



Motion på recept

Fremtiden for motion på recept er uvis efter kommunalreformen.
Side 6

Fysioterapeuten

www.fysio.dk

Balancen skal genoprettes

Både ejere og lejere ønsker at bevare konstruktionen med lejere i praksissektoren. Men der skal rettes op på balancen.

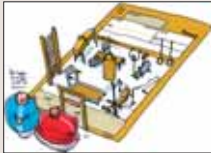
SIDE 14



Peter M. Jensen

Artikler

Motionsreceptens fremtid er uvis



7200 har sagt ja til motion frem for medicin, men trods gode resultater er motion på recept kommet i klemme mellem re-

gioner og kommuner i forbindelse med kommunalreformen.

Inspiration fra New Zealand



New Zealand er læn- gere fremme med motion på recept, end Danmark er, og der kan derfor hentes meget inspiration i

de New Zealandske erfaringer i forhold til videreudvikling af det danske koncept.

Tilfredsheden vejer tungest

Trods konflikter er både ejere og lejere glade for konstruktionen med lejere i praksissekto- ren. En ny undersøgelse søger forklaringen på, hvorfor der trods tilfredsheden med selve systemet indimellem er utilfredshed med den måde, det praktiseres på.

Bod eller smiley til dårlige kolleger



Skal en fysioterapeut kunne idømmes en bod for ukollegial op- førsel? Eller skal der etableres et system, der blåstempler de

ordentlige fysioterapeuter?

Farvel til terapiassistenterne

Meget vil stadig være det samme efter den 1. januar, selvom fysioterapeuter så også i lovens forstand kan kalde sig fysioterapeuter.

Den intelligente strømpe

Fredensborg "Uge-Nyt" kan for- tælle den sensationelle historie om det seneste behandlingstiltag til mennesker med åreknuder: Matas i Nivå Center har introduceret en helt ny type komfort-strømpe med "intelligent strikketeknologi". Strøm- perne er så intelligente, at benene blot ved at have strømperne på helt automatisk "tilføres fysio- terapi og hygiejne". Dette blads læsere kan formentlig sige sig selv, hvordan fysio- terapi kan tilføres med en strømpe, mens det med hygiejnen måske kræver en nærmere forklaring: Hygiejnen opnås ved, at fødderne kan ånde

gennem den tynde model, mens en lidt tykkere model er udstyret med svedoptagende microfibre. Denne model er også velegnet til mænd, lyder det fra Uge-Nyts korrespon- dent i Nivå. Og hvis Uge-Nyt's historie lyder utrolig, så se bare overskriften på den oprindelige pressemeddelelse fra strømpefabrikanten: "Intelligente tekstiler: Strømper nu med fysioterapi, deodorant og klimaanlæg".



6

11

14

19

24

Det faste

Fysnyt 4, 25, 28

DFnyt 21

Kalender 35

Uddannelse 36

Job 42

Når man kan i trafikken

Hvis stadig flere personer kommer til skade i trafikken, er det naturligt at vurdere om vejnettet, skiltningen og trafikreglerne er gode nok. Hvis man samtidig kan se, at der vil komme flere biler på vejene, er det helt naturligt at overveje, hvordan man kan undgå trafikalt kaos og flere til skadekomne. Det er hel normal politisk praksis, herunder at afsætte de nødvendige økonomiske midler til at løse problemerne.

Men den logik gælder åbenbart ikke på sundhedsområdet. Et nyt debatoplæg viser, at hver gang samfundet bruger 1000 kroner på at behandle, bruges der kun én krone på sundhedsfremme og forebyggelse. Det selvom vi ved, at vi i fremtiden vil få betydeligt flere syge og ældre med behov for behandling, hvis ikke vi gør noget. Samtidig kan vi se, at der bliver færre til at behandle de syge. Der er allerede flere tusinde ubesatte stillinger inden for sundhedsvæsenet, og det er svært at tiltrække unge til en række sundhedsuddannelser.

Det er uklogt og uambitiøst at prioritere forebyggelse så lavt, konkluderes det i debatoplægget "Fra livsstil til civilisation", som Mandag Morgen har lavet på opfordring af Trygfonden. I oplægget foreslås det, at politikerne tager hårdere midler i brug og i større omfang inddrager faglige organisationer, private virksomheder og det offentlige i forebyggelsen. Dermed bygges der videre på rapporten Fremtidens Puls, som Mandag Morgen tidligere har lavet for Danske Fysioterapeuter.

Hvis problemerne skal forebygges, hjælper det ikke med små millionpuljer og skræmmekampagner, hedder det i debatoplægget. Politikerne er nødt til at tage det tunge skyts i brug i form af økonomiske incitamenter. Eksempelvis ved at indføre energikvoter på mad, der vil give markant højere priser på slik, sodavand, chips og lignende fødevarer. Andre forslag er at begrænse tilgængelighed til alkohol og tobak, indføre eksamenskrav i gymnastik og indrette omgivelserne, så de opfordrer til, at man går, cykler eller på anden vis bevæger sig.

I oplægget foreslås det, at der indføres politiske mål som at stoppe væksten i overvægtige, halvere antallet af unge, der begynder at ryge og reducere den sociale ulighed i sundheden. Det offentlige skal i langt højere grad involvere idrætsforeninger, faglige organisationer, patientforeninger, fødevarer- og dagligvarebranchen, medicinalindustrien med flere. Og så er der brug for meget mere viden i form af forskning i indsatser og forståelse af menneskers adfærd.

At det er muligt at ændre udviklingen, viser erfaringerne med at forebygge antallet af trafikdræbte ved en langvarig, sammenhængende indsats. Når man nu kan i trafikken, bør man også kunne på sundhedsområdet.



FORSIDE:
HENRIK FRYDKJÆR

Udgiver:
Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Telefon 33 41 46 20

E-mail:
Redaktionen@fysio.dk
www.fysio.dk

Redaktion:
Informationschef
Mikael Mølgaard, ansv.red.
mm@fysio.dk
Faglig redaktør Vibeke Pilmark
vp@fysio.dk
Journalist Anne Guldager
ag@fysio.dk
Sekretær Jonna Søgaard Harup
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 9.868
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2005 - 30. juni
2006
88. årgang.

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

Redaktionspanel:
Kristian Thorborg
Martin B. Josefsen
Vibeke Grandt
Marianne Telling
Karen Langvad
Mark Theilmann
Gitte Arnbjerg
Rikke Hjulmand

ISSN 1601-1465



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Aldersgrænse for autorisation

Lovgivning ■ Når lov om autorisation af sundhedspersoner træder i kraft til nytår fremgår det som noget nyt, at retten til at udøve selvstændig faglig virksomhed bortfalder, når en autoriseret sundhedsperson fylder 75 år.

Sundhedsstyrelsen kan efter ansøgning give tilladelse til, at en autoriseret sundhedsperson kan fortsætte sin selvstændige faglige virksomhed helt eller delvist efter det fyldte 75. år. Ved vurderingen af sådanne konkrete ansøgninger vil der blandt andet blive lagt vægt på ansøgerens helbredstilstand, faglige opdatering og tilknytning til arbejdsmarkedet. De sundhedspersoner, der i løbet af 2007 fylder 75 år, vil få direkte besked fra Sundhedsstyrelsen om den nye ordning.

Sundhedspersoner, der den 1. januar 2007 allerede er fyldt 75 år, berøres ikke af lovændringen, men kan fortsætte deres eventuelle selvstændige faglige virksomhed som hidtil.

fysnyt

Hjerterehabilitering

Teknologivurdering ■ I en rapport vurderes de foreløbige resultater af et hjerterehabiliteringsforsøg (DANREHAB) på Bispebjerg hospital. Rapporten gennemgår og vurderer desuden den internationale videnskabelige litteratur om hjerterehabilitering. Rapporten er et resultat af et samarbejde mellem Statens Institut for Folkesundhed, hjerteafdelingen på Bispebjerg Hospital og Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering i Sundhedsstyrelsen. I rapportens sammenfatning står blandt andet, at patienter ønsker at deltage i hjerterehabilitering og at behandlingstilbuddet øger patienternes tilfredshed. Behandlingen kan reducere genindlæggelsesfrekvensen samt sengedagsforbruget. Hjerterehabilitering er langt fra gennemført på Danmarks sygehuse, men DANREHAB-forsøget viser, at det er muligt at implementere en rehabilitering, som lever op til de gældende retningslinjer. Det understreges endvidere i rapportens konklusion, at der fortsat er behov for systematisk erfaringsopsamling og for at gennemføre store forsøg af høj kvalitet, før effekten af hjerterehabilitering endeligt kan fastslås. "Hjerterehabilitering – en medicinsk teknologivurdering" kan downloades fra sst.dk.

Det tunge skyts skal i brug i forebyggelsen

Rapport ■ Den danske forebyggelsesindsats har slået fejl. Den er uambitiøs og helt utilstrækkelig. Eksempelvis bruges der kun én skattekrone til at forbygge de skader som fed og for meget mad, rygning og for lidt motion giver, hver gang det offentlige bruger 1000 kroner til at behandle følgerne af de såkaldte livsstils sygdomme.

Sådan lyder det i et helt nyt debatoplæg som Mandag Morgen

har lavet på opfordring af Trygfonden. "Fra livsstil til civilisation – et debatoplæg om at komme videre med forebyggelsen i Danmark" er et massivt angreb på den nuværende forebyggelsespolitik.

Årsagen til den lave prioritering er blandt andet hele den måde, vi anskuer forebyggelse på i dag. Vi opfatter rygning, alkohol, fedme og manglende motion som selvvalgt livsstil. Derfor kalder vi dem også for livsstilssygdomme. Kun hvis uskyldige bliver ofre for folks usunde vaner, eksempelvis ved passiv rygning, griber myndighederne ind.

Begrebet livsstilssygdomme er ikke blot misvisende men også faktisk forkert, moralsk uacceptabelt og politisk vildledende som grundlag for en forebyggelsespolitik, hedder det i oplægget. I stedet bør man betragte problemerne som civilisationssygdomme, skabt af de mange fristelser og den lette adgang til tobak, alkohol samt store mængder billig, fed og sød mad og muligheden for at slippe for fysisk aktivitet. Hvis problemerne skal forebygges, hjælper det ikke med små millio-npuljer og skræmmekampagner. Politikerne er nødt til at tage det tunge skyts i brug i form af øko-



nomiske incitament. Eksempelvis ved at indføre energikvoter på mad, der vil give markant højere priser på fødevarer på slik, sodavand, chips og lignende fødevarer. Andre forslag er at begrænse tilgængelighed til alkohol og tobak, indføre eksamenskrav i gymnastik og indrette omgivelserne, så de opfordrer til at man går, løber, cykler eller på anden vis bevæger sig. I oplægget foreslås det, at der indføres politisk mål som at stoppe væksten i overvægtige, halvere antallet af unger, der begynder at ryge og reducerer den sociale ulighed i sundheden. Det offentlige skal i langt højere grad involvere idrætsforeninger, faglige organisationer, patientforeninger, fødevarer- og dagligvarebranchen, medicinalindustrien med flere. Og så er der brug for meget mere viden i form af forskning i indsatser og forståelse af menneskers adfærd.

Læs oplægget: "Fra livsstil til civilisation – et debatoplæg om at komme videre med forebyggelsen i Danmark"

http://www.mm.dk/filer/Er_sundhed_et_personligt_valg.pdf

500 kroner er nok til, at du
kan *flyve mere*,
når du bliver ældre



Start din *opsparing* i dag
...små penge bliver store



www.freefars.dk

Vil du se mere af verden, når du går på pension? Så er det nu, du skal gøre noget. Opret en supplerende pension hos PKA⁺. Det kræver kun

et mindre beløb om måneden, og indbetalingerne kan trækkes fra i skat. Klik ind på www.pkaplus.dk og læs mere.

PKA⁺
...mere pension

Motionsreceptens fremtid er uvis

7200 har sagt ja til motion frem for medicin, men trods gode resultater er motion på recept kommet i klemme i forbindelse med kommunalreformen

AF JOURNALIST MARIANNE GREGERSEN
ILLUSTRATION GITTE SKOV

Danskere med livsstilssygdomme er en hastigt voksende gruppe. Motion er virksom medicin, men alligevel risikerer motion på recept flere steder at blive kvalt i kommunalreformen.

De seneste år har omkring 7200 danskere sagt ja tak til motion frem for medicin hos deres praktiserende læge. Ni amter samt København og Frederiksberg Kommuner har tilsammen brugt mere end 30 millioner til motion på recept.

De foreløbige erfaringer tyder på, at konditallene for de flestes vedkommende ikke bare ryger i vejret i den tid, de træner hos fysioterapeuten, men at det forbedrede kondital fastholdes eller sågar stiger.

Trods succesen er motion på recept flere steder i fare for at bliver ofret i kampen om, hvem der skal betale. Regionerne mener, at motion på recept fremover bør være en kommunal opgave, mens flere kommuner argumenterer med, at motion på recept er behandling og ikke forebyggelse, og at der i øvrigt ikke er afsat penge til motion på recept i forbindelse med kommunalreformens overdragelse af opgaver fra amt til kommune.

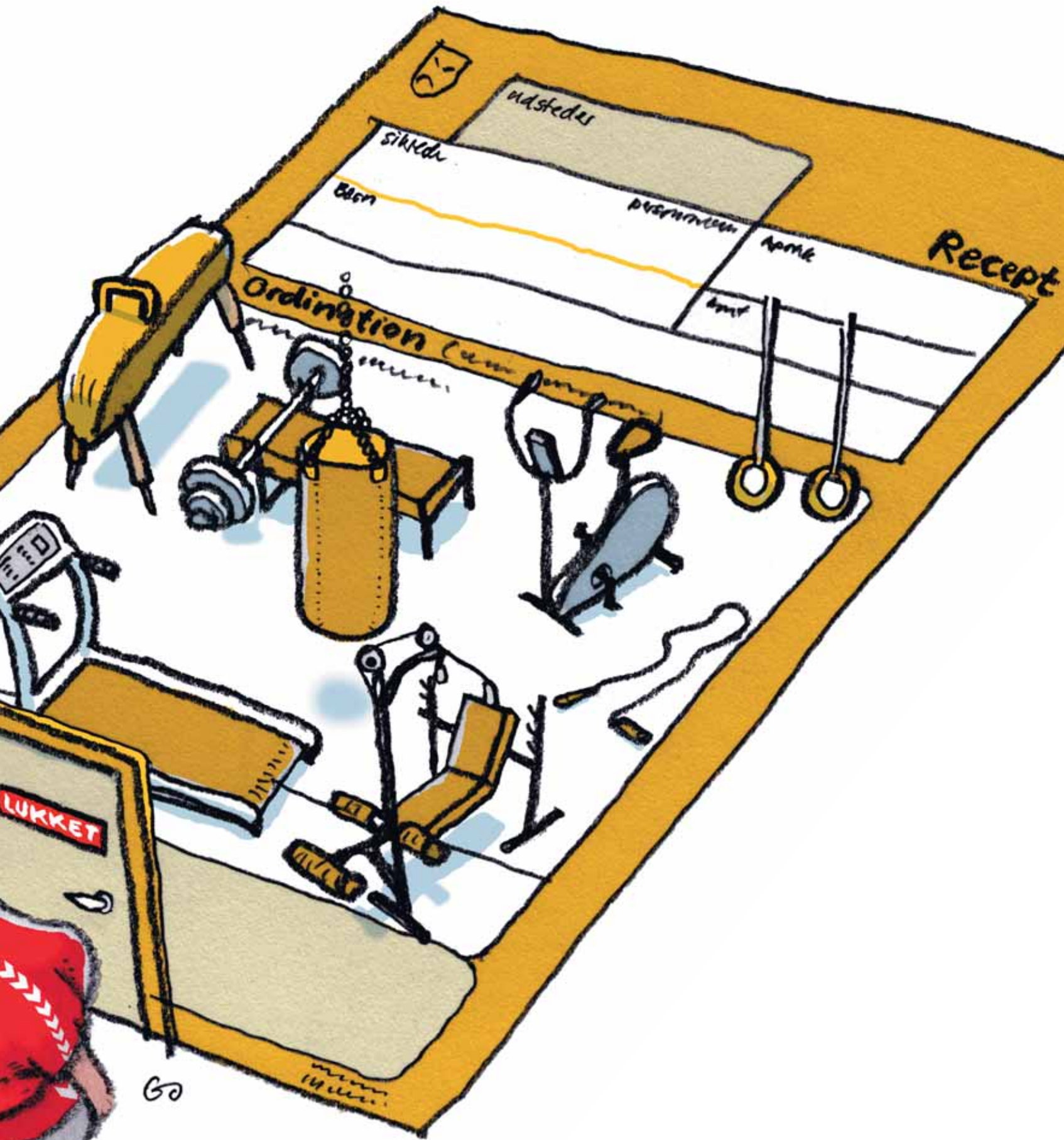
RIBE KOM FØRST

Ribe Amt var i 2002 først med at ordinere et planlagt træningsforløb hos en fysioterapeut i kampen mod livsstilssygdomme. Evalueringen dokumenterer, at 316 deltagere i motion på recept i årene 2004 og 2005 har forbedret deres kondition med 13 procent i gennemsnit.

Tidligere studier har vist, at risikoen for død af hjertekarsygdomme falder med 30-40 procent, hvis konditallet øges med bare 17 procent.

Erfaringerne fra Ribe viser, at hele 76 procent af deltagerne i motion på recept har vedligeholdt eller forbedret konditallet, efter at fysioterapeuten har sluppet taget.





HJÆLPER PATIENTER MED SLIDGIGT

Vestsjællands amt og Gigtforeningen har sammen evalueret amtets tilbud om motion på recept til patienter med slidgigt. Hovedkonklusionerne lyder blandt andet, at 53 procent af deltagerne har fået et bedre helbred, 66 procent har fået færre smerter, og 76 procent dyrker mere motion seks måneder efter at projektet er afsluttet.

I 2005 fik 59 slidgigtpatienter fra Vestsjælland tilbudt træning på en af tre fysioterapiklinikker. Tilbuddet var led i et projekt, der skulle undersøge i hvor stort omfang gigtpatienter kan have glæde af motion på recept.

Ud over de fine resultateter for gigtpatienterne, får konceptet motion på recept pæne ord med på vejen. Det er enkelt og let at finde ud af, og de praktiserende læger og fysioterapeuter tilbyder en effektiv og tilgængelig behandlingsform, der fungerer upåklageligt, hedder det i rapporten.

"Det er fantastisk glædeligt, at deltagerne ikke blot oplever færre smerter og et bedre helbred, men også fortsat har lyst til at dyrke motion. I forhold til slidgigt har motion stor betydning for smerter og evnen til at bevæge sig," siger Lene Witte, direktør i Gigtforeningen.

Amtsrådsmedlem og formand for rådet for sundhedsfremme og forebyggelse i Vestsjællands amt, Michael Jensen, mener, at det flotte resultat skyldes flere ting:

"For det første en enkel organisering. De praktiserende læger fandt det ligetil at hente tilbuddet ind i deres behandling. For det andet har motionsklinikkerne brugt ekstra ressourcer på at følge op på den enkelte. Og for det tredje har det sociale element, netværksdelen, været meget værdifuldt for deltagerne," siger Michael Jensen til Gigtforeningens hjemmeside.

Formanden for det Nationale Råd for Folkesundhed, professor Bente Klarlund Pedersen, siger: "Vi har stor forskningsmæssig viden om, at fysisk aktivitet har en positiv effekt på blandt andet gigt sygdomme. Nu er der behov for at finde ud af, hvordan den viden kan omsættes til det virkelige liv. Resultaterne af dette projekt viser klart, hvordan det kan gøres."

Slidgigt, fysisk aktivitet og fastholdelse - evaluering af motion på recept".

► Det er ifølge overlæge og professor Bente Klarlund Pedersen et fantastisk flot resultat, som også er bedre end det, man har rapporteret fra udlandet.

Men selvom motion på recept således ser ud til at kunne redde liv i Ribe, er projektet selv kommet i livsfare. Endnu har hverken storkommuner eller Region Syddanmark besluttet at fortsætte projektet.

FORSKELLIGE RECEPTER

Motion på recept er skruet forskelligt sammen rundt om i landet. I Nordjyllands Amt er det for eksempel kun mennesker med type 2 diabetes, som kan få ordineret motion på recept.

"I modsætning til de andre amter har vi fået til opgave at udbrede motion på recept til alle amtets 27 kommuner. Derfor har vi koncentreret os om en enkelt diagnose og satset på at få flere med hen ad vejen", siger projektkonsulent Lars Lejbølle fra Nordjyllands Amt, hvor 800 har dyrket motion på recept.

Andre amters tilbud - som for eksempel Vestsjællands amts med 800 deltagere - retter sig mod mennesker med hjertekar-sygdomme, knogleskørhed, slidgigt, depression, rygerlunger og astma. Mens Ringkjøbing Amt dækker patienter med alle de 27 diagnoser, som ifølge Sundhedsstyrelsens håndbog om fysisk aktivitet har gavn af motion. I alt 2215 patienter i Ringkjøbing Amt har dyrket motion på recept.

Fysioterapeuten har spurgt amterne, om de betragter motion på recept som forebyggelse eller behandling. De fleste mener, at motion på recept er begge dele. Også sundhedskonsulent Line Raahauge Madsen fra Københavns Kommune, hvor 1700 patienter siden foråret 2004 har været igennem motion på recept.

"Motion i de rette doser er et behandlingsmiddel på lige fod med medicin, men vi ser primært motion på recept som en forebyggende indsats. Patienterne er jo ikke færdigbehandlede efter forløbet. De skal fortsætte med at motionere og spise sundt resten af deres liv, hvis behandlingen skal have en langtidseffekt. Så på kort sigt er det behandling og på længere sigt forebyggelse", mener Line Raahauge Madsen.

Hun glæder sig over, at der er bevilget penge til at fortsætte motion på recept i Københavns Kommune næste år. ■



Arkivfoto

Et produkt med et stort udviklingspotentiale

Motion på recept er ikke færdigudviklet, men produktet er alt for godt til at blive skrottet

AF JOURNALIST MARIANNE GREGERSEN
FOTO ERIK HANSEN/SCANPIX

Hvis man skrinlægger motion på recept nu, kan det sammenlignes med, at man havde skrinlagt udviklingen af mobiltelefonen, fordi den første model var klunget og uhandy. Det mener sundheds- og forebyggelseskonsulent i Ribe Amt Rolf Jakobsen, som er bagmanden bag motion på recept.

”Motion på recept er på ingen måde færdigudviklet.

Men det er alt for godt til at blive skrottet, påpeger Rolf Jakobsen. Han betegner de foreløbige erfaringer med motion på recept som 1. generation og forestiller sig, at 2. generation bliver mere skræddersyet til den enkeltes behov.

”Hvis motion på recept droppes, vil mange danskere med livsstilssygdomme eller i risiko for at udvikle en, ►

- ▶ blive tabt på gulvet. Og kommuner og regioner vil gå glip af en stor sundhedsmæssig gevinst, for motion er en stor fordel for begge parter", siger Rolf Jakobsen.

UNDERSØGER LANGTIDSEFFEKT

Ph.d.-studerende Jes Bak Sørensen fra institut for idræt på Syddansk Universitet er enig i, at motion på recept ikke bør opgives på nuværende tidspunkt. Han har som forsker gennem knap tre år beskæftiget sig med motion på recept.

I øjeblikket er Jes Bak Sørensen i gang med en videnskabelig undersøgelse af, om motion på recept har en langtidseffekt.

Han påpeger, at i realiteten har amterne indført motion på recept i Danmark uden at vide, om det har en effekt på menneskers motionsvaner. "Men det vil være synd at kaste de mange erfaringer, der er gjort ude i virkeligheden, over bord, inden undersøgelsen af langtidseffekten foreligger om et lille års tid. Konceptet bør videreudvikles", mener Jes Bak Sørensen.

For at vurdere effekten af motion på recept sammenligner Jes Bak Sørensen 26 patienter, hvis læge har ordineret motion på recept med en lige så stor kontrolgruppe, som ikke har trænet under instruktion af en fysioterapeut.

Han sammenligner, hvordan konditallet har udviklet sig i løbet af fire måneders træning med en fysioterapeut, og om motion på recept-gruppen fortsat er mere fysisk aktive, et halvt år efter fysioterapeuten har sluppet sit professionelle tag i dem.

Ved årsskiftet ruller de sidste resultater fra Vejle og Ribe Amter ind til Jes Bak Sørensen, og så skal han i gang med at bearbejde de mange data.

"Endnu ved ingen, om det virker bedre at lade en fysioterapeut holde mennesker, som trænger til at motionere i hånden gennem fire måneder, eller om rådgivning og et los bagi er lige så effektivt", fastslår Jes Bak Sørensen.

Men han tør dog sige så meget, at hans forventning er, at den gruppe, som har trænet under instruktion af en fysioterapeut, har klaret sig bedre.

"Jeg tror, det vil vise sig, at flere af dem, som er henvist til motion på recept af deres praktiserende læge, kommer i bedre form og holder ved bagefter. Derfor er det ærgerligt at droppe motion på recept nu". Jes Bak Sørensen tilføjer, at hvis motion på recept forsvinder, vil danskere med for eksempel for stor topmave eller for højt blodtryk risikere, at deres livsstilssygdomme ikke forebygges, før de er behandlingskrævende.

"Men hvis der omvendt ikke er en positiv gevinst ved motion på recept, kan det samfundsøkonomisk være spild af penge at fortsætte", mener han.

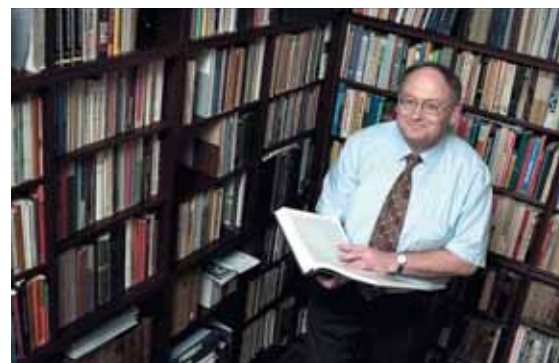
Det er dog ikke et resultat, han forventer. "Der er

sandsynligvis rigtig mange penge at spare og derudover er der livskvalitet på spil for de pågældende, hvis risikogrupperne begynder at motionere mere", fastslår Jes Bak Sørensen.

"Den store kvalitet ved motion på recept er, at konceptet får pulsen op hos danskere, som ellers aldrig ville komme i gang med at motionere".

ET TAB FOR SUNDHEDSVÆSENEN

Også overlæge dr. med. Henri Goldstein fra Afdeling for forebyggelse i Roskilde Amt mener, at det vil være



Overlæge Henri Goldstein.

et tab for det danske sundhedsvæsen, hvis motion på recept ikke fortsat er et tilbud til risikogrupper.

Han henviser til et to-årigt projekt i Roskilde Amt med titlen "motion for livet", som nær blev kvalt i sin egen succes, for allerede 1. april i år var de 200 pladser for hele 2006 optaget.

"Motion på recept ser mennesket som en helhed. Et holistisk syn på patienterne, som ingen andre tilbud har. Det er et nyt og utraditionelt tilbud, som ikke bør forsvinde", mener Henri Goldstein.

"Styrken ved motion på recept er, at fagligt kompetent personale som praktiserende læge, klinisk diætist og fysioterapeut styrer mennesker i risikogrupperne mod et sundere liv. Vi ved, at meget overvægtige kan undgå at få diabetes, forhøjet blodtryk og ikke mindst hjertekar-sygdomme som blodprop i hjertet, hvis de motionerer. Derfor bør motion på recept bevares", påpeger Henri Goldstein.

Til december tiltræder han et nyt job som overlæge og sundheds- og forebyggelseschef i Hvidovre Kommune. Til det nye job vil Henri Goldstein medbringe sin positive indstilling til motion som medicin. Hvidovre Kommune har da også allerede besluttet at vægte fysisk aktivitet særdeles højt, og Henri Goldstein er ikke tvivl om, at fysioterapeuter kommer til at spille en væsentlig rolle i kommunens forebyggelsesindsats. ■



Inspiration fra New Zealand

New Zealand er længere fremme med motion på recept, end Danmark er, og der kan derfor hentes meget inspiration i de New Zealandske erfaringer i forhold til videreudvikling af det danske koncept for motion på recept

AF JES BAK SØRENSEN¹, DIANA O'NEILL²,
LIS PUGGAARD¹
FOTO NIELS NYHOLM

På New Zealand kaldes Motion På Recept (MPR) 'Green Prescription' (GRx). Det grønne hentyder til, at der primært sættes på aktiviteter, der kan gennemføres udendørs. Både det danske MPR og det new zealandske GRx bygger på grundantagelsen, at det er muligt at forebygge og behandle en række livsstilsrelaterede sygdomme med øget fysisk aktivitet.

Arbejdet med GRx blev påbegyndt i midten af 1990'erne, hvor der også blev gennemført et mindre studie for at vurdere, om GRx-interventionen havde den

ønskede effekt. Studiet viste, at GRx-gruppen øgede deres fysiske aktivitetsniveau mere end kontrolgruppen ved sammenligning efter 6 uger (8). I 1997 blev GRx tilbudt i en enkelt region og i 1998 blev det udbredt til hele New Zealand. GRx er fortsat med at vokse og i 2004-2005 blev der udskrevet mere end 14.000 motionsrecepter, og i 2005-2006 var tallet over 15.000. GRx er desuden blevet indarbejdet i relevante sundhedspolitiske programmer og i lægeuddannelsen.

GRx er initieret af 'Sport and Recreation New Zealand' ►

- ▶ (SPARC), der er en idrætsorganisation på linie med DIF og DGI. Det er også SPARC, der driver GRx gennem sine regionale afdelinger. Fra SPARC's hovedsæde i Wellington laves de overordnede retningslinier for GRx, mens det praktiske arbejde udføres i de regionale afdelinger. Det praktiske arbejde består blandt andet i kontakt til praktiserende læger, patientforeninger og lokale motionstilbud, samt den egentlige vejledning af GRx-patienter.

GRX INTERVENTIONEN

GRx indledes ved, at den praktiserende læge identificerer en patient, der er fysisk aktiv i mindre end 30 minutter om dagen. Lægen giver nogle enkelte råd omkring fysisk aktivitet og udsteder GRx.

Den regionale idrætsorganisation får herefter automatisk besked fra den praktiserende læge, og patienten kontaktes telefonisk af en motionsvejleder. Den telefoniske konsultation er en motiverende samtale, hvor der rådgives om fysisk aktivitet. Motionsvejlederen identificerer barrierer for livsstilsændringer gennem samtalen og fastsætter sammen med patienten mål for den kommende periode.

Motionsvejlederen fremsender oplysninger om lokale motionstilbud, der stemmer overens med GRx-patientens ønsker. Patienten skal herefter selv implementere fysisk aktivitet i sin hverdag, men kan kontakte motionsvejlederen ubegrænset på et gratis telefonnummer.

I løbet af 3-4 måneder kontaktes patienten mindst tre gange til opfølgende telefonkonsultationer af motionsvejlederen. I de opfølgende konsultationer fokuseres på de opstillede indsatsområder og målsætninger samt livsstilsændringen. Den praktiserende læge følger op på patientens deltagelse i GRx i efterfølgende konsultationer og har desuden mulighed for at tilbyde patienten GRx gentagne gange. De motionstilbud, GRx benytter, er forankrede i lokalsamfundet og åbne for alle, hvilket betyder, at det er muligt at fortsætte i aktiviteten efter endt deltagelse i GRx.

GRX EVALUERINGER

Der er lavet en række internationalt publicerede evalueringer af GRx. Evalueringerne dækker områder som den praktiserende læges brug af og holdning til GRx (5; 7), beskrivelse af målgruppen for GRx (3),

effekten af GRx på fysisk aktivitet hos deltagerne (2; 8), og sundhedsøkonomiske analyser af GRx (4; 1). Desuden udarbejdes årlige statusrapporter af SPARC på baggrund af spørgeskemaundersøgelser foretaget på patienter og praktiserende læger.

I sammenligning mellem en GRx-gruppe og en kontrolgruppe er 15 % i GRx-gruppen fysisk aktive mindst 2½ time om ugen et år efter at have modtaget GRx, sammenlignet med 5 % i kontrolgruppen (2). Prisen for at få én patient til at være aktiv i mindst 2½ time pr. uge er 1.756 NZ\$ (cirka 7.300 kroner) (4), og for hvert kvalitetsjusteret vundet leveår er prisen 2.053 NZ\$ (cirka 8.500 kroner) sammenlignet med normal behandling (1).

I et nyere studie er den hyppigst forekommende årsag til, at lægerne ikke anvender GRx, at de allerede rådgiver om fysisk aktivitet (5), mens en ældre evaluering finder, at vigtigste barriere er manglende tid (7). Det kan være en tilfældig forskel mellem de to studier, men det kan også være udtryk for en ændret holdning til rådgivning om fysisk aktivitet og GRx hos de praktiserende læger. Statusrapporter fra SPARC viser blandt andet, at 77 % af de praktiserende læger har anvendt GRx frem til 2004 og hver læge har i gennemsnit udskrevet fire GRx-recepter om måneden i 2004. De hyppigste årsager til at udskrive GRx i 2006 er vægtproblemer (55 %), forhøjet blodtryk (34 %) og forhøjet kolesterol (24 %).

GRX OG MOTION PÅ RECEPT

Der er en række forskelle og ligheder mellem GRx og den danske motion på recept (MPR): Målgruppe og mål er stort set ens, mens intervention og forankring er forskellige. Vi er ikke af den opfattelse, at GRx er en bedre intervention end MPR, men vi mener, at der kan hentes meget inspiration fra erfaringerne med GRx i forhold til videreudvikling af MPR.

Receptmotion udføres efter mange forskellige modeller verden over (6). MPR tiltagene i Danmark er for størstedelen formet efter den svenske inspirerede model. Det betyder, at alle tilbydes den samme intervention. Det synes indlysende, at denne intervention passer godt til nogle og mindre godt til andre.

GRx er et eksempel på en anden type intervention til samme målgruppe, hvorfor der er viden at hente til den fortsatte videreudvikling af MPR, der er nødvendig for at sikre optimale muligheder for alle i målgruppen. MPR-konceptet er flere steder i Danmark blevet udvidet med en håndkøbsmodel, der minder mere

fakta om...

I New Zealand er der det forløbne år udskrevet 6.600 motionsrecepter. Motion på recept er blevet indarbejdet i relevante sundhedspolitiske programmer og i lægeuddannelsen. I 2004 havde to tredjedele af de praktiserende læger benyttet konceptet, og hver læge havde i gennemsnit udskrevet 4 recepter om måneden.

om GRx end MPR. Dette tilbud kan være en model for en mindre intensiv intervention, der passer til en anden del af målgruppen, og hvor der er stor fokus på forebyggelse. En bredere vifte af tilbud vil efter al sandsynlighed øge patienttilstrømningen til MPR-interventionerne og gavne folkesundheden.

GRx involverer idrætsorganisationer og lokale motionstilbud i langt højere grad end MPR. Udslusning til hverdagen er afgørende for at kunne fastholde livsstilsændringen, som MPR-forløbet er starten på. En succesfuld udslusning kræver tilbud og muligheder, der er tilpasset målgruppen. Denne opgave kan og skal ikke løftes af sundhedsvæsnet, men er derimod en opgave for lokale initiativer i for eksempel idrætsforeninger, aftenskoler og fitnesscentre. Flere steder i Danmark er et samarbejde etableret mellem MPR-udbydere og lokale motionstilbud. Dette samarbejde bør udvides og udvikles yderligere.

I et af de publicerede studier af GRx benyttes et enkelt spørgsmål til at screene for fysisk aktivitet hos den praktiserende læge, og det lykkes at identificere en stor gruppe patienter, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive og samtidig har et øget antal risikofaktorer for livsstilssygdomme (3). Indførelsen af et screenings-system vil øge den praktiserende læges mulighed for at identificere patienter i MPR-målgruppen, samt virke som påmindelse om at vejlede om fysisk aktivitet generelt, hvis patienten er inaktiv.

GRx er en integreret del af det new zealandske sundhedssystem, hvilket giver læger og patienter langt bedre mulighed for at drage nytte af tilbudet. Der gøres en stor indsats af SPARC for at reklamere for fysisk aktivitet og motion, samtidig med at det gøres let for de praktiserende læger at udstede og bruge GRx. Ifølge SPARC skyldes det gode samarbejde i høj grad, at det har været muligt at vise resultater med GRx i de gennemførte evalueringer, samt tilfredse patienter, der går tilbage til deres læge og anbefaler GRx.

Det er nødvendigt at lave grundige evalueringer af MPR for at undersøge effekten og dermed skaffe den nødvendige evidens for den fortsatte anvendelse af MPR. Hvis evalueringerne viser, at MPR har den ønskede effekt, bør det integreres i sundhedssystemet og tilbydes i alle dele af landet på samme måde som på New Zealand frem for at fungere som selvstændige projekter.

Slutteligt bør det nævnes, at MPR og fysisk aktivitet generelt er meget mere end en behandling mod livsstilssygdomme, og at der er langt flere positive effekter af en fysisk aktiv livsstil end blot risikonedsettelse. ■

REFERENCER

- 1 Dalziel, K., Segal, L., & Elley, C. R. Cost utility analysis of physical activity counselling in general practice. *Aust N Z J Public Health*. 30(1): 57-63. 2006
- 2 Elley, C. R., Kerse, N., Arroll, B., & Robinson, E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 326(7393): 793-798. 12-4-2003
- 3 Elley, C. R., Kerse, N. M., & Arroll, B. Why target sedentary adults in primary health care? Baseline results from the Waikato Heart, Health, and Activity Study. *Prev Med*. 37(4): 342-348. 2003
- 4 Elley, R., Kerse, N., Arroll, B., Swinburn, B., Ashton, T., & Robinson, E. Cost-effectiveness of physical activity counselling in general practice. *N Z Med J*. 117(1207): U1216 17-12-2004
- 5 Gribben, B., Goodyear-Smith, F., Grobbelaar, M., O'Neill, D., & Walker, S. The early experience of general practitioners using Green Prescription. *N Z Med J*. 113(1117): 372-373. 8-9-2000
- 6 Sorensen, J. B., Skovgaard, T., & Puggaard, L. Exercise on prescription in general practice: A systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 24(2): 69-74. 2006
- 7 Swinburn, B. A., Walter, L. G., Arroll, B., Tilyard, M. W., & Russell, D. G. Green prescriptions: attitudes and perceptions of general practitioners towards prescribing exercise. *Br J Gen Pract*. 47(422): 567-569. 1997
- 8 Swinburn, B. A., Walter, L. G., Arroll, B., Tilyard, M. W., & Russell, D. G. The green prescription study: a randomized controlled trial of written exercise advice provided by general practitioners. *Am J Public Health*. 88(2): 288-291. 1998

Kontaktoplysninger: Jes Bak Sørensen,
jbsorensen@health.sdu.dk, tlf: 65 50 34 97

FORFATTERNE:

- 1 Center for Anvendt og Klinisk Træningsvidenskab, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet, Campusvej 55, 5230 Odense M
- 2 Sport and Recreation New Zealand, Level 4, 78 Victoria Street, PO box 2251, Wellington, New Zealand

Tilfredsheden vejer tungest

Trods konflikter er både ejere og lejere er glade for konstruktionen med lejere i praksissektoren. En ny undersøgelse søger forklaringen på, hvorfor der trods tilfredsheden med selve systemet indimellem er utilfredshed med den måde, det praktiseres på

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Trods forskelle ejere og lejere imellem er utilfredsheden med ejer-/lejerkonstruktionen ikke er større, end at parterne bør kunne finde løsninger. Begge parter mener, at der er så mange fordele i konstruktionen, at den er værd at holde fast i, men også at den er sat under pres af udviklingen med større og mere omkostningstunge klinikker. Endvidere udgør ydernummersystemet en helt selvstændig problemstilling.

Sådan lyder nogle af hovedkonklusionerne i en helt ny undersøgelse af forholdene mellem ejere og lejere i praksissektoren.

fakta om...

Undersøgelsen er foretaget af Scharling Research for Danske Fysioterapeuter. Rapporten "Kvalitativ undersøgelse af ejer-/lejerproblematikken kan downloades fra fysio.dk ->

Baggrunden for denne nye undersøgelse er den spørgeskemaundersøgelse blandt 329 fysioterapeuter i praksissektoren, som Danske Fysioterapeuter offentliggjorde tidligere på året (Fysioterapeuten nr. 15/06. Som det ofte er tilfældet med den slags undersøgelser efterlod den lige så mange spørgsmål, som den gav svar: Hvorfor vil de fleste lejere hellere være lejere end ansatte, når kun de færreste vurderer ejer-/lejerkonstruktionen som værende "god"? Hvad er det ved lejeformen, der trods alt er værd at holde fast i? Og hvad skal der laves om, hvis tilfredsheden skal blive større?

For at fremskaffe nogle flere svar er den kvantitative undersøgelse nu blevet fulgt op af en kvalitativ undersøgelse. 32 personer er blevet interviewet, heraf 15 ejere og 17 lejere.

Den overvejende holdning blandt både ejere og lejere i undersøgelsen er, at problematikken ikke er ny, men at den ikke tidligere har ført til større konflikter. I hvert fald ikke på de klinikker, hvor deltagerne i undersøgelsen kommer fra. Selvom systemet har sine fejl og mangler, har man langt de fleste steder forstået at

▶





Hverdagen på klinikkerne er ikke præget af konflikter mellem ejere og lejere. Men tiden er inde til at få set systemet efter i sømene. Det viser en ny, kvalitativ undersøgelse i praksissektoren.

tilpasse sig. Men man er enige om, at tiden alligevel er inde til at gå systemet efter i sømmene.

Ejerne er opmærksomme på, at systemet kan have sine svagheder, og at udviklingen har sat ejer-/lejer-konstruktionen under pres. Og lejerne er glade for, at spørgsmålet er blevet sat på foreningens dagsorden, fordi de synes tiden er moden til ændringer. Men, som der står i rapporten, "nogen uforsonlig stemning er der ikke blandt lejerne".

HVORFOR LEJER?

Lejernes begrundelser for ikke at ville være ansatte lyder over en bred kam, at det at være lejer giver en anden fornemmelse af frihed og fleksibilitet. "Det er sådan noget med en følelsesmæssig frihed, at jeg føler, at jeg nok bestemmer mere på denne måde end på den anden, og det er ikke engang sikkert, at jeg gør", siger en lejer for eksempel i undersøgelsen.

Men det spiller også ind, at lejerformen er en så indgroet del af praksissektoren, at det er svært at fore-

ryster på hovedet af historier om provision helt op til 55 procent og mener, at nogle ejere simpelthen er blevet for grådige. "Jo højere procent, jo mere skal man arbejde, og jo højere omsætning og dermed indtjening giver det for ejeren", lyder det fra en lejer.

Generelt synes lejerne, det er rimeligt, hvis ejerne tjener mere, blandt andet fordi det er dem, der har den økonomiske risiko, og det er dem, der må blive længere, hvis der er bøvnl med computeren, mens lejeren kan gå hjem, når han har sagt farvel til den sidste patient.

Til gengæld har lejerne svært ved at forstå, at der skal være så meget lykkethed om regnskaberne, som de mener, tilfældet er. Ejerne har på den anden side ikke megen lyst til at indvie lejerne i den samlede økonomi og slet ikke i, hvad ejerne tjener.

EJERNE ER GLADE FOR LEJERNE

Opbakningen til konstruktionen med lejere kommer ikke kun fra lejerne selv, men i meget høj grad også fra ejerne. Det er lettere at administrere, mindre økonomisk risikabelt, og det giver en mere effektiv og motiveret arbejdskraft, lyder argumenterne.

Den fuldkomne enighed hører dog op, når talen falder på ordet selvstændighed, og hvad man lægger i det. Nogle lejere ser sig selv som enmandsvirksomheder, der blot lejer sig ind i nogle fysiske rammer, mens nogle ejere nærmere betragter deres ejere som ansatte.

"Hvis man som lejer forstår sin stilling således, at man er solist, og at man har betalt for brugen af nogle faciliteter og serviceydelser og tager det ganske bogstaveligt, at man har sin egen virksomhed inden for klinikkens fysiske rammer, så har man kurs mod en konflikt med ejeren", som det formuleres i undersøgelsesrapporten.

En af dem, der kunne være på vej mod en sådan konflikt, kunne være den indlejer, der i undersøgelsen er citeret for, at "når jeg er selvstændig, skal jeg da selv have lov at bestemme de uger, hvor jeg vil have fri". Til gengæld er der formentlig færre konflikter på den klinik, hvor ophavsmanden til følgende citat kommer fra: "Havde vi haft en-mands-klinikker, ville vi jo også være nødt til at være der, når kunderne var der. Og være underlagt nogle arbejdstider og en masse vilkår, så det gør os jo ikke anderledes, fordi vi er indlejere".

En lejer argumenterer for, at en manglende følelse af reel selvstændighed kan hænge sammen med et lavt informationsniveau på klinikken: "Jeg får mere at vide om, hvad der foregår på mit barns skole end i klinikken, dvs. vi får intet at vide. Det er et mentalitetsspørgsmål, og det er rigtig ærgerligt".

Men andre ord: Lejerne vil gerne have mere information og inddrages mere i beslutninger vedrørende



Jo større klinikken er, jo større grobund er der for konflikter og derfor mere behov for teambuilding.

stille sig alternativer, fremgår det. Men, understreger lejerne, selv hvis de havde valgmuligheder, ville de fleste alligevel vælge at være lejere.

Når lejerne bliver bedt om at konkretisere begreberne frihed og stabilitet, taler de om arbejdstid, antal arbejdstimer og ferie. Nogle nævner også muligheden for at øge sin indkomst ved at arbejde mere i en periode.

De lejere, der medvirker i undersøgelsen, betaler mellem 35 og 45 procent i provision. Der er kun ganske få, der er utilfredse med deres indtjening, men de

klinikkens drift. Et ønske, som vil kunne gå hånd i hånd med i hvert fald visse ejeres ønske om, at lejerne af og til tager et initiativ vedrørende virksomhedens fælles spørgsmål og opgaver.

STOR KLINIK STORE KONFLIKTER

En af konklusionerne i rapporten er, at jo større klinikken er, jo større grobund er der for konflikter, og jo sværere er det at skabe en følelse af fælles ansvar for virksomheden. Under alle omstændigheder kræver det mere ledelse, jo flere man er, og netop ledelse er et af de mest gennemgående kritikpunkter fra lejerne. Problemerne er blandt andet mangelfuld teambuilding og uklare kontrakter.

At tale om ledelse kan være en øm tå i et forhold mellem selvstændige parter, men der er bred enighed blandt undersøgelsens deltagere om, at klinikerne har behov for uddannelse i ledelse. Vel at mærke ledelse med udgangspunkt i at få to eller flere selvstændige parter til at arbejde mod fælles mål. Som der også står i rapporten: "Teambuilding er så meget desto mere nødvendigt på grund af lejekonstruktionen, hvor der skal ledes med respekt for den enkeltes selvstændighed. Men en form for ledelse er det svært at komme uden om, selvom det ikke er nemmere, når man ikke må kommandere og dirigere, men bør tilskynde og overtale".

Kontrakter mellem ejere og lejere bliver ofte af begge parter i undersøgelsen kaldt "ansættelseskontrakter", og at hverken ejere eller lejere dermed helt har gjort sig klart, hvad der ligger i deres respektive roller, afslører sig således i sproget.

Det fremgår, at der er blevet flere om buddet end tidligere, når der søges efter en lejer, og det stiller lejeren svagere i forhandlingerne om betingelserne i kontrakten, hvorfor forhandlingerne kan komme til at minde om en ansættelsesprocedure. Omvendt kan konkurrencen de potentielle lejere imellem have den ulempe for ejeren, at denne ikke kan føle sig helt sikker på, at ansøgeren nu også mener, hvad hun siger – for eksempel om villigheden til at arbejde et bestemt antal timer, bestemte dage om ugen. Ansøgerne er mange gange ude i hård konkurrence og dermed ikke i en position, hvor de kan stille krav.

Som en lejer siger: "Før i tiden kunne man jo bare finde et andet sted at være. Det kan man ikke mere, og det er måske derfor, der i dag kommer flere konflikter".

IDEER TIL ÆNDRINGER

I forbindelse med undersøgelsen blev der i fokusgrupper drøftet ideer til ændringer af ejer-lejerkonstruktionen, for eksempel medejerskab, fast husleje og gradueret provision.

TEAMBULDING

God teambuilding på klinikken kan dreje sig om en række emner heriblandt:

- at alle bliver inddraget i beslutningerne omkring anskaffelser og faciliteter, så man får skabt en følelse af medejerskab,
- at skabe en fællesskabsfølelse vedr. hele virksomheden, så alle føler et ansvar for at den bliver markedsført, og for at man er fælles om at løse de fælles problemer,
- at der er åbenhed om økonomien i klinikken, så der ikke skabes myter og rygter, som jo har det med at træde i stedet for ordentlig information til skade for relationerne imellem ledelse og indlejere,
- at der er system i udvekslingen af faglig viden og gensidig faglig inspiration herunder om eventuelle målsætninger for klinikkens faglighed, så klinikken også på det faglige plan drager fordel af fællesskabet.

Kilde: Kvalitativ undersøgelse af ejer-/lejerproblematikken, Scharlin Research oktober-november 2006

Ejerne er ikke specielt lune på ideen om medejerskab, idet man frygter, at det bliver sværere at træffe beslutninger, jo flere man skal være om det. "Indlejerne kommer sådan ikke set til at tjene flere penge på den måde, og for mange kokke fordærver maden", som en ejer udtrykker det.

Til gengæld er der i en enkelt fokusgruppe hele seks ud af otte lejere, der tilkendegiver, at de kunne have lyst til at være medejere, hvis det rigtige tilbud kom.

Vedrørende fast husleje er meningene blandt lejerne meget delte. En lejer mener, en fast husleje vil give en anden fornemmelse af rimelighed og af at være et team, mens andre synes ideen er dårlig, fordi de, der arbejder mest, også lægger mere beslag på klinikkens faciliteter og derfor også bør betale mere for at benytte dem.

Ejerne derimod har ikke noget imod en fast husleje, men de mener ikke, at lejerne vil være interesserede i det. "Lad det komme an på en prøve. Når de så bliver syge og skal betale en fast husleje, vil du høre et ramaskrig", lyder det fra en ejer.

Det tredje forslag, gradueret provisionssats, vinder bred tilslutning blandt lejerne, mens det ikke fremgår af undersøgelsen, hvordan ejerne stiller sig til forslaget. ►

INVITATION til workshop i Århus og København: Fremtidens praksissektor

- Hvordan kan man som lejer både være selvstændigt erhvervsdrivende og indgå i et forpligtende arbejds- og interessefællesskab med andre lejere og ejere?
- Hvordan udøver man som ejer ledelse, så alle har samme målsætning for udvikling af klinikken, men uden at mindske lejerens selvstændighed?
- Hvor meget bør man som ejer inddrage lejere og ansatte i beslutninger om faglig udvikling, indkøb af udstyr, markedsføring, og bør der være grænser for åbenheden omkring klinikens økonomi?
- Hvordan kan et provisionssystem udformes, så det både er attraktivt at yde en ekstra indsats og samtidig giver økonomisk sikkerhed for praktiserende på deltid?
- Hvad skal der fremover ske med ydernummersystemet, så det bliver mindre fastlåst og mere dynamisk?

Disse og en række andre bliver sat til diskussion på to workshops, der finder sted i Århus og København. Er du ejer, lejer eller ansat på en klinik, der praktiserer under sygesikringen, er du hermed inviteret til at deltage i debatten om, hvordan fremtidens praksissektor skal se ud. Der vil være 35-40 pladser på hver workshop. Pladserne bliver fyldt op efter først til mølle-princippet, dog vil vi sikre, at der er nogenlunde proportional repræsentation mellem ejere, lejere og ansatte.

Det er gratis at deltage i de to workshops, der finder sted i:

ÅRHUS:

10. januar, klokken 16.00-20.30, Koldkærgård konferencecenter, Udkærsvvej 10, 8200 Århus N.

KØBENHAVN:

11. januar, klokken 16.00-20.30, Ingeniørernes hus, Kalvebod brygge 31-33, 1780 København V.

Der vil blive serveret sandwich, vand, te og kaffe i pausen.

Tilmelding skal ske via hjemmesiden fysio.dk

Sidste frist for tilmelding er 18. december.

De to workshops vil tage udgangspunkt i resultaterne af to undersøgelser om ejer-/lejerforhold og ydernummersystemet, som er beskrevet i Fysioterapeuten nummer 15 2006 samt i dette nummer. Begge rapporter kan downloades fra fysio.dk

► DE BESVÆRLIGE YDERNUMRE

Det mest følsomme spørgsmål i undersøgelsen er ikke overraskende ydernumrenes tilhørsforhold. "Det er her, ejerne føler, at deres vitale interesser er på spil, og lejerne synes, at det er her tampen brænder, og den grundlæggende kilde til utilfredsheden skal søges", som der står i rapporten.

Ejerne afviser massivt, at lejerne skal kunne tages deres ydernummer med sig, når de forlader klinikken, idet de mener, det vil ødelægge deres virksomheder. For så vidt angår spørgsmålet om tildelinger af nye ydernumre er de ikke afvisende over for, at disse kan komme til at tilhøre lejerne. Men det er ikke noget, der vil betyde ret meget, mener de, idet der stort set ikke gives nye ydernumre.

Lejerne forstår udmærket ejernes bekymringer i forhold til deres virksomhedsgrundlag, men så skal der noget andet til for at udjævne ubalancen i forholdet, mener de, idet ydernumrenes tilhørsforhold får balancen til at tippe meget til ejernes fordel. "Den nuværende ordning forudsætter en maksimal provisionsgrænse, for ellers er der ubalance, for ejeren har for stor indflydelse på fastsættelsen af procenten", lyder det fra en lejer.

HOVEDKONKLUSIONER

Som sagt lyder hovedkonklusionerne i undersøgelsen, at selvom der er forskelle ejere og lejere imellem, er utilfredsheden med ejer-/lejerkonstruktionen ikke større, end at løsninger er inden for rækkevidde. Der er så mange fordele i konstruktionen, at den er værd at holde fast i for begge parter, men den er sat under pres af udviklingen. Klinikkerne er blevet meget større og mere investeringstunge, og den nye generation af ejere har betalt meget store beløb for klinikkerne og er økonomisk hårdt spændt for, hvilket indebærer en risiko for, at man kommer til at presse citronen, og sine lejere, for hårdt.

Samtidig betyder de større klinikker et større behov for ledelse og teambuilding, så der kan skabes en fælles forståelse af, at en lejer ikke bare har en virksomhed i virksomheden, men er en del af et arbejds- og interessefællesskab, som lejereren også må bidrage til og engagere sig i. Lejeren er hverken selvstændig i lejede lokaler eller ansat.

Endelig konkluderer undersøgelsen, at der er behov for at få udviklet nogle mere fleksible provisionssystemer.

For så vidt angår ydernumrene, konkluderes der ikke ret meget andet i rapporten end, at systemet er "et vanskeligere problem". ■

Hovedbestyrelsen havde umiddelbart svært ved at forestille sig en situation, hvor foreningen uddeler smileys for kollegial adfærd.



Bod eller smiley til dårlige kolleger

Skal en fysioterapeut kunne idømmes bod, hvis han eller hun opfører sig ukollegielt? Eller skal der etableres et system, der blåstempler de ordentlige fysioterapeuter? Med udgangspunkt i en konkret sag mellem en ejer og en lejer har hovedbestyrelsen diskuteret foreningens kollegiale vedtægter og etiske retningslinier

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD
FOTO MATTHIAS KULKA/CORBIS

Hvis en fysioterapeut fejlbehandler en patient, er det en sag for patientklagenævnet. Her kan nævnet benytte forskellige sanktioner, typisk udtale kritik, der i yderste konsekvens kan betyde, at fysioterapeuten mister sin autorisation.

Hvis en praktiserende fysioterapeut overtræder overenskomsten, er det en sag for samarbejdsudvalget under

sygesikringsoverenskomsten. Her kan udvalget idømme bod og i særlige grove og gentagne tilfælde fratage fysioterapeuten ydernummeret.

Men hvad stiller man op over for en fysioterapeut, der ikke opfører sig korrekt over for en kollega? Vedkommende tilretteviser man med Danske Fysioterapeuters kollegiale vedtægter og etiske retningslinier. Men spørgs- ►

- ▶ målet er, om systemet reelt kan bruges til at komme efter en fysioterapeut, der opfører sig ukollegialt?

Det var emnet for en engageret debat på det seneste hovedbestyrelsesmøde i Danske Fysioterapeuter.

PRESSET AT KLINIKEJEREN

Den konkrete anledning er en sag, som tidligere har været omtalt i Fysioterapeuten. Kort fortalt drejer det sig om en klinikejer, der pålagde sine lejere systematisk at opkræve tillæg for særlig tidskrævende indsats og i øvrigt ikke afslutte patienterne for hurtigt. Da en lejer nægtede og henholdt sig til, at det ikke var i overensstemmelse med overenskomsten, blev lederen opsagt. Sagen behandles på det næste møde i det lokale samarbejdsudvalg, hvor der skal tages stilling til om, overenskomsten er overtrådt, og hvad sanktionen i givet fald skal være.

Men spørgsmålet er, hvordan lederen, der har mistet sit job og ydernummer, er stillet?

Og hvad Danske Fysioterapeuter kan bruge de kollegiale vedtægter og etiske retningslinier til i den konkrete situation?

De kollegiale vedtægter og etiske retningslinier skaffer ikke lederen jobbet tilbage. Det er en sag mellem ejeren og lederen, der begge er selvstændigt erhvervsdrivende, og hvis arbejdsforhold reguleres af den kontrakt, som de har indgået. Her har Danske Fysioterapeuter ingen juridisk hjemmel til at blande sig.

De etiske retningslinier, der er udformet af foreningens etiske udvalg, skal først og fremmest være med til at skabe debat om fysioterapeuters faglige og etiske praksis og dermed være normgivende for, hvordan professionen udvikler og opfører sig. Men de kollegiale vedtægter kan bruges til at udtrykke misbilligelse og give påtale, også ved overtrædelse af de etiske retningslinier. Og i grove og gentagne tilfælde til at ekskludere en fysioterapeut fra foreningen. Sidstnævnte er dog en sanktion, der meget sjældent tages i anvendelse.

BOD ELLER BLÅSTEMPLING

Det er de handlemuligheder, som det nuværende system giver. Spørgsmålet er, om det er tilstrækkeligt, eller om der er behov for flere sanktionsmuligheder.

Eksempelvis at kunne pålægge ejeren en bod eller en anden form for "kontant" sanktion, der kan tjene som eksempel og have forebyggende virkning?

En anden mulighed er at etablere et system, der blåstempler de klinikker, der eksempelvis bruger Danske Fysioterapeuters standardkontrakter og erklærer at ville overholde foreningens kollegiale vedtægter og etiske retningslinier.

Uanset om vejen er bod eller blåstempling, vil der opstå sager, hvor der er brug for at forlige parterne. Her er spørgsmålet, om der er behov for at ændre radikalt på det nuværende system. Eksempelvis i retning af

det system som Dansk Tandlægeforening har opbygget med et Etisk Kollegialt Råd, der er forsynet med en række bløde og hårde sanktioner, og har mulighed for at indbringe sager for en kollegial voldgift.

GLADE OG SURE SMILEYS

"Tanken om at Danske Fysioterapeuter skal blåstemple klinikkerne og efterfølgende holde øje med dem, går jeg ikke ind for. Skulle vi i givet fald have et korps, der kan uddele glade og sure smileys og offentliggøre navnene på dem der ikke opfører sig ordentlig i fagbladet? Det tror jeg ikke er vejen frem", var kommentaren fra hovedbestyrelsesmedlem Solvejg Pedersen, da hovedbestyrelsen behandlede spørgsmålet på sit møde i november.

Det synspunkt lagde flere hovedbestyrelsesmedlemmer sig op ad. De havde svært ved at forestille sig, at foreningen skulle oprette og administrere et sådan system.

Tanken om, at fysioterapeuter skulle kunne idømmes bod, hvis de overtrådte de kollegiale vedtægter, var der heller ikke udelt begejstring for: "Jeg synes man skal resocialisere frem for at straffe," som hovedbestyrelsesmedlem Erik Døssing udtrykte det.

Det fik Tina Lambrecht til at spørge, hvilke muligheder der er for via overenskomsten at benytte sanktioner. Svaret var, at samarbejdsudvalgene kan sanktionere over for de fysioterapeuter, der overtræder overenskomsten, men at udvalgene ikke kan regulere de indbyrdes forhold mellem fysioterapeuter. Eksempelvis komme efter en klinikejer, der presser en lejer til en bestemt adfærd.

"Jeg tror ikke vi kan bruge overenskomstsyste- met til at løse den slags problemstillinger. Det er en sag, vi må klare internt. Der tror jeg mere på, at åben debat, eksempelvis i fagbladet, kan være med til at løse problemerne", sagde hovedbestyrelsesmedlem Lise Hansen.

ET SPADESTIK DYBERE

Brian Errebo-Jensen konstaterede, at der er tale om så væsentlige problemstillinger, at der er brug for at få belyst alle aspekter. "Jeg føler mig ikke i stand til at tage stilling til, hvad der videre skal ske på baggrund af debatten i dag. Men det er vigtigt at vi afsætter de nødvendige økonomiske midler og tid til at få området belyst ordentligt".

Det blev der nikked til hele raden rundt. Så formand Johnny Kuhr kunne konkludere, at der skal graves et spadestik dybere. Det skal ske ved, at sekretariatet skal kigge grundigere på, hvilke problemstillinger der er forbundet med det nuværende system, og om der er behov for ændringer, eksempelvis at etablere en voldgiftfunktion. Efterfølgende skal hovedbestyrelsen atter diskutere de kollegiale vedtægter og etiske retningslinier. ■



Fagforum for palliativ fysioterapi

Nyt ■ Fysioterapeuter, der arbejder med palliation, har fået deres eget fagforum. I slutningen af september blev der afholdt stiftende generalforsamling, og på det seneste møde i Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse blev fagforummet og dets vedtægter godkendt. I ansøgningen om at blive godkendt gøres der rede for, at palliation i

Danmark både er i sin vorden og i vækst. Igennem de seneste ni år har der eksisteret et uformelt netværk for fysioterapeuter, der arbejder inden for området. Men nu er netværket efterhånden så stort, at tiden er inde til at stifte et fagforum, hedder det blandt andet. Formand for Fagforum for Palliativ Fysioterapi er Vibeke Kylløbæk Hougaard.

892.450 kroner til forskning og uddannelse

Støtte ■ Så har Danske Fysioterapeuters forskellige fonde atter delt penge ud. Forskningsfonden har fordelt 614.000 kroner på 16 forskellige forskningsprojekter. Projekterne spænder fra den etiske dimension i fysioterapeuters kliniske ræsonering og praksis, over støddæmpning i knæene hos patienter med knæledartrose til et projekt, der skal kigge på fysisk aktivitet som led i behandlingen af angst og depression. Jubilæumslegatet har uddelt

163.700 kroner fordelt på 37 fysioterapeuter, der er i gang med et master-, kandidat- eller ph.d.-studie. Endelig er der 114.750 kroner fra Studielegatet til 43 fysioterapeuter, der skal deltage i faglige kongresser forskellige steder i verden. Denne gang er der mange ansøgere, der deltager i WCPT's verdenskongres i Vancouver i 2007.

Se en mere detaljeret gennemgang af de enkelte forskningsprojekter på ffy.dk/fonde og legater.

Forskningsfondens Særlige Pris 2007

Indkaldelse ■ Forskningsfondens Særlige Pris tildeles en fysioterapeut eller en gruppe af fysioterapeuter som har udmærket sig særligt forskningsmæssigt, uddannelsesmæssigt eller på anden vis ydet en særlig indsats inden for udviklingen af det fysioterapeutiske felt.

Således vil prisen for eksempel kunne tildeles en forsker, hvis resultater har haft særlig betydning for fagets udvikling, en leder der specielt har udmærket sig ved at skabe rammer, som har bidraget til at fremme forskning, en gruppe af fysioterapeuter der har ydet en ekstraordinær indsats for at fremme evidensbaseret praksis gennem en implementeringsindsats, eller en fysioterapeut der i særlig grad

har fremmet brobygning mellem forskning og det kliniske felt. Prisen på 50.000 kr. kan kun uddeles til ordinære medlemmer af Danske Fysioterapeuter og uddeles uafhængigt af tidligere støtte. Man skal indstilles til prisen. Således kan en kollega, leder, en afdeling m.fl. indstille en fysioterapeut eller en gruppe af fysioterapeuter.

Indstillingen skal sendes til Danske Fysioterapeuter, Nørre Voldgade 90, 1358 København K, att.: Henriette Sørensen, (email: hls@fysio.dk), inden 1. juli 2007.

Yderligere oplysninger: fysio.dk -> uddannelse -> fonde og legater.

Overflytning fra FTF-A til DSA

A-kasse ■ Den 1. oktober var 6.583 fysioterapeuter blevet overflyttet fra FTF-A til DSA, Danske Sundhedsorganisationers A-kasse. Overflytningen er forløbet fint, men der er en lille gruppe fysioterapeuter, der ikke er kommet med i første omgang. Det gælder medlemmer af FTF-A, der er fysioterapeuter, men som ikke har været registreret som sådan. Det kan for eksempel være fysioterapeutstuderende, der ved afslutningen af uddannelsen ikke har skiftet status i a-kassen og derfor har stået forkert registreret. Så hvis du er en af dem, der burde være overflyttet til DSA, men endnu ikke har hørt fra den nye a-kasse, opfordres du til at tage kontakt til DSA. De vil hjælpe dig til at blive overflyttet. Kontakt kan ske på telefon 33 15 10 66, eller via hjemmeside: www.dsa-akasse.dk



Nyt kodekatalog

SKS ■ Fysioterapeuter og ergoterapeuter skal registrere deres ydelser i landspatientregisteret med såkaldte SKS-koder. Sundhedsstyrelsen har i samarbejde med Danske Fysioterapeuter og Ergoterapeutforeningen lavet et nyt katalog over de koder, som fra årsskiftet skal benyttes. Når kommunalreformen træder i kraft skal fysioterapeuter og ergoterapeuter ansat i kommunerne som noget nyt til at indberette til landspatientregisteret. Denne ændring er der taget højde for i det nye katalog.

Alle terapeutiske interventioner i sygehusregi er blevet omkostningsberegnet, så man kan udtrække den terapeutiske andel af de samlede behandlingsforløb.

Der er endvidere kommet takster på genoptræningsydelserne. Nyt er også en række administrative koder, der skal bruges i tilknytning til genoptræning. Og så er alle ydelser samlet i ét katalog. Tidligere var der et særskilt katalog for fysioterapeutiske ydelser og et for ergoterapeutiske ydelser.

Det nye kodekatalog vil ikke som tidligere blive trykt, men vil kunne downloades fra Danske Fysioterapeuters hjemmeside. Læs mere om det nye kodekatalog på: leder.fysio.dk -> professionsudvikling -> SKS





Pedalfrekvensen falder efter styrketræning

Der er stor forskel på den selvvalgte pedalfrekvens og den mest optimale, set ud fra et energimæssigt synspunkt

FOTO OG TEKST AF CAND. SCIENT OG FOTOJOURNALIST
GEERT MØRK

Mange cykelryttere og cyklemotionister kører med en meget høj pedalfrekvens under næsten alle belastninger.

Ofte med en frekvens på 90 eller derover. Set ud fra et energimæssigt synspunkt er det en rigtig dårlig ide ved submaksimale belastninger, og målet må derfor være at finde den pedalfrekvens, der giver den laveste iltoptagelse ved en bestemt cykelhastighed.

På baggrund af en ph.d.-afhandling om hvilken pedalfrekvens cykelryttere selv vælger, har cand. scient. og ph.d. Ernst Albin Hansen forsat sin forskning inden for emnet og nu undersøgt, om

styrketræning har nogen indflydelse på valget af pedalfrekvens. Det er tankevækkende, at den selvvalgte pedalfrekvens i et af studierne lå mellem 89 og 106 omdrejninger per minut, hvorimod den mest optimale frekvens set fra et energimæssigt synspunkt lå mellem 65 og 95 omdrejninger per minut ved submaksimale belastninger.

METODE OG RESULTATER

20 frivillige og raske kvinder midt i 20'erne gennemgik et 12 ugers styrketræningsprogram med stigende belastninger og en tilsvarende nedsættelse af repetitioner per sæt fra 8-12 RM per sæt til 2-8 RM per sæt i slutningen

indgang
indgang

■ I Fysioterapeuten nr. 20 bragte vi de første af Geert Mørks artikler fra styrketræningskonferencen i oktober på Syddansk Universitet 18.-21. oktober 2006.

af perioden. Øvelserne var blandt andet squat, hofte-ekstensioner, siddende ben-curl, og "op-på-tå".

I forhold til kontrolgruppen opnåede træningsgruppen en betydelig og signifikant fremgang i 1 RM og en signifikant nedgang på mellem 8 og 10 omdrejninger per minut i frivillig valgt pedalfrekvens efter træningsperioden. Meget interessant viste det sig, at der overhovedet ikke var nogen sammenhæng mellem individuel styrke og pedalfrekvens, og nedgangen i selvvalgt frekvens må derfor forklares på anden vis. Her peger Ernst Albin Hansen på, at der muligvis er en sammenhæng mellem styrketræningen og det neuromuskulære system og mere specifikt den neurale baning, der er involveret i kraftudviklingen. Her vil det i fremtidige studier være interessant at kigge nærmere

på en eventuel nedregulering af signaler fra senetene (Golgi-apparatet) til cerebellum og/eller spinale motorneuroner, der begge er involveret i udførelsen af pedalarbejdet.

Forsøget viste altså klart, at 12 ugers styrketræning reducerede den selvvalgte pedalfrekvens med gennemsnitlig 9 omdrejninger per minut ved submaksimale belastninger og med en forbedret cykeløkonomi til følge. Derimod vil en højere pedalfrekvens stadig være aktuel og fornuftig ved nærmaksimale og maksimale belastninger.

Ernst Albin Hansen, der fremlagde sine resultater på styrketræningskonferencen på Syddansk Universitet i oktober, er ansat ved Department of Physical Performance, Norwegian School of Sport Sciences. ■

Styrketræning giver tykkere sener

Tung styrketræning giver almindeligvis hypertrofi af de trænede muskler. Men hvad sker der med senerne? Det er for første gang nogensinde undersøgt af en dansk forskergruppe fra Bispebjerg Hospital

AF CAND. SCIENT OG FOTOJOURNALIST GEERT MØRK

Mange sportsgrene som håndbold, fodbold, atletik, badminton er desværre prægede af en del skader, blandt andet et stort antal seneskader. Af hensyn til træningsplanlægningen er det derfor af stor værdi at vide, hvordan sener reagerer på forskellige former for træning.

Det har hidtil været almindeligt at betragte sener som et dovent væv med meget lav metabolisme og uden evne til strukturelt at tilpasse sig til øgede mekaniske belastninger. Forskergruppen (se faktaboks) satte sig derfor det mål at vise, om tværsnitsarealet (CSA = cross sectional area) øges ved styrketræning, og om en eventuel ændring er ens igennem hele senen.

Forsøgspersonerne var 12 frivillige, slanke og raske mænd midt i tyverne. De fik målt tværsnitsareal af patellasenerne med MR-scanninger, ligesom der blev registreret maksimal isometrisk muskelstyrke (MVC) samt 1 RM i knæekstensionerne. Ultrasonografi blev benyttet til at vurdere senernes mekaniske egenskaber.

Efterfølgende bestod træningsprogrammet af 12 ugers tung styrketræning med det ene ben og 12 ugers let styrketræning med det andet. Sammenlagt udførte de to ben nøjagtig samme træningsmængde.

RESULTATER OG DISKUSSION

Resultaterne var på flere måder overraskende. Den lette styrketræning øgede signifikant CSA i den proksimale del af patellasenen, hvorimod den midterste og den distale del af senen forblev uændret. CSA blev signifikant øget i det ben, der havde udført tung styrketræning både proksimalt og distalt, men var uændret i det midterste område.

De fleste skader på patellasenen sker proksimalt, og da begge træningsformer i forsøget gav tykkere og stærkere sener proksimalt, tyder det på, at styrketræning gennem et øget CSA kan reducere stress på senen under belastning og derved muligvis virke forebyggende på skader ved overanstrengelse af sener.

Studiet er det første, der viser senehypertrofi ved styrketræning, og data fra forsøget viser desuden, at patellasenens tværsnitsareal varierer, så CSA er forskellig proksimalt og distalt, og at dette muligvis kan have betydning for forekomsten af skader ved overbelastninger. ■

fakta om...

Forskergruppen bestod af M. Kongsgaard, S. Reitelsder, TG. Pedersen, L. Holm, Per Aagaard, Michael Kjær og S.P. Magnusson. Resultaterne blev fremlagt på Muskelstyrkekonferencen på SDU 18.-21. oktober 2006.

Farvel til terapiassistenterne

Meget vil stadig være det samme efter 1. januar, selvom fysioterapeuter så også i lovens forstand kan kalde sig fysioterapeuter

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

Når rådhusklokkerne slår ved midnat den 31. december, siger vi ikke kun farvel til året 2006, men også farvel til begrebet terapiassistenter og bestemmelsen om, at fysioterapeuter kun må sygebehandle, hvis der foreligger en lægehenvi-
sing.

Da Sundhedsloven med de nye autorisationsbestemmelser blev vedtaget i juni i år, tøvede formand Johnny Kuhr ikke med at udnævne dagen til "en historisk dag", idet fuld faglig autonomi er noget, foreningen har stræbt efter i årtier. Men dermed ikke sagt, at lovændringen i sig selv betyder, alle landets fysioterapeuter vågner op til en helt ny hverdag den 1. januar 2007. Meget vil ikke have ændret sig, og en del forandringer vil først begynde at antage sin endelige form, efterhånden som eventuelle spørgsmål, for eksempel i forbindelse med den praktiske organisering på sygehusene, dukker op.

AUTORISATIONSLOVENS FAQ

Får fysioterapeuten et større ansvar for ikke at udføre en forkert behandling?

Nej, ikke et større ansvar. Ansaret har nemlig hele tiden været fysioterapeutens. Allerede i dag har fysioterapeuten ifølge lov om terapiassistenter "pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed", hvilket blandt andet betyder, at fysioterapeuten ikke bare blindt kan følge lægens anvisning, hvis hun er uenig, eller det er til skade for patienten. Omvendt er fysioterapeuten forpligtet til at rådføre sig med patientens læge, hvis der opstår differentialdiagnostiske overvejelser i forbindelse med behandlingen af en patient, der er kommet uden en lægehenvi-
sing. Dette ligger implicit i princippet om omhu og samvittighedsfuld, der videreføres i den nye lov.

Får den nye lov betydning for sygesikringstilskuddet?

Nej. Autorisationsloven regulerer ikke noget i overenskomsten med sygesikringen, og en lægehenvi-
sing er derfor stadig et krav for at kunne opnå sygesikringstilskud. Men for praktiserende uden overenskomst med sygesikringen vil lovændringen betyde, at de ikke

nødvendigvis behøver at sende patienterne en tur omkring lægen for at få lov at behandle dem.

Hvad med forsikringsspørgsmålet?

Hverken for ansatte eller for praktiserende i og uden for overenskomsten vil der opstå nye behov for at forsikre sig efter 1. januar. Ansatte er via deres arbejdsgiver dækket af Patientforsikringen, og praktiserende inden for overenskomsten er dækket af den obligatoriske erhvervsansvarsforsikring. Praktiserende uden for overenskomsten og konsulenter har mulighed for individuelt at tilslutte sig samme forsikring. Akkurat som i dag.

Får lovændringen betydning for placeringen af ansvar i forbindelse med patientklagesager?

Nej. Som sagt har fysioterapeuterne hele tiden været selvstændigt ansvarlige for deres patientbehandling.

Skal der føres en grundigere journal?

Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2004 gælder fortsat efter den 1. januar. Det vil sige, at fysioterapeuter - som et led i at udvise omhu og samvittighedsfuldhed - skal føre relevante optegnelser over patientforløbet, uanset i hvilket regi behandlingen finder sted.

Hvad kommer lovændringen til at betyde i kommunerne?

Et af incitamenterne for at ændre loven har netop været kommunernes nye ansvar for genoptræningen. Her har Danske Fysioterapeuter og Kommunernes Landsforening argumenteret for, at det ville være en barriere for det koordinerede patientforløb og give unødvendig administrativ trafik, hvis kommunale terapeuter var afhængige af en lægehenvi-
sing i forbindelse med genoptræning.

Hvad kommer lovændringen til at betyde for arbejdsgangene på sygehusene?

Det kommer helt an på, hvilken praksis man vælger på det enkelte hospital. Det er et af de spørgsmål, der lægges op til en drøftelse af, når Danske Fysioterapeuter inviterer ledende fysioterapeuter i regioner og kommuner til en Inspirations- og Dialogdag i januar. ■

indgang

■ Lov om autorisation af sundhedspersoner træder i kraft den 1. januar 2007. Danske Fysioterapeuter inviterer i den anledning til dialogmøde for ledere den 22. januar i Odense.

Inspirations- & dialogdag for fysioterapeuter i ledende stillinger

22. januar 2007
kl. 10-15 i Odense

Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed træder i kraft den 1. januar 2006. Det giver anledning til at sætte fokus på, hvilke muligheder, udfordringer og barrierer loven kan afstedkomme i forbindelse med udøvelse af fysioterapi. Lederne har i den forbindelse et særligt ansvar, og Danske Fysioterapeuter har behov for at komme i dialog med lederne for at få et mere klart billede af, hvilke tanker og tiltag der aktuelt rører sig på feltet.

MÅL MED DAGEN :

- At lederne får et overblik over mulige konsekvenser af den nye lov i forhold til varetagelse af eksisterende og kommende behov for fysioterapeutiske ydelser. Herunder fokus på, hvad loven bringer af nyt, og hvad der forbliver, som det hele tiden har været.
- Give lederne inspiration til at håndtere de muligheder, der måtte være .
- Give Danske Fysioterapeuter indblik i, hvordan de patienter der har behov for fysioterapi sikres denne behandling, når henvisningspligten bortfalder.
- Give Danske Fysioterapeuter baggrundsviden til at vurdere, om der er behov for yderligere centrale initiativer.
- Skabe netværk blandt lederne.

Fysioterapeuter i ledende stillinger i hhv. amter/regioner og kommuner samt ergoterapeuter, der leder fysioterapeuter vil blive inviteret pr. brev, når programmet er fastlagt.

fysnyt

Risikable nakkeoperationer

Artikel ■ IPTU's medlemsblad fra oktober 2006 gennemgår overlæge Kjeld Dons, Neurokirurgisk Klinik, Rigshospitalet en operationsmetode, som den tyske neurokirurg Abbas Montazem anvender til blandt andre patienter med reumatoid artrit, whiplash-ramte eller andre med stærke smerter fra nakken. Operationen indebærer, at der skrues to bøjler ind i kraniet og i de øverste hvirvler i columna. Resultatet er, at nakken bliver helt stiv og ikke kan bevæges. Læge Kjeld Dons skriver i sin artikel, at der ikke er dokumentation

for, at operationen virker for alle tilfælde af nakkesmerter. Der er således ikke dokumenteret effekt på gener i forbindelse med whiplash, og derfor udføres operationen ikke på denne patientgruppe i Danmark. Men i Tyskland opererer neurokirurg Abbas Montazem disse patienter i sin privatklinik, hvor der kommer flere udenlandske patienter bl.a. fra Danmark og Sverige. Derfor har danske og svenske neurokirurger drøftet anvendelsen af denne operation til whiplash-ramte.

"Pas på nakken". PTU Nyt nr. 5, side 15-18.

Hjemmeside om spændingshovedpine

WWW ■ På hjemmesiden www.ondtihovedet.dk, der henvender sig til mennesker med hovedpine, kan man finde gode råd om blandt andet test, bidskinner og fysioterapiøvelser. Inden man påbegynder fysio-

rapiøvelserne anbefales det at kontakte egen læge, tandlæge eller tandplejer. Hjemmesiden er udviklet i forbindelse med et afgangprojekt på tandplejeruddannelsen.

Kraniosakral rytme og puls

FFY ■ Den kraniosakrale rytme og puls indgår i den del af osteopati, som siden har udviklet sig til kraniosakral terapi. I et studie har man undersøgt inter- og intratester-observationsfund, og der er i dette og andre studier ikke fundet evidens for den kraniale puls og rytme. "Der skal nok findes andre forklaringer, når behandlerne palperer kraniosakral rytme og puls", skriver fysioterapeut Martin B. Josefsen i en nyhed på ffyd.dk

Scanpix/Corbis





Større patienter, større vanskeligheder

Hver tiende fysioterapeut har oplevet at måtte afvise at behandle en patient på grund af dennes overvægt

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO CLAUS BECH ANDERSEN/SCANPIX

Danskerne bliver tungere, og det samme gør arbejdet som fysioterapeut. Flere patienter vejer mere, og mange patienter med overvægtsrelaterede problemer ender på fysioterapeutens brik eller i træningslokalet.

Hvordan påvirker den stigende overvægt den fysioterapeutiske hverdag? Er der patienter, fysioterapeuten må opgive at behandle på grund af patienternes overvægt? Øvelser de ikke kan udføre? Redskaber de ikke kan bruge? Skal fysioterapeuten blande sig i

patientens eventuelle overvægt, eller er det ikke noget, der kommer fysioterapeuten ved? Og hvad med fysioterapeutens egen holdning? Kan man tilbyde en ordentlig behandling af en patient, hvis man mener, at lidelsen er selvforskyldt?

MÅ GERNE BLANDE SIG

Redaktionen har stillet spørgsmålene på fysio.dk for at høre fysioterapeuternes egne svar.

Det er kun ganske få fysioterapeuter, der slet ikke mener, at overvægt er et problem, fysioterapeuten skal blande sig i. Kun to procent vil hverken tale med patienten om mere motion, henvise til diætist eller selv rådgive om kostomlægning eller på anden måde blande sig i patientens vægtproblemer.

Råd og vejledning vedrørende motion er den mest benyttede intervention. 37 procent svarer, at de foreslår/instruerer i motion. 23 procent henviser til en diætist, mens 21 procent selv rådgiver om kostomlægning, og 17 procent svarer "andet", mens de to procent som sagt ingenting gør.

Hver tiende fysioterapeut har oplevet helt at måtte afvise at behandle en patient på grund af dennes overvægt. En fysioterapeut fortæller i undersøgelsen om en patient på 130 kg., som hun måtte undlade at behandle optimalt. Patienten var paraplegiker, og fysioterapeuten fik en arbejdsskade af at bevæge patientens ben igennem.

"Jeg sætter ikke mig selv som indsats mere", skriver fysioterapeuten, der af egen lomme har måttet betale for fysioterapeutisk behandling i forbindelse med sin arbejdsskade.

"Står det mellem dem og mig, så er det dem, der har ført gafflen, og jeg vil ikke have flere skader på min krop, fordi en person har spist for meget", skriver en anden.

20 procent af de medvirkende i undersøgelsen har oplevet at få gener eller at have overbelastet sig i forbindelse med behandlingen af svært overvægtige patienter. At det ikke er endnu flere, skyldes måske, at mange er bevidste om de eventuelle problemer, patienters overvægt kan føre med sig. Således svarer 46 procent af de medvirkende i undersøgelsen, at de på deres arbejdsplads har diskuteret praksis i forhold til undersøgelse og behandling af svært overvægtige patienter.

MANUELLE TEKNIKKER GIVER PROBLEMER

Tre ud af fire fysioterapeuter har oplevet at måtte ændre behandlingen på grund af patientens overvægt.

Deltagerne er i undersøgelsen er blevet bedt om at nævne behandlingsmetoder, som de har haft svært ved at gennemføre på grund af overvægten, og listen er lang: gangtræning, gulvøvelser, konditionstræning på cykel, ledmobilisering, lymfødembehandling, massage, mobilisering af ekstremiteter og columna, McKenzie og palpation er blot et lille og tilfældigt udpluk. ▶

CITATER FRA UNDERSØGELSEN:

"Jeg er selv svært overvægtig. Jeg har det svært med at være overvægtig og samtidig have en uddannelse både som fysioterapeut og slankekonsulent. Jeg ved så meget, og så kan jeg ikke selv efterleve det – de almindelige fordomme. Jeg genkender patienter og kursisters følelser og forsøger at rådgive mennesket bag fedtet".

"Ser på fede mennesker, som jeg ser på smukke kvinder, gamle mænd, små børn, indvandrere...Som én der skal behandles".

"Jeg orker dårligt at gå i gang med behandlingen hvis patienten er meget overvægtig og immobil. Jeg giver dog alle patienter lige behandling. Jeg tænker "yes" når jeg kommer til en let patient, og "puf" når jeg kommer til en tung patient- og så går jeg ellers i gang med udfordringen".

"Efter lang tids tværfagligt samarbejde om at få patienten til at tabe sig og blive mere mobil - kom på uanmeldt besøg og der var fyldt med chips og chokoladestik ved siden af patienten. Jeg sagde fra og meddelte hende, at når hun var klar til at være med igen, ville jeg gerne komme igen (hun har siden tabt 70 kg og modtager fysioterapi igen)".

"Jeg fortæller mine patienter, når det er deres vægt, der er en hæmsko for min behandling. Hvis jeg ikke kan hjælpe på anden måde, tilbyder jeg at støtte dem i et vægttab samt med motion".

"Patienten havde symptomer, der helt klart skyldtes hendes meget store overvægt. Jeg forklarede for hende, at jeg ikke ville kunne fjerne de symptomer hun havde, hvis ikke hun gjorde en indsats for at tabe sig samtidig med behandlingen. Det var hun ikke indstillet på, og det gjorde hun mig meget klart. Det gør mit job meget svært, og hvis hun ikke ville gøre en indsats, så ville jeg ikke kunne hjælpe hende".

"Jeg har været nødt til at ændre pædagogiske strategier for at finde patientens motivation (lyttende, forstående, barsk, kontrollerende mm.). Jeg har desuden måttet ændre behandlingsstrategi, fordi lejringen af patienten var umulig, fordi respirationen blev meget påvirket, og fordi dellerne blev fordelt på briksen, så patienten ikke lå hensigtsmæssigt lejret i forhold til den påkrævede, og umiddelbart planlagte behandling. Sidst men ikke mindst har jeg oplevet, at overvægtige patienter direkte er utrygge på briksen, fordi den er smal, og de ikke har en optimal kropsbevidsthed. De ved simpelthen ikke, hvor de er på briksen".

Penge til forskning og studiebesøg

Eular ■ Det europæiske netværk til forebyggelse af gigttilfælde "EULAR" (the European League Against Rheumatism) henvender sig til patienter, sundhedspersoner og forskere inden for reumatologi. Netværkets mål er at stimulere til forskning og udbrede forskningsresultaterne. Man kan søge om

støtte til forskning (research grant) på op til 10.000 euro pr. år med deadline for ansøgning den 31. december i år. Det er også muligt at søge om tilskud til studiebesøg (bursaries for educational visits) med støtte op til 750-1500 euro. Læs mere ved at klikke ind på www.eular.org -> Awards

Nordisk møde om stroke

2007 ■ Nordic Stroke afholder i september 2007 en nordisk kongres om cerebrovaskulære sygdomme. Emnerne er blandt andet diagnosticering, stroke

hos unge, forebyggelse, rehabiliteringsstrategier og komplikationer. Sæt allerede nu kryds i kalenderen d. 12.-15. september 2007.

Faldpatienter i den kliniske hverdag

Sundhedsstyrelsen ■ Sundhedsstyrelsen har netop udgivet publikationen "Faldpatienter i den kliniske hverdag". Formålet er at rådgive om, hvordan den systematiske faldforebyggelse kan integreres i sygehusvæsenet. Der er i publikationen fokus på de +65-årige, der henvender sig på skadestue efter et fald og efterfølgende indlægges. Der gives i bogen råd om, hvordan man med en multifaktoriel indsats kan forbedre indsatsen over for fald i den ældre del af befolkningen. Bevidsthedstab, gang- og balanceproblemer, svimmelhed,

medicinforbrug og osteoporoseproblematikken er nogle af de emner, der tages op. anbefalingerne er udarbejdet af en tværfaglig arbejdsgruppe med deltagelse af blandt andre sygeplejerske og programleder Hanne Backe, Folkesundhed København, fysioterapeut, ph.d. Nina Beyer, Bispebjerg Hospital, afdelingslæge, ph.d. Christine Brot, Sundhedsstyrelsen og lægerne Carsten Hendriksen, Jes Bruun Lauritzen og Leif Mosekilde. Man kan rekvirere publikationen gratis på Schultz' forlag eller ved at downloade den på www.sst.dk

fysnyt

- Især de manuelle teknikker giver problemer. Her svarer 68 procent, at overvægt kan være et problem, mens kun fem procent helt afviser det. 27 procent svarer "ved ikke".

Problemerne kan dog også opstå allerede i forbindelse med undersøgelsen, fremgår det. "Det kan være svært at lave us, fordi jeg ikke ved, hvad det er, jeg ser eller mærker", skriver en fysioterapeut.

"Det kan være meget svært at være specifik, når man skal stille en diagnose/konkretisere problemet, da det er svært at palpere de pågældende strukturer. Behandlingen bliver derfor ofte ikke særlig fokuseret/målet", skriver en anden. Problemerne består blandt andet i overhovedet at kunne nå ind til det væv, der skal behandles.

Et andet problem kan være, skriver flere, at brikens hydraulik ikke kan klare patienternes vægt. Briksen må derfor indstilles, inden patienten lægger sig på den, hvilket kan få konsekvenser for fysioterapeutens arbejdsstilling og dermed også behandlingen.

Listen over udstyr, der ikke kan anvendes til svært overvægtige, er i det hele taget alenlang. Der findes efterhånden mere og mere specialfremstillet udstyr til de svært overvægtige, men det meste af det, der endnu står rundt omkring, har vægtgrænser på 120-140 kg., fremgår det af undersøgelsen.

REAKTIONER PÅ OVERVÆGTEN

At mange fysioterapeuter er opmærksomme på deres egne reaktioner på patienters overvægt, kan man læse af de ledsagende kommentarer i undersøgelsen.

"Jeg er bevidst om, at jeg har svært ved at forstå, hvordan man kan lade sig selv blive svært overvægtig".

"Jeg skammer mig lidt over mine reaktioner for jeg væmmes ved meget overvægtige personer", skriver en fysioterapeut". Sin væmmelse deler hun ifølge undersøgelsen med en del andre, idet 8 procent har svaret, at de synes, at den svært overvægtige krop er uappetitlig.

13 procent svarer, at de mener, overvægtige patienter selv bærer skylden for deres problem. Men at det ikke nødvendigvis resulterer i en dårligere behandling, vidner blandt andet denne kommentar om:

"Andre patienter er også selv skyld i det. Det kan være meget aktive skiturister med dårlige knæ eller ryggers lidelser. Jeg undres nok mere, end jeg forarges, og jeg kan godt behandle patienter, som jeg ikke gider, ved at fortælle mig selv, at uanset hvad, så er det min opgave at hjælpe patienten videre". ■



Der foregår en diskussion i regionerne om, hvorvidt alle sygehuse skal kunne tage imod de ekstremt overvægtige patienter i forbindelse med andet end det helt akutte. Arkivfoto.

Holdning og handling

Kan man give en ordentlig behandling, hvis man væmmes ved patienten eller synes, "det er hendes egen skyld"?

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO KAREN KASMAUSKI/CORBIS

I undersøgelsen af fysioterapeuternes erfaringer med og holdning til overvægtige patienter (se artiklen side 12) svarer otte procent, at de synes, den svært overvægtige krop er uappetitlig, og 13 procent, at de mener, den overvægtige patient selv bærer skylden for sit problem. Flere tilføjer, at deres holdning ingen indflydelse har på den behandling, de giver patienterne.

Jette Hammer, der er fysioterapiunderviser på JCVU i Århus og derudover master i humanistisk sundhedsvidenskab, mener ikke, det altid kan lade sig gøre at holde sine egne holdninger til patienten uden for behandlingen. "Jeg mener, det potentielt kan afspejle sig i behandlingen, hvis man som fysioterapeut væmmes ved patientens krop", siger hun. ▶

Jette Hammer.
Foto: Jens Hasse/
Chili



Dorthe Maagaard.
Arkivfoto

- ▶ Også en holdning om, at overvægten og deraf følgende gener er "patientens egen skyld", kan vanskeliggøre en professionel behandling, mener hun.

"Jeg tænker, at for mange fysioterapeuter vil det være sådan, at deres egen kropsforståelse og eventuelle normer og værdier for den perfekte krop spiller ind i behandlingen, selvom de tilstræber at være professionelle behandlere. Tanker er som bekendt todfri, men hvis man i sin behandling tilkendegiver, at det er patientens egen fejl, lever man ikke op til kravet om at behandle alle lige. Man kan heller ikke være fysioterapeut i en elitesportsklub, hvis man mener, det er idrætsudøverens egen skyld, han har brug for behandling", siger Jette Hammer.

"Hvis man væmmes ved patientens krop, ser man ikke på patienten fra en fænomenologisk synsvinkel og går ikke med empati og faglig viden ind i patientens livssituation".

Jette Hammer valgte selv at forlade ældreområdet, da hun begyndte at føle, hun var gået død i det på grund af tempoet. "Så skal man videre. Det nytter ikke, at man tænker 'se så at få rumpen med dig' om sine patienter. Man må gøre op med sig selv som fysioterapeut, hvad man kan rumme", mener hun.

Jette Hammer mener dog ikke nødvendigvis, man skal finde et andet sted at være, hvis man indimellem mister tålmodigheden med sine patienter, men det er vigtigt, at man er bevidst om sine egne reaktioner.

"Det er vigtigt, man får skabt nogle etiske retningslinjer på arbejdsstedet. Man skal tale om det. Det skal være ok at spørge hinanden 'hvordan tackler jeg det, at jeg væmmes ved patienten?'".

Et redskab til at tackle den slags situationer og få taget hul på en måske lidt ubehagelig snak kan være supervision, mener Jette Hammer. "Lederen har pligt til at sørge for, at der bliver diskuteret etiske problemstillinger på arbejdspladsen. Vi snakker alt for lidt om etik. Danske Fysioterapeuters etiske retningslinjer har for eksempel indtil for nylig ligget et helt besynderligt

sted på foreningens hjemmeside, hvor man ikke kunne finde dem. De burde jo ligge allerforrest!"

Jette Hammer understreger, at der med ligebehandling ikke menes, at alle skal behandles på samme måde.

"Hvis man, fordi man har fire svært overvægtige patienter om året, investerer i nye træningsmaskiner, så risikerer man, et det sker på bekostning af alle de andre patienter, og så er der ikke tale om ligebehandling. Ligebehandling handler om, at hvis løbebåndet ikke kan bære en patient på 120 kg., så må man finde en anden måde, patienten kan motionere på. Man behøver ikke nødvendigvis at udskifte løbebåndet".

NYT UDSTYR OG MØBLER

Den slags overvejelser sidder man midt i på flere af landets sygehuse. Antallet af patienter, der vejer mere end 140 kg. vokser, og det samme gør problemerne med møbler og udstyr, hvis vægtgrænser overskrides.

På Kolding Sygehus har et af problemerne været

- Hver tredje voksne dansker er overvægtig. Det svarer til 1,3 mio danskere.
- Heraf er 13-14 procent svært overvægtige. Det svarer til godt 400.000 danskere.
- Flere end 100.000 voksne danskere har problemer med helbredet på grund af overvægt.
- Hvert femte barn i skolealderen lider af overvægt.
- Hvert 20. skolebarn lider af egentlig fedme.
- Tre ud af fire overvægtige børn i 8-9 års alderen forventes også at være det som voksne.
- Tallene er stigende. Der er 20 procent flere svært overvægtige børn end for 50 år siden.

Kilde: Fødevareindustrien og Motions- og Ernæringsrådet

overhovedet at finde ud af, hvad tingene kan holde til, inden det er for sent, fortæller ledende terapeut Dorthe Maagaard. På de fleste lifte fremgår vægtgrænsen, men det gør den ikke på for eksempel gangbarren eller møblerne i dagligstuen.

Sygehuset har i de senere år gjort et stort arbejde for at få kortlagt vanskelighederne i forbindelse med indlæggelse af svært overvægtige patienter – herunder blandt andet at få skrevet vægtgrænser på alt inventar og udstyr og få indkøbt udstyr, som kan holde til det ekstra pres fra de meget tunge patienter.

Da det ekstra stærke udstyr er meget kostbart, foregår der samtidig en debat i regionen om, hvorvidt alle regionens sygehuse skal kunne tage imod de ekstremt overvægtige patienter. "Det er klart, at vi skal kunne tage imod dem i en akut situation, men vi taler om, om elektive indlæggelser og operationer af svært overvægtige nødvendigvis skal kunne finde sted på alle regionens sygehuse. Operationslejernes vægtgrænse tænker man ofte ikke på - men det er vigtigt ligesom møbler, træningsudstyr og hjælpemidler", forklarer Dorthe Maagaard.

En arbejdsgruppe med deltagelse af blandt andre Dorthe Maagaard afleverede i december sidste år en

rapport til sygehusledelsen vedrørende mangler og problemer i forhold til håndtering og behandling af de ekstremt overvægtige patienter på Kolding og Fredericia sygehuse.

Rapporten kommer med en række anbefalinger. Ikke kun vedrørende indkøb af udstyr samt udarbejdelse af beredskab og retningslinjer, men også om, at der bør sættes gang i en debat om etiske spørgsmål i håndteringen og en udarbejdelse af en række etiske anbefalinger.

De etiske overvejelser har dog i første omgang måttet vige for de lidt i mere akutte behov for indkøb af eksempelvis krykkestokke, der ikke bøjer og skrider under patienterne, og udarbejdelse af retningslinjer til beskyttelse af personalets arbejdsmiljø.

"Det er omstændeligt at have med de ekstremt overvægtige patienter at gøre. Den ekstremt overvægtige krop kan være som smør at håndtere, og folk er helst fri. Men jeg tror på, at også disse patienter får en ordentlig behandling alligevel. Det vigtige er, at der er rum til at luften de lidt forbudte tanker. At man får vendt det i teamet og sat ord på det. Jeg tror på, at terapeuter er så professionelle, at de kan tackle det, selvom de synes, det er besværligt", siger Dorthe Maagaard. ■

Chokerende nyhed!

Nu kan du købe alt dit chokbølgeudstyr ét sted

FITPartner har det **største udvalg af chokbølgeudstyr** i Danmark og kan levere både fokuserende og radierende teknologi.

- Du får det udstyr, der passer bedst til dine kliniske behov og økonomi.
- Du får en uvildig rådgivning om fordelene ved begge typer teknologi.

Glemte vi at sige, at FITPartner er de eneste der forhandler chokbølgeapparatet DUOLITH® SD1 med begge teknologier indbygget – **kombinationsterapi**? Det betyder at dine behandlingsmuligheder nu bliver endnu flere. Ring og hør mere om de fordele Storz Medical's chokbølgeapparater kan give dig og specielt dine patienter.



FITPartner ApS er eneforhandler af chokbølgeudstyr fra Storz Medical AG. Teknologien udspringer fra nyrestensknusere som i dag er standard i behandlingen af nyresten på danske hospitaler. Storz Medical AG er ledende inden for dette felt og har flere patenter inden for teknologien. Chok- og trykbølger kan behandle en lang række kroniske tilstande, som før var meget svære at behandle og kunne kræve invasiv behandling. F.eks. plantar fasciitis med/uden hælspe, skuldersmerter med/uden forkalkning af sene, fortykkelse og arvæv af acillessenen, golf- eller tennisalbue, springerknæ. Ydermere behandling af triggerpunkter og smidiggørelse af muskler.

Vi kan ligeledes formidle leasingaftaler så du betaler en lav månedlig ydelse på chokbølgeudstyret. FITPartner's service omfatter meget mere end blot udstyret.



FITPartner
Vesterparken 5c
DK-2630 Tåstrup

Tlf. 70 204 234
info@fitpartner.dk
www.fitpartner.dk

Man skal fokusere på det positive

Fysioterapeuter i alle sektorer har en særlig forpligtelse til at drøfte vægtproblemer med deres patienter. Det er de nemlig gode til i kraft af det menneskesyn, de får gennem uddannelsen, mener Brita Stallknecht, der arbejder med overvægtige mennesker i projekt Krop og Job på Revacenteret i København

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Brita Stallknecht er fysioterapeut på Revacentret i København i projektet Krop og Job.

Krop og Job er et tilbud til mennesker, der selv føler, at deres vægt er en barriere i forhold til at komme tilbage på arbejdsmarkedet. De fleste deltagere i projektet bærer rundt på 50-70 kg overvægt og en BMI mellem 40 og 50.

Selvom fysisk aktivitet fylder meget i projektet, er det ikke det, Brita Stallknecht er mest optaget af at fortælle om, da Fysioterapeuten på hendes opfordring er på besøg på Revacentret. Først og fremmest handler det om motivation - om hvor stor en tro deltagerne selv har på, at det kan lade sig gøre, forklarer hun.

TRÆNER FIRE GANGE OM UGEN

Deltagelse i projektet bevilges efter en visitationssamtale, hvor deltagernes motivation måles med en række spørgsmål, der placerer den på en skala fra 1 til 10.

Når deltagerne er visiteret, testes de ifht. bl.a. vægt, BMI, fedtprocent og helbred generelt. Selve den fysiske træningen foregår på hold. Forløbets samlede varighed er på 28 uger. I den første del af perioden er deltagerne på centret fire dage om ugen, hvor der trænes hver dag. Herudover får de kostvejledning, og der foregår vejledning i forhold til erhverv og uddannelse og gennemgås psykologiske temaer som for eksempel stress og selvværd.

Deltagerne træner i centrets motionsrum, men der lægges også vægt på at komme ud og få afprøvet forskellige tilbud i lokalmiljøet, eksempelvis fitness, aquaspinning, dans og stavgang.

Anden del af projektet er 14 ugers praktik, hvor deltagerne er på arbejdspladsen i fire dage om ugen og mødes med holdet på centret én gang om ugen, hvor de træner og snakker om, hvordan de kan holde fast i livsstilsændringerne.

Til projektet er tilknyttet socialrådgiver, virksomhedskonsulent, klinisk diætist, psykolog og fysioterapeut.

LØBENDE MÅLSÆTNING

Hvis motivation er det første nøgleord i arbejdet med overvægtige, er løbende målsætninger det næste, forklarer Brita Stallknecht.

Gruppen fortæller hinanden om både kort- og langsigtede målsætninger og holder hinanden fast på dem. Store og små målsætninger mellem hinanden, ►

ET KLAP PÅ SKULDEREN

Mette Jensen havde været væk fra arbejdsmarkedet i et par år, da hun startede i projekt Krop og Job. I dag er hun oldfrue på et københavnsk vandrehjem, og hun giver projektet æren for at have fået modet til at gå ud og søge et job.

"Projektet har betydet rigtig meget for, at jeg er kommet ud på arbejdsmarkedet. Alt faktisk", siger Mette Jensen og forklarer, at den stædige fokusering på det positive, der gennemsyrede projektet, betød, at en ødelagt selvtilid langsomt blev bygget op igen.

"Der bliver ikke fokuseret på nederlag. Kun på de ting, der går godt, og det betyder jo rigtig meget for, hvordan man ser sig selv. Man har jo en tendens til at kigge udad, inden man kigger indad, så hvis man oplever, at andre giver en et klap på skulderen, begynder man også at kunne lide sig selv lidt mere", siger Mette Jensen.

Hun nåede ikke at gennemføre projektets praktikdel. "Jeg valgte at gå ud og finde et arbejde i stedet for at komme i praktik", forklarer hun.

Deltagerne i projekt Krop og Job, her Simin Anissi, er glade for maskinerne, der giver dem mulighed for at træne på hvert deres niveau.



- ▶ hvor bare det at spise morgenmad hver dag kan være mål nok for de næste par uger. En anden målsætning kan være at få talt med den mor, som altid byder på kage.

"Arbejdet i gruppen gør meget. De støtter hinanden, både når det går godt, og når det går dårligt. Hvis en har haft en målsætning om, at hun skulle gå 5 kilometer, men kun er nået ned til kiosken efter smøger, siger de andre, 'godt at du ikke sad i sofaen hele aftenen!'", fortæller Brita Stallknecht.

Den fysiske træning foregår først og fremmest på centret, der er fornuftigt udstyret med træningsmaskiner i størrelse XL.

"I konditionstræning er der nogle, der kan klare en time, mens andre falder om efter 10 minutter. Derfor er de meget glade for maskinerne, fordi de betyder, at de bedre kan give den en skalle på hvert deres niveau", siger Brita Stallknecht.

I det hele taget er der mange barrierer at tage hensyn til, forklarer hun. En kan ikke gå så godt på grund af en overbelastet hæl. En kan ikke cykle på grund af et dårligt knæ. Og mange har svært ved at komme op og ned fra gulvet.

TILBAGE PÅ ARBEJDSMARKEDET

Når projektet er slut efter 26 uger, er der 96 procent af deltagerne, der har tabt sig. Rekorden indehaves af en deltager, der tabte sig 30 kg. Om vægttabet holder efter endnu et halvt år, er der ingen der ved. Det er kommunen, der finansierer deltagelsen i projektet, og kommunens succeskriterium er, om deltagerne kommer tilbage på arbejdsmarkedet – ikke om vægttabet holder.

"Det er også vigtigt, at deltagerne ikke ser det som en slankekur, for dem har de prøvet en million af. Der er ikke noget, de ikke må spise eller drikke, men der er et kalorieindtag, de skal holde. Vi råder til mange, små måltider - intet smør, lightprodukter - og til at få motion ind i hverdagen ved for eksempel at gå en tur om aftenen. Og så prøver vi at få dem til at cykle herhen", siger Brita Stallknecht.

Man motiverer folk ved at respektere dem og anerkende det, de gør. På den måde hjælper man dem med at få øje på også de små ting, de gør godt, mener Brita

Stallknecht. Hun selv er en lille spirrevip, men man tror hende, når hun hævder at have respekt for mennesker i alle størrelser og for de valg, de træffer.

"Men jeg kan godt blive frustreret, hvis nogen siger, at de er topmotiverede, og jeg så ikke oplever, at der sker noget som helst. Og jeg kan godt finde på at tage en snak med nogen, om det giver mening at være her lige nu, for det sætter et præg på resten af gruppen, hvis motivationen ikke er der".

At tale med folk om deres overvægt er ikke svært, mener Brita Stallknecht. Hun medgiver at have et forspring i kraft af, at de mennesker hun møder i projektet, netop kommer på grund af deres overvægt. Alligevel mener hun, at det ville være lige så oplagt at tage snakken med for eksempel en knæpatient på en klinik.

"Jeg har selv været praktiserende, og jeg kunne sagtens finde på at spørge en patient, om ikke

det var en idé at gøre noget ved vægten", siger Brita Stallknecht, der mener, fysioterapeuter i alle sektorer har en særlig forpligtelse til at drøfte vægtproblemer med deres patienter. Det har de nemlig forudsætningerne for i kraft af det menneskesyn, de får gennem uddannelsen.

"Mit råd er, at man skal tale om det uanset hvad. Jeg tror mange fysioterapeuter har et menneskesyn, der respekterer mennesker, som de er. Men generelt bliver de overvægtige set mere ned på. Jeg har kursister, der fortæller, hvordan vildt fremmede afleverer bemærkninger som 'synes du virkelig, du har behov for den is'".

Men hvordan med deltagernes respekt for en fysioterapeut, der selv med lethed kan klemme sig ned i en størrelse 34? Hvordan kan hun overhovedet tillade sig at tro, hun ved hvad hun taler om, når hun rådgiver overvægtige? Hvordan kan de tro på, at hun forstår dem?

"Selvfølgelig er der nogen, der siger 'hvad fanden ved I om at være overvægtig'. Så må vi sige, at selvom vi ikke har prøvet det selv, har vi masser af erfaringer fra arbejdet. Men vi prøver ikke at være eksperter. Vi kan ikke vide, hvad der er det rette for den enkelte at gøre. De skal selv have lov at være eksperter". ■



Brita Stallknecht

SAMI

TRADING HOUSE

Fitness • Rehab • Terapi • Ergonomi



**Vi ønsker alle
en rigtig glædelig jul, samt et godt nytår!**



Introduktionspris ekskl. moms
ved bestilling inden 15.12.06. Fås i mange farver.

999,-

En nyhed i Danmark Fitness-skamlen!

-et effektivt træningsredskab & et flot møbel!
Pris dkr. 1.199,00 ekskl. moms



Nyhed hos SAMI;

Vi har optaget forhandlingerne af Mettler Electronics corp. Elektroniske apparater, ring og hør nærmere om priser og specifikationer.

Ultrasound to Go

The new Sonicator® 740

Specifikationer;

Input:	100-240 VAC, 50/60 Hz
Klassifikation:	Protective Class 1 Equipment og Internally Powered Equipment Type B Equipment
Batteri:	10.8 V og 4.8 Ah
Størrelse:	34,3 cm x 24,1 cm x 17,8 cm
Vægt:	1,7 kg uden batteri 2,1 kg med batteri
Frekvenser:	1, 3, 2 eller 3,3 MHz
Indstillinger:	10, 20, 50% og 100% driftscyklus
Maks. Intensivitet:	2,2 W/cm ²
Hoved str.:	10 cm ² , 5 cm ² eller 1 cm ²



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