



## Mere i løn

Hovedkravet fra Sundhedskartellet er mere i løn til ansatte i basisstillinger. Side 32

# Fysioterapeuten

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



## KOL

Hvordan trænes patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom, så de får størst udbytte af træningen.

TEMA side 7-17

### Artikler

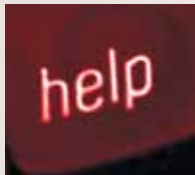
#### Træning af KOL-patienter



I tre artikler diskuteres træning af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom.

6-17

#### Overenskomst til debat



peuternes autonomi.

Årsmødet for praktiserendes kontaktpersoner stod i overenskomstaftalens tegn, men der blev også tid til at diskutere blandt andet fysioterapeuternes autonomi.

18

#### Historien om et overfald

Elsebeth Krøll blev fyret med begrundelsen "samarbejdsvanskeligheder". Med Danske Fysioterapeuters hjælp lykkedes det hende at få både oprejsning og erstatning ved domstolene. Men helt over det kommer hun aldrig.

24

#### Med fysioterapeuterne til Paralympiske Lege



Kenneth Damsgaard og Puk Øhlenschläger har været en del af sundhedsteamet omkring de danske atleter til de paralympiske lege i Athen. Læs et uddrag af deres dagbogsnotater.

28

#### Højere løn har første prioritet

Mere i løn til ansatte i basisstillinger. Det er hovedkravet fra Sundhedskartellet, der har afleveret overenskomstkrav til arbejdsgiverne. Samtidig skal ny løn erstattes med en anderledes lønmodel.

31



#### Pige træd knap så varsomt

Balletdanserne på Det Kongelige Teater lever livet knap så farligt som hidtil. Et nyt gulv, der vil give danserne en langt større tryghed, er netop blevet indviet, og næste år får teatrets rehabiliteringscenter nye og bedre lokaler, hvor danserne ifølge Politiken skal tilbydes mere fysioterapi og massage. Tuborgfondet er den glade giver.

### Det faste

Fysnyt	4,27
Litteratur	22
Debat	33
Kalender	34
Uddannelse	37
Job	41



FORSIDE:  
JENS HASSE/CHILI

Udgiver:  
Danske Fysioterapeuter  
Nørre Voldgade 90  
1358 København K

Telefon 33 41 46 20  
Redaktionens fax:  
33 41 46 14

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-, uddannelses-  
og stillingsannoncer:  
Panorama Media a/s  
70 10 35 33  
www.panoramamedia.dk  
info@panoramamedia.dk

Kontrolleret oplag 9.383  
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2003 - 30. juni  
2004

86. årgang.  
Abonnement: 800 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

ISSN 1601-1465

## Fremtidens lønsystem

Sundhedskartellet, og dermed også Danske Fysioterapeuter, udvekslede den 5. oktober overenskomstkrav med de kommunale arbejdsgivere. Dermed er overenskomstforhandlingerne på det offentlige område skudt i gang, og fronterne er fra begyndelsen trukket hårdt op.

Den store opgave ved denne forhandling er at gøre op med ny løn, som vi kender systemet i dag. Det kan man ikke gøre uden at præsentere en alternativ lønmodel, så det har Sundhedskartellet gjort. Lønmodellen er både en forenkling af det nuværende system og giver klarere og gennemskuelige retningslinier for, hvad der lokalt skal og kan give ekstra tillæg. Som udgangspunkt skal modellen sikre, at alle får del i lønstigningerne, samtidig med at det ekstra kan belønnes. Med andre ord en central skræddersyet model til sundhedsgrupperne med mulighed for at sætte blonderne på lokalt.



Af Johnny Kuhr  
formand for  
Danske  
Fysioterapeuter

Over for dette står arbejdsgiverne med krav om, at en større del af lønnen skal aftales lokalt. Ønsket er at give arbejdspladserne mulighed for at føre egen lønpolitik, samtidig med at man lokalt beslutter, hvordan opgaverne skal løses, eksempelvis når det nye kommunale danmarkskort skal på plads. Amterne kan have ret i, at de offentlige arbejdspladser i stadig større omfang vil blive målt og vejet som private virksomheder, og at lønnen i denne forbindelse bliver stadig vigtigere som ledelsesredskab. Men kuren, som foreskrives, er forkert, hvis ønsket er også at ligge de private virksomheder på lønsiden.

Erfaringerne med ny løn viser, at den ikke har været med til at indsnævre løngabet mellem det offentlige og det private arbejdsmarked. De lokale tillæg er tilfaldet dem med særlige funktioner og lederne. Det er fint at tilgodese disse grupper, men det efterlader den store basisgruppe i stikken. Det er lige netop denne gruppe, som det er vigtigt at få hævet lønnen for, hvis der på sigt skal blive fuld ligeløn mellem offentligt og privat ansatte med samme uddannelsesbaggrund. Derfor gælder det denne gang om at sikre en reel lønsudvikling for den almindelige fysioterapeut, der leverer kerneydelserne i faget, samtidig med at der gives mulighed for lokal udmøntning inden for nærmere fastsatte retningslinier.

Det er et ønske fra Sundhedskartellet løbende at give informationer om forhandlingerne. Medlemmerne skal helst opleve at være tættere på forhandlingerne end tidligere. Derfor lægger vi meget vægt på debatten og at informere tæt. Omvendt træder forhandlingerne nu ind i en fase, hvor det af strategiske årsager kan være nødvendigt at holde kortene tæt til kroppen. Det håber jeg på forståelse for.

## Ildrætsskader i albueleddet

**Idræt** ■ Overlæge Bo Sanderhoff Olsen gennemgår de hyppigste idrætsskader i albueleddet i Sportsmedicin nr. 3. fra september måned. I artiklen gennemgås både akutte skader og overbelastningsskader.

## Botox og fysioterapi kan reducere spasticitet

**Børn** ■ Fysioterapeut Elaine Møller har i en årrække samarbejdet med børneneurolog Finn Aspelund fra Stavanger om Botox-behandling og fysioterapi til børn med cerebral parese. Målet med behandlingen er at reducere spasticiteten, fremme længdevæksten af de aktuelle muskler og forebygge eller udsætte operative indgreb. Elaine Møller og Finn Aspelund beskriver deres erfaringer med botox i det norske *Fysioterapeuten* nr. 9, september 2003, side 14-16.

## Intensiv motorisk træning af børn

**CP** ■ Barnas Fysioterapicenter i Bergen i Norge tilbyder intensiv motorisk holdtræning. Børnene trænes i funktioner, der har betydning for barnets og forældrenes hverdag. I en artikel i *Fysioterapeuten* gennemgår de deres arbejde og erfaringer med træning af børn. *Anne Brit Sørsdahl, Helga Kristin Kaale, Jan-nike Rieber. Intensiv motorisk træning i gruppe for barn med cerebral parese. Fysioterapeuten* nr. 9, september 2004, side 23-27.

fysnyt

## Rabat ved tilmelding i 2004

**MT** ■ I resten af 2004 er der mulighed for indmeldelse i Fagforum for Manuel/Muskuloskeletal Terapi til halv pris. Prisen er årligt normalt 600,- for ordinært medlemskab og 150,- for studerende. Læs mere om tilbudet på [www.muskuloskeletal.dk](http://www.muskuloskeletal.dk). Her kan man også læse mere om kurser, uddannelsesforløb, MT-konceptet samt tilmelde sig et nyhedsbrev.



## Nyhedsbrev om demens

**www** ■ Videnscenter på Ældreområdet udsender et nyt elektronisk nyhedsbrev om demens i forhold til ældre. DEMENS vil bringe nyheder, men også dialog og debat blandt læserne. Nyhedsbrevet henvender sig til læsere, som i det daglige har demens inde på livet – enten gennem deres arbejde, som frivillige eller som privatpersoner. Via denne service kan man komme i dialog med fagfolk og kolleger rundt i landet. Spørgsmål, oplæg til diskussion eller rapporter og andet, som

man gerne vil have omtalt i DEMENS, sendes til: [johannesen@aeldreviden.dk](mailto:johannesen@aeldreviden.dk) eller til Videnscenter på Ældreområdet, Aurehøjvej 24, 2900 Hellerup, mærket "DEMENS". Der kan allerede nu ske tilmelding på [demenslist-on@aeldreviden.dk](mailto:demenslist-on@aeldreviden.dk) og den første udsendelse sker i uge 41. Redaktør af nyhedsbrevet er Annette Johannesen.



## Arbejdsløse dropper træningen

**Styrketræning** ■ Finske forskere har undersøgt, hvilke faktorer der har betydning for, om midaldrende mænd og kvinder fortsætter med at træne. 226 raske mænd og kvinder var inkluderet i et studie, hvor de vejledt af instruktør styrketrænede i 22 uger. Undersøgelsen viste, at det især var de arbejdsløse, der stoppede træningen. Kvinder,

der røg, stoppede også i højere grad med at træne. Ligeledes var der en tendens til, at kvinder over 50 år var bedre til at fastholde træningen end kvinder under 40 år. *Jukka Surakka et al. Adherence to a Power-type strength Training Programme in Sedentary, Middle-aged Men and Women. Advances in Physiotherapy* 2004; 6:99-109.

# POWER LASER

-et effektivt værktøj i klinikken

## POWER LASER

- 5 terapi-PROGRAMMER
- 500 mW
- ergonomisk
- gedigent DESIGN
- TRÅDLØS, batteridrevet
- uafhængig
- gennemprøvet
- med 2 års GARANTI
- informativ PATIENTFOLDER  
inkluderet ved køb - 2 års forbrug
- RÅDGIVNING
- SUPPORT
- 22 års erfaring
- Terapimanual
- Instruktionsvideo
- GRATIS hotline til fysioterapeut

## LASERTERAPI = evidensbaseret fysioterapi

### **FORDELE ved at anvende laserterapi:**

- hurtig og effektiv smertelindring
- effektivt supplement til øvrig behandling
- kortere behandlingsforløb
- større patienttilfredshed
- fysisk aflastning som behandler

**GRATIS  
KURSER**

### **GRATIS SPECIALKURSER - laserterapi for fysioterapeuter**

- i samarbejde med fysioterapeut Jesper Kousted

19. oktober: Helsingør

20. oktober: Næstved

26. oktober: Aalborg

27. oktober: Aabenraa

9. november: København

7. december: Århus

**Alle dage kl. 17.00 - 21.00**

**Let anretning serveres**

## EVIDENS

Den Norske Sundhedsstyrelse godkendte i juli 2001 laserterapi som tilskudsberettiget. Godkendelsen er baseret på en meta-analyse af hundredvis af valide og signifikante videnskabelige undersøgelser om laserterapi.

Den amerikanske godkendelsesmyndighed FDA godkendte i januar 2002 det første laserterapi-apparat til behandling af Carpal Tunnel Syndrome. Godkendelsen er baseret på en dobbeltblind undersøgelse af adskillige hundrede arbejdere på General Motors fabrikkerne. Siden har FDA godkendt 8-10 andre laserterapi-apparater, bl. a. en model fra ANDI ELECTROMEDICAL.

**Se mere på [www.andi.dk](http://www.andi.dk)**

*ANDI ELECTROMEDICAL har udviklet og produceret laserterapiudstyr siden 1982.*

ANDI ELECTROMEDICAL

Kanalstræde 2 · DK-4300 Holbæk · Tel. +45 59 44 08 32

Fax +45 59 44 29 11 · [info@andi.dk](mailto:info@andi.dk)

**Afprøv  
POWER LASER  
gratis i 3 uger**

**[www.andi.dk](http://www.andi.dk)**

# Udvikling af et træningsforløb

I et udviklingsprojekt i Kolding kommune har man undersøgt effekten af et træningsforløb. Øget gangdistance var et af de positive resultater, men ikke alle kunne profitere af træningen

AF FYSIOTERAPEUTERNE THYRA REBSDORF CARØE  
OG ANN CASSAGNERES, KOLDING KOMMUNE  
FOTO: JENS HASSE/CHILI FOTO

Otte patienter med moderat KOL fik tilbudt opvarmning og konditionstræning blandt andet med stavgang og styrketræning i maskiner. Træningen viste sig at have

positiv effekt på gangdistance og thorakal bevægelighed.

Tilbuddet var et led i et pilotprojekt, der blev iværksat i sommeren 2003 i Kolding kommune. Målet med projektet var at nå frem til en standard for et træningsforløb til pensionister i kommunen med diagnosen KOL (kronisk obstruktiv lungelidelse). I det følgende beskrives rationalet bag træningsforløbet og effekten af træningen.

Konventionel fysioterapi til patienter med KOL har tidligere sædvanligvis bestået af thoraxmobilisering, åndedrætsøvelser, sekretløsning, respiratorisk muskeltræning samt vejledning i hvilestillinger og kontrol

af respiration (1).

I dag prioriterer man i højere grad intensiv konditionstræning med en arbejds puls på mellem 70-85 procent af den maksimale puls. Det anbefales, at helkropsøvelser og gangtræning indgår i træningsforløbet, der varer minimum syv uger med to gange ugentlig superviseret træning med efterfølgende kontrol hver tredje måned (2).

Øvelser i dyspnøkontrol og derudover sekretløsning, forebyggelse af åndenød, respiratorisk muskeltræning

(RMT) og vejledning i at takle KOL i det daglige er stadig en vigtig del af KOL-rehabiliteringen (3).

## BEHOV FOR TRÆNINGSTILBUD

I kraft af det øgede fokus på KOL var der i Kolding kommune opstået et behov for at udvikle et holdtræningstilbud.

Kolding Sygehus havde desuden planer om en såkaldt "lungeskole", og vi fandt det oplagt at arbejde med et opfølgende forløb til dette. Endelig oplevede vi, at de danske sygehuse havde og har fokus på lungelidelser generelt, især grundet de lange, mange og dyre indlæggelser. Denne indsats, mener vi, burde følges op i kommunerne.

Materialet, som ligger til grund for vores projekt, er undersøgelser og andre projekter, som er udarbejdet af sygehusterapeuter, da vi ikke har kendskab til kommuner, som har valgt at arbejde evidensbaseret med emnet.

Vi har valgt primært at tage udgangspunkt i Frederiksberg Hospitals "Kliniske retningslinjer for lungefysioterapi til patienter med Kronisk Obstruktiv Lungelidelse (3), samt Håndbog om Fysisk aktivitet (2).

## PROJEKTET

Formålet med projektet var at finde frem til et træningsforløb for patienter med KOL, der byggede på den eksisterende evidens og som kunne fungere som ►

## indgang

■ Fysioterapeuterne i Kolding kommune har i et pilotprojekt udviklet og afprøvet en træningsmodel for patienter med KOL. De har blandt andet set på effekten af konditionstræning med gang, cykling og stavgang. Da fysioterapeuterne i Kolding kommune ønsker at videreudvikle tilbuddet til denne patientgruppe har fagbladet bedt tre fysioterapeuter kommentere træningsmodellen.

*En gruppe patienter med KOL fik tilbudt træning to gange om ugen i tre måneder. En registrering af behandlingseffekten skal danne grundlag for et fremtidigt træningstilbud.*



- ▶ en opfølgning af lungeskolen på Kolding sygehus. En gruppe patienter skulle afprøve forløbet, og effekten af træningen skulle registreres med henblik på at optimere træningstilbuddet. Målet med træningen var:

- På kropsniveau: forbedring af kondition, øgning af thorax' bevægelighed, øgning af respirationsmuskulstyrke samt at blive i stand til at forebygge åndenød.
- På aktivitets- og deltagesniveau: For eksempel at blive i stand til at klare påklædningen uden støtte om morgenen.

## fakta om...

### FUNKTIONSNIVEAU

Niveau 1: Deltagerne overkommer, overskuer og tager initiativ.

Niveau 2: Deltagerne klarer stort set at tage initiativ.

Niveau 3: Deltagerne har vanskeligt ved at tage initiativ.

Niveau 4: Deltagerne er ude af stand til at tage initiativ.

*Kommunernes fællessprog.*

Vi mente, at stavgang måtte have god effekt for patienter med KOL, da det er en helkropsaktivitet med relativ lav kredsløbsbelastning. Under stavgang aktiveres thorax, hvilket kunne efter vores mening være med til at løsne de assessoriske respirationsmuskler samt fremme bevægeligheden.

Det er vores erfaring, at anvendelse af PEP-maske på inspiration såvel som eksspiration giver en dybere respiration og er med til at styrke diafragma samt de intercostale muskler. Netop de intercostale muskler udtrættes ofte ved hyppig dyspnø, hvilket vi tror, indirekte vil hæmme bevægeligheden i thorax.

I en stor del af den litteratur, vi kender til, som beskriver lungefysioterapeutisk træning, indgår thoraxmobiliserende øvelser. Derfor kunne vi tænke os at afprøve, om øvelserne havde effekt på thorax' bevægeudslag.

### MÅLGRUPPEN

I projektet var inkluderet otte deltagere med moderat KOL. Deltagerne havde en FEV<sub>1</sub> (forceret ekspiratorisk volumen pr. sek.) på mellem 40-60 procent af forventet lungekapacitet (3).

Vi valgte primært at inkludere patienter med moderat KOL, fordi vi tror, at træningsforløbet kunne gøre den største forskel med denne målgruppe. Deres fald i funktionsniveau er endnu ikke dramatisk, og de har stadig overskud til at indgå i et intensivt træningsforløb.

Desuden kunne brugere med iltapparat ikke indgå i projektet af praktiske årsager. Vi ville også med en patientgruppe med moderat KOL være ude over problemet med at måle saturation, da risikoen for desaturation er lavere ved moderat KOL. Vi ønskede at afprøve effekten af RMT, hvilket de færreste med svær KOL kan holde til, og ligeledes ønskede vi at afprøve stavgang som træningsmetode, så deltagerne skulle være i stand til at gå.

Vi kunne etisk ikke forsvare at ekskludere rygere, selvom vi havde lyst, men deltagerne blev informeret om, at vi gik ind i projektet med en professionel indstilling, hvilket vi også forventede af dem.

Kommunernes fællessprog blev anvendt i vurderingen af deltageres mestringssevne. Tre af deltagerne blev vurderet ved starten til at have en mestringssevne på niveau 1 grænsende til 2. To flyttede sig fra niveau 3 til den tunge ende af niveau 2, og tre deltagere lå på niveau 3. Angsten for åndenød var typisk for niveau 3. Vi valgte at overbooke holdet med to deltagere på grund af risiko for frafald i forbindelse med indlæggelser.

### METODE OG DESIGN

Vi sendte vores projektbeskrivelse til Kolding kommunes praktiserende læger, vores kolleger på Kolding sygehus og vores kommunale samarbejdspartnere. Projektet tog form, da henvisningerne begyndte at strømme ind.

Vi foretog hjemmebesøg hos de udvalgte deltagere, hvor vi gennemgik projektbeskrivelsen, deres og vores forventninger og foretog en lungefysioterapeutisk forundersøgelse sammen med dem.

Vi målte deltageres bevægelighed i thorax (maksimal inspiration og eksspiration målt i cm) ved starten og slutningen af træningsforløbet. Vi indstillede PEP-maske-modstandene på inspiration og eksspiration via manometer og målte patienternes gangdistance med 6-minutters gangtest ved start, midtvejs og til slut.

Projektet varede tre måneder med 28 mulige træningspas af 1½ times varighed, to gange ugentligt. Projektet forløb over tre måneder med 28 mulige træningspas, da vi forventede at løbe ind i periodisk frafald på grund af indlæggelser af deltagerne. Hvert træningspas varede 1½ time og kunne se således ud:

- Opvarmning inklusiv thoraxmobilisering og ånde-drætsøvelser.
- Konditionstræning:
  - I maskiner: Kondicykel, airdyne, powerrider
  - I terræn: stavgang eller gang ved rollator. Vi tilstræbte en intensitet på 75-80 procent af maksimalpuls i længere tid; målt med pulsar. Der var fokus på helkropsøvelser samt vigtigheden af træning af gangdistance.
- Styrketræning. Dips/pulldown til træning af OE. PEP-maske.
- Nedvarmning. Udspænding af nakke/skuldre, strækøvelser for større muskelgrupper og ånde-drætsøvelser.
- Et glas kakao (4). For at fylde proteindepoterne op.

Deltagerne blev instrueret i at anvende deres PEP-maske tre gange dagligt med 3 gange 10 gentagelser pr. gang. I litteraturen anbefales det, at en PEP-maske ▶



Husk at forsikre dig selv...



## PKA<sup>+</sup>GRUPPEFORSIKRING

De fleste husker at forsikre bilen, huset og indboet, men mange glemmer at sikre sig selv – og familien.

En PKA<sup>+</sup>GRUPPEFORSIKRING kan bestå af op til tre forskellige dækninger: Sum ved død, invaliditet og kritisk sygdom.

PKA<sup>+</sup>GRUPPEFORSIKRING er attraktiv, hvis

du er under 55 år og ikke er omfattet af tilsvarende dækninger i fx pensionskassen – eller hvis du ønsker flere af slagsen.

Ring til PKA på 39 45 46 00 og hør mere om PKA<sup>+</sup>GRUPPEFORSIKRING – eller klik ind på [www.pkaplus.dk](http://www.pkaplus.dk).

Vi glæder os til at hjælpe dig.

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

- ▶ anvendes 3 gange 10 minutter dagligt i minimum 7 uger for at have effekt (5).

Vi vejledte i et hjemmeøvelsesprogram, som vi også opfordrede patienterne til at gøre dagligt.

For at de skulle kunne se en effekt på deres funktionsniveau, bad vi dem om at vælge den for dem mest anstrengende daglige opgave at måle på med Borgs skala (6).

Vi har bevidst valgt ikke at undervise teoretisk i sygdommen, da projektet er ment som en opfølgning på Koldings Sygehus' lungeskole, som lægger op til et tværfagligt forløb med undervisning ved fysioterapeuter, læger, diætister etc.

I stedet inviterede vi to hjemmesygeplejersker til en undervisningstime cirka midtvejs i forløbet, hvor deltagerne kunne få svar på spørgsmål omkring deres

lungemedicin. Hjemmesygeplejerskerne gennemgik korrekt brug af medicin og inhalatorer. De fortalte, hvilken medicin der havde langtids- og korttidseffekt, samt om Pari Turboboy, ilt, binyrebarkhormon, bivirkninger med videre.

### DELTAGERNES UDBYTTE

Fem deltagere oplevede, at de vedligeholdt deres funktionsniveau. En af dem havde oven i købet et længere fravær på grund af en sekundær lidelse. Tre oplevede, at de har haft en mærkbar fremgang i funktionsniveau. For eksempel fortæller én, at han ikke længere vågner, når han skal vende sig om natten, og at han ikke længere har brug for hjælp til at komme i tøjet om morgenen.

Deltagernes arbejds puls lå mellem 60-80 procent af maksimalpuls under træningen. Altså lidt lavere end anbefalet. To sluttede træningsforløbet med en arbejds puls lavere end 60 procent, grundet arytmi og ukontrollabelt forhøjet blodtryk, hvilket gav sortnen for øjnene.

Gangtræningen havde god effekt. To øgede gangdistancen med mere end 100 procent, én med mere end 50 og to med 10 procent. Tre har oplevet et fald i gangdistance mellem 3 og 10 procent.

Samlet set har vi målt og vurderet fem deltagere til at have øget deres kondition på baggrund af pulsmålinger, gangdistancer og cykelresultater. Deltagerne har cycled 10 minutter ad gangen og der er ført skema over intensitet og distance fra gang til gang.

To har en uforandret kondition og en har oplevet tilbagegang. Sidstnævnte deltager har haft flere indlæggelser i projektperioden på grund af KOL.

Halvdelen af deltagerne havde øget bevægeligheden i brystkassen mellem 1- 4,5 cm. En af målingerne var ikke valid, og tre havde ikke ændret sig.

Der indgik helkropsøvelser i opvarmningen, i stavgang og brugen af airdynecykel og powerrider. For deltagerne med KOL grænsende til svær grad har helkropsøvelserne været særligt anstrengende.

Respirationsøvelser er anvendt i form af Pursed Lip Breathing samt abdominal vejtrækning. Særligt Pursed Lip Breathing fremhæves af deltagerne som en hjælp i det daglige til at opnå en bedre kontrol med vejtrækningen.

De fem deltagere, som ikke var afhængige af en rollator, har alle profiteret af stavgangen. En går nu dagligt og har investeret i egne stave. De øvrige tre deltagere er alle afhængige af deres rollator og anvender den blandt andet til at fiksere skulderåget med under anstrengelse. De oplevede stavgang som alt for anstrengende og sagde tidligt fra.

Fire deltagere har brugt masken dagligt i hele projektets forløb. En øgede sin modstand fra 3,5 mm

### HVAD ER KOL?

KOL står for Kronisk Obstruktiv Lungelidelse. Hermed menes, at lungefunktionen er permanent nedsat, og at der er modstand mod luftens passage gennem bronkierne. Det viser sig som åndenød og øget muskelarbejde for at trække vejret. KOL kaldes også for Rygerlunger, da primær årsag til diagnosen er rygning. Langvarig udsættelse for meget fine støvpartikler eller en arvelig enzymdefekt kan også være medvirkende årsag (8).

Cirka 200.000 mennesker lider af KOL og antallet er stigende. Sygdommen fører til ca. 3000 dødsfald årligt og er dermed den 4. hyppigste dødsårsag. Årligt indlægges 15.000 personer pga. KOL. I alt 700 personer får hvert år tildelt førtidspension på grund af KOL (9).

KOL kan dække over flere underdiagnoser for eksempel kronisk bronkitisk, emfysem og bronchokonstriktion. Astma er også en obstruktiv lungelidelse og betragtes derfor ofte også, som en underdiagnose til KOL. Astma skiller sig dog ud på flere områder. Rygning er ikke nødvendigvis årsag til astma, men årsagen er typisk en allergen reaktion, som kan forværres ved rygning (3). Fælles for de tre er, at medicinsk behandling primært består af bronkiedilaterende og anti-inflammatorisk medicin. Binyrebarkhormon har vist sig at stabilisere sygdommen, men anvendes først i senere stadier af sygdommen.

God ernæring spiller en vigtig rolle hos KOL patienter, da de risikerer gradvist at blive underernærede. For patienter med KOL koster det mange kræfter at trække vejret, og de har ofte nedsat appetit. Også vejret har indflydelse på KOL patienterne. Vintersæsonen er typisk højsæson for KOL-indlæggelser på sygehusene, da der er større risiko for infektioner i luftvejene. En varm sommer kan dog også være belastende for mennesker med KOL (3).

på eksspirationen, to øgede modstanden med 1 mm i både eksspirationen og inspiration og én formåede at vedligeholde niveauet. Sidstnævnte har i dag valgt at købe et PEP-sæt, så han fortsat kan træne i det daglige. De fire øvrige deltagere har enten oplevet masken som foranstrengende eller generende at anvende i forhold til en PEP-fløjte. Tre af dem sluttede med samme modstand som ved start, og den sidste måtte have reguleret modstanden, så den blev 1 mm mindre.

### GAVN AF TRÆNINGEN

Alle deltagerne svarede ved projektets afslutning, at de oplevede, at kontinuerlig træning gavnede dem.

Deltagerne har lært træningsteknikker at kende, som kan anvendes i de daglige gøremål. Særligt Pursed Lip Breathing teknik fremhæves. Gang og bevægelighedsøvelser for brystkassen samt udspænding af nakkemusler nævnes også.

Tre deltagere oplevede angst for åndenød som et primært problem i forbindelse med fysisk aktivitet. De oplever nu, at de kan kontrollere åndenød via åndedræts-teknikker, så de ikke føler sig angsthæmmede som før projektets start. Der kan ikke konkluderes på effekten hos en af deltagerne, der udtalte sig uklart ved evalueringen. De resterende fire deltagere har ikke været præget af angst i forbindelse med fysisk aktivitet.

Generelt oplever flertallet, at deres overskud svinger fra dag til dag samt i løbet af dagen. Derfor har de haft svært ved at svare på, om de er blevet i stand til at kende egne ressourcer og til at disponere dem bedst muligt.

Deltagerne var glade for undervisningsseancen ved hjemmesygeplejerskerne, da de opnåede bredere viden inden for lungemedicin.

Generelt var alle enige om, at de har profiteret af erfaringsudveksling med hinanden i tackling af KOL sygdommen.

### RESULTATERNES GYLDIGHED

Der kræver en spirometri lige inden projektstart, hvis man skal have et præcist kendskab til lungekapaciteten. Egen læge kan oplyse, hvad patientens FEV<sub>1</sub> eller FRC (funktionelle residuale kapacitet) ligger på i forhold til forventet niveau, men en forventning er et skøn og ikke en regulær måling. Vi vurderer dog, at dette sidste ende ikke har den store betydning for borgeren, da vi ikke kan ændre på lungekapaciteten.

Det var svært at vurdere frem- og tilbagegang i kondition, når vi sammenlignede cykling i forhold til gang. På en cykel fikses skulderåget på styret, og det er derfor nemmere at få vejret.

Vi havde to deltagere, som forbedrede deres kondition, når vi aflæste cykelresultaterne. Samtidig kunne det tyde på, at de havde et lille konditionsfald, når vi vurderede gangresultaterne. Begge gik uden rollator. ▶

HJÆLPEMIDLER	REHABILITATION	PLEJE
 <p><b>REHACARE<sup>®</sup></b> INTERNATIONAL</p> <p><b>No.1</b> workshops</p> <p><a href="http://www.rehacare.de">www.rehacare.de</a></p>		
		
<p><b>International</b> <b>førende fagmesse for</b> <b>mennesker med handicap</b> <b>og plejebenhov</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nyheder og trends</b></li> <li>• <b>Info- og fagprogram</b></li> <li>• <b>Kongres og workshops</b></li> <li>• <b>Seminar og særudstillinger</b></li> <li>• <b>Info på hjemmesiden alle årets dage</b></li> </ul> <p><b>Düsseldorf</b> <b>10.-13. november 2004</b></p>		
<p>Partner Denmark</p> 	<p>For yderligere information, adgangskort og kataloger kontakt: Intermess ApS Rådhusvej 2 2920 Charlottenlund Tlf. 45 50 56 55 Fax 45 50 50 27 info@intermess.dk www.intermess.dk</p>	 <p><b>Messe</b> <b>Düsseldorf</b></p>



- ▶ Til denne målgruppe er det derfor værd at tage højde for, hvilke arbejdsstillinger de arbejder i og bestemme sig for et enkelt parameter at måle konditionen på.

En af deltagerne havde en hjerte-kar-lidelse, som gav store udsving ved pulstagning. Den reelle arbeidspuls blev derfor et skøn fra fysioterapeutens side. Ligeledes fik en deltager forhøjet blodtryk hen mod slutningen af perioden, så hun fik sorte pletter for øjnene ved anstrengelse. Derfor viser hendes målinger generelt, at hun har haft et dyk i kondition, selvom hun selv oplevede øget udholdenhed i hverdagsopgaver.

Vi udregnede maksimalpuls efter formelen  $208 - (0,7 \times \text{alder})$ . Dette er ikke nogen præcis måde at gøre det på, da man regner med et pulsinterval på 0 - 200. I stedet vil det være bedre at foretage en watt-max test eller anvende Borgs skala (7).

Seks minutters gangtesten blev udført på en gang på et plejecenter med afmærkning for hver tiende meter. Deltagerne skulle derfor koncentrere sig om at passere forbi stedets beboere og diverse rengøringsvogne. Vi måtte også være opmærksomme på, hvornår på dagen testen blev udført, da turen gik gennem

stedets cafeteria, hvor der ryges i middagspausen. Et gangbånd vil klart være at foretrække.

## fysio.dk...

Diskussionen om det ideelle rehabiliteringstilbud til brugere med KOL fortsætter på [fysio.dk](http://fysio.dk)

## OVERVEJELSER

Vi overvejer, om det er rimeligt at dele KOL-holdene op efter patienternes lungekapacitet, da funktionsniveauet ikke nødvendigvis hænger sammen med lungekapaciteten. Man kunne vælge i stedet at se på, om borgerne er i stand til at klare sig med eller uden rollator, så træningen tilrettelægges efter, om øvelserne skal være selektive eller kan foregå som helkropsøvelser.

For at komme nærmere et øjebliksbillede af deltagerens lungefunktion vil vi overveje at anvende peak flow i træningsforløbet.

To af de deltagere, som arbejdede kontinuerligt med PEP-masken, øgede både bevægeligheden i thorax og modstanden på PEP-masken. Dette kunne tyde på, at bevægeligheden i thorax øges i takt med, at respirationsmuskulaturen styrkes. Det kunne være spændende at få flere erfaringer med det.

For at deltagerne skulle kunne se en effekt på deres funktionsniveau, bad vi dem om at vælge den for dem mest anstrengende daglige opgave at måle på, via Borgs skala (6). Det lykkedes ikke rigtigt at gennemføre dette, men det er en ide, vi vil arbejde videre med.

Borgernes livskvalitet er en væsentligt parameter at måle på. Der er flere mulige og meget omfattende redskaber til at måle den, men i første omgang var det ikke et overvejende mål for vores projekt. Vi vil dog bestemt inddrage dette aspekt, når vi har fået flere

erfaringer med denne målgruppe og skal i gang med et større udviklingsstudie.

## KONKLUSION

Pilotprojektet havde til opgave at udvikle, beskrive og evaluere en træningsmodel for patienter med KOL i kommunalt regi. Vi har fået erfaringer med sundhedsstyrelsens anbefalinger på KOL-området og kan konkludere, at konditionstræning i form af gangtræning og cykling med en estimeret puls på 60-80 procent af maksimalpuls har god effekt, når der trænes to gange 1,5 time ugentligt i tre måneder.

Thoraxmobiliserende øvelser viste sig kun at have delvis effekt, men at der kan være en sammenhæng mellem øgning i respirationsmuskulaturstyrke og thorax' bevægelighed.

RMT har god effekt, når retningslinjerne fra Frederiksberg Sygehus følges (5). Det er dog ikke alle, som føler sig fortrolige med en PEP-maske, så det er meget individuelt, om RMT kan være en del af KOL-rehabiliteringen.

Pursed Lip Breathing teknikken til at kontrollere åndedrættet har alle deltagerne haft gavn af, særligt de, som har oplevet angst i forbindelse med åndenød. Alle har oplevet, at træning gavner dem til at klare de daglige gøremål, men vi har ikke været konkrete nok i vores registreringer af funktioner. Der kan derfor ikke gøres yderligere rede for målene på aktivitets- og deltagelsesniveau.

Stavgang som særligt egnet træningsredskab til mennesker med KOL kan diskuteres. Til deltagere, som anvender rollator i det daglige, var det alt for anstrengende. Derimod havde de deltagere, som klarer at gå uden rollator, stor glæde af stavgang.

Vi har opnået erfaring med forskellige testmetoder og vil i nogle tilfælde vælge anderledes ved fremtidige hold. Også i forbindelse med afgrænsning af målgruppe vil vi vælge anderledes. Vi mener, at graden af lungekapacitet ikke nødvendigvis siger noget om borgerens mestringssevne.

Det er en god idé at supplere træning med undervisning i anvendelse af lungemedicin. Borgerne med KOL får god mulighed for at stille opklarende spørgsmål og lære af hinandens erfaringer, når man giver plads til en begrænset mængde teori i et træningsforløb.

Udviklingsprojektet med patienter med KOL har været en givtig proces, som vi varmt kan anbefale andre kommunale fysioterapeuter at begive sig ud i.

## PERSPEKTIVERING

Kolding kommunes træningstilbud til borgere med KOL fortsættes. De praktiserende læger har været flinke til at henvise til os ligesom vores kommunale samarbejdspartnere og fysioterapiafdelingen på Kolding sygehus.

Efter en avisartikel og omtale i lokalradio P4 har flere borgere også selv henvendt sig. Vi startede derfor et hold for borgere med svær KOL i februar 2004 og syv uger frem, så vi kan få erfaringer med denne målgruppe. Herefter tog vi fat på borgerne med moderat KOL i april 2004 og syv uger frem.

På baggrund af pilotprojektets resultater sammenholdt med ønsket fra vores ledelse om kvalitetsudvikling har vi nu fået blod på tanden. Vi vil derfor formentlig realisere et kvalitetsudviklingsstudie senere på året. Forhåbentlig til gavn for patienter med KOL. ■

#### REFERENCER

1. Lungefysioterapi. Teori, Praksis. Strategi. Ulla Ingwersen. Munksgård.
2. Fysisk aktivitet. Håndbog om forebyggelse og behandling. Udarbejdet af Bente Klarlund Pedersen og Bengt Saltin. Sundhedsstyrelsen 2003
3. Physiotherapy in respiratory care. Hough. 2001. Nelson Thornes Ltd. Cheltenham, UK. Kap.9. s. 425.
4. Rie Møller. Den tværfaglige behandling af KOL patienter. Dætisten nr. 59, 2002.
5. J. Kromann et al. Kliniske retningslinjer for LFT til KOL. Fysioterapiafsnittet, Reumatologisk klinik C, Frederiksberg hospital 2003.
6. Borgs skala: Moeland, 7.G (1995). Helhetlig Hjerterehabitering. Høyskoleforlaget a/s. Kristianssand, Norge.
7. www.motion-online.dk ved idrætsfysiolog Morten Zacho. Center for muskelforskning. Rigshospitalet.
8. www.goldcopd.dk
9. S. 49. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. Regeringens sundhedsplan. September 2002 www.folkesundhed.dk



MedicSport er totalleverandør til alt inden for fitness og aerobic. Vi tilpasser vores fitnessløsninger til kundernes specifikke behov samt pladmæssige- og økonomiske ressourcer. Vi har mange års erfaring i rådgivning, indretning, finansiering og servicering af både fitnesscentre, virksomheder, fysioterapeuter, klubber og foreninger.

Vi leverer motionsudstyr i de bedste mærker og i mange forskellige pris-klasser.

Vi har også Danmarks største brugt-lager og et bredt udvalg i inventar, gulvbelægning, audioudstyr, solarier, kosttilskud og meget mere.

Kontakt os for mere information og få et uforpligtende tilbud.

#### STYRKETRÆNINGSDUDSTYR



#### AEROBICUDSTYR



#### KREDSLØBSUDSTYR



Gladsaxevej 356 · DK-2860 Søborg · Tlf. 39551997 · Fax 39551987  
E - mail : info@medicsport .dk · www.medicsport.dk

# Differentieret holdundervisning

Forskelligt funktionsniveau og lungefunktion gør det nødvendigt med differentieret undervisning til patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse

AF FYSIOTERAPEUT ÅSE SKYTTE, HOLSTEBRO SYGEHUS  
FOTO JENS HASSE/CHILI FOTO

## indgang

■ Fagbladet har bedt tre fysioterapeuter kommentere artiklen "Udvikling af et træningsforløb". De tre fysioterapeuter har mange års viden og erfaring med behandling og træning af patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse.

Fysioterapeuterne Thyra Rebsdorf Carøe og Ann Cassagneres fra Kolding kommune har med projektet omkring udvikling af træningsforløb til KOL-patienter kastet sig ud i en gren af fysioterapien, evaluering af egen praksis, som er utrolig vigtig for både faget og os selv som terapeuter. I artiklen kommer de især ind på to områder, testmetoder og træningsmetoder, som de har fået forskellige erfaringer med.

I artiklen nævnes mange forskellige metoder, der er brugt til at vurdere, om træningen hjælper, men som forfatterne selv når frem til, bliver de nødt til at bestemme sig for nogle få enkle metoder fremover. Begrænsningens kunst er svær, men nødvendig. Målet for træningen skal selvfølgelig være vejledende for effektparametrene, lige som målet er bestemt ud fra problemet.

## GANGTEST

Min erfaring med KOL-patienter er, at det er deres daglige funktionsniveau og dyspnø, der har afgørende betydning for dem, og at det derfor er funktionsniveauet og dyspnø, der bør evalueres. Jeg har i mange år selv brugt seksminutters gangtesten og mener, at den er udmærket, men der skal selvfølgelig være ro på gangen og ingen røg. Gangtesten kan fint kombineres med Borgs dyspnøskala ved at måle dyspnø før gangtesten, det vil sige i hvile og umiddelbart efter svarende til maksimal belastning. Patienterne kan uden problemer forstå resultatet og er glade for at blive testet.

Funktionsniveauet kan også vurderes ud fra hvilke funktioner, patienten har brug for hjælp til enten fra hjemmeplejen eller ægtefælle. Der findes flere spørgeskemaer til dette, men hvilket, der er mest ideelt, kan være svært at udtale sig om. Jeg har afprøvet Sct. Georges og Wonca spørgeskemaerne. Sct. Georges er



udmærket, men meget omfattende. Wonca er til gengæld simpelt at overskue, men viser ikke små ændringer i patienternes situation.

Forbedret kondition og respirationsmuskelstyrke kan ses som delmål, der sandsynligvis vil føre til et øget funktionsniveau, men ikke nødvendigvis, da funktionsniveauet, som det også nævnes, for eksempel kan begrænses af angst. Det bør derfor overvejes, om det er nødvendigt og besværet værd at måle disse parametre i dagligdagen.

### LUNGEFUNKTIONSMÅLINGER

I artiklen fremstår nogen usikkerhed angående lungefunktionsmålinger. Det er relevant for terapeuten at vide, hvor dårlig patienten er med hensyn til lungefunktionen. De relevante værdier er FEV<sub>1</sub> (forceret ekspiratorisk volumen i 1. sekund i % af forventet) og saturation, som udtrykt for behovet for ilt. Det er oplysninger, som den kommunale terapeut bør få fra den praktiserende læge eller fra sygehuset og derfor ikke selv behøver at måle. Peak flow målinger vil ikke hjælpe, med mindre man træner patienter med dårlig behandlet astma, eller som er i risiko for at udvikle anstrengelsesudløst astma.

Angående træningsindholdet beskrives erfaringer med at for eksempel RMT, cykling, stavgang er velegnet til nogle patienter, men absolut ikke til alle. Min erfaring er, at jo dårligere patienten er lungefunktionsmæssigt og muskelmæssigt, jo mere selektive øvelser er der behov for. Enkle øvelser, hvor der kun arbejdes med få muskler ad gangen, og hvor resten af kroppen er stabilt anbragt, så der ikke skal bruges energi på at holde balancen, og hvor det er muligt at anvende de assessoriske respirationsmuskler. Med andre ord: det er lettest at lave øvelser siddende på en stol, cykling på kondicykel er lettere end almindelig gang og almindelig gang er lettere end stavgang.

Angste patienter har behov for, at der ikke sker noget uforudset, boldspil og ændringer i programmet kan være et problem.

Træningen må derfor tilrettelægges med progression for øje. Progressionen kan bestå i nye øvelser, andre udgangssituationer, ændret tempo og varighed, forskellige hjælpemidler osv. Jeg har ikke selv den store

erfaring med stavgang, men tror det kan være et godt og spændende alternativ til nogle patienter, måske som selvtræning efter afslutning i behandlingsregi.

### DIFFERENTIERET HOLDTRÆNING

Det er nødvendigt at kunne tilbyde differentieret træning også på hold, selvom det kan være svært. Jo større patientunderlag man har, jo mere kan man tillade sig at dele deltagerne ind efter funktionsniveau, men det er ofte ikke muligt.

Patienterne er forskellige både med hensyn til lungefunktion og funktionsniveau, men også med hensyn til interesser og mål i livet. Derfor tror jeg ikke helt på ideen med at lave ét standardprogram. Jeg mener, at træningen altid bør tage udgangspunkt i den enkelte patients mål og evner, hvilket til dels vil kunne tilgodeses med differentieret holdtræning.

Organisatorisk bør der dog også være flere tilbud at trække på. De flere tilbud kunne for eksempel være et tilbud om holdtræning i kommunen, tilbud om individuel træning i hjemmet, træning i sygehusregi individuelt eller på hold, henvisning til lokale tilbud i aftenskole eller foreningsregi.

Det beskrives i artiklen, at man i meget litteratur kan læse, at thoraxmobiliserende øvelser indgår i træning af KOL-patienter. Det får mig til at tænke, hvorfor er det KOL-patienter har så stort og stift et thorax? Det er sandsynligvis på grund af emfysem, de kan kun trække vejret ved et stort residualvolumen og ved brug af assessoriske respirationsmuskler specielt i forbindelse med fysisk aktivitet. For nogle er det sikkert også blevet en dårlig vane. Det, vi kan blive nødt til at spørge os selv om, er, hvorvidt det er et problem for patienterne; er deres vejrtrækning mere besværet på den måde, giver det smerter og andet ubehag, og ikke mindst ▶

### blå bog...

**Åse Skytte**, Udviklingsfysioterapeut, MPH stud.  
 Sygehusene i Ringkøbing Amt.  
 Ergoterapi- og fysioterapifor-  
 delingen, Fysioterapien, Holstebro syge-  
 hus, Tlf.: 99 12 51 50  
 e-mail: aase\_skytte@hotmail.com  
 1981 Uddannet fra Skolen for ergo-  
 og fysioterapeuter i Holstebro.  
 1981 febr. – juni: ansat på Skive  
 sygehus.  
 1981 juli: ansat på Holstebro syge-  
 hus, bl.a. 20 år som afdelingsfysio-  
 terapeut på medicinsk afdeling.  
 1997 Diplomuddannelse i Fysio-  
 terapi fra Videreuddannelsen for  
 Ergoterapeuter og Fysioterapeuter,  
 Århus. Afsluttende opgave: "KOL  
 – hvad betyder det?" Interviewun-  
 dersøgelse. Ikke publiceret.  
 2002 Projektleder på projektet  
 "Kvalitetsudvikling af holdtrænin-  
 gen for patienter med kronisk lun-  
 gelidelse". Omtalt i Fysioterapeuten  
 nr. 6 marts 2003: Målet er at be-  
 vare et aktivt liv.  
 Medlem af Danmarks Lungefor-  
 ening.  
 Netværk af forebyggende syge-  
 huse, medlem af netværksgruppen  
 KOL.  
 Medlem af Sundhedsstyrelsens KOL  
 arbejdsgruppe.

får de det bedre med et mere bevægeligt thorax? Jeg ved det ikke, men synes det kan være en spændende faglig diskussion.

### SAMARBEJDE

Det fremgår af artiklen, at der eksisterer en lungeskole på sygehuset. Jeg mener, det vil være oplagt at indlede et samarbejde med denne lungeskole. Samarbejdet kan omfatte aftaler om hvilke tilbud, der findes hvor, henvisning af patienter mellem forskellig regi, undervisning af personale og ikke mindst det, de er i gang med i Kolding Kommune nemlig kvalitetsudvikling.

En stor hjælp i kvalitetsudviklingen kan være en på forhånd fastlagt slagplan, en strategi, som hjælper én til at holde tungen lige i munden. Strategien kan se ud som følger:

- Problemanalyse: hvad er problemet, hvis problem er det, hvor stort er problemet.
- Fastsættelse af målgruppe og mål: hvem skal interventionen rette sig mod og hvilke mål skal nås.
- Fastsættelse af intervention: hvilke midler skal benyttes, hvad er der evidens for.
- Implementering: hvordan skal tilbuddet organiseres og processen planlægges.
- Evaluering: er målene nået og er processen forløbet som planlagt.

Der hører forskellige metoder til at få svar på de forskellige punkter, men forskningsbaseret litteratur, systematisk indsamling af viden og sund fornuft vil altid være vigtigt. ■

# Brug for relevante træningstilbud i kommunerne

I det kommunale tilbud til borgere med KOL, skal der primært sættes på at styrke den enkeltes vilje og motivation til fortsat at træne

AF FYSIOTERAPEUTERNE LISE BERNHARD  
OG METTE ANKJÆR, HILLERØD SYGEHUS

Det er med stor interesse, at vi har læst om fysioterapeuterne i Kolding Kommunes arbejde med at beskrive en standard for træning af borgere med KOL i deres regi.

I forbindelse med KOL rehabilitering på Hillerød Sygehus savner vi, at kommunerne er i stand til at være den forlængede arm i amtet for dem, der måtte have behov. Vi "udsluser" 40-50 borgere om året, der har deltaget i et intensivt rehabiliteringsforløb bare fra Hillerød Sygehus, og har ca. 40 andre i aftenskoleregion, hvor den massive efterspørgsel sprænger alle grænser. Borgere med KOL har i den grad brug for en kvalificeret indsats i kommunen, hvor de bor, og det synes vi projektet i Kolding er et godt bud på.

### ET ANDET FOKUS FOR TRÆNING

Man kan diskutere, hvor fokus i træningen skal være, idet borgere gerne allerede skulle være "uddannede" i deres egen sygdom, når de kommer fra sygehusenes rehabiliteringstilbud. I den forbindelse er det vigtigt, at vi holder fast i at gøre dem i stand til at træne selv.

Allerede på sygehuset skulle den enkelte borger gerne finde ud af, hvad der fungerer bedst for ham eller hende: cykling, stavgang, øvelser derhjemme foran en trænings-video, svømning eller for manges vedkommende almindelig gang.

Viljen og motivationen hos den enkelte til at fortsætte træningen kan styrkes i kommunen under fysioterapeuters opmuntring og vejledning.

Indholdet i træningen kunne være som i Kolding med thoraxmobilisering, dyspnøkontrol, styrketræning og konditionstræning. Dette kunne også i nogen grad foregå udendørs i lokalområdet, så andre ideer til træningstilbud blev præsenteret for borgerne og de derfor bedre var i stand til at træffe deres personlige valg.

For at støtte selvtræningstanken og borgerens indflydelse endnu mere var det en mulighed i den sidste del af forløbet at brede træningen ud til en gang om ugen det dobbelte antal uger, og stadig føre dagbog, så ansvaret for træning tydeligt lægges hos borgeren.



## LUNGEFUNKTIONSNIVEAU

Da lungekapacitet langt fra er det samme som arbejdskapacitet, kan vi ikke med vores erfaring fra rehabiliteringen anbefale, at man laver hold efter lungefunktionsniveau. Det giver ingen mening i klinisk praksis.

Hvis man gerne vil niveauopdele kunne det være ud fra gangdistance, eller som der nævnes fra Kolding, brugen af hjælpemidler, eller om patienten i det hele taget ville være i stand til at komme til træning. Iltbehov er ikke nogen hindring, da ilten kan bæres i rygsæk eller på rollator.

"Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark" samt Janne Kromann og hendes kolleger fra Frederiksberg anbefaler efter litteraturgennemgang at bruge shuttlewalk-test i stedet for seksminutters gangtest til borgere med KOL.

Shuttlewalk-testen er mere standardiseret, da testpersonen ikke vælger sin egen ganghastighed og den giver et bud på den maksimale iltoptagelse, hvorfra den rette individuelle træningsintensitet let kan udregnes. Man arbejder ud fra Borgs skala for dyspnø (0-10), som er et værdifuldt arbejdsredskab for den enkelte til at vurdere egen åndenød og om graden af belastning er tilstrækkelig netop den dag, set ud fra en respiratorisk synsvinkel.

Vi har gode erfaringer med en dyspnøgrad på 1-4 ved længerevarende belastning, svarende til let til moderat dyspnø. Ved korterevarende hård belastning må dyspnøgraden ikke overstige 8, svarende til meget svært dyspnø. Det er dog nødvendigt i den daglige træning at belaste sig til en dyspnøgrad svarende til 6-8. Retningslinjerne gælder under træning såvel som i den daglige livsførelse.

## RESPIRATORISK MUSKELTRÆNING

Af øvrige træningsmetoder ville vi nok vælge den "respiratoriske muskeltræning" (RMT) fra, dels fordi der er meget få studier, der viser effekt af dette (J. Kromann et al, 2003), dels fordi det er ret krævende, og kun har effekt for få.

PEP-behandling med forhøjet eksspiratorisk tryk er derimod relevant for den forholdsvis store gruppe, der har sekretproblemer. Opmærksomhed på inspirationen derimod virker ulogisk, når det er eksspirationen der naturligt har svært ved.

Vi har følgende ønsker for fremtiden:

- Relevant rehabiliteringstilbud til alle borgere med KOL indtænkt i den nye kommunal/regional-plan.
- Kortlægning af tilbud for borgere med KOL på nettet, evt. under Danmarks Lungeforening.

## SUPPLERENDE LITTERATUR

- Slutprodukter fra netværksgruppen "KOL- Kronisk Obstruktiv Lungesygdom", Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, 2003

- Singh SJ et al. A short outpatient pulmonary rehabilitation programme: immediate and longer term effects on exercise and quality of life. *Med Respir* 1998; 92: 1146-1154
- Singh SJ et al. Development of a shuttlewalk-test of disability in patients with chronic airway obstruction. *Thorax* 1992; 47: 1019-1024. ■

## fakta om...

### Lise Bernhard

2004. Udarbejdelse af træningsprogram for KOL-patienter. "Den Daglige Dosis" – dvs. træning i hverdagen.

2003. Primus-motor i at ændre det etablerede træningstilbud for KOL-patienter på Hillerød Sygehus til et decideret tværfagligt rehabiliterings tilbud.

2002-2003 Med som diskussionspartner ved opstart af KOL-rehabilitering på Gentofte.

2002-2003 Fysioterapeutisk faglig vejleder inden for lungefysioterapi, projekt om træning til nyopererede hjertepatienter med fokus på lungefunktionen.

2002-2004 Underviser i Lungefysioterapi på fysioterapeutskolen i København.

1999-2003 Fuldtidsarbejde med lungefysioterapi på Intensiv og thoraxkirurgiske afdelinger på Amtssygehuset i Gentofte.

1994-2003, ansat på Amtssygehuset i Gentofte, afbrudt af arbejde i Tanzania ca. 2 år.

Uddannet 1994, Metode og statistik kursus på Lunds Universitet i år 2000.

Artikler: "Management of patients with lymphoedema caused by Filariasis in north eastern Tanzania. Alternative approaches". *Physiotherapy*, December 2003/vol89/no12/pages 743-749.

### Mette Ankjær Jensen

Pr. 1/10-04. Fysioterapeut, Odense Universitetshospital, ungemedicinsk afdeling.

2003-2004. Klinisk Underviser i Fysioterapi, Hillerød Sygehus.

1999-2003. Fysioterapeut på Hillerød Sygehus, lungemedicinsk afdeling. Herunder lungeholdstræning for KOL-patienter samt patientundervisning i lungeteori. Undervisning af tværfagligt personale i "Lungefysioterapi og træning af KOL-patienter". Undervisning i "Lungefysioterapi og palliativ behandling" i samtalegruppe for lungecancerpatienter og deres pårørende.

2000-2004. Aftenskoleunderviser FOF, fysisk træning af lungepatienter på hold 1 gang ugentligt.

Maj 2004. Foredrag gennem Danmarks Lungeforening om "Den Daglige Dosis" – dvs. træning i hverdagen. Udarbejdelse af træningsprogram.

2002-2003. Foredrag om "Træning og lungeteori" for medlemmer af Alfa-1-Foreningen i Frederiksborg Amt.

2001-2003. Deltagelse i arbejdsgruppe under "Netværk af Forebyggende Sygehuse" med udarbejdelse af retningslinier for KOL-patienter Maj 2003. Planlægning og gennemførelse af: Temaweeke-end for KOL-patienter og deres pårørende.

# Overenskomst til debat

Årsmødet for praktiserendes kontaktpersoner stod i overenskomstaftalens tegn, men der blev også tid til at diskutere blandt andet fysioterapeuternes autonomi

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO LARS WITTRÖCK/SCANPIX

Overenskomstaftalen mellem Danske Fysioterapeuter og Sygesikringen var varm endnu, da de praktiserendes kontaktpersoner og SU-medlemmer i september mødtes til årskonference.

Som omtalt i sidste nummer af Fysioterapeuten består den nye overenskomstaftale i meget korte træk af højere honorarer, IT, en udvidet ramme for den vederlagsfri fysioterapi og en obligatorisk pensionsordning for nye ydere. Det var dog især det, det ikke var lykkedes DF at komme igennem med ved forhandlingerne, der optog kontaktpersonerne.

"Hvad blev er af den personlige uddannelseskonto? Da vi var sammen sidste år, talte vi meget om faglig udvikling og et kvalitetsløft af klinikkerne. Hvad blev der af den ide?", var et af spørgsmålene til DF's forhandlere.

Hertil lød det korte svar fra faglig konsulent i Danske Fysioterapeuter, Petra Kernel: "Så ville der ikke være blevet noget til honorarstigninger".

Formand Johnny Kuhr uddybede det lidt ved at tilføje, at kravet stadig er både relevant og interessant. "Men det blev hurtigt ofret, da vi så, hvilken ramme der var til rådighed", forklarede han.

Helt overset er den faglige udvikling dog ikke blevet i forhandlingerne, idet amternes indbetalinger til praksisfonden tredobles, så der fremover indbetales 3,4 millioner kroner om året. Pengene skal bruges til udvikling, forskning og projekter, og det betyder

blandt andet, at praksiscertifikatet også fremover kan være gratis for alle praktiserende.

## KRAV OM IT SKRÆMMER DE SMÅ

Et af de krav, Sygesikringen har fået igennem ved forhandlingerne har været, at alle praktiserende fra 1. januar 2006 skal kunne modtage elektroniske henvisninger, sende elektroniske epikriser og anvende EDI-korrespondancemeddelelser.

Samme krav har Sygesikringen fået igennem over for lægerne, og historien om at "lægerne vil ikke bruge IT", var for nylig at læse i flere aviser. Helt så bombastisk en overskrift vil det være vildledende at sætte på fysioterapeuternes modtagelse af det nye krav, men der var en vis bekymring at spore - især fra de mindre klinikker.

Her var dog ikke megen trøst at hente hos formand Johnny Kuhr: "Jeg har svært ved at forestille mig, at man kan have en så lille klinik, at man ikke kan følge med den almindelige udvikling i samfundet. IT er et vilkår, man må indordne sig, hvis man vil være yder i et moderne sundhedsvæsen".

Fra flere sider lød en meget skarp kritik af den monopollignede tilstand, der er på markedet for IT til fysioterapiklinikkerne. "Servicen er så ringe, at den ikke er værd at betale for", lød det, og Johnny Kuhr lovede, at foreningen vil gøre, hvad den kan for at stimulere til en øget konkurrence på markedet.

## KOLLEKTIV STRAF ER UPOPULÆR

Hvorfor var det ikke lykkedes at få afskaffet det kollektive

indgang

■ De praktiserende fysioterapeuters "tillidsrepræsentanter" er kontaktpersonerne. Kontaktpersoner fra alle amter og deres suppleanter mødtes den 22.-23. september til årskonference i Fredericia.

element i kontrolbestemmelsen, så ikke alle straffes med honorarnedsættelser, fordi nogle behandler for meget, lød et andet spørgsmål til forhandlerne.

Det nedslående svar var, at kontrolbestemmelserne er kommet for at blive – inklusive det kollektive element. Det blev indført sammen med den ny honorarstruktur i 2001 og er Sygesikringens garanti for, at økonomien ikke løber løbsk.

Problemet med kontrolbestemmelserne er, at rollen som politibetjent udelukkende hænger på fysioterapeuterne.

I de amtslige samarbejdsudvalg sidder fysioterapeuter sammen med repræsentanter fra amterne for blandt andet at holde øje med, at hver enkelt yder ikke behandler ret meget mere end gennemsnittet i amtet. Men amternes repræsentanter har flere steder indtaget en meget tilbagelænet holdning, lød det fra flere af samarbejdsudvalgsmedlemmerne. Amternes tilskyndelse til at gribe ind over for fysioterapeuter, der behandler for meget, er ikke stor, idet regningen for et overforbrug betales af fysioterapeuterne i form af lavere honorarer.

Proceduren i samarbejdsudvalgene er, at den enkelte yders antal behandlinger pr. patient holdes op mod det amtslige gennemsnit. Overskrides dette med mere end henholdsvis 25 procent (for almindelige patienter) og 10 procent (for vederlagsfri patienter), bliver fysioterapeuten bedt om en redegørelse for overskridelsen. Erfaringen blandt SU-medlemmerne er, at amterne i alt for mange tilfælde er parate til at ►



help

*For de mindre klinikker kan det være en stor investering at skulle leve op til IT-kravene i den nye overenskomst, lød det på årskonferencen. Hertil svarede Johnny Kuhr, at IT er et vilkår, man må indordne sig som yder i et moderne sundhedsvæsen.*

- ▶ acceptere forklaringerne. Der er dog store forskelle fra amt til amt på, hvilke forklaringer der accepteres, og hvor lang snor den enkelte praktiserende får, før der skrives til en limitering - det vil sige, før amtet pålægger fysioterapeuten et maksimalt behandlingsniveau.

### SLUT MED LANGMODIGHEDEN

Det var derfor på dagsordenen for årskonferencen at forsøge at finde en form for konsensus, så fysioterapeuterne får fælles fodslag i alle samarbejdsudvalg, herunder blive enige om, hvor meget tålmodighed man skal have med de enkelte ydere.

"Hensynet til den enkeltes retssikkerhed skal ikke sættes over styr på grund af hensynet til kollektivet", lød et argument for ikke at skride til limitering, før en yder havde fået både første og anden advarsel samt god tid til at rette op på forholdene. I den anden grøft lød argumentet, at det måtte være slut med

langmodigheden: "Vi sidder her for at stramme op. Alle kender reglerne på nuværende tidspunkt, så vi behøver ikke at give frister på et helt år. Der er ingen grund til at trække det ud".

"Det er ikke patienternes behov og faglige anbefalinger, vi taler om her - det er økonomistyring", slog Johnny Kuhr fast. "Honorarerne reguleres ikke med argumenter om fysioterapeutfaglig ekspertise, men med økonomiske og statistiske beregninger. Husk, at det er os, der betaler i sidste ende", formanede han.

Om det lykkedes at få et fælles niveau for langmodigheden, stod ikke helt klart efter diskussionen, men DF's forhandlingsudvalg lovede at gå hjem og brygge på en skrivelse, der oplister henholdsvis gode og dårlige forklaringer på et overforbrug, så fysioterapeuterne i samarbejdsudvalgene har lidt at støtte sig til, når de skal føre justits over deres kolleger. ■

## Autonomi – men med måde

På dagsordenen for årskonferencen for praktiserendes kontaktpersoner stod også en diskussion af fysioterapeuters autonomi.



"I det at fysioterapien går fra at være et fag til at være en profession ligger også, at vi skal opnå en selvstændig kompetence inden for eget vidensfelt, og foreningen skal lægge en strategi for, hvordan det skal foregå", sagde Johnny Kuhr blandt andet i sit oplæg.

I spørgsmålet om fysioterapeuters autonomi støder man på to barrierer, forklarede han: Dels lov om terapiassistenter, hvori det hedder, at fysioterapeuter kun må udføre sygebehandling efter henvisning fra læge, dels sygesikringsloven, der afgør, at der kun kan ydes tilskud, hvis der foreligger en henvisning.

"Det springende punkt er ordet *sygebehandling* og definitionen af, hvad der er sygdom. Hvis det defineres smalt, er der store frihedsgrader, men så ydes der også færre tilskud", som formanden forklarede. "Vi skal derfor gøre os nogle overvejelser. Vi skal vurdere, om vi har uddannelsesmæssige kvalifikationer nok til at foretage en egentlig diagnosticering. Vi skal overveje, om der vil være mindre søgning til fysioterapi, hvis vi kommer bort fra lægehenvielsen. Og vi skal overveje, om

der vil være en dårligere koordination i patientforløbet uden lægen som tovholder".

Kontaktpersonernes indspark i debatten gik stort set alle i samme retning - gerne mere selvstændig kompetence, men ikke på bekostning af samarbejdet med lægen:

"Jeg synes, vi skal værne om det gode samarbejde med lægen, det skylder vi vores patienter. Men vi kan godt behandle myoser uden lægehenvielse".

"Der er snart ikke flere fysiurger tilbage. Vi kan bruges til at diagnosticere i forhold til rygområdet".

"Så længe politikerne mener, at det er det, der er lægeordineret, der skal være størst tilskud til, kan det komme til at koste os for meget, hvis vi farer for hurtigt frem".

"Man skal ikke hænge sig så meget i en lovgivning, der ikke afspejler virkeligheden. Lad os skabe virkeligheden ved at tiltage os noget kompetence i form af projekter - så skal lovgivningen nok komme". ■



# **DET** HANDLER OM AT BRUGE **DET RIGTIGE VÆRKTØJ**



I forbindelse med idrætsskader har man brug for at mobilisere alle ressourcer, for at bringe idrætsudøveren på banen igen hurtigst muligt. Der kan være tale om at anvende medicinering, fysioterapeutisk behandling og idrætsspecifik genoptræning, kiropraktik, idrætsmassage og måske kostintervention.

Meget tyder på, at et ekstra tilskud af næringsstoffer er vigtigt i genopbygningsfasen. Kroppen har også behov for relevante byggesten, når bindevæv, sene- og muskelvæv samt bruskvæv skal genopbygges og vedligeholdes.

Olympia Rebuild 1-2-3 er et tilskud til kosten der samler en række centrale brikker i dette "puslespil".

Produktet er et kombinationspræparat indeholdende et vitamin- og mineralbaseret antioxidantkompleks, essentielle omega-3 fedtsyrer samt byggesten i form af komplekse kulhydrater og aminosyrer.

Olympia Rebuild 1-2-3 er naturligvis ikke noget mirakelmiddel, men et "ekstra værktøj" der - set fra fysioterapeutens synsvinkel - bidrager til, at optimere effekten af behandlingen, med øget terapeutisk rækkevidde til følge. Med Olympia Rebuild 1-2-3 bliver alle ressourcer sat ind for at bringe idrætsudøveren hurtigt på banen igen.

Yderligere information:

Mezina A/S - tel. 75181611 - mail [olympia@mezina.dk](mailto:olympia@mezina.dk).



OLYMPIA REBUILD OLYMPIA REBUILD OLYMPIA REBUILD OLYMPIA REBUILD OLYMPIA REBUILD OLYMPIA REBUILD OLYMPIA REBUILD OLYMPIA REBUILD OLYMPIA REBUILD OLYMPIA REBUILD

## Teori i praksis

**Samspil** ■ Bogen beskæftiger sig med det grundlæggende problem: Hvordan anvender man (teoretisk) viden i praktisk handling eller: forholdet mellem pædagogiske teorier og pædagogisk praksis.

*Bjarne Wahlgren & Vibe Aarkrog. Teori i praksis. Hans Reitzels Forlag. ISBN 87-412-0166-3. 148 sider. Pris: 180 kr. i.m.*



## Forstå demens

**Demens** ■ Bogen er skrevet af 15 af landets eksperter på området, som hver giver deres viden om symptomer, behandling, arvelighed, forebyggelse, pleje, offentlig hjælp

og meget andet videre. Bogen er velegnet til både pårørende og personer, der har med demente at gøre i mere professionelle sammenhænge.

*Steen G. Hasselbalch, overlæge, Nils Engelbrecht og Ole Thage, speciallæger (red.). Forstå demens. Lindhardt og Ringhof A/S forlag. 240 sider. Pris 249 kr.*



## Håndbog i lægelatin

**Lægelatin** ■ En praktisk guide, der giver overblik over latinske ord, deres køn, bøjningsformer og oprindelse. Ved hjælp af en række eksempler kan læseren få indblik i grammatik og logikken bag diagnoserlatin.

*Hanne Stengaard Larsen. Lægelatin – en håndbog. Forlaget Munksgaard Danmark. ISBN 87-628-0521-5. 2. reviderede udgave. 120 sider.*

*Pris: 160 kr. i.m.*



## Arbejdsmoral til salg

**Arbejdsmoral** ■ Forfatteren stiller spørgsmålene: Hvordan er en arbejdsmoral, der giver udslag i mere og mere lønorienteret arbejde i et opskruet tempo, blevet så dominerende i den vestlige kulturkreds i dag? Hvilke menneskelige og samfundsmæssige konsekvenser har det? Og er det ikke på tide at tage et opgør med den moderne arbejdsmoral?

*Sharon Beder. Arbejdsmoral til salg. Forlaget Klim. 343 sider. Pris 299.*



## Fri for hovedpine?

**ANMELDELSE** *Fri for hovedpine, CD, Afspændingspædagogernes forlag. Spilletid 65 minutter, 139 kr. Kan købes på tlf.: 3379 1260 eller www.dap.dk*

**HOVEDPINE** ■ Fire afspændingspædagoger har udgivet CD'en "Fri For hovedpine". Det er min faglige erfaring, at afspænding kan være et nyttigt redskab til spændingshovedpine, og idéen bag CD-udgivelsen, synes jeg derfor, er rigtig god.

CD'en indeholder otte forskelligartede instruktioner med varierede elementer af grounding og stræk samt diverse afspændingsformer med elementer af både progressiv afspændingsmetode, autogen afspænding og visualisering.

Værd at fremhæve er instruktion nr. 5: "Stræk og afspænding af tunge, kæbe og øjne", som består af øvelser med fokus på muskelgrupper, der ofte nedprioriteres i selvtræningsprogrammer til hovedpinepatienter. Her er CD'en valgt som formidlingsform: Øvelserne er enkle at udføre, og illustrationer er overflødige.

CD'en er indtalt af de fire forfattere. Forskelligheden gør selvsagt også her, at det er muligt at vælge efter smag, men lytteren efterlades med en noget fragmentarisk helhedsoplevelse.

CD'ens målgruppe er personer med hovedpine eller tendens til hovedpine. Jeg afprøvede derfor CD'en på en lille gruppe med seks patienter, som af forskellig årsag har hovedpine. Gruppen var enige om, at progressiv muskelafspænding var den øvelsesform, som de umiddelbart bedst kunne bruge til selvstændig hjemmetræning.

Ud fra en faglig betragtning er det



en væsentlig svaghed for CD'ens brugervenlighed, at instruktionerne ikke er placeret i en rækkefølge, som progredierer krav til kropsbevidsthed og koncentrationsevne. For eksempel kunne instruktioner inspireret af autogen afspænding med fordel placeres efter instruktioner baseret på progressiv muskelafspænding. For gruppen betød det, at flere var stået helt af programmet, inden de nåede instruktioner som ramte deres niveau.

Det var generelt for gruppen, at instruktionerne oplevedes som temmelig koncentrationskrævende og vanskelige eller abstrakte. En testperson konkluderede: "Jeg tror, øvelserne ville have fungeret meget bedre for mig, hvis jeg ikke havde hovedpine" (og tilføjede: "men så ville jeg nok ikke få dem lavet").

Fri for hovedpine ved jeg ikke om man bliver af at anvende CD'en. Effekten af instruktionerne vil selvsagt afhænge af årsagen til hovedpinen: For personer som generelt er muskulært "spændte" eller generelt har et forhøjet stressniveau kan CD'en måske inspirere, ligesom andre stresshåndteringstiltag kunne gøre det. Men årsagerne til hovedpineproblematikker er jo ofte mere nuancerede end som så.

Snarere end at anbefale CD'en til personer, som lider af hovedpine, foreslår jeg den som basal inspiration til studerende og kolleger med interesse for (men uden stor erfaring med) afspænding.

ANMELDT AF FYSIOTERAPEUT  
HELLE SØBERG RECHTER

bøgerm.m.

## Fri for stress

**ANMELDELSE** CD, *Fri for stress, med afspænding*. Forlag for Afspændingspædagogik og Psykomotorik. For tekst og indtaling står henholdsvis Bodil Hjort, Linda Marquort Jørgensen, Ole Sørensen og Rikke-Lise Andersson. 46 min spilletid. Pris 139

kr. Kan købes på tlf.: 3379 1260, eller [dap@dap.dk](mailto:dap@dap.dk)

**CD** ■ Cd-en indeholder fire forskellige afspændingsprogrammer med fire forskellige instruktører. Programmerne har hver for sig til hensigt at bibringe lytteren en aktiv pause med afspænding i en stres-

set hverdag. Jeg har inden denne anmeldelse anvendt programmerne to gange. En gang med fysioterapeutstuderende, og en gang alene i min egen stue.

"Giv slip" gennemgår kroppen mentalt og anvender den suggestive metode hvor deltageren guides til at afspænde via forestillingen om at "give slip" i forskellige dele af kroppen. Oplæseren har ret travlt med alle de ting, hun gerne vil nå at sige, og det virker desværre lidt stressende. Som et otte minutters program kan det efter min opfattelse anvendes af den øvede

person til et "powernap", for eksempel i arbejdstiden.

"Afspænding via muskelkontrol" er et 11 minutters program, der meget detaljeret gennemgår kroppen med instruktioner om først at holde og derefter slippe spændingen i forskellige kropsdele. Her til anvendes mange gode instruktionsmetoder, for eksempel billedinstruktioner, men stemmeføringen virker desværre ikke altid hensigtsmæssig i sin tone og rytme i forhold til formålet.

"Mærk tyngden" beskrives som dybdeafspænding for krop og sind, og de fleste der deltog oplevede en god effekt af programmet på 12 minutter. Oplæseren blev i løbet af programmet dejlig rolig og monoton i sin stemmeføring, og gennemgangen af kroppen var rituel og dermed genkendelig, hvilket virkede godt. I starten af programmet taler instruktøren om stress, og det virker malplaceret som starten på et program der skal sænke det arousal niveau.

"Giv efter på siden" er godt, og det mest vellykkede af de fire programmer. Stemmen formidler ro hele vejen igennem, og sproget i instruktionerne er ukompliceret.

Jeg synes, det er godt at inddrage et sideliggende afspændingsprogram, da jeg oplever at de færreste mennesker, som har brug for afspænding, føler sig veltilpas i en åben, rygliggende stilling. Jeg vurderer, at dette program hurtigt og med udbytte vil kunne anvendes af utrænede brugere. F.eks. gravide, rygpatienter, nyopererede og folk med psykiske vanskeligheder.

Mit indtryk er, at instruktørerne har ønsket at give alt, de kunne, og som det ofte sker i sådanne situationer, får man overdoseret og når så ikke i dybden. Ro og fordybelse kræver tid. Jeg synes specielt, at de to første programmer er for ambitiøse i forhold til den tid, der er afsat til det. Det kræver i hvert tilfælde, at man prøver det nogle gange, hvis man er utrænnet. Men smag og behag, temperament og stil er forskelligt, og her er der da fire kvalificerede bud på en metode til at få lidt ro i en stresset hverdag. Jeg mener ikke, der er noget nyt at hente for en fysioterapeut, men måske et redskab til vore brugere.

ANMELDT AF LONE WIEGAARD,  
FYSIOTERAPEUT  
OG BACHELOR I IDRÆT

bøgerm.m.



## LLLT - Low Level Laser Therapy

### Laserlys til smerter og opheling



– effektiv til sår, led og muskler,  
samt akupunktur

**Easy-leasing** af vores laserudstyr  
med 6 måneders prøvetid!

**Laser seminar** afholdes løbende  
i Jylland og på Sjælland.

Dato for seminar kan ses på:

[www.easy-laser.dk](http://www.easy-laser.dk)



For yderligere information ring tlf.: 7571 1090



**Easy-Laser**

Udvikling og produktion af laserudstyr - Ildvedvej 36, Ildved - 7300 Jelling



# Historien om et overfald

Elsebeth Krøll blev fyret med begrundelsen "samarbejdsvanskeligheder". Med Danske Fysioterapeuters hjælp lykkedes det hende at få både oprejsning og erstatning ved domstolene. Men helt over det kommer hun aldrig

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO BO NYMANN

Den 4. august 2004 var en god dag. Det var den dag Elsebeth Krøll i Landsretten kunne gå hen til sine tidligere chefer, se dem i øjnene, give dem hånden og sige farvel - tre år efter, at de havde fyret hende.

Elsebeth Krøll forlod retten med en afgørelse om, at afskedigelsen var både usaglig og ulovlig og med en godtgørelse på, hvad der svarer til 10 måneders løn oveni den fratrædelsesgodtgørelse på to måneder, hun qua sin anciennitet fik til at begynde med, men også

med en taknemmelighed over for den fagforening, hun havde været medlem af i 35 år uden altid helt at vide hvorfor.

I foråret 2001 blev den BST, Elsebeth Krøll havde været ansat i gennem 16 år, fusioneret med en anden BST. En fusion, som Elsebeth Krøll var glad for. Hun så frem til, at den ville give større enheder, flere medarbejdere og dermed bedre mulighed for erfaringsudveksling, både tværfagligt og med andre terapeutkolleger. Da



*Elsebeth Krøll fik arbejde på halv tid i en anden BST, allerede inden opsigelsesperioden var udløbet, så alt i alt er hun i dag glad og tilfreds. Men arrene efter det, hun i bakspejlet beskriver som "et overfald", gør stadig ondt ind imellem.*

fusionen var en realitet, lod fordelene imidlertid vente på sig. Fysisk boede de to arbejdspladser stadig hver for sig, og oplevelsen i terapeutgruppen var, at der manglede overordnede retningslinjer, og at informationsniveauet var meget lavt.

Både Elsebeth Krøll og andre medarbejdere oplevede knas i kommunikationen med ledelsen, og helt galt blev det, da ledelsen sendte en mail til terapeuterne og beskyldte dem for manglende samarbejdsvilje.

En kollega blev vred og sagde op, men Elsebeth Krøll vendte det indad. "Jeg følte det som et angreb på os alle sammen. Og som sikkerhedsrepræsentant følte jeg mig ekstra ansvarlig for at få tingene til at glide".

Elsebeth Krøll skrev som svar en mail til ledelsen, hvor hun foreslog, at man fandt frem til en måde at snakke sammen på – ansigt til ansigt. "Den mail faldt bestemt ikke i god jord", fortæller hun.

### INDKALDT TIL SAMTALE

Det dårlige samarbejdsklima betød, at Elsebeth Krøll gik ned med flaget. Det tog halvanden måned og nogle samtaler med en psykolog, betalt af arbejdspladsen, at komme på benene igen, men da hun vendte tilbage til jobbet, syntes hun egentlig, det gik nogenlunde. Hun forsøgte dog på psykologens opfordring at komme på nedsat tid i en periode, men blev mødt med den holdning, at hvis ikke hun kunne arbejde, kunne hun lade helt være.

Elsebeth Krøll fortsatte derfor på fuld tid, men blev så den 28. september 2001 bedt om at komme til en samtale med ledelsen og fik besked på, at hun gerne måtte tage en bisidder med.

"Jeg troede, det var en såkaldt omsorgssamtale, hvor vi skulle tale om, hvordan vi kom videre med samarbejdet efter min langtidssygemelding, og jeg havde taget en kollega, der er psykolog, med. Men det viste sig at være et møde, hvor jeg burde have haft fagforeningen med. Lederne oplyste på mødet, at det var en tjenstlig samtale, og det hele handlede om, hvor rædselsfuld jeg var. Psykologen, der havde været bisidder til mødet, var så rystet over samtalen, at han sagde sin stilling op straks".

Efter samtalen fik Elsebeth Krøll forelagt et brev med en liste over "adfærdsmønstre", der skulle ændres. "Det

handlede ikke om noget fagligt og om noget konkret, jeg kunne lave om. Alle punkter var en kritik af min person, og de ville derfor altid kunne komme og sige, at det ikke var godt nok", fortæller hun.

*'Sammenfattende mener vi, at du modarbejder centrets interesser og misbruger de frihedsgrader, der er givet af ledelsen til selv at tilrettelægge arbejdet i vidt omfang',* lød konklusionen med den tilføjelse, at ledelsen forventede forbedringer i perioden frem til 1. november 2001 og et skriftligt svar til advarselspunkterne inden for 14 dage.

Samtalen fandt sted om fredagen, og mandagen efter mødte Elsebeth Krøll på arbejde, men måtte sygemelde sig og gå hjem. Når hun i dag – tre år efter – skal beskrive de følelser, samtalen og brevet vakte i hende, bruger hun ordet "overfald", og det er tydeligt, at oplevelsen stadig sidder i kroppen, præcis, som den kunne have gjort, hvis overfaldet havde været voldeligt.

### KONTAKTEDE DANSKE FYSIOTERAPEUTER

Den 11. oktober skriver Elsebeth Krøll et kort svar til ledelsen, hvori hun skriver, at hun ikke kan genkende anklagerne, men derfor heller ikke har nogen problemer med at efterleve kravene til adfærd.

Den 26. oktober bliver Elsebeth Krøll opsagt, angiveligt på grund af et "ikke-fyldestgørende" svar på advarselbrevet.

Danske Fysioterapeuter, der blev draget ind i sagen umiddelbart efter samtalen den 28. september, protesterede imod opsigelsen, men havde ikke held til at komme i dialog med arbejdsgiveren og lagde derfor på Elsebeth Krølls vegne sag an. Påstanden var, at dels var opsigelsen usaglig og urimelig, dels var den direkte ulovlig, idet Elsebeth Krøll var sikkerhedsrepræsentant og dermed beskyttet af de samme regler imod opsigelse, som tillidsrepræsentanter er. Det vil sige, at man kun kan opsiges en sikkerhedsrepræsentant, hvis der er "tvingende årsager", som det hedder.

Arbejdsgiverens påstand har under hele sagen været, at Elsebeth Krøll ikke var sikkerhedsrepræsentant, idet sikkerhedsorganisationen blev ændret den 17. oktober - dvs. 10 dage før opsigelsen - så der herefter kun var to sikkerhedsgrupper mod tidligere tre. Men ►

- ▶ hverken byretten eller landsretten mente, at ledelsen har været i sin gode ret til egenhændigt og uden nyvalg at beslutte, hvem af de tre, der så ikke skulle være sikkerhedsrepræsentant.

Først byrettens og siden landsrettens afgørelse var, at afskedigelsen ikke var sagligt begrundet, og at der desuden ikke var "tvingende årsager", der kunne godtgøre afskedigelse af en sikkerhedsrepræsentant.

I byretten blev Elsebeth Krøll tilkendt en godtgørelse på seks måneders løn, men det var ikke nok mente man i Danske Fysioterapeuter, der derfor ankede afgørelsen, hvorefter hun i Landsretten opnåede en erstatning på svarende til 10 måneders løn.

## HAVDE HELLERE VÆRET DET FORUDEN

"Jeg ville aldrig have haft kræfter til at kæmpe alene og selv lægge sag an. Men fordi DF gik ind i sagen, som de gjorde, og fordi jeg stolede på advokatens vurdering af, at vi havde en god sag, har jeg ikke været i tvivl om, at det var det rigtige at gå rettens vej. Men selvom jeg er kommet igennem det med en hel del penge, ville jeg absolut hellere have været det foruden", forklarer Elsebeth Krøll.

Retssagerne har været med til at trække sagen ud, og selvom hun hurtigt kom i arbejde igen og ikke har dvælet ved sagen uafbrudt, har hun ikke kunnet lægge den helt bag sig før nu.

"Min mand og børn har støttet mig, og to kolleger stillede op som vidner i retten. Det har betydet meget, ligesom det har været afgørende, at både advokaten, Danielle Buhl, og Helge Andersen fra Danske Fysioterapeuter har behandlet mig meget fint og forstået, hvordan de skulle være i forhold til mig, når jeg havde det rigtig dårligt. Jeg har aldrig brugt DF til noget tidligere og har som BST-ansat ikke engang haft en overenskomst forhandlet af DF. Faktisk har jeg i tidens løb tænkt på, hvorfor jeg overhovedet blev ved med at være medlem. Jeg kunne jo godt være medlem af en a-kasse uden at være medlem af en fagforening", siger Elsebeth Krøll.

I dag ser hun anderledes på det. "Det har været en meget voldsom oplevelse, og man bliver meget taknemmelig for, at der er nogen, der stiller op for en. Da jeg ringede til DF første gang, havde jeg ikke i tankerne, at det kunne føre til sådan en sag – jeg havde bare brug for nogen at snakke med. Hvis ikke der var kommet en sag ud af det, eller hvis den havde fået et andet udfald, var jeg endt på et andet niveau. Sagen har ikke kun trukket forløbet ud – den har også styrket mig".

Og pengene har ikke kun været et plaster på såret, tilføjer hun: "Uden de penge, tror jeg ikke mine chefer ville have forstået, at de har gjort noget galt. Det er ikke, fordi de skal straffes, men de skal forstå, at sådan kan man ikke behandle andre mennesker", siger Elsebeth Krøll og fortæller om sit sidste møde med de to chefer: "Efter afgørelsen i Landsretten kunne jeg rette ryggen og gå hen til dem og give dem hånden og sige farvel. De var ikke glade, men det var jeg". ■

## ROHDÉ PRODUITS



<b>Massagecreme</b>	<i>Standard/Anticeptisk Oliven/Citron Heat</i>
<b>Sprit</b>	<i>60% Badesprit 96% Hospitalssprit</i>
<b>Ultralyd Gel</b>	<i>Dane-gel (CE)</i>
<b>Rheumafin (CE)</b>	<i>Paraffinblanding til gigtbehandling</i>
<b>Paramed</b>	<i>Paraffinbad (3 kg)</i>
<b>Papir</b>	<i>Lejepapir Aftøringspapir Hovedlejepapir (løsark)</i>
<b>Sæbe</b>	<i>Håndcremesæbe u. parfume Hånd sæbe (mild)</i>
<b>Sportstape</b>	<i>20 mm og 38 mm</i>

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

## Fysioterapi og dystonipatienter

**Workshop** ■ Fysioterapeut Jean-Pierre Bleton, er leder af fysioterapien på Hôpital Sainte-Anne i Paris. Jean-Pierre Bleton har i en årrække arbejdet tæt sammen med neurologerne på dette hospital med behandling af dystonipatienter – specielt patienter med torticollis. Han kommer nu til Danmark og afholder workshop for neurologer, fysioterapeuter og fysioterapistuderende om behandling af torticollis og skrivekrampe på Odense Universitetshospital, Patologisk Institut, Windsløvparken 15, 5000 Odense C lørdag den 13. november kl. 13-16. Jean-Pierre Bleton har holdt en række foredrag om sin behandling og udgivet litteratur om dystoni, bl.a. bogen *Spasmodic Torticollis*, som er oversat til engelsk i 1994. Jean-Pierre Bleton vil inden for de nærmeste måneder udgive flere bøger. Det er gratis at deltage i workshoppen. For yderligere oplysninger og tilmelding kontakt Dansk Dystoniforening, tlf. 44955165. Læs endvidere på foreningens hjemmeside [www.dystoni.dk](http://www.dystoni.dk)

## Temadag om kliniske retningslinjer

**DSSF** ■ Hvordan finder, vurderer og anvender du kliniske retningslinjer? Hvordan udarbejdes kliniske retningslinjer? Svarene gives på en temadag, der afholdes den 11. november i Korsør. Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi og Danske Fysioterapeuter står for temadagen. Fysioterapeut, ph.d. Hans Lund vil i sit oplæg gennemgå, hvad kliniske retningslinjer er. Næstformand i Danske Fysioterapeuter, Birgitte Kure, fortæller om DF's strategi for udarbejdelse af kliniske retningslinjer. Fysioterapilærer Carsten Juhl fortæller, hvor man kan finde relevante retningslinjer, og fysioterapeut Janne Kroman vil i sit oplæg tage udgangspunkt i et konkret eksempel: Fysioterapi til Kronisk Obstruktiv Lungelidelse. Ph.d. og fysioterapeut Philip Van der Wees fra Holland gennemgår, hvordan man vurderer kvaliteten af kliniske retningslinjer. Om eftermiddagen vil man fordybe sig i aktuelle guidelines. I grupper gennemgås guidelines, der vurderes kritisk ud fra de metodiske redskaber, man har fået med formiddagens oplæg. Man kan på [ffy.dk](http://ffy.dk) downloade de retningslinjer, der gennemgås og ligeledes de vurderingsredskaber, der vil blive anvendt. Man kan tilmelde sig på temadagen på [www.dsff.dk](http://www.dsff.dk)



## Balancetema i det norske Fysioterapeuten

**Viden** ■ Professor, dr. med. Per Brodal gennemgår i en artikel i det norske *Fysioterapeuten* det neurobiologiske grundlag for balance. Han skriver i sin artikel, at der i dag er en øget erkendelse af betydningen af kortikale processer, og at postural kontrol er langt mere fleksibel og kontekstafhængig, end man tidligere har troet. Fysioterapeuterne Britt Fadnes og Kirsti Leira beskriver et balanceprojekt, hvor de har arbejdet med en gruppe patienter med balanceproblemer, der normalt henvises til psykomotorisk fysioterapi. *Per Brodal: Det neurobiologiske grundlaget for balance. Britt Fadnes, Kirsti Leira: Balansen ingen selvfølge. Fysioterapeuten nr. 8. august 2004, p. 25-35.*

## Kursus til klinikker om arbejdsfastholdelse

**Ryg** ■ Koordineret Indsats for Arbejdsfastholdelse (KIA) er et treårigt forsknings- og udviklingsprojekt. Projektet udføres i Vejle amt i samarbejde med Arbejds miljøinstituttet, arbejds- og miljømedicinsk afdeling, Vejle sygehus samt Kolding, Vejle, Give og Egtved kommuner. Målet med projektet er at finde ud af, hvad der påvirker et sygdomsforløb, og om der findes en bedre måde at koordinere opfølgingsindsatsen på. Projektet retter sig mod mennesker, der er sygemeldt på grund af ondt i ryggen. De får tilsendt et spørgeskema og deltager i en lodtrækning om at modtage et tilbud fra et tværfagligt arbejdsfastholdelsesteam. Teamet består af en fysioterapeut, en læge, en psykolog, en kiropraktor og en socialrådgiver. Teamets opgave er at vurdere den sygemeldtes funktionsevne og sammen med denne udarbejde en plan for rehabiliteringen. For at styrke den tværfaglige ekspertgruppe og for at synliggøre projektet tilbyder KIA et kursus til kiropraktor- og fysioterapiklinikker med ydernummer i de medvirkende kommuner. Læs mere om KIA på [www.kia-vejleamt.dk](http://www.kia-vejleamt.dk) eller ringe på tlf. 79 43 60 33.

fysnyt

# Med fysioterapeuterne til Paralympiske Lege

Fysioterapeuterne Kenneth Damsgaard og Puk Øhlenschlæger har været en del af sundhedsteamet omkring de danske atleter til de paralympiske lege i Athen. Fysioterapeuten bringer her et uddrag af Kenneth Damsgaards og Puk Øhlenschlægers dagbogsnotater

AF FYSIOTERAPEUTERNE KENNETH DAMSGAARD OG  
PUK ØHLENSCHLÆGER  
FOTO PREBEN SØBORG/SPORTSFOTO

10/9: Afgang fra Kastrup i fælles trop og ens uniform. Torsdag aften blev det besluttet at indsætte et mindre fly, hvor al bagagen desværre ikke kunne være. 31 stk. bagage manglede, da vi ankom til Athen. En el-kørestol var desuden blevet total smadret under transporten (tabt ud af bagage-lugen på flyet). Stolen tilhører en bocciaspiller og er hans konkurrencestol. Han fik en midlertidig transportkørestol stillet til rådighed i lufthavnen og fik sin reservestol sendt fra Danmark. Hans oprindelige kørestol blev sendt på værksted i Paralympick-byen (PL-byen) og kunne heldigvis svejses sammen igen og fungerer rimeligt nu.

## FYSIOTERAPI I KÆLDEREN

Faciliteterne hernede er perfekte. Alle danskerne bor i en fælles bygning med individuelle lejligheder. De første dage blev der arbejdet hårdt på at få indrettet et sekretariat i kælderen med computerforbindelse, fax og telefoner. Dette er samlingspunkt for alle informationer, der kommer ind og skal videregives. I de tilstødende lokaler, ligeledes i kælderen, gik vi i gang

## indgang

■ En kørestol, der blev væk, vabler, ømme muskler og facitlædesyndrom. Opgaverne var mange for de to fysioterapeuter Kenneth Damsgaard og Puk Øhlenschlæger, der fulgte de danske atleter til Paralympics.





*Femkæmperen René Nielsens kørestol var væk, 20 minutter før den skulle bruges. Panikken bredte sig, men den dukkede op i sidste øjeblik i et hjørne længst væk på det kæmpestore stadion. Trods denne mildt sagt turbulente start, lykkedes det René Nielsen at vinde en bronzemedalje.*

med at opstille en brugbar fysioterapiklinik med to brikse, lidt afskærmning og en lægekonsultation.

I den olympiske by er der desuden en polyklinik, hvor der kan gives fysioterapibehandling samt bl.a. ultralyd, laser og hydroterapi. Desuden er der en øjenklinik og bl.a. mulighed for at få fortaget MR-scanning, kirurgiske indgreb mv.

Af andre faciliteter kan nævnes to centre, hvor man kan bestille massagetider. Der må ikke udføres direkte behandlinger på stederne, men kun let afslappende massage. Det er et tilbud, mange af vores atleter benytter sig af, sådan at vi har tid og mulighed for at yde den optimale behandling af mere specifikke problemer eller eventuelle skader.

18/9: I går var vi vidner til en fantastisk oplevelse, nemlig åbningsceremonien. 72.000 tilskuere, 3840 aktive og ca. 2500 trænere, ledere og hjælpere. Det at træde ind på stadion, og speakeren råber "Denmark!" og over 70.000 mennesker jubler og klapper, det kan ikke beskrives med ord.

#### **FACETLEDSYNDOM, ØMHED OG VABLER**

21/9: I dag starter konkurrencerne, og vi har allerede haft tre atleter i ilden. Desuden har vi haft kongeligt besøg af prinsesse Benedikte, der var rundt og se vores faciliteter. Vi er her i PL-byen et dansk team på ca. 52 mand inklusiv leder, træner, hjælpere. Der er i alt 32 deltagere fordelt på ni forskellige idrætter. Handicapede er meget forskellige med både kørestolsbrugere, amputerede, spastikere.

Rejsen herved kan være hård for enkelte af atleterne, og nye senge har givet ømme rygmuskler. De længere gåafstande end derhjemme har også medført gener. På grund af varmen har de atleter, der benytter proteser, haft nogen mekanisk påvirkning på huden, hvilket har resulteret i vabler, der skal holdes øje med og plejes.

Et par af atleterne og hjælperne har under træning og arbejde pådraget sig lette facetleds syndromer, som vi har manipuleret og mobiliseret.

#### **SVØMMERE MED ØMME MUSKLER**

Vi har fordelt arbejdet, så jeg (Puk Øhlenschlæger) tog ud i svømmehallen, da mange af svømmerne skulle i ►

- ▶ vandet i dag. Kenneth blev hjemme på klinikken og behandlede.

I svømmehallen var det mest løsnende behandlinger af stort set alle svømmerne inden og efter løbene. Det er ikke den dybdegående behandling, der gives, da det vil tappe svømmerne for kræfter inden løbet. Vi bruger udspænding af skuldre og ryg, der skal være smidige til crawl og butterfly, og vi løsner trætte arm- og benmuskler.

#### GULD TIL FYSIOTERAPEUT

25/9: Det blev til i alt 15 medaljer ved de paralympiske lege. Heraf fem af guld. Guldmedaljevinderne var svømmeren Sisse Egeborg, cykelrytteren Karen Jacobsen, kuglestøderen Jackie Christiansen, Danmarks goalballhold og fysioterapeut Jakob Mathiasen. Han var helt suveræn i spydkast og indkasserede en sikker guldmedalje med en margin på næsten 2 meter. Ellers er det næsten uhørt, så tæt konkurrencen er, og det vidner om de danske atlethers høje standard. ■

Findes der en effektiv  
behandling for piskesmæld?  
Download kap. 2 i *Lærebog  
i Kranio Sakral Terapi*



[www.stanleyrosenberg.com](http://www.stanleyrosenberg.com)

#### FÆRRE MEDALJER END TIDLIGERE

Redaktionen fangede konsulent i Dansk Handicap Idrætsforbund Michael Møllgaard Nielsen i telefonen kort før afrejsen fra Athen.

*I tog fra Sydney for fire år siden med 30 medaljer, men vender hjem fra Athen med kun 15 medaljer. Hvad er der sket?*

"Handicapidrætten i Danmark har fået taget sin mødom og er vågnet op til en virkelighed, der handler om eliteidræt på højt niveau. Der har været 140 deltagende nationer i Athen, og vi er nok ved at finde et leje, der afspejler vores størrelse. Derudover handler det jo også om, at rekrutteringsgrundlaget til handicapidrætten i et velfærdssamfund ikke er lige så stort som i for eksempel Kina. Kineserne har med 141 medaljer demonstreret en chokerende styrke.

Jeg synes ikke, vi kan tale om, at vi ikke har gjort det godt nok, når for eksempel René Nielsen går ind og laver en verdensrekord i atletik – problemet er, at tre minutter senere er den slået af en ny verdensrekord.

Men selvfølgelig er der nogle ting, vi skal hjem og evaluere på. Vi skal satse anderledes, og det handler ikke kun om økonomiske midler, men også om at øge både mængden og kvaliteten af træningen. Det bliver hårdere at være handicappet eliteidrætsudøver fremover".

*Er vilkårene meget bedre uden for Danmark?*

"Der er nogle af dem, vi møder, der lever som halvtidsprofessionelle. Der kan vi ikke være med, men der kan måske arbejdes på at få skabt nogle mere fleksible aftaler med arbejdsgiverne. Jeg ved for eksempel, at Jakob Mathiasen, der er fysioterapeut, og som vandt guld i spydkast, har haft en aftale med sin arbejdsgiver om nedsat tid i det sidste halve år op til paralympics. Det kompenserer ham ikke økonomisk, men det kan få en hverdag med idræt på topplan, familie og job til at hænge sammen, og det er lige så meget det, det handler om".

*Er rekrutteringen til handicapidrætten i Danmark god nok?*

"Nej det synes jeg egentlig ikke. Vi er et lille og overskueligt land, og vi burde derfor være bedre til at rekruttere både bredden og dem, der vil udvikle sig yderligere, men jeg er glad for, at vi har fået en forholdsvis flot mediedækning i Athen, for det vil øge opmærksomheden på handicapidrætten".

Sundhedskartellets for-handlingsdelegation er fra venstre forhandlingschef Josephine Fock, Sundhedskartellet, og formand Connie Kruckow, Dansk Sygeplejeråd, samt formand Anne Lise Madsen, Danske Bioanalytikere og Johnny Kuhr, Danske Fysioterapeuter.



# Højere løn har første prioritet

Mere i løn til ansatte i basisstillinger. Det er hovedkravet fra Sundhedskartellet, der har afleveret overenskomstkrav til arbejdsgiverne. Samtidig skal ny løn erstattes med en anderledes lønmodel

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD  
FOTO: SØREN SVENDSEN

Privatansatte med en mellemlang videregående uddannelse tjente i 2002 i gennemsnit godt 1/3 mere end en fysioterapeut, sygeplejerske eller anden ansat med en tilsvarende uddannelse i det offentlige sundhedsvæsen.

Det er et lønspænd, som skal udlignes, mener Sundhedskartellet. Derfor bør offentligt ansatte sundhedsansatte have en lønudvikling, der er bedre end på det private arbejdsmarked, sagde Sundhedskartellets formand, Connie Kruckow, da hun på et pressemøde den 5. oktober præsenterede de overenskomstkrav, som er afleveret til arbejdsgiverne.

Højere løn specielt til ansatte i basisstillinger første prioritet, og samtidig bør der indføres en helt ny lønmodel, der passer bedre end ny løn til Sundhedskartellets 115.000 medlemmer.

## NY LØNMODEL

Flere undersøgelser har vist, at sundhedsgrupperne ikke har fået noget særligt ud af ny løn, fordi selve arbejdsprocessen i sundhedssektoren er udpræget kollektiv. Derfor foreslår Sundhedskartellet, at der ►

## fakta om...

**Kravkatalog på hjemmesiden**  
Sundhedskartellets og arbejdsgivernes krav kan i deres helhed læses på [fysio.dk/OK05](http://fysio.dk/OK05). Her kan man løbende følge overenskomstforhandlingerne.

- ▶ indføres en helt ny lønmodel, der har centrale rettigheder og lokale muligheder.

Ifølge forslaget skal der være to centrale grundlønstrin, som alle fysioterapeuter, sygeplejersker m.fl. indplaceres på afhængig af anciennitet og erfaring. Herudover indføres to lokale grundlønstrin, som de ansatte skal eller kan indplaceres på ud fra nogle centralt aftalte kriterier.

## fakta om...

### Sundhedskartellet

De 11 organisationer i Sundhedskartellet, der omfatter 115.000 ansat i sundhedssektoren, er: Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Danske Bioanalytikere, Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Farmakonomforeningen, Danske Afspændingspædagoger, Foreningen af radiografer i Danmark, Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter og Økonomonaforeningen.

Det kan eksempelvis være fysioterapeuter, som har specialiseret viden, er ressourcepersoner, har særlig efter- eller videreuddannelse eller beskæftiger sig med bredere sundhedsfaglige problemstillinger.

Ifølge Sundhedskartellet vil lønmodellen være kendetegnet ved sin enkelthed og gennemskuelighed.

I modsætning til tidligere overenskomstforhandlinger, hvor en del af lønsummen forlods har været afsat til ny løn, ønsker Sundhedskartellet ikke at der afsættes penge centralt til de lokale

forhandlinger. Argumentet er, at pengene i forvejen findes i amter, kommuner og H:S. Der er ved tidligere forhandlinger afsat 5 – 6 procent af lønsummen, uden at det er blevet udmøntet i tilsvarende lokale løntillæg. Derfor gælder det om at få brugt disse penge frem for at afsætte flere.

### ARBEJDSTID OG PENSION

Ud over mere i løn, prioriterer Sundhedskartellet også at bedre vilkårene for ansatte, der arbejder på

forskudt tid samt at forbedre pensionen. Størstedelen af Sundhedskartellets medlemmer er kvinder, som i perioder er væk fra arbejdsmarkedet i forbindelse med barsel, eller som arbejder på nedsat tid. Det betyder at pensionsindbetalingen bliver reduceret. Derfor er ønsket at få pensionsdækning under barsel og forøget indbetalingen.

### TÆTTERE PÅ MEDLEMMERNE

Det er første gang, at Sundhedskartellet skal forhandle direkte med arbejdsgiverne fra Amdsrådsforeningen, H:S, Kommunernes Landsforening samt Københavns- og Frederiksberg kommune.

I december 2003 valgte Sundhedskartellets 11 organisationer at træde ud af Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte, KTO. Sundhedskartellets organisationer var utilfredse med at skulle indpasse sig under en fælles aftale for godt 650.000 offentligt ansatte - en aftale, som de ikke havde haft den store indflydelse på. Ønsket var at komme tættere på medlemmerne og det direkte forhandlingsforløb.

Det betyder, at Sundhedskartellets organisationer i fællesskab har lavet et debatoplæg, udtaget fælles krav, forhandler og stemmer sammen om overenskomstresultatet og går i konflikt sammen, hvis der ikke kan opnås et tilfredsstillende resultat.

Efter at Sundhedskartellet har udvekslet overenskomstkrav med arbejdsgiverne, mødes parterne den 18. oktober til det første egentlig forhandlingsmøde. Ifølge tidsplanen skal forhandlingerne være afsluttet senest den 28. februar 2005. ■

*Læs også lederen side 3.*

# opslagstavlen

## Købes/sælges

■ Laser, 30mV i god stand. Sælges: Elstimulation, Siemens, aldrig brugt. Henvendelse: Vibeke Guldborg Jensen tlf.: 4098 7313.

## Laser sælges

■ Næsten ny Power Laser 500mW/808nm s/N 2658. Købt hos Andi electromedical Aps. Ny pris 34.000 kr. Sælges for 15.000 kr. Henvendelse tlf. 3251 9401/2489 9713.

## Brugt udstyr

■ Ramiluck er en almennyttig organisation med hovedkvarter i Rumænien. Organisationen indsamler blandt andet brugt fysioterapiudstyr og kan kontaktes på telefon 0040 740 525919 e-mail: s\_c\_ramiluck@yahoo.com. Yderligere information: www.ramiluck.go.ro



## Se på ressourcerne i stedet for

Man kan sagtens få et godt liv med et **fysisk handicap**, især hvis ikke **barndommen** gøres til en permanent træningslejr

DEBATINDLÆG AF:  
BØRNEFYSIOTERAPEUT BITTEN JERLANG,  
SUNDHEDSPLEJEN, HOLBÆK KOMMUNE

I Fysioterapeuten nr. 16 kommenterer fysioterapeut Iben Hurup en artikel i Fysioterapeuten nr. 14, et interview med fysioterapeut Anne Willads med overskriften "Vi skal ud af træningslokalet".

Kollega Iben Hurup undrer sig over Anne Willads opgaven og negative holdning som – iflg. Iben Hurup – vil indebære en klar forringelse af behandlingen af børn med cerebral parese (her mangler dokumentation fra Iben Hurups side!).

Jeg tillader mig at blande mig i diskussionen om, hvad god "behandling" er. For det første var det med stor glæde, at jeg i Fysioterapeuten nr. 14 læste to artikler, der satte spørgsmålstejn ved den såkaldt specifikke børnebehandling. Jeg oplevede hverken en opgivende eller negativ holdning, tværtimod oplevede jeg, at Anne Willads har en sund holdning til børn. Hun foretrækker at se på børns stærke sider - deres ressourcer - i stedet

for at dyrke traditionel fejlfinding og fejlbehandling. Al den snak om behov for motorisk træning kan ligne behandlernes manglende rummelighed og angst for det skæve, det der er anderledes.

Jeg har arbejdet med børn med cerebral parese i hele mit lange voksenliv, og det er min erfaring, at til trods for at mange børn med cerebral parese tilbringer deres barndom i noget, der ligner en permanent træningslejr, vil de som unge og voksne stadig være præget af et fysisk handicap. Det er min erfaring, for at bruge den argumentationsform igen, at man sagtens kan få et godt liv med et fysisk handicap, men det er problematisk, at den megen fokusering på barnets handicap betyder, at mange børn med cerebral parese føler sig forkerte og udvikler et katastrofalt lavt selvværd. Hvem skal tage ansvar for det? ■

## Fagforening kontra brancheforening

En ny struktur bør tage højde for problemet med **ansatte** og **selvstændige** i samme forening

DEBATINDLÆG AF:  
FYSIOTERAPEUT PIET BOIDIN

Det er glædeligt at se, at hovedbestyrelsen og repræsentantskabet er tidligt ude med nye forslag til en ny struktur i Danske Fysioterapeuter.

Målsætningen er at skabe en struktur, der (ref: Fysioterapeuten 16/04) "på én gang skal give politisk handlekraft, et højt og professionelt serviceniveau, være medlemsengagerende, politisk og administrativt tilgængelig samt præget af effektivitet, rationalitet og fleksibilitet".

Jeg er helt enig med hovedbestyrelsen heri, men hvad gør vi i fremtiden med situationen ansatte/selvstændige i den samme fagforening? Ansatte og selvstændigt erhvervsdrivende har forskellige interesseområder, og

det sidste årti har tiltagende vist, at de to grupper fagforenings-teknisk set ikke virkelig har noget tilfælles ud over det faglige. Tværtimod har lønmodtagerne behov for et samfundssocialt fællesskab i en fagforening, mens arbejdsgiverne samt indlejerne driver en virksomhed og har behov for en stærk brancheforening.

Når vi alligevel tager fat på en ny struktur, kan vi lige så godt tage hovedbestyrelsens målsætning vedrørende professionelt serviceniveau, effektivitet, rationalitet og fleksibilitet helt alvorligt. At fortsætte med meningsløse interessekonflikter i samme fagforening ville nøjagtigt være en flagrant ignorering af disse meningsfulde målsætninger. ■

## Spændende produkter fra PROcare

*Funktionel Træning - Træning der gør en forskel!!*

### Thera-Band træningsbolde

Swissball, Bobathbold, Stor Træningsbold.... kært barn, mange navne!  
Du kender den sikkert, men bruger du den også?

Pris eksempler:

23021 Power ABS 55 cm rød Kr. 159,-

23031 Power ABS 65 cm grøn Kr. 199,-

23041 Power ABS 75 cm blå Kr. 239,-

Alle Thera-Band boldene fås også i sølvgrå



### Thera-Band træningselastikker

De 15 cm brede latex elastikker i den velkendte Thera-Band kvalitet finder anvendelse i mange sammenhænge.

Priser i ruller a' 5½ meter fra kr. 89,-

Fås også i ruller á 45 meter SPAR 15%

Som en nyhed kan vi præsentere LEKI Response vandrestav, som kan få i længde fra 100 - 135cm (5cm spring). Staven er produceret i 16mm aluminium med "soft nordic" håndtag og "quick-release" handske. En vandrestav af meget høj kvalitet.

Du kan også vælge LEKI Supreme, som er en justerbar stav i højden fra 100-135cm, med det patenterede "EASY LOCK SYSTEM 360" der sikrer en meget stabil stav.

Priser fra Kr. 359,-

**NYHED**



### BOSU Both Sides Up

Ny og spændende stabiltræner fra USA. Et unikt allround træningsredskab som udfordrer din krop på stort set alle områder.

Pris eksempler:

10850 BOSU træner Kr. 940,-

Alle ovenstående priser er ekskl. moms og levering

## Ny produktmappe & ny hjemmeside

Vi arbejder intenst på færdigudvikling af vores helt nye hjemmeside og nye produktmappe, som ventes færdige ultimo november 2004 - tilmeld dig nyhedsbrev og følg med på [www.procare.dk](http://www.procare.dk) -



PROcare tilbyder i dag fire produktområder. Håndterapi, ADL hjælpemidler, PC-baseret genoptræningsudstyr og funktionelle træningsprodukter til Fysioterapi.

PROcare markedsfører og sælger træningsredskaber til hospitaler, genoptræningscentre, almindelige trænings- og fitnesscentre, gymnastikforeninger, fysioterapier samt kiopraktorer.

PROcare markedsfører og anbefaler især midtre og lette træningsprodukter bl.a. Thera-Band træningselastikker, store træningsbolde, AERO-step, BOSU og mange andre funktionelle træningsprodukter.

Varemærket er;

**Funktionel Træning og Rehabilitering**  
- Træning der gør en forskel!

## PRODUKTMAPPE 2004

- Bestil dit eksemplar på [www.procare.dk](http://www.procare.dk) -

