

Nr. 6/marts/2005
87. årgang



Overenskomst

En ny overenskomst med mere i løn til basisstillingerne og en helt ny lønmodel. Side 24

Fysioterapeuten

www.fysio.dk

Bobath anno 2005

Konceptet har udviklet sig og er stadig et relevant behandlingstilbud

SIDE 4



Artikler

Bobath konceptet anno 2005



Bobath konceptet er fulgt med tiden og har blandt andet integreret den systemiske tankegang i behandlingen af mennesker med hjerneskader.

4

Et frugtbart samarbejde



Stadig flere bachelorsprojekter starter som ideer i praksis og får dermed en værdi for andre end de studerende selv.

14

Fysioterapeut på idrætshøjskole



Fysioterapeuter arbejder i stadig større omfang som undervisere på idrætshøjskolerne. I Sønderborg tager idrætshøjskolen nu fysioterapeutstuderende i praktik.

18

Skræddersyet overenskomst



Sundhedskartellet har indgået en overenskomsttaftale om blandt andet en ny lønmodel, der er skræddersyet til fysioterapeuter, sygeplejersker og andet sundhedspersonale.

24

Pas på hjertet - børst tænder!

Vi har tidligere på denne plads fortalt, hvordan et italiensk studie har vist, at pizzaspisning kan forebygge hjertesygdomme, og præsenterede i den forbindelse ideen om pizza på recept. Nu viser det sig, at også tandbørstning har en forebyggende effekt på hjerte-kar-sygdomme. Et studie viser en klar sammenhæng mellem åreforkalkning og den type bakterier, som forårsager tandkødsbetændelse. Ifølge assisterende professor Moïse Desvarieux er dette "det mest direkte bevis, man har fundet på, at tandkødsbetændelse fører til hjerte-kar-sygdomme.

Kilde: www.forskning.no



FOTO: HENRIK SØRENSEN/SCANPIX

Det faste

Presseklip	12
Fysnyt	22,30
Debat	31
Netdebat	32
Kalender	33
Uddannelse	35
Job	39



FORSIDE: GITTE SKOV

Udgiver:
Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

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

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

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

Webredaktør:
Martin Goldbach Olsen
e-mail: mgo@fysio.dk

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

Kontrolleret oplag 9.383
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2003 - 30. juni
2004
86. årgang.

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

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

ISSN 1601-1465

Et godt resultat

Vi har fået et godt overenskomstresultat. Selv om jeg ikke var i tvivl om, at det var den rigtige beslutning, vi traf, da vi for halvandet år siden forlod KTO sammen med resten af Sundhedskartellet, var det alligevel med en vis nervøsitet, vi selvstændigt begav os i kast med at forhandle med arbejdsgiverne i amter, kommuner og H:S. Men vi kan nu præsentere et resultat for omkring 100.000 ansatte i sundhedssektoren, der på alle væsentlige områder opfylder de krav, vi gik til forhandling på.

For det første har vi fået indfriet vores hovedkrav om at sikre basisgrupperne en ordentlig lønforbedring. Ikke mindst har vi fået hævet sluttrinet, der fremover er ens for alle faggrupper med en professionsbacheloruddannelse. Ydermere har vi fået forkortet gennemløbet fra start- til slutløn med to år for ansatte under Amdrårdsforeningen og H:S. I ledereoverenskomsten fik vi opfyldt vores krav om at løfte de lavest indplacerede. Det er et resultat, som vil kunne ses på lønsedlerne.



Af Johnny Kuhr
formand for
Danske
Fysioterapeuter

For det andet har vi fået en ny lønmodel, der er skræddersyet til sundhedskartellet medlemmer. Her har vi virkelig flyttet arbejdsgiverne. Aftalen om ny løn er opsagt, og der er i stedet indgået en rammeaftale om den lokale løndannelse. Der er indført en ny lønskala for Sundhedskartellet medlemmer, hvor vi bygger videre på vores gode erfaringer med at give de faglige advancementsstillinger en højere indplacering. Der er nu to grundlønstrin til rådighed for henholdsvis den erfaringsbaserede kompetence og for den faglige karrierevej. Med andre ord har vi lagt det første sæt skinner ud for en ny måde at sammensætte lønnen på for Sundhedskartellet medlemmer. Dermed har vi et godt afsæt for den langsigtede strategi om at indsnævre lønspændet til sammenlignelige grupper på det private arbejdsmarked.

For det tredje er overenskomsten et bevis på, at Sundhedskartellet som forhandlingsfællesskab har stået sin prøve og har leveret en tiltrængt nytænkning. Forhandlingsforløbet har styrket Sundhedskartellet og samarbejdet mellem de 11 sundhedsorganisationer.

Der er dog også en knast i resultatet. Desværre vil enkelte grupper af medlemmer i en periode ikke få reallønssikret deres løn. Det har været omkostningen ved at få indført lønmodellen. Heldigvis gælder det kun midlertidigt, indtil disse grupper som følge af højere anciennitet overgår til en højere slutløn end tidligere. Set i et livsløbsperspektiv, altså hvor meget en fysioterapeut i en basisstilling tjener i løbet af et arbejdsliv, giver den nye lønmodel en højere løn end det nuværende lønsystem. Det håber jeg, alle fysioterapeuter vil tage med i overvejelserne, når de skal vurdere, hvor krydset skal sættes på stemmesedlen. Min og hovedbestyrelsens vurdering er, at der er tale om en god aftale, som vi vil opfordre alle til at sige ja til.

Bobath konceptet anno 2005

Bobath konceptet har fulgt med tiden og har blandt andet integreret den systemiske tankegang i behandlingen af mennesker med hjerneskader

AF ANNE BROWN, FYSIOTERAPEUT, IBITA INSTRUKTØR,
HVIDOVRE HOSPITAL
FOTO JOACHIM RODE

indgang

■ Anne Brown har som instruktør arbejdet med Bobath konceptet i mange år. Hun beskriver i artiklen den udvikling, der har været inden for konceptet og viser, hvordan det også kan anvendes i kombination med andre behandlingsmetoder og -principper.

Apopleksiafsnittet på Hvidovre Hospital modtager fysioterapeutstuderende fra skolen i København. Flere af de studerende udtrykker forbavselse, når de hos os bliver præsenteret for Bobath koncept i praksis. Navnet Bobath har de måske hørte om, men hvad konceptet står for er ukendt for dem. Men deres holdning bliver hurtigt: "Hvorfor har vi ikke lært om det på skolen?"

På et Bobath grundkursus for nylig fortalte en kursist, at hendes kollega havde undret sig over, at hun gad tage på kurset, for Bobath var "noget gammeldags noget". At Bobath konceptet således er i modvind,

skyldes sandsynligvis manglende evidens for konceptets effekt, manglende promovering af konceptet og antagelsen om, at konceptet ikke har udviklet sig.

Men Bobath konceptet har udviklet sig og er efter min mening stadig et relevant behandlingskoncept.

Der er mange terapeutiske indgangsvinkler til behandling af mennesker med erhvervet hjerneskade. De mest velkendte og anvendte i dag er: Shepherd og Carr, Coombes, Affolter og Bobath. Lad mig slå fast med det samme; der er endnu ingen evidens for, at ét koncept eller program opnår bedre resultater end et andet. Faktisk tyder pålidelige undersøgelser på, at intensiteten af målrettet og specifik fysio- og ergoterapeutisk behandling er det vigtigste. Der er desuden evidens for, at det er væsentligt, at træningen foregår i et positivt, beriget og dynamisk miljø, hvor ekspertise er et nøgleord (1-6).

Hvad er det så, Bobath konceptet har at tilbyde i behandlingen af mennesker med erhvervet hjerneskade, og hvad skal der til, for at man med rette kan hævde, at en terapeut arbejder efter Bobath konceptet? Hvad er grundstenen i Bobath konceptet?

FUNKTIONS- OG AKTIVITETSNIVEAU

I de senere år har terapeuter i stigende grad valgt at træne de neurologiske patienter direkte i aktiviteter;

oftest velkendte dagligdags aktiviteter, men også aktiviteter i forbindelse med arbejdsopgaver og fritidsinteresser. At arbejde med de kontekstuelle faktorer er ikke nyt for Bobath terapeuter. I en video fra 1980 siger Berta Bobath: "Mere end nogensinde foregår al behandling i situationer, der svarer til det virkelige liv. Man anvender møbler, som patienten har i sit hjem, såsom borde, stole og endda vægge. På den måde lærer patienten det væsentlige budskab, at det han laver til "træning", er en del af hans hverdag og ikke bare nogle øvelser".

Nyere viden om, hvor væsentlige de kognitive processers rolle er for bevægelser, (7) har fastslået vigtigheden af træning på aktivitetsniveau (faktaboks s. 10). En del af denne træning skal foregå i klientens eget hjem, dels for at få fordel af de kendte omgivelser for at fremme problemløsningsstrategier og dels for at justere lærte aktiviteter der, hvor det betyder mest (8,9). Det er en udvikling, som IBITA (se faktaboks s. 10) erkender vigtigheden af, men IBITA holder samtidig fast ved, at en påvirkning af patienten på kroppens funktionsniveau også kan have sin berettigelse.

Hjernens output er afhængig af input. For at få optimalt udbytte på aktivitetsniveau, for eksempel at tage bukserne på i stående stilling, er det vigtigt at påvirke de forskellige sub-systemer, som systemmodellen for motorisk adfærd består af (se figur 1, s. 8).

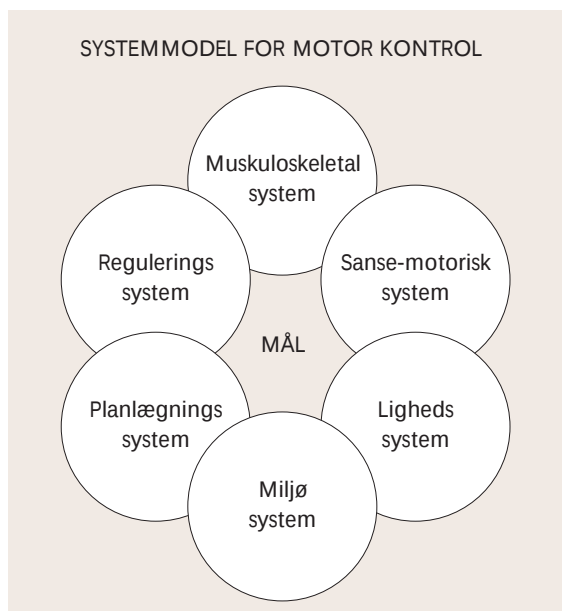
Hvert sub-system rummer informationer, og disse skal integreres i helheden, for at individet kan udføre opgaven optimalt. Terapeuten benytter sig af denne viden, når hun for eksempel vælger, at patienten skal børste tænder i badeværelset. Hun håber gennem påvirkning af "miljøsystemet", at opgaven udføres mere hensigtsmæssigt. Mangler der information fra for eksempel omgivelserne, kan aktiviteten gennemføres, men bevægelsen bliver ofte uøkonomisk og mangelfuld.

I den følgende case illustreres det, hvordan man ved at behandle kroppens funktioner kan tilføre nyttige informationer til det sanse-motoriske subsystem. ►



Når synssansen er sat ud af spillet, skal patienten være opmærksom på feedback fra andre sanser. Målet er at opnå en mere optimal alignment og dermed vægtbæring på venstre ben under gang.

FIGUR 1



► CASE

Patienten MB har som mål igen at kunne tage sin bukser på i stående stilling. En analyse og test af MB's udførelse af aktiviteten viser, at MB har nedsat taktil og proprioceptiv sans i det afficerede ben. Han forbereder sig til opgaven ved at bruge synssansen til få placeret den afficerede fod fornuftig på gulvet. Men når han først er kommet op at stå, er der mest vægt på det ikke afficerede ben.

MB kan få det afficerede ben gennem buksebenet, men må mellemlande 3-4 gange, inden foden kommer ud af den anden ende af buksebenet. Hans bevægelser ser kluntede ud. Når det ikke afficerede ben skal ind i buksebenet, går det helt galt. Han forsøger på forskellige måder. Han er mest sikker med det afficerede ben som standben, når knæet er helt strakt, men så er buksens talje så højt oppe, at han ikke kan få det andet ben i. Han er ved at vælte flere gange under forsøget.

Som Bobath terapeut kunne man vælge at behandle på kroppens funktionsniveau for at fylde på det sanse-motoriske subsystem (figur 1). Man kan for eksempel benytte manuel sensibilisering af benet, stillingsskift i helt oprejst og delvis oprejst stående stilling på forskelligt underlag, med og uden inddragelse af synet og med tilbagemelding fra MB om hans oplevelser og erfaringer undervejs. Der evalueres efterfølgende på, om MB har færre problemer, når han tager sine bukser på i stående.

FLEKSIBILITET

Et koncept skal være stærkt forankret, hvis det på en gang skal være fleksibelt og give plads til andre behandlingstilnærmelser. I Bobath konceptet er patientens ve og vel i fokus, og derfor inddrages andre

behandlingsmetoder, hvis det er til patientens fordel. Disse metoder skal selvfølgelig være afprøvede og så vidt muligt dokumenterede. Følgende metoder vælges typisk i kombination med Bobath konceptet: Neurodynamik, Constraint Induced Movement Therapy (CIMT), Body Weight Supported (BWS) gangbåndstræning, sensoriske input og forskellige læringsprincipper.

Ved at inddrage andre behandlingsmetoder og -principper får patienten et varieret og fleksibelt behandlingstilbud, der er skræddersyet til hans behov.

CASE

En 78-årig kvinde (KL) har haft et mindre infarkt i venstre hemisfære. KL er højrehåndet. Hendes interesser er håndarbejde og kryds og tværs. KL har gået med en rollator de sidste fem år på grund af en ikke helt vellykket venstresidig hofteoperation.

Hendes aktivitetsproblem er, at hun ikke kan gå på trods af, at hun kun har let nedsat funktion i højre UE. Det skyldes manglende styrke og vægtbæring i det venstre ben som følge af mislykket operation og øget fleksionstonus over højre albue, håndled og fingre, hvilket bevirker, at hun hverken kan nå rollatoren, eller holde på den.

KL har begyndende funktion omkring højre skulder og scapula. Hvis KL kunne støtte med begge hænder på rollatoren for at aflaste benene, ville hun kunne gå kortere afstande i hjemmet.

Behandling

Bobath terapeuten arbejder med vægtbæring på den højre underarm på et bord. KL bedes om at bevæge truncus samtidig med at højre arm bliver på bordet. Målet er at oparbejde muskelfunktion, stabilitet og selektivitet omkring skulderleddet, scapula og trunkus. Der forsøges med udspænding og muskelmobilisering, men for KL er den bedste intervention mobilisering af nervesystemet, så neurodynamikken forbedres og KL får fuld bevægelighed i højre albue, håndled og fingre.

For at kunne udnytte de opnåede resultater fra neurodynamikken funktionelt, arbejdes der med selektive bevægelser af OE i forskellige udgangsstillinger, og der øves forskellige former for skubbe/holde-igen-aktiviteter. KL gennemfører et kort selvtræningsprogram med udgangspunkt i neurodynamikken flere gange dagligt. Desuden inddrages aktiviteter som borddækning og bord-kryds og bolle.

I starten faciliteres KL under aktiviteterne. "Vægtbæring" på hånd og arm inddrages i alle stillingsskift eller transfersituationer.

Resultat

Trods manglende finmotoriske færdigheder i højre hånd og fingre kunne KL efter genoptræningen holde

på og støtte sig til rollatoren med begge hænder, og det lykkedes hende at gå kortere afstande i eget hjem og selv klare toiletbesøg ved at støtte på toiletkummen med bagsiden af benene. KL føler selv, at det højre ben er blevet stærkere, og hun stoler nu mere på, at hun kan klare sig selv i hverdagen. KL forsætter med sit selvtræningsprogram med udgangspunkt i neurodynamik, da hun synes, det forebygger, at der kommer øget spænding i højre arm.

TVÆRFAGLIGE TEAMS

Ingen, der arbejder med neurorehabilitering, kan være i tvivl om fysioterapeutens betydning i behandlings-teamet, men ingen faggruppe alene kan føre patienten frem til det optimale outcome. Selv om der tidligere har været kommunikation med de forskellige sundhedsfaglige personalegrupper og ikke mindst med familien til den ramte, er det først i 1980'erne, man er begyndte på et egentligt tværfagligt samarbejde.

Ideen om at tænke hele døgnet ind i rehabiliteringen og dermed konkretisere samarbejdet med andre faggrupper og familie, kan tilskrives Bobath instruktør Patricia Davies. I Bobath konceptet lægges der vægt på det tværfaglige samarbejde, men for at det skal fungere, skal det baseres på en stærk monofaglig ekspertise hos alle aktører.

Udviklingen af det tværfaglige samarbejde har ført til, at alle i teamet arbejder med patienten som med-spiller frem mod et fælles mål. Med deres specielle viden kan faggrupperne vejlede hinanden i passende støttefunktioner i forhold til målet. Alle faggrupper omkring patienten udfører deres opgave, for at målet opnås, og de skal have viden om og forståelse for at koordinere med de monofaglige opgaver, de andre faggrupper arbejder med. Tværfaglighed skal således ikke forstås som, at alle kan gøre hinandens arbejde.

CASE

En 48-årig mand (GP) med en højresidig insult 14 uger efter debut. GP er lagerarbejder og vil gerne tilbage til sit job.

GP har ekstrapersonelle spatiale forstyrrelser, som er aftagende, dårlig hukommelse, nedsat taktil og proprioceptiv sans i venstre fod samt venstre hånd og fingre, manglende alignment af kroppen under gang og generel dårlig kondition.

Det tværfaglige mål er, at GP dagligt går til kiosken uden opsyn for at købe aftalte varer, en distance på 600 m på et trafikeret, men beskyttet område.

GP er kommet sig over sine synkeproblemer, og PEG-(perkutan endoskopisk gastrostomi) sonden er fjernet. Plejepersonalet registrerer, hvor meget GP spiser. Det viser sig, at han på grund af madlede, ikke kommer op på det forventede indtag af energi per os, og hans

BMI (Body Mass Index) falder. Kostplanen ændres, og diætisten opfordrer familien til at tilberede GP's yndlingsmad til aftenmåltiderne. Bobath terapeutterne omstrukturerer ugens behandlingsprogram, så den er mindre krævende og ændrer træningstider, så GP kan hvile ind imellem.

Plejepersonalet melder tilbage, når GP igen kan spise og har fået tilstrækkeligt energikilder per os. De fysiske krav til GP kan herefter øges.

KOMPENSATIONSSTRATEGIER OG LÆRING

At kompensere for en svaghed eller skade er fornuftigt. Det er en strategi, som raske mennesker straks vil ty til, for eksempel når det er nødvendigt at gå videre på en fod med en vabel. Efter en apopleksi er aktiviteter og bevægelser for det meste umulige, uden at patienten kompenserer på en eller anden måde. Hvad enten det drejer sig om motoriske eller kognitive kompensationer. For apopleksipatienter kan disse kompensationer være bevidste eller ubevidste, men det er i det hele taget et godt tegn, hvis patienten har en kompensationsstrategi, i modsætning til ikke at afprøve sin "nye krop".

Det er grundlæggende for Bobath konceptet, at kompensationsstrategier ikke skal forbydes, men be-

DynamoSeat®

Dynamo Stol
til et aktivt arbejdsmiljø

Dynamo
Stol ApS

www.dynamostol.dk

Dynamo Stol ApS

Tlf: 46 75 09 70

E-mail: kontakt@dynamostol.dk



- grænses og styres. Dette har desværre ofte været kilde til misforståelser, og man har således troet, at patienten for eksempel skulle blive siddende, hvis han ikke kunne gå ordentligt.

Den erfarne Bobath terapeut skelner mellem typen og graden af kompensation og patientens evne til at integrere det, han lærer af terapeuten. En hands-on intervention følges altid op med, at patienten selv fortsætter aktiviteten, efter at terapeuten har taget sine hænder væk. Ofte handler det om at få et mere optimalt alignment i kroppen eller i den relevante del af kroppen, alt efter aktivitetens art. Det kunne for eksempel være terapeutens forsøg på med sine hænder at føre den afficerede hofte fremad over foden for at få et optimalt alignment i den midterste del af standfasen under gang.

Terapeutens hands-on er et vigtigt redskab i arbejdet med patientens kompensationsstrategier. Hands-on giver fysioterapeuten direkte feedback, når hun modellerer patienten, og denne feedback kan hun anvende i sin løbende vurdering af patientens ressourcer og hans læringspotentiale.

HANDS-ON

Hands-on anvendes af Bobath terapeuter, ikke for at forbedre patientens præstation, men for at patienten gennem en mere optimal præstation kan lære.

Ideen bag hands-on er, at styring af bevægelserne i en aktivitet kan give hjernen et anderledes input, end en

kompensatorisk bevægelse gør. Det kan have den betydning, at hjernen som output vælger en mere optimal strategi. I bund og grund svarer hands-on til den guiding, der anvendes i behandling efter Affolter konceptet. I Bobath konceptet kaldes guiding ofte for facilitering, fordi dette begreb også omfatter den mere indirekte guiding af aktiviteter, som blandt andet forekommer, når fysioterapeuten strukturerer omgivelserne.

Målet med guiding/facilitering i Bobath konceptet er at få patienten til at benytte en hensigtsmæssig fysisk eller kognitiv strategi, som han har svært ved. Målet er, at hjernen ser denne strategi som en mulighed i en alternativ problemløsningsstrategi i forbindelse med at udføre en given aktivitet. Guiding i Affolter konceptet retter sig mod patientens manglende eller utilstrækkelige informationssøgning og problemløsningssevne, hvilket er nødvendigt for at kunne interagere med omverdenen i hverdagen. Både Affolter og Bobath koncepterne har som mål, at patienten danner hypoteser, lærer og overtager aktiviteten.

MANGLEDE EVIDENS

Desværre er der ingen studier, som be- eller afkræfter effekten af guiding. Berta Bobath udviklede sit koncept i en tid, hvor empirisk viden blev accepteret, og siden da har ingen terapeuter taget guiding/facilitering op til nærmere undersøgelse.

Ifølge Bobath konceptet behøver kompensationsstrategier ikke nødvendigvis at forhindre hjernens plastiske



Patientens egen strategi på trappen virker, men er uøkonomisk og iøjnefaldende.



Patienten faciliteres til en mere hensigtsmæssig alignment for opgaven (hands-on). Fysioterapeuten har placeret sig bag patienten af hensyn til fotografen (red.).



Patienten har lært en ny strategi for trappegang.

tilpasning i forbindelse med generhvervelse af funktion og reorganisering efter en skade. Men teorien er, at såfremt kompensationsstrategierne ikke begrænses og styres, kan de blive indkodet i hjernen som foretrukne bevægestrategier, og det vil være uhensigtsmæssigt, hvis patienten stadig har et potentiale for at lære at bevæge sig anderledes og mere økonomisk. Dette er der ikke konkret evidens for endnu. Men neurofysiologisk forskning har vist, at der konkurrence om den reducerede plads ved kortikal reorganisering efter en læsion i hjernen (10). De kropsdele, som er mest aktive, indtager mere af pladsen i cortex. Det gør det sværere for andre svagere dele af kroppen at vinde neural plads i cortex.

NY VIDEN FRA PSYKOLOGIEN

I 2003 holdt klinisk psykolog Theo Mulder fra Holland to seminarer i Danmark. I den forbindelse fortalte han, at man i psykologiske studier har fundet ud af, at det man hører først og sidst for eksempel til et foredrag, er det, man husker bedst. Han mener ikke, det er usandsynligt (11), at det samme gør sig gældende i forbindelse med læring af bevægelser i fysioterapi: at den bevægelse, man lærer først, er den, man husker bedst.

En anden psykolog med interesse i hukommelse og læring, Barbara Wilson fra Cambridge i England, har i nogle år undersøgt hjerneskadede personers evne til at huske bl.a. navne og ansigter. Det viser sig, at personer med hjerneskade lærer de korrekte navne og ansigter bedst, hvis de bliver begrænset i deres mulighed for at fejle (12, 13). Laver de fejl, husker de ofte fejlene, og det bliver efterfølgende sværere at lære det, der er korrekt.

Spørgsmålet er, om hands-on facilitering kan betragtes som et forsøg på "fejlfri" læring (se foto s. 8).

Disse tanker passer fint med Bobath konceptets holdning til kompensationsstrategier. Det, der læres først, læres bedst og kan være vanskeligt at lave om. Derimod hvis terapeuten intervenserer med bl.a. hands-on for at hjælpe patienten at lære og derefter ved hands-off, for at patienten kan overtage, er der et læringsmoment først og sidst.

Bobath terapeuter er opmærksomme på, at patientens læringskapacitet skal stå i forhold til de omkostninger, der er ved den fysiske og kognitive kontrol af en aktivitet, og der skal tages hensyn til dette under træning. Man træner på et niveau, hvor grænserne kan flyttes, men hjælp skal der til, når det er påkrævet. "Overloading" fremmer ikke læring. Se eksempel i faktaboks på side 12

AT PATIENTEN LÆRER SELV

Ny viden inden for neurofysiologi og bevægevidenskab tyder på, at hjernen arbejder efter en system- eller procesorienteret model af motorisk adfærd. Bobath konceptets vurdering og behandling af patienten anno

BOBATH KONCEPTET

Bobath konceptet så dagens lys i 1940'erne. Fundamentet for konceptet blev udviklet af Berta Busse, der på det tidspunkt var gymnastiklærerinde, men senere blev fysioterapeut. Hun mødte i London lægen Karel Bobath. De blev gift, og indtil deres død i 1991 arbejdede parret sammen om behandling af børn og voksne med hjerneskader. Herudover formidlede de den teoretiske og praktiske viden til andre fagpersoner. Bobath konceptet blev udviklet de år, hvor den hierarkiske model af motor control var gældende. Alle former for øget tonus var dengang betegnet som spasticitet, og normalisering af tonus blev betragtet som afgørende. Fordi Berta Bobath opdagede, at hun kunne påvirke "spasticitet", indgik nedsættelse af "spasticitet", som en af de vigtigste komponenter i Bobath konceptet. Senere indrømmede Berta Bobath, at hun havde overvurderet vægtning af tonusnedsættende behandling. Alligevel gik der længere tid, inden terapeuter verden over, som behandlede efter Bobath konceptet, havde forståelse for dette. I slutningen af det 20. århundrede pegede neurofysiologisk viden mere og mere på, at der kunne være flere årsager til øget tonus, og at øget tonus ikke nødvendigvis var "spasticitet". Det er sandsynligt, at den "spasticitet", Berta Bobath kunne påvirke, var øget tonus baseret på somato-sensoriske og kognitive forstyrrelser eller på sekundær muskel- og nerveændringer. I IBITA's definition af Bobath konceptet faldt begrebet tonus efterhånden ud. I dag defineres Bobath konceptet således: "Bobath konceptet er en problemløsende indgangsvinkel til undersøgelse og behandling af individer med forstyrrelse af funktion, bevægelser og postural kontrol på grund af en læsion af det centrale nerve system (CNS)".

Med ordet koncept menes ideer eller tanker. Derfor ligger der i begrebet, at der gives plads til ændringer og udvikling i modsætning til principper, programmer eller metoder, som er mere forankrede og faste. Denne fleksibilitet betyder, at der kan bygges videre på det fundament Bobath konceptet hviler på. Det er med til at styrke og videreudvikle konceptet.

LÆRING ELLER DÅRLIGE VANER

Forestil dig, at du er en selvlagt badminton-spiller. Du spiller double på motionsniveau en gang om ugen med nogle venner. I er nogenlunde lige gode, men dit svage punkt er baghåndsslag. Kun fire ud af 10 fjerbolde kommer over nettet. En aften viser en "gammel rotte" på sidebanen dig, hvordan du skal holde ketsjeren og vende din krop, så din baghånd bliver bedre. Du forsøger dig, men det er lidt anstrengende at huske at justere grebet hele tiden, og efterhånden synes du, at den nye teknik alligevel ikke hjælper ret meget. Nu får du kun to ud af 10 baghåndsslag over nettet. Du og din makker har allerede tabt tre sæt stort, så du vender tilbage til din vante baghånd. Det føles godt, og de næste to sæt er hjemme og æren er i behold. Men din chance for at lære at spille mere rigtigt og økonomisk og udvikle din teknik er gået tabt. Er dette et spørgsmål om indgroede vaner eller en uhensigtsmæssig læringssituation.

- 2005 har, lige som al anden terapeutisk neurorehabilitering, baggrund i disse nye teorier.

Med udgangspunkt i en analyse af patientens fysiske, kognitive og psyko-soziale ressourcer og hans problemløsningsstrategier beslutter Bobath terapeuten, om hun vil satse på at bygge patienten op til aktivite-

ten, justere patienten i aktiviteten, eller lade patienten eksperimentere med aktiviteten i trygge omgivelser. Det kan være, at terapeuten vælger at veksle mellem alle tre muligheder i en træningsseance, alt efter aktiviteten og patientens kapacitet på det givne tidspunkt.

Skal det være hands-on eller hands-off? Kunsten er at finde den rigtige dosering både for patienten og for terapeuten, men målet er altid, at patienten selv lærer at handle på en varieret måde, reflekterer over sin præstation og anvender sine ressourcer optimalt.

FORSKNING OG SAMARBEJDE

Der er ikke evidens for Bobath konceptets måde at tage udgangspunkt i kompensationsstrategier på, men efterhånden foreligger der viden fra for eksempel psykologien, der kan underbygge den praksis, der er med at begrænse de kompensationsstrategier, de hjerneskadede patienter vælger. Den videre udvikling af Mulder og Wilsons arbejde vil i hvert fald blive fulgt med stor interesse af IBITA instruktørerne.

Som beskrevet i faktaboksen nederst på siden har IBITA med sin organisering gode muligheder for at kunne udvikle konceptet på et højt fagligt niveau. Medlemmer i IBITA kan formidle denne viden videre til terapeuter, som deltager i kurser og på denne måde være med til at kvalitetssikre konceptet.

Det er ikke lykkedes for IBITA at formidle Bobath konceptets udvikling til et bredere gruppe af fagpersoner. Forskere fra mange lande citerer ofte artikler og bøger om Bobath, der er 40 år gamle. Derfor drages der let fejlagtige konklusioner om behandlingsmulighederne med konceptet. Terapeuter, som har lært konceptet for mange år siden, har heller ikke altid kolleger, som har været på kursus for nylig, og derfor kan fortælle dem, hvordan konceptet har udviklet sig i takt med



ICF

Funktionsevnenedsættelse: problemer i kroppens funktioner eller strukturer, såsom signifikant afvigelse eller mangel.

Kroppens funktioner: fysiologiske og psykologiske funktioner af kroppens systemer.

Kroppens strukturer: anatomiske dele af kroppen såsom organer, ekstremiteter og deres komponenter.

Aktivitet: udførelsen af en opgave eller aktion af et individ.

IBITA

IBITA (International Bobath Training Association) har som mål at kvalitetssikre patientens behandling efter Bobath konceptet dels gennem uddannelse og dels gennem oplysning. Der er 275 medlemmer af IBITA, der repræsenterer 24 forskellige lande verden over. På fysio.dk/Fysioterapeuten/bilag til artikler kan man læse en beskrivelse af IBITA's uddannelse. For yderligere information: www.ibita.org

den nye viden. IBITA instruktører har skrevet bøger og artikler og har bidraget med forskning, men normalt finder man kun ud af det, når man er på kursus eller får kendskab til, at IBITA har en hjemmeside.

Der er mange emner inden for neurorehabiliteringen, forskere kunne tage fat på, og jeg håber, at nyuddannede Bobath instruktører og det nordiske samarbejde på området kan bidrage til ny forskning inden for dette felt i fysioterapi.

REFERENCER

1. Shiel A. et al. The effects of increased rehabilitation therapy after brain injury: results of a prospective controlled trial. Clin Rehab 2001; 15:501-514.

2. Langhorne P. et al. Physiotherapy after Stroke – more is better? Physioth. Research Internat. 1996, Whurr Publishers Ltd.

3. Kwakkel G. et al. Effect of intensity of rehabilitation after stroke, a research synthesis. Stroke 1997; 28:1550-6.

4. Zhu XL. et al. Does intensive rehabilitation improve the functional outcome of patients with traumatic brain injury? Interim result of a randomized controlled trial. British Journal of Neurosurgery 2001; 15(6): 464-473.

5. Stroke Unit Trialists' Collaboration. How do stroke units improve patient outcomes? A collaborative systematic review of the randomised trials. Stroke. 1997; 28:2139-2144.

6. Biernaskie J. et al. Enriched rehabilitative training promotes improved forelimb motor function and enhanced dendritic growth after focal ischemic injury. 2001 J Neurosci;21: 5272-5280.

7. Mulder T., Nienhaus B., Pauwels J. The Assessment of Motor recovery: A New Look at an Old Problem. J. Electromyogr. Kinesiol. 1996; 6;2:137-145.

8. Elkjær H. et al. Can Readmission After Stroke Be Prevented? Results of a Randomized Clinical Study: A Postdischarge Fol-

low-up Service for Stroke Survivors. Stroke. 2000;31:1038-1045.

9. Elkjær H. et al. Follow-up services for stroke survivors after hospital discharge – a randomized control study. Clin Rehab 2002;16:593-603.

10. Muelbacher W. et al. Improving Hand Function in Chronic Stroke. Arch Neurol. 2002;59:1278-1282)

11. Personlig korrespondance med Theo Mulder.

12. Fillingham JK. Et. al The Application of errorless learning to aphasic disorders: A review of theory and practice. Neuropsychological Rehabilitation, 2003; 13(3): 337-363.

13. Wilson FC og Manly T. Sustained attention training and errorless learning facilitates self-care functioning in chronic ipsilesional neglect following severe traumatic brain injury. Neurological Rehabilitation 2003; 13(5): 537-548. ■

blå bog...

Anne W. Brown

Anne W. Brown blev uddannet fysioterapeut i London i 1969. Hun videreuddannede sig som IBITA Bobath instruktør i 2001. Anne Brown har blandt andet været ansat på Gentofte Amtssygehus, Fysiurgisk klinik Mariendalsvej og på Bispebjerg hospital. Hun er i dag faglig vejleder på Hvidovre Hospital.

ROHDÉ PRODUITS



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

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

DET STÅR DER I AVISEN

om fysioterapi og fysioterapeuter



(UTILFREDSD PROFESSOR)

Indenrigs- og sundhedsministeriet gør nu op med sygehusenes ti år gamle udvikling af elektroniske patientjournaler, som kun har skabt en tvivlsom forbedring af patientsikkerheden og effektivisering af arbejdsgangene, skriver

fagbladet Ingeniøren. Et nyt lovforslag om sundhedsvæsenet vil derfor i praksis give Sundhedsstyrelsen ret til at kræve standarder og centrale it-designregler fulgt.

I en kommentar siger professor Kjeld Møller Pedersen, Institut for Sundhedstjenesteforskning på Syddansk Universitet: "Det må være en fuldstændig common sense-betragtning, at 14 amter ikke – lidt fortegnet – skal genopfinde den dybe tallerken. Det er spild af penge, og det vanskeliggør kommunikationen". "Der er simpelthen behov for at sige slut-finale til den nuværende udvikling på EPJ-området. Jeg er normalt meget liberalt sindet, men på det her område er jeg stalinist," siger Kjeld Møller Pedersen.

(TILFREDSE FYSIOTERAPEUTER) Selvom også fysioterapeuter lider under de mange brist i kommunikationen på de danske sygehuse, er det ikke mismodet, der præger faggruppen. Danske Fysioterapeuters arbejdsmiljøundersøgelse viste, som omtalt i Fysioterapeuten nr. 4, at fysioterapeuter i det store og hele er meget glade for deres arbejde. Dét budskab har fundet vej til medierne, og blandt andre Berlingske Tidende, Urban og Kristeligt Dagblad skriver, at ni ud af ti fysioterapeuter er tilfredse med deres arbejde.

(STÆDIG PATIENT) Når fysioterapeuter er så glade, skyldes det måske patienter som Jørgen Kruse. Ekstra Bladet fortæl-

ler, hvordan Jørgen Kruse sidste sommer fik to blodpropper i hjernen, der gjorde ham lam i hele venstre side af kroppen. "Efter en måned i hospitalssengen sagde overlægen, at de ikke kunne gøre mere for mig. Men stædig som jeg er, meddelte jeg, at jeg ikke ville tage hjem, før der lå en genoptræningsplan klar til mig. Hvis ikke jeg havde banket i bordet og krævet genoptræning, sad jeg i kørestol i dag. Det er helt sikkert", siger han. Jørgen Kruses stædighed blev kvitteret med et genoptræningsprogram, der indebar femten besøg hos en fysioterapeut og senere et ophold på Montebello i Spanien. "Hvis man er stærk, kan man komme langt. Men det er patienter sjældent, når de bliver udskrevet fra hospitalet. Jeg har bare sat mig ind i tingene, så de ikke kan snyde", lyder Jørgen Kruses morale.

(MOTION PÅ RECEPT) Mens historien om, hvor svært det er at få den nødvendige genoptræning, kører som en uendelig sløjfe, ser det anderledes lyst ud med adgangen til motion på recept. Et pilotprojekt har kørt med succes i Skagen, Dronninglund og Brønderslev, selvom færre diabetikere end ventet valgte at bruge tilbudet, skriver gratisavisen Urban. Målet var, at lægerne skulle henvise cirka 90 patienter til motionstilbud, men kun 56 blev henvist. Ud af disse gennemførte til gengæld 51 personer motionsprogrammet. "Det er et imponerende lille frafald, og selvom det er små tal at konkludere en hel masse på, tyder det på, det er en god ide, at vi nu udvider tilbudet til alle type 2 diabetikere i amtets 27 kommuner", siger sundhedsfremmekonsulent Jane Pedersen, Nordjyllands Amt. Også i Aalborg tager amtet hul på et pilotprojekt. Her har man i samarbejde med 'Aalborg Seniorsport – Ud af røret' ansat en fysioterapeut for at undersøge, om motion på recept kan tilbydes i foreningsregi.

(NATUR PÅ RECEPT) I Frederiksborg, Storstrøms og Ringkøbing Amt overvejer man at udstede recepter på selveste naturen, skriver Frederiksborg Amtsavis. Det er Center for Skov og Landskab i Hørsholm, der sammen med Landbohøjskolen, Center for Muskelforskning og Skov- og Naturstyrelsen har lavet et projektforslag om "motion på recept - i naturen". "Erfaringerne med motion på recept viser, at mange falder tilbage til deres gamle livsstilmønstre, når de afslutter forløbet. Det er heller ikke alle, der kan lide at dyrke motion indendørs i et fitness-center, så vi vil gerne skabe et tilbud til dem, der gerne vil ud og et tilbud, der kan fastholde deltagerne i de livsstilsforandringer, det kræver at undgå sygdomme", siger ph.d.-studerende Karsten Hansen, der forsker i natur og sundhed hos Skov og Landskab. Projektet er toårigt og det forventes, at 50 patienter får recept på motion i naturen i projektperioden. "Motion i naturen er meget billigt og så simpelt og banalt, at man ikke får øje på det. Man ved, at det at være ude i naturen i sig selv påvirker helbredet og humøret positivt. Svenskerne, nordmændene og hollænderne har arbejdet med det her i årtier, og det er oplagt, at vi også gør det her i Danmark", siger Karsten Hansen.



PKA

PKA⁺



Tegn din supplerende pension hos PKA⁺

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

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

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

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

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

PKA⁺
...mere pension

Et frugtbart samarbejde

Stadig flere bachelorprojekter starter som ideer i praksis og får dermed en værdi for andre end de studerende selv. Tre studerende har som deres projekt udarbejdet en forsøgsprotokol, der skal danne baggrund for et forsøg med chokbølgeterapi som alternativ til skulderkirurgi

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO LARS HORN

I Algade Fysioterapi i Aalborg er Michael Harbo ved at være klar til at gå i gang med et større forskningsprojekt. I samarbejde med Ortopædkirurgi Nordjylland skal der laves et blindet, kontrolleret forsøg (RCT), som kan vise, om chokbølgeterapi (ESWT) kan hjælpe patienter med kalcifikation som følge af kronisk rota-

tor cuff-tendinitis. Forsøgsprotokollen er udarbejdet som bachelorprojekt af et hold fysioterapeutstuderende, der på denne måde kan se frem til at få deres navne på en videnskabelig artikel, når forsøget til den tid er gennemført.

"Jeg har altid syntes, at det er spild, at der i forbindelse med bachelorprojekterne bliver lagt så meget arbejde i noget, der reelt kun er af interesse for tre studerende, vejleder og censor", forklarer Michael Harbo, der foruden sin klinik har et job som timelærer i el-terapi på fysioterapeutuddannelsen på Sundheds CVU Aalborg.

ALDRIG HAFT EN FORSKER I MAVEN

Ideen til bachelorprojektet kom fra Michael Harbo, men først efter en erkendelse af, hvor omfattende det ville være selv at skulle designe et RCT.

Forhistorien er, at Michael Harbo, fordi han har skrevet en lærebog i el-terapi, føler en forpligtelse til at følge med på området og derfor ikke bare smed reklamen for det hundedyre chokbølgeapparat ud sammen med alle de andre reklamer. Han læste den ekstra gang og sagde senere også ja tak til tilbuddet fra producenten om at få apparatet på prøve efter at have kigget på nogle udenlandske forskningsresultater vedrørende ESWT.

indgang

■ De fysioterapeutstuderende får ekstra motivation ved at lave bachelorprojekter, der skal bruges "i virkeligheden", og hospitaler og virksomheder får glæde af den gratis ekspertise.



Praktiserende fysioterapeut Michael Harbo kan takket være et bachelorprojekt se frem til en videnskabelig vurdering af, om hans investering i ESWT-apparatet har været pengene værd.



CHOCKBØLGE-TERAPI

Behandlingsformen Extracorporeal Shock Wave Therapy (ESWT) er ny i Danmark. Forskellige udenlandske studier har vist lovende resultater, men er gennemført under forudsætninger, der normalt ikke vil være til stede i klinisk praksis. For eksempel har patienterne oftest været bedøvet, og det har derfor været muligt at behandle med en intensitet, der vil være for smertefuld for en ikke-bedøvet patient, der behandles af en fysioterapeut. En af de diagnoser, der i udlandet har vist sig modtagelig over for ESWT er calcificeret tendinitis.

Thomas Andersen, Lars Henrik Therkildsen og Mikkel Orry Ambys bachelorprojekt er en beskrivelse af teknologi, virkemekanismer, bivirkninger og kontraindikationer i forbindelse med ESWT. Desuden er udarbejdet en protokol, hvor der undersøges 60 patienter randomiseret til en behandlingsgruppe og placebo-gruppe. Patienterne henvises fra egen læge til undersøgelse og scoring på sygehuset, selve behandlingen foregår på klinikken og den efterfølgende scoring igen på sygehuset. Forsøgets samlede varighed anslås til 28 måneder.

Michael Harbo ville undersøge, om de udenlandske erfaringer kunne overføres på danske forhold og sendte derfor brev til områdets praktiserende læger med en efterlysning af relevante patienter. Han modtog herefter blandt andet en henvendelse fra ortopædkirurgisk overlæge John Jakobsen, der gjorde opmærksom på, at behandlingen stadig måtte opfattes som eksperimentel. Der var i høj grad brug for egentlig forskning på området, og han ville meget gerne medvirke, skrev han.

"Jeg har aldrig gået med forsker i maven, men når man ved, hvordan andre kæmper for at få noget i gang med den etablerede forskningsverden, var henvendelsen fra John Jakobsen et guldæg", fortæller Michael Harbo.

Selv at gå i gang med tilrettelæggelsen af et forkromet forskningsprojekt kunne Michael Harbo dog ikke overskue, og han præsenterede derfor ideen i forbindelse med sin undervisning på fysioterapeutskolen. En gruppe bed på, og Michael Harbo sidder nu med en fiks og færdig forsøgsprotokol, og de nybagte fysioterapeuter, Thomas Andersen, Lars Henrik Therkildsen og Mikkel Orry Amby, med en vished om, at deres arbejde vil få værdi for andre end dem selv og deres eksamensbevis.

MTV-PULJE 2005

STØTTE TIL PROJEKTER I MEDICINSK TEKNOLOGIVURDERING OG EVALUERING

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering (CEMTV) afsætter i 2005 en pulje på 6 mio. kr.

Puljen støtter projekter, der er udformet som en medicinsk teknologivurdering (MTV) - samt evalueringer, der belyser sundhedsvæsenets indsats i en alsidig tilgang svarende til fremgangsmåden i MTV.

CEMTV opfordrer sundhedsprofessionelle, forskningsmiljøer og andre til at indsende ansøgninger med projekter baseret på principperne i en MTV. Ansøgningsfrist er:

Fredag den 17. juni 2005 kl. 12.00

I 2005 støtter CEMTV projekter inden for følgende temaer:

- MTV af EPJ – med henblik på bidrag til klinisk effektivitet og kvalitet i behandlingen af udvalgte patientgrupper
- en belysning i MTV-perspektiv af mulige opgaver for sundhedscentre
- MTV og evaluering af (nye) operationsteknologier og -procedurer
- MTV og evaluering af intensiv terapi
- MTV af (nye) teknologier i plejen
- MTV og evaluering af konsultation via elektroniske medier
- anvendelse af MTV-tilgang i klinisk ledelse.

Velbegrundede ansøgninger med andre temaer end de her nævnte kan også komme i betragtning for støtte.

Uddybende oplysninger samt vejledning og ansøgningsskema kan fås på CEMTVs hjemmeside - www.cemtv.dk - eller hos

Center for Evaluering og MTV
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
Telefon: 72 22 74 00
E-mail: cemtv@sst.dk

Rådgivning og vejledning

CEMTV har et formaliseret samarbejde med to lokale MTV-enheder, som også kan yde rådgivning og vejledning i forbindelse med ansøgningerne. Ansøgere anbefales at kontakte en af MTV-enhederne så tidligt som muligt i forløbet:

MTV-enheden, Århus Universitetshospital
E-mail: mtv@ag.aaa.dk - www.mtv-aarhus.dk

Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering (CAST), Syddansk Universitet, Odense
E-mail: cast@sam.sdu.dk - www.cast.sdu.dk

Tilmeld dig CEMTVs nyhedsmail på www.cemtv.dk - og få løbende information om puljen og andre aktiviteter på MTV- og evalueringsområdet.



"Jeg har altid i min undervisning sagt til de studerende, at de kommer længst, hvis de til eksamen formår at formidle, at de har læst til fysioterapeut og ikke bare til eksamen, og det synes jeg, virkelig gjorde sig gældende her", fortæller Michael Harbo, der overværede Mikkel Orry Ambys eksamen. "Jeg kunne mærke på Mikkel, at han følte, at han var en del af noget, der skulle bruges, og det blev da også belønnet med et 11-tal".

DØR SOM TANKESPIND

Mikkel Orry Amby bekræfter, at det har betydet meget for motivationen, at produktet skulle bruges.

"Selvfølgelig har vi også interesseret os for emnet, men det at vores arbejde skulle bruges har betydet mest, og vi har i hvert fald tænkt mere på dét, end vi har tænkt på eksamen og på karaktererne".

Ifølge overlæge John Jakobsen fra ortopædkirurgi Nordjylland har samarbejdet betydet, at der er blevet lavet et stykke arbejde, der ellers ikke ville være blevet lavet. "Vi har fået en meget fornem projektbeskrivelse. Jeg er meget overrasket over niveauet – der er læst og refereret over 100 arbejder", roser han.

Michael Harbo: "Mange af mine kolleger ved ikke, at den her mulighed eksisterer. Derfor er der mange små projekter, der dør, inden de bliver til andet end tankespind, og det er ærgerligt. Tænk hvor dygtige vi kunne være som faggruppe, hvis alle den slags små ting blev til noget". Michael Harbo tilføjer, at den tid, han har investeret i form af møder med John Jakobsen og input til de studerende er kommet mange gange igen. ■

Rekreatationsfonden

■ Følgende legater, sammenlagt under Danske Fysioterapeuters rekreatationsfond, kan hermed søges:

- Fru Elise Wessels legat for Massører
- Danske Fysioterapeuters Alderdomsfond legat
- Lægeautoriseret massøse Inger Dalboms Legat
- Fysioterapeut Emme Springborgs legat
- Danske Fysioterapeuters Jubilæumslegat
- Mathilde Vanges legat
- Ella Elise Hansens legat
- Dagmar Iversens legat
- Danske Fysioterapeuters Jubilæumsfond af 1968

Støtte kan ydes til fysioterapeuter, der godtgør eller godtgøres at have behov for rekreation efter sygdom eller overanstrengelse og savner midler til selv at bestride udgifterne til sådan rekreation.

Tilskud kan endvidere gives til ældre eller svagelige fysioterapeuter, eller fysioterapeuter som i øvrigt er trængende.

Den samlede årlige renteindtægt på legatsummen uddeles af Rekreatationsfondens bestyrelse i portioner efter fundatsens forudsætninger.

Ansøgningsskema kan udfyldes på Danske Fysioterapeuters hjemmeside www.fysio.dk, eller kan fås i Danske Fysioterapeuters sekretariat (Vita Vallentin, lokal 637) og indsendes til: Bestyrelsen for Danske Fysioterapeuters Rekreatationsfond, Nørre Voldgade 90, 1358 København K
Frist for indsendelse af ansøgning er 2. maj 2005

ØJNENE OP FOR GRATIS EKSPERTISE

Ifølge flere fysioterapeutskoler samarbejdes der mere og mere med verden udenfor i forbindelse med de studerendes bachelorprojekter.

På skolen i København udspringer omkring en tredjedel af bachelorprojekterne af ideer udefra, og de sidste par år har samarbejdet med praksis været tiltagende.

Emner har blandt andet været: TUG sammenlignet med 2.45 m gangtest på svage ældre, oversættelse og testning af en SDQ test til rygpatienter, oversættelse og testning af Gross Motor Function Test til CP børn og udarbejdelse af en protokol for et RCT studie omkring patientuddannelse i relation til Diabetes 2.

Et samarbejde med Idrætsmedicinsk Forskningsenhed på Bispebjerg Hospital sigter på at få flere bachelorprojekter til at bygge ovenpå hinanden, så de hver for sig udgør en del af det samme forskningsprojekt.

På fysioterapiskolen i Århus er det endnu ikke så mange ideer, der kommer udefra, men tallet er stærkt stigende, forklarer underviser Minna Neagh fra fysioterapiskolen i Århus: "Folk i omverdenen har fået øjnene op for, at der her er en gratis ekspertise", fortæller hun. Skolen har formelle samarbejdsaftaler med Hammel Neurocenter og Århus Sygehus, og der samarbejdes desuden med private firmaer, der udvikler udstyr.

Fra fysioterapiskolen i Odense fortæller uddannelseschef Ulla Muldbjerg om et lignende mønster: "Vi er i øjeblikket ved at indgå en mere formaliseret samarbejdsaftale med Rygforskningscenter Fyn. Vi har et idéværksted som en del af vores opstart til bachelorprojekter, hvor praksis inviteres til at komme og formidle deres ideer til emner eller problemstillinger for bachelorprojekter".

Fysioterapeut på idrætshøjskole

Fysioterapeuter arbejder i stadig større omfang som undervisere på idrætshøjskolerne. For at udbrede kendskabet til fysioterapifaget og højskolen som arbejdsplads åbner Idrætshøjskolen i Sønderborg nu dørene for fysioterapeutstuderende, der får mulighed for komme i praktik på skolen som led i deres uddannelse



Fysioterapeut Pia Brøgger underviser højskoleelever i stabiliserende øvelser. Fremover vil fysioterapeutstuderende fra Fysioterapeutskolen i København have mulighed for at tage et praktikforløb i 7. semester på højskolen.

AF KOMMUNIKATIONSRÅDGIVER KAREN MØLBAK
FOTO CLAUS THORSTED

Kun ved stor anstrengelse og mange, lange forhandlinger lykkedes det i efteråret 2003 Idrætshøjskolen i Sønderborg at overtale den nyuddannede fysioterapeut Pia Brøgger til at tage imod tilbuddet om et job på skolen. Hun så absolut ingen muligheder i jobbet som højskolelærer og var bange for at miste tilknytningen til fysioterapifaget.

I dag, ét år efter sin tiltrædelse, omtaler hun jobbet som højskolelærer på Idrætshøjskolen i Sønderborg som et drømmejob og har netop taget initiativ til at få skolen godkendt som praktiksted for fysioterapeutstuderende som led i den såkaldte praksisordning på 7. semester. Initiativet vil udbrede kendskabet til idrætshøjskolen som arbejdsplads for kommende fysioterapeuter og give mulighed for at stifte bekendtskab med faget på nærmeste hold.

Om sammenhængen mellem fysioterapi og folkeoplysning siger Pia Brøgger:

"Arbejdet med mennesker er omdrejningspunkt i begge brancher, og begge steder er vi vidne til, at mennesker gennemgår en stor udvikling - kropsligt og menneskeligt. Både på idrætshøjskolen og på klinikken er fysisk udfoldelse og kropsbevidsthed en platform for udvikling. Kroppen udtrykker sindstilstanden, og gennem arbejdet med kroppen gennemgår elever og patienter derfor en stor psykologisk udvikling".

STUDIEFORBEREDENDE UNDERVISNING

For Pia Brøgger var højskoleverdenen ukendt, indtil den dag hun midt i fysioterapeutstudiet blev headhuntet af en gammel studiekammerat fra idræt til at undervise i blandt andet morgengymnastik på et sommerkursus på Idrætshøjskolen i Sønderborg. Kurset gik godt, og Pia vendte tilbage til skolen tre somre i træk. Siden er det blevet til fast ansættelse, og i dag beskæftiger Pia sig ikke længere med morgengymnastik, men har indført en række fysioterapirelaterede fag.

Pia Brøgger er uddannet fysioterapeut fra Fysioterapeutuddannelsen i København (2003) og har bifag i idræt fra Københavns Universitet (2000). Desuden er hun uddannet aerobinstruktør fra Kenneth Stenlund Instituttet i København. Alle kompetencer udnyttes i jobbet på højskolen, hvor Pia Brøgger blandt andet underviser i fag som "træning, bevægelse og undervis-

ningslære" (TBU), "sundhed, ernæring og kropskultur", "anatomi og fysiologi" samt "massage og kropslære". TBU indeholder elementer fra fysioterapeut- og idrætsstudiet, og i undervisningsforløbet indgår også skolepraktik på bl.a. Fysioterapeutuddannelsen i København. Faget nyder stor popularitet blandt eleverne og falder fint i tråd med skolens ønske om at være en studieforberedende institution:

"Gennem skolepraktik og fag, der minder om dem, man møder på de videregående sundhedsuddannelser, får de unge lejlighed til at prøve kræfter med forskellige uddannelser i praksis. Det giver dem et realistisk billede af fagene, så de får forudsætninger for at træffe det rigtige studievalg," siger Pia Brøgger. ►

indgang
indgang

indgang

■ Idrætshøjskolen i Sønderborg giver eleverne en forsmag på videregående uddannelser inden for sundheds- eller naturvidenskab.

TRÆNING, BEVÆGELSE OG UNDERVISNINGSLÆRE

Faget "træning, bevægelse og undervisningslære" (TBU) udbydes som interessefag med et timetal på seks timer ugentligt. Faget har til formål at give eleverne kendskab til og forudsætninger for at påbegynde en uddannelse som fysioterapeut eller et studium i idræt. Fagets indhold ligger derfor tæt op ad fagbeskrivelsen for "træning og bevægelse" på fysioterapeutuddannelsen og "rytmisk bevægelse" på idrætsstudiet, ligesom eleverne som led i undervisningen besøger de to uddannelsesinstitutioner i København. TBU på Idrætshøjskolen i Sønderborg giver de studerende praktiske og teoretiske færdigheder i at planlægge og gennemføre et undervisningsforløb med bevægelsesaktiviteter henvendt til forskellige raske målgrupper. I faget indgår bl.a. følgende discipliner: Opvarmning, muskel- og konditionstræning, udstrækning, kropsbevidsthed, herunder tillids- og samarbejdsøvelser, koordination, stabilitet og balance samt anvendelse af musik til bevægelse.

- Idrætshøjskolen i Sønderborg har en bred berøringsflade til idrætsforbund og -foreninger i lokalsamfundet og det øvrige Danmark. Skolen rummer bl.a. et trænings- og testcenter, som både benyttes af Sønderborg Talentsport og paraplyorganisationen Sønderjysk Elitesport. I testcenteret har der allerede været bud efter skolens fysioterapeut, som har holdt foredrag om "kost og præstation" og undervist i stabilitetstræning. I øjeblikket arbejdes der på at tilbyde elitesportsudøvere tilknyttet Sønderjysk Elitesport en form for sundhedsrådgivning, og her er Pia Brøgger også tiltænkt en rolle.

"Jeg er godt i gang med at videreudanne mig inden for behandling af idrætsskader. I kraft af jobbet på Idrætshøjskolen har jeg mulighed for at iagttage idrætsskader både blandt bredden og eliten. Da elevernes efterspørgsel efter mig er så stor, at jeg ikke længere kan behandle skaderne hen over frokostbordet, har vi oprettet en klinik, hvor jeg kan konsulteres på faste tidspunkter i løbet af ugen," fortæller hun.

GODKENDT SOM PRAKTIKSTED

Idrætshøjskolen i Sønderborg kan som noget nyt tilbyde fysioterapeutstuderende på 7. semester en månedens praktikophold. Samarbejdet er i første omgang indledt med fysioterapeutuddannelsen i København, men kan udvides til alle landets fysioterapeutskoler. Praktikordningen er også et tilbud til idrætsstuderende på Københavns Universitet, som får mulighed for at udarbejde deres bachelorprojekt, mens de opholder sig på Idrætshøjskolen i Sønderborg. Her kan skolen yde hjælp til at formulere en problemstilling, ligesom den studerende i kraft af de mange målgrupper, der

IDRÆTSHØJSKOLEN I SØNDERBORG

Idrætshøjskolen i Sønderborg blev grundlagt i 1952. Skolen rummer til stadighed ca. 90 elever. Ud over undervisningsforløb, som giver eleverne en forsmag på videregående uddannelser inden for sundheds- eller naturvidenskab, satser skolen stærkt på sejlsport samt adventure og outdoor-aktiviteter. Endelig er det muligt at gennemføre en instruktøruddannelse inden for f.eks. aerobic, fitness, volley eller badminton. www.ihs.dk.

Kontakt Pia Brøgger:

Tlf. 6130 9272, pia@ihs.dk

inddrages i undervisningen på højskolen, har rig adgang til "undersøgelsesobjekter". Både Fysioterapeutuddannelsen og Institut for Idræt ved Københavns Universitet godskrives de studerendes praktikophold.

"Jeg glæder mig til at åbne dørene for fysioterapeutstuderende og forventer, at de vil kunne tilføre os ny inspiration og viden, der blandt andet kan anvendes i undervisningen. Desuden vil den studerende i sig selv fungere som studievejleder for højskoleeleverne - og vil frem for alt kunne assistere mig i missionen om at bedrive folkeoplysning om fysioterapi," siger Pia Brøgger. ■

FÆLLESCAMPING

**Pris 10 dage
fra kr. 1.700,-
- børn halv pris**

Tag med på Danmarks bedste og billigste ferier for børnefamilier i skolernes sommerferie. Vælg mellem

Ungarn-Kroatien-Estland-Italien-Frankrig.
Lux sovebus - fuldt udstyrede villatelte.
Også som Kør-Selv. TV2 Text s. 536.

Bestil brochure via
www.hobbit.dk
Rejsegruppen Hobbitten
tlf. 75 16 16 70



fakta om...

Danmarks 11 idrætshøjskoler

Den Midtvestjyske Idrætshøjskole
Gerlev Idrætshøjskole
Gymnastikhøjskolen i Ollerup
Gymnastik- og Idrætshøjskolen ved Viborg
Idrætshøjskolen i Sønderborg
Idrætshøjskolen i Århus
Køng Folke- og Idrætshøjskole
Nordjyllands Idrætshøjskole
Oure Idrætshøjskole
Vejle Idrætshøjskole
Aalborg Sportshøjskole

Målrettet smertelindring

Påfør cremen direkte på smerteområdet

Ibutop®-cremen med ibuprofen anvendes til smertebehandling af led- og gigtsmerter i nakke, skuldre, ryg, albue, fødder, knæ og håndled.

Netop med Ibutop®-creme kan du målrette din smertebehandling, idet cremen påføres

direkte på smerteområdet. Når du anvender Ibutop®-creme, undgår du mavegener.

Alle kan få brug for Ibutop®. Ibutop® kan bruges til sportsskader, ømme led og gigtsmerter.

Lægemiddelform: Creme. **Lægemidlets styrke:** 1g IBUTOP® creme indeholder 50 mg ibuprofen (50 mg/g). **Registreringsindehaver:** Dologiet Arzneimittel, Otto-von-Guericke strasse 1, D-53754 St. Augustin, Bonn, Tyskland. **Dansk repræsentant:** Actavis Nordic A/S, Hammervej 7, DK-2970 Hørsholm. **Indikationer:** Anvendes mod lokale inflammatoriske lidelser. **Kontraindikationer:** IBUTOP® creme må ikke anvendes af patienter med astma udløst af acetylsalicylsyre eller lignende stoffer. **Særlige advarsler:** Bør ikke anvendes på meget uren hud, åbne sår eller komme i kontakt med slimhinder og øjne. Bør ikke kombineres med andre lægemidler til anvendelse på huden, eller ved allergi overfor ibuprofen og andre indholdsstoffer i cremen. Bør ikke anvendes til børn under 15 år uden lægens anvisning. **Graviditet og amning:** Bør ikke benyttes af gravide de sidste tre måneder inden forventet fødsel. Kan anvendes under amning. **Dosering:** 4-10 cm IBUTOP® creme masseres ind i huden på det angrebne område 3-4 gange i døgnet eller som foreskrevet af læge. Det anbefales, at vaske hænder efter brug. **Bivirkninger:** Sjældent forekommer overfølsomhedsreaktioner i form af udslæt på huden, kløe eller andre eksem lignende irritationer. **Opbevaring:** Ved almindelig temperatur. **Pakningsstørrelser:** IBUTOP® creme leveres i 50g samt 100g tuber. Læs desuden indlægssedlen i pakningen omhyggeligt. Udlevering: HF. Fuldt produktresumé kan rekvireres hos Actavis A/S på telefon 4576 7577.



Fysioterapi på intensiv afdeling

Kvalitet ■ Ofte er det sygeplejersken der beslutter, om en patient på intensiv afdeling skal have ergoterapi eller fysioterapi. Da ikke alle sygeplejersker har den nødvendige kompetence inden for den terapeutiske rehabilitering, kan det let blive tilfældigheder, der afgør, om en patient får fysioterapi eller ergoterapi. På Randers Centralsygehus vil man gøre denne del af rehabiliteringsindsatsen mindre tilfældig. Man har derfor igangsat et projekt, der skal munde ud i etablering af en formaliseret tværfaglig teamindsats til rehabilitering af intuberede patienter. Kvaliteten øges ved, at den enkelte faggruppes kompetencer udnyttes optimalt, og at personalet i højere grad får mulighed for at samarbejde om opgaverne. Projektet evalueres i september 2005, og resultaterne bliver offentliggjort.

Kilde: Sygeplejersken, 4/2005.

fysnyt



FOTO NICOLAI HOWALT

Rehabilitering af patienter med KOL

KOL ■ 100 patienter med svær kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) gennemførte et rehabiliteringsprogram, der omfattede konditionstræning og undervisning i KOL sygdommen. Programmet strakte sig over syv uger. Patienternes udholdenhed blev undersøgt med shuttle-walk test. St. George Respiratory Questionnaire blev anvendt til at måle deltagernes helbredsrelaterede livskvalitet. Patienterne forbedrede udholdenheden og den helbredsrelaterede livskvalitet.

Læge Peter Lange, sygeplejerskerne Eva Brøndum, Sophie Bolton og fysioterapeut Gerd Martinez: Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom. Ugeskr Læger 167/3, 17. januar 2005.

To nye metodeartikler på ffy.dk

Epidemiologi ■ Fysioterapeuterne Marianne Lindahl og Carsten Juhl har publiceret to artikler om epidemiologi på ffy.dk. I artiklerne introduceres epidemiologien og den epidemiologiske forskning. Der gøres rede for de grundlæggende

begreber og metoder. Med udgangspunkt i et konkret eksempel belyses blandt andet odds ratio og relativ risiko, bias og confounding. Artiklerne kan findes på ffy.dk i rullemenu under *metode*.

Effekten af McKenzie

Review ■ Det australske fysioterapiblad har publiceret et systematisk review af effekten af McKenzie. Fysioterapeuterne Helen Clare, Roger Adams og Christopher Maher har søgt efter RCT-studier i databaserne DARE, CINAHL, CENTRAL, EMBASE, MEDLINE og PEDro. Inklusionskriterierne var at McKenzie behandlingen i studiet skulle følge forskrifterne og effektmålene skulle være en enten smerte, funktionsnedsættelse, livskvalitet, job status, effekt, medicin, kontakt til sundhedssystem eller tilbagefald. I de udvalgte seks studier blev McKenzie sammenlignet med en anden behandling. Følgende behandling indgik i de valgte studier: NSAID, vejledende pjece, massage af ryggen, rådgivning, styrketræning, mobilisering af ryggen og øvel-

ser. Patienter, der fik McKenzie behandling havde færre smerter og mindre grad af funktionsnedsættelse på kort sigt sammenlignet med patienter, der havde fået anden behandling. Forskerne konkluderer, at der er behov for yderligere studier.

Helen A Clare, Roger Adams, Christopher G. Maher. A systematic review of efficacy of McKenzie therapy for spinal pain. Australian Journal of physiotherapy 2004, vol. 50, p. 209-16.

Privat firma vil forske

PHOTOS.COM



Slidgigt ■ Det private firma Slidgigtinstituttet A/S vil undersøge, om der er en sammenhæng mellem indtagelse af glukosamin i forbindelse med slidgigt og kolesteroltal. Undersøgelsen betales af Pharma Nord, der sælger glukosamin. Ud over forskningsaktiviteter beskæftiger firmaet sig også med oplysning og information til patienterne, og der afholdes i de kommende måneder en række foredrag om slidgigt. Læge og kiropraktor Keld Østergaard ejer Slidgigtinstituttet sammen med sin bror Karsten Østergaard, der er direktør i Danske Lægers Vaccinations service. Det er målet, at Slidgigtinstituttet skal beskæftige sig med klinisk forskning. "Vi har også mulighed for at gennemføre undersøgelser, fordi vi har et netværk af klinikker med læger, kiropraktorer og fysioterapeuter", fortæller Keld Østergaard til Dagens Medicin (25. februar 2005).

fys
nyt

ALS

Film ■ Ejner er den gennemgående figur i dokumentarfilmen "Når livet bliver nærværende". Vi følger Ejner i mange daglige og knap så daglige situationer. Ejner er på sit tidligere arbejde, sammen med familien, på feriecenter, på hospitalet og til svømning. På det tidspunkt, hvor filmen er optaget, er Ejner respiratorbruger, og filmen giver et indtryk af livet med respirator. Det er en smuk og indfølelse film. Filmen henvender sig til professionelle omkring den ALS ramte og udleveres gratis ved henvendelse til Lisbeth Sander Frid på liha@muskelsvindfonden.dk.

"At tale med øjnene" er en instruktionsfilm om det bogstavssprog, der kan bruges, når man mister stemmen. Filmen er lavet på initiativ af talepædagog Birgit Seelen, TaleHøre Institut, Fyns Amt. Filmen henvender sig primært til dem, der står overfor at miste stemmen. Filmen er lavet både på dansk og engelsk på samme DVD og koster 60 kr. + forsendelse.

Bestilles på: dvd@thi.fyns-amt.dk

REHAB SCANDINAVIA 2005



det nytter

**Din faglighed. Dit valg.
Brugerens muligheder.**

**Nordens største messe for
hjælpemidler og plejeartikler**

Det nytter at være på forkant med udviklingen inden for hjælpemiddelområdet. De rette produkter giver brugerne mulighed for en så optimal dagligdag som muligt.

Et besøg på Rehab Scandinavia er også en faglig opdatering om brugen af hjælpemidlerne.

Udstillingen skaber ny indsigt: Her er mulighed for gensidig dialog med udstillere, brugere og andre fagfolk om metoder til implementering af hjælpemidler i hverdagen. Kort sagt: Om valg og brug af de optimale løsninger.

Udstillingen er i år centralt placeret. I Fredericia Messecenter. På de 33.000 udstillingskvadratmeter er de nyeste og bedste produkter fra ind- og udland samlet under et tag sammen med de mange fag- og brugerorganisationer på området.

Se programmet på www.rehab-scandinavia.com

REHAB
SCANDINAVIA

CURE & CARE

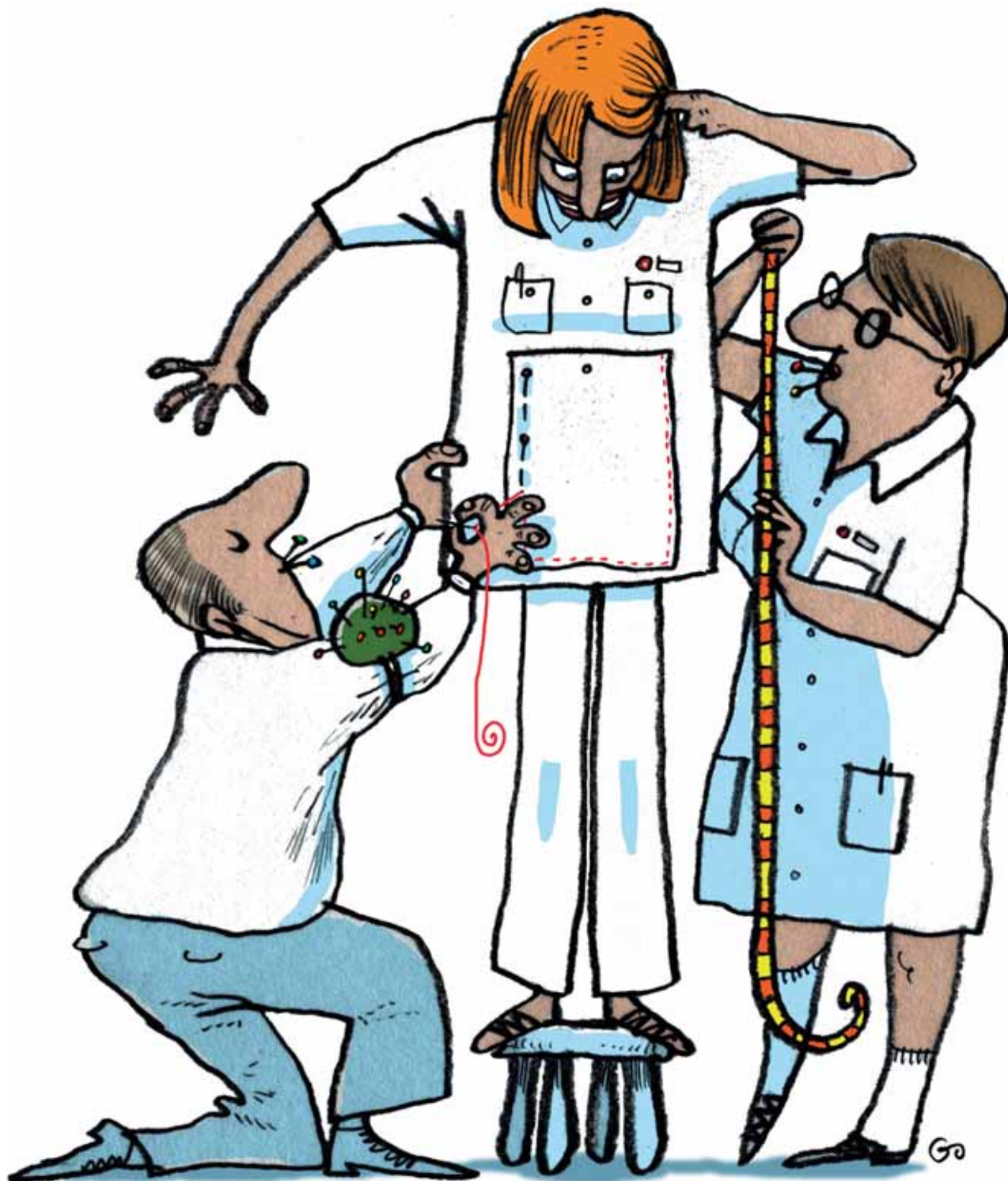
Rehab Scandinavia 2005

**Fredericia Messecenter
26., 27. og 28. april 2005**

Dagligt 9-17 · Gratis adgang for alle

www.rehab-scandinavia.com

Skræddersyet overenskomst til sundhedspersonale



Sundhedskartellet har indgået en overenskomstaf­ta­le med de (amts)kommu­nale arbejds­givere og H:S. Overenskomsten giver både kontante forbedringer og en ny lønmodel, der er skræddersyet til fysioterapeu­ter, sygeplejersker og andet sundheds­personale. "Det er et super godt resultat", siger formanden for Danske Fysioterapeu­ter, Johnny Kuhr, der har været med til at forhandle resultatet

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD
ILLUSTRATION GITTE SKOV

Fysioterapeuter i basisstillinger får løftet lønnen pænt, og der indføres en helt ny lønmodel, der er skræddersyet til fysioterapeuter, jordemødre, sygeplejersker og andet sundhedspersonale. Det er to af de væsentlige resultater i den overenskomstaf­ta­le, Sundhedskartellet har indgået.

Aftalen med de (amts)kommu­nale arbejds­givere og H:S, der blev indgået efter maratonforhandlinger, gælder for tre år og omhandler omkring 100.000 ansatte inden for social- og sundhedssektoren. Formanden for Danske Fysioterapeuter, Johnny Kuhr, er en af de tre hovedforhandlere, der efter lange forhandlinger kunne skrive aftalen under.

"Det er en super god aftale, der både giver kon­stant lønforbedring til fysioterapeuter i basisstillinger, og som indfører en helt ny lønmodel, der tilgodeser medlemmerne af Sundhedskartellet, og som rummer store perspektiver for de kommende overenskomstforhandlinger", siger Johnny Kuhr.

BASISGRUPPER FÅR LØNLØFT

Aftalen betyder, at nyansatte fysioterapeuter får en højere begyndelsesløn, ligesom slutlønnen bliver markant højere end i dag. Ledere, der er lavest indplaceret, får også et pænt løn­løft.

fakta om...

Sundhedskartellet

Sundhedskartellet omfatter 11 organisationer, der organiserer omkring 100.000 ansatte inden for sundhedssektoren. Organisationerne er: Dansk Sygeplejeråd, Dansk Tandplejerforening, Danske Afspændingspædagoger, Danske Bioanalytikere, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Farmakanomforeningen, Foreningen af Radiografer i Danmark, Jordemoderforeningen, Kost & Ernæringsforbundet, Landsforeningen af Statsautoriserede Fodterapeuter.



BREG



Ortosebehandling ved knæledsartrose



Breg X2K-OA (Osteoarthritis) er fremstillet specielt til behandling af knæledsartrose.

- Justerbare kondylpuder medialt og lateralt som tilsammen giver 12 mm translation
- Ekstra bred tibiapolstring for optimal støtte
- Silikonebelægning som forhindrer friktion

Effect of CounterForce™ Brace on Symptomatic Relief in a Group of Patients With Symptomatic Unicompartamental Osteoarthritis: A Prospective 2-Year Investigation C. Lowry Barnes, MD, Patrick W. Cawley, DSc, OPA, RT and Blair Hederman, PT - American Journal of Orthopedics, July 2002 Abstract:

We investigated the effect of the CounterForce™ brace (BREG Inc. Vista, Calif.) on symptomatic relief in a group of 30 patients who had symptomatic unicompartamental osteoarthritis and who had undergone at least 6 months of conservative treatment without resolution of symptoms. After 8 weeks of brace use, the majority of patients reported statistically significant improvements – substantial reduction in pain, increase in ability to work and to engage in activities of daily living, and substantial reduction in use of oral pain medication. At long-term follow-up (mean, 2.7 years), 41% of 29 patients were still using the brace, 35% had stopped using the brace (for a variety of reasons), and 24% had undergone arthroplasty.

Rapporten kan i sin helhed bestilles fra vor kundeservice, mail.denmark@camp.dk

CAMP®
SCANDINAVIA

www.campscandinavia.se

Vi hjælper gerne med at besvare dine spørgsmål
Tel 43 96 66 99
Fax 43 43 22 66
mail.denmark@camp.dk

fakta om...

Barsel

Fremover bliver der indbetalt pensionsbidrag i de 20 uger, hvor et medlem af sundhedskartellet er på barsel og modtager dagpenge. Det betyder, at hvis en fysioterapeut holder fuld barselsorlov to gange, vil hun få 100.000 kroner ekstra udbetalt, fra hun går på pension som 65-årig indtil sin død. Det er resultatet af et delforlig, der blev indgået tidligere i forhandlingsforløbet. Læs mere i Fysioterapeuten nr. 3/05.

► "Det er præcis det mandat vi havde fra medlemmerne, da vi startede forhandlingerne. Nemlig at gå efter mere i løn til basisstillingerne og få hævet slutlønnen. Begge dele er indeholdt i aftalen. Ud over de kontante lønforbedringer i overenskomstperioden, betyder det også, at livslønnen forbedres betragteligt. Det er et af perspektiverne i aftalen", siger Johnny Kuhr.

En fysioterapeut i en basisstilling vil i gennemsnit tjene cirka en halv million kroner mere i løbet af sit arbejdsliv som følge af bedre lønindplacering og hurtigere gennemløb fra start- til slutløn, viser beregninger, Sundhedskartellets forhandlere har foretaget.

Netop livslønsperspektivet håber Johnny Kuhr vil veje så tungt, at det kan opveje den eneste knast i aftalen. Nemlig af en gruppe fysioterapeuter i midtergruppen i en kortere periode ikke holder deres realløn.

"Gruppen må indstille sig på, at der i overenskomstperioden ikke er samme lønstigninger til dem, som til deres kollegaer. Men det gælder kun midlertidigt, indtil de som følge af højere anciennitet overgår til et højere slutlønntrin. Så jeg håber, at de har livslønsperspektivet i tankerne, når de skal vurdere aftalen. Og så er det klart, at vi i de lokale lønforhandlinger i løbet af overenskomstperioden skal forsøge at kompensere præcis den her gruppe så godt som muligt", siger Johnny Kuhr.

ET OPGØR MED NY LØN

Overenskomstaftalen afskaffer ny løn. I stedet indføres en ny model for lokal løndannelse, der gør det muligt at aftale lokale lønforbedringer ud fra fire kriterier. Nemlig: kerneområdet for de enkelte faggrupper, det udviklingsmæssige område, det pædagogiske område og det ledelsesmæssige funktionsområde.

"Det er fire områder, der er skræddersyede til Sundhedskartellet's medlemmer og derfor giver nogle andre muligheder end ny løn gjorde. Derfor giver lønmodellen bedre muligheder for lokalt at forhandle gode resultater hjem, ligesom der er lagt nye spor ud til de kommende overenskomstforhandlinger. Vi har ikke lagt skjul på, at det langsigtede mål er, at Sundhedskartellet's medlemmer skal opnå en løn som sammenlignelige grupper på det private område. Det giver den ny lønmodel et godt afsæt for. Det er perspektivet i modellen", siger Johnny Kuhr.

Rammen for den samlede overenskomstaftale ligger på 9,3 procent. Det er samme ramme, som KTO har fået ved forhandlingerne. Der er afsat 1,25 procent af lønsummen til lokale forhandlinger for medlemmer i basisstillinger, og 2,5 procent til lederne. Aftalen garanterer, at pengene kommer til udbetaling og at de bruges målrettet til Sundhedskartellet's medlemsgrupper. Det er nyt i forhold til ny løn.

SPARER OP TIL LØNMODEL

Det har været nødvendigt at "spare sammen" til den ny lønmodel. Det betyder, at den først træder i kraft 1. april 2006. I det første år af den ny overenskomstaftale får alle et éngangstillæg på mellem 3.800 – 4.000 kroner, mens de venter på, at modellen skal træde i kraft.

Nyt er det også, at alle tillæg fremover som et minimum vil være på 6.000 kroner. "Man kan sige, at der er indført en slags bagatelgrænse for, hvor lille et tillæg må være", siger Johnny Kuhr.

Endelig indeholder aftalen en række forbedringer på arbejdstids- og miljøområder, på pensionsområdet, styrkelse af familie- og ligestillingsområdet samt en tryghedsaftale i forbindelse med kommunalreformen. Her er der tale om resultater, der er identiske med, hvad KTO tidligere har forhandlet sig til. ■

CAVALIER

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



Se hele produktprogrammet
på www.petrabike.com



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

OVERENSKOMSTAFTALEN I HOVEDTRÆK

Mere i løn til fysioterapeuter i basisstillinger:

- Basisstillinger får højere slutløn, fysioterapeuter på sygehusområdet kommer hurtigere fra start- til slutløn, og alle bevarer som udgangspunkt deres tillæg.
- Der indføres ny lønmodel, der bygger på centrale rettigheder og lokale muligheder. Modellen træder i kraft i 2006.
- Ny løn afskaffes. I stedet indføres ny model for lokal løndannelse, der tager udgangspunkt i fire funktionsområder.
- I 2005 får alle et engangsbeløb på 3.800 – 4.000 kroner.

Mere i løn til ledere

- Ny lønmodel forbedrer ledergruppens realløn, ikke mindst de lavest placerede ledere får en bedre grundlønssindplacering.
- I 2005 får alle ledere et engangsbeløb på 3.800 – 4.000 kroner.

Mere i løn til lærerne

- Alle SOSU-lærere får samme lønvilkår.

Bedre arbejdstidsbetaling

- Ulempebetalingen bliver forbedret.
- Weekendbetaling udvides i amterne og H:S.
- Kronetillægget reguleres.
- Der sættes fokus på arbejdsmiljø og medindflydelse.
- Tydeligere regler for tilrettelæggelse af arbejdstid i kommunerne.

Bedre pension

- Bedre pensionsindbetaling under barsel og børnepasningsorlov.

Andre forbedringer

- Der oprettes central barselsfond.
- Tillidsrepræsentanter får bedre beskyttelse.
- Øget tryk i forbindelse med kommunalreformen.
- I forbindelse med kommunalreformen sættes øget fokus på kompetenceudvikling med orlov til relevant efter- og videreuddannelse i op til to måneder med løn eller op til fire måneder med halv løn.

CAMP®



Ny ortose ved behandling af subluxeret skulder

YOKE (som er engelsk og betyder åg på dansk) er en helt ny arm/skulder-ortose som giver en jævn trykfordeling over skulderpartiet samt holder armen på plads for at forhindre subluxering.



- Velegnet ved forskellige behandlingsmetoder
- Mindsket tryk mod skulderpartiet
- Armmanchetten kan nemt tages på og af i forskellige stadier af behandling og træning



- One size
- Bilateral
- Alle bånd kan justeres individuelt
- Åben konstruktion

CAMP®
SCANDINAVIA

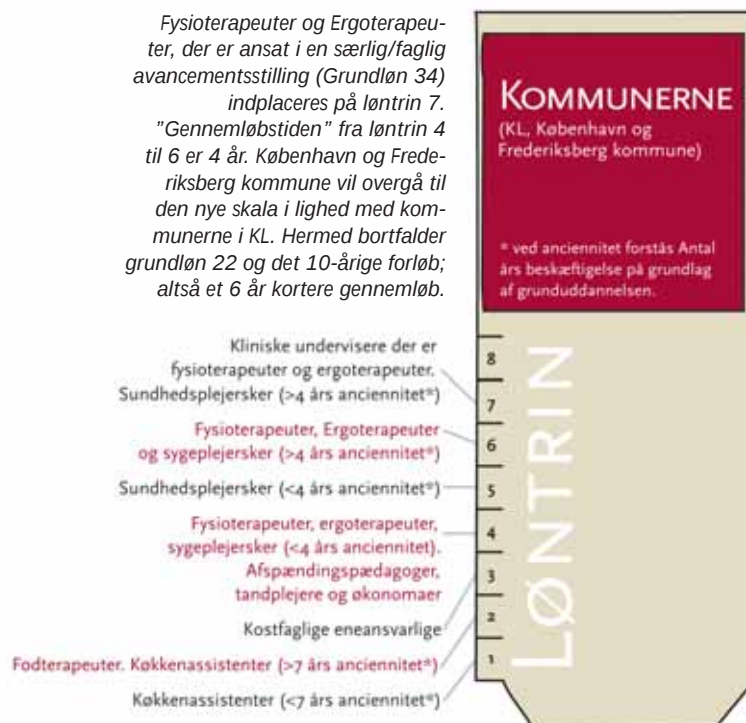
www.campscandinavia.se

Vi hjælper gerne med at besvare dine spørgsmål:
Tel 43 96 66 99
Fax 43 43 22 66
mail.denmark@camp.dk

Ny lønmodel for basisstillinger

Den 1. april 2006 overføres Sundhedskartelletts medlemmer i ikke ledende stillinger til en ny lønmodel, bestående af otte løntrin

Fysioterapeuter og Ergoterapeuter, der er ansat i en særlig/faglig advancementsstilling (Grundløn 34) indplaceres på løntrin 7. "Gennemløbstiden" fra løntrin 4 til 6 er 4 år. København og Frederiksberg kommune vil overgå til den nye skala i lighed med kommunerne i KL. Hermed bortfalder grundløn 22 og det 10-årige forløb; altså et 6 år kortere gennemløb.



AF FORHANDLINGSKONSULENTERNE JESPER MALLING OG HANNE AASTED
ILLUSTRATION TOMMAS MØLLER

Med den nye overenskomst indføres en splinterny lønmodel, opbygget omkring en lønskala med otte løntrin (se klippekort). Princippet er, at de faggrupper, der har en uddannelse med samme længde, bliver indplaceret på samme løntrin. Ancienniteten afgør, hvor man indplaceres.

For fysioterapeuter bliver trin 6 i den nye skala den grundløn, som alle kommer på efter enten 4 eller 8 års erfaring. Det er et markant løft – over 7 procent – sammenlignet med det nuværende løntrin 29.

Alle nuværende tillæg (bortset fra centralt aftalte erfaringsbaserede kvalifikationstillæg) bevares og lægges oveni. Alle tillæg, der er givet som trin omregnes til tillæg ved overgangen 1. april 2006 og forhøjes med 1,45 procent. Der kan kun foretages modregning i udligningstillæg, eller hvis det konkret fremgår af den lokale aftale.

Ud over ydelse af tillæg vil der for alle ansatte være mulighed for indplacering på et højere løntrin efter lokal forhandling. ■

fakta om...

En fysioterapeut med 1 års anciennitet, ansat på et sygehus, indplaceret på løntrin 22 tjener i dag 19.337 kroner om måneden (beløbet er uden stedtillæg og uden pension). Hun vil i marts 2008 (når den nye overenskomst udløber) være steget til 20.538 kroner pr. måned (trin 4), svarende til en stigning på 14.411 kroner pr. år eller 6,2 procent. Er hun i dag indplaceret på trin 24, vil stigningen være på 4,5 procent, mens fysioterapeuten på trin 29 stiger med 10,4 procent. Er man indplaceret på trin 34, stiger man med 5,6 procent.



Gruppen af fysioterapeuter med udvidet arbejdsområde "flækkes" således at fysioterapeuter, der beskæftiges inden for et område, hvor de er eneansvarlige og ikke står under ledelse af en anden fysioterapeut (enerapeuter), henføres til den (almindelige) lønramme for fysioterapeuter med indplacering på løntrin 4 og 6.

Enerapeuter, ansat på overgangstidspunktet, indplaceres som en personlig ordning som fysioterapeut med udvidet arbejdsområde på trin 5 og 6.

Fysioterapeuter og Ergoterapeuter, der er ansat i en særlig/faglig advancementsstilling (Grundløn 34) indplaceres på løntrin 7.

"Gennemløbstiden" fra løntrin 4 til 6 er 8 år. Altså 2 år kortere end det tidligere gennemløb.

LØNSKALA – BELØB PR. 1. APRIL 2006

Løntrin	Grundbeløb (område 0) pr. mdr 01.04.2006	(Stedtil lægs)område 1	(Stedtil lægs)område 2	(Stedtil lægs)område 3	(Stedtil lægs)område 4
Trin 1	18.250,00	18.570,92	18.793,17	19.114,17	19.336,25
Trin 2	18.625,00	18.962,50	19.196,17	19.533,67	19.767,33
Trin 3	19.383,33	19.738,25	19.984,00	20.338,92	20.584,67
Tin 4 i ARF/HS	19.991,67	20.337,00	20.575,83	20.921,08	21.160,08
Trin 4 i KL/Kbh/ Frb	20.308,33	20.653,67	20.892,50	21.237,75	21.476,75
Trin 5	20.958,33	21.260,08	21.468,92	21.770,67	21.979,50
Trin 6	23.283,33	23.511,92	23.670,17	23.898,92	24.057,17
Trin 7	24.208,33	24.400,92	24.534,25	24.726,83	24.860,25
Trin 8	25.091,67	25.243,83	25.349,08	25.501,17	25.606,42

AFTALE OM LOKAL LØNDANNELSE

"Aftale om ny løn" erstattes af "Aftale om lokal løndannelse for Sundhedskartellet".

Der afsættes 1,25 procent i forlodsfinansiering til basisgrupperne. Midlerne er til rådighed fra 1. januar 2007. Der afsættes 2,5 procent i forlodsfinansiering til lederne: Midlerne er til rådighed med 1,25 procent fra den 1. januar 2006 og 1,25 procent fra den 1. januar 2007. De lokale lønmidler kan udmøntes enten i form af indplacering på højere løntrin eller i form af tillæg. Tillæg skal som minimum være på 6000 kroner. Tillæg udmøntes som "tillæg" og ikke længere som funktionsløn og kvalifikationsløn. Dog skelnes der ved eventuel opsigelse af lønforbedringer mellem, om de er knyttet til opgaver/stilling eller til kompetencer/kvalifikationer. Alle løndelev vil fortsat være pensionsgivende. Aftale om resultatløns bevares uændret. Forhandlingerne kan tage udgangspunkt i de fire funktionsområder – kerneområdet, det udviklingsmæssige, det pædagogiske og det (fagligt) ledelsesmæssige.

For ledere tages udgangspunkt i de vejledende kriterier i lederoverenskomsterne.

Der bliver adgang til årlige forhandlinger, men dog med den begrænsning at parterne er enige i, at der er begrænsede forhandlingsrammer i de år, hvor der ikke er forlodsfinansierede midler. Den enkelte kommune skal hvert år dokumentere, hvad der er udmøntet, og manglende udmøntning medfører et strafbeløb på 15 procent af den manglende udmøntning.

LEDERNE

Overenskomstaftalen videreføres og justerer den lederlønsmodel, der blev indført ved seneste overenskomst, som KTO forhandlede. KTO-skalaen erstattes af en Sundhedskartelskala, der er fælles for alle ledere i sundhedsgrupperne og træder i kraft 1. januar 2006.

Samtidig hæves grundlønnen for de lavest indplacerede ledere. I Amtsrådsforeningen og H:S løftes ledere fra grundløn løntrin 34 og 35 til løntrin 36 uden fuldt gennemslag. I kommunerne løftes grundløn løntrin 36 til løntrin 38 uden fuldt gennemslag.

Prioriteringen af de lavest indplacerede ledere er fælles for hele Sundhedskartellet, således af det for alle sundhedsgrupperne er ledere med lavere grundløn end løntrin 40, der løftes.

Til lederne afsættes 2,5 procent til de lokale forhandlinger. Midlerne udmøntes med 1,25 procent i 2006 og 1,25 procent i 2007. Der kan fortsat forhandles både højere grundlønsindplacering og tillæg.



Faglige nyheder på ffy

Lyskesmerter ■ I et studie har forskere undersøgt anvendeligheden af tre provokationstest til at diagnosticere kroniske lyskesmerter og deres sammenhæng med definerede kliniske og billeddiagnostiske kriterier. Isometriske provokationstest er ofte anvendt i forbindelse med undersøgelse af lyskesmerter hos idrætsudøvere. Dette er det kun andet publicerede studie nogensinde, der beskriver sådanne test, og hvordan de skal udføres. Samtidig er det, det første studie, der beskæftiger sig med forholdet mellem smerteproprovokationstest og den endelige kliniske diagnose. Fysioterapeut Kristian Thorborg refererer og kommenterer et studie om diagnosticering af lyskesmerter.

EQ-5D ■ Måleredskabet EQ-5D er vurderet i forbindelse med Danske Fysioterapeuters "projekt måleredskaber". Vurderingen kan søges på www.maaleredskaber.dk under generelle måleredskaber. EQ-5D er et måleredskab, der viser helbredsrelateret livskvalitet, og kan derfor være med til at belyse nogle af de bløde sider af fysioterapeuternes fag. Der er dog enkelte overvejelser, der skal gøres, før man beslutter sig for at anvende EQ-5D. Læs nyhed på ffy.dk og beskrivelsen af måleredskabet på maaleredskaber.dk

Faglige nyheder på fysio

Springerknæ ■ Der er fortsat usikkerhed om effekten af ekscentrisk træning til tendinopati. På idrætsmedicinsk Årskongres i januar præsenterede fysioterapeut Birgitte Dieckmann et studie, hvor effekten af ekscentrisk træning blev sammenlignet med traditionel behandling i form af udspænding til patienter med springerknæ.

Udtrætning ■ Scapulas stabilisatorer udtrættes i forbindelse med svømmetræning. Med et par enkle test kan man finde ud af, om stabilisatorerne er udtrættede og dermed forhindre, at udtrætningen fører til skuldersmerter. Denne viden kan benyttes til at justere træningsmængden hos konkurrencesvømmere.

Arbejds miljø ■ Fysioterapeut Pernille Thomsen har i sin masterafhandling undersøgt, hvilke konsekvenser certificering af virksomheders arbejdsmiljø kan have på sundhedsfremme på arbejdspladserne. I et e-mailinterview på fysio.dk fortæller Pernille Thomsen om sin undersøgelse.

Hovedbestyrelsen godkender overenskomst-aftale

Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse har godkendt overenskomstaftalen. Aftalen er sendt til urafstemning blandt medlemmerne. 31. marts foreligger resultat af afstemningen, der er fælles for alle Sundhedskartellets medlemmer

AF INFORMATIONSCHEF MIKAEL MØLGAARD

Samlet set synes jeg, det er et godt resultat. Vi har fået en ny lønmodel, fysioterapeuter i basisstillinger får en højere begyndelses- og slutløn og vi har fået en udmøntningsgaranti for lokal løndannelse. Det tæller på plussiden. Der er så et enkelt minus, nemlig at en gruppe medlemmer ikke kan holde reallønnen i en kort periode. Det er kedeligt. Men alt i alt synes jeg, det er et godt resultat".

Således sammenfattede hovedbestyrelsesmedlem Lise Hansen sin holdning til den overenskomstaftale, som Sundhedskartellet har forhandlet med arbejdsgiverne i amter, kommuner og H:S. Samme argumenter gik igen flere gange, da hovedbestyrelsen samlede op på tre timers gennemgang og debat om aftalen. Det var der også en enig hovedbestyrelse, der efter indstilling fra et samlet forhandlingsudvalg, endte med at anbefale et ja til aftalen.

Overenskomstaftalen omhandler medlemmerne af de 11 organisationer, der udgør Sundhedskartellet. Her har samtlige hovedbestyrelser anbefalet aftalen. I Dansk Sygeplejeråd var det for første gang i mange år en enig hovedbestyrelse, som bakkede op om aftalen.

"Det er første gang i mands minde, at alle medlemmer af hovedbestyrelsen anbefaler et ja. Det er meget positivt," siger formand for Dansk Sygeplejeråd, DSR, Connie Kruckow.

Alle medlemmer, der er beskæftiget i amter, kommuner og H:S, har modtaget urafstemningsmateriale. Stemmesedlen skal seneste være Danske Fysioterapeuter i hænde 31. marts klokken 10.00. Klokken 16.00 samme dag ligger det samlede resultat i Sundhedskartellet. ■

Kommunalt ansatte bør stå for hjemmetræning

De svageste patienter får **tilbud om hjemmetræning** i Lyngby-Taarbæk Kommune.

Kommentar til artiklen "De svageste bliver ikke genoptrænet" fra Fysioterapeuten nr. 21/04

DEBATINDLÆG AF:

ERGOTERAPEUT BRITTA MOGENSEN, FYSIOTERAPEUT EVA GOTTRUP OG LEDENDE TERAPEUT BIRGITTE DAHL

! Det er med stor interesse, at vi har læst artiklen "De svageste bliver ikke genoptrænet" i Fysioterapeuten nr. 21 2004.

Vi er meget enige i projektets konklusion: at et tilbud om hjemmetræning i forlængelse af indlæggelsen i en overgangsfase vil imødekomme de fleste af disse (de svageste) patienters behov. Det tilføjes så, at dette tilbud ikke eksisterer i dag. Det gør det dog i Lyngby-Taarbæk kommune, hvor man siden sommeren 2002 på Genoptræningscentret har haft to udkørende terapeuter (1 ergo- og 1 fysioterapeut), hvis arbejdsområde udelukkende har været at genoptræne patienter i hjemmet, fortrinsvis patienter nyudskrevet fra sygehusene. Patienterne visiteres af kommunens koordinerende sygeplejersker. Det drejer sig om alle patientkategorier, og der har således været mange hofteopererede patienter.

Hjemmetræning bliver påbegyndt den dag, patienten kommer hjem fra sygehuset, og vi kan i samarbejde med patienten beslutte, hvad træningen skal bestå i, hvor ofte og hvor længe. I begyndelsen drejer træningen sig om, at patienten skal kunne fungere trygt i eget hjem og i de nære omgivelser.

Det er vores erfaring, at det har stor betydning for patienten, at det første besøg i hjemmet sker, den samme dag som patienten bliver udskrevet. Mange patienter er meget usikre på, hvordan de skal færdes i hjemmet, komme ind i/og ud af seng og gå på trapper – til trods for at de har trænet de samme funktioner på sygehuset.

Vi har erfaret, at det ikke kun er de svage hofteopererede, der har haft gavn af hjemmetræningen. De "friske" har også et stort behov for en praktisk vejledning og afprøvning af de daglige aktiviteter, før de tør gå i gang på egen hånd.

Det har også været meget vigtigt at få afprøvet de hjælpemidler, der er udleveret fra hospitalet. Vi har f.eks. været ude for en gangbuk, der ikke kunne komme igennem dørene, og en toiletforhøjer, der var så høj, at patienten ikke kunne nå gulvet.

Træningsforløbene i hjemmet har været af kortere varighed, fra 1 til 3 uger. Vi har kunnet arbejde i korte forløb, da kendte omgivelser motiverer til en målrettet træning. Vi mener ikke, at hjemmetræningen skal

stå alene, de fleste patienter har behov for ambulant træning på Genoptræningscentret. De terapeuter, der efterfølgende har trænet patienterne på for eksempel hoftehold har erfaret, at patienterne har en større forståelse for, hvad træningen går ud på og derfor er yderst motiverede.

Som kommunalt ansatte terapeuter har vi et godt kendskab til Den Kommunale Ældreomsorgs struktur, og det er derfor også muligt at udvikle et tæt samarbejde med hjemmeplejen. På den måde kan vi sikre, at patienterne i en periode får lov til at gøre tingene selv, selv om det kan tage længere tid. Dette betyder, at patienterne har haft behov for færre hjemmehjælpsydelser efter træningens ophør, samt at hjemmeplejepersonalet har fået større forståelse for at gøre patienten mere aktiv i hverdagen og ikke tilbyde så mange kompenserende ydelser. Desuden kan vi visitere direkte til træning på Genoptræningscentret og til kommunens Aktivitetscentre.

I lighed med undersøgelsen fra Hvidovre Hospital har vi også fungeret som "advokater" for patienterne. Vi har taget stilling til problemer vedrørende smerter, medicin, kontakt til hjemmeplejen, den praktiserende læge og andre samarbejdspartnere.

Der er lavet mange projekter, som dokumenterer, at det er vigtigt at genoptræne patienterne, og at mange patienter – især de svage ældre – ikke selv kan varetage denne sidste del af genoptræningen, samt at en del af genoptræningen skal overføres til hjemmet. Der er derfor nu "kun" behov for, at dette bliver implementeret som led i patientens udskrivelse fra sygehuset. Vi synes, at det er en stor fordel, at hjemmetræningen foretages af de kommunalt ansatte terapeuter, gerne i et tættere samarbejde med terapeuterne på sygehuset.

opslagstavlen

Udstyr sælges

■ Brugt udstyr sælges billigt. Norsk Se-kvenstræningsudstyr, Medicinsk træningsudstyr, næsten komplet og strækbricks m. næsten nyt strækapparat. Henvendelse: 4731 2322 (mell. Kl. 8-14 dgl.).

Til salg

■ Rygtræner fra Norsk Se-kvens – velholdt og i orden – sælges for 2.500 kr. Henvendelse tlf.: 6221 1080, Svendborg Fysioterapi.

Fagforeningsmæssigt smart?

@ (1. februar) Jeg har i dag deltaget på kreds-TR-møde i 8. kreds, hvor et af punkterne på dagsordenen, der gav en spændende, livlig og heftig debat, var "genoptræningsplaner i praksis". Det viste sig, at i langt de fleste tilfælde er det fysioterapeuter, der skriver genoptræningsplanerne og står noteret som kontaktpersonen, modtagerne kan henvende sig til. I de fleste tilfælde sætter lægen sin underskrift på planen. I et enkelt tilfælde står fysioterapeuten selv som underskriver. På mit eget (store) sygehus er der lokalaf-taler med enkelte afdelinger om, at terapeuterne udfylder planerne, men generelt holder vi os til, at ansvaret, også det praktiske med at udfylde, sende og være kontaktperson, ligger hos lægerne, som loven foreskriver. Fysioterapien har ikke fået, og får heller ikke, tilført nogen form for ressourcer til udarbejdelsen eller opfølgningen i form af kontaktpersonrollen. Da vi i forvejen er hårdt presset og har knappe ressourcer, står vi fast på IKKE at udføre opgaven. Omvendt viste diskussionen, at det er en opgave, der prioriteres i mange andre terapier. Er det fagforeningsmæssigt "smart" at vi usynligt påtager os en opgave, som lovgivningsmæssigt ligger hos lægerne, og som via lægens underskrift figurerer som hans "værk"? Eller .. gør vi klogest og bedst i "bare" at påtage os opgaven, ressourcer eller ej, og så via opgaveløsning håbe, at vi

med tiden bliver agtet efter fortjeneste?

Kirsten Thoke, OUH

Det er lægernes ansvar

@ (3. februar) På min arbejdsplads, KAS Herlev, er det en helt klar aftale, at vi skal overlade jobbet med udfyldelsen til lægerne. Vi deltager gerne i diskussionen, om den skal laves og ved udfyldelsen af, hvad der reelt skal gives af behandling og hvor længe.

Jeg mener, at genoptræningsplanen skal ses som en henvisning, og da lægerne har ordinationsretten, kan fysioterapeuterne, om end vi kan se ideen i det og have lyst til det, ikke overtage dette hverv fuldstændigt. I øvrigt er det jo også et faktum, at lægerne sammen med sygeplejerskerne er de eneste, der ser alle patienterne indlagt på sygehusene. Derfor er det også logisk, at de påtager sig et ansvar for at vurdere, om patienterne efter endt sygehusindlæggelse har funktionsnedsættelse, som kræver genoptræning ved udskrivelse. De kan jo aldrig slippe for at tage stilling til, om der skal henvises til fysioterapi under indlæggelse, så hvorfor skal de ikke involveres, når det handler om udskrivelsen?

Jeg er enig i, at vi er de bedst uddannede til at vurdere funktionsniveau og genoptræningspotentiale hos den enkelte patient. Men så må vi jo ud og hjælpe læger og sygeplejersker til at vurdere behovet for træning.

Inger Kolind, KAS Herlev

Kære hospitalskollegaer

@ (3. februar) Det er nu 17-18 år siden jeg selv arbejdede på hospital, men dengang var det os, fysioterapeuterne, der gik ud og lavede tilsyn på de patienter, der blev henvist fra de andre afdelinger til fysiurgisk afd. mhp. fysioterapi. Denne praksis startede overlæge Clemmesen på Københavns Kommunehospital for vel over 50 år siden (før min tid!), og den udvirkede, at fysioterapeuterne var meget velanskrevede og respekterede på de andre afdelinger - og i høj grad synlige.

Jeg ved godt, vi havde en helt anden normering den gang, og at tiderne har ændret sig, men denne praksis var utroligt udviklende rent fagligt, styrkede os tværfagligt og var genial for patienterne, der kom i behandling straks. Ude i praksissektoren, hvor jeg befinder mig nu, savner vi i høj grad genoptræningsplanerne. Vi ser ikke én. Jeg tror, at gevinsten ved at lade fysioterapeuterne udfærdige dem og netop derved få gjort opmærksom på vores kvalifikationer, opvejer de negative sider ved at lade lægerne tage æren.

Dorrit Finn Poulsen, Østerbro

Det er os, der har hovedrollen

@ (28. februar). På Middelfart Sygehus OUH har vi terapeuter valgt at lave genoptræningsplaner, også til endagspatienter - de har jo også krav på det! Vi står på planerne som kontaktpersoner og "bevilger" forlængelse af

genoptræningsplanerne over for kommunerne.

Jeg er som TR interesseret i vores arbejdsforhold, men det er vel også relevant at tænke lidt strategisk? Jeg mener, der er masser af arbejdspladser at hente i genoptræningsområdet! Jeg går hverken ind for stress, overarbejde eller selvbetalte frokostpauser. Jeg mener blot, at vi i den tid, vi har til rådighed sammen med patienterne bør prioritere genoptræningsplanerne.

Vi er særdeles tværfagligt indstillede hos os. Vi arbejder i tværfaglige teams mv. Men vi mener, at når det drejer sig om genoptræning, er det os, der har hovedrollen!

Måske er der nogle patienter, vi terapeuter ikke ser under indlæggelsen, der bliver snydt for en genoptræningsplan. Her kunne da ligge nogle opgaver/arbejdspladser i at screene alle indlagte for genoptræningsbehov. Hellere det end at arbejde på at lære sygeplejerskerne at blive bedre til at vurdere funktionsniveau! I håb om flere deltagere i debatten.

Lisbeth Storm, Middelfart Sygehus OUH

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

Maskinel Magasinpost

Afsender:

Postbox 7777

7000 Fredericia

ID NR. 42137



MARKEDETS BEDSTE KØB

POWER LASER

-et effektivt værktøj i klinikken

FORDELE ved laserterapi:

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

NU KUN 29.500,-
(inkl. moms)

Afprøv POWER LASER gratis i 3 uger

LASERTERAPI = evidensbaseret fysioterapi

GRATIS SPECIALKURSER - laserterapi for fysioterapeuter

I samarbejde med fysioterapeut Jesper Kousted

22. marts 2005: Næstved 10. maj 2005: Odense

12. april 2005: København 24. maj 2005: Århus

19. april 2005: Aalborg 14. juni 2005: København

Alle dage kl. 17.00 - 21.00 Let anretning serveres

Se flere datoer på www.andi.dk



HØJ KVALITET



POWER LASER

- 500 mW
- 5 terapi-PROGRAMMER
- gedigent DESIGN
- TRÅDLØS
- batteridrevet
- 3 års GARANTI
- informativ PATIENTFOLDER
- 2 års forbrug inkl. ved køb
- RÅDGIVNING
- SUPPORT
- 22 års erfaring
- Terapimanual
- GRATIS hotline til fysioterapeut
Jesper Kousted 35 36 18 14

CE 0543

ANDI ELECTROMEDICAL har udviklet og produceret laserterapiudstyr siden 1982

ANDI ELECTROMEDICAL

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

Fax +45 59 44 29 11 · info@andi.dk

www.andi.dk