

Muskuloskeletalt Forum

2. årgang
Juni 2002

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

Rygbehandling og rygforskning
– et organisatorisk problem 4

Monitorering af det kliniske
forløb for rygpatienter 8

Erhvervsfaktorer og
lændesmerter 10

Awareness of the Hypermobility
Syndrome 17



Indhold

Muskuloskeletal
Forum

Medlemsblad for
Danske Fysioterapeuters Faggruppe for
Manuel Terapi Et
Dansk Selskab for Muskuloskeletal
Medicin
2. årgang · Nr. 2 · Juni 2002
www.dsmm.org
www.manuelterapi.dk

Redaktion:
Glen Gorm Rasmussen,
Reumatologisk Afdeling,
Aalborg Sygehus Nord,
9000 Aalborg
(e-mail: glengorm@aes.nja.dk)
Allan Gravesen,
Norvangen 3, 4220 Korsør
Lars Remvig,
Klinik for Medicinsk Ortopædi
og Rehabilitering,
Rigshospitalet, Blegdamsvej 9,
2100 København Ø
Frits Christensen,
Postvænget 1, 9440 Aabybro
Gerd Lyng,
Østergade 24, 3770 Allinge
Vibeke Laumann,
Bagsværd Torv 2, 2880 Bagsværd
Flemming Enoch,
Løjtegårdsvej 157, 2770 Kastrup
Christian Couppé,
Willemoesgade 61, 3. th.,
2100 København Ø

Ansvarlig redaktør i henhold
til presseloven:
Glen Gorm Rasmussen

Grafisk design & sats:
Lægeforeningens forlag,
København

Tryk:
Scanprint a/s, Viby J

Deadline for stof til næste blad
01.08.2002
– forventes udsendt
til medlemmerne
primo september 2002

Forsidefoto:
Mikkel Østergaard

Leder	4
<i>Glen Gorm Rasmussen</i>	
Leder	5
<i>Vibeke Laumann</i>	
Referat af forårsmøde Rygcenter Fyn	6
<i>Glen Gorm Rasmussen</i>	
Monitorering af det kliniske forløb for rygpatienter	8
<i>Berit Schiøttz-Christensen</i>	
Erhvervsfaktorer og lændesmerter	10
<i>Jan Hartvigsen</i>	
»Er der nogen evidens for det I går og laver«?	12
<i>Gerd Lyng</i>	
Referat fra møde i Nordisk Kontaktkomité	16
<i>Vibeke Laumann</i>	
Awareness of the Hypermobility Syndrome	17
<i>Lars Remvig</i>	
Kursuskatalog for DSMM	23
Kommende møder	26
Næste årsmøde	24
Disketter – Tak	24
Forskning	24
Kursuskalender for Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Manuel Terapi	27
Kursuskalender for McKenzie Institut Danmark	27
Kurser	28
Kinetic Control Kurser	29
Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin & Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Manuel Terapi Bestyrelse og udvalg	30

Leder DSMM

Rygbehandling og rygforskning – et organisatorisk problem

Glen Gorm Rasmussen

De tværfaglige halvårslige møder i Rygforum DK giver et levende billede af den uensartede udvikling inden for rygbehandling og rygforskning i Danmark.

Det kniber desværre endnu med implementeringen. Organisationen af rygbehandling og dermed rygforskning inden for de 14 sygehusadministrationer i Danmark er højst forskellig.

Rygsygdommene koster Danmark 10 milliarder kroner om året og højst 15–20% bruges til behandling. Ressourcerne, der er sat af til forskning, er ikke imponerende.

Det er indlysende, at de mange mennesker med rygproblemer primært skal ses i primærsektoren og højst 15–20% har behov for yderligere vurdering, sædvanligvis tværfagligt i sekundærsektoren, og det er her de organisatoriske problemer især manifesterer sig.

Det er først og fremmest her, at problemerne melder sig i form af en gennemtænkt tværfaglig organisation, der bygger på MTV-rapporten fra 1999.

Organisationen af den medicinske del af rygsygdommene, som jo er langt den største, er meget varierende, spændende fra selvstændige rygfdelinger, tværfaglige team til sektioner i en medicinsk/reumatologisk afdeling.

Det drøftes for øjeblikket, hvordan muskuloskeletale sygdomme skal varetages og eventuelt udvikles som et fagområde inden for reumatologien. Også inden for dette speciale er organisationen fra sygehusejer til sygehusejer vidt forskellig.

Det er tankevækkende, at i 1/3 af Danmark – hvad angår befolkningensmængde – er rygbehandling i sekundærsektoren udskilt af medicinske/reumatologiske afdelinger og varetages i særlige centre eller klinikker, der tænkes her på Rygcentret i Ringe, Rygcentret i Give og Rygcentret i København samt Klinik for Medicinsk Ortopædi og Rehabilitering på Rigshospitalet.

Professor Claus Manniche fra Ringe har stillet det spørgsmål, om helhedsløsning på rygområdet inden år 2005 er utopi eller realisme.

Med baggrund i de store samfundsomkostninger i Danmark til det muskuloskeletale område på i alt 20 milliarder kroner, heraf rygsygdommene

10 milliarder kroner, er en opprioritering af behandling og forskning af de muskuloskeletale sygdomme, herunder rygområdet, nødvendig, og man kan kun være enig med professor Claus Manniche i, at en helhedsløsning, hvad angår organisationen af forskning og behandling af rygsygdomme, er en nødvendighed.

Leder

Kun delvis navneforandring

Vibeke Laumann

Kort tid før MT-gruppens generalforsamling fik vi Danske Fysioterapeuters foreløbige godkendelse til vores ønske om at overgå til at få status som et fagforum.

I godkendelsen lå samtidig en opfordring, men ikke et krav, til at kontakte relevante faggrupper med henblik på tilhørsforhold under vores kommende fagforum.

Kort tid efter generalforsamlingen modtog Danske Fysioterapeuter og MT-gruppen et brev fra McKenzie-gruppen med et forslag om at blive inddraget i et sådant fagforum.

McKenzie-gruppens forslag er, at der bør oprettes et fælles muskuloskeletalt fagforum med deltagelse af alle de nuværende faggrupper inden for området (MT, McKenzie, MTT etc.), og at dette etableres på en sådan måde, at de deltagende faggrupper sikres en lige indflydelse.

Efterfølgende er vi ligeledes blevet klar over, at det er tanken, at vi fremover skal ligestilles med andre faggrupper, som arbejder med behandlingsmetoder inden for det muskuloskeletale fagfelt. Sådanne grupper skal nemlig fremover inddrages i MT-gruppen og kan ikke lave deres egen faggruppe.

Vi har givet den tilbagemelding, at ideologien bag MT-gruppen er at se bredt på diagnostik og behandling af det muskuloskeletale område. Vi ønsker ikke at forholde os til et bestemt koncept, men inddrager mange forskellige metoder og lader den kliniske ræsonnering og evidensbaseret være centrale aspekter. Således er interesse- og undervisningsgrupper inden for f.eks. Maitlandkonceptet, den osteopatiske tilgang til Manuel Terapi og de nyeste ideer inden for stabilitetstræning allerede integreret i MT-gruppen. MT-konceptet er hele tiden under udvikling, påvirket af den udvikling, der er inden for det muskuloskeletale område.

På repræsentantskabsmødet i år 2000 var undertegnede selv med til at stemme for en udvikling, hvor vi prøver at samle grupperne i nogle brede fysioterapeutiske arbejdsområder. Der er stor konkurrence på sundhedsmarkedet, så det er vigtigt, at vi står sammen. Men måske har vi ikke gennemtænkt, hvorledes dette sammenhold bør finde sted i den interne faggruppestruktur.

F.eks. vil vi få problemer internationalt set. Vi vil få problemer med IFOMT, som tidligere har godkendt hele vores uddannelsesforløb og eksamen, og som løbende vurderer, om indhold og niveau stadig svarer til det niveau, som kræves for at være medlem af IFOMT.

Midt i maj skal MT-gruppen mødes med McKenzie-gruppen og drøfte situationen. På dette møde håber vi på at få afklaret, hvorledes vi kan forestille os, at Danske Fysioterapeuters faggruppestruktur kan udvikles.

Måske skal vi se på en helt anden hierarkisk opbygning, gerne bygget op på en sådan måde, at der tages hensyn til de kommende specialister og gerne, så der bliver mulighed for, at specialisterne kan få plads i repræsentantskabet (med såvel taleret som stemmeret).

Vi har gennem de sidste år oparbejdet et godt og givtigt samarbejde med McKenzie-gruppen, og vi er enige om, at der ikke må gå skår i dette samarbejde pga. danske Fysioterapeuters nye struktur, som viser sig ikke at være så let at efterleve.

Indtil der er fundet en afklaring, kalder vi os derfor:

Danske Fysioterapeuters *Faggruppe* for Muskuloskeletal Terapi.

Referat

af forårsmøde i Rygforum.dk Rygcenter Fyn den 12. april 2002

Glen Gorm Rasmussen

På baggrund af, at Rygforskningscentret i Rygcenter Fyn netop havde præsenteret rapporten over de første 2 års virke fra 10. januar 2000 til 10. januar 2002, var forårsmødet Rygcenter Fyn præget af de mange projekter, der er søsat fra Rygcenter Fyn, der består af Rygambulatoriet og Rygforskningscentret.

Yderligere oplysninger kan fås på hjemmesiden: www.rygforskningscentret.dk

Kiropraktor Alice Kongsted præsenterede ét af Rygforskningscentrets hovedprojekter: *Whiplashprojektet*, hvor der i samarbejde med Dansk Smerteforskningscenter ved Århus Kommunehospital på baggrund af bevilling på 8,5 mio. kroner fra forsikringer og pension siden maj 2001 er foregået en prospektiv undersøgelse med rekruttering af patienter fra skadestuer og praktiserende læger i Viborg, Århus, Vejle og Fyns Amter.

Projektets sygeplejerske har dagligt kontakt med de involverede skadestuer.

I Ringedelen inkluderes 200 personer, der undersøges lige efter, de er kommet til skade. Patienterne bliver MR-skannet lige efter, de er kommet til skade og igen 3 måneder efter og 1 år efter, at skaden er sket.

I undersøgelsen sammenlignes effekten af 4 forskellige behandlingsformer, der i tidligere studier har vist at kunne have god effekt, men ikke tidligere er sammenlignet eller afprøvet i en så stor undersøgelse som den igangværende. Undersøgelserne vil vise, hvad der er mest effektivt overfor piskesmældsskader.

Fysioterapeut Per Kjær præsenterede befolkningsundersøgelsen: *Fynske rygge*.

Undersøgelsen vil belyse, hvad der giver dårlig ryg. I undersøgelsen ser man på, hvordan resultater fra MR-skanninger, rygundersøgelser og brug af kroppen hænger sammen med ondt i ryggen.

Der er undersøgt 412 40-årige og 442 13-årige fynboer. Grupperne følges med spørgeskemaer og MR-skanninger i de kommende år.

Et af de foreløbige fund er, at der hos ca. 20% af de voksne på MR-skanning ses forskellige grader af diskusprolaps.

Foreløbig analyse viser ingen sikker sammen-

hæng mellem diskusprolaps og de dermed forventede smerter.

I de kommende år analyseres, hvordan rygbesvær hænger sammen med det, man har fundet ved de øvrige undersøgelser ud over MR.

Fysioterapeut Hanne Albert præsenterede: *Prolapsprojektet*, hvor patienter henvist til Rygambulatoriet med lumbago/iskias tilbydes at indgå i en undersøgelse, hvor patienterne randomiseres til behandlingsregime fastlagt efter symptomer eller information/omsorg.

Patienterne får foretaget fysisk undersøgelse, og de udfylder flere spørgeskemaer. Desuden foretages MR-skanning både ved starten af undersøgelsen og et år efter.

Undersøgelsen forventes at belyse effekten af, hvilken behandling der hjælper patienten og om behandling overhovedet hjælper.

Kiropraktor Henrik Wulff Christensen præsenterede projekter omkring *thorakale smerter* hos patienter henvist for angina pectoris og effekten af kiropraktisk behandling.

Kiropraktor Jan Hartvigsen præsenterede: *Status over ryg og erhverv* på basis af sin Ph.D.-afhandling. Der henvises til Jan Hartvigsens artikel andet steds i dette blad.

Kiropraktor og læge Niels Grunnet-Nilsson foretog status over *cervikogen hovedpine*, hvor der er fundet effekt af manuel behandling.

Den nye 2-års masteruddannelse i rehabilitering ved Syddansk Universitet bliver et tilbud i overbygning af de bestående uddannelser, belyst af Merete Munk. Uddannelsen afventer endelig godkendelse i ministeriet.

Herudover berettede kiropraktor Henrik Lauritsen om *superspeciallægeerklæring a la Ringe*. Der bliver foretaget en grundig klinisk og paraklinisk undersøgelse inkl. MR-skanning af rygpatienter med afsluttende konklusion. En model, der minder om erklæringer, som enkelte kommuner har indhentet på rehabiliteringsinstitutioner i Tyskland.

Speciallæge i almen medicin Mogens Frost fortalte spændende om *tværfagligt rygprojekt i Grindsted* – (rapporten kan rekvireres fra Ribe Amt), hvor en fysioterapeut, kiropraktor og praktiserende læge i Grindsted i 2000–2001 har fungeret som et visitationsteam for problemfyldte rygpatienter henvist af praktiserende læge. De tre medlemmer af teamet har undersøgt patienten og givet patienten og egen læge råd om videre behandling. Denne teamfunktion er evalueret og har vist sig at være en stor succes.

Tom Bendix redegjorde for status over rehabilitering af patienter med længerevarende rygsmerter, evidens og fremtid. Det noteredes, at evidensen for intensiv, funktionel rehabilitering under indlæggelse er yderst spinkel. Andre modeller efterprøves.

I forbindelse med rundvisningen på Rygcenter Fyn fik vi at vide, at den tidligere stationære rehabiliteringsafdeling, hvor patienterne var indlagt til rygrehabilitering, er nedlagt og omdannet til et ambulansetilbud, hvor patienterne i de enkelte tilfælde, der er behov derfor, kan bo på hotel. Ligeledes er rehabiliteringen strakt over flere perioder.

Rygambulatoriet består således nu af to komponenter. Det klassiske rygambulatorium, hvor patienter med maksimalt 6 måneders symptomer med lumbago/iskias tilbydes behandling, og rehabiliteringsfunktionen.

Sammen med Rygforskningscentret udgør Rygambulatoriet Rygcenter Fyn, der relaterer dels til Sygehus Fyn og dels til Institut for Idræt og Biomekanik ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Syddansk Universitet.

Det var en meget spændende dag i Ringe, og den tværfaglige kontakt i Rygforum.dk er en væsentlig inspiration fremover. Der planlægges halvårlige møder og nærmere oplysninger kan indhentes på Internettet.

Monitorering af det kliniske forløb for rygpatienter

Berit Schiøttz-Christensen

Hvis det kliniske forløb for patienter, der undersøges og behandles på grund af f.eks rygsmerter, monitoreres, kan man opnå systematiske oplysninger om, hvilke patienter der undersøges og behandles, hvordan de behandles, hvad resultatet af behandlingen er og om omfanget af de anvendte ressourcer. Anvendes et monitoreringssystem som et dagligt redskab, hvor relevante oplysninger om patienten registreres løbende, vil oplysningerne kunne inddrages i beslutningsprocessen vedrørende diagnostiske tiltag og vurdering af den enkeltes prognose.

I den daglige klinik anvendes redskaber som interview, objektiv undersøgelse og billeddiagnostisk undersøgelse. I hospitalsregi registreres løbende kontakthyppighed og -lokalitet, samt diagnose. Oplysningerne fra det kliniske interview og den objektive undersøgelse foreligger ikke i systematisk form i en database, hvilket er tilfældet for oplysningerne i hospitalsregisteret.

Formålet med mit ph.d.-projekt var at opbygge og validere et monitoreringssystem, der med fordel kan anvendes blandt rygpatienter med radikulære symptomer. Kravet til monitoreringssystemet var, at der for alle patienter kunne indhentes valide oplysninger om symptomer, funktionsniveau, sociale forhold, objektive fund og fund ved billeddiagnostik, derudover at oplysningerne kunne indhentes nemt og billigt.

I undersøgelsen blev der taget udgangspunkt i gruppen af patienter henvist til billeddiagnostisk undersøgelse på mistanke om lumbal discusprolaps. I alt 230 patienter i alderen 18-55 år, henvist til 1. gangs billeddiagnostisk undersøgelse på mistanke om lumbal discusprolaps, besvarede ved billeddiagnostiske undersøgelse og 12 måneder derefter et selvudfyldt spørgeskema indeholdende spørgsmål om smertesymptomer, funktionsniveau og sociale forhold. Derudover blev fund ved klinisk og billeddiagnostisk undersøgelse og ved eventuel operation registreret. Blandt de 230 patienter fik 127 (55,2%) påvist en lateral, lumbal discusprolaps ved billeddiagnostik, 102 (44,3%) blev opereret, og hos 88 af dem (86,3%) fandtes en lateral discusprolaps ved operation.

Informationerne i spørgeskemaets smertedel blev valideret i forhold til et klinisk interview. Op-

lysninger om smertelokalisation og -type, indhentet ved spørgeskema, var relativt valide sammenholdt med klinisk interview, og det konkluderes at selvudfyldt smertespørgeskema kan anvendes til registrering af specielt smertelokalisation, men også til registrering af smertetype blandt patienter med symptomer tydende på lumbal discusprolaps.

Informationer om smertelokalisation og funktionsniveau indhentet ved hjælp af spørgeskemaet blev valideret i forhold til fund af en lateral discusprolaps ved billeddiagnostik. Patienter, der angav unilaterale smerter og smerteprovokerende aktiviteter som hoste, nysen og stående funktion, havde signifikant oftere prolaps end patienter, der ikke angav disse symptomer. Det konkluderes, at det er muligt ved brug af et selvudfyldt patientspørgeskema at indhente valid og betydende information, der kan anvendes, når der tages beslutning vedrørende henvisning til billeddiagnostik på mistanke om lumbal discusprolaps. Mange patienter vil med stor sandsynlighed kunne undgå billeddiagnostisk undersøgelse, hvis oplysningerne fra spørgeskemaet anvendes til at vurdere den enkeltes prognose for et positivt fund ved billeddiagnostik.

Ved 12 måneders followup oplevede $\frac{2}{3}$ smerter under 7,5 på en VAS-skala fra 0-10 mod 50% ved inklusion. 56% kunne klare normale daglige funktioner, og 56% var i arbejde mod 72% ved inklusion. Den prognostiske værdi af informationer ved inclusion om smertelokalisation, funktionsniveau, objektive fund og fund ved billeddiagnostik blev valideret i forhold til den enkelte patients status ved 12-måneders followup. Patienter, der angav *lav smerteintensitet* ved followup, havde ved inklusion unilaterale smerter, høj smerteintensitet, smerteprovokerende faktorer som forværring af smerten i siddende stilling, og at patienten ikke havde været langtidssygemeldt inden henvisning til billeddiagnostik. Patienter, der ved followup *kunne klare normale daglige funktioner*, angav ved inklusion at opleve forværring af smerten ved provokerende bevægelser, og angav at de forventede at kunne forblive i arbejde. Patienter, der ved followup *var i arbejde*, angav ved inklusion at opleve unilaterale smerter, og de angav, at de selv mente at have en discusprolaps, hvorimod de ikke havde været langtidssygemeldt, men var i arbejde, og at de ikke havde en verserende arbejdsskadesag.

De tre valgte mål for status ved 12-måneders followup er mål for tre forskellige dimensioner: smerte, funktionsniveau og erhvervstilknytning. Det er forskellige indikatorer, der forudsiger hver af de tre dimensioner. Denne undersøgelse viser at opmærksomheden omkring hvilket effektmål, der anvendes til at evaluere et forløb, bør rettes mod det effektmål, der i sidste ende ønskes, ellers kan prognosen, der bygger på informationer ved inklusion være misvisende.

For at vurdere om oplysninger, der findes i hospitalsregisteret, kan anvendes i stedet for oplysninger indhentet ved brug af et patientspørgeskema, blev informationsværdi af de oplysninger, der findes i registeret og patientjournalen sammenlignet med informationsværdien i spørgeskemaet. Hverken information fra *hospitalsregisteret* vedrørende diagnose, eller information fra *hospitalsjournalen* vedrørende objektive fund, fund ved billeddiagnostik eller operation indeholdt betydende information, der kunne prædiktere smerteintensitet eller evne til at klare normal daglig funktion ved 12-måneders followup, hvorimod disse kilder i nogen grad kunne prædiktere patientens erhvervsevne. For at kunne forudsige prognosen med betydelig sikkerhed skal der indgå oplysninger som de der er indeholdt i det *selvudfyldte patientspørgeskema*.

Det er et stort behov for monitoreringsværktøjer, der kan anvendes til at registrere status og forløb for den enkelte patient, for på denne baggrund at kunne vurdere om forløbet er optimalt for den enkelte, og om de anvendte ressourcer udnyttes relevant. I et monitoreringsværktøj, der skal anvendes blandt rygpatienter, mistænkt for lumbal discusprolaps, bør indgå oplysninger vedrørende smertelokalisation, funktionsniveau og sociale forhold, herunder varighed af sygemelding og erhvervsstatus. Sådanne oplysninger kan indhentes ved brug af et selvudfyldt, struktureret spørgeskema og kombineres med oplysninger fra hospitalsregistret vedrørende diagnose og kontaktype. Oplysningerne kan danne baggrund for en delvurdering af patientens prognose med henblik på planlægning af diagnostik og behandling. Prognosemodellerne kan desuden generelt anvendes til at identificere indsatsområder for ændring i diagnostik og behandling og dermed bidrage til udvikling af guidelines.

I dette studie er gruppen af patienter henvist til billeddiagnostik valgt som studiepopulation, idet det var målet at fokusere på en gruppe patienter, der oplever betydende smerter og funktionsindskrænkning. Patienter med lettere symptomer, som ikke medfører henvisning til billeddiagnostik, kan måske vurderes på baggrund af de samme indikatorer som de, der er henvist. Ønskes indikatorerne anvendt blandt andre patienter skal informationsværdien i den enkelte indikator vurderes, hvorefter den enkelte patients prognose kan vurderes.

Ph.d.-afhandlingen kan rekvireres: berit@dadlnet.dk

Erhvervsfaktorer og lændesmerter

– et resumé af en ph.d.-afhandling

Jan Hartvigsen, kiropraktor, ph.d. – Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik

Smerter i lænderyggen er et folkesundhedsproblem i hele den vestlige verden med enorme samfundsmæssige omkostninger til følge. Faktisk overstiger de årlige omkostninger forbundet med lænderygsmarter omkostningerne forbundet med nedre luftvejsinfektioner, Alzheimers sygdom, apopleksi, diabetes mellitus, sclerose og epilepsi *tilsammen* (1). Imidlertid, og på trods af et overordentligt stort antal epidemiologiske undersøgelser, er årsagerne til lænderygsmarter dårligt afklarede (2), og der hersker uenighed og forvirring omkring, hvilke tiltag i forbindelse med for eksempel arbejdslivet, der vil kunne reducere forekomsten af lænderygsmarter (3). Således er der i nyere systematiske oversigter fundet store metodologiske problemer i hovedparten af de gennemgåede artikler (4–6), og heller ikke i interventionsstudier er der fundet en entydig effekt af forskellige tiltag (7).

På den baggrund fandt vi det relevant i et ph.d. forløb at gennemgå dele af den videnskabelige litteratur systematisk samt at udføre originale epidemiologiske undersøgelser baseret på danske materialer under overskriften »Erhvervsfaktorer og lændesmerter«. Afhandlingen blev udarbejdet under min indskrivning som ph.d. studerende på Epidemiologi, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, Odense. Hovedvejleder var professor i klinisk epidemiologi Leiv Bakketeig.

Litteraturgennemgange

Vi valgte at koncentrere os om to emner, nemlig siddende arbejde/stillesiddende erhverv og psykosociale arbejdsfaktorer i relation til smerter i lænderyggen. Originale epidemiologiske artikler blev søgt i relevante elektroniske databaser og gennemgået systematisk og kritisk efter en på forhånd fastlagt procedure. Til vores overraskelse viste ingen af undersøgelserne, uanset kvaliteten, en sammenhæng mellem siddende arbejde og lændesmerter. Ligeledes blev ingen sammenhæng fundet mellem lænderygsmarter og social støtte eller mentalt stress på arbejdet. I bedre longitudinelle undersøgelser var der tendens til en sammenhæng mellem lav jobtilfredshed og lænderygsmarter, specielt i relation til sygemelding, men sammenhængen var ikke entydig. Der var betydelige metodemæssige problemer i flertallet af de gennemgåede undersøgelser. Specielt var problemerne udtalte i relation til nøg-

leområderne udvælgelse af undersøgelsespopulation, definition af lænderygsmarter og pålidelighed af og definition på risikofaktorer.

Tværsnits- og prospektiv spørgeskemaundersøgelse

»Sundhedsprojekt Ebeltoft« er en populationsbaseret tværsnits- og 5-års prospektiv befolkningsundersøgelse omhandlende 2.000 mænd og kvinder i alderen 30–50 år ved undersøgelsens start. Indeholdt i den omfattende database over disse personer findes blandt andet spørgeskemaoplysninger vedrørende ryg-sundhed og fysiske belastninger på arbejdet. Ved baseline fandtes ingen forskel mellem fysiske belastningsgrupper med hensyn til lænderygsmarter, hvorimod der ved opfølgningen fandtes en statistisk signifikant dosis-respons-sammenhæng mellem stigende arbejdsbelastning og lænderygsmarter. Vandring mellem belastningsgrupperne var meget udbredt og var i nogen grad påvirket af, hvorvidt deltagerne havde ondt i ryggen. Således migrerede personer med længerevarende lænderygsmarter over tid mod mindre belastende erhverv. Det blev konkluderet, at longitudinelle undersøgelser er nødvendige hvis årsagssammenhænge skal klarlægges inden for dette område.

Tvilling-kontrolundersøgelse

En tvilling-kontrolundersøgelse er i realiteten et klassisk case-kontrol design. Tvillingindivider med lænderygsmarter anvendes som cases og medtvillinger uden rygsmarter anvendes som kontroller. Således kan kun par, hvor den ene tvilling er »syg« og den anden »rask«, anvendes. Da der er kønsforskelle mellem både forekomsten af lænderygsmarter og arbejdsbelastning anvendes tillige udelukkende enæggede eller enskønnede tveæggede tvillingepar. I denne undersøgelse opfyldte 1.910 komplette par (3.820 individer) mellem 25 og 41 år kriterierne og blev inkluderet. I analysen fandtes igen en statistisk signifikant dosis-respons-sammenhæng mellem stigende fysisk arbejdsbelastning og smerter i lænderyggen. Der fandtes ingen forskel på personer, som sidder ned hele deres arbejdsdag, og personer, som både sidder og går. Der fandtes heller ingen signifikant forskel på enæggede og tveæggede tvillinger, hvilket indikerer, at miljøpåvirkningen arbejdsbelastning sandsynligvis spiller en større rolle for ud-

viklingen af smerter i lænderyggen end arvelige faktorer.

Diskussion

Ved hjælp af tre forskellige forskningsdesigns fandtes ingen sammenhæng mellem stillesiddende arbejde og smerter i lænderyggen. Tværtimod fandt vi konsekvent en neutral eller ligefrem beskyttende effekt af siddende arbejde. Vi anser ikke dette resultat for at være en konsekvens af hverken publikationsbias, selektionsbias eller confounding. Det er derfor på høje tid, at man i den offentlige debat bliver opmærksom på disse forhold, og at forebyggelsestiltag målrettes mod erhvervsgrupper med højere risiko.

Litteraturen omhandlende psykosociale faktorer og lænderygsmerter er meget uhomogen, modstridende og til tider forvirrende. Der foreligger et stort udviklingsarbejde målrettet mod at udarbejde internationalt anerkendte standarder for måling af psykosociale risikofaktorer.

Vedrørende lænderygsmerter er de store overordnede opgaver at fremkomme med meningsfulde, håndterbare og klinisk relevante definitioner af lændesmerter tillige med pålidelige og reproducerbare værktøjer til identifikation af disse. Specielt bør forskning med henblik på at identificere undergrupper af patienter prioriteres, således at risikofaktorer og prædiktorer for kronicitet i disse grupper kan fastlægges.

Publikationer

Afhandlingen er baseret på fire artikler. To er endnu under bedømmelse ved internationale tidsskrifter, og to er publiceret (8, 9). Derudover har jeg i relation til projektet offentliggjort yderligere en artikel (10) og et letter (11).

Afhandlingen kan i sin helhed bestilles hos Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik.

Referencer

1. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000; 84: 95–103.
2. Leboeuf YC, Lauritsen JM, Lauritzen T. Why has the search for causes of low back pain largely been non-conclusive? *Spine* 1997; 22: 877–81.
3. Riihimäki H. Hands up or back to work – future challenges in epidemiologic research on musculoskeletal diseases. *Scand J Work Environ Health* 1995; 21: 401–3.
4. Leboeuf-Yde C. Smoking and low back pain. A systematic review of 41 journal articles reporting 47 epidemiologic studies. *Spine* 1999; 24: 1463–70.
5. Bongers PM, de Winter CR, Kompier MA, Hildebrandt VH. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health* 1993; 19: 297–312.
6. Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Physical load during work and leisure time as risk factors for back pain. *Scand J Work Environ Health* 1999; 25: 387–403.
7. Volinn E. Do workplace interventions prevent low-back disorders? If so, why?: a methodologic commentary. *Ergonomics* 1999; 42: 258–72.
8. Hartvigsen J, Leboeuf-Yde C, Lings S, Corder EH. Is sitting-while-at-work associated with low back pain? A systematic, critical literature review. *Scand J Public Health* 2000; 28: 230–9.
9. Hartvigsen J, Bakketeig LS, Leboeuf-Yde C, Engberg M, Lauritzen T. The association between physical workload and low back pain clouded by the »healthy worker« effect: population-based cross-sectional and 5-year prospective questionnaire study. *Spine* 2001; 26: 1788–93.
10. Hartvigsen J, Lings S, Corder EH. Coding of occupation for the »young cohort« of the Danish twin register. A resource for future epidemiologic research. *Scand J Public Health* 1999; 27: 148–51.
11. Hartvigsen J, Kyvik KO. Idiopathic scoliosis in twins studied by DNA fingerprinting. *J Bone Joint Surg Br* 2000; 82: 308.

»Er der nogen evidens for det I går og laver«?

Referat fra Nordisk Kongres i Manuel Terapi og Medicin 2002

Gerd Lyng

Klinik for Muskuloskeletal Medicin, Allinge



Vibeke Laumann og Peter Silbye

Den 8. nordiske kongres i Manuel Terapi og Medicin foregik i Oslo i dagene 7. til 9. marts. Hovedtråden gennem hele kongressen var klinisk evidens og beslutningstagen (ræsonnement).

I kongressen deltog knap 300 fysioterapeuter og læger. Enkelte osteopater og kiropraktorer. Deltagerne kom i stort og overvældende tal fra Norge. Næsten alle manuelle fysioterapeuter. Danmark var repræsenteret af i alt 12 medlemmer af herværende blads organisationer samt kiropraktor Allan Jordan, der havde et indlæg på den første dag. Enkelte deltagere kom så langt væk fra som Nigeria, Californien, Australien og New Zealand.

Kongressproget var engelsk, om end man måtte konstatere at der var stor forskel på finsk-engelsk og australsk-engelsk. For slet ikke at tale om islandsk-engelsk.

Mark Jones

(Manipulative physiotherapist, senior Lecturer, International coordinator, Postgraduate Programs in Manipulative Physiotherapy, University of South Australia)

En af de talere man så frem til var Mark Jones fra Sydaustraliens universitet. På basis af bogen »Clinical Reasoning in the Health Professions« og især den kommende »Clinical Reasoning in Manual Therapy« er han en af gurerne når det gælder

teori. Hans indlæg var uhyre professionelle, flydende og af typen med hvert sagt ord gengivet på overhead'en. Indlæringsprocesser er et centralt resultat af fornuftig klinisk ræsonneren. Han fremhævede den bio-psyko-sociale model for sundhed og sygdom som den kontemporært foretrukne. Det er nødvendigt at være klar over den indflydelse psyko-sociale faktorer kan have på patientens sansmæssige og kognitive opfattelse af sin tilstand og på bevægemønstre og vanemæssig adfærd. Efter Giffords model den indflydelse patientens tanker og følelser, angst og forudfattede meninger har på opfattelsen af smerte og på patientens hele fremtoning. To mennesker med nøjagtig den samme vævsbeskadigelse eller dysfunktion fremtræder som bekendt aldrig fuldstændig ens. Billedet afhænger i høj grad af hvad der er sket i livet før skaden og hvilken model patienten har af det der foregår.

Man kan skelne imellem den tekniske diagnostiske model og den kommunikative, narrative, interaktive model, hvor den første bygger på den tilstedeværende funktionelle inhabilitet, den fysiske svækkelse og de patobiologiske forandringer. Af Mark Jones kaldt »technical delivery«. Den anden model bygger på forståelse af patienten som menneske med forventninger, motivationer, tro, følelser og evne til at deltage i processen. Af Mark Jones kaldt »Communicative Management«.

Alt i alt må man ud fra dette indlæg slutte at de behandlere, der har de bedste forudsætninger for at komme nærmest behandlingsmålet, er de kommunikativt trænede terapeuter der har lært at opfatte patienter som hele mennesker. Og hvem er vel bedre til det end lige netop de praktiserende læger der har brugt sig selv i kommunikationsprocesser igennem mange år. Manuel Medicin kombineret med terapeutisk kommunikation, »F'er«, NLP, kognitiv terapi, hypnoterapi eller lignende lever op til kravene om »Clinical reasoning and the bio-psycho-social model of health and disability«.

Kirsti Malterud

(MD, Professor at the Division for General Practice, University of Bergen and University of Copenhagen).

Helbredsproblemer forventes i medicinen at præsentere sig som subjektive symptomer ledsaget af

objektive fund. Heraf udledes diagnosen, der så igen forventes at føre til en behandling og efterfølgende enten helbredelse eller i hvert fald en prognostisk udtalelse om hvad man kan forvente.

Som praktiserende læge ved man, at der er mange lidelser der præsenterer sig uden at være objektivt forklarlige set med medicinske øjne. Kronisk træthedssyndrom, fibromyalgi etc. Ifølge Petersen i 1992 kan den medicinske diagnose for 76%’s vedkommende baseres på anamnesen. Kun 12% på den objektive undersøgelse og kun 11% på laboratoriedata.

Mange af de uforklarede lidelser bunder i helt andre faktorer end den umiddelbare apparatfejlsmodel giver anledning til at tro. Rent neuromuskulært kan der være tale om øget tension, manglende kontrol, overbelastning, øget angstberedskab etc. Der kan være tale om bagvedliggende traumer, vold eller seksuelt misbrug. Den tunge sociale arv, indlærte mønstre såsom at være »den pæne pige«, smile, ofre sig for andre-typen etc. Endelig kan regulære underliggende somatiske sygdomme som cancer, hypothyreoidisme, diabetes, neurologiske lidelser og ikke at forglemme »de ting vi endnu ikke ved noget om« være af stor betydning for sygdomsbilledet.

Kirsti Malterud gjorde opmærksom på vigtigheden af at lytte til patienten, være forstående, acceptere og tolerere. Vide at patienten er en hel person der bliver set, hørt og opfattet som den han eller hun er, med respekt og med ret til at have følelser. For terapeuten er det vigtigt at mobilisere og styrke de stærke sider hos patienten. Modarbejde undertrykkende tendenser der udfolder sig på

grund af lav social klasse, køn, alder, etnicitet eller seksualitet. Få patienten til selv at udtrykke hvad han/hun oplever som sine stærke sider og hvilke af disse sider der kan bruges til at få det bedre, som beskrevet af Hanne Hollnagel og Kirsti Malterud i 1998. Indlægget blev godt levendegjort af den gennemgående patient »Judith Smith« der endte med selv at måtte beslutte sig for hvilken diagnose hun ville have.

Per Kjær

(Diplom-MT, ph.d.-studerende ved Fyns Rygcenter, Syddansk Universitet)

Radiologisk vurdering af ryggen sammenholdt med klinisk vurdering. Hos mange af patienterne med lænderygproblemer er det svært at finde den eksakte årsag til lidelsen. Det afføder meget ofte krav om radiologisk undersøgelse uanset om den er anbefalet i de anerkendte kliniske »guidelines« eller ej. Holdningen er at der først er indikation for billeddiagnostisk udredning når der er mistanke om »røde flag« eller når lidelsen har varet i mere end 4-8 uger og der i øvrigt kan forventes et bedre resultat med operation. Når resultatet så foreligger er det atter igen væsentligt at sammenholde det med klinikken og vurdere i hvor høj grad fundene forklarer patientens smerte og symptomer. De røde flag, der indicerer radiologisk udredning, er mange. Ud over traumer, cancer og osteoporose vil tilstande som lændesmerter hos personer med langvarigt intravenøst stofmisbrug eller steroidbehandling give indikation for billedudredning. Også lændesmerter hos unge under 20 og ældre over 55 samt hos patienter med udbredte neurologiske symptomer skal give anledning til at overveje radiologisk vurdering.

Per Kjær gennemgik litteraturen mhp. at sammenligne smertepopulationer med positive røntgenologiske fund.

Degenerative discusforandringer er ringe korreleret til lænderygproblemer, og radiologisk verificerbare lidelser som spondylose, spondylolistese, spina bifida og mb. Scheuermann slet ikke ser ud til at være årsag til lændeproblemer.

MR-scanninger sammenholdt med positive kliniske fund giver en noget bedre korrelation. Således ses discusprotrusioner og -degenerationer som normale fund mens prolaps, sequestrer og



nerverodskompressioner sjældent ses hos asymptomatiske individer.

Kombineres fund som discusprotrusion og ner-verodskompression på MR-scanningen findes en højere incidens af smerter udstrålende til regioner distalt for knæet, altså en bedre korrelation til klinikken.

Diskografier bruges sjældent her i landet. Mange lændesmerter er diskogent betingede. For at afgøre om smerten kommer fra discus kan diskografien suppleres med en injektion. Hvis smerten accentueres er det muligvis udtryk for en rift i annulus. Normale disci gør almindeligvis ikke ondt, men 75% af de abnormale disci gør ondt ved diskografi.

Mange radiologiske fund er udtryk for aldersforandringer og degenerative forandringer, der kun engang imellem og kun hos nogle patienter medfører kliniske symptomer. Hyppigheden af discusprotrusioner i normalbefolkningen er som bekendt høj. Men undersøgelser har trods alt vist, at den er højere i en gruppe med lænderygproblemer.

Det stiller krav til den kliniske beslutningsproces med henblik på hvorfor, hvornår og hvordan vi skal anvende billeddiagnostisk udredning.

Peter O'Sullivan

(Dr. Diplom physio, Manip. Ther., PhD, School of Physiotherapy, Curtin University of Perth, Australia)

En spændende australsk fysioterapeut, der præsenterede kliniske forskningsarbejder gående ud på at studere sammenhængen imellem lumbal instabilitet og kronisk lænderygbesvær. Vi fik nogle meget instruktive videoer af patienter efterfulgt af grundig udredning af diagnostik og behandling.

Et stort problem i forbindelse med segmentær instabilitet er den multifidusatrofi og fedtinvolvering der optræder i det pågældende segment. Diagnosen stilles klinisk og bekræftes med MR-scanning af musklerne i segmentet. Med en ihærdig indsats og helt specifik træning lykkedes det at få en meget stor del af patienterne til at genvinde motorkontrollen segmentært.

Antti Malmivara

fra det finske arbejdsmedicinske institut ridsede Cochranesystemet op og opfordrede til at bruge de netbaserede kilder til forskning.

Stefan Blomberg

(MD, ph.d., Stockholm Clinic »Stay Active« gennemgik udviklingen fra det 17. århundredes romantiske medicin, hvor udelukkende det der kunne måles eksisterede, over det 19. århundredes medicin hvor registreringen af årsager til de fleste af de kendte lidelser tog fart. I det 20. århundrede begyndte vi at indbygge de fysiske begreber i komplekse biologiske systemer, og nu i det 21. århundrede fortsætter vi med reduktionismen og arbejder videre med den bio-psyko-sociale model. Er det virkelig nødvendigt at gå så vidt som til »Evidence based Medicine«?

Vi har haft masser af gode effekter af hvad vi tidligere har gjort: Omsorgseffekt, forventede effekter, uventede effekter, placeboeffekter m.v. Vi har alle haft meget gode resultater, og det er det store problem. Enhver skole har sin guru-baserede teori. Vi arbejder på livet løs på hver sin isolerede ø! »Ingen kommunikation, ingen telefon, ingen broer etc«. Alle manuel terapi- og manuel medicin-skoler bør lave egne randomiserede kontrollerede prøver (RCT).

Efterfølgende gennemgik han sit arbejde fra 1993 til 2001 med de sidste resultater der kort går ud på at vise effekten af manuel terapi, muskeludspænding og steroidinjektioner i forhold til konventionel fysioterapi på en gruppe lænderygpatienter. Opfølgingsstudiet viste at effekten holdt sig i de tre år der var forløbet vurderet på sygefravær, livskvalitet og handicap. Yderligere lavede han en opsamlingsrunde i den fysioterapeutisk behandlede gruppe fra 1993, og også her viste den aktive be-



Vibeke Laumann og Peter Silbye



Nordic Spine Award

handling med manuel terapi, udspænding og steroidinjektioner sig overlegen.

Mange flere talere bevægede sig rundt om emnet klinisk evidens og beslutningstagen. En enkelt yderligere skal nævnes, fordi han præsenterede et stort arbejde udført på Ullevål Universitet.

Even Lærum

har deltaget i den gruppe af norske læger der for det norske almenmedicinske selskab har udviklet de kliniske guidelines for behandling af akut lænderygbesvær. Der er tale om en patientfolder i et letfatteligt sprog, en kort udgave til læger og den store udgave beregnet til læger, fysioterapeuter og kiropraktorer i samarbejde med social- og sundhedsvæsenet i Vestnorge.

Afsluttende blev vinderen af The Nordic Spine Award på 25.000 kroner kåret. *Birgit Kluge*, fysioterapeut, repræsenterede gruppen fra Oslos Universitet, der har arbejdet med bækkenproblemer hos gravide.

81 patienter med bækkenrelaterede smerter efter fødsel blev opdelt i 2 grupper. Den ene blev behandlet med fysioterapi, mobilisering, manipulation massage og øvelsesterapi. Den anden med det samme suppleret med specifikke stabiliserende øvelser for de påvirkede muskelslynger og træning af m. transversus abdominis. (Systemet hedder Terapi Master).

Patienterne blev testet efter 4 uger, 1 og 2 år med 4 veldefinerede bækcentest (PPPP, ASLR,

smerteprovokation af det lange dorsale iliosakrale ligament samt smerteprovokation af symfyser).

Resultatet faldt ud til fordel for den sidste gruppe med de specifikke øvelser.

En spændende kongres i smukke omgivelser i et Oslo omgivet af hvid sne.



»Danskerbåden« på vej ud af Oslo.



Referat

fra møde i Nordisk Kontaktkomité
d. 7. marts 2002

Vibeke Laumann

I dagene 8.-9. marts 2002, afholdtes den 8. nordiske kongres i Norge. (Læs referat andetsteds i bladet).

Peter Silbye (DSMM) og undertegnede rejste til Oslo dagen før kongressen for at deltage i et møde i den Nordiske Kontaktkomité (NKK) og senere på dagen fremlægge »Latest news« på et åbent møde, hvor der desværre kun mødte ca. 20 deltagere op.

Det primære formål med NKK er at holde sig orienteret om den faglige og fagpolitiske udvikling i Norden.

Til dette møde var der afbud fra Sverige på lægesiden, og da Norge ikke har et lægeligt selskab, var vi 4 fysioterapeuter og kun 2 læger til stede.

Mødet indledtes med en status over kongressen:

Ud af et totalt deltagerantal på ca. 220 var de 62 »udlændinge«, heraf var 10 fra Sverige, 17 fra Finland og 10 fra Danmark.

Nordic Spine Award havde 6 bidrag, og det blev besluttet, at de alle kunne præsentere deres projekter under »de frie foredrag«. Vinderen måtte vi selvfølgelig ikke få oplyst på dette tidspunkt.

Norge indledte den fagpolitiske orientering med en beskrivelse af deres MT-uddannelse på universitetet, som er en 2-årig uddannelse på masterniveau. Der findes 53 fysioterapeuter, som kalder sig specialister i MT, og hos nogle af disse foregår der i øjeblikket en forsøgsordning, som giver patienter mulighed for direkte adgang til behandling hos disse specialister, som i øvrigt også har ret til at sygemelde patienter i op til 8 uger samt henvise til røntgen.

Herefter var det Finlands tur til at orientere om deres 2-årige masteruddannelse inden for Manuel Terapi. I Finland findes 136 manuel terapeuter. Fra lægelig side kunne der berettes om, at manuel medicinerne ikke har nogen form for diplomuddannelse eller eksamen, og at deres uddannelse primært indeholder rehabilitering og smertebehandling.

Da næste nordiske kongres afholdes i Helsingfors i august 2005 fik de på mødet overdraget formandskabet.

Sverige har ca. 200 fysioterapeuter med eksamen, og vi fik et indblik i, hvorledes lægerne og



Nordisk komité

fysioterapeuterne afholder fælles kurser. Dette gav stof til eftertanke.

Fra den danske side kunne vi begge orientere om vores uddannelsessituation, vores fælles blad, vore årsmøder og for MT-gruppens vedkommende vores nye navn.

Efter hvert lands orientering havde vi en drøftelse af henholdsvis kongressprog og NKK's fremtidige funktion.

Da finnerne ikke forstår norsk og dansk, og vi i øvrigt heller ikke forstår meget af, hvad de siger, blev det besluttet, at kongressproget fortsat bør være engelsk. Mærkeligt nok var finnerne mest interesseret i, at sproget burde være nordisk. Argumentet herfor var den nordiske tradition og sammenhold, som de frygtede ville gå tabt ved at lade sproget være engelsk. Eftersom kongressen næste gang afholdes i Finland, er det nok meget godt, at vi fortsat afholder kongressen på engelsk!

Det er givtigt at være underrettet om de øvrige nordiske landes forhold, både når det gælder uddannelse, forskning og fagpolitik. I NKK er det ikke et spørgsmål om, hvem som er længst fremme, men en udveksling af gode og dårlige erfaringer inden for alt, som omhandler Muskuloskeletal Terapi/Medicin. Der er meget, vi kan tage med hjem og bruge i vores eget regi.

Vi blev enige om at skrive et nyhedsbrev en gang om året og i øvrigt benytte os af e-mails i tiden mellem møderne. Når nyhedsbrevene kommer, vil vi lægge disse på vores hjemmesider eller bringe dem i vores blad.

Kongressen var yderst veltilrettelagt, og her skal især lyde en stor tak til Magnhild Aasen, som uden tvivl har været primus motor i arrangementet.

Awareness of the Hypermobility Syndrome

among delegates at the 13th FIMM Congress, Chicago, 23rd - 27th of July, 2001

Lars Remvig MD, DrMedSc., Clinic of Orthopaedic Medicine & Rehabilitation, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital.

Richard Ellis MD, Dept. Rheumatology, Mailpoint 78, General Hospital, Southampton.

Introduction

The Hypermobility Syndrome (HMS) was originally defined by Kirk et al. in 1967 (1), as the presence of musculoskeletal symptoms in hypermobile but otherwise healthy individuals. The British Society for Rheumatology Special Interest Group for heritable disorder of connective tissue published in 2000 a revised set of criteria for HMS (2) (see appendix 1).

Nevertheless the importance of the hypermobility syndrome and its relevance to symptoms remains controversial, and even the existence of the syndrome has been questioned by some. Consequently, in 1999 the hypermobility interest group sent a questionnaire to all UK-based consultant rheumatologists concerning their perceptions of HMS, and the result of this survey was published recently (3). The survey: "uncovered a deeply disturbing picture - one of great diversity of opinion about almost all aspects probed".

In an accompanying leading article (4) R. Graham stated: "First, they reveal a distinct polarization of perceptions of the prevalence, significance and impact of the syndrome. Secondly, there appears to be a total lack of consensus on what criteria to use in diagnosis. Thirdly (and perhaps most worrying of all), by their answers the respondents have demonstrated a distinct lack of familiarity with the recently published literature ...".

It is the personal experience of the authors, that hypermobility is often present in patients with segmental back dysfunctions. One of the authors (LR) made the assumption that delegates attending an International Congress in Musculoskeletal/Manual Medicine would have had the same experience, and therefore obtained permission to perform an inquiry among the delegates of the 13th Triennial Congress of the International Federation of Musculoskeletal/Manual Medicine (FIMM), in Chicago in July 2001.

The hypothesis was that awareness of the

hypermobility syndrome among those specialised in diagnosing and treating musculoskeletal dysfunctions was superior to the awareness demonstrated by UK-based rheumatologists.

Materials and methods

According to the Congress secretariat 210 delegates attended the meeting. The list in the Congress Workbook contained 199 names from 21 different countries (Table 1). An American address was given by 114 individuals and 86 of them were Doctors of Osteopathy (DO's) (medically qualified osteopaths) and only 17 Medical Doctors (MD's) (doctors from non-osteopathic medical schools). None of the delegates from other parts of the world indicated that they were DO's.

A questionnaire with exactly the same questions as in the British inquiry (3) was produced and 215 copies were made (see appendix 2). A short explanation about the inquiry with reference to the British study was given on the first page. Three extra questions were included in the questionnaire concerning the education, specialisation and actual appointment of the delegates.

The questionnaires were placed on the table in front of all seats in the auditorium on the second morning of the meeting and a short oral introduction including 3 power-point slides was given before the start of the programme on that day.

The delegates were encouraged to put the questionnaires in a box at the exit door when leaving the auditorium even if they had not answered the questions.

When the delegates had left the auditorium for the lunch break, all questionnaires remaining on the tables and delivered into the box were collected and counted.

Results

Out of the 215 questionnaires placed on the tables 95 were left untouched (more or less), and 81 were collected from the box. Thus, 39 questionnaires were missing and among them, one was delivered the day after.

It was not possible to count the number of delegates present during the morning session; thus, a correct response rate could not be calculated.

Eleven questionnaires were returned un-

Table 1. *Distribution of delegates attending the 13th triennial FIMM congress according to their addresses in the list of participants (N=199).*

	Australia	Denmark	France	Germany	Holland	USA	Other* nationalities	Total (%)
Attendees	10	8	12	6	5	114	44	199
DO						86		86 (43)
MD	10	8	12	6	3	17	33	89 (45)
DC						1		1 (0.5)
Fellow./stud.						7		7 (4)
No info					2	3	11	16 (8)

*) Austria, Bermuda, Belgium, Canada, Czech Republic, Finland, Japan, Lithuania, Russia, Slovakia, Spain, South Korea, Sweden, Switzerland, UK all participated with 1-4 delegates. Nationality of 9 delegates was not indicated.

Table 2. *Distribution of delegates answering the questionnaire, with respect to specialisation and education (N=70).*

GP	Rheumatologist		Ort. Surgeon		Neurologist		Other*		Unanswered		
25	5		3		4		26		7		
MD DO	MD	DO	MD	DO	MD	DO	MD	DO	MD	DO	Unansw.
13 12	5	-	2	1	3	1	12	14	2	4	1

*) Other professions were mainly Neuro Musculoskeletal/Osteopathic Manipulative Medicine (MD: 1, DO: 11) or Physical Medicine & Rehabilitation (MD: 8, DO: 3).

Table 3. *Distribution of delegates answering the questionnaire, with respect to their belief in HMS being a clinical and/or pathological entity (N=70).*

	Yes, for clinical entity, N=58	No, for clinical entity, N=12
Yes, for pathological entity41	4
No, for pathological entity13	3
Do not know	4	5

answered, resulting in a total of 70 answered and valid questionnaires.

Characterization of delegates answering the questionnaire:

The distribution of delegates answering the questionnaire was 37 MD's, 32 DO's and one un-answered (table 2).

Fifty-eight or almost 83% believed that HMS is a distinct clinical entity, but only 45 (64%) believed that the syndrome was a pathological entity (table 3).

Among those indicating that the syndrome was either a clinical or a pathological entity (N=62) only 60% were prepared to comment the question whether HMS and Ehlers Danlos Syndrome (EDS), hypermobility type (formerly EDS type III) were one and the same entity. Four (6%) believed that they

were identical syndromes, whereas 35 (56%) believed that they were different.

The estimated clinic prevalence of HMS varied considerably, meaning that each prevalence group was chosen by at least 10% of the respondents, and that the prevalence group "0-10 HMS cases seen the past year" was chosen by 45%.

Necessary features for diagnosing HMS:

Among the same 62 respondents there was no consensus as to the diagnostic criteria being used even though 85% believed that musculoskeletal symptoms were a necessary feature.

However, regarding the Beighton score the answers were more surprising to the author (table 5): Twenty nine did not answer the question and 8 indicated that they were unfamiliar with the score, i.e. almost 60% of those who had indicated that

Table 4. Distribution of respondents with respect to features regarded as necessary for a diagnosis of HMS.

	Yes (%)	No (%)	No answer (%)
Musculoskeletal symptoms	85	15	–
Positive family history	39	52	9
Extra-articular features	29	25	8
Negative laboratory findings	71	18	11

Table 5. Distribution of respondents with respect to necessity and level of Beighton score in order to diagnose HMS.

	Beighton score				Unfamiliar	Unanswered
	≥5/9	≥3/9	≥1/9	≥0/9		
MD	9	4	–	2	1	14
DO	5	5	1	–	7	15
Total (%)	14 (23)	9 (14)	1 (2)	2 (3)	8 (11)	29 (47)

Table 6. MD's and DO's recommended treatment modalities and how effective they are.

	Very effective		Not very effective		Useless		Do not use		No answer
	MD	DO	MD	DO	MD	DO	MD	DO	
Reassurance only	11	4	11	17	5	5	2	1	6
Physiotherapy	13	13	11	11	6	0	1	4	3
Simple analgetics/NSAID's	3	3	11	20	10	4	5	1	5
Surgery	1	0	2	10	8	6	18	12	5
Osteopathy/Acupuncture/Homeopathy	7	17	12	11	5	0	5	0	5
Cognitive behavioral therapy	7	8	10	13	4	2	6	4	8
Psychiatric referral	1	3	3	10	8	5	14	7	11

Table 7. Distribution of respondents opinion regarding the impact of HMS on people's lives and the contribution of HMS on the overall burden of rheumatic disease morbidity (%).

	Serious	Significant	Minimal	None	No answer
	The impact on people's lives in most cases?	5 (8)	39 (63)	15 (24)	1 (2)
	Major	Significant	Minimal	None	No answer
	Contribution to overall burden of rheumatic disease morbidity?	1 (2)	21 (34)	31 (50)	3 (5)

HMS was a distinct clinical and/or pathological entity were without knowledge of the Beighton score.

Recommended treatment modalities and their effectiveness:

Most of those who responded found physiotherapy more or less effective no matter their basic education and most of them found surgery useless or did not recommend its use (table 6). Osteopathy/acupuncture/homeopathy was generally recommended

and particularly considered to be very effective among DO's.

On the questionnaire there was space for mentioning other recommended treatments, and the one most often recommended (by 12 persons) was prolotherapy.

Impact of HMS on people's lives:

Approximately 70% of the respondents had the opinion that HMS has a serious or significant im-

pact on people's lives. But more than 50% regarded the contribution to the overall burden of rheumatic disease morbidity to be minimal or none (table 7).

Discussion

In the British survey the response rate was 76% (3). Assuming that only 120 delegates were present at the morning session of the FIMM Congress the response rate could not have reached more than (70/120) 58.3%. However, we saw many questionnaires left on the tables which had been folded, so that more than 120 people must have been present, which gives an even lower response rate. Obviously, this is not satisfactory. Most probably this reflects that the delegates were unfamiliar with HMS rather than that it reflects good knowledge to the syndrome.

The distribution between MD's and DO's in the response group was similar to their distribution in the group of delegates, which could indicate that the response group was representative for the whole group.

There was a rather high proportion of respondents (64%) who believed that HMS is a pathological entity, which seems to differ clearly from the result (39%) in the British survey. But this result fits badly with the fact that almost 60% are unaware of the Beighton tests. This lack of awareness was almost equally distributed among MD's and DO's. As approximately 80% of MD's came from outside USA, this lack of awareness of the Beighton's tests seems not only to be a problem in the Unites States but also elsewhere. Beighton's tests were originally described and used on a rural African population in 1973 (5).

It was also disturbing to recognise that 71% regarded negative laboratory findings necessary for the diagnosis, as if the respondents make the diagnosis by exclusion. However there might have been a misinterpretation of this question.

According to R. Grahame and HA. Bird (3) the currently widely held view is that HMS is identical with the hypermobility type of the Ehlers-Danlos syndrome (formerly Ehlers-Danlos type III). Only 6% accepted this view, which is comparable with the result (4%) in the British survey.

Regarding recommended treatment there does not seem to be a consensus, which is not surprising

as we do not have any randomised controlled studies in this field. Perhaps it is not surprising that particularly osteopaths recommend manipulative therapy.

The number of respondents, 44, regarding the impact of HMS on people's lives as significant or serious almost equals the number, 45, regarding HMS being a pathological entity. However, 9 of the latter 45 either didn't answer the question or regarded the impact as minimal. Consequently some does not believe that HMS is a pathological entity but does believe that it has a significant or serious impact on people's lives!

The general conclusion from this survey is: more information about hypermobility is certainly a necessity in the education of MD's as well as DO's.

Dansk resumé

Grahame et al. gjorde i Rheumatology 2001; 40: 559-62 opmærksom på at britiske reumatologer havde en ikke helt tidssvarende opfattelse af hypermobilitetssyndromet (HMS) vurderet ud fra en spørgeskemaundersøgelse. Med formodning om at det stod langt bedre til blandt muskuloskeltalt orienterede læger og osteopater gennemførtes en identisk spørgeskemaundersøgelse blandt deltagerne på den 13. Internationale FIMM-Kongres i Integrative Manual Medicine, Chicago 2001.

Blandt svarerne mente 64% at HMS var en patologisk enhed, men samtidig havde et overraskende stort antal deltagere, nemlig ca. 60%, ikke kendskab til Beightons test. Dette manglende kendskab var ligeligt fordelt mellem læger og osteopater. Der var ingen konsensus vedr. behandling, men især blandt osteopater anbefaledes manuel behandling.

Konklusionen på spørgeskemaundersøgelsen var: Mere information omkring hypermobilitet er nødvendig i uddannelsen af såvel læger som osteopater.

Litterature

1. Kirk JH, Ansell B, Bywaters EGL. The hypermobility syndrome. *Ann Rheum Dis* 1967;26:419-25.
2. Grahame R, Bird HA, Child A et al. The British Society for Rheumatology Special Interest Group on Heritable Disorders of Connective Tissue; Criteria for the Benign Joint Hypermobility Syndrome. The revised (Brighton 1998) criteria for the diagnosis of the BJHS. *J Rheumatol* 2000;27:1777-9.

3. Grahame R & Bird HA. British consultants rheumatologists' perception about the hypermobility syndrome; a national survey. *Rheumatol* 2001;40:559-62.
4. Grahame R (Editorial). Time to take hypermobility seriously (in adults and children). *Rheumatol* 2001;40:485-7.
5. Beighton P, Solomon L & Soskolne CL. Articular mobility in an African population. *Ann Rheum Dis* 1973; 32:413-18.

Appendix I:

The revised (Brighton 1998) criteria for the diagnosis of the BJHS:

Publication	Major criteria	Minor criteria	Syndrome criterium
Grahame R et al. <i>J Rheumatol</i> 2000;27:1777-9	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beighton score of ≥ 4 out of 9 (present or previously) 2. Artralgia for more than 3 months in 4 or more joints 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beighton score of 1-3 1. out of 9 (0-3 if >50 year) 2. Artralgia (≥ 3 months) in 1 to 3 joints, or back pain (≥ 3 months) or spondylosis or spondylolisthesis 3. Luxation of more than one joint or of one joint at several occasions 4. Soft tissue rheumatism ≥ 3 occasions (epicondylitis, tenosynovitis, bursitis etc.) 5. Marfanoid habitus (tall, slim, span/height ratio > 1.03, upper/lower segment ratio < 0.89, araknodactyli) 6. Abnormal cutis: striae or hyperelasticity, or thin skin or abnormal scar formation 7. Eyes: hanging eyelids, or myopia or antimongoloid fold 8. Varicoese veins or hernia or uterus/rectal prolapse 	<p>Diagnosing BJHS demands presence of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 major or • 1 major and 2 minor or • 4 minor criteria, without simultaneous presence of EDS and MS. 2 minor criteria are sufficient if a 1. degree relative is affected. Major and minor 1 criterium as well as major and minor 2 criterium are mutually exclusive.

Appendix II:

Questionnaire regarding Hypermobility Syndrome (HMS)

I would kindly ask you to fill out the enclosed questionnaire, which is a copy of a questionnaire answered by 319 UK-based consultant Rheumatologists, members of The British Society for Rheumatology in 1999.

The result of that survey was published in:
Grahame R and Bird HA. British consultant rheumatologists' perceptions about the hypermobility syndrome: a national survey. Rheumatology 2001;40:560-3

Thank you for your cooperation,
 Yours sincerely,

Lars Remvig, MD

QUESTIONNAIRE

1. Do you believe in HMS as a distinct clinical entity?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
2. Do you believe in HMS as a pathological entity?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
3. In your opinion, are HMS and Ehlers-Danlos type 3 (EDS III):	<input type="checkbox"/> One and the same	<input type="checkbox"/> Different entities	<input type="checkbox"/> Do not know		
4. Approximately how many HMS cases have you seen in the past year?	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> <10	<input type="checkbox"/> 11-25	<input type="checkbox"/> 26-50	<input type="checkbox"/> >50
5. Which features do you regard as necessary for a diagnosis of HMS?					
Musculoskeletal symptoms	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
Beighton score	<input type="checkbox"/> $\geq 5/9$	<input type="checkbox"/> $\geq 3/9$	<input type="checkbox"/> $\geq 1/9$	<input type="checkbox"/> >0/9	
Positive family history	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
Extra-articular features	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
Negative laboratory findings	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No			
6. What treatment modalities do you generally recommend, and how effective are they?	Very effective	Not very effective	Useless	Do not use	
Reassurance only	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Physiotherapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Simple analgesics/NSAIDs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osteopathy/acupuncture/homeopathy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cognitive behavioural therapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychiatric referral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other(s) (specify)	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	
	_____	_____	_____	_____	
7. How do you rate the impact of HMS on peoples' lives in most cases?	<input type="checkbox"/> Serious	<input type="checkbox"/> Significant	<input type="checkbox"/> Minimal	<input type="checkbox"/> None	
8. What contribution does HMS make to the overall burden of rheumatic disease morbidity?	<input type="checkbox"/> Major	<input type="checkbox"/> Significant	<input type="checkbox"/> Minimal	<input type="checkbox"/> None	
9. Are you a?	<input type="checkbox"/> MD	<input type="checkbox"/> DO	<input type="checkbox"/> Chiropractor	<input type="checkbox"/> Physiotherapist	<input type="checkbox"/> Other (specify) _____ _____
10. Are you a?	<input type="checkbox"/> GP	<input type="checkbox"/> Rheumatologist	<input type="checkbox"/> Orthopaedic surgeon	<input type="checkbox"/> Neurologist	<input type="checkbox"/> Other (specify) _____ _____
11. Are you a?	<input type="checkbox"/> Registrar	<input type="checkbox"/> Senior registrar	<input type="checkbox"/> Consultant	<input type="checkbox"/> Professor	<input type="checkbox"/> Other (specify) _____ _____

KURSUSKATALOG

Generelt for kurserne

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

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

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

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

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

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

Kursusarrangør: DSMM's uddannelsesudvalg.

DSMM's lærerstab:

Speciallæge Bo Backhausen,
7400 Herning

Professor, dr.med. Henning Bliddal,
2000 Frederiksberg

Overlæge Johannes Fossgreen,
8270 Højbjerg

Speciallæge Torben Halberg,
2760 Måløv

Speciallæge Steen Hecksher-Sørensen,
8700 Horsens

Speciallæge Niels Jensen,
2760 Måløv

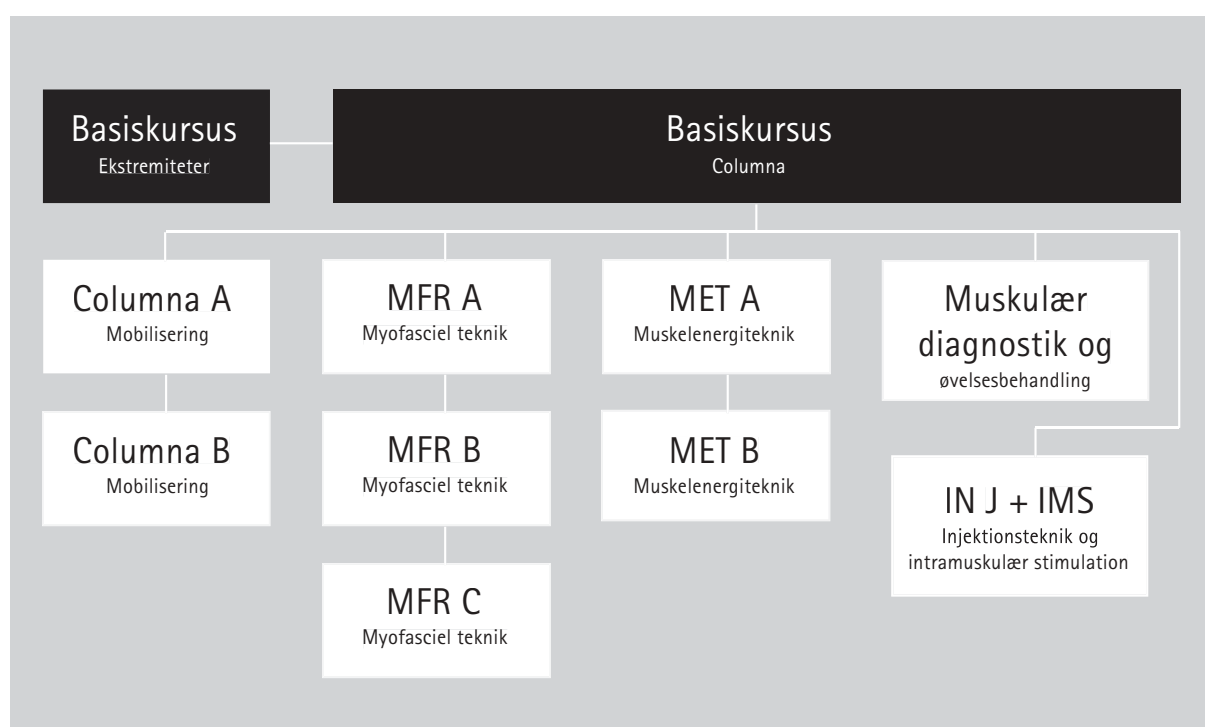
Speciallæge Jørgen Korsgaard,
3200 Helsingør

Speciallæge Lene Krøyer,
2800 Lyngby

Speciallæge Palle Lauridsen,
5800 Nyborg

Speciallæge Gerd Lyng,
3770 Allinge

Speciallæge Jes Lætgaard,
8700 Horsens



Overlæge Glen Gorm Rasmussen,
9000 Ålborg
Overlæge, dr.med. Lars Remvig,
København
Speciallæge Berit Schiøttz-Christensen,
Århus
Speciallæge André Soos,
6100 Haderslev
Speciallæge Lisbeth Wemmelund,
8270 Højbjerg
Speciallæge Peter Silbye,
4600 Køge
Speciallæge Lars Faldborg,
8300 Odder
Speciallæge Finn Johannsen,
2820 Gentofte

Associerede lærere:

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

DSMM's uddannelsesudvalg:

Niels Jensen, formand
Palle Lauridsen, sekretær
Henning Bliddal, Lene Krøyer, Steen Hecksher-Sørensen

Detaljeret kursusbeskrivelse af de enkelte kurser findes på DSMM's hjemmeside: www.dsmm.org samt Manuel Medicin nr. 1/2001, hvortil henvises.

Tilmeldingsblanket

kan rekvireres hos kursussekretær
Birthe Skov
Comwell Kolding
Skovbrynet 1
6000 Kolding

Tlf. 76 34 11 00

Iller via internetadressen www.dsmm.org

Næste årsmøde

Næste fælles årsmøde mellem DSMM og MT-gruppen finder sted 31. januar – 1. februar 2003. Sted: Radison SAS, H. C. Andersens Hotel, Odense. Emne: Skulder/ arm

Disketter – Tak!!!

Indlæg modtages gerne fra DOS pc'er, så sparer vi en arbejdsdag. Vi kan behandle disketter skrevet i Word, Write og Wordperfect.

Forskning

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

DSMM Kursuskalender – Forår/efterår 2002 samt januar 2003

Kursus:	Tidspunkt: (start 1. dag kl. 9.00, slut sidste dag kl. 16.00)	Kursuspris (se nedenfor):	
		Medlemmer	Ikke-medlemmer
■ MFR B	23.-25. august (alt. til 28. august-1. september)	kr. 6.650,-	kr. 7.150,-
■ Columna B, MOB	23.-25. august (alt. til 4.-6. oktober)	kr. 9.210,-	kr. 9.710,-
■ Columna A, MOB	6.-9. september (alt. til 22.-25. november)	kr. 8.597,-	kr. 9.097,-
■ MET B	27.-30. september (alt. til 20.-23. september)	kr. 8.597,-	kr. 9.097,-
■ Basis Columna	27. september-1. oktober	kr. 8.600,-	kr. 11.600,-
■ INJ + IMS	26.-27. januar	kr. 7.400,-	kr. 7.900,-
■ Muskulær diagnostik og øvelsesbeh.	24.-31. januar	kr. 13.300,-*	kr. 13.800,-*

Medlemspris er den pris, der gælder for følgende faggrupper:
 – Medlem af DSMM.
 – Medlem af Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Manuel Terapi.
 – Medlem af McKenzie Institut Danmark.

Ikke-medlemspris er den pris, der gælder for øvrige faggrupper.

* Incl. rejse, ophold m. helpension, forsikring og kursusmateriale.

Forskellen mellem de to kursuser er den pris, der gælder for kursister, der ikke er medlem af de nævnte faggrupper. Det skal bemærkes, at Basis columna har samme priser for alle faggrupper, idet dette kursus også er et introduktionskursus.

Kalenderen opdateres på www.dsmm.org

Tilmeldingsblanket DSMM-kurser 2002:

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

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Telefon: _____

Jeg er medlem af: DSMM McK MT-gr.

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

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

Dato: _____

Underskrift: _____

Tilmeldingsblanketten sendes til :

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



KOMMENDE MØDER

www.Rygforum.dk

Der gøres opmærksom på Rygforum DK, som er en tværfaglig, uformel interessegruppe omkring forskning omkring rygproblemer. Rygforum DK er åben for læger, fysioterapeuter, kiropraktorer og andre med interesse for rygproblemer.

Nærmere oplysninger kan indhentes på Internetadressen: www.rygforum.dk

Upcoming PMRF Events

Contact PMRF for all events unless otherwise noted +1 604 684-4148 in North America +1 800 872-3105 or fax +1 604 684-6247,

E-mail: pmf@icpro.org

More information and On-line registration visit our website www.icpro.org

Conference & Workshop Secretariat:
Ana Marie Butcher

Videreuddannelse for diplomalæger

Deutsche Gesellschaft für Osteopatische Medizin påbegyndte år 2000 videreuddannelse for diplomlæger i Manuel Medicin/Muskuloskeletal Medicin i osteopatisk medicin.

Kursusleder: Wolfgang Gilliar, DO
Physical Medicine and Rehabilitation
Osteopathic Manipulative Medicine
San Fransisco

Det drejer sig om 400 timers kursus i osteopatisk medicin. Danske læger, der har diplomuddannelse i muskuloskeletal medicin kan søge om optagelse. Kursusprogram kan rekvireres hos Glen Gorm Rasmussen.

McKenzie Institute

North American Conference

August 9-11, 2002

Tucson, Arizona

Contact: Ann Carlton

8332 Regents Road, Unit E

San Diego, CA 92122

Tel: 858-638-0357

(US and Canada: 800-233-8501)

Fax: 858-638-0327

E-mail: acarlton@san.rr.com

www.mckenziemdt.org

The Spine Society of Europe Presents EuroSpine 2002

September 11-14, 2002

Nantes, France

Contact: Judith Reichert Schild

Administrative Secretariat of SSE

Seefeldsstrasse 16

CH-8610 Uster, Switzerland

Tel.: 41-1994-1404

Fax: 41-1994-1403

E-mail: schild@active.ch



Kursuskalender – 2002

Sted:	Kursus:	Tidspunkt:
■ Odense	Neurodynamisk undersøgelse og behandling – NDUB	25.-26. august
■ Vejen	MET – introduktion/pelvis/col.lumb.	7.- 8. september
■ Kolding	Eksamensforløb 3, del 1	8.-10. september
■ Kolding	MET columna cervicalis	10.-11. september
■ Kolding	Trin 1 A og Trin 1 B	1. del 2. del
		15.-17. september 29.-30. september
■ Vejen	Womens Health – introduction	28. september
■ Vejen	Womens Health	29. september-1. oktober
■ København	Kinetic Control – introduction	5.-6. oktober
■ København	Kinetic Control – lower quadrant	7.-8. oktober
■ Kolding	Trin 2 A og Trin 2 B	1. del 2. del
		10.-12. oktober 28.-29. oktober

Kalenderen opdateres på: www.manuelterapi.dk

MCKENZIE INSTITUT DANMARK – Kursuskalender 2002

Sted:	Kursus:	Tidspunkt:
■ Bornholm	Part B	7.- 9. maj
■ Kolding	Part D	22.-25. maj
■ Kolding	Part C	26.-28. maj
■ København	Part D	30. maj- 2. juni
■ Hamburg	Eurometing	7.- 9. juni
■ Århus	Part A	19.-22. august
■ Århus	Part B	23.-25. august
■ Grønland	Part A	2.- 6. september
■ Holbæk	Part B	6.- 8. september
■ ?	Årsmøde/generalforsamling	September
■ Kolding	Part A	3.- 6. oktober
■ Kolding	Part C	19.-21. oktober
■ Kolding	Part D	22.-25. oktober
■ Købenavn	Part B	8.-10. november
■ Esbjerg	Part A	14.-17. november

Kursusrække:

Sidste år introducerede »Institut for Mekansk Diagnostik og Terapi« en kursusrække fra Part A til Credentialeksamen. Det er muligt igen i år at tilmelde sig rækken med start på Part A i august 2002. Præcise datoer og priser er annonceret i DF fagblad nr. 3, 2002.

Kurser generelt: Yderligere information kan søges på hjemmesiden: www.McKenzie.dk

Eventuelle spørgsmål kan e-mailes til ajs@teliamail.dk

Sekretær og kursusarrangør:

Merethe Fehrend
Bygaden 60
2630 Taastrup
Tlf. 70 22 04 64 kl. 18.00-20.00
E-mail: info@mckenzieinst.dk

Anne Juul Sørensen
Duebrødrevvej 5
4000 Roskilde
Tlf. 46 36 49 51 kl. 18.00-20.00
E-mail: ajs@teliamail.dk



Ruth Jones: Womens Health Course »The Private Detective«

Kurset henvender sig til alle fysioterapeuter, der har interesse for at arbejde med kvinder med problemer som f.eks. smerter i bækkenet, bækkeninstabilitet, inkontinens, rectus diastase etc.

This course will demonstrate how common problems such as stress/urge incontinence, pelvic instability, pubic dysfunction and Rectus Abdominus Diastasis can all be assessed by applying contemporary concepts of muscle recruitment. It will demonstrate how activation of other muscle groups can rehabilitate pelvic floor muscle dysfunction.

It will concentrate on rehabilitation by a problem-orientated approach and a patient demonstration will be included.

Det forudsættes at man har deltaget i Kinetic Control Introduction – ellers se nedenfor.

Kursusarrangør: Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Muskuloskeletal Terapi
Tid: 29. september – 1. oktober 2002
Sted: Klinik for Fysioterapi & Træning, Plantagevej 2 B, 6600 Vejen
Underviser: Fysioterapeut Ruth Jones MCSP SRP (kendt fra Kinetic Control kurserne)
Sprog: Engelsk
Pris: Kr. 3000,-, inkl. kaffe/te og frokost.
Tilmelding: Senest 1. august 2002 til wh@manuelterapi.dk med oplysning om navn, adresse, telefonnr. og MT medl.nr. + indbetaling af kr.3000,- på konto i Danske Bank: reg.nr. 3737, konto nr. 3737523632
OBS! Husk at oplyse navn ved indbetaling.
Eller send din tilmelding sammen med en crosset, udateret check kr. 3000,- til
Dorthea Petersen, Gyvelvej 38, 6621 Gesten,
med oplysning om navn, adresse, telefonnr. og MT-medlemsnr. Oplys meget gerne e-mail-adresse.

OBS! Medlemmer af MT-gruppen har fortrinsret.

Introduktionsdag til Womens Health

For interesserede, der ikke har deltaget i Kinetic Control Introduction arrangeres der et 1-dages kursus, hvor grundelementerne fra Kinetic Control gennemgås, så man vil være i stand til at følge Womens Health kurset.

Tid: 28. september 2002
Pris: kr. 1000,-, inkl. kaffe/te og frokost.

Resten som ovenfor.

Trin 3 kursus A (Mob 1)

Kursusarrangør: Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi.
Tid: 17. - 19. november 2002
Sted: Comwell - Kolding
Kursusform: Eksternat og internat
Deltagere: Fysioterapeuter der har gennemgået Trin 1 og Trin 2 A og B
Undervisere: Medlemmer af MT-gruppens undervisningsgruppe
Kursuspris: Kr. 3500
Internat Kr. 3000,-
Eksternat Kr. 1600,-
Tilmelding: Senest d. 27. september 2002 på tilmeldingsblanket fra Fysioterapeuten, samt crosset udateret check på beløbet til:
Inger Skjærbæk
Rønnebær Allé 2,
3000 Helsingør

Beløbet kan sættes ind på MT-gruppens kursus-konto i Nordea Bank, Stengade 45, 3000 Helsingør. Konto 2255-905637077

Husk at få dit navn noteret på kontoudtoget ved denne form for indbetaling.

Tilmelding kan foretages over e-mail Ingerskj@post10.tele.dk

Oplys fulde navn, adresse (incl. postnr.) og telefonnumre. Oplys om du ønsker eksternat eller internat og om du er vegetar med eller uden fisk.

Med hensyn til betaling skal beløbet være indsat senest d. 27. september for at tilmeldingen tages i betragtning.

KINETIC CONTROL KURSER

Introduktion til Dynamic Stability and Muscle Balance

Tid: 5.–6. oktober 2002

Sted: Fysioterapeut Skolen i København.

Pris: 2600,- kr. inkl. frokost

Kurset er et introduktionskursus, til de efterfølgende regionspecifikke Movement dysfunktionskurser.

Kurset introducerer nye teorier om segmental og multisegmental stabilitet, og der vil være praktiske eksempler for rehabilitering af f.eks. skulder og lænd.

Undervisere er Mark Silvester (UK) og Flemming Enoch

Medlemmer af faggruppen for Muskuloskeletal Terapi har fortrin.

For yderligere information vedrørende detaljeret indhold se venligst: www.kineticcontrol.com

Undervisningen vil foregå på både dansk og engelsk.

Tilmelding: senest 15. august 2002 på kc@fysiocenter.dk eller til Niels Honoré
Løjtegårdsvej 157
2770 Kastrup
Tilmelding skal indeholde oplysning om navn, adresse, tlf. nr., e-mail og MT medlemsnr. + indbetaling af kr. 2600,- på konto i Danske Bank:
Reg.nr. 3113
konto nr. 311304790361
Husk at oplyse navn ved indbetaling.

For spørgsmål vedrørende tilmelding kontakt Niels Honoré, Tlf. 32 52 35 60

Dynamic Stability and Muscle Balance of the Lower Quadrant

Tid: 7.–8. oktober 2002

Sted: Fysioterapeut Skolen i København.

Pris: 2600,- kr. inkl. frokost

Det forudsættes at kursisten har gennemført introduktionskurset Dynamic Stability and Muscle Balance.

Kurset tager udgangspunkt i underekstremitetens dysfunktioner, og rehabiliteringen af disse.

Undervisere er Mark Silvester (UK) og Flemming Enoch.

Medlemmer af faggruppen for Muskuloskeletal Terapi har fortrin.

For yderligere information vedrørende detaljeret indhold se venligst: www.kineticcontrol.com

Undervisningen vil foregå på både dansk og engelsk.

Tilmelding: senest 15. august 2002 på kc@fysiocenter.dk eller til Niels Honoré
Løjtegårdsvej 157
2770 Kastrup
Tilmelding skal indeholde oplysning om navn, adresse, tlf. nr., e-mail og MT medlemsnr. + indbetaling af kr. 2600,- på konto i Danske Bank:
Reg.nr. 3113
konto nr. 311304790361
Husk at oplyse navn ved indbetaling.

For spørgsmål vedrørende tilmelding kontakt Niels Honoré, Tlf. 32 52 35 60

DANSK SELSKAB FOR
MUSKULOSKELETAL MEDICIN

Bestyrelse:

Formand:

Overlæge, dr.med.

Lars Remvig

Klinik for Medicinsk Ortopædi
og Rehabilitering
Rigshospitalet 7611, T9,
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
E-mail: remvig@rh.dk

Næstformand:

Speciallæge i almen medicin

Jette Parm

Strandstræde 2

4400 Kalundborg

Tlf. 59 51 00 66

E-mail: jette.parm@dadlnet.dk

Kasserer:

Speciallæge i almen medicin

Peter Frost Silbye

Røglebakken 4

4320 Lejre

Tlf. 56 65 90 40

DSMM giro 809 6414

E-mail: peter_silbye@dadlnet.dk

Sekretær:

Speciallæge i almen medicin

Jette Parm

Strandstræde 2

4400 Kalundborg

Tlf. 59 51 00 66

E-mail: jette.parm@dadlnet.dk

Medlemmer:

Speciallæge i reumatologi

Finn Johannsen

Ellebækvej 10

2810 Gentofte

Tlf. 39 65 62 11

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

Speciallæge, ph.d.

Pierre Schydrowsky

Bymidten 12 B

3500 Værløse

Tlf. 44 48 15 07

E-mail: schydrowsky@dadlnet.dk

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Norvangen 3

4220 Korsør

Telf. 58 37 10 48

E-mail: allan.gravesen@dadlnet.dk

Speciallæge i almen medicin

Niels Jensen

Måløv Hovedgade 69

2760 Måløv

Tlf. 44 65 54 43

E-mail: niels.jensen@dadlnet.dk

Økonomiudvalg:

Speciallæge i almen medicin

Niels Jensen

Speciallæge i almen medicin

Peter Frost Silbye

Nordisk udvalg:

Speciallæge i almen medicin

Peter Frost Silbye

Overlæge, dr. med.

Lars Remvig

Uddannelsesudvalget:

Speciallæge i almen medicin

Niels Jensen

Speciallæge i reumatologi

Lene Krøyer

Lyngby Hovedgade 57 C, 1 TH

2800 Lyngby

Tlf. 45 87 25 25

E-mail: lene.kroeyer@dadlnet.dk

Speciallæge i almen medicin

Palle Lauridsen

Kystvej 18

5800 Nyborg

Tlf. 65 31 31 91

E-mail: p.lauridsen@dadlnet.dk

Speciallæge i almen medicin

Steen Hecksher-Sørensen

Åboulevarden 78

8700 Horsens

Tlf. 75 61 13 55

E-mail: steen.hecksher@dadlnet.dk

Professor, Overlæge, dr.med.

Henning Bliddal

Reumatologisk Klinik

Frederiksberg Hospital

Ndr. Fasanvej 57-59

2000 Frederiksberg

Tlf. 38 16 38 16

E-mail: bli@dadlnet.dk

Videnskabeligt udvalg:

Overlæge, dr.med.

Lars Remvig

Afdelingslæge,

speciallæge i reumatologi

Berit Schiøttz-Christensen

Reumatologisk Afdeling R

Viborg-Kjellerup Sygehus

8800 Viborg

Tlf. 89 27 27 27

E-mail: berit@dadlnet.dk

Speciallæge i reumatologi

Finn Johannsen

Professor, Overlæge, dr.med.

Henning Bliddal

Redaktionsudvalget:

Overlæge

Glen Gorm Rasmussen

Reumatologisk Afdeling

Aalborg Sygehus Nord

9000 Aalborg

Tlf. 99 32 17 69

E-mail: glengorm@aa.nja.dk

Speciallæge i almen medicin

Gerd Lyng

Kæmpestranden 21

3770 Allinge

Tlf. 57 48 13 21

E-mail: gerd_lyng@dadlnet.dk

Overlæge, dr.med.

Lars Remvig

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Speciallæge i almen medicin

Fritz O. Christensen

Postvænget 1

9440 Aabybro

Tlf. 98 24 13 11

E-mail: frits@dadlnet.dk

PR-udvalg:

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Specialepolitisk udvalg:

Overlæge, dr.med.

Lars Remvig

Speciallæge i reumatologi, ph.d.

Pierre Schydrowsky

Speciallæge i reumatologi
Finn Johansen

Kursussekretær:
Birthe Skov
Tlf. 76 34 11 00
Fax 76 34 13 00

DANSKE FYSIOTERAPEUTERS
FAGGRUPPE FOR MANUEL TERAPI

Formand:
Vibeke Laumann
Bakkedraget 49
3460 Birkerød
Tlf. arb. 44 44 11 15
Tlf. priv. 45 81 28 74
E-mail: vibeke.laumann@mail.dk

Næstformand:
Flemming Enoch
Løjtegårdsvej 157
2770 Kastrup
Tlf. 32 52 35 60

Sekretær:
Dorthea Petersen
Gyvelvej 38
6621 Gesten
Tlf. 75 55 73 95

Kasserer og medlemskartotek:
Aase Krog
Vesterled 10
6650 Brørup
Tlf. 26 94 15 82
E-mail: aasekrog@stofanet.dk

Bestyrelsesmedlemmer:
Inger Birthe Bjørnlund
F.F. Ulriksgade 24
2100 København Ø
Tlf. 39 18 64 96

Niels Honoré
Rebikkavej 9
2900 Hellerup
Telf. 32 52 35 60

Christian Couppé
Willemoesgade 61
2100 København Ø
Telf. 35 42 61 41