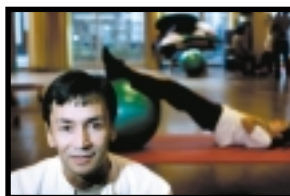


Nr. 1/januar/2003  
85. årgang



**Drømmen om en dansk autorisation**  
Quayamundin Fakri er flygtning fra Afghanistan. Efter et integrationskursus på Hvidovre Hospital tør han igen tro på fremtiden. En fremtid som fysioterapeut i Danmark. Side 24.

# Fysioterapeuten

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



■ **Angsten blev for stor**  
Katja Haugaard Hansen måtte efter et overfald opgive sit arbejde på lukket psykiatrisk afdeling. Tema om vold på arbejdspladsen. Side 4

### Artikler

#### Den lille vold og den store



Der er det voldsomme overfald, og der er den aggressive adfærd, der næsten er en del af hver-

dagen. Fysioterapeuter fortæller om deres oplevelser med voldsomme patienter.

4

#### Tog angsten med hjem

Patienten nikkede en skalle og gav fysioterapeuten et blåt øje, men det var kollegernes manglende opbakning, der gjorde mest ondt.

8

#### Der er aldrig kun én årsag og én løsning

En model til forståelse af volden og redskaber til at forebygge den.

10

#### Forflytning kan skabe aggression

Vold mod hjælpere forekommer tit i forbindelse med forflytninger af for eksempel demente. Men aggressioner og vold kan ofte forebygges.

15

#### Certifikat til praksis

DF's nyeste initiativ på praksisfronten, praksiscertifikatet, sættes i gang nu og bliver gratis for de første 480 praktiserende.

18

#### Drømmen om en dansk autorisation

Tre fysioterapeuter fra Serbien, Irak og Afghanistan er med et kursus på Hvidovre Hospital kommet nærmere drømmen om en dansk autorisation.



22

#### Mærk alderen på egen krop

FOTO: FINN HEIDELBERG/POLFOTO

Knirkende lemmer, sløret syn og problemer med hørelsen - det er ikke altid lige sjovt at blive gammel. Nu kan de unge og veltrænede få en smagsprøve på, hvad der venter forude med en alders-simulator, den såkaldte "Age explorer". Simulatoren ligner mest en motorcykeldragt i læder med eks-

tra seks kg. vægt for at gøre det sværere at bevæge sig. Desuden er dragten forsynet med øreklapper for at nedsætte hørelsen og med visir med gulligt skær for at hæmme udsynet. Der er endvidere handsker med en mindre nål, som giver en prikkende fornemmelse af ledbetændelse, ligesom albue- og knæleddene er afstivet for at gøre det sværere at finde en komfortabel siddestilling.

Det forlyder ikke, om der også er monteret hjul under fødderne for at give en oplevelse af svigtende balance.

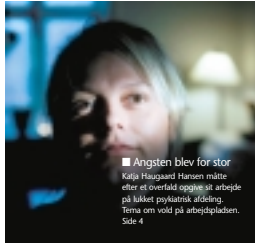
Målet med simulatoren er at gøre yngre mennesker opmærksomme på de ældres problemer og behov. For eksempel i forbindelse med tilgængelighed og design. Opfindelsen er tysk,

og dens bagmænd hævder, at det er den første af sin art. På beskrivelsen lyder det dog som om, der allerede i middelalderen blev opfundet noget lignende (se foto).



#### Det faste

|            |    |
|------------|----|
| Fysnyt     | 6  |
| DFnyt      | 13 |
| Litteratur | 25 |
| Debat      | 27 |



## FORSIDE:

HENRIK FRYDKJÆR

### Udgiver:

Danske Fysioterapeuter  
Nørre Voldgade 90  
1358 København K

Telefon 33 13 82 11  
Redaktionens fax:  
33 13 01 77

### 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- og stillingsannoncer:

Stibo Media  
89 39 88 33  
www.stibomedia.dk  
fysioterapeuten@stibomedia.dk

Kontrolleret oplag 8.949  
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2001 - 30. juni 2002

85. årgang.

Abonnement: 750 kr.

Løssalg: 50 kr. pr. nummer

### Layout, repro og tryk:

Elbo Grafisk A/S

### Redaktionspanel:

Birte Carstensen  
Sine Secher Marcussen  
Lene Løchte  
Susanne Sternberg  
Iben Baadsgaard  
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

## En god arbejdsplads

2003 bliver året, hvor Danske Fysioterapeuter vil sætte fokus på arbejdslivet og den gode arbejdsplads. Det skal være sjovere, mere udviklende og mere motiverende at være fysioterapeut, uanset om man arbejder på et sygehus, i en kommune eller i privat regi. Vi ved fra en række undersøgelser og fra projekt DF-Din Forening, at det bliver det, når fysioterapeuter har god ledelse, gode udviklingsmuligheder på jobbet og medbestemmelse i hverdagen. Derfor bliver det kernerne i en række initiativer, som foreningen sætter i værk i 2003.

Om kort tid udkommer en rapport, som både er et redskab til personlig kompetenceudvikling og et udviklingsredskab for arbejdspladsen. Foreningen planlægger en egentlig kampagne for læring og faglig udvikling på arbejdspladsen. Vi vil blandt andet øge indsatsen, så ledere og mellemledere får bedre mulighed for at skabe lærings- og udviklingsmiljøer, der kan styrke såvel de uformelle som de formelle kompetencer. I kompetencerapporten vil der blandt andet være en model, der giver den enkelte fysioterapeut mulighed for at vurdere, hvilke felter der bør sættes ind på.



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

Et andet tiltag er praksiscertifikatet, der er et tilbud til alle fysioterapeuter i praksissektoren. Certifikatet er bygget op omkring en række moduler, der skal give praktiserende metoder til at udvikle faglige-, administrative- og samarbejdsfærdigheder på klinikkerne. Certifikatet skal både være med til at skabe udvikling på klinikken som arbejdsplads og skabe grobund for den personlige, faglige udvikling.

Et tredje initiativ er rapporten "Faget i forandring". Den handler om de nye organisationsformer og sammenhænge, fysioterapeuter kan indgå i. En rapport som jeg ser frem til at diskutere med medlemmerne, fordi nye holdninger kan blive afgørende for, hvordan arbejdspladsen udvikler sig.

Afgørende for udvikling af faget bliver også den ny specialistordning, som ligger klar inden for det muskuloskeletale og neurofysioterapeutiske område. I 2003 vil de første specialister inden for disse områder utvivlsomt blive anerkendt i deres faggruppe.

Endelig vil jeg nævne Danske Fysioterapeuters Fagfestival, hvor vi til november sætter fokus på fag og profession, og en stor arbejdsmiljøundersøgelse, der skal tage temperaturen på den fysiske og psykiske arbejdsmiljø. Det bliver et travlt, inspirerende og lærerigt år. Et år med arbejdslivet og den gode arbejdsplads i centrum.

Godt nytår.

# Den lille vold og den store

**(CASES)** Der er det voldsomme overfald, og der er den lille hverdagsvold. Selvom fysioterapeuter ikke er den mest udsatte faggruppe, er voldsomme patienter flere steder en del af hverdagen

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

FOTO HENRIK FRYDKJÆR

**indgang** Ansatte i sundhedssektoren har større risiko for at blive udsat for vold end ansatte i politi og militær. I 2000 modtog arbejdstilsynet fra ansatte i politi og militær 123 anmeldelser af arbejdsulykker som følge af vold, men 1.076 anmeldelser fra ansatte på sygehuse, hjemmepleje, dag- og døgninstitutioner. Selvom fysioterapeuter ikke er den mest udsatte gruppe, er episoder med vold således en del af hverdagen på mange af de fysioterapeutiske arbejdspladser. Denne og de følgende artikler handler om vold: Hvornår opstår den, hvad føler den ramte, hvor meget betyder kollegernes reaktion, og hvordan forebygger man volden og det, den fører med sig.

Redaktionens efterlysning på fysio.dk af fysioterapeuter, der har oplevet vold i forbindelse med arbejdet, var ikke mange timer gammel, før beretningerne begyndte at komme.

Beretninger om det voldsomme overfald, der kostede traumer og langvarig sygemelding, om den daglige spyttten og kradsen, og om de negative følelser, der optræder i kølvandet på de voldsomme episoder - angst, vrede og ikke mindst afmagt.

## BILLEDERNE KØRTE RUNDT I HOVEDET

Camilla Vestergaard er 30 år og har det seneste år arbejdet på en lukket, ungdomspsykiatrisk afdeling.

På afdelingen var blandt andre en knap 18 årig stofmisbruger. I sin egenskab af kontaktperson bad hun ham en dag overholde afdelingens rygepolitik.

"Han blev truende og kommanderende, og pludselig uden varsel slog han mig hårdt direkte i ansigtet", fortæller hun.

I første omgang havde Camilla Vestergaard ikke tid til at reagere. Patienten skulle passiviseres og bæltefikseres, og da der manglede personale, måtte hun medvirke til fikseringen, der blev både lang og voldsom.

*Fysioterapeut Katja Haugaard Hansen prøvede efter et overfald at genoptage sit arbejde på lukket psykiatrisk afdeling, men angsten fyldte for meget. "Jeg var blevet for tyndhudet", forklarer hun.*



"Patienten rev hul på min finger og truede både mig og andre på livet".

Camilla Vestergaard oplevede efterfølgende at blive både meget ulykkelig og meget vred. Følelser, hun med det samme fik mulighed for at bearbejde sammen med en psykolog fra et center, som hospitalet har en fast aftale med.

"Jeg følte virkelig, at mine grænser var blevet overtrådt, og at det var et angreb på mig som person. Billederne af det, der var sket, kørte rundt i hovedet på mig 24 timer i døgnet".

Følelserne blev efterhånden afløst af vrede, fortæller Camilla Vestergaard:

"Jeg tænkte 'hvad fanden bilder han sig ind. Han havde ingen ret til at slå på mig - jeg passede bare mit job. Jeg blev hævngherrig og ønskede ham alt det værste".

Hun var sygemeldt i en måned og gik i den periode til krisebehandling hos psykologen.

"Jeg kunne godt gå herhjemme og ikke tænke på det, men så snart jeg overvejede at skulle på arbejde igen, fik jeg kvalme og hovedpine. Det var meget vigtigt for mig ikke at starte på arbejde igen, før jeg var helt klar, og jeg blev bakket meget op i det fra arbejdspladsen".

I dag har Camilla Vestergaard lagt oplevelsen bag sig og har efterfølgende været med til flere bæltefikseringer og følt sig helt tryk ved det. Patienten er blevet kendt skyldig i vold og skal mentobserveres, før der bliver afsagt dom.

## MISTEDE BALANCEN MENTALT

Katja Haugaard Hansen arbejdede på Københavns Kommunehospital.

En aften arbejder hun over, og låser sig ind på den lukkede afdeling for at returnere nogle journaler. En patient kommer ud fra sin stue, og Katja Haugaard Hansen hilser på hende uvidende om, at hun er psykotisk og personforvekslende.

Patienten bliver meget provokeret af, at hendes navn bliver nævnt, og da Katja Haugaard Hansen går foran patienten, sparker denne hende i knæhaserne, så hun er ved at miste balancen.

"Jeg bliver bange, da jeg er ved at miste balancen både kropsligt og mentalt og er lige ved at gøre brug af min alarm. Jeg får med mit kropssprog og det, jeg siger, patienten til at sætte sig, og det gør mig mere rolig, men jeg er stadig vred, bange og meget rystet over hændelsen, men egentlig meget fattet", fortæller Katja Haugaard Hansen, der herefter går hen på kontoret, afleverer journalerne, fortæller om hændelsen og cykler hjem som planlagt.

"Da jeg får lukket døren, og igen er i trygge ram-

mer, kommer reaktionen og chokket. Først går jeg mest op i at undersøge skaden rent fysisk og konstaterer en let hævelse og en dunkende fornemmelse i knæhasen, men senere begynder jeg at græde og ryste og bebrejde mig selv: *Jeg burde have vist bedre. Jeg skulle ikke have sagt hendes navn, men bare sagt 'hej'. Jeg skulle have ladet hende gå før mig, og hvorfor brugte jeg ikke alarmen.* Bagefter bliver jeg vred, men også træt - ligesom efter en eksamen", fortæller Katja Haugaard Hansen.

"Jeg havde ikke lyst til at komme tilbage på arbejde, men følte, jeg var nødt til det for at komme videre".

Katja Haugaard Hansen fortsætter i første omgang på lukket afdeling, hvor hun bliver ekstra beskyttet og støttet af kollegerne.

"Jeg prøvede i halvanden måned, men var nødt til at erkende, at min angst var for stor. Man kan ikke gå på en lukket afdeling og være bange. Hvis man viser svaghed og usikkerhed, bliver det opfanget af patienterne med det samme, og det kan munde ud i endnu et overgreb. Jeg var simpelthen for tyndhudet".

For Katja Haugaard Hansen har det været af stor betydning, at hendes arbejdsplads tog hende og hendes reaktion alvorligt og sørgede for, at hun kunne få bearbejdet sin angst gennem samtaler med en psykolog.

"Jeg vidste, jeg havde brug for at tale med en psykolog for at få hændelsen ud af mit system, men jeg troede, jeg kunne klare mig med et par gange og stoppede derfor. Men efter flere tilfælde, hvor jeg løb op ad trapperne til fjerde sal, fordi jeg var bange for, at der var nogen efter mig, eller vendte mig om efter folk, der gik bag mig, startede jeg i et nyt forløb hos en psykolog. Det blev ikke noget langt forløb, men jeg fik vendt hver en sten og hver en tanke og følelse. Jeg tror, det kunne være blevet meget mere langvarigt, hvis jeg ikke havde fået professionel hjælp og værktøjer til at komme videre", siger Katja Haugaard Hansen, der stadig bliver utryk, når folk går for tæt bag hende, selvom hændelsen ligger 2 ½ år tilbage.

## DEN LILLE DAGLIGE VOLD

Mens der for Camilla Vestergaards og Katja Haugaard Hansens vedkommende var tale om uventede, voldsomme overfald, er Vibeke Sandens oplevelser en fortælling om "den lille hverdagsvold", der må betragtes som en del af jobbet, men som alligevel skal bearbejdes for ikke at komme til at fylde for meget.

Vibeke Sanden arbejder i Nordjyllands Amt, ►

Projekt PARIS (Psykisk Arbejds miljø på arbejdspladser med RI-Siko for vold) administreres blandt andet en pulje til voldsforebyggende udviklingsprojekter. Ansøgningsskema kan findes på <http://www.vold-som-udtryksform.dk/paris> Ansøgningsfrist er den 15. februar 2003.

fakta

## Træning af ældre

(PH.D) ■ Fysioterapeut Nina Beyer forsvarer sin ph.d.-afhandling "Physical training reduces risk factors for disability and falls in elderly women", fredag den 31. januar kl. 14 i Sygeplejeskolens auditorium på Bispebjerg Hospital, indgang 50, Tuborgvej 235, København. Alle interesserede er velkomne.

## Træning hjælper på nakkesmerter

(AFHANDLING) ■ Fysioterapeut Kerstin Waling har i forbindelse med den svenske doktorgrad undersøgt effekten af langvarig kontinuerlig træning på arbejdsrelateret nakke- og skuldersmerter. 103 kvinder med arbejdsrelateret nakke-skulderbesvær trænede tre gange om ugen i ti uger. De var delt i tre grupper. En gruppe trænede styrke og udholdenhed med armcykel og elastikker. En anden gruppe fik kropsbevidsthedstræning, mens kontrolgruppen lærte stressehåndtering to gange om ugen. De kvinder, der trænede styrke og udholdenhed blev hurtigere smertefrie end de øvrige, men alle oplevede reduktion i smerterne efter 10 uger. Smerterne hos de kvinder, der lærte stresshåndtering, var sværest at påvirke. Ved treårs opfølgningen havde 49 procent stadig smerter, og der var ingen forskel i de tre grupper. Kerstin Waling konkluderer, at man skal træne kontinuerligt for at beholde effekten af træningen, mens det er af mindre betydning, hvilken træningsform man benytter. Læs interview med Kerstin Waling i Sjukgymnasten nr. 11/2002.

## Udbrændte fysioterapeuter

(ARBEJDSMILJØ) ■ De svenske fysioterapeuter er glade for deres job. Alligevel er der i dag flere fysioterapeuter, der er udbrændte, end tidligere. Det viser en undersøgelse, som det svenske forbund satte i gang i 1999. Marianne Ahlberg, der har stået for undersøgelsen, siger til Sjukgymnasten at hun er bekymret over, hvor mange fysioterapeuter der føler sig trætte og har tendens til udbrændthed. 640 af de 800 fysioterapeuter, der var med i undersøgelsen, havde øget risiko for følelsesmæssig udmattelse, dvs. udbrændthed. Der er ingen forskel i forekomsten af symptomerne, hvis man sammenligner by og land eller ansættelsesforhold. De ældre fysioterapeuter er dog mere udbrændte end de yngre. Marianne Ahlberg frygter, at der er flere udbrændte fysioterapeuter i dag end for et år siden, hvor hun undersøgte problemet. Læs hele rapporten på [www.lsr.se](http://www.lsr.se) under kongresshandlingar.

► blandt andet på fire specialskoler med autistiske og grænsepsykotiske børn. Hun har flere gange oplevet både at blive sparket i skridtet, revet i håret og spyttet på af et autistisk barn.

"Barnet er impulsstyret og angriber omgivelserne mange, mange gange om dagen. Man ved aldrig, hvad der udløser det, og det er det, der er så grænseoverskridende", forklarer hun.

"Vi kan ikke smide børn ud af skolen, og barnet har behov for fysioterapi – altså må jeg leve med det. Det er jo mig, der er størst, så jeg bliver ikke bange, men jeg bliver gal og råber op".

Det, der især er ubehageligt, er at blive konfronteret med sin egen lyst til at slå igen, fortæller Vibeke Sanden.

"Jeg bliver simpelthen så gal, at jeg har lyst til at tæske ham, og sådan en primitiv side er ikke rar at opdage hos sig selv. Lærerne og pædagogerne oplever jo præcis det samme og er dødfrustrerede, så det er vigtigt, at der er åbenhed om det, at der er forståelse for reaktionerne, og at man har et sted at sige sgu og fanden".

Vibeke Sanden tilføjer, at fysioterapeuter trods alt har lettere ved kontakten til de voldsomme børn, end flere af kollegerne i det tværfaglige team.

"Normalt kan de jo lide det, vi laver med dem, og synes det er sjovt", forklarer hun.

## TAG ANSVARET FOR RELATIONEN

Overfysioterapeut Susanne Sternberg har arbejdet inden for psykiatrien i 22 år, men har kun været udsat for vold en enkelt gang – i forbindelse med behandlingen af en dreng med autisme.

"Jeg havde glemt at udstyre behandlingsrummet med den vante store Bobathbold, hvilket fik hans verden til at bryde sammen. Da han skal have sko på, som plejer at være et hyggeligt ritual, hvor han sidder på skødet af mig og samtidig får kropsafgrænsende tryk, prøver han at nikke en skalle. Det bliver afværget, og han får en klar og konkret besked om, at det må han ikke, hvorefter han bider mig i overarmen".

"Det gjorde faktisk ondt, så jeg blev både forskrækket og vred. Min vrede kunne jeg ikke vise over for barnet, men måtte bevare roen og være velstruktureret og forudsigelig og prøve at sprogliggøre hans reaktion" fortæller Susanne Sternberg.

"Jeg holder ham tæt ind til mig og fortæller, at jeg tror han er bange og at jeg også synes, det har været en dum behandling, men at jeg ikke vil acceptere at blive bidt. Herefter følges vi hånd i hånd op til afdelingen, hvor jeg, mens drengen

overværer det, fortæller om episoden, og hvad jeg tror, der ligger til grund for den, til hans kontaktsygeplejerske. Drengen står helt stille ved siden af mig - og vi står stadig hånd i hånd. Da jeg vil sige farvel insisterer han på, at jeg skal sætte mig ned, hvor jeg så får et knus".

For Susanne Sternberg kom episoden til at betyde, at hun blev mere omhyggelig med at have de fysiske rammer forberedt til behandlingerne.

"Jeg tænker ofte på, hvor vigtigt det er som behandler at tage ansvar for relationen og kontakten. Jeg betragter ikke vold som vold, men prøver at forstå en voldelig eller tilspidset situation som udtryk for, at relationen har været grænseoverskridende på en eller anden måde".

Susanne Stenberg tilføjer, at det ikke må fremstå, som om de fysiske rammer var altafgørende for episoden.

"Det handler om at forholde sig til og forstå drengens reaktioner i et emotionelt perspektiv, dels ud fra egne dels ud fra drengens forudsætninger. Det er almene spilleregler for god kommunikation og for, at en reaktion kan blive bæredygtig", siger hun. ■

Mange arbejdspladser har en "voldspolitik" eller en politik til forebyggelse af vold, blandt andet Revacentret i København.

Følgende retningslinjer for psykisk førstehjælp er hentet fra Revacentrets politik, der kan findes i sin fulde længde på [fysio.dk/nyheder/artikelbilag](http://fysio.dk/nyheder/artikelbilag)

#### Psykisk førstehjælp

- Lad ikke den voldsramte være alene
- Skab ro og tryghed – vis, at du er der, uden at være omklamrende
- Lad den voldsramte fortælle, hvad der er sket (igen og igen) – og LYT
- Undgå at bagatellisere (eller intellektualisere)
- Undgå at kritisere den voldsramtes handlinger
- Hjælp eventuelt med at kontakte familie og pårørende
- Følg eventuelt den voldsramte hjem
- Sørg for, at den voldsramte ikke er alene det første døgn

**Mini Crosser®**  
STÆRK STABIL SIKKER

#### STÅ-LET-LÆNESTOL >>>

Personlig frihed til om du vil sidde, ligge eller op at stå.



#### <<< MINI CROSSER "JAZZY"

Centerdrevet.  
Fuld affjedring.  
Kan klare kantsten op til 10 cm.  
Kan tilpasses for individuelt behov.

Stort sortiment af CE-mærket standardtilbehør til alle modeller, som kan tilpasses den enkeltes behov.

## MINI CROSSER "T-MODELLEN"

Den nye T-MODEL forener unikke brugsegenskaber med et smukt design. 3- eller 4-hjulet.

Specielt udviklet til helårsbrug i det danske klima.

#### MC•SCOOP >>>

En nem og skånsom måde at befordre personer på. Lad "Scoop" gøre arbejdet!



## MINI CROSSER A/S

Afdelinger: Jylland · Fyn · Sjælland · Telefon 70 10 17 55 · E-mail: [info@minicrosser.com](mailto:info@minicrosser.com) · [www.minicrosser.dk](http://www.minicrosser.dk)

ISO 9001 kvalitetsgodkendt!



# Tog angsten med hjem

**(INTERVIEW)** Patienten nikkede en skalle og gav fysioterapeuten et blått øje, men det var kollegernes manglende opbakning, der gjorde mest ondt

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER  
FOTO MIKE KOLLÖFFEL

Bare se at komme op på hesten igen! Det var den holdning, Lotte mødte hos leder og kolleger, da hun for snart tre år siden blev overfaldet af en patient.

Lotte arbejder som fysioterapeut, tilknyttet plejeboligerne på et lokalcenter. De fleste af hendes patienter var ældre, fredsommelige beboere, men der boede også en svært hjerneskadet, 54-årig mand. Personalet kendte ham som aggressiv og råbende og vidste, at det var fornuftigt at liste af, hvis der blev råbt "skrid kælling!", men den dag kom der ikke noget varsel.

"Jeg ville hjælpe ham op at stå og nåede kun lige at se, at han blev gal, da han nikkede mig en skalle. Jeg faldt bagover ind i en reol og ned på gulvet".

Lotte gik ud i personalestuen, hvor hun med en fornemmelse af at skulle kaste op sad med hovedet mellem benene.

"Der kom en kollega og spurgte, hvad der var i vejen. Jeg sagde, jeg var blevet overfaldet, og hun spurgte, om jeg ville have et glas vand, gav mig det – og gik igen".

Efter at have sundet sig et kvarters tid gik Lotte til sin leder og bad om lov til at tage hjem. Det fik hun, i egen bil og alene. Efter én dags sygemel-

ding var hun på arbejde igen med et blått øje og hovedpine.

## TAG DIG SAMMEN

Lotte bad om at blive fritaget for at skulle træne med sin overfaldsmand igen, men da hun var eneste fysioterapeut tilknyttet plejeboligerne, fik hun besked på, at det ikke kunne lade sig gøre.

"Holdningen var, at jeg bare skulle tage mig sammen. De andre sagde, at der også indimellem var nogle, der var slemme over for dem, men at man skulle lade være med at tage det så tungt. Jeg havde det virkelig skidt med deres manglende omsorg – at der aldrig var én, der sagde 'jeg forstår godt, hvordan du har det'. Den store tavshed omkring det gjorde, at jeg fik det værre".

Lotte blev ikke mindre bange som dagene gik, tværtimod voksende angsten.

"Det var tydeligt, at han kunne føle min angst. Han var ikke mere hjerneskadet, end at han kunne aflæse mit kropssprog. Jeg prøvede at lade som ingenting, men jeg er sikker på, at det for ham har virket, som om jeg nærmest kom kravlende ind, og han pustede sig op med det samme. Angsten kom, bare jeg skulle forbi hans dør; jeg kunne slet ikke have, at han var der".

Som angsten voksede, begyndte Lotte også at tage den med hjem. Hun var bange for at være alene hjemme, holdt op med at spise, græd ofte,

men ville hverken trøstes af sin mand eller sin syv-årige søn – de måtte ikke komme for tæt på.

”Jeg slæbte mig på arbejde og hjem igen, men hjemme kunne jeg ingenting. Lå bare på sofaen som en zombie, men var dengang ikke selv klar over, hvor langt jeg var kommet ud”.

Efter et år sygemeldte Lotte sig i tre uger og havde derefter sommerferie. I den periode fik hun det bedre, men dagen før, hun skulle tilbage på arbejde, gik det galt igen.

”Så slog min mand i bordet. Han sagde, at hvis ikke jeg gik til min leder og bad om at få noget hjælp fra en psykolog, ville familien bryde sammen”.

Det virkede. Selvom lederen lod til at synes, at det var temmelig lang tid siden, overfaldet var sket, undersøgte hun alligevel mulighederne for psykologhjælp. Det viste sig, at de var lige ved hånden, idet kommunen havde en fast aftale med et konsulentfirma, og en time efter blev Lotte kaldt over på kontoret, hvor en psykolog ventede i telefonen.

”Da psykologen hørte, at jeg ikke havde spist i tre måneder og tabt 15-20 kg, spurgte han, hvad jeg skulle lave næste dag. Jeg svarede, at jeg skulle på arbejde, men han sagde ’nej, du skal ned til os’”.

Forløbet hos psykologen blev langt – unødigt langt, mener Lotte.

”De forstod slet ikke, at jeg ikke bare var blevet sendt af sted til dem med det samme – det var det, de var der for, sagde de. Var jeg kommet hurtigt, kunne det være blevet taget i opstarten”.

## KOLLEGERNE SVIGTEDE

Det var især bitterheden over for kollegerne, der var svær at slås med, og den blev ikke mindre, da Lotte oplevede deres reaktion på, at hun nu var begyndt i psykologbehandling.

”En af sygeplejerskerne sagde, ’det var da på tide’. Hvis det var så tydeligt, hvorfor havde de så ikke sagt det noget før? De har i hvert fald ikke gjort mig nogen tjeneste ved at holde deres mund. Det er lettere for mig at tilgive ham, der slog mig - han vidste ikke bedre”.

Lottes mand arbejder som buschauffør, og hun oplevede, da han havde påkørt et barn, hvordan hans arbejdsplads med det samme var parat med krisehjælp, selvom barnet ikke var kommet alvor-

ligt til skade. Lottes mand fik øjeblikkeligt tilbudt psykologhjælp, hvilket han i første omgang dog afslog. Han fik besked på, at han ikke måtte tage hjem, hvis ikke der var nogen hjemme, og en kollega kørte ham hjem. Arbejdspladsen gav besked om, at psykologen var parat, hvis han alligevel fik brug for hjælpen, hvilket han gjorde næste morgen. Og efter en uge havde han det fint igen.

”Hvis det var gået sådan for mig, ville jeg trods alt kun have haft de fysiske mén”, mener Lotte, som de sidste otte måneder har været arbejdsløs, men nu er sygemeldt på grund af en dårlig skulder.

Hendes stilling på lokalcentret blev nedlagt i forbindelse med en sparerunde, men hun sidder selv med en fornemmelse af, at det måske ikke var sket, hvis hun ikke havde været så besværlig.

”Jeg begyndte at stille krav, da jeg fik det bedre. Om supervision og om regler for, hvordan vi skulle omgås voldsomme beboere”.

## SVÆRT AT FÅ JOB

Overfaldet har fysisk kostet Lotte en skade på synsnerven og en migrænelignende hovedpine, som Arbejdsskadestyrelsen foreløbig har takseret til en méngrad på 8-10 procent. Skaden skal vurderes igen senere, når den bliver mere stationær. Vurderer kommunen, at der er grundlag for revalidering, skal Arbejdsskadestyrelsen tage stilling til, om der er tab af erhvervsevne.

”Det er, som om det aldrig slutter. Det er 3½ år siden, det skete, men sagen behandles stadig”, siger Lotte, der dog har opnået en mindre arbejdsskadeerstatning.

”Det er ikke nogen kæmpe erstatning, jeg har fået ud af det, men det betyder noget, at jeg har fået en anerkendelse af, at der den dag skete noget, der vil påvirke mig resten af livet”.

Lotte føler sig ovenpå nu, men mangler det sidste punktum: et nyt job. Hun har været til flere samtaler, men et job er der ikke kommet ud af det endnu.

”Min sagsmappe ligger jo hos kommunen, så når jeg har søgt en kommunal stilling, har jeg tænkt, at jeg jo lige så godt kan fortælle det selv, men det er, som om arbejdsgiverne bakker, når jeg fortæller om overfaldet og følgerne af det”.

*Lottes efternavn er redaktionen bekendt.* ■

Vold er en måde at kommunikere på og der kan være forskellige udløsende faktorer. I artiklen gives en model til forståelse af volden og dermed redskaber til at forebygge den.

# Der er aldrig kun én årsag og én løsning



**(FOREBYGGELSE)** Artiklen præsenterer Helhedsmodellen til forståelse af aggression og vold mellem klienter og professionelle

AF ARBEJDS- OG ORGANISATIONSPSYKOLOG MICHAEL MUNCH-HANSEN, ÅRHUS KOMMUNES BST

ILLUSTRATION GITTE SKOV

Vold er noget, der foregår i et samspil mellem mennesker. Den ene gør noget, der opleves krænkende af den anden. I nogle situationer ved krænkeren godt, at den anden oplever det som vold (det er til tider endda hensigten), i andre situationer er krænkeren ikke bevidst om, hvad handlingerne betyder for den anden. Men i begge tilfælde er der tale om vold. Det er nemlig offerets *oplevelse* af en krænkelse, der er afgørende for, om der er tale om vold eller ej.

Vold kan både skyldes fysiske krænkelse (overlast i form af overgreb, slag, spark, krads, bid) og psykiske krænkelse (kraftudtryk, trusler om vold, chikanerier, psykisk terror).

Også seksuelle krænkelse kan betegnes som vold, da de kan opleves som fysisk eller psykisk grænseoverskridende og krænkende.

Grænsen mellem vold og ikke-vold sættes derfor i udgangspunktet for den enkelte. Dette gør det på samme tid besværligt og givtigt på en arbejdsplads at finde ud af, hvilke handlinger man vil acceptere, og hvilke der er uacceptable. Denne afklaring kræver både drøftelse blandt medarbejderne, klare politikker og en god og klar ledelse. I dette arbejde er man hjulpet af straffeloven (hvad der er ulovligt, bør ikke accepteres på en arbejdsplads) samt af politikker, der er godkendt højere oppe i organisationen. Der er eksempelvis mange kommuner, der har centrale voldspolitikker, som de lokale arbejdssteder kan læne sig op ad i deres egen formulering af politik.

### VOLD ER EN HJÆLP TIL OVERLEVELSE

For at forstå aggressionens og voldens natur må man kende til det grundlæggende forhold: *aggression og vold er en hjælp til vores overlevelse.*

Dette er et almenmenneskeligt forhold. Sådan er vi skabt som mennesker. Det kan være lettest at forstå, hvis vi tænker på mennesket som et dyr. Vi skal kunne forsvare os mod fjender og farer. Derfor bliver vi aggressive i truede situationer. Uden aggression vil vi ikke kunne overleve.

Vi har brug for en række ting for at overleve, primært føde og ufarlige rammer. Derfor bliver vi aggressive, når vi skal have fat på føden eller undgå at andre stjæler den fra os. I det moderne samfund er det let at få føden, man kan jo bare åbne køleskabet. Men de kropslige reaktioner er skabt til en anden livsform for tusinder af år siden og forandrer sig ikke lige med det samme.

Derfor oplever mange, at de bliver småsure og irritable, når de er godt sultne. Surheden er den „aggressive energi“, der kan give dem de ekstra kræfter, der skal til for at fange et dyr.

Aggressionens hjælp til kampen for overlevelse gælder også på det mentale og identitetsmæssige plan, eksempelvis at bevare sin værdighed, selvbillede, retfærdighed, oplevelse af handlekraft mm.

Aggressionen benytter sig af kroppens stressforsvar, som betegnes som kamp-flugt beredskab.

Forsimplet kan volden deles op i to hovedtyper:  
Vold kan være en hjælp til, at *opnå det man ønsker eller har brug for.*

Vold kan være en hjælp til, at *undgå det man ikke kan lide eller er truet af.*

Det er derfor, at der i praksis opstår en del vold omkring afslag og krav. Kravet kræver noget af den anden, som han ikke kan lide, og afslaget afskærer ham fra noget, han ønsker.

Der er forskellige aggressionsmønstre. I den samme situation kan nogle blive indadvendte, deprimerede, bitre på livet, mens andre bliver aggressive og udadreagerende. Nogle er indadvendte i lang tid, men „eksploderer“ pludseligt og uventet på en udadreagerende måde.

Ordene aggression og vold bliver af nemheds grunde nævnt „med løs hånd“ i denne artikel. Der er dog forskel på aggression og vold. Forenklet kan man sige, at aggression er det, man „mærker indefra“, og vold er det, der „slipper ud“, forudsat at andre oplever det som krænkende.

### VOLD KAN VÆRE EN REAKTION PÅ TAB

Vold kan være en reaktion på forskellige former for tab. Det kan være frustrerende at opleve tab af ►





- funktioner; at man ikke længere kan de ting, man kunne før. Det gælder både de fysiske kropslige funktionstab (eksempelvis ikke længere selv at kunne klare toiletbesøg), de mentale (ikke at kunne huske så godt længere) og de identitetsmæssige (tab af værdighed, at blive tilovers, at være glemt).

Tabet af kontrol er helt centralt i denne forbindelse. Det kan opleves ubehageligt, utrygt og frustrerende. Det kan være kontrol over kropsfunktioner, over situationen og over sit liv.

Også tabet af kommunikationsevnen kan være meget frustrerende. Det er ubehageligt ikke at blive forstået, hvad enten det skyldes et kommunikationshandicap (stumme, døve, afatikere) eller sproglige problemer (grundet nationalitets- og kulturforskelle, eller barnet, der bliver sur over ikke at blive forstået).

Man bruger ofte vendingen "vold som udtryksform". Når klienten tager voldelige eller krænkende midler i brug, kan det være en måde at gøre

opmærksom på sine følelser og behov. Brugeren kan måske ikke udtrykke sig på anden måde.

Ofte er de voldelige handlinger ikke kommunikativt ment, men mere automatiske udadreagerende reflekser, en slags "overlevelsesmæssige nødvendigheder".

Men selv her vil det være relevant, hvis den professionelle part ser det som et *signal* på at noget er galt, noget man kan arbejde på at ændre.

## VOLD KAN VÆRE ET FORSVAR

I det danske sprog kan "vold" betyde noget helt andet end udadrettede aggressioner, der opleves krænkende. Vold: En lang mur eller cementbeklædt jordforhøjning til beskyttelse af et område.

Selvom denne udgave af ordet har en helt anden oprindelse, kan det bruges til at illustrere en lille pointe. En „Voldsmand“ bliver „en mand, der har en vold“, som forsvarer ham mod en udefrakommende trussel. Eller sagt med andre ord: En voldsmand kan være et offer, der oplever krænkelse og derfor forsøger at forsvare sig! Denne pointe er vigtig, når man som professionel skal arbejde forebyggende på vold. Hvad er det, voldsmanden beskytter, hvor er det, han føler sig truet? Kan vi gøre ting på andre måder, så han ikke føler det som en trussel, og dermed ikke har behov for at beskytte sig?

Man må også som professionel kunne se situationen udefra og vurdere, om man selv udøver krænkelse.

Mange voldssituationer har en forunderlig symmetri imellem parterne. Begge føler sig som offer og den anden som skurk. Når "voldsmanden" laver krænkelse, kan det skyldes, at han selv er blevet krænkelse. Det, der sker i offeret efter slaget (eksempelvis oplevelse af grænseoverskridelse, ydmyghed, tab af kontrol), er ofte til stede i voldsmanden før slaget.

## HELHEDSMODELLEN

Der er således en lang række grunde til, at mennesker kan blive aggressive og voldelige. Der findes ligeledes en lang række teorier og metoder til at forstå og forebygge volden. Forskellige fagfolk har hvert deres fokus, forskellige teorier, forskellige værktøjer og hver deres baggrundsforståelse, fokus og indgangsvinkel. Nogle er medicinske, nogle er social-politiske. Nogle er psykologiske med individet i fokus, nogle er psykologiske med samspillet i fokus osv.

Ønsker man som professionel (eksempelvis fysioterapeut) at arbejde med emnet, kan man hurtigt hente sig en mængde mængde relevant litte-





**NYHED!**

**MouseTrapper** ELECTRONIC®



Ny styre- og papertechnik med rullebånd

MouseTrapper Electronic har en gennemtænkt ergonomisk udformning som giver god beskyttelse mod nedslidningsskader som musearm, myoser og kontormakke. Du arbejder enklere og hurtigere med det nye unikke rullebånd.

Få yderligere information på [www.mousetrapper.dk](http://www.mousetrapper.dk)

**TestLab-System A/S**

Tlf 46 74 05 05 Fax 46 74 05 10 [www.testlab.dk](http://www.testlab.dk)

ratur. Der findes en lang række bøger, videoer, hjemmesider, pjecer og publikationer rettet mod forskellige brancher. Desværre mangler de ofte en systematik. Der er ofte tale om en lang usystematisk opremsning af pointer.

I min ansættelse som arbejds- og organisationspsykolog i Århus Kommunes BST har jeg i samarbejde med min kollega, ergoterapeut Marian Popp udviklet en Helhedsmodel. Den er udviklet som et forsøg på at skabe en grundforståelse, der kan placere alle de forskellige årsager til vold og alle de forskellige teorier og værktøjer, vi alle bliver tilbudt som forståelses- og forebyggelses-hjælp.

Helhedsmodellen blev udviklet til brug i "Inspirationsmappe til konflikthåndtering og voldsforebyggelse" som blev udviklet på bestilling af (og i konstruktivt samarbejde med) Afdelingen for Sundhed og Omsorg (ældreområdet) i Århus Kommune.

Vores ønske til modellen er, at den kan tilbyde en ramme, hvori de mange andre metoder, teorier mm. kan relateres. Vi har også ønsket at skabe et undervisningsværktøj og et værktøj til personlig refleksion.

Modellen hedder Helhedsmodellen eller Relationen, Rygsækken, Rammen. Den antager, jævnfør overskriften på denne artikel, at der aldrig kun findes én årsag og én løsning på voldsproblematikker. Der vil altid være en mængde betydende forhold i *både* Relationen, Rygsækken og Rammen.

## RELATIONEN

Den voldelige handling sker imellem mindst to mennesker, altså i en Relation.

Det er i relationen, vi finder samspillet mellem parterne, „kemien“. Den verbale og nonverbale kommunikation er central. At der sendes modstridende og dobbelttydige signaler gennem de forskellige kommunikationskanaler er en "klassiker" inden for voldsområdet.

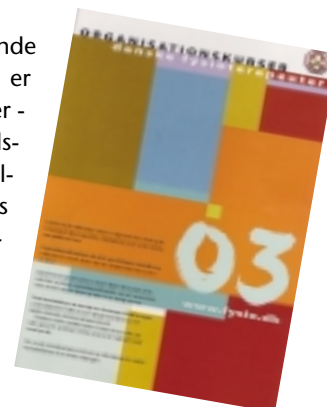
Hvis der foregår berøring i relationen, er denne ligeledes vigtig, hvad enten den er professionel og teknisk (eksempelvis en forflytningsteknik) eller den er led i en almindelig social kontakt og kommunikationsform. Det skyldes i udgangspunktet en overskridelse af intimzonen, ligesom en kropslig manipulation er forbundet med manglende styring og kontrol.

Hele konfliktområdet (konfliktløsning, konflikt-håndtering, konfliktskyhed) ligger i Relationen.

Der findes en lang række værktøjer i Relationen og en lang række kommunikationsteorier, modeller og teknikker, der kan skabe klarhed og refleksion. ►

## Organisationskurser 2003

**(KURSER)** ■ Kataloget vedrørende organisationsuddannelsen 2003 er sendt ud til relevante målgrupper - tillidsrepræsentanter, sikkerhedsgrupperne, ledere, kredsbestyrelsesmedlemmer, praktiserendes kontaktpersoner og samarbejdsudvalgsmedlemmer.



Der er tilbud målrettet til de specifikke grupper, men derudover er der både kurser, læringsforløb og temadage, der henvender sig til grupperne på tværs (se bagsiden af kataloget).

I kataloget er gamle kendinge blandet med nye spændende tilbud:

Succesen „Personlig Planlægning“ er blevet en fast del af udbuddet.

Vi gentager det givende kursus i forhandlingstræning.

Vi starter et nyt hold op i læringsforløb om indflydelse og synliggørelse.

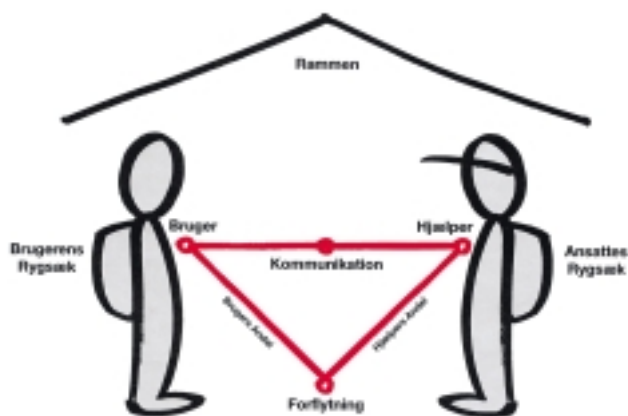
Blandt temadagene er der nogle virkelige nyheder:

- Sundhedsøkonomi (en om den offentlige og en om den private sektor)
- Når kommunikationen slår knuder
- KTO's rammeaftaler

- og så en gammel kending: Kompetenceudvikling.

Kataloget er kun en kort oversigt over alle tilbudene. Hvis du vil vide mere (hvem underviser, mere om indholdet, tilmeldingsfrist e.l.), skal du kigge efter i fagbladet og i eventuelle nyhedsbreve.

Desuden er alle oplysningerne tilgængelige på [www.fysio.dk/foreningen](http://www.fysio.dk/foreningen). Her vil det også være muligt at tilmelde sig de enkelte kurser/temadage og modtage en specifik bekræftelse på tilmeldingen.



En forflytning foregår i en ramme, som både hjælper og bruger definerer. I situationen indgår bl.a. den "rygsæk" af viden og erfaringer, begge parter medbringer.  
„Helhedsmodellen, Relationen, Rygsækken, Rammen“ er udviklet af Michael Munch-Hansen og Marian Popp, Århus Kommunes BST.

## RAMMEN

Når personer mødes i en Relation med hver deres Rygsæk, så sker det i en kontekst. Den kaldes i helhedsmodellen for Rammen.

Rammen betegner dels den "tilstedeværende" konkret fysiske kontekst (lokalemæssige forhold, byggestil, lokalernes egnethed til de aktuelle aktiviteter, farver, indeklima, tidspunkt, andre personer, overvågnings- og alarmkalde-systemer, flugtveje mm.) dels den "bagvedliggende" kontekst (klientens pårørende, nærområdet, arbejdsstedets normer, værdier, menneskesyn, kultur og ledelse, personalenormering, kollegiale forhold, organisering af arbejdet mm.).

Der findes også en lang række Ramme-værktøjer. Eksempelvis egnet organisering af arbejdet og indretning af de fysiske rammer, hjælp til analyse af situationerne, arbejdsmiljøværktøjer som APV og arbejdsskadeanmeldelser, værdi-afklaringsværktøjer, støtte til arbejdsgruppens faglighed og refleksion som undervisning og supervision. Det overordnede Ramme-værktøj er voldspolitikker.

## ALDRIG KUN EN ÅRSAG OG EN LØSNING

Pointen med Helhedsmodellen er ikke, at en årsagsfaktor skal kunne placeres ét og kun ét sted. Det kan være lidt efter "smag og behag", og alt efter hvilke dimensioner man betoner. Eksempelvis er intimzoner på samme tid noget i klientens Rygsæk, og noget der har betydning i Relationen til den professionelle.

Enhver situation besidder træk i alle de fire områder. Helhedsmodellen er bevidst lavet, for at man kan se sig selv udefra (refleksions-model), og for at man bliver inspireret til at bryde sin vanetænkning (søge-model). Mange personer og personalegrupper har ofte deres vaneforestillinger som til tider kan køre i samme rille. De typiske forklaringer er eksempelvis, at "hun slår, fordi hun er dement" (klientens Rygsæk) eller "det må være noget med mit kropssprog" (Relationen).

Hvis man bruger Helhedsmodellen til undersøgelsen af en situation (den kan hurtigt tegnes op på en serviet i kantinen), bliver det uundgåeligt, at man må lede efter andre forhold i eksempelvis Rammen og den professionelle Rygsæk. Når folk selv mener, at de har prøvet *alt* for at forbedre en situation, kan det være inden for en begrænset logik og synsfelt.

Og når det handler om aggression og vold, er der brug for en mangfoldig logik og "de tusinde øjnes synsfelt". ■

- Der findes en lang række kropslige indgange til kommunikation og samspil.

Nogle værktøjer retter sig mod tiden *før* en episode, dvs. med en forebyggende hensigt. Nogle værktøjer retter sig mere mod tiden *under* en episode, eksempelvis konflikthåndtering, selvbeskyttelse. Nogle værktøjer retter sig mere mod tiden *efter* en episode, eksempelvis efterfølgende pædagogisk arbejde, krisebehandling.

## RYGSÆKKEN

Vil man forstå og forebygge en situation, må man ud over Relationen, også forholde sig til de ting, som parterne hver især bringer med sig ind i situationen. Det betegner vi Rygsækken.

I Rygsækken finder vi dels forhold, som er generelle og varige for den enkelte person (biologisk konstitution, funktionstab, sygdomme, hjerneskader, misbrugsproblematikker, normer, kultur, tidligere oplevelser, vaner, rutiner, traumer, opdragelse, personlighed, personlig aggressionsstil mm.) og forhold som hører personen til i den konkrete situation (basale behov, sult, tørst, uforløst seksualitet, stress, udkørthed, smerter, fantasier, hvilken overlevelseskamp kæmper personen for tiden mm.).

Som det ses på figuren, har både klientparten og den professionelle en Rygsæk. Langt hen ad vejen kan de beskrives ud fra de samme forhold og teorier. Men herudover bærer den professionelle part også andre ting i Rygsækken, såsom udannelse, erfaring, professionalisme, evne til at kende sig selv i voldelige situationer, at sætte grænser og passe på sig selv.

Der knytter sig en lang række værktøjer til Rygsækken. Dels faglig indsigt i klientpartens Rygsæks-forhold ovenfor, og hvorledes man bedst kan håndtere dem. Dels en række værktøjer, der relaterer sig til den professionelle egen Rygsæk.

**fakta** Inspirationsmappe til Konflikthåndtering/Voldsforebyggelse er et ringbind på 240 sider. Den sproglige stil i mappen svarer til stilen i denne artikel, dog indgår der i mappen en lang række praksis-eksempler fra dagligdagen inden for ældreområdet. Den indeholder kapitler med baggrundsforståelse samt en lang række handlingsrettede forebyggende værktøjer. Derudover er der 40 sider om kriser og krisehjælp inkl. værktøjer. Mappen koster kr. 400 og kan bestilles ved henvendelse til Vibeke Kaae, Afdelingen for Sundhed og Omsorg, telefon 8940 6593, e-mail: vik@mag3.aarhus.dk

# Forflytning kan skabe aggression

**(INTERVIEW)** Vold mod hjælperen forekommer tit i forbindelse med forflytninger af for eksempel demente. Men aggressioner og vold kan ofte forebygges. Indsigt og tværfagligt samarbejde er nogle af nøgleordene, mener ergoterapeut Marian Popp fra Århus Kommunes BST

AF JOURNALIST IB SALOMON

FOTO FLEMMING JEPPESEN/FOKUS

Ane Jensen er dement og bor på plejehjem. Hver morgen bliver hun hjulpet ud af sengen og ud på badeværelset. Let går det ikke, for tit bliver hun aggressiv og skubber til hjælperen. Efter kampen på badeværelset er det tid til morgenmad. Plus smertestillende piller.

"I hendes tilfælde viste løsningen sig at være at bytte om på rækkefølgen. Hun havde jo ondt hver morgen, så bare ved at give hende morgenmad og smertestillende piller, inden hun kom på badeværelset, undgik plejehjemmet konflikten", fortæller ergoterapeut Marian Popp fra Århus Kommunes BST.

Marian Popp er meget optaget af de aggressioner som forflytninger tit er årsag til, og hun mener, at en meget stor del af konflikterne kan forebygges, dels ved at sætte sig i brugerens sted, dels ved tværfagligt samarbejde, netop som eksemplet med Ane Jensen viser.

Hun har specielt beskæftiget sig med forflytninger af demente, men problematikken er den samme for mange brugere, herunder også psykiatriske patienter. ►

*En hjælper bevæger sig ind i brugerens intimzone, hvortil kommer selve berøringen. Begge dele kan skabe aggression. Modelfoto*



Fysisk aggressive reaktioner blandt beboere på plejehjem er i særlig grad knyttet til tre situationer: Vask af underkrop, af- og påklædning og forflytning fra seng til stol. Beboerne reagerer især ved at gribe fat i hjælperen eller ved at skubbe eller slå. Hovedparten af de aggressivtetsudløsende episoder finder sted om formiddagen



## ► OPLEVES SOM ET OVERGREB

Forflytning skal forstås bredt, nemlig som alle bevægelser, der kræver hjælp. Nogle skal bare have en hånd, så de kan komme op at stå, andre skal hjælpes ud til sengekanten eller lempes over i en lift, men uanset arten af forflytning, vil den demente ofte opleve den som et overgreb.

Derfor finder Marian Popp det ikke så underligt, at forflytninger ofte skaber aggressioner. En hjælper bevæger sig jo langt ind i brugerens intimzone, hvortil kommer selve berøringen. Desuden er kommunikationen i situationen svær.

"Tit er det selve handlingen, man reagerer på og ikke hjælperen som person", siger Marian Popp. Nogle reagerer ved at kradse, andre skubber eller griber fat i hjælperen. Enkelte spytter, bider eller kaster med ting. Alt i alt viser en rapport udarbejdet af sygeplejerske Kirsten Gotfredsen, at forflytninger er en af de hyppigste årsag til fysisk aggression hos demente, næsten på linje med vask af underkrop og af- og påklædning.

Når man snakker forflytninger, har fokus traditionelt ligget på personalet. Dels hvordan de ansatte mindsker risikoen for fysiske skader ved forflytning, dels hvordan personalet beskytter sig mod vold med alt fra alarmer til selvforsvar. Marian Popp ser gerne, at man i højere grad flytter fokus, så man tænker mere i forebyggelse i vold.

"Ofte er holdningen, at 'man kan jo ikke arbejde her på plejehjemmet uden at blive kradset lidt'. Man vil med andre ord ikke erkende, at man har et problem", siger Marian Popp, der derfor mener, at første trin består i at erkende problemerne.

Desuden er det vigtigt at kunne sætte sig i brugerens sted.

"Der er jo en grund til, at man bliver aggressiv. Folk slår ikke bare for sjov eller siger modbydeligheder", siger Marian Popp, der opfordrer til, at man analyserer sig frem til de situationer, som udløser aggression. Tværfagligt samarbejde er i den forbindelse alfa og omega, ligesom det er afgørende at se situationen som en helhed, hvori både hjælperen og brugerens ressourcer og evne til at kommunikere indgår.

## KROPSSPROGET ER VIGTIGT

Generelt mener Marian Popp, at forflytninger skal betragtes som et samarbejde mellem brugeren og den ansatte.

"Der skal foregå en kommunikation, for det er vigtigt, at brugeren er med, også selv om det – som hos mange med demens eller hjerneskade – kniber med det talte sprog".

"Især er hjælperens kropssprog vigtigt. Man skal være meget klar på det, for det skal passe til det sagte, da folk, som ikke forstår det talte sprog, i stedet aflæser kropssproget. Særlig er hændernes udtryk vigtigt".

"Det er også vigtigt at aflæse brugerens signaler. Det kan være øjne og kæber, der knibes sammen, hurtig vejtrækning eller manglende øjenkontakt. Alt sammen tegn på aggression."

## RUTINER OG INTUITION

"Ofte er rutiner gode. Hvis man har fundet en god måde, kan man lave en forflytningsbeskrivelse, som andre hjælpere kan bruge. Men omvendt er der også tit brug for at være opfindsom og kreativ. Måske er det én dag det rigtige i forhold til en dement at bryde ud i sang, mens man en anden dag bør gøre noget helt andet. Så man må ikke glemme sin intuition", siger Marian Popp.

Det er også vigtigt, at man arbejder inden for brugerens naturlige bevægelsesmønstre. Også det kan forebygge aggression, men det kræver, at man giver sig den fornødne tid. Eller som Marian Popp udtrykker det:

"En sund og rask social- og sundhedsassistent med fuldtidsarbejde og tre børn kan let blive lidt for kvik i bevægelserne. Hun skal tænke sig om og foretage forflytningen langsomt, så den følger brugerens naturlige bevægelsesmønstre".

### Mappe med inspiration

Ergoterapeut Marian Popp fortalte i efteråret om sine erfaringer på en konference arrangeret af Århus Kommunes BST. Omkring 110 deltog i konferencen, og mange har både før, under og efter konferencen fået udleveret den inspirationsmappe, hun har været med til at udarbejde. Den hedder "Inspirationsmappe til konflikthåndtering/voldsforebyggelse" og er et digert ringbind på 240 sider, men Marian Popp understreger, at der netop er tale om materiale til inspiration. Man kan plukke det, man kan bruge fra mappen, fx hvis man på en arbejdsplads ønsker at få en voldspolitik.

Den grundlæggende viden om fysisk aggression hos plejehjemsbeboere er baseret på en undersøgelse, som sygeplejerske Kirsten Gotfredsen udførte i 1997-98. Undersøgelsen er udgivet af Århus Universitetshospital, sygeplejeforskning.



Vidste du, at det omvendte er næsten lige så usandsynligt?

Det er uhyre sjældent, at ældre bliver overfaldet på åben gade. Alligevel føler mange sig utrygge ved at færdes ude. Der mangler imidlertid sammenhæng mellem frygten og statistikken. Kun 0,2% af de 65-74 årige bliver udsat for vold.

Så hvorfor lade sig begrænse af fordomme, når man trygt kan gå i teatret, til foredrag eller til hyggestunder med familie og venner?

Hent folderen "Slå angsten ud af hovedet" på biblioteket eller hos politiet.

Vi ses derude.

**Slå angsten ud af hovedet**

**Det Kriminalpræventive Råd**



# Certifikat til praksis

Praksiscertifikatet er en kursusrække på i alt seks moduler, fordelt på en hverdagsaften og tre lørdage.

Modulerne er: overenskomstforhold, selvstændig virksomhed, kommunikation med lægen, administration og IT, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde samt kvalitetsudvikling på klinikken. Certifikatet er gratis for de første 480 tilmeldte. Tilmelding senest den 28. januar.

**(KURSUS)** DF's nyeste initiativ på praksisfronten, praksiscertifikatet, sættes i gang nu og bliver gratis for de første 480 praktiserende

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

ILLUSTRATION GITTE SKOV

Da Johnny Kuhr første gang luftede sin idé om et "kørekort" til praktiserende på kontaktpersonernes årsmøde i 2001, blev den modtaget pænt. Om den pæne modtagelse så også var ensbetydende med, at praktiserende vil stille sig i kø for at opnå certifikatet, som det siden er kommet til at hedde, vil vise sig nu, hvor den første kursusrække udbydes af DF.

## FOR NYE OG GAMLE, LEJERE OG EJERE

Certifikatet er et bevis på, at man har deltaget i alle kursusrækkens seks moduler, der fordeler sig over en hverdagsaften og tre lørdage og skal være gennemført inden for en periode på 18 måneder.

Modulerne er følgende: overenskomstforhold, selvstændig virksomhed, kommunikation med lægen, administration og IT, tværfagligt og tværsektorielt samarbejde samt kvalitetsudvikling på klinikken.

Efter "først til mølle"-princippet vil de 480 praktiserende, der tilmelder sig først, kunne deltage gratis. Det gælder, hvad enten man er ny praktiserende, eller man har haft sin egen klinik i 30 år, ligesom både ejere og lejere er lige velkomne.

## VI KAN GØRE DET BEDRE

Når kørekortet er kommet til at hedde certifikat undervejs i planlægningen, skyldes det ifølge

Johnny Kuhr netop ønsket om at sende et signal til også erfarne praktiserende om, at her er noget at hente.

"Det er ikke en basal viden, man erhverver sig. Ordet "kørekort" signalerede, at en hel masse har kørt uden kørekort i årevis, og sådan er det jo ikke. Men der er for os alle ting, vi kunne gøre bedre. I praksissektoren er der ikke en anden arbejdsgiver, der har ansvaret for eller tager hånd om udviklingsinitiativer. Vi er selv nødt til at gøre noget for at kunne stå distancen i forhold til andre udviklingsinitiativer på sundhedsområdet", siger Johnny Kuhr.

At lade stå til og regne med, at patienterne selv finder hen til de klinikker, der følger bedst med, vil ikke være holdbart i det lange løb, mener han.

"Det vil have for store omkostninger både for den enkelte fysioterapeut, der ikke kan stå distancen, og også for hele branchens image. Det her skal ses som et forsøg på et kollektivt løft. I praksissektoren er der langt fra en ensartet tilgang til klinikdrift. Den varierede tilgang giver nogle erfaringer, der bør komme flere til gode, og erfaringsudveksling bliver derfor også en vigtig del af kursusforløbet", mener han.

*Hvad vil du sige til den garvede fysioterapeut, der i årevis har haft en godt kørende klinik, og som derfor ikke mener, kurset er relevant?*

"Bare fordi, man har demonstreret, at noget



kan fungere, er det ikke det samme som, at man ikke kan lære nyt. Om man så har været kliniker i 50 år, er man ikke verdensmester. Det er vores erfaring, at de gamle har lige så mange spørgsmål som de nye".

*Hvad så med lejeren, der mener, det er ejeren, der er mest forpligtet til - og får mest ud af - at tage kurset?*

"Det er lige så relevant for lejeren, der også har selvstændig virksomhed og udviklingsansvar. Og så foregår udviklingen bedst på grundlag af en fælles oplevelse, så det optimale er, hvis ejer og lejer kan følges ad".

## ET TILBUD DU IKKE KAN AFSLÅ

Certifikatet er først og fremmest et værktøj. Det skal være en hjælp til at tage fat på administrative og udviklingsmæssige opgaver med større kompetence og sikkerhed, mener Johnny Kuhr.

På sigt er det meningen, at certifikatet skal være mere end et værktøj, nemlig selve nøglen til værktøjsskassen: Uden certifikat ingen praksis.

Johnny Kuhr lægger ikke skjul på, at ambitionen er at få gjort certifikatet obligatorisk for alle praktiserende, og hans hjerte banker så varmt for tanken, at den i hans øjne allerede er ført ud i livet, og at certifikatet således er et tilbud, man ikke kan afslå.

"Det er obligatorisk. Vi sender et klart signal om, at vi forventer, det vil blive en del af aftalestoffet i forbindelse med overenskomstforhandlingerne", siger en entusiastisk formand, der ikke har fantasi til at forestille sig praktiserende sige nej til et gratis kursus, der oven i købet er geografisk let tilgængeligt, idet der er kurser i både København,

Hillerød, Næstved, Odense, Vejle, Esbjerg, Aalborg, Århus, Holstebro og Aabenraa.

"Det vil tage flere år, før alle er igennem, men der vil ikke blive ved med at være kurser over hele landet, så det er da med at slå til nu", råder han.

Information om kursusforløbet er sendt til alle praktiserende. Tilmeldingsfrist er den 28. januar 2003. ■

# CAVALIER

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



**Se hele produktprogrammet  
på [www.petrabike.com](http://www.petrabike.com)**



Tel: +45 4819 5064  
Fax: +45 4819 5066

[mail@petrabike.com](mailto:mail@petrabike.com)  
[www.petrabike.com](http://www.petrabike.com)

# Uddannelse tæt på klinisk praksis

(CVU) Otte nye sundhedsfaglige diplomuddannelser er klar til at tage imod studerende fra foråret 2003. Uddannelsen giver erfarne fysioterapeuter mulighed for at få både øget faglig speciel viden og øget generel viden, siger Mari-Anne Bjerre, der er formand for strukturudvalget for de sundhedsfaglige diplomuddannelser

AF JOURNALIST ANNIE HAGEL

FOTO GREGERS KIRDORF

Otte diplomuddannelser for fysioterapeuter, bioanalytikere, sygeplejersker, radiografer, ergoterapeuter og jordemødre har fået studieordning og udbydes på ni CVU'er.

Bliv i dit job og bliv dygtigere til det, du allerede er god til. Det er kort sagt tanken bag otte nye sundhedsfaglige diplomuddannelser, som ni CVU'er over hele landet tilbyder fra foråret 2003. Tilbuddet er til alle, der har en fysioterapeut- eller en anden sundhedsfaglig uddannelse, og som har arbejdet i faget i mindst to år.

"Det er en uddannelse for voksne, og det særlige ved den er, at den uddanner ind i faget", siger Ditte Høgsgaard, der er projektleder for strukturudvalget for de sundhedsfaglige diplomuddannelser.

"Det vil sige, at den er nærmere klinisk praksis end de tidligere diplomuddannelser, og den lægger ikke op til, at man skal skifte funktion eller job. Tværtimod er hensigten med de nye diplomuddannelser, at man kan udvikle sig og blive bedre til sit fag, dér hvor man er".

Undervisningsministeriet og rektorforsamlingerne for de seks sundhedsfaglige uddannelser nedsatte i foråret 2002 strukturudvalget for de nye diplomuddannelser. Udvalget har til opgave at koordinere uddannelserne, så de bliver ensartede på landsplan.

Alle diplomuddannelserne baserer sig på og retter sig mod praksis og giver de studerende mulighed for at få kendskab til den nyeste viden og forskning på de sundhedsfaglige områder. Diplomuddannelserne giver generelle, almene og faglige kvalifikationer. Der er lagt vægt på mulighederne for både faglig og personlig udvikling.

## DYBDE OG BREDDE

"For fysioterapeuter, der har en del år som uddannede på bagen, er diplomuddannelsen en rigtig



*Fysioterapeuter, der har været uddannet en del år får med diplomuddannelsen en god mulighed for at specialisere sig og dygtiggøre sig inden for eget fag, mener Mari-Anne Bjerre, der er formand for strukturudvalget og repræsenterer fysioterapeutuddannelsen.*

god mulighed for at specialisere sig og dygtiggøre sig inden for sit eget fag. Det ved jeg, der er mange der ønsker", siger Mari-Anne Bjerre, der er formand for strukturudvalget og repræsenterer fysioterapeutuddannelsen.

"Samtidig får man en øget generel viden, som alle der arbejder i sundhedsvæsenet har brug. Uddannelsen er tænkt som en mulighed for at give de mellemuddannede på sundhedsområdet et generelt kompetenceløft. Det, tror jeg, de vil få. Samtidig er det godt, at uddannelsen er fleksibel. Det vil sige, at man kan tilpasse den sit øvrige liv og vælge at tage nogle eller alle moduler", siger Mari-Anne Bjerre.

De fleste af de otte nye diplomuddannelser er tværfaglige i den forstand, at de retter sig mod både sygeplejersker, jordemødre, bioanalytikere, radiografer, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Og selv de af uddannelserne, der er meget fagrettede, indeholder moduler, som kan være relevante for andre faggrupper.

Således vil fysioterapeuter formentlig kunne finde relevante moduler inden for diplomuddannelserne i rehabilitering og habilitering, sundhedsfremme og forebyggelse, sundhedsformidling og

klinisk uddannelse, klinisk kvalitetsudvikling og klinisk sygepleje.

Desuden findes tværfagligheden i det sundhedsfaglige modul, som er obligatorisk i alle diplomuddannelserne. Ligesom den tværfaglige tankegang har spillet en stor rolle i strukturudvalgets arbejde.

”Det er første gang, vi seks uddannelser har arbejdet så tæt sammen om videreuddannelse. Og det har været spændende at møde hinanden under samme paraply”, siger Mari-Anne Bjerre.

### SEKS MODULER

Diplomuddannelserne består af seks moduler. To moduler er obligatoriske på alle otte uddannelser. Det

er et tværfagligt, sundhedsfagligt modul og det afsluttende modul. De fire andre er valgfrie.

Det er således muligt at vælge moduler på tværs af de otte diplomuddannelser, og på lidt længere sigt skal det være muligt også at vælge moduler fra den pædagogiske og den sociale diplomuddannelse. Sammensætningen skal dog have accept af det CVU, hvor man tager uddannelsen.

Hvert modul afsluttes med en eksamen, og med den samlede diplomuddannelse har man en formel uddannelse på niveau med uddannelsen til professionsbachelor. Betegnelsen er Diplom i Sundhedsfag eller på engelsk Diploma of Health.

### LIVSLANG LÆRING

Diplomuddannelserne er bygget op, så man kan blive i sit job og studere samtidig. De seks moduler varer i alt 40 uger. Men det er muligt at tage uddannelsen både på hel- og deltid, og man kan tage modulerne et ad gangen i den rækkefølge, man vil, og hvornår man vil. Dog skal man afslutte uddannelsen efter højst seks år.

De nye diplomuddannelser erstatter alle tidligere diplomuddannelser på sundhedsområdet. Ud-

dannelserne hører under Lov om Åben Uddannelse. Det koster penge at deltage, og det er det enkelte CVU, der fastsætter betalingen. Det er muligt at søge om SVU, Statens Voksen Uddannelsesstøtte, hvis man læser på heltid. Og man kan søge om orlov til de dele af uddannelsen, der læses på heltid.

### Otte diplomuddannelser

Otte diplomuddannelser for bioanalytikere, sygeplejersker, radiografer, ergoterapeuter, fysioterapeuter og jordemødre har fået studieordning og udbydes på ni CVU'er. De otte er:

*Sundhedsformidling og klinisk uddannelse* - drejer sig især om pædagogik og formidling både i klinisk praksis og i uddannelsen af elever og studerende.

*Sundhedsfremme og forebyggelse* - her lærer de studerende at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme og inddrage metoder til analyse af folkesundhed.

*Klinisk kvalitetsudvikling* - de studerende lærer at udvikle, gennemføre, evaluere og formidle kvalitetsudvikling i klinisk praksis.

*Rehabilitering og habilitering* - målet er, at de studerende bliver bedre til at arbejde med rehabilitering og habilitering af individer og grupper i samfundet.

*Klinisk sygepleje* - om de vilkår og rammer, der har betydning for mødet mellem borger og sundhedsvæsen. Kommunikation og etik indgår også.

*Klinisk jordemoderpraksis* - de studerende lærer at arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse og at vurdere teknologiens betydning for svangreomsorgen.

*Radiografi* - hovedsigtet er at udvikle de studerendes kompetence i relation til diagnosticering, pleje og behandling af patienter i forbindelse med billeddiagnostik.

*Biomedicin og medicinsk laboratorietechnologi* - de studerende lærer at opsoge, bearbejde og vurdere undersøgelses- og forskningsresultater på det medicinske bioteknologiske område.

Læs mere om uddannelserne, og hvor og hvordan du kan komme i gang på [www.struktur.udvalg.dk](http://www.struktur.udvalg.dk)



# Drømmen om en dansk autorisation



**(PROJEKT)** Tre fysioterapeuter fra henholdsvis Serbien, Afghanistan og Irak er med et kursus på Hvidovre Hospital kommet nærmere en opfyldelse af drømmen om en dansk autorisation

AF JOURNALIST ANNE GULDAGER

FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Andelen af patienter med anden etnisk baggrund end dansk vokser konstant på hospitalerne over hele landet. Af samme grund har man i H:S fokus på en tilsvarende mangfoldighed i personalet, og et af midlerne er et kursusforløb for sundhedspersonale med en udenlandsk uddannelse.

Som det første hospital i landet tog Hvidovre Hospital i oktober fat på et kursus- og praktikforløb for 13 læger og i alt 18 sygeplejersker, fysioterapeuter og andre sundhedsuddannede.

Kursisterne er på hospitalet i et forløb på fire

måneder. To af ugens dage modtager de undervisning i dansk sprog og (hospitals)kultur, og tre dage hver uge er de i praktik på en afdeling, hvor de hver især er tilknyttet en "mentor" fra deres eget fagområde.

De har alle været i Danmark i nogle år. De har alle gået på sprogskole, og de har alle søgt autorisation inden for deres fag, men de fleste har indtil nu været henvist til rengøringsjob og lignende.

Deltagerne er rekrutteret gennem små notitser i kun to aviser, men ikke desto mindre mødte der til informationsmødet godt 100 op for at høre mere om kurset, og Grete Brorholdt, der leder projektet, bliver stadig ringet op af interesserede hver eneste dag.

## MELLEMRUBRIK

Der er flere mål med projektet, fortæller Grete Brorholdt.

For hospitalet er gevinsten blandt andet, at der

**Shawkat Buzo** er iraker og kom til Danmark for fire år siden. "Jeg flygtede fra Saddam Husseins regime", understreger Buzo.

Han har ikke arbejdet, mens han har opholdt sig i Danmark, og han føler, han har glemt meget af det, han har lært.

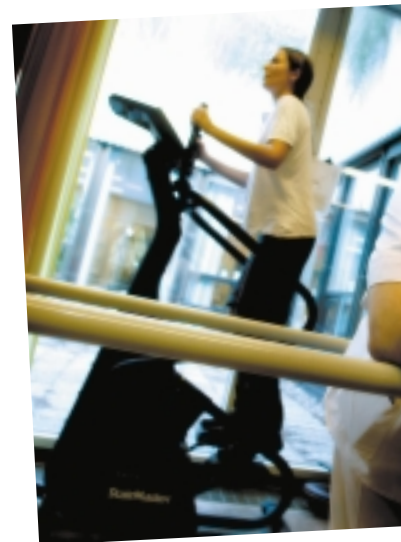
"Når man har haft problemer og har været væk fra arbejdet i fire år, glemmer man. Men på kurset, kommer det efterhånden tilbage. Det giver mig et håb", siger han.

Shawkat Buzo er i praktik på ortopædkirurgisk afdeling. Han er meget glad for sine danske mentorer Lotte og Anette.

"De respekterer mig og vil hjælpe mig. Anette har givet mig sin egen bog, og de har inviteret mig med til julefrokost. De har åbent døren for mig, og sagt, *du er velkommen*. Danskerne er åbne mennesker", siger Buzo, der snart skal have kollegerne hjem til sig på besøg.

"Så kan de se, hvordan vi lever i en stor familie. De fleste danskere bor alene, eller har kun ét barn. Sådan er det ikke hos os".

**Shawkat Buzo**



er mangel på både læger og sygeplejersker i det danske sundhedsvæsen, og at man ad denne vej håber at kunne rekruttere nogle. Men ligeså vigtigt er det, at man kommer nærmere opfyldelsen af en målsætning om etnisk ligestilling på hospitalet.

For deltagerne er gevinsten, at de kommer ud blandt danskerne og får for første gang i måske flere år lov at arbejde med deres fag. Derved kommer de nærmere en afklaring af deres situation og finder ud af, om det niveau, de er uddannet på, matcher niveauet i Danmark - eller om en sygeplejerske i hjemlandet måske mere svarer til en so-su-assistent i Danmark.

"Projektet skal give deltagerne evnen til at oversætte deres kompetencer til en dansk virkelighed frem for at se på rigide stillingsbetegnelser", som Grete Brorholt udtrykker det. ►



**Tanja Delic** kom til Danmark fra Serbien for tre år siden. Egentlig skulle hun bare have været på ferie, men hun blev forelsket og senere gift med en danskfødt serber. Med sig fra Serbien havde hun en fysioterapeutisk grunduddannelse + tillægsuddannelse, i alt 6 år – samt to års arbejds erfaring som fysioterapeut, hvor hun dels har behandlet børn og dels idrætsskader. I praktiktiden var hun på et rehabiliteringscenter for krigsinvalid.

Tanja Delic har ikke noget større ønske end at komme til at arbejde som fysioterapeut i Danmark, men uden en dansk autorisation går den ikke, så indtil videre har hun ernæret sig som rengøringsassistent. Sundhedsstyrelsen har gennemgået hendes papirer, og hun mangler en enkelt eksamen og seks måneders praktik for at få en dansk autorisation.

Tanja Delic smiler konstant, mens hun på absolut forståeligt dansk fortæller, hvad projektet på Hvidovre Hospital betyder for hende:

"Jeg synes, det er et meget godt projekt. Min mentor på psykiatrisk afdeling, hvor jeg er i praktik, hjælper mig rigtig meget. Jeg var lidt bange, inden jeg skulle starte, fordi jeg ikke har haft så meget kontakt med danskerne før, og man hører jo hele tiden, at danskerne ikke kan lide udlændinge - men det er slet ikke den oplevelse, jeg har haft her".

Tanja Delic har gået på sprogskole i lang tid, men de to måneder, hun foreløbig har været på Hvidovre, har givet hende meget mere, synes hun. Og frem for alt har det givet hende en tro på, at hun nok skal blive fysioterapeut i Danmark:

"Der er slet ikke så meget forskel. I bruger ikke ret meget el-terapi, men ellers er det meget det samme".

Tanja Delic



**Quayamundin Fakri** flygtede fra Afghanistan til Danmark for tre år siden efter at have været arresteret af talebanerne. Hans kone og fire børn fulgte efter to år senere.

Han lægger ikke skjul på, at både krigen, seks måneder i en dansk flygtningelejr og den lange periode uden familie har tæret meget på ham, men han taler mest om, hvor hårdt det har været ikke at kunne komme til at arbejde.

"Jeg er meget glad for at være kommet i gang. Jeg arbejdede altid hårdt i mit land. Otte timer på hospitalet og derefter på min privatklinik til ved otte-tiden om aftenen. Jeg har fire års uddannelse og har arbejdet i 10 år. På min klinik havde jeg mange dyre maskiner, men alt er væk. Jeg har ikke arbejdet i fire år, og da jeg kom her var jeg meget ked af det. Jeg ville hjælpe syge mennesker – det er det, jeg kan, og jeg elsker det".

Quayamundin Fakri sendte for seks måneder siden sit eksamensbevis til Sundhedsstyrelsen.

"Jeg har fået besked på, at eksamensbeviset ikke er nok. Jeg skal dokumentere, hvor mange timer jeg har haft i hvert fag. Men mit land er ødelagt – jeg har kun ét papir", forklarer han.

Et andet problem har været sproget. Quayamundin Fakri har gået på sprogskole, men har haft

svært ved at tage det danske sprog til sig og døjet med koncentrationsproblemer og hovedpine, men det hele er blevet lettere nu.

"Nu er jeg rask. Jeg er blevet glad igen, fordi jeg har patienter, og jeg har lært mere på en måned her end på 16 måneder på sprogskole".

I Afghanistan skrev Fakri en lærebog om el-terapi. Manuskriptet er brændt, men han har brugt tiden i Danmark på at skrive det meste igen.

"Når jeg får autorisation kan jeg bedre vise danskerne min måde. Der er ikke meget el-terapi i Danmark, men ellers er der ikke den store forskel på regimerne; og anatomien er jo den samme".

Fysioterapeuter i Danmark har en "special kindness" over for patienterne, mener Fakri, der bortset fra manglen på el-terapi kun har pæne ord tilovers for den danske udgave af hans fag. Der er dog én ting, han undrer sig meget over:

"Jeg synes, det er lægerne, der bestemmer fysioterapien i Danmark. I Afghanistan var det fysioterapeuterne, der bestemte, hvilken behandling patienten skulle have. Det er fysioterapeuterne, der forstår indikationer og kontraindikationer, og det giver en anden ansvarlighed, hvis man selv bestemmer".

## an ■ meldelse

## Forebyg museskader

**(ANMELDELSE)** ■ Ensidigt gentaget arbejde ved computeren dagen lang, alt for lidt bevægelse og alt for lidt variation. Det er hverdagen for mange, og det har meget naturligt af født en række elektroniske tilbud om fysiske øvelser, der popper op på skærmen med jævne mellemrum i form af strækøvelser, kredsløbsøvelser m.m.

Et nyt produkt er på markedet. Det er udviklet af Supellex Dataafdeling og hedder "Healthsaver". Det drejer sig om en CD rom med i alt 34 forskellige øvelser. I præsentationen angives, at formålet med programmet er at imødegå de skader, som især opstår i nakke, ryg, skulder, arme og hænder. Ideen i den forretningsmæssige side af konceptet er, at man, som f.eks. kliniker køber retten til at distribuere alle de CD'er man vil – gratis eller til den pris, man nu finder passende. Og lad det være sagt med det samme: Produktet virker gennemtænkt og grundigt gennemarbejdet.

Programmet, der er let at installere, rummer en serie på 34 videooptagede øvelser, der er udvalgt af de to fysioterapeuter Susanne Risberg og Line Honoré. Øvelserne er alsidige og varierede, og man har som bruger god mulighed for at tilpasse programmet efter egne ønsker og temperament. Man kan frit til- og fravælge øvelser eller sammensætte dem i forskellige temaer. Der anbefales dog en minimumsserie på 8 øvelser. På skærmen dukker øvelserne op tre ad gangen og afvikles i løbet af 90 sekunder. Intervallet mellem øvelsessessionerne kan man selv bestemme, eller man kan vælge, at øvelserne dukker op på faste klokkeslæt. Heldigvis kan man fravælge den automatiske "pop up" funktion og nøjes med en lille påmindelse, så man selv er herre over, hvornår man ønsker at møde sin elektroniske fysioterapeut.

Alle vejledninger, både de der handler om øvelsernes udførelse, og de der handler om installation og brug af programmet, er kortfattede, tydelige og letforståelige. Brugerfladen fremstår overskuelig og enkel. Har man pladsproblemer på computeren, er der mulighed for at installere programmet i mindre pladskrævende versioner f.eks. som diasserie i stedet for video.

I en arbejdsverden, som er blevet tiltagende præget af stillestående og ensidigt gentaget arbejde, er der mange ting, der skal pilles ved for at få mere bevægelse og variation ind i hverdagen: arbejdets organisering og tilrettelæggelse, kultur og vaner, arbejdspress, samarbejde ledelse osv. I dette spil kan den anmeldte CD-rom fint indgå som en af brikkerne. De spændende spørgsmål er: Hvor mange vil bruge programmet systematisk, og hvor stor en effekt har det?

Anmeldt af Fysioterapeut Poul Winterberg Henriksen, BST Københavns Kommune

Pris, antal, distribution ved henvendelse til: Supellex Dataafdeling, tlf.: 6443 2660 mellem kl. 15-17 v/Steen Hansen, e-mail: steen-hansen@post.tele.dk

## ny ■ litteratur



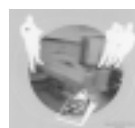
**(ÆLDRE)** ■ "Geriatric" er en basisbog, der omhandler udredning, behandling og forebyggelse af de mest almindelige sygdomme, der rammer ældre. Med sin brede indgang til emnet henvender den sig til den tværfaglige gruppe, der arbejder på ældreområdet.

FINN R. HANSEN, CLAUD MOE, MARIANNE SCHROLL. "Geriatric – basisbog". Munksgaard. 222 sider. Kr. 318.



**(PSYKIATRI)** ■ "Hvad børn ikke ved .. har de ondt af" beskriver, hvordan man kan tilrettelægge den vanskelige samtale mellem børn, forældre og personale i voksenpsykiatrien. Bogen vil give redskaber til at påtage sig den vigtige opgave at medinddrage børnene.

KAREN GLISTRUP. "Hvad børn ikke ved .. har de ondt af". Hans Reitzels Forlag. 204 sider. Kr. 225.



**(DØENDE)** ■ "Behandling af døende. De svære beslutninger" er en redegørelse fra Etisk Råd. I redegørelsen beskrives relevante etiske principper og de vanskelige afvejninger, der er i omsorgen med døende. Rådet har valgt at koncentrere sine anbefalinger om beslutningskompetencer ved behandling af uafvendeligt døende.

ETISK RÅD. "Behandling af døende. De svære beslutninger". Bestilles på [www.etiskraad.dk](http://www.etiskraad.dk) Kr. 50.



**(BOTEX)** ■ Børnefysioterapeuterne på Hvidovre Hospital har udarbejdet en videomanual, der kan benyttes i forbindelse med videooptagelser af børnene før og efter Botoxbehandling. Målet med manualen er at standardisere optagelserne.

BIRGIT KNUDSEN m.fl. "Videomanual". 23 sider. Kan rekvireres ved henvendelse til fysioterapeuterne på tlf. 36322232.



**(IDRÆT)** ■ "Idrættens enhed eller mangfoldighed" er den første udgivelse i serien Bevægelsesstudier, som udgives i et samarbejde mellem Institut for forskning i Idræt og Folkelig Oplysning og Forlaget Klim. Bogen indeholder artikler, som perspektiverer den aktuelle kultupolitiske og kulturteoretiske debat ud fra forskellige faglige indgangsvinkler. Idrætten belyses som kropslige, psykiske og sociale bevægelser.

HENNING EICHBERG, BO VESTERGÅRD MADSEN. "Idrættens enhed eller mangfoldighed". Forlaget Klim. 371 sider. Kr. 295.

# Fagfestival

DANSKE FYSIOTERAPEUTER

*fra fag til profession*

## Vil du holde et foredrag, lede en workshop, præsentere en poster eller være med til at arrangere et debatforum?

Danske Fysioterapeuters Fagfestival finder sted i Odense Kongrescenter 20. – 22. november 2003.

Arrangørgruppen er ved at sammensætte programmet og vil derfor gerne i kontakt med fysioterapeuter, der ønsker at holde et foredrag, lede en workshop eller et debatforum – eller på anden vis formidle ideer eller projekter.

Så ønsker du, din faggruppe, fraktion eller fagforum at bidrage til programmet, skal vi have tilmelding og abstract inden den 15. maj 2003. Du bedes venligst benytte Danske Fysioterapeuters hjemmeside, [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk). Her kan du finde yderligere informationer om ønsker, krav og retningslinier samt foretage tilmelding og aflevere abstract.

Danske Fysioterapeuters Fagfestival er tre dage med faglig inspiration og oplægsholdere fra ind- og udland. Man kan blandt andet møde:

- Louis Gifford, Storbritannien
- Peter O' Sullivan, Australien
- Jules M. Rothstein, USA
- Ronald J. Donaldson, USA
- Michael Kjær, Danmark
- Torben K. Jensen, Danmark
- Og mange flere

## På fagfestivalen vil der bl.a. være oplæg og workshops om:

- Forebyggelse
- Sundhedsfremme
- Træning
- Smerte
- Rehabilitering
- Klinisk ræsonnering
- Ledelse
- Kvalitetsudvikling
- Videns- og uddannelsesudvikling
- Og mange andre emner

**Pris:** 1.250 kroner for ordinære medlemmer og 500 kroner for studerende. Fra 1. februar vil det være mulighed for at tilmelde sig Fagfestivalen. Følg med i Fysioterapeuten og på [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk)

Fagfestival 2003 arrangeres af Danske Fysioterapeuter i samarbejde med faggrupper, fagfora, fraktioner og Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi.

# Sæt ord på den tavse viden

Der er mere på spil i behandlingen, end en fysioterapeut umiddelbart kan få øje og ord på

## DEBATINDLÆG AF:

Fysioterapeut, leder af Rygskolen, Kbh.,  
Randi Bitsch

Hvad er det med al den tavse viden?

Hvad er det fysioterapeuter ved, som de ikke får sagt – ikke får ord på? Mon det kan dokumenteres?

Mon noget fra min uddannelse: Organisations Psykologisk Uddannelse kan bruges?

Inspireret af en herlig lørdag på fysioterapeutskolens i København – 100 års jubilæet – må jeg bidrage med det, jeg tænker og ved.

I fremlæggelsen af bachelorprojektet: "En beskrivelse af forståelse for fysioterapeutisk behandling af torturofre på Sri Lanka" – et kvalitativt studie, kom de to fysioterapeuter Michael Scherling og Teddy Jacobsen frem med det for mig fine begreb "kropslig interaktion", som var deres bud på det der skete mellem mennesker.

Mellem mennesker og i grupper opstår der interaktioner, og derfor synes jeg, det er et rigtig godt begreb, som passer ind og beskriver det fysioterapeutiske – det som sker i behandlingen. I den kropslige interaktion opstår også relationen. Jeg tror ikke, vi som faggruppe selv har nok viden til at sætte ord på det, som sker.

I disse relationer sker øjeblikskon-takten, her er transaktioner - mod-overføringer - projektive identifikationer - projektioner - alt det, der sker i psykodynamikken - det udtalte, og det, som vi som fysioterapeuter alligevel registrerer, opfatter og mærker.

Vi taler med hænderne – vi mærker og vi føler på vævets elasticitet og ved dermed "i den tavse viden", hvad vævet kan holde til. Vi holder

skarpt øje med enhver reaktion fra klienten, og det hele knyttet sammen gør, at vi netop lige præcis ved, hvad vi kan byde klienten. Gennem vores hænder har fysioterapeuter en fornem tilgang til mennesker i behandling.

Jeg har nu i snart to år gået på Organisations Psykologisk Uddannelse og har gennem denne erfaret, mærket og lært hvad der er på færde mellem mennesker – derfor vover jeg skridtet og mener og tror, at meget af det, vi tidligere har haft så svært ved at kunne dokumentere, kan bringes til det sagte ord, hvis vi i behandlingen og gruppedynamikken (når blot to mennesker er sammen) vil se på – og inddrage de psykodynamiske aspekter.

Vores fag rummer kun en lille del af det, som psykologer, psykiatere og kultursociologer ved. Jeg vil vove den påstand, at vi sandsynligvis kan lære en masse fra disse, især hvis vi gik sammen i projekter.

Mig bekendt har vi ikke særlig stor tradition for at gå ind i samarbejde med kultursociologer og psykologer/psykiatere og tror som sagt, at vi kan hente meget viden her som kan bruges i vores fag til at kunne få den "tavse viden" talt og dokumenteret.

Jeg tænker, at alt for få fysioterapeuter kender til dette hav af viden – alt for få gør brug af de psykologiske dimensioner – alt for få gør brug af f.eks. at containe klientens frustrationer og senere at sende disse tilbage i pæn indpakning.

Alle kender til det, at en terapeut og en klient ikke kan sammen, og når en anden fysioterapeut, træder, til kører det hele som det skal. Vi bruger

ord som "kemien passer" – måske minder klienten om ens rare gamle onkel, mens den første fysioterapeut blot ser en gammel besværlig klient. Kunne det også være at fysioterapeut nr. to har større kendskab til de psykodynamiske faktorer end kollegaen? Jeg tror, at meget mere er på spil i behandlingen, end en fysioterapeut umiddelbart kan få øje og ord på.

Når jeg nu alligevel er gået i gang med fyldepenen, har jeg i forhold til det kontrollerede kliniske randomiserede forsøg haft mange tanker igen-nem de sidste to år i forhold til "den objektive/neutrale person", som f.eks. tester i et forsøg.

Hvis vi nu antager, at jeg har ret i, at der i mødet mellem to personer er en interaktion – en relation – hvordan tror vi så på at kunne undgå at influere på et forskningsresultat, når mennesker tester et andet menneske eller flere tester forskellige mennesker – hvor "putter" vi denne interaktion hen som foregår mellem to eller flere mennesker? Kan dette objektiviseres? Jeg tvivler.

Hvorfor ikke være opmærksom på, at interaktion er en faktor, vi ikke skal overse?

Jeg tænker, at det er trist, at fysioterapiforskningen bruger så meget energi på den kvantitative forskning, når så meget kvalitativt ligger lige for døren at undersøge. Personligt er dette langt det mest interessante – det som foregår mellem mennesker – det er jo her, arbejder. Hvad holder os tilbage fra mere forskning med andre måske mere relevante samarbejdspartnere i fremtiden?

Eller ønsker vi at forblive de tavse hænder?

# Repræsentantskabet set fra tredje række

To menige medlemmer undrer sig efter repræsentantskabsmødet over, at alle i hovedbestyrelsen tilsyneladende hele tiden mener det samme

## DEBATINDLÆG AF:

Fysioterapeut Marianne Breyen og fysioterapeut Pia Tvorup Christensen

Der er brug for et holdningsskift! Ovennævnte er et direkte citat fra Fysioterapeuten nr. 20, som refererer formandens beretning på årets repræsentantskabsmøde i Danske Fysioterapeuter. Vi er ganske enige.

Vi er dog ikke sikre på, at vi mener det samme som formanden med det udsagn.

For første gang i foreningens historie havde menige medlemmer adgang til repræsentantskabsmødet som gæster - dog uden stemme- og taleret. Det sidste vender vi tilbage til. Vi vil gerne rose foreningen for initiativet og for den flotte velkomst, vi fik, da vi mødte op på Hotel H.C. Andersen i Odense lørdag morgen. Vi havde kun mulighed for at deltage den ene af de to dage, mødet varede.

Vi vender lige tilbage til det med stemme- og taleretten et øjeblik. Som gæster på mødet blev vi placeret på tredje række og kunne således observere tingene lidt fra baggrunden.

Det var tankevækkende at konstatere, at der blev debatteret meget ivrigt fra anden række, hvor repræsentanterne fra fraktioner, faggrupper, tillidsmandsråd og.... havde deres pladser - med taleret, men uden stemmeret.

Langt under halvdelen af repræsentanterne ytrede sig eller deltog i de igangværende diskussioner. Godt nok er man som repræsentant ikke bundet op på et mandat, men har man ikke en moralsk pligt til at deltage aktivt i dedatten, så vi menige medlemmer har en ide om holdninger til faglige og fagpolitiske emner? Det er for „nemt“, bagefter ikke

at kunne stilles til regnskab for de standpunkter, man har taget i forbindelse med afstemningerne. Er repræsentantskabet i dets nuværende form virkelig „det stærkeste hold“?

Eller kunne man forestille sig en anden struktur, hvor valgbarheden til repræsentantskab og HB ikke primært handlede om geografi og medlemskab af en kredsbestyrelse, men i højere grad om indsigt i det fagpolitiske arbejde, en struktur hvor for eksempel medlemmer af fraktioner og faggrupper var „fødte“ repræsentanter? Eller kunne man forestille sig en helt anden struktur i Danske Fysioterapeuter, hvor man skelede til strukturen i DADL, med en paraplyorganisation og underliggende søjler, hver repræsenterende sin delgruppe af den samlede profession?

Det sidste var oppe at vende på repræsentantskabsmødet i form af et forslag fra kontaktpersonernes repræsentant, (Per Friis Madsen, uden stemmeret). Pers forslag gik ud på, at hovedbestyrelsen (HB) skulle pålægges at undersøge konsekvenserne af en ny struktur, eksempelvis som ovenstående, men det kunne også være en helt anden konstruktion. Dette forslag fik en besynderlig medfart af repræsentantskabet.

En enig HB anbefalede repræsentanterne at stemme nej til forslaget, et HB-medlem gik så langt som til at påstå, at Per gik ud over sit mandat ved at stille forslaget. Det tog således ikke mange minutter at stemme forslaget ned.

Vi undrer os fortsat over, hvad det er, der er farligt ved at undersøge nye muligheder, og over at hele HB mener, det er farligt. Er der virkelig ikke et mindretal i HB, der mener noget andet?

Dette skete, hver gang HB kom

med en anbefaling. En enig HB talte enten for at stemme for eller imod! Hvordan kan medlemmerne vide, hvad de enkelte HB-medlemmer står for, når HB hele tiden taler med én stemme? Er det i virkeligheden den væsentligste grund til, at der i forbindelse med mange spørgsmål på repræsentantskabsmødet var så lidt diskussion (i hvert tilfælde om lørdagen)? Og så vender vi tilbage til citatet i første linje: Der er brug for et holdningsskift. Vi vil gerne med dette indlæg opfordre alle DF's medlemmer til at reflektere over, om den nuværende struktur i DF i alle sammenhænge sætter det stærkeste hold? Vi har med ovenstående forhåbentlig givet lidt stof til eftertanke og ser frem til at deltage i næste repræsentantskabsmøde.

*„Hvordan kan medlemmerne vide, hvad de enkelte HB-medlemmer står for, når HB hele tiden taler med én stemme?“*



# Deler undren over tildeling af ydernumre

Baggrunden for tildelingen af ydernumre bør offentliggøres fremover

## DEBATINDLÆG AF:

Fysioterapeut Mona Blenstrup

I Fysioterapeuten nr. 22 undskylder Steen Berggreen, at han har fremsat forskellige påstande i forbindelse med sin undren over fremgangsmåden ved uddeling af de tre ydernumre i 2001 i Vestsjællands Amt.

Jeg deler om ikke andet så Steens undren over tildelingerne. Dels skulle man ifølge praksisplanen arbejde frem mod, at alle klinikker i amtet fremover skal bestå af mindst to fysioterapeuter. Dels er dækningsgraden også af stor betydning, hvorfor det kan undre, at Slagelse-området får ekstra ressourcer, idet der er mindst fem andre områder med dårligere dækning ifølge oplysninger i praksisplanen.

Men man vægter derudover „meget høj efteruddannelse“. Muligvis forståeligt nok, men det udelukker

desværre mig selv fra nogen sinde at få en kollega, så jeg kan få tid og råd til efteruddannelse.

Da jeg søgte ekstra ydernumre i 1999 for første gang, fik jeg afslag med begrundelsen, at jeg var „relativ ny i området“. Ydernummeret gik til en større klinik i en større by, hvor man ikke har adgang for kørestole.

I 2001 glemte jeg at vedlægge mit CV, og ydernummeret gik altså til en stor klinik med meget efteruddannelse. Altså er det for mig at se håbløst at søge fremover.

Men jeg undrer mig over, at man også vurderer efter skøn udover de andre formulerede kriterier. Hvad med at offentliggøre vurderingerne næste gang - altså ikke blot resultatet, men også selve diskussionerne? Så kunne man nok bedre målrette sin adfærd inden næste udbud af ydernumre.

## De studerende støder mod evidensmuren

Teorien kan ikke stå alene. Den skal bruges til terapi

## DEBATINDLÆG AF:

Klinisk underviser Shila Samuelsen, Hillerød Sygehus

Du kender det sikkert: stolen vipper! Et ben er blevet for langt. Du sidder dårligt, har svært ved at holde balancen og kan ikke koncentrere dig om det, som er vigtigt. Du prøver handlekraftigt at save lidt af benet. Desværre - det blev for kort og stolen vipper endnu mere end før. Du folder desperat papirstykker til at lægge un-

der for at få benlængden lige lang, men helt godt bliver det aldrig.

Hvis faget fysioterapi var stolen, og teori og praksis var benene, hvilket ben skulle så være længst?

Det er et noget hypotetisk spørgsmål, som der ikke er et fornuftigt eller brugbart svar på. Du og jeg og alle vores kolleger kunne slå os på lårene af grin og enstemmigt vedtage, at teoribenet og praksisbenet skulle være lige lange, de er lige vig-



tige for, at der er balance i fysioterapien.

Sådan har det bare aldrig været! Indtil for ca. 10 år siden var praksisbenet for langt, der var ikke dokumentation for særlig mange af de fysioterapeutiske ydelser, de ældste fysioterapeuter havde ret, for de havde mest anciennitet, flest erfaringer - og det fik de i øvrigt mest i løn for.

Så blev der savet lidt af praksisbenet, stolen vippede stadig, der blev savet mere og mere af, og i dag står vi midt i debatten, om ikke teoribenet er blevet for langt i forhold til praksisbenet.

Når der med udgangspunkt i Lise Neukirchs afhandling (Fysioterapeuten 19/02) diskuteres, hvad de "unge" fysioterapeuter kan (eller måske rettere, hvad de ikke kan), skal vi "gamle" undervisere huske på, at deres læring i høj grad er resultat af den prægning, de er blevet udsat for under uddannelsen.

Min personlige holdning er, at unge fysioterapeuter generelt bliver socialiseret til at prioritere teoretiske kompetencer højt. Mange fysioterapeutstuderende tændes derfor mest af afgrænsede og overskuelige teoretiske problemstillinger. I praksis giver det sig udtryk i, at de ikke kan se værdien i at give fysioterapi, som der ikke er dokumentation for effekten af.

Som klinisk underviser er det tankevækkende, når studerende giver udtryk for, at en patient "ikke er spændende nok", eller ikke giver den studerende "udfordring nok", eller at den studerende ikke synes at problemstillingen er "relevant". Det virker nærmest som om, patienten er en tredje forstyrrende part i et teoretisk projekt, der har glemt problemformuleringen, nemlig: Hvordan hjælper

jeg et andet menneske på vej til at få det bedre.

Jeg oplever, at mange studerende er topmotiverede når de starter i praktik. Efter en periode eller to er motivationen dalende, fordi de støder mod evidensmuren. Deres kvantitative/naturvidenskabelige opdragelse siger dem, at det er vigtigt at udføre behandlingen på en helt bestemt måde, et helt bestemt antal gange med en helt bestemt modstand - hvem synes det er spændende? Hvor er det sjove, det legende, det udviklende, det eksperimenterende, det individuelle i den slags fysioterapi? Hvor lang tid kan man som terapeut holde udbrændtheden fra døren, hvis man kun siger og gør noget, der har dokumenteret effekt? Hvor lang tid kan man som patient holde sådan en korrekt, upersonlig fysioterapeut ud?

Når den nye studieordning overordnet medfører, at studiet indeholder flere praktiktimer og tidligere kontakt til praksis, er det et tiltag, der forhåbentlig får positiv virkning på de kommende studerende. Det vil være lærerigt for mange at stifte bekendtskab med fysioterapi tidligt i studiet, og virkeligheden vil formodentlig sætte teorien i perspektiv.

Derimod mener jeg, det er et meget forkert signal at sende at nedprioritere den kliniske eksamen til at være en intern prøve med intern censor.

Ifølge den nye studieordning skal der afholdes seks eksterne eksaminer i løbet af studiet. Ikke én af disse eksaminer tager udgangspunkt i kontakten patient/behandler. Det på trods af, at evalueringscentret i 1997 anbefalede, at "den kliniske eksamen bibeholdes eller genindføres på de skoler, hvor den er afskaffet".

Anbefalingen blev til bl.a. på baggrund af undervisningsministeriets bekendtgørelse om, at "de eksterne prøver skal dække uddannelsens væsentlige områder".

Væsentlige områder! Er det dét signal, vi ønsker at sende - at interaktion mellem patient og fysioterapeut ikke er væsentlig i vores fag?

Studiet skal give en solid teoretisk ballast, som er spændende, ingen tvivl om det, men teorien kan ikke stå alene. Den skal altså bruges til terapi. I vores fag ligger der så meget håndværk, personlighed og lyst til andre mennesker, at vi må lægge os i selen, for også at tydeliggøre det for vores kommende kolleger.

Og så... Tænk tilbage på historien om din vakkelvorne stol. Prøv at huske, hvor sjovt det var at sidde der, hvor mange mennesker, der var klar med råd og dåd om, hvor meget du skulle save af benet, hvor mange, der ville dele ud af deres papir for at hjælpe dig med nivelleringen, og hvilke diskussioner der opstod undervejs for at få stolen i balance igen.

Sådan må det også gerne være for fysioterapi.

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

Debatindlæg skal afleveres på print eller som worddokument.

Materiale sendes på email: [redaktionen@fysio.dk](mailto:redaktionen@fysio.dk) eller med post til: Fysioterapeuten, Nørre Voldgade 90, 1358 København K

Fysioterapeuten nr. 2 udkommer 31. januar.

Deadline for debat: 20. januar kl. 12.00.

# Neurodynamisk test/behandling af musearm

Kommentar til overlæge Jørgen Riis Jepsens artikel i Fysioterapeuten 22/02: "ANT til musearm"

## DEBATINDLÆG AF:

Fysioterapeut, underviser i NeuroDynamisk Undersøgelse og Behandling (NDUB), Inger Saerens

Jeg vil først takke dig for din artikel, hvor du inddrager behandling med ANT til forebyggelse og behandling af arbejds-skader specielt med symptomer i OE.

Siden vi indførte kurser i ANT/ NeuroDynamisk Undersøgelse og Behandling (NDUB) her i Danmark i 1988 er der sket en stor udvikling, hvilket fremgår af David S. Butlers nye bog fra 2000, The Sensitive Nervous System, artikler og bøger om smerte af bl.a. Louis Gifford, og Gisela Rolf; ligesom man kan følge udviklingen på Butlers hjemmeside [www.noigroup.com](http://www.noigroup.com)

Det er denne udvikling, jeg savner i din artikel og flere steder i den fysioterapeutiske behandling.

Du henviser til ANT-konceptet, hvilket får mig til at savne en definition herpå, ikke fordi jeg mener, at du behøver at beskæftige dig med det, men det er vigtigt for mig at få budskabet ud til de behandlende fysioterapeuter. Jeg vil derfor her kort gøre rede for implementeringen af neurodynamikken i klinisk praksis.

Du skriver meget om udspænding, som led i forebyggelse og behandling. Det er for enkelt og direkte forkert kun at tænke udspænding. Vi skal have den kemiske og elektriske komponent med både i undersøgelse og behandling. Det er desværre en almindelig fejl, som begås af mange behandlere, at de kun hiver i og udspænder det stakkels nervevæv. NDUB er kun en lille brik i den totale forebyggelse/behandling.

Vi taler nu om Neurodynamik og ikke ANT, netop for at få integreret den nye viden, hvor vi ser på nervesystemet som et sammenhængende hele, et organ, der mekanisk, kemisk og elektrisk hænger sammen.

I vores neurodynamiske undersøgelse foretager vi en neurologisk screening og tester her bl.a. nervesystemets mobilitet og sensibilitet. Vi definerer, om vi går til R1 (den første kvalitetsændring), P1 (den første smerte oplevelse eller ændring i) eller M1 (den første muskelspænding). Vor anamnese og objektive fund ind sættes i en klinisk ræsonnerings- og behandlingsmodel (Mark Jones), hvor der tages hensyn til hele patientens biopsykosociale status.

Hvilke smertemekanismer kan der være tale om, hvilke dominerer: perifer, central, autonome og/eller affektive?

Hvis en eller flere neurodynamiske test er positive, hvilke strukturer skal jeg så behandle? Led og ligamenter/ muskler/nervesystemet? Det er tit et både og. Hvordan er ernæringen til disse strukturer? I din artikel skriver du, at der sjældent er nogle fund i columna, men hvis vi tænker neurofysiologisk, er det efter min erfaring meget vigtigt, at columna cervicalis og thoracalis inddrages i behandlingen med mobilisering, også selv om fundene er minimale. Flere undersøgelser bekræfter dette. Med vores behandling ønsker vi at:

- øge ernæringen til nervesystemet via blodtilførselen, cerebrospinal væsken og gennem vene-/lymfedrenage
- bane/løsne vejen for nervernes forløb i columna og periferien

- øge nervernes mobilitet extraneuralt og intraneuralt
- påvirke det axonale transportsystem
- smertedæmpe.

## Dette sker ved:

- Oplysning og læring af patienten til at kunne se årsagssammenhænge og starte egenomsorg.
- Mobilisering af columnas led såvel columna cervicalis som thoracalis.
- Mobilisering af perifere led.
- Løsning af myofascielle strukturer.
- Mobilisering af nervevæv, medulla, sympaticus og perifere nerver.
- At medinddrage patienten i behandlingen, for gennem læring at udvikle hans/hendes forståelse for problemet både på det fysiske og psykiske plan, så recidiv undgås.

Vi benytter ND test som måleparameter før og efter behandling. Men benytter også hånddynamometer, specielt til symptomer i hånd, underarm og albue.

Vicenzino et al. 1996/2000: A preliminary Study of the Initial Hypoalgesic Effect of Mobilisation With Movement treatment to Lateral Epicondylalgia. Proceedings Perth 2000. p.507-712.

Coppieters and Stappaerts 2000: The immediate effects of manual therapy in patients with cervicobrachial pain of neural origin. Proceedings: International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapists Conference, Perth. ISBN:1 74052 027 0.

Problemer med ryg- og mavemuskler:

# Hurtig analyse, effektiv rehabilitering ...er bare blevet lettere.

## MAIN

### TESTS

- Oprejst og flekset bevægelighed i ryggen.
- Isometrisk måling af maksimal - og gennemsnitlig styrke i forskellige vinkler.
- Måling af oprejste og fleksede positioner i forskellige vinkler.
- Dynamisk analyse af styrke og hastighed i fleksion og oprejste bevægelser.



## MED STRENGTH LINE TOTAL TRUNK Patent Pending

Den første maskine til måling af overkroppens muskelstyrke ved fleksion og ekstension i isotoniske, isometriske og elastiske bevægelser. Maskinen er udviklet i Technogym's udviklingscenter, sammen med et hold ortopædiske specialister og fysioterapeuter.

TOTAL TRUNK er et uundværligt redskab til evaluering af rygsmerter, der skyldes manglende muskelstyrke.

- Multi justerbar og let indstillelig
- Alsidige muligheder til test og genoptræning
- Sammenhængende design
- Tilhørende software

Total Trunk, total innovation.

## PEDAN A/S

www.pedan.dk  
Københavnsvej 224 - 4600 Køge  
E-mail: pedan@pedan.dk  
tlf. 56 65 64 65

**TECHNOGYM**  
The Wellness Company™

PEDAN A/S er Danmarks førende leverandør af motions- & biomekanisk udstyr.



Member of Thera-Band Academy.com

**Thera-Band**  
**ACADEMY**

## Træningsbolde - Elastikker - Vand - Pilates - Therarobics - Funktionel Træning og Rehabilitering!

Thera-Band Academy.dk har pr. 1. januar 2003 skiftet navn til...

**PROacademy**



**NYT kursuskatalog 2003**  
- rekvirer GRATIS

PROacademy tilbyder den nyeste viden indenfor træningsterapi og muskeltræning. Vi afholder kurser året rundt. Klik ind på **www.proacademy.dk** - se udvalget af kurser og tilmeld dig vores nyhedsbrev.

### Træningsterapi

#### Exercise Ball - Therapy ..... Kr. 995,-

- Skodsborg 26. januar 2003 kl. 11-18 *få pladser!*
- Kolding 15. februar 2003 kl. 11-18

#### Therarobics™ & Therapy ..... Kr. 995,-

- Kolding 16. februar 2003 kl. 10-17
- Skodsborg 16. marts 2003 kl. 11-18

#### Træningsterapi og Nakken ..... Kr. 330,-

- Glostrup 25. marts 2003 kl. 19-22

#### Funktionel Træningsterapi ..... Kr. 975,-

- Kolding 21. januar 2003 kl. 9-15.30 *få pladser!*
- Glostrup 23. januar 2003 kl. 9-15.30 *udsolgt!*
- Viborg 4. februar 2003 kl. 9-15.30
- Randers 5. februar 2003 kl. 9-15.30
- Glostrup 11. marts 2003 kl. 9-15.30

#### Therarobics™ er

- dynamisk stabilitetstræning i funktionelle bevægbaner med specialudviklede elastikker fra Thera-Band.

Alle kurser er inkl. materiale samt forplejning

### Muskeltræning

#### Pilates Inspiration ..... Kr. 600,-

- Glostrup 19. februar 2003 kl. 19-22
- Kolding 12. marts 2003 kl. 19-22

#### EFFEKT basis ..... Kr. 550,-

- Kolding 5. februar 2003 kl. 19-22
- Glostrup 19. februar 2003 kl. 19-22

#### Funktionel BodySculpt ..... Kr. 750,-

- Glostrup 11. februar 2003 kl. 17-22

#### Grunduddannelse i Muskeltræning ...

- 100 TIMER i alt - Start 14. marts 2003
- Rekvirer specialbrochure*

#### Pilates er

- stræk og styrkeøvelser der fokuserer på træning af centret af kroppen.

#### EFFEKT er

- funktionel muskeltræning med egen kropsvægt.

Alle kurser er inkl. materiale samt forplejning

### Kursus tilmelding -

Senest 2 uger før kursusstart på [www.proacademy.dk](http://www.proacademy.dk) ved e-mail til [kursus@proacademy.dk](mailto:kursus@proacademy.dk) eller ved henvendelse på telefon 4362 6243

**På gensyn fra PROacademy!**



HUSK - 4 nye videoer i serien "Den Intelligente Krop" - mere information på [www.proacademy.dk](http://www.proacademy.dk)

**PROacademy**

Oplysninger om kursus, indhold, målgruppe m.v.  
-klik ind på; **www.proacademy.dk**