



Tortur

Det kan være svært at finde en fysioterapeutisk klinik, der vil påtage sig behandlingen af patienter med følger efter tortur. Side 4

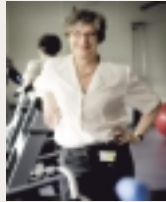
Fysioterapeuten www.fysio.dk

■ Holdtræning til brystopererede
Nedsat bevægelighed i skulderen behøver ikke at være en uundgåelig følge af en operation for brystkræft. Side 12



Artikler

En samfundsopgave



Den 26. juni er FN's internationale dag til støtte for torturofre. Fysioterapeut Karen Prip fra Rehabiliterings- og Forskningscenter for torturofre fortæller, at praktiserende

fysioterapeuter viger tilbage for at tage torturoverleverne i behandling.

4

Sårbarheden bliver større



Et vikariat på RCT har givet fysioterapeut Anette Klahr Johannesen ny indsigt i både grusomhed og sårbarhed.

8

Holdtræning til kvinder opereret for brystkræft



Mange tror, at nedsat bevægelighed i skulderen er uundgåelig efter en brystkræftoperation.

Et holdtræningstilbud har vist gode resultater.

12

Svindler, sindslidende eller hypokonder?



Rygpatienter mødes med kynisme, ligegyldighed og mistro, skriver journalist og forfatter Gretelise Holm, der selv har måttet vente et år på en diagnose.

20

Sundhedsministeren afviser behovet for privat ergoterapi

På spørgsmål fra folketingsmedlem Tove Videbæk har Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen svaret, at begrundelsen for ikke at yde tilskud til privatpraktiserende ergoterapeuter er, at det kun sjældent vil være relevant at "yde isoleret ergoterapeutisk behandling", da ergoterapi normalt ydes som en del af en tværfaglig indsats.



Etf's landsformand Tina Voltelen

Det svar har fået Ergoterapeutforeningens (Etf) landsformand Tina Voltelen til at skrive til ministeren og forklare ham, at ergoterapi er en selvstændig ydelse i det tværfaglige sundhedstilbud som tilbydes borgerne. Ifølge Etf's hjemmeside skriver Tina Voltelen blandt andet: "Læger og fysioterapeuter arbejder også ofte tværfagligt, og de støttes via sygesikringen. Ergoterapeuter og fysioterapeuter har hver deres selvstændige uddannelse, men er omfattet af den samme lovgivning. Der er hverken større eller mindre behov for "isoleret" fysioterapeutisk behandling end ergoterapeutisk".

Ønsket om at kunne give borgerne tilskudsberettiget ergoterapi på lige fod med fysioterapi efter overenskomst med sygesikringen har længe stået på Etf's ønskeliste.

Kilde: www.etf.dk

Det faste

Fysnyt 18

Litteratur 25

Kalender 26

Uddannelse 28

Job 34

Terapeuter i Grønland

Fysioterapeuter i Grønland er det nye navn på fysioterapeutforeningen i Grønland. Foreningen har netop afholdt generalforsamling i Nuuk, hvor 21 af de i alt 23 fysioterapeuter deltog. Et sådant fremmøde er usædvanligt, for i Grønland er afstandene store og transporten dyr. Danske Fysioterapeuter deltog for første gang i mange år ved blandt andet under-tegnede.

Fysioterapeuter i Grønland er i princippet en selvstændig forening, men medlemmerne betaler kontingent til Danske Fysioterapeuter. Sundhedskartellet eller Peqqinnissaq Pilluga Kattuffiit (PPK) er i praksis Grønlandsk Sygeplejeråd, som i samarbejde med fysioterapeuternes formand og næstformand varetager fysioterapeuternes interesser. Når foreningen har ændret navn fra Grønlandske Fysioterapeuter til Fysioterapeuter i Grønland er det i erkendelse af, at på nær to er alle fysioterapeuter fra Danmark. Derfor er Danske Fysioterapeuter også grundlæggende ansvarlig for arbejdet. Besøget blev da også brugt til at indgå en ny samarbejdsaftale med Sundhedskartellet og med Fysioterapeuter i Grønland.

At være fysioterapeut på Grønland er ikke blot en kulturel oplevelse. Det er i høj grad også en faglig udfordring, der kræver brede, faglige kompetencer, som går ud over, hvad der normalt defineres som en fysioterapeuts. Sådant er det i alt fald for dem, der arbejder på kysten, hvor man kan være eneste sundhedsperson inden for rækkevidde. Her er man ikke blot fysioterapeut, men også f.eks. bandagist og sygeplejerske. Jobbet er med andre ord ikke for terapeuter med skarpe faggrænser. Når så klima og vejrforhold kommer i tilgift, kræver opgaven som fysioterapeut i Grønland mere end almindeligt gåpåmod.

Men det havde fysioterapeuterne også ved vores møde i Nuuk. Ikke mindst fordi lejligheden også gav anledning til at udbyde to faglige kurser, et i McKenzie metode og et i Movement Science. Et af problemerne ved at være fysioterapeut i Grønland er, at der ikke er mange muligheder for efteruddannelse, og det er dyrt at rejse til Danmark for at deltage i et fagligt kursus. Derfor var et af de store ønsker, at Danske Fysioterapeuter skulle arrangere et fagligt kursus. Vi har aftalt, at der fremover bliver afholdt et kursus hvert andet år. Hvad Grønland måske ikke har at tilbyde på det fysioterapeutiske område bliver til fulde opvejret af den enestående natur og klimaet. Derfor er det også kendetegnende for mange fysioterapeuter, at naturen og oplevelsen af livet på Grønland er en væsentlig del af belønningen.



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*



FORSIDE:
SØREN HOLM/CHILI

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
Jørgen Jalving
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

Behandlingen af torturofre er ikke en opgave, der kan løses med de ressourcer, der er til rådighed på torturcentrene alene.

Fysioterapeut Karen Prip, RCT, opfordrer til, at klinikkerne i højere grad tager imod disse patienter.

Den 26. juni er det FN's internationale dag til støtte for torturofre. I den anledning sætter Fysioterapeuten fokus på torturoverleverne i Danmark og deres vilkår i behandlingssystemet.



En samfundsopgave

(INTERVIEW) Praktiserende fysioterapeuter viger tilbage for at tage torturoverleverne i behandling. Det er alt for besværligt, lyder ofte, når fysioterapeut Karen Prip fra RCT forsøger at udsluse en patient til praksis

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Da daværende formand Inger Brøndsted skrev lederen til fagbladet Danske Fysioterapeuter nr. 15, 1995, var hun i højt humør. Den fysioterapeutiske verdenskongres i Washington var netop overstået, og de danske fysioterapeuter – og Danske Fysioterapeuter – havde gjort en rigtig god figur, mente formanden.

”DF markerede sig specielt med et forslag om, at undervisning i at behandle torturofre/torturoverleverne skal indgå i den fysioterapeutiske grund- efter og videreuddannelse. Forslaget blev enstemmigt vedtaget og betyder, at fysioterapeuter som den første faggruppe i verden nu bliver uddannet til at yde professionel hjælp til torturofre”, skrev Inger Brøndsted og tilføjede, at Danmark var helt i front, når det gjaldt behandling og genoptræning af torturofre.

TRE AFLYSNINGER AF TEMADAG

Og Inger Brøndsted havde da også noget at have det i. Danmark var – og er – foregangsland i behandlingen af torturoverleverne. Og med dansk forbillede er fysioterapi blevet en etableret del af rehabiliteringen af torturoverleverne i flere lande, og endnu flere er på vej.

Men selvom kompetencerne på torturcentre er store, og de med WCPT-beslutningen hele tiden breder ud, er der stadig lang vej at gå, før også klinikkerne er parate til at spille den rolle, de nødvendigvis er tiltænkt i behandlingen af torturoverleverne.

Tre gange har Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturofre, RCT, sammen med DF forsøgt at lave et seminar om fysioterapi til torturoverleverne, og tre gange er det blevet aflyst på grund af for få tilmeldinger, selvom man havde udvidet målgruppen til at omfatte fysioterapeuter fra hele Norden.

Fysioterapeut Karen Prip fra RCT fortæller, at det kan være endda overordentligt svært at finde en klinik, der vil tage fat, hvor RCT slipper i behandlingen af en torturoverlever.

”Selvom der er mange hurdler, synes jeg, det vil klæde os godt, hvis vi tog opgaven på os. Og det er ikke en opgave, der kan klares med de ressourcer, der er på torturcentre alene. Her på RCT er vi tre fysioterapeuter, på Oasis er der én fysioterapeut og en afspændingspædagog, på Etica og Aramus er der få fysioterapi-konsulenttimer og på Cepar en afspændingspædagog. Det betyder, at der er altså nogen, der skal tage alle dem, vi ikke ser, ligesom nogle af vores klienter kan få behov for fysioterapi efter udskrivelsen her fra”.

RCT holder i en periode telefonisk kontakt med afsluttede klienter, men får en klient problemer igen, er der ingen mulighed for at blive genoptaget til behandling hos RCT's fysioterapeuter, der derfor kun kan hjælpe med at finde en behandler i primærsektoren.

”Og det er svært”, beretter Karen Prip, der kan nå mange opringninger, før hun finder en klinik, der er villig til at tage imod opgaven.

’Ih, det er så vanskeligt lige nu’, ’Vi har så travlt for tiden’, ’Det er så svært med tolk – og hvem betaler?’, er nogle af de svar, der ofte lyder.

FRA ZIMBAWE TIL BRØNSHØJ

En asylansøger, hvis sag ikke er færdigbehandlet, kan ikke visiteres til RCT, men Karen Prip kontaktes jævnligt af asylcentre, der beder om hjælp til at finde en behandler, og her er problemet det samme.

Det seneste eksempel vedrører en asylsøger fra et

center på Sydsjælland. I hans tilfælde ringede Karen Prip forgæves til syv klinikker, før hun til sidst henvendte sig til Hanne Frank Nielsen, der praktiserer på Brønshøj Torv i København – en ikke ubetydelig afstand fra asylcentret. Her kommer asylsøgeren nu en gang om ugen for at få fysioterapeutisk behandling for nakkesmerter og hovedpine, forårsaget af slag med en geværkolbe.

Hanne Frank Nielsen har i to år været udsendt for Mellemløst Samvirke til Bulawayo, Zimbabwes næststørste by. Her arbejdede hun for en lokal organisation med rehabilitering af ofre for vold og tortur. Hun har således lidt mere med i bagagen end de fleste praktiserende, men mener ikke selv, at det er nødvendigt for at klare opgaven med at give fysioterapeutisk behandling til et menneske, der har været udsat for tortur.

”Jeg tror, der er nogle, der viger tilbage for at tage de her patienter, fordi de tror, det er svært eller farligt, men det er det ikke. Selvfølgelig er det besværligt at arbejde med tolk, og disse patienter kræver da også lidt mere tid, men så giver vi dem det. Det er jo mennesker, der har brug for fysioterapi.”, siger Hanne Frank Nielsen.

”Man er nok bange for, hvad der kan ske, hvis man får løsnet op for nogle ting. Bange for, om man vil kunne håndtere for eksempel flash backs og være i stand til at få samlet patienten op igen. Men man lærer at være ekstra fintfølelse og få spurgt ind, så man får en klar fornemmelse af, hvor langt man kan gå. På samme måde skal man også finde sine egne grænser og finde ud af, hvor meget man selv vil involvere sig i de forskellige følelsesmæssige problemer, de har”.

Noget af det, der adskiller Hanne Frank Niensens arbejde med torturoverleverne i Zimbabwe fra arbejdet med samme slags patienter i Brønshøj er, at hun ikke længere er en del af et tværfagligt team og dermed ikke kan trække på for eksempel psykologernes ekspertise.

”Derfor kan man heller ikke gå for dybt ind i deres problemer. Jeg kan ikke behandle på samme måde, som jeg gjorde i Zimbabwe, eller som de gør på RCT. Men jeg kan levere fysioterapi, og det kan jeg gøre lige så udmærket som i forhold til mine andre patienter. Hvis jeg kan lindre noget af den smerte, der minder dem om krænkelserne, kan de komme videre. Bare det, at jeg rører ved dem, kan betyde, at de begynder at kontakte deres egen krop igen, og så er man nået langt. Det kan alle fysioterapeuter gøre”.

Nødvendige forudsætninger er tilstedeværelse og indlevelsessevne, mener Hanne Frank Nielsen.

”Men dybest set handler det om fysioterapi. Det ►

RCT blev etableret i 1982 og har siden spillet en førende rolle i kampen mod tortur og organiseret vold. Det tværfaglige behandler-team på RCT består af læger, sygeplejersker, socialrådgivere, psykologer og fysioterapeuter. RCT har udviklet sig fra hovedsageligt at behandle og rehabiliterer torturoverleverne til at indgå i et globalt netværk af menneskerettighedsorganisationer, der arbejder med at forebygge tortur og organiseret vold.

IRCT blev grundlagt i 1985. Oprindeligt som den internationale del af RCT, men siden 1987 som en selvstændig organisation. I dag kæmper IRCT imod tortur og fremmer rehabiliteringen af torturofre på hen ved 200 rehabiliteringscentre verden over – blandt andet i samarbejde med den internationale sammenslutning af fysioterapeuter, WCPT.



*Efter torturen
omdannes dine hænder og fødder
til tonsvis af bly
Du må ikke skribe
Du må ikke klage
Du må ikke tale
Du må ikke trække vejret
Hvorfor?
Alt er forbudt for fangerne
Men det forbudte er tilladt
for de onde*

Shamal Salim

- ▶ er det, jeg kan, og det er et, jeg gør. Man skal bare passe ekstra på, at man ikke kommer buldrende”.

TALER GENEM KROPPEN

Ifølge Karen Prip er en nødvendig forudsætning desuden, at man udviser tålmodighed og gør sig umage med at virke engageret og troværdig.

”Hvis en klient for eksempel ikke møder op til en aftale, skal man ringe op og spørge ’Hvorfor kommer du ikke – jeg sidder her og venter på dig’. Så

ved de, at vi ikke er ligeglade, og at vi tænker på dem. Det betyder utrolig meget”.

I arbejdet med torturoverleverne er tålmodighed ligeledes en vigtig egenskab, understreger hun.

”Man skal ikke presse, men være tilfreds med lidt – ellers kan de ikke følge med. Og så skal man respektere deres kultur – det er det allervigtigste. Man kan ikke bare sige ’tag tøjet af, og læg dig på briksen”.

Arbejdet med torturoverleverne kræver tid, og Karen Prip er da også meget opmærksom på, at netop tiden kan være et problem ude i praksis.

”Men jeg mener, at det her er en samfundsopgave – en opgave, vi som fysioterapeuter ikke kan undslå os. Det er vores pligt at tage vare på en svag, skrøbelig gruppe, der har svært ved at være sammen med andre mennesker, og hvor bare det, at de dukker op på klinikken, er en sejr”.

Trods ord som svag og skrøbelig opfordrer Karen Prip alligevel til, at man betragter torturoverleverne som ressourcer og ikke som ofre.

”De er kommet til Danmark af uranselige veje, så kræfterne er der et eller andet sted. Men der er perioder af deres liv, hvor kræfterne ikke slår til, og hvor de skal findes frem igen. Det kan fysioterapeuten. Vi kan kommunikere på et helt andet plan end de behandlere, torturoverleverne ellers møder. Vi kan tale med dem gennem kroppen og har derfor nogle helt andre muligheder for at hjælpe dem, end for eksempel psykologerne har”.

GLÆDEN HAR GODE CHANCER

På RCT varer en behandling 40 minutter, og mindre kan ifølge Karen Prip ikke gøre det, fordi der ofte skal bruges tid på at kommunikere igennem tolk.

Har en torturoverlever bopæl i et asylcenter, er det centret, der skal arrangere eventuel tolkebistand, mens det er lægen, der skal henvise til tolkebistand i forbindelse med almindeligt henviste patienter.

”Der er selvfølgelig mange ting forbundet med at have et patient, der ikke taler vores sprog. Men de har også ret til behandling – mere ret måske, fordi de er marginaliserede i forvejen. Til gengæld får man også selv meget igen. Man får indblik i andre kulturer, og når et smil kommer frem hos disse ellers meget tyngede mennesker, er det jo fantastisk”, siger Karen Prip.

”Jeg tror, at glæden har rigtig gode chancer for at komme frem netop i fysioterapien, fordi der i brugen af kroppen spontant kan opstå så mange ting, man kan more sig over sammen. Det er en udfordring at få lokket smilet frem, men det kan godt lade sig gøre. Vi har så meget energi – lidt af den kan vi godt puste i vores klienter”.

Du er så dejlig

(til Karen Prip)

Endelig kan jeg synge
 endelig kan jeg drømme
 endelig kan jeg le
 Hvor er himlen smuk ...
 Ved vores første møde
 Jeg vidste at du gjorde alt hvad du formåede
 I Latino* sad vi og her læste du det første HC Andersens eventyr,
 Hvor er du rar
 Den gang havde jeg glansløse øjne, et vissent hjerte og
 blev kastet frem og tilbage af smertens bølger
 Ja
 Jeg havde det dårligt
 men det var dig, som vækkede mig fra det dybe mareridt, og
 fik masken til at falde
 Ja, masken til at falde
 Ja, lige pludselig faldt den
 Det var for otte år siden
 Ja, otte år, men jeg nåede ikke at sige det
 Ja, du har lært mig at skribe igen og skribe og skribe
 Ja, du har lært mig at råbe så højt
 og lige pludselig gik tavshedens glas itu
 Ja, det var et jordskælv i min stille verden
 Jeg råbte og skreg som et barn
 Råbte
 bødlerne ud af mit liv
 Forbryderne ud af min verden
 Ja, det var en protest mod bødlen
 Ja, det var omfavnelser af friheden
 Ja, friheden i det smukke skandinaviske land
 Ja, det var dig som skabte morgenbrisen i stedet for stormvejret
 Ja, dig som drev mørket ud og lod sandheden sejre over løgneren.

Shamal Salim

* café i København.

Forud for WCPT-kongressen i Barcelona har RCT netop gennemført en spørgeskemaundersøgelse for at finde ud af, hvor langt man er med implementeringen af resolutionen fra 1995. "Otte år er ikke lang tid, men jeg synes, vi er kommet langt. Tortur er inde i undervisningen under en eller anden form på de fleste fysioterapiskoler i Danmark, og jeg er helt sikker på, at det på sigt vil betyde noget for, hvordan disse patienter bliver modtaget i praksis", mener Karen Prip.

Digtene i artiklen og illustrationen på side 6 stammer fra digtsamlingen "Himlen behøver sine stjerner" af Shamal Salim, der er tidligere klient på RCT. Digtsamlingen er udgivet af CDR-Forlag i samarbejde med RCT. Den koster 198 kroner og kan købes hos CDR-Forlag, cdr@forlagene.dk eller i boghandlen. Den kan også bestilles hos RCT.

»Jeg har fået et indblik i en gruomhed, som jeg ikke troede eksisterede«, fortæller fysioterapeut Anette Klahr Johannessen om jobbet hos RCT.

Sårbarheden bliver større

(INTERVIEW) Et vikariat på Rehabiliterings- og Forskningscenteret for Torturof- re, RCT, har givet fysioterapeut Anette Klahr Johannessen ny indsigt i både grusomhed og sårbarhed

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Anette Klahr Johannessen skiftede for snart et år siden fra de vante rammer som underviser på Skodsborg Fysioterapiskole til et barselsvikariat på RCT.

Det skete helt uden tidligere erfaring med torturoverleverne, men ud fra en opfattelse af, at stillingens kombination af behandling, metodeudvikling og kvalitetssikring lød både spændende og udfordrende.

”Jeg var meget bevidst om, at det her ville blive noget, der gik tæt på, men man kan jo ikke vide, om man kan, før man prøver”, forklarer hun om baggrunden for sit valg, som hun ikke har fortrudt.

”Det man ikke ved, er, hvad man skal passe på, og det er vanskeligt at bruge kollegernes erfaringer – man må erfare selv. En kollega advarede mig for eksempel mod at læse en journal, lige før jeg skulle hjem og holde fri. Men først da jeg havde gjort det, forstod jeg, hvorfor jeg skulle have ladet være. Deres historier sætter så mange ting i gang, som man har brug for at få talt igennem med andre. Jeg har fået et indblik i en grusomhed, jeg ikke vidste eksisterede”.

MAN LÆRER AT BESKYTTE SIG SELV

Anette Klahr Johannessen er i det lille år, der er gået blevet mere sårbar, fortæller hun.

”For et år siden, ville jeg have syntes, at tv-billeder fra en massegrav i Irak var uhyggelige, men i dag rører det mig på en helt anden måde. Nu er det pludselig mine klienters venner jeg ser i den. Men samtidig med at sårbarheden bliver større, lærer man at beskytte sig selv. Du kan simpelthen ikke tage det hele ind”.

Selvom Anette Klahr Johansen tidligere har arbejdet med kroniske smertepatienter som praktiserende fysioterapeut, er de intensive og langvarige forløb med klienterne på RCT helt anderledes, fortæller hun.

”De reaktioner, man normalt forventer, udebliver ofte eller er anderledes. For eksempel nyder de fleste af de patienter, man møder i praksis, at blive rørt ved – især dér, hvor de har smerter. Normalt er hænderne et taknemmeligt redskab for en fysioterapeut, men for nogle af vores klienter kan bare det at mærke en hånd på ryggen være smertefuldt. Derfor er det vigtigt, at man har mange redskaber, når man er her”, fortæller Anette Klahr Johannessen, der stadig føler, at klienterne har meget at lære hende.

”Empatien er vigtig, og det tager tid og kræver erfaring at få forståelse for, hvad torturen har gjort ved dem, og ikke engang da tror jeg, man helt fatter omfanget af grusomheden”.

”I begyndelsen spurgte jeg hele tiden, hvad det helt konkret var for nogle redskaber, jeg skulle bruge, men jeg tror, man er nødt til at famle. Jo mere kompleks problemstillingen er, jo mindre kan du finde en metode, og det er jo også det, der er spændende – at der ikke er noget, der er givet på forhånd. Men det kan være meget svært at se en person med tilsyneladende mange ressourcer lide med både krop og sjæl. Man har hele tiden en fornemmelse af, at ’Hvis bare...’. Men man oplever heldigvis også, at tingene rykker, og man finder lige præcis det, der gør, at klienten kan vokse”.

Og når det lykkes at finde ”lige præcis det”, er det fantastisk, tilføjer Anette Klahr Johannessen. ■





Med fysioterapi i kufferten til Kosova

Da Anette Klahr Johannessen en forårsdag checker ind i Kastrup lufthavn til Prishtina er der en vis usikkerhed med i bagagen. Hvad er deltagerens faglige baggrund og deres forventninger til en uges workshop i fysioterapi? Og hvordan er situationen i det krigshærgede Kosova? Hun har ikke været udsendt til Balkan før og er derfor også spændt på, hvad den kulturelle forskel vil betyde.

Men selvom det er første gang, at Anette Klahr Johannessen er udsendt på en international undervisningsopgave for Rehabiliterings- og Forskningscenteret for Torturofre (RCT), er hun en erfaren underviser, idet hun inden hun kom til RCT har undervist i mere end seks år på Skodsborg Fysioterapiskole.

MANGLER FYSIOTERAPEUTER

Kosovas Rehabiliteringscenter for Torturofre, KRCT, er den nyeste af RCT's samarbejdspartnere.

Fysioterapi har hidtil ikke indgået i KRCT's behandlingstilbud, og da der er en udtalt mangel på fysioterapeuter i Kosova, har KRCT bedt RCT om at yde et input gennem en workshop i fysioterapi med henblik på rehabilitering af torturoverlevende.

Det er et blandet hold med meget forskellig baggrund, som Anette Klahr Johannessen i løbet af de fem dage skal introducere til både fysioterapi og rehabilitering af torturofre. Knap halvdelen udgøres af en del af KRCT's personale: 3-4 læger, en psykiater, en psykolog og en socialrådgiver. Den anden halvdel er studerende og sundhedsfagligt personale uden for KRCT, nemlig fem studerende fra det nystartede uddannelsesprogram for fysioterapeuter, som regner med at udklække de første fysioterapeuter på bachelor-niveau til marts 2004. Desuden deltager der fra Universitetshospitalet en sygeplejerske, en fysioterapiassistent, en fysiurg og studielederen for den nye fysioterapeutuddannelse. ►

(WORKSHOP) En af målsætninger på Rehabiliterings- og forskningscenter for torturofre, RCT, er at få fysioterapi implementeret som en del af rehabiliteringen af torturofre i de lande, hvor RCT samarbejder med lokale partnere. Fysioterapeut Anette Klahr Johannessen var derfor i foråret i Kosova for at afholde en workshop i fysioterapi

AF INFORMATIONSMEDARBEJDER TUE MAGNUSSEN, RCT
FOTO HENRIK FRYDKJÆR



- ▶ Allerede i sin forberedelse og planlægning af kurset har Anette Klahr Johannesen forsøgt at tage højde for den sammensatte gruppe og det forhold, at flere af deltagerne hverken er eller vil blive fysioterapeuter. Hun har derfor sammensat et program med en introduktion til fysioterapi og en afprøvning af forskellige fysioterapeutiske metoder frem for at satse på at lægge op til en behovsanalyse for fysioterapi i KRCT's arbejde.

Men programmet kommer alligevel vidt omkring på de fem dage. Med udgangspunkt i WHO's ICF-klassifikation og en afgrænsning af KRCT's målgrupper diskuteres, hvilke smerter og problemer klienterne oftest klager over. Udover en introduktion til fysioterapi og fagets metoder bliver der tid til både gruppearbejde omkring konkrete case-historier og præsentation af redskaber til vurdering af smerter, betydning af bevægelse og vurdering af aktivitetsbegrænsninger samt en diskussion om betydningen af en ressourceorienteret tilgang.

"Den forskelligartede sammensætning af holdet har både været en styrke og en svaghed", fortæller Anette Klahr Johannessen. "Det har været en styrke, at vi kunne få en dialog i gang mellem KRCT's behandlere og de fysioterapistuderende. Behandlerne har fået en forståelse for, hvad fysioterapi er, og hvad den kan bibringe den tværfaglige behandling, og de kommende fysioterapeuter har fået et indblik i den store udfordring og arbejdsopgave, som rehabilitering af traumatiserede og torturoverlevende også vil være i årene fremover i Kosova".

KRCT

KRCT (Kosova Rehabilitation Centre for Torture Victims) blev oprettet i 1999. Allerede under flygtningekrisen i Albanien i 1998/99 arbejdede det albanske rehabiliteringscenter for torturofre ARCT sammen med ca. 45 sundhedsarbejdere fra Kosova om at yde de mange kosovaalbanske flygtninge hjælp.

Efter fredsftalen og flygtningenes tilbagevenden i sommeren 1999 blev initiativet taget til at starte KRCT i oktober 1999 som et integreret program for forebyggelse af tortur samt behandling af overlevende og deres familiemedlemmer. Det skete i starten med støtte fra bl.a. IRCT, det Internationale Rehabiliteringsråd for Torturofre. Med økonomisk støtte fra Udenrigsministeriet indledte RCT i 2001 samarbejdet med KRCT.

KRCT satsede i 1999-2001 på en udbygning af arbejdet gennem oprettelse af lokalafdelinger i Skenderaj, Theranda, Besiana, Peja, Decan og Cijilan. Siden 2002 har KRCT satset strategisk på en integration af de lokale afdelinger i lokale sundhedscentre, ligesom man har et nært samarbejde med myndighederne for at sikre rehabilitering af torturofre i udviklingen af det fremtidige sundhedssystem i Kosova.

KRCT's arbejde har til formål at bidrage til reintegration af torturofre i Kosova gennem psykosocial og medicinsk behandling til forbedring af helbreds-situationen for traumatiserede og ofre for tortur og ved at yde juridisk og social bistand. Desuden arbejder KRCT på fortsat højnelse af såvel centrets som andet sundhedspersonales viden og indsats inden for behandling af trauma og tortur.

Behandlingen af torturoverlevende og deres familier varetages af KRCT's sundhedsfaglige personale, der omfatter læger og speciallæger, psykiatere, psykologer, psykoterapeuter, gynækologer, børnelæger og socialrådgivere.

Behandlingen er tværfaglig og omfatter medicinske, psykologiske og sociale tilbud både individuelt og i form af gruppeterapi.

Gennem afholdelse af uddannelsesseminarer og inputs til kvalitetsudvikling har KRCT øget den faglige kvalitet af centrets eget arbejde og samtidig bidraget til en højnelse i den øvrige sundhedssektor. Samarbejdet med RCT omfatter såvel et sundhedsfagligt input som kurser i counselling og den beskrevne workshop i fysioterapi.

Endelig arbejder KRCT på at forebygge udøvelse af tortur, politimishandling eller andre former for grusom, nedværdigende og umenneskelig behandling og vold i Kosova.

HÅBER AT KUNNE FORTSÆTTE

Danmark har besluttet at udfase sin overgangs-
bistand til det vestlige Balkan med udgangen af
2003. RCT's partnerskab med KRCT har siden
2001 været økonomisk støttet af Udenrigsmini-
steriet, men selvom overgangsbistanden stopper,
håber RCT på anden måde at skaffe støtte til KRCT
så samarbejdet kan fortsætte.

"Jeg håber meget, at KRCT vil være i stand til at
finde de økonomiske midler til at kunne ansætte en
eller flere af de nyuddannede fysioterapeuter. Ikke
alene er der et stort behov for fysioterapi i KRCT's
tværfaglige arbejde, men det er vigtigt, at KRCT's
erfaringer med fysioterapi i forhold til torturover-

levere kan blive systematiseret med henblik på en
ordentlig erfaringsopsamling", understreger Anette
Klahr Johannessen.

"Der vil i mange år fremover være et endog
meget stort behov for rehabilitering og behandling
af torturoverlevende og ikke mindst ofrene for den
masse-traumatisering, som den etniske udrensning
og de omfattende flygtningestrømme har
afstedkommet. Og her er det vigtigt, at KRCT i
samarbejde med f.eks. fysioterapi-programmet på
Universitetshospitalet og Handicap International
fremover kan organisere nye workshops, der kan
sikre erfaringsudveksling og inputs udefra". ■

Mini Crosser®
STÆRK STABIL SIKKER

STÅ-LET- LÆNESTOL

Personlig frihed
til om du vil
sidde, ligge
eller op at stå.



MINI CROSSER "T-MODELLEN"

Den nye T-MODEL forener unikke brugsegenskaber
med et smukt design. 3- eller 4-hjulet.

Specielt udviklet til helårsbrug
i det danske klima.

MC·SCOOP

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

MINI CROSSER "JAZZY"

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



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

MINI CROSSER A/S

Afdelinger: Jylland · Fyn · Sjælland · **Telefon 70 10 17 55** · E-mail: info@minicrosser.com · www.minicrosser.dk

ISO 9001 kvalitetsgodkendt!

Holdtræning til kvinder opereret for brystkræft

indgang På Århus Amtssygehus har man gennemført et projekt med holdtræningstilbud til kvinder, der er opereret for brystkræft. Holdtræningen indgik i et ph.d. projekt, der blandt andet undersøgte effekten af et fysioterapeutisk ledet træningsprogram. Holdtræningstilbuddet har hjulpet kvinderne til at komme tilbage til hverdagen igen. I artiklen beskrives holdtræningstilbuddet og indholdet af træningen.

(PROJEKT) Mange kvinder tror, at nedsat bevægelighed i skulderen er uundgåelig efter en brystkræftoperation. Et holdtræningstilbud hjalp kvinderne med at tackle de problemer, de havde som følge af kræften og behandlingen

AF FYSIOTERAPEUTERNE INGE STEENSEN, BIRGITTE MALMROS, GITTE MARCINKOWSKA, KAREN HAHN, ÅRHUS UNIVERSITETSHOSPITAL

FOTO SØREN HOLM, CHILI FOTO

Et projekt med holdtræningstilbud til kvinder opereret for brystkræft på Århus Amtssygehus har vist så gode resultater, at tilbuddet er gjort permanent.

Denne artikel omhandler overvejelserne om øvelsesvalg, holdstørrelse, anvendelighed, samt de deltagende fysioterapeuters og deltagernes erfaringer med projektet: Treatment of Early Breast Cancer: Aspects of Postoperativ Physiotherapy (1).

I projektet har der været cirka 60 træningshold, og der foreligger derfor et bredt grundlag for at udtale sig om relevansen og gennemførligheden af det benyttede træningsprogram samt om det tog højde for deltagernes både fysiske og psykiske gener.

Vi var i projektet bevidste om, at strålebehandling og kemoterapi indgik som en del af patienternes efterbehandling med vekslende påvirkning til følge.

ØVELSESPROGRAMMET

Formålet med programmet (se side 15) var at forebygge og behandle patienternes problemer med:

- nedsat bevægelighed i skulderen
- stramning og spændinger i muskulaturen omkring skulderen
- nedsat muskelstyrke i arm og skulderbælte
- smerter i arm og skulder
- ødem/hævelse i skulder og arm

og at gøre patienten fortrolig med et træningsprogram til hjemmebrug.

Øvelserne blev valgt ud fra hvilke muskler og nerver, der var direkte eller indirekte berørt ved operationen. Et kort **opvarmningsprogram** havde til formål at varme hele kroppen op før den specifikke træning af de operationsnære dele af kroppen.

Grundstillingen valgte vi som en god udgangstilling til de stående øvelser og for at bevidstgøre deltagerne om en god kropsholdning

Skulderøvelser blev valgt på grund af de mange muskelspændinger, der opstår såvel præ- som postoperativt. Desuden for at modvirke en dårlig kropsholdning efter mastektomien. Beskadigelse af de sensoriske nerver til den samsidige aksil og overarms underside kan medføre, at armen holdes let abduceret ud fra kroppen.

Balancetræning indgik, fordi vores erfaring er, at patienterne har en nedsat balance, måske på grund af den ændrede kropssymmetri. Ved at kombinere et-benstræning med forskellige bevægelser af overekstremiteterne opnåede vi også at arbejde med de store muskelgrupper fra hoftekammen over operationsområdet til armene.

I **udspændingsøvelserne** indgik ANT (abnormal nerve tension) (2) som en integreret del. Aksilrømning indebar, at der opstod stramninger af både forreste og bageste aksilfold, der kan medføre paræstesier. Det var derfor vigtigt at udspænde både muskler, kar og nerver, specielt plexus brachialis i den opererede side.

Der blev lavet øvelser i stående og liggende stilling. I de liggende stillinger blev der instrueret i både aktiv og passiv udspænding af muskler og fascier ved brug af modsat arm og hånd og ved at ændre stilling på underkroppen. Den aktive udspænding foregik ved hjælp af egne hænder til udspænding af cicatricen og forskydning af hud og muskler i det afficerede område. Arbejdning foregik med flad hånd, fingre eller håndroden.

Som modvægt til de stramme mm. pectoralis valgte vi at lægge en styrketræningsøvelse ind til

Når kvinderne i begyndelsen skal lære vævsmobilisering, kan det foregå uden på tøjet, idet mange har aversion mod at røre direkte på operationsområdet.



optræning af muskler omkring scapula specielt adduktorerne.

Til variation af ovennævnte træning anvendte vi redskaber som bolde og "faldskærm", og brug af spejle var et vigtigt element. Ud over træningen gennemgik og afprøvede vi afspændings- og venepumpeteknikker.

Lymfødem er et stort samtaleemne, som alle brystopererede har hørt om. Derfor var derfor vigtigt for os i projektet, at kvinderne havde kendskab til, hvad venepumpeøvelser indebar, hvis de senere skulle få brug for det. Vi informerede om, at der er fysioterapeuter, der har speciel uddannelse som lymfødemterapeuter, der kan vejlede dem.

HOLDET

Vi mente, at en holdstørrelse på otte deltagere og én terapeut var passende. Terapeuten kan overskue samtlige deltagere og har mulighed for hjælpe den enkelte. Det er også en gruppestørrelse, hvor delta-

gerne kan overskue hinanden og udnytte de menneskelige ressourcer, der er i gruppen.

Træningstidspunkt var 6 uger eller 26 uger postoperativt. Ved den tidlige træning, kunne patienterne være i strålebehandling, der medførte træningsrestriktioner. Disse bestod i, at deltagerne ikke måtte overskride smertegrænsen i det bestrålede område ved træningen og ikke udføre arbejdning og vævsforskydning.

Hvis patienten endnu ikke var påbegyndt strålebehandling, var der mulighed for at udføre vævsmobilisering af operationsområdet for at reducere nedbinding af huden til underlaget. Arbejdning og teknikker til vævsbehandlingen blev gennemgået og demonstreret. Det var meget vigtigt, at patienterne havde god bevægelighed i skulderen, når de skulle have strålebehandling, da de skulle ligge i en formstøbt skal med armen over hovedet under behandlingen.

Ved sentræning, hvor deltagerne var færdige ►

REFERENCER

1. Mette Cathrine Lauridsen: Treatment of Early Breast Cancer: Aspects of Postoperative Physiotherapy and Sentinel Lymph Biopsy. Faculty of Health Sciences University of Århus 2001.
2. ANT - Rationalet bag Abnormal Nerve Tension MT Nyt 2/94 og DF 1/95.

Fysioterapeut Inge Steensen instruerer en patient i at bevare grundstillingen med let kyfoseret lænd under udførelsen af forskellige øvelser.



- ▶ med strålebehandlingen, kunne der trænes med større intensitet, og der skulle ikke tages så mange individuelle hensyn. Nogle patienter havde brug for tidlig individuel fysioterapi på grund af lejringsproblemer før strålebehandling.

ERFARINGER FRA HOLDTRÆNINGEN

Øvelsesprogrammet har i sin udformning været fleksibelt i en sådan grad, at det kunne anvendes både til tidlig og sen træning. For fysioterapeuten var det let at progredierte og tilpasse øvelserne, så de gav størst mulig udbytte for den enkelte patient.

Vi oplevede i enkelte tilfælde, at det ikke var helt tilstrækkeligt med holdtræning. Dette var specielt i de tilfælde, hvor strålebehandlingen og træningen lå på parallelle tidspunkter, hvor deltagerne ikke måtte udspænde vævet.

Der manglede et skriftligt øvelsesprogram til udlevering. Patienterne fik kun udleveret et øvelsesprogram umiddelbart efter operationen. Dette program skulle anvendes indtil holdtræningen påbegyndtes.

Vi har gjort os en del overvejelser over træningsforløbene i forhold til de psykiske aspekter. Hvis kvinderne var bange for at komme til at skade sig selv ved udspænding af arvæv, lod de være. Der skulle professionel vejledning til i form af instruktion og afprøvning til at føre kvinderne videre. På denne måde oplevede de på egen krop, at det gik godt. Flere troede, at nedsat bevægelighed i skulderen var en pris, de måtte betale for at blive helbredt for kræft.

Som terapeuter satte vi patienterne i gang med et udviklingsforløb. Den psykiske støtte, de brystopererede gav hinanden var også en vigtig del af holdbehandlingen. Mange sagde: "Vi har god støtte i familie og venner. Men de kan jo ikke blive ved med at høre på os og helt forstå, hvad vi fortæller". På holdet blev selv små bemærkninger forstået. De fleste af deltagerne havde på et eller andet tidspunkt oplevet det samme.

Det var en lettelse for dem at opdage, at de ikke var skøre i hovederne, og at de andre også græd engang imellem.

Der viste sig mange ens problemstillinger hos deltagerne. Dette hang sammen med, at de alle havde fået en kræftdiagnose, de skulle forholde sig

til. Det spændte lige fra angst og vrede, krise og depression, påvirket seksualitet, forholdet til familie og børn til utryghed i forhold til arbejde og fremtid.

EFFEKT AF TRÆNING

Af Mette Cathrine Lauridsens ph.d. (1) fremgår det, at der var effekt af holdtræningen. De inkluderede patienter blev randomiseret til træning efter 6-8 uger post operativt (hold A) eller et halvt år post operativt (hold B).

Patienterne blev testet ved hjælp af Constant Shoulder Score før operation, inden træningen blev påbegyndt, efter træningen, et halvt år efter operation og et år efter operationen.

Ved halvårstesten var der signifikant bedring af hold A i forhold til hold B. Forskellen var størst for de mastektomerede i forhold til de kvinder, der havde fået brystbevarende operation. Ved etårs testen, hvor begge hold havde fået træning, var der ingen signifikant forskel.

Fysioterapeuternes erfaringer ved at bruge konceptet var meget positive. Øvelsesprogrammet viste sig velegnet både til det tidlige og sene træningsforløb, og i forhold til, om patienterne var i strålebehandling eller var færdige med denne. Der var også mulighed for individuel tilpasning.

Patienterne gav udtryk for, at de gennem træningen havde fået en god hjælp til at komme tilbage til hverdagen igen.

Efter projektets afslutning er den onkologiske efterbehandling ændret, så kemoterapi gives først, og derefter følger strålebehandling i modsætning til tidligere, hvor begge behandlinger blev igangsat samtidig. Dette betyder, at træningen kan gennemføres uden restriktioner for de personer, der skal have begge efterbehandlinger. Der er ingen ændringer for dem, der kun skal have strålebehandling. På grund af nye avancerede operationsmetoder er der i dag færre patienter, der får fuld aksilerømning med færre eftervirkninger til følge (1).

Holdtræning til brystopererede patienter er blevet et fast tilbud på Århus Amtssygehus. Vi bruger det samme træningsprogram, men kun 10 gange i stedet for 12. Vi synes, vi når det samme mål, da vi nu har mulighed for at hjælpe den enkelte patient individuelt med vævsbehandling, i modsætning til projektets koncept, hvor vævsbehandling udelukkende foregik som instruktion. Dette - sammenholdt med, at færre patienter får strålebehandling samtidig med træningen - gør, at vi kan anbefale konceptet anvendt med et forløb over 10 gange.

Træningsprogram

FORMÅL

At forebygge og behandle patientens problemer med:

- nedsat bevægelighed i skulderen
- stramhed og spændinger i muskulaturen omkring skulderen
- nedsat muskelstyrke i arm og skulderbælte
- smerter i arm og skulder
- hævelse/ødem af armen.

OG at gøre patienten fortrolig med et træningsprogram, som kan bruges på længere sigt.

FORM OG VARIGHED

- Holdene består af maksimalt otte patienter og en fysioterapeut.
- Holdtræningen består af 12 seancer af 75 minutters varighed.

Alle øvelser skal udføres roligt og koordineret. Øvelserne må ikke medføre smerte hos patienten. Øvelserne laves et bestemt antal gange (angives ud for den enkelte øvelse), dog under hensyntagen til den enkelte patient. Ligeledes kan der i træningsforløbet ske en vis progression i øvelsesprogrammet i forhold til antal gentagelser af den enkelte øvelse.

Øvelsesprogrammet består af opvarmning, bevægetræning, styrketræning, balancetræning, udspændingsøvelser og af et afspændingsprogram samt instruktion i arvævsbehandling.

OPVARMNING

Varer i alt cirka 10 minutter.

Gangøvelser:

- gang med løse armsving.
- gang på hæl og tå.
- forlæns og baglæns gang.
- gå med flekterede knæ.
- sidelæns krydsgang med armsving.

Stående øvelser:

- Venstre albue og højre knæ føres mod hinanden. Gentages til modsatte side. Øvelsen gentages 8 gange.
- Skuldrene hæves og sænkes. Patienten instrueres i at presse håndfladerne mod gulvet. Gentages 8 gange.
- Skulderrulninger. Skiftevis fremad og bagud.

Gentages 8 gange fremad og 8 gange bagud.

- Fleksion/ekstension af øverste thoracaldel, hvor armene føres i henholdsvis indadrotation/udadrotation med forskellig højde i frontalplan. Gentages 8 gange.
- Forskellige former for afslappede armsving i lille bredstående og gangstående stilling. Med en arm eller begge arme samtidigt. Der laves i alt 16 armsving.

GRUNDSTILLING

Efter opvarmningen indøves følgende grundstilling. De enkelte elementer i grundstillingen indøves særskilt.

Grundstilling: Lille bredstående med let flekterede knæ. Knæene pegende ud over de laterale tæer. Lænden let kyfoseret. Der fokuseres på, at patienten opnår en ligelig vægtfordeling på fødderne.

BALANCE- OG BEVÆGEØVELSER

Grundstilling er udgangsstilling i følgende seks øvelser.

- Vægtoverføring fra side til side. Gentages 8 gange.
- Vægtoverføring fremad/bagud. Gentages 8 gange.
- A. Bækkenvip: formindske/forstørre bækkenhældning. Gentages 4 gange.
- B. Lille knæbøjning og -strækning med let kyfoseret lænd. Gentages 4 gange.
- Hagen skubbes frem og trækkes tilbage, så der laves dobbelthage. Gentages 4 gange.
- Hænderne holdes på hoftekammen. Vægten lægges på det ene ben, og der laves hofteopdragning med det andet ben. Stillingen holdes i cirka 10 sekunder. Øvelsen gentages til den anden side i alt 8 gange.
- Det ene ben løftes og bevæges i forskellige retninger. Armene holdes lidt ud fra kroppen for bedre at holde balancen. Gentages 4 gange på hvert ben.

UDSPÆNDINGSØVELSER

- Grundstilling. Den ene arm presses ned mod gulvet med dorsalflekteret håndled. Samtidig laves sidebøjning af cervicalcolumna til modsatte side. Stillingen holdes cirka 5 sekunder. Øvelsen gentages med modsatte arm. Gentages 4 gange. ►

NORSK STUDIE

Det norske fagblad Fysioterapeuten fra maj i år bragte en artikel af Kaia B. Engelbretsen om et studie af fysioterapi efter brystkræftoperationer. Studiet viste, at der ikke er sammenhæng mellem brug af den opererede sides arm og udvikling af lymfødem. 90 kvinder, der havde gennemgået en brystkræftoperation blev undersøgt 6-11 måneder postoperativt. Man registrerede kvindernes brug af den opererede sides arm. Lymfødemet blev vurderet ved hjælp af et volumenmeter. Armens funktion blev registreret med et funktionsscore og smerterne på VAS-skala. Desuden blev der evalueret på livskvalitet med skemaet EORTC QLQ-C30. Studiet indikerer, at der ikke er nogen statistisk signifikant sammenhæng mellem aktiv brug af opereret arm og postoperative komplikationer. Det bør ifølge forfatteren overvejes, om fysioterapeuter fortsat skal rådgive kvinderne om at være forsigtige med at bruge armen efter operationen.

Kaia Beck Engebretsen. Fysioterapi efter brystkræftoperationer. Fysioterapeuten nr. 5, 2003, p. 24-29.

DELTAGERNES UDBYTTE

Vi havde ikke et spørgeskema til evaluering af forløbene. Vi opfordrede deltagerne til at skrive om deres forventninger inden træningen, og hvad deres udbytte havde været. Det var frivilligt, om de ville aflevere noget til os, men de fleste gjorde det. Disse breve har været med til bekræfte, at det var et relevant træningstilbud til denne patientgruppe. Brevcitater: "Når jeg tænker tilbage på, hvordan jeg mødte op første gang med "åh så øm en arm og et stramt ar og muskulaturen omkring - til nu, hvor jeg er fuldt bevægelig og uden smerter i den opererede side!"

"Utroligt gode øvelser. De hjælper lige der, hvor de skal, og det bliver bedre." "Jeg tør strække ud efter noget, kan læse avis og se på mit ur, uden at det gør ondt".

"En optur at starte træningen efter en lang nedtur".

- Grundstilling. Knyt hænderne ved skuldrene med pronerede underarme. Fingrene strækkes, og håndfladen presses lateralt og horisontalt væk fra kroppen. Skulderbladene presses bagud og nedad. Hagen trækkes ind. Stillingen holdes i 10 sekunder, det må gerne medføre prikkende fornemelse i underarm og hånd. Gentages 4 gange.
- Grundstilling. Støtter håndfladerne på bagdelen. Patienten bøjer knæene, og kroppen fældes bagover, indtil man fornemmer en udspænding af forsiden. Hovedet holdes i forlængelse af kroppens længdeakse. Der må ikke ekstenderes i nakken. Gentages 4 gange.
- Grundstilling. Lav en vægtoverføring til det ene ben, og hoften skydes lateralt. Samme sides arm føres op over hovedet. Patienten tager fat omkring håndleddet med modsatte hånd. Der laves sidebøjning af halsen til modsat side. Der skal fornemmes en udspænding, som strækker sig fra hoftekammen til albuen. Stillingen holdes 10 sekunder. Øvelsen gentages til modsatte side i alt 4 gange. Vær opmærksom på fri vejrtrækning.
- Siddende på stol uden armlæn. Patienten griber omkring stolesædet med det ene hånds fingre og læner sig til modsatte side, hagen holdes inde. Stillingen holdes 10 sekunder. Derefter laves lille rotation i nakken, således at hagen føres mod modsatte skulder. Denne stilling holdes også 10 sekunder. Patienten bevæger sig roligt tilbage til udgangsstillingen. Øvelsen gentages til modsatte side i alt 4 gange.
- Rygkrogliggende med armene i favnstilling. Knæene drejes til den ene side. Skuldre og arme holdes i gulvet. Derved opnås en udspænding af brystmusklen på modsatte side. Øvelsen gentages til den anden side i alt 4 gange. Progredieres ved at armene forsøges ført til fuld abduktion. Hvis armene ikke kan hvile på underlaget, benyttes puder til understøttelse.

STYRKETRÆNING

Grundstilling med front mod væg i en arms længdes afstand fra væggen. Håndfladerne sættes mod væggen i skulderhøjde med fingerspidserne pegende mod loftet. Kroppen fældes ind mod væggen, så der kommer vægt på armene. Skulderbladenes bevægelse kontrolleres, så der opnås en depression og indadrotation. Hold stillingen i 10 sekunder. Øvelsen gentages 5 gange.



Øvelsen kan varieres ved at indadrottere og udadrottere armene, så fingerspidserne peger henholdsvis indad og udad.

Øvelsen kan progredieres ved, at patienten står længere væk fra væggen, så der kommer mere vægt på armene.

AFSPÆNDING

Patienterne ligger på ryggen med pude under hoved og eventuelt under knæene og med et tæppe over sig. Der instrueres i dyb abdominal respiration. Der indøves afspænding af kroppens muskler, hvor en maksimal spænding afløses af en maksimal afspænding. Verbalt guides kvinderne til at koncentrere sig om egen krop, og finde indre ro og afslapning. Der bruges cirka 10 minutter på afspænding.

ØVELSER MED REDSKABER

I forbindelse med træningen bruger vi også redskaber. Vi anvender bløde, lette bolde og faldskærm. Øvelser med bold kan foregå i rundkreds eller parvis. Kvinderne triller, kaster, studser og griber bolden med begge hænder eller med én hånd. Øvelserne med faldskærm foregår i rundkreds, hvor kvinderne holder i faldskærmen først med begge hænder senere med en hånd. Faldskærmen kan løftes op og ned, og der kan placeres en bold, der skal trilles rundt inden for kanten. Formålet med at anvende redskaber er at træne patienternes bevægelse og koordination. Endvidere er det en god afveksling, hvor motivation, gruppedynamik og glæden ved at bevæge sig stimuleres.

Øvelser med redskaber varer 5-10 minutter, og anvendes 5-6 gange i hele træningsforløbet.

INSTRUKTION I VENEPUMPETERAPI

Til instruktion i venepumpebehandling anvendtes Kirsten Tørsleffs hæfte "Øvelsesprogram for brystopererede" side 24-26.

Der skal tages særlige hensyn til patienter, som er i strålebehandling. Der må ikke udføres behandling på væv, der er strålebeskadiget. Man kan eventuelt indøve på rask side.

Patienterne instrueres 1-2 gange i træningsforløbet.

INSTRUKTION I ARVÆVSBEHANDLING

Patienterne instrueres i at mobilisere vævet i operationsområdet med flade fingre eller med håndroden. Dette gøres ved at skubbe og trække i muskel og hudlaget i de retninger, der skal mobiliseres.

Der instrueres i udspænding af cicatricen i læng-


deretningen. Begge hænders 2. og 3. finger placeres ovenpå arret med to centimeters mellemrum. Der laves et let træk i arrets længderetning. Fingrene flyttes så hele arret udspændes. Afslutningsvis udspændes hele arret på en gang.

Yderligere kan patienten øge udspændingen ved at trække vejret dybt ind (maksimal inspiration) samtidig med at behandlingen foretages.

Rødme, varme, som tegn på øget blodcirkulation vil kunne iagttages i forbindelse med og efter udspændingen.

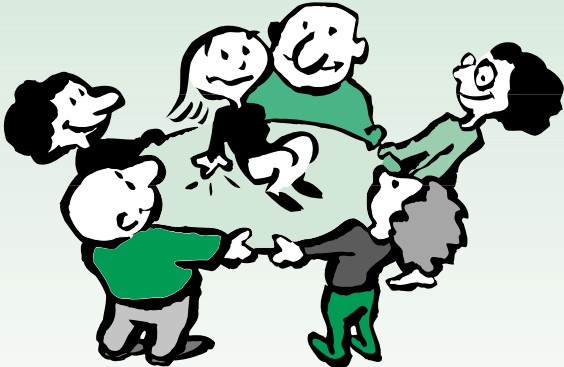
Arvævsbehandling må ikke gives til patienter, der får strålebehandling. Teknikkerne kan indøves på rask side i stedet for og anvendes, når huden igen er ophelet.

Træningsprogrammet er udarbejdet af: Fysioterapeuterne Inge Steensen og Gitte Marcinkowska. April 1998.




BAUTA FORSIKRING

For fysioterapeuter der ønsker sikkerhed
til fornuftige priser.



www.bauta.dk

Sendes ufrankeret. Modtageren betaler portoen.



BAUTA FORSIKRING A/S
Farvergade 17
++++ 0625 +++
1045 København K

Jeg vil gerne kontaktes telefonisk for et uforpligtende tilbud på mine forsikringer.

Jeg vil gerne kontaktes af min lokale tegningskonsulent for gennemgang af mine forsikringer.

Jeg er allerede medlem af BAUTA.

Stilling: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

Tlf. privat: _____ Tlf. arbejde: _____

600

fys

Motion på nettet

(GIGT) ■ På Gigtforeningens hjemmeside kan man finde motionstilbud i Odense, Ringkøbing og Roskilde. I projektet Gigt og Motion har man kortlagt de lokale motions-tilbud, der er hensigtsmæssige for mennesker med gigt. www.gigtforeningen.dk/gigtmotion

Forskning i muskelsmerter

(PRIS) ■ Lektor Thomas Graven-Nielsen har modtaget Dronning Ingrid's Forskerpris på 100.000 kr. Thomas Graven-Nielsen er ansat på Center for Sansel-Motorisk Interaktion, Institut for Sundheds-teknologi på Aalborg Universitet. Han har forsket i muskelsmerter og deres indflydelse på den motoriske kontrol, og han har udviklet modeller, der i dag bruges til at studere muskelsmerte. Desuden har han gennemført en række studier med fokus på smertefulde muskel- og skelet lidelser. På Center for Sansel-Motorisk Interaktion arbejder en gruppe forskere på at udvikle teknologier til at kunne inducere standardiseret og målbar smerte. Det drejer sig om såvel kutane, muskulære og viscerale smerter. Man har på centeret også udviklet mekaniske, termiske, elektriske og kemiske metoder til at stimulere smerten. Læs mere om centeret på <http://www.smi.auc.dk>

Fysioterapi til nyresyge

(FORENING) ■ Nordiatrans er en tværfaglig forening med deltagelse fra Norge, Sverige, Finland og Danmark. Foreningens mål er at øge viden om behandling og pleje af patienter med nyresygdomme. Nordiatrans vil stimulere til udvikling, erfaringsudveksling og samarbejdet inden for nyremedicin, dialyse og nyretransplantation. Foreningen arrangerer en kongres hvert år og udgiver et tidsskrift to gange om året. Nordiatrans administrerer to stipendier på henholdsvis 15.000 kr. og 30.000 kr. Stipendierne, der uddeles en gang om året, kan også søges af fysioterapeuter. Nordiatrans kan ifølge den danske fysioterapeut Stig Mølsted, der er bestyrelsesmedlem i Nordiatrans, være en god måde at skabe netværk blandt de nordiske fysioterapeuter, der behandler mennesker med nyresygdomme. Læs mere på fysio.dk og www.nordiatrans.org

Lægekultur og kollegialitet

(LINK) ■ I en bogomtale i Fysioterapeuten 2003 nr. 8 "Lægekultur og kollegialitet" henvises til Den Almindelige Danske Lægeforening, Lægekultur og kollegialitet med et link. Dette link er forkert. Det rigtige link er: <http://www.dadlnet.dk/laegemoede2002/oplaeg/laegekultur/indhold.htm>

Mavebælte hjælper vejtrækningen

(EVIDENS) ■ Ti patienter med rygmarvsskade fik målt det maksimale eks- og inspiratoriske tryk og forceret vitalkapacitet (FVC) både med og uden et stramtsiddende bælte om maven. I studiet indgik ni mænd og en kvinde, der alle havde en komplet læsion mellem C4 og C7. Man har tidligere i litteraturen beskrevet, at et bælte kan kompensere delvist for tab af kraft i bugmuskulaturen. Målet med dette studie var at registrere effekten af bæltet på lungefunktionen i siddende og rygliggende stilling. I rygliggende stilling, hvor den målte vitalkapacitet hos de inkluderede var størst, var der ingen effekt af mavebæltet. I siddende stilling kunne der derimod registreres effekt på kraften under maksimal eksspiration og den forcerede vitalkapacitet. Dette studie viste således, at patienter med tetraplegi kan få støtte til vejtrækningen og til host i siddende stilling.

Boaventura CM et al. Effect of an abdominal binder on the efficacy of respiratory muscles in seated and supine tetraplegic patients. Physiotherapy, 89, 5, 290-295.

Merete Røn Christensen

(NAVNE) ■ Afdelingschef, fysioterapeut, MPH, Merete Røn Christensen er pr. 1. juni 2003 ansat som pensions- og omsorgschef i Københavns Kommunes Sundhedsforvaltning. Merete Røn Christensen sidder i bestyrelsen for Fraktionen af Overfysioterapeuter og ledende fysioterapeuter.

Opgør med traditioner

(HOFTEBRUD) ■ På Hvidovre hospital har man arbejdet med accelererede forløb for patienter med hoftebrud. Denne patientgruppe, der på grund af den høje gennemsnitsalder er særligt udsatte for komplikationer efter operationen, kan profitere af et accelereret forløb. Her er målet, at de hurtigt genvinder normalt funktionsniveau og kan genoptage deres normale aktiviteter. Der tages udgangspunkt i de opstillede mål i plejeplanen for den enkelte patient. Oversygeplejerske Annette Gyldengren, klinisk assistent Nicolai Bang Foss og fysioterapeut Morten Tange Kristensen har beskrevet forløbet i Sygeplejersken 21/2003 side 20-24.

Kroppens indre rum

(AFSPÆNDING) ■ I Afspændingspædagogen 5/2003 bringes en artikel skrevet af den franske psykomotoriker Frédérique Bosse. Han beskriver, hvordan man kan lære klienter at finde nøglen til deres eget indre.

Vigtigt

Ny samarbejdspartner til annoncesalget

Annoncesalget til Fysioterapeuten
overgår til Panorama Media



Fra og med nummer 13
der udkommer den 8. august 2003
(Afleveringsfrist den 28. juli)

*Rekvirer de nye
medieinformationer
og læs mere om
alle fordelene*

*– eller gå ind på
www.panoramamedia.dk*

Yderligere information

PANORAMA MEDIA

Panorama Media a/s, Vadestedet 6, 4700 Næstved, tlf. 70 10 35 33, fax 70 10 35 34, www.panoramamedia.dk

e-mail: info@panoramamedia.dk

Er du svindler, sindslidende eller hypokonder?

indgang Gretelise Holm er forfatter og journalist, men i denne sammenhæng først og fremmest rygpatient. Artiklen er hendes personlige beretning om et år med ulidelige smerter, mistænkeliggørelse og forkert behandling. Og om, hvordan hun havnede i en klemme mellem offentligt og privat sygehusregi.

(CASE) Rygpatienter mødes med kynisme, ligegyldighed og mistro, skriver journalisten og forfatteren Gretelise Holm. Hun har selv måttet vente et år på at få en diagnose og en – muligvis – alt for sen behandling

AF JOURNALIST OG FORFATTER GRETELISE HOLM
FOTO ILLUSTRATION GITTE SKOV

"Er du meget alene? Føler du dig tit ensom?"

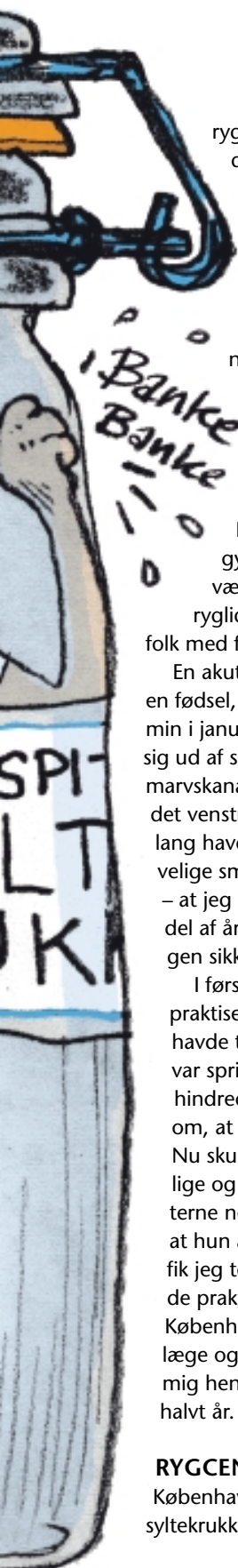
"Hvordan klarer du dig økonomisk? Du søger måske pension?"

"Fejler du tit noget – sådan mange forskellige sygdomme?"

Egentlig burde man svare frækt, for hvad rager ens privatøkonomi den unge fysioterapeut? Og hvad er det, lægen tillader sig at antyde om hypokondri? Men man svarer ikke frækt, når man er på randen af et sammenbrud, er udmattet og forpint og ved, at man er afhængig af den person, som stiller spørgsmålene. I stedet lærer jeg mig, at jeg under en konsultation hurtigt skal få indflettet, at jeg har en dejlig familie og et stort socialt netværk. At jeg er økonomisk privilegeret og ikke på nogen måde har tænkt mig at belaste det offentlige, endsige en a-kasse, med min sygdom. Jeg har i stedet købt en elektrisk seng, så jeg kan ligge ned og skrive mine romaner, som er solgt til mange lande, beretter jeg hektisk.

Hvis jeg ikke selv fortæller, bliver jeg udspurgt, for behandlerne kender mig ikke, og der står i deres manualer, at ryglidelser i mange tilfælde har en psyko-social forklaring. Folk simulerer ryglidelser, fordi de har psykiske problemer, eller fordi de vil svindle sig til en pension, hævdes det. Vi





rygpatienter er alle under mistanke, indtil det modsatte er bevist. Og det modsatte bliver ikke bevist af sparehensyn.

Det er for dyrt at lade patienterne få MR-scanninger, synes man.

FØDSELSSMERTER I SEKS UGER

På min årelange, pinefulde vej gennem det mistroiske sundhedssystem har jeg truffet adskillige lidelsesfæller.

Alvorligt syge, som i bedste fald er blevet behandlet med ligegyldighed. I værste fald med kynisme og mistro - og med invaliditet til følge.

De fleste er jævne folk, og jeg er begyndt at spekulere på, om sundhedsvæsenet upåagtet kan sjofle de alvorlige ryglidelser, fordi de overvejende rammer folk med fysisk arbejde.

En akut diskusprolaps gør lige så ondt som en fødsel, og så varer den typisk 5-6 uger. Jeg fik min i januar 2002. En stor prolaps, som borede sig ud af sin bruskskive og satte sig frit i rygmarvskanalen, hvor den klemte på nerverne til det venstre ben, som blev så svagt, at jeg en tid lang havde svært ved at gå. Dertil kom ubeskrivelige smerter. Jeg troede - og næsten håbede - at jeg skulle dø. Sådan havde jeg det en stor del af året 2002, hvor jeg endnu ikke med nogen sikkerhed vidste, hvad jeg fejlede.

I første omgang bar familien mig op til den praktiserende læge, som jeg aldrig tidligere havde truffet. Hun undersøgte - mine sko. De var spritnye og tilhørte min datter, men det hindrede hende ikke i at udarbejde en teori om, at min lidelse skyldtes, at jeg gik skævt. Nu skulle jeg bare tage mig sammen, gå helt lige og holde op med at halte, så skulle smerterne nok forsvinde. Jeg oplevede det sådan, at hun anså mig for at være idiot. Dagen efter fik jeg telefonisk kontakt med en anden af de praktiserende læger, som henviste mig til Københavns Kommunes Rygcenter, hvor en læge og en fysioterapeut efterfølgende holdt mig hen med snak og meningsløse øvelser i et halvt år.

RYGCENTRET ER SYLTEKRUKKE

Københavns Kommunes Rygcenter er en slags syltekrugke, som er oprettet for at afhjælpe pres-

set på hospitalsafdelingerne. Lægerne på Rygcentret har ingen mulighed for selv at stille præcise diagnoser ved hjælp af CT- eller MR-scanninger, men skal i givet fald henvise til Rigshospitalets Neurokirurgiske Ambulatorium. De må af sparehensyn og ifølge nogle interne tommelfingerregler tidligst henvise, når patienterne har haft slemme smerter i tre måneder. Jeg har aldrig hørt om tilsvarende minimums-smertekrav på andre sygdomsområder. Reglen forekommer mig uetisk, og det undrer mig, at lægerne på Rygcentret kan leve med den.

"Det kan godt være, du har en diskusprolaps, men diagnosen er ligegyldig, for behandlingen er den samme, uanset hvad du fejler", sagde Rygcentrets læge og sendte mig videre til "konservativ behandling" hos en af stedets fysioterapeuter, som undersøgte mig så grundigt, at jeg stønnede af smerte det næste par døgn og foreløbigt måtte afstå fra videre behandling. Fik dog en venlig opfordring til at "komme igen, når du får det lidt bedre".

Udstyret med virkningsløse kodeintabletter lå jeg de næste 4-5 uger og gennemlevede mit livs smertehelvede. Jeg anede fortsat ikke, hvad jeg fejlede, så spekulationer, angst og usikkerheden føjede en ekstra psykisk dimension til de fysiske smerter.

ALTING KØRTE AF SPORET

Efter den akutte fase kom der pauser i smerteforløbet. Jeg genvandt en del af styrken i mit ben og genoptog den konservative behandling på det kommunale rygcenter, hvor lægen og fysioterapeuten var blevet mine helbredsmæssige livlinier. Jeg stolede på deres faglighed og gik i gang med et øvelsesprogram, som ifølge fysioterapeuten kunne "klemme diskusprolapsen ind på plads igen".

Her kørte alting af sporet pga. den manglende diagnose. En fri diskusprolaps i hvirvelkanalen kan nemlig aldrig klemmes ind i sin ødelagte bruskskive, om man så gør øvelser fra nu af, og indtil hønsene får tænder. Vi kunne lige så godt have lavet sort magi på Rygcentret, og jeg kunne med samme helbredsmæssige udbytte have konsulteret heksedoktoren i Harare eller en hvilken som helst alternativtosse i Danmark. Behandlingen var meningsløs og kvalificeret spild af alle involveredes tid og ressourcer.

Den virkede da heller ikke. Smerterne kom igen og igen med stor styrke, og jeg tilbragte forpint ►

Redaktionen har henvendt sig til Københavns Rygcenter, der ikke ønsker at diskutere den konkrete sag. Men ledende fysioterapeut Pia Hansen pointerer, at man i behandlingen har fulgt centrets tværfaglige kliniske retningslinjer, som er udarbejdet med afsæt i den bedste tilgængelige evidens.

“Det er selvfølgelig beklageligt at vi ikke har formået at kommunikere vores budskab videre - en relevant pointe, som vi som sundhedspersonale skal være meget opmærksom på, hvis vores rygpatienter skal opleve et tilfredsstillende forløb”, udtaler Pia Hansen til Fysioterapeuten. Det har ikke været muligt at få en kommentar fra Neurokirurgisk afdeling på Rigshospitalet.

- ▶ op mod halvdelen af min tid i sengen. Havde jeg været lønmodtager, ville jeg for længst være fyret. Og det blev stadig sværere for mig at holde den sorteste depression stangen.

I august 2002 – efter seks måneder i Rygcentrets regi – fik jeg en henvisning til Rigshospitalets Neurokirurgiske Ambulatorium med henblik på diagnosticering. Jeg blev indkaldt til konsultation den 17. oktober 2002 og derefter til MR-scanning den 23. januar 2003 – et år efter den akutte prolaps.

Jeg måtte altså først gennem seks måneders meningsløs behandling på Rygcentret og derefter fem måneders ventetid på Rigshospitalet, før jeg havde udsigt til at få en diagnose og en behandling, som var baseret på viden frem for på tro, gætteri og mistænkeliggørelse.

UDSAT FOR MISTÆNKELIGGØRELSE

I december 2002 havde jeg svært ved at klare smerterne og pressede på over for Rigshospitalets Neurokirurgiske Ambulatorium. Jeg blev bevilget en konsultation og udsat for en ny og mærkelig form for mistænkeliggørelse:

“Vi tror godt, at vi ved, hvad du fejler. Og du skal altså ikke tro, at det er noget, som vi vil operere dig for. Det kan godt være, at du kan få andre til det, men vi gør det altså ikke...”, sagde lægen, da konsultationen sluttede. Jeg var målløs. Hvad troede de, jeg fejlede? Og havde han en forestilling om, at jeg var desperat efter at få knive i rygmarven? Det er vel en af de operationer, de fleste frygter mest.

Nå, man kan overheøre fornærmelser, og hovedsagen var, at jeg fik fremskyndet MR-scanningen med en måned og kom i røret den 20. december 2002. På det tidspunkt var jeg nemlig også begyndt at gruble tungt over, om det kunne være cancer eller metastaser.

I begyndelsen af januar 2003 blev jeg ringet op af en læge fra Rigshospitalets Neurokirurgiske Afdeling:

MR-scanningen havde afsløret en meget stor fri prolaps i hvirvelkanalen, og det ville være risikabelt for mig at undlade operation. Man ville faktisk anbefale mig operation så hurtigt som muligt. Men selv for en hasteoperation var der beklageligvis lang ventetid på Rigshospitalet, formentlig 6-8 uger, sagde lægen. Det viste sig at holde stik med den yderligere lange ventetid, men så fik jeg brev fra Rigshospitalets visitation om, at jeg



pga. ventetiden kunne vælge at blive henvist til et privathospital eller et hospital i udlandet (behandlingsgarantien). Nu havde jeg ventet i et år på en diagnose og derefter fået at vide, at min tilstand var risikabel, og at operation hastede. Så jeg valgte at modtage Rigshospitalets tilbud om henvisning til et privathospital, hvor jeg i februar 2003 blev opereret i to omgange.

PERMANENTE NERVESKADER

Men dermed var mareridtet ikke slut. Mine smerter og mit gangbesvær fortsatte uanfægtet.

En forklaring på denne nedslående udvikling fik jeg både på det private hospital og hos den læge, som indskrev mig til genoptræning på Rigshospitalet: “Du har gået med den store prolaps alt for længe. Så ser man tit, at nerverne bliver permanent ødelagte. Det er kun tiden, som kan afgøre, om du nogensinde vil få det bedre”.

Jeg har stadig ugelange smerteanfald og fysisk besvær. Jeg må stadig holde mig i nærheden af sengen og tilbringer stadig op mod halvdelen af min tid dér, fordi jeg ikke kan andet.

Samtidig har jeg ingen steder at henvende mig som diskusprolaps-patient, fordi jeg nu er blevet offer for en for mig uigennemskuelig, men tilsyneladende heftig politisk krig mellem den offentlige og private sundhedssektor. Lægerne på Rigshospitalet, som er mit hjemhospital, vil ikke se mig, fordi jeg i sin tid tog mod tilbuddet om operation

på det private hospital. Og på det private hospital hører jeg selvsagt ikke til mere hjemme.

Jeg anede allerede problemerne, da jeg blev opereret på det private hospital. Lægerne på Rigshospitalet, som bl.a. rådede over de for operationerne vigtige MR-scanninger, samarbejdede kun hårdt presset og modvilligt med privathospitalet. Scanningerne nåede eksempelvis først frem efter mange rykkere og umiddelbart før operationerne.

Det var - og er - meget uforståeligt, fordi Rigshospitalet selv henviste mig til operation på det private hospital. For mig at se fungerede privathospitalet i den aktuelle forbindelse blot som en filial af Rigshospitalet.

SMIDT UD AF RIGSHOSPITALET

At lægerne på Rigshospitalets Neurokirurgiske Afdeling var blevet alvorligt vrede over, at jeg havde benyttet mig af behandlingsgarantien, blev først helt klart for nylig.

Efter et ugelangt meget voldsomt smerteanfald, ledsaget af svimmelhed og besvimelser, ringede jeg grådkvalt til ambulatoriet på Rigshospitalet og fik en konsultationstid den 7. april. Jeg måtte have hjælp til at håndtere smerterne og ville ikke risikere at få mit helbred yderligere nedbrudt, fordi der ikke blev stillet en diagnose i tide.

Konsultationen blev surrealistisk. Lægen, som var ny for mig, sad med korslagte arme og ville hverken tage sig af mig eller mine lidelser:

"Nu oplever du så bagsiden af, at du valgte et privat hospital," sagde han.

"Det var jer selv, som gav mig tilbuddet, fordi jeg havde ventet i et år, og fordi I ikke havde tid. Men nu hører jeg jo ikke mere til på privathospitalet," svarede jeg.

"Nej, og vi synes altså heller ikke, at du hører til her hos os," sagde han.

"Vel gør jeg så. Jeg bor her. Rigshospitalet er mit hjemhospital. Jeg har hele tiden været Rigshospitalets patient og er bare blevet henvist til operation på det private hospital."

"Det kan godt være, men her på afdelingen synes vi altså ikke, at du hører til hos os."

Jeg bad om en forklaring og fik følgende besked:

"Du valgte at blive opereret på privathospital, og her på afdelingen kan vi jo godt glæde os lidt over, at det også går galt for dem indimellem, men du kan nok forstå, at det politisk set ikke vil være

rimeligt, at vi så skal følge op på deres patienter."

Jeg protesterer: Det gik ikke galt ved operationerne på det private hospital. Det gik - ifølge alle sagkyndige - muligvis skæbnesvangert galt, fordi det offentlige sundhedsvæsen og Rigshospitalet lod mig vente i et år på diagnose og behandling, så mine nerver til benet i ventetiden blev ødelagt af prolapsen.

"Nåh jah, et år er også længe at vente," vedgår han og tør lidt op. Diskussionen ender med, at han bliver helt flink og siger, at jeg om tre måneder må få en konsultation og undersøgelse.

Tre måneder i skammekrogen, hvor jeg helbredsmæssigt kan sejle min egen sø. Derefter vil jeg muligvis igen få adgang til det offentlige sundhedsvæsen, som jeg har betalt skat til, siden jeg var 16 år.

Hvem kan forklare mig meningen? ■

Har du rygrad til dit job?

Få styrke på en Dynamo Stol

prøv den gratis i 14 dage!

Dynamo Stol ApS
Postboks 162
DK-4000 Roskilde
Tlf: (+45) 46 75 09 70
Fax: (+45) 46 75 09 50

e-mail: kontakt@dynamo-stol.dk

Besøg vores hjemmeside: www.dynamo-stol.dk



ny ■ litteratur

Forskelsbehandling

@ Debatindlæg fra
www.fysio.dk 10/06/03.

I denne udgave forkortet af redaktionen

Kære Johnny Kuhr. Du spørger i din leder (Fysioterapeuten nr. 10/03), hvorledes det kan være, klinikkerne tilsyneladende er mest populære hos ældre, kvindelige patienter, hvorfor relativt få diagnoser dominerer – og hvad der skal til for, at de fysioterapeutiske klinikker vil blive opfattet som attraktive tilbud til andre diagnosegrupper end lænde-, nakke- og skulderpatienter samt erhvervede neurologiske lidelser. Du bebrejder os at kun 40 procent af patienterne har en mening om træning som en mulig del af behandlingen, og at der næsten ingen hjerte-/kar- og lungepatienter er på klinikkerne. Se, til det sidste, er det naturligvis fristende at sige, at det må du spørge lægerne om.

Men det er naturligvis ikke noget fyldestgørende svar. Set med mine øjne har klinikkerne, et stort handicap, nemlig at vi ikke kan tilbyde patienterne samme vilkår som hos Teddy Øfeldt. Der kan de træne i timevis, flere gange om ugen med transporten betalt og hjælper på. Vi har adskillige patienter, der kommer her og får deres behandling, som overenskomsten nu giver mulighed for, træner så meget eller lidt,

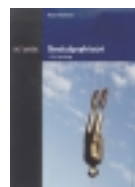
som overenskomsten derudover giver rum til, og så tager de ellers ned til Karlslunde et par gange om ugen og træner to timer ad gangen enten kvit og frit som vederlagsfri patienter eller til kr. 437,47 i timen med den 2/5 refusion, som også er gældende ved træning eller behandling hos os fysioterapeuter.

Vi må skam gerne træne med patienten i både en og to timer, men honoraret forbliver maksimalt kr. 285,89 pr. gang (at vi så tilmed får mindre for at træne med de vederlagsfri patienter, virker naturligvis voldsomt motiverende).

Jeg forstår det ikke. Patienterne forstår det heller ikke. De må jo tro, det er os, der er andenrangsbehandlere, når vores behandling prioriteres lavere end Teddy Øfeldts. For det kan da vel ikke være, fordi man forestiller sig, at vi kan opnå det samme på den kortere tid? For hvorfor så overhovedet betale for træning hos Teddy Øfeldt.

Jeg mener, vi har meget ulige vilkår. Vi må jo ikke engang tilbyde patienterne ekstra træningstid for egen regning. Nu ved vi godt, det ikke er dig, Johnny, der har forhandlet Teddy Øfeldts overenskomst, men kan han opnå disse vilkår, hvorfor kan vi/du så ikke?

Dorrit Finn Poulsen, fysioterapeut København



(PSYKIATRI) ■ "Socialpsykiatri" er en lærebog, der beskriver det socialpsykiatriske fagområde gennem en redegørelse af socialpsykiatriens rødder, politiske retningslinjer, lovgivning, teori og metode. Bogens fokus er bruger-medarbejder relationen.

ÅSTE HERHEIM. *Socialpsykiatri – en lærebog. Systime. 168 sider. Kr. 80,- eks. Moms*



(PSYKOLOGI) ■ "Mad og følelse – blot en brugsbog" handler om, hvad der sker, når vi bruger maden forkert. Forfatterens budskab er, at lykken ikke automatisk venter bag supermarkedets bjerge af frugt og grønt, og at man ikke nødvendigvis får det bedre med sig selv af at fitnessstræne ballerne til stål. Især hvis de tyngende kilo i virkeligheden skyldes en indre sult.

ELISABETH BALSLEV. *Mad og følelse. Forlaget Hovedland A/S. 156 sider. Kr. 178 k.*



(HJERNEN) ■ Første del af "Neuropsykologi" beskriver, hvordan hjernen normalt fungerer. I anden del gennemgås de neuropsykologiske sygdomstilstande, der kan ramme voksne. Hovedvægten lægges dels på psykologiske sygdomsbilleder, der ses i forbindelse med slagtilfælde, dels på de almindeligst forekommende demenssygdomme. Bogen henvender sig til studerende og professionelle i sundhedsvæsenet.

HÅKAN ERIKSSON. *"Neuropsykologi – normalfunktion, demensformer og afgrænsende hjerneskader. Hans Reitzels Forlag. 416 sider. Kr. 450.*



(BØRN) ■ "Barndomspsykologiske facetter" rummer en væsentlig del af den forskning, som forfatteren, har arbejdet med de senere år. Bogen består af en række artikler om for eksempel udviklingspsykologi, socialisering, kompetente børns udvikling, værdier i børneopdragelsen og fædres relationer til børn.

DION SOMMER. *"Barndomspsykologiske facetter". Systime. 204 sider. Kr. 156.*



(EVIDENS) ■ "Evidensbaseret Praksis – grundbog for sundhedspersonale" henvender sig til sygeplejersker og andre personalegrupper, der vil inddrage evidens i deres arbejde med at udøve Evidensbaseret pleje. Der gives anvisning af informationssøgning, udvikling og forandring af sygeplejen, organisationsstruktur og etik.

SUSAN HAMER OG GILL COLLINSON. *"Evidensbaseret praksis – grundbog for sundhedspersonale". Nyt Nordisk Forlag. 228 sider. Kr. 249.*