

Nr. 14/august/2005
87. årgang



Akupunktur

Tre fysioterapeuter på
Horsens Sygehus har
akupunktur i deres værktøjskasse. Side 16

Fysioterapeuten

www.fysio.dk



Hygiejne

Fysioterapeuter sjusker ofte ved håndvasken, men de bør i lige så høj grad som andre faggrupper opretholde en god hygiejne.
Side 4

Artikler

Ingen trængsel ved håndvasken



Næsten en fjerdedel af fysioterapeuterne vasker ikke altid hænder før behandling af patienter. Det viser en undersøgelse af hygiejnen på de fysioterapeutiske arbejdspladser.

4

Fysioterapeuter kan gøre det bedre



Fysioterapeuter tager ikke altid hygiejneforskrifterne så alvorligt. Det bør de – ikke bare på hospitalerne, men også i patienternes egne hjem og på klinikkerne.

8

Akupunktur på sygehuset



Vi har fået et ekstra værktøj i vores kasse, og akupunktur er rigtig godt til patienter med smerter og funktionsforstyrrelser, fortæller tre fysioterapeuter på Horsens Sygehus.

16

Fysioterapi som social og relationel praksis



Hvis praksis primært baseres på kundskab udviklet fra RCT som design, og vurderes som evidensbaseret ud fra de kriterier, dette design beskriver, kan et skrækszenarium blive, at fysioterapi reduceres til brug af metoder.

20

Tilbud til ældre forbrugere

Børneforældre har længe kunnet finde alt til faget hørende i særlige babytempler med alt fra rangler til trillingebarnevogne i sortimentet. Nu har alderssegmentering også holdt sit indtog over for forbrugerne i livets anden ende: alderdommen. Således har ægteparret Maria og Jesper Lundqvist åbnet forretningen Seniorland i Egå med salg af især hjælpemidler, med speciale i el-drevne cykler og el-scootere.

"Der findes ikke rigtigt forretninger, hvor man kan købe det hele, så med vores Seniorland undgår man at skulle opsøgere flere typer forretninger", fortæller den ene af indehaverne, den 33-årige fysioterapeut Maria Lundqvist til Jyllandsposten. Maria Lundqvist har planer om at arrangere temadage den første lørdag i hver måned, ligesom hun et par gange om året inviterer det kendte mobile beklædningsfirma Seniorshop på besøg. Endelig er det planen, at amatørmaleterne i Egås senior kunstforening skal udstille i huset.



HENRIK KASTENSKOV/POLFOTO

Det faste

Fysnyt	14
Presseklip	19
Litteratur	24
Kalender	25
Uddannelse	27
Job	33



**FORSIDE:
RASMUS BAANER**

Udgiver:
Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Telefon 33 41 46 20
Fax: 33 41 46 14

E-mail:
Redaktionen@fysio.dk

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

Sundhedspolitisk konsulent Ann
Sofie Orth
aso@fysio.dk

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

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

Kontrolleret oplag 9.383
Kontrolleret af:



I perioden 1/7-03 - 30/6-04
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

Den der har skoen på

Der er grund til at tro, at der kommer mere handling bag mange års og forskellige regeringers planer om at opprioritere sundhedsfremme og forebyggelse. Primært fordi folkesundhedsprognoser og erfaringer fra andre lande, herunder særligt USA, begynder at tale deres tydelige sprog. Livsstilsygdomme som overvægt, diabetes og rygelunger kan true den offentlige økonomi. Derfor er borgernes sundhed et offentligt anliggende, som får stadig større politisk bevågenhed.

I den nye sundhedslov er der lagt mere vægt på sundhed end sygdom. Udgangspunkt for indsatsen er den primære sundhedssektor og den enkelte borgers rettigheder. Kommunerne får med kommunalreformen opgaven at sikre sundhedsfremme og forebyggelse, og ansvaret flyttes dermed fra amterne, der traditionelt har fokus på den medicinske behandlingstilgang til sygdom. Det er en rigtig beslutning i forhold til de udfordringer, vi står over for. Men samtidig rejser det et nyt spørgsmål. Nemlig, hvad det er for traditioner eller måske mangel på samme kommunerne har, når det gælder at fremme sundhed og forebygge sygdom?



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Svaret er, at de kun har spredte og få erfaringer på området. Størrelsen og kompleksiteten af den nye opgave er formentlig først ved at gå op for kommunalpolitikere. Derfor er kommunerne i gang med at ruste op. Eksempelvis er Kommunernes Landsforening i samarbejde med offentlige myndigheder ved at klarlægge behovet for viden, kompetencer og ressourcer. Foreløbigt lægges der op til, at Sundhedsstyrelsen i vid udstrækning skal formidle viden til kommunerne om evidens og dokumentation for effekt af forskellige forebyggelsesinitiativer, ligesom det er styrelsen, der skal vejlede om dataopsamling og kvalitetssikring. Denne starthjælp er givetvis helt nødvendig. Men det er lige så nødvendigt, at kommunerne selv kommer på banen for at etablere det vidensgrundlag, de skal bygge den fremtidige indsats på, både på sundheds- og socialområdet. På sigt duer det ikke at lægge sig i slipstrømmen af Sundhedsstyrelsen.

Hvis kommunerne skal løse opgaven på professionel vis, må de satse på at få forankring af viden i deres egen organisation. Det betyder, at de aktivt skal skaffe viden om borgernes sundhedstilstand. Blandt andet ved at indgå samarbejdsaftaler med udviklings- og forskningsenhederne på universiteterne og CVU'erne. Det er kun den, der har skoen på, der ved, hvor den trykker. Derfor ligger ansvaret for at udvikle vidensfeltet om sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne.



Ingen trængsel ved håndvasken

Næsten en fjerdedel af fysioterapeuterne vasker ikke altid hænder før behandling af patienter. Det viser en undersøgelse af hygiejnen på de fysioterapeutiske arbejdspladser

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER
FOTO GEIR HAUURSSON

Patientklagenævnet uddelte sidste år en påtale til en fysioterapeut, der havde behandlet en patient med øvelsesterapi på intensiv afdeling uden at tage sine smykker af. Det var under normen for almindelig anerkendt faglig standard og dermed en overskridelse af lov om terapiassistenter, mente nævnet.

Sagen var usædvanlig, men en undersøgelse foretaget på www.fysio.dk afslører, at hygiejnestandarden ikke alle steder er helt i top. Undersøgelsen bygger på 161 spørgeskemaer besvaret af fysioterapeuter i alle sektorer.

DER MANGLER RETNINGSLINJER

Hygiejnesygeplejerske Jette Houliind plæderer i artiklen på side 8 i dette blad for nedskrevne retningslinjer for hygiejne på de fysioterapeutiske arbejdspladser.

I undersøgelsen er fysioterapeuterne blevet spurgt, om der på deres arbejdsplads er retningslinjer for den personlige hygiejne. Hertil svarer under halvdelen bekræftende.

Retningslinjer er mest udbredt på hospitalerne,

hvor 85 svarer bekræftende mod kun 11 procent af de fysioterapeuter, der arbejder på en klinik. På genoptræningscentre er det 46 procent, der har retningslinjer for hygiejnen.

I visse tilfælde kan der være tale om, at retningslinjerne findes, men at de måske ikke er kendt af alle medarbejdere. Det kunne i hvert fald tyde på det, idet 69 procent af de ledere, der medvirker i undersøgelsen, svarer, at der er retningslinjer på deres arbejdsplads mod kun 56 procent af basisfysioterapeuterne.

Jette Houliind bemærker i sin artikel, at hun ofte ser fysioterapeuter rundt omkring på afdelingerne med åbentstående kitler med deres eget tøj under. Den tendens dokumenterer undersøgelsen også, idet under halvdelen (45 procent) af de medvirkende svarer, at der er krav til uniform på deres arbejdsplads.

For hospitalernes vedkommende svarer 92 procent bekræftende, mens det på klinikkerne kun er 30 procent. På genoptræningscentre svarer kun 18,5 procent, at der er uniformskrav.

VASKER HÆNDER

Det er det absolut mest almindelige, at man som

indgang

■ Undersøgelsen af de hygiejniske forhold på de fysioterapeutiske arbejdspladser er gennemført på www.fysio.dk, hvor 161 fysioterapeuter har udfyldt et spørgeskema. Læs hele undersøgelsen på www.fysio.dk/Fysioterapeuten/artikelbilag



I undersøgelsen er der blandt andet spurgt, om der er håndvask i behandlingsrummene. Hertil svarer 57 procent bekræftende: 85 procent af fysioterapeuterne på hospitalerne, og 25 procent på klinikkerne.

fysioterapeut vasker sine hænder, før man behandler patienter, men der er dog næsten en fjerdedel, der svarer, at de ikke gør det, og der er endnu flere, der svarer, at de har oplevet kolleger, der ikke får vasket hænder før en behandling (63 procent).

Det er fysioterapeuterne på klinikkerne, der er flittigst ved håndvasken. På klinikkerne vasker 93 procent vasker hænder før hver behandling mod 84 procent på hospitalerne og 63 procent på genoptræningscentrene.

De fysioterapeuter, der har oplevet kolleger springe håndvasken over, har for de flestes vedkommende forbigået det i tavshed. Kun en femtedel - forholdsvis flest ledere - svarer, at de påtalte episoden over for den pågældende kollega.

MANGE BÆRER SMYKKER

Ifølge hygiejnesygeplejerske Jette Houllinds forslag til retningslinjer for hygiejne (se side 10) må der ikke bæres ur, ringe og håndsmykker i forbindelse med patientkontakt.

Dette sker ifølge undersøgelsen på halvdelen af de fysioterapeutiske arbejdspladser, dog i mindre grad på hospitalerne.

CASE

En fysioterapeut fik sidste år en påtale fra patientklagenævnet for ikke at have haft en ordentlig hygiejne i forbindelse med behandling af en patient på intensiv afdeling med øvelsesterapi.

Den nyopererede patient klagede over, at fysioterapeuten ved behandlingen var iført åbentstående kittel med privat tøj under, at hun ikke vaskede hænder, og at hun bar fingerringe, armbånd og ur. Patienten lå med drop, kateter og kanyler og havde desuden høj feber.

Fysioterapeuten svarede, at hun ved en forglemmelse havde smykker og ur på, da hun kom ind på patientens stue, men at hun ikke havde privat tøj på, og at hendes ænder var rene.

Ifølge fysioterapeutens forklaring havde hun sin arbejdsuniform på, som bestod af bukser, T-shirt og uniformsjakke, men man kunne ikke se teksten "fysio- og ergoterapi", der var trykt på T-shirtens ene ærme og således dækket af jakken. Hun havde overholdt proceduren på intensiv afdeling og sprittet hænderne grundigt af, da hun kom ind på stuen og igen, da hun forlod den. Hun forklarede desuden, at hun altid sørger for at holde hænderne så langt væk fra indstikstederne, som muligt, når hun laver øvelser med patienterne.

Patientklagenævnet skriver i sin afgørelse, at hvis der tages de nødvendige hygiejniske forholdsregler, er der ikke infektionsrisiko forbundet med at gennemføre øvelsesbehandling på en patient med indstik til drop, kateter og kanyler. Men det er under normen for almindelig anerkendt faglig standard - og dermed en overskridelse af lov om terapiassistenter - at bære smykker under arbejdet med en patient, der ligger på en intensiv afdeling. ▶

CITATER FRA UNDERSØGELSEN PÅ FYSIO.DK

"Desværre har mange unge fysioterapeuter ikke fået den samme oplæring i hygiejne under uddannelsen, som vi fik i min tid. Og deres mødre har åbenbart ikke lært dem grundlæggende hygiejne".

*Praktiserende fysioterapeut,
kvinde, 50 år.*

"Jeg er lige nyansat og noget forundret over den manglende fokus på hygiejnen. Jeg har tidligere arbejdet på Rigshospitalet, hvor vi havde en helt anden hygiejnestandard. Jeg har allerede taget problematikken op, og vi skal meget hurtigt have ændret på forholdene".

*Hospitalsansat ledende fysioterapeut,
kvinde, 44 år.*

"Jeg er ene fys. Men i forbindelse med nylig omgangssyge på hospitalet og i befolkningen generelt, var jeg den eneste personale på sygehuset, som IKKE blev syg. Det, anførte jeg på et morgenmøde, var på grund af min fine håndhygiejne".

*Hospitalsansat fysioterapeut,
mand, 32 år.*

"Der er nogle, der bærer smykker med affektionsværdi, som de ikke kan få af. Dette er til stadighed til diskussion".

*Fysioterapeut på genoptræningsafdeling,
kvinde, 43 år.*

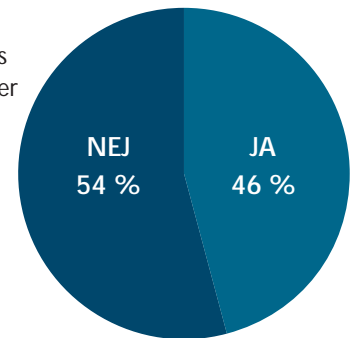
"Vi skal bære uniform, men får kun udleveret få beklædningsdele, og det tager ofte lang tid, før vaskeriet returnerer tøjet. Problemet løses ved, at jeg snupper bukser fra stud.fys. og T-shirts fra linnedrum (tøj til patienterne). Det undrer mig, at lægerne har deres eget tøj på under kitlen. De synes jeg egentlig er lidt ulækkert. Husker især en episode med en læge, som havde kaffepletter ned ad en vinrød polotrøje og havde den samme på igen dagen efter.

*Hospitalsansat fysioterapeut,
kvinde, 31 år.*

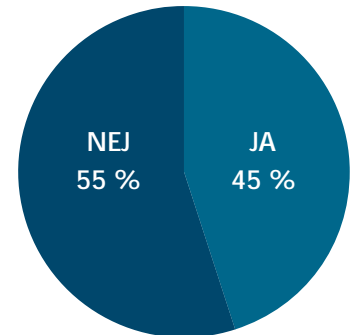
"Vi må ikke have langt udslået hår, men det er lidt svært. Her er to med halvlångt hår, og de vil bestemt opfatte det som overgreb, hvis elastik eller lignende blev påbudt".

*Praktiserende fysioterapeut,
kvinde, 55 år. ■*

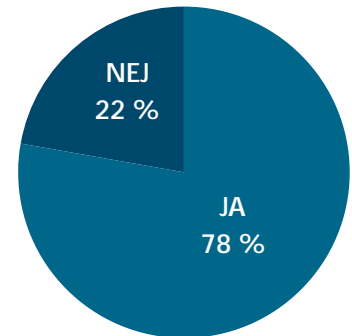
Har din arbejdsplads udviklet retningslinier for den personlige hygiejne?



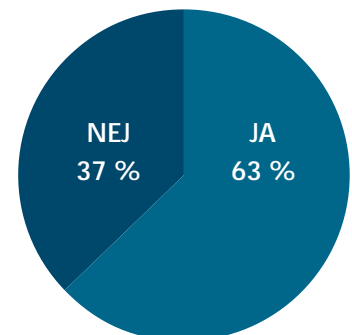
Er der krav til kittel eller uniform?



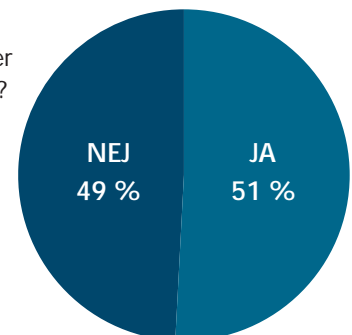
Vasker du hænder før behandling af patienterne?



Har du oplevet, at dine kolleger ikke vaskede hænder før en behandling?



Bærer I håndsmykker på din arbejdsplads?



PAK OP - for alle tiders tilbud

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



PAKKE SMALL

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

Totalpris før kr. 135.335,-

Kr. 115.035,-

**SPAR
15%**

PAKKE MEDIUM

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

Totalpris før kr. 224.435,-

Kr. 179.548,-

**SPAR
20%**

PAKKE LARGE

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

Totalpris før kr. 369.575,-

Kr. 277.181,-

**SPAR
25%**

EASY ACCESS

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

Totalpris før kr. 142.180,-

Kr. 113.744,-

**SPAR
20%**

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

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

 **KEBO CARE**

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

Fysioterapeuter kan gøre det bed

Fysioterapeuter tager ikke altid hygiejneforskrifterne så alvorligt. Det bør de - ikke bare på hospitalerne, men også i patienternes egne hjem og på klinikkerne

AF HYGIEJNESYGEPLEJERSKE JETTE HOULIND
FOTO GEIR HAUURSSON

Behøver man som fysioterapeut at tænke på hygiejniske forholdsregler i sit arbejde? Ja det gør man.

En fysioterapeut skal tage præcis de samme forholdsregler i sit arbejde, som alle andre personalegrupper. Det viser en afgørelse fra Sundhedsstyrelsens Patientklagenævn.

Som omtalt i casen på side 5 blev der klaget over, at en fysioterapeut ikke overholdt de almindelige hygiejniske regler i forbindelse med, at hun udførte fysioterapi på en patient indlagt på en intensiv afdeling. Fysioterapeuten bar ur, armbånd og fingerringe.

I afgørelsen påpegede Patientklagenævnet, at det er i strid med de almindelige hygiejniske regler at bære hånd- og fingersmykker under arbejdet på en intensiv afdeling, da smykkerne kan være sæde for bakterier med risiko for, at disse overføres til patienter og resulterer i infektioner. Det skal bemærkes, at det er den

første afgørelse fra patientklagenævnet, som implicerer dårlig hygiejne. Men man kan frygte, at det ikke bliver den sidste.

MANGE FORSKELLIGE ARBEJDSSTEDER

Fysioterapeuter udfører deres arbejdsopgaver mange forskellige steder - på hospitaler, i klinikker, på plejehjem, i eget hjem - og de har med mange forskellige kategorier af klienter at gøre: børn, gamle, indlagte og ambulante, fysisk og psykisk handicappede. Nogle skal undersøges, nogle behandles og nogle genoptrænes eller have vedligeholdelsestræning. Så det indebærer også, at der anvendes mange forskellige hjælpemidler som for eksempel gangstativer, stokke, udstyr til elektroterapi og ultralydsbehandling, bolde og meget mere.

Skal der være nedskrevne hygiejniske forholdsregler alle disse steder, og i så fald på hvor mange områder?

indgang

■ Hvis man spørger, ved de fleste, hvornår de bør udføre håndhygiejne, men hvis man iagttager praksis, bliver det kun gjort ca. halvt så mange gange, som det burde. Forfatteren, der er hygiejnesygeplejerske, giver sit bud på retningslinjer for fysioterapeuters hygiejne.



re



Der må ikke bæres ur, ringe og håndsmykker i forbindelse med patientkontakt, lyder Jette Houllinds anbefaling blandt andet.

På min vej rundt på hospitalsafdelinger ser jeg meget ofte fysioterapeuter med ure og ringe og med åbentstående kitler med privat tøj under.

Da fysioterapeuter ofte kommer på flere afdelinger hver dag, har de altså meget store muligheder for at bære mikroorganismer fra den ene afdeling til den anden og fra en smittet patient til en modtagelig patient, især hvis man ser stort på håndhygiejnen og bruger håndsmykker.

Hvad er årsagen så til, at man på nogle arbejdspladser og i nogle personalegrupper tager lettere på de hygiejniske forholdsregler end i andre?

Det kan skyldes, at man anser smitterisikoen for at være mindre ved at udføre fysioterapeutisk behandling, end hvis man skulle skifte forbindelse på et operationsår. Men hvis man arbejder med genoptræning af for eksempel patient med apopleksi, er man fysisk meget tæt på patienten og har alle muligheder for at få forurenet sin arbejdsdragt og sine hænder med mikroorganismer fra patienten og bringe dem videre til den næste.

HVAD ER SÅ GOD HYGIEJNE?

God hygiejne er for det første at tænke sig om. Overvej, hvilken smitterisiko der kan være ved den opgave, du skal udføre, og find ud af, hvordan du kan begrænse risikoen for smitteoverførsel mest muligt.

Uanset hvilke undersøgelses- eller behandlingsopgaver man skal udføre, skal risikoen for at overføre smitte fra behandler til patient/klient og omvendt mindskes mest muligt. Risikoen for at forurene omgivelserne skal også minimeres.

Det betyder, at alle patientundersøgelser, -behandlinger og andre procedurer skal tilrettelægges således, at der tages højde for at undgå kontakt med blod, sekreter og ekskreter. Dernæst at man anvender de korrekte værnemidler dvs. handsker, briller, plastforklæde, mundbind til beskyttelse af hud, slimhinder og arbejdsdragt. Og sidst men ikke mindst, at man ►

- ▶ udfører en korrekt håndhygiejne, bruger handsker og anvender korrekte rengørings- og desinfektionsmetoder til rengøring af udstyr og lokaler.

Alle disse forholdsregler tages for at sikre, at den indirekte smitte, der sker via hænder og forurenet udstyr, minimeres for patienter og personale.

Hår udgør ikke den store infektionshygiejniske risiko undtagen på en operationsstue, men det er ikke særlig behageligt at blive "fejlet" i ansigtet med en gang udslået hår.

SMITTEKÆDEN

Vi bliver dagligt udsat for smitte, men det er ikke ensbetydende med, at vi bliver syge. Tre faktorer er væsentlige for, at en infektion kan opstå. Der skal være en smitekilde, en smittevej og en smitemodtager.

Smittekilden kan være en rask smittebærer, en patient med sygdommen i udbrud eller i inkubationsfasen. Smitstofferne kan være bakterier, virus eller svampe.

Smittevejen kan være kontaktsmitte, luftbåren smitte, fødemiddelbåren smitte eller blodbåren smitte.

Smittemodtageren kan være patienter, pårørende eller personale.

Forholdet mellem en persons modstandskraft og smitstoffets mængde og farlighed er afgørende for, om en person bliver syg.

Indirekte kontaktsmitte er den hyppigste smittevej/smittemåde. Mikroorganismene overføres fra smittebærer til smitemodtager via et mellemed. Personalets eller patientens hænder er meget hyppigt mellemedet. Andre mellemed kan være træningsredskaber, vandhaner, dørhåndtag, sengeborde osv.

Forkølelsesvirus overføres oftest via hænderne. Man får virus på hænderne, når man nyser eller pudser næse. Virus bringes videre via de ting, man derefter rører ved eller ved håndtryk. Virus kan bringes videre til en modtagers slimhinder, når denne rører ved de samme ting og derefter piller sig i næsen eller klør sig i øjet.

Man bliver forkølet, hvis mængden af virus overstiger kroppens modstandskraft, i det øjeblik man udsættes for smitten.

Et andet eksempel på indirekte smitte er fækal-oral smitte, hvor mikroorganismer føres fra endetarm til munden via hænder, forurenede genstande eller fødevarer.

Gastroenteritis (populært kaldet Roskildesyge) forårsaget af norovirus er et meget almindeligt resultat af fækal-oral smitte.

Norovirus er ekstremt smitsom, så en enkelt smittet person, der ikke vasker hænder efter toiletbesøg, kan bringe smitten videre til en hel afdeling. Der skal kun ganske få vira til at forårsage infektionen, og en smittet person udskiller millioner af vira i afføring og opkast.

RETNINGSLINJER

På stort set alle hospitaler findes der nedskrevne retningslinier, der beskriver hvordan man kan afbryde smitteveje i forskellige sammenhænge.

Det er hospitalets topledelse, der har det overordnede ansvar for infektionshygiejnen på stedet, men som regel er det daglige ansvar uddelegeret til afdelingsledelserne i et samarbejde med en hygiejnekomite og en hygiejneorganisation. Hygiejnesygeplejersken er en del af hygiejneorganisationen, som bl.a. udfærdiger generelle infektionshygiejniske retningslinier og giver råd og vejledning om, hvordan diverse problemer kan håndteres.

Det er virksomhedens ledelse, som afgør, om man vil have infektionshygiejniske retningslinier på stedet, og det er ledelsen, som har ansvaret for at håndhæve dem, når de er der.

I det daglige er det praktisk, at der findes retningslinier, så man undgår, at alle skal tage stilling, og at nogle handler efter devisen: "vi skal gøre sådan, fordi det er det letteste/billigste", eller "sådan har vi altid gjort".

Fordele ved nedskrevne retningslinier er, at det er let for nye medarbejdere at sætte sig ind i, hvordan en procedure er. Man har et opslagsværk, og man behøver ikke at kunne alt udenad.

EKSEMPLER PÅ RETNINGSLINIER:

- Foretag hånddesinfektion eller håndvask før og efter hver patientkontakt.
- Der må ikke bæres ur, ringe og håndsmykker i forbindelse med patientkontakt.
- Hvis behandlingslejet afdækkes med stof eller papir, skiftes dette mellem hver patient.
- Anvendes ikke afdækning, afvaskes lejet med vand og sæbe, eller det afsprittes mellem hver patient.
- Alle træningsredskaber vaskes med vand og sæbe efter et fastlagt interval. Intervallet kan variere fra efter hver patient til en gang om ugen - afhængigt af klientel og behandlingstype.
- Personalet ifører sig en ren arbejdsdragt hver dag. Hvis dragten bliver synligt forurenet i løbet af dagen, skiftes den.
- Alle patienter vasker hænder, før træningen påbegyndes.
- Lokaler til patientbehandling og undersøgelse skal rengøres dagligt.
- Toiletter skal rengøres dagligt og ved behov.
- Arbejdsdragten skal skiftes dagligt. Den skal være af et materiale, som kan tåle vask - helst ved 80 grader.

MAN TROR, MAN GØR DET ORDENTLIGT

Undersøgelser har vist, at medarbejdere egentlig er bevidste om for eksempel håndhygiejnens betydning for forebyggelse af smitte, men at de ofte overvurderer deres egen håndhævelse af den.

Hvis man spørger, ved de fleste, hvornår de bør udføre håndhygiejne, men hvis man iagttager praksis, bliver det kun gjort ca. halvt så mange gange, som det burde.

Dvs. viden omsættes ikke i praksis – og hvorfor så ikke det?

Det kan skyldes kulturen på arbejdsstedet. Eller at man vurderer, at smitterisikoen er lav, fordi klienterne er "raske", de har privat tøj på, man skærer eller stikker ikke i dem...

Tager man forholdsregler for sin egen eller for patienternes skyld?

Lægger klienten mærke til, om jeg vasker hænder eller ej?

Lederens indstilling betyder meget for, om man tænker forebyggelse, og om man har retningslinier, og om man kræver, at de bliver fulgt. Undersøgelser har vist, at der hvor lederen går foran og viser vejen - er rollemodel for sit personale - er der den største efterlevelse af de infektionsforebyggende retningslinier. Lederens indstilling betyder mere, end hvilken type afdeling det handler om. Man lærer af det, man ser.

GÆLDER OGSÅ PÅ KLINIKKERNE

Er der nogen steder, hvor man eventuelt kan slække på de hygiejniske krav? Er der forskel på de infektionsforebyggende krav, der stilles på en intensiv afdeling på et hospital og de krav, der stilles på et plejehjem eller i patientens eget hjem?

I princippet nej. Smittespredning foregår alle steder, hvor der er smitsomme mikroorganismer – også i eget hjem.

Ingen af stederne ser man hr. Petersens stafylokokker, fru Jensens streptokokker, sygeplejerskens stafylokokker, fysioterapeutens norovirus eller hr. Nielsens colibakterier. Mikroorganismene kan ikke ses med det blotte øje, men vi kan alle være med til at flytte dem til steder, hvor de gør skade.

I og med at klientellet bliver ældre og ældre, man udfører flere komplicerede behandlinger, samtidig med at indlæggelsestiden nedsættes, vil man opleve flere uden for hospitalerne med nedsat immunforsvar og dermed større infektionsrisiko. Det vil altså også gælde patienter, som har behov for fysioterapi.

Både på hospitalerne og i primærsektoren ses flere og flere tilfælde af infektioner med multiresistente mikroorganismer, især stafylokokker. Man regner med, at vi indtil nu kun har set toppen af isbjerget.

For at undgå spredning af disse resistente bakterier

og for fortsat at have behandlingsmuligheder (antibiotika), er det nødvendigt, at man tager forholdsregler. Håndhygiejne og brug af handsker og overtrækskittel er vigtige i den sammenhæng.

Når man skal vurdere, om det man gør, er godt nok, kan man starte med at spørge sig selv:

"Vil jeg gerne være den næste, der skal behandles, hvis fysioterapeuten ikke har vasket eller desinficeret sine hænder, før hun går i gang, hvis der ikke er skiftet papir på lejet, eller hvis de redskaber, der evt. skal anvendes ikke er blevet gjort rene efter den forrige patient"?

REFERENCER:

Lene Junker, Margrethe Meyer og Christine Wolff: Evidensbaserede standarder for håndhygiejne. Sygeplejersken 19/2004

DS 2451 Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren, – Del 2: Krav til håndhygiejne

DS 2451 Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 1: Krav til procedurer i almen lægepraksis.

DS 2451 Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Del 8: Krav til vask og håndtering af tekstiler til flegangsbrug.

Brian Kristensen: Håndhygiejne: hånddesinfektion og håndvask. Ugeskrift for Læger 167/21; p 2272-2273

Råd & Anvisninger om desinfektion i sundhedssektoren. 7. udg. Statens Seruminstitut. ■

FORHOLDSREGLER

Håndhygiejne er den vigtigste enkeltstående procedure til at forebygge smittespredning. Og det gælder både for personale og for patienter/klienter.

De genstande/hjælpemidler, der har været i kontakt med en patient eller klient i forbindelse med undersøgelser, pleje og behandling, er forurenede i en eller anden grad og skal rengøres, desinficeres eller måske steriliseres, før de anvendes til en anden person.

Ved rengøring fjernes smuds for at hindre en opformering af mikroorganismer. Ved desinfektion dræbes sygdomsfremkaldende mikroorganismer i et sådant omfang, at det desinficerede kan benyttes uden risiko for infektion. Det er nødvendigt at vurdere smitterisikoen i forhold til undersøgelsens/behandlingsens art. Der er forskel på, om et instrument eller behandlingsredskab anvendes på intakt hud eller ikke intakt hud.

Håndhygiejne

Hvad er god håndhygiejne og hvordan udføres den?

AF HYGIEJNESYGEPLEJERSKE JETTE HOULIND

Håndhygiejne er: hånddesinfektion med håndsprit eller håndvask med vand og sæbe eller vaskecreme eller en kombination af de to procedurer.

Formålet med håndhygiejne er at fjerne eller reducere den skiftende (påførte) flora, man får på hænderne i forbindelse med pleje og behandling, ved kontakt med forurenede genstande og ved berøring af bakterieholdige områder af kroppen som for eksempel næsen og genitalregionen.

HVORNÅR UDFØRES HÅNDHYGIEJNE?

- Før og efter hver undersøgelses-, pleje-, og behandlingsopgave.
- Efter brug af handsker.
- Før håndtering af rene ting (instrumenter og lignende).
- Efter toiletbesøg og næsepudsning.

KORREKT HÅNDDDESINFEKTION:

Rigeligt hånddesinfektionsmiddel (2-5ml) påføres rene og tørre hænder. Midlet fordeles og indgnides på alle fingre, mellem fingrene, på håndryg, håndflade og omkring håndled.

Hånddesinfektionsmidlet indgnides til tørhed. Det tager mellem 15 og 30 sekunder, hvis man bruger den rigtige mængde hånddesinfektionsmiddel.

Det anbefales at anvende et alkoholbaseret hånddesinfektionsmiddel indeholdende mellem 70 og 85% ethanol. Midlet skal være tilsat et godkendt hudplejemiddel og opfylde de europæiske standarder.

KORREKT HÅNDVASK:

Udføres for at fjerne synligt snavs og reducere mængden af den påførte flora.

Fugt hænder og håndled med vand før sæben påføres.

Sæben skal fordeles og indgnides på alle fingre, mellem fingrene, på håndryg, håndflade og omkring håndled. Den mekaniske bearbejdning skal vare mindst 15 sekunder.

Skyl hænder og håndled under rindende koldt eller tempereret vand.

Tør hænderne med et engangshåndklæde.

Håndbetjente vandhaner lukkes med det brugte håndklæde.

Hvis der anvendes fast håndsæbe skal den være ophængt på magnet, da fugtig sæbe i en sæbeskål er en god grobund for bakterier.

Flydende sæbe skal være hudvenlig og ikke tilsat farvestoffer og parfume.

De vaskeaktive stoffer i flydende sæbe kan give hudproblemer. Derfor er det vigtigt at fugte hænderne, før sæben påføres.

DESINFEKTION ELLER VASK?

Hånddesinfektion er bedre, hurtigere, mere skånsom og lettere tilgængelig end håndvask.

Bedre fordi hånddesinfektion fjerner mere end 10 gange så mange bakterier som håndvask.

Hurtigere fordi en korrekt hånddesinfektion kan udføres på 15 sekunder, mens det tager op til 1 minut at udføre en ordentlig håndvask.

Mere skånsom fordi hånddesinfektionsmidlet er tilsat hudplejemiddel, hvorimod sæbe affedter huden.

Lettere tilgængelig fordi man ikke behøver en håndvask. Hånddesinfektionsmiddel fås i mange forskellige udgaver – bl.a. også i en størrelse, man kan have med i tasken eller lommen.

Forudsætninger for at udføre en korrekt håndhygiejne er:

- at man ikke bærer ur, ringe eller armbånd
- at man ikke har lange ærmer
- at de anbefalede midler er til rådighed og
- at man følger de anbefalede fremgangsmåder. ■

Husk at deadline for tilmelding af abstract til Fagfestival 2006 er den **1. september 2005.**

Se programmet side 10 for yderligere oplysninger eller klik ind på fagfestival.fysio.dk

FYSIOTERAPI

i regioner og storkommuner



- Hvilke opgaver kan fysioterapeuter være med til at løse på sygehuse, på klinikker, i kommunalt regi?
- Hvor bør opgaverne løses - set fra patientens synspunkt og fra et fysioterapeutfagligt perspektiv?
- Hvad kan og hvad vil fysioterapeuter gøre for at sikre interessevaretagelsen i regionerne?

Danske Fysioterapeuter indbyder alle fysioterapeuter til dialogmøder om opgavefordelingen efter kommunalreformen.

Kommunalreformen og de nye regioner indebærer en omorganisering af særligt genoptræningsopgaverne og sundhedsfremme- og forebyggelse. Fysioterapeuter ansat i amter, kommuner og de praktiserende fysioterapeuter vil i større eller mindre omfang blive berørt af reformen.

Kommunalreformen lægger op til et vist lokalt råderum for fordeling af opgaverne. Det kræver, at der sættes gang i en lokalt og regionalt fagligt funderet debat om opgavefordelingen. Dialogmøderne skal bidrage til, at fysioterapeuter landet over kan gøre deres indflydelse gældende over for de lokale og regionale politikere, der i sidste ende skal træffe beslutningerne. Møderne sætter fokus på den fremtidige opgavefordeling og de kompetencer, som skal følge med. Vi skal drøfte opgavefordeling mellem regioner og kommuner – og mellem kommuner og praksissektor.

På møderne bliver der mulighed for i fællesskab at formulere og drøfte fordeling såvel af eksisterende opgaver som nye opgaver. Vi håber, at fysioterapeuter fra alle sektorer har lyst til at deltage.

Møderne afholdes fra kl. 11.30 til 17.00

- 6. oktober
Region Sjælland. Mødet afholdes i Ringsted
- 10. oktober
Region Midtjylland. Mødet afholdes i Viborg
- 13. oktober
Region Hovedstaden. Mødet afholdes i Hillerød
- 24. oktober
Region Nordjylland. Mødet afholdes i Ålborg
- 25. oktober
Region Syddanmark. Mødet afholdes i Vejle

Pris: Gratis. Der ydes ikke tabt arbejdsfortjeneste eller betaling af transportudgifter

Tilmelding: Tilmeldingsfrist for Region Sjælland, Midtjylland og Hovedstaden 26. september, Region Nordjylland og Syddanmark 10. oktober. Tilmelding på www.fysio.dk

Planlægning: Elisabeth Berents, faglig konsulent, Danske Fysioterapeuter

Deltagerantal: Maksimum 100-150 fysioterapeuter

LÆS MERE OG SE PROGRAMMET PÅ FYSIO.DK

Underekstremitetsiskæmi

Konsensus ■ Dansk Karkirurgisk Selskab tog i 2000 initiativ til at nedsætte en gruppe, der skulle udarbejde en konsensusrapport vedrørende forebyggelse og behandling af underekstremitetsiskæmi. I 2005 udkom resultatet af deres arbejde: konsensusrapporten "Underekstremitetskirurgi – forebyggelse og behandling". Rapporten har samlet den eksisterende viden på området og tilpasset de valgte anbefalinger til danske forhold. Konsensusdokumentet henvender sig primært til læger, men fysioterapeuter, der træner denne patientgruppe, kan finde nyttig og opdateret viden om forebyggelse og behandling/træning. Rapporten koster 40 kr. + porto og kan bestilles på tlf. 3544 8301 eller forlaget@dadr.dk

fysnyt

Ny viden implementeres vilkårligt

Forskning ■ Der kan gå lang tid, før ny viden om effektive behandlinger implementeres i sundhedssystemet. En rapport fra Dansk Institut for Sundhedsvæsen og Cochrane Hepato-Biliær Gruppen viser, at to ud af tre behandlinger, hvis gunstige effekt på dødelighed er dokumenteret i randomiserede kliniske forsøg, anvendes forholdsvis sjældent på sygehusene i Danmark. Derimod anvendes behandlinger, hvis effekt ikke er dokumenteret. Dette hænger sammen med den måde, man i sundhedsvæsenet opdaterer sin viden. Gratis adgang til Cochrane-biblioteket har således ikke sikret, at læger i Danmark har kendskab til databasens oversigter. I rapporten peges der på, at det internationalt er foreslået, at der skal etableres nationale implementeringsprogrammer. Uddannelsesmateriale, uddannelsesbesøg, opinionsdannere, audit og påmindelser er nogle af de redskaber, der kunne sikre, at forskningsbaseret viden implementeres i praksis. Rapporten konkluderer, at der er behov for at udvikle nye rutiner til faglig opdatering. Dette kræver en sammenhængende indsats fra den enkelte læge, den enkelte afdeling, det enkelte sygehus, regionalt og nationalt. Selvom rapporten henvender sig til læger med speciale i leversygdomme er problemstillingerne om implementering af forskning i praksis aktuelle for fysioterapeuter. På den nordiske forskningskongres i juni var netop dette tema centralt. Fysioterapeuter opfordres til at klikke ind på ffyd.dk, og være med i debatten om, hvordan fysioterapeuter kan holde sig opdateret og implementere viden fra forskning i praksis. Rapporten "Fra forskning til praksis" kan læses på www.dsi.dk

Ildræt til voksne med erhvervet hjerneskade

Projekt ■ Specialskolen for Voksne i Nykøbing Falster har afsluttet et projekt med tilbud om idræt og fysisk aktivitet til voksne med erhvervede hjerneskader. Målet med projektet var at undersøge, om de krav og udfordringer en idrætsaktivitet stiller til den enkelte deltager har overførelsesværdi til dennes hverdagsliv. I projektperioden har 31 personer i alderen 28-72 år deltaget i et specielt tilbud om fysisk aktivitet. Tilbuddet har været holdtræning med 6-14 deltagere pr. hold. Nogle af deltagerne har haft et undervisningsforløb på 1½ år, mens andre har haft ½ år eller mindre. Tilbuddet omfattede daglig undervisning på hold, suppleret med eneundervisning efter behov. Noget af undervisningen var teoretisk og foregik i klasselokalet. Den teoretiske undervisning indeholdt emner som træningslære, forebyggelse, computerbrug, rundbords-

debatter mv. De fysiske aktiviteter foregik i idrætshal og udendørs. Undervisningens indhold sigtede mod at indlære kompetencer, der kunne overføres til hverdagen. Deltagerne trænede holdspil, deltog i orienteringsløb, bordtennis, petanque mm. Projektet blev evalueret med henblik på at afdække om deltagerne havde fået udviklet deres kognitive, sociale, psykiske og fysiske kompetencer. Generelt viste tilbagemeldingerne, at deltagerne havde været tilfredse med indholdet. Alle havde fremgang i de fysiske test, og det viste sig, at deltagerne havde fået udviklet deres kognitive, sociale og psykiske kompetencer. Projektet blev afsluttet i januar 2004. Der foreligger nu en projektrapport udarbejdet af tale- og neuropædagog Ingun Andersen og fysioterapeut og speciallærer Bente Schwensen. For yderligere oplysning: Videnscenter for Specialpædagogik i Nykøbing F. Tlf. 5488 1500.

Gå i staver på nettet

Gigtforeningen ■ På Gigtforeningens hjemmeside kan man få gratis instruktion i stavgang. Med blot et enkelt klik med musen kan man lære, hvordan man kommer i gang med stavgang på den rigtige måde. Man kan vælge mellem to forskellige filmsekvenser, der viser stavgang for mennesker med eller uden ondt i led og muskler. Filmene varer henholdsvis ni og seks minutter. Fysioterapeut Charlotte Højberg fra Gigtsanatoriet i Skælskør underviser i de to videosekvenser en lille gruppe stavgængere i teknikken og giver gode ideer til opvarmningsøvelser. Klik ind på www.gigtforeningen.dk



POLFOTO

ADL og ernæring i geriatrisk rehabilitering

Disputats ■ Sygeplejerske og doktor i medicinsk videnskab Ingrid Poulsen forsvarede i januar sin disputats med titlen "Functional and nutritional assessments in geriatric rehabilitation. A feasibility study". Der indgår to studier i Ingrid Poulsen disputats. Det første omfatter 2.812 indlagte patienter med en gennemsnitsalder på 83 år. Det andet er et klinisk interventionsstudie med 431 patienter med en gennemsnitsalder på 84 år. Formålet med studierne var: at implementere fem forskellige funktionsmålinger som led i en samlet geriatrisk vurdering og

som monitoreringsredskab, undersøge risikofaktorer for underernæring og ADL-funktion, effekten af sygeplejeintervention på patienternes ernæringstilstand og ADL-funktion samt sygeplejepersonalets attitude over for at anvende ernæringsrelaterede vurderingsinstrumenter. Studiet viste blandt andet, at det var muligt at implementere måleredskaber i den kliniske praksis på sygehuset. *Kilde: Sygeplejersken 12/2005. For yderligere oplysning og rekvirering af disputats: Ingrid@poulsen.mail.dk*

fysnyt

D-vitaminmangel

PH.D ■ Læge Mette Friberg Hitz forsvarede i juni sin ph.d. "Bone status in patients with low-energy fracture: effect on one-year treatment with calcium and vitamin D". Lavenergifraktur af hoften er en af de alvorligste konsekvenser af osteoporose og medfører øget mortalitet og morbiditet. Mette Friberg Hitz har med et placebokontrolleret studie undersøgt effekten af et års behandling med 800 mg calcium samt D-vitamin hos 119 patienter med lavenergifraktur i hoften, overarm eller håndled. Studiet viste, at behandlingen øgede knogleresorptionen, der korrelerede til funktionsniveauet evalueret med Timed Up&Go. Hos inkluderede, der var over 70 år, så man en reduktion i knogleresorption. Hoftefrakturpatienterne var karakteriseret ved: lav BMI, lav kalkindtag samt flere kroniske sygdomme sammenlignet med alderssvarende mennesker uden brud. Konklusionen på studiet er, at patienter med lavenergifrakturer ofte har D-vitaminmangel samt andre risikofaktorer for at udvikle osteoporose. Intervention med calcium og D-vitamin vil bedre knoglestatus hos disse patienter, men behandlingseffekten afhænger af funktionsniveau. *For yderligere oplysning: mettehitz@hotmail.com*

Vægtløs træning kan også styrke knoglerne

Osteoporose ■ Et tyrkisk studie har vist, at også træning i vand kan styrke knoglemassen. 62 kvinder (postmenopause, gennemsnitsalder 54 år) med stillesiddende liv indgik i et interventionsstudie. En gruppe trænede i vand, en på land med vægtbærende øvelser og en gruppe fungerede som kontrol. Begge træningsgrupper trænede submaksimalt tre gange om ugen i seks måneder under supervision, og

man tilstræbte, at kvinderne udførte de samme øvelser i vand og på land. Træningen indeholdt opvarmning, gang og hop. Efter træning var der forbedrede værdier for knoglemasse i calcaneus for begge grupper, men dårligere i kontrolgruppe. *Åy A, Yurtkuran M. Influence of aquatic and weight-bearing exercises on quantitative ultrasound variables in postmenopausal women. Am J Phys Med Rehabil 2005; 84(1): 52-61.*

Handicapportalen

WWW ■ Handicapportalen samler alle typer af information på handicapområdet. Der er tale om et virtuelt mødested for handicappede, pårørende, hjælpere og alle inden for pleje- og sundhedssektoren. Klik ind på www.handicapportalen.dk

Psykiatriuge

Angst ■ Efterårets psykiatriuge d. 10. oktober-17. oktober har angst som overordnet tema. Psykiatriugen afholdes i København, og der vil i forbindelse med forskellige arrangementer blive behandlet emner som: afhængighed af mad, rusmidler og medicin, afhængighed af smerte og af at skære sig, af perversion og af spil. *Læs mere om ugen på www.psykiatrifonden.dk*

DinForm.dk

WWW ■ For personer, der aldrig har dyrket motion og skal i gang med at løbe, er der hjælp at hente på den nye hjemmeside DinForm.dk. Man kan downloade et personligt løbetræningsprogram ved at indtaste data som alder, køn, vægt, højde, og i hvor god form, man er. Det koster 249 kr. at få tre måneders vejledning med adgang til at føre statistik over sit løb, få supplerende rådgivning og tip og ideer. *Klik ind på www.DinForm.dk*



Referenceprogram for epilepsi

SST ■ Sundhedsstyrelsens referenceprogram for epilepsi foreligger i bog og som lommefolder. *Programmet kan læses og hentes på www.sst.dk/sfr*

Akupunktur på sygehuset

Vi har fået et ekstra værktøj i vores kasse, og akupunktur er rigtig godt til patienter med smerter og funktionsforstyrrelser, fortæller tre fysioterapeuter på Horsens Sygehus

AF JOURNALIST IB SALOMON
FOTO LARS AARØ/FOKUS

”Vi er begyndt at anvende akupunktur og oplever en god effekt af behandlingen. Vi føler virkelig, at vi har fået et ekstra værktøj i vores kasse”.

Fysioterapeuterne Nicola Hopkirk, Gunhild Feddersen og Kasper Spoorendonk fra Horsens Sygehus er endnu ikke så erfarne i at bruge akupunktur. Men allerede nu kan de konstatere, at behandlingen virker. Deres patienter bliver generelt hurtigere fri for smerter og dermed kommer de også hurtigere i gang med genoptræning.

Specielt har de opnået gode resultater på patienter med et kompliceret smerteforløb, for eksempel skulderpatienter med vedvarende smerter, en type patienter man har rigtig mange af på Horsens Sygehus.

Alle tre fysioterapeuter er i gang med den akupunktur-uddannelse, som Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Akupunktur har tilrettelagt. Og det sker faktisk på initiativ af sygehusets læger.

”Vi har været meget heldige her i Horsens, for vi er ligefrem blevet opfordret af lægerne til at bruge akupunktur”, forklarer Nicola Hopkirk.

STORT POTENTIALE

Især har ortopædkirurgisk overlæge Gerhard Teichert skubbet på.

Han har mange smertepatienter og fortæller, at han længe har savnet et alternativ til den smertestillende medicin og dens bivirkninger.

”Fysioterapeuterne har mine patienter i længere tid, og akupunktur har en veldokumenteret effekt på smerte. Bivirkninger er der ingen af, så jeg ser et enormt potentiale i akupunktur”, siger Gerhard Teichert

Det gør de tre fysioterapeuter også.

”Jeg er begyndt at vælge akupunktur som første valg i stedet for traditionelle behandlinger som massage og ultralyd”, forklarer Nicola Hopkirk.

Kasper Spoorendonk tilføjer, at for ham har det været en personlig tilfredsstillelse at se, hvor godt patienterne får det. Men han understreger samtidig, at akupunktur ikke kan stå alene.

VIDENSKABELIGT FUNDAMENT

Mens akupunktur efterhånden er temmelig udbredt på klinikkerne, gælder det ikke sygehusene. Her er man de fleste steder tilbageholdende med at bruge akupunktur, formentlig fordi det stadig opfattes som en form for alternativ behandling.

Det forstår Nicola Hopkirk, Gunhild Feddersen og Kasper Spoorendonk ikke, for den uddannelse, de er i gang med, bygger netop på et solidt videnskabeligt fundament. ”Der er ikke noget mystisk ved den”, forklarer de. Uddannelsen er især rettet mod behandling af patienter med smerter i bevægeapparatet og funk-

indgang

■ I udlandet anvender mange sygehuse akupunktur i smertebehandling. Danske sygehuse har hidtil været tilbageholdende, men på Horsens Sygehus er fysioterapeuterne ligefrem blevet opfordret til at bruge akupunktur. Og med succes. Akupunktur ser ud til at virke rigtig godt mod smerter og funktionsforstyrrelser.

500 TIMERS UDDANNELSE

Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Akupunktur (DFFA) blev stiftet for tre år siden. Den tæller op mod 50 medlemmer, og en stor del af dem er i gang med den uddannelse, faggruppen har opbygget. Uddannelsen er på 500 timer og bygger på moderne sundhedsvidenskabelige forklaringsmodeller. Underviserne er fysioterapeuter med godkendte akupunkturuddannelser og specialviden om akupunktur. Der samarbejdes desuden med medicinske selskaber og læger med specialviden om akupunktur.

De tre fysioterapeuter fra Horsens Sygehus er meget begejstrede for uddannelsen, som de roser for at være opbygget meget fornuftigt og pædagogisk. Desuden er de glade for dens mange praktiske øvelser og det mere teoretiske hjemmearbejde – ”Vi bliver virkelig holdt til ilden”, lyder det fra Nicola Hopkirk, Gunhild Feddersen og Kasper Spoorendonk.

Læs mere om uddannelsen på www.akupunktur.dk



Vi har været meget heldige her i Horsens, hvor vi ligefrem er blevet opfordret til at gå i gang med akupunktur, fortæller Kasper Spoorendonk, Nicola Hopkirk og Gunhild Feddersen.

FORSKNINGSFONDENS SÆRLIGE PRIS 2006

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

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

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

Valg af prismodtager skal godkendes i Hovedbestyrelsen.

Hvem kan komme i betragtning?

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

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

Procedurer for indstillingen:

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

Indstillingen skal indeholde:

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

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



Horsens Sygehus har mange skulderpatienter med langvarige smerteproblemer. Mange bliver hjulpet af akupunktur.

tionsforstyrrelser, og det er da også først og fremmest den gruppe, de tre fysioterapeuter behandler.

"Vi har altid behandlet smerter, men akupunktur er en meget mere effektiv måde", forklarer Nicola Hopkirk, der bl.a. anvender akupunktur på skulderpatienter med rotatorcuff suturering.

Rent praktisk anvender fysioterapeuterne som hovedregel 4-5 nåle, mens de systematisk arbejder sig gennem de smertende områder. Det svære er ikke selve stikket, men at finde det nøjagtige punkt at stikke. Det er vigtigt, at patienterne får "nåleforfølelse", eller "de-qi", som det kaldes.. Nogle få reagerer ikke på akupunktur, og der er naturligvis en række sikkerhedsregler, som skal overholdes.

ØNSKER UNDERSØGELSE

De tre fysioterapeuter har også mærket stor interesse fra deres kolleger i sygehusets fysioterapi. Faktisk har de fleste sagt, at de også gerne vil på kursus i akupunktur. Også patienterne finder det spændende at blive tilbudt akupunktur, og at både nyhedens interesse og en vis placeboeffekt spiller ind, er fysioterapeuterne meget opmærksomme på. Netop derfor håber både de og overlæge Gerhard Teichert, at der kan skaffes midler til en videnskabelig undersøgelse af akupunkturs smertestillende effekt på sygehusets skulderpatienter. ■

DET STÅR DER I AVISEN

om fysioterapi og fysioterapeuter

(STUDIESTART) 20-årige *Anne Nygaard Andersen* fra Otterup fik rygsæk og plads på fysioterapeutskolen i fødselsdagsgave, skriver *Fyens Stiftstidende*. Hun var en af de 560 ansøgere til de 96 pladser på skolen, der sidst i juli fik besked om, at hun er optaget på studiet. Det er stor søgning til landets fysioterapeutskoler, og adgangskravene er tilsvarende høje, i hvert fald i nogle af uddannelsesbyerne. I Århus skal man eksempelvis præstere et eksamensgennemsnit på 9,0 for at komme i betragtning. Kun hver fjerde af de 332 ansøgere blev i år optaget på studiet. Ifølge *Århus Stiftstidende* betyder det, at det århusianske sundhedsvæsen må vinke farvel til masser af unge, der ville være blevet dygtige sygeplejersker, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Mange af de unge finder nemlig hellere et nyt fag end at flytte til en skole i en anden by, der har plads eller forlanger et lavere eksamensgennemsnit.

(SKOLETASKER) Når man starter på et nyt studie, skal der som regel også en ny skoletaske til. *Politiken* har sat sig for at undersøge, hvad der er "hot" og hvad det, ud fra en sundhedsmæssig betragtning, er klogt at investere i. Ifølge avisen vælger langt de fleste studerende rygsække med polstrede remme og god plads til bøger og en computer. Populær er Fjällräven-rygsække, da retrolooket er in. Men også crossover (en taske med lang hank, som man bærer på den ene skulder og lader hænge tværs hen over brystet og ned langs den modsatte hofte) samt shoppermodellen sælger godt. Fysioterapeut *Håkon Isaksson* fra Hvidovre hospital sværger klart til rygsække med brede, polstrede skuldreremme, der ikke skærer sig ind i skuldrenes muskler, og som fordeler vægten lige på ryggen. Selv om det er de færreste, der får varige men af at gå for længe med en tung taske på den ene skulder, kan det gøre ondt

– og på længere sigt medvirke til at give belastningsskader, siger han.

(ERSTATNING) Skader kan man også få ved at blive behandlet på sygehuset eller hos en praktiserende læge og fysioterapeut. Et rekordstort antal danske patienter søgte sidst år om erstatning for fejl og utilsigtede hændelser, skriver *Berlingske Tidende*. 4.693 anmeldelser blev det til, og det er 1.100 flere end året før. I alt blev der udbetalt 343 millioner kroner i erstatning mod 273 millioner i 2003. Forklaringen på stigningen er ifølge patientforsikringens direktør *Arne Grünfeld* dels, at der er gjort et stort arbejde for at informere danskerne om muligheden for at få erstatning, dels at privathospitaler og primærsektoren blev omfattet af ordningen i 2004. En af anmeldelserne kom fra en 57 årig scleroseramt mand, der gik til balancetræning hos en fysioterapeut. Manden skulle sidde på en hest, der pludselig blev forskrækket og smed ham af. Efterfølgende måtte han opereres for brud på højre lårben og venstre knæ. Manden fik tilkendt erstatning.

(BÆKKENLØSNING) Fødsler kan også give smertefulde eftervirkninger. Hvert år må omkring 4.000 danske kvinder døje med fysiske problemer efter svangerskabet. En del af disse kvinder vil fremover kunne få hjælp, når Rygcenter Fyn til efteråret står klar med et nyt tilbud: Intensiv behandling af bækkenløsning på et nyt ambulatorium. Tilbudet er målrettet kvinder, der har født for to – otte måneder siden, og som har smerter i alle tre bækkenled. Denne gruppe er hårdest ramt og kan få eftervirkninger, der i værste fald kan invalidere dem, skriver *Politiken*. En undersøgelse fra Fyn, foretaget af fysioterapeut *Hanne Albert*, viser, at seks procent af alle fynske gravide oplever bækkenløsning så alvorligt, at

de har smerter i alle tre bækkenled. Det svarer til 390 kvinder om året.

(GAKKET GANGART) Hjælp er der også at hente til alle de kvinder og mænd der vil af med dessertdeller og bilmaver eller på anden vis ønsker at få glæde af motionens følgevirkninger. Metoden hedder stavgang. *Ekstra Bladet* har begået en reportage fra en af det hurtigst voksende motionsformer i Danmark. 43-årige *Marianne Christiansen* fra Holte er med for første gang. Efter at have øvet elgløb og gadedrengeløb til stor morskab for de lokale, der er ude på aftentur, storgriner hun med røde kinder til avisen: "Det her burde da virkelig hedde gakkede gangarter." Ifølge fysioterapeut og faglig redaktør *Vibeke Pilmark* er stavgang ideel for en stor gruppe mennesker, som ikke kan identificere sig med at løbe. Eksempelvis passer motionsformen godt til overvægtige, fordi de har mulighed for at få pulsen op. "Men det kræver, at man går til den," som det pointeres overfor avisen.



POLFOTO

Fysioterapi som social og relation

Hvis praksis primært baseres på kundskab udviklet fra RCT som design, og vurderes som evidensbaseret ud fra de kriterier, dette design beskriver, så kan et skrækscenarium blive, at fysioterapi reduceres til brug af metoder

AF FYSIOTERAPEUTERNE NINA SCHRIVER OG GUNN
ENGELSRUD, UNIVERSITETET I OSLO, DET MEDICINSKE
FAKULTET, SEKSJON FOR HELSEFAG
ILLUSTRATION PETER M. JENSEN

blå bog...



Fysioterapeut Gunn Engelsrud er førsteamanuensis ved Seksjon for helsefag ved Universitetet i Oslo. Hun har gennem en årrække arbejdet med forskning inden for temaerne krop, bevægelse og træning.



Fysioterapeut Nina Schriver er ph.d., seniorforsker, Ansat på Universitetet i Oslo, Seksjon for helsefag, og medarbejder på Center for Kulturforskning, Århus Universitet.

Vores inspiration til dette indlæg kommer fra den nyligt afholdte nordiske kongres i fysioterapi i Helsingør. På denne kongres var temaer om evidensbaseret praksis og -metoder og om forskningsresultaters betydning og implementering i praksis centrale. Kongressens program viste tydeligt, at evidensbaserede metoder gives stor opmærksomhed. Det kan nærmest virke som om, effekt af fysioterapeutisk behandling knyttes til metoden i sig selv. Endvidere blev det tydeligt, at evidens blev knyttet helt tæt til, at resultaterne var udviklet inden for RCT som forskningsdesign.

Vi vil med vores indlæg bidrage til at problematisere, at metoder i sig selv tillægges betydning for effekt, og det at RCT bliver trukket frem som det centrale

forskningsdesign. Vi gør det gennem at præsentere et teoretisk perspektiv, hvorfra fysioterapi ses som en relationel praksis, og ved at vise, at det med brug af andre forskningsdesigns lader sig gøre at dokumentere, hvilken betydning relationer har i fysioterapi.

FYSIOTERAPI SOM SOCIAL OG RELATIONEL PRAKSIS

I fysioterapi at der altid tale om mennesker som mødes, og de metoder, der bruges i fysioterapi, udøves altid af nogen og indgår i en social og kulturel sammenhæng. At fysioterapi er relationel kan man dermed ikke

komme udenom. Heller ikke at fysioterapi er tids- og stedbunden.

Der er i stigende grad inden for forskning interesse for at forstå fysioterapi som relationel og for empirisk at undersøge betydningen af relationelle aspekter i praksis (1-8). Vi ønsker med dette indlæg at trække et teoretisk grundlag frem, som er centralt for at forstå og for at give legitimitet til den position, som fremhæver netop det relationelle forhold mellem mennesker i verden.

Som programmet på kongressen i Helsingør viste, er praksis i fysioterapi for tiden i høj grad underlagt krav om at anvende metoder, som går under betegnelsen evidensbaserede. Disse evidensbaserede metoder er primært dokumenteret på baggrund af RCT som forskningsdesign. Ved litteratursøgning på evidensbaseret praksis og metoder i Medline og Cinahl har vi ikke kunnet identificere nogen undersøgelser, hvor betydningen af relationer mellem patient og fysioterapeut eller mellem patienter i fysioterapi er undersøgt og beskrevet. Ej heller er grundlæggende teoretiske perspektiver på denne tematik identificeret i denne litteratursøgning. Betydningen af relationer og kontekst udgør helt væsentlige erfaringer for fysioterapeuter og patienter i praksis. Relationer kan have meget forskellig karakter og betydning. Det er således ikke sådan, at relationer blot er noget, der er positivt, styrkende eller befordrende i rehabiliteringen. De kan være knægtende, begrænsende, objektiviserende etc.

Vores pointe er imidlertid, at relationernes betydning risikerer at blive usynlige eller ikke tillagt værdi, når RCT betragtes som det centrale forskningsdesign for den kundskab, der udvikles for praksis, og som kan argumenteres for at være evidensbaseret. Evidensbaseret betyder i denne sammenhæng målemetoder og standarder, som anses som målbare og reproducerbare (se faktaboks).

fakta

Ordet evidens kan have mange betydninger. Det, vi henviser til her, er den bestemte betydning, ordet får i konteksten inden for RCT som forskningsdesign. Definitionen og kravene til evidens ligger i designet fra RCT og ikke i ordets grundlæggende betydning, som i følge den Store Danske Encyklopædi (9) er et juridisk udtryk og betyder, "evidentia at være indlysende" og benyttes om alt, som bruges til at understøtte en

påstand (p. 151). Centralt for at tale om evidens er altså, hvorledes forskeren understøtter sin påstand om den kundskab, han eller hun bidrager med. Inden for f.eks. humanistiske forskningstraditioner vil dette dreje sig om at tydeliggøre, på hvilken baggrund kundskaben er udviklet teoretisk og i forhold til grundlagstænkning samt præmisserne for udvikling af de resultater, der præsenteres.

el praksis

NORMER OG STANDARDER

Hvis et kriterium om målbarhed og reproducerbarhed skal lægges til grund for praksis, vil en patient med en skade eller et sundhedsproblem kunne blive undersøgt og behandlet ud fra, at vedkommendes problem forstås med reference til normer og standarder, som primært gives status som objektive. Ideen vil være, at målinger af for eksempel bevægelse og bevægelseskvalitet sker på grundlag af normer og standarder, der er defineret af de professionelle og begrundet ud fra f.eks. biomekanik, biologi eller fysiologi.

Bevægelsesformer og -kvaliteter sammenlignes med såkaldt normalmateriale eller normaliserede standarder. Standarderne bliver forstået som valide, fordi middelscore og målte outcomes er det, der tæller som vurderingsgrundlag for patientens funktion.

Hvis praksis primært baseres på kundskab udviklet fra RCT som design og vurderes som evidensbaseret ud fra de kriterier, dette design beskriver, så kan et skrækscenarium blive, at fysioterapi reduceres til brug af metoder. Relation som et grundvilkår tages ikke ind i den betydning, den har, og fysioterapeuten risikerer at blive frataget enhver mulighed for at bruge og argumentere for sin kompetence i forhold til sin relation med patienten.

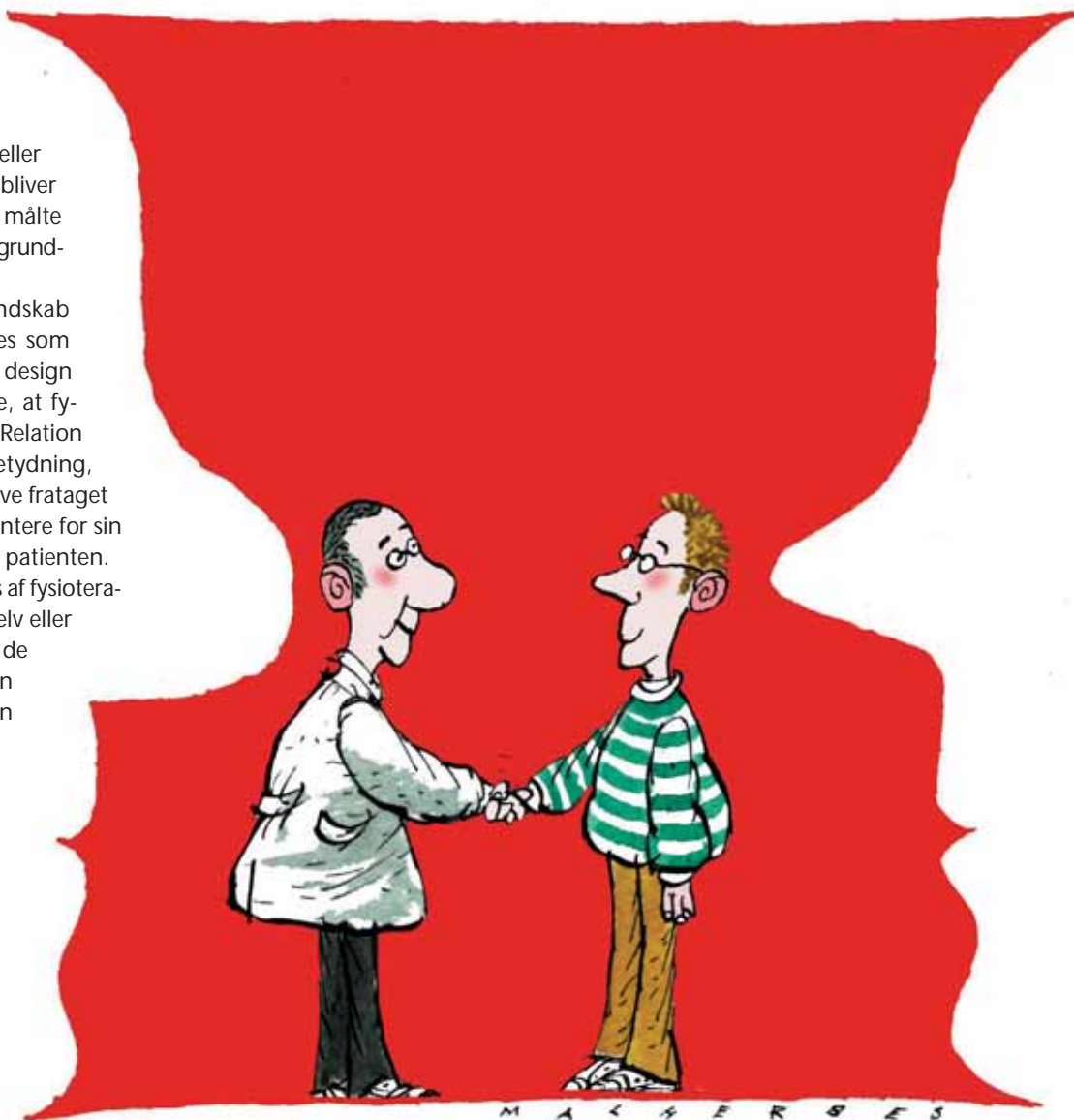
Vores pointe er, at metoder altid udøves af fysioterapeuten, metoder kan ikke operere af sig selv eller i et vakuum. De er afhængige af, hvordan de bliver udført og modtaget altså af dialogen kropsligt og verbalt mellem fysioterapeuten og patienten.

ET TEORETISK PERSPEKTIV PÅ EN RELATIONEL FORSTÅELSE

Det perspektiv, vi præsenterer relaterer sig til teorier, hvor mennesker forstås som relationelt forbundne med hinanden og med omverdenen (10-13).

Kroppen er menneskets tilgang til verden og til sociale relationer (12). Kroppen både skaber mening og erfaring og pålægges mening og erfaring fra andre og omgivelserne. Dette er en

central pointe og en vigtig tvetydighed i forhold til fysioterapi. Både fysioterapeuten og patienten kan skabe mening og erfaring gennem deres møde med hinanden. Samtidig kan både fysioterapeuten og patienten pålægges forskellige normer for sundhed, sundhed og krop fra f.eks. medier, videnskabsforståelser, implicite sundhedsbegreber og faglige standarder. ▶



- ▶ For at forstå en sådan basal præmis for denne gensidighed peger Zahavi (14) på, at opmærksomhed mod sig selv – det han kalder en selvmærkning – er en basal menneskelig erfaring, som er til stede. Selv om den aktuelle person eller omgivelserne ikke stimulerer eller tillægger dette værdi, så er det stadig fundamentalt for menneskets væren i verden. Ved at støtte sig til et sådant perspektiv, bliver det tydeligt, at mennesker altid er relationelt forbundne, og at det at mærke omgivelserne er en del af at mærke sig selv. Denne dialektik er central for det perspektiv på fysioterapi som relationel praksis, som vi her beskriver.

Forståelsen af relationel forbundethed udfoldes inden for pædagogisk tænkning af blandt andet Hansen (15) og Løvlie (16).

PATIENTEN OG FYSIOTERAPEUTEN SOM GENSIDIGT AFHÆNGIGE OG FORBUNDNE

En aktiv brug af en relationel forståelse, giver mulighed for at værdsætte og give plads til både patientens og fysioterapeutens erfaringer og kompetencer herunder også fysioterapeutens metoder og færdigheder. I tillæg til at fysioterapeuten bringer metoder med ind i praksis, bringer både fysioterapeuten og patienten erfaring og mening med ind i rehabiliteringssituationen, og begge skaber samtidig erfaring og mening. Situationen i rehabiliteringsprocessen er således altid ny, samtidig med at den er en del af både fysioterapeutens og patientens historie, forventninger, kvalifikationer, håb og erfaringer. Fysioterapeuten og patientens erfaringer spiller sammen og væves ind i hinanden og er samtidig individuelt situeret og udviklet.

En skade eller et sundhedsproblem vil ud fra denne betragtning kunne fortolkes forskelligt af fysioterapeuten og patienten alt efter sociale normer, tidligere erfaringer, etableret kulturel praksis, forventninger samt personlig og professional erfaring og kompetence.

Når en patient er skadet eller har et sundhedsproblem, så er betydningen og erfaringen for patienten med Merleau Pontys (12) perspektiv, individuel og personlig. Ved at basere praksis på en relationel forståelse gives den kundskab og erfaring, patienten bringer med sig, eller som udvikles i forhandling mellem fysioterapeuten og patienten, betydning. Ved at trække patientens erfaringer ind, kan fysioterapeuten moderere eller forstå sin professionelle kundskab i relation til patientens erfaring uden at undervurdere, at også den professionelle kundskab er væsentlig.

Hvis fysioterapeuten har kompetence til at betragte sit eget perspektiv og forventninger som et selektivt og subjektivt perspektiv på patientens problem, er der grundlag for en åben og reel forhandling om erfaringer, valg, prioriteringer og vurderinger i rehabiliteringsprocessen. Det gælder både for dialoger mellem

fysioterapeut og patient og for de faglige diskussioner, der foregår i fysioterapi mellem kolleger.

En sådan forståelse kan være en øjebåner for at forstå og argumentere for, hvordan patienten og fysioterapeuten kontinuerligt influerer og bliver influeret af hinanden på godt og ondt.

SPÆNDINGSFELTET MELLEM STANDARDER OG UFORUDSIGELIGE ERFARINGER

At vælge sin praksis er ikke et neutralt fænomen, men afspejler den grundforståelse, man arbejder ud fra, bevidst eller ubevidst. Centralt er det derfor at forstå, hvilken grundforståelse man har. Faren er, at standarder ubevidst kan komme i brug, og at fysioterapeuten i sin iver for at måle eller bevise effekten af det, man gør, glemmer at se patienten som et ressourcefyldt og erfaringsdannende menneske og ikke får tillagt den kundskab betydning.

Ved at basere sin praksis på en relationel forståelse vil valg i praksis, prioriteringer og evalueringer og indhold i praksis vælges i dialog med patientens erfaring og kundskab. Ved at fysioterapeuten er opmærksom på, hvorledes tillid og individuelle hensyn og tilpasninger er centrale i rehabiliteringsprocessen, kan disse elementer blive en del af dokumentationen af praksis eller en del af de forskningsspørgsmål, der fremsættes, hvilket er muligt med forskningsdesigns fra f.eks. humanistiske forskningstraditioner (se <http://www.med.uio.no/ish/helsefag/forskning/forsk.hum.html>).

KONKLUSION

Givet den forståelse, vi her har præsenteret, er det evident, at fysioterapeuten kan forhandle mellem patientens erfaring og forståelse og sin egen professionelle erfaring og forståelse.

At forstå fysioterapi som en relationel praksis gør, at metoder i sig selv ikke alene kan tillægges betydning. Metoder må ses i relation til den kontekst, de bruges i, hvordan de legitimeres, og hvordan de udøves mellem patient og fysioterapeut. At patienten får mulighed for at gøre sig sine egne erfaringer og bliver stimuleret til at benytte kundskab fra fysioterapeuten på sit eget liv og situation, og hvordan patienten modtager, responderer på og fortolker fysioterapeutens udøvelse, er fra vort synspunkt centralt.

Hvorledes og om dette sker, og hvad der støtter denne proces er en anden type forskningsspørgsmål, end om metoden vurderes som evidensbaseret ud fra den effekt, som fremkommer ved målinger på for eksempel muskel- eller biomekanikniveau.

I en relationel forståelse er centrale spørgsmål knyttet til at forstå, hvilken betydning mødet med fysioterapi og fysioterapeuten har for patientens læring af bevægelse, for oplevelse af egen skade og sundhedsproblem

og for måde at leve med skaden eller den ændrede situation på.

FYSIOTERAPEUTEN MÅ REFLEKTERE

Vort indlæg peger på, at fysioterapeuten med sin metodeviden og evidensbaserede praksisformer ikke har en privilegeret position til at definere og evaluere patientens funktion. Fysioterapeuten må derimod reflektere over, hvilke normative standarder og forventninger i forhold til bevægelse og funktion, der er i brug inden for hendes eller hans praksis. Videre hvilke konsekvenser disse standarder har i forhold til at inddrage patientens perspektiv og i forhold til de valg, der gøres i praksis.


Standarder er aldrig neutrale, men altid indvævet i professionens, i sociale og i personlige værdier, som måske primært repræsenterer et professionelt mål eller et videnskabeligt perspektiv. Vi er kritiske over for den værdi og vigtighed, disse facts tillægges inden for fysioterapeutisk forskning og praksis. Vi ser det som en stor udfordring for fremtidens fysioterapi at åbne op for og udvide forståelsen af, hvilke perspektiver på sundhed/sygdom og behandling der forstås og accepteres som valide. Videre at stimulere fysioterapeuter til at opvurdere den teoretiske forståelse, som al fysioterapeutisk praksis og forskning til syvende og sidst må hvile på, nemlig mødet mellem patient og fysioterapeut.

REFERENCER

- (1) Engelsrud G. Kjærlighet og bevegelse. Fragmenter til forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse. Helsetjenesteforskning rapport nr 1, 1990.
- (2) Rosberg S. Kropp, varande och mening. Göteborg: Göteborg Universitet. Institutionen för socialt arbete, 2000.
- (3) Råheim M. Forståelse af kroppen som fenomen. kritikk og udfordringer i helsefagenes grunnlagsforståelse. Kunnskap, Kropp og Kultur. ad Notam, 1997.
- (4) Schriver NB. Fysioterapi og læring. Betydning af rettet-hed, relationer, rum og refleksion. Århus: JCVU Forlag, 2003.
- (5) Thornquist E. Conceiving function. An investigation of the epistemological preconditions, conceptualisations and methodologies in physiotherapy. Inst. for Allmen-medicin. Universitetet i Oslo, 1998.
- (6) Øien I. Å bryte inn uten å avbryte. Nordisk Fysioterapi 2004; 8:152-158.
- (7) Steinsvik K. Fysioterapi - praktisk metode og profesjonell balansekunst. 2003. Bodø, Høgskolen i Bodø. Hoved-fagsoppgave i Praktisk Kunnskap. Ref Type: Report
- (8) Ek K. Physiotherapy as communication. Michigan State University. East Lansing M.I, 1990.

- (9) Lund J. chef red.. Den Store Danske Encyklopædi. København: Danmarks Nationalleksikon A/S, 1996.
- (10) Hansen JT. Selvet som rettethed - en teori om noget af dét, der driver og former menneskeliv. 1 ed. Århus: Klim, 2001.
- (11) Moi T. Hva er en kvinne? kropp og kjønn i feministisk teori. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1998.
- (12) Merleau-Ponty.M. Phenomenology of Perception. Lon-don: Routledge and Kegan, 1962.
- (13) Beauvoir Sd. Det annet Kjønn. Oslo: Pax Forlag, 1992.
- (14) Zahavi D. Førsproglig selvbevidtshed. In: Zahavi D, Christensen G, eds. Subjektivitet og videnskab. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag, 2003: 113-143.
- (15) Tønnesvang J. Selvet i pædagogik: Selvpsykologiens bidrag til en moderne dannelsepædagogik. Århus: KLIM, 2002.
- (16) Løvlie A-L. Moralen og forholdet til de andre. In: Bae I, Waastad JE, eds. Erkjennelse og anerkjennelse - perspektiv på relationer. Oslo: Cappelen's Forlag, 1992. ■

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

Stavgang – nu også for unge



ANMELDELSE *Let's go walking. En film om stavgang af Lars Bom. Bom production. Spilletid 85 min www.polar-danmark.dk*

Stavgang ■ "Let's go walking" er en dvd om stavgang som motionsform. Dvd'en er opdelt i en

indledende motiverende film om en børnefamilie, der har valgt stavgang som motionsform samt en instruktionsdel og et interview med en idrætsforsker.

Stavgængernes oplevelse ved stavgang frem for almindelig gang er et højere tempo, en mere rank holdning og veltrænet armmuskulatur. Idrætsforskeren oplyser desuden om et større energiforbrug og en mindre oplevet anstrengelse end under almindelig gang med samme hastighed. Der sættes talværdier på mer-energiforbruget. Vi mener ikke, at den enkelte stavgænger kan anvende dette, da stavgangsteknikken, herunder brugen af arme, har altovervejende indflydelse på træningseffekten. Som vi alle ved fra et blik rundt i gadebilledet, ses en stor variation i teknikken. For at få det bedste udbytte, må det anbefales at lære disciplinen.

Instruktion i stavgang varetages af en dygtig instruktør med INWA (International Nordic Walking Association)-uddannelse. Instruktionen tager udgangspunkt i de typiske fejl omkring teknikken, og man får mange gode informationer, bl.a. progressionsmuligheder. Efter introduktion til teknikken er der en opvarmingsdel og forslag til en række relevante øvelser og til slut udspændingsøvelser. En del øvelser er noget krævende mht. koordinationen, hvorfor de mest henvender sig til fysisk velfungerende. Der vises dog så mange øvelser, at man som seer nærmest forpustes, og afsnittet er desværre meget rodet. Som kommende eller aktiv stavgænger er man nødt til at holde tungen aldeles lige i munden. Instruktionsafsnittet skulle have været underopdelt, så man kunne klikke sig direkte ind på en teknisk del eller øvelse. Det er nødvendigt at se instruktionsdelen flere gange.

Dvd'en bidrager ikke med ny faglig viden om stavgang, som er anvendelig for fysioterapeuter, men den henvender sig særligt til dem, der ikke tidligere har dyrket motion og til dig, der er nysgerrig efter at gå stavgang, men ikke tør indrømme det.

ANMELDT AF FYSIOTERAPEUTERNE
KATRINE NIELSEN OG METTE WESTH

Kliniske undervisere har ventet med længsel

ANMELDELSE *Kompetence i professionsuddannelser
Klinisk vejledning og pædagogisk kompetence i professionsuddannelser. Helle Brøbecher m.fl. Forlaget Munksgaard Danmark. Pris: 268 kr., 272 sider*

Bog ■ Så er den her – en længe ventet bog om klinisk undervisning!

De sundhedsfaglige professionsuddannelser stiller større og mere formelle krav til de personer, der er ansvarlige for de studerendes kliniske uddannelse. Bogen henvender sig således til alle, der har ansvar for uddannelse af studerende i den kliniske praksis. "Ideen er at bogen både skal medvirke til at skabe forståelse af udvalgte teorier og begreber og belyse den betydning, det har at integrere denne forståelse i tilrettelæggelsen af rammer og vilkår for de studerendes læring i forbindelse med klinisk uddannelse". Bogen er redigeret af Helle Brøbecher og Ulla Mulbjerg – henholdsvis sygeplejerske, cand. cur. og fysioterapeut, cand. pæd. Forfatternes sammensætning i øvrigt er tværfaglig inden for sundhed, pædagogik og psykologi.

Indledningsvis præsenteres professionsuddannelsernes vilkår, hvorefter centrale og grundlæggende begreber og teorier inden for klinisk undervisning og vejledning gennemgås. Som læser bliver man let forført og inspireret af bogens indhold og sprogbrug. Den kliniske undervisnings udfordringer og vilkår fremstilles let genkendeligt, og de centrale pædagogiske begreber præsenteres logisk og sammenhængende. Teoriene er tilgængelige og fremmer forståelsen gennem de mange gode illustrative eksempler og modeller.

Modellerne, der i analyseøjemed bevidstgør én omkring kompleksiteten i den kliniske undervisning, øger indsigten. Der skabes et vist overblik – man oplever "orden i kaos". Særligt kapitlerne vedrørende: "Socialisering og dannelse" (kap. 2), "Læring" (kap. 3), "Læringsmiljø, læringsrum og læringsstil" (kap. 4) og "Refleksion" (kap. 5) skal fremhæves som særligt indsigtfulde.

Kompetencebegrebet er et gennemgående og centralt begreb. Hvorfor netop dette ikke er bearbejdet eller nærmere defineret efterlader en vis undren. Dette set i lyset af, at bogen omhandler udvikling af kompetencer – både i forhold til de studerende og den kliniske underviser.

Bogen kan dog varmt anbefales som inspirationsmateriale, analyse redskab og bevidstgørelse både for nytilkomne og erfarne klinisk undervisningsansvarlige samt praktikbærende ledere, der er med til at skabe rammerne for den kliniske undervisning. Desuden anbefales den som obligatorisk litteratur på klinisk vejlederuddannelse og som grundbog for alle kliniske undervisere og vejledere.



ANMELDT AF
FYSIOTERAPEUT, KLINISK UNDERVISER
KAREN FAHRENHOLTZ OG
FYSIOTERAPEUT, FYSIOTERAPILÆRER,
MASTER I SUNDHEDSPÆDAGOGIK
BONNIE LUND

bøger m.m.



blank side til Anja

her starter Jonna's
sider

MARKEDETS BEDSTE KØB

POWER LASER

-et effektivt værktøj i klinikken

FORDELE ved laserterapi:

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

**Afprøv POWER LASER
gratis i 3 uger**

LASERTERAPI

= evidensbaseret fysioterapi

GRATIS KURSUS I LASERTERAPI

*- i samarbejde med fysioterapeut
Jesper Kousted*

30. august 2005 København
20. september 2005 Færøerne
4. oktober 2005 Kolding
11. oktober 2005 Roskilde
8. november 2005 Odense
29. november 2005 Randers
13. december 2005 København

Kurset er inkl. kursusmateriale
og en let anretning.

Alle steder kl. 17.00 - 21.00

Se øvrige kursusdatoer på



HØJ KVALITET

POWER LASER

CE 0543

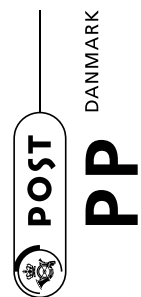
- 500 mW
- 5 terapi-PROGRAMMER
- gedigent DESIGN
- TRÅDLØS
- batteridrevet
- informativ PATIENTFOLDER
- 2 års forbrug inkl. ved køb
- Terapimanual
- SUPPORT
- GRATIS hotline til fysioterapeut
Jesper Kousted 35 36 18 14

www.andi.dk

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



Maskinel Magasinpost
ID NR. 42137

Afsender:
Postbox 7777
7000 Fredericia

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