



Nakkebesvær

Cochrane: Stærk evidens
for kombineret øvelses-
terapi og manuel ledbe-
handling. Side 6

Fysioterapeuten

www.fysio.dk

Den nye forening

Fysioterapeuten har været til stiftende generalforsamlinger i de to af Danske Fysioterpeuters fem nye regioner.

SIDE 16



Artikler

Cochrane review:

Der er stærk evidens for kombineret øvelsesterapi og manuel ledbehandling til behandling af nakkebesvær.

6

Samarbejde tager tid, men giver indflydelse



De fleste tillidsrepræsentanter stiller op igen, når der i den kommende tid skal vælges tillidsrepræsentanter på de fysioterapeutiske arbejdspladser.

12

Stort behov for forskning og udvikling



Når kommunalreformen træder i kraft, får Region Midtjylland en forsknings- og udviklingsenhed for ergo- og fysioterapi. Men også landets øvrige regioner bør satse på forskning og udvikling.

22

På vej mod det store opbrud

Stort set alle fysioterapeuter bliver direkte eller indirekte berørt af kommunalreformen. I amter og kommuner er kompetenceudvikling nu et nøgleord.

25

Væk med berøringsangsten

Indvandrerpatienters rettigheder overholdes ikke altid i det danske sundhedsvæsen. Sproglige problemer, usikkerhed og angst for det anderledes er nogle af årsagerne.



30

Hyp en tur i otte boligkvarter

Et af redaktionens yndlingstidsskrifter, nyhedsbrevet FYSIO, har slået til igen. Bladet, der er svensk, men også kommer i en dansk udgave, indeholder masser af relevant viden for fysioterapeuter og udmærker sig ved sine ofte temmelig alternative oversættelser. I augustnummeret kan man således læse en helt ny definition på det ellers næsten hedengangne navneord "ganger".

Artiklen refererer et amerikansk studie, der viser, at det er bedre for funktionshæmmede kvinder at gå korte ture end slet ikke at gå. Kvinderne i undersøgelsen blev delt i to grupper: dem som gik, og dem som ikke gik. Og her kommer det: "Den som gik otte boligkvarter eller mere hver dag defineredes som gangere". Det er jo mageløst! Tilbage står så bare spørgsmålet, om fire boligkvarter er det samme som en time?



Det faste

Fysnyt	4,28
Presseklip	15
DFnyt	28
Debat	33
Kalender	37
Uddannelse	41
Job	47



FORSIDE:
HENRIK FRYDKJÆR

Udgiver:
Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Telefon 33 41 46 20

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
jjs@fysio.dk
Sundhedspolitisk konsulent
Ann Sofie Orth
aso@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.

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

Redaktionspanel:
Birte Carstensen
Sine Secher Marcussen
Jørgen Jalving
Susanne Sternberg
Hanne Albert
Hanne Morthorst
John Verner
Janne Mørch
Christian Coupe
Ulla Mulbjerg
Poul Henriksen
Jeanette Præstegaard
Karen Thøgersen
Nina Beyer
Jette Christensen
Bente Holm

ISSN 1601-1465

Afgørende aftaler

Et væsentligt element i kommunalreformen er sundhedsaftalerne, som skal indgås mellem regionerne og de nye kommuner. Aftalerne skal sikre sammenhængende patientforløb, og aftalerne skal være klare, så patienterne undgår nye gråzoner. Derfor er Danske Fysioterapeuter allerede nu i gang med at formulere sine krav til indholdet af sundhedsaftalerne.

For det første bør sundhedsaftalerne beskrive kvalitetsstandarder for forskellige diagnosegrupper. Det bør være tydeligt for borgerne, hvilken behandling - før, under og efter indlæggelse - kommune og region forestiller sig. For det andet skal kvalitetsstandarderne naturligvis bygge på evidens. Derfor bør arbejdet med de kliniske retningslinier udvikles og målrettes netop behovene i sundhedsaftalerne. For det tredje skal sundhedsaftalerne indeholde gennemsigtige, accepterede og lettilgængelige evalueringsredskaber. For selvom der bliver fastsat nationale kvalitetsstandarder, vil borgeren blive bedst sikret ved, at vi også sørger for en grundig og åben evaluering. Evalueringen skal ske løbende, og den skal også udvikles: Det betyder, at dokumentation og effektmålinger skal være naturlige i det daglige arbejde. På den måde skaber man i øvrigt arbejdspladser, der også er parate til at håndtere ekstern evaluering.



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Det fjerde krav til sundhedsaftalerne drejer sig om kommunernes pligt til at forske og udvikle, som bør følges op af meget konkrete initiativer og samarbejdsrelationer. Danske Fysioterapeuter mener, at der er behov for ansættelse af fysioterapeuter i udviklingsstillinger, som vi kender dem fra sygehussektoren. Disse fysioterapeuter skal arbejde med at implementere evidensbaseret praksis i kommunerne. Der er oplagte udviklingsmuligheder for eksempel i krydsfeltet mellem kommune og praksissektor. Samtidig mener Danske Fysioterapeuter, at kommunerne skal koble sig til de eksisterende forsknings- og udviklingsmiljøer som f.eks. universiteterne. Det kan lyde som en vanskelig udfordring, men det er for Danske Fysioterapeuter helt naturligt, at forskningen knytter sig til opgaven.

Vi forventer, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet vil offentliggøre sit forslag til indholdet af aftalerne omkring nytår. Til den tid vil Danske Fysioterapeuter være parate med klare krav til såvel kommuner som regioner.

Langt fra teori til praksis

Arbejds miljø ■ Selvom fysioterapeuter ved alt om, hvordan de skal undgå nedslidning på jobbet, er der langt fra teori til praksis. En engelsk undersøgelse viser, at næsten halvdelen af engelske fysioterapeuter og fysioterapiassistenter har ondt i ryggen. De nyuddannede er i størst risiko for at få gener fra bevægeapparatet. Det engelske fysioterapiforbund (CSP, Chartered Society of Physiotherapy) har publiceret en undersøgelse af fysioterapeuters og fysioterapiassistenteres fysiske arbejdsmiljø. 2.688 fysioterapeuter og assistenter deltog i en spørgeskemaundersøgelse, hvor de skulle oplyse om arbejdsrelateret besvær fra bevægeapparatet. Fysioterapeuterne skulle endvidere gøre rede for, hvor og hvordan de havde fået skaden.

43,2 procent af de adspurgte rapporterede mere end en episode med arbejdsrelateret besvær fra bevægeapparatet. 48,2 procent havde ondt i lænderyggen, 23 procent i tommel og 16,7 procent i håndled. Undersøgelsen viste, at 32 procent af terapeuterne og assistenterne fik den alvorligste skade inden for de første fem år, de havde været uddannet. I en af undersøgelsens konklusioner påpeges det paradoks, at de unge fysioterapeuter tilsyneladende oplæres i at pådrage sig skader. Det anbefales derfor, at der gøres mere ud af at uddanne de unge fysioterapeuter til at passe på sig selv, og at arbejdspladserne skal tage det fysiske arbejdsmiljø alvorligt. Læs mere om undersøgelsen på fysio.dk/nyheder og find undersøgelsen på www.cpt.org.uk/

Hæderspris til praktiserende læge

Motion ■ Praktiserende læge Leif Skive modtog i forbindelse med Gigtforeningens Reumakongres 2005 The Bone and Joint Decade hæderspris. Prisen er givet for Leif Skives pionerarbejde med at fremme fysisk aktivitet som behandling. Han har blandt andet skrevet Motionsmanualen, som indeholder en motionsrecept til praktiserende læger. Prisen tildeles hvert år til en person eller institution, som har gjort en ekstraordinær indsats inden for behandling og forebyggelse af bevægeapparatlidelser.

Succesoplevelser i træning

Fastholdelse ■ Fysioterapeuterne skal sørge for, at patienterne får succesoplevelser i træningen, så de har lyst til at fortsætte. Træningens indhold og intensitet kommer i anden række, sagde Michael Kjær på Gigtforeningens Reumakongres 2005.

Professor dr. med. Michael Kjær fra Idrætsmedicinsk Forskningsenhed på Bispebjerg Hospital gennemgik studier, der havde undersøgt fysisk aktivitet i forhold til artrose og reumatoid artrit (RA). I forbindelse med RA ses nedsat bevægelighed, nedgang i aktivitet, øgning af hjerte-karsygdomme og metaboliske sygdomme. Sammenlignes en gruppe RA-patienter med en sammenlignelig gruppe uden RA, er det karakteristisk, at RA-patienterne har nedsat muskeludholdenhed og -styrke, nedgang i kondition, og nedsat bevægelighed. Disse parametre forekommer også hos den inaktive del af befolkningen. Og budskabet er for RA-patienter

som for alle andre, at der skal træning til. Træningen påvirker ikke selve sygdommen, men har en positiv effekt på sundhedsparametrene og på funktionsevnen. "Når det gælder artrose, viser det sig, at regelmæssig moderat træning er godt, mens overdreven træning er skidt", sagde Michael Kjær. Hvad angår træningsform, intensitet og træningsmængde, mangler der stadig viden. Nogle studier har vist, at muskelstyrke og -udholdenhed har god effekt på smerte. Men er man i fysisk dårlig form, er det ligegyldigt, hvad man træner, bare man kommer i gang.

"Det er først, når der er opnået en vis træningseffekt, at man skal til at målrette og fokusere træningen", sagde Michael Kjær. Det vigtigste er, at få mennesker med gigt til at træne og fastholde træningen livslangt. "Der skal superviserede succesoplevelser til. Der skal være nogle, der guider patienterne gennem længerevarende træningsforløb. Og her kommer fysioterapeuterne ind", sagde Michael Kjær.

fysnyt



FOTO MICHAEL DAUGAARD, SCANPIX

Man skal først og fremmest sørge for at de gigrante får succesoplevelser. Så får de lyst til at fastholde træningen", sagde professor Michael Kjær på Gigtforeningens Reumakongres 2005.

PKA

PKA⁺



Tegn din supplerende pension hos PKA⁺

- Er du kommet sent ud i job?
- Har du arbejdet på deltid?
- Har du holdt orlov?

...Eller kunne du bare tænke dig en højere pension end den, du kan se frem til nu?

Så er det klogt at oprette en supplerende pensionsordning, Jo før, jo bedre.

Vidste du i øvrigt, at PKA-pensionskasserne har et livs- og pensionselskab, som tilbyder supplerende pensionsordninger og livsforsikringer på særdeles konkurrencedygtige vilkår?

Ring til PKA⁺ Pension på tlf. 39 45 46 00 og hør nærmere, eller klik ind på www.pkaplus.dk og læs mere. Vi glæder os til at hjælpe dig.

PKA⁺
...mere pension

Øvelser er effektive til nakkebesvær

Der er stærk evidens for kombineret øvelsesterapi og manuel ledbehandling til behandling af nakkebesvær

AF MARTIN B. JOSEFSEN, FYSIOTERAPEUT, EXAMMT
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

I 2005 blev der på Cochrane Biblioteket publiceret en oversigtsartikel (review) over studier, der har undersøgt effekten af nakkeøvelser. I denne artikel præsenteres og kommenteres hovedbudskaberne i artiklen "Exercises for mechanical neck disorders".

Prævalensen for nakkebesvær er omkring 10 procent og forekommer omtrent halvt så hyppigt som lænderygbesvær. Overordnet ser det ifølge dette review ud til, at forskellige øvelser kan være effektive til nogle former for nakkebesvær – og særligt effektive i kombination med manuelle teknikker.

Øvelseskategorien "styrkeøvelser", der er anvendt i dette review, er klinisk set reelt en stor kasse, idet den i praksis er stor og indeholder mange varianter af styrke-, udholdenheds- og faciliteringsøvelser – udført specifikt/lokalt eller globalt/uspecifikt.

Det kan af dette review ikke statistisk udledes, hvilke øvelser der er de bedste; ej heller om eksempelvis "specifikke stabiliserende øvelser" er bedre end generelle styrke-udholdenhedsøvelser.

Der kan tilnærmelsesvis udledes delkonklusioner, hvis man kigger på nogle af de inkluderede enkeltstudier.

STABILISERENDE ØVELSER

Jull et al's høj kvalitetsstudie om manuel terapi og specifikke øvelser til cervikogen hovedpine udgør for eksempel i sig selv moderat evidens for, at specifikke stabiliserende øvelser er effektive (sammenlignet med ingen intervention) og omtrent lige så effektiv som manuel ledbehandling (Jull et al 2002).

I studiet blev der anvendt specifikke udholdenhedsøvelser målrettet den lokale stabiliserende muskulatur, især de dybe nakkeflexorer, med samtidig minimering af global muskelaktivitet.

Forskere har observeret dysfunktioner i den lokale stabiliserende muskulatur hos nakkepatienter, og undersøgelses- og øvelsestilgangen er bl.a. beskrevet af Jull og Falla (Falla 2004, Zito et al 2005, Jull et al 2004, Jull 2002).

HIGH-TECH STYRKEØVELSER

Et andet af de inkluderede studier af Jordan et al peger i retning af, at "hightech" styrkeøvelser for nakken også er effektive, om end der i studiet også blev givet andre interventioner til gruppen (Jordan et al 1998). Nakketræningen blev bl.a. udført i en særlig nakketræningsmaskine, hvor modstanden kan lægges i en bestemt bevægeretning for nakken, og kan beskrives som en mere generel form for styrketræning.

Vedrørende AROM øvelser (Active Range of Motion; selvmobiliserende øvelser) var der begrænset evidens for kortvarig smertelindring til akutte whiplashsymptomer (Rosenfeld et al 2000) samt til nakkebesvær, når øvelserne blev udført som hjemmeprogram. I en del af disse inkluderede studier blev øvelserne udført som retningsbestemte gentagne bevægelser a.m. McKenzie. Et studie blev i dette review udelukket grundet mangelfuld definition af, om McKenzie-øvelserne bestod af behandlingsteknikker, f.eks. med manuelt overpres/mobilisering, eller selvmobiliserende øvelser (Skargren et al 1997). I et systematisk review af gentagne bevægelser a.m. McKenzie til lænd og nakke lyder konklusionen, at der er mangelfuld evidens på nakkeområdet og tegn på gode effekter på lændområdet (Clare et al 2004).

Man kan nærme sig den konklusion, at mange former for øvelsesterapi, der involverer træning af muskulatur, på nuværende tidspunkt synes effektive til akut og kronisk nakkebesvær på kort og lang sigt, herunder specifikke udholdenhedsøvelser eller styrketræning til nakkebesvær med hovedpine. Indtil videre er der kun begrænset evidens for effekten af selvmobiliserende øvelser på kort sigt.

MOBILISERING OG MANIPULATION

Der er stærk evidens for, at en multimodal tilgang, der involverer både mobilisering/manipulation og øvelsesterapi, er effektivt til både akut og kronisk nakkebesvær på kort og lang sigt.

Denne konklusion understøtter et tidligere Cochrane review, der undersøgte effekten af mobilisering/manipulation til nakkebesvær (Gross et al 2002). I dette review ►

indgang

■ Øvelser synes effektive til akut og kronisk nakkebesvær på kort og lang sigt. Fysioterapeut Martin B. Josefsen gennemgår resultaterne i et Cochrane review publiceret i 2005.

Hele reviewet kan downloades fra www.cochrane.dk

ær

Der er moderat evidens for, at specifikke stabiliserende øvelser er effektive sammenlignet med ingen intervention.



- blev det konkluderet, at der ikke var evidens for, at mobilisering/manipulation alene var mere effektivt end mange andre interventionsformer til nakkebesvær. Derimod fandt forskerne, at mobilisering/manipulation til nakkebesvær er effektiv, når det kombineres med øvelsesterapi. Studiet af Jull et al 2002 samt et studie af Korthals-de Bos viser især denne effekt, når øvelserne består af specifikke stabiliserende øvelser - kombineret med manuel ledbehandling (Korthals-de Bos 2003).

Hvis man prøver at overføre viden fra studier af lænderygbesvær til nakken, kan det måske indirekte sluttes, at manipulation især er effektivt i den akutte og subakutte stadie; men vi ved det ikke med sikkerhed på nakkeområdet.

I studiet af Jull et al var manuel ledbehandling alene effektivt på både kort og lang sigt, ligesom specifikke øvelser til kronisk cervikogen hovedpine var det. Der kan således være subgrupper af patienter, som responderer i varierende grad på nogle af interventionsformerne. Men dette har ikke været muligt at udlede fra dette review.

FYSIOTERAPEUTER OG KIROPRAKTORER

I studierne blev interventionerne primært udført af fysioterapeuter og kiropraktorer: Generel styrke- udholdenhedstræning af begge faggrupper, specifikke stabiliserende øvelser primært af manuelle/muskuloskeletale fysioterapeuter (FOMT), mobilisering/manipulation primært af manuelle/muskuloskeletale fysioterapeuter eller kiropraktorer.

Det kan ikke udledes, hvilken faglig tilgang der er mest effektiv, men på lænderygområdet ser det ud til, at der ikke er forskel. Det kan heller ikke udledes, om det er mobilisering eller manipulation, der er bedst i kombination med øvelser, men ifølge et andet review ser mobilisering og manipulation ud til i gennemsnit at være lige effektive (Gross et al 2002).

OVERVEJELSER I PRAKSIS

I praksis vil det være nødvendigt at anvende sin kliniske ræsonnering i forhold til den enkelte patient og i første omgang undersøge og diagnosticere patienten. Herunder afdække, hvilke former for muskuloskeletale dysfunktioner, artikulære og/eller muskulære samt eventuelt neurogene der er til stede i det enkelte tilfælde.

Endvidere er det væsentligt hos nakkepatienter altid at være opmærksom på indikationer og kontraindikationer for konservative behandlingsformer og følgelig udelukke røde flag.

Mange andre faktorer har betydning for prioritering af interventionstyper; herunder om tiden er bedst brugt på at instruere i hjemmeøvelser og applicere anden behandlingsteknik på klinikken eller om træningen bør foregå under vejledning på klinikken. Desuden bør der, som på lænderygområdet, i en samlet håndtering af nakkepatienter indgå en overordnet bio-psyko-social tilgang. Patientens forståelse for og mestring af egen situation er sandsynligvis en vigtig del af forløbet.

Dertil kommer, at nogle smertepatienter har et mere kompliceret symptombillede, hvorfor en mere multidisciplinær tilgang øjensynligt vil være at foretrække i disse tilfælde. Multifaktoriel



RESUMÉ AF

Baggrund

Nakkebesvær er hyppigt forekommende, begrænser funktionen og er omkostningsfuld for både individ og samfund. Øvelsesterapi er en hyppig anvendt konservativ modalitet i behandlingen af nakkebesvær – imidlertid er effekten af øvelsesterapi uklar.

Formål

Formålet med reviewet var, at vurdere effektiviteten af øvelsesterapi til mekanisk nakkebesvær (Mechanical Neck Disorders, MND) med hensyn til smerte, funktion, patienttilfredshed og overordnet opfattet effekt hos voksne.

Søgestrategi

Til og med marts 2004 blev computerbaserede databaser inklusive CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, MANTIS, CINAHL og ICL søgt uden sprogbegrænsning, dertil blev der anvendt referencelister fra fundne artikler.

Udvælgelseskriterier

RCTer (og quasi-RCTer) som undersøgte øvelsesterapi til voksne med mekanisk nakkebesvær (MND) med eller uden hovedpine eller radikulære tegn og symptomer.

Alle studier, som anvendte en eller anden form for øvelsesterapi (f.eks. specifikke stabiliserende øvelser eller proprioceptive øvelser), samt studier der undersøgte øvelsesterapi kombineret med andre interventioner, blev anvendt. Dertil skulle studierne måle på en af de primære effektmål (smerte, funktion, tilfredshed, overordnet effekt).

Eksklusionskriterier

Studier, hvor nakkesmerterne var ledsaget af anden patologi (f.eks. myelopati), tilstedeværelse af hovedpine som ikke skyldes nakkebesvær samt blandede hovedpineformer, blev ekskluderet.

Desuden blev studier med multidisciplinær tilgang eller hvor der var anvendt særlige teknikker fra behandlerens side (f.eks. rytmisk stabilisering, hold-slap-af, passive teknikker) udelukket fra dette review.

Databearbejdning

To uafhængige reviewers opstillede og scorede de fundne studiers metodiske kvalitet. Effektmål blev så vidt muligt, hvis studiedesigns var homogene, vurderet med data-pooling.

Derudover blev der anvendt en kombination af statistisk og klinisk vurdering til at bestemme evidensgrad med "5 levels of evidence" (Sackett 2000, van Tulder 2003), hvor en interventions effekt eller manglende effekt måles i forhold til en anden interventionsform.

COCHRANE REVIEW OM ØVELSER TIL NAKKEBESVÆR

Kay et al, Exercises for mechanical neck disorders (Cochrane Review), The Cochrane Library 2005, Issue 3.

Levels of evidence	Hovedkrav
Stærk	Overensstemmende fund fra mindst to højkvalitetsstudier (RCT)
Moderat	Fund fra et højkvalitetsstudie (RCT) eller overensstemmende fund fra flere lavkvalitetsstudier.
Begrænset	Fund fra et studie af begrænset kvalitet
Uklar evidens	Uoverensstemmende eller modstridende fund fra flere studier
Manglende evidens	Ingen identificerede studier på området

Det blev videre forsøgt at analysere subkategorier af nakkebesvær (ud over MND, MND med hovedpine og MND med/uden radikulopati), men det kunne ikke lade sig gøre grundet manglende data.

Resultater

31 studier blev inkluderet. Herunder 4 studier om akut MND og 16 om kronisk MND. Et studie omhandlede kronisk nakkebesvær med nogle radikulære tegn. Tre studier omhandlede hovedpine relateret til nakkebesvær (cervikogen hovedpine). Tre studier omhandlede blandede former for nakkebesvær. Af de 31 studier vurderedes 19 procent (van Tulder Scale) til 35 procent (Jadad Scale) at være højkvalitetsstudier. Af årsager til lav kvalitet kan nævnes, at co-interventioner ikke blev undgået systematisk (71 procent af studierne), manglende blinding etc. Trods kvalitetssvagheder i mange studier vurderede forfatterne ikke, at resultaterne i dette review var særligt påvirkede heraf.

Effekt mål blev målt ud fra et kategoriseret antal øvelsesinterventioner: Active Range of Motion Exercises (AROM), Styrkeøvelser, Udspændings- og styrkeøvelser, Øjefikserings-/proprioceptive øvelser og Hjemmeøvelser.

Active Range of Motion Exercises (AROM)

Begrænset evidens for at AROM kan reducere smerte ved akutte whiplashsymptomer (WAD) på kort sigt.

Styrkeøvelser

Moderat evidens for at nakkestyrketræning til nakkebesvær med hovedpine er effektivt på kort og lang sigt. Uklar evidens for om styrketræning er effektivt til kronisk nakkebesvær alene. Uklar evidens for om der er forskel i effekt mellem hhv. øvelsesterapi og manuel ledbehandling eller hhv. styrketræning og udholdenhedstræning.

Udspændings- og styrkeøvelser

Stærk evidens for, at øvelser kombineret med mobilisering/manipulation er effektivt til subakut og kronisk nakkebesvær med/uden hovedpine på kort og lang sigt (smerte, funk-

tion, overordnet opfattet effekt). Moderat evidens for at styrke- og udspændingsprogram, der fokuserer på nakke- og skulder/thorakalregion er effektivt til kronisk nakkebesvær med/uden hovedpine på kort og lang sigt (smerte). Evidens for ingen effekt af øvelser, der fokuserer på skulderområdet.

Uklar evidens for, om der er forskel i effekt mellem udspændings- og styrkeøvelser og hhv. manuelle teknikker eller medicin, vejledning og hjemmeøvelser.

Evidens for, at der på lang sigt ikke er forskel på effekten af konservativ behandling sammenlignet med operation til nakkebesvær med radikulopati.

Evidens for ingen tydelig forskel i effekt angående typen af øvelsestilgang.

Øjefikserings-/proprioceptive øvelser

Moderat evidens for proprioceptive øvelser, når de kombineres med et mere sammensat øvelsesprogram til kronisk nakkebesvær på kort og lang sigt- samt til akut/subakut nakkebesvær med hovedpine/whiplash symptomer på lang sigt.

Hjemmeøvelser

Begrænset evidens for, at et hjemmeprogram, der består af selvmobiliserende øvelser – og er kombineret med andre konservative behandlingsmetoder, er bedre end hvile og langsommere/graduere selvmobilisering til akut WAD (whiplashsymptomer).

Begrænset evidens for, at individuel instruktion er bedre end skriftlig information til akut og kronisk nakkebesvær på kort og lang sigt.

Konklusion

Øvelser synes effektive til akut og kronisk nakkebesvær på kort og lang sigt. Der er stærk evidens for kombineret øvelsesterapi og manuel ledbehandling til akut og kronisk nakkebesvær både med og uden associeret hovedpine. Styrketræning er gavnlige, hvis den fokuserer på nakke og skulder-thorax. Det er ikke klarlagt, hvorvidt én bestemt øvelsestilgang er bedre end en anden.



Fysioterapeuten vil i det kommende år præsentere en række systematiske oversigtsartikler fra Cochrane biblioteket.

Tidligere omtaler af review kan søges på www.ffy.dk og alle reviews kan downloades fra www.cochrane.dk

FORSKNINGSFONDENS SÆRLIGE PRIS 2006

Forskningsfondens Særlige Pris tildeles en fysioterapeut eller en gruppe af fysioterapeuter, som har udmærket sig særligt forskningsmæssigt, uddannelsesmæssigt eller på anden vis ydet en særlig indsats inden for udviklingen af det fysioterapeutiske felt. Således vil prisen for eksempel kunne tildeles en forsker, en leder der specielt har udmærket sig ved at fremme forskning, en gruppe af fysioterapeuter der har ydet en ekstraordinær indsats for at fremme evidensbaseret praksis, eller en fysioterapeut der f.eks gennem et ph.d forløb har bidraget væsentligt til udvikling af viden inden for det fysioterapeutiske felt. Vi opfordrer derfor alle til at overveje, om de har en kollega, der bør indstilles til denne pris. Forskningsfondens Særlige Pris uddeles på fagfestivalen 2006.

Formålet med prisen er hvert år at kunne yde en særlig støtte til en fysioterapeut eller en gruppe af fysioterapeuter, som udmærker sig ved uddannelse, i forskning eller på anden vis yder en særlig indsats inden for udviklingen af det fysioterapeutiske felt. Prisen vil blive uddelt med det overordnede mål at fremme kvaliteten og udviklingen inden for det fysioterapeutiske fagområde.

Prisen finansieres ved renteafkastet fra Forskningsfondens formue og er fra 2005 fastlagt til 50.000 kr. Prisen administreres af bestyrelsen for Danske Fysioterapeuters Forskningsfond.

Valg af prismodtager skal godkendes i Hovedbestyrelsen.

Hvem kan komme i betragtning?

Prisen kan kun uddeles til ordinære medlemmer af Danske Fysioterapeuter. Prisen uddeles uafhængigt af tidligere støtte.

Man skal indstilles til prisen. Således kan en kollega, leder, en afdeling m.fl. indstille en fysioterapeut eller en gruppe af fysioterapeuter, som man mener opfylder ovennævnte kriterier.

Procedurer for indstillingen:

Indstillingen skal indsendes til Danske Fysioterapeuter, Nørre Voldgade 90, 1358 København K, att.: Annette Wandel, inden 1. december 2005.

Indstillingen skal indeholde:

Maksimalt en A4 side med motivering af indstillingen. Som bilag kan for eksempel vedlægges den indstillede CV, med uddannelse, jobfunktion m.v. som er relevant i relation til motiveringen samt andre faktuelle oplysninger til brug ved vurderingen.

Den eller de, som indstiller fysioterapeuten eller fysioterapeuterne skal kunne kontaktes for yderligere oplysninger, som Forskningsfondens bestyrelse måtte have brug for. Yderligere oplysninger kan fås hos Annette Wandel: aw@fysio.dk eller på tlf.: 33414653

► symptomer og smertemekanismer med øget risiko for kronicitet er bl.a. observeret hos en gruppe af akutte whiplashpatienter (Sterling et al 2005).

Der er behov for yderligere studier til at bestyrke dele af den foreliggende evidens for øvelser til nakkebesvær, ligesom der er behov for studier, der mere nuanceret koncentrerer sig om klinisk relevante variationer af interventionsformer til subgrupper af nakkepatienter. Herunder er det følgelig fortsat relevant med forskning i patomekanikken bag og klassificeringen af nakkepatienter.

UDVALGTE REFERENCER

Clare et al, A systematic review of efficacy of McKenzie therapy for spinal pain, *Austr J of Physiotherapy* 2004, vol50, pp209-216.

Falla, Unravelling the complexity of muscle impairment in chronic neck pain, *Manual Therapy* 2004, 9, pp 125-133.

Gross et al, Manipulation and mobilisation for mechanical neck disorders, *The Cochrane Library* 2002, issue 3 (last 2005 issue 3), pp 1-62.

IFOMT: International Federation of Orthopaedic Manual/Manipulative Therapists; Subgruppe under WCPT repræsenterende specialet Muskuloskeletal Fysioterapi samt medlemslande der leverer en formel efter-/videreuddannelse, som lever op til disse krav (www.ifomt.org og www.muskuloskeletal.dk/sw6682.asp).

Jordan et al, Intensive training, physiotherapy, or manipulation for patients with chronic neck pain. A prospective, single-blinded, randomized clinical trial, *Spine* 1998 Feb 1;23(3):311-8; discussion 319.

Jull, Management of Cervicogenic Headache, pp 239-266, IN: Grant R, *Physical Therapy of the Cervical and Thoracic Spine* 3rd Ed, 2002, Churchill Livingstone.

Jull et al, A Randomized Controlled Trial of Exercise and Manipulative Therapy for Cervicogenic Headache, *Spine* 2002, Vol 27 No 17, pp 1835-1843 (Se gennemgang på <http://www.muskuloskeletal.dk/sw10519.asp>).

Jull et al, Impairment in the cervical flexors: a comparison of whiplash and insidious onset of neck pain patients, *Manual Therapy* 2004, pp 89-94.

Korthals-de-Bos et al, Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomized clinical trial, *BMJ* 2003, vol326, pp 1-6. (<http://www.bmj.com>).

Rosenfeld et al, Early intervention in whiplash-associated disorders: a comparison of two treatment protocols, *Spine* 2000 Jul 15;25(14):1782-7.

Skargren et al, Cost and effectiveness analysis of chiropractic and physiotherapy treatment for low back and neck pain. Six-month follow-up, *Spine* 1997 Sep 15;22(18):2167-77.

Sterling et al, Physical and psychological factors predict outcome following whiplash injury, *Pain* 2005, pp 141-148.

Zito et al, Clinical tests of musculoskeletal dysfunction in the diagnosis of cervicogenic headache, (e-publiceret i *Manual Therapy* på ScienceDirect.com og afventer publikation i *Manual Therapy*). ■



Vi er kommet yderligere 5 cm foran i kampen mod museskader.

Nu gør RollerMouse Pro en brugersucces endnu mere skånsom.



Ny, forbedret RollerMouse Pro.

- 67% Længere rullestav
- Flere programmerbare knapper
- Præcision/opløsning på 800 dpi
- Nu med auto-scroll
- Nu med drag-lock
- Forbedret klik- og dobbeltklik-funktion

Mere end 230.000 brugere i de nordiske lande har fået gavn af at skifte musen ud med RollerMouse – mindre anspændthed, bedre arbejdsstilling og færre museskader.

RollerMouse Pro er en videreudvikling, der er designet på baggrund af brugernes erfaringer og forslag.

Blandt forbedringerne er en forlængt rullestav, der giver brugeren større variation og fleksibilitet i brugen. En anden nyhed er en højere grad af præcision ved f.eks. grafisk skærmarbejde. Knapperne på RollerMouse Pro er blevet

lettere at anvende og placeret mere intuitivt rigtigt.

Sammenlagt får RollerMouse Pro brugeren endnu større frihed til individuel og fleksibel indretning af sin arbejdsproces. Forudsætningen for at undgå bl.a. museskader.

Se mere på www.rollermouse.com eller få anvist nærmeste forhandler på 70 27 02 27.

Contour[®]
design

Samarbejde tager tid, men giver indflydelse

De fleste af tillidsrepræsentanter stiller op igen, når der i den kommende tid skal vælges tillidsrepræsentanter på de fysioterapeutiske arbejdspladser

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO THOMAS TOLSTRUP LARSEN

Ønsker man som tillidsrepræsentant at skille sig ud, er det en god idé at tilkendegive, at man ikke genopstiller, når der er tillidsrepræsentantvalg i løbet af efteråret.

En ny undersøgelse blandt Danske Fysioterapeuters tillidsrepræsentanter viser, at syv ud af ti stiller op igen, mens 12 procent ikke har taget endelig stilling. Tyve procent har besluttet ikke at stille op.

FAGPOLITISK INTERESSE TRÆKKER

I undersøgelsen er tillidsrepræsentanterne blevet spurgt om deres baggrund for at stille op. Her har det været muligt at angive flere grunde, og den, der går oftest igen, er "fagpolitisk interesse". Også forklaringer som "personlige udviklingsmuligheder" og "indflydelse på arbejdspladsens udvikling" går igen rigtig mange gange, kun lige overgået af forklaringen om, at der ikke rigtig var andre, der ville.

Indtil en tilsvarende undersøgelse i 2003 var der en udbredt opfattelse af, at det var meget tidskrævende at være tillidsrepræsentant. Det fik undersøgelsen delvis gjort til skamme ved at vise, at den typiske tillidsrepræsentant ikke brugte mere end 1-3 timer pr. uge på TR-arbejdet.

Sådan er det stadigvæk. Langt den største gruppe af tillidsrepræsentanterne (48 procent) bruger 1-3 tre timer pr. uge, mens 22 procent bruger mindre end en time pr. uge på deres tillidshverv. Dog er der også en stor gruppe, der bruger mere tid, nemlig de tillidsrepræsentanter, der er TR for mere end 20 kolleger. I denne gruppe bruger tre ud af fire tillidsrepræsentanter mere end fem timer om ugen.

Hvad er det så, de bruger tiden på? For de tillidsrepræsentanter, der sidder i samarbejds-/MED-udvalg er det først og fremmest dette arbejde, der tager tid, men også kommunalreformen er begyndt at kunne mærkes i tillidsrepræsentanternes timeregnskab, især hos de amtsligt ansatte. Således angiver 23 procent af

tillidsrepræsentanterne i amtet, at de bruger "meget tid" på kommunalreformen, mens det kun gælder 8 procent af de kommunalt ansatte tillidsrepræsentanter.

Lønforhandling tager stadig en del af tillidsrepræsentanternes tid, men er blevet udkonkurreret af SU/MED-udvalgene som den mest tidskrævende faktor. Over halvdelen (78 procent) af tillidsrepræsentanterne i undersøgelsen sidder i SU/MED-udvalg. De er blevet spurgt, hvor stor indflydelse de selv vurderer, de har i udvalgene. Og resultatet tyder på, at selvom udvalgsarbejdet tager tid, er der ikke tale om spildtid: 40 procent svarer, at deres indflydelse er "meget stor" eller "stor", mens 46 procent svarer "middel". Dog er der 15 procent, der vurderer deres indflydelse som ringe.

Personsager er ikke noget, der optager ret meget af tillidsrepræsentanternes tid, og det er tilsyneladende meget godt, for netop personsager står højt på listen over "det værste ved at være tillidsrepræsentant". Denne opfattelse understøttes af, at de, der bruger mest tid på personsager, også i et stort omfang er dem, der har valgt ikke at genopstille. Således svarer 44 procent af dem, der ikke genopstiller, at de bruger meget eller nogen tid på personsager, mod kun 13 procent af dem, der genopstiller.

Det allerværste ved at være tillidsrepræsentant er dog tidspresset og fornemmelsen af at være en lus imellem to negle, dvs. ledelse og medarbejdere.

INDFLYDELSE OG VIDEN

Det bedste ved at være tillidsrepræsentant er, hvis man skal tro undersøgelsen, den indflydelse, man får, kombineret med et højt niveau af viden. Men også personlig udvikling står højt på listen over det bedste. En liste, som for eksempel Lene Banke vil kunne skrive under på.

Hun er tillidsrepræsentant for fem fysioterapeuter og fire ergoterapeuter i Fredensborg-Humlebæk kommune. Det har hun været i tre år – med baggrund i den klassiske årsag: Der var ikke andre, der ville. ▶

indgang

■ I løbet af oktober måned skal de offentligt ansatte fysioterapeuter vælge tillidsrepræsentanter. Forud for valget har Danske Fysioterapeuter gennemført en undersøgelse af tillidsrepræsentanternes vilkår og oplevelser med hvervet. En tilsvarende undersøgelse blev gennemført i 2003.

Lene Banke er tillidsrepræsentant for fem fysioterapeuter og fire ergoterapeuter i Fredensborg-Humblebæk kommune. Sammenlignet med sidste undersøgelse i 2003 er der i dag markant flere fysioterapeuter, der er tillidsrepræsentant for både ergoterapeuter og fysioterapeuter. 40 procent mod 28 procent i 2003. Hele 63 procent af de kommunalt ansatte tillidsrepræsentanter repræsenterer som Lene Banke begge faggrupper, mens det kun gælder 25 procent af de amtsligt ansatte.



- ▶ "Vi var ude i nogle lønproblematikker, der gjorde, at jeg syntes, det var praktisk, hvis vi havde en tillidsrepræsentant", forklarer Lene Banke, der nu lader sig genvælge for anden gang. Ikke længere fordi, der ikke er andre, der vil, men simpelthen fordi hun synes, det er spændende.

fakta om...

Ifølge Danske Fysioterapeuters vedtægter skal der vælges en tillidsrepræsentant på arbejdspladser, hvor der er ansat minimum 5 medarbejdere, enten for fysioterapeuter alene eller i valgforbund med f.eks. ergoterapeuter.

Læs mere om at være TR på tillidsfolk.fysio.dk

"Man får en dybere viden om, hvad der sker, og hvad baggrunden er - blandt andet ved at mødes med de andre tillidsrepræsentanter i kredsen. Det hæver informationsniveauet, ikke kun hos en selv, men i hele terapeutgruppen. For eksempel i forbindelse med alt det, der sker lige nu med hensyn til kommunalreformen". I samme forbindelse sidder Lene Banke i en projektgruppe vedrørende opgaveflytningen mellem amt og kommune. Det

er ikke et stykke egentlig TR-arbejde, men det skulle gå hurtigt med at få udpeget nogen, og ledelsen henvendte sig derfor til tillidsrepræsentanterne.

Lene Banke er herudover med i MED-udvalget og i kredsbestyrelsen, og hun lod sig på den netop afholdte stiftende generalforsamling i Danske Fysioterapeuters Hovedstadsregion vælge ind i regionsbestyrelsen. "Totalt set er det tidskrævende, men tingene hænger jo sammen, og det giver en følelse af sammenhæng at sidde i de forskellige fora".

KOMPETENTE FOLK

Tillidsrepræsentanterne er også blevet bedt om at vurdere deres egne kompetencer. 42 procent vurderer deres kompetencer i forhold til at løse TR-opgaverne som gode eller meget gode. 46 giver sig selv karakteren middel, mens 11 procent ikke vil bruge mere rosende ord end "ringe".

Tilltro til egne kompetencer stiger med alder og erfaring, og samtidig er der sammenhæng mellem, hvor mange man er tillidsrepræsentant for, og hvor sikker man føler sig. Tre fjerdedele af dem, der er tillidsrepræsentant for 20 eller flere kolleger, vurderer deres egne kompetencer som gode eller meget gode. Det er de ældste, der har størst tilltro til deres egne kompetencer.

Undersøgelsen viser også, at har tillidsrepræsentanten ikke selv svar på rede hånd, ved de fleste, hvor de skal finde det. For eksempel på hjemmesiden tillidsfolk.fysio.dk, hvis indhold 96 procent af tillidsrepræsentanterne vurderer som godt.

Hvor meget tid, tillidsrepræsentant-opgaverne tager, er svært at sige, mener Lene Banke. "Nogle uger bruger jeg ikke én time, andre er det fem, og nogle gange går der en hel dag med et møde", forklarer hun.

"Det værste er, når man bruger enormt meget tid og enormt meget argumentation på forhandling af ny løn, fordi det drejer sig om meget få penge. Men sådan er det jo også i forbindelse med ens almindelige arbejde - det er ikke alle opgaver, man er lige glad for. Jeg ville aldrig blive tillidsrepræsentant på grund af en lyst til at forhandle ny løn, men det er omvendt heller ikke nok til at få mig til ikke at ville være det".

VIGTIGT UDVALGSARBEJDE

Sanne Hansen er tillidsrepræsentant for seks terapeuter i hjemmeplejen i Sorø kommune, tre ergoterapeuter og tre fysioterapeuter. Det har hun været siden foråret 2003, hvor terapeutgruppen efter en opnormering fra fire til fem terapeuter blev stor nok til at have deres egen tillidsrepræsentant.

"Jeg blev tillidsrepræsentant, fordi jeg syntes, der skulle være en, så man får mulighed for at få indflydelse. Det virker nu engang bedre at have en officiel repræsentant, end hvis det bare er medarbejderne, der sidder og siger, hvad de synes", forklarer hun.

Siden nytår har hun siddet i MED-udvalget og hovedudvalget og nu også i det midlertidige tværgående samarbejdsudvalg, der er nedsat i forbindelse med kommunalreformen.

"At terapeutgruppen nu har en repræsentant i udvalgene betyder, at vi har adgang til information i første led og til at give vores besyv med. Tidligere var vi repræsenteret i MED af en af sygeplejerskerne. Det var en vej så lang, at den reelt ikke eksisterede. Vi arbejder jo i hjemmeplejen, så hele udvalget bestod før af sygeplejersker og hjemmehjælpere, og jeg synes, det må være vigtigt at få så mange medarbejdergrupper repræsenteret som muligt. Vi har hvert vores udgangspunkt både fagligt og arbejdsfunktionsmæssigt, hvilket gør debatten mere alsidig. Samtidig mener jeg, at vi som terapeuter har tradition for at problemløse på kreativ vis og derfor har meget at tilbyde i samarbejdet".

Da terapeutgruppen er lille, er der ikke ret mange TR-opgaver, fordi de fleste spørgsmål løses i fællesskab, og hovedparten af tiden går med udvalgsarbejdet. "Jeg synes, det er både spændende og meget vigtigt at deltage i - ikke mindst lige nu, hvor strukturen i den nye kommune skal fastlægges", mener Sanne Hansen.

På spørgsmålet om, hvad der er det værste ved at være tillidsrepræsentant, svarer hun først ikke. Det er svært at komme i tanke om noget, men så alligevel: "Det går bedre nu, men i starten var det som om ledelsen og de andre grupper på arbejdspladsen ikke rigtigt kunne se, vi havde behov for at være repræsenterede". ■

DET STÅR DER I AVISEN

Om fysioterapi og fysioterapeuter

(MOTION) I foråret lancerede Blåvands-
huk Kommune et projekt for at fastholde
flere på arbejdsmarkedet, og interessen
var "foruroligende stor", som det for-
muleres i *Jydske Vestkysten*. 36 erhvervs-
aktive meldte sig til programmet, hvor
kommunens fysioterapeuter bistod i at
rette helbredet op. Af de 36 hængte de
27 på. "Vi mener, at det først og frem-
mest er motion, som kan være med til
at rette op på helbredet", siger *Søren
Møller Kristensen*, der derfor har udsat
deltagerne for spinning, stavgang, step
og aerobic. *Jydske Vestkysten* har stillet
Søren Møller Kristensen det, de selv
kalder "tre skarpe": *Er det virkelig nød-
vendigt med professionelle til at vejlede i
noget så simpelt som motion, stavgang
og spinning?* "Vi henvender os til en
gruppe, som ikke kan komme i gang af
sig selv. Vi laver specialprogrammer og
kan bruge maskiner i motionscentret
for at få nogle i gang. *Er det de meget
tykke?*" Nej, det er de såmænd ikke. Men
det er en gruppe, som ikke begynder at
dyrke motion af sig selv" *Er det ikke godt
nok med kampagner med 30 minutters
motion om dagen for voksne?* "Det er da
en god idé for de fleste. Men vi har at
gøre med en gruppe, som virkelig skal
have et spark for at komme i gang med
at dyrke motion".

(VÆGT) I Holbæk kommune er de heller
ikke bange for at give et lille spark, fortæl-
ler *Kommunalbladet*. Sundhedskonsulent
Hanne Tongsgaard har brudt alle tabuer
og stillet en badevægt på sit kontor i
kommunens rådhus. Den bruger hun
til medarbejdere, som har problemer
med overvægt og livsstil. "Inden for
de seneste år har jeg oplevet et skred i
de ansattes mod på at sætte fokus på
deres sundhed og livsstil. Så det er i
høj grad medarbejderne selv, der tager
initiativ til at møde op hos mig", siger

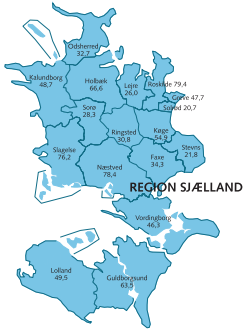
Hanne Tongsgaard. Hun er uddannet
fysioterapeut, men tager sig nu bredt
af medarbejdernes sundhed - med alt
hvad det indebærer af stress-samtaler,
rygsmerter, kostråd og rygestop. I 2004
havde Hanne Tongsgaard næsten 900 per-
sonlige henvendelser, hvoraf størstedelen
var i form af et kropstjek hos hende. Og
kurserne i madlavning, rygestop, kost,
stavgang og mange andre har været
rigtig godt fyldt op. Kommunalbladet har i en rundspørge
til kommunale personalechefer fundet
ud af, at der er to skarpe fronter, når det
handler om at stille krav til rygere og
overvægtige medarbejdere om at ændre
livsstil. Der er dem, der aldeles ikke vil
blande sig, og dem, der i meget høj grad
vil stille krav. Sidstnævnte er den langt
største gruppe. "Det er ikke længere et
spørgsmål, om vi som arbejdsgiver skal
og kan påtale, hvis en overvægtig har
svært ved at passe sit arbejde, men mere
hvordan det gøres etisk korrekt", forklarer
kommunens personalechef *Lars Dinesen*.

(MUSIK) Mens fysioterapeuter og andre
således har travlt med at få folk til at
motionere, er det værd at huske på, at
det ikke er ligegyldigt, hvilken musik man
motionerer til. Det mener i hvert fald
bevægelseslærer fra fysioterapeutskolen

i Næstved *Finn Bygballe*. Han anbefaler
i *Viborg Stifts Folkeblad* Bach frem for
hårdtpumpet techno. "Der er mange,
der forveksler god løbemusik med høj
larmende energimusik. Løbemusik skal
have en god fast rytme - det er ikke
nødvendigvis den rytme, man hører på
diskoteker". Bygballe forklarer, at det
vigtigste er at finde den rigtige rytme i
løbet. På den måde hjælper musikken
med at styre takten og tempoet i løbet.
"Hvis man skal træne hurtighed, er det
fint med noget musik, der bare trykker
én helt til kanten. Skal man løbe længere,
skal man finde en langsommere rytme,
man kan holde ud at løbe til i lang tid. Er
du bare lidt musikalsk, vil du altid forsøge
at få dit løb til at passe til rytmen. Hvis
du har valgt forkert løbemusik, kan det
betyde, at du løber for hurtigt, tager
for lange skridt, og det kan på længere
sigt betyde skader. Jeg løber selv gerne
til Bach, for han har altså det flow som
bevægelsesfolk falder for".

(TOPFORM) Om de praktiserende fysio-
terapeuter løber til Bach er svært at sige,
men ifølge *Jyllands Posten* fejler formen
i hvert fald ingenting. "Tandlæger og
fysioterapeuter er økonomisk i topform",
skriver avisen og refererer til en sam-
menligning af 121 brancher, foretaget af
Købmandsstandens Oplysnings Bureau,
som løbende rangordner brancherne på
baggrund af fem nøgletal og fire vækst-
rater. Tandlægerne har ofte været med
blandt de 10 første i de fire år, statistikken
har været udarbejdet. Det vidner om en
branche, der generelt er bundsolid med
meget få underskudsgivende selskaber
som følge af en næsten total mangel
på konkurrence. Det samme gælder for
fysioterapeuterne, selv om der er tale
om en betydelig mindre og knap så
veletableret branche som tandlægerne.
Skriver altså *Jyllands Posten*.





Et historisk øjeblik

De var stort fremmøde dog mest fra lokalområdet, da Danske Fysioterapeuters region Sjælland holdt stiftende generalforsamling i Slagelse

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO LARS RØNBØG

Omkring 70 mennesker, eller knap 10 procent af regionens medlemmer, havde valgt at tage turen til Slagelse, da der den 15. september blev kaldt til stiftende generalforsamling i den nye region Sjælland.

Regionen består af de tre tidligere kredse Roskilde, Storstrøm og Vestsjælland, og en af generalforsamlingens opgaver var blandt andet at vælge en regionsbestyrelse, der kan overtage opgaverne fra de tre kredsbestyrelser, når de officielt lukker den 31. december i år.

“Det er et historisk øjeblik, for det her er den første regionsgeneralforsamling i Danske Fysioterapeuters historie”, sagde Lise Hansen, der bød velkommen i sin egenskab af formand for værtskredsen, Vestsjællands amtskreds.

FLEST FRA VESTSJÆLLAND

For at få et billede af, hvordan deltagerne i generalforsamlingen var fordelt på henholdsvis geografi og sektorer blev foretaget en hurtig håndsoprækning. Den afslørede, at der var få sygehusansatte til stede, flere kommunalt ansatte og absolut flest praktiserende. Kun ganske få havde taget turen fra Storstrøms og Roskilde amter, mens hovedparten kom fra den nuværende Vestsjællands amtskreds.

Det kunne have udviklet sig til noget, der havde lignet en fjendtlig overtagelse af de to andre kredse, hvis ikke de var fordi de få fremmødte fra Storstrøms amt stillede talstærkt op til bestyrelsen og satte sig på halvdelen af pladserne, mens den anden halvdel blev besat med nuværende vestsjællændere. “Er der slet ingen fra Roskilde, der har lyst”, lød det et par gange, men svaret var nej – også fra kredsformand Anna Frost, der har været med så længe, at hun ikke kan huske, hvornår det startede. ▶

indgang

■ Danske Fysioterapeuter er i gang med en reform, der skal gøre foreningen klar til kommunalreformen. Det betyder, at foreningens 15 kredse nedlægges og 1. januar 2006 erstattes af fem regioner, svarende til de regioner, der fra 2007 udgør det nye Danmarkskort. I dette og det kommende nummer refereres fra regionernes stiftende generalforsamlinger.





De over 70 fremmødte til generalforsamlingen i Region Sjælland var rundt regnet 10 procent af regionens medlemmer.

► MÅ SELV PRIORITERE

Da det var en stiftende generalforsamling, var der hverken beretning eller regnskab at tage stilling til, så foruden valgene var eneste punkt på dagsordenen en gennemgang af Danske Fysioterapeuters nye struktur ved næstformand Birgitte Kure.

De efterfølgende spørgsmål drejede sig især om prioritering af arbejdet i regionsbestyrelserne. Hvilke opgaver skal løses, og hvilke kan man tillade sig at nedprioritere, hvis byrden bliver for stor, ville flere vide efter at have hørt Birgitte Kures lange oplistning af mulige opgaver.

Formand Johnny Kuhr, der egentlig havde meldt afbud, men alligevel ikke ville gå glip af det historiske øjeblik, svarede, at det i bund og grund var helt op til regionens formand og bestyrelse. "Det er jo politiske poster og ikke en ansættelse med en stillingsbeskrivelse. Der er ikke nogen skal-opgaver, men vælger formand og bestyrelse ikke de opgaver, I synes, der skal drive værket, må I fortælle dem det på næste generalforsamling". Han tilføjede, at prioriteringen formentlig vil give sig selv i et første lange stykke tid på grund af kommunalreformen og dens følger i form af blandt andet opgaveflytninger og ændrede sygehusstrukturer.

Johnny Kuhr mindede også om, at der er hjælp at hente til prioriteringen i den vision, gældende for hele foreningen, der blev vedtaget på det sidste repræsentantskabsmøde. I den står, at Danske Fysioterapeuter sætter dagsorden for hvordan befolkningen opnår mere sundhed, at Danske Fysioterapeuter er den naturlige samarbejdspartner for enhver person, institution eller virksomhed, der arbejder for sundhed, og at Danske Fysioterapeuter sikrer fysioterapeuter attraktive lønforhold, honorarer og arbejdsvilkår, der afspejler deres betydning for sundheden.

FORMANDSKANDIDAT I BESTYRELSEN

Formanden for regionsbestyrelsen skulle ikke vælges på generalforsamlingen, men ved en urafstemning blandt regionens medlemmer i november. Dog var der lagt op til, at eventuelle kandidater kunne benytte anledningen til at give sig til kende.

Det gjorde derfor Lise Hansen, der netop var blevet valgt ind i regionsbestyrelsen. Umiddelbart viste der sig ingen modkandidater, men der er ikke opstillingsfrist før den 31. oktober, så ingenting er givet på forhånd. Vælges Lise Hansen som formand, træder suppleanten ind på hendes plads i bestyrelsen. ■

CAVALIER

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



Se hele produktprogrammet
på www.petrabike.com



Tel: +45 4819 5064 mail@petrabike.com
Fax: +45 4819 5066 www.petrabike.com

BESTYRELSEN I REGION SJÆLLAND

- Lise Hansen, ansat på Slagelse sygehus, nuværende formand for Vestsjællands amtskreds og medlem af hovedbestyrelsen,
- Peter Johansen, pt. vikar på klinikker på Lolland, tidligere medlem af bestyrelsen i Nordjyllands amtskreds,
- Jytte Wagner, indlejer i Holbæk, nuværende medlem af bestyrelsen i Vestsjællands amtskreds,
- Marjanne den Hollander, ridefysioterapeut og mobil fysioterapeut v. Næstved, nuværende medlem af bestyrelsen i Storstrøms amtskreds,
- Lisbet Jensen, ansat på Storstrømmens sygehus, nuværende formand for Storstrøms amtskreds
- Grethe Udbjerg, kommunalt ansat i Slagelse og nuværende medlem af bestyrelsen i Vestsjællands amtskreds.

Suppleanter

- Karen Marie Nielsen, Holbæk Sygehus, nuværende medlem af bestyrelsen i Vestsjællands amtskreds samt
- Merethe Fehrend, praktiserende i Holbæk, medlem af McKenzie faggruppens bestyrelse.

Sandwich på Rigshospitalet

Det var en skønsm blanding af sygehusansatte, kommunalt ansatte og praktiserende, der mødte op til den stiftende generalforsamling i Hovedstadsregionen

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

En sandwich, kan man vel kalde dagens program. Først et fagligt oplæg, så generalforsamling, og så endnu et fagligt oplæg at gå hjem på.

"Om I så først og fremme er kommet for at høre oplæggene, eller det er generalforsamlingen, der lokker, ved jeg ikke. Men I skal alle være hjerteligt velkomne til det første fælles arrangement i den nye region," lød ordene fra Vibeke Laumann, der i egenskab af formand for Københavns amtskreds bød velkommen.

200 medlemmer havde på forhånd meldt sig til den stiftende generalforsamling i den nye hovedstadsregion, der omfatter fysioterapeuter i København og Frederiksberg kommuner, Københavns amt, Frederiksborg amt samt Bornholms regionskommune. Men præcis 119 deltagere havde valgt at bruge godt fem timer denne lørdag i auditoriet på Rigshospitalet i København, hvor generalforsamlingen fandt sted.

"Det er godt vejr udenfor. Måske den sidste rigtige sommerdag. Men det kan man heldigvis ikke mærke herinde," som Vibeke Laumann konstaterede som en forklaring og en slags trøst for de fremmødte.

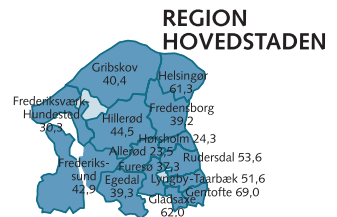
FYSIOTERAPEUTISK SPÆNDINGSFELT

Først blev podiet overladt til ledende fysioterapeut Peter Thybo, der førte forsamlingen gennem en række "mål, spor og spændingsfelter i fysioterapeutens arbejde", som han havde kaldt sit indlæg. En tour de force over forskelle mellem naturvidenskab, der giver forklaringer, og hermeneutik, som forsøger at forstå tilværelsen.

Derefter havde formand Johnny Kuhr fået til opgave at placere generalforsamlingen ind i Danske Fysioterapeuters nye organisation og knytte an til de mål og visioner, foreningen har. Her var der en række forslag til den nye bestyrelse og den kommende regionsformand, der skal vælges ved urafstemning senere på efteråret. Ikke mindst ønsket om, at de nye regioner bliver stærke sundhedspolitiske aktører i hovedstadsområdet, gik igen i de mange powerpoints og ledsagende ord fra Johnny Kuhr.

SANDWICH OG SOLSKIN

Således rustet var der dømt sandwich, kaffe og lidt solskin i atriumgården mellem de høje betonblokke, ►



119 medlemmer af Hovedstadsregionen trodsede solskinsvejret og tilbragte en lørdag i Rigshospitalets auditorium.

- ▶ inden Tine Nielsen, formand for Hovedstadskredsen bød velkommen til selve generalforsamlingen. Og derefter bad samtlige deltagere om at rejse sig efter ansættelsesområde og geografi for at få styr på den fremmødte forsamling. Det viste sig at være en skønsom blanding af sygehusansatte, kommunale og praktiserende, fra hele regionen - herunder fire fra Bornholm.

Da der af gode grunde hverken var beretning eller regnskab at diskutere, benyttede Tine Nielsen lejligheden til ridse op, hvad det var for et nyt organisatorisk danmarkskort, repræsentantskabet havde besluttet i 2004, lidt om regionsbestyrelsernes rolle, og hvordan det nu er med faggrupper, fagfora og fraktioners muligheder for at få indflydelse på repræsentantskabsmødet. Sidstnævnte, ikke mindst spørgsmålet om, hvordan kandidaterne stilles op og de lange "smørebrødssedler", medlemmerne får udleveret, når de skal vælge delegerede, var der en vis usikkerhed om, viste debatten. Men som der blev konkluderet, kan der blive tale om at justere på måden at vælge delegerede på, når man efter det næste repræsentantskabsmøde har høstet de første erfaringer med den nye struktur.

TIME OUT

Så var det tid til valghandlingen.

Ni medlemmer til regionsbestyrelsen og to suppleanter, skulle der vælges.

De første fem kandidater blev hurtigt skrevet på tavlen. Men så gik det i stå. Dirigenten valgte derfor at beordre time out, så der kunne summeres i salen og venlige henstillinger og skuldreklop kunne fremtrylle de resterende kandidater.

Det lykkedes lige netop. Ni kandidater og to suppleanter var, hvad det lykkedes at skrive på tavlen. Så var den del af opgaven klaret.

Tilbage var kun et punkt, nemlig præsentation af eventuelle kandidater til det kommende formandsvalg. Den mulighed benyttede Tine Nielsen sig af. Ingen andre kandidater meldte sig på banen. Men der er frist til 31. oktober. Så det kan nås endnu. ■

BESTYRELSEN

I REGION HOVEDSTADEN:

- Solveig Pedersen, ansat på ældrecentret på Diakonissestiftelsen i Frederiksberg kommune, medlem af bestyrelsen i Hovedstadskredsen og hovedbestyrelsen.
- Marianne Stannum, praktiserende på klinik i Frederiksborg amt, medlem af bestyrelsen i Frederiksborg amtskreds samt tidligere medlem af hovedbestyrelsen i Danske Fysioterapeuter.
- Barbara Juen, praktiserende på klinik i Værløse kommune, medlem af bestyrelsen i Københavns amtskreds.
- Bettina Jensen, arbejder på Bispebjerg Hospital, medlem af bestyrelsen i Hovedstadskredsen.
- Kirsten Carstensen, praktiserende i Klampenborg, suppleant for praktiserende kontaktperson.
- Vibeke Laumann, praktiserende fra Bagsværd, formand for Københavns amtskreds og medlem af hovedbestyrelsen.
- Jens Mogensen, praktiserende kontaktperson på Bornholm og medlem af bestyrelsen for Bornholms amtskreds.
- Lene Banke, ansat i Fredensborg-Humblebæk kommune.
- Irene Stilling, ansat på sundhedscenter i Københavns kommune.

Suppleanter:

- Agnete Tryde, ansat på PTU, medlem af bestyrelsen for Københavns amtskreds,
- Lisbeth Ebbesen, praktiserende i Holte, medlem af bestyrelsen for Københavns amtskreds.

VIL DU VÆRE NY REGIONSFORMAND?



Medlemmerne i de fem nye regioner i Danske Fysioterapeuter skal vælge, hvem der skal være regionsformand. Der er tale om fuldtidshonorerede poster, således at de kommende formænd kan bruge al deres arbejdstid på opgaverne.

De nye formænd kommer i stort omfang til at beskæftige sig med sundhedspolitik og synlighed, kontakt til organisationer, myndigheder m.fl., faglige arrangementer samt koordinere initiativer mellem forskellige sektorer - alt sammen i regionen. Den fulde liste over regionsformandens og -bestyrelsernes opgaver kan læses i Fysioterapeuten nummer 13/2005.

Har du lyst til blive regionsformand, har du mulighed for at stille op. Der kræves ingen stillere, blot skal du anmelde dit kandidatur senest den 31. oktober 2005 inden klokken 12. Der kræves ingen særlig formular - blot et brev eller en mail.

Kommer der ikke mere end én kandidat i et region, bliver vedkommende automatisk regionsformand. Kommer der flere kandidater, skal regionsformanden vælges ved urafstemning blandt regionens medlemmer. Stemmesedler udsendes den 3. november, og stemmerne tælles den 15. november. Hvis ingen kandidat får mindst 50 procent af de afgivne stemmer, kommer der omvalg. I givet fald skal resultatet af dette omvalg være afsluttet senest den 29. november.

Kandidatur anmeldes til: Danske Fysioterapeuter, Nørre Voldgade 90, 1358 København K. Mærk kuerten: Regionsformand. Eller send e-mail til sekretariatsleder Elisabeth Haase, eh@fysio.dk

Annie Cederstrøm Assersen

Fysioterapeut Annie Cederstrøm Assersen er død 48 år gammel, efter 2 års sygdom.

Annie var af natur en humoristisk og ligefrem person med rappe og muntre bemærkninger. Aldrig var man sammen med Annie, uden der blev grint - selv i den sidste tid. Annie havde et stort engagement og en imponerende energi i alt, hvad hun foretog sig. Dette kom ikke mindst til udtryk i hendes arbejde som fysioterapeut. Annie arbejdede i mange år med børnefysioterapi. Hun startede som selvstændig konsulent og blev efterfølgende ansat i Odense Kommune. Efter en afstikker som lærer på fysioterapeutuddannelsen kom Annie tilbage til børnene og arbejdede til sidst i en specialbørnehave under Fyns Amt.

Annie er kendt for sin faglighed både hos de børn og hos de familier, hun kom i kontakt med, hos samarbejdspartnere og i fysioterapikredse. Annie opnåede således også at få en specialistgodkendelse inden for børnefysioterapi. Annie var enormt videbegærlig og afsluttede for et par år siden en diplomuddannelse i psykologi, hvorefter hun påbegyndte masteruddannelsen i sundhedspædagogik. På grund af sygdom nåede hun ikke at gøre masteruddannelsen færdig.

Både i sit arbejde og privat var Annie en fantastisk igangsætter og var ikke bange for at tænke utraditionelt. Hendes ideer og tanker har betydet, at mange nye tiltag er kommet i gang, når hun med sin optimisme, gejst og ukuelige tro på, at det nok skulle lykkes, gik i gang med en ny opgave. Annie var handlingsorienteret og parat til at tage ansvar, hun kunne ikke have, hvis noget skulle forhales. Hendes motto på arbejde var, "vi gør det bare, det er lettere at få tilgivelse end tilladelse".

Annie var en slider, og kom ikke sovende til tingene, da hun altid stillede store krav til sig selv.

Som ven var Annie lyttende og nærværende, og hun var parat til både at give og tage. Havde man brug for hjælp og kom til Annie, gik man derfra med en følelse af, at problemerne nok ikke var så store endda.

Annie har under hele sit sygeforløb formået ikke kun at fastholde sin personlighed, men har vist endnu flere facetter af sig selv og efterlader et billede af en stærk og unik person.

Annies familie betød meget for hende, og de har støttet hinanden på imponerende vis.

Det er svært at acceptere, vi ikke længere skal inspireres af Annies mangfoldighed, men hun har som person givet os så meget, at hun altid vil være en del af os. Jeg vil savne og mindes en oprigtig veninde og et dejligt menneske.

Fysioterapeut Vibeke Grandt

Ruth Dahlager Jørgensen

Det er med stor og dybfølt sorg, vi på klinikken har modtaget meddelelsen om vor kære kollega, Ruth Dahlager Jørgensens, alt for tidlige død.

Ruth havde i nogen tid ikke følt sig helt rask, men da hun i begyndelsen af januar i år blev akut indlagt og opereret, kom det som et chok for os alle, at hun var alvorligt syg, og ingen af os havde regnet med at se hende for sidste gang, den fredag hun gik hjem fra arbejde.

Ruth var datter af Holger Krusholm og hustru, der begge var fysioterapeuter, og hun havde fra barns ben sin gang på forældrenes klinik i Svendborg, hvorfor hun allerede tidligt nærrede interesse for faget. Efter endt studietid på fysioterapiskolen på det daværende Skodsborg Badesanatorium var hun i en årrække ansat på Hillerød Sygehus, men da hun brændte for klinikarbejde og havde arvet en særlig interesse for manuel terapi fra sin far, der i Danmark var én af pionererne på dette felt, havde hun i mere end 15 år sit virke som privatpraktiserende fysioterapeut i Taastrup.

Det stod klart for såvel patienter som kolleger, at Ruth holdt af sit arbejde og var en sjældent dygtig fysioterapeut med stor viden og faglig kompetence i såvel diagnostisk som behandlingsmæssig henseende. Hun spændte vidt og mestrede de gamle, traditionsrige teknikker tillige med nutidens mere moderne fysioterapi, men trods sin lange og brede erfaring forsømte hun aldrig at videreudanne sig og derved erhverve ny viden og kunnen.

Som menneske var Ruth kendt og afholdt for sit altid gode humør og sprudlende væsen, og få kunne som hun sprede glæde omkring sig og kalde smilene frem. Hendes smittende latter og positive livssyn skabte uvægerligt en god stemning på klinikken og var til opmuntring for enhver, hun i sin hverdag var i kontakt med.

Ruth Dahlager Jørgensen efterlader sig et usædvanlig smukt eftermæle, og i mange år fremover vil hun leve stærkt i mindet og savnet hos kolleger og talrige patienter. Vi har ikke blot mistet en god behandler og kollega men en elskelig ven, og tabet er stort. En plads står tom, og ingen kan som Ruth udfylde den. Dog værdsætter vi årene med hende, idet vi er taknemmelige for, at vi lærte hende at kende, og for at hun som et frisk pust satte sit særlige præg på vores hverdag.

I denne svære tid samler vore tanker sig om Ruths familie, og vi ønsker for dem, at mange rige og gode minder må mildne smerten ved hendes bortgang.

Ære være Ruth Dahlager Jørgensens minde.

Geir Beckhaug, på vegne af alle ansatte på Klinik for Fysioterapi "Fysiofront", Taastrup

Stort behov for forskning og udvikling



Når kommunalreformen træder i kraft, får Region Midtjylland en forsknings- og udviklingsenhed for ergo- og fysioterapi. Men også landets øvrige regioner bør satse på forskning og udvikling, mener ledende terapeut Ulla Skou

AF JOURNALIST IB SALOMON
FOTO NIELS ÅGE SKOVBO

Kan man forestille sig en elitespiller fra en fodboldklub blive sendt til genoptræning blandt de ældre på et lokalcenter i en forstad til Århus?

Ikke særlig hensigtsmæssigt, vil de fleste fysioterapeuter nok sige, men netop genoptræningen efter idrætsskader er faktisk noget af det, kommunerne sandsynligvis overtager, når kommunalreformen træder i kraft om godt et år.

”Og spørgsmålet er, om man ude i kommunerne er klar til disse former for genoptræning. Kommunerne har stor viden på ældreområdet og er gearet til det. Men kan de inden 2007 nå at opbygge et miljø, som kan tage sig af genoptræning af andre end ældre?”, spørger overfysioterapeut Ulla Skou.

Ulla Skou er leder af Videns- og Kompetenceenheden, en cirka to år gammel enhed på Ergoterapi- og Fysioterapiafdelingen på Århus Sygehus, og eksemplet med idrætsskaderne er blot et blandt mange. Når hun nævner det, er det dels for at understrege, at grænsen mellem almen genoptræning og specialiseret genoptræning langt fra er fastlagt endnu, dels for at gøre opmærksom på, at reformen kræver, at der ”mentalt set sker en udvikling i kommunerne, så man er klar til de nye målgrupper”, som hun udtrykker det.

REFORMEN STILLER STORE KRAV

Under alle omstændigheder får kommunerne overdraget en række genoptræningsopgaver, som vil stille

indgang

■ Som den foreløbig eneste af de kommende regioner vil Region Midtjylland oprette en fælles forskningsenhed for genoptræning og rehabilitering. Enheden bliver en del af et regionalt videns- og kompetencecenter. Enheden oprettes med henvisning til den nye sundhedslov, som lægger stor vægt på forsknings- og udviklingsarbejde.





Overfysioterapeut Ulla Skou har i 12 år været leder af ergoterapi- og fysioterapiafdelingen på Århus Sygehus. Hun glæder sig over, at den kommende Region Midtjylland får en forsknings- og udviklingsenhed.

helt nye krav til dem og dermed til fysioterapeuternes kompetencer.

”Set med mine øjne bliver noget af det vigtigste derfor et godt samarbejde mellem sygehusene og de nye kommuner, for genoptræning og rehabilitering går i sagens natur hen over grænserne”, siger Ulla Skou.

Generelt mener hun, at kommunalreformen kan blive et plus, fordi den bl.a. placerer genoptræningen tæt på borgernes nærmiljø, og fordi den lægger op til langt mere sammenhængende patientforløb; forløb, hvor man ser på, hvad der er hensigtsmæssigt for borgerne frem for at fokusere på grænserne mellem regionen og kommunerne.

Men blandt andet derfor stiller reformen også store krav.

”Og min bekymring er, at fokus på forskning og udvikling ikke bliver tydeligt nok”, siger Ulla Skou. Forpligtelsen til at basere behandlingen på evidens kommer fremover også til at ligge i kommunerne, og dermed vil reformen for alvor skærpe kravene til evidens, herunder også evidens for hele forløb og ikke bare dele af behandlingen.

Og ikke nok med det. Reformen kræver, at der sker en udvikling i kommunerne, så medarbejderne er klædt på til de nye opgaver, og her kommer kompetenceudvikling for alvor ind i billedet.

”Og min kæphest er netop at kombinere den nyeste viden med kompetenceudvikling. Det bliver selve fundamentet for arbejdet efter reformen”, mener Ulla Skou, der derfor glæder sig over, at både kommunerne og den kommende Region Midtjylland har været så lydhøre, at de vil oprette en fælles forskningsenhed for genoptræning og rehabilitering.

Formelt set skal politikerne i det kommende regionsråd ganske vist godkende den nye enhed, men indstillingen fra den administrative styregruppe er så positiv, at enheden givetvis bliver til noget - og i forhold til i dag bliver der tale om en udvidelse, idet den nye enhed får fem medarbejdere, alle med kompetencer på akademisk niveau. I dag råder enheden på Århus Sygehus over cirka to årsværk.

ENHEDEN FÅR NØGLEROLLE

Region Midtjylland er foreløbig den eneste af de kommende regioner, der opretter en enhed for forskning ►

- ▶ og udvikling, men Ulla Skou mener, der bør være en tilsvarende enhed i hver af de fem nye regioner. Dels for at sikre, at udviklingsarbejdet foregår så tæt på patienterne som muligt, dels for at sikre mangfoldigheden og dermed en forskellig tilgang til opgaverne.

”Efter reformen ligger forpligtelsen til at udføre evidensbaseret behandling både på sygehusene og i kommunerne, og dermed får en forsknings- og udviklingsenhed en nøglerolle, fordi man såvel på sygehusene som i de enkelte kommuner kan trække på vores viden” siger Ulla Skou.

Hun forestiller sig, at enheden både skal være vidensamlende og videnskabsende og i stand til at sprede erfaringer med det, der virker, f.eks. på rygområdet. Men hun understreger også, at enheden ikke skal være en højborg – tværtimod skal enhedens medarbejdere været meget udfarende.

Kompetenceudvikling bliver en meget vigtig del af enhedens arbejde, og i den forbindelse glæder Ulla Skou sig over, at hun overalt blandt fysio- og ergoterapeuter møder en stor lyst til at lære nyt og dermed udvikle kompetencer. Også kommunerne efterspørger i høj grad kompetenceudvikling, siger Ulla Skou, der

også har et par utraditionelle ideer til, hvordan kompetenceudviklingen i praksis kan foregå.

”Jeg kunne f.eks. godt ønske mig en systematisk jobrotation, så fysioterapeuter og ergoterapeuter fra kommunerne kom ind på sygehusene, mens terapeuterne fra sygehusene omvendt rykkede ud i kommunerne”, siger Ulla Skou, som forestiller sig at man bytter job i 3-6 måneder. ”Man skal ikke bare være med på en kikker. Det skal være forpligtende”.

Jobrotation vil efter hendes mening fremme både den gensidige forståelse og samarbejdet og dermed være med til at forebygge, at nogle patienter havner i en gråzone, når det drejer sig om genoptræning.

På langt sigt kan hun også sagtens forestille sig ”delte ansættelser”, hvor man både er ansat af regionen og en kommune – den type stillinger vil efter hendes mening også kunne være med til at nedbryde grænserne mellem regioner og kommuner – igen til gavn for borgerne.

GODE, INTERNE FORLØB

Heller ikke oplæringen til de nye opgaver ude i kommunerne behøver efter Ulla Skous mening at foregå traditionelt gennem kurser og efteruddannelse.

”Man kan starte med at lave en strategi. Hvad er vi gode til, og hvor har vi hængepartier? Men selve kompetenceudviklingen behøver ikke at være så dyr. Man kan for eksempel godt bruge vidende, kompetente medarbejdere i afdelingen til at undervise kollegerne. Og laver man et godt, internt forløb, kan man sælge pladser ud af huset”, foreslår Ulla Skou.

Hun er også overbevist om, at IT får en meget stor plads i det fremtidige sundhedsarbejde og håber, man tænker det ind i forbindelse med reformen - helt konkret forestiller hun sig blandt andet, at man via video kan holde faglige konferencer eller indhente en second opinion på konkrete patientbehandlinger.

”Men IT skal indtænkes, og det kræver et udviklingsmiljø”, siger Ulla Skou. ■

Hvordan finder klienterne dig?

Vi synliggør behandlere

SUNDHEDSFAGBOGEN

Udgives på Netdoktor.dk og Sundhedsguiden.dk

fakta om...

Ny lov med fokus på udvikling og forskning

Den nye Sundhedslov betyder, at der kommer langt mere fokus på udvikling og forskning. Lovens paragraf 195 er i den sammenhæng central. Den lyder:

”Regionsrådet skal sikre udviklings- og forskningsarbejde, således at ydelser efter denne lov samt uddannelse af sundhedspersoner kan varetages på et højt fagligt niveau.

Kommunalbestyrelsen skal medvirke til udviklings- og forskningsarbejde, således at ydelser efter denne lov samt uddannelse af sundhedspersoner varetages på et højt fagligt niveau”.

På vej mod det store opbrud

2007 nærmer sig, og dermed kommunalreformen. Stort set alle fysioterapeuter bliver berørt. I kommuner og amter er kompetenceudvikling nu et nøgleord



AF JOURNALIST IB SALOMON
FOTO BIRGITTE RØDKJÆR

Om vi har travlt? Chefkonsulent Stine Hinge fra Kommunernes Landsforening lyder næsten helt forpustet.

"Det kører i højeste gear, både i år og næste år", forklarer hun. Det, hun hentyder til, er udviklingsarbejdet i forbindelse med kommunalreformen, herunder ikke mindst den kompetenceudvikling, der er en vigtig forudsætning for reformen, som træder i kraft ved årsskiftet til 2007, altså om godt et år.

Det er selvfølgelig forskelligt, hvor langt de enkelte kommuner er kommet, men langt de fleste er i fuld gang med opgaven, forklarer Stine Hinge. Nogle er ved at afklare medarbejdernes kompetencer, mens andre er kommet et skridt videre og nu er godt i gang med at udvikle bl.a. de kommunalt ansatte fysioterapeuters kompetencer.

"Og alle værktøjer tages i brug. Et af de mest udbredte er læring på jobbet", siger Stine Hinge. Hendes fornemmelse er, at de fleste fysioterapeuter tager reformen som en positiv udfordring og ser frem til at få nye opgaver og nye kolleger. Det gælder ikke mindst i de mindre kommuner, hvor mange fysioterapeuter er alene i jobbet.

OMROKERINGER ALLE STEDER

I dag arbejder der stort set lige så mange fysioterapeuter på sygehusene som i kommunerne. Hvert af de to områder tæller omkring 2500, men eftersom ►



Så godt som alle fysioterapeuter bliver berørt af kommunalreformen, for der bliver omrokninger alle steder. Arkivfoto.

- ▶ reformen flytter en række sundhedsopgaver ud i de nye kommuner, vil mange fysioterapeuter skulle følge med. De er i sagens natur direkte berørt af kommunalreformen.

”Men så godt som alle fysioterapeuter bliver berørt, for der bliver omrokninger alle steder. Det er virkelig en stor omvæltning”, siger faglig konsulent Annelene Jalving fra Danske Fysioterapeuter.

Det er i det lys, man skal se den kompetenceafdækning, der nu er i gang i kommuner og amter. Alle enheder skal gøre op, hvilke kompetencer de har, og hvilke de får brug for. Efter afdækningen følger næste fase, udviklingen af kompetencer.

”Der er et hav af metoder til kompetenceudvikling, og det vil være afhængigt af den lokale kontekst, hvordan det skal ske. Og kompetenceudvikling er ikke kun uddannelse og kurser, men lige så meget arbejdspladsoplæring”, forklarer Annelene Jalving. Hun mener ikke, at fysioterapeuter har barrierer i forhold til at lære, nærmest tværtimod. Men skal man flyttes eller får man et helt nyt arbejdsområde, er det klart, at det sætter mange tanker i gang.

VÆK MED FORDOMMENE

På Sygehus Fyn er processen i forbindelse med kommunalreformen så langt, at alle fysioterapeuter har udfyldt skemaer, hvor de bl.a. tilkendegiver om de helst vil blive på sygehusene eller gerne vil ud i kom-

munerne. Skemaerne er blevet fulgt op af samtaler, og for overfysioterapeut Birgitte Mathiesen har det været magtpåliggende at fjerne alle fordomme og gøre det interessant at komme ud i kommunerne.

”Mange siger ’*gab, ude i kommunerne foregår der ikke nogen kvalitetsudvikling*’. De frygter at havne i et ikke-udviklende miljø, men jeg kan jo så fortælle dem, at den nye sundhedslov netop stiller krav om kvalitetsudvikling ude i kommunerne”, forklarer Birgitte Mathiesen, der mener, at de nye kommuner er tvunget til at opbygge et udviklende miljø.

Hun understreger, at også opgaverne på fremtidens sygehuse vil stille nye og skærpede krav til kompetencer.

”Fremtidens sygehuse kræver høj faglighed, og at rygsækken med værktøj er i orden, blandt andet på grund af de accelererede patientforløb”, siger Birgitte Mathiesen, der i forbindelse med reformen også ser det som en vigtig opgave at beskrive den store mængde ”tavs viden”, som findes både i kommunerne og på sygehusene. Som en konkret eksempel nævner hun det regime, en knæopereret skal igennem.

”Det er de slet ikke kendt med ude i kommunerne, så det beskriver vi nu”, siger Birgitte Mathiesen.

KULTURFORSKELLE

Københavns Kommune er endnu ikke gået i gang med en egentlig kompetenceudvikling, fordi der er for mange uafklarede forhold omkring reformen, oplyser specialkonsulent for ergoterapi og fysioterapi Inge Kolind. Men man er så småt ved at gøre klar til at modtage fysioterapeuter fra sygehusene, selv om Inge Kolind endnu ikke ved, hvor mange det faktisk kommer til at dreje sig om. ”Men formentlig færre end først antaget”, siger hun.

I forbindelse med reformen er Inge Kolind meget opmærksom på kulturforskelle mellem fysioterapeuter på sygehusene og dem i kommunerne. Fysioterapeuterne fra sygehusene er mere specialiserede, og de skal selvfølgelig vide, at det er ”hverdagsoptræning, der foregår hos os”, som Inge Kolind udtrykker det. Men de skal også vide, at fysio- og ergoterapeuter i en stor kommune som København arbejder meget tværfagligt, og at de store kommuner faktisk har de nødvendige kompetencer. Dog mener Inge Kolind, at kommunens terapeuter skal geares til at arbejde mere diagnosespecifikt - men hun understreger samtidig, at også de hospitalsansatte fysioterapeuter har behov for et kompetenceløft.

”Som jeg ser det, er der tale om et dobbeltsidet kompetenceudviklingsbehov”, siger Inge Kolind. ■

fakta om...

Læs mere på kompetenceudvikling.fysio.dk www.kompetenceweb.dk, eller i pjecen ”Nye sundhedsopgaver – fokus på kompetenceudvikling”. En pdf-udgave af pjecen findes på kompetenceudvikling.fysio.dk/graphics/PDF-filer/Nye_sundhedsopgaver_fokus_paa_kompetenceudvikling.pdf

HVAD ER KOMPETENCE?

Den megen snak om kompetenceudvikling har naturligvis også medført diskussioner om, hvordan ordet kompetence skal defineres. Ifølge den forholdsvis nyoprettede hjemmeside www.kompetenceweb.dk er kompetencer ”at kunne det, der er nødvendigt for at varetage sine arbejdsopgaver på et højt kvalitativt niveau.” Eller mere kort: Kompetence er evnen til at løse en opgave.

Som det også fremgår af hjemmesiden er et af problemerne ved kompetenceudvikling, at vi ikke er vant til at snakke om kompetencer og derfor ikke har et sprog for det.



Hvad venter vi på?

En arbejdsgruppe under Indenrigs- og Sundhedsministeriet, med deltagelse af blandt andre Danske Fysioterapeuter, barsler om kort tid med en afgrænsning mellem specialiseret om almen genoptræning

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

Når kommunalreformen fylder så meget i den fysioterapeutiske – og også i Fysioterapeutens – bevidsthed, er det ikke mindst på grund af den rolle, genoptræningsområdet spiller i reformen. Ansvar for en stor del af genoptræningen skifter fra amt til kommune, og det samme gør et endnu ukendt antal fysioterapeuter.

Som det har været beskrevet i de to foregående numre af Fysioterapeuten, er der snævre frister for reformens gennemførelse, og fysioterapeuterne har derfor mange steder skullet tage stilling til, i hvilket regi de ønsker at arbejde fra 2007, endnu inden de ved ret meget konkret om, hvilke opgaver der skal løses hvor. Og hvorfor så denne bagvendte orden? Hvorfor har kommuner og amter ikke bare skyndt sig at få delt rovet først og så gået videre derfra?

AFGRÆNSNING PÅ VEJ

En del af forklaringen er, at den endelige fordeling af genoptræningsopgaverne afventer et fagligt udredningsarbejde, der forventes afsluttet i slutningen af oktober.

Ifølge sundhedsloven opretholder sygehuset sin forpligtelse til at genoptræne patienter, der har behov for *specialiseret*, ambulans genoptræning. Spørgsmålet er så bare, hvad der menes med specialiseret, og det var da også et af de spørgsmål, som både de faglige organisationer, Kommunernes Landsforening og patientforeningerne stillede i deres høringssvar i forbindelse med lovens vedtagelse.

Blandt andet for at finde en nærmere afgrænsning mellem specialiseret og almen genoptræning har In-

I den ministerielt nedsatte arbejdsgruppe om genoptræning deltager repræsentanter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter, Den Almindelige Danske Lægeforening, Dansk Sygeplejeråd, H:S, Københavns Kommune, Patientforum, Rehabiliteringsforum Danmark, Kommunernes Landsforening, Amdradsforeningen, Styrelsen for Social Service, Sundhedsstyrelsen.

denrigs- og Sundhedsministeriet derfor nedsat en arbejdsgruppe med deltagelse af både de relevante faggrupper, de kommunale parter, patientforeningerne og de relevante ministerier (se faktaboks).

Det er resultatet af denne arbejdsgruppes anstrengelser, kommuner og amter venter på, før de kan lægge sig helt fast på en fordeling af opgaverne.

Arbejdsgruppen blev nedsat lige før sommerferien. Indtil videre har der været afholdt tre møder, hvor de forskellige parter har givet deres holdninger til kende. Den fælles dagsorden er, at der skal være faglig tyngde bag anbefalingerne, men de skal samtidig også være praktisk gennemførlige for amter og kommuner. Derudover kommer man heller ikke uden om, at de forskellige parter i arbejdsgruppen har forskellige politiske dagsordner, som også skal tilgodeses. Det endelige resultat kan derfor godt gå hen og blive en slags kompromisernes kunst.

Den 10. oktober afholder arbejdsgruppen sit fjerde møde, og til dette møde skal der fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet ligge et udkast til en nærmere afgrænsning mellem specialiseret og almen genoptræning, udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen. Herefter udarbejdes med baggrund i arbejdsgruppens kommentarer endnu et udkast, og senest den 24. oktober skal Indenrigs- og Sundhedsministeriet så komme med den endelige udmelding vedrørende afgrænsningen.

Arbejdsgruppen skal endvidere beskrive en afgrænsning mellem behandling og genoptræning samt beskrive, hvad der præcis menes med betegnelsen "efter udskrivning fra sygehus". ■

fakta om...

Arbejdsgruppens kommissorium indeholder fem punkter. Blandt andet at se på genoptræningsplanernes indhold og på deres relation til sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner - herunder, om sygehuslægen, der skriver planen, så også dikterer, hvordan opgaven løses i kommunen. Dette arbejde forventes afsluttet i begyndelsen af januar 2006.

Hjælp til at håndtere kommunalreformen

WWW ■ Mange fysioterapeuter bliver berørt af kommunalreformen. Nogle direkte, når deres job og arbejdsopgaver flytter fra sygehuset til kommunen. Andre indirekte, når der på arbejdsstedet flyttes rundt på opgaver, funktioner og ansvarsområder. Uanset hvor du som fysioterapeut befinder dig i processen, kan du have brug for lidt hjælp til at håndtere reformen.

Derfor har Danske Fysioterapeuter oprettet en speciel hjemmeside om kommunalreformen samt nedsat en gruppe i sekretariatet, der kan besvare spørgsmål og på anden måde give dig hjælp og støtte.

Kommunalreform/fysio.dk hedder hjemmesiden. Her kan du finde fakta om, hvad der sker med dine løn- og arbejdsforhold i relation til reformen, hvilke krav der stilles til kompetenceudredning og kompetenceudvikling, hvilke muligheder praktiserende og andre fysioterapeuter har for at byde ind på opgaverne samt en række andre forhold, der har betydning for dig eller dine kolleger.

På hjemmesiden kan du også læse de artikler om reformen, der har været bragt i Fysioterapeuten og på foreningens forskellige hjemmesider. Og så har du mulighed for at stille spørgsmål og få svar fra en af de medarbejdere i Danske Fysioterapeuters sekretariat, der udgør kommunalreformgruppen.

Din tillidsrepræsentant kan i langt de fleste tilfælde besvare de spørgsmål, du måtte have om løn- og arbejdsforhold, kompetenceudvikling m.v. Så hvis du er ansat på et sygehus eller i en kommune så spørg først din tillidsrepræsentant. Hvis du har brug for yderligere afklaring, ikke har en tillidsrepræsentant på arbejdspladsen eller eksempelvis er praktiserende, er du velkommen til at kontakte kommunalreformgruppen.

Du kan døgnet rundt stille spørgsmål til gruppen via hjemmesiden, ligesom du kan ringe til de enkelte medlemmer af gruppen inden for sekretariatets almindelige telefonid. *Læs mere på kommunalreform/fysio.dk*

dfnyt

Krav til kvalitativ forskning

Review ■ I Journal of Rehabilitation Medicine blev der i september publiceret en oversigtsartikel om kvalitative forskningsmetoder. Ann Öhman fra afdelingen for epidemiologi og Public Health på Umeå Universitet giver sit bud på, hvordan og til hvad man kan bruge den kvalitative forskning til. Hun understreger i sin konklusion, at den kvalitative forskningsmetode lider under, at den endnu ikke er testet i samme grad som de kvantitative metoder, der har været anvendt i flere år. Det er også ifølge

Ann Öhman en ulempe, at de kvalitative metoder er mere tidskrævende end de kvantitative. Hun mener de kvalitative forskningsmetoder med fordel kan udvikles inden for forskning i rehabilitering, hvor det vil være muligt at generere nye forskningsmodeller og teorier. Ved at kombinere den kvalitative og den kvantitative forskning vil man desuden kunne bygge bro mellem de to forskningstraditioner. *Ann Öhman. Qualitative Methodology for Rehabilitation Research. J Rehabil Med 2005;37:273-280.*

fysnyt

Forebyggelse af hvide fingre

Arbejds miljø ■ Man må ikke acceptere, at hvide fingre er en naturlig konsekvens af at arbejde med vibrerende værktøj, mener cand. tech.soc. Helen Boesen fra Byggeriernes Arbejds miljøcenter. Hver år anmeldes 300 sager til Arbejdsskade styrelsen, der handler om hvide fingre, og af dem godkendes en tredjedel som arbejdsskader. Den typiske person med hvide fingre er over 45 år og enten smed eller jord-

og betonarbejder, oplyser Helen Boesen til bladet Arbejds miljø. Hun mener, der er vigtigt at tage fat i problemet i tide. Først og fremmest skal arbejdspladserne investere i vibrationsvage maskiner, og man kan overveje at benytte vibrationshæmmende handsker. Man skal også undgå at arbejde med det vibrerende værktøj i lang tid – så vidt muligt kun 2-3 timer dagligt. Da rygning får de små kar til at trække sig sammen, er det ifølge Helen Boesen klogt ikke at ryge i en time, før der skal arbejdes med vibrerende værktøj. Læs mere i At-vejledning D.6.2, der handler om hånd-arm vibrationer. Vejledningen findes på Arbejdstilsynets hjemmeside www.at.dk.



FOTO ELVIG HANSEN, SCANPIX

Genoptræning – nytter det?

Kvalitetsudvikling ■ Lindehøjcenteret i Horsens tilbyder borgere et daggenoptræningsophold på tre måneder med træning 2-3 gange om ugen á 2 timer. Genoptræningen foregår på hold med otte brugere på hvert. Et team, der består af en fysioterapeut, en ergoterapeut og en social- og sundhedsassistent, står for genoptræningen. Efter behov ydes der træning i brugerens hjem. For at se om tilbuddet har den ønskede effekt, foretog man i perioden 2002-2004 en fol-

low up-undersøgelse af de borgere, der har gennemført et daggenoptræningsophold. Det viste sig, at der var positiv effekt af genoptræningsopholdet målt på Timed Up and Go, Bergs Balanceskala og 10 meters gangtest. Der er udarbejdet en rapport med titlen "Nytter det noget", der kan rekvireres ved henvendelse til fysioterapeut Kirsten Hansen Øst, skkh@horsens.dk



Mulighed for orlov med løn til uddannelse

Orlov ■ Sundhedskartellet har sammen med Amtsrådsforeningen, Kommunernes Landsforening, Københavns og Frederiksberg Kommune underskrevet aftale om kompetenceudvikling. I forhold til den tidligere aftale er der nu muligheder for efter- og videreuddannelsesorlov med løn i forbindelse med strukturreformen. Der kan ydes orlov med løn i op til to måneder eller halv løn i fire måneder. Bestemmelsen er tidsbegrænset til udgangen af marts 2008.

Læs mere på kompetenceudviklin.fysio.dk/aftaler_og_pjecer

Evidens for diagnostiske test

Ugeskrift ■ Evidensgrundlaget for flere diagnostiske test er ikke god nok og det kan være svært for klinikerne, at finde frem til, om en test er god nok. Klinisk assistent Bo Rud og lægerne Peter Matzen og Jørgen Hilden har i Ugeskrift for Læger 167/33 (15. august 2005) beskrevet, hvilke krav man skal stille til diagnostiske test. Artiklen "Mål for diagnostiske tests ydeevne" kan søges på <http://www.dadlnet.dk/ufi/seneste.htm> og klik ind på pågældende nummer i arkivet.


Seminarer på RCT

Forskning ■ I efteråret afholder Rehabiliteringscenter for Torturofre en seminarserie, hvor er en række forskere gennemgår emner som: helbred og social funktion blandt flygtninge, muskelsmerter, evidensbaseret rehabilitering. Seminarerne afvikles i København. Læs mere på www.rct.dk

Afhandling om psyke hos torturofre

RCT ■ Læge Jessica M. Carlsson forsvarede i september sin ph.d.-afhandling om psyke og livskvalitet hos torturofre. Afhandlingen viser, at behandling af torturofre er mere end svært, og at behandlingsarbejdet ikke kun bør omfatte en medicinsk og psykologisk indsats. Det er vigtigt at skabe beskæftigelse og sociale kontakter til traumatiserede flygtninge. Jessica M. Carlsson: "Mental health and health-related quality of life in tortured refugees". Læs resumé af afhandlingen på www.rct.dk

ROHDÉ PRODUITS



Massagecreme	Standard/Antiseptisk Oliven/Citron Heat
Sprit	60% Badesprit 96% Hospitalssprit
Ultralid Gel	Dane-gel (CE)
Rheumafin (CE)	Paraffinblanding til gigtbehandling
Paramed	Paraffinbad (3 kg)
Papir	Lejepapir Aftøringspapir Hovedlejepapir (løsark)
Sæbe	Håndcremesæbe u. parfume Håndsæbe (mild)
Sportstape	20 mm og 38 mm

Henvendelse:
Rohde Produits, Gl. Holtegade 40, DK-2840 Holte
 Tlf.: 4580 2023, Fax: 4550 5078
 E-mail: rohdepro@mail.tele.dk, www.rohdepro.com

Væk med berøringsangsten og frem med de praktiske

Sproget er langt den vanskeligste barriere i arbejdet med indvandrerpatienter. Men usikkerhed og berøringsangst overfor det, der virker anderledes fylder også. Fysioterapeuten har mødt to af deltagerne på Sundhedsstyrelsens seminar om indvandrerpatienter

AF JOURNALIST METTE BREINHOLDT
FOTO KIRSTEN FICH PEDERSEN

Fysioterapeut Thomas Hvass Villadsen, Bispebjerg, og ledende ergoterapeut Lykke Wellendorph, Give, var med da Sundhedsstyrelsen inviterede til seminar om indvandrerpatienter under overskriften: Får alle patienter den relevante behandling og information.

Dermed var de to ud af et samlet deltagerantal på omkring 150; langt over arrangørernes forventninger på et halvt hundrede stykker.

Det store deltagerantal - og mange på venteliste, koblet med det faktum, at både Lykke Wellendorph og Thomas Hvass Villadsen kom sammen med fire til otte kolleger fra deres arbejdsplads, understreger, at indvandrerpatienterne fylder i det danske sundhedsvæsen. Nogle steder mere end andre. På Thomas Hvass Villadsens arbejdsplads, Hjerterehabiliteringscentret på Bispebjerg Hospital, har de opgjort, at indvandrere og efterkommere fra 3. verdenslande udgør omkring 25 pct. af patienterne.

På seminaret gennemgik akademisk medarbejder i Sundhedsstyrelsen, Niels Sandø, blandt andet omfanget af indvandrere og efterkommere både som andel af befolkningen og som patienter.

Ca. seks procent af befolkningen består af indvandrere og efterkommere fra 3. verdenslande. Når det gælder gruppens træk på sundhedsvæsenet, er det lidt større end de etniske danskeres. Eksempelvis har de flere liggedage inden for sygdomme som diabetes og hjerte-karsygdomme. Mens som en af seminariets deltagere kommenterede tallene:

"Det er ikke så mærkeligt, at de ligger længere. Vi er jo nødt til at vente, til vi kan få en tolk".

EGENTLIG RET ENS

De fylder altså noget, de "etniske" patienter. Både i tal og oplevelse. Og så alligevel. For når det kommer til at definere problemerne, forsvinder de markante forskelle i forhold til etniske danskere.

"Når nu jeg sidder og snakker, og efter jeg har været

på den her conference, så synes jeg, at det korte af det lange er: De ser anderledes ud. De har lidt andre indfaldsvinkler, men egentlig er de ikke så anderledes. Så jo mere man har med det at gøre, jo mere kan man fjerne noget af sin berøringsangst", siger Lykke Wellendorph.

Hun tilføjer, at forskellene måske også skyldes, at mange indvandrere har et lavt uddannelsesniveau og svære, sociale forhold.

Thomas Hvass Villadsen fortæller, hvordan arbejdet med indvandrerpatienterne ind i mellem frustrerer ham:

"Normalt spørger vi patienterne, hvad de gerne selv vil have ud af rehabiliteringen, og får svaret tilbage fra tolken: De forstår det ikke. Når vi så spørger igen, siger de: "Det ved du. Det er dig, der bestemmer. Dig der er den professionelle". Og så bliver det svært. Vi kan ikke vide, om vi laver et overgreb eller ej, og vi kan gå hen og blive for styrende".

Men umiddelbart efter det generelle eksempel, siger Thomas Hvass Villadsen, at der også er en del danskere, som helst vil, at behandlerne tager ansvaret. Især dem, der ikke har så meget uddannelse. Og så fortæller han om en mandlig patient fra Afghanistan, der stiller meget specifikke krav til behandlingen, selv undersøger på Internettet, hvad der findes af trænings- og målemetoder og løbende kommer med relevante spørgsmål til behandlingen.

SPROG OG MENING

Sprog-barrieren er et problem som går igen og igen. Ifølge indlæggene og diskussionen på seminaret, fører sprogvanskeligheder til misforståelser, øget tidsforbrug, og svigtede patientrettigheder. Dels er der praktiske problemer med at skaffe en tolk. Tolken skal også have en vis kvalitet, og så kræver det viden og øvelse at arbejde godt med en tolk.

Lykke Wellendorph understreger, at hun ind i mellem ►

løsninger

På Thomas Hvass Villadsens arbejdsplads, Hjerterehabiliteringscentret på Bispebjerg Hospital, har de opgjort, at indvandrere og efterkommere fra 3. verdenslande udgør omkring 25 pct. af patienterne.



FAKTA FRA SUNDHEDSSTYRELSENS SEMINAR OM INDVANDRERPATIENTER

Fakta om indvandrere i sundhedsvæsenet.

Kilde: Niels Sandø, Sundhedsstyrelsen

- Indvandrere og efterkommeres andel af befolkningen er stigende. Og stigningen skyldes primært folk fra 3. verdens lande.
- I 2004 udgjorde gruppen otte pct. af landets befolkning. Heraf seks pct. fra 3. verdenslande
- Sygdomsmønstret for indvandrere og efterkommere fra 3. verdenslande er noget anderledes end for majoritetsdanskere:
 - Færre diagnosticeres med kræft
 - Flere får hjertekarsygdomme, diabetes og muskel-skeletsygdomme
 - Flere får provokerede aborter
- 25 procent læger; 27 procent sygeplejersker og 19 procent sosu-assistenten har oplevet, at patienten ikke fik den fornødne behandling, pleje eller rådgivning
- 58 procent læger; 58 procent sygeplejersker og 66 procent sosu har oplevet, at patienten ikke forstod råd og vejledning
- 75 procent læger; 49 procent sygeplejersker og 54 procent sosu mener, at "indvandrerpatienter er en særlig belastning for sygehuspersonalet".

Patientrettigheder ifht. patienter, der ikke taler dansk.

Kilde: jurist med speciale i patientrettigheder, ph.d. Mette Hartlev, lektor ved Københavns Universitet

- Patienter har krav på informeret samtykke. Informationen skal ske mundtligt, og kan samtidig gives skriftligt. Det kræver brug af tolk. Hvis ikke man kan skaffe en tolk, er der ikke lovligt grundlag for behandlingen.
- Patienten skal give frivilligt samtykke. Hvis man har fornemmelse af, at patienten er under pres fra pårørende, skal man sørge for at få patienten i enrum.
- Man skal være opmærksom på fortrolighedsloftet ved brug af tolk - blandt andet også derfor, er det vanskeligt at bruge familiemedlemmer
- Man må ikke give uretfærdig forskelsbehandling. Der er tale om uretfærdig forskelsbehandling, hvis en kvinde ikke får information om en behandlingsmetode, fordi hun ikke forstår, hvad der bliver sagt, mens en anden kvinde, der forstår sproget, får informationen.

Mødet mellem behandler og patient:

Forskningsassistent ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet Maria Kristiansen har skrevet speciale om, hvordan hospitalsansatte oplever mødet med etniske minoritetspatienter:

- Mødet mellem patient og behandler er præget af et massivt tidspres og meget kompleks krav om information. Det kan føre til kategorisering af etniske patienter.
- Kategorisering betyder at sundhedsarbejderen tager udgangspunkt i egne, tidligere erfaringer med andre indvandrerpatienter, og det kan have flere uheldige konsekvenser:
 - at den individuelle patients behov ikke varetages, fordi hun bliver set som del af en gruppe
 - berøringsangst hos behandleren: Ting man ikke spørger ind til, eksempelvis seksualitet eller traumer opstået ved flytningen til Danmark
 - antagelser om, hvilke behov patienten har, f. eks. at de ikke vil have tøjet af, at de vil have en behandler af samme køn eller lignende.
- Patienterne kan også kategorisere personalet. Det kan eksempelvis indebære beskyldninger om diskrimination.
- Brug af tolk kræver ekstra tid, og det er en barriere.

På hjemmesiden: www.sst.dk under forebyggelse / faglige områder / etniske minoriteter, står der mere om seminaret og de oplæg, der blev holdt.

► har haft gode erfaringer med at tale engelsk med nogle patienter og så tilføjer hun, at det store problem kan være at få afklaret, om der er brug for tolk. På Bispebjerg synes Thomas Hvass Villadsen, at de har fundet en god løsning på tolkeproblemet. De har en aftale med et tolkefirma, og bruger tolk lige så snart, de har en formodning om, at det er nødvendigt.

Men tolken dur ikke i gruppetræningen, så derfor får indvandrerpatienter, der taler og forstår dårligt dansk, individuel træning.

Tolken er heller ikke altid nok, når det gælder at oversætte fra en dansk forståelsesramme, som Thomas Hvass Villadsens eksempel om ansvar for behandlingen viser.

Ind i mellem er det også en udfordring at acceptere nogle helt andre vurderinger af, hvad der er vigtigt i et liv.

"Som ergoterapeuter spørger vi, hvad der har betydning for patienten. Og der må vi konstatere, at betydning for dem i højere grad er betydning for familien og ikke for den enkelte kvinde", siger Lykke Wellendorph.

BEDRE END SIT RYGTE

Thomas Hvass Villadsen fortæller, hvordan det også kan være et problem at finde relevante aktiviteter i primærsektoren.

"Det kan være svært at finde gode steder at sende folk hen. Især de lidt ældre kvinder. De passer ikke ind i et fitnesscenter og bruger ikke foreningslivet. Så der har vi forsøgt at skabe kontakt med nogle organisationer", siger han.

Problemet med at skaffe passende aktiviteter i primærsektoren, skal dog ikke forstås, som at det er sværere at engagere indvandrerpatienterne i arbejdet for deres egen sundhed.

"Min oplevelse er, at de er mere villige til at gå ind i de her ting og deltage aktivt, end man får indtryk af fra den offentlige debat", siger Thomas Hvass Villadsen.

Både han og Lykke Wellendorph mener, de fik et godt udbytte af seminaret. Begge fortæller, at de fik bekræftet, at deres eget arbejde med indvandrerpatienterne var på rette spor.

"Og så fik vi peget på nogle af de ting, der mangler. Der skal gøres noget mere for at samle trådene fra centralt hold", siger Lykke Wellendorph, og gentager dermed et ønske til de centrale sundhedsmyndigheder, som flere gange kom frem på seminaret. Det gælder eksempelvis koordineret produktion af oversat informationsmateriale og spredning af den viden om arbejdet med indvandrere, som bliver produceret rundt omkring i landet.

Sundhedsstyrelsen er i gang med begge dele og indsatsen bliver styret fra en et år gammel afdeling for etniske minoriteter i sundhedsvæsenet. ■

Al videnskab kan diskuteres

"Forskningsdesigns og valg er alle menneskeskabte. Forskning er en iscenesat iagttagelse, og hvert design, hvert fokus i undersøgelsen er et produkt af en forskers valg og prioriteringer". **Endnu en kommentar** til debatten om artiklen "**Fysioterapi som social og relationel praksis**" i Fysioterapeuten nr. 14. Denne gang fra forfatterne selv

DEBATINDLÆG AF:
FYSIOTERAPEUTERNE NINA SCHRIVER
OG GUNN ENGELSRUD, UNIVERSITETET I OSLO

! Det er inspirerende, at vores indlæg i Fysioterapeuten nr. 14 *Fysioterapi som social og relationel praksis* har affødt debat. Det er jo lige det, vi har ønsket, og vi er selv blevet inspirerede af de reaktioner på vores første indlæg, som kan læses i Fysioterapeuten nr. 15.

Marius Henriksen skriver: "Det kan være svært at vurdere værdien af disse relationer ud fra et RCT design, men det er heller ikke det, der er interessant, så længe behandlingen (inklusive mødet mellem fysioterapeut og patient) virker og gør patienten rask".

Dette udsagn støtter de aspekter, vi forsøger at trække frem som "bagsiden" ved at tillægges RCT så stor værdi. Behandlingsmetoderne tillægges effekt i sig selv, da det er metoderne, Marius fremstiller som det fænomen, målingerne er foretaget på. Relationen forstås, som Marius udtrykker det, som noget, der selvfølgelig bare er. Hvis denne relation tages for givet, og dermed reduceres til noget, der bare er mellem fysioterapeut og patient, og ikke gives opmærksomhed som videnskabelig viden, der kan argumenteres for, så er vort argument, at fysioterapi mister sit grundlag. Det gælder både i videnskabelig og i praktisk forstand. Det sidste fordi der i øjeblikket er så store krav til, at praktikerens valg og prioriteringer kan begrundes i, at der er evidens for behandlingstiltagene.

Med den forståelse, Marius præsenterer, risikerer vi, at sygdommen, skaden eller behandlingen gøres universel. Således bliver sygdom og skade beskrevet på én og samme måde uafhængig af den person, det handler om, og den situation, behandlingen foregår i.

Mette Aadahl, Hans Lund og Tom Petersen skriver: "Vi betragter den videnskabelige proces som nødvendig vej for at få ny og bedre kundskab, og anser det faktiske møde mellem patient og terapeut som det sted og tidspunkt, hvor bl.a. den videnskabelige kundskab skal inddrages i praksis".

Med dette udsagn skelnes mellem videnskabelig viden på den ene side, som må være, sådan som vi kan læse indlægget, effektvurderinger, og på den anden side praksis, med sine relationelle og kontekstuelle forhold. Ikke som et sted for og en del af videnskaben, men et

sted for *udøvelse af resultater fremskaffet i videnskaben*. Hermed udelukkes netop fysioterapi som relationel og kontekstafhængig som en del af det videnskabelige grundlag i fysioterapi.

I Mette, Hans og Toms udsagn ligger, at behandlingsmetoden tillægges effekten - fordi det er den, der er videnskabelig baseret - og konteksten for anvendelsen af denne betragtes som noget andet end videnskab, og her er præcis et centralt punkt i forhold til vores indlæg. Vi trækker et relationelt, kontekstuel perspektiv frem og peger på, hvordan en humanistisk forskningstilgang og fænomenologisk inspireret teori kan bidrage med viden om disse forhold. Vi gør det for at vise, at det også kan gøres videnskabeligt som grundlag i fysioterapi, såfremt forskningstilgange og teorier, der netop har relationer og kontekst som deres kernepunkt, inddrages, og de fund, der udvikles fra den forskning, tillægges værdi i debatten om, hvad der er evidensbaseret kundskab.

Det kræver en evidensforståelse, der rummer vurderingsaspekter, der rækker udover RCT som design. En vigtig diskussion her er, hvilke kriterier der ligger til grund for at kalde noget viden evidensbaseret ud fra forskellige forskningsdesign. Er det forskningsdesignet i selv, som skal tillægges betydning?

At måle effekt af fysioterapi er som sagt centralt i tiden, og vurdering af den fysioterapeutiske indsats eller metodeanvendelse kan gribes an fra et utal af vinkler. Problematisk bliver det, når RCT tillægges unik værdi, således som det udtrykkes af Mette, Hans og Tom, når de siger, at: "Til gengæld er RCT den bedste metode til at svare på effektspørgsmål. Til dato har ingen anden metode kunnet udkonkurrere dette design til at undersøge effekten af en given intervention". En sådan vægtlægning af netop RCT og "unikgørelse" kan kun forstås i lyset af fagpolitiske, historiske, videnskabsteoretiske og sundhedspolitiske positioner og valg. RCT må som alle andre design forstås som et design, som er konstrueret og valgt med en særlig kundskabsudvikling ►



- ▶ for øje. Det er således at betragte som et synspunkt som Mette, Hans og Tom selvfølgelig kan hævde, men det kan ikke stå som en indiskutabel sandhed. Vi er uenige i den forståelse af sandhedsværdien af effektvurdering, som Mette, Hans og Tom udtrykker, når de siger: "Vi må på en gang anerkende, at der faktisk findes kundskab, som er indiskutabel, og at den reduktionistiske metode



har givet os en enorm indsigt i, hvorledes verden og vi selv fungerer". En sådan udtalelse bidrager til at tillægge de såkaldte objektiverende videnskaber en magt og en sikkerhedskontrol, som de på ingen måde kan besidde i sig selv. Det er kun brugerne af denne videnskabsforståelse, som kan tillægge den betydning som indiskutabel.

Al videnskab er efter vor forståelse mulig at diskutere sandheden og værdien af. Med dette siger vi også, at de teoretiske udgangspunkter og metodevalget i høj grad styrer

de resultater, forskningen kan bidrage med.

Forskningsdesigns og valg er alle menneskeskabte. Forskning er en iscenesat iagttagelse, og hvert design, hvert fokus i undersøgelsen er et produkt af en forskers valg og prioriteringer. Det er kun ud fra en viden om disse, ved at forstå og have indsigt i den position hvorfra resultaterne er udviklet, at vi kan diskutere sandhedsværdien af resultaterne både som forskere og med praktikerne, som brugere af forskningens resultater. De garanteres ikke ved anvendelse af bestemte designs. Selvom hensigten med disse er at be- eller afkræfte en viden, så er der altid tale om et valg, mange fravalg, et valg baseret på den kundskab, man har på området etc.

At sige, at der er kundskab, der er indiskutabel, tror vi er en "farlig" vej i forskningen. Vi vil snarere være fortalere for at tale om, at der er noget viden, der er meget mere sandsynlig end anden og diskutere og få frem i lyset, hvilke kriterier vi, med baggrund i forskellige forskningstilgange, lægger til grund for at vurdere sandhedsværdien.

Mette, Hans og Tom fortolker vores grundlag som relativistisk, fordi vi siger: "Situationen i rehabiliteringsprocessen er således altid ny ...". Fortsættelsen af denne sætning er: "...samtidig som den er en del af både fysioterapeutens og patientens og historie, forventninger, erfaringer...". At sætningen er delt op sådan, når de citerer os, peger på en manglende forståelse for at gribe dialektikken i vores argument.

Vi peger på dobbeltheden i, at situationen altid er ny i mødet mellem patient og behandler, samtidig som dette må ses i sammenhæng med historie, forventninger, erfaringer, rummet, personerne etc. Altså netop kontekstualiseres og dermed ikke kan forstås ud fra et relativisme-synspunkt. Men at sige, at det vil være almenlydige, kontekstuaafhængige resultater, giver kun

mening ud fra en forståelse af mennesker som abstrakte, ikke-intentionelle og mekaniske størrelser.

Det er uvidenskabeligt at reducere relationer til noget, der bare er. Viden om situationen, rummets, personlige aspekters, relationers og historiske perspektiver betydning for behandlingseffekten negligeres, og muligheden for at bruge denne viden som argument for, at der findes videnskabeligt funderede undersøgelser af betydningen af netop disse forhold, forsvinder for praktikerens.

Fysioterapeuter i praksis er som nævnt underlagt et stort krav om at dokumentere, at der er evidens for de behandlinger, der laves. For at udvikle og styrke en god fysioterapeutisk praksis er det netop vigtigt, at relationer og kontekst også kan dokumenteres. Dette kan være vigtige argumenter i forhold til de tidsrammer eller de fysiske rammer, den enkelte fysioterapeut får mulighed for at have med sine patienter.

Troen på, at man har sandhed og indiskutabel viden, er et usikkert stillads at stå på. Stærke argumenter, konkretisering af position teoretisk, design og ydmyghed over for, at der er meget, vi ikke har indsigt i, blik for eller mulighed for at undersøge, giver for os at se et langt mere stabilt fundament at diskutere og forstå betydningen af at implementere forskning ud fra. Vi mener, at vi som forskere har et ansvar for at vise ydmyghed over for det, vi får frem som resultater af egen forskning. Vi bør skabe mest mulig gennemsigtighed i forhold til værdien af de forskningsresultater, vi præsenterer for praktikerne. Praktikerne er helt afhængige af vores udlægning af valid kundskab, fordi kundskab fra forskning netop får status i deres videre dokumentation af deres praksis.

Vi vil slutte dette indlæg med at pointere, at det er vores forståelse, at det ikke handler om en diskussion af modsætninger mellem naturvidenskab og social- og humanvidenskab på den anden side. Vi mener ikke således som Mette, Hans og Tom udlægger det, at have præsenteret et alternativ til "...den begrænsede kundskab, RCT giver". Derimod har vi ønsket at bidrage med en grundlagstænkning, som sammen med en vifte af andre forskningsforståelser i vore øjne gerne skulle udgøre grundlaget for fysioterapeutisk forskning.

Hvis RCT får forrang som design for at måle effekt, og vurderes som den bedste metode til at svare på effektpørgsmål, risikerer vi, at relationelle, kontekstuelle og personlige aspekter ikke kan blive en del af praktikerens evidensbaserede og videnskabeligt funderede praksis, som patienten mødes i og bliver medspiller i arbejdet med sin egen sundhed eller helse. Det er reducerende for fysioterapi. ■

Indlægget kan læses i sin fulde længde på www.fysio.dk/debat. Hertil henvises også eventuel videre debat om emnet. Redaktionen.

Debat om ydersystemet

Formand Johnny Kuhrs leder i sidste nummer af Fysioterapeuten "Ydersystemet til debat" har fået flere praktiserende fysioterapeuter til at fare i blækkhuset. Vi bringer her et uddrag af debatten, der kan læses i sin fulde længde på fysio.dk/debat

Per Friis:

@ JK (Johnny Kuhr, red.) skriver, at han ønsker en fordomsfri debat og starter debatten med en række fordomme om praktiserende fysioterapeuter. Det er temmelig uheldigt. JK skriver blandt andet i lederen: "Er der patienter nok, bliver man som "insider" måske lidt for tilfreds med tingenes tilstand og udvikler sig ikke i tilstrækkelig grad" og "Hvordan sikrer vi, at unge fysioterapeuter får lov til at vise, hvad de dur til i praksissektoren - og at insidere ikke falder for "tilfredshedens" fristelse?" og "I sidste ende kan det være fysioterapeuters gode image, der står på spil". "Insidere" er i JK's terminologi sygesikrings-fysioterapeuter, og "outsidere" er unge fysioterapeuter, der gerne vil have en klinik, hvor patienterne kan modtage sygesikringstilskud. Jeg hylder princippet om at intet bør være hævet over den fri debat. Men når formanden for DF offentligt kommer med et oplæg til debat, må vi som medlemmer forlange, at det bygger på dokumenterede fakta og ikke løse påstande om lavt fagligt niveau hos sygesikringsfysioterapeuter. En konsekvens af JK's holdning vil være, at han i næste leder i Fysioterapeuten åbner

en debat under overskriften "Sygehusystemet til debat" (måske Johnny Kuhr da vil skrive følgende:) "Hvordan sikrer vi, at unge dygtige fysioterapeuter, der gerne vil arbejde på et sygehus, får mulighed for det. Hvordan skal "outsidere" komme ind på en sygehusafdeling og give de gamle selvfede og tilfredshedsnære "insidere" baghjul? Kan det passe, at vi har et sygehusystem der ikke giver unge fysioterapeuter mulighed for at vise, hvad de dur til? Systemet med faste stillinger bliver mere og mere uholdbart, jo længere tid der går".

Frank Vangsgaard:

@ Hold dog op med at se ned på os i enkeltmandspraksis. Det virker nærmest som et "mantra", at enkeltmandspraksis repræsenterer ulyst til faglig udvikling, dårlig service samt ringe effekt for sygesikringspengene. Husk nu lige på, at netop det så omtalte ydernummersystem jo i høj grad er ansvarligt for, at vi kun er os selv. Selv startede jeg i enkeltmandspraksis i 1998. Et nedkørt ydernummer blev mig pludselig uvarslet tilbudt i et yderområde. For mig var det et lykketræf, som ikke

krævede særlig overvejelse. Drømmen om en blomstrende forretning, efterhånden forbedrede fysiske rammer, udvidelse af kapaciteten, og en passende belønning af mange timers arbejde trak naturligvis.

Det gik godt! Allerede efter et år kunne jeg med god samvittighed spørge fys-repræsentanten i det lokale samarbejdsudvalg til mulighederne for udvidelse af kapaciteten. Kunderne var der, ideerne var der; også til aktiviteter ud over sygesikringsydelse, pladsen var der, økonomien var der. Men ydernummeret var der ikke. En deling måske med tiden, men uden kapacitetsudvidelse! Og udsigterne var i øvrigt dystre.

Det går stadig godt. Jeg har i hvert fald nok at lave. Men når dagen er gået med at holde patienterne fra døren eller at besøge dem i eget hjem, er kræfterne ikke til store armsving, politisk engagement, eller udvikling af nye spændende koncepter. Jeg er blevet en "insider" efter min formands begreber. Er det ugidelighed? Er det ringe faglighed? Er jeg virkelig en andenrangspraktiserende i min egen fagforenings øjne, eller i mine kollegaers øjne? Jeg er måske ikke det mest kendte

ansigt på kurserne, men jeg kommer da af sted et par gange hvert år. Giver det ikke faglig udvikling? Hvor er det lige, jeg i min fagforenings øjne har gjort noget galt? Var det da jeg "faldt for fristelsen" til at blive ejer af en "ubetydelig enkeltmandspraksis uden fremtid"?

Jeg synes, at jeg gør hvad jeg kan. Måske vil udviklingen udvikle mig, uanset hvor meget jeg spræller. Men det gør altså ondt mellem linierne at blive kaldt doven af sin formand.

Laila Rørvik:

@ Der er mange forskellige måder at hjælpe mennesker på inden for fysioterapien. Lad os få lov til at være forskellige, ligesom vores patienter også er forskellige. Det vigtigste er vel, at vi afhjælper folks problemer så godt og så billigt som muligt, og det kan godt lade sig gøre selvom man er alene på en klinik. Man kan have et lige så godt samarbejde med kollegaer uden for ens egen klinik, som man kan have med dem man arbejder under tag med. Men der er da rart at være 2-3. Men målet: Jo større jo bedre - det tror jeg ikke på.

Kenny Nielsen:

@ Jeg mener ikke, det fremgår helt klart, hvad det egentlig er JK ønsker at diskutere. I det hele taget virker indlægget så "skævt", at man sidder tilbage med en fornemmelse af, at JK har en viden om noget vi andre endnu ikke har kendskab til! Debatoplægget viser, om ikke andet, hvor vigtigt det er at vi praktiserende giver os tid til at give feedback til dem, der som JK taler vores sag i forskellige fora - ellers mister de jo hurtigt følingen, med hvad der foregår i praksissektoren. JK væver lidt forvirret omkring, at der er større behandlingsbehov, end der er kapacitet til med ventelister til følge. Medmindre JK mener, vi skal dumpe priserne, må ventelister da anskues som en politisk beslutning om ikke at stille tilstrækkelige midler til rådighed - uanset hvilket system man bruger til at distribuere disse midler. Vi skal passe på med ikke at blande tingene sammen, og frem for at skabe intern splid burde vi da stå sammen om at hente flere penge til faget. JK postulerer ligeledes at "insiderne" er blevet lidt for tilfredse, har et dårligt arbejdsmiljø og en lav faglig kvalitet. I forhold til hvem? Praktiserende fysioterapeuter har færrest sygedage og er så vidt jeg ved de mest ivrige til at efteruddanne sig, både set i forhold til andre mellemlange uddannelser, men da også i forhold til andre grupperinger i faget. Alt dette på trods af lange arbejdsdage. Jeg mener faktisk, modsat JK, at faget i disse år blom-

strer under det eksisterende system. Patienterne søger os i stor stil, og i tråd med tidsånden, evidensen og DF's anbefalinger investeres der som aldrig før i træningscentre og tidssvarende klinikker. Iværksættertrangen og lysten til at udvikle faget findes altså, men det kræver, at man som ejer kan stole på sin organisation samt det system, der sikrer den investeringsbærende indkomst. Læs: ydersystemet. Man kan sige, at det visionære behøver både et materielt og mentalt fundament. Hvad jeg plæderer for er, at det ikke er selve ydersystemets grundkonstruktion, der er utidssvarende. Derimod bør vi optimere administrationen og tilgangen af midler. Klinikkerne burde have friere rammer, således at en veldreven klinik, hvor der leveres et godt stykke arbejde, måtte ansætte flere terapeuter, i takt med at det gode rygte trækker flere patienter til. Dette ville naturligt bidrage til den efterspurgte konkurrence klinikkerne imellem samt øge beskæftigelsen væsentligt. Jeg er ret overbevist om, at systemet på sigt kunne rumme alle, der ønskede at blive praktiserende (insidere).

Thomas Hyldgaard:

@ Efter at have læst vores formands indlæg, kan jeg ikke lade være med at tænke på, hvordan det hænger sammen med, at min erhvervskonto mangler 75.000,- som jeg har brugt på kurser? Hvorfor det er, at jeg har stået i klinikken til efter kl. 19 flere aftener i sidste uge med et samlet timetal på næste 50 timer?

Kan ikke lade være med at tænke, at jeg fik bekræftet, at indstillingen i DF er, at vi i praksissektoren bare læner os tilbage og skovler penge ind i halvtidsjob, og at vi bare skal være super tilfredse .

Rune Nielsen:

@ Der bør laves et mere fleksibelt system, der gør, at klinikker med stor tilgang også kan udvide deres kapacitet. Det kan ikke være rigtigt, ej heller rimeligt for patienterne, at de nægtes det fri valg i kollegialitetens hellige navn. Vi er vel ikke en socialfilantropisk forening, der er så berøringsangste, at vi ikke kan tåle indbyrdes konkurrence? De bedste og dygtigste må overleve og vokse i patienternes og foreningens interesse. Til JK må jeg tillige sige, at han efter bare nogle år på "Borgen" synes at være ved at miste følingen med, hvad der sker på "gulvet" Jeg tror ikke, du finder en faggruppe, som de privatpraktiserende fysser, der bruger så mange midler og så mange weekender, aftener og tid væk fra familien på at deltage i møder og kurser for at dygtiggøre sig. De gør det velvidende, at der intet økonomisk incitament er, men af loyal faglig stolthed og interesse. Det synes jeg påkalder sig respekt og ikke anklager.

Johnny Kuhr:

@ Jeg er glad for, at der er flere, der tager debatten om ydersystemet op. Jeg skal beklage, hvis mit ordvalg i lederen har betydet, at nogle har følt sig uretfærdigt ramt. Flere har peget på, at der er en god udvikling i gang. Og

det er jeg slet ikke uenig i. Der er en meget høj efteruddannelsesfrekvens blandt praktiserende. Praktiserende er villige til at arbejde ekstra mange timer for at imødekomme behandlingsbehovet. Patienterne er generelt meget tilfredse med kvalitet og service på klinikkerne. Paradokset er, at vi kan blive kvalt i vores egen succes, hvis ikke vi viser en "rettidig omhu", der sikrer en sund konkurrence og synlighed af kvaliteten. Jeg har endnu ikke set debatindlæg, der modsiger, at det vil være i patienternes interesse, hvis man i højere grad kunne vælge den klinik med det gode ry frem for den med korteste venteliste. Jeg har heller ikke hørt nogen være imod, at det blev mere gennemskueligt, objektivt og gennemsigtigt, når nye ydernumre skal tildeles i amter/regioner. Det handler dybest set om tillid. Vi skal undgå, at komme ud i en situation, hvor kolleger mistænker andre for at "komme nemt til ydernumre", som én fra debatten nævner. Og vi skal undgå at amter/regioner, Folketing og konkurrencestyrelse mister tilliden til, at vi som en forening af fysioterapeuter kan løfte opgaverne i praksissektoren. Derfor skal vi fortsat have en debat og fundet løsninger, der peger fremad. Altså hvordan sikre, at det er kvalitet og ikke venteliste, der bestemmer hvilken klinik man vælger?

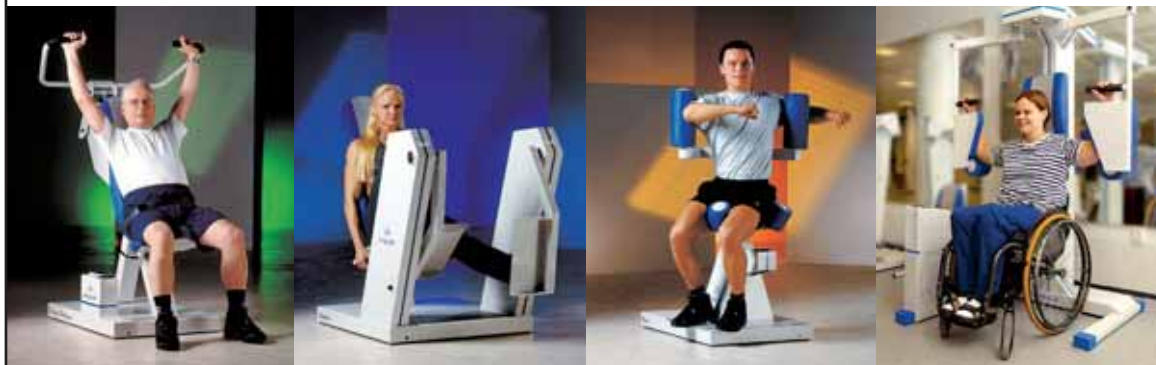
Indlæggene er forkortet af redaktionen, men kan læses i deres fulde ordlyd på fysio.dk/debat



her starter jonna's sider
side 37-51

PAK OP - for alle tiders tilbud

Spar op til 25% ved køb af en Small, Medium, Large eller Easy Access pakke af HUR træningsudstyr. HUR har et lækkert design og en høj brugervenlighed. Der anvendes luftmodstand, som giver en behagelig og effektiv træning



PAKKE SMALL

Startpakken til det lille motionscenter med plads til et helkrops-program. Her får du: Legpress, Push up/Pull down, Twist, Lat pull, Standing Hyper Extension, Abdominal Isolator samt kompressor.

Totalpris før kr. 135.335,-

Kr. 115.035,-

**SPAR
15%**

PAKKE LARGE

Til det store motionscenter med masser af plads, som ønsker at tilbyde sine brugere en rig variation af øvelser. Her får du: Legpress, Leg Extension/Curl, Body Extension, Abduction/Adduction, Push Up/Pull Down, Chestpress, Optimal Rhomb, Peck Deck, Biceps/Triceps, Twist, Abdomen/Back, Lat Pull, Standing Hyper Extension, Abdominal Isolator samt kompressor.

Totalpris før kr. 369.575,-

Kr. 277.181,-

**SPAR
25%**

PAKKE MEDIUM

Pakken til det mellemstore motionscenter med plads til lidt variation i øvelserne. Her får du: Legpress, Leg Extension/Curl, Push up/Pull down, Chestpress, Twist, Abdomen/Back, Lat Pull, Standing Hyper Extension, Abdominal Isolator samt kompressor.

Totalpris før kr. 224.435,-

Kr. 179.548,-

**SPAR
20%**

EASY ACCESS

Til motionscentret som ønsker at indrette sig med handicapvenligt træningsudstyr til kørestolsbrugere. Her får du: Push Up/Pull Down, Triceps Press, Chest Press, Lat Pull og kompressor.

Totalpris før kr. 142.180,-

Kr. 113.744,-

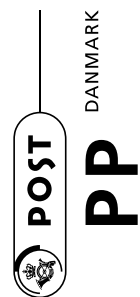
**SPAR
20%**

Alle priser er ekskl. moms. Tilbuddet gælder indtil 15. november 2005. Også mulighed for leasing.

For yderligere information og bestilling kontakt:
Konsulent Øst: Helle Balsby 40574377
Konsulent Vest/Fyn: Thomas Olsen 40574371

 **KEBO CARE**

Jernholmen 41 • 2650 Hvidovre
Tlf.: 36 39 80 00 • Fax: 36 39 80 55
info@keboCare.dk • www.keboCare.dk



Maskinel Magasinpost
ID NR. 42137

Afsender:
Postbox 7777
7000 Fredericia

Retureres ved varig adresseændring til:
Danske Fysioterapeuter, Nørre Voldgade 90,
1358 København K., tlf.: 33 41 46 20