

Muskuloskeletal Forum

4

4. årgang
December 2004

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

Årsmøde 2005 6

Center for Evaluering og
Medicinsk Teknologivurdering 7

Uddannelse til fysioterapeut,
athletic trainer, og styrke-
og konditionsspecialist i USA 22

Indkaldelse til

GENERALFORSAMLING

Dansk Selskab for
Muskuloskeletal Medicin

Århus, lørdag den 5. marts 2005
kl. 9.30–12.00

Dagsorden i henhold til vedtægterne.

1. Valg af dirigent
2. Formandens beretning
3. Aflæggelse af regnskab ved kassereren
4. Rapport fra udvalg
5. Rapport fra FIMM og DMS
6. Valg af bestyrelsesmedlemmer
 - a. Jette Parm. Kan genvælges. Er villig til genvalg
 - b. Pierre Schydlofsky. Kan genvælges. Er villig til genvalg
 - c. Allan Gravesen. Kan genvælges. Er villig til genvalg
7. Valg af repræsentant og revisor
8. Fastsættelse af kontingent
9. Eventuelt.

I forbindelse med generalforsamlingen serveres øl/vand og en sandwich

Med venlig hilsen
Allan Gravesen
formand

Indkaldelse til

GENERALFORSAMLING OG FORELÆSNING

Danske Fysioterapeuters Fagforum
for Muskuloskeletal terapi

Den 5. marts 2005

Generalforsamling og forelæsning ved
Michael Shacklock (M.App.Sc., Dip.Physio.)

Dagsorden ifølge lovene.

1. Valg af dirigent
2. Årsberetning
3. Fremlæggelse af det reviderede regnskab til godkendelse
4. Fastsættelse af kontingent
5. Indkomne forslag
6. Valg af bestyrelsesmedlemmer
7. Valg af suppleanter
8. Valg af revisorer
9. Eventuelt

Indkomne forslag skal fremsendes til Niels Honoré, Rebekkevej 9, 2900 Hellerup, senest 14 dage før afholdelse af generalforsamlingen.

Generalforsamlingen afholdes dagen efter årsmødet den 4 marts 2005 i Aarhus.

Forelæsningen ved Michael Shacklock (M.App.Sc., Dip.Physio.) vil afholdes i forbindelse med generalforsamlingen. Læs mere om Michael Shacklock arbejde inden for neurodynamisk behandling på www.neurodynamicsolutions.com



Indhold

Muskuloskeletalt
Forum

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

Redaktion:
Christian Couppé
Team Danmark
Ildrættens Hus, 2605 Brøndby

Allan Gravesen
Værftet 1, 1. 4220 Korsør

Gerd Lyng
Østergade 24, 3770 Allinge

Vibeke Laumann
Bagsværd Torv 2, 2880 Bagsværd

Niels Honoré
Fysiocenter, Skomagergade 16
4000 Roskilde

Ansvarlig redaktør i henhold
til presseloven:
Christian Couppé

Grafisk design & sats:
Lægeforeningens forlag
København

Tryk:
Scanprint a/s, Viby J

Deadline for stof til næste blad
28.1.2005
- forventes udsendt
til medlemmerne
primo marts 2005

Forsidefoto:
Mikkel Østergaard

ISSN: 1602-608X

Indkaldelse til generalforsamling i DSMM 2

Indkaldelse til generalforsamling og forelæsning i DFFMT 2

Leder 4

Niels Honoré

Leder 5

Allan Gravesen

Årsmøde 4. marts 2005, ARoS Kunstmuseum, Århus 6

Annonce: Redaktør Søger til Muskuloskeletalt Forum 6

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering 7

Vivian Hansen og Claus Rasmussen

FIMM-kongres 2004. M/M Medicine and pain 11

Gerd Lyng

Referat fra FIMM Scientific Committee 16

Lars Remvig

Orientering om FIMM's International Academy 17

Lars Remvig

Master, ja men det er ikke muligt for MIG, eller er det? 18

Inge Ris

Masterafhandling ved Master i Rehabilitering.

Naturvidenskabens (af)magt i et humanistisk fag 19

Inge Ris

Uddannelse til fysioterapeut, athletic trainer, og styrke- og
konditionsspecialist i USA 22

Dorte Nielsen

Bog anmeldelse: Behandling af stress, angst og depression
uden medicin eller terapi 25

Birte Carstensen

Kursuskatalog 27

DSMM, kursuskalender og tilmeldingsblanket 28

DFFMT, kursuskalender 29

Kursus 29

DSMM og DFFMT – Bestyrelser og udvalg 30

Diverse notitser m.m. 4, 6, 10, 21, 26



Niels Honoré
Formand i DFFMT

Ny struktur i DF får stor betydning for Fagforum for muskuloskeletal terapi

Ja så er vi blevet officielle politikere.

Jeg sad på 2. række som observatør med taleret til repræsentantskabsmødet i Odense den 22.–23. oktober. Det er utroligt spændende at observere demokratiet i en forening som vores, og det trækker ofte lidt i smileligamentet når medlemmer, dirigent og hovedbestyrelsen vender retorikken på hovedet og ingen ved hvad der er op eller til siden! Ting tager tid og politiske ting tager meget lang tid, således blev mødet afsluttet lørdag kl. 21.30 mod forventet kl. 17.00! Til gengæld kommer der også til at ske kæmpe forandringer i vores forening og dette får stor betydning for vores fagforum. Hold tungen lige i munden og læs nedenfor hvad det kommer til at betyde for os.

På repræsentantskabet blev det vedtaget at skabe store ændringer for selve DF, dets faglige organisation samt selve repræsentantskabets sammensætning.

Når repræsentantskabet mødes igen om 2 år vil det være suppleret med 15 repræsentanter fra fraktioner og faggrupper/fora. I alt vil foreningens repræsentantskab fremover bestå af 57 medlemmer, herunder fem regionsformænd som ligeledes er en af de ændringer, der blandt andet sker på baggrund af regeringens beslutning om at nedlægge amter og skabe regionen i stedet.

Det er en fantastisk stor forandring vi alle skal igennem og det bliver spændende for MT, nu at få direkte adgang til at præge udviklingen i samarbejde med repræsentantskabet. Vi glæder os meget til arbejdet og ser frem til mange spændende og sikkert også udfordrende »politiske« opgaver.

Fælles årsmøde sammen med DSMM og Danske fysioterapeuter på Kunstmuseum ARoS i Århus den 4. marts 2005

Sammen med DSMM og DF kan vi nu løfte sløret for vores årsmøde. Vi har arbejdet på at skabe et solidt og inspirerende program som vi andetsteds i bladet kan præsentere mere detaljeret. Samarbejdet med DF har været spændende og vi håber på en stor tilslutning fra vores medlemmer. DSMM og DFFMT har således alene stået for sammensætningen af det faglige program og DF har stået for alt det andet!! Det har været rart endelig at kunne koncentrere vores kræfter på det faglige og så have DF's professionelle hold i ryggen – det er trods alt bedst at blive ved sin læst!!

Vedrørende tilmelding til Årsmødet og efterfølgende gallamiddag se venligst annoncen andetsteds i bladet samt følg med på www.muskuloskeletal.dk.

Vi ses til årsmødet.

Muskuloskeletal Terapi online:

www.muskuloskeletal.dk

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

Dette nummer af Muskuloskeletalt Forum er det sidste i 2004. Efteråret er en travl tid for vores selskab. Der har i september været afholdt FIMM verdenskongres og generalforsamling i Bratislava, Slovakiet.

Temaet for kongressen var »Pain and Reliability«. En spændende kongres i en dejlig by nær Donau. Læs Gerd Lyngs referat fra kongressen inde i bladet.

Temaet for generalforsamlingen var (atter) oprettelsen af et FIMM Academy.

Denne gang meget tættere på en realitet. Læs Lars Remvigs referat fra generalforsamlingen og omtalen af FIMM Academy inde i bladet.

DSMM har i eftersommeren været kontakt med Dansk Reumatologisk Selskab for at komme videre med målbeskrivelsen vedr. muskuloskeletal medicin.

Fra DSMM deltager Berit Schiøtzz-Christensen, Lars Remvig og Finn Johannsen.

Der har tidligere været tale om at man fra DSAMs side har villet oprette et fagområde for muskuloskeletal medicin inden for almen medicin, men denne tanke er skrinlagt igen.

Undertegnede deltog i september i IFMDT (McKenzie Instituttets) 10-års jubilæumsmøde. Det var et flot tilrettelagt møde med mange gode foredrag og et dejligt socialt arrangement med god musik. Tillykke med de første 10 år til McKenzie Instituttet.

Vores kursusaktivitet er desværre fortsat på et nulpunkt. Lyspunkterne er at det ny Basiskursis allerede er overtegnet og at Øvelseskurset på Lanzarote til januar bliver afholdt. På dette kursus er der fortsat pladser, så skynd dig at kontakte Birthe Skov, Comwell Kolding, hvis du gerne vil med.

I dette nummer finder du også foreløbigt program og tilmelding til årsmødet 2005. Årsmødet finder sted fredag d. 4. marts.

Denne gang skal vi en tur rundt om hoften og som noget nyt sker årsmødet 2005 i samarbejde med Danske Fysioterapeuter, idet DF havde planlagt en temadag om hoften i løbet af foråret og i den anledning kontaktede MT faggruppen. Hoftens var også DSMM og MT faggruppens emne for årsmødet, så derfor har vi denne gang slået os sammen.

Programmet ser spændende ud og vi glæder os

Allan Gravesen
Formand i DSMM



til at se rigtig mange af vores samarbejdspartnere og kolleger fra selskabet.

Årsmødet bliver denne gang et eksternatkursus.

Generalforsamling bliver afholdt lørdag d. 5. marts.

Til sidst en opfordring! Vi mangler en redaktør til bladet. Kunne du tænke dig at være ansvarshavende redaktør i det kommende år bedes du kontakte redaktionen. Se også inde i bladet.

God læselyst

DSMM's hjemmeside

DSMM har oprettet et lukket område på vores hjemmeside.

Det skal bruges til f.eks. regnskaber o.l.
Du finder det ved at skrive
www.dsmm.org/lukket

Brugernavn:
Password:

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

Allan Gravesen

Årsmøde 4. marts 2005, ARoS Kunstmuseum, Århus

Tema: Rundt om hoften

DSMM, DFFMT
i samarbejde med DF

- 09.15–09.45 Ankomst, kaffe, te
09.45–10.00 Velkommen
10.00–10.30 Overordnet om hoften, ny viden
v. Per Kjær, fysioterapeut, ph.d.
10.30–11.00 Hoftens biomekanik
v. Finn Bojsen-Møller
11.00–11.15 Pause + isvand + frugt
**Undersøgelse og behandling af
arthritis og arthrose**
11.15–12.00 Reumatologia minor
– håndgreb og billeddiagnostik
– behandling
v. Palle Holck
12.00–12.45 Nye kirurgiske principper
v. Kjeld Søballe
12.45–14.00 Frokost og mulighed for at se AROS
**Kliniske billeder – øvrige hofte-
problematikker**
14.00–14.25 Litteraturstudier om Piriformis
v. Lars Remvig

- 14.25–15.10 Piriformissyndromet relateret til
neurodynamik
v. Michael Shachlock
15.10–15.40 Kaffe, te, kage
15.40–16.05 Lyskeskader
– undersøgelse og behandling
v. Per Hölmich
16.05–16.30 Psoas – udspænding eller styrketræ-
ning?
v. Flemming Enoch
16.30–16.55 Bækkenbundsmuskler – obturatorius
internus syndrom og dyspareuni
v. Birthe Bonde
16.55–17.00 Farvel og tak

Ret til ændringer forbeholdes.

Efterfølgende festmiddag.

For DSMM og Danske Fysioterapeuters Fagforum
for Muskuloskeletal Terapi (DFFMT) er der general-
forsamling lørdag d. 5. marts kl. 9.30 – se særskilt
annoncering.

Pris kr. 1450,- ekskl. middag.

Tilmelding på www.dsmm.org

Annonce

REDAKTØR SØGES TIL MUSKULOSKELETALT FORUM

Har du lyst til at få indflydelse på hvad der skal stå i vores blad?

Posten som ansvarshavende redaktør til Muskuloskeletal Forum går på skift mellem MT faggruppen og DSMM.

Fra januar 2005 er det DSMM's tur til at overtage posten.

Kunne du have lyst til at være ansvarshavende redaktør?

Posten er ulønnet, men redaktionsudvalget, der består af 3 læger fra DSMM, har et budget på kr. 30.000 pr. år til nationale/internationale kongresrejser. Efterfølgende refereres der til bladet.

Udgifter i forbindelse med møder, post og telefon bliver naturligvis refunderet.

For yderligere information kontakt redaktionsudvalget.

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering

Baggrund

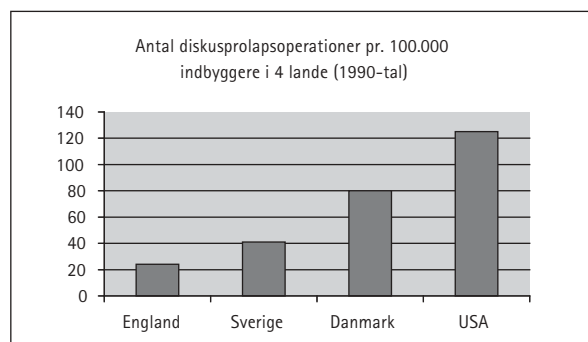
Rygproblemer har store menneskelige, sociale og økonomiske konsekvenser (I). Samtidig er der i Danmark en stor og uforklarlig variation i behandlingen af patienter med svære rygproblemer og i organiseringen af behandlingen. Der er således behov for at belyse bestående behandlingsstrategier og effekten af dem.

I Nordjyllands Amt blev der den 1. september 1997 oprettet tværfaglige rygambulatorier ved amtets to reumatologiske afdelinger i Aalborg og Hjørring med henblik på at bedre behandlingen af patienter med diskusprolaps. Der var i årene forud for denne oprettelse sket en stigning i antallet af operationer for diskusprolaps, og man forudså fra kirurgisk side en yderligere stigning. De tværfaglige reumatologiske ambulatorier oprettedes med henblik på at optimere den reumatologiske behandling, forkorte ventetiden hertil og afklare patientens behov for henvisning til kirurgisk vurdering.

Fra reumatologisk side var der endvidere en formodning om at en intensiveret reumatologisk indsats kunne medføre at flere patienter kunne behandles lige så godt uden operation.

En undersøgelse af diskusprolapsoperationer fra 1994 (II) havde vist at antallet af operationer i den industrialiserede vestlige verden varierede med op til en faktor 8 med USA højest og Skotland lavest. Danmark lå ved denne opgørelse højt på listen, kun overgået af USA og Holland.

Når der forekommer så store variationer i operationshyppighederne, kan det blandt andet skyldes at en sygdom kan behandles på flere måder og har en tendens til naturlig helbredelse. Det har gennem mange år været erkendt at naturlig helbredelse ofte sker hos diskusprolapspatienter, men



Vivian Hansen

Sygehus Vendsyssel, reumatologisk (fys.) afd.,
Hjørring Sygehus



Claus Rasmussen

overlæge, Sygehus Vendsyssel, reumatologisk
(fys.) afd., Hjørring Sygehus

opmærksomheden herpå skærpedes gennem 90'erne hvor moderne scanningsundersøgelser bekræftede at selv store diskusprolaps kunne svinde spontant.

Endvidere havde en internationalt anerkendt norsk lodtrækningsundersøgelse fra 1995 (III) påvist at hurtig undersøgelse af sygemeldte rygpatienter i et tværfagligt rygambulatorium kunne nedbringe antallet af langtidssygemeldte patienter til en tredjedel af antallet af patienter behandlet på vanlig vis og med vanlige ventetider. Den økonomiske gevinst for samfundet var stor.

Der var således en formodning om at oprettelse af lignende ambulatorier i Danmark kunne bedre behandlingsresultaterne og styrke patienternes arbejdsfastholdelse.

Formål

Formålene med den foreliggende evaluering var at beskrive effekten af en faglig oplysningskampagne rettet mod primærsektoren kombineret med etablering af tværfaglige rygambulatorier med fokus på at:

- Beskrive behandlingseffekten i rygambulatorierne for patienter med lænde- og nakkesmerter og tegn på diskusprolaps
- Identificere prædiktorer for godt eller dårligt forløb
- Belyse økonomiske konsekvenser af behandlingen og at medvirke til at implementere foreliggende viden på landsplan
- Beskrive patienternes oplevelse af behandlingsforløbene.

Metode og materiale

Interventionen bestod af to naturligt sammenhængende indsatser: dels etablering af et nyt behandlingstilbud, dels orientering til samarbejdspartnerne om det nye tilbud.

Etableringen af rygambulatorierne var ledsaget af en betydelig og vedvarende information til sygehusenes samarbejdspartnere, især de praktiserende læger, om patientmålgruppen og behandlingsprincipperne. Henvisningskriterierne var lænde- eller nakkesmerter med udstråling til ben eller arm med symptomvarighed på mere end fire uger og mindre end 26 uger uden væsentlig bedring ved behandling i primærsektoren.

Behandlingen i rygambulatorierne var inspireret af den ovennævnte norske undersøgelse og byggede på relevant patientudvælgelse, grundig undersøgelse, information, vejledning, kort ventetid samt instruktion i egne øvelser. Det tværfaglige team var sammensat af reumatologisk læge, sygeplejerske, fysioterapeut, ergoterapeut, socialrådgiver og sekretær. Som fysioterapeutisk undersøgelses- og behandlingsprincip valgte man et koncept efter McKenzies principper. Patienterne blev fulgt i ambulatoriet til tilfredsstillende bedring og kunne kontakte sygeplejerske telefonisk i forløbet. Efter afslutning kunne de henvende sig igen i op til tre måneder uden fornyet henvisning. Patienter uden bedring blev anbefalet henvisning til kirurg når det var relevant, eller blev anbefalet socialmedicinsk rehabilitering når andre relevante behandlingsmuligheder var udtømt.

Registreringen skete ved hjælp af fem standardiserede skemaer, herunder et patientspørgeskema umiddelbart før behandlingen og igen efter et år. De anvendte skemaer er tidligere anvendt og valideret i dansk forskning.

Den foreliggende evaluering omfatter alle patienter som blev undersøgt i Nordjyllands Amts to reumatologiske rygambulatorier i perioden 1997-1999. I evalueringen indgår der 1.243 lændepatienter og 202 nakkepatienter som blev fulgt op efter et år med registrering af ændring i smerter, funktionsniveau, forbrug af smertestillende medicin og jobsituation. Besvarelsesprocenten for etårsskemaet var 74%. Data blev suppleret med oplysninger fra flere registre, og der blev opbygget en klinisk database til behandling af de mange oplysninger. Patienterne

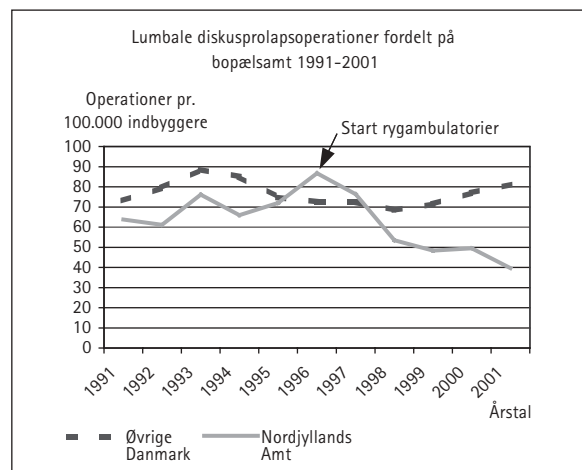
deltog også i en brugerundersøgelse (se: <http://www.nja.dk/NR/rdonlyres/emzwgghglos2kleadhvuksemcdc3cqnrjqhwjaoiig3w2mmq42ml4id2okakm544owgvrmx5feg4v5qouynzdjao6rzoeflydelseA5.pdf>)

Resultater

Patienterne var i gennemsnit 45 år, og 93% var i den erhvervsaktive alder. Samtlige patienter opfattede deres rygproblemer som alvorlige, og mange frygtede at rygproblemerne kunne påvirke deres fremtid. 66% af de erhvervsaktive var sygemeldt, og halvdelen af dem havde kroniske symptomer allerede ved første undersøgelse, hvilket indebærer en symptomvarighed på over 12 uger. Mere end 25% af patienterne havde en sag om uafklaret økonomisk kompensation, hvilket var forbundet med en dårlig prognose.

Evalueringen viser at behovet for diskusprolapsoperationer efter oprettelsen af rygambulatorierne er halveret. Især er antallet af førstegangsoperationer faldet. På trods af faldende behov for diskusprolapsoperationer i amtet blev ventetiden til operation dog paradoksalt nok tredoblet for reumatologisk færdigundersøgte og færdigbehandlede patienter sammenlignet med tal fra 1992 og 1995. Denne ventetid til operation ligger uden for rygambulatoriernes indflydelse.

88% af lændepatienterne og 95% af nakkepatienterne kunne færdigbehandles uden operativt indgreb opgjort efter to år. Af de erhvervsaktive var 86% i arbejde ved etårsopfølgningen.



Rygpatienter uden tegn på diskusprolaps viste sig at have et alvorligere forløb end patienter med tegn på diskusprolaps.

Patienterne udtrykte endvidere stor tilfredshed med personale, information og behandling, og 88% ønskede samme behandling i tilfælde af fornyede problemer. Mange patienter ønskede mulighed for kontakt til rygambulatorierne efter afsluttet forløb i tilfælde af fornyede problemer, for eksempel i et år.

Diskussion

Det kan nu konstateres at antallet af diskusprolapsoperationer for borgere i Nordjyllands Amt blev halveret i perioden fra 1997, hvor rygambulatorierne blev oprettet, til 2001. Amtets ventelistetilbud beregnet til elektive, førstegangsoperationer for diskusprolaps måtte som konsekvens heraf nedlægges. Da kun en mindre del af de opererede patienter er undersøgt i et reumatologisk rygambulatorium, er det muligt at behovet for rygoperationer kunne mindskes yderligere. Det observerede fald i behovet for rygoperationer skyldes formentlig primært ændringen i den reumatologiske indsats, herunder grundig orientering om behandlingstilbuddet, men andre faktorer kan have ændret sig i perioden, for eksempel at patienterne fik et mindre udtalt ønske om operation, eller at kirurgerne ændrede indikationerne. I den øvrige del af Danmark (kontrolgruppen) steg antallet af operationer for lumbal diskusprolaps svagt i den samme periode. Et fald i behovet for rygoperationer svarende til det nordjyske er imidlertid demonstreret i udlandet ved indførelse af et reumatologisk, tværfagligt rygambulatorium (IV).

Den høje erhvervsfastholdelse blandt de primært erhvervstilknyttede (86%) indikerer at den forbedrede reumatologiske behandling til udvalgte patienter har nedsat behovet for pension og sygedagpenge, som er langt den tungeste økonomiske udgift til disse patienter.

Når omkostningerne ved et gennemsnitligt forløb i et tværfagligt rygambulatorium sammenlignes med omkostningerne ved et tænkt vanligt forløb for patienter med 4-12 ugers lændebesvær, får man en omkostningsbesparelse på ca. 2.000 kr. pr. gennemsnitligt patientforløb i direkte hospitalsomkostninger. Dette svarer til ca. 1,5 mio. kr./år ved en forventet kapacitet på 800 patienter årligt. En stor del af besparelsen skyldes reduktion i antallet af opera-

tioner. De sparede ressourcer til rygoperationer kunne således med fordel omlægges til fastholdelse, udbygning eller kvalitetssikring af det forebyggende arbejde i rygambulatorierne, som nu varetager den konservative (ikke-operative) behandling af en større andel af patienter med diskusprolaps.

Af endnu større økonomisk betydning er det at en optimeret reumatologisk behandling af udvalgte rygpatienter i tværfagligt rygambulatorium forventes at reducere sygefraværet blandt rygpatienterne med ca. 50%. Det svarer til en omkostningsbesparelse på 26.000 kr. (inkl. direkte hospitalsomkostninger) pr. gennemsnitligt patientforløb, svarende til knap 21 mio. kr. årligt for hele amtet, sammenlignet med et vanligt forløb. Supplerende analyser viser at den reduktion i udstødningen fra arbejdsmarkedet der forventes ved behandling i tværfagligt rygambulatorium i forhold til hvad der opnås ved vanlig praksis, hvert år kan mindske omkostningerne (produktionstab forbundet med permanent arbejdsophør) med ca. 146 mio. kr. i hele Nordjyllands Amt frem til forventet pensionsalder. Hertil kommer at for hvert nyt år rygambulatorierne kører, vil man alt andet lige opnå samme reduktion i omkostningerne for nye patientpopulationer. Den samlede besparelse andrager således gennemsnitligt over 200.000 kr. per patient. Prioritering af hurtig undersøgelse og behandling i tværfaglige teams for udvalgte patienter synes derfor at være et omkostningseffektivt alternativ til vanlig praksis.

Behandlingstilbud til sværere rygpatienter bør overvåges af et kvalitetssikringsprogram til dokumentation og udvikling af behandlingstilbuddet. Efter norske undersøgelser at dømme kan kvalitetssikring etableres med en klinisk database for under 1% af prisforskellen mellem tværfagligt arbejde i rygambulatorierne og traditionelle behandlingsforløb.

På trods af henvisningskriterierne havde 35% af patienterne ingen tegn på diskusprolaps, men opfølgning efter et år viste at det gik disse patienter dårligere end patienter med tegn på diskusprolaps. Man bør derfor sikre mulighed for at alle relevante rygpatienter kan modtages i ambulatorierne. Kapacitetsbehovet i de nordjyske rygambulatorier kan ud fra engelske undersøgelser anslås til omtrent 2.000-3.000 patientforløb årligt, dvs. tre gange så stort som kapaciteten i dag.

Konklusion og anbefalinger

Ved tværfaglig, ambulatant behandling af patienter med tegn på diskusprolaps kan 9 ud af 10 henviste patienter færdigbehandles uden operation og med høj patienttilfredshed. Det er derfor muligt at nedsætte behovet for rygooperationer ved at give mulighed for ikke-operativ behandling og den kendte tendens til naturlig helbredelse. Rygpatienternes kostbare sygefravær kan nedsættes betydeligt.

Projektgruppen anbefaler på denne baggrund indførelse af reumatologisk ledede, tværfaglige rygambulatorier med tilstrækkelig kapacitet og kort ventetid i alle amter. Det er vigtigt at nødvendige hjælpeundersøgelser og tilsyn fra andre afdelinger, eksempelvis kirurgisk, ligeledes kan udføres med kort ventetid. Sygehusene bør have incitament til at fremme kort ventetid, hvilket kan opnås ved andre

veldokumenterede metoder end produktionsøgning alene, for eksempel hensigtsmæssig takststyring og faglige oplysningskampagner (V).

Ved oprettelse af et rygambulatorium anbefales det at fokusere på 1) samarbejde udadtil: enstrengt indgang til sygehuset, tæt kontakt til og samarbejde med primær- og socialsektoren, og 2) samarbejde indadtil: fælles behandlingsstrategi og sprogbrug, nødvendig tid til undersøgelse og information, fjernelse af ikke-patientrelateret arbejde og løbende opgradering af tværfaglige færdigheder inden for behandling og kommunikation. Alle rygambulatorier bør deltage i en landsdækkende klinisk database til forskning og kvalitetssikring.

- I. Nachemson AL, Jonsson E. Neck and Back Pain. The scientific evidence of causes, diagnosis and treatment Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- II. Cherkin DC, Deyo RA, Loeser JD, Bush T, Waddell G. An international comparison of back surgery rates. Spine 1994; 19: 1201-6.
- III. Indahl A, Velund L, Reikeraas O. Good prognosis for low back pain when left untampered. Spine 1995; 20: 473-7.
- IV. Klein BJ, Radecki R, Foris MP, Feil EI, Hickey ME. Bridging the gap between science and practice in managing low back pain. Spine 2000; 25: 738-40.
- V. Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Effects of a media campaign on back pain beliefs and its potential influence on management of low back pain in general practice. Spine 2001; 26: 2535-42.

Nordisk forskningskongres

Den 1.-3. juni

Se www.nordicphys.org

Forskningspris til fysioterapeut

Fysioterapeut Stine Steensgaard har fået Forskningsfondens Særlige Pris. Prisen gives specielt for Stine Steensgaards udvikling af en undersøgelsesmetode, der har betydning for de 300.000 - 400.000 danskere, der lider af inkontinens og hvor træning af bækkenbunden er en vigtig del af behandlingen.

Læs mere: <http://www.fysio.dk/sw37004.asp>

FIMM-kongres 2004

M/M Medicine and pain Evidence and new challenges

Den 14. internationale FIMM-kongres blev afholdt i Bratislava fra 14.-18. september 2004. Kongressen blev afholdt midt i Europa for at få så mange som muligt fra de østeuropæiske og asiatiske lande til at deltage. Sidste kongres blev afholdt i Chicago i 2001. Den blev af en del europæiske lande opfattet som meget dyr. Deltagertallet lå i år omkring 240. Den danske delegation udgjorde med ti en stor gruppe.

Overskriften antyder, at kongressen drejede sig om evidens og nye udfordringer for den muskuloskeletale medicin i fremtiden.

FIMM's formand *Bernard Terrier* fra Schweiz indledte med at forsøge at give et overblik over hvad den muskuloskeletale medicins fremtid er. Hvilke udfordringer står vi over for, hvordan ser den muskuloskeletale medicin ud i de forskellige egne af verden? Kan muskuloskeletal medicin overleve det stigende krav til evidens i den medicinske verden?

Fra den første FIMM-kongres i London i 1965 står stadig ubesvarede spørgsmål. Siden kongressen i 1995 i Wien har der været et stigende politisk pres for videnskabelig bevisførelse. Ved generalforsamlingen i FIMM i 1997 i Prag blev den daværende Advisory committee erstattet af Educational committee og Scientific committee. I selskabets navn indførtes i 1999 ved generalforsamlingen i Dresden Musculoskeletal Medicine sammen med Manual Medicine, men forkortet M/M medicine, for at imødekomme kravet om en mere organsammenhængende og videnskabelig frem for behandlings-sammenhængende terminologi.

Gerd Lyng

Klinik for Muskuloskeletal Medicin
Allinge



Der er udfordringer nok i at udforme en definition af faget, der kan anerkendes i hele verden, i at arbejde frem mod videnskab og undervisning på et evidensbaseret grundlag og i at fastholde muskuloskeletal medicin inden for den øvrige anerkendte medicin.

Vi må alle, såvel praktiserende læger som undervisere og videnskabelige kolleger samarbejde frem mod disse mål.

Vi oplevede adskillige af fagets store navne. Alderspræsident på talerstolen var Tjeckiets *Karel Lewit*, der stadig var god for en kommentar til de fleste af de øvrige indlæg. Lewit arbejder stadig i rehabiliteringsafdelingen af det medicinske fakultet i Charles universitetet i Prag.

Han indledte kongressen med et foredrag om funktion og dysfunktion.

Vores behandlinger virker ikke på struktur men på funktion. Den medicinske profession er ikke vant til at arbejde med begrebet »funktionel patologi«. Det er en væsentlig årsag til at den muskuloskeletale medicin har så svært ved at



Fra venstre: André Soos, Peter Silbye, Allan Gravesen, Niels Jensen, Gerd Lyng og Torben Halberg.

trænge igennem hos vore kolleger i den medicinske verden.

Det motoriske system er et samspil af mange strukturer. Det genetisk bestemte system dannes automatisk fra den tidlige barndom. Alle øvrige motoriske programmer dannes individuelt som til-lærte mønstre, umulige at forklare udelukkende ud fra neurologien. En god tennisspiller er et resultat af langtids-indlæring af motoriske mønstre

Hvis der opstår abnormalitet i denne langtidspro-ces, kræver det en reprogrammering af hele procesen forfra. Dette resulterer i kædereaktioner og vo-res opgave som muskuloskeletal medicinere består i, at finde »The Key link« og starte behandling dér.

Derfor er det en gylden regel for enhver be-handling, at den er forudgået af en afsluttet og analyseret undersøgelse. Al behandling kræver en diagnose, og det er ikke tilladt at skyde sig ind på diagnosen alene ud fra en enkelt øjnefaldende dys-funktion.

Muskler bevæger led, og når led ikke arbejder symmetrisk, handler det ofte om ubalancer i de re-gionale muskelgrupper. Behandlingen er derfor en justering af den neuromuskulære balance, hvilket lige netop er det hjemmeøvelser går ud på. Neuro-muskulære teknikker er bedre end passive mobilise-ringsmetoder. At afvente »release«, der er et musku-lært fænomen, er mere effektivt end repetition.

Som manuelmedicinere er vi trænet i at palpere den øgede tension der opstår over et smertefuldt område. Ingen mekaniske eller teknologiske syste-mer kan erstatte denne subjektive palpation. Derfor



Man at work. Bronzeskulptur med i Bratislava.

er det et paradoks, at den medicinske verden er mere indstillet på at tro på »kopien« (teknologien der forsøger at måle smerten) end på »originalen« (den trænede palperende finger).

Det er vigtigt at diagnosticere forandringer i soft tissue omkring et bevægehæmmet led. Eventuelle ar må behandles, og balancen skal genoprettes før hjemmearbejdet med at genopbygge motorprogram-mer, korrigerer vejtrækning og bevægemønstre samt optræne de dybe stabiliserende systemer kan lykkes.

Konklusionen er, at vores speciale kræver all-round viden om hele det motoriske system, i første omgang dets funktion, forstået som det motoriske systems »software«. Dernæst biomekanikken og neurofysiologien.

Jakob Patijn

Manuel/Muskuloskeletal Medicin er vanskelig at definere. Vi skal ikke spørge »Hvad vi gør« men »Hvorfor vi gør« som vi gør.

De manuel-medicinske skoler har defineret faget ud fra fundamentalt forskellige principper.

Nogle bygger hovedsagelig på filosofien om genoprettelse af funktion, andre taler om patologi som interne discusrupturer eller muskel- og binde-vævsforandringer.

Det er vigtigt at vi forsøger at definere M/M Medicin ud fra vores kendskab til den menneskelige organismes motoriske system. Nøglen er funktion og vi må starte med at definere det motoriske sy-stems funktion startende med den oprette stilling mennesket indtager til forskel fra dyrene.

Patijn deler denne funktion op i holdnings- og bevægelsesfunktion.

Først og fremmest i forhold til tyngdeloven se-kundært i forhold til den kropslige stabilitet og ligevægt.

For at kunne starte bevægelse er et posturalt stabilt system nødvendigt. Central neurologisk styring af såvel det posturale som det fasiske sy-stem er en selvfølge. Enhver patologi i en af det motoriske systems dele vil influere på balancen og en patologisk tilstand udenfor det motoriske sy-stem, f.eks. i viscera kan spille ind. En total kontrol af den initiale kropsholdning er nødvendig for enhver bevægelse indenfor det motoriske system. Det er vigtigt såvel at starte bevægelsen kontrolleret som at vedligeholde dynamisk stabilitet under be-

vægelsen, uanset hvad der kan opstå af forstyrrelser.

Patijn beskriver herefter 3 forskellige betingelser under hvilke det posturale system skal kunne fungere.

1. kontrol af holdning i den oprette stilling
2. kontrol af holdning når ligevægten forstyrres
3. kontrol af holdning under bevægelse.

Den interne kropskontrol er afhængig af den somatosensoriske proprioception via I-alfa afferensen og tyngdekraften. Det gælder såvel de store muskelgrupper der styres i muskelkæder som de små styrende segmentære muskler i columnas bevægeselementer.

De enkelte vertebrale bevægeselementer er væsentlige for den posturale kontrol og har i langt mindre grad bevægelsefunktion. Heraf kan man slutte at en terapeutisk indgriben i det segmentære niveau vil påvirke den afferente proprioception i det pågældende segment. Manipulation af et segment kan altså forstås som et »reset«-fænomen af abnorm proprioception gennem reetablering af den spinale reflexbane. Det forklarer imidlertid ikke hvorfor der er knyttet symptomer som f.eks. smerte til en dysfunktion i et segment.

Patijn beskriver det neurosensoriske balancesystem bestående af det visuelle, det labyrintære og det somato-sensoriske proprioceptive system. Fodsålerne er især vigtige informationskilder der konstant formidler proprioceptiv afferent information til CNS. Den oprette stilling kontrolleres af et samarbejde imellem postural muskeltonus, corticale reflekser, statolithspinale reflekser og strækreflekser.

Når balancen er forstyrret er der behov for aktivering af de muskulære kædereaktioner, for at genopbygge og vedligeholde ligevægt.

For at kontrollere kroppens ligevægt under bevægelse er muskelkædeaktiviteten essentiel. Under aktion vil kroppen hele tiden søge at regulere orienteringen i forhold til omgivelserne samt balancere i forhold til tyngdepunktet. Det er væsentligt at bevægelsen udføres på den mest energirigtige måde og uden at påføre kroppen skader.

Som læger er vi i stand til at arbejde holistisk, og den muskuloskeletale medicin samler diagnostisk og terapeutisk informationerne fra alle syste-



Torben Halberg nyder solen med en af Napoleons soldater.

mer. Det være sig smertesystemer, perifere nervesystemer, det autonome nervesystem, viscerale systemer, lymfe- og kar-systemer samt det vestibulære apparat.

Denne opfattelse af den muskuloskeletale medicin kaldes »Det posturale kontrolsystem«. Det er ikke en forklaringsmodel men en konsensusmodel og den adskiller sig jo ikke fra den model vi herhjemme arbejder efter.

Hans Tilscher fra Østrig og Matthias Psczolla fra Tyskland beskæftigede sig ligeledes med definitionen af Muskuloskeletal Medicin, den multidimensionale diagnostik og det multimodale terapeutiske koncept.

En muskuloskeletalt trænet behandler arbejder efter samme principper i udredningen af et sygdomsforløb som enhver anden diagnostiker i behandler systemet. Starter med en god anamnese, den kliniske undersøgelse skal afsløre resultat af traumer, destruktioner, degenerationer etc. Forskellen på MM-medicinsk og traditionel medicinsk udredning er at den muskuloskeletalmedicinske undersøgelse sigter på at afsløre funktionsforstyrrelser i langt højere grad end patologi. Tilscher taler om den topiske diagnose (low back pain, cervicalt syndrom, ischias m.m.), den strukturelle analyse (instabilitet, discusprotrusion etc) og den aktuelle diagnose (akut eller kronisk ledbesvær, hudforandringer, muskelproblemer etc.). Eet symptom er ikke nok til en diagnose, der skal mere til.



Den gamle borg i Bratislava.

Lars Remvig fra Danmark gennemgik i en workshop hypermobilitetssyndromet og hypermobilitet på et videnskabeligt plan. Vi fik en glimrende demonstration af hypermobile led på en til lejligheden inviteret meget smidig pige fra den slovakiske ballet. Referencelisten var med 107 henvisninger til relevant litteratur om hypermobilitet overraskende lang, i betragtning af hvor lidt vore kolleger ude i verden faktisk ved om emnet. Lars Remvig og Richard Ellis gennemførte på sidste FIMM-kongres i Chicago i 2001 en spørgeskemaundersøgelse der senere er refereret i Journal of Orthopedic Medicine.

I et af de indledende overordnede foredrag gennemgik Johan Vlayen fra Holland den Bio-psycho-sociale smertemodell. Vores viden om kronisk smerte bygger på en traditionel sygdomsmodel, en biopsychosocial model, en vanemæssig tillært model og den kognitive model.

Den traditionelle sygdomsmodel går tilbage til Descartes nociceptive smertereflex. Den somatosensoriske cortex registrerer den sensitive discrimination, cerebellum og motorcortex står for motor-kontrollen. Den anteriore cingulate cortex står for affekt og opmærksomhed og anteriore insula-cortex står for de autonome reaktioner.

I denne biopsychosociale model indgår det smertende organ som en del af et individ, der er en del af en familie der igen er en del af samfundet og den kultur det pågældende samfund har.

Den vanemæssigt tillærte model bygger på at en

væsentlig del af smerten er tillært. Babyen bruger hylet som en coping-mekanisme for at opnå noget. Den voksne person har for længst lært hvilken attitude, der giver den største opmærksomhed. Han refererede et morsomt forsøg hvor to forskellige holdninger til smerteudholdenhed blev testet. Den ene behandler forholdt sig straffende og den anden empatisk trøstende til forsøgspersonen, der skulle forsøge at holde sin hånd i iskoldt vand så længe som muligt. Personen der blev fulgt af empatisk trøsten holdt længst ud. Forsøget blev gentaget på samme betingelser, denne gang med en ledsagende ægtefælle. Nu holdt gruppen der blev fulgt af empatisk trøstende holdning næsten ikke til noget, før de opgav.

Den kognitive model dækker over det vi ved plejer at gøre ondt. Eksemplet var arbejderen, der hoppede ned på et stort søm, der borede sig op igennem skoen. Manden skreg af smerte og blev hvid i hovedet bragt til sygehuset, hvor man erfarede, at sømmet gik lige imellem storetå og 2. tå helt uden at ødelægge andet end sokker og sko.

Definitionen af smerte fra 1986 er: »En ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse associeret med aktuel eller mulig vævsskade eller beskrevet på samme måde som en sådan.« Vlayen konkluderer at:

- smerte er en emotionel oplevelse der er vagt forbundet med vævsskade
- påvirkningen af det daglige liv i høj grad er afhængig af psykologiske faktorer
- man bør skelne mellem smerte svækkelse og invaliditet. Behandlere bør være opmærksomme på, at frygt er en stor del af smerteoplevelsen hos mange af patienterne

Evidence based behandling og effektivitet var overskriften på en af de valgbare sessioner. Ellis' afsnit omhandlede individuel aktiv behandling kombineret med gruppeøvelserterapi hos en patientgruppe med akut og subakut lænderygproblem. Den ene gruppe modtog rådgivning samt »The back book« og fulgte herefter behandlingen hos egen praktiserende læge. Den anden gruppe modtog »The back book«, rådgivning, manuel behandling og øvelserterapi i en større gruppe igennem to uger. I evalueringen af hvor mange der kom tilbage i arbejde, smertescore og sundhedsstatus samt omkost-

ningerne ved sygdomsforløbet kom gruppen der fik såvel individuel manuel behandling som gruppeøvelsesterapi ind på en førsteplads med hensyn til hvor hurtigt de kom i arbejde, men omkostningerne ved at opnå dette resultat lå højere end omkostningerne i gruppen der kun fik vejledning og siden blev fulgt af egen læge.

Fra Australien fremlagde *Michael Yelland* et arbejde om *proloterapi* som en mulig behandling af kronisk lumbal instabilitet. Konklusionen var, at de medicinske og farmaceutiske omkostninger ikke blev reduceret efter behandlingerne. Behandlinger der fokuserer på smertelettelse hos gruppen med svær kronisk low back pain får ikke patienterne hurtigere tilbage på arbejde. Man kunne ønske sig at vide hvordan gruppen havde udviklet sig med sædvanlig behandling og yderligere hvordan det var gået, hvis man havde tilført regulær rehabiliteringsbehandling. Proloterapi anbefales udelukkende til patienter med spondylogene problemer der ikke responderer på andre behandlinger. Der skal være ligament- og seneømhed med i billedet og patienterne skal være fuldt informerede om forventelige virkninger og bivirkninger af behandlingen.

Funktionelle tilgang til behandling i thoracaldelen blev gennemgået af den amerikanske osteopat *Harry Friedman*. Et forudgående kendskab til funktionelle indirekte teknikker var en stor fordel for forståelsen.

Karl-August Lindgren fra Finland gav en ny synsvinkel i udredningen af thoracic outlet syndromet (TOS). Klinikken dækker smerter radierende fra skulderen til brystet, smerter og følelseløshed (numbnes) i C8-T1 området, besvær med at arbejde med hænderne i eller over det horisontale niveau samt natlige smerter. Efter gennemgang af de sædvanlige tests og operative behandlingsmuligheder for apertura thoracis superior-lidelser fik vi en test til undersøgelse af costa 1's funktion.

En ny test, der når den er positiv indikerer malfunktion af costa 1's bevægelse.

Hovedet roteres i neutral cervical position modsat det testede costa. Derefter sidebøjes nakken fremover. Ved malfunktion vil den syge sides scalemuskler være dårligt fungerende og en aktive-

ring af dem vil fremme bevægeligheden. Denne aktivisering foretages ved at bede patienten presse fremad mod et modhold. En vellykket reaktivering bedrer omgående funktionen af costa 1's bevægelse. Der er mange gode grunde til at forsøge at undgå kirurgi. TOS er en funktionel forstyrrelse i apertura thoracis superior.

Stefan Blomberg fastslog i sit indlæg om evidensen i den muskuloskeletale medicin at pragmatisk diagnostik ikke er mulig. Vi foretrækker pragmatisk terapi, der hele tiden indretter sig efter patientens betingelser og forhold.

Kongressen bød herudover på rigtig mange gode og mindre gode faglige indlæg om alt fra statistiske evidensberegninger til regulære skulderproblemer, primitive reflekser med patologisk aktivitet hos børn til hysteresedmåling ved ankelsupination, Columnas dybe stabiliserende system ud fra et kinesologisk udviklingsmæssigt perspektiv og meget meget mere. Det var til tider særdeles vanskeligt at vælge og det lykkedes ikke altid at ramme eftermiddagens væsentligste indlæg.

Alt i alt var det en vigtig og nødvendig kongres med fokus på den evidens vi i disse år i den grad går efter!



Pavarazzifotograf. Statuen står ved en café af samme navn.

Referat fra FIMM Scientific Committee

Bratislava 11.–13. september 2004

Lars Remvig
overlæge, dr.med.
Ortopædi og Rehabilitering, H:S Rigshospitalet

Deltagere

- Olavi Airaksinen, Finland
- Lothar Beyer, Tyskland
- Stefan Blomberg, Sverige
- Richard Ellis, England
- Michael Hutson, England (Vice-president FIMM)
- Jean-Yves Maigne, Frankrig
- Jacob Patijn, Holland (formand)
- Lars Remvig, Danmark
- Glen Gorm Rasmussen, Danmark (Chairman Education Committee)
- Jan Vacek, Tjekkiet

Siden sidste møde havde Robert Ward (USA) ønsket at trække sig af helbredsmaessige årsager. Han ville dog gerne være hvilende medlem. Boyd Buser (USA) havde trukket sig helt, og under mødet meddelte Richard Ellis, at dette møde ville blive hans sidste. Desuden var det på forhånd besluttet at FIMM general secretary Ron Palmer ikke behøvede at være personligt til stede, men at han kunne orienteres pr mail. dette bl.a. for at reducere udgifterne til afholdelse af SC møderne.

Nye medlemmer blev efter motiveret ansøgning og afstemning:

- Michael Patterson, USA
- Berit Schiøtzz-Christensen, Danmark
- Mike Yelland, Australien

Et væsentlig punkt på årets møde var drøftelse af FIMM Academy. Emnet havde også været drøftet de tidligere år, også på FIMM's generalforsamling. Tiden var nu kommet til en generalforsamlings afgørelse af om Akademiet skulle etableres. De sidste ændringer i forslaget til love for Akademiet blev vedtaget (og FIMM's Generalforsamling vedtog senere etableringen med stort flertal – se andetsteds).

Evalueringen af FIMM's 1. Scientific Committee Conference i Odense, januar 2003, var meget posi-

tiv, og næste conference blev drøftet uden at der dog kom nogen afklaring, bl.a. pga den forventede etablering af Academy.

JP havde i forbindelse med sidste FIMM Generalforsamling, med succes, holdt et kursus i Reliability væsentligst for Education Committees medlemmer. Det blev besluttet at stramme lidt op på det, således at det kunne holdes inden for én dag. LR gik med i arbejdsgruppen mhp. denne revidering af kurset. Næste kursus afholdes blev drøftet. LR foreslog kursus i tilknytning til næste DSMM årsmøde og det blev accepteret at LR drøftede det med DSMM.

Et udkast til en protokol for Pragmatic Trials udarbejdet af LR og RW blev gennemdrøftet, og det videre arbejde blev lagt i hænderne på LR og SB.

I den mere videnskabelige del af mødet gennemgik vi bl.a. emner som:

- Postural control system as a consensus model for Manual/Musculoskeletal Medicine (M/MM) ved JP
- Muscular Chain in M/MM (JV)
- The rationale of invasive therapies in M/MM (RE)
- The effect of manipulations: Electromyography (OA)
- Pain and M/MM (J-YM)
- Trigger Points and M/MM (LR)
- Etiology of the segmental dysfunction and its segmental sequelae (LB)
- Basic research in the SI-joint (SB)

Næste møde blev planlagt til maj 2005 formodentlig i Paris, men dette også afhængigt af den mulige etablering af FIMM's Academy.

Orientering om FIMM's International Academy

Tanken om at etablere et Forum for videnskabelig diskussion m.m. under FIMM's vinger har være bragt på bane for mange år siden, bl.a af FIMM's tidligere General Sekretær, Johannes Fosgreen, og den har gennem årene haft vedvarende støtte fra bl.a. Jacob Patijn, formand for FIMM Scintific Committee (SC) og Michael Hutson, tidligere FIMM President. Efter flere års arbejde med drøftelser og endelig udformning af Love for – nu kaldet Academy – blev det på dette års FIMM Generalforsamling med overvældende flertal vedtaget at etablere FIMM International Academy.

Hvorfor nu et Academy når FIMM allerede har en SC vil mange måske spørge om?

FIMM's SC er en lille gruppe udpeget af formanden for komiteen, Jacob Patijn, og denne er således den eneste demokratisk valgte (af FIMM's Generalforsamling). Det har generet mange af FIMM's medlemslande at de ikke har haft mulighed for at kunne deltage i SC's arbejde.

Academy vil imidlertid få individuelle medlemskaber af såvel forskere som undervisere inden for manuel/muskuloskeletal medicin (M/MM), foreløbigt kun læger og amerikanske osteopater (DO's). På langt sigt er det dog håbet at alle med universitetsuddannelse og videnskabelig skoling kan blive medlemmer.

Det skulle gerne blive et aktivt forum for drøftelse af oplæg til videnskabelige undersøgelser, protokol udkast, videnskabelige resultater osv. samt et forum for drøftelse af hvad der bør indgå i kurser m.m.

Medlemskab kræver dels at man er enten videnskabelig eller undervisningsmæssig aktiv, og dels at man anbefales af 2 andre, evt. indstilles af det Nationale Selskab man er medlem af. De nærmere operationelle forhold er endnu ikke helt på plads.

Medlemmerne betaler et årskontingent – første år formodentlig 50 euro – men de får for dette bl.a. en reduktion i årsmødegebyr og forhåbentlig senere også et Newsletter.

Der planlægges møder hvert andet år måske hvert år, indtil videre i eget regi, måske koblet til Nationale Selskabers årsmøder, måske senere koblet på Spine Week eller lignende møder.

Organisatorisk kommer Academy til at bestå af en bestyrelsen, benævnt Executive Board (EB) og af et Science Board (SB), og de første medlemmer her-

Lars Remvig
overlæge, dr.med.
Ortopædi og Rehabilitering, H:S Rigshospitalet

til er valgt/udpeget i forbindelse med FIMM's Generalforsamling.

EB kommer til at bestå af 4 personer: Chairman (Michael Hutson blev valgt af FIMM generalforsamling), Scientific Director (Jacob Patijn), en Administrative Officer (Usamah Jannoun, England) og en Finance Officer (Victor Dvorak, Schweitz) alle valgt af FIMM's bestyrelse.

Chairman og Scientific Director vil være på valg hvert år, dog maksimum 4 år og de 2 øvrige medlemmer vil blive valgt for 4 år ad gangen.

SB kommer til at bestå af op til 12 personer, med Scientific Director som formand. Desuden er Administrative Officer og formanden for FIMM's Education Committee faste medlemmer. De øvrige 9 medlemmer vil det første år blive de nuværende medlemmer af FIMM's SC, som i øvrigt derefter nedlægges.

Herefter vil disse 9 medlemmer være på valg hvert år, valgt af medlemmerne af Academy på den årlige Academy Generalforsamling, hvor dog kun de medlemmer der er medlem af et Nationalt Selskab under FIMM har stemmeret.

De endelig vedtagne Love for FIMM's International Academy vil senere kunne ses på www.fimm-online.org hvor man må holde sig orienteret.

Første Academy møde forventes at blive i Nottingham til september 2005, placeret sammen med FIMM's næste generalforsamling. Alle interesserede opfordres til at holde sig parate med en motiveret ansøgning og med proponenter og melde ind så snart yderligere informationer om optagelses proceduren foreligger.

Master, ja men det er ikke muligt for MIG, eller er det?



Inge Ris
Fysioterapeut, DipMT, MScR
Dalum Fysioterapi, Odense

Som nyuddannet master i rehabilitering møder jeg en del kollegaer, som siger: »Det må være dejligt, men det kan jeg ikke gøre i min situation«. Det var også min første tanke, men det viste sig at være et spørgsmål om opbakning (fra min familie og klinik), økonomisk støtte (fra fonde i DF, praksisfonden og MTfagforum) og masser af begejstring (fra mig selv og medstuderende).

Studiet

Så for dem, som går med en masterstudent i maven, vil jeg med dette indlæg gerne afdramatisere de tilsyneladende uoverskuelige barrierer, som man som praktiserende fysioterapeut kan føle for at kunne gennemføre en masteruddannelse.

Jeg kan ikke andet end at tage udgangspunkt i mit eget forløb og mine medstuderendes, velvidende at hver enkel situation er forskellig og har andre problematikker.

Der var en del praktiske dilemmaer, som jeg skulle tage stilling til: prioritering af tiden, økonomien, og mit arbejde.

Det tog tid, en hel del endda. På masteruddannelse i rehabilitering var der forelæsninger fredag og lørdag hver anden uge. Uddannelsen varede 2 år. Det sidste halve år var der dog ingen forelæsninger. Næsten alle forelæsninger foregik i Odense, så mine medstuderende, der ikke var fynboer, skulle overnatte i Odense. I alt handlede det om ca. 20 overnatninger. Det betød, at der gik ca. 20 fredage og lørdage fra i arbejdstid og privattid i det første 1½ år. Desuden var der en uges obligatorisk sommerskole i juni i det første år. Studierne hjemme tog mellem 5 og 15 timer om ugen. Det var ens egen prioritering som bestemte meget her. Det første 1½ år valgte jeg at holde fri i weekender, men læste én hel dag om ugen, samt 3 til 4 aftener. Undtagen op til eksamener, kunne jeg overholde det. Det betød,

at jeg på forhånd havde valgt, at mit studie ikke lå på førstepladsen, men at der skulle være plads til familien. Mine venner blev orienteret om, at de kom på sidstepladsen i forhold til min tidsprioritering, til gengæld kunne de glæde sig til en fest efter 2 år (hvis de var der endnu!). For mit vedkommen var det en god ordning at have lavet en aftale på forhånd, så det også var »legalt« at holde fri.

Økonomi

Det kostede penge, også en hel del. Som praktiserende fysioterapeut søgte jeg praksisfonden, og de betalte min universitetsafgift på kr. 60.000 i alt. Desuden har jubilæumsfonden, forskningsfonden og MT fagforum bidraget økonomisk. Jeg søgte mange andre fonde. Der findes tusindvis af dem i Danmark. Men fonde som »Bagermester Niensens fond for støtte til ældre kvindelige studerende« og lignende, gav ingenting. Ud af de ca. 40 ansøgninger fik jeg kun mange, pæne afslag tilbage. Derhjemme havde vi aftalt, at vi godt ville ofre skiferien, men ikke rødvinen. Jeg glæder mig meget til at komme på skiferie nu efter 2 år!

Hvad så med klinikken? Mine kollegaer har bakket mig op i dette forløb. Det har betydet meget for mig at kunne dele mine oplevelser på godt og ondt med dem. De har lagt ører til meget forskelligt i de 2 år, og det har været vigtigt at relatere min nyindvundne viden til den daglige kliniske praksis ved at bruge dem som sparring.

Det sidste halve år blev brugt til afhandlingen. Jeg oplevede det som meget og hårdt arbejde. Det var ikke muligt for mig at gennemføre det inden for de tidsressourcer jeg havde sat af, så jeg tog en måned med orlov. Det tog uanede mængder af tid at indvinde, analysere, bearbejde og beskrive en hel masse data. Det kom bag på mig at det var så ressourcekrævende. Det var tæt på at koste en uge af sommerferien, men min studiekammerat og jeg havde på forhånd aftalt, at det skulle færdiggøres inden ferie, med accept af at det ikke var fejlfrit.

Mange af de ofre, der skulle gøres, blev opvejet mod den fantastiske oplevelse at være studerende, at være i en udvikling, få masser af nye indfaldsvinkler, at lære og at flytte sig. For mig har de praktiske barrierer løst sig efterhånden, ikke mindst på grund af en positiv indstilling fra familien og kollegaer. Jeg havde valgt på forhånd at tage stilling til,

hvor store ofrene måtte blive, og det har været en god hjælp for at sætte rammerne op til studiet.

På selve studiet har vi fordybet os i mange emner: videnskabsteorier, sundhedsøkonomi, statistik som nogle af de »hårde« fag. Dog også, og ikke mindst, emner som: brugeren af sundhedsvæsenet, forebyggelse, tværfagligheden med filosoffer, antropologer og sociologer som undervisere.

Jeg har flyttet min opfattelse og forståelse af fysioterapi en del. Selve afhandlingen har nok været den største læreproces. Jeg har lært vedrørende vores emne, men ikke mindst om at være forsker ud i praksis og at anskue vores egen praksis igenem »forskerøjne«.

De få ulemper har været, at de løfter, som blev givet på forhånd vedrørende studiet, ikke alle sammen blev holdt. Til trods for tilsyneladende megen indflydelse, var det et meget styret forløb fra universitetets side. Vi var »kun« studerende, for de fleste af os en ukendt rolle at skulle acceptere ramme og regler uden ret megen indflydelse.

Betydning for klinisk praksis

Hvad betyder det for min hverdag som praktiserende fysioterapeut? Uddannelsen har givet mig et større perspektiv for fysioterapi. Forholdet mellem vores fag og sundhedsvæsenet og samfundet er tydeliggjort. Det samme gælder fysioterapiens placering, muligheder og udfordringer i forhold til brugeren og dennes kontekst, samt de udviklinger der sker i samfundet.

Eller mere konkret eksempelvis:

- En bevidstgørelse omkring de valg jeg gør i forhold til min behandling, kommunikation, formidling, vejledning.
- En bevidstgørelse omkring de mange elementer der er i den kliniske beslutningsproces.
- En kritisk holdning til litteratur, samt redskaberne til en bedre vurdering af den.
- Mine holdninger til andre behandlere i sundhedssystemet baseres mere på en vurdering af de muligheder, det giver for patienten, med ønsker om et samarbejder hvor patienten er reelt i centrum, end de forskellige gruppers faglighed.
- Overvejelser vedrørende magtbalance mellem behandler og patient.
- Og meget andet.

Jeg kan kun anbefale alle med lyst til at tage en masteruddannelse at springe ud i det! Det er en stor hjælp at have opbakning fra sit bagland, både privat og arbejdsmæssigt. Ved hjælp af den og ens egen entusiasme kommer man over de fleste uoverskuelige barrierer. Det er krævende men overskueligt og en fantastisk mulighed for ens egen udvikling som fysioterapeut og som person.

Masterafhandling ved Master i Rehabilitering

Naturvidenskabens (af)magt i et humanistisk fag

Power(lessness) of science in a humanistic discipline

»Jeg ændrer bare mine argumenter« – en vægtning af naturvidenskabelige og humanistiske værdier i den kliniske beslutning

Syddansk Universitet

August 2004

Inge Ris, fysioterapeut, DipMT, MScR

iris@privat.tele.dk

Leif Zebitz, fysioterapeut, CertMDT, MScR

lze@cvsu.dk

Resumé

Baggrund

Fysioterapeutiske handlinger/behandlinger som de udføres af praktiserende fysioterapeuter i primærsektoren (privat praksis) bliver foretaget på baggrund af nogle valg der foretages kontinuerligt i løbet af den tid fysioterapeut og patient arbejder sammen (konsultationen), det være sig i undersø-

gelses- såvel som i behandlingssituationen. Skønt undersøgelse og behandling ofte beskrives som en fortløbende proces uden konkret distinktion og afgrænsning, vil der specielt i den første seance blive fokuseret på at kortlægge symptomer og problemområder samt på løsningsstrategier til disse.

Denne proces »den kliniske beslutningsproces« eller »kliniske ræsonneringsproces« vil være under indflydelse af mange faktorer. De faktorer som fysioterapeuten er under indflydelse af, kan belyses på flere måder. En anskuelse er, at der kan skelnes mellem eksterne og interne faktorer, hvor de eksterne defineres som de der udspringer fra samfundet, sundhedssystemet, det faglige miljø m.m. De interne faktorer er de som omhandler fysioterapeutens personlige præferencer. Uddannelse og erfaring, interesser, forforståelser som udspringer fra »eget levnet liv«.

Faktorerne kan opdeles mellem nogle overvejende naturvidenskabeligt udsprungne eller påvirkede, og nogle overvejende humanistisk udsprungne. Hvis det forholder sig således, kan der tales om hvorledes balancen i beslutningerne er mellem den naturvidenskabelige og den humanistiske viden i de kliniske beslutningsprocesser.

Vores teoretiske rum eller udgangspunkt, indeholder teorier om den kliniske beslutningsproces i den terapeutiske verden, som den er beskrevet af forskellige forfattere og forskere. Desuden teorier om vidensbegreber, hvor især teoretisk og praktisk viden holdes op overfor hinanden. Dernæst teorier vedrørende de overordnede eksterne faktorer, strømninger og tendenser i samfundet og sundhedsvæsenet. Den vigtigste af disse er evidensbegrebet og opfordring og stræben efter at mest muligt i rehabiliteringsprocessen bliver udført efter evidensbaserede principper.

Formål

Afhandlingens formål er, at finde, beskrive og diskutere faktorer der påvirker den kliniske beslutningsproces i forhold til de normer, værdier og kundskaber fysioterapeuten besidder og er under indflydelse af. Vi håber at opnå en relevant diskussion om hvilke rolle »evidens«, de mere traditionelle naturvidenskabelige krav til måling og effekt, har i forhold til mere humanistiske værdier som patientens autonomi, de menneskelige værdier i beslutningsprocessen.

Den diskussion er overførbart til rehabiliteringsprocessen, hvor en enkelt person står alene med ansvaret for beslutninger som kan have langtrækkende konsekvenser for de implicerede. Det er aktuelt i dagens Danmark hvor rehabiliteringsprocessen ofte er en, endnu, monofaglig proces. Rehabilitering trækkes, ligesom fysioterapi, med en medicinsk baggrund i en diagnosestyret adgangsbillet til genoptræning. Beslutningen er her ligeledes under indflydelse af naturvidenskabelige værdier som evidens, effektmålinger, paternalistisk tilgang samt et ønske eller krav om en humanistisk styret proces med patienten, dennes værdier og kontekst som centrum.

Metode

Afhandlingen er et kvalitativt studie baseret på observation med brug af video, semistrukturerede interview og fokusgruppeinterview. Ved analyse og fortolkning af empirien, anvendes metoder der udspringer i de fænomenologiske og hermeneutiske traditioner. Projektet kan betegnes som et case studie. Casen vil i denne afhandling være »den kliniske beslutningstagen«, en fortløbende proces som foregår når fysioterapeuter i praksis undersøger og behandler patienter med kroniske eller længerevarende rygsmærter. Afhandlingens problemområde er beskrivelse af kliniske beslutningsprocesser, samt en analyse af hvilke interne og eksterne faktorer disse er under indflydelse af. Ved at udføre kodning og meningskategorisering af interviews analyseres disse for data. Videomaterialet bruges dels til at dokumentere kategorierne i beslutningsprocessernes, samt til at underbygge data fra interviews. Individuelle og fokusgruppe interviews bruges til at fremdrage de refleksioner som fysioterapeuterne har i beslutningsprocessen.

Data består af videooptagelser af 5 seancer hvor praktiserende fysioterapeuter (udvalgt efter kriterier om at de skal have en del erfaring og/eller ekspertise i klinisk praksis, samt udvise interesse over for refleksion i deres praksis) undersøger patienter med længerevarende eller kroniske rygsmærter. Dette uddybes i et interview med fysioterapeuterne umiddelbart efter videoseancen og senere i et fokusgruppeinterview hvor 4 af de 5 fysioterapeuter har deltaget.

Analyse

I analysen af data søger vi at finde tegn på brug af forskellige beslutnings- eller ræsonneringsmønstre, samt at anskueliggøre/dokumentere, at der kan være balance eller ubalance mellem de humanistiske og de naturvidenskabelige værdier i disse, noget som kan være skjult for fysioterapeuterne.

Konklusion

Undersøgelsen af kliniske beslutninger foretaget i praksis ved fysioterapeutens undersøgelse af patienter med kroniske rygsmerter viser, at påvirkninger fra de naturvidenskabelige traditioner fylder meget i bevidstheden, men at humanistisk prægede kundskaber indflettes og bruges i den konkrete situationsbestemte praksis. Således synes der at optræde en samling af de rationelle kognitive modeller som den hypotetisk-deduktive og den fænomenologiske menings- og betydningsbaserede model.

Fysioterapeuternes basale teoretiske viden præger i høj grad de beslutninger der foretages. Teoriene er det »objektiv« der undersøges igennem. Fra grunduddannelse og videre gennem efter- og videreuddannelse uddybes det teoretiske grundlag. Teorier implementeres i fysioterapeutens hverdag, dog uden at fortrænge den viden som er baseret på praksis.

Objektive fund overskygger og overdøver subjektets fortælling, fordi naturvidenskabelig tankegang er indlejret så dybt i (under)bevidstheden, at selv tydelig tale krydret med kropslig dramaturgi, ikke formår at ændre eller fjerne det filter som teorier og uddannelse har presset ned mellem subjektet patienten og subjektet fysioterapeuten.

Fysioterapeuterne bruger deres samlede erfaring ved beslutning om og valg af interventionsstrategi. F.eks. vurdering om behandlingen skal være aktive-rende eller om den må rumme en væsentlig passiv dimension, betyder patienternes fremtrædelsesform mere end hvad de objektive undersøgelsesfund indikere.

Forståelse for kroppen som et apparat en »kød-maskine«, gælder både fysioterapeut og patient. Fysioterapeuten »screener« patienten for fejl, finder patologien og opdeler patienten i ondt i livet og ondt i kroppen. Patienten kategoriseres, der bruges et skema, med henblik på at opnå en diagnose, som efterfølges af en bestemt behandlingsform.

Fysioterapeuterne reflekterer over evidens som en af de faktorer der har direkte påvirkning på en klinisk beslutning. Nogle mener at de fleste af deres overvejelser sættes op imod den evidens der er på området, andre vedkender evidensens vigtighed, men blander begrebet sammen med teorier, retningslinjer, praktisk erfaring. Der er konsensus om at patienten er det sande element i en beslutning, og patientens reaktion på en given behandling, vægtes højere end evidens.

Den kliniske beslutning hos vores respondenter er under påvirkning af en opfattelse af professionsidentitet der styres på national og international niveau, ikke på lokal niveau. Her er det især krav om evidensbaseret praksis der slår igennem som »det gode« fysioterapi, det respondenterne oplever som en god identitet. Den humanistiske værdi vægtes ikke meget i deres professionsidentitet.

Balance mellem humanistiske og naturvidenskabelige værdier

Vores observationer viser, at praksis foregår i en vekslen mellem biomekanisk udredning efter et naturvidenskabeligt mønster, og søgen efter at forstå og tolke på patienternes fortællinger om deres liv med smerte, i en humanistisk forståelsesramme. Fysioterapeuterne anser denne vekslen som essentiel i deres tilgang til patienterne, de sætter stor pris på at der udvikles evidens i deres felt, men i deres handlinger og interventionsstrategi bruger de kun evidensen hvis denne stemmer overens med hvad fysioterapeuterne selv har erfaret.

Fysioterapien er som det øvrige samfund præget af en diskurs, hvor selvbestemmelse og ansvar for egen situation er i fokus. Derfor er tendensen i behandlingsstrategierne at det skal være »hands off« og aktivitet frem for »hands on« og passive behandlingsmetoder.

Fysioterapifaget søger evidensbaserede behandlingsstrategier, men kan og vil ikke undvære »menneskearbejdet«, der blot ikke (endnu) har ladet sig udtrykke i en form der legitimerer argumentationen for patienter, rehabiliteringskollektivet såvel som for samfundet i øvrigt.

Uddannelse til fysioterapeut, athletic trainer, og styrke- og konditionsspecialist i USA



Dorte Nielsen
DPT., ATC., CSCS
Professional Orthopedic &
Sports Physical Therapy, NYC, USA

Uddannelsesforløb

1. 1993–94: 2 Community Colleges. Minnesota, MN.
2. 1997–98: The College of St. Cathrine. Minnesota, MN.
3. 1998–01: The University of Wisconsin-La Crosse. La Crosse, WI. Uddannet med B.Sc I Athletic Training og Styrke og Conditions Training.
4. 2001–03: The University of Pittsburgh. Pittsburgh, PA. Uddannet Doctor of Physical Therapy.

Før jeg begynder at fortælle om mit uddannelsesforløb i USA, vil jeg først beskrive hvad en athletic trainer (ATC- Athletic Trainer Certified) beskæftiger sig med. Som ATC har man kun lov til at beskæftige sig med idrætsskader, og man bør eller for at sige det mildt være sportsfanatiker, for man arbejder næsten døgnet rundt hele året. Som ATC møder man før holdet begynder træning, er klar til at se spillerne, som skal behandles, tapes op, forbindes, eller har genoptræning før træning/kamp begynder. Derefter sørger man for at sportsmedicinstasken er pakket og man har vanddunke, isbeholder og hvis det er en udendørs sport, så har man often en bære med. Imens holdet træner/spiller kamp, er man som ATC hele tiden på sidelinjen til rådighed og ens arbejdsdag slutter ikke før den sidste spiller forlader træningslokalet, hvilket nogle gange kan være 1–2 timer efter træning/kamp sluttede. Desuden tager en ATC med holdene på træningslejligheder, turneringer, udekampe osv, samt er til rådighed om aftenen eller tidligt om morgenen, hvis en spiller har brug for ekstra behandling.

I USA skal man have en B.Sc. for at kunne søge ind på fysioterapistudiet, og de forskellige universiteter som tilbyder en Master eller en Doctor i fysioterapi, har forskellige krav/fag, som man skal bestå før man kan blive optaget. Nogle af de mest

normale pre-physical therapy fag inkluderer anatomi, fysik, kemi, matematik, fysiologi, biologi, og kinesiologi, biomekanik, statistik, psykiatri og medicinsk terminologi. Desuden er det i dag de færreste universiteter i USA som godtager nogle af de grundfag som man kan læse på gymnasiet, HF osv. Så selvom jeg blev sproglig student i 1993, så skulle jeg stadig tage grundfag, som amerikanerne kalder »general education classes«. Grundfagene inkluderer fag som religion, sprog, matematik, idræt, diæt, musik, historie, og litteratur.

Jeg søgte ind på The University of Wisconsin-La Crosse i 1998 og de næste 3 år kom jeg til at bruge 2300 timer i skolens athletic trainings room, på træningslejligheder, i hallerne, på idrætsbanerne eller på at rejse med diverse sportshold, at jeg skulle være i træningsrummet hver dag fra kl. 14 til 19, i weekenden osv. Det var en utrolig hård uddannelse, hver dag gik jeg til mine timer, hvor jeg tog fag til min uddannelse til pre-physical thereapy, athletic training, og styrke og konditions specialist (CSCS: Certified Strength and Conditioning Specialist) og det føltes som om 3 år fløj af sted. Uddannelsen som ATC og CSCS inkluderer, at man tager mange af de samme fag som er de samme som pre-physical therapy studiet, men desuden også fag som genoptræning, forebyggelse af idrætsskader, orthopædiske evalueringer af over- og underkroppen, førstehjælp, træningspsykiatri, bevægeapparatet, styrketræning, idrætslaboratoriske metoder, samt terapeutiske modalities. Jeg føler at CSCS er et godt supplement til athletic training, da de fag som skal bestås for at kunne tage CSCS eksamen kan hjælpe en til at forstå hvordan styrke-, konditionstræning og vægtløftning kan være med til at forebygge og/eller genoptræne idrætsskader. Desuden gennemgik jeg også et weekendkursus og bestod en Olympic Weightlifting Club Coach eksamen.

På UWL lærte jeg utroligt meget om de mange forskellige idrætsskader kroppen kan udsættes for, undersøgelse af idrætsskader, genoptræningsprogrammer, modalities, hjernerystelser, hvornår en idrætsskadede er klar til at spille igen, hvordan man kan se om udøveren har kulde eller hedeslag, hvornår man skal stoppe en kamp pga f.eks. lyn og torden, om spillerne har det rigtige udstyr på og om udstyret er i orden, hvornår man skal ringe efter ambulancen og hvordan man skal præsentere en

skadesrapport til en idrætslæge. Vi skulle f.eks. også kunne tape en forstuvet ankel på mindre end 3 minutter, hurtigt kunne udføre en undersøgelse af en hjernerystelse og beslutte om atleten kan fortætte, desuden lærte jeg at sammenstykke genoptræningsprogrammer sammen med skolens styrke og konditionsspecialister. I USA er det ulovligt at spille turneringskampe uden at en ATC er på sidelinjen. Dette gør at hvis en skade opstår, så er behandlingen utrolig hurtig. I USA bruges PRICE (Prevention, Rest, Ice, Compression, Elevation) princippet, og hvis jeg som ATC føler, at en spiller har brug for et røntgenbillede eller en MR scanning, så kan jeg hurtigt sende bud efter en ambulance og spilleren er allerede kommet afsted til hospitalet inden kampen er overstået. Træneren kan overlade den skadede spiller til ATC'en og kan fokusere på træningen/kampen. Når træningen/kampen er ovre, så giver ATC'en en skadesrapport til træneren om, hvad der er i vejen med spilleren og hvad der skal gøres for at takle skaden. ATC'en er med til at afgøre, hvornår spilleren er klar til at deltage i træning/kamp igen. Det kan nemlig godt være ret svært at få både trænere og idrætsudøveren til at forstå, hvor lang tid det kan tage at genoptræne en speciel skade, især hvis en stor turnering eller lignende er nært forestående.

I juni 2001 startede jeg på at læse til Master of Physical Therapy (MPT) på the University of Pittsburgh (PITT). Fagene som jeg læste var på et meget højere niveau og inkluderer menneskets anatomisk palpation, fysiologi, massage og ledmobilisering, fysioterapi til hjerte-kredsløbs- og lungerelaterede problemstillinger, grundmotorikken, undersøgelses- og behandlingsmetoder til reumatologiske problemstillinger bevægelses apparatet, evidensbaseret fysioterapi, undersøgelsesmetoder til at diagnosticere og behandle patienter med geriatriske, ortopædkirurgiske og neurologiske problemstillinger, beslutningsproces, genoptræning, forebyggelsesmetoder, observering, analysering og vurdering af basal bevægeanalyse i et livsforløb, almen sygdomslære, neurologi, fysioterapi behandling af øre sygdomme, smertebehandling, administration, epidemiologi, kirurgi, psykiatrisk sygdomslære samt praktikophold. Efter det første års studier havde vi vores første fuldtidspraktik i 7 uger, og jeg valgte at søge i praktik på Brønshøjs Fysioterapi Klinik. Det var meget anderledes at komme hjem til Danmark, nok mest fordi jeg havde læst på engelsk og at det derfor var lidt svært at finde ud af, hvad man kaldte nogle ting på dansk. En helt anden ting er, at i USA bruges ALT FOR MEGET tid på at dokumentere. Det er mest pga. forsikringerne som be-





taler det meste af amerikanernes fysioterapi og ofte faktisk bestemmer om en patient kan få flere besøg (altså penge til fysioterapi). I Danmark erfarer jeg hvor utrolig dygtige mange fysioterapeuter er til at udføre manuel fysioterapi, og i USA giver man altid patienten HEP (home exercise program) som skal laves dagligt og som bliver opdateret, når patienten kommer tilbage på klinikken. Nogle patienter kommer så kun 1–2 gange om måneden for at få opdateret deres hjemme programmer, mens andre kommer 2–3 gange om ugen for en korsbåndsskade, skulderskade osv.

Studiet tog 2 år men midtvejs blev vi tilbudt at læse i 6 måneder mere, hvilket betød at vi havde mulighed for at bestå med en Doctor of Physical Therapy. Det sidste år var fuldtidspraktik, 40 timer om ugen med kun 2 ugers ferie i løbet af det år. Under vores fuldtidspraktik skulle vi også tage 2 valgfag, hvor jeg valgte at læse »advanced musculoskeletal«. Den »advanced musculoskeletal« klasse som jeg tog var for undersøgelser at specielt foden, knæet og hoften. Vi lærte at analysere gang/løbeapparatet i en meget højere grad. F.eks for undersøgelser at foden, gennemgik vi den normalbevægelse af ledene og hvad der kan gøres hvis patienten er »overpronator« eller »oversupinator«. Hvordan man kan manipulere de forskellige led hvis de er hypomobile og tapening af f.eks. plantar fasciitis. Desuden gennemgik vi en normal løbeskos opbygning og hvordan man laver ortopædiske såler.

Noget af det bedste ved at læse på PITT var at mange af de ting som vi læste om eller ny

forskning inden for fysioterapi, var ofte udgivet af vores professorer. Desuden er universitetets lægestudie en af USA's topuddannelser, og vi kunne bruge deres anatomilokaler, bibliotek, samt gå til foredrag når der var ortopædisk forelæsning en gang om ugen, hvilket gav en et indblik i hvordan lægerne udførte deres operationer. Hvis en af kirurgerne forskede i nye teknikker osv. så fik vi ofte patienterne til genoptræning og det er fascinerende at en korsbåndsskadede atlet nu ofte er tilbage på et meget højt træningsniveau i løbet af 6 måneder.

Efter at jeg afsluttede mit studie på PITT og tog den afsluttende fysioterapieksamen igennem The America Physical Therapy Association (APTA), fik jeg tilbudt et fuldtids job hos Professional Orthopedic & Sports Physical Therapy en ortopædisk fysioterapiklinik i New York City. Her behandles mange topidrætsudøvere og noget at det mest »cutting edge« er at patienten kommer til fysioterapi med deres MR scanning på en cd-rom. Vi kan så afspille cd'en og MR scanningen bliver vist som en film som kan stoppes og føres frem og tilbage indtil man kan se skaden. Dette gør det meget lettere at se hvor involveret skaden er.

Forskellen på at have en Master eller en Doktor i fysioterapi er i øjeblikket meget lille. The APTA og de forskellige stater er i gang med at søge om tilladelse til at fysioterapeuter med en DPT uddannelse kan udføre undersøgelser og behandlinger af patienter uden en doktors henvisning, der er dog en del forskel på lovene i de forskellige stater. Med en DPT kan jeg udføre den første undersøgelse uden en henvisning fra en doktor, dog skal patienten have en henvisning før behandlingen kan startes. Den første undersøgelse bliver sendt til doktoren og hver anden til hver fjerde uge blive doktoren opdateret i patientens fremskridt. Som fysioterapeut i USA kan man ikke sygemelde, dog er en stor del af sygemeldelsen fra doktoren baseret på genoptræningsforløbet under fysioterapi. I USA er der stor konkurrence imellem kiropaktorer og fysioterapeuter. Man skal derfor passe meget på hvordan man dokumenterer sine behandlinger og hvilke manipulative teknikker man udfører. Samarbejdet mellem de to discipliner er dog blevet meget bedre siden jeg først kom til USA i 1993.

Behandling af stress, angst og depression uden medicin eller terapi

Servan-Schreiber D

Gyldendal 2004

Jeg faldt forleden over denne meget interessante bog, jeg synes, den giver mig svar på en del spørgsmål i min opfattelse af mange patienters problemer.

I bogen præsenterer den franske neuropsykiater, David Servan-Schreiber, en helt ny opfattelse af lægevidenskaben inden for psykiatrien: en følelsesorienteret lægevidenskab uden psykoterapi og Fontex.

Forfatteren startede sin karriere som læge med at beskæftige sig med videnskab og forskning. Han blev doktor i kognitiv neurologi. Et sammendrag af hans afhandling blev publiceret i tidsskriftet *Science*. Efter denne strengt videnskabelige videreuddannelse var det vanskeligt for ham at vende tilbage til klinisk praksis for at færdiggøre specialleuddannelsen i psykiatri. Han fandt psykiatrien for upræcis og empirisk, han ønskede mere forskning. To personlige oplevelser ændrede dog hans syn på psykiatriens brug af psykoterapi og medicinering.

Den nye følelsesorienterede lægevidenskab, som bygger på viden om det limbiske system (den emotionelle hjerne) bruger hverken psykoterapi eller Fontex.

I de sidste fem år har man på Shadyside Hospital, der sorterer under Pittsburgh University i USA, forsket i en række behandlingsmetoder, der i højere grad bruger kroppen, som har et direkte samspil med det limbiske, end sproget og tænkningen, som overvejende er lokaliseret i neocortex.

I bogen beskrives disse metoder, hvorfor de er valgt, og hvorledes de anvendes.

Forskningsprogrammets overordnede principper kan sammenfattes således:

- Inde i hjernen er der en emotionel hjerne, faktisk en »hjerne i hjernen«. Denne hjerne har en opbygning, en cellestruktur og endog biokemiske egenskaber, der er forskellige fra den øvrige neocortex eller hjernebarken, dvs. fra den mest »udviklede« del af hjernen, som er sæde for

sprog og tænkning. Den emotionelle hjerne fungerer ofte uafhængigt af neocortex. Sproget og erkendelseevnen har kun begrænset indflydelse på den: Man kan ikke få en følelse til at blive stærkere eller forsvinde på samme måde, som man kan få sindet til at tale eller tie.

- Den emotionelle hjerne har kontrol over alt, hvad der styrer psykologisk velvære og over en stor del af kroppens fysiologi: hjertefunktionen, blodtrykket, hormonbalancen, fordøjelsessystemet og immunforsvaret.
- Følelsesforstyrrelser skyldes dysfunktion i den emotionelle hjerne. Mange af disse dysfunktioner stammer fra pinefulde oplevelser i fortiden uden sammenhæng med nutiden, men de har sat varige spor i den emotionelle hjerne. Det er disse oplevelser, der ofte vedbliver med at styre vore følelser og adfærd selv mange år efter.
- Psykoterapeutens vigtigste opgave er at »omprogrammere« den emotionelle hjerne, så den tilpasser sig nutiden i stedet for at blive ved med at reagere på situationer fra fortiden. For at opnå dette er det ofte mere effektivt at anvende metoder, der inddrager kroppen, og som har direkte indflydelse på den emotionelle hjerne, i stedet for at bygge på sprog og tænkning, hvilket den er ret uimodtagelig over for.
- Den emotionelle hjerne har naturlige selvhelbredende mekanismer: Det drejer sig om medfødte evner til at genoprette balance og velbefindende, de kan sammenlignes med kroppens andre selvhelbredende mekanismer som sårheling eller infektionsbekæmpelse. Metoder, der inddrager kroppen, drager nytte af disse mekanismer.

Forfatteren beskriver syv forskellige behandlingsformer, som alle på hver sin måde udnytter de selvhelbredende mekanismer, der findes i sindet og hjernen, og som henvender sig direkte til den emotionelle hjerne. Disse syv metoder er alle blevet underkastet strengt videnskabelige undersøgelser, som har bekræftet deres virkninger, og de har alle været omtalt i anerkendte internationale videnskabelige tidsskrifter.

De »nyeste« metoder er: 1. »desensibilisering og omprogrammering ved hjælp af hurtige øjenbevægelser«, 2. »kohærens i hjerterytmen«, 3. »synkro-

nisering ved hjælp af kunstig solopgang«, mens eksempelvis akupunktur, kostoplægning, empatisk kommunikation og metoder til social integration udspringer af gamle medicinske traditioner.

Pointen er, at vi mærker følelser i kroppen (den emotionelle hjerne) ikke i hovedet (den kognitive hjerne). Problemet er, at den kognitive hjerne kan dæmpe den emotionelle hjernes reaktioner, hvilke er en evne, som kan give alvorlige problemer for helbredet i form af klassiske stress symptomer. Først for nylig har man fået kendskab til at mave-tarm-systemet og hjertet har deres egne netværk af flere tusinder neuroner der fungerer som »små hjerner« inde i kroppen. Disse lokale hjerner er i stand til at have deres egne sansninger, til at tilpasse deres adfærd efter disse sansninger og endog forvandle sig som følge af disse erfaringer, dvs. på en vis måde opbygge deres egen hukommelse.

Ud over at hjertet råder over sit eget netværk af semi-autonome neuroner er det tillige en lille hormonmaskine. Alle disse hormoner indvirker direkte på hjernen.

Jeg vil tillade mig at referere én af behandlingsteknikkerne ganske kort her: kohærens af hjerterytmene.

Det autonome nervesystem består af to dele, der hver innerverer kroppens organer fra den emotionelle hjerne. Den »sympatiske« del frigiver adrenalin og noradrenalin. Den styrer kamp og flugt. Dens aktivitet får hjerterytmene til at stige. Den anden del, den »parasympatiske«, frigiver en anden transmitter, der ledsager tilstande af afslappelse og ro. Dens aktivitet bremser hjerterytmene. I tilstande af stress, angst, depression eller vrede bliver variabiliteten i hjerterytmene uregelmæssig eller »kaotisk«. I sindstilstande som velbefindende, medfølelse eller taknemmelighed bliver denne variabilitet »kohærent«, dvs. skiftet mellem stigende og faldende hjerterytme er regelmæssigt. Disse udsving kan ses på en monitor.

Den bedste måde at opnå kohærens på er at begynde med et par dybe og langsomme åndedrag. De stimulerer umiddelbart det parasympatiske nervesystem og forskyder vægten en anelse mod den fysiologiske bremse. For at virkningen skal være maksimal, er det nødvendigt, at lade opmærksomheden følge vejtrækningen til udåndingen er slut og så holde pause et par sekunder, inden næste

vejtrækning går i gang af sig selv. Man skal faktisk lade sig føre med af udåndingen indtil det punkt, hvor det af sig selv forvandler sig til en slags blidhed og lethed. For at maksimere hjertekohærens skal man efter 10 eller 15 sekunder med denne stabilisering omhyggeligt føre opmærksomheden hen til hjerteområdet. Det er nemmest, hvis man forestiller sig, at man trækker vejret »gennem hjertet«. I laboratorieforsøg giver kohærens hjernen mulighed for at fungere hurtigere og mere præcist. Vi fungerer ubesværet, vore fysiologiske funktioner er i optimal balance, og vi kan finde løsninger på kommando. Kohærens gør livet til en harmonisk nærkamp med den ydre og indre verden.

Bogen er skrevet i et let læseligt sprog, og der er mange gode forklaringer, så vore patienter vil også kunne have god gavn af at læse den.

Hvis du vil have mere detaljeret videnskabelig viden om den emotionelle hjerne har Candance B. Pert skrevet en fremragende bog: *Molecules of Emotion. The science behind mind-body medicine. (Why you feel the way you feel).*

Birte Carstensen

Cochrane biblioteket

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

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

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

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

Kontakt *Birthe Skov*

Generelt for kurserne

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

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

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

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

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

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

Kursusarrangør: DSMM's uddannelsesudvalg.

DSMM's lærerstab:

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

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

Associerede lærere:

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

DSMM's uddannelsesudvalg:

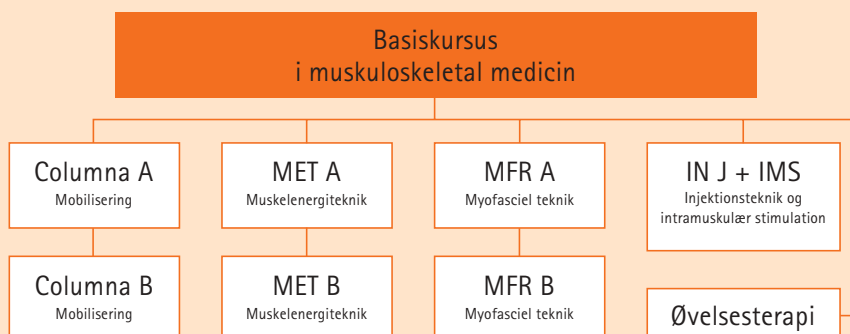
Niels Jensen, formand
Palle Lauridsen, sekretær
Henning Bliddal, Steen Hecksher-Sørensen,
Lisbeth Wemmelund

Tilmeldingsblanket

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

Eller via internetadressen www.dsmm.org

DSMM's kursusoversigt



DSMM Kursuskalender – 2004–2005

Kursus:	Tidspunkt: (start 1. dag kl. 9.00, slut sidste dag kl. 16.00)	Kursuspris (se nedenfor):	
		inkl. lærebog	excl. lærebog
<input type="checkbox"/> Basiskursus i muskuloskeletal medicin	26.–28. november 2004	kr. 7.600,-	
<input type="checkbox"/> Muskulær diagnostik og øvelsesbehandling Afholdes på Club La Santa, Lanzarote	28. januar–4. februar 2005	kr. 6.900,- hertil kommer kr. 7.000,- til rejse og ophold (inkluderer rejse, ophold med helpension og rejseforsikring)	
<input type="checkbox"/> Basiskursus i muskuloskeletal medicin	11.–13. marts 2005	kr. 7.600,-	
<input type="checkbox"/> MET A, Muskelenergiteknik	8.–11. april 2005	kr. 9.700,-	kr. 9.172,-

Basiskursus, Columna og Basiskursus, ekstremiteter: Prisen er inkl. lærebog og kursusmateriale.

Prisen for medlemmer er gældende for følgende faggrupper:

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

Prisen for ikke-medlemmer gælder øvrige faggrupper.

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

Kalenderen opdateres på www.dsmm.org

TILMELDINGSBLANKET til DSMM-kurser 2005:

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

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Telefon: _____

Jeg er medlem af:

DSMM

McK

MT-gr.

Jeg tilhører følgende fraktion:

P.L.O.

FAS

FAYL

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

Dato: _____

Underskrift: _____

Tilmeldingsblanketten sendes til :

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



Kursuskalender – 2005

Sted:	Kursus:	Tidspunkt:
■ Ringe	Trin 2 C 1. del 2. del	28.–30. januar 18.–20. februar
■ Vejen	Trin 1 B 1. del 2. del	25.–27. februar 18.–20. marts
■ Kastrup	Trin 1 A 1. del 2. del	27. februar–1. marts 13.–14. marts
■ Kastrup	Akupunktur modul 3 1. del 2. del	10.–12. marts 19.–21. maj
■ Vejen	Trin 2 B 1. del 2. del	1.–3. april 15.–17. april
■ Vejen	Muscle Energy Technique 1: Intro/pelvis/col.lumb.	21.–22. maj
■ Vejen	Muscle Energy Technique 2 + 3: Col.cerv + Col.thor. og costae	28.–29. maj
■ Vejen	Trin 2 A 1. del 2. del	2.–4. september 16.–18. september
■ Vejen	Trin 1 A 1. del 2. del	23.–25. september 7.–9. oktober
■ Kastrup	Trin 1 B 1. del 2. del	25.–27. september 9.–10. oktober

Kalenderen opdateres på: www.muskuloskeletal.dk

KURSUS

Evaluering i Muskuloskeletal Terapi Del I og II

For specifik information vedrørende tid, sted samt
evalueringsretningslinjer, se venligst
www.muskuloskeletal.dk

Arrangør: Danske fysioterapeuters fagforum
for Muskuloskeletal Terapi (MT)
Pris: 500,- kroner for medlemmer og
1000,- kroner for ikkemedlemmer

Tilmelding: Senest 15. januar 2004 på MT fag-
gruppens tilmeldingsblanket, sam-
men med en crosset check på belø-
bet til:
Klinik for Fysioterapi & Træning
v/ Dorthea Petersen
Plantagevej 2B
6600 Vejen



**DANSK SELSKAB FOR
MUSKULOSKELETAL MEDICIN**

Bestyrelse:

Formand:
Speciallæge i almen medicin
Allan Gravesen
Værftet 1, 1., 4220 Korsør
Tlf. 58 37 00 63
E-mail: allan.gravesen@dadlnet.dk

Næstformand:
Speciallæge, ph.d.
Pierre Schydrowsky
Bymidten 12 B, 3500 Værløse
Tlf. 44 48 15 07
E-mail: schydrowsky@dadlnet.dk

Sekretær:
Speciallæge i almen medicin
Jette Parm
Strandstræde 2, 4400 Kalundborg
Tlf. 59 51 00 66
E-mail: jette.parm@dadlnet.dk

Kasserer:
Speciallæge i almen medicin
Peter Frost Silbye
Røglebakken 4, 4320 Lejre
Tlf. 56 65 90 40
DSMM giro 809 6414
E-mail: peter_silbye@dadlnet.dk

Medlemmer:
Formand for Uddannelsesudvalget
Speciallæge i almen medicin
Niels Jensen
Måløv Hovedgade 69, 2760 Måløv
Tlf. 44 65 54 43
Fax 44 65 54 05
E-mail: niels.jensen@dadlnet.dk

Speciallæge i reumatologi
Finn Elkjær Johannsen
Staunsholtvej 33, 3520 Farum
Tlf. 44 95 49 40
E-mail: f.e.johannsen@dadlnet.dk
www.dsmm.org/bestyrelse.htm

Overlæge, speciallæge i reumatologi
Palle Holck
Medicinsk afdeling
Falkevej 1-3, 8600 Silkeborg
Tlf. 87 22 21 00
E-mail: palle.holck@dadlnet.dk

Økonomiudvalg:
Speciallæge i almen medicin
Peter Frost Silbye

Speciallæge i almen medicin
Niels Jensen

Nordisk kontaktudvalg:
Speciallæge i almen medicin
Peter Frost Silbye

Speciallæge i almen medicin
Allan Gravesen

Uddannelsesudvalget:
Formand:
Speciallæge i almen medicin
Niels Jensen
Speciallæge i almen medicin
Lisbeth Wemmelund
Oddervej 97, 8270 Højbjerg
Tlf. 86 27 00 11
E-mail: lisbeth@wemmelund.net

Speciallæge i almen medicin
Palle Lauridsen
Kystvej 18, 5800 Nyborg
Tlf. 65 31 31 91
E-mail: p.lauridsen@dadlnet.dk

Speciallæge i almen medicin
Steen Hecksher-Sørensen
Åboulevarden 78, 8700 Horsens
Tlf. 75 61 13 55
E-mail: steen.hecksher@dadlnet.dk

Professor, overlæge, dr.med.
Henning Bliddal
Reumatologisk Klinik
Frederiksberg Hospital
Ndr. Fasanvej 57-59
2000 Frederiksberg
Tlf. 38 16 38 16
E-mail: bli@dadlnet.dk

Videnskabeligt udvalg:
Overlæge, speciallæge i reumatologi
Palle Holck

Overlæge, dr.med.
Lars Remvig
Klinik for Medicinsk Ortopædi
og Rehabilitering
H: S Rigshospitalet 7611, T9,
Blegdamsvej 9, 2100 København Ø
E-mail: remvig@rh.dk

Afdelingslæge,
Overlæge
Berit Schiøttz-Christensen
Reumatologisk afdeling
Århus Kommunehospital
Tlf. 89 49 33 33
E-mail: berit@dadlnet.dk

Speciallæge i reumatologi
Finn Johannsen

Professor, overlæge, dr.med.
Henning Bliddal

Redaktionsudvalget:

Formand:
Speciallæge i almen medicin
Gerd Lyng
Kæmpestranden 21, 3770 Allinge
Tlf. 57 48 13 21
E-mail: gerd_lyng@dadlnet.dk

Overlæge, speciallæge i reumatologi
Palle Holck

Speciallæge i almen medicin
Allan Gravesen

PR-udvalg:
Speciallæge i almen medicin
Gerd Lyng

Overlæge, speciallæge i reumatologi
Palle Holck

Speciallæge i almen medicin
Allan Gravesen

Specialepolitisk udvalg:
Overlæge, dr.med.
Lars Remvig

Speciallæge i reumatologi, ph.d.
Pierre Schydrowsky

Overlæge, ph.d.
Berit Schiøttz-Christensen

Speciallæge i almen medicin
Allan Gravesen

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



**DANSKE FYSIOTERAPEUTERS
FAGFORUM FOR
MUSKULOSKELETAL TERAPI**

Formand:
Niels Honoré
Rebikkavej 9, 2900 Hellerup
Tlf. 46 35 71 96
E-mail: nh@fysiocenter.dk

Næstformand:
Flemming Enoch
Løjtegårdsvej 157, 2770 Kastrup
Tlf. 32 52 35 60
E-mail: enoch@tdcadsl.dk

Sekretær:

Dorthea Petersen

Gyvelvej 38, 6621 Gesten

Tlf. (arb.): 75 36 01 88

E-mail: dp@fysiovejen.dk

Kasserer og medlemskartotek:

Aase Troest

Lobeliavej 5, 8541 Skødstrup

Tlf. 86 22 88 60

E-mail: aasetroest@mail.dk

Bestyrelsesmedlemmer:

Inger Birthe Bjørnlund

F.F. Ulriksgade 24,

2100 København Ø

Tlf. (arb.): 35 36 70 22

E-mail: ib.bjoernlund@get2net.dk

Vibeke Laumann

Bagsværd Torv 2, 1., 2880 Bagsværd

Tlf. (arb.): 44 44 11 15

E-mail: vibeke.laumann@mail.dk

M.Sc.PT.

Christian Couppé

Redaktør på Muskuloskeletalt Forum

Julius Thomsens Plads 4, 4.th.

1925 Frederiksberg C

Tlf. (arb.): 43 26 25 80

E-mail: ccoupe@secureid.org

Webredaktør

Martin B. Josefsen

Overgade 3, 5492 Vissenbjerg

Tlf. (arb.): 66 12 80 36

Mobil: 61 70 66 29

E-mail: mbj@rygnet.dk

Suppleant

Anne Louise Lindecrona Kiær

Gl. Kongevej 128A, 2.th.

1850 Frederiksberg C

Tlf. (arb.): 44 44 11 15

E-mail: allk@pc.dk

IFOMT-suppleant

Per Kjær

Vesterrøn 19, 5700 Svendborg

Tlf. (arb.): 63 62 18 45

E-mail: perkjaer@tdcadsl.dk