

Muskuloskeletalt Forum

3

4. årgang
September 2004

Dansk Selskab for
Muskuloskeletal Medicin &
Danske Fysioterapeuters Faggruppe
for Muskuloskeletal Terapi

Pars interarticularis stressfraktur
og spondylolyse 6

Hvornår er billeddiagnostik
indiceret og hvad kan vi forvente
af undersøgelsen? 10

The importance of evidence-based
practice 20



Indhold

Muskuloskeletal
Forum

Medlemsblad for
Danske Fysioterapeuters Fagforum for
Muskuloskeletal Terapi Et
Dansk Selskab for
Muskuloskeletal Medicin
4. årgang · Nr. 3 · September 2004
www.dsmm.org
www.muskuloskeletal.dk

Redaktion:
Christian Couppé
Team Danmark
Ildrættens Hus, 2605 Brøndby

Allan Gravesen
Værftet 1, 1. 4220 Korsør

Gerd Lyng
Østergade 24, 3770 Allinge

Vibeke Laumann
Bagsværd Torv 2, 2880 Bagsværd

Niels Honoré
Fysiocenter, Skomagergade 16
4000 Roskilde

Ansvarlig redaktør i henhold
til presseloven:
Christian Couppé

Grafisk design & sats:
Lægeforeningens forlag
København

Tryk:
Scanprint a/s, Viby J

Deadline for stof til næste blad
1.11.2004
– forventes udsendt
til medlemmerne
primo december 2004

Forsidefoto:
Mikkel Østergaard

ISSN: 1602-608X

Leder 4
Allan Gravesen

Leder 5
Niels Honoré

Pars interarticularis stressfraktur og spondylolyse
– diagnosticering og behandling 6
Anders Vinther & Christian Couppé

Hvornår er billeddiagnostik indiceret og hvad kan vi forvente
af undersøgelsen? Uddrag af oplæg ved Forårsmødet 2004 10
Anne Grethe Jurik og Berit Schiøttz-Christensen

The Bone & Joint Decade. Bevægeapparatets årti 2000–2010 13
Berit Schiøttz-Christensen

Anmeldelse af »Lærebog i manuelle teknikker« 14
Janne Elbo Andersen

Master-ophold i Australien 15
Kristian Thorborg

IFOMT kongressen i Capetown, Sydafrika.
Referat fra møder i IFOMT regi 17
Per Kjær

Abstract: The importance of evidence-based practice 20
Mark A. Jones

Eksamen Del 1 og Del 2 24

kcmacp-conference 2005 25

Kursuskatalog 26

DSMM, kursuskalender og tilmeldingsblanket 27

DFFMT, kursuskalender 28

Kurser 28

DSMM og DFFMT – Bestyrelser og udvalg 30

Diverse notitser m.m. 5, 12, 16, 19, 29



Allan Gravesen
Formand i DSMM

Sommeren er gået på held. I den sidste del havde vi i det mindste lidt sol, så der er noget til de lange aftener, der skal komme. Efteråret byder først på generalforsamling i FIMM og efterfølgende kongres. Der er vigtige emner på dagsordenen til generalforsamlingen, idet struktur og ikke mindst økonomien for det kommende FIMM Academy skal diskuteres og fastlægges. Lars Remvig, der er medlem af Scientific Committee deltager som delegeret for DSMM sammen med undertegnede. Efteråret vil også byde på andre mødeaktiviteter. DSMM har fået en opfordring fra DSAM til at deltage i en gruppe, der skal diskutere og udarbejde retningslinier for samarbejdet mellem på den ene side alment praktiserende læger og på den anden side reumatologiske specialafdelinger og praktiserende speciallæger i reumatologi. Dette med henblik på en rationel, effektiv og optimal udnyttelse af den reumatologiske speciallægeekspertise. Fra DSMM deltager Jette Parm og Peter Silbye. Samtidig skal MTV rapporten »Ondt i ryggen« fra 1999 følges op via CEMTV. I dette arbejde deltager Palle Holck. Fagområdet Muskuloskeletal Medicin kommer der også fokus på gennem de møder, der forhåbentlig skal starte i løbet af efteråret, i samarbejde med DRS. Fra DSMM deltager Berit Schiøttz-Christensen, Finn Johannsen og Lars Remvig. Fagområde indenfor det muskuloskeletale i relation til almen medicin ser derimod ikke ud til at kunne gennemføres. Fra DSAM's side er der meldt ud, at der ikke etableres et sådant fagområde, og at der derfor heller ikke vil komme specialhonorering for at udøve muskuloskeletal medicin i almen praksis.

I dette efterår planlægger man at udgive en klinisk vejledning i håndtering af patienter med lænderygsbesvær. Det er DSAM, der har bedt flere repræsentanter fra PLO og DRS om at deltage. Fra DSMM deltager Gerd Lyng, Niels Jensen, Peter Silbye og undertegnede.

Til slut vil jeg nævne, at årsmødet i 2005 er under planlægning.

Kære medlem, hvad kan vi gøre for dig?

Sætningen er lidt købmandsagtig og egentlig lidt underlig i forbindelse med et foreningsarbejde!

Alligevel er det et relevant spørgsmål, og noget vi i bestyrelsen tit snakker om. Jeg har før opfordret dig til at tage telefonen eller maile os med dine tanker og ideer til, hvordan vores forening arbejder. Vi er en forholdsmæssig lille forening og det er lige før vi alle kender hinanden, så lad os snakke lidt mere sammen i fremtiden!

Bestyrelsen glæder sig til ris eller ros! Du finder telefonnumre og mailadresser sidst i bladet.

Efter/videre uddannelse og skattefar

Efterhånden er flere og flere medlemmer røget i kløerne på skattefar i forbindelse med fradrag af vore kurser. Embedsmændene i Told og Skat er af den opfattelse, at vores kurser og efterfølgende titel tildeling med Exam.MT og Dip.MT er *videreuddannelse*, og altså har til formål at give fysioterapeuten en højere uddannelse og dermed merkompetancer. Denne tolkning giver derfor ikke ret til fradrag af udgifterne vedrørende kurserne om end, ingen mig bekendt, har kunne bruge vores kurser til, f.eks. at fakturere patienter højere honorar eller forhandle bedre overenskomster/indlejervilkår! Ser embedsmændene derimod vores kurser som *efteruddannelse* er situationen anderledes, idet efteruddannelse defineres som en ajourføring af ens viden, altså en kvalitetssikrende uddannelse uden mulighed for at opnå merkompetancer.

Eksamener og titler hører oftest til i videreuddannelses regi, hvorfor misforståelsen tit opstår og mange af vore medlemmer kommer til »torske-gilde«.

Vi har nu iværksat et fællesmøde sammen med FFI, McKenzie og DF med det formål at undgå fremtidige skattesager, samt få en afklaring på hvordan DF ser på vores efter- og videreuddannelser.

Tillykke til 2 ny Dip.MT'er og 7 nye Exam.MT'er.

Et stort tillykke med titlerne og godt gået!

Læs desuden mere om eksamen andetsteds i bladet. I fremtiden er det meningen, at der skal være en online og offentlig tilgængelig liste over alle fysioterapeuter med ExamMT eller DipMT.

En foreløbig liste findes på vores hjemmeside, i

Niels Honoré
Formand i DFFMT



sektionen Information / Find behandler. Foreløbig vil disse lister blive opdaterede, men i fremtiden vil en mere søgbar funktion tilstræbes. Indsend dine data hvis du har eksamen i MT og vær med til at gøre MT'ere tilgængelige for alle patienter, læger etc. i Danmark. Det gøres nemt på den online tilgængelige formular, se: <http://www.muskuloskeletal.dk/sw6330.asp>

Årsmødet er i støbeskeen, hold øje med hjemmesiden og tilmeld dig vores nyhedsbrev for andre relevante informationer.

Muskuloskeletal Terapi online:

www.muskuloskeletal.dk

- opdateret kursuskalender og online kursus-tilmelding
- nyhedsbrev
- faglig sektion, bl.a. artikler online
- værktøjer til MT-praksis
- debatfora
- links til manuel terapi på nettet
- og meget mere ...

Pars interarticularis stressfraktur og spondylolyse

– diagnosticering og behandling



Anders Vinther

Forskningsfysioterapeut, ph.d.-stud., M.Sc.
Medicinsk Afd. Q, Amtssygehuset i Herlev



Christian Couppé

Fysioterapeut, M.Sc.P.T.
Idrætsmedicinsk team, Team Danmark

Denne artikel er primært baseret på lærebogskapitler og review-artikler. Der er derfor kun i begrænset omfang henvisninger til originalartikler, og dermed skal denne artikel mere opfattes som en dansk opdatering end et decideret review.

Lokalisering

Pars interarticularis eller isthmus er den del af arcus vertebrae, der er lokaliseret imellem det superiore og inferiore facetled – deraf navnet. Netop denne del af de lumbale hvirvler er den mest spinkle og dermed mest udsatte, når det gælder udvikling af stressfrakturer (1).

Definitioner

Den opdeling af pars interarticularis-relaterede skader, der anvendes i vid udstrækning i litteraturen, er baseret på forandringer observeret v.h.a. forskellig billeddiagnostik og omfatter følgende:

Stressreaktion i pars interarticularis: Ikke synlig på røntgenbilleder og ingen egentlig fraktur men øget optag af den radioaktive isotop på knoglescintigrafi eller SPECT-skanning (Single Photon Emission Computed Tomography) indikerer øget lokal metabolisme som følge af acceleret remodelering.

Stressfraktur af pars interarticularis: Som stressreaktion men med markant øget optag på knoglescintigrafi og muligvis synlig frakturlinie på røntgen eller CT-scanning. Den positive knoglescintigrafi indikerer, at der er tale om en »aktiv« stressfraktur – altså at knoglenedbrydning eller heling pågår. Dette har betydning for prognosen.

Spondylolyse: Tydelig frakturlinie på røntgenbilleder. Der kan være tale om en aktiv stressfraktur

eller en manglende opheling af en »gammel« stressfraktur.

Spondylolisthese: Ved bilateral spondylolyse kan der forekomme en fremadglidning af selve corpora af en lændehvirvel i forhold til hvirvlen under – ofte os sacrum. En sådan fremadglidning kaldes en spondylolisthese og indeles i grader: Grad 1: 0–25% fremadglidning, grad 2: 25–50%, grad 3: 50–75%, grad 4: > 75%. 100% refererer til tilstanden, hvor en hvirvel er gledet så langt frem, at den ikke længere har kontakt med den underliggende hvirvel.

Patologi og forekomst

Der hersker enighed om at spondylolyse ikke er medfødt men derimod er en stressfraktur i pars interarticularis, der ofte opstår asymptomatisk i barndommen og den tidlige ungdom (2). Børn under 10 år fremviser kun sjældent symptomer trods en forekomst på ca. 5% (1). At langt de fleste spondylolyser opstår i barndommen, er prævalensen blandt voksne på ligeledes ca. 5%, vel en god indikation for. Der er dog forskellige prævalenser i forskellige befolkningsgrupper: Mænd godt 6% og kvinder ca. 3%, mens eskimoer topper listen med op til 50%, og folk af afrikansk oprindelse har lav forekomst (1). Det er helt sikkert at tendensen til udvikling af spondylolyse ofte nedarves. Især blandt dem, der udvikler spondylolyse i barndommen er der observeret høj forekomst hos familiedømmer (1). At spondylolyse også er relateret til sportsudøvelse antydes af den øgede forekomst blandt unge idrætsudøvere uden øget forekomst i deres familier (1).

Øget forekomst er rapporteret blandt udøvere af bestemte sportsgrene, og der er mange forslag til hvilke bevægelser, der ved mange repetitioner, skulle kunne føre til udvikling af stressfrakturer i pars interarticularis. Gentagne ekstensionsbevægelser, særligt i kombination med rotation, fremhæves ofte som skadelige. Flexion og kompression af columna er også sat i forbindelse med denne skadetype (1). Det gælder for alle de potentielt skadelige bevægelser, at det er de mange gentagelser af bevægelsen og formentlig muskulær udtrætning, der resulterer i udvikling af stressfrakturer (1).

En nyere stor spansk undersøgelse af eliteidrætsudøvere fra mange forskellige sportsgrene

fandt – primært ved hjælp af røntgen – 253 idrætsudøvere med spondylolyse ud af 3152 mulige (3). Det resulterede i en prævalens på 8% (95% CI: 7.1–9%) og ingen forskel på mænd og kvinder. Samlet set var prævalensen blandt de spanske idrætsudøvere altså kun lidt højere end i normalbefolkningen. Der var til gengæld interessante og markante forskelle på de enkelte idrætsgrene, hvor atletikkens kastediscipliner, gymnastik og roning skilte sig ud med prævalenser på henholdsvis 26, 17 og 17% (3). Udspring er også blevet forbundet med øget forekomst af spondylolyse (2), men for få udspringere deltog i den spanske undersøgelse til at dette kunne af- eller bekræftes. Et interessant aspekt ved den omtalte undersøgelse er, at den blev udført som en screening af idrætsudøvere uanset lænderygbesvær. Andre undersøgelser med væsentligt højere prævalenser blandt sportsfolk er lavet på personer med lænderygbesvær. 46% af de diagnosticerede spondylolyser i den spanske undersøgelse var symptomgivende. I samme undersøgelse fandt man, at 84% af spondylolyserne var lokaliseret til L5, mens 12% var lokaliseret til L4, 78% var bilaterale og i 97% af tilfældene var kun en hvirvel beskadiget. Disse tal er taget med her, da de er i fin overensstemmelse med den øvrige litteratur (2). Gennemsnitsalderen var ca. 20.5 år for idrætsudøverne med spondylolyse i den spanske undersøgelse. Det er højere end der ellers er rapporteret i litteraturen (2) og skyldes, at materialet i undersøgelsen var eliteidrætsudøvere, og dermed har der formentlig overvejende været tale om »gamle« stressfrakturer med manglende ophealing.

Spondylolisthese blev observeret hos 41% af de kvindelige idrætsudøvere med spondylolyse mod kun 25% hos de mandlige (3). Det er almindeligt accepteret i litteraturen, at langt den største del af en evt. fremadglidning opstår i perioden med størst længdetilvækst i puberteten, der er altså ikke så stor risiko for at en spondylolisthese progredierer hos voksne (1, 2)

Billeddiagnostik

For at tilrettelægge den mest optimale behandlingsstrategi er det selvfølgelig vigtigt at kende omfanget og lokaliseringen af en evt. defekt i pars interarticularis. Endnu mere vigtigt er det at kende til stressfrakturens »aktivitets-status«, da dette har

stor betydning for om behandlingens første målsætning skal være at opnå heling, eller om chancen for knogleheling er forpasset. Til disse formål er et vist kendskab til billeddiagnostikken nødvendig.

Standaert og Herring (2) har et »current management«- afsnit, der giver brugbare anvisninger på anvendelsen af billeddiagnostik ved mistanke om en eller anden grad af pars interarticularis-defekt. Anvisningerne stemmer i øvrigt godt overens med Brukner, Bennell og Mathesons (1) og lyder i grove træk som følger:

Ved kliniske tegn på pars interarticularis-defekt tages røntgenbilleder (antero-posterior og laterale) for at diagnosticere eventuelle spondylolyser og spondylolistheser. Dernæst laves en SPECT-skanning med det formål at opdage de stressfrakturer og stressreaktioner, der ikke er synlige på røntgenbilleder og afsløre om en evt. spondylolyse er metabolisk aktiv. SPECT er formentlig den mest sensitive form for billeddiagnostik ved netop pars interarticularis stressfraktur. Desuden er der evidens for, at positiv SPECT-skanning er forbundet med symptomgivende tilstand. Ved positiv SPECT-skanning laves CT-skanning af de relevante niveauer for at få et præcist billede af frakturens omfang og fremfor alt helingsstatus. Det er særligt graden af separation og cortificering af brudfladerne, der er interessant.

Det er endnu ikke klart i hvor stort omfang MRI kan erstatte nogle af de ovennævnte former for billeddiagnostik, men der er ingen tvivl om, at MRI er værdifuldt ved mistanke om andre former for patologi – fx degenerative forandringer i discus intervertebralis (2).

En helt ny review-artikel (4) indeholder bl.a. en fin gennemgang af de billeddiagnostiske muligheder ved mistanke om pars interarticularis stressfraktur, der er i overensstemmelse med anvisningerne ovenfor.

Klinik

Billeddiagnostik kommer på tale, hvis følgende symptombillede og kliniske kendetegn forefindes hos patienter med lænderygbesvær:

Stressfrakturen optræder typisk i den modsatte side af hvor aktiviteten udføres, således optræder stressfrakturer i venstre side ofte hos fx højrehåndede tennisspillere. Patienten vil typisk klage over



Fig. 1.

unilaterale lænderygsmærter, lejlighedsvis udstrålende til glutealregionen. Smerterne forværres ofte ved lumbal extension (10, 11).

Ved undersøgelse reproduceres smerten ved en ét-bens hyperextensionstest – også kaldet »storke-

testen«. Som vist på figur 1 består étbens hyperextensionstesten i, at patienten ekstenderer og roterer lænderyggen under étbensstand på den afficerede side. Ifølge (10, 11) indikerer reproduktion af den kendte smerte spondylolyse indtil andet er bevist. Denne undersøgelse er dog endnu ikke valideret.

Den aktive synes ofte at have en øget lændelordose forbundet med hyperaktivitet/toni af hase-muskulaturen. Ved palpation findes der typisk unilaterale ømheder svarende til frakturstedet.

Behandling

Igen bruges »current management«-afsnittet fra Standaert og Herring (2) som model, da dette er i udmærket overensstemmelse med andres anbefalinger (1, 4).

Undgå al smerteprovokerende aktivitet og en periode med relativ inaktivitet påbegyndes. Varigheden af denne periode afhænger af frakturstatus. Hvis SPECT og CT viser mulighed for knogleheling begrænses aktivitetsniveauet til udelukkende at omfatte essentielle ADL-aktiviteter i 3 mdr.(2). 3 mdr. er absolut minimum, hvis knogleheling skal kunne opnås. Derefter kan genoptræning påbegyndes, såfremt der er fuld smertefri bevægelighed i lumbal C og almen symptomfrihed. Hvis der ikke er håb om knogleheling, kan rehabiliteringen initieres efter nogle ugers relativ inaktivitet under de samme forudsætninger. Der er ikke enighed om hvorvidt anvendelsen af forskellige korsettyper har positiv effekt i inaktivitetsperioden (2).

Rehabiliteringen, der påbegyndes enten efter endt immobilisering eller efter nogle ugers relativ inaktivitet og bedring af symptomer, bør primært bestå af stabiliserende træning af m. transversus abdominis og mm. multifidii. Denne træningsform er beskrevet af Richardson og Jull (7) og har vist sig at have god effekt på såvel smerter som funktion netop hos patienter med spondylolyse og spondylolisthese af O'Sullivan (6). Sidstnævnte studie er sammen med et andet studie (9) de eneste klinisk kontrollerede randomiserede studier af træning til denne patientgruppe, der er identificeret af en helt ny review-artikel på området (5). Her fremhæves O'Sullivans studie som det videnskabeligt set bedst gennemførte af de to, og det er også dette studie, der henvises til af Standaert og Herring (2).

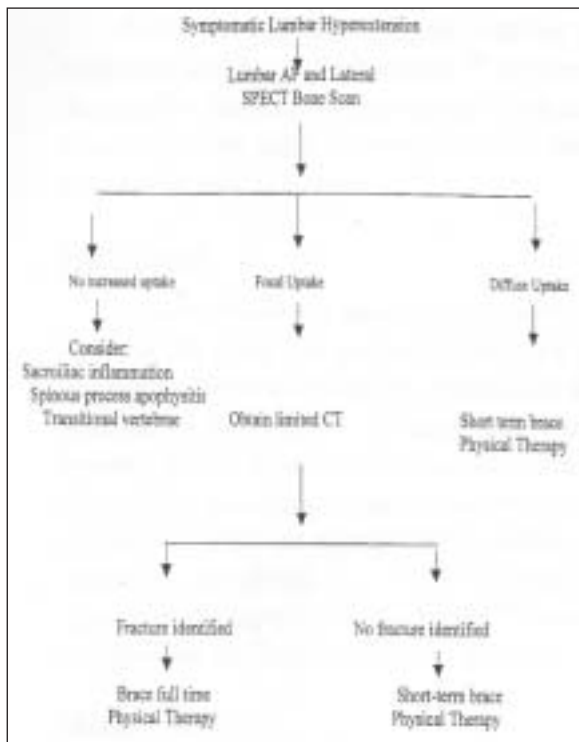


Fig. 2. Algoritme for undersøgelse og behandling af symptomatisk lumbal hyperextension. Childrens Hospital, Boston, MA. d'Hemecourt PA, Micheli LJ, Gerbino P. Sports Med Arthrosc Review. 2002; 10: 91-97.

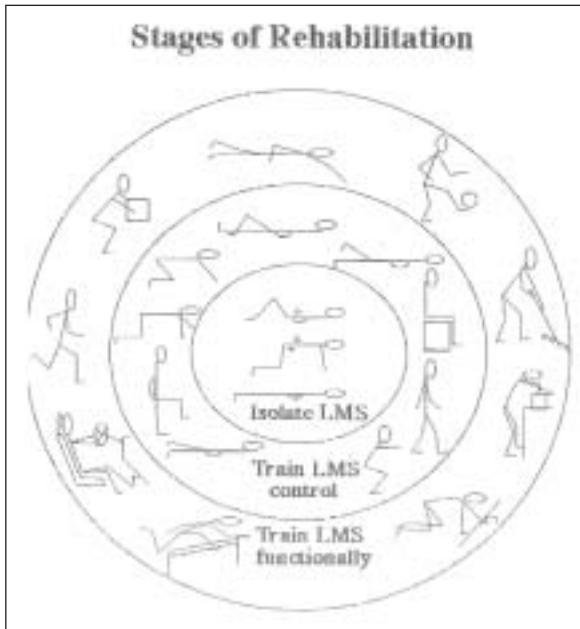


Fig. 3. Fra O'Sullivan PB. LMS = Local Muscle System (Trans. ABD, Multifidii).

Som regel reserveres muligheden for operation til tilfælde med neurologisk påvirkning og spondylolisthese grad 3 eller mere (1, 4) samt i 9–15% af tilfældene, hvor der kun er tale om spondylyse eller mindre grad af spondylolisthese (2). Som hovedregel prøves altid med konservativ behandling først, og operation kan så komme på tale ved fortsatte kraftige symptomer (1, 2, 4). En klinisk kontrolleret randomiseret undersøgelse af operation overfor konservativ behandling, i form af et træningsprogram til patienter med nedsat funktion og langvarige symptomer, viste markant bedre resultater af operation (8).

Tilbagevenden til sport/motion

Når både stressprovokations test og tidligere forværende aktiviteter er symptomfrie anbefales trinvis tilbagevenden til de ønskede aktiviteter, som opstartes over en 4–6 ugers periode, hvor smerte anvendes som guide (10, 11). Det anbefales, at smerten som minimum bør have foretaget sig, før ny progression opstartes. Hvis smerten ikke foretager sig må genoptræning fortsætte på et lavere niveau. Som ved enhver skade skal årsagen identificeres. Det vil ofte være nødvendigt at korrigere idrætsudøverens teknik herunder fx minimering af

unødvendig hyperextension (10, 11). Evt vil en bandage være nødvendig under idrætsaktivitet (10, 11).

Referenceer

1. P. Brukner, K. Bennell og G. Matheson: Stress Fractures. Blackwell Science Pty Ltd. 1999.
2. CJ Standaert og SA Herring: Kap 14: How should you treat spondylolysis in the athlete? Evidence-based sports medicine, BMJ Books 2002.
3. T Soler og C Calderón: The prevalence of spondylolysis in the Spanish elite athlete. Am J Sports Med 28 (1) 57–62. 2000.
4. CM Bono: Low-back pain in athletes (current concepts review). J Bone Joint Surgery 86 (2) 382–396. 2004.
5. ML McNeely, G Torrance og DJ Magee: A systematic review of physiotherapy for spondylolysis and spondylolisthesis. Manual Therapy 8 (3) 80–91. 2003.
6. PB O'Sullivan, LT Twomey og GT Allison: Evaluation of specific stabilizing exercise in the treatment of chronic low back pain with radiologic diagnosis of spondylolysis or spondylolisthesis. Spine 22 (24) 2959–2967. 1997.
7. CA Richardson og GA Jull: Muscle control – pain control. What exercises would you prescribe? Manual Therapy 1, 2–10. 1995.
8. H Möller og R Hedlund: Surgery versus conservative management in adult isthmic spondylolisthesis. A prospective randomized study: Part 1. Spine 25 (13) 1711–1715. 2000.
9. KF Spratt, JN Weinstein, TR Lehmann, J Woody og H Sayre: Efficacy of flexion and extension treatments incorporating braces for low-back pain patients with retrodisplacement, spondylolisthesis or normal sagittal translation. Spine 18 (13) 1839–1849. 1993.
10. Congeni J. Evaluation of the spine in adolescents athletes. J Musculoskel Med. 17: 123–129, 2000
11. P. Brukner, K Khan. Clinical Sports Medicine. McGraw-Hill 2001

Hvornår er billeddiagnostik indiceret og hvad kan vi forvente af undersøgelsen?

Anne Grethe Jurik og
Berit Schiøttz-Christensen,
radiologisk og reumatologisk afdeling,
Århus Universitetssygehus.

Uddrag af oplæg ved Forårsmødet 2004.
Med udgangspunkt i udvalgte sygehistorier vises resultater af billeddiagnostiske undersøgelser

Spondylartropati:

Omfatter patienter med inflammatorisk ryg sygdom, herunder diagnoserne Morbus Bechterew, Psoriasis artrit, Enteropatisk artrit og reaktiv artrit. De karakteristiske symptomer fremgår af sygehistorien. Patienterne har entesitis, dvs inflammatoriske forandringer ved senetilhæftninger, både i ryggen og perifert ex. ved tilhæftningen af facia-plantaris til calcaneus.

Prævalensen for alle diagnoser er ca 1% og for Morbus Bechterew ca 10 gange hyppigere blandt HLA-B27 positive. Diagnosen stilles ofte sent i forløbet, ofte 7 år efter debut.

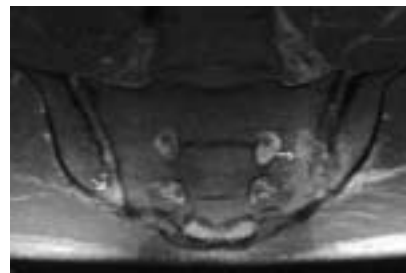
Case 1: »Den unge mand«

- 22 årig mand med 3 år varende smerter i højre glutealregion
- Ingen forudgående traumer eller infektioner
- Smerter bilateralt til knæ-niveau, ikke distalt herfor
- Iridocyclitis x 2
- Normale neurologiske forhold
- Fingergulvafstand 22 cm, Schober 10/16
- Positiv springingstest svt Th7
- Direkte smerter svt sacroiliacaleddene

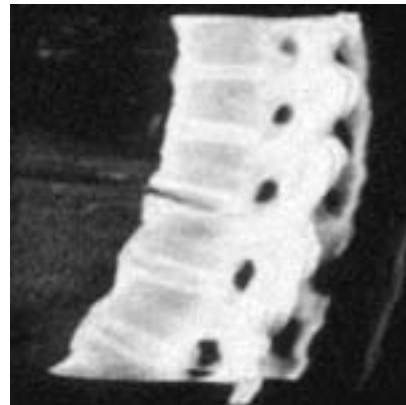
Billeddiagnostik:



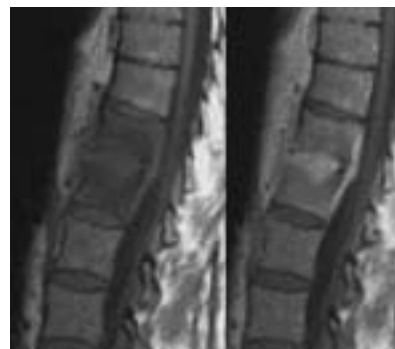
Røntgen af SI-led, kun AP-optagelse er relevant. Battistone MJ, Manaster BJ, Reda DJ, Clegg DO: J Rheumatol 25: 2395-401, 1998.



MR-scanning, der viser inflammation (pil).



Ankyloserende spondylit med fraktur.



Infektøs spondylitis.

Diagnosen sacroiliitis og spondylitis kan stilles hvis røntgen viser det. Hvis røntgen ikke viser sacroiliitis eller spondylitis og patienten har ovenstående symptomer er MR-scanning indiceret. CT-scanning kan påvise erosioner, men ikke inflammation.

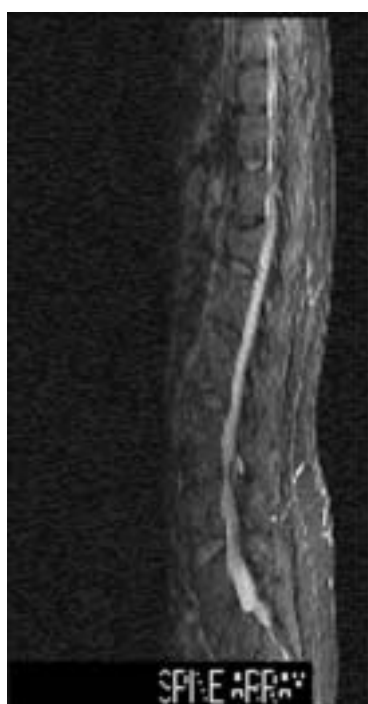
Differential-diagnosen er ved kraftige smerter og påvirket almentilstand infektiøs arthritis eller absces. Oftest er differentialdiagnosen en dysfunktion i columna eller i sacroiliacaleddet.

Spinalstenose:

De karakteristiske symptomer fremgår af sygehistorien.

Case 2: 'Den lille dame'

- 63 årig kvinde, tidligere rask
- Oplever smerter lateralt over begge hofter der forværres ved gang
- Måneder varende belastnings- og stillingsrelaterede smerter over lænden med udstråling til bagsiden af begge UE til hæl
- Smerterne tiltager ved gang og er til stede om natten
- Ingen sphinctersymptomer
- Normale neurologiske forhold



Spinal stenose.

Diagnosen stilles hvis diameteren af spinalkanalen er under 11mm. Diagnosen kan stilles ved Myelografi, CT og MR-scanning, men ikke på røntgen.

Differentialdiagnosen er discusdegeneration eventuelt med prolaps og intraspinal tumor.

Discusprolapsen giver oftest unilaterale symptomer under knæniveau. Den intraspinal tumor viser sig ved mere uspecifikke symptomer, som paræstesier og balancebesvær.

Anbefaling: røntgen er indiceret ved

- Lokaliserede rygsmerter, alder < 20 år.
- Torakale/lumbale rygsmerter hos kvinder > 50 år.
- Mistanke om specifikke lidelser: Frakturer, maligniteter, infektiøse og reumatiske rygsygdomme, skoliose, kyfose, lav Scheur-mann's sygdom, spondylolistese og udtalte degenerative forandringer.
- Kan røntgen og laboratoriefund ikke forklare symptomerne, da suppleres med skintigrافي eller CT/MR.

Anbefaling: Restriktiv holdning ved

- Mistanke om uspecifikke ryglidelser, hvor der sjældent er sammenhæng mellem rgt.fund og symptomer/sygdom:
- Let/moderat diskusdegeneration
- DISH (diffus idiopatisk skeletal hyperostose)
- Ensidig lumbosakral overgangshvirvel
- Stejl lumbosakral vinkel Bløddelsforandringer (myoser mm.)
- Spina bifida occulta



DISH – diffus idiopatisk skeletal hyperostose.

Stråledosis og risiko

		<i>Risiko for cancerdød</i>
Røntgen af col. lumb:	1-2 mSv	ca. 1/13.000
Røntgen af col. thoracalis:	ca. 1 mSv	ca. 1/20.000
Røntgen af col. cervicalis:	1-1.5 mSv	ca. 1/16.000
CT af columna:	ca. 5 mSv	ca. 1/4.000
CT af sacroiliacaled	ca. 1 mSv	ca. 1/20.000

Risikoen for induktion af dødelig cancer er 5%/Sv svt. at 1 mSv = 1/20.000

For enkelte undersøgelers vedkommende er der ingen særlig risiko, men antallet af columnaundersøgelser er generelt højt, så befolkningsbestrålingen kan være betydningsfuld.

Latenstiden dvs. tiden fra stråleudsættelsen til canceren opstår, vil være fra få år op til flere decennier. For leukæmi sædvanligvis <10-15 år, men for organcancere såsom mamma cancer først efter 15 år.

Konklusion:

Billeddiagnostisk undersøgelse er indiceret, hvis symptomer og objektive fund enten ikke stemmer overens eller hvis patienten har symptomer på inflammatorisk rygsygdom.

Er der positive fund ved røntgen foreneligt med patientens symptomer, ex sacroiliitis, kan diagnosen stilles. Ønskes oplysninger om grad af inflammation kan MR anvendes.

Forskning



DSMM har nedsat et videnskabeligt udvalg. Hvis du har forskningstanker og ønsker råd og vejledning, kan du henvende dig til: Forskningsudvalgets formand, overlæge dr.med. Lars Remvig, Klinik for Medicinsk Ortopædi og Rehabilitering, H:S Rigshospitalet, 2100 København Ø.

Der gøres opmærksom på, at Scientific Committee i FIMM har udarbejdet to forskningsprotokoller, der kan hentes på DSMM's hjemmeside: www.dsmm.org under videnskab.

Det drejer sig om reproducibility and validity studies of diagnostic procedures in Manual/Musculoskeletal Medicine og efficacy-Trials of Therapeutic Procedures in Manual/Musculoskeletal Medicine.

Cochrane biblioteket

Alle danske indbyggere kan nu frit logge sig på Cochrane biblioteket, og se reviews.

<http://www.cochrane.dk/>

HUSK, at du kan få de små patientpjecer hos Birthe Skov

Patientpjecerne kan du bruge i din klinik til udlevering. I pjecen beskrives muskuloskeletal medicin og behandling på et letlæst og forståeligt sprog.

Kontakt *Birthe Skov*

Bevægeapparatets årti 2000 – 2010

År 2003

Bevægeapparatets årti er et internationalt initiativ, hvis formål er at rette fokus på bevægeapparatet, herunder på bevægeapparatets sygdomme. Initiativet har nu været aktivt i 4 år og det internationale arbejde er ved at tage form. Der afholdes hvert år en international konference, hvor patient- og faggrupper samles. Der er oplæg, der spænder fra avancerede forskningsinitiativer til strategier for hvordan bevægeapparatet sættes i fokus. I 2003 blev konferencen afholdt i Berlin. Ved lægekongresser vedrørende bevægeapparatet arrangeres seminarer i Bone and Joints regi.

Interesserede kan følge arbejdet på hjemmesiden: <http://www.boneandjointdecade.org>.

Den danske gruppe har 15 medlemmer blandt andre DSMM og Danske Fysioterapeuter.

I 2003 har den danske gruppe arbejdet på at synliggøre initiativet ved følgende aktiviteter:

- **Plakatkonkurrence:** der blev i samarbejde med designerskolen i København arrangeret en pla-

Berit Schiøttz-Christensen

kat-konkurrence, hvor designerelever havde mulighed for at byde ind med et logo, der symboliserer bevægeapparatet. Der kom mange spændende oplæg, hvoraf plakaten nederst på siden vandt. Plakaten er nu trykt og vil i de kommende år blive anvendt ved arrangementer og på offentlige steder, hvor den kan være med til at sætte fokus på Bevægeapparatets årti.

- **Hæderspris:** årets hæders pris, blev givet til professor, dr. med Mikkel Østergaard. Hædersprisen er en skulptur af Mogens Hoff, der har lavet en serie skulpturer, der alle symboliserer bevægeapparatet.
- **Konference:** årets konference blev holdt under titlen »Motion blandt 12 til 16-årige – hvem tager ansvar«. Konferencen belyste betydningen af manglende motion blandt unge i aldersgruppen 12–16 år og hvor vanskeligt det er, at motivere de unge til fysisk aktivitet. Referat fra konferencen findes på hjemmesiden og interesserede kan følge arbejdet på her: <http://www.bjd.suite.dk/>.
- **Foredragskonkurrence:** foredragskonkurrencen var en del af konferencen. Årets vindere blev:
 - **Stig Eiberg Hansen**
»Fysisk aktivitet og risikofaktorer for hjertekarsygdom – betydning af ekstra idrætstimer i folkeskolen: et 4 årigt kontrolleret interventionsstudium«
 - **Birgit Skoffer**
»Determinanter for lænderygbevær blandt skoleelever i 9. klasse«
 - **Trine Thomsen**
»Høj puls med smil på læben – børn og aktivitet«

I 2004 er temaet for konferencen Osteoporose. Oplysninger om mødet vil komme på hjemmesiden: <http://www.bjd.suite.dk/>



Anmeldelse af »Lærebog i manuelle teknikker«



Janne Elbo Andersen
Fysioterapeut, B.Sc.

Målgruppen til bogen »Lærebog i manuelle teknikker« er læger og fysioterapeuter med interesse inden for muskuloskeletal medicin, det vil sige personer der beskæftiger sig med bevægeapparatslidelser og som ønsker at videreuddanne sig inden for fagområderne muskuloskeletal medicin og muskuloskeletal terapi. Bogen er tænkt som en lærebog og/eller håndbog i den kliniske praksis.

Bogen starter med en teoretisk introduktion af begreber og koncepter, der senere indgår i andre kapitler. 2. kapitel omhandler den generelle kliniske undersøgelse.

De teknikker der indgår i bogen er MET, MFR, McKenzie, Maitland og Muskelkontrol. Disse beskrives kort i hver deres kapitel. Herefter har hver region et kapitel for sig, hvor de enkelte teknikker har et separat afsnit med test og behandling. McKenzie indgår dog ikke i kapitlerne for ekstremitetsregionerne.

Opbygningen af bogen gør, at der er mange gentagelser. Gentagelser, der umiddelbart synes som spildplads, når bogen læses ud i et, men som gør den velegnet som opslagsbog. Den udmærker sig yderligere som opslagsbog ved den systematiske opbygning af især tests og behandlingsdelen under regionskapitlerne.

Det første kapitel: »begreber og koncepter« rustet læseren godt til resten af bogen. Det er skønt nøjagtigt at vide, hvad der menes med et begreb som eksempelvis »barriere« eller »den direkte teknik«, når man som læser støder på det senere i bogen. Kapitlet, vedrørende den generelle kliniske undersøgelse, giver et udmærket overblik, men er til tider for basalt. Her kunne der godt spares lidt på pladsen, især fordi hver test også beskrives senere i bogen under den aktuelle region. Hvis målgruppen nu i stedet var studerende på fysioterapeuterskolerne, ville dette afsnit være glimrede.

Kapitlerne om teknikkerne er generelt kort og

præcist beskrevet, dog er det ikke let at overskue, hvad forskellene på og lighederne mellem teknikkerne er. Det er kort og præcist, men også så kort, at man som læser kan savne en uddybning af de enkelte teknikker. Det er godt, at teknikkerne er beskrevet samlet i en bog, men jeg savner et kapitel om Kinetic control. Kinetic control introduceres på grunduddannelsen, dog uden lærebog, så et kapitel om denne teori, med efterfølgende undersøgelse og behandling, ville virkelig have været et plus.

Sværhedsgraden er meget svingende, eksempelvis ved demonstrationen af de manuelle teknikker. En del af de viste test og behandlingsteknikker ligger på rygraden fra grunduddannelsen, andre kan øves og læres selvstændigt på baggrund af en meget udførlig og god beskrivelse med tilknyttede billeder. Andre igen kræver praktisk underviser og yderligere forklaring.

Der er som sagt mange af testene, der er udførligt og godt beskrevet med forklaring på, hvad der normalt kan forventes at ske, hvad det kan skyldes, hvis dette ikke sker, og behandlingsforslag, hvis testen er positiv. Dette er et stort plus, især i forhold til andre lærebøger (de der benyttes på grunduddannelsen). Desværre er det ikke konsekvent, at beskrivelserne af testene i denne bog er så gennemførte, for ofte mangler der forklaring, der vil lette læring og forståelse.

Når alt kommer til alt er det dejligt, at der endelig er kommet en lærebog på dansk. Jeg er bestemt blevet klogere og har noget at arbejde videre med. Derudover er jeg sikker på, at læsere af denne bog har et fortrin ved senere uddannelse inden for en eller flere af de teknikker, der er præsenteret.

Til sidst kan jeg varmt anbefale bogen som undervisningsmateriale på grunduddannelsen til trods for, at dele af indholdet går ud over niveauet og til trods for, at studerende på grunduddannelsen ikke er den tænkte målgruppe.

Jane Elbo Andersen er for nyligt uddannet fra fysioterapeuterskolen i København. I næste nummer bringer vi en anmeldelse af samme bog ved Glenn Gorm Rasmussen, æresmedlem og tidl. Formand i DSMM.



Introduktion

Der skulle gå knap 4 år, fra jeg begyndte at undersøge mulighederne for at gennemgå en masteruddannelse i udlandet, til jeg i December 2003 havde færdiggjort min »Master of Sportsphysiotherapy« ved Melbourne Universitet, Australien. I forbindelse med min søgen efter en monofaglig masteruddannelse i idrætsfysioterapi var jeg i kontakt med adskillige universiteter verden over. Uden internet og e-mail ville det have været umuligt at etablere nogen form for seriøs kontakt med de forskellige universiteter. Det krævede adskillige mails for at indhente tilstrækkelig information omkring uddannelsernes indhold og optagelseskrav. Når valget faldt på Melbourne Universitet var det bla. pga. Australiens gode ry indenfor idrætsmedicin og fysioterapi. Melbourne Universitet kunne desuden tilbyde et omfattende program indenfor idrætsfysioterapi, der var tilknyttet en af de førende og mest produktive forskningsenheder på verdensplan indenfor idrætsmedicin. En anden fordel ved Melbourne Universitet var, at de ikke stillede krav om en 4-årig grunduddannelse, men optog ansøgere ud fra en vurdering af akademiske og faglige kvalifikationer, bla. minimum to-års fuldtids erhvervs erfaring indenfor specialet.

Den australske fysioterapiuddannelse

Fysioterapiuddannelsen ved Melbourne Universitet blev etableret i 1992 og uddannelsen forandrede form fra en diplomuddannelse til en 4-årig Bachelor of Science. Optagelseskravene til grunduddannelsen i fysioterapi er generelt meget strenge og kræver topkarakterer fra elevernes sidste år på high-school. I Australien starter mange af de unge på universitet lige efter high-school og de fleste af eleverne er på det første år af fysioterapeutuddannelsen kun lige fyldt sytten år. Det siger næsten sig selv, at der generelt dropper mange elever ud i løbet af uddannelsen. Derudover har der specielt i Melbourneområdet været problemer med, at nyuddannede fysioterapeuter hurtigt skifter karriere kort efter, de er blevet færdiguddannede. Omkring 50% skifter karriere indenfor de første 3 år som fysioterapeut. Da jeg fortalte nogle af eleverne på universitet, at jeg som 22-årig var en af de yngste på studiet, da jeg startede, syntes de godt nok, det var lidt underligt.

Kristian Thorborg

Fysioterapeut, Master of Sportsphysiotherapy,
Parkens Fysioterapi

Generelt adskiller det australske studiemiljø inden for fysioterapi sig væsentligt fra det danske ved at være meget ungt, konkurrencepræget og akademisk orienteret med høje krav til selvstændighed og kritisk tænkning. Elevprofilen på masteruddannelsen er selvfølgelig lidt anderledes, og udover at der var studerende fra hele verden, var deltagerne her generelt mellem 22 og 35 år. At fysioterapeutuddannelsen i Australien er et hårdt og tidskrævende studium, fik jeg at mærke under mit etårige ophold, som effektivt strakte sig fra marts til december, pga. de meget varme sommermåneder. Den ugentlige mødetid på universitetet fordelt på undervisning, forelæsninger, workshops, problembaseret læring og gruppearbejde lå på ca. 25 timer. Derudover blev man fra universitetets side rådet til at træne sine manuelle færdigheder ca. en time dagligt. I løbet af to semestre afleverede vi 16 større skriftlige opgaver fordelt på 8 fag, havde 8 eksaminer fordelt mellem teori og praksis, 240 timers superviseret specialpraktik samt et afsluttende individuelt forskningsrelateret projekt.

Når man rejser om på den anden side af jordkloden for at tage en overbygning på sin eksisterende uddannelse, oplever man selvfølgelig forskelle i måden at gøre tingene på. På fysioterapeutuddannelsen i Australien har man besluttet, at man anvender Maitland's undersøgelse og behandlingsprincipper som basalt udgangspunkt. Formålet med det er at have en fælles referenceramme og et logisk kommunikations redskab indenfor faget. Derudover bærer undervisningen selvfølgelig præg af den meget store mængde australsk forskning indenfor motorisk kontrol og adfærdændring hos folk med muskelskeletale smerter og problemstillinger.

Forskning og fysioterapi i Australien

Forskningsmiljøet indenfor fysioterapi i Australien er vel omtrent 10-15 år foran forskningsmiljøet herhjemme. De fysioterapeutiske fakulteter på de

respektive universiteter rundt om i landet fungerer desuden som forskningsenheder med PhD-, master- og bachelor-studerende som garanter for kontinuerlig og konstant forskningsaktivitet. Disse akademiske enheder styres som regel af professorer/fysioterapeuter med mange års erfaring både inden for praksis og forskning. En fast del af uddannelsesprogrammet for de idrætsfaglige studerende ved Melbourne Universitet, herunder læger, fysioterapeuter, fysiologer, fodterapeuter m.m. var de ugentlige møder i Centre for Sports Medicine Research and Education's »Journal/research club«. Her bliver artikler, igangværende og fremtidige forskningsprojekter gennemgået og diskuteret mellem de forskellige faggrupper. Møderne er åbne for alle interesserede og styres af fysioterapeut og professor Kim Bennell samt idrætslæge og associate professor Peter Brukner.

Når man i dag oplever, hvordan Australien konstant producerer relevant fysioterapeutisk forskning af generelt meget høj kvalitet, skal det ses i lyset af den uddannelsesform og faglige kultur man har skabt, siden faget blev indlemmet på universiteterne i starten af halvfemserne. Problembaseret læring spiller en meget stor rolle i den måde, som hele fysioterapiuddannelsen ved Melbourne University er opbygget på. Denne læringsform tager udgangspunkt i en elevbaseret undervisningsform, hvor eleverne hele tiden præsenteres for reelle kliniske problemstillinger (cases), som skal facilitere en læringsproces. Eleverne trænes gennem denne undervisningsform i selv at indhente information via artikelbaser, internet, ressourcepersoner, foredrag osv. Derudover lærer man gennem denne proces at forholde sig kritisk til diverse udsagn og forskningsresultater samt at implementere disse i sin kliniske ræsonnering. Formen anvendes i dag fra grunduddannelsens start og adskiller sig væsentligt fra den underviserbaserede læringsform, som jeg selv er opflasket med. Det vil dog være alt for omfattende at beskrive denne læringsform i detaljer, og hvordan den problembaserede læringsproces er integreret som et grundlæggende element i hele uddannelsen.

For de masterstuderende var en stor del af kurset lagt an på problembaseret læring, hvilket bl.a. muliggjorde at fokusere på specielle interesseområder og opsøge praktiksteder og ressourcestærke

personer indenfor disse. Eksempelvis var jeg i forbindelse med mit afsluttende projekt vedrørende lyskesmerter, så heldig at kunne benytte mig af professor og idrætslæge Peter Brukner, som sparingspartner og vejleder. Som masterstuderende skulle man desuden under anden halvdel af studiet selv fungere som facilitator og ressourceperson for bachelorstuderende, som en del af uddannelsesforløbet. Ovenstående er typiske eksempler på, hvordan man hele tiden ønsker at fremme den faglige interaktion mellem alle universitetets parter, hvilket er til gavn for alle.

Mit ophold i Australien var på alle måder en utrolig stor oplevelse både fagligt og socialt. Australierne er utrolig afslappede og hjælpsomme mennesker. Dette gør Australien til et suverænt land både at rejse, leve og studere i og kan absolut anbefales i forhold til fysioterapeutisk videreuddannelse.

Hvis nogen skulle have spørgsmål vedrørende det at studere i Australien, skal man være hjertelig velkommen til at kontakte mig.

Kristian Thorborg
Parkens Fysioterapi
Øster Alle 42, 3.
2100 Kbh. Ø
e-mail: kt@parkensfysioterapi.dk

14th Triennial FIMM World Congress 2004

Bratislava (Slovak Republic)
September 15-18, 2004

Se THE SCIENTIFIC PROGRAM

<http://www.fimm-online.org>

IFOMT kongressen i Capetown, Sydafrika

Referat fra møder i IFOMT regi

International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapists (IFOMT) er den internationale organisation, vi som muskuloskeletale fysioterapeuter er tilknyttet. Vort medlemskab af IFOMT er betinget af fysioterapeuter med eksamen i Manuel Terapi del 2, som opfylder de standarder, der er beskrevet af IFOMT.

Organisationen er ligeledes godkendt som en sub-gruppe under World Confederation of Physical Therapy (WCPT).

Der afholdes hvert fjerde år en stor international kongres og i den forbindelse afholdes generalforsamling. Derudover afholdes en række møder, f.eks. som sidst ved den portugisiske manuel terapigrupes årsmøde i Estoril i 2002, WCPT kongressen i Barcelona 2003 eller FIMM kongressen i Maastricht i 2003.

Som delegeret for Danmark sidder jeg i MT-gruppens IFOMT udvalg sammen med Inge Ris og Flemming Enoch. Her forholder vi os til det materiale som udsendes fra IFOMT. Større beslutninger og ændringer i vedtægter for IFOMT eller definitioner af f.eks. manuel terapi diskuteres blandt underviserne i MT-gruppen og i bestyrelsen.

Mit arbejde i IFOMT har hovedsageligt koncentreret sig om udarbejdelse af en definition på Manuel Terapi og på uddannelsesmæssige aspekter, især med henblik på ensartede retningslinjer for specialisering. Dette arbejder foregår primært i samarbejde med Marina Wallin, Sverige, Maarit Keskinen, Finland, Alison Rusthon, Storbritanien og Debra Shirley fra Australien. Mit arbejde har ligeledes bestået i at kommentere og indsende oplysninger til brug for de aktiviteter, som er i gang på forskellige områder.

Ved IFOMT kongressen var der en række møder, hvoraf det vigtigste var generalforsamlingen.

Generalforsamling

Der blev aflagt rapport fra formanden, kasserer og sekretær. IFOMT har penge nok og kommunikationen fungerer upåklageligt mellem delegerede og bestyrelsen.

Formanden (Agneta Lando, UK)

Formulering af IFOMT's vision: *Worldwide promotion of excellence and unity in clinical and academic standards for manual/muskuloskeletal physiot-*

Per Kjær

Specialist i muskuloskeletal fysioterapi, delegeret i IFOMT for Danmark



herapists, er blevet vedtaget efter prioritering blandt medlemslandene. En ny hjemmeside er blevet etableret, hvorpå alle de igangsatte aktiviteter kan følges (www.ifomt.org). Standarder for uddannelse indenfor manuel terapi blev vedtaget i Perth 2000, og der arbejdes i øjeblikket på at udvikle procedurer for monitorering af de enkelte landes uddannelser. Der skal udpeges en ekstern bedømmer i hvert land, som skal udarbejde en årlig rapport.

Kort status fra indsatsområder: Ressource center

Dette er primært internet baseret. Der er arbejde i gang for at opliste kontaktpersoner indenfor forskning, klinisk undervisning, udvikling af uddannelsesprogrammer, akademiske standarder.

Ressource, funding and administration

Det primære indsatsområde har været at etablere den nye hjemmeside. Et andet mål er at skaffe flere penge til IFOMT via reklamer. Det sidste mål var at beskrive medlemslandenes forpligtelser og arbejdsopgaver. Disse er nu beskrevet og blev senere vedtaget. Nu er det kontaktpersonerne i medlemslandene, som skal overtage ansvarsområder på hjemmesiden sammen med den nye bestyrelse.

Advocacy and communication

Her blev samarbejdet med WCPT og processen med at formulere IFOMT's visioner gennemgået.

Samarbejdet med FIMM har været problematisk i mange år. Det lykkedes på dansk initiativ at opnå en oplblødning på nordisk kongres i 1999, men nu ser det ud til at være gået i hårdknude igen. Problemet synes at være, at FIMM ikke anerkender, at fysioterapeuter præsenterer videnskabelige indlæg på deres kongresser. Der vil ikke fra IFOMT's side blive foretaget yderligere. (Måske kunne vores gode danske samarbejdspartnere i DSMM gøre deres ind-

flydelse gældende i FIMM ved at fortælle, hvordan det fungerer i Danmark, forfatters kommentar).

Education

Det overordnede mål er at definere specialisering. Første del af dette arbejde har bestået i at indsamle data fra medlemslandene omkring deres uddannelsesstruktur, bachelor/master, videreuddannelse og specialisering samt definitioner af Manuel Terapi. Kun 7 lande ud af 27 adspurgte havde en definition. Følgende definition blev udarbejdet og vedtaget:

- Orthopaedic Manual Therapy is a specialised area of physiotherapy/physical therapy for the management of neuro-musculo-skeletal conditions, based on clinical reasoning, using highly specific treatment approaches including manual technique and therapeutic exercises.
- Orthopaedic Manual Therapy also encompasses, and is driven by, the available scientific and clinical evidence and the psychosocial frameworks of each individual patient.

Research

IFOMT's mål blev repeteret:

1. Promote and maintain the high standards of specialist education and clinical practice in manual/musculoskeletal physiotherapists.
2. Promote and facilitate evidence based practice and research among its members.
3. Communicate widely the purpose and level of the specialisation of manual/musculoskeletal physiotherapists amongst physiotherapists, other healthcare disciplines, and the general public.
4. Work towards international unity/conformity of educational standards of practice amongst manual/musculoskeletal physiotherapists.
5. Communicate and collaborate effectively with individuals within the organisation and with organisations.

Målet for denne gruppe har været at etablere en forskningskomite samt at etablere et netværk af forskere baseret på hjemmesiden. Desuden har man forsøgt at etablere udveksling af nationale guideli-

nes via hjemmesiden. Dette arbejde er i fuld gang, og Danmarks delegerede er blandt andet ansvarlige for dette i fremtiden.

Rapport fra educational standards

Arbejdet har i perioden bestået i at vurdere uddannelsesprogrammer for landene Italien, Korea, Spanien (to forskellige grupper) samt Grækenland. Desuden blev 4 indsendte artikler til David Lamb Memorial Award bedømt. Michele Sterling vandt prisen.

Italien blev indstillet af gruppen til fuldt medlemskab, det samme gjorde Spanien (dog med enkelte forbehold) mens Grækenland ikke blev indstillet. Korea blev ikke diskuteret. Bestyrelsen fulgte udvalgets anbefalinger, men afstemningen blandt de 17 delegerede godkendte kun Italien; Spanien fik 9 for og 7 imod (der kræves 2/3 flertal for optagelse). Formentlig vil Spanien kunne optages efter en brevafstemning blandt de delegerede, når de manglende betingelser er opfyldt.

En række mindre betydningsfulde ændringer i vedtægterne samt en række dokumenter, som uddyber pligter for delegerede/medlemslande, retningslinjer for kongresafholdelse og nye deadlines for forslag til generalforsamling, blev vedtaget.

USA havde fremsendt et forslag til definition af Mobilization/Manipulation som er i overensstemmelse med den amerikanske fysioterapi organisations (APTA): ("a manual therapy technique comprised of a continuum of skilled passive movements to joints and/or related soft tissues that are applied at varying speeds and amplitudes, including a small amplitude/high velocity therapeutic movement"). Forslaget blev trukket tilbage på grund af den meget sene indsendelse og manglen på mulighed for yderligere diskussion i medlemslandene. Der var enighed om, at det er en god definition, som der skal arbejdes videre med i uddannelsesudvalget.

Den næste IFOMT kongres vil blive afholdt 7-13. juni 2008 i Antwerpen i Holland (sæt kryds i kalenderen nu og begynd at spare op!).

Sidste del af generalforsamlingen var valg af ny bestyrelse. Kun Marina Wallin fra Sverige havde ønsket genvalg; derfor blev der valgt fire ny medlemmer til bestyrelsen: Michael Ritchie (formand), Marina Wallin (næstformand) og endelig Annelie

Basson (Sydafrika), Lothar Joerger, Tyskland, samt Duncan Reid fra New Zealand.

Forfatterens slutkommentarer

Det internationale samarbejde, som foregår i IFOMT, er af stor betydning for at styrke nationale bestræbelser på at opnå anerkendelse af særlige kvalifikationer og for udvikling af manuel/muskuloskeletal fysioterapi. Sikring og udvikling af høje standarder for udøvelse af specialet er ikke bare noget som sker lokalt: Med en organisation bag os, som er nært knyttet til WCPT, står vi langt stærkere i den fremtidige officielle godkendelse af specialistkompetence.

Check sidste nyt på www.ifomt.org og følg med i hjemmesidens udvikling.

MT-universitetsoverbygningen i Norge bliver nu til et decideret Master-studie for fysioterapeuter – »Master i Klinisk Manuel Terapi«:

www.manuellterapi.com/docs/artikler/04062004.html

Notiser

Ligesom BMJ, Physical Therapy, og mange andre store tidsskrifter, har man i nogen tid kunne downloade hele artikler fra det peer-reviewed kiropraktor tidsskrift JMTPT (Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics). Her findes masser MT-relevante artikler:

www2.us.elsevierhealth.com/scripts/om.dll/serve?action=etoc&id=pt

Skisport og skader – Et praktisk kursus

Succesen fra 2004 gentages
Uge 11, 2005, Sölden, Østrig
Se: www.sportsfysioterapi.dk

6th Nordic Physiotherapy Congress

1–3 June 2005, Hotel Marienlyst, Helsingør, DK
Se program: www.nordicphys.org

Abstract: The importance of evidence-based practice



Mark A. Jones
School of Health Sciences,
University of South Australia
Email: Mark.Jones@unisa.edu.au

Without doubt the evidence-based practice drive has had a significant positive impact on our profession. While the search for physiotherapy evidence is not something new, the quality of physiotherapy research has never been scrutinised to the extent it is today with the positive effect of a steady increase in the quality of physiotherapy research (Maher, 2003). We must embrace evidence-based practice, as history reports that without the critical appraisal evidence-based practice demands, misconceptions in clinical theory and practice are allowed to continue unchecked (Kuhn, 1962). Humans are subject to unrecognised bias and errors of logic that necessitate audits of practice as encouraged by the evidence-based movement.

However, as essential as evidence-based practice is to the growth of our profession, a somewhat narrow conception of what constitutes evidence-based practice and what constitutes acceptable evidence, is creating a number of “Imbalances” in the outcomes of our research. In this paper I draw attention to imbalances in research methodologies, methods of psychosocial data collection and details provided in research reports. I then emphasise the importance of clinical expertise and experience-based evidence to applying research-based evidence in practice and lastly, I highlight the need for more overt strategies to facilitate change in practice behaviour as our evidence-base continues to grow.

Balancing research methodologies used to inform evidence-based practice

The dominant research paradigm driving the evidence-based practice movement is without doubt the quantitative paradigm and the dominant research strategy valued in evidence-based practice is the randomised controlled trial (RCT) used to investigate the effectiveness of therapeutic interventions. This is perhaps most evident in the “Levels of

Evidence” hierarchy recommended by Sackett et al. (2000) for ranking the quality of information available to guide practice. While Sackett and colleagues now acknowledge the importance of “patient values” in their most recent definition of evidence-based medicine, they continue to limit recognition of the contribution qualitative research offers by excluding it from their hierarchy of evidence. Balancing the outcomes in research must begin with balancing the research paradigms used and the forms of evidence accepted. If we continue down the current path of relying almost entirely on quantitative research to understand our patients and evaluate our practice, exclusively using narrow levels of evidence, the result will be suboptimal decisions not fully informed by the full scope of relevant, valid and available information (Barbour, 2000; Bithell, 2000; Buetow and Kenealy, 2000; Greenhalgh, 1999; Jones and Higgs, 2000; Ritchie, 1999; Tickle-Degnen and Bedell, 2003).

Where quantitative research emphasises measurement and analysis of causal relationships between variables, qualitative research aims to understand phenomena working under the premise that humans and the human body cannot be separated from social experiences that contribute to shaping their individual pain and disability experiences. Underpinning the quantitative empirico-analytical paradigm is what has been labelled as a “Positivist” philosophy that a universal truth or reality exists and when science advances far enough human conditions will be understood and standardised, generalisable interventions will be available. The “absolutes” of the natural sciences are assumed to similarly exist in the human sciences with the discovery of knowledge limited only by the technological restrictions of scientific measurement.

In contrast, qualitative research operates under the philosophical assumption that truth and reality are not absolute. Instead the qualitative or interpretive paradigm sees reality as constructed by individuals through their life experiences resulting in unique and contextually bound experiences. Just as a hot sunny day will be interpreted differently by the beach goer and the drought stricken farmer, so too are experiences such as pain, disability and diminished self-efficacy interpreted differently by people living in different circumstances. Where quan-

titative research takes a phenomenon apart to uncover the effect of different variables, qualitative research attempts to reveal how all the parts work together. Where quantitative research in the health sciences endeavours to establish cause and effect and measure effectiveness, qualitative research focuses more on understanding the meaning people have constructed, or how they make sense of their world and the experiences they have in their world. With the increasing acceptance of the biopsychosocial model and the significance mind-body physiology has to understanding health and disability (e.g. Butler and Mosley, 2003; Gifford, 1997; 1998; Martin, 1997; Watson, 2000; Wright, 2002; Zushman, 1998), combined with the difficulties in quantitatively measuring patients' health perspectives, the value of qualitative research to balancing our outcomes in research should be clear. By recognising the therapeutic process is not limited to the clinical moment or procedural intervention, but also transcends the day-to-day life between clinical encounters, qualitative research has the potential to broaden and deepen our understanding of health and disability (Hammell and Carpenter, 2004). Based on these arguments we need to recognise that evidence in evidence-based practice must include knowledge derived from qualitative research as well as quantitative research.

Traditionally these different foci of quantitative and qualitative research meant that the two research worlds were kept separate with different aims, methods of data collection and analysis and typically very different minded researchers. However, the strengths and limitations of the quantitative paradigm combined with the strengths and limitations of the qualitative paradigm, have led to a call to breakdown the political research walls separating these two groups with the clinical questions being the common ground on which to unite them (Hammell and Carpenter, 2004; Miller and Crabtree, 2000; Ritchie, 1999). Qualitative research provides a different form of evidence that needs to be recognised alongside the RCT. Miller and Crabtree have conceptualised a multimethod RCT with qualitative methods addressing issues of context and meaning and quantitative methods providing measurement and analysis toward generalisation. While the two paradigms have different aims, by linking them through clinical

questions they can inform each other for the collective benefit of a more complete understanding. Qualitative research can provide the context currently lacking in the traditional quantitative approach that presently dominates evidence-based practice. Achieving this integrated balance of research paradigms requires cross-disciplinary relationships between qualitative and quantitative researchers and utilisation of a range of consultants including psychologists, sociologists, epidemiologists, statisticians and health economists as required. There are multiple ways in which qualitative and quantitative research might be combined with a clear need for studies to be performed longitudinally in series toward a larger research agenda. However, the two paradigms also can be successfully integrated in a single study and a successful example of this is discussed.

Balancing methods of psychosocial data collection

Numerous variables are now recognised as potentially contributing to our health, either as genuine risk factors to the development of a health condition or as factors influencing how we cope with injury or illness (Main et al., 2000; World Health Organization, 2001). In recognition that assessment of physical function and impairment alone are insufficient to provide a complete health profile for describing patient populations and detecting change, subjective views of health status, quality of life and patients' perspectives on their pain, disability and future prospects, are increasingly being measured in quantitative studies. Where this information would traditionally have been gleaned from the subjective examination, this data is now being measured in research and practice through the use of questionnaires. While psychometric testing ensures questionnaire test-retest reliability, and internal consistency and validity are established against other accepted measures (criterion validity) and population expected trends (construct validity), significant limitations exist with the variability of meanings of questions and depth of information that can be obtained from this format of data collection (Hunt, 1997; Mallinson, 2002). Despite convincing evidence from psychology and sociology that processes involved in interpreting questions and selecting answers are complex and non-uniform, a sur-

prisingly un-researched aspect of questionnaire validity is the shared understanding of questions and response options. Examples of these problems are highlighted in a study by Mallinson (2002) who investigated patients' understanding of questions and response options to the SF-36.

Balancing reporting research details and results

Confronted with a growing number of systematic reviews, based largely on what is typically labelled as methodologically limited research, practising clinicians face the daunting challenge of maintaining best practice based on best evidence when the evidence is still largely not available or is incomplete. Even when an RCT or systematic review can be located that investigates the condition of interest, numerous issues must be considered for the clinician to have confidence in the applicability of the findings to their patients.

While physiotherapy research continues to improve, greater care is needed in the reporting of research details, including patients' disability and pain experience perspectives, the therapeutic environment and the interventions themselves. Simple accounts of the type of intervention applied, such as mobilisation or stabilising exercises, without explanation of the sorts of assessment findings and associated reasoning used to guide treatment selection and progression, are insufficient to steer clinicians wishing to apply these interventions themselves. In the end, sufficient detail should be provided to enable others to understand the key indicators on which treatment decisions were based with sufficient contextual information regarding the therapeutic environment and manner in which interventions were delivered (educatively, behaviourally and humanistically) to give readers a sense of being observers of the therapy itself. Such "thick descriptions" of context are characteristic of research reporting from the qualitative paradigm and anything less than this is not a valid account of events and does not do justice to the real-life intricacies of clinical practice. This is illustrated in example provided by Linton (1998) where the way in which an early intervention for acute back pain was administered became the difference between a highly successful intervention and one that may have actu-

ally increased the problem. This would not be surprising to practicing clinicians who know well that the manner in which a therapy is provided is critical to its success.

In addition to greater reporting of research details, greater caution is needed in conclusions reached, especially in systematic reviews that openly critique the quality of research on which they report. At our recent Musculoskeletal Physiotherapy Australia conference in November 2003, the significance of psychosocial factors, or the so-called "Yellow Flag" risk factors to chronic pain and disability (Kendal, 1997; Watson and Kendall, 2000) was challenged on the basis of a systematic review of 15 prospective studies, five of which investigated prognostic indicators in patients with acute low back pain (Pengel et al., 2003). The conclusion from the review, and the message delivered at the conference, was that the significance of these factors in predicting chronicity has been overstated and those in the audience were discouraged from placing much significance on their screening or management. However, another systematic review similarly investigating the prognostic strength of psychosocial factors, also using prospective studies but including studies with populations having no history of back pain, populations with acute back pain and populations with chronic back pain, reached essentially the opposite conclusion that psychosocial risk factors are an important variable influencing chronicity (Linton, 2000).

Clinicians reading reviews and listening to review reports in conferences deserve a more complete account of the range of evidence both supporting and not supporting a particular construct or management approach before arguments are put forward for a particular case. Care is needed not to confuse "no evidence of effect" with "evidence of no effect" and conclusions made on the basis of methodologically poor studies need to be limited to the former. In the presence of insufficient evidence, attempts to dissuade clinicians from applying the construct or intervention investigated should be avoided. This seems particularly important in research of psychosocial factors where current psychosocial assessment/data collection is limited to questionnaires incapable of elucidating an individual's full pain/disability experience.

The importance of clinical reasoning to applying research evidence and managing patients that fall outside the available evidence

While further research is needed to explore what constitutes expertise, the requirement to draw on expert opinion and personal experience-based evidence in order to apply the results of research is enormous. Evidence-based practice requires professional judgement and sound clinical reasoning. Reasoning is needed to evaluate the quality of evidence, to apply that evidence and to manage those patients whose unique clinical presentation fall outside the population characteristics where evidence does exist, or what Schön (1983) calls the grey zones of practice. Most patient problems are multifactorial, often with more than one source of pain or impairment and typically with their own unique mix of environmental, psychosocial and physical contributing factors. Evidence-based practice is not cook-book practice and therapists need a holistic understanding of health and disability and appropriate knowledge and skill in clinical reasoning if they are to successfully and critically apply the evidence that is available from both research and their own experiences. Models of health and disability described by the World Health Organisation (2001), Gifford (1998) and Main et al. (2000) are discussed as important to assist therapists' conceptions of the multiple determinants of health and their application of research evidence to practice.

To assist therapists to transfer these conceptual models to actual decision making in practice, the concept of "Hypothesis Categories" is put forward to represent the categories of decisions needed when taking into account the multiple factors that can contribute to an individual's pain or disability experience (Jones and Rivett, 2004). Physiotherapy research and the clinical guidelines that emanate from this research, assist clinicians to recognise clinical patterns of presentation along with general, and sometimes more specific, strategies of management. It is then up to the clinician to use their knowledge of this evidence along with their reasoning and therapeutic skills to apply, and as required, modify it, for their own patients. Where evidence is lacking clinicians must draw on their own experiences minimising error by adopting cri-

tical and reflective reasoning processes. Just as the models of health and disability and the hypothesis categories can assist clinicians in applying research findings to clinical practice, so too can greater awareness of the focus of your reasoning throughout your interactions with your patients assist your application of research results and management of those patients for whom formal research investigating their presentation is still lacking. Clinical reasoning strategies used by expert physiotherapists identified in a qualitative study are discussed and the distinction between understanding and managing the patient's physical problem to effect change (requiring biomedically driven cause and effect thinking and action, or "diagnostic reasoning" and "procedural management" versus understanding and interacting with the person to effect change (requiring biopsychosocially driven "narrative reasoning" and "communicative management") is highlighted (Edwards, 2001; Edwards et al., 2004). A parallel between these directions of thinking and action in practice and the quantitative and qualitative research paradigms that inform practice exists such that diagnostic reasoning is carried out through the hypothetico-deductive process analogous to the empirico-analytically based quantitative research paradigm. In contrast, narrative reasoning is closely aligned to the interpretive qualitative research paradigm. In practice expert clinicians regularly move between these two key areas of thinking through all aspects of their assessment and management (Edwards et al. 2004). While the quantitative and qualitative research paradigms have much to offer on their own, multi-method research that integrates both paradigms, similar to how therapists operate in the real world of clinical practice, also has much to offer.

Promoting change in practice

Linton (1998) highlighted one of the greatest challenges of evidence-based practice is to facilitate change in practice behaviour when new evidence is available. The development of practice guidelines is steadily increasing. For example, Maher (2003), in a keynote address at our recent MPA conference, provided statistics from the physiotherapy-evidence database illustrating a steady increase in low back pain research and subsequent practice guidelines

with 422 RCTs, 98 systematic reviews and 19 published practice guidelines. However, published research and practice guidelines alone are insufficient to promote change in practice. Keeping abreast of current evidence is challenging in itself and instituting genuine change in practice standards is particularly difficult in today's economic climate. In fact a paradox of good practice has always been the

cost associated with quality care. Practical suggestions for promoting change in practice are suggested and the more formal process of clinical practice benchmarking (Ellis, 2000) is explained.

References

Se på hjemmesiden: www.muskuloskeletal.dk

Eksamen Del 1 og Del 2

Endnu engang var der sommerfugle i maven og grøn dug på bordene. Eksamen var sat til den 15. maj, første dag efter den kongelige bryllupsstorm havde lagt sig, og den offentlige trafik igen var normaliseret! Scenen var Fysiocenter Roskilde og de medvirkende var fysioterapeuter fra både Danmark og Norge. I alt var der 10 til eksamen, og de blev skrappt vurderet af 4 fysioterapeutiske censorer og 1 eksternt lægelig censor. Kun en dumpede og alle andre bestod med flot resultat.

Fra bestyrelsen og hele undervisningsgruppen ønsker vi jer et stort tillykke med de veloverståede eksaminer.

Følgende har bestået del 1 eksamen og må bruge titlen Exam.MT:

1. Claus Rath
2. Rolf Birkholm Clausen
3. Ann-Louise Lindecrona Kiær
4. Mogens Dam
5. Bo Larsen
6. Ole Helles
7. Jesper Ottosen

Følgende har bestået Del 2 og må benytte titlen Dip.MT

1. Rita Vegner
2. Anette Diget



Ovenstående billeder er stemningsbilleder fra dagen samt nogle af de glade eksaminater.

Kinetic Control & MACP

**2nd International Conference
on Movement Dysfunction
Pain and Performance:
Evidence and Effect**

23–25 September 2005 ● Edinburgh, UK

Join international delegates and speakers to share ideas and review current research and clinical developments in the field of movement and stability dysfunction.

Keynote speakers

Ann E Barr, <i>USA</i>	Pete O'Sullivan, <i>Australia</i>
Sean Gibbons, <i>Canada</i>	Darren Rivett, <i>Australia</i>
Paul Hodges, <i>Australia</i>	Maureen Simmonds, <i>UK</i>
Scott M Lephart, <i>USA</i>	Michele Sterling, <i>Australia</i>

Guest Lecturers and Workshop Leaders

Cathy Barrett, <i>UK</i>	Gwen Jull, <i>Australia</i>
Sarah Burnett, <i>UK</i>	Ann Moore, <i>UK</i>
Michael Callaghan, <i>UK</i>	Lorimer Moseley, <i>Australia</i>
Yvonne Coldron, <i>UK</i>	Nicola Phillips, <i>UK</i>
Mark Comerford, <i>Australia</i>	Annelies Pool-Goudzwaard, <i>The Netherlands</i>
Patricia Dolan, <i>UK</i>	Neil Reeves, <i>UK</i>
Neil Fowler, <i>UK</i>	Paulette Van Vliet, <i>UK</i>
Jane Greening, <i>UK</i>	

Pre-conference courses will be running from
21–22 September 2005

Call for papers

Papers are invited for oral and poster presentation at the conference. Abstracts should be submitted online at www.kcmacp-conference2005.com by 15 January 2005.

For further information

Nina Woods
Kinetic Control & MACP Conference Secretariat
Tel: +44 (0) 1865 843297
Fax: +44 (0) 1865 843958
Email: n.woods@elsevier.com

Hosted by:



Administered and
sponsored by:



www.kcmacp-conference2005.com

Generelt for kurserne

Sted: Comwell Kolding, Skovbrynet 1, 6000 Kolding. Tlf. 76 34 11 00.

Kursusafgift: Er anført under de enkelte kurser. For kurser, som ikke er medlem af DSMM, Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi eller McKenzie Institut Danmark, vil der være et administrationsgebyr på 500 kr. For Basiskursus, Columna, er prisen dog den samme for alle faggrupper, idet dette kursus er et introduktionskursus.

Der indbetales depositum på 1.000 kr. hvilket sikrer plads på kurserne. Ved skriftlig framelding senest 2 måneder før kursusstart tilbagebetales halvdelen af depositumbeløbet.

Kursussekretær: Birthe Skov, Comwell-Kolding, Skovbrynet 1, 6000 Kolding. Tlf. 76 34 11 00.

Tilmelding: Skriftlig til kursussekretæren. Optagelse finder sted i den rækkefølge, tilmeldingerne modtages.

Anvend venligst tilmeldingsblanketterne i bladet, (fotokopi eller e-mail).

Kursusarrangør: DSMM's uddannelsesudvalg.

DSMM's lærerstab:

Professor, dr.med. Henning Bliddal, 2000 Frederiksberg
Speciallæge Lisbeth Wemmelund, 8270 Højbjerg
Overlæge Johannes Fossgreen, 8270 Højbjerg
Speciallæge Allan Gravesen, 4220 Korsør
Speciallæge Torben Halberg, 2760 Måløv
Speciallæge Steen Hecksher-Sørensen, 8700 Horsens

Overlæge Palle Holck, 8000 Århus C
Speciallæge Niels Jensen, 2760 Måløv
Speciallæge Finn Johannsen, 2820 Gentofte
Speciallæge Jørgen Korsgaard, 2960 Rungsted,
Speciallæge Lene Krøyer, 2800 Lyngby
Speciallæge Palle Lauridsen, 5800 Nyborg
Speciallæge Gerd Lyng, 3770 Allinge
Speciallæge Jette Parm, 4400 Kalundborg
Overlæge Glen Gorm Rasmussen, 9000 Aalborg
Overlæge, dr.med. Lars Remvig, København
Speciallæge Berit Schiøttz-Christensen, 8000 Århus
Speciallæge Pierre Schydrowsky, 3500 Værløse
Speciallæge Peter Silbye, 4600 Køge
Speciallæge André Soos, 6100 Haderslev
Speciallæge Lars Faldborg, 8300 Odder

Associerede lærere:

Professor, dr.med. Kristian Stengaard-Petersen
Overlæge, dr.med. Bente Danneskiold-Samsøe

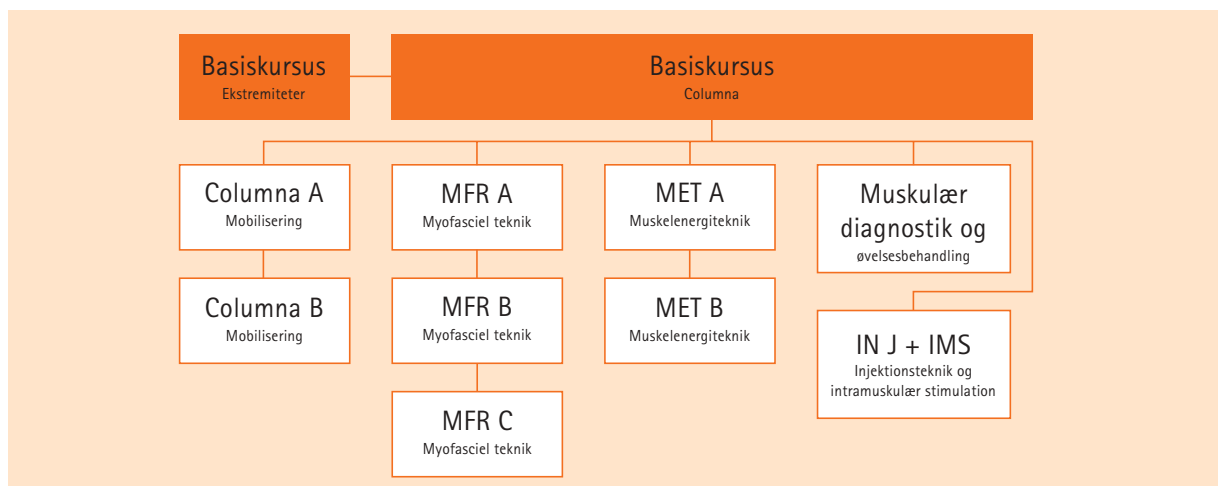
DSMM's uddannelsesudvalg:

Niels Jensen, formand
Palle Lauridsen, sekretær
Henning Bliddal, Steen Hecksher-Sørensen,
Lisbeth Wemmelund

Tilmeldingsblanket

kan rekvireres hos kursussekretær
Birthe Skov, Comwell Kolding
Skovbrynet 1, 6000 Kolding
Tlf. 76 34 11 00

Eller via internetadressen www.dsmm.org



DSMM Kursuskalender – 2004–2005

Kursus:	Tidspunkt: (start 1. dag kl. 9.00, slut sidste dag kl. 16.00)	Kursuspris (se nedenfor):	
		Medlemmer	Ikke-medlemmer
■ MET B	3.–6. september	kr. 9.400,-	kr. 9.900,-
■ Basiskursus i muskuloskeletal medicin	26.–28. november	kr. 7.600,-	
■ Nyt Nålekursus – nu også med IMS og akupunktur	21. –23. januar 2005	kr. 7.600,-	
■ Muskulær diagnostik og øvelsesbehandling Afholdes på Club La Santa, Lanzarote	28. januar–4. februar 2005	kr. 6.900,- Hertil kommer kr. 7.000,- til rejse og ophold	

Basiskursus, Columna og Basiskursus, ekstremiteter: Prisen er inkl. lærebog og kursusmateriale.
Kursus i muskulær diagnostik og øvelsesbehandling: Prisen er inkl. rejse og ophold med helpension samt rejseforsikring og særligt kursusmateriale.

Prisen for medlemmer er gældende for følgende faggrupper:

- Medlemmer af DSMM
- Medlemmer af Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Manuel Terapi
- Medlemmer af McKenzie Institut Danmark

Prisen for ikke-medlemmer gælder øvrige faggrupper.

Forskellen mellem de to kursusr priser skal betragtes som et administrationsgebyr for kursister, der ikke er medlemmer af de nævnte faggrupper.

Kalenderen opdateres på www.dsmm.org

TILMELDINGSBLANKET til DSMM-kurser 2004–2005:

Jeg tilmelder mig herved bindende de ovennævnte kurser, som jeg har afkrydset.

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Telefon: _____

Jeg er medlem af: DSMM McK MT-gr.

Jeg tilhører følgende fraktion: P.L.O FAS FAYL

Depositum indsender jeg inden for 1 uge efter modtagelsen af optagelsesbekræftigelse på kurset/kurserne, og restbeløbet skal være foreningen i hænde senest 6 uger før påbegyndelse af kursus.

Dato: _____

Underskrift: _____

Tilmeldingsblanketten sendes til :

Birthe Skov, Comwell Kolding, Skovbrynet 1,
6000 Kolding. Sammen med check på beløbet.



Kursuskalender – 2004

Sted:	Kursus:	Tidspunkt:
■ La Santa Lanzarote	Kinetic Control: Lx/truncus – Pilates – ryg-styrketræning	27. august–3. september
■ København	Trin 2 A 1. del 2. del	5.–7. september 19.–20. september
■ Vejen	Muscle Energy Technique 1: Intro/pelvis/col.lumb.	10.–11. september
■ Vejen	Treating the problem patient (MET)	15.–16. september
■ Vejen	Muscle Energy Technique 2: Col. thor. og costae	18.–19. september
■ Roskilde	Evt. Re-eksamen	18.–19. september
■ København	Trin 3 B (Mob 2)	10.–12. oktober
■ Vejen	Trin 1 A 1. del 2. del	29.–31. oktober 12.–14. november
■ København	Trin 1 B 1. del 2. del	31. oktober–2. november 14.–15. november

Kalenderen opdateres på: www.muskuloskeletal.dk

KURSER

Diagnostik og mobilisering af Columna C, T og overekstremiteter – Trin 1, Kursus B

Sted: Plantagevej 2B, 6600 Vejen.
 Deltagere: Fysioterapeuter, der har gennemført Trin 1, kursus A.
 Tid: 1. del: 25.–27. februar.
 2. del: 18.–20. marts 2005.

Diagnostik og mobilisering af Columna L, pelvis og underekstremiteter – Trin 1A

Sted: Løjtegårdsvej 157, 2770 Kastrup.
 Tid: 1. del: 27. febr.– 1. marts.
 2. del: 13.–14. marts 2005.

Diagnostik og mobilisering af Columna C, T og overekstremiteter – Trin 2, Kursus B

Sted: Plantagevej 2B, 6600 Vejen.
 Deltagere: Fysioterapeuter, der har gennemført Trin 1, kursus A og B.
 Tid: 1. del: 1.–3. april.
 2. del: 15.–17. april 2005.

Gældende for alle tre kurser:

Undervisere: Medlemmer af MT-gruppens undervisningsgruppe.
 Kursuspris: Kr. 6200,-
 Kursusform: Externat.
 Tilmelding: Senest d. 3. januar 2005 på tilmeldingsblanket fra Fysioterapeuten til Inger Skjærbæk, Rønnebær Allé 2, 3000 Helsingør.
 Tilmelding kan foretages over e-mail: ingerskj@post10.tele.dk
 Angiv navn, adresse, telefonnumre og medlemsnr. i DF, eller via MT-gruppens hjemmeside: www.muskuloskeletal.dk
 Betaling: Beløbet kan sættes ind på MT-gruppens kursuskonto i Nordea Stengade 45, 3000 Helsingør. Konto nr. 2255 1905637077 eller sendes som crosset, udateret check sammen med tilmeldingen.
 NB: Kursusbeløbet skal være indsat senest d. 3. januar for at tilmeldingen tages i betragtning.

National participants

Conference fee SEK 3600 (VAT SEK 720, lunches, dinner and congress book incl).

After October 10, SEK 4500 (VAT SEK 900 incl).

With payment provide participant's name, company name, address to pg 78 81 17-0.

Please include the name »Whiplash Conference« on the payment sheet.

Upon payment send an e-mail to Christina Jacobsson at address: cjo@hig.se

and a confirmation mail will be returned to you when your payment has been processed.

International participants

Conference fee SEK 3600 (390) (VAT SEK 720/ 78, lunches, dinner and congress book incl).

After October 10, SEK 4500 (490) (VAT SEK 900/ 98 incl).

Payment to our bank: SEB, Gävle

IBAN: SE65 5000 0000 0543 9100 5425

BIC-code: ESSE SESS

VAT. No: SE202100289001

With payment provide participant's name, company name, address and VAT-number if available.

Please include the name »Whiplash Conference« on the payment sheet.

Upon payment send an e-mail to Christina Jacobsson at address: cjo@hig.se

and a confirmation mail will be returned to you when your payment has been processed.

Hotel

Rooms are available at Park Inn Gävle.

Website: www.parkinn.se

Single room SEK 891 per night (breakfast and VAT included)

To reserve a room at Park Inn Gävle for the meeting please mail, fax or phone the hotel.

E-mail: info.gavle@rezidorparkinn.com

Fax: +46 (0)26 647029

Phone: +46 (0)26 647000

When you make a room reservation please mention the booking number

DW644 – whiplash conference



International Congress on Chronic Pain and Dysfunction after Whiplash and Other Traumatic Neck Injuries

Centre for Musculoskeletal Research, University of Gävle, arranges this International Congress October 28–29, 2004 in Gävle, Sweden.

The congress will focus on neuro-physiological consequences on neck injuries, new possibilities of diagnosis and treatment.

Lectures will be given by 17 of the foremost international specialists.

Key note speakers:

Eckhard Volle, Germany

Abbas Montazem, Germany

Lars Arendt-Nielsen, Denmark

Per-Olof Eriksson, Sweden

Lars Ödkvist, Sweden

Trond Stokke, Norway

Eythor Kristjansson, Iceland

Full programme and information Web site:

www.bsc.hig.se/whiplash

Contact majken.rahm@hig.se

To rent a place to show your own exhibits, please

contact Birgitta Thunström

e-mail btm@hig.se Tel: (+46)26-648532

Congress fee: Before October 10, SEK 3600 (390) incl VAT, lunches, dinner and congress book.

Fee after October 10, SEK 4500 (490)



**DANSK SELSKAB FOR
MUSKULOSKELETAL MEDICIN**

Bestyrelse:

Formand:

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Værftet 1, 1.

4220 Korsør

Tlf. 58 37 00 63

E-mail: allan.gravesen@dadlnet.dk

Næstformand:

Speciallæge, ph.d.

Pierre Schydrowsky

Bymidten 12 B

3500 Værløse

Tlf. 44 48 15 07

E-mail: schydrowsky@dadlnet.dk

Sekretær:

Speciallæge i almen medicin

Jette Parm

Strandstræde 2

4400 Kalundborg

Tlf. 59 51 00 66

E-mail: jette.parm@dadlnet.dk

Kasserer:

Speciallæge i almen medicin

Peter Frost Silbye

Røglebakken 4

4320 Lejre

Tlf. 56 65 90 40

DSMM giro 809 6414

E-mail: peter_silbye@dadlnet.dk

Medlemmer:

Formand for Uddannelsesudvalget

Speciallæge i almen medicin

Niels Jensen

Måløv Hovedgade 69

2760 Måløv

Tlf. 44 65 54 43

Fax 44 65 54 05

E-mail: niels.jensen@dadlnet.dk

Speciallæge i reumatologi

Finn Elkjær Johannsen

Stauenholtvej 33

3520 Farum

Tlf. 44 95 49 40

E-mail: f.e.johannsen@dadlnet.dk

www.dsmm.org/bestyrelse.htm

Overlæge, speciallæge i reumatologi

Palle Holck

Medicinsk afdeling

Falkevej 1-3

8600 Silkeborg

Tlf. 87 22 21 00

E-mail: palle.holck@dadlnet.dk

Økonomiudvalg:

Speciallæge i almen medicin

Peter Frost Silbye

Speciallæge i almen medicin

Niels Jensen

Nordisk kontaktudvalg:

Speciallæge i almen medicin

Peter Frost Silbye

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Uddannelsesudvalget:

Formand:

Speciallæge i almen medicin

Niels Jensen

Speciallæge i almen medicin

Lisbeth Wemmelund

Oddervej 97

8270 Højbjerg

Tlf. 86 27 00 11

E-mail: lisbeth@wemmelund.net

Speciallæge i almen medicin

Palle Lauridsen

Kystvej 18

5800 Nyborg

Tlf. 65 31 31 91

E-mail: p.lauridsen@dadlnet.dk

Speciallæge i almen medicin

Steen Hecksher-Sørensen

Åboulevarden 78

8700 Horsens

Tlf. 75 61 13 55

E-mail: steen.hecksher@dadlnet.dk

Professor, overlæge, dr.med.

Henning Bliddal

Reumatologisk Klinik

Frederiksberg Hospital

Ndr. Fasanvej 57-59

2000 Frederiksberg

Tlf. 38 16 38 16

E-mail: bli@dadlnet.dk

Videnskabeligt udvalg:

Overlæge, speciallæge i reumatologi

Palle Holck

Overlæge, dr.med.

Lars Remvig

Klinik for Medicinsk Ortopædi

og Rehabilitering

H: S Rigshospitalet 7611, T9,

Blegdamsvej 9

2100 København Ø

E-mail: remvig@rh.dk

Afdelingslæge,

Overlæge

Berit Schiøttz-Christensen

Reumatologisk afdeling

Århus Kommunehospital

Tlf. 89 49 33 33

E-mail: berit@dadlnet.dk

Speciallæge i reumatologi

Finn Johannsen

Professor, overlæge, dr.med.

Henning Bliddal

Redaktionsudvalget:

Formand:

Speciallæge i almen medicin

Gerd Lyng

Kæmpestranden 21

3770 Allinge

Tlf. 57 48 13 21

E-mail: gerd_lyng@dadlnet.dk

Overlæge, speciallæge i reumatologi

Palle Holck

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

PR-udvalg:

Speciallæge i almen medicin

Gerd Lyng

Overlæge, speciallæge i reumatologi

Palle Holck

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Specialepolitisk udvalg:

Overlæge, dr.med.

Lars Remvig

Speciallæge i reumatologi, ph.d.

Pierre Schydrowsky

Overlæge, ph.d.

Berit Schiøttz-Christensen

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Kursussekretær:

Birthe Skov

Tlf. 76 34 11 00

Fax 76 34 13 00



DANSKE FYSIOTERAPEUTERS
FAGFORUM FOR
MUSKULOSKELETAL TERAPI

Formand:

Niels Honoré

Rebikkavej 9

2900 Hellerup

Tlf. 46 35 71 96

E-mail: nh@fysiocenter.dk

Næstformand:

Flemming Enoch

Løjtegårdsvej 157

2770 Kastrup

Tlf. 32 52 35 60

Sekretær:

Dorthea Petersen

Gyvelvej 38

6621 Gesten

Tlf. 75 55 73 95

Kasserer og medlemskartotek:

Aase Troest

Lobeliavej 5

8541 Skødstrup

Tlf. 86 22 88 60

E-mail: aastroest@mail.dk

Bestyrelsesmedlemmer:

Inger Birthe Bjørnlund

F.F. Ulriksgade 24

2100 København Ø

Tlf. 39 18 64 96

Vibeke Laumann

Bakkedraget 49

3460 Birkerød

Tlf. arb. 44 44 11 15

Tlf. priv. 45 81 28 74

E-mail: vibeke.laumann@mail.dk

M.Sc.PT.

Christian Couppé

TEAM DANMARK

Idrættens Hus

2605 Brøndby

E-mail: cc@teamdanmark.dk

Tlf. 26 58 68 18