

Muskuloskeletalt Forum

4

7. årgang
November 2007

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

Nye sikkerhedsanbefalinger
omkring nakken 7

Kvalitetsudviklingsprojekt
i Muskuloskeletalt Fysioterapi 12

DSMM Årsmøde 2007 – beretning 16

FIMM generalforsamling – referat 18

Low Back Pain Forum IX, Mallorca
– beretning fra rygfronten 20

Mediefremtiden
for DFFMT og DSMM 26

Vittigheder

Fysioterapeutisk intervention

Hvor mange fysioterapeuter kræves der for at skifte en pære?

Ingen. De giver blot den døde pære nogle øvelser at udføre og håber den vil fungere lidt bedre næste gang de ser den.

Forskellen på læger

Hvad er forskellen mellem en mediciner, en kirurg, en psykiater og en patolog?

Medicineren ved alt og gør ingenting.

Kirurgen ved ingenting og gør alt.

Psykiateren ved ingenting og gør ingenting.

Patologen ved alt men er altid en uge for sent ude.

Second opinion

En patient har ondt i halsen og henvender sig hos lægen

Lægen: Dine mandler skal opereres ud.

Patienten: Jeg vil gerne have en yderligere vurdering.

Lægen: OK. Du er også grim!

Uafklaret diagnose

Da lægen havde afsluttet undersøgelsen, måtte han give følgende meddelelse til patienten: »Jeg kan ikke rigtigt finde årsagen til dine symptomer. Faktisk kan det godt skyldes alkohol«.

Patienten: »I så tilfælde vil jeg gerne vende tilbage, når De er blevet ædru!«.

Den medicinske evolution

Jeg har ørepine...

2000 BC Her, spis denne rod.

1000 AD Den rod er hedensk. Her, sig denne bøn.

1850 AD Den bøn er overtroisk. Her, drik det.

1940 AD Den drik er slangegift. Her, slug denne pille.

1985 AD Den pille dur ikke. Her, tag denne penicillin.

2000 AD Den penicillin er kunstig.
Her, spis denne rod.

Psykiatri fra en anden synsvinkel

Neurotikere bygger luftkasteller og slotte i den blå luft.

Psykotikere bor i dem.

Psykiatere er dem, som inkasserer huslejen.

Automatisk telefonsvarer på et psykiatrisk hospital

Tak fordi De ringer.

Hvis du er obsessiv-compulsiv, tryk »1« gentagne gange.

Hvis du er dependent, bed en anden trykke »2«.

Hvis du har flere personligheder, tryk »3«, »4«, »5« og »6«.

Hvis du er paranoid, så ved vi hvem du er og hvor du bor; bliv blot på linien og vi vil spore opkaldet.

Hvis du er skizofren, lyt meget nøje – og en stemme vil fortælle dig hvilken tast du skal trykke.

Hvis du er deprimeret, er det lige meget hvilken tast du trykker – vi vil alligevel ikke svare.

(Hvis du er læge, så opgiv venligst at henvise patienter – der er alligevel ingen ledige senge).

Psykiatrisk intervention

To psykiatere kører på motorcykel.

Den ene vælter, kommer slemt til skade og bløder kraftigt.

Hvad gør den anden?

Spørger: »Er det noget du ønsker at tale om?«.

Lov og retfærdighed

Advokaten: Før du skrev under på dødserklæringen, tjekkede du så pulsen?

Patologen: Nej.

Advokaten: Lyttede du efter hjerteslag?

Patologen: Nej.

Advokaten: Tjekkede du åndedrættet?

Patologen: Nej.

Advokaten: Hvorfor underskrev du så dødserklæringen, når du ikke kunne være sikker på, om manden var død?

Patologen: Ok, lad mig sige det sådan. Mandens hjerne stod i et glas på mit skrivebord. Men det er selvfølgelig muligt, at han kunne være i gang med jura eller advokatbistand et eller andet sted...



Indhold

Muskuloskeletalt
Forum

7. årgang · Nr. 4 · November 2007

Medlemsblad for
Danske Fysioterapeuters Fagforum for
Muskuloskeletalt Terapi
www.muskuloskeletal.dk
Et Dansk Selskab for
Muskuloskeletalt Medicin
www.dsmm.org

Redaktion:
Martin B. Josefsen (Ansv.)
mbj@rygnet.dk
Alléens Fysioterapi
5230 Odense M

Allan Gravesen
Sprogøvej 7, 4220 Korsør

Gerd Lyng
Østergade 24, 3770 Allinge

Palle Holck
Stadion Alle 31 A, 8000 Århus

Vibeke Laumann
Bagsværd Torv 2, 2880 Bagsværd

Niels Honoré
Fysiocenter Roskilde
Københavnsvej 170
4000 Roskilde

Ansvarlig redaktør i henhold
til presseloven:
Martin B. Josefsen
mbj@rygnet.dk

Grafisk design Et sats:
Lægeforeningens forlag
København

Tryk:
Scanprint a/s, Viby J

Deadline for stof til næste blad
Følg informationen på de respektive
selskabers hjemmesider

Forsidefoto:
Mikkel Østergaard

ISSN: 1602-608X

Leder – Redaktionen 4
Martin B. Josefsen

Leder – DSMM 5
Allan Gravesen

Leder – DFFMT 6
Niels Honoré

Nye sikkerhedsanbefalinger ved håndtering af nakkebesvær - en case 7
Per Kjær

Kvalitetsudviklingsprojektet i muskuloskeletal fysioterapi - status 12
Inge Ris og Per Kjær

DSMM Årsmøde 2007 - »Rundt om ryggen« - beretning 16
Andre Soos

FIMM generalforsamling - referat 18
Allan Gravesen

Low Back Pain Forum IX, Mallorca - beretning fra rygfronten 20
Per Kjær

Mediefremtiden
- Medierne i Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi 26
- Medierne i Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin 28

Debat på muskuloskeletal.dk 29

DSMM-kurser 30

DSMM kursusbeskrivelser 31

DFFMT - Uddannelse og kurser 32

DSMM og DFFMT - Bestyrelser og udvalg 38



Martin B. Josefsen
Redaktør (ansv.)
mbj@rygnet.dk

En afslutning og en ny begyndelse

Kære læser,

med en snarlig udgang af 2007 sidder du med det sidste nummer af Muskeloskeletalt Forum i hånden. På syvende år er det nu blevet tiden, hvor bl.a. økonomi, tidens udvikling og kommunikationsmæssige forhold medfører et medieskifte.

7 gode år har det været, siden bladet blev skabt i samarbejde mellem DSMM og DFFMT. Vi når heldigvis ikke at se de 7 onde år, kunne man fristes til at sige. Begge faggrupper præsenterer i fællesskab det medicinske resp. det fysioterapeutiske speciale på det muskuloskeletale område, så det lå lige for – at stå sammen om det fælles medie. Det lykkedes, og samarbejdet har været godt. Bakket op af fagligt engagerede og et redaktionspanel er det ofte lykkedes at få relevant fagstof i hus.

At det fælles blad nu stopper betyder ikke at det gode samarbejde stopper. Vi vil fortsat holde en fællesfaglig fane højt, om end det bliver med forskellige medier til vore enkelte faggrupper.

DSMM arbejder i 2008 over i et nyt internationalt elektronisk medie, som alle DSMM medlemmer vil modtage.

Læs mere om historien og perspektiverne for DSMM's medieaktivitet i Allan Gravesens leder og sidst i bladet.

DFFMT skaber eget blad, nyt redaktionspanel og prioriterer en faglig formidling højt – kombineret med en god webintegration og andre initiativer. Læs mere om dette senere i bladet.

Jeg vil gerne benytte lejligheden til at sige tak for årene som redaktør samt for det frugtbare samarbejde, jeg har oplevet med såvel redaktionspanelet, bidragsydere, Lægeforeningens Forlag og naturligvis alle læsere.

Med et farvel og tak til bladet ser jeg med glæde frem til en stadig mere dynamisk og interessant fremtid med vore kommende medier.

God læselyst og på gensyn



Kære læser.

Du sidder nu med sidste udgave af Muskuloskeletalt Forum i hånden.

Redaktionen fra de 2 selskaber, DSMM og MT-faggruppe, har efter drøftelser og efter høring blandt medlemmerne besluttet at lade Muskuloskeletalt Forum afløse af andet tidsskrift. Fysioterapeuterne vil bruge en netbaseret udgave, mens vi i DSMM vælger en anden løsning.

Vi i DSMM, er glade for at kunne byde dig som læser, velkommen til vort nye tidsskrift *International Journal of Osteopathic Medicine*. Tidsskriftet skifter i øvrigt navn i 2008 til *Journal of Muskuloskeletal Medicine*.

Vi får herigennem mulighed for at få alle gode artikler om muskuloskeletal medicin i hånden de 3-4 gange årligt bladet udkommer.

I samarbejde med forlaget vil vi få lavet et indstik i hvert nummer. Dette indstik vil indeholde kurser og tilmelding, meddelelser fra bestyrelsen og øvrige nyheder, som dog også vil være at finde på www.dsmm.org. Vores hjemmeside vil i løbet af 2008 blive renoveret.

I anledning af overgangen til et internationalt tidsskrift har redaktionen bedt den første redaktør af vores medlemsblad, Johannes Fossgreen, om at skrive en kort oversigt.

I dette nummer kan du endvidere læse referat fra FIMMs generalforsamling i Prag, hvor Niels Jensen deltog som formand for uddannelsesudvalget sammen med undertegnede.

Du kan også læse referat fra vores netop afholdte årsmøde. Et årsmøde, der som sidste år, var en stor succes.

Regn med at denne type årsmøde vil være tilbagevendende! Læs referatet af André Soos inde i bladet.

Kære læser

Velkommen i 2008 til vores nye tidsskrift

Allan Gravesen

Formand i DSMM

allan.gravesen@dadlnet.dk



Glen Gorm Rasmussen udnævnt til æresmedlem i FIMM

Overlæge Glen Gorm Rasmussen blev i forbindelse med sidste generalforsamling i FIMM i Prag, september 2007 udnævnt til æresmedlem i FIMM.

Det er ikke mindst pga. det store arbejde som Glen Gorm Rasmussen har lagt i Education Committee, hvor han har været formand i en årrække.

I DSMM vil vi også ønske stort tillykke med udnævnelsen.

Allan Gravesen



Niels Honoré

Formand i DFFMT

nh@fysiocenter.dk

Den sidste leder – Det sidste blad.

Det er altid lidt mærkeligt at skulle sige farvel, men det gør vi altså med dette sidste nummer af Muskuloskeletalt forum. I over 6 år har vi 4 gange årligt udkommet med et synes vi selv godt og fagligt spændende blad. Med skiftende faglige dygtige redaktører og en iderig og kreativ redaktion i ryggen har bladet haft sit eget liv med mange spændende artikler og masser af kursustilbud til jer. Med dette nummer siger vi tak for denne gang og på gensyn i en ny og mere tidssvarende løsning først i 2008.

Hvorfor siger vi så farvel? Primært af økonomiske årsager, portoen er steget kraftigt og det har tvunget os til at se på om I som medlemmer får valuta nok for pengene! Efter en medlemsundersøgelse og en intern evaluering står beslutningen så klar, bladet stopper med udgangen af 2007, og det nuværende blads økonomi overgår nu til et nyt initiativ.

Al forandring er godt, det skaber altid en situation hvor nutid, fortid og fremtiden sættes i perspektiv, og skaber således et nyt fundament for at skabe noget nyt. Vi tager os god tid til at tænke over hvad vi kan skabe af nye ting og spændende services, som giver jer, vores medlemmer mest for pengene. Vi har rigtig mange og spændende projekter og løsninger parat, og vi glæder os til at præsentere jer for den i 2008. Vi understreger at fordi vi slukker og lukker i dette medie, har vi nu tænkt os at starte de nye initiativer med et brag. Læs mere om lidt af det vi arbejder på andet steds i bladet, og hvis du har nogle ideer og tanker til hvordan vi gør mere for dig som medlem så kom gerne med dit bidrag direkte på nh@fysiocenter.dk

Også en tak til DSMM for lang tids godt og spændende samarbejde. Med ophøret af bladet stopper også det formelle samarbejde med lægerne for denne gang. Vi mødes dog regelmæssigt frem-

over og vil stadig have god faglig kontakt til hinanden, men nu prøver vi altså begge at stå på egne ben. Held og lykke til jer alle og god vind med projektet.

MT-eksamen Del 1 – Tillykke til 7 nye Exam.MT'er

I sommeren har vi i MT regi haft mange flotte og "ærlige" etapesejre. I maj kom 7 fysioterapeuter flot i mål og bestod således Del 1 eksamen. Det betyder at der i Danmark i alt er ca. 80 fysioterapeuter, der enten har Del 2 eller Del 1 eksamen.

Marie Cordt, Frederiksberg

Merete Giørtz-Carlsen, Kolding

Anne Gøtzsche, Herlufmagle

Christian Hagensen, Frederiksberg

Jesper Holm, Århus C

Mikkel Ammentorp Pedersen, København S

Stine Sørensen, Kastrup

Undersøgelse og behandling af en person med svimmelhed og nakkeproblemer efter nye anbefalinger

I følge Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi nye anbefalinger kræver anvendelse af manuel terapi til behandling af nakkebesvær kendskab til forhold, som øger risikoen skade. I denne artikel gennemgås risikogrupper, symptomer og anbefalinger ud fra en case med Anna på 45 år.

Per Kjær

specialist i muskuloskeletal fysioterapi,
DipMT, PhD



Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi udsender med dette nummer af bladet nye anbefalinger for undersøgelse og behandling af personer med nakkeproblemer. Denne artikel viser, hvordan muskuloskeletal fysioterapeut Inge Ris bruger disse anbefalinger på en patient, Anna. Fordi formålet med artiklen er at præsentere de vigtigste teoretiske overvejelser bag

anbefalingerne, er mange detaljer om patienten Anna udeladt. Følger du anbefalingerne, får patienter med nakkeproblemer en sikker undersøgelse og behandling – og du kommer ikke til at skade patienten.

Anna er svimmel og har ondt

Anna er svimmel og har mange smerter i hoved, ansigt og højre arm. Derfor søger hun fysioterapeut. Hun er 45 og har arbejdet på kontor i mange år. Nu er hun langtidssygemeldt og i arbejdsprøvning. Hun har været igennem et utal af undersøgelser med røntgen, MR og CT skanninger uden at blive klogere. »Det er min arm der er værst, nej – det er svimmelheden«, tænker Anna mens hun sidder i venteværelset. Hun har svært ved at få hold på, hvordan det hele startede. »Allerede i 1994 havde jeg mit første anfald af svimmelhed«, tænker hun videre. Men det var for to år siden, det blev rigtig slemt.

Inge henter Anna i venteværelset og registrerer, at Anna ser forpint ud, hun er stivnet i ansigtsudtryk og nakkebevægelser, hovedet er fremskudt, hun har lidt mongolide træk, kort hals, rundt hoved, hendes hud er glinsende, hun kikker ned, ikke frem. Hun trækker vejret overfladisk og hurtigt. Annas rækker ikke højre hånd frem for at hilse; det gør for ondt. På vej ind i klinikken ser Inge, at Anna ikke bevæger nakke og hoved, når hun går.

Det hele virker stift og låst, men det ser ud som om, hun styrer benene fint.

Øget risiko ved manuel behandling

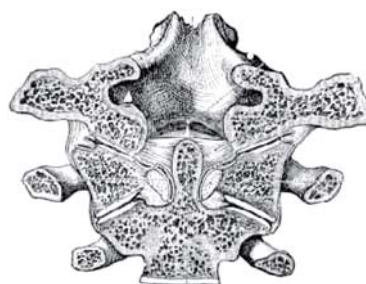
Inge ved fra henvisningen, at Anna har smerter i hoved, arm og nakke, og er svimmel. Derfor er hun særlig opmærksom på tegn, som afslører risiko for komplikationer ved behandling med manuel terapi af nakken. Inge har set, at der er svære smerter, frygt for at bevæge nakken, og den glinsende hud tyder på påvirkning af det autonome nervesystem eller måske feber og infektion. Men hun har også registreret, at der tilsyneladende ikke er styringsbesvær af benene. Og hvorfor er det nu vigtigt?

To tilstande, nemlig ligamentær instabilitet (LI) og vertebrobasilar insufficiens (VBI), øger risikoen for skade ved manuel behandling. Begge tilstande er karakteriseret ved en række symptomer, som du skal kende. Der er også en række risikofaktorer og sygdomme, som øger sandsynligheden for, at en af tilstandene er til stede.

Ligamentær instabilitet

De to øverste cervicale segmenter holdes sammen af de ledmæssige forbindelser, ligamenter (lig.), muskler og det neuromuskulære kontrolsystem(1). De vigtigste ligamenter er i den forbindelse lig. transversum og ligg. alariae (se Figur 1). Lig. transversum holder dens atlas på plads ind imod arcus

Figur 1. Lig. Alaria spænder sig fra toppen af dens til basis cranii



Tabel 1 Oversigt over symptomer på ligamentær instabilitet.

- nakkesmerter (76%) mest i den øvre del af nakken og den suboccipitale region, med variationer til de mastoide, occipitale, temporale og frontale regioner
- nedsat mobilitet i nakken, torticollis
- neurologiske symptomer fra 1. motorneuron (hyperrefleksi, øget tonus, positiv Babinski)
- nedsat følesans i n.occipitale majors innervationsområde
- ansigtspareser, svimmelhed, øresusen, ansigtsparæstesier og synkebesvær.
- påvirkning af medulla og a. vertebralis: symptomer relateret til disse strukturer (inkontinens, paræstesier af hænder/fødder, forstyrret gang, ufrivillige benspasmer, Lhermitte's tegn)

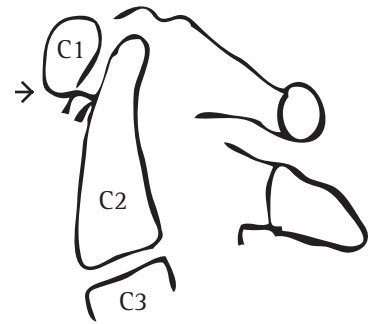
Tabel 2. Oversigt over lidelser og tilstande som kan medføre ligamentær instabilitet.

- Reumatologiske lidelser:
 - Rheumatoid artrit (25-50%) Mb. Bechterew (2-15%), juvenile arthritis, Mb. Reiter
- Infektioner:
 - i næse, hals, mellemøre, tandrødder, mandler, virus øvre luftveje
 - ved influenza, skarlagensfeber
 - efter kirurgiske indgreb som fjernelse af mandler eller kæbekirurgi
- Kongenitale ændringer:
 - Downs' syndrom (10-25%), dysplasi dens ved Klipper-Feil, Morquio's syndrom
- Trauma: hyppigst bløddelsskader på C0-C2 niveau

Tabel 3. Oversigt over symptomer på vertebrobasilar insufficiens.

- Usikker gang
- Faldetendens
- Dobbeltsyn
- Svært ved at synke
- Svært ved at tale
- Svimmelhed i forskellige variationer
- Kvalme, ofte med opkastninger
- Nedsat følesans unilateralt i ansigt, trunkus eller ekstremiteterne
- Unilaterale og suboccipitale hoved- og nakkesmerter
- Ikke tidligere lignende smerter
- Akut debut, spontant eller ved traume
- Skarpe og intense smerter i nakke/hoved
- Fornemmelse af nakkestivhed men ingen nedsat mobilitet

Figur 2. Atlas Dens Interval (ADI) er afstandsøgningen fra neutral til maksimal fleksion i columna cervikalis. Der måles fra den inferiore kant af tuberculum anterior af C1 til forsiden af dens. Normal afstand er 1-3 mm. for voksne og 1-5 mm. for børn.



af atlas og forhindrer dens i at glide bagud, og dermed påvirke medulla, når hovedet bøjes forover (2;3). Ligg. alaria går mellem toppen af dens axis og hæfter sig på basis cranii, og holder på samme måde dens fremad mod axis og sikrer ligeledes indirekte stillingen af atlas (4). Deres primære funktioner er at hæmme sidebøjning og rotation i de øvre segmenter.

Ved LI må man forvente et større bevægeudslag. Men det er yderst vanskelig at vurdere klinisk. Målinger med CT eller MR skanning viser, at der er meget store individuelle variationer i bevægelighed (5;6). Ved funktionsoptagelse med røntgen kan atlas dens interval (ADI) måles (se Figur 2). ADI angiver afstandsøgningen mellem forkanten af dens og arcus på atlas. En afstandsøgning på mere end 3mm hos voksne og 5mm hos børn anses for unormalt.

Symptomer på LI omkring de øvre cervicale segmenter kan fremkomme ved påvirkning af medulla og de nervekerner til kranienerven, som ligger i den forlængede marv. Ligeledes kan abnorm bevægelighed i de øverste cervikale led påvirke a. vertebralis og give symptomer. I Tabel 1 ser du en oversigt over symptomer på LI. Samtidig fremgår en række lidelser og tilstande, som kan medføre LI (Tabel 2).

Vertebrobasilar insufficiens

Arteria vertebralis forsyner hjernen med blod. Arterien strækkes og komprimeres mest i cervicale rotationsbevægelser omkring atlas. Her laver den et knæk på 90 grader for at bevæge sig ud ad foramen i atlas og løber herefter i en rille ovenpå arcus af atlas. Her er den forholdsvis fikseret og sårbar (7). Der kan være flere årsager til VBI. Det kan være occlusion af arterien som følge af arteriosclerose og andre typer af forsnævninger eller spasmer i arterievæggen. Osteofytter og knogleanomalier kan påvirke arterien, så den ikke har mulighed for optimalt flow. Endvidere kan LI medføre uheldig påvirkning af arterien i det snævre forløb. Risikoen ved undersøgelse og behandling med manuel terapi består i afklemning arterien, at overrive den og endelig, at der udløses en trombe fra arterievæggen.

Tabel 5. Oversigt over fysioterapeutiske undersøgelser ved mistanke om VBI

- Differentiering mellem vertebrobasilar eller vestibulær svimmelhed: hurtig hoved drejning (vestibulær) sammenlignet med cervikal rotation

De symptomer, som knytter sig til VBI, fremgår af Tabel 3. I Tabel 4 ser du en række tilstande, som øger risikoen for komplikationer og VBI. Der er altså stadig en lang række ubesværede spørgsmål, som Inge skal have afklaret, for at kunne planlægge en sikker undersøgelse og behandling af Anna. På nuværende tidspunkt ved Inge bare, at der kan være både LI og VBI, der skal tages hensyn til, men også at den medullære påvirkning ikke er så svær, at Anna ikke kan styre benene.

Anna har andre symptomer

Anna er svimmel, og det bliver værre når hun drejer hovedet eller ser opad. Hun har pulserende hovedpine, som nogen gange bliver værre ved at ligge ned; der er smerter i højre skulder, arm og op i nakken, som bliver værre ved belastning og ved at række frem. Hun føler nogen gange en hævelse i højre side af halsen – som en klump, når det er rigtig slemt. Hun har parestesier i begge hænder, og føler at hun går på vat. CT og MR-skanning fra før

Tabel 4. Oversigt over tilstande som øger risikoen for komplikationer og vertebrobasilar insufficiens.

Stor risiko

Forhøjet blodtryk
Høje kolesterol tal, hyperlipidæmi
Overvægtig, BMI > 30
Diabetes
Angina
Apopleksia, arteriosklerosis
Rygning
Trauma, gentagne manipulationer

Mindre risiko

Vitamin B12 insufficiens
Folinsyremangel
Cervikal instabilitet,
Østrogenbaserede antikonceptia
Underernæring
Reumatologiske sygdomme
Hypermobilitet, inklusiv Marfan's syndrom, Ehlers-Danloss

Tabel 6. Oversigt over undersøgelser ved mistanke om ligamentær instabilitet.

- Inspektion for torticollis
- Sharp-Purser test,
- Lig. alaria test
- Nakkefleksionstest
- Neurologisk undersøgelse 1. motorneuron, ansigtsnerver:
- hyperrefleksi

viser intet abnormt. Tidligere er hun behandlet hos fysioterapeut med god effekt, og hun blev mere svimmel efter kiropraktisk behandling. Der har ikke været traumer tidligere, ingen andre sygdomme, ingen familiære dispositioner og ingen infektioner for nylig. Anna tager heller ingen medicin. Under hele anamneseoptagelsen trækker Anna vejret højt og virker meget anspændt.

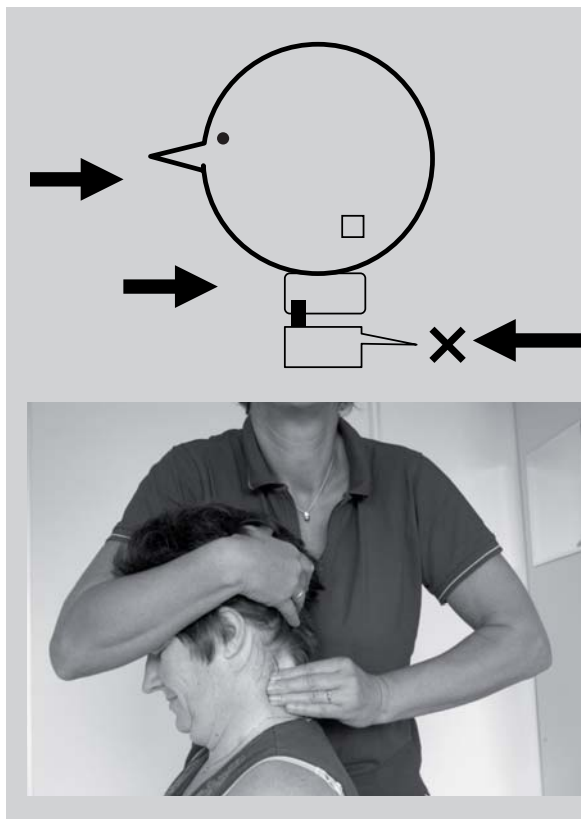
Fysioterapeutens tanker

De umiddelbare observationer og den uddybende anamnese giver anledning til en række overvejelser inden undersøgelsen: Flere symptomer (ensidige nakke- og hovedsmerter, svimmelhed samt parestesier i hænder og fodsåler) peger i retning af, at LI og VBI kan være til stede. Om symptomerne skyldes rumopfyldende processer omkring medulla, ligamentær løshed eller påvirkning af a. vertebralis kan ikke afgøres på nuværende tidspunkt. Derfor får Anna taget blodprøver for at udelukke maligne tilstande og MR-skanning for at afklare gennemstrømning i a. vertebralis og rumopfyldende tilstande i spinalkanalen. Den fysioterapeutiske del af undersøgelsen skal yderligere afklare, om der er LI eller VBI (se Tabel 5 og 6), hvilken type svimmelhed (vestibulær eller cervical), om der er lokale segmentære dysfunktioner cervikalt, som har sammenhæng med symptomerne, om der er et lokalt skulderproblem, om der er en sympatikus komponent involveret, og i hvor stort omfang det neurodynamiske system er påvirket.

Inge vælger at udføre neurologisk undersøgelse, neurodynamiske test, cervical undersøgelse med antero-posterior (AP) og postero-anterior palpation (PA). Funktionsundersøgelser for cervical columna med overpres udelades, idet der allerede under anamnesen er identificeret provokerende bevægretninger. Skulderen undersøges og thoracal columna palperes med PA.

Undersøgelsesfund

Svimmelhed provokeres ved cervical ekstension, ved høj cervical flektion og ved rotation. Øje/nakke koordinationstest udløser svimmelhed, og der er



Figur 3. Test for craniocervikal ligamentær instabilitet. Sharp Purser

1. Ligament transversum, Sharp Purser test

Patient: siddende

Terapeut: stående på ve. side af patienten

Udførelse:

- terapeutens venstre arm støtter hovedet med underarmen langs med patientens arcus zygomaticus, overarmen mod panden og hånden om nakken
- højre tommel- og pegefinger holder om processus spinosus af axis
- venstre hånd flekterer hovedet
- efterfølgende udføres en reaktion af patientens hoved i posterior retning, mens højre hånd holder imod på C2
- testen er positiv når der sker bevægelse, når symptomerne aftager efter forværring eller ved klunkelyd (når dens' reponeres)

(Aspinall1990)

tale om cervikal svimmelhed. Der er nedsat sensibilitet på højre side af panden (n. facialis), SLR er positiv på højre side og ULTT2B er positiv. Der er anterior instabilitet i højre gleno-humeral led og falsk positive impingement test. Specifikke ledundersøgelser omkring C0-C1 og C2 viser låsning og provokation af symptomer, specielt fra C2. Samtidig er der en del muskulære spændinger. Der er lokal ømhed omkring højre kæbeled.

Hvad fejler Anna

Anna har yderligere tegn fra undersøgelsen, som peger i retning af VBI, nemlig provokeret svimmelhed ved bevægelser af nakken og følelsesløshed i panden. Det var ikke muligt at gennemføre de anbefalede test på grund af smerter og provokation af symptomer. De anbefalede kliniske test er a. vertebralis test for VBI som gennemgås i Tabel 5 (8;9) og Sharp Purser test (se Figur 3) til LI (10;11). Der er beskrevet flere forskellige test, men disse er ikke undersøgt tilstrækkeligt for deres troværdighed (12;13). I dette tilfælde vælger Inge, som tidligere nævnt, at bede om en MR-skanning for at få klarhed over blodforsyningen til hjernen. Om der er underliggende hypermobilitet (jf. de mongolide træk), kan ikke afklares uden billeddiagnostiske funktionsoptagelser.

Låsninger og muskelspasme omkring de øverste cervicale segmenter har sikkert stået på over lang tid. Når symptomerne har stået på så længe, er der

basis for, at der har udviklet sig en kronisk smertetilstand med centrale neurogene smertemekanismer og sensitivering af nervesystemet. Da der samtidig er uafklarede forhold omkring VBI, vælger Inge en indirekte behandling, som går på afspænding af nakke via sang og stemmeøvelser, som også ændrer åndedrættet. Samtidig arbejdes med stabilitetstræning for skulderen og neurodynamisk behandling for højre arm.

Behandlingen

MR skanning af nakkens kar viser intet abnormt, og derfor progredieres behandlingen med stabiliserende øvelser for nakken og de øverste segmenter kan mobiliseres i neutralstilling. Ifølge anbefalingerne bør der ikke manipuleres eller mobiliseres i yderstillinger (se Tabel 7), når der er svimmelhed.

Konklusion

Ved undersøgelse og behandling af personer med nakkebesvær er der en række symptomer og tegn, du som fysioterapeut skal afdække sammen med patienten for at sikre, at symptomer ikke bliver værre, eller at du påfører skade. Det, du skal tage hensyn til, fremgår af tabeller og figurer i denne artikel, og af den udsendte folder. Det vigtigste er at optage en grundig anamnese og få afdækket alle relevante symptomområder og risikofaktorer. De kliniske test i sig selv er ingen garanti for at pa-

Tabel 7. Oversigt over symptomer hvor manipulation (high velocity trust) og mobilisering i yderstillinger frarådes på de øverste cervical segmenter

- usikker gang
- faldetendens
- dobbeltsyn
- svært ved at synke
- svært ved at tale
- kvalme, svimmelhed
- medfødte cervikale anomalier
- unilaterale nakke- eller hovedsmerter
- reumatisk lidelse
- forhøjet blodtryk, hjerte kar sygdomme
- forbrug af medicin for blodtryk, hjerte, blodfortynding, kolesterolsenkning, eller prednisolon
- infektioner i hals /hovedregion indenfor de seneste 3 måneder
- positive testsvar

De nye anbefalinger til håndtering af nakkepatienter er udarbejdet på baggrund af et kvalitetsudviklingsprojekt i Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi.

Download rapporten om cervikale sikkerhedstest her: www.muskuloskeletal.dk/sw45044.asp

Se mere om hele kvalitetsudviklingsprojektet her: <http://www.muskuloskeletal.dk/sw23852.asp>

tienten ikke har LI eller VBI og dermed er i risiko for skade ved behandling med manuel terapi.

De eneste sikre måder at undersøge LI eller VBI på er billeddiagnostiske. Har din patient svære eller vedvarende symptomer, bør du diskutere yderligere udredning med lægen. Men samtidig bør de behandlingsmæssige konsekvenser nøje overvejes, inden du iværksætter dyre udredninger.

Har du lyst til at vide mere om grundlaget for denne artikel og anbefalingerne kan du læse Inge Ris og Per Kjærs rapport på www.muskuloskeletal.dk

Reference List

- (1) Panjabi MM. The stabilizing system of the Spine Part II. Neutral zone and instability hypothesis. *Journal of Spinal Disorders* 1992; 5(4):390-396.
- (2) Kapandji A. The Physiology of the Joints. Volume Three. The Trunk and the Vertebral Column. second ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1987.
- (3) Krakenes J, Kaale BR, Nordli H, Moen G, Rorvik J, Gilhus NE. MR analysis of the transverse ligament in the late stage of whiplash injury. *Acta Radiol* 2003; 44(6):637-644.
- (4) Dvorak J, Panjabi MM. Functional anatomy of the alar ligaments. *Spine* 1987; 12(2):183-189.
- (5) Pfirrmann CW, Binkert CA, Zanetti M, Boos N, Hodler J. Functional MR imaging of the craniocervical junction. Correlation with alar ligaments and occipito-atlantoaxial joint morphology: a study in 50 asymptomatic subjects. *Schweiz Med Wochenschr* 2000; 130(18):645-651.
- (6) Dvorak J, Hayek J, Zehnder R. CT-functional diagnostics of the rotatory instability of the upper cervical spine. Part 2. An evaluation on healthy adults and patients with suspected instability. *Spine* 1987; 12(8):726-731.
- (7) Mitchell J. The vertebral artery: a review of anatomical, histopathological and functional factors influencing blood flow to the hindbrain. *Physiother Theory Pract* 2005; 21(1):23-36.
- (8) Thiel H, Rix G. Is it time to stop functional pre-manipulation testing of the cervical spine? *Man Ther* 2005; 10(2):154-158.
- (9) Rivett DA, Thoma L, Bolton P. Pre-manipulative testing: where do we go from here? *NZ Journal of Physiotherapy* 2005; 33(3):78-84.
- (10) Sharp J, Purser DW. Spontaneous atlanto-axial dislocation in ankylosing spondylitis and rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1961; 20(1):47-77.
- (11) Uitvlugt G, Indenbaum S. Clinical assessment of atlantoaxial instability using the Sharp-Purser test. *Arthritis Rheum* 1988; 31(7):918-922.
- (12) Aspinall W. Clinical Testing for the Craniovertebral Hypermobility Syndrome. *JOSPT* 1990; 12(2):47-54.
- (13) Cattrysse E, Swinkels RA, Oostendorp RA, Duquet W. Upper cervical instability: are clinical tests reliable? *Man Ther* 1997; 2(2):91-97.

Udvikling og implementering af evidensbaseret praksis ved fysioterapeutisk undersøgelse og behandling af personer med lidelser i bevægeapparatet

Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi nedsatte i 2005 en arbejdsgruppe som siden har arbejdet med ovenstående projekt. I det følgende beskriver vi lidt om baggrunden for projektet, hvordan vi har grebet det an, og hvor vi er kommet til.



Inge Ris

Fysioterapeut, DipMT, MScR
specialist i muskuloskeletal fysioterapi
iris@privat.tele.dk



Per Kjær

specialist i muskuloskeletal fysioterapi,
DipMT, PhD

Evidensbaseret muskuloskeletal fysioterapi

Personer med lidelser i bevægeapparatet har krav på effektiv behandling hos fysioterapeuten. Derfor skal behandling baseres på den tilgængelige forsknings- og erfaringsbaserede viden. For at sikre dette har Danske Fysioterapeuter etableret enheden for kliniske retningslinjer (EFK) og Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi (DFFMT) ansatte i 2005 os forfattere (Inge Ris og Per Kjær) som projektledere til at koordinere arbejdet med at evidensbasere undersøgelses- og behandlingsmetoder indenfor det muskuloskeletale område. I denne artikel fortæller vi lidt om baggrunden for projektet, hvordan det forløber, og hvad vi forventer af det. Af Faktaboks 1 fremgår det økonomiske grundlag for dette arbejde.

Kliniske retningslinjer, eller mangel på samme

Hvert år udfører fysioterapeuter på danske hospitaler mellem 1,4 og 1,6 millioner behandlinger på patienter indenfor det muskuloskeletale område (1). Ca. 2200 praktiserende fysioterapeuter yder tilsvarende 15 millioner behandlinger årligt med en udgift for den offentlige sygesikring på mere end 800 millioner kroner (2). Halvdelen anvendes formentlig på personer med muskuloskeletale lidelser. Flere rapporter anslår, at de samlede offentlige udgifter til personer alene med lænderygbesvær overstiger 10 milliarder kr. (3-5). Eftersom antallet af behand-

linger og udgifterne er astronomiske, er det vigtigt, at vi medvirker til at evidensbasere og kvalitetssikre disse. På nuværende tidspunkt er der ingen kliniske retningslinjer fra EFK indenfor det muskuloskeletale område. EU har udarbejdet guidelines for behandling af lænderygbesvær (6;7). Herhjemme er retningslinjer for rygbehandling ikke opdateret siden MTV-rapporten i 1999 (8), selvom området blev evalueret i 2004 (5). I Holland findes en lang række kliniske anbefalinger til forskellige lidelser som hoftearthrose, knæ arthrose etc. (9). Ligeledes foreligger der store mængder videnskabelig litteratur og meta-analyser, som vurderer det forskningsmæssige grundlag for behandling af muskuloskeletale lidelser (10-21). Men der findes ikke nyere kliniske anbefalinger på dansk, som kritisk vurderer den videnskabelige dokumentation i forhold til den kliniske hverdag. Det er ikke muligt for fysioterapeuten, som arbejder i praksis, at holde sig orienteret og sortere i de store mængder af ny viden, der produceres af forskere verden over. Der er derfor et enormt behov for at finde, vurdere, oversætte og formidle den videnskabelige dokumentation, så den kommer til handling i klinisk praksis.

Faktaboks 1.

- Inge Ris og Per Kjær er projektledere
- Projektet startede i 2005
- MT-gruppen har afsat 300.000 kr til projektet over 3 år og hidtil støttet arbejdet med 68.000 kr (2006-7)
- Danske Fysioterapeuters Forskningsfond har støttet projektet med 20.000 kr. Forskningsfonden giver ikke længere støtte til kvalitetsudvikling
- Praksisfonden bevilgede 90.000kr i 2005
Praksisfonden har siden afslået at støtte projektet
- Gigtforeningen har ikke svaret på ansøgning
- I alt 13 ansøgninger er indsendt

Faktaboks 2. Igangværende arbejde:

- Udarbejdelse af videnskabelig artikel på baggrund af rapport om cervicale sikkerhedstest
- Planlægning af implementeringsrunde for undersøgelse og behandling af personer med nakkeproblemer
- Klassifikation
- Mobilisering og manipulation, rationaler og effekt
- Klinisk ræsonnering

Hvad har vi nået?

I Faktaboks 2 kan du se en oversigt over, hvad vi har nået indtil nu. Den første rapport om undersøgelse og behandling af personer med nakkebesvær ligger på Internettet nu, og anbefalinger for behandling af nakkepatienter kom med dette blad. Der er udarbejdet en model for arbejdet med at implementere ny viden i praksis, og denne ligger til grund for tre projekter, som vi iværksatte i august i år. Modellen består i en litteraturgennemgang på en række områder for at opdatere viden. Undervisningsgruppen i DFFMT, som består af flere specialister i muskuloskeletal fysioterapi, diskuterer den ny viden for at nå frem til konsensus om bedste evidens og praktisk anvendelse. En rapport, videnskabelige artikler og artikler i fagbladene formidler resultaterne. Dertil kommer, at vi formidler den ny viden til praksis ved workshops og på kurser i muskuloskeletal fysioterapi.

Arbejdsgrupper**1) Klassifikation**

Som det fremgår af Faktaboks 3 og 4, arbejder vi nu i tre grupper. Vi prioriterer emnet klassifikation af lænderygbesvær højt. Der foreligger en lang række klassifikationsmuligheder, alt afhængig af fysioterapeutens præferencer og skoling. Ældre koncepter finder og behandler led med fejlfunktion manuelt (22-24). Nyere koncepter er baseret på smerte- og symptomrespons (25;26), mens andre fokuserer på identifikation af symptomgivende strukturer (27-29). Samtidig har en række forfattere beskæftiget sig med muskulær kontrol og klassifikation af dysfunktioner i disse systemer (30-34). Den nyeste forskning og oversigtsartikler giver ikke direkte anvisninger til praksis. Derfor ønsker vi at skabe overblik over, hvordan de mange forskellige klassifikationssystemer kan bruges hensigtsmæssigt i muskuloskeletal fysioterapi. Samtidig vil vi vurdere systemernes troværdighed, og dermed deres kliniske relevans. Formålet er at afdække og implementere den bedste evidens ved anvendelse af klassifikationssystemer til personer med lænderygbesvær.

2) Mobilisering og manipulation

Et andet emne, som vi prioriterer, er anvendelsen af mobilisering og manipulation til personer med lændesmerter eller nakkesmerter. Her findes forskellige skoler, udførelsen varierer og valget af behandlingsteknik kan forekomme tilfældig (22-25;35;36). Det skyldes formentlig, at der er store vanskeligheder med specifik diagnostik (14;19;21). Der er i litteraturen modstridende opfattelser af, hvad manipulation og mobilisering er (37). Derfor er der behov for at definere disse begreber. Ligeledes er der behov for at uddybe rationaler bag metoderne med nyeste grundforskning. Selvom der fremkommer mere og mere dokumentation for, at det er gavnligt at bruge manipulation til behandling af rygsmerter (13;15;18;37-44), er der behov for at se nærmere på til hvilke patientgrupper og hvilke specifikke metoder, der bør anvendes. Formålet med dette delprojekt er derfor at afdække og implementere bedste evidens for anvendelse af mobilisering og manipulation til behandling af personer med rygbesvær.

3) Klinisk ræsonnering

Fysioterapeuten vælger behandling på baggrund af en række valg sammen med patienten. I denne proces benyttes blandt andet viden om klassifikation og effekt af behandling. Teorier om klinisk ræsonnering har udviklet sig over de seneste år og fra den tidligere organisering af viden i 6 hovedområder (45;46) er WHO's kriterier ICF (47) tilføjet, så der nu er 8 forskellige hovedområder (48). Der er således brug for at fysioterapeuter får tilføjet disse nye redskaber, samtidig med at den nye viden om klassifikation og behandling bliver implementeret i praksis og integreret i den kliniske beslutningsproces omkring personer med rygbesvær.

Faktaboks 3. Produktion indtil nu:

- Rapport om sikkerhedstest for cervical columna (www.muskuloskeletal.dk/sw45044)
- Retningslinjer for undersøgelse og behandling af øvre cervical columna
- Artikel til Muskuloskeletal Forum
- Retningslinjer for videre arbejde med kvalitetsudvikling og evidensbaseret af manuelle undersøgelses- og behandlingsteknikker
- Projektbeskrivelser for 3 del-projekter:
 - Klinisk ræsonnering
 - Klassifikation
 - Mobilisering og manipulation, rationaler og effekt

Publicering og formidling

Vi forventer at formidlingen sker via: 1) en række 3-timers workshops på klinikker over hele landet i et forsøg på at implementere evidensbaseret klassificering og behandling af personer med rygbesvær i daglig praksis, 2) fokuserede artikler i Fysioterapeuten, Muskuloskeletalt Forum, McKenzie-gruppens fagblad, Kiropraktoren og på disse blades internet-portaler, 3) undervisningsmateriale til efter- og videreuddannelse og 4) en detaljeret rapport og en artikel i Forskning i Fysioterapi eller Ugeskrift for Læger med den videnskabelige dokumentation til undervisere og forskere.

Som et led i implementeringen forventer vi i løbet af 2008 at afholde ca. 45 workshop på klinikker og relevante fysioterapeutiske arbejdspladser fordelt i hele Danmark. De 15 vil omhandle klassifikation og 15 vil omhandle behandling med mobilisering og behandling af rygbesvær. De resterende 15 vil omhandle formidling af resultaterne fra den tidligere rapport om behandling af nakkebesvær.

Faktaboks 4. Igangværende arbejdsgrupper:

- *Klassifikation af lænderygbesvær:* Tom Petersen, fysioterapeut, ph.d., Københavns Rygcenter, Kristian Larsen, fysioterapeut, ph.d.-studerende, Holstebro Sygehus, Alice Kongsted, kiropraktor, ph.d., Rygcenter Fyn og NIKKB/SDU, Flemming Enoch, specialist i muskuloskeletal fysioterapi og idrætsfysioterapi, DipMT, MScR, DFFMT underviser, Fysiocenter Tårnby/Rigshospitalet, Lene Skytte, specialist i muskuloskeletal fysioterapi, DipMDT, cand. Scient. San., Egå fysioterapi og Camilla Nymann, fysioterapeut, DipMDT, Egå Fysioterapi.
- *Mobilisering og manipulation:* Arne Elkjær, fysioterapeut, DipMT, Fredensborg Fysioterapi, DFFMT underviser, og Martin B. Josefsen, fysioterapeut, DipMT, DFFMT underviser, Linde Alle Fysioterapi og Professionshøjskolen Lillebælt
- *Klinisk ræsonnering:* Hans Kromann Knudsen, MScR, specialist i muskuloskeletal fysioterapi, DFFMT underviser, lektor professionshøjskolen Lillebælt, Christoffer Davey Dalsgaard, fysioterapeut, ExamMT, Fysiocenter Dragør.
- *Projektlederne* Inge Ris, specialist i muskuloskeletal fysioterapi, DipMT, MScR, underviser i DFFMT og Per Kjær, specialist i muskuloskeletal fysioterapi, ph.d., DipMT koordinerer arbejdet i de tre grupper og varetager i vidt omfang formidlingen.

Erfaringer og forventninger

Det har vist sig at være en meget tidskrævende proces at arbejde med litteratursøgninger og skrivearbejde som et bijob ved siden af alt det andet, vi har gang i. Derfor har processerne i projektet strakt sig over længere tid, end vi havde forventet. Det har været utroligt spændende at fordybe sig i enkelte områder, og vi må erkende at hele formidlings og skriveprocessen tager meget lang tid.

Vi har brugt oceaner af tid på at udarbejde protokoller for at kunne skrive ansøgninger. Protokollerne skal under alle omstændigheder laves, men den tid der går med at omskrive, vinkle og tilpasse; den føles ofte som spild. Især når man så ikke får noget ud af ansøgningerne.

Projektet hed i starten "Kvalitetssikring af manuelle undersøgelses- og behandlingsmetoder som anvendes i fysioterapeutisk praksis til patienter lidelser i bevægeapparatet". Men vi har undervejs erkendt, at det ikke som sådan er et kvalitetssikringsprojekt. Det er et udviklingsprojekt, hvor vi forsøger at finde og implementere evidensen for manuelle undersøgelses- og behandlingsmetoder. Derfor har vi ændret titlen, som du ser ovenfor.

Vi har store forventninger til de arbejdsgrupper, vi nu har nedsat. Der er mange andre områder, som vi gerne vil se på, og vi glæder os til at komme rundt og formidle resultaterne, på workshops, på kurser og endelig til at formidle dem på skrift. Vi håber, at vi kan være med til at ændre praksis, der hvor den skal ændres. Den store joker i den sammenhæng er økonomi. Vi er afhængige af støtte udefra, og hvis den ikke kommer, så bliver der begrænsninger i det, vi kan nå.

Projektet er stort, og mange har måske svært ved at overskue det. Det er vanskeligt at arbejde med som bijob, der involverer mange mennesker. Vi håber i fremtiden, at denne type arbejde kan blive forankret i en fast institution, måske sammen med Forskningsinitiativet for Fysioterapi på Syddansk Universitet, måske som en del af Praksisfondens faste indsatsområder.

Reference List

- (1) Sundhedsstyrelsen. Fysio- og Ergoterapeutiske ydelser ved offentlige sygehuse 2004 og 2005. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen [online] 2006; 10(12).
- (2) Sygesikring - kommunefordelt. http://www.sst.dk/Informatik_og_sundhedsdata/Download_sundhedsstatistik/Planmateriale/Sygesikring/DSNB.aspx. 2007. Sundhedsstyrelsen. 28-9-2007. Ref Type: Electronic Citation.
- (3) Andersen CK, Søgaard J, Gyrd-Hansen D. Hvad koster ryg- og bevægeapparatlidelser samfundet og »kasserne«. Second ed. University of Southern Denmark: Centre for Health and Social Policy, 1996.
- (4) Kjoller M. Back trouble and back-disease - the most common complaint and disease in the population [Rygbesvær og rygsygdom - den hyppigst angivne gene og sygdom i befolkningen] [In Danish]. Månedsskr Prakt Lægegern 1997;(75):685-688.

- (5) Sundhedsstyrelsen CFeoMT. Evaluering af udviklingen på rygområdet i Danmark 1999-2004. 17. 2006. København. Ref Type: Report
- (6) Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 2006; 15 Suppl 2:S192-S300.
- (7) Burton AK, Balague F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A et al. Chapter 2 European guidelines for prevention in low back pain : November 2004. 2. *Eur Spine J* 2006; 15 Suppl 2:S136-S168.
- (8) Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Ondt i ryggen. Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv. 1999.
- (9) Vogels EMHM, Hendriks HJM, van Bar ME, Dekker J, Hopman-Rock M, Oostendorp RA. Clinical practice guidelines for physical therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. https://www.fysionet.nl/index.html?dossier_id=81&dossiers=1 . 2006. KNGF Guidelines. 10-3-2006.
Ref Type: Electronic Citation
- (10) van Tulder M, Malmivaara A, Esmail R, Koes B. Exercise therapy for low back pain: A systematic review within the framework of the cochrane collaboration back review group. *Spine* 2000; 25(21):2784-2796.
- (11) van Tulder MW, Ostelo R, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioral treatment for chronic low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Back Review Group. *Spine* 2001; 26(3):270-281.
- (12) Furlan AD, Brosseau L, Imamura M, Irvin E. Massage for low-back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine* 2002; 27(17):1896-1910.
- (13) Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Kay T, Aker P et al. A Cochrane review of manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. *Spine* 2004; 29(14):1541-1548.
- (14) Seffinger MA, Najm WI, Mishra SI, Adams A, Dickerson VM, Murphy LS et al. Reliability of spinal palpation for diagnosis of back and neck pain: a systematic review of the literature. *Spine* 2004; 29(19):E413-E425.
- (15) Bronfort G, Haas M, Evans RL, Bouter LM. Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain: a systematic review and best evidence synthesis. *Spine J* 2004; 4(3):335-356.
- (16) McCarthy CJ, Arnall FA, Strimpakos N, Freemont A, Oldham JA. The biopsychosocial classification of non-specific low back pain: A systematic review. *Phys Ther Rev* 2004; 9:17-30.
- (17) Hayden JA, van Tulder MW, Tomlinson G. Systematic review: strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Ann Intern Med* 2005; 142(9):776-785.
- (18) Licciardone JC, Brimhall AK, King LN. Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Musculoskelet Disord* 2005; 6(1):43.
- (19) van Trijffel E, Anderregg Q, Bossuyt PM, Lucas C. Inter-examiner reliability of passive assessment of intervertebral motion in the cervical and lumbar spine: a systematic review. *Man Ther* 2005; 10(4):256-269.
- (20) Kerry R, Taylor A, Mitchel J, Kiely R, Brew J, Rivett D et al. Cervical Artery Insufficiency and Manipulative Therapy. A literature Review. 1-19. 2005. Manipulation Association of Chartered Physiotherapist. MACP Clinical Summary.
Ref Type: Report
- (21) Stockkendahl MJ, Christensen HW, Hartvigsen J, Vach W, Haas M, Hestbaek L et al. Manual examination of the spine: a systematic critical literature review of reproducibility. *J Manipulative Physiol Ther* 2006; 29(6):475-485, 485.
- (22) Hartman L. Handbook of Osteopathic Techniques. 3rd ed. Nilson Thornes, 1997.
- (23) Cyriax J. Textbook of Orthopaedic Medicine, vol 1. Eighth ed. London: Baillière Tindall, 1982.
- (24) Kaltenborn F. Manual Mobilization of the Joints: The Spine. 4th ed. Minneapolis: OPTP, 2005.
- (25) Maitland GD, Hengeveld E, Banks K, English K. Maitland's vertebral manipulation. Sixth ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2001.
- (26) McKenzie R. The Lumbar Spine: Mechanical Diagnosis and therapy. Spinal Publications, 2003.
- (27) Laslett M, Aprill CN, McDonald B, Oberg B. Clinical predictors of lumbar provocation discography: a study of clinical predictors of lumbar provocation discography. *Eur Spine J* 2006;1-12.
- (28) Petersen T, Olsen S, Laslett M, Thorsen H, Manniche C, Ekdahl C et al. Inter-tester reliability of a new diagnostic classification system for patients with non-specific low back pain. *Aust J Physiother* 2004; 50(2):85-94.
- (29) Petersen T. Non-specific Low Back Pain. Classification and treatment. Lund University, 2003.
- (30) Janda V. Pain in the locomotor system - A broad approach. *x 0 AD*;148-151.
- (31) Van Dillen LR, Sahrman SA, Norton BJ, Caldwell CA, Fleming DA, McDonnell MK et al. Reliability of physical examination items used for classification of patients with low back pain. *Physical Therapy* 1998; 78(9):979-988.
- (32) Sahrman SA. Diagnosis and Treatment of Movement Impairment Syndromes. St. Louis: Mosby, 2002.
- (33) O'sullivan P. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Man Ther* 2005; 10(4):242-255.
- (34) Comerford MJ, Mottram SL. Movement and stability dysfunction - contemporary developments. *Manual Therapy* 2001; 6(1):15-26.
- (35) Chaitow L. Muscle Energy Techniques. 3rd ed. Churchill Livingstone/Elsevier, 2003.
- (36) Stoddard A. Handbook of Osteopathic Technique. 3rd ed. Unwin Hyman, 1980.
- (37) Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttrop MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD000447.
- (38) Muller R, Giles LG. Long-term follow-up of a randomized clinical trial assessing the efficacy of medication, acupuncture, and spinal manipulation for chronic mechanical spinal pain syndromes. *J Manipulative Physiol Ther* 2005; 28(1):3-11.
- (39) Korthals-de Bos IB, Hoving JL, van Tulder MW, Rutten-van Molken MP, Ader HJ, de Vet HC et al. Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *BMJ* 2003; 326(7395):911.
- (40) Niemisto L, Lahtinen-Suopanki T, Rissanen P, Lindgren KA, Sarna S, Hurri H. A randomized trial of combined manipulation, stabilizing exercises, and physician consultation compared to physician consultation alone for chronic low back pain. *Spine* 2003; 28(19):2185-2191.
- (41) Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttrop MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. *Ann Intern Med* 2003; 138(11):871-881.
- (42) Jull G, Trott P, Potter H, Zito G, Niere K, Shirley D et al. A randomized controlled trial of exercise and manipulative therapy for cervicogenic headache. *Spine* 2002; 27(17):1835-1843.
- (43) Gross AR, Kay T, Hondras M, Goldsmith C, Haines T, Peloso P et al. Manual therapy for mechanical neck disorders: a systematic review. *Man Ther* 2002; 7(3):131-149.
- (44) Hoving JL, Koes BW, de Vet HC, van der Windt DA, Assendelft WJ, van Mameren H et al. Manual therapy, physical therapy, or continued care by a general practitioner for patients with neck pain. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2002; 136(10):713-722.

»Rundt om ryggen«

Fokus på langvarige rygsmerter. Beretning fra DSMM årsmødet 2007

af Andre Soos

Dansk Selskab for muskuloskeletal Medicin har afholdt et velbesøgt videnskabeligt årsmøde på Comwell i Kolding 21. september, fulgt af en dag med introduktion til de manuelle undersøgelses- og behandlingsmetoder af dysfunktioner i bevægeapparatet.

Aage Indahl, Overlæge, dr. med., ved Specialsykehuset for Rehabilitering, Oslo, Norge, indledte med at redegøre for den fortsatte mangel på viden om, *hvad* der forårsager uspecifikke rygsmerter, såvel akutte som kroniske. At utallige teorier har bestået næsten uforandrede i årtier, men at der trods forskning fortsat ikke er eksakt viden om årsager og sammenhænge.

»Rygsmerter er som en solid borg – bestormet i over 100 år, men stadig uindtagelig«

På trods af den manglende dokumentation og evidens for vore behandlingsmodaliteter, fortsætter behandlere med at bruge disse endog med en vis klinisk individuel effekt; selv om at alle behandlinger statistisk synes at give samme (utilstrækkelige) effekt.

Ligeledes at mange udefinerede begreber næsten er anerkendt som årsag til rygsmerter: eksempelvis »stabilitet« og »instabilitet«, på trods af, at kroppen ikke har stabilitetssensorer.

Alligevel har disse mange udefinerede begreber næsten vundet hævde som årsagsforklaring, på trods af at man faktisk fortsat intet véd.

Man véd, at smerte genereres via sensoriske nerver, og har forsøgt at differentiere vha. blokader, men da al innervation i ryggen er kompleks og multisegmentær med interaktion mellem de forskellige strukturer, er dette heller intet sikkert bevis.

Der er lavet opfølgning af de »klassiske« intradiskale trykmålinger, som har vist, at trykforholdene forskellige steder i anulus fibrosus er helt forskellige fra trykket i nucleus, og desuden (til dato) har været ret uforudsigelige.

Det synes således nu, at det er væsketrykket i diskus, som (via ikke helt klarlagte mekanismer) påvirker de sensoriske nerveender i diskus periferi, og at disse sekundært multisegmentært regulerer tension i regionale dynamiske strukturer.

Aage Indahl mente også, at akutte rygsmerter findes globalt, og har stor recidivfrekvens; men at kroniske rygsmerter især er et vestligt fænomen – og måske skyldes vor mekaniske (fejlagtige) skadesmodel med en sårbar diskus som bør skånes.

Dette er en fejlsluttelse, idet diskus hører til kroppens mest robuste strukturer, og kan tåle tryk op til 10 Bar, og ved store belastninger går knoglerne itu før diskus.

Så: »jo større belastning – jo bedre trives diskus«.

Det betyder også, at når man får akut rygondt, skal man sige »shit happens« og »det gør ondt – men er ufarligt« – så derfor skal min ryg nu omprogrammeres og opdateres, og så det er bare med at komme i gang igen.

Dette kræver en grundig forklaring til patienten, med en kognitiv tilgang til problematikken, for at minimere risiko for kronicitet.

Konklusionen blev derfor, at de behandlingsmodaliteter som vi behandlere nu praktiserer, stadig kan anvendes, blot vi erindrer, at det er smerTELindrende og evt. funktionsforbedrende behandling, og ikke causal. Samt at det teoretiske behandlingsgrundlag næppe er en biomekanisk skadesmodel.

Fra højre:
Aage Indahl
Lars Remvig



på modsatte side:
Kirsten Bonfils
Vor mand på podiet! André Soos
leder gymnastikken



Klinisk psykolog Kirsten Bonfils, Helsingør, fortalte efterfølgende om de basale teorier ved kognitiv adfærdsterapeutisk terapi: Med udgangspunkt i konkrete situationer kan sammenhængen mellem tanker, følelser, adfærd og fysiske symptomer kortlægges og bearbejdes, med hensyntagen til underliggende ubevidste formodninger og livsanskuelser. Alt illustreret med genkendelige praktiske eksempler. At det ikke er begivenhederne selv, men vor fortolkning, som er afgørende for den påvirkning vi udsættes for.

Reumatolog Lars Remvig, overlæge, d. med., Rigshospitalet, fortsatte med også at undre sig over at behandlere fortsat beskriver uspecifikke rygsmerter som én sygdom, og ikke som det det er: et symptom.

Dvs. at der er et stort behov for reproducerbare og valide diagnostiske metoder, for at kunne differentiere mellem de utallige tilstande, som går under samlebetegnelsen »ondt i ryggen«.

Ortopædkirurg Benny Dahl, rygsektionen, Rigshospitalet, gav praksisrelevant praktisk anvendelig tilgang til rygkirurgien i dag: Der skal tages stilling til patologien: DDD =Degeneration? Deformity? Dangerous?



Samt at der basalt set kun findes 3 typer rygkirurgi: Dekompression, Spondylodese og Korrektion. Med alle indgreb i forskellige sværhedsgrader og kombinationer.

Blandt de mange eksempler på operation, blev problematik omkring diskusprolaps og konservativt regime drøftet, for mens store prolaps er tilsyneladende har en god prognose, og ofte er symptomfri på 4 måneder, så har små prolaps en dårlig smertemæssig prognose, antagelig pga. fortsat kommunikation med nucleus (hvilket forstærkede Aage Indahl's indlæg om trykforholdene i diskus).

I god overensstemmelse med dagens tidligere indlæg, blev også her nødvendigheden af at justere patienternes ofte urealistiske forventninger til kirurgi understreget.

Overlæge Michel Bach Hellfritsch, Radiologisk afdeling, Århus Sygehus, gav en god oversigt og gennemgang af billediagnostiske muligheder og begrænsninger i udredningen af smertegivende tilstande i ryggen.

Fra Indiana, USA, kom Michael Withworth og fortalte om ny behandlingsteknik: minimal invasiv rygkirurgi, som foretages vha. gennemlysning, hvorved man med meget stor præcision kan installere steroider, små mængder lokalanæstesi, eller foretage varmebehandling af diskus og nerver o.a.

Dette er et speciale i udvikling, som et godt supplement til den eksisterende kirurgi, og som denne baseret på bedst mulige billediagnostiske kortlægning af anatomi og patologi i regionen.

Således opdateret: fra opfordring til og forklaring på ændret opfattelse af rygsmerter og causalitet, via kognitiv og traditionel kirurgisk tilgang, til nyeste minimal invasive indgreb, sluttede årsmødet med god mad og livlig fysisk aktivitet til musik og sang ved 'Locomotions' fra Sønderjylland.

André Soos, 26. september 2007

FIMM generalforsamling 2007



Allan Gravesen
Formand i DSMM
allan.gravesen@dadlnet.dk

Det lykkedes for Niels Jensen og mig at komme til Prag. Vores oprindelige fly var de her Dash 8 fly, så afgangene var aflyste. Vi fik en tur ud af det med Cph - Frankfurt - Prag og søndag Prag - Frankfurt - Cph. Vejret i Prag var pragtfuldt og vi fik set noget af det gamle centrum. Niels havde før været i Prag, så han var min guide.

Lørdag morgen startede generalforsamlingen. Den var som altid præget af at der ikke er tid nok. Vi skulle slutte kl. 17, men det var først kl. 20 vi kunne klæde om.

I vores præsentation for 2007 fortalte jeg at vi har 945 medlemmer for tiden, en stigning på næsten 100 fra sidste år. Det gjorde de andre landes repræsentanter misundelige!

Jeg havde taget nogle stykker med af vores lille brochure til patienter og læger med, så de andre deltager kunne se dem.

Der var lange diskussioner om FIMMs økonomi og fremtid. Man beklagede at kongressen i år ikke blev til noget, men sådan var det altså. Ingen kan bære et underskud. Der var også et underskud i Chicago og et større endnu i Bratislava. Disse var FIMM med til at dække og dette har også drænet kassen i FIMM. Jeg havde det indtryk at næste

kongres i 2010 heller ikke kunne lade sig gøre, men Niels mente at New Zealand fortsat planlagde at holde kongres.

Vedr. kontingent:

Tyskerne har kun betalt halvdelen af hvad de skulle. De mente ikke at FIMM havde gjort særlig meget i det forgangne år, men det kunne bestyrelsen tilbagevise. Andre lande skylder også penge.

Der var 3 løsningsmodeller fra bestyrelsen, idet man fra bestyrelsens side ikke ønskede en kontingentforhøjelse i 2008:

1. Ingen yderligere betaling og dermed et aktivitetsniveau på 0 i det kommende år. Hermed regnede man med at få sorte tal igen på bundlinjen i slut 2008.
2. Der indbetales 0.2 € pr. medlem af medlemslandene som en engangsbetaling i år. Det ville dække FIMMs underskud.
3. Der indbetales 0.5 € pr. medlem af medlemslandene som en engangsbetaling i år. Det ville dække FIMMs underskud + give mere aktivitet.

Man valgte sidste løsning, der for vores vedkomne giver ekstra $945 \times 0,5 = 472,5$ € at betale. Med kurs 755, pr € giver det 3.567 kr., så det er jo ikke ret meget.

I FIMM overvejer man at regnskabsåret skal være 1/9 - 31/8 i stedet for kalenderåret.

Den tidl. præsident Bernard Terrier har fået til opgave at stå i spidsen for Health Policy Committee.

Her planlægger man 2 projekter: 1. WHO projekt hvor man vil beskrive den muskuloskeletale medi-



Glen Gorm Rasmussen holder sit sidste indlæg på FIMM generalforsamling som formand for Education Committee.



Niels Jensen, formand for uddannelsesudvalget og Allan Gravesen, formand for DSMM repræsenterede Danmark.

cin og få WHO's anerkendelse af denne behandling. En øvelse som kiropraktorerne har gennemført og osteopaterne også gerne vil.

Hvis WHO anerkender MM medicin, vil dette kunne bane vejen til en anerkendelse i Danmark og de øvrige lande. Det er meget få lande der anerkender MM medicin. USA gør og New Zealand gør. Problemet er PENGE. Det vil koste FIMM ca. 15.000 € at få skrevet og samlet de papirer der skal til, men det koster spidsen af en jetjager at få det gennem WHO bagefter. Det er lidt ligesom en bilproducent, der vil have en model crashtestet. De skal stille med bil(er) som crashes og betale omkostninger også. Det skal FIMM også overfor WHO og det estimeres til € 75.000!

Man kunne forestille sig at de nationale selskaber måske kunne sponsorere denne sag hvis man i de enkelte lande kan se, at netop en WHO anerkendelse vil være det helt rigtige.

Hvis vi i Danmark ville kunne opnå betaling for MM ydelser for vores medlemmer, vil et større sponsorat fra f.eks DSMM ikke være utænkeligt.

2. Man vil forsøge at komme med i UEMS (gruppen af Europæiske medicinske specialer). Det vil også være svært, men koster til gengæld ikke ret meget.

FIMM Academy vil gerne have Education committee med ind under deres hat. Det er forståeligt, men så bliver der bare ikke ret meget tilbage for FIMM som eksistensberigtigelse. Forslaget blev nedstemt.

Glen Gorm Rasmussen gik af som formand for Education committee. Han modtog stående applaus og blev udnævnt til æresmedlem i FIMM.



Udsigten over floden Moldau, der deler Prag, og over mod den berømte Karlsbro.



Karlsbroen er fuld af liv.

Impresione del la Palma Mallorca, Internacional Forum IX

Low Back Pain Forum – Primary Care Research 4.-6. oktober 2007

Primary Care Research on Low Back Pain har netop afholdt møde på Mallorca. Her mødtes førende forskere i rygproblemer for niende gang for at diskutere resultater fra den seneste forskning samt metoder og prioriteringer for de kommende år. Her giver Per Kjær et stemningsbillede af, hvad der foregår på rygfronten i dag.



Per Kjær

specialist i muskuloskeletal fysioterapi,
DipMT, PhD

I denne artikel forsøger jeg at sammenfatte tre intense dage på Mallorca. Du finder meget korte referater fra både podium og poster præsentationer, men det er stadig kun en brøkdel af det, som foregik. Jeg har tilladt mig først at citere, og derefter kommentere. *Al tekst i kursiv er mine personlige meninger og forsøg på at drage kliniske konsekvenser af den fremlagte forskning.* Hvis du vil se abstrakts fra alle posters og foredrag, så klik ind på <http://www.lbpforum.org>

Screening for røde flag finder halvdelen af frakturer

Forekomsten af svære patologiske tilstande i rygsøjlen er sjældne i fysioterapeutisk praksis. Trods screening for røde flag finder behandlerne kun halvdelen af tilfældene. Det viser et australsk studie. Niclas Henschke brugte 25 systematiske spørgsmål til screening af knap 1200 personer med akut lænderygbesvær. Patienterne søgte hjælp hos 169 behandlere (fysioterapeut, kiropraktor eller læge), og blev fulgt over et år. Ingen af spørgsmålene kunne udelukke røde flag, men tre spørgsmål havde relativ høj prædiktiv værdi nemlig: alder >70 år, urinretention og indtagelse af corticosteroider i lang tid. *For os som klinikere betyder det, at vi ikke kan være sikre, til trods for at vi stiller alle de rigtige spørgsmål!*

Søvnbesvær øger risikoen for lænderygbesvær

Når unge mennesker sover dårligt, har de større risiko for at få lænderyg- eller nakkesbesvær. Jaho Auvinen fulgte 1773 unge mennesker fra de var 16 år til de var 18. Tre typer af søvnforstyrrelser blev defineret: svært, mindre og ingen baseret på tid,

mareridt og følelsen af træthed. I 16-års alderen var der en sammenhæng mellem søvnforstyrrelser og både nakke og lændeproblemer. Svære søvnforstyrrelser som 16-årig øgede risikoen for lænderygbesvær hos både drenge og piger som 18-årig. Men det var kun blandt piger, at nakkebesvær blev prædikeret af søvnbesvær. Jaho fremhævede, at det måske hang sammen med andre psykologiske faktorer, men også at dårlig søvn måske ikke giver musklerne tilstrækkelig mulighed for at slappe af. *For os har det klinisk betydning at spørge ind til søvn hos unge. Det kan være, at man kan ændre rygsmærter ved at ændre søvnvaner.*

Behandlere ser ikke de samme mønstre

Klinikere tror de systematisk klassificerer uspecifikt lænderygbesvær på baggrund af patoanatomiske, grupper af symptomer og tegn, smerte og funktionshæmninger, fysiologi, psykologi, aktiviteter, jobfunktioner og socialt liv. Men de er ikke enige om, hvordan skal gøres. Peter Kent og hans gruppe har spurgt 488 klinikere og 162 forskere om deres opfattelser på de førnævnte punkter for at identificere forskellige mønstre i tænkning – det han kalder conceptual framework –, og han fandt ingen gennemgående mønstre, men meget spredte opfattelser og meninger. Meningerne var mere personlige, og de udtrykte ingen konsensus indenfor den enkelte faggruppe. Den forventede forskel i opfattelse blandt forskere og klinikere var heller ikke til stede.

For os som behandlere med manuel terapi konceptet er det tankevækkende, at vi åbenbart tror vi har en konsensus, men når de kommer til stykket, så er dette den individuelle »tro« som afgør sagen.

Forventninger påvirker forløb efter whiplash

Personens forventninger om at blive rask efter whiplash er medvirkende til, hvordan det går, påstår Lena Holm m.fl. Hun fulgte knap 1100 personer over 6 måneder. Alle søgte erstatning efter påkørsel bagfra i bil. De blev spurgt om deres forventninger til at blive rask ved at udfylde en numerisk rating skala fra 0 til 10 (0 = usandsynligt at jeg kommer mig helt og 10 = meget sandsynligt at jeg kommer

Her bringes et uddrag af dagbogen.
Hele beretningen kan læses via
www.muskuloskeletal.dk (Fagligt / MT-Nyt).

mig helt). Det viste sig, at dem som scorede på den nederste tredjedel, havde mere end dobbelt risiko for symptomer et halvt år efter (Odds Ratio 2,3), og den midterste tredjedel havde 70% øget risiko (Odds Ratio 1,7).

Når vi ser personer med akut whiplash, er det vigtigt at klargøre deres forventninger til at blive rask. Hvis de har negative forventninger, kan det måske hjælpe at forsøge at ændre disse til mere positive forventninger.

Personer med kronisk lænderygbesvær måler effekt af behandling på dagligdags funktioner

Det er budskabet fra en interviewundersøgelse af 13 personer. Dawn Carnes har undersøgt, hvad god effekt af behandling er, set med patientens øjne. For at kommunikere optimalt skal man bruge patientens narrativer. Patienter oplever dårlig kommunikation, når lægen/terapeuten stiller diagnostiske spørgsmål, og føler sig ikke lyttet til på egne betingelser. Et andet gennemgående træk fra interviewene er, at patienter oplever smerte som signifikant, når den inkluderer tab af funktion, og tab af evne til at klare sig selv. Det er ikke styrken af smerten i sig selv, som er afgørende.

Studiet bekræfter, hvad vi som behandlere godt ved: vi skal kommunikere på patientens betingelser, vi skal sætte funktionelle mål sammen med patienten – og vi skal tage os tiden til at få patienten til at føle sig forstået.

Workshops

På kongessen var der forberedt syv forskellige workshops, som dels skal kortlægge den nuværende viden, dels lede frem til en konsensus om, hvad der skal ske på områderne fremover. Jeg deltog i nedenstående workshop.

Workshop om sub-grupper

Titlen var »Tilpasning af behandling til sub-grupper af patienter: Er det nøglen til at demonstrere behandlingseffekt og forbedre det kliniske arbejde?»

Workshoppen blev ledet og præsenteret af Julia Fritz. Hun indledte kort med at beskrive en række



Figur 1. Julia Fritz, Eric Parent og Mark Laslett diskuterer konklusioner fra workshop om sub-grupper.



Figur 2. Francisco Kovacs, kongressens arrangør, diskuterer med to grand old men indenfor rygområdet: Daniel Cherkin til venstre og Gordon Waddell med ryggen til.

studier, hvor der var næsten den samme effekt i intervention og kontrolgruppe, når behandlingen ikke er individualiseret. I forslaget til workshoppen lå, at der skulle foreligge et review, som efter input fra workshoppen skal sendes til publikation i Spine.

Mark Lasslet lagde i sin præsentation vægt på det patoanatomiske. Hans udgangspunkt er, at LBP altid har en kilde og en årsag. Laslett har i mange år arbejdet på at validere modeller for at klassificere lænderygbesvær med udgangspunkt i en patoanatomisk model. Valideringen har bestået i discoграфи og blokader. Han kommer til sidst ind på, at



Figur 3. Indtryk fra en intens posters session. Små grupper diskuterer med forskerne

personer med høj score på psykologiske faktorer scorer højere på smerter end andre ved validerende test.

Ron Donelson leverer sin McKenzie gennemgang, som vi sidst så til fagfestivalen i Odense. Han får præsenteret forskellige faser i udviklingen af et klassifikations system baseret på symptomrespons og gentagne bevægelser. Der er god reproducerbarhed, og validitet af centralisering, men når det kommer til behandlingseffekt, er det mere sparsomt.

Julia Frits fremlægger John Childs »clinical prediction rule«. Hun går ikke så meget ind i resultaterne, som den metode de har brugt til at udvikle og validere metoden.

Sherman talte om hvorvidt patientens forventninger har betydning for, hvad de får ud af behandling. Forventninger kan dels gå på den behandling, de modtager, dels forventninger til, hvordan de vil få det efter behandlingen.

Eric Parent gennemgik forskellige metoder til at udvikle og validere sub-gruppe systemer. Punkt et er at identificere systemet, punkt to at validere det og til sidst at vurdere, hvilken betydning det har. Endelig gennemgik han de statistiske analysemuligheder.

Julia Fritz lagde op til diskussion, men den flød ud i sandet. Der blev lagt op til alt for mange punkter, alt for meget information og alt for lidt fokusering. Jeg har egentlig ikke nogen budskaber med herfra. Det var med meget store forventninger, jeg gik til workshopen, og de blev ikke indfriet. Gennemgangen gav ikke overblik over sub-grupperingsystemer generelt, men arbejdsgruppens systemer. Der var samlet kapaciteter på området, men fordi de selv ledede diskussionen med deres egne indbyggede kæpheste kom diskussionen aldrig i gang.

Nogle budskaber fra poster præsentationer

Kongressen havde ca. 75 posters som blev gennemgået på 8 sessioner. Her var der ca. 5 minutters

gennemgang af hver. Jeg her i det følgende valgt at give et kort referat fra nogle af postersessionerne, men det vil være fuldstændig uoverskueligt at referere alle. Se i stedet <http://www.lbpforum.org> for mere information

Mange unge har nakke-hoved-skuldersmerter

Halvdelen af unge angiver hoved-nakke-skulder smerter indenfor de seneste 6 måneder, lyder det fra Finland. Jaho har, i den samme gruppe, som han så på søvnkvalitet, også set på, om den tid 16-årige er i fysisk aktiviteter og sidder ned øger risiko for nakkeskuldersmerter. Det gør det på den måde at høj fysisk aktivitet og det at sidde længe øger risikoen.

Det er ikke størrelsen, det kommer an på

Altså når det gælder Modic forandringer. Størrelse og lokalisation af Modic forandringer betyder ikke noget, fremgår af et arbejde af Hanne Albert med flere. Joan Solgaard og hendes gruppe mener at Modic forandringer kan skyldes bakterien *propionibacterium acne*. Michele Battien fortæller, at discus degeneration i thoracal columna forekommer hos over halvdelen af voksne finske mandlige tvillinger.

Nyt fra informationsfronten

Aage Indahl præsenterede en ny model for varetægelse af rygproblemer, Satellit modellen kalder han den. Indsatsen består i et to-dages program, som indebærer funktionsundersøgelse, undervisning i det naturlige forløb af rygbesvær, forståelse af muskulo-skeletale smerter, og hvor solid rygsøjlen er. Dertil kommer individuelle konsultationer. De foreløbige resultater ser lovende ud, og patienterne er meget tilfredse. Men langtidsvirkningerne kender vi ikke noget til endnu.

Det er kun modellen vi kan bruge. Og jeg tror at muskuloskeletale fysioterapeuter i vid udstrækning arbejder med at bringe patienten til at forstå smertemekanismer, hvad egen ryg kan tåle osv.



Figur 5. De romerske kejsere holder vagt udenfor kongresbygningen.

Personer med kronisk lænderygbesvær kan godt forudsige, hvilken effekt de vil få af behandling efter 8 uger i forhold til smerte, men ikke funktion.

Henrik Lauritsen fra SDU har afprøvet et nyt spørgeskema på 119 personer med kronisk lænderygbesvær. Det ny spørgeskema blev sammenholdt med andre validerede spørgeskemaer for at bedømme dets validitet. Ved afslutning af behandling blev svarene fra det ny spørgeskema sammenlignet med patienternes oplevelse af bedring.

Dette studie kan vi bruge i dagligdagen til at minde os om, at patienterne for det meste har en meget god fornemmelse af, hvordan det kommer til at gå. Men andre studier på andre patientgrupper, f.eks. amerikanske patienter opereret for discus prolaps har ikke de samme realistiske forventninger (Carragee poster).

Relevant ændring på smerte og funktion efter intervention. Forskerne siger 30% men hvad siger patienterne?

En gruppe nedsat på LBP-forum (Ostelo m.fl.), har gransket, hvad der skal være minimal klinisk vigtig forskel, når forskning opgør resultater om smerte, funktion mm. En række spørgeskemaer og målemetoder er blevet gennemgået, og der er konsensus om 30 % ændring som et rimeligt resultat, hvis man vil tage hensyn til baseline værdier. De eksakte værdier foreslås til: Numeric rating scale (NRS) 2, Visuel analog skala (VAS) 15mm, Roland Morris Disability Index (RDQ) 5, Oswestry Disability Index (ODI) 10.

Når det gælder patienter finder Zamora og hendes gruppe, at det afhænger af smerten ved begyndelsen. Hun har set på 1349 rygpatienters ændringer i ryg eller bensmerter og funktionsscore efter behandling og sammenholdt det med patienternes tilfredshed med behandling. For dem som scorede under 7 på NRS var 1,5-3,2 tilfredsstillende reduktion, for dem som scorede over 9 var 2,5-4,3 tilfredsstillende. Når det gælder RDQ så var dem som scorede under 10 ved start tilfreds med en reduktion

på 2,5-6,9 og dem som scorede over 15 tilfreds med 5,5-13,8.

Resultaterne fra de to studier viser med tydelighed, at oplevelsen af, hvorvidt en forbedring er relevant, er individuel. Vi kan bruge tallene fra de to studier som en rettesnor for, om de forbedringer, vi ser hos vore patienter, er relevante eller ej. Men i klinikken må vi klargøre patientens forventninger til resultat ved behandlingens start, og det er patientens oplevelse der afgør om det er relevant.

Manipulation og øvelser er bedre end medicin ved akutte nakkesmerter

Gert Brønfort og hans gruppe gennemførte en randomiseret kontrolleret klinisk undersøgelse og sammen lignede tre forskellige interventioner: kiropraktisk manipulation, instruktion i hjemmeøvelser og egenomsorg og medicinsk behandling. Der blev målt på smerte, disability (SF36) og generelt helbred. Alle tre grupper blev generelt bedre. Der var bedre effekt af manipulation og øvelser sammenlignet med medicin. Gruppen som fik manipulation var mest tilfreds. Gruppen som fik medicin havde et markant højere medicinforbrug et år efter.

Det ser ud til at man kommer lige langt med øvelser og manipulation. Så for os som fysioterapeuter kan vi jo vælge efter vore præferencer. Andre undersøgelser viser jo faktisk, at det ved lidt andre patientgrupper er en god kombination.

Placebo akupunktur med tandstikker effektivt til lænderygbesvær

Hvad enten akupunktur følger den klassiske kinesiske tradition eller udføres som placebo akupunktur med tandstikker uden at penetrere huden, så har det en effekt på kroniske lændesmerter. Det fremgår af en ny undersøgelse Dan Cherkin og hans gruppe har gennemført på 638 patienter med kronisk lænderygbesvær. 4 grupper blev sammenlignet, klassisk kinesisk akupunktur individuel, standardiseret, placebo akupunktur og sædvanlig medicinsk behandling hos egen læge. Der blev primært målt effekt i forhold til

funktion ved hjælp af Roland Morris Questionnaire (RMQ) og »bothersomeness of back pain« 0-10 skala. Alle som fik akupunktur havde bedring (fald på mere 6 på RMQ) også ved et års opfølgning.

Studiet er tankevækkende fordi den formodede placebo behandling har samme effekt som den rigtige akupunkturbehandling. Så hvad er det der virker? Hvad er mekanismerne bag akupunktur/hudstimulering? Et andet problem, rejst af Bart Koes fra salen er om patienter som blev randomiseret til sædvanlig behandling føler sig snydt og dermed har påvirket resultatet ved at være endnu dårligere end de er.

Manipulation ved akut lænderygsbesvær, skal/skal ikke?

Personer med akut lænderygsbesvær bliver ikke hurtigere raske ved at supplere den sædvanlige behandling med råd, vejledning og medicin (paracetamol) hos lægen med yderligere NSAID (Diflofenac) eller manipulation. Mark Hancock og hans gruppe randomiserede 240 patienter med akut lænderygsbesvær i 4 grupper: NSAID+manip, NSAID+sham manip, placebo med+manip, placebo med + sham manip. Der blev målt på antal dage til smertefri og fremstillet overlevelseskurver. Kurverne var ens for alle fire grupper. Det betyder, at der ikke var forskel på hvor hurtigt de blev raske. Det er i modstrid med tidligere studier.

Ifølge dette studie skal vi altså ikke manipulere akutte lænderygpatienter, for det fremskynder ikke deres helbredelse, hvis de i øvrigt har fået de rette råd og den rette medicin. Så hvis vi vil gøre det, så må vi henholde os til, at der er modstridende evidens. Men her er tilsyneladende et studie af høj kvalitet, så kommer der et til af samme slags, må vi se frem til anbefalinger, som fraråder manipulation til personer med akut lænderygsbesvær. Men lad os nu se, hvor høj kvalitet studiet har, når det engang bliver publiceret.

Det går patienter med akut lænderygsbesvær bedst, hvis de behandles efter officielle anbefalinger om aktiv behandling i USA

Julia Fritz og hendes gruppe har undersøgt om klinikker holder sig til anbefalinger om at bruge aktiv behandlingsmodaliteter til akut lænderygsbesvær,

og om det har nogen betydning for hvor godt patienter kommer sig. Der blev taget udgangspunkt i opgørelser over ydelser på 1200 patienters regninger. Behandlingsresultater blev målt med Oswestry spørgeskema ved start og slut af behandling. Det viser sig, at patienter, som behandles efter anbefalingerne, har bedre behandlingsresultat på en lang række punkter: de havde færre besøg på klinikker og de havde mere end 20% bedring i funktion og smerte sammenlignet med dem, som behandles på klinikker, som ikke holder sig til retningslinjerne.

En interessant observation, hvis vi kan regne med, at det der står på regningerne, er det patienterne har fået.

Stay Active! Bedrest is bad!

Hold dig i gang og læg dig ikke i sengen, hvis du har ondt i ryggen. Det er mantraer som går igen og igen i alle guidelines for lænderygsbesvær. Gordon Waddel har været en af ankermændene bag dette budskab, som er velfunderet i videnskabelige undersøgelser. I Skotland har man forsøgt at ændre adfærd hos både læger og patienter i forhold til dette budskab, og det ser ud til at være lykkedes meget godt. Projektet Workingbacks Scotland har ved månedlige telefoninterview fulgt befolkningens holdning til de to budskaber. Via en mediekampagne, blandt andet via 15 radiostationer, har det været muligt at ændre holdninger med op mod 40%. Efter mediekampagnen mente de fleste, at det var bedre at forblive aktive og ikke lægge sig i sengen ved rygsbesvær.

Ingen dokumentation for rygskoler

Jens Ivar Brox har sammen med sine kolleger gennemgået litteraturen om backschools, brief education og fear avoidance hos personer med kronisk lænderygsbesvær. De kan ikke på den baggrund anbefale hverken backschools eller brief education, kun som et led i en tværfaglig intervention. Fear avoidance reduktion bør integreres i rehabiliteringsprogrammer. Artiklen kommer snart i Spine.

Alf Nachemson, in memoriam

Gordan Waddel holdt en kort mindetale for Alf Nachemson, som døde i november sidste år, 75 år gammel. Det var et smukt tilbageblik på en person,

som nok har været den mest markante på rygområdet, både som forsker, som behandler og debattør på enhver kongres om rygbesvær. Som Gordon sagde: »Alf sidder stadig og kikker mig over skulderen«; der vil han sikkert sidde hos mange af os i mange år endnu.

Afsluttende bemærkninger

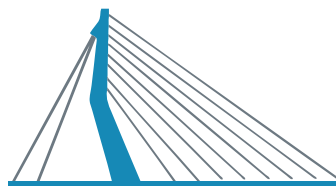
Dan Cherkin sluttede med et tilbageblik til det første møde, hvor der blev sat dagsorden for tiden fremover. Han gjorde status over hvor vi er i dag. Umiddelbart kan det se ud, som om forskningen ikke er kommet specielt langt. Det er især kvaliteten af forskningen, som er blevet bedre. Der er kommet mere overblik, men samtidig kan det være svært at se, hvad der er nået, når man står midt i det. Han lagde op til at alle tænker videre over, hvordan et nyt paradigme for rygforskning skal se ud. På mange måder er tingene groet lidt fast i de nuværende metoder.

Jeg er enig med Dan Cherkin i alle hans synspunkter. Man sidder som kliniker og forsker tilbage efter kongressen og tænker: hvordan er det lige man kan blande kortene, så man kommer videre, og måske fremskaffer viden på en ny måde. Er der andre og bedre veje end randomiserede, kontrollerede kliniske undersøgelser og meta-analyser af disse?

Næste LBP-forum afholdes i Boston 17-20 juni 2009

- og jeg kan kun give denne konference de bedste anbefalinger. Det er her forskere mødes for at diskutere vigtige problemstillinger i behandlingen af lænderygbproblemer i primærsektoren.

Kongressen er for forskere, men alle arbejder på at gøre klinisk praksis bedre. Det er for mig at se den bedste kongres, hvis man som fysioterapeut vil holde sig opdateret.



IFOMT 2008

Connecting "Science" to Quality of Life

The International Federation of
Orthopaedic Manipulative Therapists
will meet in Rotterdam 8-13 June 2008

Call for Abstracts

The date for submitting abstracts
has been extended to November 15th 2007

The dynamic city of Rotterdam, The Netherlands, will be the platform for the IFOMT 2008 world congress. The largest port in the world, with the most beautiful skyline of The Netherlands has a lot to offer you, as congress participant: the Euromast tower, many museums and a lot of shopping possibilities. And if this is not enough, the historic city of Amsterdam, the windmills of Kinderdijk, the governmental city of The Hague, the beaches etc. are never more than an hours' travel away.

And then of course the congress itself. Many famous speakers will present the state of the art in the field of musculoskeletal therapy, several pre- and post conference courses will endeavour to make a contribution to increase your knowledge and skills.

What an opportunity to be a participant and meet colleagues from all over the world in a holiday atmosphere!

See you in Rotterdam.
The Congress Committee.

**1.000,-
i tilskud**

- til de første 50 danske
MT-medlemmer
Læs mere på:
[www.muskuloskeletal.dk
/sw43813.asp](http://www.muskuloskeletal.dk/sw43813.asp)

Læs mere om IFOMT-kongressen på:
www.ifomt2008.nl

Er du klar – fremtiden er nær!



Muskuloskeletal Fysioterapi – Mediefremtiden



Martin B. Josefsen
Redaktør (ansv.)
mbj@rygnet.dk

For muskuloskeletale fysioterapeuter og medlemmer af faggruppen venter en ny mediefremtid med faglig og kommunikativ merværdi.

Vi starter vores helt eget nyhedsbrev op "Muskuloskeletal Fysioterapi", som udkommer 4 gange årligt. Det vil være mindre i omfang sidetalsmæssigt. Indholdet vil i udpræget grad være fagligt relateret. Integrationen med webbaseret indhold, særligt på hjemmesiden, optimeres. Dette medie vil være målrettet alle medlemmer samt udvalgte biblioteker, uddannelser og rygcetre.

Hjemmesideaktiviteten fortsættes med udviklingen af det nye trykte medie. På muskuloskeletal.dk kan du finde al udgivelse, som faggruppen udsender.

Det sikrer kontinuitet samt en portal for dig samt alle andre, der måtte have interesse for muskuloskeletale ydelser – dine ydelser.

Der nedsættes et nyt redaktionspanel, som klinisk og forskningsmæssigt er på forkanten med ny viden, og bidrager til prioritering af de faglige emner, som bringes i samtlige medier.

Supplerende vil der i løbet af 2007-2008 blive udviklet informationsmaterialer, som beskriver fagområdet muskuloskeletal fysioterapi – til glæde for patienter med lidelser i bevægeapparatet og alle udøvere af faget; dig og dine kolleger.

Publikationsformen vil her blive trykte foldere – fysisk og til download – efterhånden som udformningen udvikles.

Et eksempel på udvikling af foldere kan i øvrigt ses med dette blad i form af folderen omkring cervikale sikkerhedstest.

Dertil fortsættes det tætte samarbejde med fysio.dk og dennes redaktion mhp. at følge den teknologiske udvikling, der på sigt vil give en endnu bedre

kommunikativ og interaktiv tilknytning til alle medlemmer.



Tidernes ugunst har ...

af Birthe Carstensen,
Muskuloskeletal fysioterapeut.

Desuden vil vi benytte fagbladet Fysioterapeuten til de mere brede relevante oplysninger omkring muskuloskeletal fysioterapi.

Alt i alt er vi overbeviste om, at vi i højere grad imødekommer de ønsker, som både redaktionen og mange medlemmer har efterlyst. Mere fagstof, mere integration af kilder til viden samt en finger på pulsen på det kliniske, forskningsmæssige og organisatoriske niveau.

Nøglepunkter i mediefremtiden:

- Muskuloskeletal Fysioterapi – udkommer 4 gange årligt – til medlemmer, udvalgte modtagere samt elektronisk på muskuloskeletal.dk.
- Faglig redaktionspanel.
- Informationsmaterialer til patienter og fagfolk (via alle MT-fysioterapeuter, fysisk og elektronisk). – udvikles i løbet af 2007-2008.
- Tæt samarbejde med fysioterapeutiske medier.

Er du klar? I nær fremtid vil du modtage inspiration til en mere spændende, indholdsrig og givtig hverdag på klinikken. Faglige nyheder og informationer om uddannelse samt vedligeholdelse af uddannelsesniveau (akkreditering) er på vej. Ny viden du kan forholde dig til, hvis du vælger den medieaktive fremtid.

På gensyn – og genhør.

Med venlig hilsen,
Martin B. Josefsen, redaktør

Faglig Redaktionspanel:

- Martin B. Josefsen, Muskuloskeletal fysioterapeut, ExamMT (redaktør, ansvarshavende)
- Per Kjær, Specialist i muskuloskeletal fysioterapi, DipMT, PhD (medredaktør)
- Inge Ris, Specialist i muskuloskeletal fysioterapi, DipMT, MScR (medredaktør)

PR/Kommunikation:

- Niels Honoré (formand)
- Martin B. Josefsen (redaktør)

... nu bevirket at MTnyt eller rettere Muskuloskeletal Forum må stoppe. Heldigvis betyder det ikke, at informationer såvel faglige som nyt fra bestyrelsen stopper. Vi får måske ikke mere et så eksklusivt æstetisk lækkert blad i hånden, men vil dog få »noget« fysisk i hånden – vores eget nye »muskuloskeletale fysioterapi blad«

Vi er i den »elektroniske tidsalder« med utroligt mange muligheder til faglige informationer, men det er nu også godt at få bestyrelsens meddelelser, lidt faglige nyheder, alt om kurser og faggruppe specifikke oplysninger i »papirudgave«. Der vil det stadig være muligheder for at tage »noget« med i tog og bus!

Ser vi tilbage på MTnyt's historie har udviklingen været markant. Fra et lille A5 format, der blev trykt, nærmest kopieret, til et A4 bogtryk med original tegnet forside af Arne Elkjær og senere, efter fusion med lægerne blev bladet til Muskuloskeletal Forum. Indholdet har også ændret sig. De første numre var først og fremmest information om kurser og kongresser, men efterhånden kom der flere og flere artikler og referater fra kongresser og kurser, vi blev mere udadvendte!

Efterhånden som vores medlemmer havde indlæg på nationale såvel som udenlandske kongresser, var det naturligt at indholdet blev offentliggjort i vores eget blad.

Ideen til MT-Nyt fik Bjørn Kofoed i 1977, og han var så redaktør i nogle år. Derefter overtog Alik Weintraube posten i en del år. Karen Prip sad i redaktørstolen de næst par år. I tiden da bladet gik fra A5 til A4 størrelse, havde jeg fornøjelsen at være redaktør. Det var et spændende, men til tider lidt drøjt job, der var ikke mange, der sendte artikler til bladet! I MT-Nyt's sidste år som blad blev redaktionen varetaget af Vibeke Laumann, og hun fortsatte derefter i den fælles redaktion med lægerne indtil Martin B. Josefsen tog over.

Jeg vil ønske redaktionen tillykke og held-og-lykke med den nye udgave af vores blad: »Muskuloskeletal Fysioterapi«

Et historisk tilbageblik



Af Johannes Fossgreen
speciallæge i Reumatologi,
Fysiurgi og Rehabilitering, Professor h.c.

Dansk Selskab for Manuel Medicin blev grundlagt 1969. Der var stor interesse i de nye muligheder, der åbnede sig, og mange læger søgte om optagelse i selskabet.

Interessen samlede sig især om selskabets kurser, som blev udarbejdet af selskabets uddannelsesudvalg og lærergruppe. Desuden blev der inviteret udenlandske lærerkræfter især fra fremtrædende amerikanske osteopatiske institutter, som Michigan State University. Vi skylder de udenlandske kolleger megen tak for deres konstruktive samarbejde.

Selskabets medlemstal øgedes støt og i løbet af halvfjerdsrunden rundedes 1250 medlemmer.

Selskabets navn blev ændret til Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin for at følge internationalt sprogbrug.

Ligeledes var der et stigende behov for uddannelse inden for dette fagområde. Der blev etableret kurser til opnåelse af diplom i den muskuloskeletale medicin.

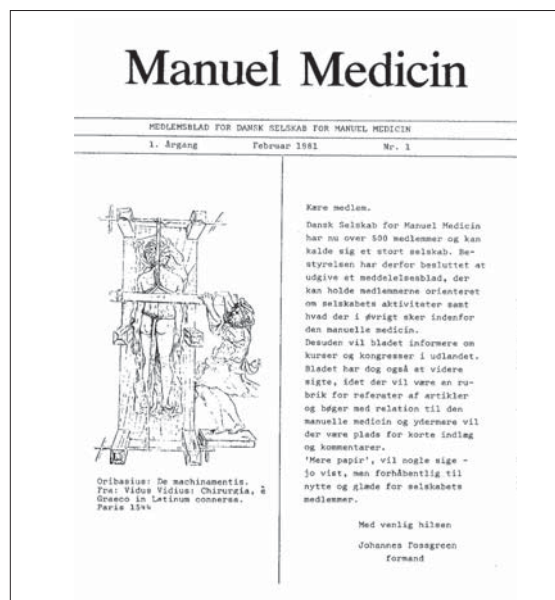
Det basale princip i undervisningen kan sammenfattes i hands on til de diagnostiske og terapeutiske teknikker især omfattende også det myofasciale system.

Uddannelse spiller en afgørende rolle og selskabet ydede en stor indsats for at nå målsætningerne. Ca. 2000 læger er i det forløbne tidsrum blevet uddannet indenfor den muskuloskeletale medicin.

Selskabets aktiviteter nødvendiggjorde et organ, der kunne viderebringe information om aktiviteterne. Der blev derfor etableret et medlemsblad. Det første nummer udkom i februar 1981.

Titelsiden er gengivet i det foreliggende historiske tilbageblik.

I år 2000 indgik Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin og Danske Fysioterapeuters gruppe for muskuloskeletal Terapi en aftale om et tættere samarbejde. Dette var et stort skridt, som åbnede til de nye og videregående muligheder.



*Dansk Selskab for Manuel Medicin –
Meddelelsesblad*

Mange har i årenes løb ydet en indsats blandt andet med det formål at give bladet internationalt tilsnit. Desuden er der truffet aftale om et nærmere samarbejde med det engelske tidsskrift "Journal of Osteopathic Medicine".

Bestyrelsen og redaktionsgruppen takker for godt samarbejdet i de forløbne år og ønsker for fremtiden – Good Luck.

Gerd Lyng, formand for Redaktionsgruppen
Allan Gravesen, formand for Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin og medlem af Redaktionsgruppen

Palle Holck, medlem af Redaktionsgruppen

<http://www.muskuloskeletal.dk/sw298.asp>

Hvem uddanner til IFOMT-godkendt niveau?

Af San

Hvilke organisationer uddanner til MT IFOMT niveau? Er det de to DGOMT og AGMT? Egentlig skulle man vide det som MT. Hvordan hænger det sammen?

Vores fagforum giver ingen informationer om det, her har vi en mangel på historieforskning om MT!!!

Svar til San

Af Martin B. Josefsen, Redaktør

Hej San, I Danmark er det Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi (DFFMT), der udbyder den IFOMT/WCPT godkendte uddannelse i MT. Der er korrekt vores moderfagforening Danske Fysioterapeuter ikke tydeligt beskriver dette nogen steder, det er faktisk kun på denne hjemmeside du kan læse det.

DGOMT som du henviser til er vist den tyske MT-faggruppe? AGMT måske den østrigske?

Dertil synes jeg delvist du har ret mht. historik; historikken over MT er spredt i diverse bøger og artikler. En samlet oversigt kunne være spændende at oprette. Måske et fremtidigt projekt.

ECTS – points

Af Adam Bjerre

Hvordan går det med at få pointsat MT-kurserne ift. ECTS-systemet? Det fremgår ikke rigtig under kursusbeskrivelserne.

Kiropraktorer på danske sygehuse

Af Michael Leth

Jeg har her til morgen på jp.dk (<http://jp.dk/indland/article1125302.ece>) læst at de danske regioner og lægeforeningen nu vil ansætte kiropraktorer på de danske sygehuse, for at hjælpe danskerne med deres rygsmerter.

Jeg har også åbnet en debat på fysio.dk, men her mere spurgt DF direkte hvordan de vil agere i dette spørgsmål.

Jeg er dog også lidt nysgerrig efter at høre hvordan MT stiller sig. Er I ikke også attraktive for de danske sygehuse? Og kommer I at arbejde for at blive hørt i denne sag?

Som jeg ser det skulle et team samarbejde mellem kiropraktor og de eksisterende fysioterapeuter vel være ok, men hvorfor ikke ansætte MT fysioterapeuter, der kan både det biomekaniske og træning. Videre som der står i artiklen også få tid og mulighed for at forske indenfor det muskuloskeletale fysioterapi.

Man kunne måske også ansætte osteopater ...

Spam angriber muskuloskeletal.dk's debat

Debatten på muskuloskeletal.dk angribes efterhånden af ondsindede spam-robotter.

Det betyder, at man kan støde på indlæg, som indeholder upassende materiale.

Vi samarbejder med fysio.dk om hurtigt at løse problemet, der også har været kendt på fysio.dk, der nu har fået ny debatfunktion – samt på ffy.dk (der nu er lukket og flyttet under fysio.dk).

Overvejelserne omhandler bl.a. lukning på muskuloskeletal.dk og flytning til subkategori på fysio.dk.

Med venlig hilsen,
Martin B. Josefsen, redaktør

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin

DSMM Kursuskalender 2007-2009

Kursus	Tidspunkt: (start 1. dag kl. 9.00, slut sidste dag kl. 16.00)	Kursuspris inkl. lærebog	Kursuspris ekskl. lærebog
■ MOB, Mobilisering	23. -26. november 2007	kr. 9.700,-	kr. 9.172,-
2008			
■ Øvelseskursus, Lanzarote	25. januar -1. februar 2008	kr. 6.900,- inkl. lærebog* hertil kommer 7.000,- til rejse og ophold – i alt kr. 13.900,- kr. (inkluderer rejse, ophold og rejseforsikring)	
■ Kursus i Reproducerbarhedsstudier, Rigshospitalet, København	26. januar 2008	€ 50,- inkluderer frokost og kaffe	
■ Basiskursus i muskuloskeletal medicin	11. - 15. april 2008	kr. 14.900,-	*
■ MET A, Muskelenergiteknik	11. - 14. april 2008	kr. 11.900,-	kr. 11.372,-
■ Ledpunktur, Blokader og andre stik (akupunktur)	25. -27. april 2008	kr. 8.900,-	kr. 8.372,-
■ MET B, Muskelenergiteknik	24. - 27. oktober 2008	kr. 11.900,-	kr. 11.372,-
■ Mobiliseringskursus A, columna og ekstremiteter	21. - 24. november 2008	kr. 11.900,-	kr. 11.372,-
■ Basiskursus i muskuloskeletal medicin	14. - 18. november 2008	kr. 14.900,-	*
2009			
■ Øvelseskursus, Lanzarote	23. januar -30. januar 2009	kr. 9.900,- inkl. lærebog* hertil kommer 7.000,- til rejse og ophold – i alt kr. 16.900,- kr. (inkluderer rejse, ophold og rejseforsikring)	
Kursuspris: *) Har man allerede lærebogen, Remvig et al. (redaktion): Lærebog i manuelle teknikker, Munksgaard Danmark, som er obligatorisk på kurserne, nedsættes kursusafgiften med kr. 528. Husk at gøre opmærksom på om du allerede har bogen når du tilmelder dig. Den anførte kursuspris for medlemmer gælder for kurser, der er medlem af DSMM, Danske Fysioterapeuter Faggruppe for Manuel Terapi eller McKenzie Insitut Danmark. For ikke-medlemmer af ovennævnte selskaber er der et administrationsgebyr på kr. 500, der tillægges ovenstående priser. Ved tilmelding indbetales et depositum på 1.000 kr. Kalenderen opdateres på www.dsmm.org			

TILMELDINGSBLANKET til DSMM-kurser 2007-2009:

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: ☐ PLO ☐ 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: Jette Korsgaard, Rungstedvej 76, 1. sal, 2970 Rungsted.

Generelt for kurserne

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

Kursusafgift: Er anført under de enkelte kurser. For kursister, 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 to måneder før kursusstart tilbagebetales halvdelen af depositum-beløbet.

Kursussekretær: Jette Korsgaard, Rungstedvej 76, 1. sal,
2970 Rungsted. Tlf. 59 51 00 66.

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
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 Gerd Lyng, 3770 Allinge
Speciallæge Jette Korsgaard, 4400 Kalundborg
Overlæge, dr.med. Lars Remvig, København
Speciallæge Berit Schiøttz-Christensen, 8000 Århus
Speciallæge Pierre Schydlowsky, 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
Lisbeth Wemmelund, sekretær
Finn Johannsen

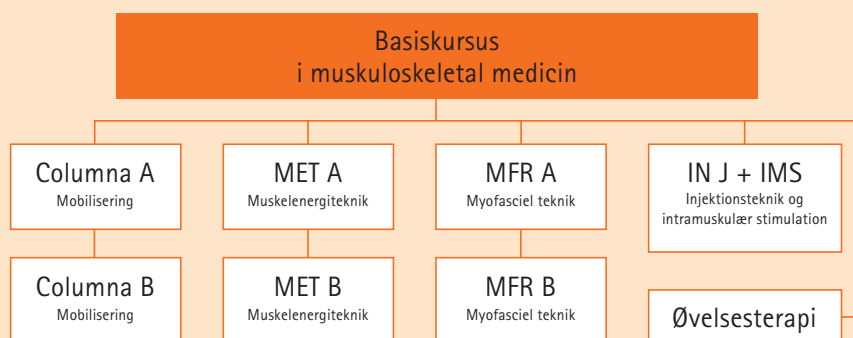
Tilmeldingsblanket

Kan rekvireres hos kursussekretær
Speciallæge i Almen Medicin Jette Korsgaard
Rungstedvej 76, 1. sal
2970 Rungsted
jette.korsgaard@dadlnet.

Eller tilmelding via internetadressen www.dsmm.org

Kursusbeskrivelserne finder I i Muskuloskeletal Forum nummer 1 hvert år. Herudover på vores hjemmeside www.dsmm.org

DSMM's kursusoversigt



*Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi
– In Motion – In Touch – Inspiration –*

DFFMT Kursuskalender 2007

Sted:	Kursus:	Tidspunkt
■ Odense	MT Case Rapport kursus	16.11.2007 11.12.2007 30.01.2008
	Vejledningsdag:	
■ Tårnby	MT Trin 3C (Klinisk supervision)	21.11–23.11 2007
■ Tårnby	Dynamisk Stabilitet – Lumbal	03.–05. 2007
■ Tårnby	Dynamisk Stabilitet – Master Class – Lumbal	14.01 2007
■ Tårnby	Dynamisk Stabilitet – Intro	21.–22.01 2007
■ Tårnby	Dynamisk Stabilitet – Skulder	28.–29.01 2007
■ Tårnby	Dynamisk Stabilitet – Master Class – Skulder	04.02 2007
■ Vejen	MT Trin 1B	Del 1: 22.–24.02 2008 Del 2: 07.–09.03 2008
■ Tårnby	MT Trin 1A	Del 1: 24.–26.02 2008 Del 2: 09.–10.03 2008
■ Tårnby	MT Trin 2B	Del 1: 20.–22.04 2008 Del 2: 04.–05.05 2008
■ Tårnby	Eksamen i MT	Del 1 eksamen Del 2 eksamen 29.–29.05 2008
■	MT Trin 2A	Del 1: 31.08–02–09 2008 Del 2: 14–15.09 2008
■	MT Trin 1B	Del 1: 28.–29.09 2008 Del 2: 12.13.10 2008

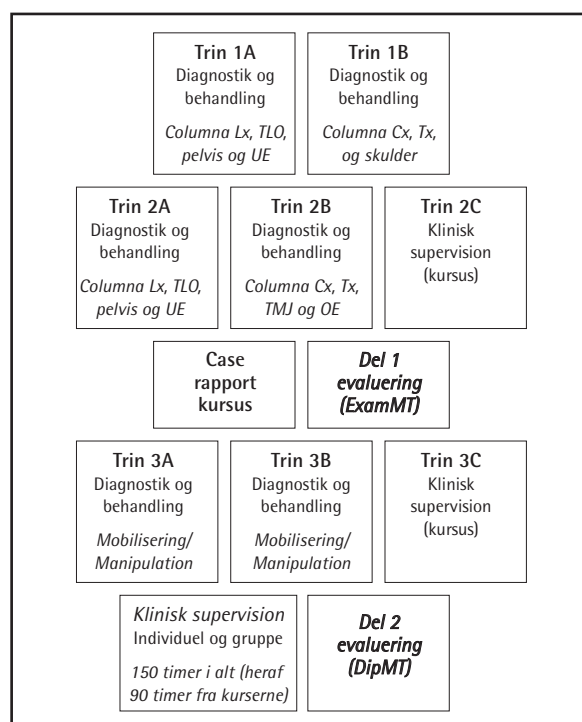
Kalenderen opdateres på: www.muskuloskeletal.dk.
Kursusinformation og tilmeldinger via hjemmesiden. Kursusbeskrivelser og yderligere information på hjemmesiden.

Uddannelse og kurser – kliniske kompetencer i Manuel/ Muskuloskeletal Fysioterapi

MT-uddannelsen og kurserne er målrettet alle færdiguddannede fysioterapeuter. Der tilbydes både enkeltkurser til anvendelse direkte i klinikken samt et mere målrettet uddannelsesforløb, som kan munde ud i en international godkendt evaluering inden for området.

Ud over MT-kursusrækken udbydes bl.a. Kinetic Control, NDUB og MET kurser – ligesom internationale MT-undervisere ofte visiterer landet.

MT-kursusrækken



MT-Kurser via muskuloskeletal.dk

(Sektionen »Uddannelse og kurser«)

Kursuskalender med annoncer og online-tilmelding

På kursuskalenderen får du hurtigt et overblik over de kommende MT-kurser. Via kursuskalenderen har du direkte adgang til kursusannoncer, hvorfra du kan gå til online-tilmelding.

Information om uddannelse og kurser

Under sektionen »Uddannelse og kurser« finder du endvidere uddybende information om MT-kursusrækken, uddannelsesforløb, klinisk supervision og meget mere.

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

Sted:	Løjtegårdsvej 157, 2770 Kastrup
Tid:	1. del: 24.-26. febr. 2. del: 9.-10. marts 2008
Undervisere:	Medlemmer af MT-gruppens undervisningsgruppe
Kursuspris:	Kr. 6200,- for medlemmer og kr. 6400,- for ikke medlemmer
Kursusform:	Externat.
Tilmelding:	Senest d. 2. januar 2008
Tilmelding via	– MT-forums hjemmeside: www.muskuloskeletal.dk – over e-mail: ingerskj@post10.tele.dk angiv navn, adresse, telefonnumre og medlemsnr. i DF, samt hvilke kurser du har gennemført – på tilmeldingsblanket fra Fysioterapeuten til Inger Skjærbæk, Rønnebær Allé 2, 3000 Helsingør
Betaling:	Depositum kr. 500,- samtidig med tilmelding. Restbeløb kr. 5700,- /5900,- indbetales senest d. 8. Januar 2008. Beløbene sættes ind på MT-gruppens kursuskonto i Nordea Stengade 45, 3000 Helsingør. Konto nr. 2255 1905637077

eller betales med check. Sættes beløbet ind på kursuskontoen er det vigtigt at dit navn kommer til at stå på kontoudtoget.

Afbud: Ved afbud senere end d. 8. januar 2008 tabes depositum

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: 22.-24. februar 2. del: 7.-9. marts 2008
Undervisere:	Medlemmer af MT-gruppens undervisningsgruppe
Kursuspris:	Kr. 6200,- for medlemmer, kr. 6400,- for ikkemedlemmer. Medlemmer har fortrinsret.
Kursusform:	Externat.
Tilmelding:	Senest d. 2. januar 2008
Tilmelding via	– MT-forums hjemmeside: www.muskuloskeletal.dk – over e-mailadresse: ingerskj@post10.tele.dk angiv navn, adresse, telefonnumre og medlemsnr. i DF, samt hvilke kurser du har gennemført – på tilmeldingsblanket fra Fysioterapeuten til Inger Skjærbæk, Rønnebær Allé 2, 3000 Helsingør
Betaling:	Depositum kr. 500,- samtidig med tilmelding. Restbeløb kr. 5700,- /5900,- indbetales senest d. 8. januar. Beløbene sættes ind på MT-gruppens kursuskonto i Nordea, Stengade 45, 3000 Helsingør. Konto nr. 2255 1905637077 eller betales med check. Sættes beløbet ind på kursuskontoen er det vigtigt at dit navn kommer til at stå på kontoudtoget.
Afbud:	Ved afbud senere end d. 8. januar 2008 tabes depositum

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

Sted:	Løjtegårdsvej 157, 2770 Kastrup
Deltagere:	Fysioterapeuter, der har gennemført Trin 1, kursus A og B
Tid:	1. del: 20.-22. april 2. del: 4.-5. maj 2008
Undervisere:	Medlemmer af MT-gruppens undervisningsgruppe
Kursuspris:	Kr. 6200,- for medlemmer og kr. 6400,- for ikke medlemmer. Medlemmer har fortrinsret.
Kursusform:	Externat.
Tilmelding:	Senest d. 3. januar 2008
Tilmelding via	– tilmeldingsblanket fra Fysioterapeuten til Inger Skjærbæk, Rønnebær Allé 2, 3000 Helsingør. – over e-mail: ingerskj@post10.tele.dk Angiv navn, adresse, telefonnumre og medlemsnr. i DF. – via MT-gruppens hjemmeside: www.muskuloskeletal.dk
Betaling:	Depositum kr. 500,- betales samtidig med tilmeldingen. Restbeløbet kr. 5700,-/5900,- betales senest d. 8. jan 2008. Beløbene indsættes i Nordea, Stengade 45, 3000 Helsingør. På Konto nr. 2255 1905637077 eller betales med checks.
Afbud:	Ved afbud senere end d. 8. januar 2008 tabes depositum

Evaluerings i Muskuloskeletal Terapi Del I og II

Arrangør:	Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi (MT)
Tid:	28.- 29. maj 2008
Sted:	Fysiocenter Tårnby , 2770 Kastrup
Del I:	For at kunne deltage i del I evaluering, skal den tilmeldte fysioterapeut have gennemgået Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi's kurser trin 1A og 1B samt trin 2A, 2B og 2C eller have erhvervet sig tilsvarende viden og færdigheder af anden vej. Se endvidere www.muskuloskeletal.dk for mere information vedrørende evaluering.
Del II:	For at kunne deltage i del II evaluering skal den tilmeldte fysioterapeut have bestået Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi's del I evaluering og have gennemført 150 timers klinisk supervision af godkendte supervisorer i Muskuloskeletal Fysioterapi eller beslægtede fagområder. Endvidere skal tilmeldte fysioterapeut have deltaget i Fagforum for Muskuloskeletal Terapi's kurser trin 3A, 3B (mobilisering/manipulation) og 3C (klinisk supervision). Det godkendes endvidere, hvis tilsvarende viden og færdigheder er tilegnet ad anden vej. Se endvidere www.muskuloskeletal.dk for mere information vedrørende evaluering.
Pris:	500,- kroner for medlemmer og 1000,- kroner for ikke medlemmer
Tilmelding:	Senest 15. januar 2008
Tilmelding via	– www.muskuloskeletal.dk , eller skriftligt til Dorte Petersen, Gyvelvej 38, 6621 Gesten. Beløbet indbetales på konto i Danske Bank reg.nr 3737, kontonr. 3737 523 632 Husk at opgive dit navn og DF medlemsnr. sammen med indbetalingen.
Afbud:	Eksamensgebyret går tabt ved afmelding senere end 15. marts 2008.

Klinisk supervision – opdateret information. 10% tilskud til medlemmer.



Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi (DFFMT) tilbyder vejledning i faglig udvikling med udgangspunkt i konkrete kliniske undersøgelses- og behandlingssituationer med patienter. Formålet er at stimulere fysioterapeutens faglige udvikling og refleksion over egen praksis samt at integrere teoretisk såvel som praktisk viden i den kliniske hverdag. Udgangspunktet er deltagernes egne problemstillinger og behov. Dette tilbud henvender sig til ALLE fysioterapeuter med interesse i Muskuloskeletal Terapi uanset arbejdssted (f.eks. fysioterapeuter i kommunal ansættelse eller sygehus ansættelse, nyuddannede fysioterapeuter, »gamle« MT'er og MT'er i gang med diplomuddannelsen). Ved diplomuddannelsen kan timerne medregnes som supervisionstimer både til MT-eksamen (når de tages sideløbende med kurserne) og ved opgørelse af specialistkompetence.

Læs mere her: <http://www.muskuloskeletal.dk/sw7406.asp>

Den lumbale discus



Early birdie opslag

Årsmøde 4.-5. april 2008

Glæd dig til et spændende årsmøde med temaet: Den lumbale discus.

Årsmødet afholdes af Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi i fællesskab med McKenzie-gruppen og fraktionen af Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark.

Årsmødet afholdes på Grand Park Hotel i Korsør.

- Biomekanik
- Neurofysiologi
- Klassifikation
- Røde flag
- Prognostiske erfaringer
- Og meget mere...

Programmet vil være fyldt med præsentationer af danske og udenlandske foredragsholdere.

Pris og program annonceres snarest på www.muskuloskeletal.dk

Sæt x i kalenderen allerede nu.

Mødekalender

Møder/events, symposier m.m.	Tid og sted
DSMM	
6th Interdisciplinary World Congress on Low Back & Pelvic Pain – diagnosis and treatment – the balance between research and clinic	07.-10.11 2007 Barcelona Spanien (Catalonia Palace of Congresses)
Fascia 2007 – Replay	29.-30.11 2007 Bispebjerg Hospital
Årsmøde 2008 – Den Lumbale Discus	04-05.04 2008 Grand Park Hotel, Korsør
MT, McK, PF	

Møder/events, symposier m.m.	Tid og sted
SpineWeek 2008 Spine Society of Europe	26.-31.05 2008 Geneve, Schweiz
IFOMT Congress 2008 – Connecting »science« to quality of life	08.-13.06 2008 Rotterdam, Holland
IASP	17.-22.08 2008 Glasgow, Scotland, UK
Low Back Pain Forum 2009	17.-20.06 2009 Boston
<i>Information og tilmelding:</i> Læs mere information om kongresserne på www.muskuloskeletal.dk (under events). www.dsmm.org	

Dr. Med i senevævets biomekanik og vævsadaptation

Henning Langberg, fysioterapeut, cand. Scient, PhD,
specialist i idrætsfysioterapi – bliver Dr. Med.
– med disputats om senevævets dynamik
og tilpasning til ydre belastninger.

Senevæv er et dynamisk væv

Skader på senevæv udgør en stor del af de skader, der forekommer i idrætten og i arbejdslivet. 30-50 procent af idrætsskaderne og 48 procent af arbejds-skaderne i bevægeapparatet er i senevævet, sagde professor Per Renström, der var opponent til Henning Langbergs disputatsforsvar i august måned. »Der er ikke en god prognose for disse skader, og derfor er den forskning, Henning Langberg har gennemført, af stor betydning«, sagde Per Renström. Henning Langberg har med sin forskning blandt andet påvist, at senevæv er dynamisk og kan tilpasse sig ydre belastning. Tidligere troede man, at senerne havde en funktion som passive strukturer, der skulle holde igen og blot skulle klare at være på stræk uden at lide overlast. »Senevæv viser sig at kunne tilpasse sig, og cellerne i vævet fungerer i netværk, der synkroniserer de enkelte cellers tilpasning til de ydre påvirkninger«, forklarer Henning Langberg. Fibroblastene i senevævet er centrale i denne tilpasning. Henning Langberg hælder til den teori, at al træning fører til en lille skade på vævet, og det er reparationen af denne skade, der resulterer i tilpasningen. Når skaden bliver for stor, bliver det umuligt for cellenetværket at tilpasse sig, og så opstår skaden. Men forskningsresultaterne tyder også på, at der er store individuelle forskelle, og både alder og køn spiller ind. »Mænd responderer kraftigere på belastning, og deres senevæv tilpasses hurtigere i forhold til kvinders. Den samme langsomme tilpasning ses hos ældre, der derfor lettere risikerer at få skader i senerne«, fortæller Henning Langberg. Ældre mennesker og kvinder kan derfor være mere følsomme for pauser i træningen. Og hvad angår genoptræning, så tyder meget på, at den ekscentriske træning stimulerer senevævet til en helende proces. Vel at mærke hvis man ikke træner for meget. Henning Langbergs forskning afviger fra andre forskeres, da han med anvendelse af en mikrodialyse teknik går direkte ind og undersøger senevævet hos forsøgspersonerne, hvorimod de fleste andre forskere studerer

biopsier af sener hos mus og rotter. Henning Langbergs doktordisputats består af 12 videnskabelige artikler, der gennemgår forskellige aspekter af senevævets reaktion på belastning. Og han har tænkt sig at forske videre med nogle af de samme problemstillinger. »De overordnede forskningsspørgsmål, jeg vil besvare de kommende år, er nok de samme. Der er på verdensplan flere forskere, der er i gang med at forske i senevæv, så jeg håber, vi i fællesskab får mere viden om genoptræning og træning«.

Kilde: Fysioterapeuten 17 okt 2007.

Læs mere online på <http://www.fysio.dk> (Fysioterapeuten).

Institut for Idrætmedicin, Bispebjerg

inviterer til

Video præsentation fra:

FIRST INTERNATIONAL FASCIA RESEARCH CONGRESS

*Basic Science and Implications for
Conventional and Complementary Health Care*

**Replay
Presentation**

29 og 30 November 2007 (Det store auditorium på Sygeplejeskolen)

Pris: kr. 100,- (Sandwich, vand og kaffe/te begge dage)

Dag 1

Torsdag den 29. nov

1. dags program fra **FASCIA2007**
8:00 til ca 16:00

(Frokost 12:00-12:30 + indlagte pauser)

Program:

Ca. 14 timer med
Førende forskere
fra hele verden

Dag 2

Fredag den 30. nov

2. dags program fra **FASCIA2007**
8:00 til ca 16:00

(Frokost 12:00-12:30 + indlagte pauser)

Mechanotransduction ♦ Myofibroblasts ♦ Fascia Anatomy & Biomechanics ♦ Fascia Pain Mechanisms

- The presence of contractile cells (myofibroblasts) within the fascial fabric. Clinicians are interested in their role in creating contractile tonus in the fascial fabric, how they form, what 'turns them on', and their influence on passive muscle tonus.
- Biomechanical properties of fascial tissues: creep, relaxation, hysteresis, effect of sustained spinal flexion on lumbar tissues, strain induced hydration changes, myofascial release manipulation and fascial viscoelastic deformation, etc.
- Mechanotransduction between the cytoskeletal structure within the cell and the extracellular matrix, and its implications for health and disease.
- Forms of communication within the fascial matrix, such as the tugging in the uropolysaccharides created by twisting acupuncture needles.
- How fascia is innervated, and how proprioception and pain are created, detected and modulated by the spinal cord and the rest of the nervous system.
- Other new findings and significant hypotheses in the realms of biochemistry and biomechanics of fascial deformation and reformation.

FASCIA2007 fandt sted i Boston i dagene 4 og 5 oktober 2007 og var den første internationale kongres om fascier. Præsentationerne blev optaget på DVD og Institut for Idrætsmedicin har fået tilladelse til at gengive dem efterfølgende. Dette er muligt fordi **ATSU/Still Research Institute**, er sponsor for **FASCIA2007**
For mere information om faglig indhold www.fascia2007.com
Tilmelding og information Torben Lund tlf 32968402 efter 14:00 eller på e-mail til fascia2007@fysiolab.dk

DANSK SELSKAB FOR MUSKULOSKELETAL MEDICIN

Bestyrelse:

Formand:

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Sprogøvej 7, 4220 Korsør

Tlf. 58 37 00 63

E-mail: allan.gravesen@dadlnet.dk

Næstformand:

Overlæge, speciallæge i reumatologi

Palle Holck

Medicinsk afdeling

Falkevej 1-3, 8600 Silkeborg

Tlf. 87 22 21 00

E-mail: palle.holck@dadlnet.dk

Sekretær:

Speciallæge i almen medicin

Jette Lehnso Korsgaard

Rungstedvej 76, 1. sal

2970 Rungsted Kyst

Tlf. 59 51 00 66

E-mail: jette.korsgaard@dadlnet.dk

Kasserer:

Speciallæge i almen medicin

Lars Faldborg

Torvald Køhlsvej 29, 8300 Odder

Tlf. 86 54 32 00

DSMM giro 809 6414

E-mail: faldborg@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

Staunsholtvej 33, 3520 Farum

Tlf. 44 95 49 40

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

Speciallæge i almen medicin,

overlæge, v. »sund i arbejde«

André Soos

Solvang 37, 6100 Haderslev

Tlf. 74 53 16 40

E-mail: soos@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

Sekretær

Speciallæge i almen medicin

Lisbeth Wemmelund

Oddervej 97, 8270 Højbjerg

Tlf. 86 27 00 11

E-mail: lisbeth@wemmelund.net

Speciallæge i reumatologi

Finn Elkjær Johannsen

Videnskabeligt udvalg:

Formand:

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 Schydlowsky

Overlæge, ph.d.

Berit Schiøttz-Christensen

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Kursusekretær:

Speciallæge i almen medicin

Jette Korsgaard

Rungstedvej 76, 1. sal

2970 Rungsted

tel.: (+45) 5951 0066

jette.korsgaard@dadlnet.dk

DANSKE FYSIOTERAPEUTERS FAGFORUM FOR MUSKULOSKELETAL TERAPI

Formand:

Niels Honoré

Rebekkavej 9, 2900 Hellerup

Tlf. 46 35 71 96

E-mail: nh@fysiocenter.dk

Flemming Enoch

Løjtegårdsvej 157, 2770 Kastrup

Tlf. 32 52 35 60

E-mail: enoch@tdcadsl.dk

Sekretær:

Dorthea Petersen

Gyvelvej 38, 6621 Gesten

Tlf. (arb.): 75 36 01 88

E-mail: dp@fysiovej.dk

Inger Birthe Bjørnlund

F.F. Ulriksgade 24,

2100 København Ø

Tlf. (arb.): 35 36 70 22

E-mail: ingerbirthe@bjornlund.dk

Webredaktør og

Redaktør på Muskuloskeletal Forum

Martin B. Josefsen

Overgade 3, 5492 Vissenbjerg

Tlf. (arb.): 66 12 14 31

Mobil: 61 70 66 29

E-mail: mbj@rygnet.dk

IFOMT-delegeret:

Inge Ris Hansen

Tagtækkervej 8, 5. sal, 5230 Odense M

Tlf. (arb.): 66 10 41 00

Mobil: 20 67 57 44

E-mail: iris@fysioterapiogsmerteklinik.dk

Amad Shayan

Neuroklinik Århus

Hermødsvej 5, 8230 Åbyhøj

Tlf. (arb.): 35 11 11 34

Mobil: 20 68 60 01

E-mail: amadshayan@neuroklinik.dk

Suppleant:

Vibeke Laumann

Bagsværd Torv 2, 1., 2880 Bagsværd

Tlf. (arb.): 44 44 11 15

E-mail: vibeke.laumann@mail.dk

Forkortet produktinformation for Contalgin® og Contalgin® UNO (morfin-sulfat)

Contalgin, depottabletter 5 mg, 10 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg og 200 mg
Contalgin, afdelte depotgranulat til oral suspension, enkelt-dosisbeholder 20 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg og 200 mg
Contalgin UNO, depotkapsler, hårde 30 mg, 60 mg, 90 mg, 120 mg, 150 mg og 200 mg

Indikationer: Stærke smerter. Afdelte depotgranulat: Længerevarende lindring af stærke, intractable smerter.

Dosering*: Depottabletter: 30-100 mg hver 12. time. Hårde depotkapsler: individuel, anvendes hver 24. time. Afdelte depotgranulat: anvendes hver 12. time. Dosisreduktion nødvendig ved nedsat lever- og nyrefunktion samt hos ældre.

Kontraindikationer*: Kronisk lungeinsufficiens, kendt morfinoverfølsomhed, respirationsdepression, kranietraume, paralytisk ileus, akut abdomen, tardiv maveetømning, obstruktiv lungesygdom, akut leversygdom, samtidig indgift af monoaminoxidasehæmmere eller indgift indenfor de seneste to uger. Børn < 1 år. Præoperativ administration af Contalgin afdelte depotgranulat anbefales ikke. Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen*: Reduceret dosis til ældre samt til patienter med kronisk lever- og/eller nyresygdom.

Herudover yderligere for afdelte depotgranulat: Reduceret dosis ved hypothyreoidisme. Forsigtighed tilrådes hos patienter, som indtager store mængder opioider samt hos patienter med forhøjet intrakranielt tryk, hypertension med hypovolæmi, sygdomme i galdeveje og pancreatitis, inflammatoriske tarmsygdomme, prostatahypertrofi og adrenocortical insufficiens. Afbryd behandling ved paralytisk ileus eller mistanke herom. Giv ikke afdelte depotgranulat 24 timer forud for cordotomi eller anden smertereducerende kirurgi. Anvendes med forsigtighed postoperativt og efter abdominalkirurgi. Det anbefales ikke at skifte til andet præparat uden en ny justering og klinisk vurdering.

Interaktioner*: Depottabletter og hårde depotkapsler: Tricykliske antidepressiva. Alkohol. Hypnotika. Bør ikke gives sammen med – eller inden 14 dage efter seponering af MAO-hæmmere.

Afdelte depotgranulat: Forstærker virkning af beroligende midler, anæstetika, hypnotika, sedativa, alkohol, muskelrelaxantia og antihypertensiva. Samtidig indgift af antacida kan medføre hurtigere frigørelse af morfin end forventet. Dosering bør ikke ske samtidig, men forskudt med mindst 2 timer. Cimetidin hæmmer morfinmetabolismen. MAO-hæmmere kan medføre CNS-excitation eller depression med hyper- eller hypotensiv krise.

Graviditet og amning*: Depottabletter: Kan anvendes under graviditet men ikke under amning. Hårde depotkapsler: Bør anvendes med forsigtighed til gravide, men bør ikke anvendes under amning. Afdelte depotgranulat: Må ikke anvendes under graviditet og amning.

Bivirkninger*: De hyppigste bivirkninger er kvalme, opkastning, sedation, konfusion, eufori, obstipation, urinretention, respirationshæmning, mundtørhed, svedsekretion, svimmelhed, hovedpine, palpitation, hallucinationer, histaminfrigørelse.

Overdosering: 5-10 gange terapeutisk dosis anses almindeligvis for forgiftningsdosis. Der bør foretages ventrikeltømmning og symptomatisk behandling. Naloxon kan anvendes som antidot.

Priser og pakninger ekskl. recepturgebyr (AUP) pr. 22. oktober 2007:

Vnr	Lægemiddelform og styrke	Pakningsstørrelse	Pris (DKK)
563494	Depottabletter 5 mg	25 stk.	36,80
563502	Depottabletter 5 mg	100 stk.	102,35
466086	Depottabletter 10 mg	25 stk.	67,95
466094	Depottabletter 10 mg	100 stk.	223,55
466169	Depottabletter 30 mg	25 stk.	136,90
466219	Depottabletter 30 mg	100 stk.	512,10
466466	Depottabletter 60 mg	25 stk.	246,05
055277	Depottabletter 60 mg	100 stk.	916,35
466680	Depottabletter 100 mg	25 stk.	403,55
085068	Depottabletter 100 mg	100 stk.	1.536,40
443333	Depottabletter 200 mg	30 stk.	811,75
443358	Depottabletter 200 mg	90 stk.	2.350,00
041392	Afdelt depotgranulat til oral suspension, enkelt-dosisbeholder 20 mg	30 stk.	340,40
041723	Afdelt depotgranulat til oral suspension, enkelt-dosisbeholder 30 mg	30 stk.	360,45
042218	Afdelt depotgranulat til oral suspension, enkelt-dosisbeholder 60 mg	30 stk.	723,70
042226	Afdelt depotgranulat til oral suspension, enkelt-dosisbeholder 100 mg	30 stk.	1.171,80
042259	Afdelt depotgranulat til oral suspension, enkelt-dosisbeholder 200 mg	30 stk.	2.391,30
433292	Depotkapsler, hårde 30 mg	28 stk.	178,65
433300	Depotkapsler, hårde 60 mg	28 stk.	301,55
433318	Depotkapsler, hårde 90 mg	28 stk.	350,80
433326	Depotkapsler, hårde 120 mg	28 stk.	485,40
433342	Depotkapsler, hårde 150 mg	28 stk.	541,05
433359	Depotkapsler, hårde 200 mg	28 stk.	813,10

Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk

Udlevering: A§4 kopieringspligtig

Tilskud: Generelt tilskud

De med * mærkede afsnit, er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé dateret (Depottabletter og hårde depotkapsler: 4. januar 2007; afdelte depotgranulat: 7. juli 2003). Produktresuméerne kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00. (CONT 005 ASmPC V2.0 11Oct2007)

Adressemærkaten er udskrevet
fra Lægeforeningens edb-register.
Adresseændringer m.v. bedes
meddelt til Lægeforeningen,
Registreringsafdelingen,
Esplanaden 8C, 1263 København K.



Contalgin UNO® (morfinsulfat) – behandling af stærke smerter

- 24 timers smertelindring med 1 kapsel
- Dosisfleksibilitet – mange forskellige styrker, kendetegnet ved hver sin farve



Vi arbejder med liv og sjæl

CONTALGIN®
MORFINSULFAT