



MUSKULOSKELETAL

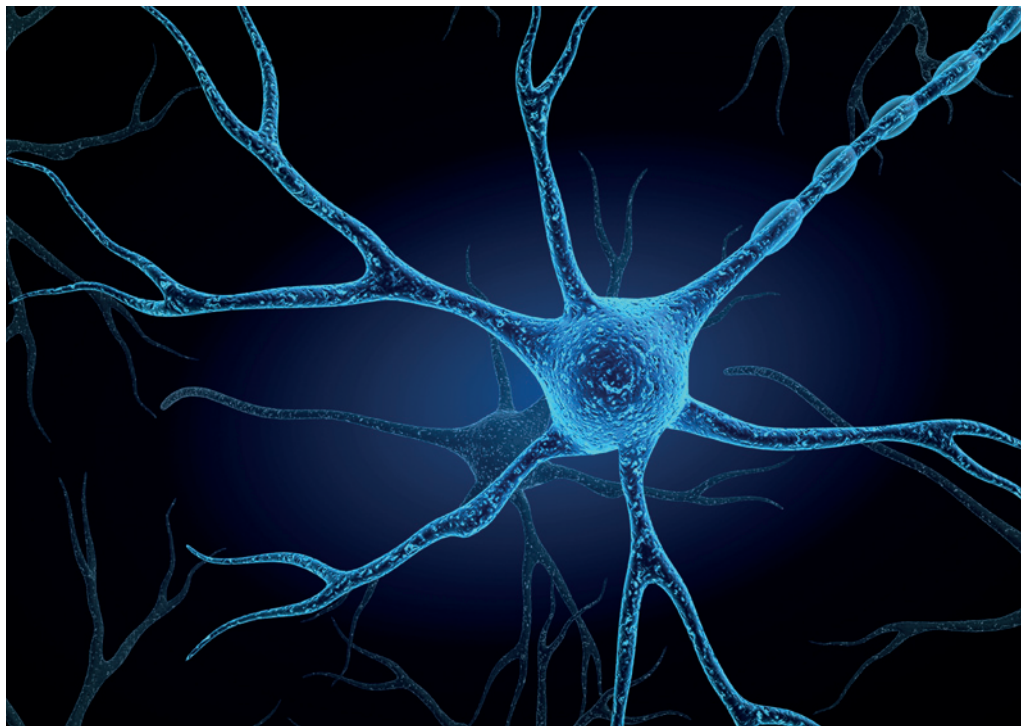
FYSIOTERAPI er et speciale i fysioterapi, som omhandler diagnostik, forebyggelse og behandling af lidelser i ryg og bevægeapparat.

Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi

- Uddanner
- Afholder kurser
- Indhenter, implementerer og formidler viden
- Kvalitetsudvikler
- Akkrediterer og kvalitetssikrer
- Er Danmarks medlemsorganisation (MO) af det internationale forbund IFOMPT under WCPT

INDHOLDSFORTEGNELSE

- 1 The double crush syndrome revisited
- 4 Klassifikation af personer med uspecifikt lænderygsbesvær
- 6 Referat fra temadage med Peter O'Sullivan, 2.-3. maj 2012, Rygcenter Ringe Middelfart
- 7 Temadag: Rundt om Bækkenet
- 8 Kurser og events



The double crush syndrome revisited

A Delphi study to reveal current expert views on mechanisms underlying dual nerve disorders. Annina B. Schmid, Michel W. Coppieters; Manual Therapy 16 (2011) 557e562.

Resume af Jeppe Thue Andersen, MaMT og specialist i muskuloskeletal fysioterapi

Double crush syndromet. »Findes det« – og hvad er i så fald mekanismen bag

I en artikel i Manual Therapy Journal fra efteråret 2011 skriver Coppieters & Schmid om double crush syndromet. Artiklen er baseret på en delphi undersøgelse, med deltagelse af 16 internationale eksperter i perifere neurale problematikker, her i blandt professor Troels Staehelin Jensen fra Århus Universitet.

På trods af megen debat om – samt manglende dokumentation for evidensen af – double crush hypotesen, anvendes den fortsat til at forklare årsagen til nervesmerter hos nogle patienter. Hypotesen som beskriver, at nerveskade et sted gør

nerver disponeret for at udvikle skader andre steder i dens forløb, er første gang beskrevet i 1973. En væsentlig årsag til at hypotesen blev beskrevet, var den højere prævalens af cervical radiculopati som blev observeret hos patienter med carpal tunnel syndrom (CTS).

På trods af, at der er epidemiologiske studier som indikerer, at der kan være en sammenhæng mellem cervical radiculopati og CTS, så er forsats ikke enighed om at det kan relateres til double crush syndromet, som stadig ansues med skepsis blandt nogle forskere og klinikere. Yderligere er der ikke konsensus om mekanismen bag double

FORTSÆTTES SIDE 2 >



REDAKTIONEN

Martin B. Josefsen, redaktør
(ansv.). Muskuloskeletal
Fysioterapeut, DipMT,
mbj@rygfys.dk.

Jeppe Thue Andersen, faglig
medredaktør. Specialist i
Muskuloskeletal Fysioterapi,
MaMT.

Arne Elkjær, PR. Muskuloske-
letal Fysioterapeut, DipMT.

ANNONCEINFORMATION

Se web eller mail til
mbj@rygfys.dk

BLADET MF ONLINE

www.muskuloskeletal.dk/
fagblad

ISSN tryk: 1902-9977
ISSN web: 1902-9985

MT-NYT (ONLINE NYHEDER)

www.muskuloskeletal.dk
(Fag og forskning / MT-Nyt)

FIND BEHANDLER



FAGBLADET ONLINE



MT-NYT ONLINE



Leder

Debat om koncepter

I Fysioterapeuten 5_2012 og på fysio.dk lægger to artikler op til debat omkring koncepter i fysioterapi, herunder koncepter indenfor det muskuloskeletale område. Har koncepter nogen værdi, og hvad kan og skal vi bruge dem til, er nogle af spørgsmålene. Endvidere foreslås det, at evidensen skal være første prioritet og at kendskab til koncepter allerede skal være på grunduddannelsen – eller på den nye kandidatuddannelse i fysioterapi.

Overordnet set er DFFMF af den holdning, at man for at specialisere sig indenfor et fysioterapeutisk felt ikke kan nøjes med fordybelse i en afgrænset metode eller koncept. Netop derfor arbejder vi fortløbende på at udbyde en muskuloskeletal uddannelse, som favner bredt i det muskuloskeletale speciale. Der integreres flere metoder og tilgange, som samlet set giver klinikerne multiple redskaber til en individuel tilpasset undersøgelse og behandling, der baserer sig på evidens, patientens præferencer og klinisk ekspertise – i en klinisk ræsonneringsproces.

Enkelte koncepter er velfunderede indenfor deres eget felt og bidrager med god viden indenfor det felt. En udfordring for enkelt-koncepter er at undgå protektionisme og budskaber om

»ejerskab« af særlige tilgange. Samt at undgå »skyklapper« når man kigger på værdien af konceptets egne metoder versus andre tilgange. Det er set før i mange sammenhænge. Der findes ikke bestemte mobiliserings-, undersøgelses- eller øvelsestilgange, som er forbeholdt enkelte koncepter eller professionelle udøvere. I dag er vidensdeling nøgleordet. Hvis alle fagudøvere påstår de praktiserer »best practice« ville alle i princippet mestre de samme redskaber.

En udfordring for den enkelte kliniker er, at der er mange kursusudbud. Det er vigtigt at være kritisk og bevidst om hvad man får og hvad man mangler hvis man går efter kompetenceudvikling.

Hvis målet er specialisering indenfor et fysioterapeutisk felt kan det ikke rummes på grunduddannelsen eller den nuværende brede kandidatuddannelse i fysioterapi. Specialisering kræver et målrettet og omfattende forløb, indenfor specialet, som bl.a. udvikler klinisk, kritisk ræsonnering og praktiske færdigheder. Uanset om uddannelsen er placeret i universitetsregi eller direkte under et fagligt selskab. Placering af uddannelsen afhænger bl.a. af de mest optimale forhold for at kunne skabe det bedste uddannelsesprogram, med det overordnede mål for øje: at uddanne højt kompetente specialiserede klinikere indenfor det enkelte speciale.

God læring, udvikling og god sommer

Martin B. Josefsen

FORTSAT >

crush syndromet, hos dem som anerkender syndromet. Forskellige plausible mekanismer er blevet beskrevet, som; påvirkning af axonal transport, nedsat intraneural mikrocirkulation og ændring i den mekaniske neurodynamik. De beskrevne mekanismer er dog alle mere end 10 år gamle, og den nye viden som smerteforskning siden har genereret har ifølge forfatterne ikke ført til ændringer eller opdatering i beskrivelsen af double crush syndromet indenfor det fysioterapeutiske felt.

Deltagerne i delphi undersøgelsen blev adspurgt om (1) hvorvidt de anerkender at en nerveskade rent faktisk kan disponere nervesystemet for yderligere skade (double crush), samt (2) hvilke underliggende mekanismer som mest sandsynligt kan forklare dette fænomen.

Ved gennemgangen af studiets resultater fremgår det, at 59 % af de adspurgte mener, at en nerveskade/-problematik kan disponere til at der udvikles en sekundær neural problematik (double crush) i samme quadrant. 29 % af eksperterne bakker ikke op om double crush hypotesen, mens

12 % af eksperterne responderede, at de er »undecided« angående spørgsmålet – således hverken anerkender eller forkaster de double crush hypotesen. I resultatafsnittet ses yderligere, at eksperterne ved delphi processen har beskrevet 14 mulige mekanismer som kan føre til, at en nerveskade forårsager en sekundær nerveskade, altså et double crush. Ni af de 14 mekanismer er nye, og er ifølge forfatterne ikke tidligere anvendt i beskrivelsen af double crush syndromet (tabel 1). I den sidste af delphi undersøgelsens tre faser, blev deltagerne bedt om at vurdere gyldigheden for hver af de 14 beskrevne mekanismer på en 10-point Likert skala. Skalaen gik fra scoren 1 (overhovedet ikke sandsynlig) til 10 (meget sandsynlig). Af eksperternes besvarelse fremgår det, at fire af mekanismerne meget sandsynligt (median >7) kan bidrage til double crush syndromet. Syv af de beskrevne mekanismer kan måske føre til double crush syndromet (median >4 – <7), mens de sidste tre mekanismer blev vurderet at være usandsynlige (median <4) i udviklingen af double crush (tabel 1).

Mekanisme	Score på 1-10 Likert skala (median)	Kendt eller ny mekanisme til beskrivelse af double crush
Meget sandsynlige mekanismer		
Påvirkning af axonal transport	9,0	Kendt (gammel) mekanisme
Op/nedregulering af ion-kanaler	7,5	»ny« mekanisme
Immun / inflammatorisk reaktion i dorsal ganglier	7,0	»ny« mekanisme
Dannelse af neuromaer (neuroma-in-continuity)	7,0	»ny« mekanisme
Sandsynlige mekanismer		
Central sensitivering	6,5	»ny« mekanisme
Ændret mekanisk neurodynamik	6,5	Kendt (gammel) mekanisme
Kognitive faktorer	6,0	»ny« mekanisme
Inflammatorisk reaktion perifer nerve	5,0	»ny« mekanisme
Inflammatorisk reaktion medulla spinalis	5,0	»ny« mekanisme
Ændret intraneural mikrocirkulation	5,0	Kendt (gammel) mekanisme
Ændring i motoriske strategier	5,0	Kendt (gammel) mekanisme
Ikke sandsynlige mekanismer		
Dorsal rods refleks	4,0	»ny« mekanisme
Ændret nerveledning (konduktion)	3,0	Kendt (gammel) mekanisme
Inflammation »højere centre«	2,5	»ny« mekanisme

Opsamling/afrunding

Delpi studiet af Schmid & Coppetiers bidrager med relevant viden om et komplekst emne. Inputene og kommentarer fra de adspurgte eksperter opdaterer med gennemgangen double crush syndromet – med en vurdering af plausible mekanismer samt forkastelse af gamle teorier, som med udviklingen inden for smerteforskningen

kan forkastes. Som det fremgår af teksten er der dog stadig 29 % af de adspurgte eksperter som ikke anerkender double crush teorien, ligesom der er beskrevet mange mulige mekanismer for udviklingen af syndromet. Der er således på nuværende tidspunkt stadig meget vi ikke ved om syndromet og yderligere forskning er derfor nødvendig.

facebook®

www.facebook.com/muskuloskeletal

Find os på facebook – del dine oplevelser, skab netværk samt opret læse- og supervisorsgrupper.

"I like"

PROJEKTLEDER

Per Kjær

FORFATTERE

Per Kjær
Alice Kongsted
Tom Petersen
Kristian Larsen
Lene Skytte
Kasper Ussing
Flemming Enoch

UDGIVELSE

Muskuloskeletal.dk
eBook

SPONSORER

Danske Fysioterapeuters
Fagforum for Muskuloskeletal
Fysioterapi
Fonden til fremme af fysiotera-
peutisk forskning, uddannelse,
information mv

HØRING

13 januar til 1 marts 2012

FORMIDLING

Nordisk Kongres 2011
Temadag om Klassifikation
SDU januar 2012
Fagfestival for Fysioterapeuter
2012
Workshops ultimo 2012

Uddannelsen i
Muskuloskeletal
Fysioterapi –
muskuloskeletal.
dk/uddannelse



Klassifikation af personer med uspecifikt lænderygbesvær

Ny rapport kortlægger evidensen bag de fem mest udbredte klassifikations-systemer. Alle systemer har gode rationaler, rimelig reproducerbarhed og er i et vist omfang underbygget med grundforskning. Den nuværende forskning kan ikke dokumentere, at brug af klassifikation som grundlag for behandling medfører bedre resultater for patienten end anden behandling.

Af **Per Kjær**, Senior Forsker, PhD, Muskuloskeletal Fysioterapeut, DipMT

Rapporten beskriver fem klassifikationssystemer, nemlig Quebec smerteklassifikation, Mekanisk diagnostik og terapi (MDT), strukturbaseret klassifikation (SK), tre forskellige systemer til træning af neuromuskulær kontrol (NMK systemer: 1) movement system impairment, 2) feed forward impairment og 3) movement and control impairment) og behandlingsrettet klassifikation (BRK).

Rapporten beskriver hvert system og dets praktiske anvendelse. Ligeledes gennemgår rapporten for hvert system den videnskabelige dokumentation for reproducerbarhed, sammenhæng med patoanatomy eller patofysiologi, effekt af behandling med systemet i forhold til behandling med andre systemer, specifik effekt af målrette behandling ifølge systemet og betydning for prognose. Tabel 1 nedenfor viser en oversigt over systemerne og arbejdsgruppens anbefalinger. Tabellen er stærkt simplificeret. I selve rapporten er der gjort rede for evidensen i detaljer.

Det er kun centraliseringsfænomenet i MDT, som systematisk viser god prognose. To af NMK systemerne og BRK viser god interobservatør overensstemmelse for de samlede systemer, selv om en række underliggende test er problematiske. MDT er undersøgt i flere reproducerbarhedsstudier. Selvom reproducerbarheden er god, er det problematisk at langt størsteparten klassificeres i gruppen derangement.

Især MDT og NMK har været afprøvet i randomiserede kliniske studier, hvor effekten af behandling ifølge systemet sammenlignet med andre interventioner er varierende, lille eller modstridende. Kun når der sammenlignes med ingen intervention, ser det ud til, at der kan være fordele. Det er værd at bemærke, at et så udbredt

system som movement system impairment (Shirley Sahrmann) ikke hidtil har været afprøvet i randomiserede kliniske studier.

Kun et enkelt studie indenfor MDT har set på effekten af at målrette behandling i forhold til retningspræference. Selvom studiet er problematisk, ser det ud til, at det er en fordel at behandle i korrekt retning i en specifik subgruppe. Flere studier indenfor BRK peger i retning af at det er bedre effekt af at behandle med den behandling, man har allokeret patienten til ved den indledende undersøgelse (manipulation, stabilisering eller retningspecifikke øvelser) frem for en ikke matchende behandling. Dette gælder især for anvendelse af manipulation (high velocity thrust), til de patienter som opfylder kriterierne.

Der er indlysende behov for ny forskning med brug af metoder, som tager hensyn til subgruppe klassifikation, før vi kan drage endelige konklusioner om, hvorvidt klassifikation er effektivt eller ej.

Derfor er det op til den enkelte behandler at træffe kliniske beslutninger om valg af klassifikationssystem og intervention på baggrund af en kombination af dokumenteret viden fra rapporten, egen viden og erfaringer, anamnesticke og kliniske fund ved undersøgelse af den enkelte patient samt patientens præferencer. Det er fortsat uvist om klassifikation øger kvaliteten i patienthåndteringen, men klassifikations tankegangen kan guide terapeuten til en systematisk vurdering af patienter og til at træffe velbegrundede beslutninger omkring behandling.

Tabel 1. Oversigt over anbefalinger af klassifikationssystemer indenfor fem domæner baseret på underliggende evidens (se rapport). Rød: ingen studier eller evidens imod, kan ikke umiddelbart anbefales; Gul, nogen men modstridende evidens, kan anbefales og anvendes med omtanke, Grøn, god evidens, som formentlig ikke vil ændre sig, kan anbefales. De blanke felter betyder, at dette domæne ikke er relevant for systemet.

System	Enighed mellem klinikere	Sammenhæng med patoanatomie eller patofysiologi	Effekt af behandling med det samlede system versus anden behandling	Specifik effekt af at målrette behandling i følge systemet	Betydning for prognose
Quebec (1)					
Mekanisk Diagnostik og Terapi (2)					
Strukturbaseret Klassifikation (3)					
Movement System Impairment (4)					
Feedforward Impairment (5)					
Movement and Control Impairment (6)					
Behandlingsrettet Klassifikation (7)					

1. Spitzer WO, LeBlanc RE, Dupuis MS. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. In Monograph for Clinicians: Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. Spine. 1987(12):s16-s21.
2. McKenzie RA, May S. The Lumbar Spine: Mechanical Diagnosis & Therapy. Waikanae, New Zealand: Spinal Publications; 2003.
3. Petersen T, Laslett M, Thorsen H, Manniche C, Ekdahl C, Jacobsen S. Diagnostic classification of non-specific low back pain. A new system integrating patho-anatomic and clinical categories. Physiotherapy Theory & Practice. 2003;19(4):213-37.
4. Sahrman SA. Diagnosis and Treatment of Movement Impairment Syndromes. St. Louis: Mosby; 2002.
5. Richardson CA, Jull G, Hodges PW, Hides JA. Therapeutic Exercise for Spinal Segmental Stabilization in Low back Pain. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1999.
6. O'Sullivan P. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. Man Ther. 2005 Nov;10(4):242-55.
7. Fritz JM, Cleland JA, Childs JD. Subgrouping patients with low back pain: evolution of a classification approach to physical therapy. J Orthop Sports Phys Ther. 2007 Jun;37(6):290-302.

**12TH INTERNATIONAL FORUM
ON BACK PAIN RESEARCH IN
PRIMARY CARE – ODENSE**
16.-19. oktober 2012
www.lbpforum.org

**8th Interdisciplinary World Congress
on Low Back & Pelvic Pain**
Dubai
October 27 ~ 31// 2013

All relevant information is available on the website, which is updated on a regular basis:
www.worldcongresslbp.com

Referat fra temadage med Peter O'Sullivan, 2.-3. maj 2012, Rygcenter Ringe Middelfart

»A classification based cognitive functional approach to managing disabling back pain«

Af Lotte Telvig, Muskuloskeletal Fysioterapeut, DipMT

Peter O'Sullivan har endnu engang besøgt Danmark og det er vi mange der er glade for. Peter har med sit meget smittende grin og glade ansigt, virkelig inspireret alle os deltagere.

Emnet for de to dage var hans klassifikationssystem til patienter med kroniske LBP. På temadagene blev klassifikationssystemet præsenteret teoretisk, ligesom der var patientdemonstrationer hvor systemet blev anvendt til undersøgelse og behandling/rehabilitering af kroniske rygpatienter.

Han filosoferede over »Beliefs« (tro/tanker) og frygt, som delelementer af al fysioterapeutisk forskning, klinisk praksis og uddannelse. Hvilke tanker – og hvilken evt. frygt har patienten – og hvilke tanker og overvejelser har terapeuten. Disse kognitive komponenter vil have betydning for interventionen. Peter O'Sullivan markerede klart, at han ikke har frygt for at skade en patient, efter man selvfølgelig har udelukket/screenet for røde flag og tænkt helningstider ind.

Klassifikationssystemet anerkender, at kronisk LBP i de fleste tilfælde er en multidimensionel problematik, som nødvendiggør at psykosociale, genetiske, patoanatomiske, neurofysiologiske såvel som livsstilmæssige faktorer inkluderes og vurderes i undersøgelsen – og om nødvendigt adresseres i behandlingen. O'Sullivan pointerer således, at vi bør arbejde og ræsonnere multidimensionelt – indenfor et bio-psyko-socialt rationale.

Adaptive (hensigtsmæssige) såvel som maladaptive (uhensigtsmæssige) ændrede bevægestrategier blev gennemgået og demonstreret via videoklip, hvilket var meget illustrativt. Vi så en patient med en stor prolaps med nerverodspåvirkning til højre, der havde shiftet sig helt væk fra smerten. Hensigtsmæssigt, i hvert fald i en vis periode af rehabiliteringen. Dette er en adaptiv ændret bevægestrategi, da korrektion sandsynligvis vil forværre symptomerne. På et andet klip så vi en kvinde, som ved test af lumbal ROM fik smerter ved lateral fleksion og rotation til venstre. Ved vurdering af denne patients gangmønster var det tydeligt, at hun i standfasen på venstre ben netop lateralflekterede og roterede til venstre, hvilket er et maladaptivt ændret bevægemønster. Maladaptive bevægestrategier

er uhensigtsmæssige, da de er årsagen til at patienter udvikler og vedligeholder problematikker i det neuro-muskulo-skeletale system. Essensen er, at det er meget vigtigt, at vi i undersøgelsen analyserer patienternes bevægestrategier, særligt i de funktioner og bevægelser/stillinger som forværrer symptomerne. Formålet med interventionen, bliver at identificere og korrigere de uhensigtsmæssige motoriske strategier, for at mindske belastningen på de smertegenerende strukturer. Således fokuseres der på at interventionen korrigerer de årsager, som er med til at vedligeholde patienternes symptomer – frem for blot at praktisere symptombehandling. Ifølge Peter O'Sullivan er træning væsentlig i denne proces, men der bør også være fokus på kognitive faktorer, så interventionen bliver praktiseret indenfor det bio-psyko-sociale rationale.

Vi så dette i praksis hos de to patienter, der var i behandling hos Peter O'Sullivan.

Den ene var en dreng som var meget bange for at bevæge sig og var blevet helt rigid med låst vejtrækning og masser af sympaticus aktivitet. Her var tilgangen, at få ham til at trække vejret dybt og slappe af. Hans strategi var at spænde alt (»bracing«) i alle hans daglige funktioner og det udmatter ham og forårsager et øget load på de lumbale muskuloskeletale strukturer. Ved interventionen lærte han at rotere på lejet med vejtrækning, han lærte at sætte sig op uden at gøre sig rigid og han lærte at gå mere afslappet og endda tilsidst at samle noget op fra gulvet. Dette var hans værste frygt (beliefs) fordi hans skade var kommet i denne bevægelse.

Peter O'Sullivan forklarede at vi som fysioterapeuter, skal identificere den »driver« der skaber dette bevægemønster. Det kan været overført fra forældre til børn og denne dreng havde en mor der havde samme rigide mønster og utallige rygproblemer. Dermed er det vigtigt vi ikke blot kigger på den maladaptive bevægelse, men får patientens beliefs, tanker og angst frem i analysen når vi skal ændre på mønstrene. »FEAR IS POISON« – den psykologiske faktor har en stor indflydelse på bevægestrategien.

Han fremhævede, at det kropsbillede patienten har i hjernen er forandret (som ved anorexi



patienterne) og ved at tegne egen krop, ses denne diskrepans klart af både patient og terapeut. Dette kan også gøres visuelt. Han benytter en del visuel træning idet han beder patienten tænke bevægelsen før han laver den. Det er samme strategi der jo benyttes i vid udfang i elitesport – det kan vi sagtens benytte til vores patienter.

Den næste patient vi ser, har haft smerter i ryggen i 7 år og vi ser ham lave de bevægelser han oplever provokere symptomerne. Denne person står i et aktivt sway og låser sig der. Han benytter igen en strategi der faktisk fastholder ham i problemet. Uden vægtbærring på sit venstre ben (smerten er i venstre side) og når man kun står på højre ben så arbejder venstre sides ryg-ekstenorer meget mere og det fastholder og komprimerer hans facit. Maladaptivt bevægelsesmønster.

Ved denne patient blev det også klart at regulær styrketræning – her af venstre sides UE samt Gluteal muskulaturen – skulle trænes med fx et bens squat samt rejse / sætte sig med fokus på aktivering af gluteal muskulaturen.

Afslutningsvis kan man sige, at vi skal se på hvordan patienten bevæger sig i de funktioner der giver problemer og identificere de maladaptive motoriske strategier. Efterfølgende skal vi præsentere en alternativ bevægelsestrategi for patienterne – da de ikke er bevidste om, at deres bevægelsesmønster er maladaptivt. Det skal vi forklare dem. Vi skal gøre det sjovt – uden anstrengt ansigtsmuskler – og gerne med et smil og en latter. Der skal være fri respiration og absolut ingen rigiditet. Vi skal tro på det som fysioterapeuter, så vi udviser sikkerhed og vi skal sikre os at vi nedsætter smerterne med det nye bevægelsesmønster.

For yderligere kan man læse disse artikler vi blev anbefalet at læse før kurset:

»Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders; Maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism«. P. O'Sullivan. www.sciencedirect.com. Manual Therapy 10 (2005)

»It's time for change with the management of non-specific chronic low back pain« P. O'Sullivan www.bjbm.bmj.com, First published aug 2011.

KURSUS-
KALENDER
ONLINE



Rundt om Bækkenet – Temadag

Bækkenrelaterede smerter – Undersøgelse, udredning og behandling

26. november 2012 – Comwell, Middelfart

Indholdsemner

Muskuloskeletale, graviditetsrelaterede, rheumatologiske og gynækologisk-obstetriske symptomer. Evidens, klinisk ræsonnering og praktisk håndtering.

Arrangør

Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletale Fysioterapi.
Organisationsgruppe: Vibeke Laumann, Jeppe Thue Andersen og Martin B. Josefsen.

Oplægsholdere

Britt Stuge, Fysioterapeut, PhD, Norge.
Berit Schiøttz-Christensen, Speciallæge i Rheumatologi, Danmark.
Per Kjær, Senior Forsker, Muskuloskeletale Fysioterapeut, DipMT, PhD, Danmark.
Sys Loving, Fysioterapeut, MSc, PhD-stud, Danmark.
Kristoffer Davey Dalsgaard, Muskuloskeletale Fysioterapeut, DipMT, Danmark.

Dagsprogram opstilles snarest.

Praktiske oplysninger og tilmelding

Sted

Comwell Middelfart, Karensmindevej 3, 5500 Middelfart.

Tid

26. november kl. 9.30-16.45.

Pris

Kr. 1.800,- for medlemmer af Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletale Fysioterapi samt Gyn-Obs gruppen.
Kr. 2.200,- for øvrige deltagere.

Tilmelding

Senest 15. oktober 2012. Tilmelding efter først til mølle princippet.
Tilmelding sendes til Vibeke Laumann: vibeke.laumann@mail.dk
Husk i tilmeldingsmail at oplyse navn på deltager, adresse, e-mail og ved EAN-faktureret et EAN-nummer.
OBS: Tilmelding først gyldig ved registreret betaling.

Betaling

Gebyret indbetales i forbindelse med tilmelding på
Konto: Registreringsnummer: 5028, kontonummer: 000126009-6

– Husk ved betaling at oplyse navn på deltager.

Yderligere oplysninger

Kontakt Vibeke Laumann via mail vibeke.laumann@mail.dk eller telefon 40 81 28 74. (Træffes ikke fra den 21. oktober til den 5. november 2012).



Danske Fysioterapeuters
Fagforum for
Muskuloskeletale Fysioterapi

moving forward

Uddannelse og kurser

Uddannelsen i muskuloskeletal fysioterapi

Specialviden og klinisk ekspertise i diagnostik og behandling af ryg og bevægeapparat.

Uddannelsen i muskuloskeletal fysioterapi er et fleksibelt forløb på 4-7 år og tages sideløbende med praksis efter endt grunduddannelse i fysioterapi. Uddannelsen er internationalt godkendt under verdensforbundet for muskuloskeletal fysioterapi – IFOMPT – www.ifompt.org. For yderligere information: www.muskuloskeletal.dk/uddannelse

KURSUS	DATO
Dynamisk Stabilitet – cervikal Sted: Arkadens Fysioterapi	20.-21.08.2012
Trin 2B – Cervical, Thoracal, TMJ, OE – aug-sept 2012 Sted: Løjtegårdsvej 157, Tårnby	Del 1: 26.-28.08.2012 Del 2: 16.-18.09.2012
Trin 2A – Lumbal, Pelvis, UE Sted: Høgh Guldbergsgade 36.1, Horsens	Del 1: 26.-28.08.2012 Del 2: 16.-18.09.2012
Neurodynamik og Smerte del 1 Sted: Høgh Guldbergsgade 36.1, Horsens	02.-03.09.2012
Cervikogen Hovedpine og Svimmelhed – MasterClass Part I – September 2012 Sted: Glostrup Fysioterapi & Træning	07.-09.09.2012
Dynamisk Stabilitet – Intro Sted: Fysiocenter Tårnby, Løjtegårdsvej 157, Tårnby	11.-12.09.2012
Neurodynamik og Smerte Del 2 Sted: Løjtegårdsvej 157, Tårnby	22.-23.09.2012
Trin 3A – Mobilisering / Manipulation (advanced) – sept-okt 2012 Sted: Høgh Guldbergsgade 36.1, Horsens	30.09-02.10.2012
Trin 1B – Cervical, Thoracal, Skulder – okt 2012 Sted: Løjtegårdsvej 157, Tårnby	Del 1: 07.-9.10.2012 Del 2: 28.-30.10.2012
Trin 1A – Lumbal, Pelvis, UE – okt 2012 Sted: Høgh Guldbergsgade 36.1, Horsens	Del 1: 07.-9.10.2012 Del 2: 28.-30.10.2012
Dynamisk Stabilitet – Lumbal Sted: Fysiocenter Tårnby, Løjtegårdsvej 157, Tårnby	23.-25.10.2012
Supervision del 1 Sted: Løjtegårdsvej 157, Tårnby	04.-06.11.2012
Dynamisk Stabilitet – Skulder Sted: Fysiocenter Tårnby, Løjtegårdsvej 157, Tårnby	15.-16.11.2012
Supervision del 3 Sted: Høgh Guldbergsgade 36.1, Horsens	16.-18.11.2012
Cervikogen Hovedpine og Svimmelhed – MasterClass Part II – Nov 2012 Sted: Glostrup Fysioterapi & Træning	23.-25.11.2012
Dynamisk Stabilitet – UE Sted: Fysiocenter Tårnby, Løjtegårdsvej 157, Tårnby	26.-28.11.2012
iMFT Intro Sted: Horsens	04.-05.12.2012
iMFT Upper Quadrant Sted: Tårnby	11.-12.12.2012

Se den komplette og opdaterede kalender på: www.muskuloskeletal.dk/uddannelse (vælg Kursuskalender) Yderligere info og tilmelding via online kursuskalender.

Mødekalender

Møder/events, symposier m.m.

online event-kalender:
www.muskuloskeletal.dk/events

Teacher Meeting IFOMPT 2012 29.09.2012

For alle MT-undervisere på godkendte muskuloskeletale uddannelser i verden.

IFOMPT Congress 2012 30.09.-
Rendez-vous of Hands and Minds 05.10.2012
Quebec, Canada

12th International Forum on Back Pain Research in Primary Care 16.-19.10.2012
Odense

Temadag: Rundt om Bækkenet 26.11.2012
Comwell, Middelfart

8th Int. World Congress on Low Back and Pelvic Pain 27.-31.10.2013
Dubai