

Nr. 15/september/2006  
88. årgang



## Barthel

Forslag til dansk  
konsensus om brug  
af Barthel indeks.  
Side 4

# Fysioterapeuten

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

## Aldrig mere indlejer

Willi Drexel fik valget mellem at betale  
mere i provision eller blive opsagt.

**TEMA SIDE 18**



### Artikler

#### Forslag til dansk konsensus om brug af Barthel Indeks



Der anvendes flere versioner af Barthel indeks, ligesom der er fundet forskellige oversættelser. Vurdering med Barthel indeks i Danmark er således ikke entydig.

4

#### Genoptræningsplaner på formel



Hvor meget skal sygehusene skrive i en genoptræningsplan, og hvad skal de helt afholde sig fra at skrive noget om? Parterne

forsøger i øjeblikket at nå til enighed om en standard.

10

#### Tema om indlejere



De fleste indlejere vil hellere være indlejere end ansatte, men mange er utilfredse med den form, ejer-/lejerkonstruktionen har antaget, viser en undersøgelse. Hovedbestyrelsen mener, tiden

er inde til at få skabt mere balance i forholdet mellem ejere og lejere.

18-29

#### Mest læring sker på jobbet

Medlemmernes kompetenceudvikling er en af de vigtigste opgaver for en moderne fagforening, mener professor Henrik Holt Larsen.

30

#### Dyrlæger efterlyser mere fysioterapi til smådyr

Dansk Veterinærtidsskrift beskæftiger sig i majnummeret med den manglende tradition for at anvende fysioterapi i smådyrspraksis. Bladet har interviewet fysioterapeut Berit Ljungberg fra dyrehospitalet i Helsingborg, der fortæller, at der på den anden side af Sundet er et helt andet fokus på smådyrenes behov for fysioterapeutisk behandling og genoptræning. De fleste dyrehospitaler beskæftiger fysioterapeuter med efteruddannelse i dyreterapi, hvilket især hundene – både ortopædiske og neurologiske patienter - nyder godt af. 10 procent af patienterne på dyrehospitalet i Helsingborg udgøres af overvægtige, men ellers raske patienter. Også raske, der i forbindelse med deres arbejde er afhængige af en god kondition, får forebyggende fysioterapeutisk træning. Det drejer sig for eksempel om politihunde.



Også raske, der i forbindelse med deres arbejde er afhængige af en god kondition, får forebyggende fysioterapeutisk træning. Det drejer sig for eksempel om politihunde.

Foto: Polfoto

### Det faste

Litteratur

14

Fysnyt

17

Dfnyt

28



**FORSIDE:**  
SINE FIIG

**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 Coupe  
Ulla Mulbjerg  
Poul Henriksen  
Jeanette Præstegaard  
Karen Thøgersen  
Nina Beyer  
Jette Christensen  
Bente Holm

ISSN 1601-1465

## I verdensklasse

Den 28. juli fik 687 unge mennesker besked om, at de var optaget på fysioterapiuddannelsen. De var de heldige ud af i alt 4.612 ansøgere, der alle drømmer om at blive fysioterapeut. Uddannelsen til fysioterapeut er populær, og selv om der er relativt små ungdomsårgange, er antallet af ansøgere stigende. Det er behovet for fysioterapeuter også. Flere ældre, fokus på en ordentlig genoptræning og en markant stigning i folkesygdomme, hvor fysisk aktivitet spiller en væsentlig rolle, vil øge behovet for fysioterapeuter i de kommende år.

For fem år siden fik vi en ny uddannelse: Studietiden blev øget til tre og et halvt år, der kom mere praktik, og der blev lagt mere vægt på videnskabsteori og metode. Og så kunne man kalde sig professionsbachelor i fysioterapi, når man var færdig. Det har været en succeshistorie, for selv om mødet med den praktiske verden kan være en barsk omgang, så lyder meldingerne fra omverdenen, at de nye professionsbachelorer klarer sig godt. Uddannelsen og dermed fysioterapien har fået et tiltrængt løft.

Med eftersommerens historier i pressen om markant frafald og unødvendig teoretisering er sundhedsuddannelserne igen i vælten. Denne gang virker det dog, som om dagsordenen er sat på forhånd: Det handler om mangel på plejepersonale, mere fleksibilitet og fællesgrundlag i sundhedsuddannelserne, mulighed for specialisering allerede i grunduddannelserne, mindre teori og nye sundhedsuddannelser. Nogle af udfordringerne drejer sig særligt om forholdene for sygeplejerskerne f.eks. frafaldsproblematikken, andre savner en dybere dokumentation - f.eks. påstanden om at der mangler tværfagligt samarbejde i sundhedssektoren.

Alle kan blive enige om, at det er fint at forholde sig til, om uddannelserne følger med tiden. Men med kun to færdige årgange af professionsbachelorer er grundlaget for en ny reform ikke til stede. Og slet ikke på fysioterapiområdet. Mangel på plejepersonale bliver ikke løst af, at man vil skære alle sundhedsuddannelserne af den samme pølse.

Borgernes rimelige krav om høj kvalitet og evidensbaserede ydelser og politikernes krav om effektiv ressourcudnyttelse kræver solide professionsuddannelser. Det vil være en fatal fejl at ændre på det udgangspunkt. Særligt når målsætningen for regeringen er et uddannelsessystem og sundhedsvæsen i verdensklasse.



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

# Forslag til dansk konsensus om brug af Barthel indeks

Der anvendes flere versioner af Barthel indeks, ligesom der er fundet forskellige oversættelser. Vurdering med Barthel indeks i Danmark er således ikke entydig, og det er forfatterens opfattelse, at denne diversitet ikke er alment kendt

AF FYSIOTERAPEUT, CAND.SCIENT.SAN. THOMAS MARIBO, OVERLÆGE JENS M. LAURITSEN, ERGOTERAPEUT EVA WÆHRENS, SYGEPLEJERSKE INGRID POULSEN OG UDVIKLINGSFYSIOTERAPEUT BJØRN HESSELBO  
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Den tiltagende fokusering på kvalitetsstandarder i det danske sundhedsvæsen har medført øget brug af monitorering af funktionsevne som indikator for kvalitet. I flere af sygdomsområderne i Det Nationale Indikatorprojekt ([www.nip.dk](http://www.nip.dk)) indgår indikatorer for funktionsevne, ligesom funktionsevne anvendes i nogle landsdækkende kliniske databaser. Dette nødvendiggør brug af standardiseret vurdering af funktionsevne.

Måling af funktionsevne på basis af Barthel indeks indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem (SKS)-registreringen og i diagnoserelaterede grupper (DRG), hvormed man kan opfange patienter med multimorbiditet, tab af funktionsevne og behov for intervention i forhold til funktionsevne.

Standardisering af indeksanvendelse på en afdeling eller institution forudsætter ensartet brug af scoringskriterier, mens brug på tværs af institutioner yderligere forudsætter, at der er enighed om, hvad der forstås ved et givet indeks. Ved internationale sammenligninger er det desuden nødvendigt at sikre, at begrebsafklaring sker med en standardiseret oversættelse [1].

Barthel indeks har i mange år været anvendt kli-



nisk i Danmark af flere faggrupper og inden for flere specialer, men der anvendes flere versioner af Barthel indeks, ligesom der er fundet forskellige oversættelser. Vurdering med Barthel indeks i Danmark er således ikke entydig, og det er forfatterens opfattelse, at denne diversitet ikke er alment kendt.

Hensigten med denne artikel er at afgrænse indhold og nomenklatur for Barthel indeks i Danmark, således at anvendelsen i kvalitetsudvikling, tværsektorielle patientforløb og ved indberetning til Landspatientregistret bliver entydig.

## VURDERING AF FUNKTIONSEVNE

Begrebet funktionsevne anvendes som en karakteristisk af personers evne til at klare daglige aktiviteter. Funktionsevnetab er således vanskeligheder ved at udføre relevante aktiviteter inden for alle livets områder betinget af køn, alder og social situation [2]. De daglige aktiviteter (activities of daily living, ADL) omfatter basale gøremål som f.eks. personlig hygiejne, forflytninger og evnen til at spise, men også andre aktiviteter i hjemmet, på arbejde og i fritiden.

Ved vurdering af funktionsevne benyttes en række forskellige termer for de redskaber, der anvendes til

## indgang

■ Artiklen publiceres samtidig i Ugeskrift for Læger, Sygeplejersken og Ergoterapeuten. Læs mere om Barthel indeks på [www.maaleredskaber.dk](http://www.maaleredskaber.dk)



*Barthel indeks angiver hvor meget hjælp en person behøver i en aktivitet. På de to billeder vises aktiviteten trappegang (deltest 8). På det ene billede er damen i rød bluse uafhængig af hjælp, og der gives maksimumpoint (Barthel-20=2, Barthel-100=10). På det andet billede har damen i hvid bluse brug for moderat hjælp for at klare aktiviteten, og der kan ikke gives maksimumpoint (Barthel-20=1, Barthel-100=5).*



vurderingen, f.eks. instrument, måleredskab, evalueringsmetode og undersøgelse. I det følgende anvendes alene ordet redskab som en generel betegnelse.

Redskaber til vurdering af funktionsevne anvendes til at opstille mål for rehabilitering, løbende monitoring og efterfølgende evaluering af interventionen. Vurdering af funktionsevne er yderst kompleks, da en persons samlede funktionsevne omfatter såvel basale som mere komplekse hverdagsaktiviteter og kan være forbundet med både udtrætning, øget tidsforbrug, øget risiko og behov for hjælp. De redskaber, som oftest anvendes, vil derfor kun kunne beskrive dele af en persons samlede funktionsevne. Evnen til at udføre aktiviteter selvstændigt er angivet som den væsentligste parameter i vurderingen [2].

Et redskab skal opfylde validitets- og skalakrav, som f.eks. reliabilitet, reproducerbarhed, standardisering af retningslinjer for brug og kodning af niveauer [1]. Derudover er oversættelse efter internationale standarder væsentlig [1]. Redskabet skal være klinisk relevant, robust i daglig praksis, og endelig skal faktorer som tidsforbrug, økonomi og etiske hensyn vurderes.

Anvendelse af data om funktionsevne kan være relevant både på individ- og gruppeniveau. I forhold

til den enkelte patient skal redskabet anvendes til at give overblik over funktionen og give mulighed for struktureret valg af fagpersoners indsats og opstilling af mål. På gruppeniveau ønskes et redskab, der giver grundlag for vurdering af baseline, effekt af en given intervention eller sammenligning af alternative interventioner.

Det er vanskeligt at vælge det optimale redskab for en standardiseret vurdering af funktionsevne, idet der er forskellige delvist modstridende hensyn. I nogle sammenhænge vil et sygdomsspecifikt redskab være at foretrække for at indfange lidelsens særlige påvirkning af funktionsevnen, sådanne redskaber findes for en lang række sygdomme [1]. Når ikke-selektede patientpopulationer skal beskrives, er sygdomsspecifikke redskaber ikke hensigtsmæssige, og der må i stedet anvendes generelle (generiske) vurderinger.

#### **HVAD ER BARTHEL INDEKS?**

Den amerikanske fysioterapeut Dorothea Barthel har givet navn til Barthel indeks, der blev beskrevet første gang i 1958 [3]. I 1965 blev formuleringen af de enkelte dele og pointskala publiceret af Mahoney og Barthel [4]. Barthel indeks er oprindeligt udviklet til ►

TABEL 1: SCORING MED BARTHEL-20 OG BARTHEL-100 (6;7)

Item/ aktivitet	Barthel-20			Barthel-100				
	Svarkategorier			Svarkategorier				
	Selvhjælpen i alle aspekter af aktiviteten	Hjælp påkrævet til elementer i aktiviteten	Afhængig af hjælp til alt i aktiviteten	Selvhjælpen i alle aspekter af aktiviteten	Minimal hjælp påkrævet	Moderat hjælp påkrævet	Megen hjælp påkrævet	Afhængig af hjælp til alt i aktiviteten
Spisning	2	1	0	10	8	5	2	0
Forflytning fra seng til stol	3	2*	1**	0	15	12	8	3
Personlig hygiejne	1	0		5	4	3	1	0
Toiletbesøg	2	1	0	10	8	5	2	0
Badning	1	0		5	4	3	1	0
Mobilitet	3	2	1***	0	15†	12†	8†	3†
Kørestol					5††	4††	3††	1††
Trappegang	2	1	0	10	8	5	2	0
Påklædning	2	1	0	10	8	5	2	0
Tarmkontrol	2	1	0	10	8	5	2	0
Blærekontrol	2	1	0	10	8	5	2	0
	Barthel-20: der kan gives 0-20 point			Barthel-100: der kan gives 0-100 point				

\*Der er brug for let hjælp eller støtte. \*\*Der er brug for en del hjælp eller støtte. \*\*\*Kørestolsbruger, men kan komme omkring i denne. †Scores ikke, hvis patienten bruger kørestol. ††Scores kun, hvis patienten bruger kørestol.

- ▶ monitorering af kronisk syge patienters grad af uafhængighed ved udførelse af ti basale daglige gøremål (items): spisning, forflytning fra seng til stol, personlig hygiejne, toiletbesøg, badning, mobilitet, trappegang, påklædning, tarmkontrol og blærekontrol. Patienten kan opnå en score på 0- 100 point, hvor 100 angiver, at en person er uafhængig af andre ved basal ADL. Barthel indeks er et ofte anvendt redskab til vurdering af funktionsevne hos ældre og kronisk syge både i praksis og i forskningsprojekter såvel i Danmark som internationalt [5]. En simpel søgning på Barthel Index i databasen PubMed i juni 2005 gav 1.382 hits, heraf var 167 artikler publiceret i 2004.

Der findes mindst ti forskellige versioner af Barthel indeks. Uanset version scores der ud fra al tilgængelig information inden for de ti fastlagte items, og for hvert item vurderes personens grad af uafhængighed. Indholdet i Barthel indeks er således ti bestemte aspekter af funktionsevne.

Den største forskel mellem versionerne er muligheden for at vurdere hvert item mere eller mindre detaljeret, og om der anvendes et vægtet eller et mere enkelt pointsystem. I 1988 fandt Colin et al, at det oprinde-

lige scoresystem var misvisende. De udviklede derfor et mere simpelt og gennemskueligt scoresystem, hvor der gives 0- 20 point, en pointscore på 20 angiver, at en person er uafhængig af andre ved basal ADL [6].

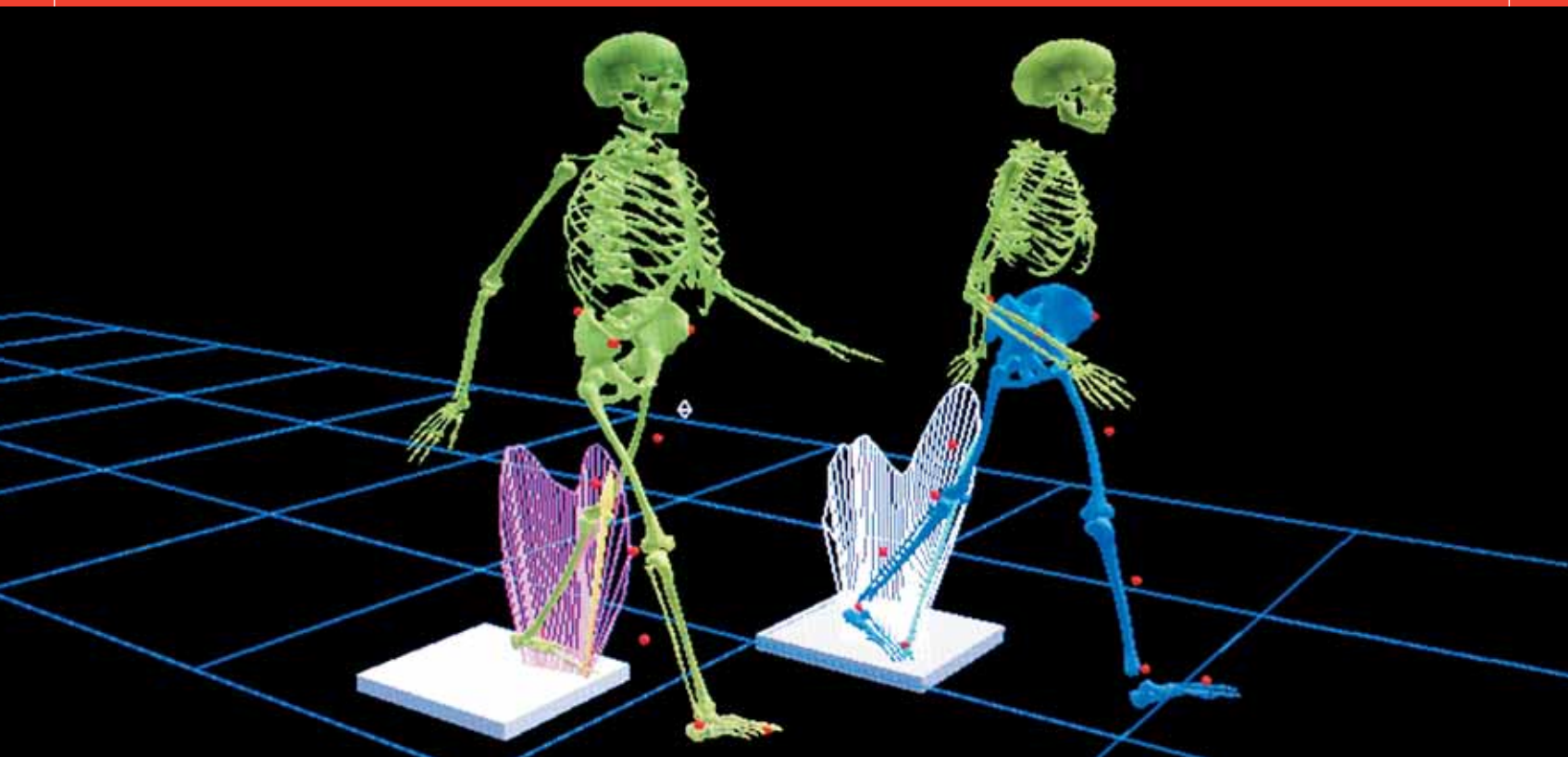
Shah et al publicerede i 1989 en udbygget nuancering af Barthel indeks i den hensigt at gøre scoringen mere følsom over for ændringer inden for de enkelte items. Scoringen er samlet set uændret fra den oprindeligt publicerede udgave (0-100 point) [7].

Der findes en grundigere beskrivelse og vurdering af de forskellige versioner af Barthel indeks på [www.ffy.dk/sw4982.asp](http://www.ffy.dk/sw4982.asp)

Der er i litteraturen ikke enighed om, hvad man kalder de forskellige versioner af Barthel indeks. Betegnelsen modificeret Barthel indeks bruges om både versionen, der er publiceret af Shah et al, og om versionen, der er publiceret af Collin et al. Betegnelsen modificeret Barthel indeks er således ikke entydig og bør udgå.

I Danmark er der traditionelt anvendt tre versioner af Barthel indeks [4, 6, 7]. I en nordisk udredning af geriatri [8] anbefalede man i 1996 den version, der er publiceret af Colin et al [6], og i en klaringsrapport om funktionstab hos ældre fra 2003 [9] blev versionen, ▶

# Teknologi til at komme videre



Hos **Sahva** har vi nu mulighed for at sætte tal på graden af en funktionsnedsættelse. Hvor røntgen eller MRI kan bekræfte anatomiske anomalier, som kan være årsag til kundens gener, har vi med Sahvas bevægelsesanalyselaboratorie et instrument til kvantificering af graden af funktionsnedsættelse under udførelse af selve funktionen, eksempelvis gang, løb, rejse og sætte sig.

Systemet består af 6 specielle infrarøde digitale kameraer, der tilsammen er synkroniseret med en kraftplade i gulvet. Kameraerne registrerer positionen af små reflekterende markører, der er påsat kundens krop på bestemte anatomiske "landmarks". Ved at måle positionsændring i det 3-dimensionelle rum af disse anatomiske "landmarks" og ved at registrere reaktionskraften fra kraftpladen, kan man beregne sig frem til bevægeudslag i kroppens store led samt kraftmomenterne i underekstremiteterne.

Desuden er der almindelig video i to planer til kvalitativ vurdering og sammenligning.

**Sahvas** bevægelsesanalyselaboratorie er et værktøj, som kan erstatte formodninger med indiskutable facts samt bekræfte, om en given protese, ortose eller behandling har den ønskede funktionelle effekt.

**Kontakt os og hør, hvordan dine patienter kommer videre.**

**FAKTABOKS**

- Beskrivelse af funktionsevne indgår i Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem (SKS)-registreringen og i flere nationale kvalitetstiltag og bør derfor standardiseres.
- Med Barthel indeks måles graden af uafhængighed ved udførelse af basale daglige aktiviteter, og det kan anvendes til systematisk vurdering af funktionsevne hos ældre med nedsat funktionsevne.
- Der findes adskillige versioner af Barthel indeks, ligesom der i Danmark er set forskellige oversættelser af disse versioner.
- Der bør skabes enighed om, hvilke versioner der anvendes, ligesom nomenklaturen bør ensrettes.
- I artiklen redegøres for indhold og versioner, og det anbefales, at der i Danmark alene anvendes de to versioner, der er publiceret af hhv. Shah et al og Collin et al. Brugen af betegnelsen modifieret Barthel indeks er ikke entydig og bør ikke anvendes.
- Det anbefales, at betegnelserne Barthel-100 (versionen publiceret af Shah) og Barthel-20 (versionen publiceret af Collin) benyttes, idet tallet henviser til maksimumpoint i versionen.
- Det anbefales, at der ved brug af Barthel indeks altid angives, hvilken version (hhv. Barthel-20 eller Barthel-100) der anvendes.
- Barthel indeks udtrykker patientens selvstændighed eller grad af afhængighed af enhver hjælp, fysisk eller verbalt, uanset hvor lille denne hjælp end måtte være, eller årsagen hertil.
- Hvis der er behov for overvågning, er patienten afhængig og kan ikke få højeste score.
- Der registreres på følgende ti færdigheder: spisning, forflytning fra seng til stol, personlig hygiejne, toiletbesøg, badning, mobilitet, trappegang, påklædning, tarmkontrol og blærekontrol.
- Med Barthel indeks ønsker man at registrere, hvad patienten faktisk gør.
- Patientens evne til at udføre en opgave skal registreres med brug af bedst tilgængelige oplysninger. Egne eller andres observationer er vigtigste informationskilder, der kan suppleres med patientens eller pårørendes oplysninger.
- Sædvanligvis er det patientens behov for hjælp inden for de seneste 24 timer, der anvendes til Barthel indeks, men det kan være nødvendigt at anvende en længere tidsperiode.
- Brug af hjælpemidler er tilladt og påvirker generelt ikke graden af uafhængighed.
- En vurdering med Barthel indeks bør følges op med en dokumentation af, på hvilke områder der er registreret nedsat funktion.

► der er publiceret af Shah et al [7], anbefalet. På basis heraf og på basis af en vurdering af litteraturen finder vi, at to versioner [6, 7] er velundersøgte, dækker de anvendte scoringsprincipper og kan anbefales. Det er hensigtsmæssigt at anvende en nomenklatur, som afspejler den pågældende versions maksimumpoint – ikke mindst memoteknisk – dvs. Barthel- 20 [6] og Barthel- 100 [7], hvorfor disse betegnelser anbefales.

**BRUG AF BARTHEL INDEKS**

Det er væsentligt at afgøre, hvilken en af de to anbefalede Barthel indeks-versioner man vil anvende, da der er afgørende forskelle på dem. I Barthel- 20 er der mellem to og fire svarkategorier, mens der i Barthel-100 er fem svarkategorier til hvert item. Med Barthel-20 kan der opnås en hurtig oversigt over funktion på de ti items, mens Barthel- 100 giver mulighed for en finere graduering. Til brug i praksis bør der være adgang til uddybende materiale om vurdering af de enkelte items, således at ensartet brug sikres, ligesom en lokal opfølgingsprocedure til afklaring af tvivl og sikring af ensartethed bør etableres. Da vurderingen kan foretages ud fra alle tilgængelige oplysninger fra både patient/borger, familie, samarbejdspartnere m.fl., kan rækkefølgen af items, udformning af skemaer mv. tilpasses lokale hensyn.

I Tabel 1 er svarkategorier for de to anbefalede versioner vist. Det skal bemærkes, at svarkategorierne for overskuelighedens skyld er forenklet, til hvert item findes der udførlige svarkategorier [6, 7].

Ved publiceringen af pointskala til Barthel indeks blev der angivet nogle overordnede retningslinjer for vurderingen [4], disse retningslinjer er senere blevet revideret [6]. Retningslinjerne bør anvendes ved vurdering med Barthel indeks, uanset hvilken version der anvendes. I boksen med nøglepunkter er de generelle anbefalinger og retningslinjer for vurdering med Barthel- 20 og Barthel- 100 angivet. Det er afgørende at vide, om en given vurdering med Barthel indeks er indhentet med den ene eller den anden version. Ved en vurdering på f.eks. 19 point opnået med Barthel-100 findes en meget plejekrævende patient, mens den samme værdi opnået med Barthel- 20 angiver en patient, der næsten er uafhængig af hjælp. Barthel indeks-værdi uden angivelse af version har således ingen mening.

I den landsdækkende kliniske database for geriatri anvendes Barthel- 100 ([www.danskselskabforgeriatri.dk](http://www.danskselskabforgeriatri.dk)). I Fyns Amt anvendes Barthel- 20 i den akutte monitorering i apopleksibehandling og i patientforløb for hoftenære frakturer, ligesom Barthel- 20 indgår i samarbejdet med kommunerne om udførelse af genoptræning på amtets regning.



## YDERLIGERE STANDARDISERING

Der er ved gennemgang af litteraturen ikke fundet publicerede danske oversættelser af Barthel indeks, der følger internationale standarder. Denne artikels forfatter arbejder i øjeblikket på en nyoversættelse af Barthel- 20 og Barthel- 100.

Opdaterede oversættelser af Barthel indeks er tilgængelige på [www.maaleredskaber.dk](http://www.maaleredskaber.dk) (opdateret udgave af Barthel- 100 findes på [www.maaleredskaber.dk](http://www.maaleredskaber.dk) og af Barthel-20 på [www.maaleredskaber.dk](http://www.maaleredskaber.dk) og [www.funktionfyn.dk](http://www.funktionfyn.dk)). Det må antages, at man i forskellige monitoreringsprojekter og på forskellige afdelinger vil vælge mellem Barthel- 20 og Barthel- 100. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, hvis der fastlægges en omregningsfaktor mellem Barthel- 20 og Barthel-100, ligesom en grundigere sammenligning af de to versioner anbefales.

*Korrespondance: Thomas Maribo, Danske Fysioterapeuter, Nørre Voldgade 90, DK-1358 København K. E-mail: [tmh@fysio.dk](mailto:tmh@fysio.dk) ■*

## LITTERATUR

1. McDowell I, Newell C. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. 2. ed. New York: Oxford University Press, 1996.
2. Avlund K. Disability in old age. Longitudinal population-based studies of the disablement proces [disp]. København: Munksgaard, 2004.
3. Mahoney F, Wood O, Barthel D. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. *South Med J* 1958;51:605-9.
4. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
5. Torenbeek M, Caulfield B, Garrett M et al. Current use of outcome measures for stroke and low back pain rehabilitation in five European countries: First results of the ACROSS project. *Int J Rehab Res* 2001;24:95-101.
6. Collin C, Wade DT, Davies S et al. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud* 1988;10:61-3.
7. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989;42:703-9.
8. Sletvold O, Tilvis R, Jonsson A et al. Geriatric work-up in the Nordic countries. *Dan Med Bull* 1996;43:350-9.
9. Matzen LE, Hendriksen C, Schroll M et al. Forebyggelse og behandling af funktionstab hos ældre. *Ugeskr Læger*, 2003;165(suppl).
10. Wade DT. Measurement in neurological rehabilitation. Oxford: Oxford University Press, Oxford medical publications, 1992:175-8.

[www.rehacare.de](http://www.rehacare.de)

**REHACARE®**  
INTERNATIONAL



**17. internationale  
fagmesse og kongres**

**Rehabilitering  
Pleje  
Forebyggelse  
Hjælpemidler**

**Düsseldorf,  
Tyskland**

**18.-21. okt. 2006**

Offizieller Partner der:



For adgangskort, kataloger og yderligere information  
Intermess ApS  
Rådhusvej 2  
2920 Charlottenlund  
Tlf. 45 50 56 55  
Fax 45 50 50 27  
[info@intermess.dk](mailto:info@intermess.dk)  
[www.intermess.dk](http://www.intermess.dk)



Messe  
Düsseldorf

# Genoptræningsplaner på formel

Fra årsskiftet bliver det i langt de fleste tilfælde kommunerne, der skal betale og udføre genoptræningen. Samtidig vil det stadig være sygehusene, der vurderer behovet i genoptræningsplanen. Spørgsmålet er nu, hvordan og hvor meget sygehusene skal skrive i en kommende standard – og hvad de helt skal holde sig fra at skrive noget om

AF JOURNALIST METTE BREINHOLDT

ILLUSTRATION PETER M. JENSEN

Genoptræningsplaner er en god ting. Men det ville være endnu bedre, hvis man kunne blive enige om, hvordan de skulle se ud på landsplan, og hvis de kunne blive sendt elektronisk.

Så langt rækker enigheden i to grupper, der siden maj har arbejdet på at finde formlen for en elektronisk standard for genoptræningsplaner.

Men hvilke oplysninger planen skal indeholde, og hvilke oplysninger den ikke skal indeholde, er der langt fra enighed om.

Arbejdet er sat i gang af MedCom, som er en offentlig projektorganisation, der gennemfører projekter og standarder til sundhedsvæsenets parter.

Baggrunden er kommunalreformen, der fra årsskiftet giver kommunerne hele det økonomiske ansvar for genoptræningen, så snart patienten er udskrevet fra sygehuset. Håbet er, at en elektronisk standard blandt andet vil sikre, at flere patienter får den plan, de har krav på og behov for. Flere kommuner oplever, at borgere som i høj grad havde brug for genoptræning, ikke har fået en plan med hjem fra sygehuset.

Desuden er håbet, at de planer som bliver udfyldt, vil være mere anvendelige.

”De planer, vi indtil nu har haft at arbejde efter, har været stort set ubrugelige, fordi de har indeholdt så få oplysninger. Således fylder beskrivelsen af borgerens funktionsniveau ofte ikke mere end en enkelt linje. Eksempelvis ”Patienten går med rollator”, fortæller ledende ergoterapeut og leder af genoptræningscentret

Remstruplund ved Silkeborg, Mette Bruun. Hun sidder desuden i den sundhedsfaglige gruppe, der sammen med en referencegruppe arbejder med standarden for genoptræningsplaner.

## BESTILLER OG UDFØRER

Når enigheden stopper ved, hvad standarden for genoptræningsplanen reelt skal indeholde, skyldes det ikke mindst, at de der skal skrive planen, dvs. lægerne og terapeuterne på sygehusene, ikke samtidig er dem der skal betale for, at genoptræningen bliver ført ud i livet. Med andre ord: at bestiller og udfører ikke er samme myndighed.

Samtidig er der hos nogle af parterne en mistillid til, at kommunerne kan og vil levere en høj kvalitet i genoptræningen. Derfor ønsker de at bruge genoptræningsplanen til at forpligtige kommunerne.

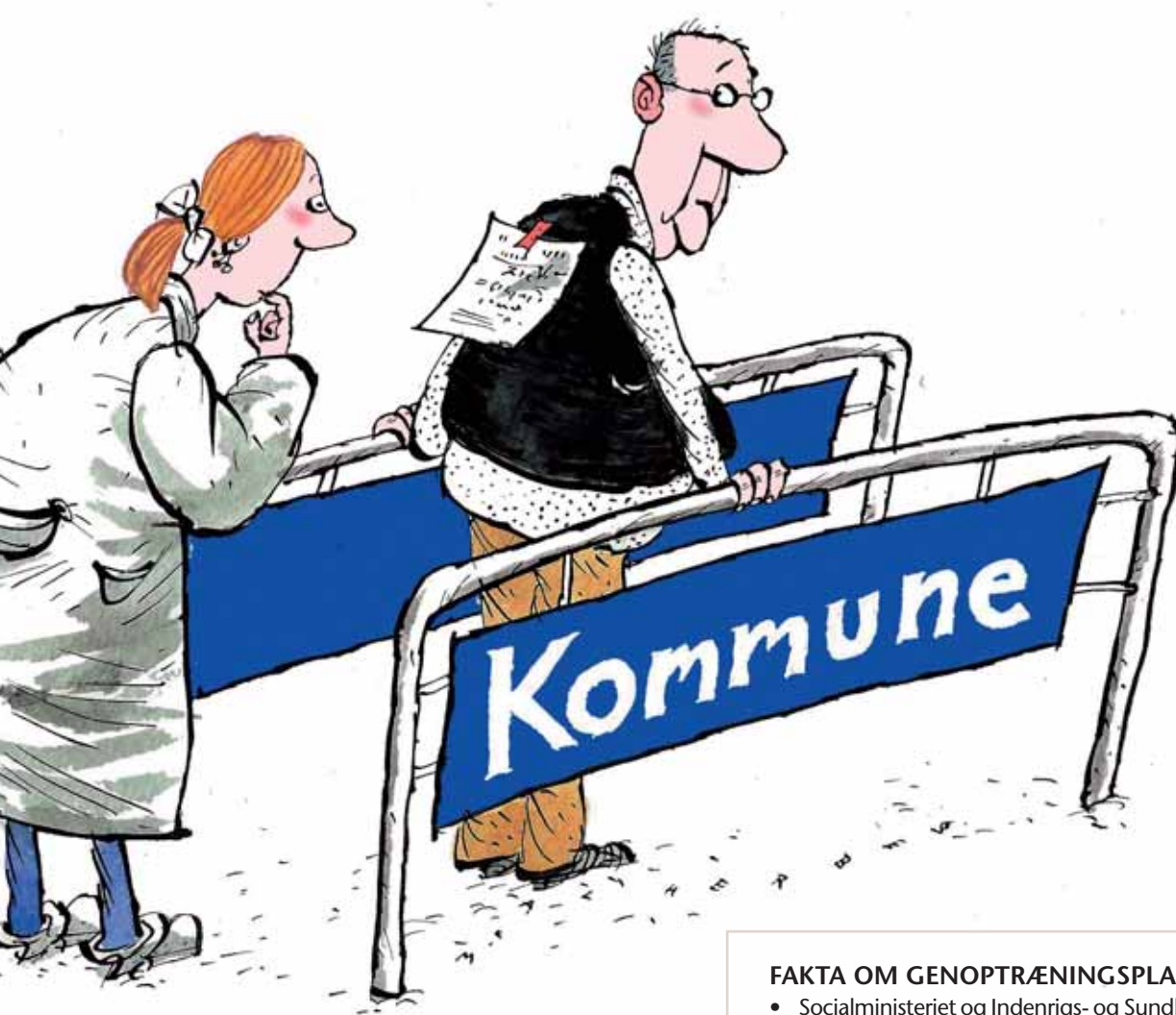
Den holdning har blandt andre overlæge lic.med. Jens M. Lauritsen fra Odense Universitetshospital. Hans erfaring fra et samarbejde mellem Fyns Amt og de fynske kommuner er, at det var meget forskelligt, hvilken genoptræning kommunerne tilbød patienterne, selv da de ikke skulle betale. Da parterne indførte en standard for de hyppigste grupper, blev indsatsen i de forskellige kommuner mere ens. Også i de nye, større kommuner, vil terapeuterne have behov for standarder og vejledning fra sygehusene, mener Jens M. Lauritsen.

”Nogle kommuner vil ikke få mere end 30.000 borgere, og hvor stor faglighed kan de have til at vurdere den mangfoldighed, der er af kirurgiske indgreb på sygehusene?”, spørger han retorisk.

## indgang

■ En elektronisk standard for genoptræningsplaner skal ligge klar til årsskiftet. I øjeblikket diskuteres det blandt andet, hvor detaljerede planerne må være for ikke at komme på tværs af metodefriheden hos den enkelte terapeut.





Jens M. Lauritsen er ikke i tvivl om, at kommunerne har fuld kompetence på det generelle ældreområde. Men efter den 1. januar vil de modtage et væld af patienter med alle mulige problemstillinger, som kommunerne umuligt kan have specialviden om alle sammen, mener han.

Han tilføjer, at kommunernes terapeuter desuden bliver underlagt en så stram økonomisk styring, at de ikke får mulighed for at foretage en faglig vurdering.

#### MINIMUMSSTANDARD

For at sikre, at patienterne får den relevante genoptræning, ønsker Jens Lauritsen derfor, at der i sundhedsaftalerne bliver aftalt et antal standarder for de mest gængse genoptræningstyper. Standarderne skal være meget overordnede, påpeger han og giver som eksempel en standard, der definerer, at patienten skal have 2-3 gange træning i fem uger.

Men her råber andre deltagere i arbejdsgrupperne stop: Det er vigtigt, at de der skal stå for genoptræningen, får metodefrihed, mener blandt andet afdelingsfysioterapeut ved Helsingør Sygehus, Ulla Pihl.

"Den der udfører opgaven, skal have frie tøjler. Det er jo fagfolk, der sidder i den anden ende", siger hun. ▶

#### FAKTA OM GENOPTRÆNINGSPLEANER

- Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet udgav i juni et udkast til vejledning om træning i kommuner og regioner samt bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus.
- Vejledningen og bekendtgørelsen skal udgøre grundlaget for indholdet i standarden for genoptræningsplaner. Arbejdet er dog noget forstyrret af, at lovgivningen befinder sig i en høringsfase og dermed ikke er endeligt på plads.
- Ifølge udkastet skal planen som minimum indeholde en beskrivelse af patientens funktionsniveau før indlæggelsen og ved udskrivningen samt en beskrivelse af, hvilke begrænsninger i funktionsevnen genoptræningen skal rette sig imod. Samt hvornår kommunen senest skal tage kontakt til borgeren.
- Ifølge udkastet må genoptræningsplanen ikke indeholde oplysninger om et forventet resultat af genoptræningen, af metode eller omfang. Mål for genoptræningen skal fastsættes af den myndighed, der står for genoptræningen.
- Betænkningen og vejledningen kan findes på [www.horingsportalen.dk](http://www.horingsportalen.dk). Søg under Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vælg punktet med bekendtgørelser i høring og vælg så igen punktet: Bekendtgørelse og vejledning om regler på træningsområdet.
- Læs Danske Fysioterapeuters høringssvar på: <http://www.fysio.dk/sw67039.asp>
- Efter planen skal standarden for genoptræningsplaner være færdig til årsskiftet.

- ▶ Genoptræningsplanen kan dog godt rumme plads til, at sygehuset kommer med en begrundet anbefaling. Eksempelvis at patienten kan have glæde af individuel træning frem for på hold, mener hun.

Diskussionen handler også om, hvorvidt sygehusene skal skrive en målsætning for træningen på planen.

Egoterapeut Mette Bruun mener, det er vigtigt, at brugerens egne ønsker kommer med.

”Det vil virke som en motiverende faktor. Dermed bliver sygehuset også tvunget til at tale med brugeren om, hvad hun eller han synes er vigtigt i hverdagen”, siger hun.

I de tilfælde, hvor der er en særlig grund til at gøre opmærksom på betydningen af et ubrudt træningsforløb, synes Mette Bruun samtidig, at det vil være en god idé, hvis sygehuset kan skrive på planen, hvornår genoptræningen senest bør gå i gang.

”Jeg vil tro, der skal pres på de lokale politikere for, hvornår genoptræningen skal foregå”, siger hun.

I regeringens udkast til betænkning og vejledning for genoptræningsplaner er der ellers kun lagt op til, at planen skal angive tidspunkt for, hvornår kommunen senest skal tage kontakt til borgeren.

#### SLIP PATIENTERNE

Og det er netop sådan, det skal være, mener konsulent i KL's kontor for social- og sundhedspolitik, Maj-Britt Winther.

”Genoptræningsplanen skal hverken indeholde metode, omfang eller indhold af træningen. Det er det udførende led, som skal beslutte det”, siger hun.

For KL er det mindst lige så vigtigt, at arbejdet med standarden definerer, hvad der ikke skal stå. For ellers kan man komme til at foregøgle sygehuse og patienter, at sygehusene kan bestemme mere, end det reelt er tilfældet.

”Lægerne skal vænne sig til, at når de slipper patienterne ved sygehusdøren, har de ikke længere noget ansvar”, siger Maj-Britt Winther.

Det betyder samtidig, at selvom der eksempelvis er en lægefaglig indikation for, at genoptræningen skal påbegyndes med det samme, eller at patienten vil få størst udbytte af genoptræningen, hvis den sættes i gang inden for et bestemt tidsrum, er det ikke noget, der skal stå i planen.

”Det kan godt ske, at lægen har den vurdering. Men han har ikke noget myndighedsområde i kommunen”, fastslår Maj-Britt Winther.

På baggrund af kommunernes hidtidige erfaringer med at tilbyde genoptræning er hun samtidig helt tryk ved, at patienterne får mindst lige så god genoptræning som nu, før reformen træder i kraft.

”Kommunerne har jo masser af erfaring med genoptræning. De gør det allerede i dag uden at få betaling for det. Og de ved godt, hvad konsekvensen er, hvis patienten ikke bliver genoptrænet. De har endda en økonomisk interesse i at holde deres borgere så sunde og raske som overhovedet muligt”, siger hun.

#### KROP AKTIVITET OG DELTAGELSE

Udover at opgive patientens stamoplysninger, samt navne på kontaktpersoner og seneste tidspunkt for

## Standard i lav opløsning

I første omgang bliver en ny standard for genoptræningsplaner udformet efter den mest simple elektroniske form: den kliniske e-mail

AF JOURNALIST METTE BREINHOLDT



”Held i uheld”, kalder projektleder ved MedCom, Dorthe Skou Lassen det. Det er den kommende elektroniske standard for genoptræningsplaner, som to arbejdsgrupper i øjeblikket arbejder med, hun taler om.

”Uheldet” er, at det klassifikationssprog, som standarden skal benytte sig af, hvis den skal leve op til at være det, Dorthe Skou Lassen kalder ”højt strukture-

ret”, endnu ikke er så udviklet i Danmark, at det kan anvendes.

En højt struktureret standard indebærer, at stort set alle oplysninger kan videregives ved at krydse af i felter, eller markere med talværdier.

Tanken er, at bygge standarden på ICF-koderne. Men de er langt fra entydige nok i dansk sammenhæng.

kommunens kontakt til borgeren, mener Maj-Britt Winther, at standarden skal begrænse sig til at beskrive tre områder: Patientens funktionsniveau før indlæggelse, funktionsniveau efter indlæggelse samt hvilke begrænsninger i funktionsevnen, genoptræningen skal rette sig imod.

Desuden skal planen angive, om der er behov for specialiseret genoptræning.

Hun understreger, at funktionsevnen skal beskrives i forhold til både krop, aktivitet og deltagelse.

Med de oplysninger fra sygehuset, mener Maj Britt Winther, at kommunens terapeuter vil være tilstrækkeligt rustede til selv at definere mål og midler for genoptræningen.

Ergoterapeut Mette Bruun og fysioterapeut Ulla Pihl mener begge, at det vil være gavnligt, hvis planen indeholder oplysninger om, hvilken genoptræning patienten har været igennem på sygehuset for at gøde jorden for sammenhæng i patientforløbet.

”Det vil være logisk, at der er plads til at skrive, hvis den genoptræning, patienten har fået, har afvejet fra anbefalingerne, og man har været nødt til at bruge en særlig metode eller hjælpemiddel”, siger Ulla Pihl.

## KVALITETSSIKRING

Både Danske Fysioterapeuters og Ergoterapeutforeningens repræsentanter i arbejdet, Annette Wandel og Beate Jarl, ønsker, at standarden kan hjælpe til en bedre kvalitetssikring af genoptræningen. Blandt andet ved at forpligtige kommunerne til at følge de evidensbaserede retningslinier, der findes. Hvis eksempelvis sygehuset har

benyttet bestemte, anbefalede tests, skal kommunerne følge op med de samme tests for på den måde at få sammenlignelige resultater og forløb.

Desuden mener de, det vil være en god idé, hvis standarden understøtter indberetning til eventuelle kliniske databaser. Eksempelvis NIP-databasen. Men det kræver igen, at kommunerne er i stand til at følge op på de registreringer, sygehuset har påbegyndt.

Annette Wandel og Beate Jarl mener, at kvalitets-sikringen kan ligge som lokale elementer i de sundhedsaftaler, hver enkelt kommune skal indgå med regionen.

Den løsning er KL's Maj-Britt Winther åben overfor og på den måde kan sundhedsaftalerne fungere som den ventil, der får de forskellige ønsker til standarden til at mødes.

Tanken om at bruge sundhedsaftalerne til at udforme lokale varianter med lokalt definerede oplysninger og varianter, kan også sagtens løses teknisk, mener projektleder fra MedCom, Dorthe Skou Larsen.

”Det er vigtigt, at vores standard ikke kommer til at begrænse nogle ting, for de kommuner og regioner, der vil være proaktive”, siger hun.

Arbejdet med standarden skal gennem endnu et møde i den sundhedsfaglige gruppe den 28 august. Her skal gruppen tage endelig stilling til indholdet i den første version af standarden. Den anden gruppe, referencegruppen, kommer til at køre mindst 2007 ud. ■

Desuden har ICF-koderne forskellig betydning i kommuner og sygehusvæsenet.

”Uheldet” er også, at kommuner og regioner er alt for forskellige i forhold til, hvor vant de er til at benytte elektronisk kommunikation, samt hvilke computersystemer de bruger og dermed, hvilke formater de kan læse.

”Heldet” er så, at de sundhedsfaglige repræsentanter i styregruppen endnu ikke er nået frem til, hvad standarden skal indeholde. Dermed er der under alle omstændigheder behov for en større revision af standarden, når den har fungeret et års tid.

- Der er en chance for, at når brugen af ICF er afklaret, og de er blevet enige om, hvad indholdet i

standarden skal være, så er teknikken også så udbygget på sygehusene og i kommunerne, at vi kan udforme standarden på et mere ”struktureret” niveau, siger Dorthe Skou Lassen.

Hun fortæller, at den første version formentlig vil blive udformet i den mest simple, elektroniske form: den kliniske e-mail. Det er et format, alle parter i sundhedsvæsenet kan læse. Til gengæld er formens muligheder også ret begrænsede. Eksempelvis i forhold til at integrere med andre elektroniske programmer som EPJ, Fælles Sprog og kliniske databaser. Det er desuden heller ikke muligt at udarbejde en ”højt struktureret” standard inden for rammerne af den kliniske e-mail. Den vil nødvendigvis være baseret på en høj grad af fritekst. ■

## Inkontinens - udredning og behandling

**Anmeldelse** ■ "Værd at vide om inkontinens og andre vandladningsproblemer hos kvinder", Speciallæge i gynækologi og obstetrik Marianne Ottesen, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2006. 117 sider, 149,00 kr.



Bogen er primært skrevet til kvinder, der har problemer med urin- og afføringsinkontinens, men kan med stor fordel læses af sundhedspersonale; læger, sygeplejersker, plejepersonale i hjemmepleje og plejehjem, jordemødre og ikke mindst fysioterapeuter med interesse inden for specialtet.

Kvinden med inkontinens kan bruge bogen som en grundig og præcis forklaring af symptomerne på de forskellige former for urin- og afføringsinkontinens samt årsagerne hertil. Nødvendige undersøgelser og behandlingsmuligheder er beskrevet i et let forståeligt sprog.

Under behandlingsmuligheder er bl.a. bækkenbundstræning nævnt som en vigtig behandling mod inkontinens. Bækkenbundens anatomi er beskrevet samt principperne for træning af styrke, udholdenhed og timing af knib. Der er forslag til et knibetræningsprogram, så kvinden i første omgang selv kan forsøge sig med træning. For de kvinder, der har svært ved at knibe, anbefaler Marianne Ottesen, at de bliver henvist til palpationsuddannede fysioterapeuter. Det er fysioterapeuter, der er uddannet specielt til at undersøge og facilitere bækkenbunden, evt. ved brug af biofeedback eller el-stimulation.

I bogen er de vigtigste råd fremhævet i tekstboks, så kvinden eller sundhedspersonalet nemt kan overskue de anbefalede behandlingsmuligheder. Der er gode og simple råd om "hjælp til selvhjælp" for kvinden, som f.eks. at regulere drikke- og toiletvaner.

"Værd at vide om inkontinens" er en vigtig bog for de fysioterapeuter, der har begrænset erfaring med bækkenbundstræning, idet bogen giver et flot overblik over udredning og behandling af inkontinens.

ANMELDT AF FYSIOTERAPEUT SUSANNE HØGSBERG, FAGFORUM FOR GYNÆKOLOGISK OG OBSTETRISK FYSIOTERAPI

## Overblik og kvalitetssikring

**Anmeldelse** ■ Diagnostik og behandling af lændesmerter i almen praksis, Klinisk vejledning. Udgivet af Dansk selskab for almen medicin – 2006. Vejledningen kan ses og bestilles på [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk) eller [www.mpl.dk](http://www.mpl.dk)



Vejledningen henvender sig til praktiserende læger, der ifølge forfatterne både kan og skal være hhv. primær behandler og tovholder for den akutte og kroniske rygpatient, og målsætningerne er at viderebringe evidensbaserede anbefalinger samt at give grundig instruktion i anamnese og klinisk undersøgelse ved lænderygsmærter. Vejledningens hovedkilder er den danske og svenske MTV-rapport, de norske guidelines for korsrygsmærter samt de endnu ikke publicerede europæiske guidelines for lænderygbesvær, hvilket tydeligt afspejles i de viderebragte anbefalinger.

Hæftet er på 63 sider inkl. kildereferencer. Det siger sig selv, at det er ikke mange sider til så stort et område. Den mere detaljerede anam-

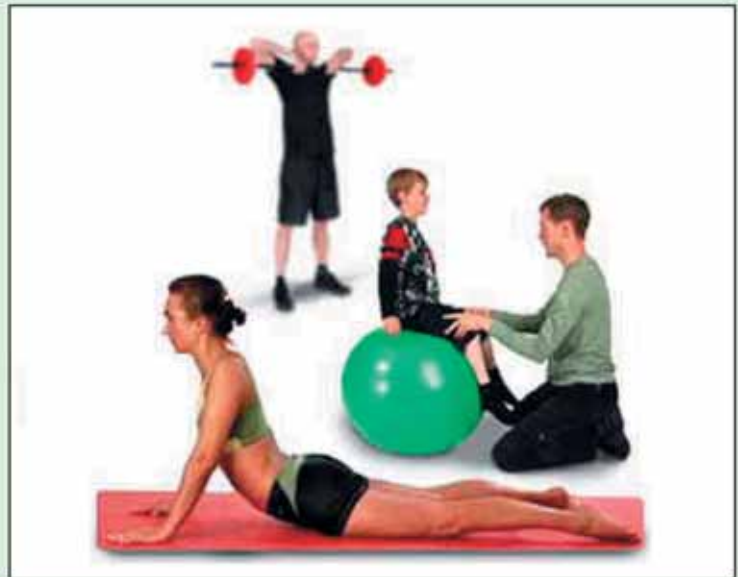
nese- og undersøgelsesbeskrivelse er meget kortfattet, hvorfor bogen trods intentionen ikke vil kunne fungere som lærebog i anamnese og diagnostik uden supplerende kursusmateriale. Enkelte undersøgelsesmetoder er dog mere detaljeret beskrevet i ordlisten bagest i bogen.

Som fysioterapeut savner jeg generelt en tydeligere anerkendelse af vores kompetence på rygområdet, både som diagnostikere og som behandlere. Jeg undres over den noget bedagede beskrivelse af fysioterapeuten, der reducerer vor grundlæggende kompetence til selv at "få et samlet overblik over patientens muskulære problemer og indrette behandlingen derefter". Det faktum, at vi står på tærsklen til at modtage patienter uden henvisning fra lægen, nævnes ikke.

Vejledningen indledes med 10 cases med spørgsmål, der besvares sidst i bogen. Fint! Derudover udmærker den sig ved en god oversigtsstruktur, hvor rygsymptomerne opdeles i de tre hovedgrupper røde flag, nerverodsaffektion og uspecifikke rygsmærter. Dispositionen er gennemført i undersøgelses- og behandlingsafsnitene og giver et udmærket overblik. Der er gode opsummerende skemaer til alle afsnit samt et rigtig godt lamineret oversigtsskema til væggen. Der er konstant fokus på det gode forløb, hvor lægen er opmærksom på at få patienten videre, hvis der ikke er fremgang. Derudover er der en god vejledning i kommunikation med rygpatienten med fokus på fear-avoidance og på genoptagelse af aktivitet. Vejledningen bidrager til at kvalitetssikre forløbet for rygpatienter, og som sådan er den bestemt værd at læse - også for fysioterapeuter.

ANMELDT AF PRAKTISERENDE FYSIOTERAPEUT PER LIND, SPECIALIST I MUSKULOSKELETAL FYSIOTERAPI

bøgerm.m.



caddi.dk er en øvelses bank, der fungerer via nettet, hvor du som abonnent kan sammensætte, gemme, udskrive, og e-maile trænings programmer til dine patienter.

Samtidig med at du har vist interesse for konceptet og derved får indtryk af caddi´s mangfoldighed giver vi dig ganske gratis og helt uforpligtende adgang til [www.caddi.dk](http://www.caddi.dk) i 14 dage.

Dine koder er:

Caddid: caddi.dk (er forudfyldt)

Brugernavn: fysioterapi

Kodeord: fysioterapi

Skulle du/I have yderligere spørgsmål er du/I velkommen til at kontakte os.

Caddi.dk - Frederiksgade 35 C, st. - DK-8700 Horsens

Tlf.: +4575628919 mobil: +4540269919

[www.caddi.dk](http://www.caddi.dk) - e-mail: [info@caddi.dk](mailto:info@caddi.dk)

# Efterse Valglisten

## Studerende i kampvalg

Ikke færre end seks fysioterapeutstuderende opstiller til den ledige post som observatør i Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

FOTO MICHAEL DAUGAARD/SCANPIX

Det hører absolut til sjældenhederne, at der er kamp om pladsen som de studerendes repræsentant i Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse. Man skal tilbage til 1996 for at finde det seneste kampvalg, men de studerende på landets otte fysioterapeutskoler får denne gang hele seks kandidater at vælge mellem.

Fra Næstvedskolen opstiller 25-årige Anders Grønborg Sørensen, der lige er begyndt på 5. semester. Han sidder i forvejen i CVU-syds bestyrelse som repræsentant for sundhedsuddannelserne, og har tidligere været medlem af De Studerendes Råd.

Fra skolen i København opstiller Thomas Møller Madsen, 22 år. Han går på 2. semester og arbejder ved siden af studiet på et fysioterapeutisk træningscenter på Vesterbro.

Ligeledes fra skolen i København opstiller Lone Nedergaard, 39, der går på 3. semester. Hun har tidligere været beskæftiget med markedsføring i et tøjfirma og har organisatorisk erfaring blandt andet fra bestyrelsen i datterens børnehavn.

Også Lars Ojén Johansen har sin daglige gang på Københavnerskolen Han er 24 år, og læser i øjeblikket på 4. semester. Han er medlem af De Studerendes Råd og sidder i skolens studienævn samt i CVU-Øresunds bestyrelse.

Fra skolen i Odense opstiller Brian Clausen, 24, der går på 6. semester. Han er i øjeblikket formand for De Studerendes Råd på CVSU-Fyn og sidder i bestyrelsen samme sted som repræsentant for de studerende.

Også skolen i Aalborg stiller med en kandidat: Mette Bobach er 24 år og går på 6. semester. Hun sidder i skolens fysioterapeutråd og er de studerendes repræsentant i studierådet.

### fakta om...

Observatør samt suppleant til hovedbestyrelsen vælges af og blandt samtlige fysioterapeutstuderende medlemmer ved skriftlig afstemning. Valget gælder for to år, og genvalg kan finde sted. Ved vakance (hvis for eksempel den valgte repræsentant bliver færdig med sin uddannelse i løbet af valgperioden) foretages ekstraordinært valg.



Man behøver hverken være fyldt 25 år, være skatteyder eller være gift for at få stemmeret til de fysioterapeutstuderendes valg til observatørposten i Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse. Kun to betingelser skal være opfyldt: Man skal være fysioterapeutstuderende, og man skal være medlem af foreningen.

### TALERET MEN IKKE STEMMERET

Der skal kun vælges én repræsentant for de studerende til hovedbestyrelsen. Stemmesedlerne bliver sammen med kandidaternes oplæg sendt ud til samtlige studerende i løbet af september måned.

De studerendes repræsentant i hovedbestyrelsen har observatørstatus. Det betyder dog ikke, at vedkommende er henvist til pladsen som fluen på væggen. Den studerende kan tage ordet på møderne i fuldstændig samme omfang som de øvrige medlemmer af hovedbestyrelsen, men har dog ikke stemmeret. ■



foto: Mads Jensen, Scanpix



## Gåtur kan forudsige sygdom

**Test** ■ Evnen til at gå 400 meter kan forudsige hjerte-kar-sygdomme hos ældre. En gruppe forskere har bedt 2.700 personer mellem 70 og 80 år om at gå en strækning på 400 meter. De ældre blev fulgt af forskerne i seks år. De ældre, der kunne gå en strækning på 400 meter ved undersøgelsens start, havde en højere overlevelse end de andre.

Jo hurtigere, de havde gået, desto bedre helbred havde de ældre ved undersøgelsens slutning. Forskerne mener, at 400 meters test kan anvendes til at motivere til fysisk aktivitet hos ældre. *Journal of the American Medical Association, 2006;295:2018-26.*

## Funktionel træning til fodboldspillere

**Norge** ■ Oftest bruger man løbetræning og almindelig styrketræning som optakt til den nye sæson og som supplement til den almindelige fodboldtræning. I Norge er man mange steder handicappede af, at man ikke kan få spillerne på græs tidligt nok inden sæsonstart. I de større klubber er der ofte fysioterapeuter, der har indflydelse på genoptræningen efter skader, og her tænkes der i funktionelle baner, men der er få klubber, hvor fysioterapeuter får lov til at gå ind og skitsere forebyggende træning i sæsonstarten. Sådan er det ifølge det norske Fysioterapeuten i Norge, og sådan er det formentlig også i Danmark. To norske fysioterapeuter har efter et kursus i Sling Exercise Therapy (SET) udviklet et helt nyt program

for skadesforebyggende træning i sæsonstarten. De har afprøvet deres program i en 2. divisionsklub. Programmet bestod af 45 minutters spinning samt træning i terapimaster, ankel-knæstabiliserende øvelser og øvelser, der skal forebygge overbelastning i lyske og hasemusler.

Man kan kontakte de to fysioterapeuter Gunn Bjerkeengen og Bjørn Brungot på [gunn@bjerkeengen.com](mailto:gunn@bjerkeengen.com)

## Sprog og ordbøger på nettet

**WWW** ■ På netter er der publiceret en del ordbøger, man kan bruge som hjælp til oversættelse. Klik ind på linkene og find den hjemmeside, der dækker dit behov: [www.onelook.com](http://www.onelook.com) er en engelsk ordbog med 5 millioner ord. [www.ordbogen.com](http://www.ordbogen.com) er dansk/engelsk og engelsk/dansk. To ord om dagen er gratis, ellers koster det 99 kr. for et år.

[www.wordreference.com](http://www.wordreference.com) engelsk-fransk, engelsk-italiensk og omvendt samt spansk-engelsk. [www.nordskol.org/ordbog](http://www.nordskol.org/ordbog) henvender sig til dem, der har brug for at oversætte mellem dansk, svensk og norsk. [www.refdesk.com/factdict.html](http://www.refdesk.com/factdict.html) giver links til et hav af ordbøger og fagbøger.

## Klinisk hypnose

**Selskab** ■ Dansk Selskab for Klinisk Hypnose (DSKH) er et tværfagligt selskab, som hidtil har været forbeholdt læger, psykologer og tandlæger. Aktuelt har selskabet godt 250 medlemmer. DSKH har nu besluttet at invitere medlemmer fra en række andre faggrupper med i selskabet, nemlig: Sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter og ergoterapeuter – bl.a. fordi videnskabelige undersøgelser viser, at hypnose kan være meget anvendeligt i en række kliniske situationer, som er relevante for disse faggrupper. Medlemskab åbner f.eks. mulighed for at gennemgå selskabets diplomuddannelse, deltage i de årlige internationalt orienterede kurser, få supervision, være med i træningsgrupper og få forskningsrådgivning. På selskabets hjemmeside [www.hypnoterapi.com](http://www.hypnoterapi.com) kan man læse mere om: hypnose, DSKH, introduktionskursus og diplomuddannelse og finde navne og adresser på bestyrelsens medlemmer.

## Søg studielegat til verdenskongres

**Støtte** ■ Der er i Studieleгатet afsat ekstra midler til fysioterapeuter, der ønsker at deltage i verdenskon-

gressen i Vancouver i Canada i juni 2007. *Læs mere på [fysio.dk/uddannelse/fonde\\_og\\_legater](http://fysio.dk/uddannelse/fonde_og_legater).*

# Utilfredse indlejere

De fleste indlejere vil hellere være indlejere end ansatte, viser en undersøgelse blandt fysioterapeuter i praksissektoren. Alligevel bekræfter undersøgelsen, at der blandt indlejerne er en udbredt utilfredshed med den form, ejer-/lejerkonstruktionen har antaget

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

Otte ud af 10 lejere foretrækker at være selvstændig lejer frem for ansat. Det fremgår af en undersøgelse af blandt fysioterapeuter i praksissektoren.

Samme undersøgelse slår dog fast med flere tommer lange søm, at det, at man ikke ønsker at bytte lejerforholdet ud med en tilværelse som ansat, ikke er det samme som, at man er tilfreds med konstruktionen, som den er.

Mindre end hver fjerde lejer kalder sin generelle vurdering af konstruktionen "god" eller "overvejende god", mens lidt mere end hver fjerde mener, den er dårlig eller overvejende dårlig, og godt halvdelen giver karakteren både god og dårlig.

Hvori det dårlige i konstruktionen består, er ikke entydigt besvaret, men for mange lejere handler det formentlig om ydernummersystemet. 58 procent af lejerne mener, der bør være fri nedsættelsesret, og kan det ikke lade sig gøre, mener 57 procent, at man bør kunne tage sit ydernummer med sig, hvis lejekontrakten opsiges.

Af de mange kommentarer til undersøgelsen, og også af den igangværende debat på fysio.dk, fremgår det, at ejernes råderet over ydernummeret i lejerne øjne skaber en ubalance i en eventuel forhandlingssituation mellem ejer og lejer.

## OK MED FAGLIGE KRAV

Hvad det er, ejere og lejere kan være uenige om, giver undersøgelsen et billede af: Næsten halvdelen af klinikerne mener eksempelvis, at det er i orden at stille krav om, at lejere skal levere et bestemt antal patienter eller ydelser pr. time. Dette accepteres i langt mindre grad af lejerne. Kun hver femte lejer mener, det er i orden, at en ejer stiller krav til,

### fakta om...

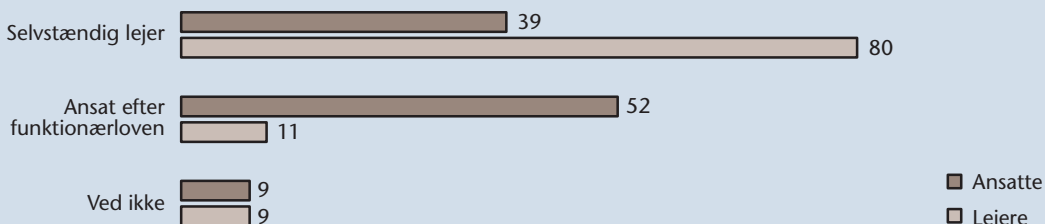
- \* Lejernes provision varierer fra 27 til 50 procent med et gennemsnit på 40 procent.
- \* 12 procent af lejerne har ikke en kontrakt med klinikejeren.

### FAKTA

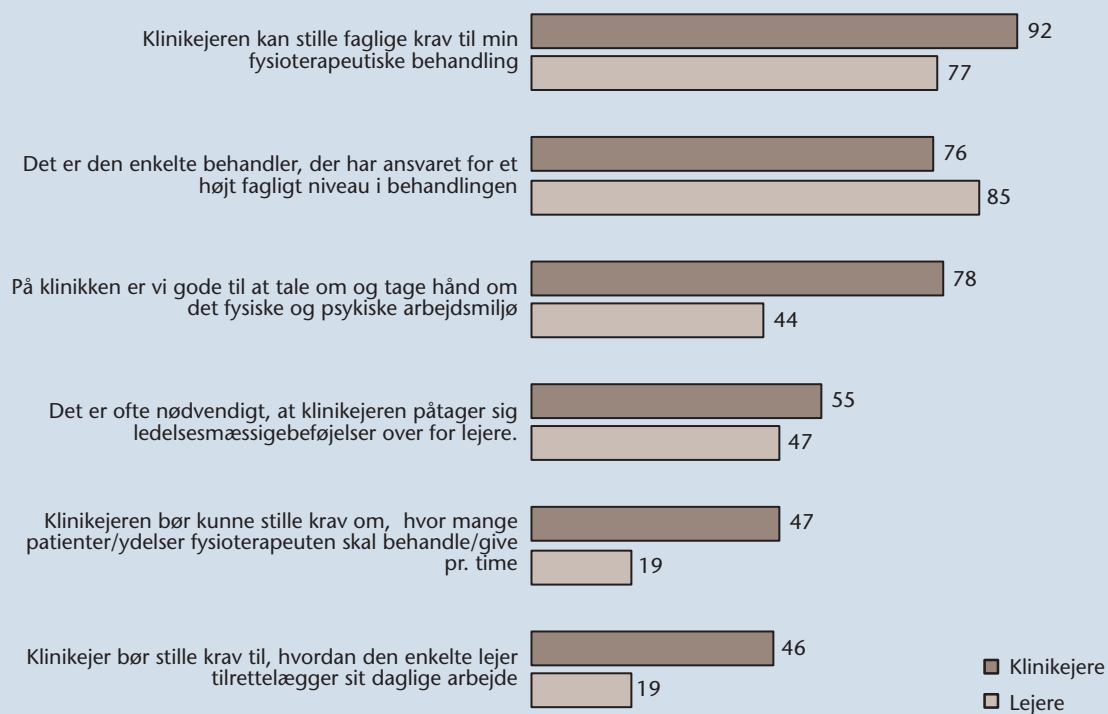
Ifølge Danske Fysioterapeuters medlemsregister er der 649 klinikejere, 1145 indlejere og 113 fysioterapeuter, ansat på klinikkerne samt 73 selvstændige uden overenskomst med sygesikringen.

Der er i forbindelse med undersøgelsen blevet udsendt spørgeskemaer til 224 klinikejere, 381 lejere, 116 ansatte samt 73 selvstændige. Svarprocenten er henholdsvis 55% (ejere), 37% (lejere), 28,5% (ansatte) og 44% (selvstændige uden overenskomst). Undersøgelsen, der er udført af Scharling Research for Danske Fysioterapeuter, kan downloades på [fysio.dk/fysioterapeuten/artikelbilag](http://fysio.dk/fysioterapeuten/artikelbilag)

FIG. 1: HVIS DU FRIT KUNNE VÆLGE DIT TILHØRSFORHOLD TIL KLINIKKEN, VILLE DU SÅ HELST VÆRE LEJER ELLER ANSAT?



**FIG. 2: FIGUREN VISER ANDELEN AF HENHOLDSVIS LEJERE OG KLINIKEJERE I PRAKSISSEKTORER, DER ANGAV AT DE VAR "MEGET ENIGE" ELLER "ENIGE" I DE RESPEKTIVE UDSAGN.**



hvordan den enkelte lejer tilrettelægger sit daglige arbejde.

Til gengæld har lejerne lettere ved at acceptere, at klinikejerne stiller faglige krav. Dette accepteres af tre ud af fire lejere.

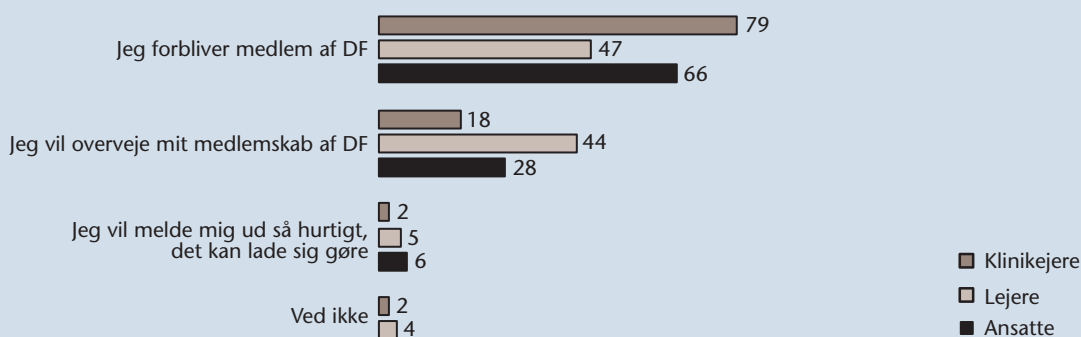
**MANGE OVERVEJER AT MELDE SIG UD**

Fra den 1. januar 2007 forsvinder kravet om, at man skal være medlem af Danske Fysioterapeuter for at kunne praktisere under sygesikringsoverenskomsten. I undersøgelsen er der derfor blevet spurgt til, hvil-

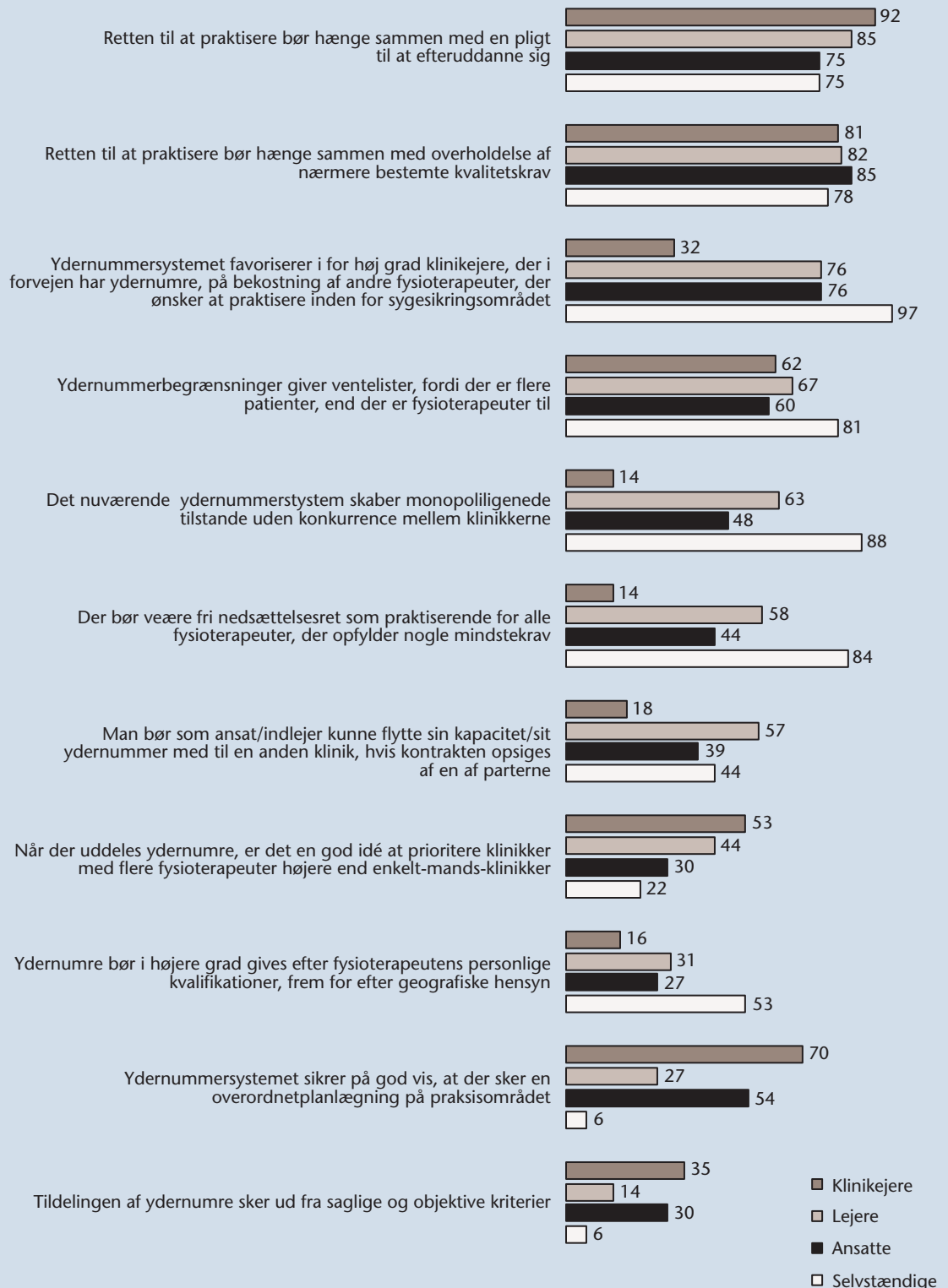
ken betydning de nye regler vil have for de praktiserendes medlemskab af foreningen.

Hertil svarer 44 procent af lejerne, at de vil overveje deres medlemskab, og fem procent har allerede truffet beslutning om at melde sig ud. Det afslører en utilfredshed, som ikke går igen hos hverken ejeren eller de ansatte, og som ifølge de mange ledsagende kommentarer hænger sammen med en opfattelse blandt lejerne af, at foreningen favoriserer ejerne og ikke kommer lejerne til hjælp i konfliktsituationer.

**FIG. 3: HVILKEN INDFLYDELSE DET FÅ FOR DIT MEDLEMSKAB AF DANSKE FYSIOTERAPEUTER, NÅR DETTE IKKE LÆNGERE ER ET KRAV FOR AT KUNNE PRAKTISERE FOR SYGESIKRINGEN**



**FIG. 4: FIGUREN VISER ANDELEN AF HENHOLDSVIS LEJERE, KLINIKEJERE, OG ANSATTE, I PRAKSISSEKTOREN, SAMT SELVSTÆNDIGE UDENFOR OVERENSKOMST, DER ANGAV AT DE VAR "MEGET ENIGE" ELLER "ENIGE" I FØLGENDE:**





Snart tidligere indlejer  
Willi Drexel.  
Foto Sine Fig.



Klinikejer Denis Nyboe. Foto Mick Anderson/Polfoto.



Indlejer Jeppe Albér.  
Foto Kim Agersten/Polfoto.

## Hverken fugl eller fisk

Hvori består problemet i forholdet mellem indlejere og klinikejere? Er det indlejerne, der vil have alle den selvstændiges rettigheder, men uden at ville betale det, det koster i hverken økonomi eller arbejdsindsats? Eller er det omvendt klinikejerne, der vil have en arbejdsgivers rettighed, men uden de omkostninger, der følger med at have ansatte? Fysioterapeuten har stillet spørgsmålet, men har fået to forskellige svar

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

At være indlejer er noget mismask. Sådan lyder i korte træk klinikejer Denis Nyboes dom over den ansættelsesform, de fleste praktiserende fysioterapeuter er underlagt. Vil man være selvstændig, må man betale dét, det koster, og vil man ikke betale, må man være ansat.

Det er en holdning, Denis Nyboe sidste år følte sig nødsaget til at gå på kompromis med. Han tilbød derfor tre ud af fire ansatte fysioterapeuter en indlejer aftale, efter at funktionærlovens bestemmelser om løn under sygdom havde været ved at trække gulvtæppet væk under klinikkens økonomi et par gange. Men selvom ►



- ▶ virkeligheden er blevet en anden, er holdningen den samme:

”Efter min mening er ansatte det rigtige. Indlejerkontrakter får indlejerne til at tro, at de har rettigheder som ansatte, og de forventer for eksempel, at klinikejeren, hvis indlejer er syg, møder op på klinikken for at ringe afbud til deres klienter. Jeg havde en ansøger, der gerne ville være indlejer, men som havde en besked med fra sin revisor om, at han skulle sikres en omsætning på minimum 400.000 kroner. Min besked til ham var, at så skulle han være ansat. Hvis man er selvstændig, må man sikre sin egen indtægt”.

Denis Nyboe forstår omvendt godt indlejernes argument om, at selvstændigheden under alle omstændigheder stopper ved klinikens dørtrin, så længe de ikke har reel råderet over ydernummeret, men - mener Denis Nyboe - hvis det er dén grad af selvstændighed, man ønsker, må man også betale for det, akkurat som han selv har gjort.

”Jeg startede det her fra nul af. Jeg startede med ét ydernummer, og da jeg havde så mange patienter, at ét ydernummer ikke var nok, fik jeg ét til.

Jeg har skabt det ekstra ydernummer med *mit* arbejde”, siger Denis Nyboe, der i dag har fem ydernumre.

Han sammenligner med en vognmand, der har så meget kørsel, at han køber en vogn mere og ansætter en chauffør til at køre den. Skal chaufføren så også have vognen med sig, hvis de bliver uenige, og han vil rejse, spørger han.

”Jeg har lige bygget en ny klinik på 700 m<sup>2</sup>. Hvad skulle jeg med 700 m<sup>2</sup>, hvis indlejerne gik et andet sted hen med deres ydernumre? Jeg ville stadig skulle betale min husleje og løn til sekretæren. Hvis mine indlejerne vil have en femtedel af min virksomhed, må de også betale en femtedel af prisen, og hvis de vil have halvdelen, må de betale halvdelen”, siger Denis Nyboe, der har tilbudt sine indlejerne, at de kan købe sig ind, men har fået nej.

Denis Nyboe forventer, at Danske Fysioterapeuter kommer med en løsning, der kan tilfredsstille både ejere, lejere og ansatte. Han har selv haft gang i reg-

nemaskinen i et forsøg på at finde lønmodeller, der kunne imødekomme alle parter, og mener eksempelvis, at lejerne ville være bedre stillet hvis de havde en fast husleje og dermed selv fik en større andel af det, de tjente ved at arbejde ekstra. Han er dog ikke sikker på, at alle indlejerne vil være interesseret i en model, der forpligter dem til at betale et fast beløb også i perioder med lavere indtjening på grund af for eksempel ferie. ”Men sådan er det jo at være selvstændig. Jeg har faste udgifter, uanset om jeg er syg eller på ferie”.

### INDLEJERE VIL HELLERE VÆRE ANSATTE

Jeppe Albér er indlejer og enig med Denis Nyboe om, at sådan som indlejerkontrakterne er skruet sammen i dag, er indlejerne hverken fugl eller fisk. ”Man er hverken at betragte som lejer eller ansat”, forklarer han.

Men hvor Denis Nyboe mener, det er indlejerne, der ikke er bevidste om, hvad det vil sige at være selvstændig, mener Jeppe Albér, at problemet ligger hos ejerne, der ikke kan skelne mellem at have ansatte og lejere.

”Det er da fint at være selvstændig, men det er bare reelt ikke det, jeg er, når klinikejeren ifølge kontrakten eksempelvis kan bestemme hvornår og hvor meget, jeg skal arbejde”.

Var ydernummeret ikke klinikens, men indlejerens, ville der være et mere jævnbrydigt forhold parterne imellem, mener Jeppe Albér.

En undersøgelse, fortaget af Danske Fysioterapeuter (se side 18) viser, at 80 procent af lejerne ville fortsætte som lejere, hvis de selv frit kunne vælge ansættelsesforhold. Det undrer ikke Jeppe Albér:

”Man får jo svar, som man spørger. Jeg har selv svaret i undersøgelsen, at jeg helst vil være selvstændig lejer, men det mener jeg ikke, jeg er under de nuværende omstændigheder”.

Et ligeværdigt forhold mellem ejer og lejer ville betyde, mener Jeppe Albér, at hver enkelt ejede retten til selv at indrette sine egne arbejdsforhold.

### NEJ TAK TIL STIGNING I PROVISION

Også Willi Drexel har svært ved at skimte ligeværdigheden i et forhold, der netop har fået hans klinikejer til at opsiges hans kontrakt, da Willi Drexel nægtede at stige i provision for anden gang på halvandet år.

### fakta om...

På [fysio.dk/debat](http://fysio.dk/debat) uddyber både ejere og lejere deres synspunkter, ligesom også enkelte offentligt ansatte giver deres besyv med i debatten om organiseringen af praksissektoren.

”Begrundelsen for stigningen var, at vi skulle have en sekretær. Det har vi indlejere selv forlangt at få, men vi mener ikke, vi skal betale mere af den grund, da omsætningen er steget kraftigt de seneste tre år. Selvfølgelig skal vi også være med til at finansiere nogle udgifter, men man kan jo blive ved. Lige inden jeg startede på klinikken, blev indlejerne sat op i provision, fordi der skulle indkøbes en ny computer, men provisionen blev jo ikke sat ned, da den var betalt”.

Willi Drexel skal aldrig mere være indlejer, erklærer han. ”Hvis jeg havde fået valget, ville jeg have sagt ja tak til en funktionæransættelse. Så ville jeg have fået kompensation for skæve arbejdstider. I dag skal jeg arbejde sent to aftener om ugen, men betaler det samme i provision som hende, der skal hente børn hver eftermiddag. Hvorfor?”, spørger Willi Drexel.

Han undrer sig også over, hvorfor han skal betale det samme i provision, uanset hvor meget han arbejder ekstra. ”Hvis provision og udgifter hænger sammen, burde man vel falde i provision, når man nåede over en vis omsætning – der må jo være lagt et budget? Jeg betaler mere i provision, for at de kan investere mere og få mere for klinikken, når de sælger”.

Willi Drexel har ikke de vises sten, men han mener, det er på tide med drastiske ændringer i praksissektoren og har også en forklaring på, hvorfor behovet for ændringer har været stigende inden for de senere år, selvom indlejer-begrebet har været kendt, så længe nogen kan huske:

”Tidligere var det mest kvinder, der ejede klinikkerne. Der var én ejer, og indlejerne betalte 30 procent i provision. Nu er der kommet flere mænd ind i systemet, og de tænker på en anden måde. Der skal betales mere, og der skal arbejdes mere. Der skal for eksempel arbejdes 30 timer, hvis der kan arbejdes 30 timer på et ydernummer”.

## EN TILFREDS INDLEJER

At der også findes mere tilfredse indlejere er Thorbjørn Storm et bevis på. ”Jeg elsker mit fag, er glad for at være indlejer, men jeg vil gerne være ejer, hvis det rigtige tilbud kommer”.

Alligevel mener han, at der er noget galt med et system, der tillader klinikejere at sælge ydernumre.

”Ydernummeret bør tilhøre den arbejdende fysio-

terapeut. Og et ydernummer bør ikke kunne sælges, men kun videregives. Klinikejeren får et ydernummer forærende af amtet, men kan når som helst sælge ydernummeret og score kassen”, mener Thorbjørn Storm.

Selvom han er en glad indlejer, tager han gerne skridtet mod fuld selvstændighed og indgår i et kompagniskab, men ikke hvis han skal betale urimeligt for selve ydernummeret, forklarer han.

”Jeg ved godt, at der nogle steder er blevet kæmpet for at få et ekstra ydernummer, men det må være belønning nok i sig selv at få det tildelt. Jeg mener kun, at det skal være muligt at tage penge for det, man har lagt i sin klinik i form af blod, sved, tårer, mursten, brikse og så videre”, siger Thorbjørn Storm, der på fysio.dk har sammenlignet salg af ydernumre med salg af vuggestuepladser: ”Det vil svare til at få en vuggestueplads til sit barn af pladsanvisningen, bruge den lidt for derefter at sælge den til højstbydende”.

## IKKE NOGET AT KLAGE OVER

Lene Skytte blev klinikejer efter at have været indlejer i en årrække. Hun undrer sig over den ophedede debat på fysio.dk og er lidt i tvivl om, hvad utilfredsheden egentlig bunder i.

”Handler det om, at man selv synes, man får for lidt, eller er problemet, at man tror, der er nogen, der får mere?”, spørger hun.

Selv har Lene Skytte i den tid, hun var indlejer, aldrig ønsket sig at blive ansat i stedet for. ”Jeg kunne godt lide, at jeg selv kunne administrere min arbejdstid uden at skulle spørge en overfysioterapeut, om jeg måtte gå til tandlægen, og jeg var glad for selv at administrere min løn uden nogen til at bestemme, hvad der skulle lægges til side til eksempelvis feriepenge og pension” siger Lene Skytte.

”De fysiske og 'psykiske' rammer på klinikkerne kan der selvfølgelig være stor variation på, lige som inden for alle andre arbejdspladser, alt afhængig af hvem der er i en personalegruppe som leder og indlejere”, siger Lene Skytte, der til gengæld ikke mener, man som indlejer generelt rent indtjeningsmæssigt er dårligt stillet.

”Hvor kan vi ellers gå hen og få den indtjening med en treårig uddannelse uden ansvar for andet end vores egen arbejdsindsats?”. ■

# Historien om et eftertragtet nummer

Indlejerbegrebet har omtrent eksisteret siden Ruder Konges tid, men den ulighed, mange mener, der eksisterer mellem klinikejere og indlejere er først opstået efter indførelsen af praksisplanlægningen i 1989

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

ILLUSTRATION ANNE-METTE ODGAARD

Gør markedet frit og afskaf ydernumrene! Lad indlejere få fuld råderet over eget ydernummer! Afskaf indlejere og gør alle til ansatte! Smid standardkontrakterne mellem indlejere og ejere i havet og skriv nogle nye!

Debatten på fysio.dk har de seneste måneder bølgende frem og tilbage med forskellige meninger om en anderledes organisering af praksissektoren.

Det har undertiden været svært at følge den røde tråd, men på bundlinjen står, at nogle - ikke alle - ønsker systemet lavet om.

## FORSLAG OM FRI KONKURRENCE

Hele polemikken om praksissektorens organisering blev skudt i gang på fysio.dk, da Konkurrencestyrelsen i sin årlige redegørelse argumenterede for en afskaffelse af praksisreguleringen.

Hvis patienter frit kunne vælge fysioterapeut uden at skulle bekymre sig om, hvem der har overenskomst med Sygesikringen, ville det fremme konkurrencen, mente styrelsen. Danske Fysioterapeuter argumenterede

i sit høringssvar for, at fri konkurrence ville gå ud over kvaliteten og være til skade for patienten. Redegørelsen blev grebet i luften af flere praktiserende fysioterapeuter uden overenskomst med sygesikringen, der på fysio.dk bakkede op om konkurrencestyrelsens argumenter og anklagede Danske Fysioterapeuter for

at gå "ydernummer-ejernes" ærinde.

Og med ordet ydernummer-ejer var bolden givet op for en helt ny diskussion. Nemlig diskussionen om, hvem der ejer ydernummeret. Ejeren af den klinik, hvortil ydernummeret er tilknyttet? Eller den fysioterapeut, herunder indlejere, der praktiserer under det?

## YDERNUMMERETS HISTORIE

Konstruktionen med indlejere på klinikker for fysioterapi blev introduceret længe før, der var nogen, der havde

tænkt tanken om praksisplanlægning (se faktaboks).

Kampen om ydernummeret har sin oprindelse i sygesikringens ønske om at kunne styre udgifterne til fysioterapi. Før 1988 var der fri nedsættelseret. Det vil sige at man ikke skulle tilmelde sig overenskomsten, og patienterne kunne banke på hos en hvilken som helst praktiserende fysioterapeut og med en lægehenvielse i hånden få behandling med sygesikringstilskud.

Da overenskomsten skulle fornyes i 1982 var et af sygesikringens krav imidlertid, at der skulle mere kontrol over udgifterne, og man krævede en regulering af, hvem der kunne nedsætte sig som praktiserende under overenskomsten. Foreningen sagde nej i seks år, og frem til 1988 fungerede praksissektoren helt uden overenskomst med sygesikringen, men dog med en voksende erkendelse af, at en ny overenskomst kun kunne komme i hus, hvis man bed i praksisplanlægningens sure æble.

I 1988 fik de medlemmer, der allerede var registreret som enten klinikejere, mobile eller lejere, et ydernummer, mens spørgsmålet om udvidelser og nynedsættelser blev overladt til amtslige samarbejdsudvalg mellem sygesikring og ydere.

Ni ud af ti praktiserende fysioterapeuter stemte ja til overenskomsten. Parterne udsendte derefter en fælles pressemeddelelse, hvori Danske Fysioterapeuters daværende formand Inger Brøndsted og formand for Sygesikringens Forhandlingsudvalg, amtsborgmester Ib Frederiksen erklærede, at der med overenskomsten var skabt et godt grundlag for det fremtidige samarbejde om den fysioterapeutiske behandling. Også den nyindførte praksisplanlægning fik et par ord med på vejen:

"Med den nye overenskomst indgår den fysioterapeutiske behandling som et led i den amtskommunale planlægning og fremtidige nyetableringer som praktiserende fysioterapeuter skal finde sted i overensstemmelse med en sådan plan", lød det blandt andet i pressemeddelelsen fra de to overenskomstparter. ▶

## indgang

■ Hvem opfandt indlejere, og hvordan havnede ydernumrene hos klinikejerne og ikke hos den enkelte yder? Fysioterapeuten har kigget i historiebøgerne.





- ▶ Inger Brøndsted konstaterede i en leder i fagbladet på baggrund af de mange ja-stemmer, at der "ikke, som man ellers kunne have frygtet, (er) opstået nogen kløft mellem foreningen og de medlemmer, der arbejder i praksissektoren".

Noget tyder dog på, at Inger Brøndsted glædede sig for tidligt. Indførelsen af praksisplanlægningen havde skabt om ikke en kløft så i hvert fald en grøft imellem to grupper af Danske Fysioterapeuters medlemmer. En grøft, der dog først åbenbarede sig året efter, i 1989, da en indlejer ville flytte fra en klinik. Hun forventede at kunne tage sit ydernummer med sig, mens klinikejeren omvendt regnede med at kunne finde en ny fysioterapeut til overtagelse af den ledige kapacitet på klinikken.

### EN BEGRÆNSET RETTIGHED

I en verden med fri nedsættelsesret ville en indlejer med udlængsel ikke have været et problem, idet klinikejeren blot kunne fylde hullet op med en ny indlejer. Men med den nyindførte praksisplanlægning blev det pludselig betydningsfuldt, hvem det var der havde relationen til sygesikringen og tilskuddene - klinikken eller fysioterapeuten.

Inger Brøndsted fremstillede i sin beretning på årets reresentantskabsmøde problemstillingen således:

"Danske Fysioterapeuter er af den klare opfattelse - og det var også tilfældet før overenskomstens indgåelse - at ydernummeret er en personlig rettighed. Men det er en rettighed, som er begrænset af, at det ikke kan benyttes på en anden adresse end den, som det er knyttet til ved ansøgningen og tildelingen".

Sygesikringen var i første omgang af en anden mening. Indlejerens ydernummer er "et personligt ydernummer", som klinikejeren ifølge overenskomsten "ikke kan disponere over", som der står i et brev fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg til det lokale samarbejdsudvalg.

Imidlertid var Sygesikringen enig med Danske Fysioterapeuter i, at der var et problem, der skulle løses, og at overenskomstens bestemmelse var uklar. I indkaldelsen til et forhandlingsmøde mellem overenskomstparterne i begyndelsen af 1990 beskrives problemet af Sygesikringens Forhandlingsudvalg som "væsentligt".

Til mødet var vedlagt et notat, udarbejdet af Danske Fysioterapeuter. Her argumenteres blandt andet med hensynet til en sikker klinikdrift. "Uden opfyldningsret vil driften af mange klinikker komme til at bero på et overordentligt usikkert økonomisk grundlag. Dette vil på lang sigt være til skade for både ejere, lejere og ikke mindst patienterne", hed det i notatet..

### INDLEJERNES HISTORIE

Hvordan indlejerbegrebet overhovedet er blevet introduceret i faget fortæller sig lidt i foreningens historiske tåger. Af et notat fra 1989 fremgår det, at "organisationsformen med indlejere har været almindeligt benyttet til gensidig tilfredshed, så længe det huskes i DF, i mere end 20 år".

Ifølge tidligere formand for Danske Fysioterapeuter, Inger Brøndsted, er indlejerens historie dog knap så lang, men går tilbage til begyndelsen af 70'erne. I Inger Brøndsteds udlægning er indlejerbegrebet introduceret af klinikejere, der ikke ville være underlagt funktionærlovens snærende bestemmelser. Men tidligere formand for fraktionen af praktiserende fysioterapeuter, Per Norman Jørgensen, erindrer, at også de dengang ansatte fysioterapeuter stod bag den nye organisationsform.

"Der var et ønske om større indflydelse på tilrettelæggelse af ferie og arbejdstider generelt, og målet var ganske enkelt en mulighed for større indtjening uden at være ansat og uden at investere i klinikfaciliteter", forklarer han.

Af forskellige mødereferater fremgår det, at Sygesikringen var lydhør over for foreningens argumenter, men mente, det var et problem, hvis ejer og lejer fik forskellig status i forhold til Sygesikringen. Alligevel endte det som bekendt med, at Danske Fysioterapeuter fik sin vilje. Det skete ifølge et brev fra Sygesikringens Forhandlingsudvalg til sygesikringslederne blandt andet af følgende to grunde: Godt nok var lejerens ydernummer tildelt lejeren personligt, men med adgang til at drive virksomhed på en bestemt adresse - nemlig ejerens. Desuden mente også Sygesikringen, at man ved at have mulighed "for at prøve sig selv som selvstændig uden helt at skulle tage den fulde økonomiske risiko (...) har valgt at indtage en anden position end ejere".

Siden da har der fra tid til anden været røster fremme fra Sygesikringen med en holdning til, at lejerbegrebet burde afskaffes, da det at have to slags ydere giver lidt ekstra administrativt besvær, for eksempel når lejere bliver ejere eller omvendt.

"Vi kender jo ikke indlejerbegrebet fra andre overenskomster, og vi vil da gerne af med det", siger chefkonsulent i Amtsrådsforeningen Jan Bülow i dag til Fysioterapeuten. Han har dog ikke fantasi til at forestille sig, at en afskaffelse af lejerbegrebet vil stå på listen over sygesikringens krav til de næste overenskomstforhandlinger. ■

# Man kan ikke bare vente på, at det går over

Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelsen mener, det er på tide at få skabt mere ligestilling imellem ejere og lejere

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

Det er langt fra første gang, at indlejere og klinikejere diskuterer deres indbyrdes forhold. Diskussionen om styrkeforholdet ejere og lejere imellem har bølget frem og tilbage flere gange og kørte eksempelvis for fuld styrke i dette blad i efteråret 2001.

I 2002 fandt diskussionen vej til repræsentantskabsmødet i form af et forslag fra en indlejer. Ifølge forslaget skulle forhandlingsudvalget arbejde for, at ydernummeret skulle tilhøre den lejer, der virker i det og ikke klinikken. Forslaget kom dog aldrig til afstemning, da det blev trukket af forslagsstilleren, der fik, hvad hun var kommet for: nemlig en debat om forholdene i praksissektoren.

Spørgsmålet er, om de indlejere, der i sommerens løb har debatteret på [fysio.dk](http://fysio.dk) vil stille sig tilfredse med at have skabt debat, eller om der for alvor skal ske ændringer i forholdene mellem ejere og lejere, før bølgerne lægger sig igen. Dét tror man i Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse, der derfor behandlede problematikken på sit seneste møde.

”Det er jo en gammel historie, der er kommet op igen, men det betyder ikke, at det ikke skal tages alvorligt. Nu har vi en medlemsundersøgelse, der tyder på, at vi ikke bare kan køre videre, som vi hidtil har gjort. Vi kan ikke bare vente på, at det går over”, sagde formand Johnny Kuhr blandt andet i sin indledning på mødet.

Han refererede til en undersøgelse blandt lejere, ejere og ansatte i praksissektoren, som foreningen fik udarbejdet i foråret. Undersøgelsen (der er nærmere omtalt på side 18) afslører en udbredt utilfredshed blandt lejerne, der hænger sammen med foreningens manglende indflydelse på kontraktforholdene mellem ejere og lejere. Kontraktforhold, som mange lejere er stillet spørgsmålstejn ved, for eksempel hvad angår arbejdets tilrettelæggelse.

Ifølge undersøgelsen mener næsten halvdelen af klinikejerne, at de er i deres gode ret til at stille krav om et bestemt antal patienter eller ydelser pr. time, mens kun hver femte lejer mener, det er i orden, at

klinikejere har en mening om, hvordan de tilrettelægger deres arbejde.

Undersøgelsen tyder på, at klinikejerne nogle steder er blevet for meget arbejdsgivere og reelt betragter indlejerne som ansatte i stedet for det, de er, nemlig selvstændige erhvervsdrivende.

## FOR MANGE BEVÆGER SIG I EN GRÅZONE

”Vi er nødt til at reagere. Hvis man vil have ledelsesbeføjelser, er man nødt til at ansætte folk”, sagde Brian Errebo-Nielsen, der mødte enighed hele vejen rundt om bordet: Vil man som klinikejer have rådighed over sine indlejere, som var de ansatte, må man ansætte dem og give dem de rettigheder, der følger med en ansættelse. Der er for mange eksempler på klinikejere, der bevæger sig i en gråzone, og det er uacceptabelt, mente hovedbestyrelsen, der derfor diskuterede, hvilken vej man skulle gå for at komme i retning af en bedre balance i forholdet.

Der blev ikke behandlet færdige forslag, men man var enige om at betragte en af de retninger, flere indlejere har udpeget, som en blindgyde: Fri nedsættelsesret er ikke et gangbart forslag, lød det. Vurderingen fra foreningens forhandlingsafdeling på praksisområdet er, at Sygesikringen aldrig vil gå med til fri nedsættelse, heller ikke selvom det følges af væsentlige beskæringer i tilskuddet, fordi der så vil blive tale om en kraftigt forøget brugerbetaling.

59 procent af indlejerne mener ifølge undersøgelsen, at man som indlejer bør kunne tage sit ydernummer med sig til en anden klinik, men heller ikke i den retning ønskede hovedbestyrelsen at gå, da man er bange for, at det kan få uoverskuelige økonomiske konsekvenser for klinikkerne. Det er de samme argumenter, som foreningen brugte i 1989, da ydernummerets tilhørsforhold var til diskussion første gang (se artiklen side 24).

Johnny Kuhr holdt dog en dør på klem: ”Man kan måske forestille sig, at man fremadrettet ikke knytter ▶

## Alle medlemmer er velkomne på repræsentantskabsmødet

**Tilmelding** ■ Når Danske Fysioterapeuter den 24. og 25. november 2006 holder repræsentantskabsmøde i Odense, vil menige medlemmer have mulighed for at deltage dog uden stemme- og taleret. Danske Fysioterapeuter betaler fortæring under selve mødet, men ikke menige medlemmers udgifter til transport og ophold.

En "folkeudgave" af årsberetningen sendes sammen med Fysioterapeuten nr. 19 til alle medlemmer, mens den lange version, som repræsentantskabet får, kan rekvireres ved afkrydsning på kuponen eller downloades på [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk)

Ønsker man som menigt medlem at komme med et forslag til diskussion eller beslutning på repræsentantskabsmødet, skal det stilles gennem et repræsentantskabsmedlem, og forslaget skal være i sekretariatet senest mandag den 9. oktober 2006.

*Tilmelding til repræsentantskabsmødet kan foregå elektronisk på [www.fysio.dk/foreningen](http://www.fysio.dk/foreningen) eller ved indsendelse af nedenstående kupon til: Danske Fysioterapeuter, Nørre Voldgade 90, 1358 København K. att. Vita Vallentin – senest den 6. november 2006.*

## Tilmelding til repræsentantskabsmøde 2006

24. – 25. november 2006 - Radisson SAS H.C. Andersen Hotel, Claus Bergs Gade, Odense

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

Medl.nr.: \_\_\_\_\_

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

Tlf.pr.: \_\_\_\_\_ Tlf.arb.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Fredag den 24. november 2006

Deltager i frokosten

Deltager i middagen

(deltagelse i middagen kr. 300 dækkes ikke af Danske Fysioterapeuter)

Vegetar

### Lørdag den 25. november 2006

Deltager i frokosten

Jeg vil gerne have tilsendt årsberetningen

Jeg vil gerne have tilsendt øvrigt materiale

dfnyt

### FAGLIGE KRITERIER FOR NYNEDSÆTTELSE

Hovedbestyrelsen godkendte på mødet, at forhandlingsudvalget for sygesikringen skal arbejde for, at der fremover kommer til at gælde andre kriterier for nynedsættelser.

Der har, som forhandlingsleder Esben Riis formulerede det på mødet, været tendens til en 'Matthæus-effekt' (dvs. at 'de, der har, skal mere gives') i forbindelse med tildelingen af nye ydernumre, idet det hidtil har været politikken, at ydernumre skulle tildeles i forvejen etablerede klinikker. Men den politik, der nu er lagt op til, bliver nynedsættelser i højere grad baseret på faglige kriterier.

- ydernummeret til en bestemt adresse. Det kan godt være, at der så er 100 års udsigt til en bred implementering, men det kan anvise en vej", sagde han blandt andet.

### LEJERE KOMMET FOR AT BLIVE

En tvungen afskaffelse af selve indlejerbegrebet kommer ikke på hovedbestyrelsens dagsorden. Dels er flertallet af indlejerne ifølge medlemsundersøgelsen ikke interesserede i at være ansatte i stedet for. "Det er derfor en anden strategi, vi bør forfølge: At arbejde for mere ligestilling", sagde formanden.

Konkret vil der blandt andet blive set på standardkontrakterne. Praksisudvalget tager dem under behandling på sit næste møde med henblik på, at de i højere grad, end det er tilfældet i dag, skal afspejle et ligeværdigt forhold mellem selvstændige erhvervsdrivende.

Imidlertid er det kun begrænset indflydelse, foreningen rent juridisk kan have på standardkontrakterne. Hvis de to parter ønsker at fravige standardkontraktens anbefalinger, er det op til dem, netop som selvstændige erhvervsdrivende. Hovedbestyrelsen anbefalede derfor, at forhandlingsudvalget søger at skruer på nogle af bestemmelserne i overenskomsten. For eksempel ved, at der indføres en karenperiode i forbindelse med afmelding af et ydernummer. Det vil betyde, at en klinikejer ikke med det samme vil kunne tilmelde en ny yder, i det øjeblik en lejer flytter. Og det vil i praksis kunne sikre lejerne en længere opsigelse og stille dem stærkere over for klinikejeren i en forhandlingssituation

Johnny Kuhr luftede, at der vil kunne findes andre lignende håndtag at skruer på, så overenskomsten i et vist omfang kan gennemtvinge et mere ligeværdigt forhold mellem ejere og lejere. ■

# Nye ydernumre bør ikke være bundet til klinikken

Fremtidens nye ydernumre bør tilhøre den praktiserende fysioterapeut og ikke været bundet til en klinik. Sådan lyder vurderingen fra Danske Fysioterapeuters formand, Johnny Kuhr. Han mener det vil være sundt for praksissektoren, hvis der kommer flere kompagniskaber og samarbejde mellem selvstændige praktiserende samt flere ansatte på klinikkerne

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD

”Selvfølgelig gør det indtryk. Når halvdelen af lejerne siger, at de ikke er tilfredse med en række forhold i praksissektoren, bliver vi som deres interesseorganisation nødt til at handle”, siger formanden for Danske Fysioterapeuter, Johnny Kuhr.

Utilfredsheden står blandt andet at læse i en medlemsundersøgelse (omtalt på side 18), og Johnny Kuhr lægger på den baggrund op til at foreningen arbejder for en række ændringer i strukturen i praksissektoren:

”Jeg kan forestille mig, at nye ydernumre ikke skal være bundet til klinikken, og at den praktiserende kan tage det med sig, når han eller hun rejser. Det vil give et mere ligeværdigt forhold mellem ejere og lejere, og samtidig betyde, at de bedste klinikker kan tiltrække dygtige praktiserende med eget ydernummer. Det, tror jeg, vil være sundt for branchen”.

I forhold til eksisterende ydernumre bør det undersøges, om det er muligt, at lejerne kan få forkøbsret, når eksempelvis en ejer ønsker at afhænde sin praksis.

”Der er flere gode grunde til, at det nuværende system ser ud, som det gør. For 20 år siden var der brug for at samle ydernumrene for at sikre kvaliteten og forretningsgrundlaget. Siden har faget og sektoren udviklet sig. Det mål, vi satte os, om at professionalisere klinikkerne, så de kan yde et moderne behandlings- og træningstilbud, er ved at være nået. I dag er der helt andre betingelser og dermed også mulighed for at ændre politik på området”, siger Johnny Kuhr.

Han mener, det vil være sundt, hvis der i fremtiden kommer flere kompagniskaber og samarbejder mellem selvstændige praktiserende med eget ydernummer, og at de klinikejere, der ønsker at stille bestemte krav til arbejdstid, patientantal m.v., ansætter fysioterapeuter i stedet for at have lejere. ”Det vil give mere rene linier

## fakta om...

DANSKE FYSIOTERAPEUTER VIL BL.A. ARBEJDE FOR AT:

- Standardkontrakterne udformes, så lejerne sikres en ligeværdig status som selvstændige i forhold til klinikejerne.
- Medlemmerne i praksissektoren inddrages mere i, hvordan strukturen i sektoren skal udvikle sig. Eksempelvis ved afholdelse af workshops inden årsskiftet.
- Der stilles overenskomstkrav, der kan styrke lejernes retsstilling.
- Kriterierne for tildeling af ydernumre bør ændres, så faglige kriterier vægtes højere end geografi, så nye ydernumre i mindre grad gives til etablerede klinikker.
- Nye ydernumre bør ikke være bundet til klinikken.

for alle parter,” siger formanden, der dog ikke ønsker muligheden for at blive indlejer afskaffet.

”Af undersøgelsen kan vi se, at fysioterapeuter gerne vil være selvstændige. Derfor er det vigtigt fortsat at sikre denne mulighed. Men som sagt som lejer på nogle mere ligeværdige betingelser,” siger Johnny Kuhr.

Og så opfordrer formanden alle interesserede fysioterapeuter i praksissektoren til at bidrage til debatten om, hvordan strukturen i sektoren skal udvikle sig. Eksempelvis ved at deltage i de workshops, foreningen vil afholde inden årsskiftet, samt bidrage, når der de kommende måneder indsamles krav til forårets overenskomstforhandlinger med Sygesikringen.

”Der er flere forhold, vi på baggrund af medlemsundersøgelsen skal have undersøgt nærmere. Det bliver min og hovedbestyrelsens opgave at sikre, at det sker, således at beslutningerne kan træffes hurtigt og på det rette grundlag,” siger Johnny Kuhr. ■

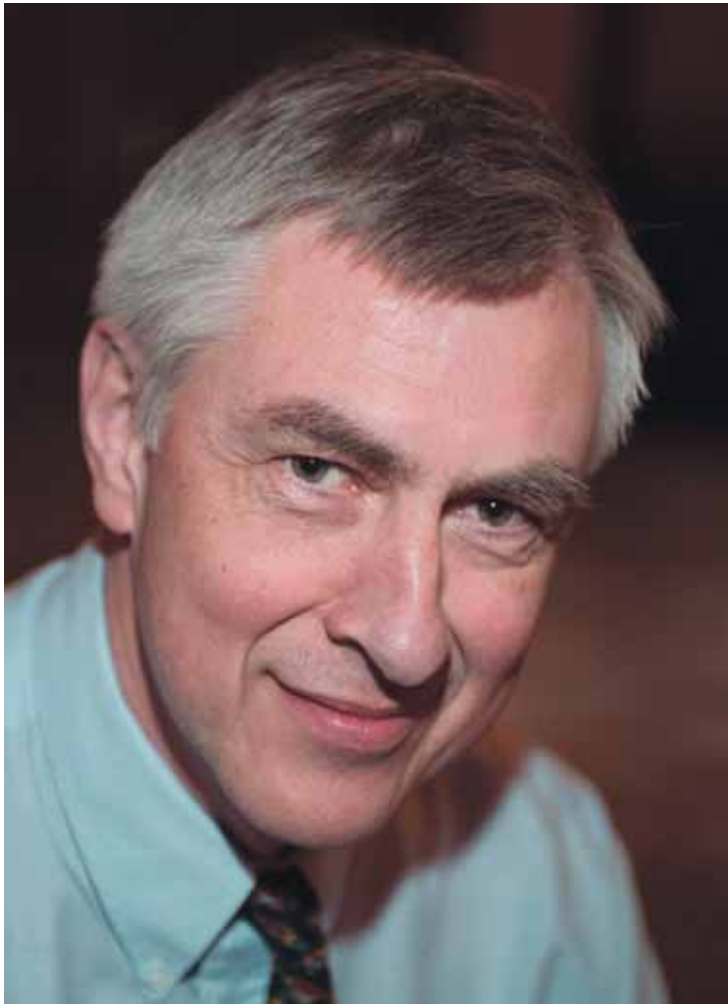
# Mest læring sker på jobbet

Medlemmernes kompetenceudvikling er en af de vigtigste opgaver for en moderne fagforening, mener professor Henrik Holt Larsen

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

FOTO PRIVAT

Arbejdspladslæring, fælrdning, jobrotation, jobsparring, læringsdagbog, mentorordning og portfolio. Listen med værktøjer til kompetenceudvikling er alenlang og ovenstående blot et tilfældigt udpluk. Der tales om kompetenceudvikling som aldrig før, og ikke mindst de faglige organisationers røst kan høres i koret.



Således også Danske Fysioterapeuter, der de senere år har haft en stigende opmærksomhed på opgaven med at udvikle medlemmernes kompetencer. Dette kommer blandt andet til udtryk på Internettet, hvor hjemmesiden kompetenceudvikling.fysio.dk støt og roligt vokser i omfang, ligesom foreningen i juni inviterede 200 fysioterapeuter til en konference om emnet (se faktaboks side 32).

Men hvorfor denne iver fra foreningens side? Er det en fagforenings opgave at stresse sine medlemmer på den måde ved hele tiden at slå på, at de skal være endnu bedre til deres arbejde?

## ET VIGTIGT UDVIKLINGSOMRÅDE

Fysioterapeuten har spurgt professor på Handelshøjskolens Institut for organisation og arbejdssociologi, Henrik Holt Larsen. Hans svar er et klart ja. Kompetenceudvikling er ikke bare et vigtigt område for de faglige organisationer, men dét vigtigste område, mener han.

”Traditionel fagpolitisk tænkning er jo, at man har et regelsæt, der skal forsvares, og nogle overenskomster, der skal fornys og forbedres. Fagforeningerne skal sikre at virksomhedernes ledelser overholder reglerne. De er en slags politibetjente, men de risikerer også at blive kustoder, hvis de ikke udvikler sig”, mener Henrik Holt Larsen.

Og netop kompetenceudvikling er et relevant udviklingsområde for de faglige organisationer, fastslår Henrik Holt Larsen.

*At være kompetent i sit job handler om andet og mere end at have de faglige kompetencer i orden, mener Henrik Holt Larsen.*

*”Før ansatte man folk på grund af deres faglige kvalifikationer, og så fyrede man dem på grund af deres personlige egenskaber. Nu vender man det rundt, så man sørger for, at de personlige egenskaber er i orden, når man ansætter folk. Så kan man altid efterfylde med faglig kompetenceudvikling”.*

The screenshot shows the homepage of 'Kompetenceudvikling.fysio.dk'. The main navigation bar includes 'Fysio.dk', 'Forskning', 'Kompetenceudvikling', 'Studerende', 'Tilfælde', 'Ledere', 'Fagfestival', and 'Kommunalreform'. Below this, there are sub-menus for 'Begreber', 'Kom i gang', 'Værktøjer', 'Cases', 'Aftaler og pjecer', 'Debat', 'Kommunalreform', and 'Ledere'. A search bar is visible with 'Søg tekst' and a 'OK' button. The main content area features a large article titled 'Kompetenceudvikling med udgangspunkt i evidensbaseret praksis' dated 8. maj 2006. To the right, there are sections for 'SE NYHED', 'SENESTE NYHED' (listing dates from 04. april 2006 to 07. april 2006), and 'SENESTE OPDATERINGER'. At the bottom, there are sections for 'SE OGSÅ' (with sub-sections 'FAGLIGE KURSER 2006', 'SE VIDEO FRA FAGFESTIVAL', and 'AFTALER'), 'INDSEND EN CASE', 'VÆRKTØJER', 'FAGFESTIVAL', and 'PLANLÆGNING'. A footer note states 'Senest redigeret 08-08-06 af Anne Larsen kl. 13:49:50'.

De faglige organisationer bør interessere sig for kompetenceudvikling af flere grunde:

”Som medarbejder sælger man sin kompetence og sit engagement. Tidligere har fagforeningerne i højere grad interesseret sig for den måde, man bliver betalt for at bruge sine kompetencer, men ved også at interessere sig for udviklingen af dem, styrker man medlemmernes indflydelse og gør dem attraktive på arbejdsmarkedet”. Og på samme tid efterkommer man et elementært behov hos medlemmerne, mener Henrik Holt Larsen:

”Medlemmerne har en faglig sult. Det var i kraft af den, de fik deres uddannelse, og det er den, der driver dem til at blive ved med at ville lære mere”.

### IKKE NOGET MODSÆTNINGSFORHOLD

Der er ifølge Henrik Holt Larsen ikke noget modsætningsforhold mellem henholdsvis arbejdsgiveres og ansattes ønske om kompetenceudvikling.

”I en lufthavn er folk på vej i hundredvis af forskellige retninger. De behøver ikke at være enige om, hvor de skal hen, men de er enige om, at de skal være dér, i lufthavnen, lige nu”. På samme måde kan medarbejderens ønske om at udvikle sine kompetencer sagtens gå hånd i hånd med virksomhedens, selvom man som medarbejder måske mere er drevet af ønsket om den personlige tilfredsstillelse ved at få stillet sin faglige sult, få mere i løn eller måske endda få et andet job”, mener han.

Ifølge Henrik Holt Larsen beviser talrige undersøgelser, at mennesker gerne vil bruges. Ligesom heste er glade for at blive redet, og hunde er vilde med at komme på jagt, vil også mennesker gerne udfordres – kropsligt såvel som mentalt. At blive udfordret på sine kompetencer er ▶

### KOMPETENCEUDVIKLING.FYSIO.DK

Danske Fysioterapeuter har oprettet en hjemmeside om kompetenceudvikling. Her kan man læse om begreberne professions- og kompetenceudvikling og finde inspiration til, hvordan man kommer i gang med kompetenceudviklingsprojekter på sin egen arbejdsplads. På hjemmesiden præsenteres en lang række værktøjer og metoder, som kan anvendes i forbindelse med kompetenceudvikling, bl.a. førlørdning, jobrotation, læringsdagbog og mentorordning. Desuden kan man finde cases fra forskellige fysioterapeutiske arbejdspladser, der har arbejdet med kompetenceudvikling på hver deres måde.

Klik ind på [kompetenceudvikling.fysio.dk](http://kompetenceudvikling.fysio.dk)

- ▶ derfor i pagt med den menneskelige natur og endnu et argument for, at det ikke er noget, fagforeningerne skal holde sig på afstand af, mener han.

Men det er selvsagt ikke nok, at medarbejderne gerne vil udfordres og lære nyt. Hvis ikke rammerne for kompetenceudvikling er til stede i virksomheden, sker der ingenting. Ifølge Henrik Holt Larsen har ledelsen initiativpligten, hvad udviklingen af medarbejdernes kompetencer angår.

”En arbejdsgiver i en viden- og servicevirksomhed har samme ansvar for at smøre og vedligeholde produktionsapparatet, som en virksomhedsejer i industrien har. For en ingeniør er det banalt – prøv bare at lade være, så bryder det hele sammen”.

Kompetenceudvikling er altså smøring og vedligeholdelse, mener han. Og behovet i sundhedssektoren har aldrig været større. ”Den teknologiske udvikling fordrer nye kompetencer. Der kommer hele tiden ny viden, nye erkendelser og også nye hjælpemidler, nye metoder. Samtidig er der et stigende krav om kvalitet og dokumentation fra politisk side og fra enkeltborgere”.

#### HVEM SKAL BETALE

Selvom fysioterapeuter og deres arbejdsgivere og ledere kan blive enige om fornuften i kompetenceudvikling, ser man ikke altid ens på, hvem der skal betale.

På arbejdsmarkedet som helhed betragtet flyder arbejde og fritid sammen som aldrig før, hvilket blandt andet viser sig i udbredelsen af hjemmearbejdspladser. Men i sundhedssektoren, hvor patienterne fordrer det, som Henrik Holt Larsen kalder en tilstedeværelseskultur og en arbejdspladskultur, skelnes der stadig mellem arbejdsliv og fritid.

”Det smitter selvfølgelig af på kompetenceudviklingen, men også her er det ved at gå kraftigt i opløsning. Det er blevet mere gråt, end det har været før, og det bliver mere og mere almindeligt, at arbejdsgiverne giver pengene, og medarbejderne giver tiden eller i hvert fald en del af den”, forklarer Henrik Holt Larsen.

Det er dog langt fra al kompetenceudvikling, der fordrer hverken penge til kursusafgifter og litteratur eller tid til deltagelse og eksamensforberedelse. Tværtimod.

Ifølge Henrik Holt Larsen fokuserer både ledelse og medarbejdere ofte meget på kurser og efteruddannelse, men forskning viser, at størstedelen af læringen sker på jobbet, forklarer han.

”Det er jo besynderligt, at man tror, man skal væk fra jobbet for at blive bedre til at bestride det”.

I stedet skal ledere have mere fokus på den kompetenceudvikling, der sker, når medarbejdere udfordres med nye opgaver, mener han.

”Ledere har pligt til at se på, om job-udformningen

#### EN SAMLET STRATEGI

Den omtalte konference om Professionel Kompetenceudvikling var et led i en større samlet strategi i Danske Fysioterapeuter. Målet er at medvirke til fagets fortsatte udvikling og fortløbende kompetenceudvikling for alle fysioterapeuter. Foreningens målsætninger på området er, at fysioterapeuter målrettet arbejder med klinisk ræsonnering og kvalitetsudvikling, og at fysioterapeuter løbende dokumenterer deres kompetenceudvikling. Der skal udvikles en model for systematisk registrering, så denne kan bruges som et professionelt redskab til kvalitetsudvikling og dokumentation i forbindelse med karriereudvikling og jobansøgninger.

bidrager til udviklingen af nye kompetencer. Selve tilrettelæggelsen af arbejdet er en kæmpe værktøjskasse, vi ikke har været gode nok til at bruge. Læring på jobbet fordrer varierede, krævende og udfordrende job”, siger Henrik Holt Larsen, der har svært ved at se, at en arbejdsplads kan være for lille til, at man kan ændre noget i tilrettelæggelsen af det daglige arbejde.

”Selvom man kun er to på en klinik, er der jo alligevel en arbejdsdeling. Og er man alene, kunne man jo prøve at bytte med en anden i samme situation i en måned”.

#### HVIS MIN KARRIERE VAR EN FILM

Mobilitet er i det hele taget et nøgleord, når det gælder udviklingen af nye kompetencer. Man skal indimellem stille sig selv spørgsmålet *’hvis min karriere var en film, gad jeg så se den?’*, mener Henrik Holt Larsen og minder om, at det ser godt ud på CV’et, at man har søgt udfordringer flere steder uden dog at være en flakke.

Imidlertid er der en hel del fysioterapeuter, der ikke behøver kaste sig ud i kreative spekulationer om hverken jobrotation eller mobilitet. Det kommer helt af sig selv, når kommunerne til nytår overtager både opgaver og ansatte fra amterne.

”Reformen medfører massive organisationsforandringer, og man skal selvfølgelig have respekt for den utryghed, det giver. Men det er en unik måde at speede kompetenceudviklingen op på”, siger Henrik Holt Larsen og lader tankerne gå tilbage til 2001, da sparekniven skar dybt i statsadministrationen. ”Uden at sige ret meget om måden, det foregik på - det var blodigt, og det skabte stor frustration - er den organisatoriske læring, der kom ud af det, imponerende”. ■





# SAMI

## TRADING HOUSE



### Behandlingslejer i højeste kvalitet

**Hess**

Polsteret med lækker blød 4 cm. latexfri skumgummi. Betræk; antibakteriel kunstlæder, fås i 8 standard farver. Ekstra blød ansigtsudskæring. Trinløs elektrisk højdejustering via omkransende bøjle, højdejustering fra 45-102 cm. Mulighed for dynamisk løftekapacitet

215 kg. Statisk 250 kg.  
Hjul med central blokerende bremse.

**3-delt behandlingsleje**  
**6-delt behandlingsleje**

kr. 14.900,-  
kr. 18.500,-

### Daum Electronics

daum  
electronic



Ellipse

Fra kr. 6.975,-



Kondicykel

Fra kr. 4.644,-



Løbebånd

Fra kr. 23.265,-

### Tilia - Indkøbspriser til fast lav pris

- uden at gå på kompromis med kvaliteten!



#### Økonomibolde

- i rigtig god kvalitet bliver ikke skæve!

45 cm. kr. 54,-  
55 cm. kr. 59,-  
65 cm. kr. 66,-  
75 cm. kr. 73,-  
85 cm. kr. 97,-

#### Træningselastikker

i kasse á 40m x10 cm. God fortjeneste ved videresalg.

Ekstra let: Gul kr. 418,-  
Let: Rød kr. 456,-  
Middel: Grøn kr. 495,-  
Hård: Blå kr. 552,-  
Ekstra hård: Sort kr. 366,-

Alle priser er ekskl. moms



Tilia  
europa

Proprio-Bar  
kr. 443,00

Profi  
PowerWeb  
kr. 232,-



POST

DANMARK

PP

Maskinel Magasinpost  
ID NR. 42137

Afsender:  
Postbox 7777  
7000 Fredericia

Danske Fysioterapeuter, Nørre Voldgade 90,  
1358 København K., tlf.: 33 41 46 20