

# Muskuloskeletalt Forum

# 3

3. årgang  
September 2003

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

Efteruddannelse er en proces  
under konstant forandring 4

Tour de France er veloverstået  
– en ny tour kan begynde 5

Lændepatienters opfattelse  
af deres behandling i et  
tværfagligt rygambulatorium 7



# Indhold

Muskuloskeletal  
Forum

Medlemsblad for  
Danske Fysioterapeuters Fagforum for  
Muskuloskeletal Terapi Et  
Dansk Selskab for  
Muskuloskeletal Medicin

3. årgang · Nr. 3 · September 2003  
www.dsmm.org  
www.manuelterapi.dk

*Redaktion:*  
Christian Couppé  
Team Danmark  
Idrættens Hus, 2605 Brøndby

Allan Gravesen  
Norvangen 3, 4220 Korsør

Gerd Lyng  
Østergade 24, 3770 Allinge

Vibeke Laumann  
Bagsværd Torv 2, 2880 Bagsværd

Niels Honoré  
Fysiocenter, Skomagergade 16  
4000 Roskilde

Ansvarlig redaktør i henhold  
til presseloven:  
Christian Couppé

*Grafisk design & sats:*  
Lægeforeningens forlag  
København

*Tryk:*  
Scanprint a/s, Viby J

Deadline for stof til næste blad  
1.11.2003  
– forventes udsendt  
til medlemmerne  
primo december 2003

*Forsidefoto:*  
Mikkel Østergaard

ISSN: 1602-608X

Leder: Efteruddannelse er en proces under konstant forandring <i>Niels Jensen</i>	4
Leder: Tour de France er veloverstået – en ny tour kan begynde <i>Niels Honoré</i>	5
Fælles forårsmøde 2004 <i>Allan Gravesen</i>	6
Ny manuel terapi-hjemmeside	6
DSMM's hjemmeside	6
Lændepatienters opfattelse af deres behandling i et tværfagligt rygambulatorium <i>Randi Damstedt Rasmussen</i>	7
HUSK, at du kan få de små patientpjecer hos Birthe Skov	12
Forskning	12
Send dit indlæg elektronisk	12
PEDro June 2003	13
Nyeste rygforskning	13
Børn og muskuloskeletal medicin <i>Gerd Lyng</i>	14
Idrætsmedicin er en væsentlig del af muskuloskeletal medicin <i>Finn Johannsen</i>	16
McKenzie-terapi (MDT) <i>Tom Petersen</i>	17
Eksamen Del 1	20
Anmeldelse: Keld Østergaard: Lev godt med slidgigt, ved hjælp af den nyeste forskning og viden	21
Anmeldelse: Manual Therapy and Exercise Therapy in Patients with Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled Trial with 1-year Follow-up	21
Kursuskatalog	22
DSMM, kursuskalender	24
McKenzie, kursuskalender	25
DDFMT, kursuskalender	25
DDFMT-kurser	26
Kurser	27
Læsetips	29
DSMM's Columnapris	29
DSMM og DDFMT – Bestyrelser og udvalg	30



Niels Jensen

Formand for Uddannelsesudvalget i DSMM

### Efteruddannelse er en proces under konstant forandring

Efteruddannelse er en livsvarig proces, blandt andet fordi der løbende publiceres nye videnskabelige data, som gerne hen ad vejen skulle integreres i det kliniske arbejde. Muskuloskeletal medicin er – som de fleste andre lægelige specialer – midt i en stille evolution, som langsomt bidrager til at forbedre både diagnostik og behandling. Forskningsresultaterne, som kommer i en stadig stigende strøm, har indtil videre især medvirket til, at en række tidligere anvendte behandlingsformer nu er opgivet, jf. f.eks. MTV-rapporten.

Der stilles krav til almen praksis om evidensbaseret medicin. Det betyder, at lægens individuelle kliniske ekspertise og erfaring skal integreres med den bedst tilgængelige kliniske evidens fra systematisk forskning. Det er helt uoverkommeligt for den enkelte læge at følge med i den videnskabelige litteratur, som er meget omfattende. Derfor er løbende efteruddannelse og ajourføring via videnskabelige selskaber som DSMM af afgørende betydning for den enkelte læges virke.

DSMM forsøger at leve op til denne forpligtelse ved en løbende justering af kursusaktiviteterne.

Som tidligere omtalt her i bladet er der af samme grund iværksat en større omlægning og nyudvikling af efteruddannelses tilbudene i selskabet.

På årsmøderne skal fortsat præsenteres nye videnskabelige resultater og oversigter. Fremover vil vi derudover forsøge at etablere en workshop i umiddelbar tilknytning til årsmødet. Der skal her arbejdes helt praktisk med teknikker, som naturligt knytter an til årsmødets teoretiske indhold.

Desuden arbejdes der i lærergruppen intenst på en dyberegående revision af alle selskabets veletablerede kurser. Dette arbejde forventes færdigt inden årsskiftet, hvorefter alle kurser er enten helt ændrede eller opdaterede i indhold. Basiskursus, Co-

lumna, og Basiskursus, Ekstremiteter, lægges sammen i et fælles basiskursus, omfattende både columna og ekstremiteterne. På grund af stofmængden opdeles kurset i et Nyt basiskursus, del 1, og et Nyt basiskursus, del 2, som skal tages i denne rækkefølge og som begge skal være gennemført, før kursisten kan gå videre i kursusrækken. Efter den basale teoretiske og praktiske introduktion til den muskuloskeletale medicin på Nyt basiskursus, del 1 og del 2, kan kursisten frit vælge mellem de forskellige teknikkurser, dvs. mobilisering («manipulation»), MET, MFR, muskulær diagnostik og øvelsesbehandling, nålekursus (som også inkluderer en basal indføring i akupunktur ved Palle Rosted). Uanset hvilken teknik man end vælger at uddanne sig i, vil denne fremover dække diagnostik og behandling af både det aksiale skelet og ekstremiteterne. MET A bevares f.eks. nok nogenlunde uændret, men MET B ændres fuldstændigt, idet repetition af stoffet fra MET A-kurset bliver væsentligt beskåret og netop erstattet af undervisning i MET på ekstremiteterne. Planerne er dog endnu ikke endeligt fastlagte, og ændringer i forhold til ovenstående kan derfor forekomme. Men meget bliver nyt. Dette skulle gerne betyde, at også diplomlæger nu kan gentage nogle kurser med stort udbytte. Det skal også her understreges, at fysioterapeuterne uændret er meget velkomne på alle vore kurser. Dette gælder også nålekurset.

Det var med stor sorg, at vi erfarede, at professor Herbert Yates helt uventet døde sidste efterår. Der er forhandlinger i gang med professor Michael Kuchera om at overtage den planlagte undervisning i indirekte teknikker i 2004.

Ting tager som bekendt tid. Den nye lærebog i manuelle teknikker er blevet yderligere forsinket, men der er sikre forlydender om, at den vil kunne erhverves i bogladen sidst på året.

Vi håber, at alle disse tiltag kan bidrage til at vende den kedelige udvikling, der er set gennem flere år med kursusafmatning, således at vi kan bevare vores selskab som et levende videnskabeligt forum med en stor og begejstret efteruddannelsesaktivitet.

Efteruddannelse er som indledningsvist nævnt livslang. Hvis man ønsker at bevare eller måske endog forbedre sine praktiske kliniske færdigheder, så er løbende kursusdeltagelse helt nødvendig.

## Tour de France er veloverstået – en ny tour kan begynde

En overskrift skal jo fange læseren! – og når du allerede er kommet så langt i denne leder, kan du jo lige så godt læse den færdig!

MT har i sommerens løb haft mange flotte etapesejre. I juni bestod 10 fysioterapeuter Del 1-eksamen og kom således flot i mål. Det betyder, at der i Danmark er 60 fysioterapeuter, der enten har Del 1- eller Del 2-eksamen (læs mere om eksamen andetsteds i bladet).

At en ny tour kan begynde, er bogstaveligt ment, da efteråret i MT-regi byder på mange spændende etaper. Fagfestivalen den 20.-22. november må siges at være kongetapen. Her planlægger vi i øjeblikket en messestand med forskellige MT-aktiviteter. Fagfestivalen er en unik mulighed for at vise vores ansigt til de mange fysioterapeuter, det ikke er gået op for, at MT er en nødvendighed for at kunne yde en kompetent behandling over for patienterne. På standen vil vi gerne møde dig, der som medlem måske kan give os et par ideer til, hvordan vi kan gøre vores arbejde bedre. Vores stand vil i pauserne være bemandet med diverse MT-undervisere/bestyrelsesmedlemmer, og du er velkommen (forpligtet) til at komme forbi og få en snak.

På messestanden vil der, ud over reklame/information om MT-uddannelsen og vores mange forskellige kurser, også være opstillet en ultralydscanner. Ultralydscanneren har vi sammen med Fagforum for idrætsfysioterapi fået stillet til rådighed af Siemens. Ultralydsscanninger vinder mere og mere indpas i europæisk fysioterapi, og med den teknologiske udvikling vil prisen snart være interessant også for mange danske klinikker. Derfor vil vi på standen demonstrere, hvordan man kan bruge ultralydsscanning i kombination med fysioterapi.

En anden etape i touren er arbejdet med IFOMT, den internationale organisation for Manuelle Terapeuter ([www.omt.org](http://www.omt.org)). Vi vil prioritere at få konkretiseret flere ting over for vore internationale venner. Det er specielt kriterier for bedømmelsen af vore kurser, den er gal med. Vi skal i nær fremtid, som vi allerede gør med case-rapporten, have eksternt bedømmelse af kurserne og i hvert fald af begge vore eksaminer.

Niels Honoré  
Formand i DFFMT



Holdkonkurrencen består i år i PR. Norge gør et godt stykke arbejde i at holde MT-fanen højt, så alle kan se den!. Se [www.manuelterapi.dk](http://www.manuelterapi.dk), som sikkert kan give os alle nogle gode ideer til, hvordan vi eventuelt kunne gøre tingene i Danmark. Lad os sammen blive bedre til at forklare omgivelserne hvad MT står for.

Vi ses til fagfestivalen.

Fortsat god sommer

# Fælles forårsmøde 2004



*Allan Gravesen*  
Formand i DSMM

Forårsmødet bliver denne gang et rigtigt forårsmøde.

Tidspunktet er nemlig flyttet lidt hen på foråret, for ikke at forstyrre andre kurser.

Overskriften på mødet bliver diagnostik.

Som sædvanlig starter vi fredag, men som noget nyt vil vi denne gang tilbyde en kursusdag mere i forbindelse med årsmødet, nemlig søndagen.

DSMM har kontakt med Robert Ward, der vil fortælle om evidens og MET/MFR.

MT-gruppen og McKenzie-gruppen vil undersøge om de kan finde en underviser yderligere til om søndagen, så det nærmest bliver en workshopdag.

I DSMM vil vi tilbyde en sådan ekstra dag som et slags Masterkursus til de af jer, der savner opfølgingskurser.

Derfor: Reservér allerede nu dagene 19-21. marts 2004 – fredag til søndag.

Stedet er denne gang Comwell Kolding – kendt af alle.

## Ny manuel terapi-hjemmeside

Den norske manuel terapeut gruppe har fået ny hjemmeside: [www.mauellterapi.com](http://www.mauellterapi.com)

En flot og brugervenlig hjemmeside spækket med evidens og relevant information.

## DSMM's hjemmeside:

DSMM har oprettet et lukket område på vores hjemmeside.

Det skal bruges til f.eks. regnskaber o.lign. Du finder det ved at skrive [www.dsmm.org/lukket](http://www.dsmm.org/lukket)

Brugernavn: dsmm  
Passwrd: myogen

HUSK at password er til medlemmernes brug og det skal ikke videregives til andre.

*Allan Gravesen*

# Lændepatienters opfattelse af deres behandling i et tværfagligt rygambulatorium

## Kvalitativ spørgeskemaundersøgelse et år efter første besøg

### Dansk resumé

**Introduktion.** Tværfaglige rygambulatorier synes virksomme til at forebygge kronisk, invaliderende rygsygdom og at nedsætte behovet for kirurgisk behandling. Interventionen består primært i undersøgelse, information og vejledning efter kort ventetid og for udvalgte patienter. Undersøgelsen beskriver patienternes opfattelse af deres behandling og forslag til forbedringer.

**Materiale og metoder.** Et år efter første besøg i Rygambulatoriet besvarede 147 af 409 lændepatienter tre åbne spørgsmål om deres behandling. De mange udsagn blev med kvalitative metoder placeret i en række kategorier.

**Resultater.** Størstedelen af patienterne var godt tilfredse med den udvidede information og vejledning. Flere patienter efterlyser at blive lyttet mere til, og nogle patienter opfatter, at de er blevet afsluttet for tidligt og savner kontrolindkaldelser med mere opfølgende behandling i form af træning. Det er vigtigt for patienterne at blive opfattet som et individ og ikke bare et nummer i rækken. Flere patienter fokuserer mere på årsag/diagnose/skanning end på behandling.

**Diskussion.** Patienterne bemærker og værdsætter kort ventetid samt et imødekommende og engageret personale som kvalificeret tager sig af den enkelte patient. Kommunikationsfærdigheder er vigtige og bør forbedres for at sikre sig, at patienterne føler sig hørt og forstået. Især lægerne har problemer med at formidle information om skanninger og om årsagen til rygmerter.

### Summary

Multidisciplinary nonsurgical spine clinics seem effective to prevent chronic disabling low back pain and reducing the need for spinal surgery. The intervention is mainly based on examination, information and guidance after short waiting time for selected patients. The qualitative study presents the patients' perception of their care.

One year after the first visit in the Spine Clinic, 147 of 409 lumbar patients completed a question-

*Randi Damstedt Rasmussen*  
Cand.mag.

*Claus Rasmussen*  
Rygambulatoriet, reumatologisk afd.  
Hjørring/Brønderslev Sygehus



naire with three open questions. The answers were analysed with qualitative methods and placed in several categories.

Most patients were satisfied with the extended information and guidance. Several patients wanted to be listened more to and stated that their care was stopped too early. They wanted more check-ups and physical training. Several patients put more attention to the causes of the pain than to their treatment.

The patient's acknowledge a short waiting time, an obliging, engaged staff who competently cares for the individual patient. Communication skills are essential to meet the patients' concerns and beliefs. Doctors' explanations concerning MRI's and causes of pain seem to be inadequate.

### Introduktion

Flere undersøgelser tyder på, at tværfaglige rygambulatorier ved intervention før tre måneders symptomvarighed er virksomme til at forebygge både kroniske, invaliderende rygmerter og behov for rygoperationer (1, 2). En analyse af patienternes tilfredshed og behov er vigtig for at kunne fastholde og udvikle et godt behandlingstilbud, hvis kerne er, at et empatisk patientmøde baseret på samtale er afgørende for en vellykket behandling.

Kvantitative metoder kan beskrive dele af patienternes oplevelser i Rygambulatoriet, men bidrager kun lidt til at forstå patienterne. Humaniora kan bidrage med videnskabelige metoder, som kan supplere den traditionelle naturvidenskab. Humanioras nøgleord er: Subjektivitet, forståelse, sammenhæng og kultur, dvs. en kvalitativ frem for en kvantitativ tankegang og ord og begreber frem for tal og diagrammer. Både patient og behandler har behov for at få mest muligt ud af det kliniske

møde og helst med tillid til hinanden (3). En patient, der føler sig hørt, forstået og taget alvorligt er en god start på et godt forløb for alle involverede.

Formålet med undersøgelsen er at give en kvalitativ analyse af lændepatienters opfattelse af deres behandling i et tværfagligt rygambulatorium.

#### Materiale og metoder

Alle lændepatienter som blev undersøgt og behandlet i Rygambulatoriet, reumatologisk afdeling, Hjørring/Brønderslev Sygehus i perioden 1. april 1998 til 31. oktober 1999. Henvisningskriterier var 4–12 uger varende lændesmerter med eller uden iskias og uden væsentlig bedring.

#### *Intervention:*

Det tværfaglige team består af: Reumatologer, sygeplejesker, fysioterapeuter, ergoterapeuter samt, når der er behov, også en socialrådgiver. Interventionen bygger især på undersøgelse, information og vejledning og med et-to besøg hos reumatologen og tre-fire besøg hos ambulatoriets fysioterapeut (4).

#### *Dataindsamling:*

Spørgeskemaet, som anvendes i foreliggende undersøgelse, er udsendt til alle Rygambulatoriets lændepatienter et år efter første undersøgelse, og hele den sidste A4-side på spørgeskemaet var til besvarelse af spørgsmålene: »Kommentarer, ris og ros: Hvad synes du Rygambulatoriet kan gøre bedre? Har du en idé, som du mener, vi kan bruge? Nedenfor kan du skrive alt, hvad du føler er væsentligt og relevant«. Patienternes besvarelse af disse tre spørgsmål er kvalitativt analyseret og sammenfattet.

#### *Kvalitative metoder:*

Udsagnene blev læst igennem, hvorefter foreløbige kategorier af udsagn formuleredes. Udsagnene læstes igen, kategorierne redigeredes, nye tilføjedes og så fremdeles, indtil efter adskillige gennemlæsninger og redigeringer nedenstående kategorier fremkom.

#### Resultater

I alt 409 lændepatienter var undersøgt i perioden og 147 returnerede et spørgeskema med besvarelser

af de tre spørgsmål, som udgør grundlaget for den kvalitative analyse. De 147 patienter havde en median alder på 48 år (spændvidde 20–78 år) og 54% var kvinder. Median ventetid 7 dage.

#### OPSTILLEDE KATEGORIER AF UDSAGN

##### *Rygambulatoriets personale*

##### *a. Positiv kritik*

Personlige egenskaber hos personalet, der i særlig grad fremhæves af patienterne:

Imødekommende, venlige, engagerede samt lytter til patienten.

Professionelle egenskaber hos personalet, der i særlig grad fremhæves af patienterne:

Effektive, kvalificerede, kompetente. Personalet opleves i høj grad som et team.

##### *b. Negativ kritik*

Ønske om at blive lyttet mere til og/eller blive taget mere tid til. Følelse af manglende interesse eller af mistro, ønske om at blive taget alvorligt eller troet på.

##### *Rygambulatoriets behandling*

##### *Positiv kritik*

Der er blandt patienterne en udbredt tilfredshed, hvor patienterne fremhæver, at behandlingen er effektiv, og information/vejledning god. Flere fremhæver desuden vigtigheden af den korte ventetid.

##### *Negativ kritik*

Ønske om skanning eller røntgen og/eller en klar og entydig diagnose. Opfattelse af at behandlingen/patienten afsluttes for tidligt. Erfaringer med at behandlingen ikke virker. Stadige smerter/gener, medicinforbrug, patienter i problematisk arbejdsmæssig og social situation, frygt for tilbagefald.

##### *Forslag til hvad Rygambulatoriet kan gøre bedre*

De fleste udsagn er forslag om mere opfølgende behandling i form af fysisk træning og instruktion samt flere kontrolundersøgelser, end det aktuelt er tilfældet. Dertil kommer en række forskelligartede forslag om udarbejdelse af informationsmateriale (pjece, video), konkrete forbedringer af rumfaciliteterne i Rygambulatoriet, transportproblemer, samarbejde med alternative behandlere, tilknytning af psykolog m.v.

### Personlige erfaringer med forebyggelse og effektiv behandling

I denne kategori er samlet patienternes udsagn om, hvilken behandling og forebyggelse der for dem personligt har haft en god effekt på deres ryg. Det fremgår, at for mange patienter har McKenzie-øvelserne været en god behandling. Men det fremgår også, at patienterne – alt efter rygproblem, personlighed, evt. arbejde osv. – har benyttet sig af forskellige behandlinger og forholdsregler, fx motion og/eller bevidsthed om arbejds- og løftstillinger og forskellige alternative behandlinger.

Et udvalg af de mest sigende patientudsagn er vist i Tabel 1.

### Diskussion

Den kvalitative undersøgelse viste en høj grad af tilfredshed med undersøgelse, information og vej-

ledning i et tværfagligt rygambulatorium. Undersøgelsen viste også, at mange patienter fortsat havde problemer. Patienterne havde en række idéer og forslag til Rygambulatoriet, især tilbud om udvidet opfølgning og træning i en længere periode efter første undersøgelse.

De inkluderede patienter havde kun ventet ca. en uge fra henvisning til første undersøgelse, hvilket er bemærket positivt af flere patienter. Den korte ventetid skyldes en intern enighed på afdelingen om prioritering af opgaven og ressourcer hertil samt en arbejdskrævende visitation udført af overlægerne. Opbygningen af teamet i Rygambulatoriet er en løbende proces med grundig introduktion af hele personalet, korte og målrettede samarbejds møder, relevant efteruddannelse og hele teamets deltagelse i mindst et kommunikationskursus. Forskellige opfattelser i teamet afklares direkte mellem fagpersonerne og ikke gennem patienten.

Tabel 1. De ti mest sigende patientudsagn (i vilkårlig rækkefølge).

✍	»Jeg er ikke så nervøs længere i dagligdagen, da jeg har fået de øvelser, som jeg har lært (McKenzie), og de hjælper utrolig godt (bedre end smertestillende medicin)« (Mand 41 år)
✍	»Jeg har fået den behandling, jeg skulle have, så jeg kunne genoptage mit arbejde. Hvis ikke jeg var kommet i behandling så hurtigt, ved jeg ikke, hvordan jeg skulle have klaret det uden jeres hjælp« (Kvinde 40 år)
✍	»OBS! Det, jeg personligt er kommet til, er, at man ikke skal sygemeldes øjeblikkelig. »Da det kan være svært at gå hjemme og være syg, bliver man måske mere syg«. Men man kan måske snakke med arbejdsgiveren om at undgå de svære løft m.m., hvilket har hjulpet mig meget« (K 37)
✍	»Jeg passer mit arbejde med hjælp af Pinex og så et godt humør. Så skulle det aldrig blive bedre, så lærer jeg at leve med det. Det er jo ikke en livsfarlig smerte« (M 43)
✍	»Jeg har intet negativt at sige om læger, sygeplejersker og sygemedhjælpere og optræningsfolk i Hjørring. Jeg har fået en behandling over al forventning« (K 65)
✍	»At man kunne få lov til at opsøge ambulatoriet, når man har behov for hjælp/støtte vedr. ryggen. Det er hårdt at stå alene med sine smerter, når man skal lære at leve med dem« (K42)
✍	»Finde ud af hvad der evt. kan være årsag til smerterne, i stedet for man går derfra med uforrettet sag« (K 38)
✍	»Efter fire operationer var min tro og tiltro til mit helbred og behandlingskyndige meget lille. Men jeg er positivt overrasket. Jeg ved, at jeg selv har indflydelse på min daglige tilstand. Jeg har også lært at tænke mere over, hvad jeg kan. Jeg bliver aldrig god, men accepterer min nuværende tilstand« (K 47)
✍	»I var dygtige til at berolige. Da jeg kom til jer, var jeg skrækslagen. Var begyndt at tro, at mit liv aldrig blev normalt igen. Alle mine drømme var af min kiropraktor blevet tilintetgjort. Så I gav mig håbet tilbage, og min helbredstilstand blev med det samme bedre. Min frygt blev langsomt mindre, og selvom jeg i dag stadig frygter et tilbagefald, lever jeg alligevel mine drømme ud« (K 20)
✍	»Håbet – troen på bedring – har for mig været væsentlig. Det var slemt, når håbet var i bund« (M 41)





Sproget ved patientinformation har gennemgået et internt serviceeftersyn (5). Denne fremgangsmåde synes at være brugbar, da mange patienter klart udtrykker, at de opfatter personalet som et team.

Patienter ønsker at »lægen har tid til at lytte og forklare« (6). I Rygambulatoriet anvendes 60 minutter til den første lægeundersøgelse inkl. diktering af journal, og denne suppleres med 60 minutter hos fysioterapeut og 30 minutter hos sygeplejerske, hvoraf en meget stor del er at »lytte og forklare«. Den optimale varighed af en undersøgelse og information kendes ikke, og personalet opfatter tiden som knap, selvom konsultationerne altid er planlagt og med færdig fremstillet patientinformationsmateriale, modeller af rygsøjlen, plancher med MR-skanninger af diskusprolaps og et lille udvalg af brochurer. Det har været vanskeligt for Rygambulatoriet at opnå og fastholde muligheden for tid nok til den enkelte patient, også selvom information vides at forebygge behovet for megen behandling (7).

Mange patienter opfatter, at de afsluttes for tidligt i Rygambulatoriet. I Indahls undersøgelse havde patienterne mulighed for at kontakte rygklinikken ved behov inden for et år, som en del af den samlede interventionspakke (1). Man kan derfor sige, at patienternes ønske har videnskabeligt belæg. Om tilbuddet skal være rutinemæssigt til alle eller alene til udvalgte patienter, må fremtidig forskning afgøre. Forfatterne tror, at et tilbud om opfølgning samlet vil vise sig at være en stor gevinst, når man medtager alle omkostninger ved rygsmerte: Nye undersøgelses- eller behandlingsrunder, sygedagpenge, revalidering, arbejdsprøvnings og førtidspensionering. Indahls undersøgelse tydede på, at 30% var fortsat sygemeldt efter 500 dages opfølgning i kontrolgruppen, men kun 11% i

interventionsgruppen. Denne forskel var stadig statistisk signifikant efter 5 år (8). En førtidspension af en typisk rygpatient repræsenterer et samfundsmæssigt tab på mindst 4,5 millioner kroner (9). På den baggrund synes udgiften til nogle minutters ekstra information at være uden målelig betydning i det samlede regnestykke.

Skanninger er et problem, som omtales af flere patienter. Det vides, at skanninger er af ringe værdi til at udsige noget om årsagen til patienternes rygsmerte eller lægens valg af behandling (10). Faren ved skanninger er, at mange abnormiteter er uskyldige og tilfældige fund, som kan flytte lægens og patientens fokus over på en anatomisk defekt. Patienten kan herved føle sig defekt og blive fastholdt i en sygerolle. Det stiller store krav til formidlingen af resultatet af røntgen- og skanningsundersøgelser, som ofte har en negativ effekt på patienternes opfattelse af eget helbred (11). Skanninger til alle patienter indgik som en del af Indahls interventionspakke, og rigtigt formidlet kan en skanning formentlig medvirke til at reducere patienternes frygt for at fejle noget alvorligt (1). Ventetider til MR-skanninger og strålebelastning ved CT er dog årsager til at være tilbageholdende med skanninger.

Det vides, at rygsmerte kan være forbundet med depressive symptomer hos nogle patienter (12, 13). Flere patienter har da også klart gjort opmærksom på, at personalet bør spørge til humøret, når man har langvarige rygsmerte.

Cirka halvdelen af patienterne i Rygambulatoriet har en sygedagpengesag. En del patienter foreslår et samarbejde med socialektoren, og enkelte patienter gør opmærksom på, at de opfatter socialektoren som en dårlig samarbejdspartner med en kontrollerende funktion. Patienterne fik alle en journalkopi efter første lægeundersøgelse, og det viste sig, at den ofte blev anvendt til patientens samarbejde med socialektoren. Ellers er samarbejdet mellem Rygambulatoriet og socialektoren meget sporadisk og præget af Rygambulatoriets ensidige udlevering af journaloplysninger, som er udarbejdet til et andet formål. I betragtning af de store økonomiske følger, der er ved rygsmerte, synes det både rimeligt og hensigtsmæssigt med et samarbejde mellem Rygambulatoriet og socialektoren.

Sammenfattende er patienterne i det væsent-

Tabel 2. De ti vigtigste anbefalinger fra patienterne til Rygambulatoriet (i prioriteret rækkefølge).

1. At lade følgende forblive høje prioriteter: Det gode serviceniveau, den korte ventetid fra henvisning til første besøg i Rygambulatoriet (ideelt slet ingen ventetid), personalets gode egenskaber (imødekommende, engagerede, effektive, kompetente mv.) og ikke mindst det forhold at der er tid nok til den enkelte patient.
2. At give patienterne tilbud om information/vejledning, fysisk træning og kontrolundersøgelser i eksempelvis et år efter afsluttet behandling i Rygambulatoriet.
3. Supervision og træning af personalet i kommunikation, bl.a. med henblik på at skærpe dets opmærksomhed hvad angår: Patientens behov for at blive lyttet til, patientens behov for at blive taget alvorligt, patientens følelse af at blive misforstået eller at blive mistroet, forståelse for patientens ønske om en klar diagnose/årsagsforklaring.
4. Læger skal blive bedre til at forklare patienterne, at selvom årsagen til rygsmerten oftest er ukendt, så er tilstanden velkendt (ligesom det er tilfældet med f.eks. forhøjet blodtryk, leddegigt og sukkersyge, hvis årsager lægevidenskaben heller ikke kender).
5. Styrke kvalitetssikring og forskning for på den vis at sikre, at Rygambulatoriets ressourcer bruges rationelt og hensigtsmæssigt (der er sparsom forskningsbaseret viden i forhold til rygproblemernes størrelse).
6. At personalet også spørger til humøret, når man har rygsmerte.
7. Mere/bedre informationsmateriale, f.eks. pjece, video, modeller. Pjecen gerne til at tage med hjem.
8. At sikre sig at også sygeplejerskerne har tid og rum til rådighed til information/vejledning af patienten.
9. Forbedre informationen om skanning, evt. at tilbyde den oftere.
10. Etablere et samarbejde med socialsektoren, så patienten oplever en koordineret indsats.

lige godt tilfreds med et lavteknologisk tilbud som i Rygambulatoriet, men der er også fremkommet en række forslag og ønsker til at gøre det bedre (Tabel 2). Forslagene kan både fagligt, driftsmæssigt, samfundsøkonomisk og menneskeligt være attraktive (14). En evaluering af forslagene kræver en eller anden form for systematisk dataindsamling i fx en klinisk database suppleret med registeroplysninger. I betragtning af rygproblemernes størrelse og økonomiske betydning er der et stort og påtrængende behov for både kvalitetssikring og mere forskning, og her kan patienternes forslag være udmærkede inspirationskilder.

Afdeling, hvorfra arbejdet udgår: Reumatologisk afdeling, Hjørring/Brønderslev Sygehus.

Korrespondanceansvarlig: *Claus Rasmussen*, reumatologisk afdeling, Hjørring/Brønderslev Sygehus, 9800 Hjørring.  
E-mail: [clr@sve.nja.dk](mailto:clr@sve.nja.dk)

Særtryk: Kan ikke rekvireres.

Arbejdet har modtaget økonomisk støtte fra: Evaluerings Center for Sygehuse og Nordjyllands Amts Pulje »Projekt brugerindflydelse«.

#### Litteratur

1. Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered. *Spine* 1995; 20: 473-7.
2. Klein BJ, Radecki RT, Foris MP, Feil EI, Hickey ME. Bridging the gap between science and practice in managing low back pain. *Spine* 2000; 25: 738-40.
3. Junker K. Behovet for humaniora i klinisk medicin. *Ugeskr Læger* 2000; 162: 6969-71.
4. Rasmussen C, Rechter L, Schmidt I, Hansen VK, Therkelsen K. The association of the financial compensation with the outcome of cervicobrachial pain that is treated conservatively. *Rheumatology* 2001; 40: 552-4.
5. Rasmussen C, Hansen VK. Moderne medicinsk behandling af spinale rodtryk. *Manuel Med* 1998; 3: 12-6.
6. Mainz J, Olesen F, Vedsted P. Hvad ønsker patienterne af deres praktiserende læge? *Ugeskr Læger* 1998; 160: 4876-81
7. Album D. Sykdommers og medisinske specialiteters prestisje. *Nord Med* 1991; 106: 232-6.
8. Indahl A, Haldorson EH, Holm S, Reikeraas O, Ursin H. Five-year follow-up study of a controlled clinical trial using light mobilization and an informative approach to low back pain. *Spine* 1998; 23: 2625-30.
9. Ondt i ryggen. Forekomst, behandling og forebyg-

gelse i et MTV-perspektiv. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. København. 1999.

10. Boos N, Rieder R, Schade V, Spratt K, Semmer N, Aebi M. The diagnostic accuracy of magnetic resonance imaging, work perception, and psychosocial factors in identifying symptomatic disc herniations. *Spine* 1995; 20: 2613-25.
11. Roland M, Tulder M. Should radiologist change the way they report plain radiography of the spine? *Lancet* 1998; 352: 229-30.
12. Peveler R, Carson A, Rodin G. Depression in medical patients. *BMJ* 2002; 325: 149-52.
13. Fink P, Rosendahl M, Toft T. The Extended Reattribution and Management Model. Forskningsenheden for Funktionelle Lidelser, Århus Universitetshospital og Forskningsenheden for Almen Medicin, Aarhus Universitet. Århus. 2002.
14. Heje HN, Olesen F. Patientvurderinger som kvalitetsmål i almen praksis. *Ugeskr Læger* 2002; 164: 5386-9.

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

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

Kontakt *Birthe Skov*

### Forskning



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

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

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

### Send dit indlæg elektronisk

Indlæg modtages gerne elektronisk. Send pr. e-mail til redaktøren (ansvarshavende). Eller indsend på diskette.

The Physiotherapy Evidence Database (PEDro) has moved and added clinical practice guidelines.

The Physiotherapy Evidence Database (PEDro) is a freely available, internet-based database of systematic reviews and randomised controlled trials in physiotherapy. Since being launched in October 1999, PEDro has continued to expand and now contains over 650 systematic reviews and over 3,750 randomised controlled trials. Every day over 430 users search the PEDro database for the best available evidence to assist clinical decision-making as well as for teaching and research purposes.

A unique feature of the PEDro database is that nearly all the randomised controlled trials are rated for methodological quality using the PEDro scale. Information about the PEDro scale is available via the «questions» link on the PEDro home-page. The ratings are used to rank the search results, to quickly guide users to trials that are likely to be valid and to have sufficient statistical information to make the results interpretable.

In May 2003 PEDro moved. The new URL for the PEDro database is: [www.pedro.fhs.usyd.edu.au](http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au). To improve access, the PEDro home-pages are now available in English, Spanish, Portuguese, Korean, Italian, French, German and Arabic.

A new search feature has also recently been added to PEDro. Evidence-based clinical practice guidelines are now indexed on PEDro. Guidelines are systematically developed statements about the best management of a health condition (eg, stress incontinence) and can be used to guide clinical practice. Only guidelines that are based on a thorough evaluation of the research literature (ie, evidence-based) will be indexed on PEDro. Over 120 evidence-based clinical practice guidelines are currently available.

PEDro is currently funded by Motor Accidents Authority (MAA) of New South Wales (NSW), the Physiotherapists Registration Board of NSW, NRMA Insurance and NSW Health. In-kind support is provided by the School of Physiotherapy and the Rehabilitation Studies Unit at the University of Sydney, and from the Rehabilitation and Related Therapies Field of the Cochrane Collaboration.

PEDro also relies on support from volunteer physiotherapists. These volunteers search the literature for evidence-based clinical practice guidelines,

systematic reviews and randomised controlled trials in physiotherapy and, after participating in a training program, rate trials for methodological quality. If you are interested in supporting PEDro, please contact the Centre for Evidence-Based Physiotherapy (please use email if you have the choice).

If you have not tried using PEDro, why not try a search on a topic relevant to your clinical practice or research interest? Anyone can visit the PEDro web-site and use the complete database search facilities at no charge.

Center for Evidence-Based Physiotherapy  
School of Physiotherapy, University of Sydney,  
PO Box 170, LIDCOMBE NSW 1825, Australia  
tel: +61 2 93519547; fax: +61 2 93519278  
email: [pedro@fhs.usyd.edu.au](mailto:pedro@fhs.usyd.edu.au)  
URL: <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/cebp/>

## Nyeste rygforskning

Gå ind på hjemmesiden:  
<http://193.89.230.8/fysio/Bruger/vis.asp?which=3010> og læs det spændende interview af Hanne Albert og Tom Petersen, ph.d.-studerende, der kommer med kommentarer til de mange rygstudier af høj kvalitet som blev præsenteret på den seneste Verdenskongres for fysioterapeuter i Barcelona i juni.

# Børn og muskuloskeletal medicin



*Gerd Lyng*  
Klinik for Muskuloskeletal Medicin  
Allinge

Børn kan lige så vel som voksne komme til skade og pådrage sig dysfunktioner. Og det er et problem. For børn er uendeligt gode til at adaptere dysfunktionerne og klare sig på trods af at det gør ondt. De er individer i vækst, så man ser oftere, at der er tale om en overgang, før det hele fungerer normalt igen. Men engang imellem skal der hjælp til, og her kan manuel medicinsk behandling være den rigtige.

## Et par historier fra en Klinik for Muskuloskeletal Medicin:

### Kristoffer

Kristoffer på 7 år kom til skade ved at falde ned ad en trappe, da han var 5 år gammel. Han har siden da haft nærmest konstante klager over ondt i ryggen. Han skal have massage af mor eller far dagligt, han har fået behandlinger hos fysioterapeut, og han får ofte pamol. Det gør ondt at hoppe, og sidste sommer opgav han hoppeborgen, da han skulle prøve den. Han bevæger sig ikke normalt til gymnastik i skolen, og hans udholdenhed er meget ringe, fordi han får ondt. Han går i første klasse, og det sidste års tid har han haft støttepædagog, fordi han bliver betragtet som adfærdsvanskelig.

Et røntgenbillede taget kort tid efter ulykken viser ingen tegn på fraktur, ingen afglidninger eller afsmalninger af intervertebralrum. Lændelordosen findes udslettet og røntgendiagnosen bliver »columna recta«. Formentlig er der tale om et liggende billede hos en dreng, der helt forventeligt i den alder er blød og hypermobil i leddene.

### Objektivt:

Spinkel 7-årig dreng. Stående afslappet er der en klart opspændt højre erector spina-muskulatur og en højre sidebøjning af overkroppen. Ingen benlængdeforskel. Står lidt mere proneret på højre fod end på venstre, men rimeligt normalt for alderen.

Sidebøjninger og foroverbøjninger svære at vurdere, men der er en klar bevægeindskrænkning i højre SI-led. Højre ilium er anteriort roteret, og der er en inferior højre ramus pubis. Haserne er stramme i begge sider, men ikke mere end hos de fleste drenge, der vokser hurtigt. Alle andre lænde-bækkenrelaterede muskler o.k. Lumbalt er der et fikseret parti fra L2 til L5 med udtalt nedsat sidebøjning mod venstre. Formentlig en dysfunktion, men i hvert fald fastholdt af den stramme højre erector spina-muskulatur.

Diagnosen er i første omgang en traumatisk udløst bækkendistorsion med efterfølgende eller samtidig lumbal dysfunktion. Forandringer der sagtens kan forklare de vedvarende symptomer fra ryggen igennem de sidste to år.

Bækkenskævheden behandles med mobilisering af højre ilium i rygliggende stilling, og han instrueres i en hjemmeøvelse, som mor kan hjælpe ham med. Hertil en hjemmeøvelse til pubeskorrektion med en stor fodbold imellem knæene.

Den lumbale dysfunktion behandles med muskelenergitæknik og efterfølges af en sideliggende udspænding af den stramme erector spina-muskulatur på højre side.

Efterfølgende er der faktisk normal bevægelse i højre SI-led og en symmetrisk pubis.

Ved kontrollen 10 dage efter i klinikken har han det meget bedre. Han arbejder rigtig godt og ihærdigt med øvelserne. De er oven i købet blevet fulgt op i gymnastiktimen i skolen af støttepædagog på mors opfordring.

Han har ikke haft behov for massage og han bevæger sig mere frit.

Objektivt er der en symmetrisk velfungerende bækkering uden låsninger. Den spændte erector spinabug på højre side er helt udglattet og symmetrisk i forhold til venstre. Der er stadig en lille venstresidig hasestrømning og en klar lumbal dysfunktion i L2-3, hvor facetleddet i venstre side ikke vil lukke sig normalt (FRS/r). Palpabel opspændt muskulatur over venstre facetled og ingen sidebøjning til venstre i leddet.

Diagnosen er nu en simpel lumbal dysfunktion, der behandles med artikulering og en counterstrain-teknik så godt det lader sig gøre med en livlig 7-årig på briksen. Efterfølgende instrueres han i en fremliggende ekstensionsøvelse med modhold fra

mor respektive støttepædagogen i skolen. Hertil en rygliggende mobiliseringsøvelse, hvor han med benene over kors roterer ryggen ud for det aktuelle segment. Også her kan mor eller støttepædagogen hjælpe.

10 dage senere ser jeg ham igen. Denne gang afsluttende. Han har arbejdet godt med øvelserne, og i skolen har man lagt mærke til, at han fungerer bedre. Der er endog tvivl om nødvendigheden af den undersøgelse han er henvist til hos børnepsykiaterne. Det kan da ikke udelukkes, at der har været sammenhæng med smerterne. Under alle omstændigheder klager han ikke længere over ondt i ryggen, og pamol kommer ikke på tale længere.

#### Christian

Christian er 13 år. Han kom til skade for 3 år siden på en hoppeborg. Brækkede højre arm, som han fik vredet ind under ryggen i faldet. Kompliceret brud, ophelet uden problemer. Det tog nogen tid, og man fokuserede mere på armen end på hans andre mere udefinerbare gener. Han har lige siden ulykken haft besvær med at trække vejret igennem, og inden for det sidste år er han begyndt at stamme. Der er kun taget røntgenbillede af armen.

#### Objektivt:

Slank velproportioneret dreng. Stående med en proksimal højre skulder. Bevægeudslag i foroverbøjning o.k. Højre sidebøjning o.k., men venstre sidebøjning med et fikseret parti midtthorakalt.

Costae bevæges umiddelbart egalt med en lille ekspiratorisk hæmning i højre side. Costa 7 på højre side er anteriort disloceret. Thorakalt en dysfunktion i Th 6-7, hvor det højre facetled ikke åbner sig symmetrisk med det venstre (ERS/r T6-7). Der er en tydelig muskulær hævelse over facetledet og costotransversalledet i højre side. Lidt spændt og meget øm i forreste højre diafragma-  
rand.

Muskulært en stram forkortet højre pectoralis minor og svækket trapezius inferior på samme side.

Diagnosen er et anteriort disloceret costa 7 på højre side samtidig med en ERS-dysfunktion.

Behandles med myofasciel udspænding over diafragma på både for- og bagsiden. Muskelenergi-teknik på den thorakale dysfunktion og costa 7. Afsluttet med manipulativt thrust over T6-7.

Instrueres i thorakal mobiliserende rotationsøvelse til hjemmebrug flere gange daglig, træning af musculus trapezius inferior og udspænding af musculus pectoralis minor, begge på højre side.

Ved de efterfølgende konsultationer, hvoraf den første bliver brugt til at geninstruere i øvelserne, der nu burde være banket godt ind, er der stille fremgang at spore.

En måneds tid efter start er der ingen tegn på den thorakale dysfunktion og costa er på plads. Der er nogenlunde symmetri i de aktuelle muskler. Hjemmeøvelserne suppleres med en siddende foroverbøjningsøvelse til udspænding af diafragma.

To måneder efter start er han meget bedre. Han har arbejdet ret målrettet med øvelser ifølge far.

Han stammer ovenikøbet væsentligt mindre end han plejer. Det er blevet bemærket af såvel forældrene som legekammeraterne. Han har ingen problemer med at løbe længere. Der kommer ingen smerter i brystkassen, når han gør det. Ingen smerter provokeret af hoste og nys som tidligere. Der kan trækkes en spænding frem ved en meget dyb indånding, men det generer ikke i det daglige.

Han fortsætter nogen tid endnu med den siddende udspænding af diafragma, som han selv for nemmer virker godt. Øvelserne går mest ud på at opnå symmetri, og han føler selv han har redskaber til det i de ordinerede hjemmeøvelser.

De fleste børn vi ser i den muskuloskeletale klinik kommer med følger efter traumer. Husk altid at spørge forældrene, om de har tegnet en børneulykkesforsikring. De fleste har, men de glemmer det, fordi al behandling hos egen læge og på sygehus her i landet er gratis. Forsikringen dækker udgifter til behandlinger såvel i den muskuloskeletale klinik som hos fysioterapeuten.

# Idrætsmedicin er en væsentlig del af muskuloskeletal medicin



*Finn Johannsen*  
Reumatologisk speciallæge praksis  
Farum

## Beretning fra European Congress of Sports Science, Salzburg, 2003

Dysfunktioner disponerer til vævsskader, og vævsskader giver dysfunktioner. Derfor er det vigtigt for alle muskuloskeletale medicinere at have et indgående kendskab til vævsadaptationer, biomekanik og skader. Og for at få dette, på det absolut højeste niveau, kan jeg anbefale at deltage i European Congress of Sports Science.

For knap 10 år siden blev selskabet: »European College of Sports Science« dannet, og siden er medlemstallet støt steget til nu 2.200. De sidste 8 år har selskabet afholdt årlige kongresser. Jeg deltog i den 8. kongres i Salzburg, Østrig, 9.-13. juli 2003, sammen med 1.600 andre deltagere fra 63 lande.

Det var en meget veltilrettelagt kongres, hvor de østrigske arrangører formåede kunsten at overholde tiderne. Og dette er vigtigt, når der ud over inviterede foredrag er indsendt 1.200 abstracts til præsentation.

Hele kongressen varede kun 3 dage, men det var 3 meget intensive dage med symposier fra kl. 08.15 til kl.18.30. Det startede med plenum foredrag hver morgen, derefter 4 symposier med 10 sideløbende sessioner, afbrudt af dagligt skiftende posterpræsentationer. Således var der 125 emneopdelte sessioner på hver 1½ time. Emnerne omfattede alle aspekter af sportsmedicin lige fra molekylær biologi, fysiologi, træningsprincipper, uddannelsesprincipper, psykologi, sociologi, fysioterapi, traumatologi, en gennemgang af div. sportsgrene, sygdom og træning, og nok af særlig DSMM-interesse 11 sessioner om biomekanik.

Danmark var flot repræsenteret, ikke kun i antal deltagere, men især med mange abstracts og »invited speakers«, og til Young investigators award, hvor 4 orale præsentationer blev udvalgt, var de 2 danske.

Derudover besidder Danmark præsidentposten

for selskabet ved overlæge, professor Michael Kjær fra Bispebjerg Idrætsmedicinske Forskningsenhed.

De danske deltagere var overvejende forskere, men da en meget stor del af foredragene og emnerne var »applied« til den kliniske hverdag, var det synd, der ikke var flere kliniske læger og terapeuter til stede.

Næste år afholdes kongressen i Clermont Ferrand i Frankrig 3.-6. juli. Klinikere er velkomne.

# McKenzie-terapi (MDT)

er lige så effektiv som intensiv dynamisk udholdenhedstræning til patienter med længerevarende lænderygsbesvær

Det viser den danske undersøgelse som modtog Columnaprisen 2002: Petersen T, Kryger P, Ekdahl C, Olsen S, and Jacobsen S. The effect of McKenzie therapy as compared with that of intensive strengthening training for the treatment of patients with subacute or chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Spine*. 2002;27:1702-9.

## Patienterne

Undersøgelsen omfattede 260 patienter med uspecifikt lænderygsbesvær af mere end 8 ugers varighed. Patienterne var henvist til behandling på Klinik for Reumatologi og Fysioterapi, Hvidovre Hospital.

## Behandlingerne og behandlerne

Når man skal teste en ny behandlingsmetode, er det mest overbevisende at teste den i forhold til den behandlingsmetode, som har bedst dokumenteret effekt. På baggrund af en omfattende dokumentation er muskulær træning til behandling af længerevarende lænderygsbesvær anbefalet af MTV-rapporten (1), og anbefalingen er gentaget i senere tilkommende internationale guidelines (2, 13). Som sammenligningsbehandling i vor undersøgelse valgte vi det træningsprogram, som Manniche et al. har testet med god effekt på Herlev Sygehus (11), og som var meget udbredt i Danmark på tidspunktet for opstart af vor undersøgelse.

I McKenzie-gruppen blev patienterne behandlet 1-5 gange om ugen af 30-60 minutters varighed efter fysioterapeutens skøn. Alle 7 behandlere havde part D-kurser og 6 af dem tilmeldte sig og bestod credentialling eksamen i undersøgelsesperioden. I træningsgruppen foregik træningen på hold to gange om ugen af 1 times varighed. Træningsprogrammet var som beskrevet af Manniche et al. (11), forudgået af aktiv opvarmning og efterfulgt af udspændingsøvelser, således at den samlede behandlingstid blev 90 min. Behandlerne i træningsgruppen havde flere års erfaring med denne type holdtræning.

I begge grupperne blev patienterne behandlet til symptomfrihed, dog maks. 15 gange. Fravær på maks. 20% af aftalte behandlingseancer blev tolereret. Patienterne blev instrueret i at arbejde i yderligere 2 måneder efter afslutning med de øvelser, som de var blevet instrueret i af behandleren. Da patienterne havde døjet med lænderygsbe-

*Tom Petersen,*  
fysioterapeut, p.hd.-studerende  
Modtager af Columnaprisen 2002



svær gennem lang tid (mere end 3 måneder for 85%’s vedkommende) forventede vi, at ca. 3 måneders behandling var nødvendig, og at den fulde effekt af behandlingen først ville vise sig efter endt selvtræningsperiode.

Vi forsøgte således at tage højde for, at der ikke skete forskelsbehandling af grupperne mht. behandlingens længde, mængden af behandlerkontakt, behandlernes kompetencer eller deres forventninger til behandlingens effektivitet, som kunne påvirke resultatet.

## Design

Fordeling af patienterne til de 2 behandlingsgrupper foregik ved randomisering, således at alle andre patientrelaterede faktorer af betydning for udfaldet sandsynligvis var ligeligt fordelt imellem de to behandlingsgrupper. Effekt af behandling blev målt umiddelbart efter behandlings afslutning på klinikken, efter 2 måneders selvtræning og igen 8 måneder efter afslutning.

## Effekt mål

Behandlingsresultatet blev målt først og fremmest ved patienternes selv vurdering af funktionsbesvær og smerte. Sekundært målte vi ændring i medicinforbrug, ændring i livskvalitet og behov for besøg hos praktiserende læge pga. lænderygsbesvær i opfølgingsperioden. Måling ved behandlings start og afslutning foregik hos blindet observatør på klinikken. Måling ved 2 og 8 måneders opfølgning skete ved udsendelse af spørgeskema pr. brev. Der var således ikke mulighed for at påvirke patienternes opfølgelse af resultatet.

## Bortfald

Desværre besluttede i alt 31% af patienterne sig for at droppe ud under behandlinglingsforløbet på klinikken (38 patienter i McKenzie-gruppen og 42 i træningsgruppen). Dette er desværre ikke ual-



mindeligt blandt kroniske lænderygpatienter, som behandles med interventioner, der indebærer deres egen intensive aktive indsats, og hvor patienterne har mulighed for at skifte til anden behandling (5, 10, 14). Så stort et bortfald er en betænkelig sag rent metodisk, idet vi ikke har styr på, hvilke egenskaber disse patienter måtte have haft, der kunne påvirke resultatet i den behandlingsgruppe, som de var randomiseret til. Dvs. at vi ikke længere kan regne med, at randomiseringen har sørget for, at grupperne er sammenlignelige mht. alle andre faktorer ud over at de har modtaget forskellig behandling. Bortfald er dermed en trussel imod troværdigheden i undersøgelsens resultater.

Den mest almindelige metode at tackle bortfaldsproblemet, er »intention-to-treat«-metoden, som går ud på, at man bibeholder resultaterne for frafaldne patienter i den behandlingsgruppe, som de var randomiseret til. I vort tilfælde valgte vi at foretage en restriktiv »worst-case«-analyse med inddragelse af de frafaldne, ved at vi brugte de oplysninger, som var til rådighed om deres behandlingsresultater: Patienternes begrundelser for at droppe ud under behandlingsforløbet. Patienter som angav at være faldet fra pga. tilfredshed med den bedring, som de allerede havde opnået, blev tildelt median-scoringen af ændring i funktionsbesvær og smerte, der blev målt i den gruppe, som de var randomiseret til. Patienter der angav at være faldet fra af praktiske grunde, som ikke havde med behandlingen at gøre, fik videreført den »baseline«-scoring i funktionsbesvær og smerte, som de angav inden start på behandling. Patienter som angav at være faldet fra pga. utilfredshed med behandlingen, eller som ikke gav nogen begrundelse, blev tildelt den værste scoring af ændring i funktionsbesvær og smerte, der blev målt i den gruppe, som de var randomiseret til.

Som supplement til »intention-to treat«-analysen beregnede vi også resultatet særskilt for de 180 patienter, som gennemførte hele behandlingsforløbet på klinikken. Vi mente, at det ville have interesse for læseren at vide, hvilke resultater som kan forventes med patienter, der gennemfører hele det planlagte behandlingsforløb. Resultaterne ville være brugbare, idet vi kunne se at »de gennemførte« ikke adskilte sig fra de »frafaldne« mht. en række faktorer, der kunne forventes at have betyd-

ning for prognosen (grad af funktionsbesvær og smerteintensitet, smerteudstråling under knæniveau, symptomvarighed, sygemelding, alder, køn, forventninger til behandlingens resultat m.v.). Det så således ud til, at de frafaldne stadig var repræsentative for hele gruppen af inkluderede 260 patienter.

#### Signifikansniveau

I undersøgelsen foretog vi sammenligning imellem behandlingsgrupperne af adskillige effektmål ved 3 forskellige tidspunkter. Jo flere sammenligninger man foretager, des større er risikoen for at én af dem viser en forskel, der er statistisk signifikant pga. tilfældige udsving. Sædvanligvis accepterer man en grænse for denne risiko på 5% udtrykt ved en p-værdi på 0,05 eller mindre ved udførelse af få sammenligninger, men for at tage højde for den øgede risiko i vort tilfælde, valgte vi en skrappe grænse ved en p-værdi på 0,01.

#### Resultater

Intention-to-treat-analysen viste ingen statistisk signifikant forskel i effekt imellem de to behandlingsgrupper på noget tidspunkt. Der var dog en tendens til større reduktion af funktionsbesvær i McKenzie-gruppen sammenlignet med træningsgruppen ved 2 måneders opgørelsen ( $p=0,04$ ).

Den supplerende analyse på de patienter som gennemførte viste en statistisk signifikant forskel til fordel for McKenzie-gruppen ved 2 måneders opgørelsen i reduktion af smerte ( $p=0,01$ ). Endvidere sås en tendens til forskel i reduktion af smerte til fordel for McKenzie-gruppen umiddelbart efter afslutning på behandling ( $p=0,02$ ). Der var ingen nævneværdig forskel imellem grupperne mht. antal sygemeldte, ændring i medicinforbrug, ændring i livskvalitet eller behov for besøg hos praktiserende læge pga. lænderygbesvær i opfølgingsperioden.

#### Perspektiver

Man kan vælge at tolke disse resultater på flere måder.

En optimistisk tolkning kunne være, at i forhold til en anbefalet behandling til patienter med længerevarende lænderygbesvær: Intensiv dynamisk udholdenhedstræning, har McKenzie-terapi (MDT) nu vist sin berettigelse som ligeværdigt al-

ternativ. Et alternativ, som må formodes at være mindre indgribende i folks dagligdag i forhold til intensiv udholdenhedstræning, når patienten skal fortsætte med selvbehandling efter afslutning hos fysioterapeuten. Resultaterne er tilmed opnået med en patientgruppe, som var specielt udvalgt som værende egnet til intensiv dynamisk udholdenhedstræning.

Enkelte af målingerne viste ydermere en tendens til, at patienterne i McKenzie-gruppen klarede sig bedre end træningsgruppen. Ved 2 måneders måling af forskellen i ændring i smerte nåede denne tendens statistisk signifikans blandt de patienter, der gennemførte behandling. Dette på trods af at det ofte er svært at opnå forskel imellem aktive behandlingsformer, som har til fælles, at de bidrager til at patienterne bevæger sig væk fra en passiv opgivende holdning og giver dem redskaber til selv at kunne håndtere deres rygproblem. Så måske ville en mere korrekt tolkning af fundene være, at McKenzie-terapi er mindst ligeså effektiv som en behandlingsform med dokumenteret effekt. Denne tolkning støttes af, at resultaterne i McKenzie-gruppen lå konsekvent bedst, selv om marginerne var små.

En pessimistisk tolkning kunne være, at resultaterne understøtter opfattelsen af, at det ofte er underordnet, hvilken af de to behandlingsformer vi anvender til patienter med længerevarende lænderygbesvær. Denne tolkning støttes af, at kun få effektmål viste tendens til en forskel imellem grupperne, som nærmede sig statistisk signifikans, og kun på enkelte opgørelses tidspunkter. Tendenserne var altså ikke konsistente på alle tidspunkter og kunne ikke bekræftes af øvrige effektmål. Endvidere støttes den pessimistiske tolkning af resultater fra andre randomiserede undersøgelser af god metodisk kvalitet, som viser ingen eller minimal forskel imellem forskellige behandlingsformer med potentiel effekt på længerevarende lænderygbesvær (3, 4, 6-9, 12, 15).

En forklaring på den manglende forskel kan være, at lænderygbesvær af en vis varighed er en svingende tilstand, således at mulige forskelle imellem effekten af forskellige behandlinger bliver sløret af naturlig variation. Derfor kan vi ikke regne med, at vore behandlingsmetoder kan løse problemet. Det generelle billede vil være, at mange be-

handlingsmetoder vil have en vis effekt, men ingen vil kunne kurere rygsmerten. Effekten af behandlingsmetoderne er ofte lille og midlertidig, og der er under alle omstændigheder stor sandsynlighed for, at smerterne vil vende tilbage før eller senere.

En anden forklaring kan være, at resultatet beror på, at lænderygpatienter er en uhomogen gruppe med adskillige forskellige årsager til ondt i ryggen. Alt hvad vi kan behandle er symptomer, og patientens oplevelse af symptomer kan påvirkes af mange forskellige metoder, der drager nytte af at bibringe patienterne aktive coping-strategier. En af vejene frem for rygforskningen kunne derfor være at fokusere på undergrupper af rygpatienter. Enkelte undergrupper med bestemte karakteristika kunne vise sig at respondere overbevisende bedst på McKenzie eller intensiv dynamisk udholdenhedstræning, men ville være skjult i den uhomogene gruppe af uspecifik længerevarende lænderygbesvær. F.eks. ville det være nærliggende at teste effekten af McKenzie-terapi over for andre behandlingsmetoder til patienter klassificeret som »centralizers«.

Uanset hvilken af tolkningsmulighederne der appellerer mest til læseren, kalder vore resultater på en efterprøvning i en ny undersøgelse.

#### Litteraturliste

1. Low back pain: frequency, management and prevention from a HTA perspective. Danish Institute for Health Technology Assessment, Series B 1999;1.
2. Abenhaim L, Rossignol M, Valat JP et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Report of the International Paris Task Force on Back Pain. Spine 2000;25:1S-33S.
3. Andersson GB, Lucente T, Davis AM, Kappler RE, Lipton JA, and Leurgans S. A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. N Engl J Med. 1999;341:1426-31.
4. Bendix T, Bendix A, Labriola M, Hastrup C, and Ebbelohj N. Functional restoration versus outpatient physical training in chronic low back pain: A randomized comparative study. Spine 2000;25:2494-500.
5. Bentsen H, Lindgarde F, and Manthorpe R. The effect of dynamic strength back exercise and/or a home training program in 57-year-old women with chronic low back pain. Results of a prospective randomized study with a 3-year follow-up period. Spine 1997;22:1494-500.
6. Bronfort G, Goldsmith CH, Nelson CF, Boline PD, and Anderson AV. Trunk exercise combined with spinal

- manipulative or NSAID therapy for chronic low back pain: a randomized, observer-blinded clinical trial. *J Manipulative Physiol Ther* 1996;19:570-82.
7. Hagen EM, Eriksen HR, and Ursin H. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? *Spine* 2000; 25:1973-6.
  8. Hemmila HM, Keinanen-Kiukaanniemi SM, Levoska S, and Puska P. Does folk medicine work? A randomized clinical trial on patients with prolonged back pain. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78:571-7.
  9. Hsieh CY, Adams AH, Tobis J et al. Effectiveness of four conservative treatments for subacute low back pain: a randomized clinical trial. *Spine* 2002;27:1142-8.
  10. Keel PJ, Wittig R, Deutschmann R et al. Effectiveness of in-patient rehabilitation for sub-chronic and chronic low back pain by an integrative group treatment program (Swiss Multicentre Study). *Scand J Rehabil Med* 1998;30:211-9.
  11. Manniche C, Lundberg E, Christensen I, Bentzen L, and Hesselsoe G. Intensive dynamic back exercises for chronic low back pain: a clinical trial. *Pain* 1991;47:53-63.
  12. Mannion AF, Muntener M, Taimela S, and Dvorak J. A randomized clinical trial of three active therapies for chronic low back pain. *Spine* 1999;24:2435-48.
  13. Nachemson AL, et al. [Back Pain, Neck Pain. An Evidence Based Review]. *Ondt i ryggen, ondt i nacken. En evidensbaseret kunssammenstilling. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Report Number 145 ed. Stockholm, Sweden.: 2000.*
  14. Snook SH, Webster BS, McGorry RW, Fogleman MT, and McCann KB. The reduction of chronic nonspecific low back pain through the control of early morning lumbar flexion. A randomized controlled trial. *Spine* 1998;23:2601-7.
  15. Torstensen TA, Ljunggren AE, Meen HD, Odland E, Mowinckel P, and Geijerstam S. Efficiency and costs of medical exercise therapy, conventional physiotherapy, and self-exercise in patients with chronic low back pain. A pragmatic, randomized, single-blinded, controlled trial with 1-year follow-up. *Spine* 1998; 23:2616-24.

# Eksamen Del 1

For anden gang afholdt MT eksamen for de kursister der har gennemført kursusrækken frem til del 1. Det var et par gode og spændende dage på Fysiocenter Roskilde, hvor eksamensfeberen var synlig, om end den hurtigt blev slået en smule ned af resultaterne og den gode stemning.

Efter det store arbejde med deres caserapporter, (læs mere om caserapporterne på [www.manuelte-rapi.dk](http://www.manuelte-rapi.dk), under opslagstavlen) var det nu den praktiske del af eksamen, der var fokus på. Efter måneders læsning bl.a. smerteteorier, Maitland, differentialdiagnoser, hypotese-kategorier, klinisk resonering og masser af »handling« var kursisterne nu klar til 1 time og 45 minutter i ilden.

I alt var der 12 til eksamen, 10 bestod og 2 dumpede.

Et stort tillykke til jer alle sammen.

Følgende har bestået eksamen Del 1:

Ditte Juul-Nielsen  
 Lisa Noreen Andersen  
 Mette Kristence Jensen  
 Morten Høgh  
 Lykke Hansen  
 Heidi Nielsen  
 Anne Mette Thøgersen  
 Ingunn Fridorf  
 John Verner  
 Rita Wegner

Fordelt over hele landet har vi således 44 fysioterapeuter som har bestået Del 1-eksamen og 18 der har bestået Del 2 – Flot!!

Har du brug for at vide, hvem der i dit lokalområde har bestået eksamen kan du altid sende en mail til [nh@fysiocenter.dk](mailto:nh@fysiocenter.dk)

**Keld Østergaard: Lev Godt Med Slidgigt, Ved Hjælp Af Den Nyeste Forskning Og Viden. Gyldendal 2003**

Det er altid en god ide for os at vide, hvilken information patienter får, hvad der er skrevet, og hvordan det er udlagt. Her har vi en bog, der meget udførligt beskriver slidgigt, de gener det kan medføre, og hvilke behandlingsmuligheder der kan være væsentligst set ud fra en kiropraktors synspunkt. Det er dog her, som om muskler og nerver spiller en sekundær rolle i forhold til led.

I forordet står der, at det er en ny og forøget udgave med nye tegninger, men det er ikke muligt at se, hvilken udgave dette er, eller hvornår første udgave er skrevet.

Bogen er meget systematisk opbygget og let at finde rundt i, den er skrevet i et let læseligt sprog.

Kapitel I indeholder fakta om slidgigt, risikofaktorer, symptomer og diagnostik. Det normale og det slidgigttramte led beskrives, ligeledes omtales de forskellige stadier af slidgigt, og hvorfor der er smerter.

Kapitel 2 omhandler behandlingstilbud samt information om aktivitetsniveau og kosttilskud. Forfatteren giver også en lille indsigt i forståelse af videnskabelige undersøgelser, samtidigt påpeger han forskellen mellem erfaringsbaserede kasuistikker, evidensbaserede undersøgelser og kontrollerede videnskabelige undersøgelser. Videnskab bør suppleres erfaring i klinikken, skriver han. Det er lidt problematisk med de tegnede illustrationer i nogle af behandlingssituationerne, fordi de ikke alle er tegnet funktionsmæssigt korrekt eksempelvis side 65 på balancebrædt. Fødderne bør være parallelle med medial svangbue og ikke udadroterede.

Kapitel 3 beskriver de forskellige behandleres uddannelser, nogle måske lidt upræcist, især hvad angår fysioterapeuternes. Selv om vor uddannelse giver en bachelorgrad, står der, den er treårig.

Kapitel 4 giver en række eksempler på vellykkede behandlinger – rigtige solstrålehistorier. Afsnittene »værd at vide« kan give gode og nyttige oplysninger. Der er en sygehistorie om hvert af de almindeligste led med risiko for artrose.

Kapitel 5 er et kortfattet resumé over hele bogens indhold. Det ender med spørgsmålet, om slidgigt måske kunne undgås. Her laver forfatteren en

sjov sammenligning. En voksen med ca. 32 tænder bruger ca. 30 minutter pr. uge på at børste tænder og går til kontrol og tandrensning 2 gange årligt. Vi har ca. 300 ægte og uægte led, og hvis træning og motion er for kroppens led, hvad tandbørstning er for tænderne, så skal vi med ca. et minuts tandbørstning pr. uge pr. tand bruge ca. 5 timer pr. uge på træning af kroppens led. Forfatteren skriver, at bogen er ment som en kilde til viden om slidgigt. Viden giver muligheder!

Kapitel 6 giver Gigtforeningens og Landsforeningen Kiropraktikkens Fremme's adresse samt nogle titler på bøger, hvor der kan læses mere om slidgigt. Endvidere er der en liste med ordforklaringer.

Som slutbemærkning kan man sige med forfatteren: Der bør komme mere fokus på forebyggelse end på behandling.

Et af midlerne til at undgå eller udskyde problemer med leddene er træning, der øger koordination af muskelstyrke. Børnene bør opdrages til at passe lige så godt på kroppen, som de har lært at passe på tænderne.

*Birte Carstensen*

**Manual Therapy and Exercise Therapy in Patients with Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled Trial with 1-year Follow-up**

Aure OF, Nilsen JH & Vasseljen O.

Spine 2003; 28(6) 525-31.

I dette norske multicenterstudium, publiceret i Spine i marts måned i år finder man, at manuel behandling har signifikant bedre effekt end øvelsesterapi i behandlingen af kronisk lænderygsmerte, både med hensyn til korttids- og langtids-effekt.

Indgangskriterierne var kroniske rygmerter med varighed af sygemelding mellem 2 og 6 måneder. Arbejdsløshed, tidlig pensionering pga. rygmerter, diskusprolaps med operationskrævende neurologiske udfald og symptomer, graviditet, spondylolisthesis inkl. degenerativ, spondylose, fraktur, mistanke om malignitet, osteoporose, tidli-

gere rygkirurgi og kendt reumatologisk, neurologisk eller psykisk sygdom.

Patienterne blev informeret om studiet via brev fra det lokale socialkontor, men desværre registrerede man ikke, hvor mange personer der blev informeret, og derfor ved man heller ikke, hvor mange der afviste at deltage i undersøgelsen. Ud af de 60 der meldte sig over en 3-årig periode blev 49 inkluderet og randomiseret til enten manuel behandling (27) eller øvelsesbehandling (22). Tre klinikker deltog i studiet, og der var jævn fordeling af patienterne inden for begge grupper på de 3 steder.

Alle patienter modtog 16 behandlinger a 45 min, fordelt 2 gange ugentlig i 8 uger, efter en individuel behandlingsplan, som den behandlende fysioterapeut fastlagde. Alle blev i øvrigt opfordret til at gennemføre 6 individuelt designede hjemmeøvelser dagligt samt til at gå, løbe, cykle etc. mindst 3 gange ugentlig. Desuden fik de relevant anatomisk og ergonomisk information, og betydningen af selvansvarlighed og positiv indgangsvinkel blev præciseret for begge grupper mhp. at minimere »fear-avoidance«.

Med hensyn til den manuelle behandling var kun columnamanipulation, specifik mobilisering og stretching-teknikker som beskrevet af Evjenth, Hamberg og Kaltenborn tilladte. Følgende mobilisering eller HVLA-manipulationer måtte anvendes:

1. Traktionsmanipulation på thoraco-lumbale overgang med patienten siddende
2. Rotations-lateral fleksionsmanipulation til bevægelsessegmenter mellem Th10 og L5 med patienten liggende på siden
3. Sacroiliacalets manipulation/mobilisation som ventral eller dorsal rotationsteknik med patienten liggende i bugleje eller sideleje.

Desuden skulle patienten hver gang også gennemføre 5 generelle øvelser for columna, abdomen og UE og 6 specifikke øvelser for bevægelsessegmentet/pelvis. Øvelserne skulle gennemføres som 2 til 3 sæt af 20 til 30 repetitioner, uden at øvelserne måtte provokere smerte.

Øvelsesgruppen varmede op i 10 min på ergometrycykel og gennemførte herefter et indivi-

duelt program bestående af styrkende, udspændende, mobiliserende, koordinerende og stabiliserende øvelser for abdomen, ryg, bækken og UE muskler. Terapeuten afgjorde selv antallet af repetitioner og antallet af sæt. Gruppetræning, massage og andre metoder var ikke tilladte i behandlingsperioden.

Resultatet var, at man for begge grupper kunne registrere en signifikant ( $p < 0,01$ ) forbedring af smerte niveau (VAS), generelle helbredstilstand (Dartmouth COOP Function Charts) og funktionsniveau (Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire), og denne forbedring holdt sig i 1 år.

Men i den manuelt behandlede gruppe fandt man signifikant større forbedringer ( $p < 0,05$ ): F.eks. for VAS 33 mm reduktion versus 17 mm, for generelle helbred 9 points forbedring mod 4 point og for funktion 21% forbedring mod 9%.

Det er et spændende arbejde der, som det bl.a. anbefales af Stefan Blomberg, benytter sig af en pragmatisk indgangsvinkel til behandlingen. Resultatet synes jo særdeles lovende, men man må dog være opmærksom på, at materialet kan være temmelig selekteret, og at det er et relativt lille materiale. Resultatet bør således efterprøves.

Fremtidige studier burde i højere grad søge at karakterisere patienterne således at man tilstræber en situation hvor man får afklaret, hvem der har gavn af hvilken behandling, specielt hvilken specifik manuel behandling.

Referent:

*Lars Remvig,*

Klinik for Medicinsk Ortopædi og Rehabilitering, Rigshospitalet

## 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 Fagforum for Muskuloskeletal Terapi eller McKenzie Institut Danmark, vil der være et administrationsgebyr på 500 kr. For Basiskursus, Columna, er prisen dog den samme for alle faggrupper, idet dette kursus er et introduktionskursus.

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

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

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

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

*Kursusarrangør:* DSMM's uddannelsesudvalg.

*DSMM's lærerstab:*

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

Overlæge Palle Holck, 8000 Århus C  
Speciallæge Niels Jensen, 2760 Måløv  
Speciallæge Finn Johannsen, 2820 Gentofte  
Speciallæge Jørgen Korsgaard, 2960 Rungsted,  
Speciallæge Lene Krøyer, 2800 Lyngby  
Speciallæge Palle Lauridsen, 5800 Nyborg  
Speciallæge Gerd Lyng, 3770 Allinge  
Speciallæge Jes Lætgaard, 8700 Horsens  
Speciallæge Jette Parm, 4400 Kalundborg  
Overlæge Glen Gorm Rasmussen, 9000 Aalborg  
Overlæge, dr.med. Lars Remvig, København  
Speciallæge Berit Schiøttz-Christensen, 8000 Århus  
Speciallæge Pierre Schydrowsky, 3500 Værløse  
Speciallæge Peter Silbye, 4600 Køge  
Speciallæge André Soos, 6100 Haderslev  
Speciallæge Lars Faldborg, 8300 Odder

*Associerede lærere:*

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

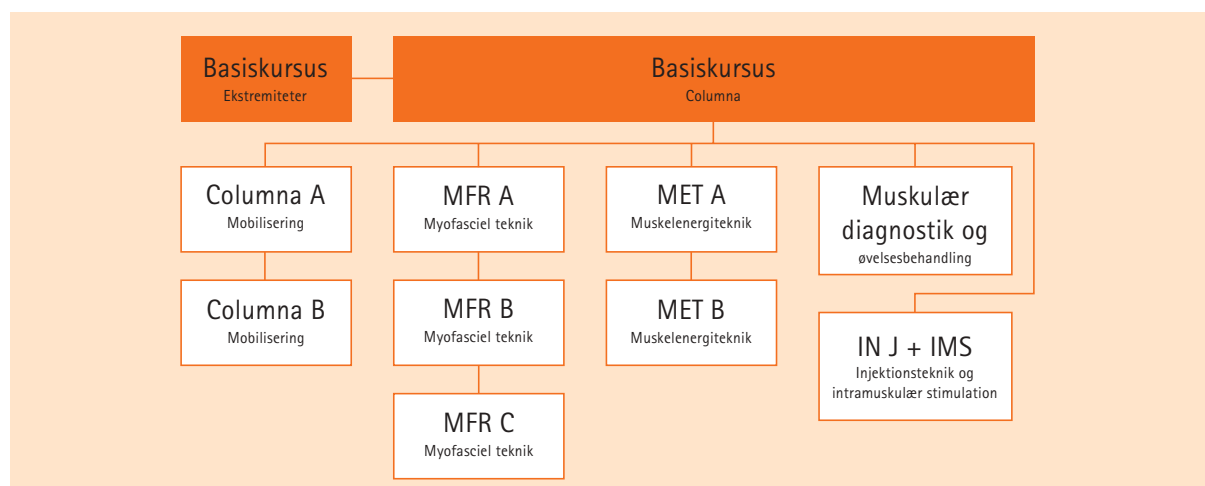
*DSMM's uddannelsesudvalg:*

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

*Tilmeldingsblanket*

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

Eller via internetadressen [www.dsmm.org](http://www.dsmm.org)



## DSMM Kursuskalender – 2003-2004

Kursus:	Tidspunkt: (start 1. dag kl. 9.00, slut sidste dag kl. 16.00)	Kursuspris (se nedenfor):	
		Medlemmer	Ikke-medlemmer
<input type="checkbox"/> MFR B	26.-28. september 2003	kr. 7.400,-	kr. 7.900,-
<input type="checkbox"/> Columna B Mob.	26.-28. september 2003	kr. 9.600,-	kr. 10.100,-
<input type="checkbox"/> Columna A Mob.	24.-27. oktober 2003	kr. 9.400,-	kr. 9.900,-
<input type="checkbox"/> MET B	21.-24. november 2003	kr. 9.400,-	kr. 9.900,-
<input type="checkbox"/> Basis Columna	21.-25. november 2003	kr. 8.600,-	kr. 11.600,-
<input type="checkbox"/> Muskulær diagnostik og øvelsesbehandling	9.-16. januar 2004 Club La Santa, Lanzarote	kr. 13.400,-	kr. 13.900,-
<input type="checkbox"/> INJ + IMS, Injektions og IntraMuskulær Stimulationsbehandling (nålekursus) NYT	23.-25. Januar 2004	kr. 7.400,-	kr. 7.900,-
<input type="checkbox"/> MFR A	30. januar – 1. februar 2004	kr. 7.400,-	kr. 7.900,-
<input type="checkbox"/> Basis Columna (nyt kursus, se leder s. 4)	27. februar – 2. marts 2004	kr. 8.600,-	kr. 11.600,-

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

Prisen for medlemmer er gældende for følgende faggrupper:

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

Prisen for ikke-medlemmer gælder øvrige faggrupper.

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

Kalenderen opdateres på [www.dsmm.org](http://www.dsmm.org)

## TILMELDINGSBLANKET til DSMM-kurser 2003:

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.

## MCKENZIE INSTITUT DANMARK – Kursuskalender 2003

Sted:	Kursus:	Tidspunkt:
■ Kolding	Part D	30. september–3. oktober
■ Kolding	Part C	4.–6. oktober

**Kursusrække:**  
 Sidste år introducerede »Institut for Mekanisk 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](http://www.McKenzie.dk)  
 Eventuelle spørgsmål kan e-mailles til [ajs@teliamail.dk](mailto: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](mailto:info@mckenzieinst.dk)

Anne Juul Sørensen, Duebrødrevej 5  
 4000 Roskilde  
 Tlf. 46 36 49 51 kl. 18.00-20.00  
 E-mail: [ajs@teliamail.dk](mailto:ajs@teliamail.dk)



## Kursuskalender – 2003

Sted:	Kursus:	Tidspunkt:
■ Kolding	Eksamensforløb Modul 1 – ajourførende kursus	7.–9. september
■ Kerteminde	Dynamisk stabilitet og muskelbalance af skulderen	8.–9. september
■ Roskilde	MT-eksamen – del II	18. september
■ Silkeborg	MT workshop-forløb over 4 dage:	24. september 8. oktober 22. oktober 5. november
■ Esbønderup	Akupunktur modul 2 1. del 2. del	25.–27. september 2.–4. okt.
■ København	Movement dysfunction – fokus på dynamisk stabilitet og muskelbalance – »concept course«	6.–7. oktober
■ København	Dynamisk stabilitet og muskelbalance af lumbal column og truncus	20.–22. oktober
■ København	Trin 1 B 1. del 2. del	26.–28. oktober 16.–17. november
■ Vejen	Trin 1 A 1. del 2. del	1.–3. november 15.–16. november
■ København	Kinetic control – return to work and sport	11.–13. november
■ København	Management of chronic low back pain disorders – from a motor control perspective	23.–25. november
■ Odense	Caserapport kursus Akupunktur modul 1 1. del 2. del	28.–29. november 27.–29. november 11.–13. december
■ Ringe	Trin 2 C 1. del 2. del	16.–18. januar 2004 6.–8. februar 2004

Kalenderen opdateres på: [www.manuelterapi.dk](http://www.manuelterapi.dk)





## Akupunktur

40 timers kursus i akupunktur modul 2

Arrangør	Faggruppen for Muskuloskeletal Terapi i samarbejde med Dansk Medicinsk Selskab for Akupunktur.
Formål og indhold	Kurset er det andet kursus i den planlagte kursusrække på i alt 120 timer (over 3 moduler). Kursisterne vil blive indført i akupunkturbehandling af sygdomme i bevægeapparatet.
Målgruppe	Fysioterapeuter som har gennemført Modul 1.
Kursusledelse	Læge Peter Strøm.
Tid og sted	Kurset løber over 2 seancer. 1 del: d. 25.-27. september og 2. Del: 2.-4. oktober. Kurset foregår på Esbønderup Sygehus, Sygehusvej 4, Esbønderup, 3230 Græsted.
Kursusafgift	Kr. 10.500,00, beløbet er inkl. lokaleleje og fortæring.
Tilmelding	Senest d. 20. august 2003 på tilmeldingsblanket fra Fysioterapeuten, samt crosset udateret check til: Inger Skjærbæk, Rønnebær Allé 2, 3000 Helsingør. Tilmelding kan også foretages over e-mail: ingerskj@post10.tele.dk Oplys fulde navn, adresse (inkl. postnr.), telefonnumre samt MT-medlemsnr. og om du er vegetar. Beløbet kan sættes ind på MT-gruppens kursuskonto i Nordea, Stengade 45, 3000 Helsingør. Konto 2255-1905637077. Husk at få dit navn noteret på kontoudtoget ved denne form for indbetaling.
Yderligere oplysninger	Til kursusleder Peter Strøm på e-mail: p.stroem@dadlnet.dk

## Klinisk Supervision – Trin 2, kursus C

Sted:	Rygambulatoriet Ringe, 5750 Ringe
Tid:	1. halvdel: 16.-18. januar 2. halvdel: 6.-8. februar 2004
Deltagere:	Fysioterapeuter, der har gennemført Trin 1+ Trin 2, kursus A og B. Fysioterapeuter, der har gennemført den gamle kursusrække.
Undervisere:	Medlemmer af MT-gruppens undervisningsgruppe.
Kursuspris:	kr. 6.500,- inkl. frokost og lokaleleje.
Kursusform:	Eksternat.
Tilmelding:	Senest d. 1. november 2003 på tilmeldingsblanket fra Fysioterapeuten, samt crosset udateret check kr. 6.500,- til: Inger Skjærbæk Rønnebær Allé 2 3000 Helsingør Beløbet kan sættes ind på MT-gruppens kursuskonto i UNI-Bank, Stengade 45, Helsingør. Konto 2255-1905637077 Husk at få dit navn noteret på kontoudtoget ved denne form for indbetaling. Tilmelding kan foretages over e-mail: ingerskj@post10.tele.dk angiv navn, adresse og telefonnumre, samt medlemsnr. i DF, med hensyn til betaling skal beløbet være indsat senest d. 1. november 2003, for at tilmeldingen tages i betragtning.

## Skisport og skader

Succesen fra 2003 gentages uge 10 2004 i Sölden, Østrig

Kurset er tværfagligt og et fællesarrangement arrangeret af:

- Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin (DSMM)
- Dansk Idrætsmedicinsk Selskab (DIMS)
- Faggruppen for Idrætsfysioterapi (FFI) og Manuel Terapi (MT)

### Formål og indhold

Hvert år rejser 500.000 danskere på skiferie, 50.000 kommer til skade. På kurset vil der blive undervist i de hyppigste skisportsskader med fokus på undersøgelsesteknik og den tværfaglige behandling inkluderende træning, manuelle behandlinger, medicinsk behandling og ortopædkirurgi. Der vil blive lagt vægt på praktiske øvelser, herunder også profylaktisk træning før skituren og træning i forbindelse med rehabiliteringen efter en skade.

Kurset afholdes på et skisportssted, hvor kursisterne vil blive introduceret til de forskellige skityper, skiteknikker og skiløjper, med henblik på at forstå biomekanikken i de forskellige skidiscipliner og dermed blive i stand til at rådgive skiløbere bedst muligt både i primær og sekundær profylakse. Der vil desuden være mulighed for at teste forskellige skityper.

Akut behandling i bjerget vil blive gennemgået med de problemer, der kan være med transport af den tilskadekomne.

### Målgruppe

Læger og fysioterapeuter med interesse for idrætsmedicin og manuelle behandlingsteknikker.

### Form

Internatkursus. Forelæsninger med en del praktiske øvelser såvel indendørs som udendørs i alpint terræn. Der lægges vægt på praktisk indøvning af undersøgelses- og behandlingsteknikker.

### Kursusledere og undervisere

Almen mediciner Allan Butans Christensen, reuma-

tolog Finn Johannsen, idrætsfysioterapeut, ortopædkirurg Søren Skydt Kristesen.

### Tid

Afgang København fredag d. 27.2.04 kl. ca. 16.00 i sovebus. Ankomst næste dag kl. ca. 9.00.

Hjemrejse ligeledes i sovebus. Hjemkomst søndag den 7.3.04 kl. ca. 12.00.

### Sted

Sölden, Østrig. 1.377-3.250 moh. 33 lifter.

Vi bor på Hotel Grauer Bär. Der er restaurant, bar, opholdsrum, sauna og dampbad. Hotellet ligger 150 m fra hovedlift. Kursuslokale er på selve hotellet og i terrænet. 1.000 kr. rabat ved indkvartering i dobbeltværelse på pension Felsneck 50 m fra hotellet.

### Pris

11.500 kr. inklusive kursusafgift, transport m. sovebus, halvpension på Hotel Grauer Bär med stor morgenbuffet og 4-retters-aftenmenu. Inklusive liftkort 8 dage.

10.500 kr. ved indkvartering på pension Felsneck, hvor morgenmaden indtages. Ellers helt samme arrangement.

Der er i alt 32 kursuspladser, så hurtig tilmelding anbefales.

Kurset forventes godkendt som tilskudsberettiget af Efteruddannelsesfonden for 4 dage.

Kurset tæller 5 timer til diplom i muskuloskeletal medicin

### Tilmelding

Via e-mail eller sendt til nedenstående adresse. Samtidig med tilmelding sendes check på det fulde beløb, og vær opmærksom på, at først når kursusafgiften er betalt, er man registreret som tilmeldt.

e-mail-adresse: skristensen@bsanet.dk eller adressen: Søren Skydt Kristensen, Jørgasvej 8, 7120 Vejle Ø, tlf. 75814290

Obs: husk at du selv skal tegne forsikring og eventuel afbestillingsforsikring.

## Management of chronic low back pain disorders – from a motor control perspective

København 23.–25. november

Dr Peter O'Sullivan  
 Grad Dip Manip. Ther.  
 PhD  
 Physiotherapy consultant  
 Senior Lecturer in Masters Manipulative Therapy  
 Program, Curtin University, Western Australia.

The course reviews the literature relating to the classification of low back pain, and the functional anatomy and bio-mechanics of “stability” and “instability” relating to the lumbo-pelvic region. It focuses on developing clinical skills to assess and manage pain disorders of the lumbo-pelvic region from a motor control perspective.

The course is based on recently completed and ongoing research into motor control dysfunction identified in this population – and their physiotherapy management.

### Objectives

- Overview of the back pain literature and the role of physiotherapy
- Develop understanding of the mechanics and patho-mechanics of the lumbo-pelvic region
- Develop understanding of the normal dynamic stabilising strategies of the lumbo-pelvic region
- Review documented evidence of motor dysfunction in the presence of lumbo-pelvic pain disorders
- Develop skills to examine articular and motor dysfunction in the presence of lumbo-pelvic pain disorders
- Develop competency in the exercise management of patients with a diagnosis of motor control disorder
- Review the evidence relating to outcome studies

Kurset finder sted på Fysiocenter Tårnby og undervisningen vil foregå på engelsk.

Alle dage undervises der fra kl. 8-16.

Kurset koster 3.000 kr. inkl. let frokost.

Medlemmer af Muskuloskeletal Fagforum har fortrinset.

Tilmelding eller spørgsmål kan ske via mail [kc@fysiocenter.dk](mailto:kc@fysiocenter.dk), eller på telefon 26 73 92 04.

# Læsetips



Ice Therapy: How good is the evidence? A systematic Review  
MacAuley D et al. Int J Sport Med 2001;379-84.

Denne systematiske oversigtsartikel fra 2001 stiller et stort spørgsmål ved dokumentation af is' terapeutiske effekt, men angiver væsentlig dokumentation for is' bivirkninger.

Spinal manipulation for low back pain. Annals of Internal  
Assendelft WJ et al. Medicine 2003;138(11):871-81.

En ny Cochrane review og meta-analyse af manipulation viser at ryg manipulation har større effekt end placebo-manipulation og effekten også er større end de fleste passive -modalteter (sygeleje, traktion, NSAID-gel, varme). Men forfatterne understreger at manipulation er en flere terapier som synes at reducere rygsmerte, men effekten er begrænset.

A review of the evidence for the effectiveness, safety,  
and cost of acupuncture, massage therapy and spinal  
manipulation for back pain

Cherkin D et al. Annal of Internal Medicine, 2003; 138(11):  
898-906.

Massage er nu ikke så ringe endda ifølge en nylig oversigtsartikel af Dan Cherkin mfl., Det fremgår af oversigtsartiklen, at der findes nogen grad af præliminær evidens for, at massage kan reducere og øge function blandt patienter med vedholdne rygsmerte. Manipulation synes at have små effekter, mens for akupunktur kan der ikke drages konklusioner.

Effectiveness of four conservative treatments for subacute  
low back pain: a randomized clinical trial

Hsieh CY et al. Spine. 2002 Jun 1;27(11):1142-8.

Dette studie fra Los Angeles College of Chiropractic kunne ikke vise forskel mellem de forskellige interventionsgrupper;

manipulation alene, myofasciel terapi, eller kombinationen af disse to samt rygscole.

Two-year follow-up of a randomized clinical trial of spinal  
manipulation and two types of exercise for patients with  
chronic neck pain

Evans R, Bronfort G et al. Spine. 2002 Nov 1;27(21):2383-9.

Manipulation kan ikke stå alene uden superviseret rehabilitering til kroniske nakkepatienter ifølge dette studie, som den danske kiropraktor Gert Brønfort har været med i.

Rapid Magnetic Resonance Imaging vs Radiographs for  
Patients with Low Back Pain: A randomized Controlled Trial  
Jarvik JG et al, 2003, JAMA, June 4, 2003, 289(21)2810-18.

Det ser ud til at næsten identiske effektmål opnås uanset om der anvendes røngten eller hurtig MR hos lændepatienter I primærsektoren. Patienter og læger foretrække hurtig MR, men risikoen her er væsentlig øgede omkostninger.

Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy,  
and general practitioner care for neck pain: economic  
evaluation alongside a randomised controlled trial.

Korthals-de Bos IB et al. BMJ. 2003 Apr 26;326 (7395):911.

Manuel terapi hos manuel terapeuter (mobilisering af nakken uden thrust) er mere effektivt til nakke smerter og er forbundet med mindre omkostninger end »fysioterapi« og behandling hos praktiserende læge. (download den fulde artikel på og se de interessante kommentarer til studiet:

<http://bmj.com/cgi/content/full/326/7395/911>

## Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin Columnprisen



Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin har indstiftet en pris, der uddeles en gang årligt til en dansk forsker, der har præsteret et vigtigt videnskabeligt arbejde inden for hvirvelsøjleforskning og dermed beslægtede emner.

Prisen er på kr. 15.000 og kan eventuelt deles. Uddelingen finder sted ved den årlige ordinære generalforsamling, og det forventes, at modtageren af prisen præsenterer sit videnskabelige arbejde for selskabets medlemmer.

Indstillingen til prisen foretages blandt videnskabelige arbejder inden for hvirvelsøjleforskning og dermed beslægtede emner, der er egnede til publikation, respektive er publiceret i »Peer-reviewed« nationale eller internationale videnskabelige tidsskrifter.

Ansøgningsfrist med henblik på bedømmelse af arbejderne er den 31. december i det år, der er forudgået af prisuddelingen.

Arbejder der ønskes bedømt mhp. tildeling af Columnprisen, bedes sendt i 4 eksemplarer til formanden for Videnskabeligt Udvalg under Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin:

Overlæge, dr.med. *Lars Remvig*,  
Klinik for Medicinsk Ortopædi og Rehabilitering,  
H:S Rigshospitalet 7611, T9,  
Blegdamsvej 9,  
2100 København Ø,

senest den 31. december 2003.



**DANSK SELSKAB FOR  
MUSKULOSKELETAL MEDICIN**

**Bestyrelse:**

Formand:

Speciallæge i almen medicin

*Allan Gravesen*

Norvangen 3

4220 Korsør

Tlf. 58 37 10 48

E-mail: allan.gravesen@dadlnet.dk

Næstformand:

Speciallæge, ph.d.

*Pierre Schydrowsky*

Bymidten 12 B

3500 Værløse

Tlf. 44 48 15 07

E-mail: schydrowsky@dadlnet.dk

Sekretær:

Speciallæge i almen medicin

*Jette Parm*

Strandstræde 2

4400 Kalundborg

Tlf. 59 51 00 66

E-mail: jette.parm@dadlnet.dk

Kasserer:

Speciallæge i almen medicin

*Peter Frost Silbye*

Røglebakken 4

4320 Lejre

Tlf. 56 65 90 40

DSMM giro 809 6414

E-mail: peter\_silbye@dadlnet.dk

Medlemmer:

Formand for Uddannelsesudvalget

Speciallæge i almen medicin

*Niels Jensen*

Måløv Hovedgade 69

2760 Måløv

Tlf. 44 65 54 43

Fax 44 65 54 05

E-mail: niels.jensen@dadlnet.dk

Speciallæge i reumatologi

*Finn Elkjær Johansen*

Stauholtvej 33

3520 Farum

Tlf. 44 95 49 40

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

www.dsmm.org/bestyrelse.htm

Overlæge, speciallæge i reumatologi

*Palle Holck*

Medicinsk afdeling

Falkevej 1-3

8600 Silkeborg

Tlf. 87 22 21 00

E-mail: palle.holck@dadlnet.dk

Økonomiudvalg:

Speciallæge i almen medicin

*Peter Frost Silbye*

Speciallæge i almen medicin

*Niels Jensen*

Nordisk kontaktudvalg:

Speciallæge i almen medicin

*Peter Frost Silbye*

Speciallæge i almen medicin

*Allan Gravesen*

Uddannelsesudvalget:

Formand:

Speciallæge i almen medicin

*Niels Jensen*

Speciallæge i almen medicin

*Lisbeth Wemmelund*

Oddervej 97

8270 Højbjerg

Tlf. 86 27 00 11

E-mail: ???

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*

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*

Overlæge, speciallæge i reumatologi

*Palle Holck*

Redaktionsudvalget:

Formand:

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*

PR-udvalg:

Speciallæge i almen medicin

*Gerd Lyng*

Overlæge, speciallæge i reumatologi

*Palle Holck*

Speciallæge i almen medicin

*Allan Gravesen*

Specialepolitisk udvalg:

Overlæge, dr.med.

*Lars Remvig*

Speciallæge i reumatologi, ph.d.

*Pierre Schydrowsky*

Overlæge

*Berit Schiøttz-Christensen*

Speciallæge i almen medicin

*Allan Gravesen*

Kursussekretær:

*Birthe Skov*

Tlf. 76 34 11 00

Fax 76 34 13 00



DANSKE FYSIOTERAPEUTERS  
FAGFORUM FOR  
MUSKULOSKELETAL TERAPI

Formand:

*Niels Honoré*  
Rebekkavej 9  
2900 Hellerup  
Tlf. 32 52 35 60

Næstformand:

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

Sekretær:

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

Kasserer og medlemskartotek:

*Aase Troest*  
Lobeliavej 5  
8541 Skødstrup  
Tlf. 86 22 88 60  
E-mail: aastroest@mail.dk

Bestyrelsesmedlemmer:

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

*Vibeke Laumann*

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

M.Sc.PT.

*Christian Couppé*  
TEAM DANMARK  
Idrættens Hus  
2605 Brøndby  
E-mail: cc@teamdanmark.dk  
Tlf. 26 58 68 18