



I artiklen argumenteres der for, at fysioterapeuter i den kliniske ræsonnering inddrager både en diagnostisk og en narrativ tilgang. Artiklen præsenterer en model for ræsonnering, der kan implementeres af alle fysioterapeuter inden for alle områder af faget

Fra tanker til handling

- vejen til en klinisk beslutning

AF: FYSIOTERAPEUTERNE INGE RIS,
KRISTOFFER DALSGAARD OG
HANS KROMANN KNUDSEN
iris@fysioterapiogsmerteklinik.dk

ILLUSTRATION: GITTE SKOV

 fysio.dk
muskuloskeletal.dk

→ **En systematisk tilgang** til klinisk ræsonnering sikrer, at fysioterapeuten er bevidst om baggrunden for sine kliniske valg. Det giver fysioterapeuten mulighed for at evaluere, justere og revidere sine kliniske valg, hvilket er med til at kvalitets sikre behandlingen. En stringent tilgang til den kliniske ræsonnering er forudsætningen for en god journalføring og dokumentation af det kliniske arbejde. På denne baggrund valgte kvalitetsudviklingsudvalget i Dansk Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi sidste år at sætte fokus på den kliniske ræsonnering. Målet var gennem et litteraturstudie at udarbejde anbefalinger for fysioterapeuters kliniske ræsonnering. Der foreligger en udførlig rapport om emnet på www.muskuloskeletal.dk. Denne artikel er en kort opsummering af resultaterne og anbefalingerne. Der er gennemført en del forskning på området, og denne forskning baserer sig både på fysioterapeuters og delvis ergoterapeuters kliniske hverdag. Denne artikel skal således ikke kun læses i et muskuloskeletal perspektiv.

I artiklen introduceres forskellige teorier inden for klinisk ræsonnering, og der præsenteres en struktureret model for ræsonnering. Modellen er anvendt i Anders

Skov Hansens præsentation af et behandlingsforløb af en patient med subacromielt impingementsyndrom, der er beskrevet i artiklen på side 16.

HVAD LAVER JEG I MIN HVERDAG?

At tage beslutninger om, hvordan vi skal håndtere vores patienter, er noget, som fysioterapeuter gør hver dag - mange gange.

Vi vælger for eksempel at undersøge funktion, stabilitet af anklen og foden hos den patient, som har forstuvet sit ankelled og kommer med smerter i den subakutte periode. Ofte indgår der mange overvejelser i vores kliniske beslutninger, som ikke er så indlysende. Hvis vi først møder denne patient seks måneder efter skaden, indgår der også andre faktorer i den kliniske ræsonnering. Det kunne for eksempel være: Hvorfor er patienten fortsat forpint? Kan der være andre sygdomme involveret? Hvordan håndterer patienten denne situation? Er patienten bange for at belaste sin fod, eller overbelaster han den konstant?

I kontakten med patienten står vi alle sammen med overvejelser om bagvedliggende diagnose og den eventuelle dysfunktion kombineret med overvejelser om







patientens forståelse og håndtering af problemet og hans forventninger til resultatet. Disse forskellige typer af overvejelser har direkte indflydelse på vores håndtering af patienten og gælder for alle terapeuter, uanset om de arbejder med patienter med et muskuloskeletal problem, en neurologisk lidelse eller med børn med motoriske udviklingsproblemer.

AT TÆNKE KOMPLEKST UDEN AT MISTE OVERBLIKKET

Når vi som fysioterapeuter står over for en patient og skal finde frem til den rette intervention, bevæger vores kliniske overvejelser sig på flere niveauer. Megen tankevirksomhed foregår på det ubevidste plan. Tavs viden, mønstergenkendelse, ubevidste short cuts i tankerækken er udtryk for, at vi tænker på mange niveauer samtidig. Når disse tanker udmunder i en beslutning, som det sker mange gange dagligt, ligger der overvejelser bag baseret på mange faktorer.

Vi kunne få større indsigt i denne proces ved at dele den op i mindre bidder. På

den måde ville vi som klinikere blive mere bevidste om, hvorfor og hvordan vi vælger netop den intervention, som vi gør. Det er først, når tankerne bliver bevidste, at vi kan diskutere dem med andre og reflektere over vores måde at gøre tingene på. Vi kan på den måde blive bekræftet, ændre eller måske tilføje nye perspektiver til vores beslutningsproces.

VÆK FRA APPARATFEJLSMODELLEN

Fysioterapeuter har igennem tiderne lænet sig op ad lægernes diagnostiske, medicinske tankegang i mødet med patienten, men der er i dag en større forståelse for, at denne tankegang er utilstrækkelig (Edwards 2001, Jones, Jensen & Edwards 2008). Fysioterapeuter træffer dagligt kliniske beslutninger om udredning og behandling af patienter, men der træffes også beslutninger relateret til interaktionen med patienter.

Den fysioterapeutiske vurdering af patienten og hans problem foregår derfor på flere niveauer (Jones, Jensen & Edwards 2008, Jamtvedt 2003). Fysioterapeutens

fagudøvelse og beslutninger baserer sig både på erfaringer, værdier, patientens præferencer og på god og relevant forskningsbaseret viden (Jamtvedt 2003), hvilket rækker langt ud over den traditionelle apparatfejlsmodel.

Dette kaldes "evidence based practice", evidensbaseret praksis. Evidensbaseret praksis (EBP) sikrer en effektiv og virkningsfuld praksisudøvelse (Sackett et al. 1996, Sackett et al. 2000). EBP er den foretrukne model inden for såvel medicin (Sackett et al. 2000) som fysioterapi (Herbert et al. 2005).

Der har, siden Sackett præsenterede den originale definition og model for EBP i 2000, været et skift mod at integrere videnskabelig evidens med klinisk ekspertise, patientværdier og forventninger i den kliniske beslutningsproces (Sackett et al. 2000, Herbert et al. 2005, Portney 2004). Fysioterapeuter er desuden begyndt at anvende WHO's Internationale Klassifikation af Funktionsevne (ICF). ICF er en klassificering til vurdering af patienten på funktionsniveau, aktivitetsniveau og

deltagelsesniveau. ICF anskuer funktionsniveau i et bredt og dynamisk perspektiv. Denne klassificering integrerer det medicinske og naturvidenskabelige med det psykosociale og humanistiske menneskesyn (World Health Organization 2001). ICF tænkes ind i den kliniske ræsonnering som et værktøj til at sikre, at alle patientens ressourcer og begrænsninger bliver inddraget. I fysioterapi er ICF i dag en fælles referenceramme for undersøgelse, behandling og målsætning.

HVAD ER KLINISK RÆSONNERING?

Klinisk ræsonnering defineres som "en proces, hvor klinikerne interagerer med patienter, brugere, kollegaer, sundhedssystemet og strukturerer meninger, mål og sundhedsstrategier baseret på kliniske data, patientens ønsker og professionelle vurderinger og viden" (Higgs, Jones 2000, Jones, Jensen & Edwards 2000).

Der indgår følgende nøgleord i denne definition:

- at klinisk ræsonnering indeholder både proces og resultater og er interagerende,
- at patientens valg er centrale i beslutningsprocessen, og
- at fokus for den kliniske ræsonnering er bred og relateret til det at skabe mening og samarbejde omkring mål og behandling.

Klinisk ræsonnering er den reflekterende tankeproces, som fører behandler sammen med patienten frem til en handling for at opnå de mål, som behandler og patient har sat. Handlinger baseres på viden fra kliniske fund, teori/forskning og empiri og patientens egne ønsker.

Det er denne proces, som fysioterapeuter går igennem med alle deres patienter hver dag for at komme frem til relevante og velovervejede interventioner. Interventionerne baserer sig på mange oplysninger. Den biomekaniske vurdering af patienten er kun en del af de oplysninger, der indgår. Det er vigtigt også at inddrage patientens egen forståelse, forventninger, meninger og ønsker om sit problem i beslutningerne. Overordnet skelnes der således mellem den diagnostiske og narrative ræsonnering.

Narrativ betyder her fortællingen, patientens livsverden og historie.

DIAGNOSTISK OG NARRATIV RÆSONNERING

Edwards har udarbejdet en model, som afspejler interaktion og sammenhæng mellem diagnostisk ræsonnering og narrativ ræsonnering (figur 1). Modellen sætter håndteringen af patienten i centrum omgivet af to poler, en diagnostisk-biomedicinsk pol og en narrativ, fortællende pol. Den diagnostiske pol repræsenterer ræsonnering omkring vævspatologi, sygdomme og fysiske funktionsproblemer. Den narrative pol repræsenterer patientens sygdomsoplevelse, lidelse, historie, forestillingerne, kontekst, tro og kultur.

Mellem disse to poler udvikles overvejelser om handling, håndteringen af patienten og dennes problem samt de forskellige mestringsstrategier, som skal anvendes i behandlingsforløbet.

Det er denne kompleksitet, fysioterapeuten står over for i den kliniske hverdag, hvor der er en konstant bevægelse mellem polerne i den kliniske ræsonnering. Undersøgelsen af patienten fører til diagnoser og hypoteser. Narrativer fører til forståelse og holdninger til de stillede diagnoser og hypoteser hos både patient og hos fysioterapeut. Samlet fører begge tilgange til handling (intervention). I den handling indgår overvejelser, som vedrører undervisning, samarbejde og en stillingtagen til anvendelse af udvalgte behandlinger (procedurer), etiske problemer og prognose (Edwards 2001, Jones, Jensen & Edwards 2008).

Fysioterapeuten skal kunne håndtere både de mulige fysiske diagnoser og patientens livsverden. Patientens historie skal give en viden om, hvordan patientens liv har medvirket til at udvikle og muligvis vedligeholde det aktuelle problem, og hvordan patientens livsverden bliver påvirket af dette problem. Hvad tænker patienten om årsagen til problemet, hvilke vedligeholdende faktorer er der, og hvilken behandling, mål og prognose skal der sættes ind med? Hvordan håndterer patienten sin tilværelse i forhold til det aktuelle problem? Hvordan

håndterer patienten sine smerter, og hvad er vedkommendes sygdomsoplevelse?

Det kan være meget forskelligt, hvor og hvordan man skal sætte ind som fysioterapeut. En patient med diskusprolaps har måske behov for udredning, behandling, information og retningslinjer for mestring af hverdagen. En anden patient med diskusprolaps har måske mere brug for omsorg og undervisning om, hvad problemet er, og hvilken betydning det kan få.

OTTE HYPOTESEKATEGORIER

For at kunne forstå patientens problem kræves det, at fysioterapeuten søger oplysninger om aktiviteter, som patienten ikke kan deltage i, patientens perspektiv på egne oplevelser og de funktionsbegrænsninger, vedkommende har. Disse informationer sættes i relation til de mulige smertemekanismer, som er i spil hos patienten, hvilke strukturer der kan være symptomgivende, mulige vedligeholdende faktorer, eventuelle forholdsregler eller kontraindikationer, behandlingen og prognosen. Samlet repræsenterer disse informationer forskellige kategorier i hypotesegenerering (tabel 1), som kan anvendes i den kliniske ræsonnering for fuldt ud at forstå patienten og dennes problem og for at kunne tilrettelægge en hensigtsmæssig behandlingsplan (Jones, Jensen & Edwards 2008).

Hypotesekategorierne benyttes som et værktøj til systematisk at indsamle og anvende kliniske fund og til at træffe hensigtsmæssige beslutninger i klinisk praksis. Hypotesegenerering, prioritering og kliniske beslutninger indgår som en naturlig del i den patientcentrerede kliniske ræsonneringsmodel.



Tabel 1. Hypotesekategorier

Her følger en kort beskrivelse af hypotesekategorierne:

1. Aktivitet og deltagelse

2. Patientens perspektiv på egen situation

3. Vævsheling og smertemekanismer

4. Involverede symptomgivende strukturer og funktionsændringer

5. Vedligeholdende og prædisponerende faktorer

6. Særlige hensyn og kontraindikationer

7. Håndtering og behandling

8. Prognose

1. Aktivitet og deltagelse/ressourcer og begrænsninger (ICF-rammen)

Hypoteser i denne kategori vedrører patientens funktions- og aktivitetsbegrænsninger. Begrænsninger i deltagelse refererer til problemer med deltagelse og involvering i det sociale liv, arbejdsliv og fritidsliv. Patienten kan for eksempel have svært ved at løfte armen og tage tøj på (aktivitet og funktion) og kan ikke klare sin idræt (deltagelse). En ændring af disse begrænsninger i aktivitet og deltagelse er ofte patientens mål for behandlingen (Jones, Jensen & Edwards 2008).

2. Patientens perspektiv på egen situation

Patientens perspektiv på egen tilstand og situation beskrives oftest i litteraturen som patientens psykosociale og mentale status eller som patientens smerte- og sygdomsoplevelse. I denne hypotesekategori indgår overvejelser vedrørende patientens egen forståelse og mening om sit problem i relation til sin situation og ressourcer.

3. Vævsheling og smertemekanismer

Fysioterapeuten overvejer, hvordan smerter og andre symptomer er startet og vedligeholdt i og af nervesystemet. Smertemekanismerne refererer til smertens inputmekanismer, centrale processer og outputmekanismer, som ligger bag patientens begrænsninger i funktion, aktivitet og deltagelse. Hypotesekategorien omkring smertemekanismer ansporer således fysioterapeuten til at overveje, om der er nociceptive smerter, eller om der er perifere nerver, der er involveret i smerterne som del af inputprocessen. Fysioterapeuten udvikler også overvejelser om den centrale bearbejdning og reaktionerne (output) på disse, som ses i symptomer og fund ved den kliniske undersøgelse.

4. Symptomgivende strukturer og funktionsændringer

Fysioterapeuten anvender sine diagnostiske undersøgelsesteknikker og overvejer, hvilke strukturer der kan være ansvarlige for smerter eller andre symptomer. Ledkapsel, ligamenter, muskler, nerver, blodkar er eksempler på strukturer, som kan være symptomgivende og resultere i funktionsforstyrrelser. Opstilling af hypoteser om strukturer giver mulighed for at lave en systematisk og struktureret behandlingsplan.

5. Vedligeholdende og prædisponerende faktorer

Vedligeholdende faktorer er alle prædisponerende og associerende faktorer, som er med til at udvikle eller fastholde patientens problem. Disse faktorer kan være betinget af kontekstuelle eller psykosociale forhold eller have en adfærdsmæssig, fysisk, biomekanisk eller arvelig karakter. Fysioterapeuten skal overveje, hvilke af disse mulige faktorer der har en relevant påvirkning på patientens problem og prognose og forholde sig til håndtering af disse.

6. Særlige hensyn og kontraindikationer

Hypoteser omkring særlige hensyn og kontraindikationer for undersøgelse og behandling er afgørende for, hvordan undersøgelse og behandling udføres sikkert for patienten, eller om undersøgelse og behandling er direkte kontraindiceret eller i nogen grad begrænset. Fysioterapeuten skal tage stilling til mulige røde flag i relation til behandlingen. Hvis behandling er mulig, skal fysioterapeuten vurdere, om der er tale om smerteprovokerende eller ikke smerteprovokerende undersøgelse/behandling, og hvor meget eller hvor lidt kraft og progression der kan anvendes.

7. Håndtering og behandling

I denne hypotesekategori retter den kliniske ræsonnering sig både mod en overordnet interventionsplan og mod mere specifikke målinger, test og behandlingsteknikker. Beslutningerne omkring behandling og den generelle håndtering af patienten bygger på en vægtning af samtlige oplysninger fra de øvrige hypotesekategorier. Beslutningen revurderes løbende under hele behandlingsforløbet.

8. Prognose

En estimering af patientens respons på og udbytte af behandlingen sker gennem en prognostisk vurdering (Edwards 2001, Jones, Jensen & Edwards 2000, Jones, Rivett 2004). Fysioterapeuten skal være i stand til at forudsige fremtidige scenarier ud fra kliniske overvejelser om patientens præsentation og reaktion på behandling baseret på klinisk viden og videnskabelig evidens. Fysioterapeuten kan på baggrund af disse hypoteser overveje mulige, realistiske forventninger til og mål for behandlingsforløbet.



MODEL FOR RÆSONNERING – EN OPSUMMERING

Den kliniske ræsonnering foregår således på mange forskellige niveauer samtidig. Overordnet opdeles den i to hovedgrupper: diagnostisk ræsonnering, narrativ ræsonnering og fører frem til overvejelser vedrørende handling og behandling og omfatter således alle otte hypotese-kategorier (figur 1).

Diagnostisk ræsonnering og narrativ ræsonnering er refleksioner som vedrører især vurderingen, udredningen af patienten og planlægning af behandlingsmetoder, -teknikker og -mål. Disse to overordnede principper for ræsonnering er konstant under indbyrdes påvirkning. I forbindelse med den diagnostiske og narrative ræsonnering opstilles hypoteser ud fra hypotese-kategorierne.

I forbindelse med den diagnostiske ræsonnering opstilles hypoteser inden for følgende kategorier:

- Vævsheling, smertemekanismer
- Symptombgivende strukturer, funktionsændringer
- Kontraindikationer, særlige hensyn
- Vedligeholdende og prædisponerende faktorer (biomekanisk)

I forbindelse med narrativ ræsonnering opstilles følgende hypotese-kategorier:

- Aktivitet og deltagelse – ressourcer og begrænsninger (ICF-rammen)
- Patientens perspektiv på egen situation
- Vedligeholdende og prædisponerende faktorer (psykosocial)

PROCEDURE, INTERAKTION, SAMARBEJDE, UNDERVISNING, PROGNOSE OG ETIK

Diagnostiske og narrative overvejelser fører frem til en beslutning vedrørende håndtering af patienten, behandlingsmetoder og kommunikation. I en kvalitativ undersøgelse, som Edwards et al gennemførte i 2004,

Figur 1. Model for klinisk ræsonnering

Klinisk Ræsonnering

Diagnostiske overvejelser:

- Kontraindikationer og røde flag
- Symptombgivende strukturer
- Smertemekanismer
- Vedligeholdende biomekaniske faktorer

Narrative overvejelser:

- Patientperspektivet
- Deltagelse og aktivitet
- Vedligeholdende psykosociale faktorer

Mål og forventninger

Behandlingsovervejelser:

- Metoder, teknikker, øvelser, træning
- Undervisning, vejledning, rådgivning
- Samarbejde
- Interaktion
- Prognose
- Etik



kom de frem til, at fysioterapeuten uanset speciale (neurologi, muskuloskeletal), grupperer deres vurderinger vedrørende patienthåndtering i temaer (Edwards, et al. 2004). Disse temaer er: procedure, interaktion, samarbejde, undervisning, prognose og etik (Jones, Jensen & Edwards 2008, Edwards et al. 2004). Disse skal ikke tænkes som rangordnede undergrupper men mere som sidestillede temaer, der kommer i spil i den del af et patientforløb, hvor patientens håndtering planlægges, vurderes og tolkes.

Procedurer

Dette tema berører de overvejelser og beslutninger, der ligger bag valg af behandling, teknik eller test for at undersøge og behandle patienten (Jensen 2000). Fysioterapeuten er kommet frem til disse gennem en vurdering af patienten på funktions-, deltagelses- og aktivitetsniveau (Jones, Jensen & Edwards 2008, Unsworth 2005, Jones et al. 2006, Jones et al. 2006b, Edwards, Jones 2006).

Interaktion

Dialogen og interaktionen mellem patient og fysioterapeut er vigtig. Her tages beslutninger om, hvordan der skal kommunikeres for at opnå en meningsfuld interaktion. Der skal træffes et bevidst valg

for kommunikationen for at kunne bevare en meningsfuld interaktion (Jensen 2000, Edwards, Jones 2006). Fysioterapeuten forsøger at forstå patienten og de oplevelser, patienten har med sin sygdom. Der dannes en fælles forståelsesramme, og derfra kan interaktionen udvikles.

Samarbejde

Denne proces holdes i gang af begge parter. Fysioterapeut og patient skaber konsensus om tolkning af undersøgelsesfund, og disse danner baggrund for de fælles opstillede mål for behandlingen. I denne hypotese-kategori samles overvejelser vedrørende prioritering af behandlingsstrategier, implementering og progression for at opnå et optimalt forløb (Jones, Jensen & Edwards 2008, Jensen 2000, Edwards et al. 2004a, Edwards, Jones & Higgs 2004b).

Undervisning

Fysioterapeuten skal vurdere indhold og mængde af viden, der gives til patienten for at få denne til at opnå indsigt i egen situation. Overvejelser berører den valgte metode for undervisning og mængde af den information, der skal gives hver gang. Ved at undervise patienten om dennes skade/smerte, kan de nødvendige interventioner bedre modtages og implementeres hos patienten (Jones, Jensen & Edwards 2008, Jensen 2000).

Prognose

Fysioterapeuten overvejer den prognose og de forventninger, hun og patienten har i forhold til smertelindring og forbedring af livskvalitet. Overvejelserne baseres på diagnostisk og narrativ ræsonnering og de mål, patienten sætter. Fysioterapeuten forsøger at være fremsynet med de valg, patienten og fysioterapeuten træffer, og hvilke komplikationer eller fordele der kan være forbundet med de trufne valg. Fysioterapeuten reflekterer over følgerne og reaktionerne efter behandlingen og de informationer, patienten får i forløbet (Jones, Jensen & Edwards 2008, Jensen 2000). Prognosen justeres løbende og berører både funktions-, aktivitets- og deltagelsesniveau.

Etik

Fysioterapeuten overvejer, hvilke etiske og praktiske dilemmaer der kan have en påvirkning på både igangsatte interventioner og ønskede målsætninger. De konsekvenser, det må have for patientens problem overvejes nøje (Jensen 2000). Det er vigtigt, at overvejelser omkring etikken er gennemsigtig for alle involverede parter, så dialogen mellem patient og behandlere styrkes (Kaldjian 2005).

SAMMENFATNING

Vores litteraturgennemgang viste, at modellerne for klinisk ræsonnering udvikles løbende. Klinisk ræsonnering og beslutningstagen på tværs af alle hypotese-kategorier sker samtidig og med varierende vægtning, afhængig af konteksten og den enkelte patients kliniske situation og problemstilling. Jones med flere har gennem flere år arbejdet med at udvikle hypotese-kategorier som et værktøj eller metode til at organisere viden (Jones, Jensen & Edwards 2008, Jones, Rivett 2004). Disse hypotese-kategorier anvendes i dag i Danmark. Der er forskning, som støtter hypotese-kategorierne, og som viser, at fysioterapeuter genererer og tester hypoteser om diagnostik og behandling/håndtering gennem deres arbejde med patienter (Doody, McAteer 2002).

Ud fra vores litteraturgennemgang konkluderer vi, at klinisk ræsonnering kan inddeles i to principper for ræsonnering: diagnostik og narrative, der fører til overvejelser om håndtering. Disse tre dele af den kliniske ræsonnering skal ses i sammenhæng og giver bredde og dybde til de opstillede hypoteser og dermed til patientens situation og de problemer, patienten præsenterer inden for rammerne af ICF.

Den diagnostiske og narrative ræsonnering bidrager sammen med hypotese-kategorierne til, at fysioterapeuten og patienten kan skabe det store billede af patienten og de aktuelle klager. Det store billede skal hjælpe fysioterapeut og patient til at træffe beslutninger omkring intervention og fremtidige mål.

Fysioterapeuter er traditionelt skolet i den diagnostiske ræsonnering. Denne ræsonnering vedrører primært vævspatologi,

Kvalitetsudviklingsudvalget

i Dansk Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi har udarbejdet deres andet projekt. Første projekt var et litteraturstudie om sikkerhedstest for cervikal column og formidling af den nye viden igennem artikler, en rapport og workshops. Litteraturstudiet udkom i 2008. Det års projekt er en opdatering af viden om klinisk ræsonnering. Den bagvedliggende rapport kan fra den 1. juli downloades på



www.muskuloskeletal.dk

OM FORFATTERNE

Inge Ris, DipMT, master i rehabilitering, specialist i muskuloskeletal fysioterapi, Fysioterapi- og smerteklinik. **Kristoffer Dalsgaard**, exam. mt, Klinik for fysioterapi Vejle. **Hans Kromann Knudsen**, DipMT, master i rehabilitering, specialist i muskuloskeletal fysioterapi, lektor i fysioterapi, University College Lillebælt.



sygdomme og fysiske funktionsproblemer, der kan måles og afprøves. Vi mener, at klinikeren i samme grad skal skoles i den narrative ræsonnering og i ræsonneringen over håndtering af patienten. Denne ræsonnering skal afspejles i de handlinger, fysioterapeuten udfører. For at blive bevidst om, hvordan og hvorfor patienten og fysioterapeuten træffer de valg, de gør, kan fysioterapeuten benytte den beskrevne model for klinisk ræsonnering.

Ved anvendelse af hypotesekategorier bevidstgør fysioterapeuten sine valg af hypoteser og kan revurdere dem i forløbet med patienten. Skriftliggørelsen af hypoteserne er med til at gøre tavs viden synlig og bevidst. Det tvinger terapeuten til at tage et valg og prioritere hypoteser blandt mange mulige. Desuden er det med til at sikre en fyldestgørende journal.

IMPLEMENTERING

Men hvordan kan man komme i gang med at bruge en mere systematisk tilgang til den kliniske ræsonnering? Vi vil foreslå, at fysioterapeuter tager emnet op på arbejdspladserne og gennemgår den skitserede model. Som hjælp til arbejdet med at udvikle den kliniske ræsonnering er der udarbejdet en plakat, der kan hænge på opslagstavlerne på arbejdspladsen. Plakaten er publiceret på fysio.dk/Fag og Forskning.

For at stimulere fysioterapeuter til at implementere anbefalingerne i praksis afholder Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi workshop forskellige steder i løbet af 2009.

Dette projekt er kommet i stand med støtte af Danske Fysioterapeuternes Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi, Gigtforeningen og Praksisfonden. ●

REFERENCER

- Doody, C. & McAteer, M. 2002, "Clinical reasoning of expert and novice physiotherapists in an outpatient orthopaedic setting", *Physiotherapy*, vol. 88, pp. 258-268.
- Edwards, I. et al. 2004, "Clinical reasoning strategies in physical therapy", *Physical therapy*, vol. 84, no. 4, pp. 312-330.
- Edwards, I., Jones, M., Carr, J., Braunack-Mayer, A. & Jensen, G.M. 2004, "Clinical reasoning strategies in physical therapy", *Physical Therapy*, vol. 84, no. 4, pp. 312-30; discussion 331-5.
- Edwards, I., Jones, M., Carr, J. et al. 2004a, "Clinical reasoning strategies in physical therapy", *Physical Therapy*, vol. 84, no. 4, pp. 312-335.
- Edwards, I., Jones, M. & Higgs, J.e.a. 2004b, "What is collaborative reasoning?", *Advances in Physical Therapy*, vol. 6, pp. 70-83.
- Edwards, I. 2001, *Clinical Reasoning in Three Different Fields of Physiotherapy: A Qualitative Case Study Approach*, Unpublished thesis submitted in partial fulfillment of the PhD in Health Sciences edn, University of South Australia, Adelaide, Australia.
- Edwards, I. & Jones, M., Hiller 2006, "The interpretation of experience and its relationship to body movement: A clinical reasoning perspective", *Manual therapy*, vol. 11, pp. 2-10.
- Herbert, R., Jamtvedt, G., Mead, J. & Birger Haden, K. 2005, *Practical evidence-based physiotherapy*, Elsevier, London, UK.
- Higgs, J. & Jones, M. 2000, "Clinical reasoning in the health professions." in *Clinical reasoning in the health professions*, eds. J. Higgs & M. Jones, 2nd edn, Butterworth-Heinemann, Oxford, UK, pp. 3-14.
- Jamtvedt, G. 2003, *Kunnskabsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter*, Gyldendal, Denmark.
- Jensen, G.e.a. 2000, "Expert practice in physical therapy", *Physical therapy*, vol. 80, no. 1, pp. 28-43.
- Jones, M. et al. 2006, "Challenges in applying best evidence to physiotherapy part 1", *Internet journal of allied health science and practice*, vol. 4, no. 3, pp. 1-8.
- Jones, M., Grimmer, K., Edwards, I., Higgs, J. & Trede, F. 2006b, "Challenges in applying best evidence to physiotherapy practice: part 2 - health and clinical reasoning models to facilitate evidence-based practice", *The Internet journal of Allied Health Sciences and practice*, vol. 4, no. 4, pp. 1-9.
- Jones, M., Jensen, G. & Edwards, I. 2000, "Clinical reasoning in physiotherapy" in *Clinical Reasoning in the Health Professions*, eds. J. Higgs & M. Jones, 2nd edn, Butterworth-Heinemann, Oxford, UK, pp. 117-127.
- Jones, M.A. & Rivett, D.A. 2004, "Introduction to Clinical reasoning" in *Clinical Reasoning for Manual Therapist*, eds. M.A. Jones & D.A. Rivett, first edn, Butterworth Heinemann, London, pp. 3-24.
- Jones, M., Jensen, G. & Edwards, I. 2008, "Clinical reasoning in physiotherapy" in *Clinical reasoning in the health professions*, eds. J. Higgs, M. Jones, S. Loftus & N. Christensen, third edn, Butterworth Heinemann, British library, pp. 245-256.
- Kaldjian, L.e.a. 2005, "A clinician's approach to clinical reasoning", *Journal of general internal medicine*, vol. 20, pp. 306-311.
- Portney, L. 2004, "Evidence-based practice and clinical decision making: It's not just the research course anymore", *Journal of Physical Therapy Education*, vol. 18, no. 3, pp. 46-51.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R. & Richardson, W. 1996, "Evidence based medicine: What it is and what it isn't", *British medical journal*, vol. 312, no. 7023, pp. 71-72.
- Sackett, D., Straus, S., Richardson, W., Rosenberg, W. & Haynes, R. 2000, *Evidence based medicine: How to practice and teach*, 2nd edn, Churchill Livingstone, Edinburgh, Scotland.
- Unsworth, C. 2005, "Using a head-mounted video camera to explore current clinical reasoning in occupational therapy", *The american journal of occupational therapy*, vol. 59, no. 1, pp. 31-39.
- World Health Organization 2001, *International classification of functioningn disability and health*, Geneva.