktionsniveauet. Trappen ved Holstebro Sygehus benyttes ofte i forbindelse med træningen af de daglige aktiviteter.*



- te træning med en dialog med patienten kan der sættes fokus på, hvad der virker for den enkelte patient, som så selv vil kunne arbejde videre.

Der skal gerne være variation, f.eks. løsning af den samme opgave under forskellige forhold. Det kan dreje sig om at kunne rejse sig fra en stol. Forskellige stole i forskellig højde og med og uden armlæn vil være en oplagt træningsopgave.

Spredt træning, hvor forskellige opgaver blandes uden så mange repetitioner, har vist sig at give en mere varig læring end samlet træning med mange repetitioner, som til gengæld giver den største effekt på resultatet, når det måles umiddelbart efter træningen.

Der skal gerne arbejdes ude ved grænserne af patienternes ydeevne, hvilket betyder, at patienterne skal opleve dyspnø. Fysioterapeutens opgave består i at skabe træningssituationer, hvor patienterne er forpustede, men hvor de også oplever tryk ved terapeutens tilstedeværelse. Ved hjælp af fysioterapeutens vurderinger og vejledninger kan patienten lære, hvor meget han mag-

ter, og hvordan han igen får kontrol over vejrtrækningen.

Lungepatienter er meget forskellige, og det er meget forskelligt, hvad de magter. I forhold til de dårligste patienter er det vigtigt, at træningen ikke bliver for krævende. Erfaringen viser, at det, de ofte kan være med til, er cykling på kondicykel, gang med rollator, træning af enkelte muskler, enkelte bevægelser, mens resten af kroppen er stabil anbragt. Det er vigtigt med mange pauser, et roligt tempo og afspænding i bevægelserne.

Angste patienter har et stort behov for kontrol over træningen, dvs. ingen uforudsete hændelser.

De patienter, der har det bedre, kan klare mere krævende øvelser. Det kan være forskellig gang på skiftende underlag, skråninger, trapper og med temposkift. Sammensatte aktiviteter som boldspil, badminton og lignende er meget energikrævende.

Cirkeltræning med forskellige poster, hvor patienterne selv kan arbejde med forskellig intensitet og små variationer, er ofte en god mulighed, hvis man har meget forskellige patienter på det samme hold.

## ROHDÉ PRODUITS



### ROHDÉ tilbyder (siden 1947)

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

Henvendelse:

Rohde Produits, Gl. Holtegade 40, DK-2840 Holte,  
Tlf.: 4580 2023, Fax: 4550 5078.

E-mail: rohdepro@mail.tele.dk, www.rohdepro.com

### WHO'S VINKEL PÅ SYGDOM

WHO har udviklet en klassifikationsmodel, ICIDH, som beskriver, hvilke konsekvenser sygdom kan have på personer (3). Der beskrives 3 områder: kropsniveau (impairment), personniveau (disability/activity) og samfunds niveau (handicap/participation). Kropsniveauet beskriver de anatomiske, fysiologiske og psykologiske ressourcer og problemer, som personen har. Det kan for eksempel være lungefunktionen, muskelstyrke og dyspnø.

Personniveauet beskriver personens funktionsniveau, evne til at udføre bestemte aktiviteter eller mangel på samme. Det kan for eksempel dreje sig om personens evne til at gå eller tage tøj på.

Samfunds niveauet beskriver personens evner eller problemer i at deltage i de samfundsmæssige sociale roller, som personen normalt vil have. Det kan dreje sig om arbejdsmæssige forhold, det at lege med sine børnebørn eller for eksempel at kunne købe ind.

Der er ikke nødvendigvis en tydelig sammenhæng mellem disse tre områder. En given lungefunktion vil ikke resultere i en bestemt gangformåen og evne til at klare bestemte dagligdags funktioner.



*Cykeltræning kan benyttes af de fleste KOL-patienter. I Håndbog for fysisk aktivitet anbefales en træningsintensitet på 70-80 procent af den maksimale ilt-optagelse. Det vil være relevant at tilbyde nogle af patienterne ilt under træningen.*

### KOL - kronisk obstruktiv lungesygdom

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en hyppig lidelse med stor syge- og dødelighed. Ca. 20 procent af alle indlæggelser på landets interne medicinske afdelinger skyldes KOL (1,2).

Sygdommen udvikler sig langsomt over 20-30 år og giver sjældent symptomer før 50 års alderen. Med aftagende lungefunktion tiltager symptomerne, der kommer hypoksi, og ved fremskrednen KOL har sygdommen karakter af en systemsygdom.

Mange vil i årevis være præget af svær sygdom, inden de dør. KOL-patienter er karakteriseret ved permanent eller anfaldsvis åndenød, sekretproblemer og angst. Patienternes funktionsniveau bliver gradvist ringere, og de bliver mere og mere afhængige af hjælp fra andre.

### INTENSITET, DYSPNØ OG SATURATION

Træningsintensiteten bør afpasses målet med træningen og den enkelte patients forudsætninger.

Er målet en øget arbejdskapacitet på det rent kropslige fysiologiske niveau, skal der trænes dynamisk med en belastning på 60 - 85 procent af maksimal ydeevne. Træningen skal foregå tre gange pr. uge, ca. 30 min. pr. gang for at have effekt (5).

Er målet at træne bestemte funktioner og sociale roller (WHO's 2. og 3. niveau), behøver intensiteten måske ikke at være helt så høj. Her kan det være fint at bruge patientens oplevelse af dyspnø som rettesnor for intensiteten (5).

En anden parameter, som kan være vejledende i forhold til intensiteten er ilt-saturationen.

I en udtalelse fra et britisk lungeselskab nævnes en grænse på 90 for, hvor meget patienterne må desaturere (5). Ved saturation under 90 kan man overveje at begrænse træningen, så saturationen ikke falder, eller man kan overveje at give patienterne ilt i forbindelse med træningen.

Min erfaring er, at begge dele hjælper. Patienter i hjemmeilt-behandling har behov for at lære, at det er under aktivitet, de har mest behov for ilt, selvom det måske netop er der, at det er mest besværligt at bruge den. Mange patienter lægger iltten fra sig, når de f.eks. skal ud en tur, hvilket ikke er særlig hensigtsmæssigt.

Man kan ikke etisk forsvare at give patienterne ilt i forbindelse med træning, hvis de ikke også får det i dagligdagen, da de sandsynligvis vil desaturere lige så meget ved deres daglige aktiviteter hjemme. De må i så tilfælde lære at begrænse deres funktionsniveau.

Retningslinierne angående iltbehandling i hjemmet bygger på målinger af arterieblodgasser taget med patienten i hvile, og mange af de patienter, der desaturerer ved aktiviteter, får derfor ikke ordineret hjemmeilt (1).

Patienter, der desaturerer, bør lære at træne lempeligt, som beskrevet ovenfor. Erfaringen viser, at selv om patienterne desaturerer, kan de godt forbedre sig, både hvad angår funktionsniveau og mestring af dagligdagen. De skal måske også i højere grad trænes i energibesparende adfærd og understøttes med hjælpemidler, hjemmehjælp og lignende for derigennem at opnå en bedre livskvalitet.

Energibesparende adfærd kan være at gå med rollator, at sidde ned under bad og påklædning, at bruge elevatoren i stedet for trappen, at benytte bil, knallert eller el-kørestol ved udendørs transport. Et vigtigt hjælpemiddel kan i den forbindelse være et invalideskilt til bilen. Energibesparende adfærd indebærer også, at patienten lærer at planlægge sin dagligdag, så der kun skal foregå få ting på én dag.

Patienter, der er bedre rent lungefunktions-

- Ca. 85 procent af alle KOL-tilfælde skyldes rygning.
- KOL-behandlingen omfattede i 2001 23.500 indlæggelsesforløb svarende til 158.000 sengedage. Den ambulante aktivitet udgjorde i 2001 16.616 besøg.
- Antallet af dødsfald hos danske kvinder er fordoblet siden 1985, og de har nu verdens højeste dødelighed som følge af KOL.

Kilder: "Kronisk obstruktiv lungesygdom i Danmark", Flemming Madsen, Mark Aagren.

Læs mere om KOL på [www.goldcopd.dk](http://www.goldcopd.dk)

- mæssigt og ikke desaturerer, bør omvendt lære en adfærd, som gør dem aktive, og giver dem en masse træning i dagligdagen. Det kan være at gå eller cykle i stedet for at tage bilen, at bruge trappen i stedet for elevatoren osv.

### VARIGHED OG HYPPIGHED

Varighed og hyppighed af superviseret træning kan diskuteres. Træning tre gange om ugen, heraf mindst de to gange superviseret i 2-3 måneder anbefales som regel (5).

Det kan anføres, at patienterne skal træne altid, da de jo er kronisk syge og aldrig bliver raske. Et argument mod dette er, at det er vigtigt, at træningen foregår i afgrænsede perioder og ikke kontinuerligt for netop at understrege, at målet er, at patienterne bliver aktive i hverdagen, lærer at mestre deres egen tilværelse og ikke bliver unødigt afhængige af sundhedsvæsenet. Opfølgning eller repetitionskurser kan være en god idé, enten aftalt på forhånd eller ved forværringer i patientens tilstand.

### ORGANISERING AF TRÆNINGEN

Rehabilitering af lungepatienter kan organiseres på mange forskellige måder (7).

- Individuel træning - holdtræning
- Indlagte patienter - ambulante patienter
- Specialafdelinger - almene institutioner (kommunale træningscentre, aftenskoler)
- Institution (sygehus, træningscenter) - hjemme hos patienten.

For patienter, der bliver indlagt, vil det være naturligt, at rehabiliteringen starter under indlæggelsen som et individuelt tilbud. Det er her patienterne i høj grad lærer at håndtere deres sekretproblemer og den værste dyspnø. Den mest basale funktionstræning som at stå ud af sengen, komme i bad og i tøjet foregår også under indlæggelse.

Denne træning kan dog også foregå i hjemmet for de patienter, der ikke er indlagt.

Hjemmetræning har i flere tilfælde vist sig at have nogle fordele bl.a. i form af mere vedvarende forbedringer, end der opnås ved ambulante træ-

ning på et sygehus (12). Fordelene kan forklares med en større overførbarehed til patienternes hverdag, og hjemmetræning vil for nogle patienter betyde en større trykthed.

Der er mange fordele ved holdtræning frem for individuel træning og hjemmetræning. Når patienterne træner på hold sammen med andre med lignende problemer, kan de lære af hinanden, de bliver ikke så isolerede, og de kan få opbygget et netværk, der kan støtte dem fremover (5,7). Desuden er det billigere at samle patienterne på hold.

I en netop offentliggjort undersøgelse fra Hillerød Sygehus (13) har de kunnet vise en meget stor rygestopprocent og et betydeligt fald i antal indlæggelsesdage efter en intervention med hjemmebesøg foretaget af en specialsygeplejerske fra sygehuset. Det fremhæves, at det er vigtigt, at det er en sygeplejerske med specialkendskab, da en hjemmesygeplejerske, som må betragtes som generalist, ikke har fokus på de samme områder og derfor ikke vil kunne give det samme tilbud.

Noget lignende kan tænkes at gøre sig gældende i diskussionen om, hvorvidt træningen skal foregå på almene institutioner kontra specialafdelinger. Personalet på specialafdelinger vil have et dybere kendskab til de forskellige aspekter i rehabiliteringen af lungepatienter og meget større erfaring med netop den patienttype, hvorimod generalisterne måske er tættere på patienternes dagligdag og bedre vil kunne stimulere deres sociale adfærd.

Den ideelle løsning vil være, at der er flere tilbud at trække på, så det i høj grad er muligt at tilgodese den enkelte patients ønsker og behov.

### TVÆRFAGLIG OG FLERDIMENSIONEL

Rehabilitering af KOL-patienter bør være et tværfagligt tilbud for at tilgodese alle de mange og forskelligartede problemer KOL-patienter har. Der vil ofte være behov for hjælp og vejledning i forhold til ryge-stop, medicin, hjælpemidler, ernæring, sociale og psykiske forhold (1,3,5,7). Det vil dog være uden for min kompetence at komme ind på alle disse områder. ■



# anmeldelse

## LITTERATURLISTE

1. Dansk Lungemedicinsk Selskab, Dansk Selskab for Almen Medicin: Klaringsrapport. Diagnostik og behandling af kronisk obstruktiv lungesygdom. *Ugeskr læger*. Nr. 1 1998.
2. Vestbo J, Juel K, Døssing M, Prescott EIB: Epidemien ingen tør se i øjnene. *Ugeskr læger*, 2001, 163, 13, 1870-1872.
3. Clark CJ, Decramer M: The definition and rationale for pulmonary rehabilitation. *Eur Respir Mon*, 2000, 13, 1-6.
4. SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering: Behandling av astma og KOL. En systematisk kunskapsmanställning. Stockholm, 2000, Redners Offsettryckri AB.
5. British Thoracic Society Standards of Care Subcommittee on Pulmonary Rehabilitation: Pulmonary Rehabilitation. *Thorax*, 2001, 56, 827-834.
6. Skytte Å: KOL - hvad betyder det? Om at leve med en kronisk lungelidelse. *Ikke publiceret*. 1997. Afsluttende opgave fra Videreuddannelsen for Ergoterapeuter og Fysioterapeuter i Århus.
7. Donner, CF, Lusuardi, M: Selection of candidates and programmes. *Eur Respir Mon*, 2000, 13, 132-142.
8. Fredens K, Thybo P: Bevægelsesvidenskab på fysioterapiens præmisser. *Danske Fysioterapeuter*, 1997, 16, 4-11.
9. Pind DH, Jalving A, Mulbjerg U: Bevægelsesvidenskab / Movement Science. *Danske Fysioterapeuter*, 1995, 5, 4-10.
10. Fredens K: Et grundlag for psykomotorisk pædagogik. Om kognition og motorik. *Kognition og pædagogik*, 1993, 3. årg. nr. 2, 15-24.
11. Pilmark V: Fysioterapeutens rolle i indlæringen. *Danske Fysioterapeuter*, 1995, 23, 6-7.
12. Strijbos JH, Postma DS, van Altena R, Gimeno F, Koëter GH: A Comparison Between an Out-patient Hospital-Based Pulmonary Rehabilitation Program and a Home-Care Pulmonary Rehabilitation Program in Patients With COPD. *Chest*, 1996, 109, 366-72.
13. Jacobsen ET, Vinther K, Rasmussen FV, Kürstein P: Sygehusbaseret forebyggelse for KOL-patienter under indlæggelse og i hjemmet. *DSI rapport* 2002.03.

## Svensk bog om lungefysioterapi

(ANMELDELSE) ■ Denne nye svenske bog giver en god indføring i den fysiologiske teori, der ligger bag en relevant fysioterapeutisk behandling af patienter med respiratoriske problemer. Derudover beskrives strategi, teknikker og målemetoder i forbindelse med den fysioterapeutiske intervention.

Lone Olséni, med.dr, leg. Sjukgymnast, universitetslektor ved Lunds universitet og Per Wollmer, professor i klinisk fysiologi og nuclearmedicin, Institutionen for radiologi og fysioterapi, Lunds universitet, står som redaktører. Derudover bidrager 10 andre forfattere.

Per Wollmer indleder med en god, gennemgang af lungefysiologien. Denne del er omfattende og går tilpas dybt i emnet.

Lone Olséni gennemgår sekretstagnation, hypersekretion, ujævn ventilationsfordeling, dyspnø og nedsat fysisk kapacitet, og fortsætter med beskrivelse af behandlingsstrategi, de enkelte teknikker og relevante målemetoder som 6 minutters walk og shuttlewalk. Spørgeskemaer om dyspnø og livskvalitet omtales sammen med ICF.

Fysioterapeut Margareta Emtner gennemgår træningsprincipper og træningsformer for både raske personer og for patienter med KOL og astma og emner som aerob og anaerob træning og styrketræning. Herudover diskuteres træning med ilttilskud. Kapitlet er omfattende og veksler fint mellem at beskrive fakta og diskutere effekt og evidens.

Overlæge Bernt Midgren beskriver de forskellige former for overtryksbehandling: CPAP, BiPAP og respiratorbehandling. Kapitlet giver god baggrundsviden for, hvordan overtryksbehandling anvendes på intensivafdeling, og relaterer til brug af CPAP på øvrige afdelinger og i hjemmet.

Lone Olséni gennemgår de store medicinske lungesygdomme KOL og astma, hvor hun også kommer ind på de fysioterapeutiske interventionsmuligheder.

Fysioterapeut Monika Fagervik Olsén beskriver prædisponerende faktorer for udvikling af postoperative lungekomplikationer efter abdominal kirurgi. Hun redegør for præ- og postoperativ lungeterapi. Til sidst beskrives årsager til transplantationskirurgi, samt forløbet og den fysioterapeutiske indsats ved nyre- og levertransplantationer.

De resterende kapitler omhandler fysioterapi på intensiv afsnit, ved thoraxkirurgi, lungetransplantation og volumenreducerende lungekirurgi. Derefter om respiration ved neuromuskulære sygdomstilstande og ved sygdom hos børn samt den tværfaglige tilgang, herunder fysioterapeutens rolle, til patienter med cystisk fibrose.

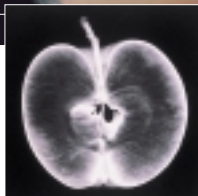
Fysioterapeuter, som arbejder med patienter med respirationsproblemer, vil med fordel kunne holde sig ajour og hente viden og handlemuligheder i denne bog. Bogen er også velegnet i grunduddannelsen. Bogen er velskrevet og velstruktureret med gode faktabokse, og der er en litteraturliste efter hvert kapitel, hvoraf det fremgår at litteraturen er af nyere dato.

Denne bog følger i sporet på den danske "Lungefysioterapi – teori, praksis, strategi" af Ulla Ingwersen og Jens B. Andersen. Langt hen ad vejen matcher indholdet hinanden om end det struktureres forskelligt. Denne nye svenske bog har en mere overordnet i sin tilgang til stoffet, og er knapt så diagnoseorienteret.

Anmeldt af fysioterapeut Jørgen Jalving

Sjukgymnastik vid nedsatt lungfunktion, redigeret af Lone Olséni og Per Wollmer, Studentlitteratur, ca. kr. 290,-

*Søren Würtz driver firmaet Company Care, der arbejder tværfagligt med undersøgelser og løsninger inden for både fysisk og psykisk arbejdsmiljø. Endnu spinder han ikke guld på det, men bruger meget tid på opsøgende arbejde.*



## Vi kan se sammenhængen

Hvad er fagets kerne? Er det den passive behandling, den aktive træning, noget midt imellem eller noget helt u håndgribeligt? Stafetten startede i Fysioterapeuten nr. 3. I sidste nummer sendte Dorte Mølgaard den videre til Søren Würtz

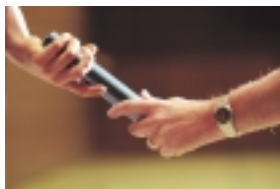
**(INTERVIEW)** Kernen i faget er fysioterapeutens unikke evne til at se årsagssammenhænge, mener Søren Würtz, der har valgt at satse på forebyggelse frem for behandling

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Som Søren Würtz sidder i sit kontor på hjemmeadressen og snakker om virksomheder, kontorindretning og rygeafvænnning kan der synes meget langt ind til kernen af fysioterapien. Men den er der hele tiden, forsikrer han.

Søren Würtz, der er 30 år, blev færdiguddannet for tre år siden og etablerede med det samme firmaet Company Care, der arbejder tværfagligt med undersøgelser og løsninger inden for både fysisk og psykisk arbejdsmiljø.

"På skolen manglede jeg et element. Jeg manglede at finde ud af, hvad der var sket med



Søren Würtz giver i næste nummer stafetten videre til fysioterapeut Christian Couppé, der udmærker sig ved en stor viden om el-terapi.

*Hvis du havde fem ord til rådighed og skulle beskrive fysioterapi – hvilke ville du så bruge og i hvilken rækkefølge?*

Kommunikation – både verbalt og non-verbalt. Hvis vi ikke kan kommunikere, er vi ikke fysioterapeuter.

Et andet ord er Sjæl – forstået som den sjæl, fysioterapeuten lægger i sit arbejde. Det er vigtigt, at du er med i det, du laver, hvis du skal give den optimale behandling.

Og så Krop – den kommer vi jo nok ikke udenom. Men også Bevidsthed – at kunne se en sammenhæng og vide, hvorfor du gør, det, du gør. Fysioterapeuten skal med sin bevidsthed gøre patienten bevidst.

Jeg vil også nævne Fantasi – fordi man nogle gange skal have en god fantasi for at kunne motivere patienten.

Og endelig er der Glæde – både den glæde, jeg får som behandler ved at kunne hjælpe, og den glæde, mine patienter har af behandlingen.

patienterne, inden de kom til os. Jeg startede firmaet, fordi jeg syntes, der manglede noget helhedsorienteret inden for sundhed, velvære og trivsel. Faget har været meget behandlingsorienteret i mange år, og jeg så en mulighed for at komme ind og arbejde mere forebyggende ved at gå ud til en målgruppe, der er meget bredere, end det vi traditionelt har gjort”, forklarer han.

### ARBEJDSMILJØET ER PATIENTEN

Når Søren Würtz vurderer en arbejdsplads, arbejder han på samme måde, som når han foretager en klinisk undersøgelse af en patient.

”Jeg laver nogle grundige undersøgelser, men på noget arbejdsmiljø i stedet for på en person. Og når undersøgelsen så er lavet, iværksættes behandlingen: Hvad kan vi gøre for at gøre det bedre”.

Company Care’s koncept er udviklet sammen med et forsikringselskab. Endnu går det ikke strygende, men det tager masser af tid, og kombineret med et par bijobs kan Søren Würtz også leve af det, og han er fuld af fortrøstning.

”Jeg tror, at markedet er der, men problemet er, at der også er ved at være andre, større virksomheder, der har fået øjnene op for det, og for eksempel Falck Healthcare har trådt mig gevaldigt over tærne og overhalet mig indenom”.

Men tilbage til kernen i fysioterapien – og i Søren Würtz firma. Der er nemlig tale om en og samme kerne, forklarer han.

”Vores hænder, vores øjne og vores evne til at koble de informationer, vi får fra de to sanser. Alle vores behandlingsprincipper er jo funderet på det, vi har set, det vi har fundet, og det vi har mærket. Og derfor mener jeg, at kernen er vores evne til at ►

*Nævn tre personer - ikke nødvendigvis fysioterapeuter - der har haft betydning for din måde at være fysioterapeut på.*

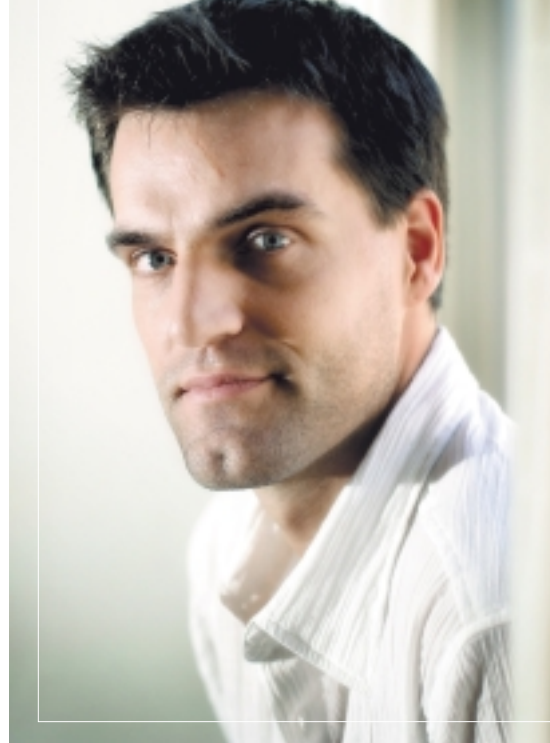
Jeg vil nøjes med at nævne to:

Manolis Menelaos, klinisk underviser på Fysioterapeutskolen i Næstved. Han havde en evne til at flytte folk. Han er det eneste menneske, jeg har mødt, der kunne bryde min verden ned til kaos og få mig til at samle den på en anden måde. Det var stærkt – den ultimative læring.

Og så min søn. Jeg fik ham tidligt, og det gjorde mig i stand til at se nogle sider af mig selv, som jeg ikke havde set før. Jeg havde ikke set mig selv, som en der skulle have med mennesker at gøre, før jeg lærte min søn at kende. Havde det ikke været for ham, var jeg nok ikke blevet fysioterapeut.



*Søren Würtz vil meget gerne tale med andre fysioterapeuter, der efterlyser et iværksætternetværk. Han kan kontaktes på sw@ccare.dk*



*Er der en oplevelse i dit fysioterapeutliv, der står særlig centralt i din bevidsthed/har haft betydning for din måde at set faget/din egen rolle på?*

Jeg havde en fibromyalgi-patient, som var ressourcemæssigt meget dårlig, og som kom til mig efter at have været opgivet 3-4 andre steder. Allerede da hun kom ind ad døren, kan jeg huske, jeg tænkte *åh nej, hvordan skal jeg lave om på dét?* Men jeg fik ramt hende på det rigtige sted og fik afmålt indsatsen, så jeg fik hende til at træne. Det tog 3-4 måneder at nå så langt, men i dag har hun tabt 25 kg. og har ingen smerter. Hun har hjulpet mig til aldrig at give op på forhånd.

- mærke årsagssammenhænge. Det, vi kan dér, tror jeg, er ret unikt for os som faggruppe, og jeg tror, at mange vil give mig ret i, at vi også har en ret speciel evne til at koble det psykiske og det somatiske.

Derfor tror Søren Würtz heller ikke, at en repræsentant fra en anden faggruppe ville kunne udvikle et koncept svarende til hans.

"Mange ville have kommercialiseret det meget mere. Jeg kunne sagtens gå ud og sælge massage og behandlinger på arbejdspladsen. Det er jo det, sådan nogle som Falck gør – de fyrer jo en masse behandlinger af, men uden at finde ud af, om det er det, der er behov for. Det svarer til, at du giver en masse træningsterapi til en patient, som har brug for noget helt andet. Falck misbruger vores fag ved at sælge det på den måde".

### MERE FOREBYGGELSE

Søren Würtz' forhåbninger for faget går ikke overraskende i retning af, at det skal udvikle sig til at være mere forebyggende.

"Men jeg synes desværre ikke, man ser det så meget. Vi kunne være meget mere progressive med hensyn til forebyggelse", siger han og langer i samme åndedrag ud efter sin faglige organisation.

"DF skriger på nye ideer, men det, jeg har op-

levet, er én stor mur. Jeg synes vores fagforening skal gå ind og støtte op om nye tanker og nye ideer i meget højere grad, end de gør. På det forebyggende marked har vi konkurrence fra for eksempel Falck, og vi skal passe på, at vi ikke bliver trængt helt ud. For det er et kæmpestort marked, som ligger for fødderne af os".

"Jeg oplever, at virksomhederne helst vil tale med en fysioterapeut, uanset om det drejer sig om belysningen eller dårlig ryg. Vi nyder utrolig stor respekt, og den respekt skal vi udnytte. Der er virkelig nogle muligheder, hvis vi tør. Lad os få en debat om, hvordan vi kan udvide faget, og lad foreningen gå ud og finde nye markeder", siger Søren Würtz og forslår, at der etableres en tænketank eller et iværksætter-netværk i foreningen.

"Jeg kender masser af unge fysioterapeuter med gode ideer, og DF ville gøre sig selv en tjeneste, hvis de lyttede til dem. Den måde, skolerne underviser på i dag, gør, at der kommer utroligt viljestærke og bevidste unge mennesker ud af det. Men hvis ikke der er nogen muligheder, går meget idérigdom tabt". ■

*Hvis du skulle vælge én ting – noget, man kan tage og føle på – der repræsenterer fysioterapi for dig, hvad skulle det så være? Det første, der falder mig ind, er en Bobath-bold. Den er stor, rund og rummelig ligesom faget. Lidt blød i kanten og kan bruges til fantastisk mange ting. Den symboliserer mangfoldigheden*



## Frie fugle vil danne netværk

**(DF)** Praktiserende uden overenskomst mødes for at danne deres egen fraktion i Danske Fysioterapeuter

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
ILLUSTRATION GITTE SKOV

Flere og flere fysioterapeuter nedsætter sig uden overenskomst med Sygesikringen og uden et fraktionsfællesskab, som det andre praktiserende har i enten Fraktionen af Klinikker for Fysioterapi eller i Fraktionen af Praktiserende.

For et år siden blev det første skridt taget hen imod dannelse af et netværk for disse frie fugle, da en del af dem mødtes for at udveksle erfaringer og tale om de fælles frustrationer.

Nu tages næste skridt. Indkaldelse til et møde med henblik på oprettelse af en egentlig fraktion.

### TAGES IKKE ALVORLIGT AF DF

Karin Mølgaard, der lymfødemterapeut på Østerbro i København, er en af initiativtagerne til mødet. Hun forklarer, at der er flere grunde til at danne en fraktion.

”Der er alt det praktiske, vi kan hjælpe hinanden med i en erfagruppe. Hvordan skriver man regningen, og hvordan klarer man for eksempel mellemværendet med sygeforsikringen Danmark for patienten? Men der er også en fælles oplevelse af, at vi ikke rigtig kan komme til orde i DF. Det er som om, foreningen betragter os som lidt besværlige og ikke tager os alvorligt. I København har vi haft nogle store problemer med ikke at kunne få embedslægens godkendelse af vores klinikker. DF ville ikke sætte os i klinikguiden, hvis vi ikke var godkendt, og alle har hele tiden henvist til hinanden. Det har været meget frustrerende”.

Karin Mølgaard tilføjer, at det er Johnny Kuhr, der på et møde i januar har opfordret til etablering af en egentlig fraktion, så gruppen også kan gøre sig gældende på repræsentantskabsmøderne.

Fysioterapeuterne, der praktiserer uden overens-

komst er meget forskellige: Nogle arbejder alene, andre har fundet et kliniksamarbejde - enten med andre fysioterapeuter eller med andre faggrupper. Nogle har nedsat sig i et specifikt område af faget mens andre tilbyder allround fysioterapi. Nogle kæmper stadig for at opnå et ydernummer og andre trives bedst uden at være underlagt overenskomstens rammer.

Hvor mange, der kan komme på tale som medlemmer af fraktionen, ved Karin Mølgaard ikke. Foreløbig kender hun til ca. 20 fysioterapeuter, men på landsplan er det mange flere.

Møde om oprettelse af en fraktion for klinikker uden overenskomst med Sygesikringen afholdes lørdag den 3. maj 2003 kl.12 i Kroppens Hus, Holbækvej 109, 4180 Sorø, tlf. 5783 3345. Tilmelding til enten Birthe Bonde tlf. 3538 3465, mail: bbb@post7.tele.dk eller Karin Mølgaard tlf. 3538 0545, mail: k.moelgaard@mail.dk  
Initiativtagerne hører også gerne fra interesserede, der er forhindrede i at deltage i mødet.

indgang

**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

# Ledere mangler uddannelse

(FTF) 4 ud af 5 fysioterapeutledere i det offentlige vurderer, at de har brug for mere uddannelse. Det viser en FTF-undersøgelse. 184 ledere fra Danske Fysioterapeuter har deltaget i undersøgelsen, der blandt andet viser, at de fleste ledere starter på bar bund og selv har ansvaret for deres egen lederuddannelse

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD  
OG JOURNALIST ANNE GULDAGER

FOTO LARS BAHL, BIRGITTE RØDKJÆR

184 fysioterapeuter har medvirket i FTF's undersøgelse af ledernes uddannelsesniveau og prioritering af ledelsesopgaver.

Endnu foreligger ikke en færdig rapport om resultaterne specifikt vedrørende fysioterapeuter, men en analyse for Sundhedskartellet's ledere som helhed (med 1.500 medvirkende) kan downloades på [www.fysio.dk/nyheder/artikelbilag](http://www.fysio.dk/nyheder/artikelbilag)

Kun de færreste fysioterapeuter, 18 procent, har ledelseserfaringer eller lederuddannelse med sig i bagagen, når de starter i et lederjob, viser en FTF-undersøgelse. LederPejlinger er en række undersøgelser, der skal tage temperaturen på ledernes arbejdsvilkår. Mere end 1.500 ledere fra Sundhedskartellet's område har deltaget i undersøgelsen - herunder 184 fysioterapeuter ansat i det offentlige.

## GÅR STRAKS I GANG MED UDDANNELSE

Den første del af undersøgelsen, primært om ledernes uddannelsesniveau, foreligger nu.

Undersøgelsen viser, at når først fysioterapeuter er blevet udnævnt til ledere, går de i gang med at uddanne sig i stor stil. 89 procent af lederne har siden fået papirer på, at de har gennemgået kortere eller længerevarende uddannelse. Godt halvdelen af lederne har gennemført kortere efteruddannelseskurser, mens resten har taget længerevarende videreuddannelse i form af diplom-, master- eller kandidatuddannelser.

Ni ud af ti ledere har selv taget initiativet til at blive efter- eller videreuddannet. Uddannelsen foregår oftest i en kombination af arbejds- og fritid. At uddannelsen gør fysioterapeuterne til bedre ledere, er de ikke i tvivl om. 94 procent svarer ja på spørgsmålet, om lederuddannelsen har forbedret deres kompetence til at udøve ledelse.

Alligevel mener kun de færreste, at de er klædt fagligt godt nok på. Fire ud af fem ledere vurderer, at de har brug for mere uddannelse for at varetage deres nuværende stilling. Lederne mener,

37 procent af lederne i de højere luftlag har gennemgået en forudgående lederuddannelse, mens det kun er 19 procent af lederne på det nederste niveau, viser FTF's undersøgelse.







at der først og fremmest vil være brug for at kunne motivere ansatte til de forandringer, der vil ske i den offentlige sektor, til at kunne udvikle medarbejdere og til at foretage værdibaseret ledelse. Og så vurderer mere end halvdelen af lederne, at de har brug for bedre at kunne gennemskue budgetter og regnskaber.

Hovedparten føler sig godt rustet til at løse de faglige ledelsesopgaver og personaleledelsen. Det administrative anses for mindre vigtigt, men det tager tid, og det er ikke det, man føler sig bedst rustet til. Den strategiske ledelse synes man er vigtigere end den administrative, men man bruger mindre tid på den.

### BLIVER LÆNGE I JOBBET

Fysioterapeuter bliver som hovedregel længe på lederposten. Tre ud af fire har været leder i mere end fem år. Og omkring en tredjedel har mellem 10 og 20 års ledererfaring.

Syv ud af 10 ledere mener, at Danske Fysioterapeuter bør spille en aktiv rolle i udviklingen af ledelseskompetencer. Kun en ud af 10 mener, at det slet ikke er en opgave for fagforeningen. Ønskerne går fra, at Danske Fysioterapeuter skal udbyde kurser, temadage og andre uddannelsesaktiviteter, til at organisationen skal give økonomisk støtte til den enkelte, overordnet at sikre ordentlige uddannelsesvilkår for ledere eller oprette en egentlig lederorganisation, der får forhandlingsretten.

LederPejlingen omfatter ledere fra 22 fagorganisationer under FTF. Generelt for lederne i Sundhedskartellet er, at de er mere uddannelsesorienterede end ledere i andre FTF-organisationer.

Det er fortrinsvis de ledere med de højeste stillinger, der har været igennem en førledersuddannelse. På øverste led har 37 procent således en forudgående lederuddannelse, på mellemste niveau er det 30 procent og på nederste niveau 19 procent. Det tolker undersøgelsens forfattere som tegn på, at uddannelse er en medvirkende faktor for at komme i betragtning til en lederstilling.

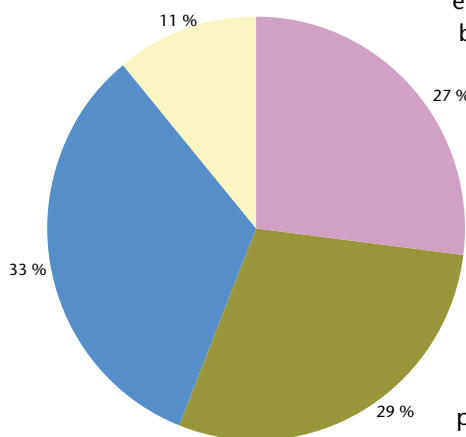
### ARBEJDSGIVERNE SVIGTER

Kun på godt en fjerdedel af ledernes arbejdspladser arbejdes der med førledersudvikling. Undersøgelsen viser, at især de kommunale arbejdsgivere stort set intet gør for at imødegå manglen på kvalificerede ledere - en mangel, der selv forudser bliver endnu større de kommende år. Kun ganske få arbejdsgivere tager initiativ til at kvalificere deres ansatte til lederrollen og til at udvikle de ledere, der allerede har ansat.

„Det er for ringe,“ siger FTF's formand, Anker ►

► Christoffersen. „Kravene til ledelse er steget voldsomt. Arbejdsgiverne forventer professionel ledelse, og derfor kan de ikke fraskrive sig deres ansvar for at uddanne lederne.“

**FYSIOTERAPEUTERNES ANCIENNITET I LEDERROLLEN:**



- Under 5 år
- 5 - 9 år
- 10 - 20 år
- Over 20 år

Eksempelvis er det oftest afdelingens eget budget, der skal holde for, når lederne skal uddanne sig. Og det kan være et problem i en sparetid, konkluderer undersøgelsen.

Det er således økonomien og ikke arbejdspresset, der er den vigtigste barriere for videreuddannelse af lederne. Faktisk føler Sundhedskartellets ledermedlemmer et mindre pres end de øvrige ledere i undersøgelsen.

I Sundhedskartellet er især mændene glade for de længerevarende forløb, mens det for FTF-området generelt omvendt er kvinderne, der er mest interesseret i de lange forløb.

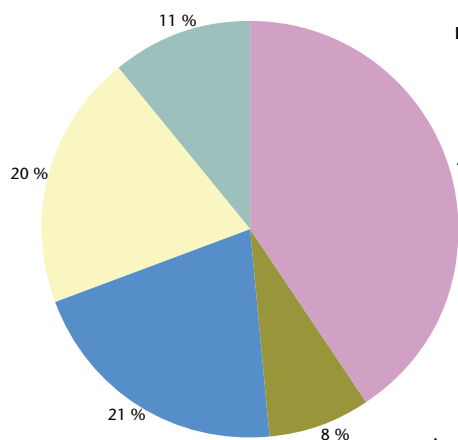
**LEDER I NÆSTEN 30 ÅR**

Overfysioterapeut Flemming Jacobsen, Herning Centralsygehus, er svær at finde i undersøgelsens gennemsnitsværdier. Han er godt nok blandt den store gruppe af fysioterapeuter, der har været i lederjobbet i mange år, knap 30, men han mener ikke, han mangler lederuddannelse og heller ikke, at arbejdsgiveren har forsømt sit ansvar i forhold til hans uddannelse.

Flemming Jacobsen blev leder i 1974. Det vil sige, længe før der var nogen, der talte om, at ledere skulle være andet end gode til deres fag.

I 1984 gennemførte han videreuddannelsen i Århus, blev se-

**FYSIOTERAPEUTERNES NIVEAU FOR LEDERUDDANNELSE:**



- A: Efteruddannelse som kurser af under 8 ugers varighed
- B: Efteruddannelse som kurser af over 8 ugers varighed
- C: Videreuddannelse som formel lederuddannelse, for eksempel diplom, master eller kandidat
- En kombination A, B og C
- Har ingen lederuddannelse

nere merkonom i personaleadministration og er nu – i en alder af 56 år – i gang med en Master of Public Health.

”MPH er jo ikke en egentlig lederuddannelse. Men det giver et godt overblik at uddanne sig på det niveau”, forklarer Flemming Jacobsen, der føler sig uddannelsesmæssigt godt klædt på til at varetage lederrollen. Og det har han gjort hele tiden.

”Dengang i 1974 var ledelse jo slet ikke, det samme som i dag og krævede ikke de samme forudsætninger”.

Fra arbejdsgiverens side har det aldrig været et krav, at Flemming Jacobsen skulle videreuddanne sig, men til gengæld har det ikke knebet med arbejdsgiverens opbakning - heller ikke økonomisk - når han selv har taget initiativet.

Flemming Jacobsen, mener FTF’s lederpejling er en udmærket måde at skabe opmærksomhed omkring det at uddanne sig som leder.

”Uddannelse i sig selv gør jo ikke, at man bliver en god leder. Men det giver nogle værktøjer, som man kan bruge, hvis de personlige kompetencer ellers er til stede”, mener han.

**PROFESSIONEN ER LEDELSE**

Hans Erik Madsen blev overfysioterapeut på Ålborg Sygehus i 1990. Han var en af de få, der havde en uddannelsesmæssig ballast med ind i lederjobbet, idet han som underviser havde gennemgået videreuddannelsen for ledende og undervisende fysioterapeuter.

Hans Erik Madsen har siden deltaget i forskellige kurser og blev i 1999 desuden Master i Public Management.

”Jeg kunne mærke, at opgaverne blev bredere og større, og ville gerne have nogle nye redskaber”, forklarer Hans Erik Madsen, men tilføjer, at der også var et andet sigte: Efter at have fungeret som leder i en årrække, er det i dag ledelse og ikke fysioterapi, der er hans profession.

”Jeg ville klæde mig på til også at kunne bestride et lederjob i andre sektorer – for eksempel i vandforsyningen”, forklarer Hans Erik Madsen.

Som i tilfældet med Flemming Jacobsen er der ingen, der har skubbet på for at få videreuddannet Hans Erik Madsen, men på samme måde er der heller ingen, der har modsat sig hans ønske. Han har fået finansieret sin master og oveni fået tre måneders orlov med løn til at skrive specialet.

## Vi skal lytte til underboen

Vi ved for lidt om hinanden, mener ergoterapeut, der desuden snart er færdiguddannet fysioterapeut

### DEBATINDLÆG AF:

Ergoterapeut og fysioterapeutstuderende, Rikke Jørgensen, 7.B

Er vi kampklare til "fornuftige" tværfaglige diskussioner?

Jeg er ergoterapeut og nærmer mig slutningen af fysioterapeutuddannelsen. Vi har netop haft interessante tværfaglige diskussioner med underboerne: Ergoterapeuterne. Min oplevelse var, at man ikke vidste, hvad den anden faggruppe foretog sig. I forbindelse hermed fik jeg lidt dårlig samvittighed. Det burde jeg have fortalt mine klassekammerater, eller var det nu også mit ansvar? Næe! Jeg vil nu alligevel forsøge at råde bod på dette, ved at give et indblik i et par områder i den ergoterapifaglige verden.

Uddannelserne er forskellige, og det skal de også være. Et eksempel: Pensum i anatomi er det samme, men kravene til eksamen er forskellige. En fysioterapeutstuderende skal for eksempel kunne tegne og forklare plexus lumbosacralis, hvor en ergoterapeutstuderende skal foretage en minutøs bevægelsesanalyse ud fra en videosekvens. Denne omfatter beskrivelse af de involverede leds bevægelser og af muskelarbejdet i de pågældende muskler i en given aktivitet.

Jeg mindes en morsom (dengang pinlig) episode til min anatomieksamen. Jeg havde "palperet aktivitet" i m. subscapularis. Netop her er en skelsættende forskel på de to uddannelser, idet ergoterapeutstuderende ikke har "fingrene i vævet" på samme måde som fysioterapeutstuderende. Her må tilføjes, at der i ergoterapi findes andre behandlingsmetoder end den manuelle behandling.

Det er en af årsagerne til, at vi skal samarbejde tværfagligt. Hver faggruppe har noget at byde på.

"Ergoterapeuter afleverer bare et stort udvalg af hjælpemidler, som klienten alligevel aldrig benytter" (en udtalelse fra en gæstelærer tidligere i uddannelsen). Det håber jeg så sandelig ikke! Ergoterapeuter vurderer først behovet for hjælpemidler og herefter kan der forekomme en afprøvningsperiode, før der endeligt tages beslutning, om det valgte hjælpemiddel fungerer efter hensigten. Det var i hvert fald måden, hvorpå jeg arbejdede som sagsbehandlende ergoterapeut.

Hvad tænker man om ergoterapeutisk behandling? "Man træner jo ikke patienten ved at sludre over en kop te?" Der er mange, som tænker sådan. Når ergoterapeuter anvender aktivitetsbegrebet, har det en helt anden betydning end når en fysioterapeut snakker om aktiviteter.

Hvad mener ergoterapeuter med "meningsfulde aktiviteter"? Her mener jeg aktiviteter, som for pt. er meningsfulde. For eksempel aktiviteter, som kan forekomme simple, og som ikke tillægges den store betydning før dagen, hvor patienten mister evnen, til at udføre den. Aktiviteter og deres betydning er kernen i ergoterapi. Eksempelvis vurderer ergoterapeuter motorisk dysfunktion og kognitive deficits i en given aktivitet og træner patienten i selve aktiviteten. Dette mhp. for eksempel at opnå højere grad af selvhjulpethed i ADL-funktioner. ADL-vurdering og træning rummer både fysiske og psykiske samt sociale elementer. Og peddigør... de findes altså ikke længere på Ergoterapeutsolen.

Og mht. forskrækkelsen over fysio-



terapifagets akademisering og snak om evidens i fysioterapi, så er der megen evidensbaseret ergoterapeutisk behandling.

I tværfaglige diskussioner kan det være vanskeligt at vise den faglige stolthed mhp. at opnå monofaglig accept uden at komme til at devalue andre. Det tværfaglige samarbejde er slet ikke så let endda, men hvis vi får en større viden om, hvad vi hver især har at byde på, tror jeg, at vi er hjulpet godt på vej. Til sidst sendes herfra: Et stort knus til mine klassekammerater på Fysioterapeutsolen i København og ønsker om, at det vil gå jer godt i fremtiden. Også gode ønsker til parallelklasserne og ergo'erne nedenunder



# Ingen facitliste til skuldertræning

Mogens Dam svarer på Hanne Bjerre Sørensens debatindlæg i Fysioterapeuten nr. 5 "Hvad blev der af funktionaliteten?"

## DEBATINDLÆG AF:

Fysioterapeut Mogens Dam

I DF nr. 5/2003 bringes der et indlæg fra Hanne Bjerre Sørensen, hvori der tages kritisk stilling til artiklen "Funktional stabilitet" i skulderen. Kritik og debat er med til at flytte faget, men der er imidlertid nogle misforståelser, jeg hermed gerne vil have lov til at udrede.

I dit indlæg nævner du, at mange af øvelserne er rettet mod impingement. Dette er jeg fuldt ud enig i, men det ser ud til, at du tolker al impingement som ekstern impingement (subacromiel impingement) alene og helt ser bort fra impingement af intern karakter. Dette kunne forklare, hvor du misfortolker artiklen.

Jeg er enig i, at de forskellige impingementformer gør billedet svære at forholde sig til. Derfor var indgangsvinklen til artiklen at vælge nogle øvelser ud og dernæst argumentere for, hvornår den enkelte øvelse kunne benyttes. Der er altså ingen konkrete diagnoser inddraget i artiklen, men der fokuseres på årsagen til dysfunktionerne. Artiklen skulle ikke give nogen facitliste på, hvordan skuldertræning skal være. Der er masser af øvelser, som kunne være valgt i stedet, men nu valgte jeg at bruge disse som eksempler.

I din kritik er der fire specifikke punkter, jeg vil kommentere på:

1. Wallslideøvelsen, 2. Indadrotationøvelsen, 3. Udspænding af post. kapsel/infraspinatus, 4. M. pectoralis minors betydning.

1. Wallslide: Du pointerer, at det ikke er muligt at flektre fuldt uden en bunden indadrotation. Ikke desto mindre er det en forudsætning at kunne dette, for at der er fri bevægelighed i skulderen. Hvis ikke dette er

muligt, skyldes det formentlig en forstram latissimus dorsi.

2. Indadrotation i 90 gr. abduktion. Som øvelsen er beskrevet, foregår dette i scapulas plan (pude under overarmen), for at øvelsen kan foregå uden at stresse de anteriore strukturer i glenohumeralledet. Du mener, at denne øvelse provokerer impingementsmerterne. Det kunne den meget vel, hvis ikke man var opmærksom på, at smerter er kontraindikation for træning (se sidste afsnit i artiklen). Men her er det, man går galt i byen, hvis man opfatter impingement til kun at foregå subacromielt. Det vigtige er at kunne centrere glenohumeralledet, og ikke kun at fokusere på subacromial impingement; dette ville være alt for simpelt.

3. Udspænding af posterior kapsel/infraspinatus. Du foreslår en anden øvelse til at foretage denne udspænding. En anden øvelse er i for sig ok, men jeg tror, du ser bort fra begrebet om relativ fleksibilitet, når du foreslår at adducere i 60 gr. flexion. Ved denne øvelse strækker du på såvel den posteriore del af kapslen/infraspinatus som scapulas ophæng. Når du trækker på flere led af en kæde samtidig, vil det mindst rigide led i kæden give sig. Det vil i dit tilfælde sige, at du strækker på scapulaophænget i stedet for den posteriore kapsel.

Du nævner, at en del impingementpatienter oplever smertelettelse efter stræk af de posteriore strukturer. Denne betragtning deler jeg fuldt ud, og dette er også beskrevet i artiklen.

4. Du kan ikke forstå, at m. pectoralis minor har betydning for glenohumeralledets funktion, og at denne, hvis den er kontrakt, kan lede til subacromiel kollision. Dette skyldes,

at en kontrakt pectoralis minor vil forhindre, at et acromielt løft kan foregå. Hvis ikke acromion bliver løftet/roteret op/tilbage, vil der ikke være plads til glenohumeral elevation.

Du foreslår, at man i større grad slipper legen løs på væggen med albuen ud fra kroppen. Dette kan jeg fuldt ud tilslutte mig, og det kan gøres på mange fantasifulde og sjove måder, men forudsætningerne for, at det kan foregå forsvarligt, skal først være på plads, og med det mener jeg, at man er nødt til at tage højde for, at kroppen tager den "nemmeste vej". Det vil sige, at man ikke kan gå ud fra, de evt. manglende rotationer kommer af sig selv, når blot man lægger.

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

Debatindlæg skal afleveres på print eller som worddokument.

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

Fysioterapeuten nr. 7 udkommer 11. april

Deadline for debat: **31. marts kl. 12.00.**

Meddelelse om ændring af navn, bopæl, arbejdsområde, stilling, arbejdsomfang m.v.  
 Medlemsnummer, dato for ændring samt CPR-nr. skal anføres. På resten af blanketten anføres kun ændringerne.

Medlemsnr.	Dato for ændring	CPR-nr.:
Navn:		c/o
Gade og nr. :		Postnr. / by
Telefon nr. privat		mail adr.
Hovedansættelsessted, gade, postnr. og tlf:		Andet ansættelsessted gade, postnr. og tlf:
Andre meddelelser:		

Hovedarbejdsområde - Søjle A  
 Hvis biarbejdsområde - Søjle B

**Ansæt efter overenskomst med  
 AMTSRÅDSFORENINGEN**

	A	B
Sygehus	10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Plejhjem	20	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Centerskoler/Specialbørnehaver	30	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Selvejende institutioner	40	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hjælpecentral	50	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Andet	60	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**KOMMUNERNES LANDSFORENING**

Plejhjem	70	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Centerskoler/Specialbørnehaver	80	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Selvejende institutioner	90	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Forvaltningen	100	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Andet	110	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**HS**

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

**KØBENHAVN/FREDERIKSBERG  
 KOMMUNE**

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

**FINANSMINISTERIET**

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

**ANDRE OVERENSKOMSTER**

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

**ANSAT PRIVAT**

	A	B
BST privat	330	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hos praktiserende fysioterapeut med overenskomst med Sygesikringen	340	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ved private behandlingsinstitutioner	350	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Andre private	360	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**SELVSTÆNDIG VIRKSOMHED**

SYGESIKRINGEN (kun angivelse, hvis man har eget ydernummer)		
Klinikejer	280	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lejer sig ind på klinik	290	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mobil, kun hjemmebehandling	300	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ridefysioterapi	301	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**ANDEN SELVSTÆNDIG VIRKSOMHED**

Freelance konsulent	370	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
motionscenter	371	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Salgsvirksomhed	372	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Klinik uden ydernummer	373	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**STILLINGSKATEGORI**

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

**ARBEJDSOMFANG:**

Hovedarbejdsområde:  
 Antal timer/uge: \_\_\_\_\_  
 Andet arbejdsområde:  
 Antal timer/uge: \_\_\_\_\_

**UDDANNELSESSTED**

(Kun 1 kryds)		
Aarhus	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Holstebro	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
København	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Skodsborg	4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Odense	5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Udland	6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Esbjerg	9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Næstved	10	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aalborg	11	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

DF er iflg. lov om behandling af personoplysninger forpligtet til at oplyse dig om registreringen og anvendelsen af de oplysninger, du giver os. De ovenfor afgivne personoplysninger registreres i DF's medlemskartotek - og behandles selvfølgelig fortroligt. Formålet med registreringen er at skabe grundlag for, at DF bedst muligt kan yde dig rådgivning og varetage dine interesser som medlem. DF videregiver ikke oplysninger, med mindre det er foreskrevet i lovgivning eller er nødvendigt for at tilgodese overenskomster og kollektive aftaleforhold. I disse tilfælde kan der videregives navn- og adresseoplysninger. Loven giver dig mulighed for at få indsigt i og berigtige de oplysninger, som er registreret om dig. Du skal blot kontakte DF. Hvis du ønsker at klage over DF's behandling af oplysninger om dig, kan det ske til Datatilsynet, Christiansbrygge 28, 4. 1559 København V.

Aldrig har styrketræning været lettere...



Wellness in motion

## SELECTION

THE STRENGTH EVOLUTION

Forstil dig styrketræningsudstyr, som biomekanisk er udviklet til alle personer i alle størrelser.

Maskiner skabt til KOMFORT, power og som samtidig ER LETTE AT BRUGE. Så har du netop forestillet dig SELECTION LINE fra Technogym.

Med dets ELEGANTE DESIGN, vil Selection Line gøre din klinik til et endnu mere attraktivt sted. Selection Line er så let at bruge, at selv den mest uerfarne bruger vil elske det. Linien's høje komfortniveau passer selv ældre og mindre mobile personer.

Dens BIOMEKANIK, med naturlige bevægelser, vil tilfredsstillе den mest kræsnе bruger.

Med dens sortiment af 29 UDVALGTE MASKINER sammen med dens UNIKKE SERIE AF FRIVÆGTSUDSTYR er Selection Line løsningen, der tilfredsstillе alle de former for træning, som dine kunder ønsker.

Imponer dem. Stop dem i deres søgen. Få dem til at vende om og ta' et ekstra kig. De vil kunne li', hvad de ser i din klinik. Du er lige blevet tilbudt en anden måde at få flere kunder, få større omsætning og større indtjening. Og så er det alt sammen også til AT BETALE.

Kan du forestille dig det?



11 NYE  
MODELLER

PEDAN A/S

Københavnsvej 224

4600 Køge - tlf. 56 65 64 65

www.pedan.dk - pedan@pedan.dk

TECHNOGYM

The Wellness Company™