

Nr. 10/maj/2006  
88. årgang



## Cochrane

Træning er vigtig i forebyggelsen af fald. Men vi ved ikke, om færre fald betyder færre brud.  
Side 26

# Fysioterapeuten

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



## Caroline vil danse igen

Alt for mange bliver ligesom Caroline Jacobsen udskrevet uden en genoptræningsplan. Kun på grund af en tilfældighed kan Caroline snart danse igen.

TEMA side 6

### Artikler

#### Fuld faglig selvstændighed

Med 109 stemmer for og ingen imod vedtog Folketinget den 11. maj lov om autorisation af sundhedspersoner. Dermed afskaffes lov om terapiassistenter og ikke mindst bestemmelsen om, at fysioterapeuter kun må sygebehandle, hvis der foreligger en lægehenviisning.

4

#### Seks eksempler på en lov, der ikke virker



Det står i sygehusloven: Patienter med behov for det har ret til en genoptræningsplan. Og til genoptræning.

Men de seks patienter, der fortæller deres historier i dette blad, vidner om en lov, der ikke holdes. Læs temaet.

6

#### Træning er vigtig i forebyggelsen af fald



Det er i dag muligt at bygge på evidens i forebyggelsen af fald blandt ældre. Men vi ved ikke endnu, om færre fald også betyder færre brud. Læs kommentar og resumé af Cochrane review.

26

#### Skulle have fysioterapi for at kunne neje



Det er ikke så ligetil at optræde som blomsterpige i forbindelse med et royalt besøg. I hvert fald ikke, hvis man er 80 år og ikke har nejet længe. Kirstine Nielsen fra Ringsted fortæller til magasinet Danske Kommuner, hvordan blev meget overrasket, da hun blev bedt om at overrække blomsterbuketten til Hendes Kongelige Højhed Kronprinsesse Mary. Kirstine Nielsen blev i december opereret i sit venstre knæ for anden gang, og hun var derfor lidt nervøs for, om hun nu kunne

neje ordentligt. "Jeg var nede ved pigerne hos fysioterapeuten. De vidste ikke, hvilket ben man nejede på. Det var der ingen, der vidste. Men jeg har gået til genoptræning ved fysioterapeuten og ergoterapeuten, så jeg var klar, da Kronprinsessen kom", fortæller Kirstine Nielsen.

Foto: Jakob Carlsen

### Det faste

DFnyt	24
Fysnyt	30
Litteratur	34
Debat	36
Kalender	39
Uddannelse	41
Job	44

# Leeder...

## Livskvalitet eller ej

I Nørre Sundby håber en 62-årig kvinde på at blive genoptrænet til efteråret. Hun fik diagnosen KOL for seks år siden. I dag sidder hun i kørestol og kan ikke længere selv lave mad og købe ind. I Dråby ved Ebeltoft har en mandlig KOL-patient fået et nyt liv. Gennem flere år tilbragte han de fleste timer med at sove i en hospitalsseng i hjemmet. I dag efter en måneds genoptræning går han på indkøb uden rollator og kan selv køre bil.

Der kan være stor forskel på livskvaliteten, afhængigt af om man bliver genoptrænet eller ej. Det viser ovenstående to eksempler, der sammen med flere andre optræder i dette nummer af Fysioterapeuten. Derfor er det dybt forstemmende, at den seneste undersøgelse fra februar 2006, udført af Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse, viser, at kun en procent af alle KOL-patienter og 11 procent med en hoftefraktur får en genoptræningsplan. Det på trods af, at forskning klart dokumenterer, at patienter med disse diagnoser har behov for genoptræning.

Siden juni 2001, hvor loven om genoptræningsplaner trådte i kraft, har adskillige undersøgelser vist, at patienterne ikke får de planer, som de har krav på ifølge loven. I samme periode har tre forskellige sundhedsministre, socialdemokraterne Sonja Mikkelsen og Arne Rolighed samt venstremanden Lars Løkke Rasmussen, lovet at gøre noget ved problemet. Og i alle årene har formanden for Amtsrådsforeningens Sundhedsudvalg, Bent Hansen, skiftevis villet piske og lokke sygehusene til at overholde loven. Men alt sammen tilsyneladende forgæves.

I dette nummer af Fysioterapeuten erkender politikerne, at de nuværende forhold ikke er tilfredsstillende. Samtidig peger de dog på, at problemet i store træk vil løse sig, når kommunerne den 1. januar 2007 overtager hovedansvaret for genoptræningen. Men det er i værste fald en bortforklaring, i bedste fald et fromt ønske uden hold i virkeligheden. I dag er det sygehusenes/amtens ansvar at udforme en genoptræningsplan til patienterne, når de bliver udskrevet. Til næste år er det stadig sygehusenes/regionernes ansvar at udforme sådanne planer. Eneste forskel er, at kommunerne fremover kommer til at udføre en større del af genoptræningen i praksis.

Loven om genoptræningsplaner blev vedtaget for snart fem år siden for at give patienterne sikkerhed for at blive genoptrænet. Spørgsmålet er, hvor mange år der skal gå endnu, inden mennesker med for eksempel KOL eller hoftebrud kan være sikre på at bliver udskrevet til andet end kørestole, hospitalssenge og inaktivitet i hjemmet? Det manglerne politikerne at give et klart svar på.



FORSIDE:  
NIELS HUSTED/POLFOTO

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  
jsh@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 9.657  
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2004 - 30. juni  
2005  
88. 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 Couppe  
Ulla Mulbjerg  
Poul Henriksen  
Jeanette Præstegaard  
Karen Thøgersen  
Nina Beyer  
Jette Christensen  
Bente Holm

ISSN 1601-1465



Af Johnny Kuhr  
*formand for  
Danske  
Fysioterapeuter*

# Fuld faglig selvstændighed

Med 109 stemmer for og ingen imod vedtog Folketinget den 11. maj lov om autorisation af sundhedspersoner. Dermed afskaffes lov om terapiassistenter og ikke mindst bestemmelsen om, at fysioterapeuter kun må sygebehandle, hvis der foreligger en lægehenvi-  
sing

AF SUNDHEDSPOLITISK KONSULENT ANN SOFIE ORTH

Det er ganske vist. Fysioterapeuter får fuld faglig selvstændighed. Loven træder i kraft 1. januar 2007 og indebærer også, at betegnelsen terapiassistent forsvinder. Nu hedder det også i lovens forstand en *fysioterapeut*.

Formand for Danske Fysioterapeuter, Johnny Kuhr er ikke bange for at kalde vedtagelsen historisk: "Jeg er meget stolt på fagets og fysioterapeuternes vegne over, at vi nu får den fulde faglige selvstændighed. Verden har ændret sig, siden

massøsen var lægens assistent. Nu følger lovgivningen heldigvis med".

## UDDANNELSEN GIVER BERETTIGELSEN

Vejen frem til afskaffelse af kravet om lægehenvi-  
sing og ordinationsretten har været præget af tæt dialog med Folketingets partier, Kommunernes Landsforening (KL) og embedsmændene i Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Der er ingen tvivl om, at det har hjulpet, at KL har støttet Danske Fysioterapeuter. Argumentationen har blandt andet lydt, at hverken patient eller samfund ville være tjent med den administrative trafik i forlængelse af krav om lægehenvi-  
sing, der ville hæmme det koordinerede patientforløb.

Danske Fysioterapeuter har gennem hele sagen argumenteret for, at uddannelseskravene til fysioterapeuter giver den nødvendige faglige ballast. At stille en funktionsdiagnose forudsætter kundskab om differential diagnostik, herunder viden om, hvornår problemet ikke falder ind under det fysioterapeutiske virksomhedsområde, hvorfor patienten i givet fald skal sendes til læge eller andre relevante sundhedspersoner. Derfor har patienten sikkerhed for, at fysioterapeuten nok skal vide at sende videre i systemet, hvis der er behov for det.

Afskaffelsen af henvisningskravet i loven er ikke ensbetydende med afskaffelse af henvisningskravet for at opnå tilskud. Sygesikringsoverenskomsten er stadig - uanset ændringer i autorisationsloven - en sag til forhandling mellem Sygesikringens forhandlingsudvalg og Danske Fysioterapeuter. ■

## NÅLEAKUPUNKTUR

Loven medfører i øvrigt også, at Danske Fysioterapeuter og mange andre får opfyldt et gammelt ønske om, at behandling med nåleakupunktur bliver tilladt for andre end læger. En ny bestemmelse slår fast, at nåleakupunktur fremover kan foretages uden lægelig medvirken - men først fra 1. januar 2007.

## indgang

■ Loven afskaffer den gamle bestemmelse, som lød: "En fysioterapeut må kun behandle syge efter henvisning fra en læge. Såfremt lægeordination foreligger, skal denne følges".



**AnimaX International AS,**  
PB 6211 Etterstad, N-0603 Oslo.

Dokumentasjon, distributører og forhandlere på:  
[www.animax.no](http://www.animax.no)

# Frihed til at komme videre



Ved fremstilling af proteser og ortoser er tillid en nødvendighed. Hos **Sahva** følger vores bandagister dig derfor på nært hold både inden, under og efter fremstilling af det individuelle produkt. Derigennem sikrer vi dig et produkt af høj kvalitet med det formål at give dig et fortsat aktivt liv.

**Sahva** er Skandinaviens førende virksomhed inden for udvikling, design og produktion af fysiske hjælpemidler. Vores mission er at være en vidensvirksomhed, der anvender den nyeste teknologi og skaber øget livskvalitet for mennesker med bevægelseshandicap.

**Kontakt os og hør, hvordan du kommer videre.**

**Sahva** · Borgervænget 5-7 · 2100 København Ø · Telefon 39 25 01 00 · [www.sahva.dk](http://www.sahva.dk)  
**Sahva** A/S · **Sahva** Auto · **Sahva** Care · **Sahva** Ryg-center

**Sahva**  
- gør det muligt

# Livet er taget fra mig

For halvandet år siden kunne Karen Dahl Olesen gå tur med sine to hunde. I dag kan hun ingenting. På de kommende sider fortæller vi historien om de manglende genoptræningsplaner og deres betydning



AF JOURNALIST ANNETTE FRUERGAARD GRANDT  
FOTO MICHAEL BO RASMUSSEN

I julen i år 2000 blev Karen Dahl Olesen indlagt på Aalborg Sygehus. Hendes venstre lunge var klappet sammen. I tre uger lå hun på hospitalet, hvor hun fik diagnosen KOL.

"Den eneste medicin mod rygerlunger er at dyrke motion og at holde op med at ryge," siger 62-årige Karen Dahl Olesen, der droppede smøgerne og presede på for at få en genoptræningsplan efter sin hospitalsindlæggelse.

"Jeg ringede til sygehuset, til amtet og til kommunen. Alle steder sagde de, at det var rigtigt, at jeg burde have en genoptræningsplan, og at det var en god idé, men at de ikke havde penge til det," fortæller Karen Dahl Olesen fra Nørre Sundby.

Efter sin første hospitalsindlæggelse anskaffede Karen Dahl Olesen en motionscykel og en video med øvelser for KOL-patienter.

"Men det er svært at træne selv. Jeg er utryk ved det, fordi jeg pludselig ikke kan få luft, når jeg anstrenger mig," siger den tidligere sygehjælper.

Under indlæggelsen på Aalborg Sygehus lærte Karen Dahl Olesen nogle vejtrækningsteknikker. Dem skulle hun anvende, når hun fik kvælningsfølelser.

"Det var fint at lære teknikkerne på sygehuset, men da jeg kom hjem, kunne jeg ikke huske dem, når jeg fik det dårligt," siger hun.

Sygdommen betyder, at Karen Dahl Olesen hoster meget, og på grund af for lidt træning har hun svært ved at hoste igennem.

"Når jeg ikke har flere kræfter til at hoste op, går jeg i panik. Det er forfærdeligt," siger hun.

## INDLÆGGELSER KUNNE UNDGÅS

To gange er Karen Dahl Olesen blevet indlagt, efter at hun er faldet om, når hun måttet opgive at hoste igennem.

"Jeg er 100 procent sikker på, at jeg kunne have undgået de to indlæggelser, hvis jeg var blevet genoptrænet, da jeg kom hjem første gang. Så ville jeg have flere kræfter til at hoste op, og så ville jeg undgå at gå i panik," siger hun.

Nu, over seks år efter sin første indlæggelse, står Karen Dahl Olesen over for at skulle visiteres til genoptræning på Brovst Sygehus til september.

"Men der er venteliste, så ingenting er sikkert", tilføjer hun.

Under alle omstændigheder er det på høje tid, at der sker noget, mener hun. I mere end et år har hun modtaget hjemmehjælp, og skal hun udenfor, foregår det i en kørestol.

"Det var en stor sorg at aflive mine to hunde, fordi jeg ikke længere kunne gå tur med dem. Jeg kan ikke gå ud at handle. Jeg kan ikke hjælpe min mand med at lave mad. Alt det er taget fra mig." ■



## Seks eksempler på en lov, der ikke virker

Det står i sygehusloven: Patienter med behov for det har ret til en genoptræningsplan. Og til genoptræning. Men de seks patienter, der fortæller deres historier på disse sider, vidner om en lov, der ikke holdes

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

Karen, Ib, Caroline, Lillian og to gange Finn kender ikke hinanden. Men de har noget til fælles.

Alle seks er de kommet hjem fra en indlæggelse uden en genoptræningsplan, og dét selvom de kommer fra to patientgrupper, hvor næsten alle har behov for genoptræning: Hoftenær fraktur og KOL.

En undersøgelse fra Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse viser som omtalt i Fysioterapeuten nr. 5, at

kun én procent af KOL-patienterne, og 11 procent af patienterne med hoftefraktur udskrives med en genoptræningsplan. Undersøgelsen bygger på indberetninger fra Landspatientregistret, og selvom der tages forbehold for resultaterne på grund af en formodning om underrapportering (se faktaboks side 8), er alle, Fysioterapeuten har talt med, enige om, at der er et problem. ▶

### ► NÆSTEN ALLE HAR BEHOVET

Skulle de 11 procent af patienterne med hoftebrud, der har fået en genoptræningsplan, vise sig i virkeligheden at være 22 procent, 44 eller måske endda 66 procent, er det stadig for få. Det mener ortopædkirurgisk overlæge Michael Krasheninnikoff fra Hvidovre Hospital.

"Stort set alle patienter med hoftenær fraktur har behov for en eller anden form for genoptræning efter indlæggelsen. Kun de meget friske, dem under 50, der

har en rask ægtefælle, vil kunne klare det selv. Det er forsvindende få. Resten har behov for et genoptræningsforløb efter udskrivelse".

Michael Krasheninnikoff tror ikke på, at det er manglende viden om evidens for genoptræningens effekt i forhold til denne patienttype, der gør, at patienterne ikke får en genoptræningsplan, men gætter på, at det handler mere om tradition.

"Hoftefrakturer er et lavt prioriteret område. Ortopædkirurgerne vil hellere tage sig af sportsknæ og af at operere rygge, end de vil beskæftige sig med gamle damers brud på hoften. Og så tror jeg, det handler om, at mange læger slet ikke aner, hvad genoptræningen består af".

### EN LIGGETID PÅ TRE MÅNEDER

En af grundene til det lave antal genoptræningsplaner er, at en del af patienterne simpelthen trænes færdig, inden de udskrives. Sådan har det i hvert fald lydt i et par af de forklaringer, der fulgte i kølvandet på den seneste undersøgelse, men heller

ikke det argument køber Michael Krasheninnikoff.

"Det kan umuligt være rigtigt. Så skulle liggetiden være tre måneder. Det holder ikke". Den gennemsnitlige liggetid efter hoftebrud er på Hvidovre Hospital 14 dage.

En anden forklaring har lydt, at en del af patienterne på grund af for eksempel senilitet ikke kan genoptrænes. Men det holder heller ikke, mener overlægen.

"Der er da en del af patienterne, der har nedsat kognitiv funktion, men det er jo ikke ensbetydende med, at der ikke er nogen af dem, der kan tage imod en eller anden form for genoptræningsforløb. Det er forsvindende få, der ikke kan".

Med andre ord: Patienterne med hoftebrud burde genoptrænes i langt større omfang, end det sker, og det samme burde for eksempel KOL-patienterne, idet der også her findes en omfattende evidens for genoptræningens effekt.

Men alligevel sker det ikke. I hvert fald ikke med den automatik, som loven lægger op til, og både Karen, Ib, Caroline, Lillian og to gange Finn har måttet kæmpe for deres ret til genoptræning.

Det er ikke tilfredsstillende, siger indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V) til fysioterapeuten.

"Regeringen har jo allerede taget konsekvensen af, at genoptræningsområdet ikke fungerer tilfredsstillende", siger Lars Løkke Rasmussen og henviser til ændringerne i forbindelse med kommunalreformen. Her overtager kommunerne ansvaret for genoptræningen fra amterne, med mindre der er tale om såkaldt specialiseret genoptræning.

På spørgsmålet om, hvordan kommunalreformen og sundhedsloven skal sikre, at regionerne udarbejder genoptræningsplaner, svarer ministeren, at det nu står "krystalklart, at det regionale sygehusvæsen skal udarbejde genoptræningsplanerne, mens kommunerne får myndigheds- og finansieringsansvaret på området".

Hertil kommer det nye obligatoriske samarbejde mellem kommuner og regioner, forklarer Lars Løkke Rasmussen. Den enkelte region og kommunerne i regionen skal lave sundhedsaftaler om samarbejdet på genoptræningsområdet bl.a. vedr. planlægningen af kapaciteten og kommunikationen sektorerne imellem. "Også dermed understøttes regionerne forpligtelse til at sikre, at de nødvendige genoptræningsplaner udarbejdes", mener ministeren.

### STORE FORVENTNINGER

Formand for amtsrådsforeningens sygehusudvalg Bent Hansen (S), bærer som øverste repræsentant for sygehusejerne det politiske ansvar for de manglende genoptræningsplaner. Siden lovens indførelse i 2001 har han flere gange lovet, at nu skulle der nok blive strammet op.

Til fysioterapeuten siger Bent Hansen i dag, at "det går rimeligt med genoptræningsplanerne, men det kunne godt gå bedre".

Og det kommer det til efter 1. januar mener Bent Hansen, der således deler sundhedsministerens store forventninger til kommunalreformen.

"For med kommunalreformen bliver patienterne jo

### fakta om...

#### Landspatientregistret

Oplysningerne i Landspatientregistret (LPR) anvendes eksempelvis til beregning af tilskud til sygehusdrift, nationale statistikker samt forskning. Datagrundlaget for LPR - og derved for undersøgelsen "Genoptræning efter udskrivelse" fra Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse - bygger på indberetninger fra sygehusene. Det har ikke været obligatorisk at indberette genoptræningsplaner til LPR før 1. januar 2004, men undersøgelsens tal for indberettede genoptræningsplaner for patienter med hoftenære fraktur og KOL-patienter på henholdsvis 11 procent og 1 procent stammer fra sidste halvdel af 2004. Det vil sige et halvt år, efter at indberetningen er gjort obligatorisk.



anderledes ladt i stikken, hvis ikke sygehusene sørger for, at de får en genoptræningsplan", siger han.

Bent Hansen forklarer, at det efter hans mening vil styrke sygehusafdelingernes fokus på genoptræningsplanerne, at ansvaret efter udskrivelsen overlades til en anden offentlig myndighed: "Lægen ved godt, at hvis han ikke skriver en genoptræningsplan, kommer patienten ud til ingenting".

Bent Hansen erkender, at de patienter, der er kommet fra sygehuset uden genoptræningsplan inden for den nuværende struktur, også kommet ud til ingenting, men gætter på, at lægerne nok indimellem har glemt det lidt, fordi ansvaret stadig var sygehusets. "De har nok tænkt, at så er der nok en anden i det her store hus, der tager sig af det - for eksempel en terapeut".

Bent Hansen er overbevist om, at der om et år skrives væsentligt flere genoptræningsplaner, end der gør i dag. "Vi lægger jo et mere formalistisk grundlag omkring det", som han siger.

Den optimisme deles ikke af Bent Hansens partifælle, sundhedsordfører Lone Møller (S). Det var den tidligere socialdemokratiske regering, der stod fadder til lov om genoptræningsplaner, og Lone Møller har det derfor ekstra svært med, at loven ikke virker, og det gør den ikke, fastslår hun.

"Det har jeg det da frygtelig skidt med. Vi gør, hvad vi kan for at stramme op, men får hele tiden det samme standardsvar fra ministeren, at 'kommunerne fra den 1. januar overtager ansvaret for genoptræningen, og det venter vi os så frygtelig meget af og så videre'".

Lone Møller har svært ved at se, hvordan kommunerne skal løse problemet med, at sygehusene ikke skriver genoptræningsplaner. "Men vi kan jo heller ikke som sundhedspolitikere rende rundt og være politi", tilføjer hun. På spørgsmålet om, hvordan man som politiker kan være vidne til, at en lov efter fem år stadig ikke overholdes, svarer Lone Møller, at det værner man sig til.

Formand for Folketingets Sundhedsudvalg, Birthe Skaarup (DF) ærgres sig over sendrægtigheden i forhold til at få skrevet genoptræningsplaner, men vælger at se optimistisk på fremtiden: "vi forventer os meget af kommunalreformen", siger hun. De samme høje forventninger har den konservative ordfører Helle Sjelle, mens de radikales Charlotte Fischer er lidt mindre optimistisk. Men, som hun siger, "lige nu er kommunalreformen vores bedste håb. Men vi vil følge det tæt, for reformen er heller ingen mirakelkur. Overordnet ►

## HVOR LÆNGE SKAL VI VENTE?

"Hvor længe skal vi vente, før loven - og patienterne - bliver taget alvorligt?", spørger direktør i Ældre Sagen, Bjarne Hastrup, som kommentar til, at det endnu ikke er lykkedes at få den fem år gamle lov ført ud i livet.

"Allerede i 2002 - et år efter lovens ikrafttræden - var Ældre Sagen

på baggrund af en landsdækkende undersøgelse, som vi gennemførte sammen med DSI, bekymrede for, at der skete for lidt. Fremtrædende repræsentanter for amter og kommuner bad om ro til at løse opgaven sammen. Men intet skete. Senere var det de undersøgelser, som dokumenterede problemerne, som politikerne ikke mente, var helt dækkende. Nu indrømmer sundhedsministeren at der er problemer, men mener så, at det nok skal blive bedre, når kommunalreformen træder i kraft". Bjarne Hastrup tror ikke på, at kommunalreformen er en garanti for, at forholdene bliver bedre.

"Hvad skulle få sygehusene til at udfærdige genoptræningsplaner? Det er jo ikke politikerne, der skal udarbejde planerne, men den enkelte læge over for den enkelte patient, der har brug for genoptræning. Der er brug for en anden holdning i sundhedsvæsenet, så patienterne får, hvad de har ret til. Den holdningsændring må politikerne og de sundhedsfaglige ledere bidrage til".

I Ældre Sagen er holdningen, at patienter skal kunne klage til afdelingsledelsen over en manglende genoptræningsplan og få en ny vurdering inden for 10 dage. Hvis afdelingen fortsat ikke mener, der er behov for genoptræning, skal klagen videresendes til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Det skal af genoptræningsplanen fremgå klart, hvilken ret patienten er blevet udstyret med, herunder hvilken form for genoptræning, kommunen skal yde, om træningen kan ske individuelt eller på hold, og inden for hvilken tid genoptræningen skal starte. Hvis kommunen ikke leverer genoptræning på det grundlag, bør patienten have ret til umiddelbart at søge træningen andre steder - på kommunens regning, mener Ældre Sagen.



Ældre Sagens direktør  
Bjarne Hastrup

- ▶ er der jo ingen tvivl om, at genoptræningsområdet ikke fungerer - statistikker eller ej. Regionerne vil blive bedømt meget hårdt på, om de leverer varen - og det ved de. Men i sidste ende kan økonomien gøre udslaget. Regionerne bliver hårdt spændt for, og det kan ramme genoptræningen også”.

#### MANGLENDE PLANER ER BLOT ET SYMPTOM

Kamal Qureshi, læge og sundhedsordfører for SF, kalder det ”DJØF-bureaukratisk tankegang” at tro, at struktur løser problemer. ”Nu bliver det bare nogle andre, der ikke gør noget ved genoptræningen”, siger han og er derved helt på linje med Majbritt Berlau, der er vikarierende sundhedsordfører for Enhedslisten. Hun

mener slet ikke, det er genoptræningsplanerne, der er problemet. De er blot et symptom på den egentlige lidelse: for få ressourcer til genoptræningen.

”Det er ikke første gang, sundhedsområdet pålægges at lave planer, uden at der afsættes de fornødne ressourcer til at føre planerne ud i livet. Det er fornuftigt, at der skal være synlighed omkring genoptræningen, men synlighed er ikke nok, og vi ved fra masser af undersøgelser efterhånden, at genoptræningen ikke fungerer. Genoptræning koster penge og kræver folk. Hvis spørgsmålet om genoptræning reduceres til en kritik af, at der ikke skrives genoptræningsplaner, tørrer man ansvaret af på den enkelte medarbejder på sygehuset”. ■

## Skiftede hospital for at få træning

Ib Jensen skiftede hospital for at få genoptræning. Det har reddet hans liv, mener han



AF JOURNALIST ANNETTE FRUERGAARD GRANDT  
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

KOL. Sådan lød diagnosen, da 61-årige Ib Jensen i 2001 blev udskrevet fra Glostrup Hospital.

Hospitalet sendte ham hjem uden en genoptræningsplan, men kort tid senere hørte han i forbindelse med sin pensionering tilfældigvis, at Hvidovre Hospital ville etablere genoptræningshold for KOL-patienter. Da han desuden boede i Hvidovre, bad han om at blive overflyttet til Hvidovre Hospital. Og det var et godt valg.

Et halvt års tid efter sin udskrivning, kom han i gang med syv ugers træning. Siden da har han fået bevilget flere træningskurser. Og de betyder alt for ham.

”Jeg havde ikke overlevet uden genoptræning. De giver mig et spark bagi. Vi skal hver dag skrive ned, hvor langt vi har gået, og hvor forpustede vi har været. Det betyder, at man ikke kan snyde. Man snyder jo også kun sig selv, men nogle gange er det godt at have piskeren over nakken,” siger Ib Jensen. ■

# Træning har ændret mit liv

I 2004 blev Finn Bechgaard udskrevet med diagnosen KOL. Men for halvanden måned siden begyndte han at få genoptræning. Det har ændret hans liv

AF JOURNALIST ANNETTE FRUERGAARD GRANDT  
FOTO CLAUS BOESEN

Finn Bechgaard bryder sig ikke om trapper. Men efter at han for halvanden måned siden begyndte at træne på et hold for KOL-patienter på Helsingør Sygehus, frygter han ikke stigningen så meget mere.

"Jeg har lært nogle teknikker til at trække vejret helt ned i mellemgulvet. Det hjælper mig, når jeg skal op ad en trappe," fortæller den 72-årige folkepensionist fra Espergærde.

Han koncentrerer sig om åndedrættet neden for trappen og trækker vejret helt ned i maven, mens han forcerer trinene.

"Før havde jeg tabt vejret allerede på fjerde trin, og når man ikke kan få luft, går man altså i panik. Man kan ikke forestille sig, hvor ubehageligt, det er ikke at kunne få vejret, hvis man ikke har prøvet det," siger han.

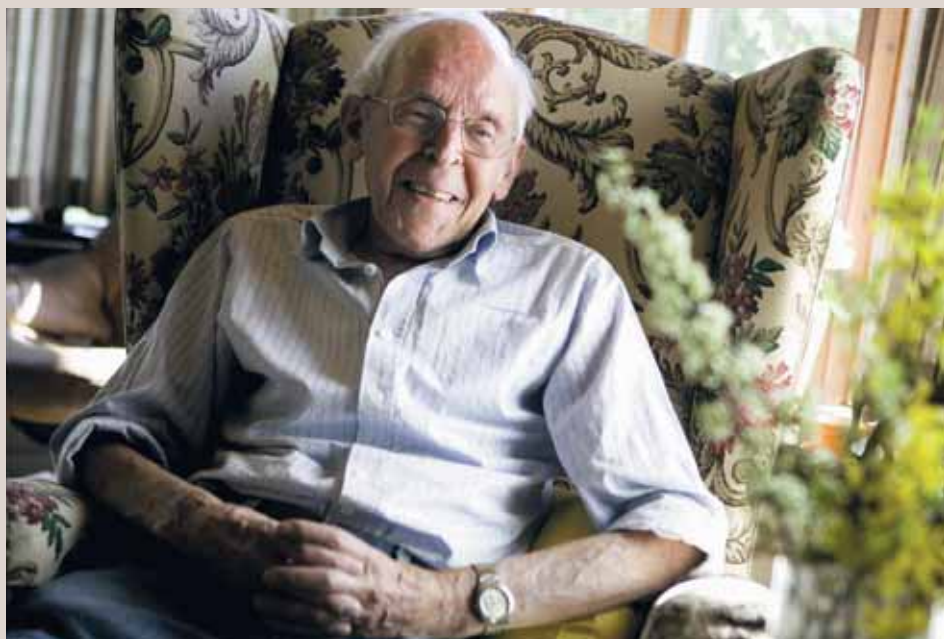
## YDER DET MAKSIMALE

Allerede da Finn Bechgaard i 2004 blev udskrevet fra Helsingør Sygehus med diagnosen KOL, forsøgte han at få en genoptræningsplan. Men først da han for et års tid siden henvendte sig til den øverste chef for lungeklinikken i Helsingør, skete der noget.

"Han foreslog, at jeg begyndte på et lungehold, som Helsingør Sygehus netop havde etableret," fortæller Finn Bechgaard.

I slutningen af marts i år mødte en forventningsfuld Finn Bechgaard op til sin første træningstime.

"Det er fantastisk godt. Fysioterapeuterne presser en til at yde det yderste. Det tør man ikke derhjemme, for man er bange for, at man pludselig ikke kan få vejret. Men på holdet er man i trygge rammer, og man ved, at der står nogen parat til at hjælpe en, hvis man skulle få åndenød," fortæller han.



## BANGE FOR AT DØ

Den første træningsgang fik Finn Bechgaard testet sit åndedræt. På en skala fra nul til 10, hvor 10 er alvorlig åndenød, skal han op på fem, for at træningen nytter noget.

"Efterhånden ved jeg, hvordan åndedrættet føles på fem, og det betyder, at jeg også yder mere på min motionscykel derhjemme. Det turde jeg ikke før," siger han.

Træningen foregår med store elastikker og almindelige fitnessredskaber og hele kroppen arbejdes godt igennem. På kurset lærer han desuden åndedræsteknikker. Dem øver han sig i derhjemme, når han har det godt, og de giver ham en stor tryghed.

"Åndedræsteknikkerne betyder virkelig meget for mig. Jeg vil ikke sige, at jeg før ligefrem var bange for at dø, men jeg er blevet mindre nervøs for, at jeg pludselig kommer i åndenød. For nu ved jeg, hvordan jeg kan trække vejret rigtigt igennem". ■

# Den genstridige lov

Historien om lov om genoptræningsplaner er historien om, hvordan den ene undersøgelse efter den anden har dokumenteret, at sygehusene overtræder loven i stort omfang. Og bliver ved med det

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

FOTO HENRIK FRYDKJÆR

”Der har været for mange tilfælde, hvor patienter har oplevet en ukoordineret, usammenhængende og usikker indsats i forbindelse med genoptræning. Ansvarsplace- ringen mellem offentlige myndigheder skal ikke være den enkelte borgers hovedpine. Det er slut nu”.

Rigtig mange fysioterapeuter og ikke mindst patienter vil formentlig glæde sig ved læsningen af ovenstående citat. Ikke mindst, når de hører, at ophavsmanden er sundhedsminister. Der er imidlertid ingen grund til at glæde sig for tidligt. Citatet stammer nemlig fra december 2000, da sundhedsministeren hed Sonja Mikkelsen (S).

At ordene lige så godt kunne være kommet ud af munden på den nuværende minister på området, Lars Løkke Rasmussen (V), tyder på, at alt ikke gik helt, som Sonja Mikkelsen dengang regnede med.

## STORE FORVENTNINGER

Som Sonja Mikkelsens ord i Berlingske Tidende antyder, var der store forventninger til den lov, Folketinget netop havde vedtaget. En lov, der skulle sikre, at alle patienter med et lægefagligt begrundet behov fik en skriftlig, individuel plan for den videre genoptræning med, når de forlod sygehuset. Forventningerne delte sundhedsministeren med mange andre, ikke mindst de patienter, der takket være kortere og kortere liggetider blev udskrevet uden at have fået ret meget genoptræning under indlæggelsen.

Amterne selv skønnede, at loven ville resultere i 60.000 genoptræningsplaner pr. år.

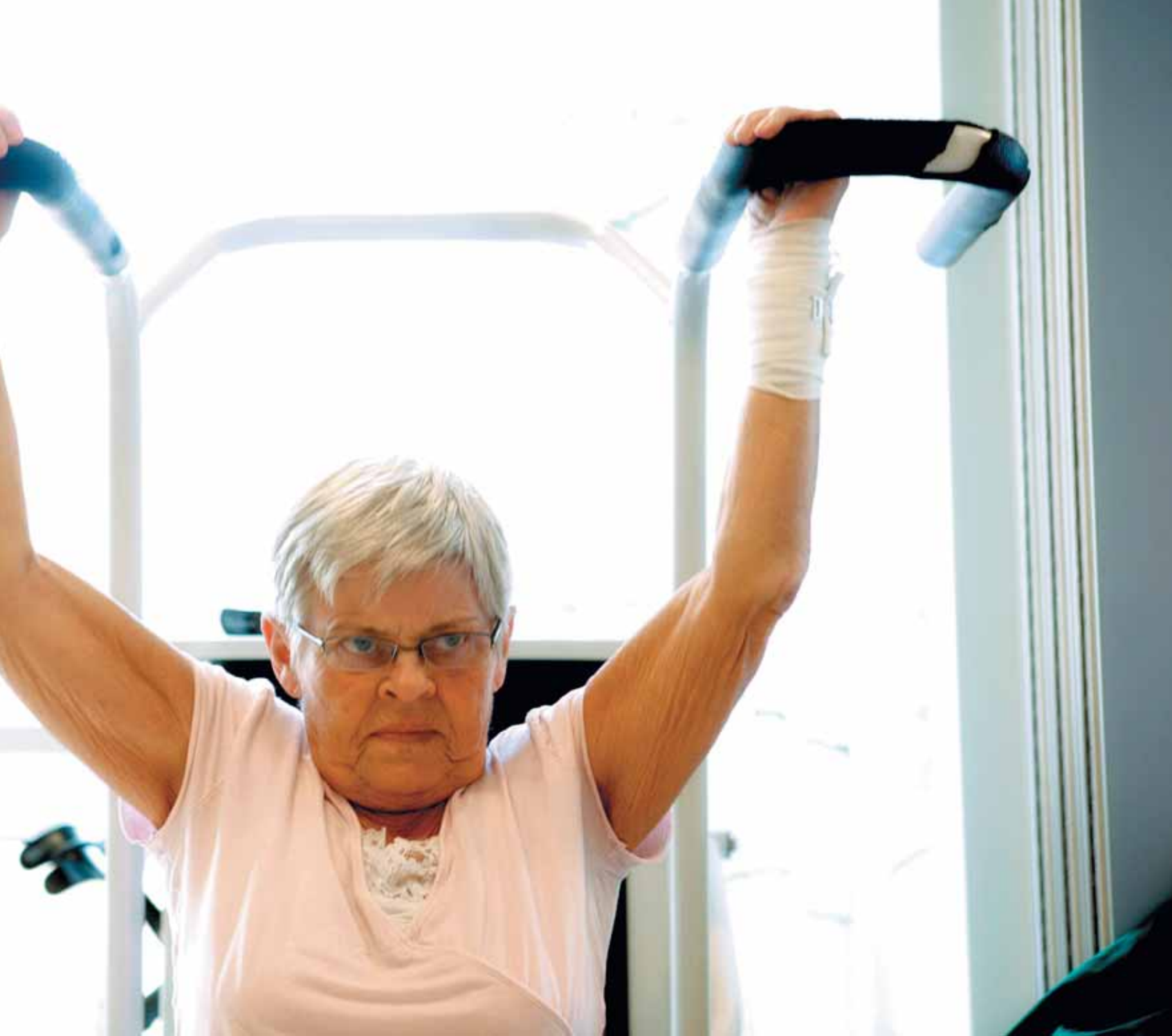
Siden er forventningerne blevet gjort til skamme. Den ene gang efter den anden.

Loven om genoptræningsplaner blev vedtaget i 2000 og trådte i kraft i juli 2001. Amterne havde således et halvt år til at forberede sig på den nye opgave, men alligevel

viste en rundringning foretaget af Berlingske Tidende i slutningen af juli 2001, at forberedelsesfasen stort set ikke var blevet brugt til noget som helst, og at amterne først nu skulle til at finde ud af, hvordan de ville gebærde sig i forhold til den nye lov. ”Intentionen er at følge op på den her lov, for det er vigtigt af hensyn til patienterne, at det her kommer til at fungere”, lovede Arne Rolighed (S), der i mellemtiden havde afløst Sonja Mikkelsen.

Tre måneder senere, i oktober 2001, hjalp fagbladene Fysioterapeuten og Ergoterapeuten ministeren med at følge op på loven, da de to blade i fællesskab undersøgte, hvor langt amterne nu var kommet. Un-





dersøgelsen viste, at hver tredje amt endnu ikke havde indført de skriftlige planer, som loven krævede.

Arne Rolighed havde imidlertid også sat sin egen undersøgelse i gang. Den blev afleveret til Folketingets sundhedsudvalg i december 2001, da Lars Løkke Rasmussen havde sat sig i ministerens stol, og også i den undersøgelse var konklusionen, at det gik uendelig langsomt, men dog fremad. Det fik ministeren til i sin redegørelse til Sundhedsudvalget at konkludere, at "reglerne om genoptræningsplaner har medvirket til at fastholde og styrke fokus på genoptræningsområdet".

### **PROBLEMBARNET GENOPTRÆNING**

Derefter fik amterne et halvt års arbejdsro, inden nogen igen greb forstyrrende ind med en undersøgelse af, hvordan det nu gik med den famøse lov. Denne gang var det DSI Institut for Sundhedsvæsen, der for Ældresagen havde undersøgt, hvor mange genoptræningsplaner der var sat i omløb. Godt en tredjedel af det forventede antal lød svaret, og Lars Løkke Rasmussen indrømmede da også på en konference arrangeret af Ældresagen i september 2002, at genoptræning var lidt af et problembarn.

Formand for amternes sundhedsudvalg, Bent Han- ▶

- ▶ sen, lovede ved samme lejlighed at piske sygehusafdelingerne til at udforme flere genoptræningsplaner, og Johnny Kuhr forærede ham i den anledning en ridepisk.

Om en gulerod havde været en mere passende gave er ikke til at vide, men pishen hjalp i hvert fald ikke. I 2004 viste en undersøgelse fra projekt "Den gode medicinske afdeling", at der blev skrevet færre genoptræningsplaner, end da loven var ny, og der var mere fokus på indsatsen.

I februar 2006 kom så den seneste i rækken af undersøgelser, der alle har vist, at der stadig strømmer patienter ud fra sygehusene med et dokumenteret behov for genoptræning, men uden den genoptræningsplan, de ifølge loven har krav på. Undersøgelsen fra Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse beskæftiger sig udelukkende med patienter med hoftenær fraktur og KOL-patienter. Af den simple grund, at der for de to diagnoser er så solid evidens for genoptræningens effekt, at stort set alle patienter i de to grupper vil have et lægefagligt dokumenteret behov for genoptræning.

Alligevel viser undersøgelsen, at kun 11 procent af

patienterne med hoftenære frakturer forlader sygehuset med en genoptræningsplan. For KOL-patienterne ser det endnu værre ud, idet der ifølge undersøgelsen kun er 1 (én) procent af patienterne i denne gruppe, der får en genoptræningsplan.

I undersøgelsen tages der forbehold for resultaterne. De bygger på indberetninger til Landspatientregistret, og der kan være tale om underrapportering, fremgår det. Overlæge Thomas Lund Sørensen, der i dag arbejder som sundhedskordinator i Helsingør Kommune og som overlæge i Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse var ansvarlig for udarbejdelse af undersøgelsen, mener dog langt fra, at underrapportering kan være hele forklaringen.

"Ifølge undersøgelsen har 11 procent af patienterne med hoftebrud fået en genoptræningsplan, og der er altså meget langt op til 100 procent. Det virker sandsynligt, at *nogle* af dem, der ifølge undersøgelsen ikke har fået en genoptræningsplan, har fået den alligevel. Men det virker *usandsynligt*, at *alle* dem, der ifølge undersøgelsen, ikke har fået en genoptræningsplan, har fået en", lyder Thomas Lund Sørensens vurdering. ■

## Svært at tilpasse en pude rigtigt?

### ROHO® - tilpasses let med luft.

ROHO® trykafastende siddepude er nem at tilpasse med ISOFLO™ kontrollen. Den grønne knap åbner for luften, så luften cirkulerer frit i puden, og den røde knap låser luften i den ønskede siddestilling.



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

# Jeg skal danse igen

Sidste år brækkede 81-årige Caroline Jacobsen sit lårben. Ved en tilfældighed kom hun straks i gang med genoptræning. Nu vil hun danse igen

AF JOURNALIST ANNETTE FRUERGAARD GRANDT  
FOTO NIELS HUSTED/POLFOTO

Da Caroline Jacobsen kom hjem fra sin hospital-sindlæggelse sidste år i august var hun modløs.

”Det virkede som om, hun havde opgivet håbet om, at hun ville få førligheden tilbage, og at hun tænkte, at nu er livet ikke længere,” fortæller træningsassistent Birgit Kryhmand, der kom til at stå for Caroline Jacobsens genoptræning.

For Caroline Jacobsen var heldig. Lige da hun kom hjem efter en indlæggelse på grund af et lårbensbrud, dukkede en visitorator fra kommunen op. Hun kunne se, at den 81-årige kvinde havde brug for genoptræning. Aabenraa Sygehus, hvor hun havde været indlagt, havde ikke givet hende nogen genoptræningsplan.

## VIGTIGT AT KOMME HURTIGT I GANG

I et par måneder kom Birgit Kryhmand hjem til Caroline Jacobsen to gange om ugen. I begyndelsen lavede hun styrketræning med hende i sengen. Hun udstyrede hende også med en rollator, så hun kunne komme ud at gå.

”Uge for uge gik det bedre,” husker Caroline Jacobsen.

Birgit Kryhmand mener, at det var altafgørende, at Caroline Jacobsen kom i gang med sin genoptræning med det samme.

”Mange gange ser vi, at folk sidder for længe og mister muskelmasse og bliver mindre smidige. Alt det skal først trænes op igen. Det betyder længere tid til genoptræning. Og det lykkes ikke altid,” siger hun.

Motivationen for at komme i gang med genoptræning er også mange gange større, lige når folk kommer hjem fra hospitalet, end tre måneder senere.



”Når der går så lang tid, har de svært ved at huske, hvad de kunne før indlæggelsen, og de mister troen på, at de kan få det bedre. Også derfor er det vigtigt, at de kommer i gang med det samme,” siger hun.

## KLAR TIL AT DANSE

For tre uger siden smed Caroline Jacobsen sin stok, og den hjemmehjælp, hun fik bevilget efter sin indlæggelse, får fri til juni. Da kan hun nemlig klare sig selv.

For tre uger siden var Caroline Jacobsen til forårsfest på det lokale plejehjem.

”Da jeg hørte musikken, glemte jeg helt, at jeg ikke kunne danse. Jeg kom ikke ud at danse, men det var lige ved,” griner hun. ■

# "Lov er lov og lov skal holdes"

Politikerne var optimistiske i forbindelse med vedtagelsen af lov om genoptræningsplaner. Nu ville der virkelig ske noget, forlød det. Det gjorde der, som det fremgår af de foregående artikler, bare ikke. I det følgende har vi samlet et udpluk af, hvad politikerne sagde i forbindelse med lovens vedtagelse, og hvad de har sagt, efterhånden som det ene nedslående undersøgelsesresultat har afløst det andet

RESEARCH SUNDHEDSPOLITISK KONSULENT ANN  
SOFIE ORTH

*MF, Lars Kramer Mikkelsen (S) ved førstebehandlingen af lovforslaget om genoptræningsplaner, 22. november 2000:*

"Ja, det er jo et godt lille lovforslag, vi her skal behandle, det kan få stor betydning for den enkelte borger ...Med dette forslag sikrer vi, at patienten ikke sætter sig mellem to stole".



*MF, Birthe Skaarup (DF) ved førstebehandlingen af lovforslaget om genoptræningsplaner, 22. november 2000:*

"Jeg tror, at det for patienterne er lige meget, hvem der tager sig af genoptræningen. Jeg tror, mange overhovedet ikke tænker på, hvis ansvar det er, men det er så præciseret her. Hovedsagen er, at man kommer i gang så hurtigt som muligt".

*Sundhedsminister Sonja Mikkelsen (S), Berlingske Tidende 14. december 2000:*

"Der har været for mange tilfælde, hvor patienter har oplevet en ukoordineret, usammenhængende og usikker indsats i forbindelse med genoptræning. Ansvarsplaceringen mellem offentlige myndigheder skal ikke være den enkelte borgers hovedpine. Det er slut nu".



*MF, Tove Fergo (V), Berlingske Tidende 27. juli 2001, efter at være blevet præsenteret for en undersøgelse fortaget af avisen:*

"Lov er lov, og lov skal holdes. Det er helt forkasteligt og menneskeligt uanstændigt, at man fra amternes og kommunernes side ikke har tjek på genoptræningsplanerne, fordi de endnu ikke kan blive enige om at placere ansvaret".

*Sundhedsminister Arne Rolighed (S), Berlingske Tidende 27. juli 2001:*



"Intentionen er at følge op på den her lov, for det er vigtigt af hensyn til patienterne, at det her kommer til at fungere".



*Formand for Amtsrådsforeningens Sundhedsudvalg Bent Hansen (S) Politiken, 25. september 2002, efter at have set resultaterne af en DSI-undersøgelse:*

"Det er ikke godt nok. Vi må ud at piske vores sygehusafdelinger til at udforme de genoptræningsplaner".



*Lars Løkke Rasmussen på Ældre Sagens høring om ældre medicinske patienter, 30. september 2003:*

"Det drejer sig i høj grad om, at kommunerne tænker mere langsigtet, og at amterne sikrer kontinuitet og koordination i behandling og genoptræning. Det er faktisk en lov, der påbyder, at kommuner og amter skal samarbejde. Det er ikke udvalg og handlingsplaner, der mangler. Der skal handles".

*Formanden for amternes sygehusudvalg, Bent Hansen (S) til Berlingske Tidende 28. marts 2004:*

"Der skal ikke være diskussion om, at vi selvfølgelig skal leve op til reglerne...".



*MF, Jørgen Winther (V) Berlingske Tidende 29. marts 2004:*

"Jeg er ikke i tvivl om, at god genoptræning både kan forebygge nye operationer og give bedre livskvalitet til den enkelte. Men der skal en bedre koordination til, og det afgørende er en klar plan for genoptræning fra første færd. ..."

*Bent Hansen, Formand for amternes sundhedsudvalg, (S) Jyllands Posten 30. marts 2004:*



December 2000:

Lov om genoptræningsplaner vedtages.

"Det er klart, at det ikke er nok at koncentrere sig om de få dage, man er indlagt. Vi skal lære at samarbejde på tværs af kommuner og amter og at se et behandlingsforløb som en helhed, der også indebærer genoptræning. Uden det kan pengene til eksempelvis et nyt knæ være spildt".

*Lars Løkke Rasmussen i svar til Jette Bergenholz Baustrup (MF) 5. august 2004:*

"Der findes ingen tal for hvor mange patienter, der efter sygehusbehandling har brug for genoptræning og altså heller ikke tal for hvor mange, der ikke får en genoptræningsplan. I det hele taget ved vi for lidt om, hvad der sker på genoptræningsområdet. Det er bl.a. også derfor, jeg har givet støtte til et projekt ved Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse...Projektet vil give en status for amternes implementering af reglerne om genoptræningsplaner..."

*Lars Løkke Rasmussen i svar til Folketingets Sundhedsudvalg, 29. marts 2005:*

"Det er regeringens opfattelse, at der generelt er behov for at styrke genoptræningsområdet...".

*Formanden for Amtsrådsforeningens sundhedsudvalg, Bent Hansen (S) til Ekstra-Bladet 20. februar 2005:*

"Der skal strammes op, og vi er i gang med at indskærpe over for de enkelte sygehuse, så der er sikkerhed for, at patienter får den genoptræning, de har brug for...Der skal jo ikke mangle den sidste indsats, når vi bruger så mange penge på at hjælpe folk. Sådan skal vores sundhedsvæsen ikke være indrettet. Vi kan gøre det bedre".

*Formanden for Amtsrådsforeningens sundhedsudvalg, Bent Hansen (S) til Politiken 20. februar 2006, efter offentliggørelsen af den seneste undersøgelse:*

"Jeg har aldrig før hørt så negative tal. Derfor har jeg stor skepsis over for dem, selv om jeg gerne vil vedgå, at det nogle steder ikke gøres godt nok".

*Lars Løkke Rasmussen i svar til MF, Charlotte Fischer, 7. februar 2006:*

"Det er min opfattelse, at undersøgelsen understreger behovet for, at der sker en klar styrkelse af genoptræningsområdet, og i øvrigt en forbedret registreringspraksis på området. Dette ønske er netop baggrunden for, at regeringen allerede har taget initiativ til at ændre lovgivningen på genoptræningsområdet, der som en del af kommunalreformen på sundhedsområdet, træder i kraft per 1. januar 2007". ■

Juli 2001: Loven træder i kraft efter en forberedelsesfase på et halvt år. Amterne forventer, at der vil blive skrevet ca. 60.000 genoptræningsplaner om året.

Ultimo juli 2001: Berlingske Tidende dokumenterer, at der langt fra skrives det forventede antal genoptræningsplaner.

Oktober 2001: Fagbladene Fysioterapeuten og Ergoterapeuten dokumenterer, at der langt fra skrives det forventede antal genoptræningsplaner.

December 2001: Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen afleverer en redegørelse til Folketingets Sundhedsudvalg. Af den fremgår det, at der langt fra skrives det forventede antal genoptræningsplaner.

September 2002: Ældresagen præsenterer på en konference en DSI-undersøgelse, der dokumenterer at der langt fra skrives det forventede antal genoptræningsplaner.

Juli 2004: En undersøgelse fra Gigtforeningen dokumenterer, at der langt fra skrives det forventede antal genoptræningsplaner.

Medio 2004: Projekt "Den Gode Medicinske afdeling" dokumenterer, at der langt fra skrives det forventede antal genoptræningsplaner.

Februar 2006: En undersøgelse fra Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse dokumenterer, at der langt fra skrives det forventede antal genoptræningsplaner.

# Tog sagen i egen hånd

Først efter fire år og flere mislykkede træningsforsøg er det lykkedes Flemming Seerup at få en fysisk træning, der passer til hans behov. Det kan han takke sig selv for

AF ANNETTE FRUERGAARD GRANDT  
FOTO NIELS ÅGE SKOVBO

Da Flemming Seerup fra Dråby ved Ebeltoft i 2004 for tredje gang havde været indlagt med en KOL-diagnose fik han sit første tilbud om genoptræning. Ikke som et led i en genoptræningsplan, han har nemlig aldrig fået en genoptræningsplan efter sine indlæggelser, men fordi han hørte om et nyt tilbud i kommunen. På genoptræningsholdet blev han sat sammen med tre svært overvægtige og tre med dårlige knæ.

"Den fysioterapeut, der var instruktør på holdet, kunne hurtigt se, at jeg ikke hørte til der. Så den træning blev heller ikke til noget," fortæller Flemming Seerup.

## NYE BOLLER PÅ SUPPEN

Først i 2006, ved Flemming Seerups fjerde indlæggelse, skete der noget.

"Det var som om, der var sket et mirakel på Randers Sygehus. To til fire gange om dagen fik vi besøg af fysioterapeuter," fortæller Flemming Seerup.

De testede patienternes åndedræt, trænede åndedrætsøvelser med dem og udstyrede Flemming Seerup med en rollator, så han kunne komme ud at gå.

"Der var virkelig kommet nye boller på suppen," siger han.

Ved udskrivelsen tilbød Randers Sygehus, at Flemming Seerup kunne få genoptræning på sygehuset. Men da Flemming Seerup bor langt fra sygehuset, takkede han nej. "Jeg ville komme til at bruge en hel dag på at træne en time. Jeg ved, at jeg ville være totalt ødelagt og ikke få et klap ud af træningen," siger han.

## LYKKEN VENDER

I sin nød henvendte Flemming Seerup sig i foråret til KOL-foreningen. Her fik han det råd, at han skulle gå til sin læge.

"Jeg fortæller lægen, at jeg har talt med foreningen, og at de foreslår træning hos en fysioterapeut. Det syntes lægen var helt i orden," siger han.

Lægen henviste Flemming Seerup til en fysioterapeut i sundhedscentret i Ebeltoft, tæt på Flemming Seerups bopæl. Der begyndte han at træne for en måned siden. Og det er hurtigt gået fremad.

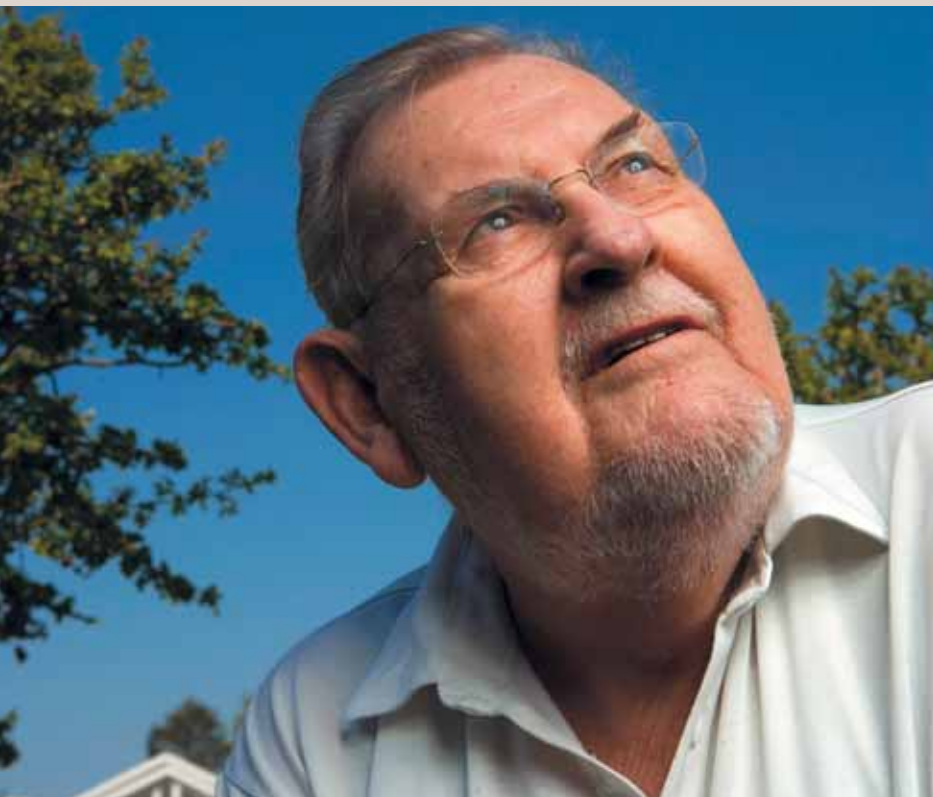
"De første gange kunne jeg kun cykle to kilometer på cyklen, så var jeg helt færdig. Nu er jeg oppe på fem," siger han glad.

Flemming Seerup er overbevist om, at træningen gør ham godt.

"Før var jeg blevet dårligere og dårligere. Jeg har både fået rollator og hospitalsseng. Når jeg vågnede om morgenen, serverede min kone kaffe på sengen, inden jeg igen sov et par timer. Så spiste jeg frokost og sov igen bagefter," fortæller han.

I dag er Flemming Seerup stået tidligt op og har været i Føtex og på apoteket uden rollator. Bagefter kørte han hen og vaskede bil.

"Det kunne jeg ikke gøre for 14 dage siden. Det er helt fantastisk." ■



# Genoptræning efter hoftebrud bør være en ret

På Hvidovre Hospital har man data for 600 forløb med patienter med hoftebrud. Det viser sig, at de fleste fik en plan for genoptræningen, og hospitalet ligger derfor langt over landsgennemsnittet for udarbejdelsen af genoptræningsplaner

AF MORTEN TANGE KRISTENSEN, FORSKNINGSFYSIOTERAPEUT, FYSIOTERAPIEN, H:S HVIDOVRE HOSPITAL.

FOTO HENRIK FRYDKJÆR

En ny rapport omhandlende genoptræningsplaner (1) for patienter med hoftebrud og kronisk obstruktiv lungesygdom viser, at der i Landspatientregistret for sidste halvdel af 2004 for 6.529 patienter med hoftefraktur, på landsplan kun er registreret genoptræningsplaner for 878 patienter, svarende til 11 procent.

I rapporten gives der flere bud på årsagen til det meget begrænsede antal genoptræningsplaner, såsom:

- Hospitalsafdelinger, der selv varetager den ambulante genoptræning, udarbejder ikke egentlige genoptræningsplaner.
- Formodninger om, at det for en relativt stor andel af patienterne ud fra en lægefaglig vurdering ikke ville være relevant at lave en genoptræningsplan.
- At tilbudene om genoptræning i de involverede amter og kommuner er meget uensartede.
- At det fra samtaler med personalet på de ortopædkirurgiske afdelinger fremgår, at en del af forklaringen på det lave antal genoptræningsplaner er, at en vis andel af patienterne ikke har ressourcer og potentiale til træning efter udskrivelse.

Behovet for og problematikken med genoptræning efter udskrivning for patienter med hoftefrakturer er tidligere belyst i Fysioterapeuten (2), og for at der ikke skal være nogen som helst tvivl om min vurdering af behovet for denne skrøbelige patientgruppe, kan det som udgangspunkt siges ganske enkelt:

*"Alle patienter der udskrives efter et indlæggelsesforløb med en hoftefraktur har behov for yderligere genoptræning i umiddelbar forlængelse af dette".*

Der er selvfølgelig patienter, der forud for hoftebruddet har været sengeliggende eller har haft et meget lavt funktionsniveau, hvor potentialet kan diskuteres.

Ligeledes er der patienter, der grundet svær kognitiv dysfunktion ikke kan samarbejde til mere regelret genoptræning, men heldigvis udgør disse patienter trods alt en meget lille andel af den samlede patientgruppe.

I rapporten anføres det, at det ikke som planlagt var muligt at indhente detaljerede oplysninger om den enkelte patients genoptræningsforløb, fordi det blandt andet "har været svært at få sygehusafdelinger i tale", at det ikke var muligt at opnå dispensation fra loven om patienters retsstilling til indsigt i journaler uden patienters samtykke, og at "Genoptræning som led i patientbehandling er tilsyneladende et følsomt emne".

Det anføres ligeledes, at "på den ene side er der ingen, der kender de nøjagtige tal for, hvor mange genoptræningsforløb der burde laves. På den anden side er der evidens for, at stort set alle i de to udvalgte patientgrupper almindeligvis har behov for, og vil have gavnlig effekt af, genoptræning efter et sygdomsforløb".

## KUN FÅ KAN KLARE AT SELVTRÆNE

På Hvidovre Hospital (HH) oprettede man i forbindelse med implementering af konceptet accelererede operationsforløb i september 2002 som det første sted i landet, en specialenhed med 14 sengepladser for forskning i og behandling af patienter med hoftefrakturer.

Som en del af dette blev der oprettet en database, hvor data for 600 konsekutive patientforløb fra opstart af enheden i september 2002 til juli 2004 indtil videre er tilgængelige og med data for de næste 300 forløb på vej. For 431 ud af 534 patienter udskrevet fra enheden, svarende til 81 procent, er der her regi- ▶

*Det er forsvindende få patienter, der ikke har behov for genoptræning efter et hoftebrud, mener forskningsfysioterapeut Morten Tange Kristensen. Her ses han sammen med patienterne Anny Remil og Arne Klæstrup Nielsen.*

- ▶ streret et planlagt genoptræningsforløb. Blandt de 103 patienter, som blev udskrevet uden registrering af et planlagt forløb, blev 26 udskrevet til plejehjem efter en gennemsnitlig indlæggelsestid på 48 dage, mens 77 patienter blev udskrevet til egen bolig/ældrebolig, hvoraf hovedparten vurderedes at kunne klare sig med selvtræning, mens en mindre andel, der var registreret i den første del af registreringsperioden, ikke er blev sufficient registreret.

Erfaringerne herfra og fra et seks måneders opfølgingsstudie (2) udgået fra enheden har vist, at det for patienter, der udskrives til egen bolig, er af afgørende betydning for fremtidigt niveau, at der planlægges et genoptræningsforløb i forlængelse af indlæggelsen, og at det kun er en meget lille andel af disse patienter, der har ressourcer til selv at gennemføre et forløb med selvtræning i form af såkaldt hjemmetræning.

Rapporten understøtter dette på følgende måde: "Patienter, der gennemfører et genoptræningsforløb, mener selv, at det er udbytterigt, og resultaterne tyder på, at det bedste udbytte opnås ved at træne uden for hjemmet, at træne på hold og at blive superviseret af en terapeut".

#### DE FLESTE FIK EN PLAN

En detaljeret gennemgang af samtlige fysioterapeutiske behandlingskort for 140 hoftefraktur-patienter indlagt i hofteenheden i den periode som rapporten omhandler (2.halvår 2004) viser, at 109 ud af 124 (88 procent) udskrevne patienter, havde et planlagt genoptræningsforløb (se tabel 1).

I Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) som HH er en del af, viser rapporten, at der i sidste halvdel af 2004 var 878 patienter med kode for hofte-nære lårbensbrud, hvor en genoptræningsplan kun var registreret for 72 patienter svarende til 8 procent.

På HH viser udtræk fra grønt system, hvor udarbejdede genoptræningsplaner registreres, at der for denne patientgruppe i samme periode er udarbejdet 46 genoptræningsplaner, svarende til 64 procent af samtlige planer for hele H:S. Disse er primært udarbejdet for patienter, der udskrives til plejehjem eller rehabiliteringsenhed i primærsektor, da man også på HH har valgt ikke at udarbejde genoptræningsplaner for de patienter, der trænes ambulantly på hospitalet. Der er således, tale om en væsentlig underreportering, da ▶





Tabel 1: Oversigt over antallet af planlagte genoptræningsforløb for 124 patienter udskrevet fra hoftefrakturoenheden Hvidovre Hospital (HH) i perioden 1. juli 2004 til 31. december 2004, antal (% af alle), svarende til den periode rapporten belyser.

	Med plan for genoptræning	Uden potentiale/ønske/behov
Udskrevet til/ med videre træning i:		
<b>Eget hjem:</b>	53 (43 %)*	8
- Selvtræning	9 (7 %)	
- Ambulant Fysioterapien HH	12 (10 %)	
- Ambulant Ortopædkirurgisk dagafsnit HH	26 (21 %)	
- Træningscenter/Daghjem	6 (5 %)	
<b>Plejhjem</b>	24 (19 %)*	7
<b>Rehabilitering på døgnbasis i primærsektor</b>	23 (19 %) *	
<b>Stamafdeling/Andet hospital</b>	9 (7 %)*	
<b>I alt</b>	109 (88 %)*	15

- ▶ kun 42 procent af planlagte genoptræningsforløb for patienter udskrevet fra HH er registreret. Dette skyldes primært det tekniske faktum, at koden ZZ0175 for udarbejdelse af genoptræningsplan, kun kan anvendes, når en standardiseret plan udarbejdes, mens plan for øvrige patienter dokumenteres i journalen.

Der er således behov for, at der udarbejdes retningslinier/systemer, der gør det muligt at registrere alle planlagte genoptræningsforløb.

#### HVEM SKAL VURDERE BEHOVET?

Loven foreskriver i § 1. at genoptræningsplaner skal tilbydes patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning ved udskrivning fra sygehus, men i praksis er det fysioterapeuterne, der træner med patienterne under indlæggelsen, som udarbejder planerne. I Hofteenheden på HH er der god overensstemmelse mellem lægernes og fysioterapeuternes vurdering af behovet for genoptræning efter udskrivning, men med mit kendskab til området så forholder det sig ikke sådan alle steder. I rapporten omtales en auditundersøgelse fra Bispebjerg Hospital, hvor man fandt, at en genoptræningsplan "kun var relevant hos 26 procent

af de udvalgte patienter, der dog repræsenterede et udsnit af alle diagnoser".

At anvende denne undersøgelse giver et misvisende billede af behovet, og forhåbentlig ville andelen være væsentlig højere, hvis den var lavet for hoftefrakturpatienter alene, men set i lyset af at loven omhandler genoptræning, og at fysioterapeuter i dag ikke er nævnt i denne, må det være på høje tid, at § 1. ændres til: patienter, der har et lægefagligt eller fysioterapeutisk begrundet behov for genoptræning.

I den forbindelse vil det være væsentligt, at de enkelte afdelinger ser kritisk på rutiner og holdninger til behovet for genoptræningsplaner, herunder at der ses med nye øjne på den problematik, der anføres i rapporten vedrørende personalets opfattelse af patienternes ressourcer/potentiale. Det er korrekt, at der er patienter, hvor der ikke er yderligere genoptræningspotentiale, men argumentet om at der ikke udarbejdes planer, fordi patienterne ikke har ressourcer, holder simpelthen ikke. Det handler efter min opfattelse mere om, at der ikke eksisterer et tilbud, eller at det, der er, ikke er dækkende for behovet. Det er ofte de patienter, der har det allerstørste behov for, at der etableres et passende genoptræningsforløb i forlængelse af indlæggelsen.

Der er behov for at amter og kommuner er deres ansvar bevidst, og at de i fællesskab etablerer en bred vifte af "ambulante" genoptræningstilbud, så alle hoftefrakturpatienters behov kan dækkes, samtidigt med at de patienter, der ikke lige kan overskue at sige ja til dette, motiveres maksimalt af personalet på sygehusene.

Spørgsmålet er vel, om der reelt skal være tale om et valg, eller om man, når man har tilbudt en patient en operation efter et hoftebrud, også har forpligtiget sig til, at den genoptræning, der er startet under indlæggelsen, fortsættes efter udskrivning indtil habituel niveau er nået.

Korrespondance: [morten.tange.kristensen@hh.hosp.dk](mailto:morten.tange.kristensen@hh.hosp.dk)

Arbejdet i hoftefrakturoenheden på HS Hvidovre Hospital er støttet af IMK-fonden.

#### REFERENCER

- Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse Bispebjerg Hospital. (2005) Genoptræning efter udskrivelse – udbredelse og virkning.
- Kristensen MT, Foss NB. De svageste bliver ikke genoptrænet. *Fysioterapeuten* 2004; 21: 6-10. ■

# Om tre måneder er du frisk

Da 77-årige Lillian Madsen blev udskrevet fra hospitalet, fik hun to sedler med øvelser med hjem. Lav dem, og du er frisk igen om tre måneder, lovede lægen

AF ANNETTE FRUERGAARD GRANDT  
FOTO JESPER DALL/POLFOTO

Lillian Madsen plejede at stå af cyklen for at trække over den trafikerede vej. Det gjorde hun også den 27. juli sidste år. Men da hun satte foden mod jorden, mistede hun balancen. Hun faldt og kunne ikke støtte på sit venstre ben. Kort tid efter lå hun i en ambulance. Hun havde lårbensbrud.

10 dage senere blev hun udskrevet fra Sønderborg Sygehus.

"Jeg spurgte, om jeg ikke skulle have genoptræning. Fysioterapeuten sagde, at det havde de ikke pligt til at tilbyde mig, og lægen sagde, at jeg skulle lave det, jeg kunne. Så ville jeg være frisk igen om tre måneder," fortæller 77-årige Lillian Madsen fra Augustenborg.

## MANGE SMERTER

To sedler med beskrivelser af de øvelser, Lillian Madsen var blevet instrueret i på hospitalet, udgjorde hendes "genoptræningsplan".

Lillian Madsen lavede øvelserne, så godt hun kunne. Og trods smerter gik hun hver formiddag og eftermiddag en tur med to stokke i hænderne. Længere og længere. Da de tre måneder var gået, havde hun stadig ondt og var totalt afhængig af sine to stokke. Lillian Madsen gik til lægen.

"Han blev sur over, at jeg ikke havde fået genoptræning og henviste mig til fysioterapi," siger Lillian Madsen.

De næste fem uger fik Lillian Madsen hver tirsdag besøg af fysioterapeut Mia Møller Henriksen. I en time trænede fysioterapeuten med Lillian Madsen, men det gik kun langsomt fremad. I november foreslog fysioterapeuten, at Lillian Madsen begyndte på et hoftehold på kommunens ældrecenter. Det gjorde hun, men hun blev ved med at have ondt.

"Lillian var tydeligt mærket af smerter. Hun havde lavet så mange kompenserende bevægelser og derved belastet andre muskler," forklarer fysioterapeuten.

I december gik Lillian Madsen til sin læge igen. Han



henviste hende videre til Sønderborg Sygehus. De næste to måneder trænede Lillian Madsen 21 gange i et varmtvandsbassin på hospitalet.

## FOR DÅRLIGT OVER FOR PATIENTERNE

I dag, 10 måneder efter Lillian Madsens fatale fald, går hun stadig med to stokke, når hun skal ud. Og hun går stadig en gang om ugen til genoptræning på hofteholdet i Augustenborg.

"Hvis Lillian var kommet i gang, lige da hun blev udskrevet, tænker jeg, at hun havde været færdig med sin genoptræning efter fire måneder," vurderer Mia Møller Henriksen, der ofte ser, at patienter udskrives uden genoptræningsplan.

Lillian Madsen ved af gode grunde ikke, hvor mobil hun ville have været, hvis hun var kommet i genoptræning straks efter sin udskrivning.

"Jeg tænker da indimellem på, hvor meget jeg mon havde kunnet. Det kan jeg jo ikke vide."

Indtil videre står hendes cykel i garagen. ■

## Velfærdsudspil til debat

**HB ■** Godt og skidt mellem hinanden. Sådan lød hovedbestyrelsens vurdering af regeringens udspil til de kommende velfærdsforhandlinger. "Fremtidens velstand og velfærd" hedder oplægget, der har tre hovedingredienser: investering i fremtiden i form af mere forskning, udvikling og uddannelse, flere aktive år på arbejdsmarkedet ved at få unge hurtigere igennem uddannelsessystemet og ældre til at gå senere på pension samt bedre integration af indvandrere. Intentionerne om at fremtidssikre velfærdsstaten er det svært at sige noget imod. Det er også godt og nødvendigt, at regeringen ønsker at sætte flere penge af til forskning, udvikling og uddannelse, var vurderingen i hovedbestyrelsen. Spørgsmålet er imidlertid om målene er ambitiøse nok? Er 1 procent af bruttonationalproduktet i 2010 til forskning og udvikling tilstrækkeligt, hvis vi som nation skal klare os i en globaliseret verden? Og hvilken type forskning skal pengene bruges til? Det fremstår ikke særlig tydeligt i udspillet. "Man kan frygte, at det meste går til teknik og handel, mens man glemmer de mere bløde områder", sagde Brian Errebø-Jensen. Det er også problematisk, at der er så meget pisk og så lidt gulerod når det gælder om at få unge hurtigere igennem uddannelsessystemet. At afkorte SU-perioden og tage penge fra kontanthjælpsmodtagere, der ikke hurtigt kommer i arbejde eller uddannelse, er ifølge hovedbestyrelsen ikke den rette måde at løse problemet på. "Hundeopdragere er gået bort fra at bruge pisk, fordi det gør hunden skør. Det samme gælder vel for mennesker. Det er et deprimerende menneskesyn, der ligger i regeringens forslag," som regionsformand Tine Nielsen, udtrykte det. Der blev efterlyst mere rådgivning og vejledning, så de unge bedre kan finde den uddannelse, der passer dem. "Jeg synes, det er fint at få unge så hurtigt igennem uddannelsen som muligt, når de først er startet. Men det er nødvendigvis målet, at alle starter på en uddannelse lige efter gymnasiet? Det kræver eksempelvis en vis erfaring og modenhed at være fysioterapeut," lød argumentet fra formand Johnny Kuhr. Endelig var der enighed om, at der bør være mulighed for efterløn i mindst fem år. Altså at man skal kunne starte på efterløn som 62-årig, hvis pensionsalderen samtidig sættes op til 67 år. I den forbindelse blev der efterlyst mere fleksibilitet for ældre medarbejdere i form af seniorordninger og mulighed for at gå på nedsat tid. Det kan efter hovedbestyrelsens mening få relativt mange til at blive flere år på arbejdsmarkedet.



## Sorte tal på bundlinien

**Regnskab ■** Danske Fysioterapeuters regnskab for 2005 mangler at blive endelig godkendt. Men der skal gå meget galt, hvis der ikke skal komme sorte tal på bundlinien. Prognosen lyder på et overskud på 2 millioner kroner.

Det skyldes blandt andet, at kontingent-, kursus- og annonceindtægter er blevet større end beregnet, og at kredsene ikke har brugt alle de penge, der var sat af i 2005. Det kalkulerede overskud var på omkring 1 million kroner.

## Gråzoner i kommunerne

**Reform ■** I Ny Næstved kommune har man planer om at adskille genoptræning og vedligeholdelsestræning ved at placere ansvaret i to forskellige forvaltninger. Det er ikke den eneste kommune, der på den måde risikerer at lave nye gråzoner. Ifølge Regionsformand Lise Hansen, der havde bedt om at få punktet på det seneste hovedbestyrelsesmøde, overvejer flere andre kommuner at gøre det samme. Enten fordi de viderefører den gamle struktur, uagtet de nye sundhedsopgaver som kommunerne får fra årsskiftet, eller fordi de ikke er opmærksomme på, hvor galt det kan gå, hvis man afskifter de to typer træning. I tilfældet Ny Næstved har Lise Hansen skrevet til kommunen

og gjort opmærksom på risikoen for, at borgeren kommer i klemme. En risiko, der bliver yderligere forstærket af, at kommunen har planer om at underinddele forvaltningerne i fem distrikter. Med mindre man samler genoptrænings- og vedligeholdelsestræningen under en terapeutisk ledelse, som Lise Hansen gør opmærksom på i sit brev. Hovedbestyrelsen er enig i, at det er vigtigt for Danske Fysioterapeuter at holde øje med, hvordan kommunerne organiserer opgaverne. "Vi kan selvfølgelig ikke komme med forslag til faste retningslinier for, hvordan kommunerne skal organisere sig. Men vi sagtens påpege, at det er vigtigt at samtænke genoptræning og vedligeholdelsestræning," som Johnny Kuhr opsummerede debatten.

## 16 gode eksempler

**Reform ■** 16 eksempler på den gode sundhedsfremme, forebyggelse og genoptræning i kommunerne. Det er indholdet i et inspirationskatalog, som Danske Fysioterapeuter har udarbejdet og vil sende til samtlige kommunalbestyrelsesmedlemmer i de nye kommuner. Kataloget er på 24 sider og indeholder en bred buket af eksempler. Nogle indsatser er målrettet børn eller ældre, andre tager sigte på kronisk syge eller borgere i bred forstand. Nogle steder er det ansatte i amtet eller kommunen, der

har udført opgaven, andre steder er arbejdet foretaget i samarbejde med eksterne samarbejdspartnere, eksempelvis en klinik for fysioterapi. Fælles for eksemplerne er, at fysioterapeuter spiller en væsentlig rolle. Tanken er, at kataloget skal inspirere kommunerne til, hvordan de kan organisere og løse de nye sundhedsopgaver, som de overtager 1. januar 2007. Inspirationskataloget kan downloades eller bestilles på hjemmesiden: [kommunalreform.fysio.dk](http://kommunalreform.fysio.dk)



## Ta' på ferie med Bauta



### Ferierejseforsikring Verden inkl. Afbestillingsforsikring

BAUTAs Ferierejseforsikring Verden inkl. Afbestillingsforsikring dækker hele husstanden - året rundt. Forsikringen dækker alle ferie- og studierejser i hele verden - uden for Danmark i indtil 30 dage. Har du udeboende børn under 21 år, som bor alene, er de også omfattet af forsikringen.

**Prisen for ferierejseforsikringen er kun 388 kr.**

#### Inden rejsen påbegyndes dækker Afbestillingsforsikringen bl.a.:

- **Refusion af rejsens pris** - hvis ferierejsen må aflyses på grund af f.eks. alvorlig akut sygdom.
- **Bilferie** - ved bilferie/individuel arrangeret rejse dækkes forudbetalte, ikke refunderbare transport- og opholdsudgifter i relation til rejsen.
- **Erstatningsbil ved bilferie** - hvis din bil er kaskoforsikret og skades kort før ferien begynder.

#### Under selve rejsen dækker Ferierejseforsikring Verden bl.a.:

- **Erstatning for ødelagte feriedage** - med indtil 25.000 kr. pr. person.
- **Sygdom og hjemtransport** - uden for Europa, erstattes med indtil 2.5 mio. kr. pr. person.
- **Redning og eftersøgning** - erstattes med indtil 100.000 kr. pr. person.
- **Ved terroraktioner eller naturkatastrofer** - dækkes udgifter i forbindelse med evakuering og krisehjælp.

Du kan få mere at vide om BAUTAs Ferierejseforsikring Verden på [www.bauta.dk](http://www.bauta.dk) - her kan du tillige **bestille forsikringen** samt læse forsikringsvilkårene.

For at kunne bestille Ferierejseforsikring Verden i BAUTA, skal du have din Familieforsikring/Familiens Basisforsikring hos os.

Jeg vil gerne kontaktes for et uforpligtende tilbud på mine forsikringer

Jeg vil gerne kontaktes af min lokale forsikringskonsulent for gennemgang af mine forsikringer

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

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

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

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

Tlf.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

FYS609



BAUTA FORSIKRING A/S

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



**POST**

Sendes ufranket  
Modtageren  
betaler porto

# Træning er vigtig i forebyggelsen af fald

Det er i dag muligt at bygge på evidens i forebyggelsen af fald blandt ældre. Men vi ved endnu ikke, om færre fald også betyder færre brud

AF FYSIOTERAPEUT, PH.D., NINA BEYER OG  
FYSIOTERAPEUT, EXAM. MT MARTIN B. JOSEFSEN  
FOTO POLFOTO

Gillespie et als Cochrane review fra 2003 har dokumenteret, at der eksisterer faldforebyggelsesprogrammer, som er i stand til at reducere antallet af fald hos ældre mennesker.

Der er evidens for at anbefale en vurdering af medicinske, funktionelle og psykosociale risikofaktorer hos ældre, der er faldet eller har forøget risiko for at falde. Denne vurdering bør efterfølges af en tværfaglig, multifaktoriel, individuelt tilpasset intervention, der f.eks. omfatter behandling af relevante medicinske

problemer, medicinoptimering, træning, der indeholder styrke- og balancetræning, og eventuelt boligændringer. Træningen indgår som en væsentlig bestanddel af et forebyggelsesprogram.

Cochrane reviewet er hovedsagelig baseret på studier af ældre ikke-demente mennesker. Ingen studier har undersøgt effekten af faldforebyggende intervention

hos ældre hjemmeboende mennesker med moderat til svær demens, og prævalensen af demente ældre i de eksisterende faldforebyggelsesprojekter er antagelig lav.

En subgruppeanalyse i et enkelt studie har vist, at en multifaktoriel intervention ikke havde effekt hos ældre demente skadestuepatienter. Der mangler således undersøgelser på dette område. Der mangler ligeledes evidens for interventioner, der kan forebygge fald hos patienter under hospitalsindlæggelse og hos plejehjemsboere, men et Cochrane review på dette område er under udarbejdelse.

## ÆLDRE ØNSKER IKKE AT DELTAGE

Et gennemgående problem ved de eksisterende undersøgelser er, at mange ældre, der anses for at tilhøre målgruppen for et faldforebyggelsesprogram, ikke ønsker at deltage. I flere af studierne er det kun 10-20 procent af de adspurgte, der går ind i projekterne.

Fire studier fra New Zealand udmærker sig ved, at ca. halvdelen af de adspurgte gik ind i projekterne. I disse studier identificerede den praktiserende læge de patienter, han/hun mente, ville have gavn af forebyggelsesprogrammet og anbefalede dem pr. brev at deltage i projekterne. Hovedparten af patienterne var over 80 år, og effekten af programmet var størst hos de 80+-årige.

Der mangler stadig projekter, der dokumenterer, at faldforebyggelsesprogrammer kan forebygge frakturer hos ældre mennesker. En af årsagerne til dette er, at et sådant studie ville kræve mange tusinde deltagere. Kan det ikke lade sig gøre at gennemføre ét stort projekt, kan det næstbedste være at "poole" resultater fra en række mindre projekter. Men, det kræver, at man bruger de samme definitioner, klassifikationer og resultatmål.

## PROFANE

I 2003 blev der etableret et tværnationalt europæisk samarbejde med henblik på at forebygge fald hos ældre mennesker. Det drejer sig om det EU-støttede forskernetværk ProFaNE (Prevention of Falls Network Europe, se [www.profane.eu.org](http://www.profane.eu.org)), der har 25 partnere (dvs. forskningsinstitutter/afdelinger og lignende) med flere medlemmer, der alle er forskere. Forskernetværket får ikke støtte til forskning, men alene økonomisk støtte til møder med henblik på at koordinere klinisk forskning og udvikling af teknologi. ProFaNE har fire arbejdsgrupper, som beskæftiger sig med:

## fakta om...

Fysioterapeut, ph.d. Nina Beyer er ansat på Institut for Idrætsmedicin og Fysioterapien, Bispebjerg Hospital. Nina Beyer beskæftigede sig i forbindelse med sin ph.d.-afhandling med faldproblematik hos ældre og har blandt andet været med til at introducere Senior Fitness Test i Danmark.

## indgang

■ Fysioterapeuten har denne gang bedt ældreforsker Nina Beyer om at kommentere et Cochrane review om faldforebyggelse blandt ældre. Martin Josefsen har refereret reviewet.

*Balancetræning er et af elementerne i en tværfaglig, multifaktoriel forebyggelse.*

### **Taksonomi (klassificering og systematisering) og koordination af forskningsprojekter**

Udarbejdelsen af definitioner og anbefalinger vedrørende primære resultat/effekt mål for forskningsprojekter. Ovenstående sker på basis af litteraturgennemgang og konsensumøder med specialister fra hele verden.

### **Anbefalinger om udredning og intervention**

Udarbejdelse af anbefalinger vedrørende undersøgelse og behandling af ældre, der er faldet eller tilhører en gruppe med høj faldrisiko. Ovenstående sker på basis af litteraturgennemgang og konsensumøder med specialister fra hele verden. Desuden kortlægges af, hvilke resultat/effekt mål der anvendes i forskellige EU lande.

### **Vurdering af balance**

Dokumentation af evidensen for simple målemetoder til vurdering af balance hos ældre mennesker. Desuden forskning med henblik på at finde teknisk avancerede metoder til måling af forskellige aspekter af postural kontrol.

### **Psykologiske aspekter af fald.**

Udarbejdelsen af et spørgeskema til vurdering af frygt for at falde; dokumentation af ældre menneskers motivation og barrierer for deltagelse i faldforebyggelsesinterventioner; selvtest; udarbejdelse af anbefalinger med hensyn til, hvordan man bedst inkluderer ældre mennesker i faldforebyggelsesprogrammer.

ProFaNE's europæiske medlemmer og europæiske samarbejdspartnere samarbejder ligeledes med forskere primært fra Canada, Australien og New Zealand med henblik på at højne kvaliteten og dermed effekten af faldforebyggelse i et mere globalt perspektiv.

*Læs resumé af cochrane review på næste side. ■*





# RESUMÉ AF COCHRANE REVIEW

LD Gillespie, WJ Gillespie, MC Robertson, SE Lamb, RG Cumming, BH Rowe, *Interventions for preventing falls in elderly people, The Cochrane Library 2003, Issue 4.*

## Baggrund

Omtrent 30 procent af befolkningen over 65 år falder hvert år, og antallet er højere hos ældre, der bor på institution. Selvom mindre end 1 ud af 10 fald resulterer i fraktur, kræver en femtedel af alle fald medicinsk tilsyn.

## Formål

At undersøge effekten af faldforebyggelsesstrategier til ældre i samfundet (eget hjem), på institutioner eller på hospital.

## Søgestrategi

Cochrane Musculoskeletal Injuries Group specialized register (januar 2003), Cochrane Central Register of Controlled Trials (2003, issue 1), MEDLINE (1966-februar 2003), EMBASE (1988-2003 uge 19), CINAHL (1982-april 2003), National Research Register (2003 issue 2), Current Controlled Trials (juli 2003), referencelister og kontakt til forskere. Ingen sproglige begrænsninger.

## Udvælgelseskriterier

RCT'er som undersøger interventioners effekt med hensyn til at mindske effekten af, eller udsættelsen for, risikofaktorer relateret til fald hos ældre. Primære effektmål af interesse var antallet af personer, der var faldet eller antal af fald. RCT'er som blot rapporterede forløbige resultater blev ekskluderet.

## Databearbejdning

To uafhængige reviewere vurderede, ekstrapolerede og bearbejdede de udvalgte studiers data. Når det var muligt, blev data pooled for metanalyse (Cochrane Review Manager 2003) med beregning af relative risk (RR), confidence interval (CI) og pooled weighted mean differences (WMD).

## Resultater

62 studier blev inkluderet med i alt 21.668 personer (n=21.668).

71 procent af studierne faldt i to kategorier: 23 studier undersøgte effekten af træning og fysisk aktivitet (herunder aktiv fysioterapi) og 21 studier undersøgte en multidisciplinær, multifaktoriel screening for og indsats mod risikofaktorer. Af de 62 studier omhandlede de 47 studier borgere i samfundet/eget hjem, mens resten omhandlede borgere på plejehjem, hospital eller i genoptræningsregi m.m.

### *Interventioner som kan forventes effektive*

Individuelt tilrettelagt og instrueret øvelses- og balancetræningsprogram udført i hjemmet og ordineret af en sundhedsprofessionel (3 RCT'er, n=566).

15 ugers Tai Chi øvelsesprogram (1 RCT, n=200).

Screening for og ændring af risikofaktorer i hjemmet hos ældre med faldhistorie ("faldere") – udført af sundhedsprofessionel (3 RCT'er, n=374).

Seponering af psykotrop medicin (1 RCT, n=93).

Pacemaker til "faldere" med cardioinhiberet sinus carotis hypersensitivitet (1 RCT, n=171).

Multidisciplinær, multifaktoriel sundheds- og miljømæssig screening/intervention i samfund for både konsekutive ældre (4 RCT'er, n=1651) og "faldere"/udvalgte borgere i risikogruppen (5 RCT'er, n=1176).

Multidisciplinær tilgang og intervention i ældreboliger (1 RCT, n=439).

### *Interventioner med ukendt effektivitet (f.eks. grundet non-signifikante resultater)*

Gruppebaseret øvelsesterapi/træning (9 RCT'er, n=439).

Individuel styrketræning af underekstremiteter (1 RCT, n=222).

Kosttilskud (1 RCT, n=46).

D-vitamin med/uden calcium (3 RCT'er, n=461).

Modificering af risici i hjemmet kombineret med medicinjustering (1 RCT, n= 658) – eller i kombination med instruktion i øvelser og faldforebyggelse (1 RCT, n=3182).

Pharmakoterapi (1 RCT, n=95).



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

Tidligere omtaler af reviews kan søges på [www.ffy.dk](http://www.ffy.dk) og alle reviews kan downloades fra [www.cochrane.dk](http://www.cochrane.dk)

## Manu 3D

3D er en ny generation håndledsortoser. Pasformen er forbedret og funktionen bibeholdt, samtidig med, at der er blevet færre velcrolukninger.

Ortoserne er syet i et moderne materiale, der transporterer fugt væk og holder huden tør. Runde former og bløde kantbånd giver en behagelig komfort.

4103  
Manu 3D Kort



4142  
Manu 3D



4143  
Manu 3D  
Basis



4145  
Manu 3D  
Stabil



4146  
Manu 3D  
Pollex

Kognitiv-/ adfærdsterapi (2 RCT'er, n=145).  
Modificering af risici i hjemmet til ældre uden fald-historie (1 RCT, n=530).  
Hormonbehandling (1 RCT, n=116).  
Korrektion af synsforstyrrelser/synssvækkelse (1RCT, n=276).

*Interventioner som ikke kan forventes effektive*  
Rask gang hos kvinder, der har haft en fraktur i over-ekstremitet inden for seneste to år.

### Konklusion

I forbindelse med forebyggelse af fald hos ældre bør man i sundhedsregi overveje interventioner, som omhandler både indre og ydre (miljømæssige) risikofaktorer hos den individuelle patient.

Der er nu evidens for visse interventioners mulighed for at reducere antallet af fald (se evidensområder under resultater). Derimod vides ikke meget om reduktionen af antallet af faldrelaterede traumer.

### Noter

Da dette Cochrane review er meget omfattende, er der planer om at splitte kommende reviews på området op i to; almen ældrebefolkning (i eget hjem) og ældre på plejehjem/hospital. Der er allerede lavet protokol for næste review, der omhandler faldforebyggelse på plejehjem/hospital.

### Litteratur

Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. J Am Geriatr Soc 2001; 49(5):664-672.

På hjemmesiden [www.profane.eu.org](http://www.profane.eu.org) kan man finde mnage relevante informationer under Rescue Directory og Ressource Map. ■

## Healing mod gigtsmerter

**Forskning** ■ Er det spild af tid og penge, eller kan man virkelig lindre smerter fra slidgigt med akupunktur, meditation eller healing? Gigtforeningen har derfor bevilget 500.000 kroner til et projekt på Københavns Universitet, der skal give nogle videnskabelige svar på effekten af behandling med healing. Leder af projektet er professor, dr.phil. Bo Jacobsen, Center for Forskning i Eksistens og Samfund, Sociologisk Institut på Københavns Universitet. Han vil i første omgang udvikle og afprøve metoder til at måle de oplevelser og virkninger, som mennesker med smerter fra slidgigt erfarer ved de tre typer af påvirkning: akupunktur, meditation og healing i form af håndspålgelse. "Vi ved, at mange mennesker med slidgigt benytter sig af alternativ behandling for at lindre smerterne. Derfor er der behov for mere forskning i det. Vi ønsker at skaffe beviser for, om de forskellige behandlinger virker eller ej, så vores medlemmer ikke spilder tid og penge på fup," siger direktør Lene Witte fra Gigtforeningen i en pressemeddelelse.

fysnyt

## Energiforbrug ved gang

**Gang** ■ Energiforbruget ved gang er større hos overvægtige end hos normalvægtige og slanke. En forskergruppe har undersøgt energiforbruget under gang og sammenholdt det med vægt, fedtprocent og forsøgspersonernes køn. Det viste sig overraskende, at forsøgspersonernes vægt ikke havde betydning for energiforbruget – men det havde til gengæld fedtprocenten. Kvinder med en fedtprocent på 45,5 og mænd med 34,5 procent lå i top, hvad angår energiforbrug under gang. Slanke personer skal næsten tilbagelægge den dobbelte gangdistance for at forbruge det samme som en overvægtig person af samme køn. Browning, RC; Baker, EA, Herron JA, Kram R. Effect of obesity and sex on energetic cost and preferred speed of walking. J Applied Physiology 100:390-98.

## Første lektorat til en fysioterapeut

**Forskning** ■ Fysioterapeut Peter Magnusson fra Idrætsmedicinsk Klinik på Bispebjerg hospital tiltrådte d. 1. maj et lektorat. Han vil fremover skulle kombinere sin forskerstilling på den idrætsmedicinske klinik med at være vejleder for studerende ved Københavns Universitet.

Det er det første lektorat, der er oprettet til en fysioterapeut og ifølge professor Michael Kjær, Idrætsmedicinsk Klinik, vil det give et betydeligt løft til fysioterapien. "Flere og flere fysioterapeuter tager en mastergrad og forsker. Med Peter Magnusson får de en frontfigur og har mulighed for at få en med samme uddannelsesbaggrund som vejleder på deres projekter", siger Michael Kjær i en pressemeddelelse. Peter Magnusson er uddannet i USA og har skrevet en doktorgrad i 1998 med titlen "A biomechanical evaluation of human skeletal muscle during stretch". Peter Magnusson kommer fra Sverige, men har arbejdet i Danmark i de sidste 13 år, de sidste fire på Idrætsmedicinsk klinik på Bispebjerg Hospital. Peter Magnusson har publiceret

mange artikler. Danske Fysioterapeuters forskningstidsskrift Nyt om Forskning bragte i 1998 to artikler skrevet af Peter Magnusson: "Biomekaniske reaktioner på gentagne udspændinger af human hasemuskelatur in vivo" og "En forklaring på ændring af fleksibiliteten i human skeletmuskulatur". Artiklerne kan downloades fra [ff.dk](http://ff.dk)



## Genoptræning i nærmiljøet

**Projekt** ■ Randers kommune har uden at tilføre ekstra midler gennemført en genoptræningsprojekt i nærmiljøet. 60 brugere af Områdecener Lindevænget har gennemført et genoptræningsforløb af cirka tre måneders varighed. Forløbet blev indledt med en test af brugernes funktionsniveau, og de blev testet undervejs og i slutnin-

gen af forløbet. Genoptræningen i nærmiljøet er gennemført som et tværfagligt projekt med deltagelse af fysioterapeuter, ergoterapeuter og social- og sundhedsassistent. Rapporten om genoptræningsforsøget kan downloades fra [www.randers-hjemmepleje.dk/Lindevaenget/genoptraeningsrapport](http://www.randers-hjemmepleje.dk/Lindevaenget/genoptraeningsrapport)

## Sundhedssektoren viser vejen

**Diplomuddannelse** ■ Sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre sundhedsprofessionelle som er i gang med en diplomuddannelse, er i langt højere grad end f.eks. pædagoger og lærere blevet opfordret til at videreudanne sig på en diplomuddannelse af deres chef. Den ledelsesmæssige opbakning går på sundhedsområdet hånd i hånd med arbejdspladsens økonomiske opbakning til uddannelsen, mens andre faggrupper selv må betale en større del af uddannelsens pris. Det viser en ny undersøgelse af CVU'ernes diplomuddannelser som Danmarks Evalueringsinstitut, EVA, har offentliggjort. Forskellen på hvor aktivt de diplomstuderendes arbejdspladser støtter op om deres medarbejders videreuddannelse er et af undersøgelsens mest interessante resultater. Hele 61 procent af de studerende på de sundhedsfaglige diplomuddannelser er blevet opfordret til at gå i gang med uddannelsen af deres chef på arbejdspladsen, mens det i gennemsnit kun gælder 31 procent af alle diplomstuderende. På samme måde viser det sig at 95 procent af de studerende på de sundhedsfaglige diplomuddannelser betaler mindre end en fjerdedel af uddannelsens pris, mens det samlet set kun gælder for 76 procent af de studerende på diplomuddannelserne. Man kan finde rapporten ved at klikke ind på Danmark Evalueringsinstituts hjemmeside [www.eva.dk](http://www.eva.dk)



## Temadag om ICF til børn og unge

**Job** ■ MarselisborgCentret og SmåbørnsCentret Århus Amt afholder i juni måned en temadag om ICF CY (child and youth) - international klassifikation af funktionsevne. På temadagen præsenteres formålet med at lave ICF CY, der gives eksempler på, hvordan ICF kan bruges på børneområdet, ligesom der bliver mulighed for at arbejde med børnecases. Om eftermiddagen vil der være workshop med institutioner, der bruger ICF i daglig praksis eller udviklingsprojekter. Læs mere på hjemmesiden [marselisborgcentret.dk](http://marselisborgcentret.dk)

## Test til apopleksipatienter oversat til dansk

**MAS** ■ En af de bedste test på markedet til apopleksipatienter - Motor Assessment Scale (MAS) er oversat til dansk af udviklingsfysioterapeut Christina Andersen. MAS viser funktionsniveau hos apopleksipatienter og kan anvendes som måleredskab til hovedparten af de apopleksipatienter, der modtager fysioterapeutisk behandling. MAS har indtil nu været brugt i en norsk udgave, men foreligger endelig på dansk. På Danske Fysioterapeuters Fagfestival fortalte Christina Andersen om afprøvningen på forskellige københavnske hospitaler. Resultaterne fra disse undersøgelser er endnu ikke publiceret. Oversættelsen er

foregået efter internationale standarder, og tilbageoversættelsen er godkendt af Janet Carr og Roberta Shepherd, der udviklede den originale engelsksprogede udgave. Den danske udgave er en oversættelse af den reviderede MAS fra 1994. I løbet af sommeren og efteråret 2006 vil udviklingsfysioterapeut Christina Andersen lægge videoklip på [ffy.dk](http://ffy.dk), der viser udførelsen af de enkelte deltest, ligesom der vil være mulighed for at få besvaret spørgsmål om testudførelsen. MAS er vurderet i Danske Fysioterapeuters projekt måleredskaber og fundet anvendelig og anbefalingsværdig til såvel daglig klinisk praksis som til forskningsbrug. Læs mere om MAS og find samtidig andre måleredskaber på [ffy.dk](http://ffy.dk).

## ROHDÉ PRODUITS



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

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

DET STÅR DER I AVISEN

# Om fysioterapi og fysioterapeuter

**(GENOPTRÆNING)** Mens dette blad nærmest svømmer over af triste historier om svigt i genoptræningen, ser det ud til at lysne i Vejle amt. Ifølge *Fredericia Dagblad* har amtsrådet godkendt, at sygehuse i amtet fremover skal betale for den genoptræning, patienterne får i klinikker for fysioterapi. Godkendelsen kommer efter en henvendelse fra Sundhedsministeriet, der har fået flere amtsrådsmedlemmer til at bekymre sig. Blandt andre Dorte Rørbye (R): "Det kan da gøre mig lidt utryk, at vi har haft en praksis, så vi ikke kan være sikre på, at alle er behandlet ens". Også SF udtrykte bekymring for, om patienter, som har betalt selv ved en privat fysioterapeut, kan komme til amtet for at få penge tilbage. Svaret fra sundhedsudvalgsformand Leif Mørck (S) var, at det kan de.

**(FORSIKRING)** Snart kan man købe en fysioterapeut i Brugsen – i hvert fald hvis man er en af de 1,6 millioner FDB-medlemmer, der nu bliver omfattet af et tilbud om sundhedsforsikringer. Ifølge *Thisted Dagblad* kommer forsikringen i to udgaver: basis, der ikke omfatter fysioterapi, psykolog og lignende, til omkring 1500 kroner om året, og udvidet til omkring 1700. Alle medlemmer af FDB og brugsforeningerne kan få en helbreds-sikring med blot en dags opsigelse, hvis de er under 60 år gamle. Og prisen er ens for alle, og stiger ikke i takt med alderen. "Kunderne til forsikringen bliver den almindelige dansker med den almindelige løn. Og det kan være selvstændige eller andre, der ikke har adgang til en helbreds-forsikring via jobbet, lyder det fra FDB-formand Ebbe Lundgaard. Han ser tilbuddet som et supplement til et "udmærket offentligt sygehusvæsen".

**(RØGFRI CAFÉ)** På Hillerød Sygehus tænker man også nyt. Her får KOL-patienter

nu deres eget mødested, når Danmarks Lungeforening og Lungemedicinsk klinik på Hillerød Sygehus åbner en KOL-café, skriver *Frederiksborg Amts avis*. Cafeen giver KOL-patienter og deres pårørende mulighed for at møde andre i samme situation. På cafeen kan man udveksle erfaringer om, hvordan man håndterer den kroniske sygdom, høre oplæg fra læger, sygeplejersker, socialrådgivere og fysioterapeuter eller danne netværk med andre patienter eller pårørende. Caféområdet er fællesområdet ved afdeling 0642 på etage 4 på Hillerød Sygehus.



**(MEDVIND)** På vindmøllefabrikken Vestas i Lem har medarbejderne fået nye redskaber. *Fagbladet 3F* fortæller, hvordan fysioterapeut Anni Vindnæs tog med på arbejde og lærte medarbejderne at bruge kroppen, så den trænes i stedet for at slides. "Jeg får stadig ondt engang imellem, men kunne ikke drømme om at tage piller, når jeg selv kan træne smerterne væk", siger 39-årige Lars Kirk fra Thyborøn. For to år siden var han sygemeldt med hold i ryggen og tog stærk, smertestillende medicin. Anni Vindnæs' budskab er, at det nytter at ud-danne erhvervsaktive til at lære at bruge hovedet for at kunne bruge kroppen

rigtigt i det daglige arbejde. Konceptet "bevægelseslæring på virksomheden" indeholder viden og jordnære virkemidler, som alle kan lære at bruge, siger hun til 3F. Som en sidegevinst på projektet, der styrker medarbejderens fysik, er også sammenholdet blevet forbedret. Alle hjælper hinanden med at finde de rigtige arbejdsstillinger og bevægelser.

**(GOD FORRETNING)** I Aarup Kommune er det de kommunalt ansatte, der har fået et bedre arbejdsmiljø, skriver *Fyens Stiftstidende*. Først indgik Aarup Kommune en aftale med en sundheds-coach, der tog temperaturen på det fysiske arbejdsmiljø blandt de ansatte i hjemmeplejen og i dagplejen. Dernæst indførte man muligheden for, at alle kommunalt ansatte kunne få hjælp til at komme i gang med fysisk træning. Og i efteråret lancerede man så endnu et sundhedstiltag, nemlig muligheden for at støtte og hjælpe sygemeldte med problemer med bevægeapparatet hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet igen. Idéen opstod hos rådhusets genbo, Center for Sundhed og Arbejdsliv, hvor kiropraktor Jakob van Dijk og fysioterapeuterne Jesper Damgaard og Robert Jull har til huse. Tidligere ville et behandlingsforløb for en borger med for eksempel dårlig ryg betyde, at patienten først skulle have en henvisning fra egen læge til en specialist, derefter vente i x-antal uger, derefter undersøgelse og derefter henvisning til scanning eller anden specialist – og derefter mere ventetid. "Der kunne med lethed gå et halvt år, hvor borgeren var sygemeldt og ikke kunne arbejde, før lidelsen var klarlagt, og behandlingen iværksat", siger Jytte Pedersen, der er socialfaglig koordinator i Aarup kommune. I den nye ordning koster et fuldt forløb ikke nær så meget som en måneds sygedagpenge, forklarer hun.



# NYT PÅ NETTET

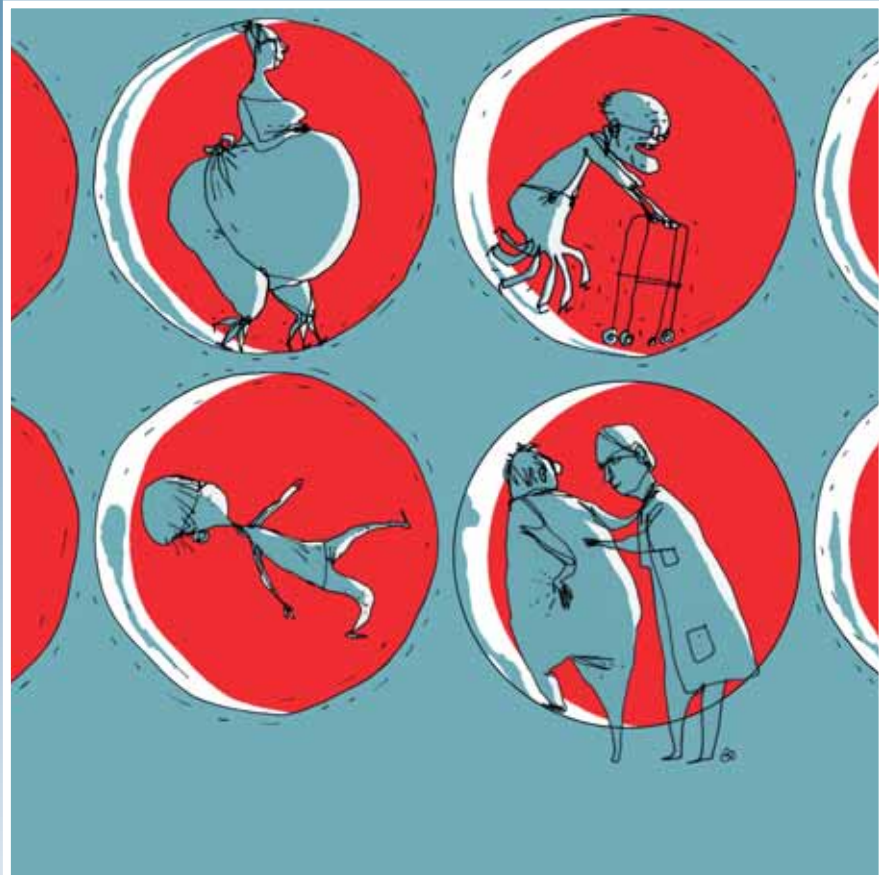
AF WEBREDAKTØR MARTIN GOLDBACH OLSEN MGO@FYSIO.DK  
OG WEBKONSULENT ANNE LARSEN AL@FYSIO.DK

## DEN GODE FOREBYGGELSE, SUNDHEDSFREMME OG GENOPTRÆNING

16 eksempler på den gode sundhedsfremme, forebyggelse og genoptræning i kommunerne. Det er indholdet i et inspirationskatalog fra Danske Fysioterapeuter, som er på vej til samtlige kommunalbestyrelsesmedlemmer i de nye kommuner, og som kan downloades fra [kommunalreform.fysio.dk](http://kommunalreform.fysio.dk)

Med kommunalreformen bliver det kommunernes opgave at stå for den brede sundhedsfremme og forebyggelse, samtidig med at de får ansvaret for størstedelen af genoptræningsindsatsen. På nogle områder starter kommunerne stort set på bar bund, og i sådan en situation kan man have brug for inspiration og gode ideer. Derfor har Danske Fysioterapeuter samlet en række erfaringer i et inspirationskatalog.

Kataloget præsenterer både opgaver udført af ansatte i amtet eller kommunen men også eksempler på samarbejder med eksterne partnere, f.eks. en klinik for fysioterapi. Fælles for de 16 eksempler er dog, at fysioterapeuter indgår og spiller en væsentlig rolle. Det er Danske



Fysioterapeuters håb, at kataloget kan være til inspiration ude i de enkelte kommuner.

Du kan læse, hvad inspirationskataloget indeholder, på [kommunalreform.fysio.dk](http://kommunalreform.fysio.dk)

### Læs om:

- De sunde medarbejdere i Egvad kommune
- Det fysisk aktive plejehjem på Frederiksberg

- Træning af patienter med KOL i praksissektor
- Genoptræning af svage ældre i Randers
- Rygsolen i Århus
- Sundhedscenteret på Østerbro og om mange andre eksempler på den gode forebyggelse, sundhedsfremme og genoptræning.

Klik ind på <http://kommunalreform.fysio.dk> og download eller bestil inspirationskataloget.



## Hjernen

**Sanserne** ■ Hvordan opfatter vi egentlig alle disse sanseindtryk, vi modtager i vågen tilstand om vores omgivelser og vores krop i omgivelserne? Hovedparten af sanseindtrykkene forbliver ubevidste. Måske er det i virkeligheden sådan, at vi automatisk fravælger en masse indtryk, eller måske bedrager vores hjerne os, for at vi kan fungere. Bogen giver et indblik i, hvad hjerneforskerne i dag ved om dette bedrag.

Redigeret af Karsten Ellemann og Jens Bøgeskov "Hjernen vil bedrages". HjerneForum. Pris: 90 kr. inkl. Moms + 40 kr. i porto og forsendelse. Bestilles på [hjerneforum@mail.tele.dk](mailto:hjerneforum@mail.tele.dk)



## At komme videre

**Fobi** ■ At føle angst er en del af det at være menneske. Men for mange mennesker bliver angsten så vedvarende og stærk, at det går ud over familie-, arbejdslivet og fritiden. Bogen er en grundig, men letfattelig indføring i, hvad angst er, og hvad den enkelte selv kan gøre ved angstplagerne. Et nyttigt værktøj for dem, der er i behandling. Torkil Berge og Arne Repål, "Trange rum og åbne pladser. Vejen ud af angst, panik og fobier" Dansk Psykologisk Forlag ISBN 87 7706 466 6. 300 sider. Pris: 298 kr. inkl. Moms



## Autentisk nærvær

**Psykoterapi** ■ Med inspiration fra Dostojevskij samt zenbuddhistisk og taoistisk tænkning giver forfatteren eksempler på, hvordan det autentiske nærvær i behandlingen åbner mulighed for at hjælpe klienten til en dybere forståelse af sin egen sårbarhed. Bogen henvender sig især til psykologer og terapeuter. Jørn Toustrup "Autentisk nærvær i psykoterapi og i livet" Dansk Psykologisk Forlag, ISBN 87-7706-462-3. 244 sider. Pris: 268 kr. inkl. moms

# bøgerm.m.

## Ældrebyggeri

**Bolig** ■ To stk. pjecer om boligbyggeri for ældre, "Udeområder" og "Den enkeltes bolig". "Udeområder" omhandler adgangsforhold og udendørs opholdsarealer omkring ældrebyggeri. "Den enkeltes bolig" belyser konkrete indretnings hensyn ved

ældreboliger, så de bedre kan opfylde beboernes individuelle ønsker. Suzanne Helms m.fl. "Den enkeltes bolig" ISBN 87 624 0291 9, 64 sider og Erik Bahn m.fl. "Udeområder" ISBN 87 624 0294 3, 84 sider. Kroghs Forlag [kf@kroghsforlag.dk](mailto:kf@kroghsforlag.dk). Pris pr. stk. 87,20 kr.



## Psykologi

**Arbejds miljø** ■ Bogen belyser, hvordan indbyrdes relationer, processer og samspil i en gruppe er med til at påvirke miljøet på arbejdspladser. Bogen giver endvidere den viden om gruppedynamik, som er nødvendig, når man har at gøre med arbejdspladser, hvor der er konflikter, organisatoriske forandringer eller individuelle problemer. I denne redigerede

udgave er der lagt øget fokus på ledelse, grupperoller, forandringer og konflikter. Barbro Lennéer Axelson og Ingela Thylefors "Arbejdsgruppens psykologi – Det psykosociale arbejdsmiljø" Hans Reitzels Forlag, ISBN 87 412 0357 7. 253 sider. Pris: 298 kr.



## Læreproces

**Teori** ■ Denne bog er med forfatterens egne ord et bud på sammenhængende læreproces-teori. Forfatterens intention er at forbinde klassisk psykologisk læreproces-teori med de mest subtile former for refleksionsteori og

forståelse af, hvoraf det nye kommer. Mads Hermansen (red.) "Læring – en status". Forlaget Klim, 259 sider. Pris: 289 kr.



## Sundhedsfaglig ordbog

**Værktøj** ■ Ordbogen er med sit praktiske lommeformat en god hjælp i hverdagen for studerende og elever inden for sundhedsvæsenet.

Lissi Hansen "Sundhedsfaglig ordbog" Forlaget Munksgaard ISBN 87 628 0607 6, 132 sider, kr. 98



## Vejledning og Praksisteori

**Anmeldelse** ■ Per Lauvås og Gunnar Handal. Oversat af Alf Andersen. Forlaget Klim 2006. ISBN: 87-7955-438-5, 330 sider. Pris: 299 kr. inkl. moms



Bogen er en grundbog i vejledning som undervisningsform i spændingsfeltet mellem teori og praksis og mellem tavs og udtrykt kundskab. Forfatterne er erfarne pædagogiske formidlere, der tidligere har skrevet flere bøger om vejledning. Tidligere bøger var mere fagspecifikke, hvor denne bog adskiller sig ved at være mere almen og generel i sin faglige rettedhed, hvilket også ses af de mange erhvervmæssigt og fagligt spredte

eksempler. Bogen, der er delt op i fire dele, kommer omkring alle facetter af vejledningen og markerer sig ved at bearbejde indholdet grundigt. Kendetegnet for denne bearbejdning er begrebsafklaring, hvilket letter forståelsen af indholdet.

Det er væsentligt her at fremhæve, at der er tale om en særdeles læsevenlig bog. Som læser sidder man med en oplevelse af at blive verbalt "forført" gennem teksten, hvor sproget er karakteriseret ved at være underfundigt, klart og humoristisk. Desuden gør forfatterne konsekvent læseren opmærksom på deres udgangspunkt, erfaringer og tænkning og teksten får

således et lidt mere personligt præg og forekommer derfor ikke teoritung. Bogen krydres ekstra af at hvert kapitel indledes med citater gående fra ukendte ophavs personer til Karl Marx og Nietzsche. Her kan nævnes kapitel 6 om "Forholdet mellem praksis og teori", hvor følgende citat indleder kapitlet med: "*In theory, theory and practice are the same. In practice, they are not*" (v. ukendt ophavs person). I den mere humoristiske boldgade kan fremhæves citatet, der indleder kapitel 11 om "Vejledning, kvalitetssikring og -udvikling": "*The world is full of willing people, some willing to work, the rest willing to let them*" (v. Robert Frost). Samtidig er bogen fyldt med gode og humoristiske illustrationer og overskuelige modeller til at fremstille eksempler og teorien.

Forfatterne anbefaler at man læser deres tidligere bog "På egne vilkår", hvis man ønsker en grundigere teoretisk gennemgang af vejledning. I kraft af forfatternes illustrative pædagogiske formidling og uden dog selv at have læst denne bog, mener jeg dog godt at man med stor fordel kan springe direkte ud i "Vejledning og Praksisteori", hvis man på forhånd har en smule erfaring udi vejledning.

ANMELDT AF BONNIE LUND, FYSIOTERAPILÆRER, MASTER I SUNDHEDSPÆDAGOGIK

## Har du en censor i maven?

**Anmeldelse** ■ Censorbogen - En teoretisk og praktisk vejledning for vejledere, eksaminatorer og censorer i de sundhedsfaglige professionsuddannelser. Britta Hørdam og Birthe Kamp Nielsen. Gads Forlag. 2. udgave 1. oplag 2006 ISBN 87-12-04205-6, 133 sider. Kr. 165,-



Fysioterapeutuddannelsernes censorkorps har brug for fysioterapeuter fra praksis, som vil sidde med ved eksamensbordet som censorer ved eksterne eksaminer. Det kan imidlertid være svært at tro på, at man kan fylde pladsen ud, når man til daglig er langt væk fra uddannelserne. Der er sket mange ændringer inden for de sidste få år med overgang til professionsbachelorniveau og nye bekendtgørelser både om uddannelse og eksamen.

Nu er der imidlertid kommet en bog, som kan være en stor hjælp for dem, der er nye inden for området og for dem, som overvejer at melde sig. Censorbogen indeholder en udførlig vejledning i ansøgning om beskikkelse og genbeskikkelse som censor, og hvad man skal være opmærksom på i rollen som hhv. eksaminator og censor som forberedelse til en eksamination.

Bogen gennemgår grundigt de formelle forhold omkring censor og eksaminatorfunktionen, men kommer også omkring de mere uskrevede regler for god censoradfærd, som omtales i et kapitel om etik i eksamenssituationen. Det er et vanskeligt område at behandle, men forfatterne kommer glimrende omkring væsentlige områder

som habilitet, censorforpligtigelser, eksamenssnyd og hvordan man håndterer situationen, hvis hhv. eksaminator eller censor ikke lever op til sin forpligtigelse.

Bogen gennemgår med god systematik begreberne og lovgrundlaget inden for sundhedsuddannelserne. Læseren får en 'oversættelse' af hvad der for eksempel menes med forskellige prøveformer, som omtales i den nye eksamensbekendtgørelse og en udmærket gennemgang af 13-skalaen, men også omtale af den formentlig kommende 12-skala. De to skalaer sammenlignes, idet man som eksaminator og censor snart må indstille sig på et skift.

Kapitlet om vejledning forekommer lidt ved siden af bogens formål, idet gennemgang af roller i vejledningsforløb, og hvad man må sige og ikke sige i vejledningssituationer virker fejlplaceret i denne bog. Det er kun dobbeltrollen som vejleder og eksaminator, der er relevant her.

Bogen er tiltænkt de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser og efteruddannelser, men har fokus på sygeplejeuddannelsen. Det forekommer overflødig, da netop censurering er universelt, men bogen kan absolut anbefales til såvel kommende som nuværende censorer inden for hele det sundhedsfaglige område.

ANMELDT AF MARIANNE LINDAHL, FYSIOTERAPILÆRER, MPH. CVU-SYD.

bøgerm.m.

## Fare for indsnævring af praksis

RCT er ikke nok. Hvad med den viden og erfaring, der allerede er til stede i fysioterapi? Praksis bør også indeholde eksisterende viden, erfaringer og ekspertise

DEBATINDLÆG AF:

FYSIOTERAPEUT, CAND. SCIENT. SOC. LINDA CARLSEN

Thomas Maribo, Tore Christiansen, Jakob Lorentzen og Inge Grundt (TM et al.) opponerer (i *Fysioterapeuten* nr. 6/06) mod min skelen mellem evidens og evidensbaseret fysioterapi. Jeg vil prøve at tydeliggøre, hvad jeg mener.

Evidens betyder vished. Søgen efter vished forudsætter, at der stilles spørgsmålstejn ved virkeligheden. Er virkeligheden, som den viser sig? Kan vi få vished, om det vi gør i dagligdagen, er rigtigt? Søgen efter vished forudsætter således, at der er noget, der er sandt. Videnskabsteoretisk tales der om et evidenskriterium – at der er en substans, at noget er sandt, og at det er muligt at erkende den sandhed. Naturvidenskabeligt kobles begrebet evidens sammen med opnåelse af den størst mulige objektivitet (1).

Randomiserede kliniske undersøgelser (RCT) og metaanalyser rangerer højest på en liste over metoder, der opnår høj pålidelighed med mindst bias ud fra naturvidenskabelige kriterier (2). Kan behandlingsmetodens virkning dokumenteres ud fra disse metoder, er der opnået evidens.

Der er en tendens til, at når et begreb som evidens over tid italesættes i det offentlige rum, får begrebet en vis sandhedsværdi, især når det italesættes af mange instanser som videnskab, fagforeninger og offentlige myndigheder. Dette forstærkes yderligere, når tankegangen omkring evidens og de lægevidenskabelige metoder implementeres i uddannelserne jfr. TM et al's indlæg.

Viden er mange ting. Videnskabeligt kan viden om behandlingsmetoder også opsamles ud fra teoretiske overvejelser. Forskning er ikke kun dokumentation af viden, men også frembringelse af ny viden - at gå i dybden og få nye indsigter. Eksempelvis om den viden, der er i fysioterapi som fag. Det vil være ærgerligt at begrænse fysioterapeutisk forskning til kun at dreje sig om dokumentation af behandlingsmetoder, som evidensbaseret fysioterapi lægger op til, når fysioterapi er så meget andet, som end ikke er blevet defineret endnu.

Det andet definitionsproblem ifølge TM et al. er evidensbaseret fysioterapi. Jeg ser evidensbaseret fysio-

terapi som en model for den fysioterapeutiske praksis, der bygger på den evidens, videnskabelige metoder som RCT kan dokumentere som den ene søjle. Denne søjle vil jeg hellere kalde forskningsmæssig viden (3). Fysioterapi kan også basere sin praksis på forskningsmæssig viden fra naturvidenskab, humaniora og samfundsvidenskab, der ikke behøver at være evidens for.

Den anden søjle er fysioterapeutens (praktikerens) kliniske dømmekraft/erfaring, som udmønter sig i en praksis, hvor der foregår en klinisk ræsonnering, der fører til kliniske beslutninger såsom patientens diagnose. Den kliniske ræsonnering tager højde for, at patienten kan fejle flere sygdomme og ikke ligner de patienter, der er indgået i de randomiserede forsøg (2).

Jeg ser en indsnævring af praksis, fordi grundlaget for praksis skal være behandlingsmetodens evidens dokumenteret af randomiserede kliniske forsøg. Hvad med den viden og erfaring, der allerede er til stede i fysioterapi? Praksis bør også indeholde eksisterende viden, erfaringer og ekspertise.

Den tredje søjle er patientens forudsætninger, og her er der enighed om at tilgodese patienten som et reflekterende unikt individ. Kan det lade sig gøre, når evidensbaseret fysioterapi er en top-down model, hvor viden formidles oppe fra og nedefter, og når den viden, der arbejdes med, bygger på standarden og gruppen? (3).

Evidensbaseret fysioterapi/medicin /sygepleje/idrætsmedicin er vældig populært. Andre mellemuddannelsesområders praksisser som lærere, pædagoger og socialrådgivere skal måske også evidensbaseres. Instanser som fagforeninger, videnskab, uddannelsessektoren, offentlige arbejdsgivere, sundhedsstyrelsen og lovgivningen er involverede, men ikke nødvendigvis med den samme agenda.

Fysioterapeuternes fagforening arbejder hen imod, at fysioterapi anerkendes som profession, hvis faglige praksis er funderet på evidensbaseret forskning. Dermed forsøger fagforeningen at undgå standardisering, som Katrin Hjort udtaler i *Fysioterapeuten* nr. 07/06. Mens sundhedsstyrelsen og lovgivningen vedtager evidensbaserede kliniske retningslinier, der kan standardisere

fysioterapi ved at diktere bestemte behandlingsmetoder. Agendaen er en styring af fysioterapeutisk praksis for at få et ensartet dokumenteret out-put. De offentlige arbejdsgivere kan have den samme intention - at standardisere, men agendaen kan være en anden at opnå besparelser.

Andersen, Heine; 1994: "Videnskabsteori & metode-lære". Samfundslitteratur  
Pedersen, Tom, Gluud, Christian N., Gøtzsche, Peter C., Matzen, Peter, Wille-Jørgensen, Peer A.; 2001: "Hvad er evidensbaseret medicin?"  
Friis Thing, Lone; 2005: " Motion på recept – er en svær pille at sluge".



## Klinisk erfaring og forskning gør os klogere

"Vi må erkende, at for den samlede gruppe af personer med markante gener efter piskesmældstraumer gør de afprøvede interventioner ingen forskel for prognose". Alice Kongsted svarer på Birthe Carstensen indlæg fra Fysioterapeuten nr. 9/06

DEBATINDLÆG AF:

ALICE KONGSTED, KIROPRAKTOR PH.D.

Det glæder mig at min afhandling kan give anledning til faglig diskussion, og jeg vil hermed gerne knytte et par kommentarer til Birthe Carstensen's (BC) indlæg.

BC nævner, at der er usikkerhed om vores metode til udførelse af "smooth pursuit neck torsion test", der er en test af øjets følgebevægelser. Og det er der. Ligesom for enhver anden nyudviklet metode er der forhold ved metoden, der fortsat er til overvejelse. Dog mener jeg, at vores metode er en klar forbedring af testen sammenlignet med tidligere metoder.

Et problem i tidligere studier er, at testresultater analyseres manuelt, og at der ikke sker registrering af blink. Det sidste er et problem, fordi patienter blinker mere end raske. Derfor er der i forbindelse med vores studie udviklet en ny metode, hvor blink registreres med elektroder og analyse af øjenbevægelser sker objektivt vha. et computerprogram. Vi fandt, at der ingen sammenhæng er mellem testen udført tidligt efter et piskesmæld og prognosen. Dette er ikke undersøgt tidligere. Vi fandt også, at testen ikke kunne anvendes diagnostisk, fordi den ikke kan skelne mellem WAD-patienter og raske. En mulig årsag til denne

afvigelse fra Tjells resultater er, at vi har anvendt en objektiv testmetode, sådan at testresultatet vurderes på samme måde hver gang.

Jeg er helt enig i, at det kan være relevant at anvende andre inklusionskriterier i whiplash-forskning, end hvad hidtil har været almindeligt. Trin 1 må dog nødvendigvis være at se på den samlede gruppe, ►

# debat

Der er mulighed for løbende debat på [fysio.dk/debat](http://fysio.dk/debat).

Debatten på [fysio.dk](http://fysio.dk) redigeres ikke af andre end debattørerne selv. Hvis et indlæg ønskes offentliggjort i Fysioterapeuten, skal det sendes til [redaktionen@fysioterapeuten.dk](mailto:redaktionen@fysioterapeuten.dk), mærket "debatindlæg".

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

**Fysioterapeuten nr. 11/06 udkommer 9. juni.**

**Deadline for debat: 24. maj**

- ▶ for på den baggrund at lære mere om, hvordan en relevant "opdeling" kan foretages, og det kan vores studie bidrage til.

At afhandlingen "ikke tager hensyn til patienter, der risikerer at blive tabere efter en trafikulykke", mener jeg, er misforstået. Formålet med projektet er netop at se på, om kronicitet kan forebygges, og om prognosen kan forudsiges, så ressourcerne kan rettes mod patienter med risiko for langvarige mén. Gennemsnit beskriver heller ikke efter min opfattelse en gruppe tilstrækkeligt, og vi har også sammenlignet antallet af deltagere med vedvarende mén opgjort på en række parametre. Heller ikke her er der forskel på interventionerne. De resultater vil fremgå, når projektet publiceres i artikelform.

Selvfølgelig skal vi ikke glemme værdien af klinisk erfaring, blot må vi erkende, at for den samlede gruppe af personer med markante gener efter piskesmældstraumer gør de afprøvede interventioner ingen forskel for prognose. Der er behov for kontrollerede undersøgelser, da der i den kliniske hverdag ikke er mulighed for at se, hvordan det går patienter, der ikke behandles. Dermed ved man ikke, om fremgang reelt skyldes en behandlingseffekt. Ligeledes er statistiske analyser en nødvendighed for at vurdere, om de resultater, man ser, er mere end blot resultatet af tilfældigheder. Jeg håber, at både klinisk erfaring og forskning også fremover skal bidrage til, at vi alle bliver klogere på denne patientgruppe.

## Kontingentfri pensionister?

En 82-årig dansk fysioterapeut, bosat i Norge, undrer sig over, at pensionister ikke er kontingentfri i Danmark, som de er i Norge

DEBATINDLÆG AF:  
MERETE FURE, NORGE, MEDLEM NR. 4188

Jeg tog eksamen fra Teilmanns kursus juni 1946. I 1996 bestemte jeg at finde frem til så mange "fysser" som muligt. Ved hjælp af en anden dansk fysioterapeut fandt vi frem til 12 kolleger + vi to - spredt over hele landet. Vi er mødtes hvert år for at fejre dagen. I år mødtes vi i København den 16. maj for at fejre 60 års jubilæum. Jeg er den eneste, som har været aktiv i så mange år.

Jeg er stadig med i den danske og den norske forening, og jeg har meget hygge og glæde ved at læse det danske medlemsblad. Der står meget godt og lærerigt. I den forbindelse må jeg fortælle, at det har jeg gjort i næsten 60 år.

Efter eksamen i 1946 har jeg arbejdet næsten uafbrudt i Danmark, England og Norge.

I mine yngre år mest på hospital, men da jeg giftede mig i Norge i 1952, startede jeg mit eget institut, som jeg har drevet alene indtil for ca. 3 måneder siden - og jeg er gået til arbejdet med glæde hver dag.

Eftersom der er kommet så mange nye vedtægter og love, afviklede jeg 1. januar 2006 i en alder af 82 år.

Men kære Johnny Kuhr skal jeg stadig betale kontingent? Det gør jeg ikke her i Norge.

SVAR FRA:  
FORMAND JOHNNY KUHR

Hvor er det dog opløftende at læse dit brev. Ja vi er sandelig en faggruppe kendetegnet ved at nogle medlemmer arbejder i mange år og selv efter ophør fortsat interesserer sig for faget og ser frem til det næste fagblad.

Du spørger konkret til, om pensionister er kontingentfri i Danske Fysioterapeuter, ligesom det er tilfældet i Norske Fysioterapeuters Forbund.

I Danske Fysioterapeuter har vi ikke en særskilt medlemskategori for pensionister. Pensionister kan blive passive medlemmer. De modtager fagbladet, men har ikke stemmeret og er ikke valgbare. Kontingentet herfor er kr. 925 pr. år.

Som boende i Norge er du såkaldt udlandsmedlem og betaler kr. 1.050 pr. år i kontingent. Grunden til, at kontingent er lidt dyrere, er de væsentligt højere portopriser til udlandet. Kontingentet for passive medlemmer svarer nogenlunde til kostprisen for fagbladet.

Som det fremgår, så er pensionister ikke helt kontingentfrie i Danske Fysioterapeuter. En del vælger at bibeholde deres medlemskab og dermed modtage Fysioterapeuten hver 14. dag.

Jeg håber, I fik fejret jeres 60 års fysioterapeut-jubilæum, som det sig hør og bør. Herfra skal lyde et stort tillykke.

## POWER LASER 500

### Trådløs

Power Laser er batteridrevet og dermed fri for ledninger til strømforsyning eller netstik.

### Ingen beskyttelsesbriller

Power Laser er konstrueret med en meget stor spredning på laserstrålen, hvilket gør brug af beskyttelsesbriller unødvendig. (Spredningen har ingen betydning for effektiviteten af laserstrålen, idet laseren altid anvendes med fuld kontakt eller meget lille afstand til det behandlede område).

### Automatisk kontrol af udgangseffekt

Udgangseffekten fra laseren overvåges løbende af et kontrolkredsløb. Hvis udgangseffekten falder under det tilladte niveau ( i henhold til CE standarder ) giver laseren øjeblikkeligt et fejlsignal.

### Ergonomisk

Power Laser er velafbalanceret og ligger godt i hånden. Betjeningsknapperne er placeret logisk og lige ved fingrene.

### Kontinueret drift

Power Laser leveres med 2 udskiftelige genopladelige batterier. Når det ene batteri anvendes i laseren, oplader det andet batteri i en automatisk ladestation. Når det anvendte batteri er brugt op, ombyttes det på få sekunder med det fuldt opladede batteri fra ladestationen.

### 10 Behandlingsprogrammer

Power Laser har indbygget 10 forskellige terapiprogrammer, der gør det muligt at tilpasse behandlingen præcist til den enkelte situation.

### POWER LASER 1000

1000 mW fordelt på 3 laserdioder.  
Ideel til sportskader, inflammationer o.l.



### Gratis prøve 3 uger

Afprøv POWER LASER i din egen

linik gratis i 3 uger.

Ring og hør nærmere!

### Gratis KURSUS i laserterapi

I samarbejde med fysioterapeut Jesper Kousted.

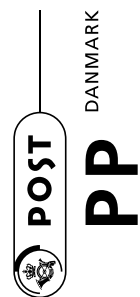
Kursusdatoer:

Odense: 16.05.06

Aalborg: 30.05.06

København: 20.06.06

For mere information se vores hjemmeside [www.powermedic.dk](http://www.powermedic.dk)



Maskinel Magasinpost  
ID NR. 42137

Afsender:  
Postbox 7777  
7000 Fredericia