



# Moving forward

Dansk Selskab for  
Muskuloskeletal Fysioterapi



Dansk Selskab for  
Muskuloskeletal Fysioterapi

# Moving forward

50 år med manuel terapi og muskuloskeletal fysioterapi

04

## 50 år i godt selskab

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi hviler på et solidt fundament, opbygget af ildsjæle, pionerer og engagerede medlemmer.

06

## Begyndelsen på en ny æra

Det hele startede på hotel Marienlyst i 1967, da en gruppe fremsynede fysioterapeuter var på kursus i ledfrigøring.

10

## En uddannelse i bevægelse

Fra 'uddannelse i ledfrigøring' til 'diplomuddannelse i muskuloskeletal fysioterapi'. En dynamisk rejse gennem fem årtier.

20

## Fra 1967 til 2017

Et tilbageblik på den tidsrejse der fører DSMF frem til år 2017

26

## Hvorfor DSMF-uddannelsen?

Vi har spurgt tre fysioterapeuter hvorfor de valgte DSMF-uddannelsen, og hvad de har fået med sig.

28

## Rygpatienten før og nu

Vi har spurgt nogle garvede fysioterapeuter hvordan de ville gribe udfordringen "rygpatient" an - i 1967 og i dag.

34

## DSMF rækker ud i verden

Det internationale samarbejde og inspirationen fra udlandet har altid haft høj prioritet for DSMF.

36

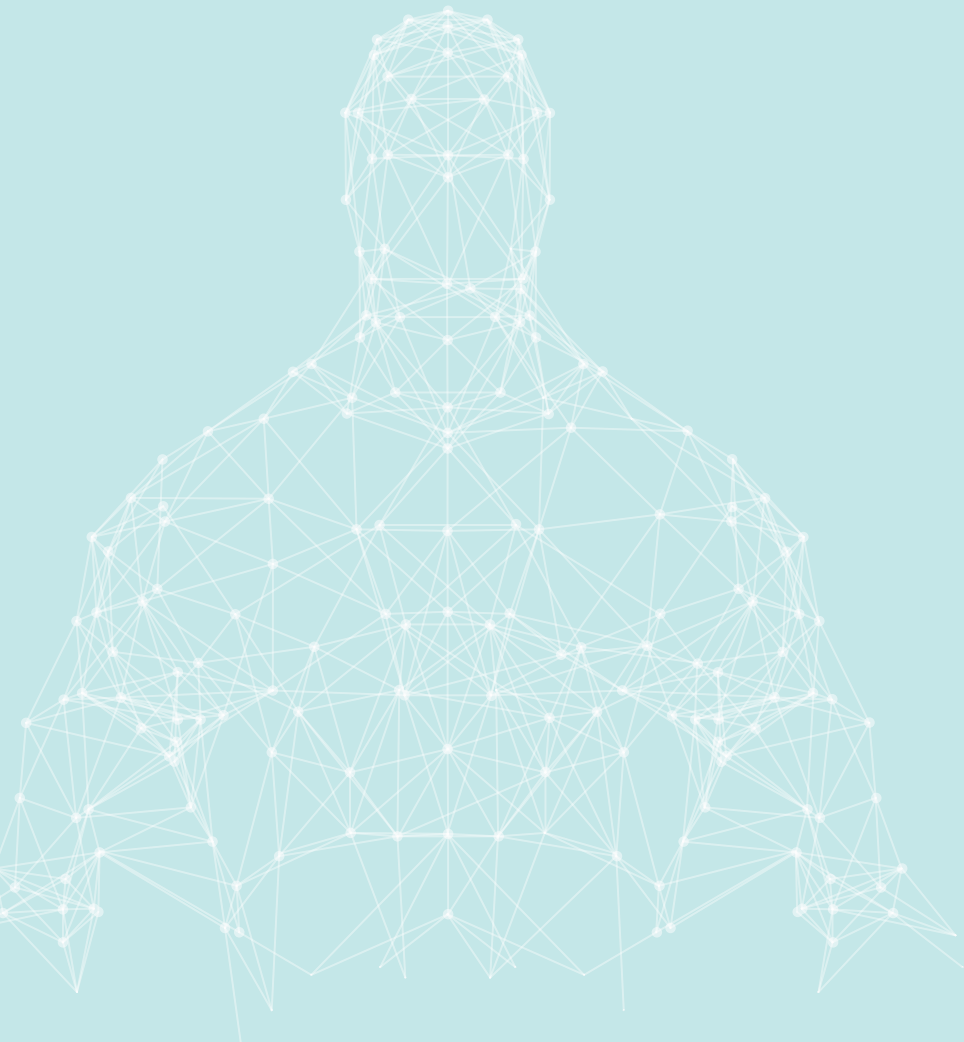
## De skæve fakta

Kuriose fakta og anekdoter fra 50 år med knogler, muskler og mennesker.

38

## Kursen er sat

Hvilken vej peger pilen? Formanden giver sit bud på hvor DSMF er på vej hen.



Udgiver Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi, [www.muskuloskeletal.dk](http://www.muskuloskeletal.dk)  
Ansvarlig redaktør Lene Johansen Redaktion Marianne Nørup Foto Hyldager Fotografi, arkiv, privat  
Design og produktion Mediegruppen as Oplag 1.400

# 50 år i godt selskab

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi hviler på et solidt fundament, som er opbygget af ildsjæle, pionerer og hundredevis af engagerede medlemmer. 50 års erfaringer, evidens og best practice gør at vi i dag står stærkere end nogensinde, både hvad angår faglighed og anerkendelse. Sådan kan vi gøre det hele handler om: Hjælpe patienterne bedst muligt.

**B**evægeapparatsbesvær udgør den største sygdomsbyrde i Danmark, med en overvægt af ryg- og nakkebesvær. Området udgør dermed populationsmæssigt et af de største fagfelter inden for fysioterapi og sundhedsprofessioner i øvrigt. Muskuloskeletal Fysioterapi er et speciale i fysioterapi, som omhandler diagnostik, forebyggelse og behandling af patienter med netop lidelser i ryg, nakke og øvrige bevægeapparat (funktionsforstyrrelser, smertesyndromer og andre lidelser relateret til det neuro-muskulo-skeletale system), baseret på klinisk ræsonnering og med anvendelse af højt specialiserede tilgange, herunder manuelle teknikker og øvelsestilgange. Muskuloskeletal Fysioterapi favner og drives af den bedste tilgængelige videnskabelige og kliniske evidens på området samt den bio-psyko-sociale kontekst for hver individuel patient.

Det er sådan Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi (DSMF) ser ud i dag, og det gør vi blandt andet fordi vi har en historie der rækker langt tilbage, og fordi fremsynede og udviklingsivrige kolleger har banet vejen for os.

DSMF har helt siden specialets opståen været en aktiv del af den eksplosive udvikling som Muskuloskeletal Fysioterapi i årenes løb har gennemgået, fagligt, videnskabeligt, forsknings- og kompetencemæssigt. Det internationale samarbejde har haft stor indflydelse på udviklingen. DSMF er et anerkendt medlem af International Federation of Orthopaedic Manual/Muskuloskeletal Physical Therapists (IFOMPT), der repræsenterer specialet Muskuloskeletal Fysioterapi under World Confederation for Physical Therapy (WCPT), og i DSMF følger vi konstant udviklingen i IFOMPT som en del af vores

kvalitetssikring og -udvikling. Der lægges blandt andet store kræfter i kompetence- og curriculum-beskrivelser og i kontinuerligt at finde vejen til at udanne de bedste klinikere inden for specialet. Mange personer har i årenes løb både internationalt og i Danmark bidraget til dette arbejde, og mange ildsjæle er at takke herfor.

Også hvad angår anerkendelse og indflydelse er vi nået langt. Fra at være fysioterapeuter der kun måtte arbejde under direkte og konkret henvisning fra lægerne, og i princippet ikke selv skulle tage stilling til noget, håndterer DSMF i dag faglige spørgsmål relateret til specialet og samarbejder med såvel de øvrige faglige selskaber i fysioterapi som Danske Fysioterapeuter om sådanne opgaver. De seneste år har opgaverne blandt andet handlet om at udpege arbejdsgrupper og deltage i høringer af Nationale Kliniske Retningslinjer. Koordinering af sådanne faglige opgaver foregår i samarbejde med paraplyforeningen Dansk Selskab for Fysioterapi. Der er i dag en stigende bevidsthed om at de faglige selskaber primært varetager faglige spørgsmål, mens hovedforeningen Danske Fysioterapeuter primært varetager fagpolitiske spørgsmål.

I 1967 var der ingen specialer i fysioterapi, og Interessegruppen for Manuel Terapi var den første faggruppe under Danske Fysioterapeuter. I dag er der 18 faglige selskaber og 10 specialer i fysioterapi i Danmark. Det fortæller om noget vigtigheden af specialisering. Patienter er forskellige, og vidensfelterne og kompetencerne inden for hele fysioterapifaget er større end nogensinde, og kræver at flere fysioterapeuter vælger at dygtiggøre og specialisere sig inden for særlige grene af faget. Det muskuloskeletale område er som nævnt populationsmæssigt særdeles omfattende og vigtigt, og derfor hilser vi alle enga-

gerede fysioterapeuter velkomne ind i oplevelserne og ambitionerne om at hjælpe disse patienter bedst muligt. Til alle patienters bedste.

Når vi ser tilbage på de 50 år der er gået med DSMF - den tidligere "MT-gruppe" - er der én ting der går igen: En utrættelig higen efter at blive bedre - at finde og bearbejde den viden som på det givne tidspunkt har været tilgængelig. I dag står vi med et andet udgangspunkt og en anden tilgang til patienten end vi gjorde dengang. Men det gør vi kun fordi vi kontinuerligt har kunnet bygge oven på vores kollegers arbejde.

Vi har studeret, eksperimenteret, nørdet, diskuteret og prøvet af. Og det vil vi blive ved med. For kun sådan er vi fortsat et speciale i bevægelse.

**Martin B. Josefsen, formand**  
**Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi**

Martin B. Josefsen blev involveret i DSMF bestyrelse i starten af 00'erne. Først med web-arbejde, senere som bestyrelsesmedlem og redaktør for tidsskriftet Muskuloskeletal Forum. Imod slutningen af sin specialisering blev han optaget som volontør i undervisergruppen og har undervist siden 2008. Formand for DSMF siden 2008.



# Begyndelsen på en ny æra

Indrammet af hav og bøgeskov, i hotel Marienlysts majestætiske omgivelser, fødtes i 1967 det der i dag er en storladen, ambitiøs og entusiastisk 50-års-fødselar. Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi er bygget på hjerteblod, faglig begejstring – og en insisterende nysgerrighed.

Af: Marianne Nørup



Fysioterapeut Hanne Thorsen underviser en gruppe læger på et af de første kurser på Marienlyst.

6

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi

**D**en kommende dronning af Danmark, prinsesse Margrethe, gifter sig 10. juni med grev Henri Monpezat i Holmens Kirke. I cirkusrevyen synger Daimi og Dirch Passer: "Hvem har du kysset i din gadedør?", og The Beatles udgiver deres banebrydende ottende album, Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club.

Året er 1967, og hippiebevægelsen når sit højdepunkt i The Summer of Love. Kjolerne er korte, håret er langt, og tekstilerne dekoreret med kæmpestore blomstermotiver. 1967 er et år der går over i historien; et år med opbrud og nytænkning.

På hotel Marienlyst i Helsingør er næsten 100 læger og fysioterapeuter samlet. I et af de storslåede lokaler er en gruppe fysioterapeuter i gang. To og to holder de om hinandens hænder – mærker, trækker, skubber. Intenst, udforskende og lettere usikkert. De er her for at lære. Fra Norge er der hidkaldt eksperter i ledfrigøring, blandt andet underviser den

internationalt anerkendte fysioterapeut og osteopat Freddy Kaltenborn på kurset. Indtil nu har fysioterapi-faget primært handlet om varmepakninger og massage, gymnastiske øvelser og instruktion i arbejdsstillinger. Dette er en ny måde at betragte bevægeapparatet på.

For nogle få af deltagerne er ledfrigøring dog ikke helt nyt. Blandt andet har fysioterapeut Hanne Thorsen allerede i 1964 haft mulighed for at gennemføre et ledfrigøringskursus på sin arbejdsplads, og hun og et par kolleger har efterfølgende været i Norge og Sverige for at tage flere kurser. Hanne Thorsen deltager derfor som assistent-underviser på kurset, men der skal gå flere år før danske MT-fysioterapeuter er klar til helt at overtage undervisningen på kurserne.

## De gamle dage

Selvom det i 1967 var 15 år siden titlen 'lægeautoriseret syge-gymnast og massøse' blev erstattet med 'fysioterapeut', så

var tiden en anden end i dag. Det var stadig lægen som suverænt bestemte, og der var ikke meget videnskabeligt belæg for behandlingen.

"Alt dengang handlede om empiri. Min overordnede massøse sagde altid 'Du skal trykke dér. Det hjælper; jeg ved ikke hvorfor'", fortæller Birte Carstensen, uddannet fysioterapeut i 1950 og tonegivende medlem af MT-gruppen siden 1969, heraf en lang række år som underviser og undervisningsleder.

"Jeg vil ikke sige at vi ikke undersøgte patienterne dengang. Men vi gjorde det ubevidst. Vi så og vi følte – præcis som gode fysioterapeuter også gør i dag. Man fornemmer noget gennem sine hænder. Men det var erfaring der blev videreført, eksempelvis i form af punkter på kroppen som vi skulle huske. Elementerne fandtes også dengang, men ikke strukturen, ikke rationalet og ikke evidensen", siger Birte Carstensen, der i dag, som 90-årig, stadig deltager ivrigt på kurser og kongresser. >

## Skelet-gruppen

På Marienlyst-kurset i 1967 måtte flere deltagere tage til takke med borde i stedet for brikke, som der ikke var nok af. Forskellige firmaer havde velvilligt stillet plastikknogler til rådighed for kursisterne. Løse hænder og andre knogler føg derfor rundt i lokalerne, til stor moro for hotellets personale, som efterfølgende kaldte gruppen for "skelet-gruppen".

7

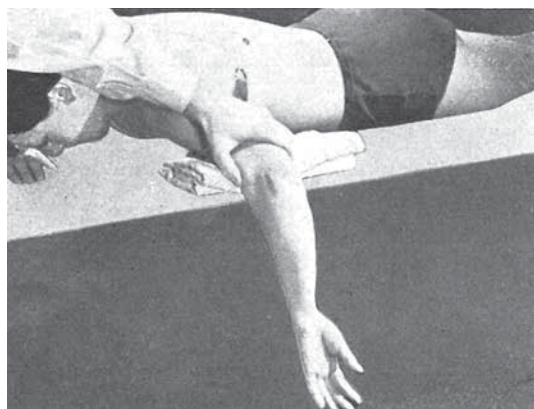
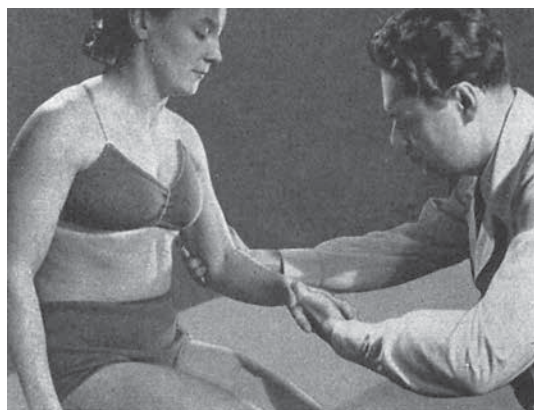
Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi

"Allerede efter det første MT-kursus jeg deltog på, kunne jeg se at denne tilgang ville give mulighed for at tilføje et øget rationale og langt mere struktur til min behandling. Flere strenge at spille på."

#### Interessen var stor

Deltagerne på ledfrigøringskurset på hotel Marienlyst i 1967 er begejstrede, og mange af dem støtter op om Hanne Thorsens initiativ til at danne en interessegruppe for manuel terapi - i tråd med tilsvarende grupper i Norge og Sverige. Gruppen skal, i nært samarbejde med den danske sektion af lægernes Nordisk Forening for Manuel Medicin, forestå kursusaktivitet i Danmark i diagnostik og behandling af såvel ekstremitetsled som columnas led. Kontingentet fastsættes til 25 kroner.

Det bliver starten på MT-gruppen - i dag Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi - og en foreløbig 50 år lang udvikling af manuel terapi, muskuloskeletal fysioterapi og af fysioterapifaget som sådan. En udvikling der stadig er i fuld gang.



Det første Marienlyst-kursus omhandlede OE.  
Her ses et af tidens faglige fyrtårn, Vladimir Janda,  
i gang med at muskelteste.  
(Fra bogen "Muskeifunktionsprüfung" fra 1959)



#### Nye initiativer og nye rammer

Initiativtageren til MT-gruppen, Hanne Thorsen, husker at ledfrigøringskurset i 1967 på flere måder ændrede på de vante rutiner:

"Før 1967 foregik Danske Fysioterapeuters kurser næsten altid på Sønderborg Idrætshøjskole, hvor deltagerne sov i køjesenge, og de Skodsborg-uddannede fysioterapeuter, som dengang udgjorde en betydelig del af deltagerne, var nødt til at sidde ovre i et hjørne og spise for sig selv, fordi de ikke spiste svinekød og skaldyr. Jeg fik en god aftale med Marienlyst, blandt andet om at servere mad vi alle kunne spise, og den lille detalje var med til at samle gruppen", fortæller hun.

En tradition var født, for i mange år fremover var Marienlyst rammen om MT-kurserne.

Hanne Thorsen satte i de første 20 år af MT-gruppens liv i høj grad sit præg på såvel gruppen som fysioterapien, og kan i dag se tilbage på en lang karriere som fysioterapeut og senere læge og forsker.



Allerede på det første kursus kunne jeg se at denne tilgang ville give mulighed for øget rationale og langt mere struktur til min behandling. Flere strenge at spille på.

Birte Carstensen

#### Festlige kurser

Det var også i 1967 på hotel Marienlyst at traditionen for at slutte kurserne af med en festmiddag blev skabt.

"Vi arbejdede intensivt både om dagen og om aftenen, men den sidste aften var der gallafest. Så skyndte kvinderne sig hjem og hentede de lange kjoler. Vi havde nogle fantastiske fester!", fortæller Hanne Thorsen.

Faktisk var festerne så festlige at en af de mere asketiske deltagere dengang forarget klagede til foreningen og skrev et indlæg i Danske Fysioterapeuters tidsskrift. Festerne fortsatte dog i flere årtier (lige så længe der var ugekurser), og er i dag legendariske.



## DSMF fra 1967 til 2017

# En uddannelse i bevægelse

Uddannelse i ledfrigøring. Sådan hed uddannelsen i de første årtier den eksisterede. I dag hedder den diplomuddannelse i muskuloskeletal fysioterapi, og de to betegnelser illustrerer meget godt den udvikling uddannelsen har gennemgået. Fra en biomedicinsk tilgang med en uddannelse der i høj grad var rettet mod leddene, til en bio-psyko-social tilgang og en langt mere nuanceret uddannelse, hvor mekaniske, neurologiske, psykiske og sociale mekanismers indbyrdes påvirkning er grundstenen i udredning og behandling.

Af: Marianne Nørup

## 60'erne og 70'erne

### Gruppen tager form

I 1968, året efter starten, har MT-gruppen, som den populært kaldes, allerede 100 medlemmer, og interessen for gruppen og fagområdet er tiltagende. Uddannelsen består her i de første år af de fire kurser E1, E2, C1 og C2 - E for ekstremitetsled, C for columnas led. E1-kurset bliver senere integreret i grunduddannelsen på fysioterapiskolerne. I halvfjerdsenerne bliver kursusrækken suppleret med tre yderligere kurser: Mob I, II og III (se side 11).

MT-gruppen er sprudlende. Underviserne tager på kurser i udlandet, og

begynder også selv at holde foredrag og kurser uden for landets grænser. Fra primært at arbejde med ledfrigøring kommer nye felter til, og horisonten bliver bredere. Blandt andet introducerer Hanne Thorsen i slut-1970'erne ny viden til MT-gruppen om den inflammatoriske proces, referred pain og tværmassage a.m. Cyriax. Der bliver skelet til hvad der rører sig i det store udland. Maitland-konceptet kommer til fra Australien (men bliver dog først senere for alvor foldet ud), osteopaternes mobiliserings- og manipulationsteknikker kommer til fra England. Gruppen sikrer sig at det er de bedste undervisere der tager turen til Danmark.

### MOB - ledmobilisering med inspiration fra England

I begyndelsen af halvfjerdsenerne indledte MT-gruppen et samarbejde med to undervisere fra England, John Blackman (fysioterapeut og osteopat) og Laurie Hartman (osteopat og underviser på British School of Osteopathy). Sammen med Lene Abildhauge, Karen Prip og senere også Arne Elkjær afholdt de mobiliseringskurserne (MOB I, II, III) to gange årligt. På disse kurser blev der fokuseret meget på kvaliteten og sikkerheden i den manuelle håndtering og de specifikke mobiliserings- og manipulationsteknikker. Her kunne fysioterapeuter lære at arbejde med mobiliserings- og High Velocity Thrust-teknikker, som er meget specifikke og ufarlige for patienten. Karen Prip, John Blackman og Lene Abildhauge fik i 1986 publiceret en lærebog om disse teknikker, "Mobilisation Technique" (Churchill Livingstone). Disse teknikker er stadig en vigtig del af uddannelsen og introduceres i dag allerede på de første kurser i forløbet, som en integreret del af den kliniske proces. Mobiliserings- og manipulationskurserne i den nye kursusrække er også en videreførelse af Mob-kurserne (se figur 1 på side 17). >



### Det er ikke den samme patient i dag

Det er ikke kun behandling og undersøgelse der har ændret sig de seneste 50 år. Det har patienterne også. Vores måde at leve på er meget anderledes end dengang, mener Birte Carstensen, som har været med helt siden 1950. "Vores stillesiddende livsstil og de mange stresspåvirkninger vi mennesker får i dag, påvirker kroppen helt ind til bindevævsniveau. I dag er det yderst sjældent kun ét led der er påvirket, og en masse faktorer spiller ind på en anden måde end dengang", siger hun.



## 70'erne og 80'erne

### Tidens trends - lidt modvind

MT-gruppens konkrete led-fokuserende tilgang harmonerer ikke helt med tidens trends i slut-1970'erne, hvor der bliver eksperimenteret med forskellige terapeutiske metoder.

"I den fysioterapeutiske verden gik nogle i den periode væk fra det bio-medicinske til fordel for en slags pseudo-psykologisk tilgang, hvor blandt andet træningsudstyr forsvandt fra klinikker og hospitaler, fordi der skulle fokus på relationen mellem terapeuten og patienten og ikke træningen. Dertil kom den generelle afstandstagen fra borgerlige dyder og tesen om miljøets indvirkning som betydningsbærende for snart sagt alt - alle var lige og ingen skulle stikke næsen frem", fortæller Inger Birthe Bjørnlund, tidligere underviser på MT-kurserne og mangeårigt medlem af bestyrelsen.

Fleere fysioterapeuter opfatter det der foregår på MT-gruppens kurser, som værende i modstrid med tidens tendenser, og det skaber modvind. Eksempelvis får gruppen i 1986 ikke i første omgang lov til at afholde eksamen med Danske Fysioterapeuters godkendelse, men må gennemføre den i dølgsmål i kælderen på Bispebjerg Hospital. Eksamen bliver først officielt indført i 1992. Fleere af underviserne har dog på daværende tidspunkt taget eksamen i udlandet.

Uddannelsen er dog ikke til at komme udenom. Der er vækst i kursusaktiviteterne, og i 1980'erne vokser faggruppen sig større og stærkere, både hvad angår international anerkendelse og medlemstal, som i disse år når op på de cirka 900 medlemmer som gruppen har holdt sig omkring siden.

### Undervisningsmateriale

Da MT-gruppen startede, fandtes der ikke meget undervisningsmateriale, så man gik selv i gang med at producere det. I 1975 blev bogen "Segmentær diagnostik" færdig, og i 1973-76 producerede den velfungerende undervisergruppe en række undervisningsfilm. Leif Ryttertoft og Bjørn Kofoed optog og klippede, Hanne Thorsen demonstrerede håndgreb og behandlinger og indtalte speak. Filmene vist efterfølgende på flere internationale kongresser.

Ikke alle var dog lige begejstrede for MT-fysioterapeuternes fremturen: "Da vi lavede de første film i 1973, var der læger der var forargede: 'Skal fysser nu til at lave neurologiske test?', var der nogle der spydigt bemærkede da vi viste dem filmene", fortæller Hanne Thorsen.

Senere er der produceret en række arbejdskompendier og "billedbøger". Det har været et omfattende arbejde at udfærdige materialerne, men teknologien har været med os, og det er blevet betydeligt lettere i dag, hvor digitale billeder og redigeringsudstyr er hver mands øje.

## 80'erne og 90'erne

### Steal the best from the best

Uddannelsen følger løbende den udvikling der finder sted andre steder i verden. Underviserne deltager i internationale konferencer og er særdeles gode til at danne internationale netværk, der kan styrke uddannelsen. "Steal the best from the best with pride" er et slags motto for den faglige udvikling af indholdet på kurserne. MT-gruppen sørger kontinuerligt for at underviserne er opdaterede, blandt andet ved at få gode udenlandske og danske forskere eller undervisere til at holde kurser for sig.

Smerteforskningen og forståelsen af smertemekanismer udvikler sig drastisk i 1980'erne og -90'erne og kommer til at betyde store ændringer for undervisergruppen og indholdet på kurserne. Smerteforståelse bliver integreret på de oprindelige kurser, og bliver sidenhen også til selvstændige kurser.

Fra midt i 1990'erne og de kommende ti år bliver et af omdrejnings-

punkterne Maitland-konceptet, som supplerer den tilgang MT-gruppen har haft i mange år. Inger Saerens, Inger Skjærbæk, Dorthea Pedersen og Hans Kromann Knudsen tager den internationale Maitland-eksamen i Schweiz og er primus motor for denne nye kurs i gruppen. En kursusrække på tre kurser bliver gjort obligatorisk som en del af MT-uddannelsen.

"Maitland-tilgangen var en ny måde at tilgå sine patienter, hvor en meget detaljeret anamnese, klinisk ræsonnering og undersøgelse fører frem til valg af mobilisering. På den måde ændrede Maitland-konceptet ikke på vores meget "jointy" tilgang til vores patienter. Det var endnu en periode hvor den grundlæggende antagelse var at alle problemstillinger hos vores patienter primært var relateret til led-dysfunktioner", fortæller Hans Kromann Knudsen, mangeårigt medlem af undervisergruppen.

En anden herskende tilgang i denne periode er Janda-metoden, som er rettet mod muskelfunktion og holdningskorrektion. >



## Man skal da røre ved folk

"Jeg synes det er en ulykke at danske fysioterapeuter i dag ikke bruger hænderne mere. Man skal røre ved folk! Det er det der er det unikke ved vores uddannelse frem for andre. Vi kan noget med vores hænder. Og med Manuel Terapi, med alt hvad det indebar, fik vi endnu et værktøj til at røre ved patienterne - på en terapeutisk og struktureret måde."

Hanne Thorsen, læge, ph.d.  
Fysioterapeut siden 1957

“  
Der er de seneste 20 år sket en markant udvikling fra en bio-medicinsk tilgang til den humanistisk bio-psyko-sociale tilgang - vi har i dag et mere holistisk syn. Vi er efter min mening meget bedre klædt på til at hjælpe patienter med at løse deres udfordringer”

Inge Ris, underviser på  
MT-uddannelsen siden 1996

### Rammer, økonomi, det sociale – og lidt om pikant undertøj

I mange år blev kurserne afholdt som ugekurser, hvor kursister og undervisere boede sammen på kursusstedet. På den måde fik man et godt kendskab til hinanden, ikke mindst grundet de mange gode fester med masser af underholdning, påpeger mange som var med dengang. Om dagen (ifm. undervisningen) blev det nye undertøj luftet, om aftenen festtøjet, fortæller de.

Efter Marienlyst-tiden foregik kurserne på Dan-hotel i Blokhush, Idrættens hus i Brøndby og senere på de daværende Scanticon-hoteller. Bøger, AV-udstyr som overheads, slides i karruseller, smalfilm samt et utal af brikse blev fragtet frem og tilbage.

"Ugekurserne var hårde for undervisergruppen. Vi var og er jo en meget ambitiøs gruppe af dedikerede fysioterapeuter som har specialiseret os inden for muskuloskeletal fysioterapi. Der var dengang aftenundervisning fra 19.30 – 21.00, efter en hel dags undervisning. Men derefter var dagen ikke slut for underviserne. Vi brugte hver aften flere timer på gensidig supervision og undervisningsudvikling, og de sidste nattetimer blev brugt på at forberede næste dags undervisning. Det var nogle meget trætte undervisere som sluttede kurserne af fredag eftermiddag – MEN der var udvikling i ekspresfart!", fortæller Hans Kromann Knudsen.

Ugekurserne skabte et frugtbart læringsmiljø blandt deltagerne, men det var også dyrt, og mange betalte selv. En større fleksibilitet blev efterlyst, derfor blev kurserne omdannet til weekendkurser på 2 x 3 dage i forbindelse med to weekender. Kurser flere steder i landet gav deltagerne mulighed for at sove hjemme og ikke forsømme arbejdet i samme grad.

Uddannelsen bestod og består af mange små kurser. Nogle har købt uddannelsen som en pakke, hvor de årligt betaler et beløb og tager alle kurserne fortløbende, men langt de fleste tager kurserne enkeltvis når der er tid og råd. Det er omfattende at betale både kursusafgift og fri for arbejde, og da uddannelsen i Danmark ikke har nogen formel anerkendelse hørende under et ministerium, er der heller ikke tale om anden støtte, som fx SU. Til trods for dette er det lykkedes at etablere en sammenhængende uddannelses svarende til et årsværk.

## 90'erne og 00'erne

### Supervision gør gruppen stærkere

Fra midt i 1990'erne og cirka 10 år frem bliver der taget fat på supervision. Det er ikke længere nok at kunne undervise og behandle – MT-gruppen har fået øje på supervisionens pædagogiske og didaktiske tilgang til at se blinde pletter, reflektere over egen praksis og dermed kvalitetssikre den fysioterapeutiske intervention på alle planer. Ikke alene skal underviserne lære at supervisere de studerende i praksissituationer med patienter; de skal også supervisere hinandens supervision.

"Det var en kæmpe udfordring for alle at skulle komme frem og fri af gardinerne for at vise vores praksis", husker Hans Kromann Knudsen.

Gruppen udvikler sig i disse år mærkbart, ikke mindst grundet supervisionen, som en ekstern klinisk psykolog hjælper til med.

"Der var virkelig vilje til forandring. Ikke mindst Inger Skjærbæk og Inger Saerens gik forrest her og førte gruppen frem mod hvor vi er i dag. Det var på det personlige plan en hård periode for underviserne, men med en fantastisk udvikling. Den personlige supervision medførte også et langt større kendskab til hinanden, og det knyttede undervisergruppen sammen. Vi stod

stærkt efter disse år", siger Hans Kromann Knudsen.

Blandt landvindingerne i denne periode er også et omfattende kursusmateriale, udviklet af Per Kjær, Inge Ris og Hans Kromann Knudsen, som også, i samarbejde med Inger Birthe Bjørnlund, får udviklet eksamensformen så den lever op til kravene fra den internationale muskuloskeletale organisation, IFOMPT.

### Stor bredde – alt skal favnes

MT-gruppen udvikler sig også på en anden front omkring årtusindskiftet.

"Vi blev meget bedre til at invitere internationalt anerkendte fysioterapeuter, osteopater og læger til at afholde kurser og temadage i Danmark. Her kunne undervisergruppen deltage sammen med deres kolleger med samme faglige interesse. På den måde var det ikke kun de få som rejste ud i verden for at hente ny viden til MT-gruppen, men en stor flok danske muskuloskeletale fysioterapeuter som fagligt blev beriget", fortæller Hans Kromann Knudsen.

Gennem årene er adskillige koncepter og kurser kommet på banen: Mc Kenzie-konceptet, neurodynamik, triggerpunkt-behandling, akupunktur, bidfunktion, billeddiagnostik, myofascielle teknikker, Muscle Energy Technique, dynamisk stabilitet, Women's Health mv.

"Kongstanken i MT-gruppen var og er at der ikke undervises i koncepter, men at man tager "the best from the best" og sammensætter det til en nuanceret kursusrække på tværs af de dogmatiske koncepter. Om muligt skal indholdet hvile på evidensbasering, og altid med den kliniske ræsonnering som hjørnestenen i kvalitetssikring og -udvikling", fastslår Inger Birthe Bjørnlund.

Det hele bliver prøvet. Underviserne går utrætteligt på kurser og kommer tilbage med mere viden. Det betyder at gruppen kommer i stoftrængsel og må gøre op med sig selv hvor grænsen går for hvilket indhold der hører uddannelsen til, hvilke sideløbende kurser der skal udbydes i gruppen, og hvilke der ikke hører til.



## Et stadigt større repertoire

"Personligt kan jeg ikke behandle uden at tro på det jeg gør. MT – og forskningen – har givet os langt bedre mulighed for at strukturere og begrunde vores undersøgelse og behandling. Vi står i dag med en lang række systemer og koncepter, og en masse velbegrunder teori. Vi har langt flere tilgange, og de er alle en tangent mere i klaviaturet, så vi har mulighed for en meget mere varieret tilgang til patienten. For vi må ikke bare kaste det gamle væk – blot udvide repertoiret."

Birte Carstensen, fysioterapeut siden 1950

## Fra dyrkelse af individuelle eksperter til evidensbaseret undervisning

Undervejs skulle der tages stilling til hvilken teori man ville gøre brug af, og dermed også den litteratur der skulle udgøre pensum på uddannelsen. Her har MT-gruppens undervisning i store træk gået fra at være baseret på erfaring, over "guru"baseret til teori- og evidensbaseret undervisning. Især i starten blev der ofte og gerne refereret til navngivne innovative og vidende eksperter og deres syn på verden; det var meget vigtigt at kende navnene Kaltborn, Cyriax og Janda, for at nævne nogle af de første der var på banen. De var frontløberne, dem der havde skrevet deres antagelser og erfaringer ned, og som holdt foredrag og kurser. MT-gruppen overtog deres budskaber og samlede relevante artikler og bøger fra ind- og udland. Ofte en ambitiøs mængde stof. Med Birte Carstensen's helt enorme engagement var hun ofte den der først opsnappe nyt, uanset hvor i verden det kom fra.

"Var man i tvivl, vidste Birte Carstensen altid besked og kunne sige præcis hvor det stod", fortæller Inger Birthe Bjørnlund.

Med samfundets og sundhedsfagernes udvikling og de forbedrede muligheder for forskning forandrede teorierne og vidensgrundlaget sig, og i dag er uddannelsen i højere grad baseret på evidens og best practice. >



## Må jeg låne en arm?

I 1974 blev MT-kurserne udvidet med en gennemgang af anatomiske præparater ved læge Finn Boisen-Møller, som i mange år herefter fremviste 'våde præparater' på kurserne – en hånd, en arm, en fod eller andet spændende, friskt fra formalinkasserne på Anatomisk Institut. Noget der var fuldstændig naturligt for Boisen-Møller, og som fysioterapeuterne havde stort udbytte af at forholde sig til. Det var dog på et tidspunkt ved at gå galt, da Finn Boisen-Møller, på vej til MT-kursus i Aalborg, i fly-sikkerhedskontrollen blev spurgt om hvad han havde i sin store taske. Og i overensstemmelse med sandheden måtte svare: "En arm"!





## Forskning og udvikling

DSMF bidrager også med faglige svar på spørgsmål der hører til det muskuloskeletale fagfelt. Blandt andet har DSMF de seneste år bidraget til udarbejdelsen af flere Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR). Et antal projekter er også gennemført af selskabet selv; herunder litteraturstudier, projekt om klinisk ræsonnering og anbefalinger vedrørende undersøgelse for og håndtering af potentielle arterielle og ligamentøse risikofaktorer hos patienter med nakkebesvær. Netværket af ressourcepersoner består blandt andet af undervisere, forskere og eksperter blandt underviserstaben, universitets- og forskermiljøer i ind- og udland samt medlemmerne af DSMF.



## Hvem underviser?

Undervisergruppen i DSMF består af en intern undervisergruppe med ca. 12 undervisere, som er specialiserede i muskuloskeletalel fysioterapi og yderligere i gruppen har gennemgået et forløb med træning i undervisning, teoretisk og praktisk samt med hensyn til supervision. Nogle undervisere har desuden taget en akademisk uddannelse eller ph.d.

Dertil bidrager et antal eksterne undervisere, herunder speciallæger, professorer, osteopater og udenlandske ressourcepersoner, til uddannelsen.

## 00'erne og 10'erne

### Det store skifte - fra nørderi til bio-psyko-social tilgang

Med øget indsigt og forskning kommer også - sidst i 1990'erne - skiftet fra en biomedicinsk tilgang til en mere helhedsorienteret måde at tilgå patienterne på. Hvor MT-gruppen tidligere var meget optaget af ledmobilitet og derfor rettede meget af behandlingen mod mobilisering og manipulation af leddene, tager den bio-psyko-sociale tilgang over i slutningen af 90'erne og begyndelsen af 00'erne.

"Specielt ny viden om smerter og smertevidenskab har betydet store ændringer for undervisergruppen og faget. Vi havde i flere omgange besøg af fysioterapeut, dr. David Butler fra Australien og biolog og fysioterapeut Louis Gifford fra England, som for alvor ændrede vores syn på smerter og manuel terapi", siger Hans Kromann Knudsen. De to herrer var i Danmark i flere omgange og fik faciliteret hele gruppen i en mere bio-psyko-social retning.

"Det fik den betydning at vi fik en bredere tilgang til patienten. Vi begyndte i højere grad at forstå hvad patientens tanker og følelser betyder for smerteoplevelsen; hvilken betydning konteksten og patientens eget perspektiv har", forklarer han.

Inge Ris har været MT-fys siden 1982 og underviser på MT-uddannelsen siden 1996.

"Der er de seneste 20 år sket en markant udvikling fra en biomedicinsk tilgang til den humanistiske bio-psyko-sociale tilgang - vi har i dag et mere holistisk syn. Vi er efter min mening meget bedre klædt på til at hjælpe patienter med at løse deres udfordringer", siger hun.

Den nye tilgang har dog ikke bidt sig tilstrækkeligt fast, mener Inge Ris. Hun oplever at de unge fysioterapeuter mangler redskaber når de kommer ud fra skolen. Redskaber til kommunikation, samtaler, procesevaluering osv. Og det

er et problem, for fysioterapeuters rolle er i dag anderledes end den var for bare få år siden.

"Når man ser på de patienter der har langvarige problemer, så er vores rolle i dag mere som vejledere og rådgivere end som traditionelle behandlere. Det betyder ikke at vi skal smide vores manuelle færdigheder ud med badevandet. Manuel behandling er stadig aktuell hos de akutte patienter, og vi ved også fra forskning at massage eksempelvis har effekt på kroniske nakkepatienter, ligesom mobilisering kan have det. Men vi har i dag i høj grad brug for kommunikative redskaber også," påpeger Inge Ris.

### Omstrukturering - vi bliver muskuloskeletale

Den ændrede tilgang afføder naturligvis overvejelser og diskussioner i gruppen om hvor manuel terapi og muskuloskeletalel fysioterapi er på vej hen. Hvor meget skal mobilisering fylde, hvor meget skal træning, smerteforståelse, patologi mv. fylde. Samtidig stiller IFOMPT kontinuerligt stigende krav til uddannelsen: Den skal afslutte med en eksamen, indeholde flere evalueringer undervejs, der skal være en grad af videnskabsteori og metode, og uddannelsen skal nøje beskrives. En ny struktur, som i nogen grad minder om den der effektueres i dag (se figur 1), ser dagens lys i slut-1990'erne. Kernen omkring mobilisering bliver bibeholdt, men med betegnelsen Muskuloskeletalel Fysioterapi bliver omdrejningspunktet ikke kun leddene, men også muskel- og nervesystemet, som bliver set i en psyko-social kontekst. Opdelingen af kroppen i columna og ekstremiteter bliver afløst af at dele kroppen på midten, så de grundlæggende kurser (som er dem der er tættest på den oprindelige uddannelse) kommer til at handle om øvre ryg og overekstremiteterne henholdsvis nedre ryg og underekstremiteterne. Smerteforståelse og neurodynamik kommer til at spille en stor rolle, det samme gør differentialdiagnostik, hvorfor der indføres små kurser i billeddiagnostik, medicinske sygdom-

me, neurologi, ortopædi og reumatologi, med det mål at styrke screening for anden og alvorligere patologi og være klædt på til at samarbejde med lægerne. En case-rapport indlemmes for at opgradere de studerendes kompetencer til at finde og forstå faglige artikler og være i stand til at udarbejde et forskningsspørgsmål. Der bliver sat ECTS-point på uddannelsen, som kommer til at ækvivalere et årsværk på 60 ECTS-point. Der indføres to eksamener - en del 1 og en del 2. I 2009 er transformationen gennemført, og DSMF kan med stolthed tage fat på den kursusrække der nu er blevet en hel, sammenhængende muskuloskeletalel efteruddannelse (se figur 1). Den dag i dag fortsætter justeringer i elementer af uddannelsen, og senest er der tilføjet såkaldte CAT's (Critical Appraised Topics) opgaver. >



## Muskuloskeletalel Fysioterapi Uddannelsesstruktur 62 ECTS point

<b>Grundkursus Muskuloskeletalel fysioterapi 24 dage</b> Nedre kvadrant del 1 (Trin 1A): 6 dage Øvre kvadrant del 1 (Trin 1B): 6 dage Nedre kvadrant del 2 (Trin 2A): 6 dage Øvre kvadrant del 2 (Trin 2B): 6 dage	<b>Dynamisk stabilitet 9 dage</b> Del 1: 5 dage Del 2: 4 dage	<b>Smerte og Neurodynamik 4 dage</b> Del 1: 2 dage Del 2: 2 dage	<b>Supervision niveau 1 9 dage</b> Del 1 (ræsonnering): 3 dage Del 2 (teknik): 3 dage Del 3 (smerte): 3 dage	Individuel supervision: 30 timer	<b>Differentialdiagnostik - 6 dage</b> Består af 5 kurser, der kan tages hver for sig: Medicinske sygdomme: 2 dage Reumatologi, ortopædi, neurologi og billed-diagnostik: hver på 1 dag
<b>Klinisk eksamen niveau 1 Examineret Muskuloskeletalel Fysioterapeut ExamMPT</b>					
<b>Mobilisering og manipulation 6 dage</b> Del 1: 3 dage Del 2: 3 dage	<b>Case rapport 3 dage</b> + skriveperiode	<b>Supervision niveau 2</b> 3 dage	<b>Klinisk og skriftlig eksamen niveau 2 DipMPT Muskuloskeletalel Fysioterapeut DipMPT</b>		

Figur 1. Oversigt over uddannelsen 2017

### Den store internationale udfordring

Den helt store udfordring kommer da IFOMPT i 2008 igangsætter en omfattende monitoreringsproces, hvor hvert medlemsland skal redegøre for deres uddannelse og kigges i kortene af en udefrakommende bedømmer, der skal følge noget af undervisningen og interviewe de studerende for at dokumentere over for IFOMPT at der bliver levet op til kravene. For at bevare medlemskabet er der krav om et omfattende curriculum med beskrivelse af uddannelsens struktur, indhold, læringsmål, evaluering og karaktersystem, undervisernes akademiske niveau, graden af undervisning i videnskabsteori og -metode og meget mere. Der er tale om en Educational Standards bestående af 10

dimensioner (se figur 2 herunder), hver med en række læringsmål relateret til viden, færdigheder og kompetence – i alt 163 læringsmål.

"Der skulle kræfter og økonomi til det store arbejde, der helt klart lå i en liga vi ikke var vant til – den danske uddannelse skulle sammenlignes med uddannelser i udlandet, hvor de mange steder var knyttet til et universitet og derfor havde helt andre vilkår. Men der blev i bestyrelsen taget en dyb vejrtrækning og sagt ja til at vi ville tage kampen op", fortæller Inger Birthe Bjørnlund.

Curriculum skrives, kursusindhold og karaktergivning ændres, og den engelske IFOMPT-bedømmer Roger Kerry skriver heldigvis pænt om uddannelsen efter sit besøg.

## IFOMPT's Educational Standards in Orthopaedic Manipulative Therapy

Dimension 1	Demonstration of critical and evaluative evidence based practice
Dimension 2	Demonstration of critical use of a comprehensive knowledge base of the biomedical sciences in the speciality of OMT
Dimension 3	Demonstration of critical use of a comprehensive knowledge base of the clinical sciences in the speciality of OMT
Dimension 4	Demonstration of critical use of a comprehensive knowledge base of the behavioural sciences in the speciality of OMT
Dimension 5	Demonstration of critical use of a comprehensive knowledge base of OMT
Dimension 6	Demonstration of critical and an advanced level of clinical reasoning skills enabling effective assessment and management of patients with NMS disorders
Dimension 7	Demonstration of an advanced level of communication skills enabling effective assessment and management of patients with NMS disorders
Dimension 8	Demonstration of an advanced level of practical skills with sensitivity and specificity of handling, enabling effective assessment and management of patients with NMS disorders
Dimension 9	Demonstration of critical understanding and application of the process of research
Dimension 10	Demonstration of clinical expertise and continued professional commitment to the development of OMT practise

Figur 2. IFOMPT's Educational Standards in Orthopaedic Manipulative Therapy – 10 dimensioner

"I 2011 sendte vi den første anmodning ind med alt det skriftlige materiale, men vi måtte rette op på nogle mangler før DSMF i 2013 fik endeligt godkendt den danske uddannelse og dermed et fulgyldigt medlemskab af IFOMPT", siger Inger Birthe Bjørnlund. Hun stod selv for meget af skrivarbejdet, men hele undervisergruppen medvirkede til processen.

Det er en sejr og et stort løft til uddannelsen, der nu er velbeskrevet, hvilket giver anledning til en "oprydning" i måden at dokumentere på og en opgradering af uddannelsen i dens videre forløb mod et akademisk niveau. Desuden betyder det at en fysioterapeut med del 2-eksamen automatisk er godkendt til at arbejde som muskuloskeletal ekspert i New Zealand, Australien og Storbritanien.

## Fremtiden

### En stadig nysgerrig gruppe i udvikling

I bestræbelserne på at blive en decideret uddannelse søger DSMF lige nu efter en uddannelsesinstitution der vil og kan udbyde uddannelsen, uden at vi mister den store force i at være en meget praksisnær uddannelse hvor et forfinet håndværk indøves. Der har været bejlet til universiteter, og forhandlinger pågår stadig. Men måske er fremtiden ved at indhente DSMF

indenom med den varslede masteuddannelse i muskuloskeletær fysioterapi. Med forskningen om hvordan mennesker oplever smerter, og hvordan nervesystemet reagerer på stimuli, er teorigrundlaget ved at tage en drastisk drejning, og vi må revidere begrundelsen for at behandle med manuel terapi. Dertil kommer den teknologiske udvikling med monitorering af snart sagt alt ved hjælp af smartphones og lignende. Kan denne udvikling anvendes i det muskuloskeletale speciale, og hvilken vej peger kompasset i det hele taget?

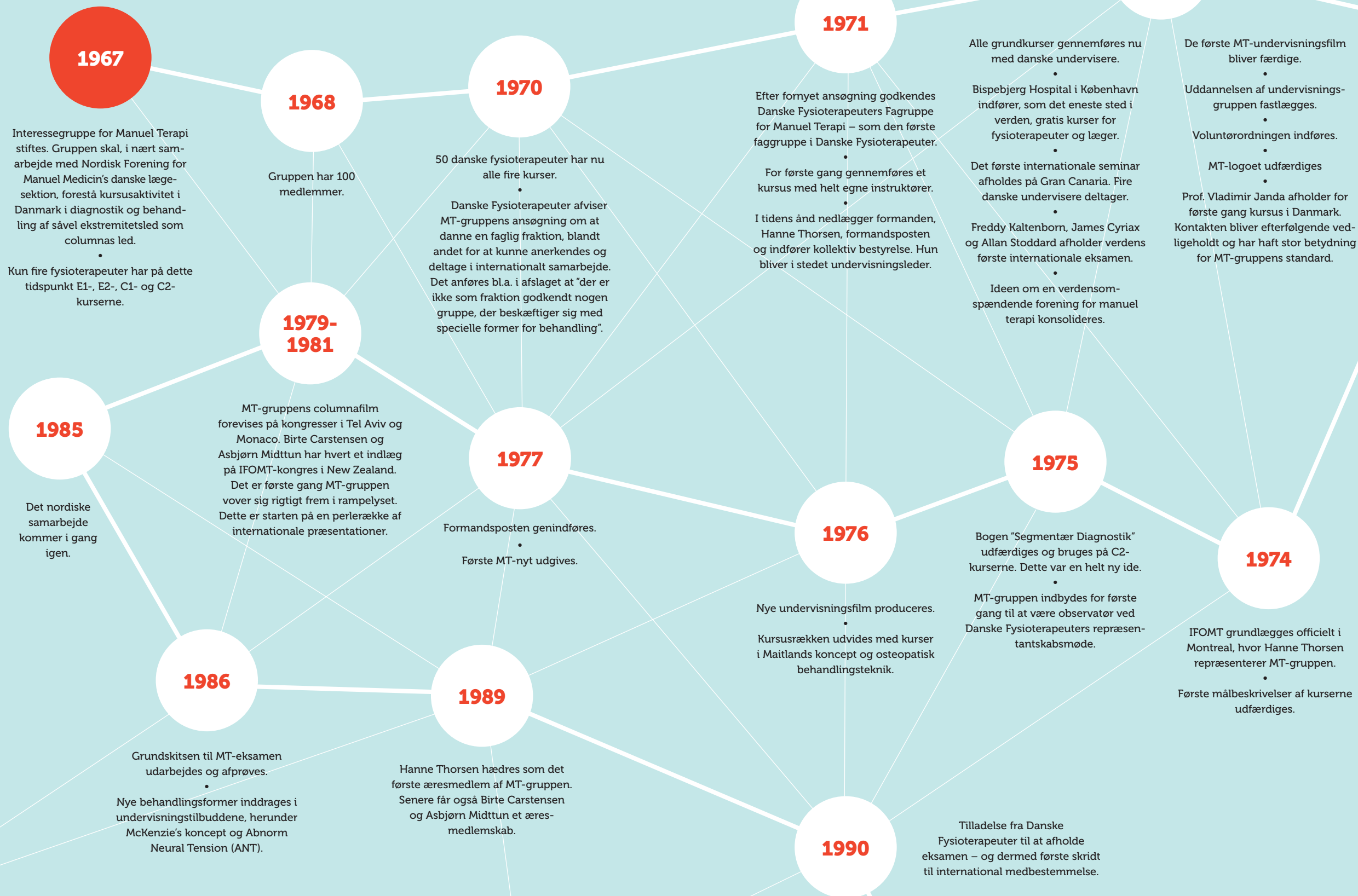
Vi lader muskuloskeletal-områdets grand old lady (som har været med i MT-gruppen/DSMF i næsten samtlige 50 år) få de sidste, opsummerende ord:

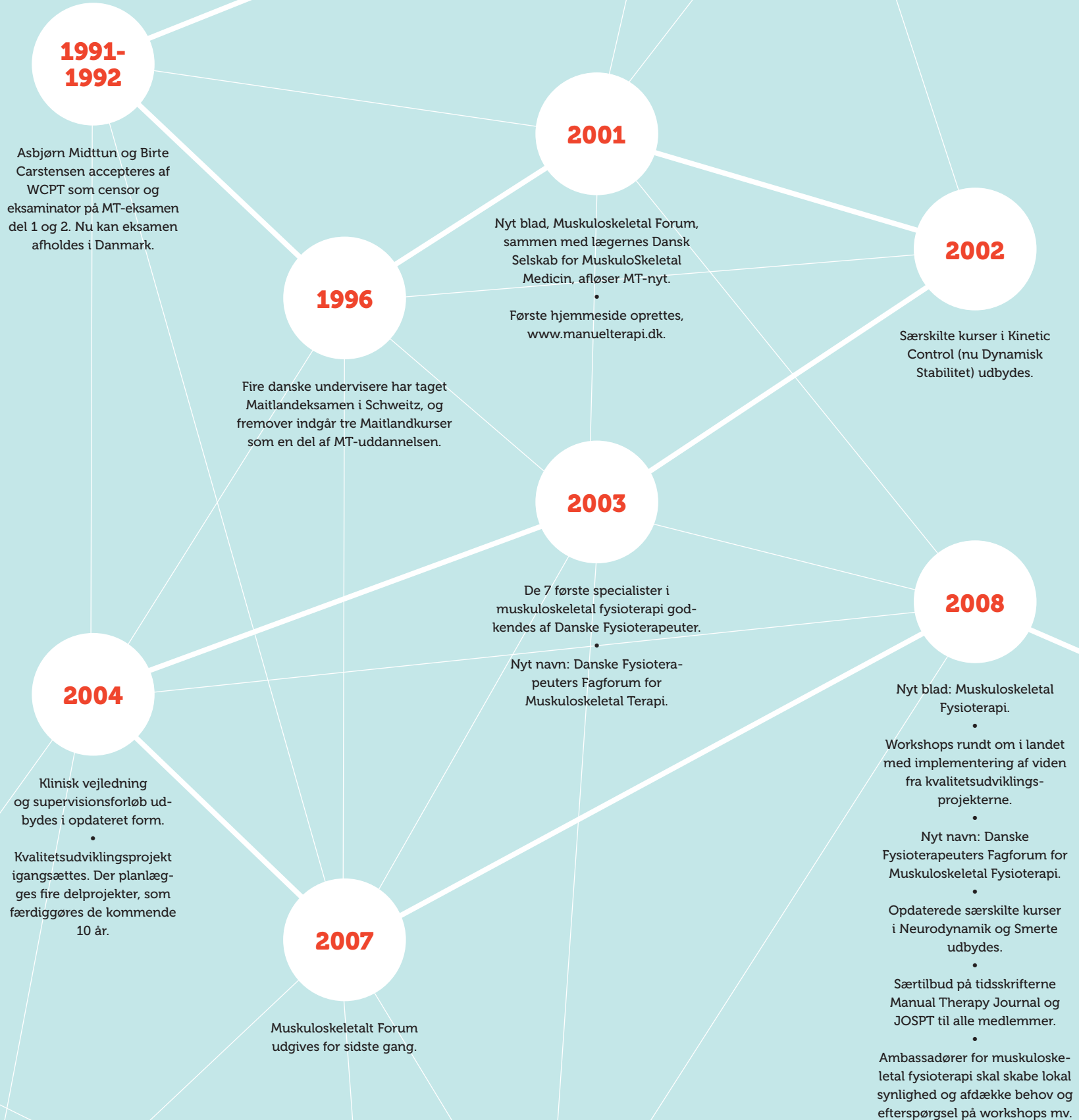
"Via MT-gruppen har Danmark været rigtig godt med internationalt. Vi er nysgerrige, og det har betydet at vi gennem alle årene har trukket viden og ekspertise til fra udlandet, eller vi har selv hentet denne viden uden for landets grænser, ikke mindst i England, Norge, Sverige, Australien og Holland. Vi har altid fulgt meget med og har sammen efterrationaliseret på det der er foregået, og det har betydet at gruppen og fagområdet løbende har udviklet sig og opnået øget international anerkendelse", siger Birte Carstensen.

Intet tyder på at den udvikling og indstilling vil ændre sig de næste 50 år. DSMF er med når fremtiden tager over.



# Fra 1967 til 2017





## Formænd

Hanne Thorsen 1967 - 1971

Hanne Thorsen nedlagde omkring 1971 formandsposten og blev uddannelsesleder i en kollektiv bestyrelse frem til 1977

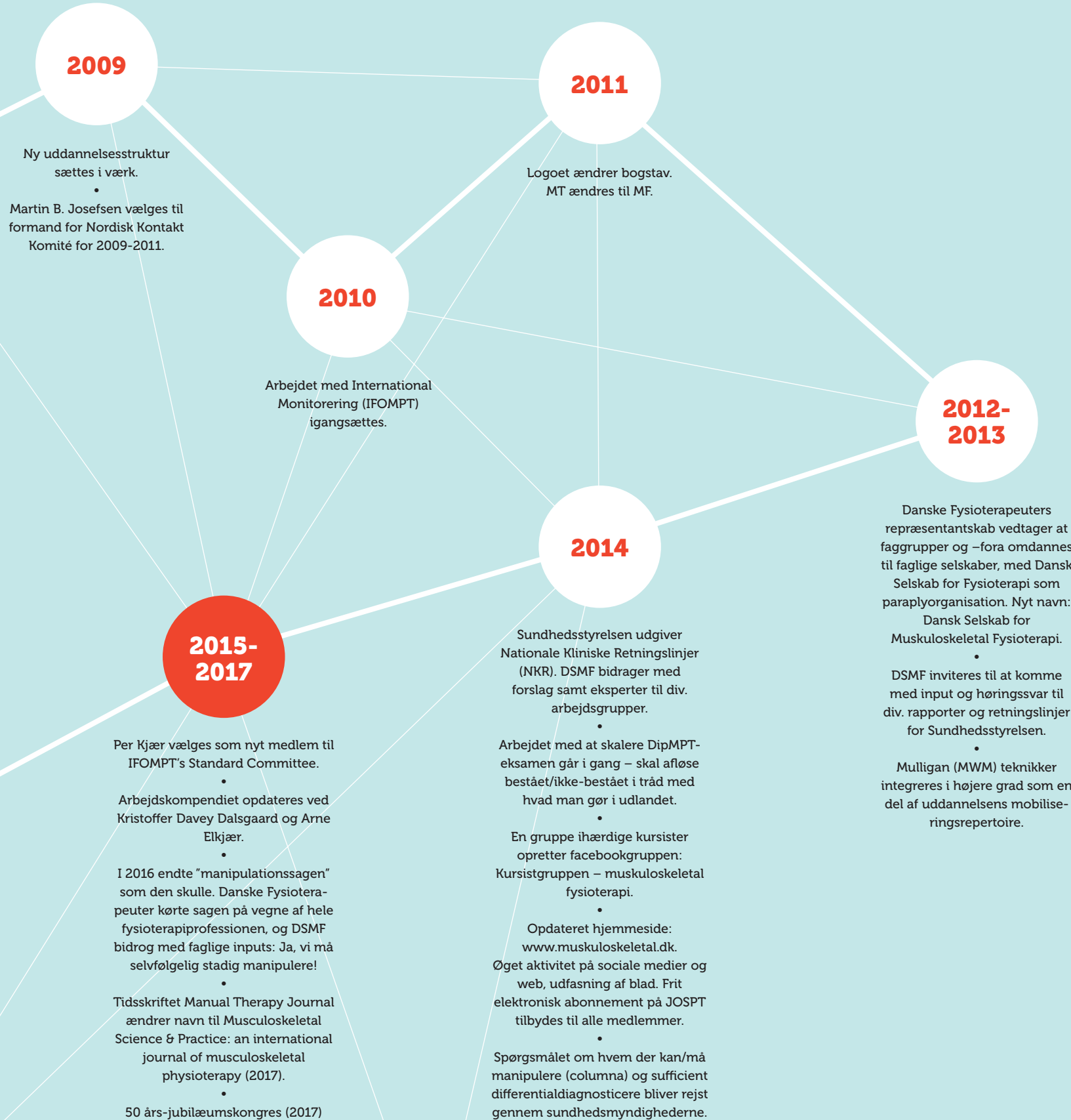
Kirsten Skjøtt 1977 - 1981  
 Karen Prip 1981 - 1990  
 Vibeke Laumann 1990 - 1999  
 Per Kjær 1999 - 2001  
 Vibeke Laumann 2001 - 2002  
 Niels Honoré 2002 - 2008  
 Martin B. Josefsen 2008 -



## Æresmedlemmer

Tre personer, Hanne Thorsen (øverst), Birte Carstensen (nederst) og nu afdøde Asbjørn Middttun, er æresmedlemmer af DSMF, en hæder tildelt for mange års enestående indsats. Til æren hører en flot medalje.





Så mange Muskuloskeletale Fysioterapeuter (DipMPT og MaMPT) er der i Danmark:

79

Så mange har taget Del 1 eksamen (ExamMPT):

152



## Medlemstal

1968	: 100
1975	: 200
1988	: 900
2001	: 986
2002	: 965
2003	: 967
2004	: 979
2005	: 982
2006	: 916
2007	: 900
2008	: 907
2009	: 927
2010	: 941
2011	: 932
2012	: 933
2013	: 922
2014	: 900
2015	: 863
2016	: 904

## Kært barn har mange navne

**1967**

Interessegruppe for Manuel Terapi

**1970**

Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Manuel Terapi – i daglig tale kaldet "MT-gruppen"

**2003**

Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi

**2008**

Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi

**2013**

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi

## Logoet

DSMF's logo med den genkendelige ryghvirvel er skabt af Hanne Thorsens gode ven, tegneren Jørgen Bach, i 1970'erne, og har været med hele vejen siden. Dog blev logoet opdateret af Arne Elkjær i 2011, hvor T'et blev byttet ud med et F.



Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi

# Hvorfor DSMF-uddannelsen?

Vi har spurgt tre fysioterapeuter som for nylig har afsluttet del 1 af DSMF-uddannelsen.



**Gitte Rieck**

FysioDanmark Østerbro Fysioterapi

## Hvorfor har du valgt DSMF-uddannelsen?

Under to praktikforløb på grunduddannelsen havde jeg to rigtig dygtige vejledere, som begge var uddannet gennem DSMF. De inspirerede mig med deres tankegang og tilgang til fysioterapien. Det gjorde mig nysgerrig på den muskuloskeletale uddannelse. Samtidig var jeg på det tidspunkt ikke i tvivl om at jeg gerne ville være klinik-fys, og det gav rigtig god mening for mig at vælge en uddannelse der giver mig kompetencer både diagnostisk, manuelt, træningsmæssigt og i forhold til de mere kroniske smertepatienter.

## Hvad synes du uddannelsen giver dig?

Uddannelsen har givet mig kompetencer der gør at jeg føler jeg undersøger mine patienter grundigt og relevant. Jeg tager en struktureret tilgang til undersøgelse og behandling med mig gennem klinisk ræsonnering, med base i analyse af smertemekanismer og hypotesedannelse. Jeg føler også at jeg med min muskuloskeletale baggrund kan skelne mellem patienter hvis problemstilling er noget jeg kan tage mig af – enten med mine manuelle færdigheder eller mine kompetencer inden for det narrative område – og patienter med mere alvorlige problemstillinger, som hører til i andet regi.

Uddannelsen gennem DSMF har på den måde givet mig en sikkerhed i mit fysioterapeutiske arbejde, og det jeg har glæde af hver dag.



**Thomas Vang Pedersen**

Rønnebær Allé Fysioterapi

## Hvorfor har du valgt DSMF-uddannelsen?

Jeg gik i gang med osteopat-uddannelsen direkte efter fys-studiet. Her var fokus primært på anatomi/ biomekanik, palpation og manuelle teknikker. Efter fjerde år stoppede jeg, i erkendelse af at uanset hvor meget bedre jeg blev til manipulationer, så blev mine resultater på klinikken ikke bedre. Manuel behandling kunne altså langt fra stå alene. Jeg følte mig usikker i forhold til at diagnosticere og forstå patienterne, og ikke bare opstille en biomekanisk hypotese.

Samtidig fulgte jeg en del med i den "smerterevolution", som bl.a. Louis Gifford og David Butler havde sat i gang, og den kunne jeg ikke få til at passe sammen med den osteopatiske tilgang. Jeg ønskede en uddannelse som havde fokus på det biomekaniske, men også det diagnostiske og smerteteoretiske og på patientens egen forståelse og håndtering af situationen. Her passede diplomuddannelsen i muskuloskeletal fysioterapi perfekt.

## Hvad synes du uddannelsen giver dig?

Uddannelsen giver mig en langt større forståelse for patienterne og alle de faktorer der spiller ind på symptomerne. En forståelse for at det ikke kun er det der sker på briksen der er vigtigt, men i langt højere grad hvad patienter tager med sig hjem/lærer af konsultationen. At hvad patienten tænker og føler, er mindst lige så vigtigt at undersøge og diskutere med vedkommende, som at undersøge de biomekaniske forhold. Samtidig har jeg fået en forståelse for at skræddersy behandlingen til patienten, i stedet for at alle skulle testes for restriktioner og derefter manipuleres. At nogle kan klare sig med undersøgelse og rådgivning, mens andre skal have den helt store pakke.

Den største forskel er nok viden omkring prognoser og effekten af de forskellige behandlinger, så jeg ikke behøver at få ondt i maven hvis patienten kommer næste gang og siger "det er altså ikke blevet bedre". Det er blot endnu en brik i puslespillet.



**Mathilde Kehler**

FYSIQ Dragør

## Hvorfor har du valgt DSMF-uddannelsen?

Som studerende faldt jeg over et muskuloskeletalt fagblad og blev dybt fascineret af det terapeutiske overblik der lå bag deres ræsonnering, og den tilgang til at kunne rumme kompleksiteten af det hele menneske. Ikke blot omkring diagnosen, men også omkring patientens narrativ og behandlingsovervejelserne. Det rakte langt ud over de koncepter og enkeltstående teorier som jeg tidligere var blevet præsenteret for.

Sidenhen er jeg kun blevet bekræftet i den ekspertise uddannelsen er med til at formidle. Der er et stort fokus på differentialdiagnoserne, og på at flere hypoteser og mekanismer ofte er i spil på samme tid. Min hjerne bliver udfordret til at holde overblik over flere arbejdshypoteser, og ikke blot søge efter en positiv test for at få ting til at passe på et enkelt rationale.

## Hvad synes du uddannelsen giver dig?

Uddannelsen giver redskaber til at hjælpe patienterne med en skarpere begrundet diagnose. Undervisningen bygger på den aktuelle evidensbaserede behandling, og stiller krav om at kunne skelne mellem de enkelte patienter, og hvilken behandlingstilgang der skal benyttes: Er der behov for hjælp til ændringer i de motoriske strategier? Skal patienten have manuel behandling? Skal jeg 'møde mennesket i patienten' og fokusere mere på den narrative del, som kan være en lige så betydningsfuld del af behandlingen som diagnosen i sig selv?

Jeg får redskaber til klinisk at vurdere årsagssammenhænge mellem symptomer, sygdom og smertemekanismer, og til at finde frem til hvad patientens udfordringer er, og dermed optimere patientens medinddragelse i behandlingen og hjælpe ham eller hende til en meningsfuld intervention derfra.

Den muskuloskeletale uddannelse er langt fra en passiv "jeg fikser dig"-behandlingstilgang, men bygger på en grundighed i anamnese og undersøgelse og det kliniske valg derudfra i samarbejde med patienten. Og det tager jeg i høj grad med mig.

“

*Jeg får redskaber til klinisk at vurdere årsagssammenhænge mellem symptomer, sygdom og smertemekanismer, og til at finde frem til hvad patientens udfordringer er.*

## 8 brikker i puslespillet

I klinisk ræsonnering indgår 8 hypotesekategorier i puslespillet: Aktivitet og deltagelse, patientens perspektiv på egen situation, vævsheling og smertemekanismer, involverede symptomgivende strukturer og funktionsændring, vedligeholdende og prædisponerende faktorer, særlige hensyn og kontraindikationer, håndtering og behandling samt prognose.



Case:

## Rygpatienten før og nu

Rygpatienter har altid fyldt meget i muskuloskeletal regi. Vi har spurgte nogle garvede fysioterapeuter hvordan de ville gribe udfordringen an – i 1967 og i dag.

Af: Marianne Nørup



### Case: Mette, 45 år, rygpatient

Mette, 45 år, henvender sig med lændesmerter, nu gennem 6 måneder.

Smerterne er værst når hun står i køkkenet eller på jobbet. Desuden smerter når hun går mere end 15 minutter, samt når hun kører bil og kobler ud. Hun er helt stoppet med at løbe og svømme, som hun ellers elsker, da det provokerer smerterne.

Smerterne kommer og går og er lokaliseret lige over lænden, men går også ned i begge baller og til midt på højre baglår. Smerterne, som hun beskriver som murrende og trækkende i benet, er ikke så voldsomme om morgenen, men bliver værre i løbet af dagen. Nogle dage få smerter, andre dage smerter fra morgen til aften. Smerterne falder som regel til ro om natten, men nogle gange vågner Mette når hun vender sig.

Ryg- og ben-smerterne bliver bedre når hun sætter sig, og når hun lægger sig på siden. Derfor hviler hun mange gange i dagens løb.

Hun har haft ryggene siden hun var 22, men husker ikke hvad der startede det. Har aldrig fået foretaget parakliniske undersøgelser.

Mette arbejder på kontor og har tre børn på 17, 15 og 9 år. Gift og bor i hus. Ryger ikke, dyrkede tidligere løb og svømning, spiser varieret. 170 cm høj og vejer 80 kg.

Hun har let forhøjet BT, der er medicinsk i niveau, og tager Treo efter behov. Bækkenløsning ved de to sidste graviditeter, og for syv år siden opereret i højre knæ for en meniskskade efter et fald. Knæet generer hende ikke.

Mette lider desuden af hovedpine, der kommer op af dagen (dog ikke hver dag) og opleves som et bånd om hovedet. Hun ved ikke hvad der udløser den. Det hjælper at gå en tur, men så får hun mere ondt i ryggen.

Mette er glad for sit job, men føler sig noget stresset pga. nedskæringer og fyringsrunder. Arbejdspresset er steget markant de senere år, og hun har meldt sig til et videreuddannelsesforløb, så hun fortsat er en af dem der er "med" i koncernen.

Hun tror ikke det er en "alvorlig" sygdom i hendes ryg, men er utryk ved udviklingen over tid. Tidligere gik det over af sig selv. Nu fylder smerterne meget i hendes hverdag. Hun passer meget på ikke at lave forkerte bevægelser. Familien har overtaget mange af hendes funktioner. Hun er ofte ked af det og bekymret for fremtiden.

Case:

## Tilgang anno 1967 – ved Hanne Thorsen

### "Patienten har ondt i ryggen"

Dengang, i 1967 og tidligere, fik vi fysioterapeuter at vide af lægen hvad vi skulle gøre. Fysioterapeuter skulle ifølge terapiassistenslovens paragraf 7 stykke 2 "nøje følge lægens anvisninger". Så i princippet ikke noget med at tænke selv!

Vi undersøgte vel nok lidt, men havde ikke lært det på skolen, og set i bakspejlet var vi ikke ret gode til det. Patientens anamnese kendte vi ikke til på forhånd, og vi fik heller ikke informationer af den art fra lægen.

I Mettes tilfælde ville vi slet ikke have kendt til alle de fakta om hende. Den information vi havde fået, ville nok have lydt således:

### "Patienten har ondt i ryggen. Der ordineres kortbølge og massage af glut max."

Enkelte tilfælde blev der ordineret øvelsesterapi, og der kunne også være ordineret instruktion i arbejdsstillinger.

Vi masserede der hvor det gjorde ondt – og hvor lægen sagde vi skulle massere. Og vi var virkelig gode til at bruge vores hænder.

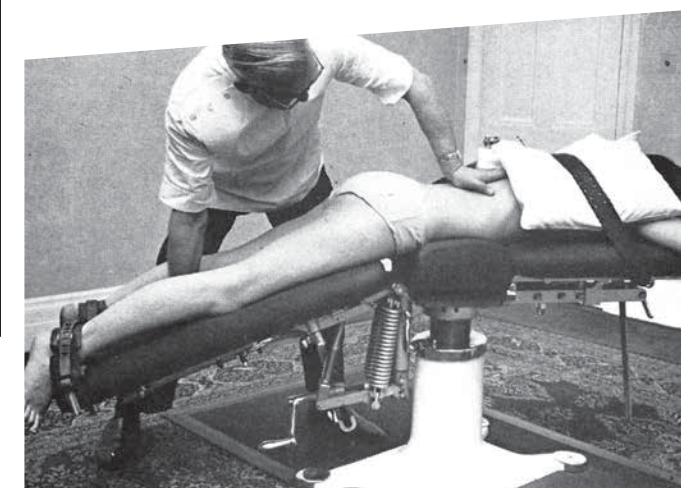
Hvis Mette havde fået ordineret øvelser, ville lægen i nogle tilfælde være så specifik at ordinere fx "Williams øvelser", som var oppe i tiden dengang. Williams øvelser var en serie fleksionsøvelser.

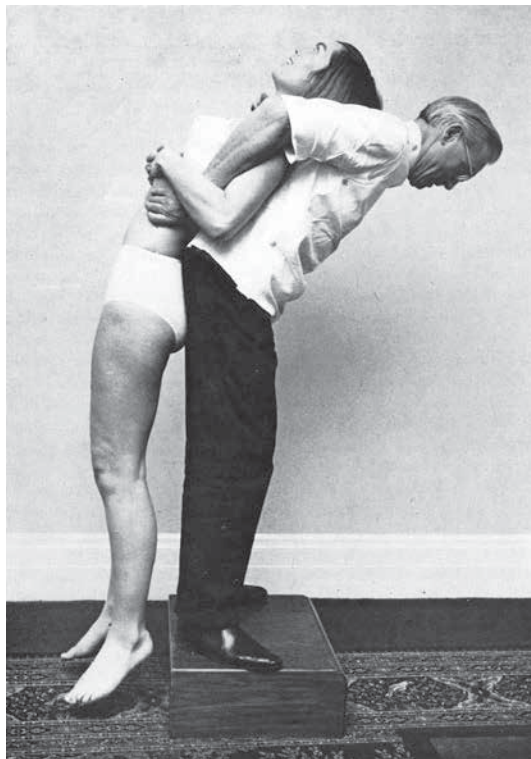
*En rygpatient i mekanisk strækkeleje – en hyppigt anvendt behandling for 50 år siden. (Fra "Manual of Osteopathic Practice", 1969)*

Endelig kunne der ordineres strækbehandling, og det foregik ved at patienten blev lagt på et strækkeleje, spændt fast om bækken og om thorax, og så blev der givet intermitterende stræk ved at lejet mekanisk blev forlænget svarende til det sted hvor patientens lænderyg var placeret. Rygpatienter kunne dengang også blive lagt i permanent stræk på sygehuset. Jeg ville sikkert også have anbefalet Mette fx at svømme.

Behandlingerne hjalp rent faktisk, men vi ved selvfølgelig ikke om patienterne var blevet smertefri alligevel. >

*Hanne Thorsen blev uddannet fysioterapeut i 1957 og tog initiativ til MT-gruppen i 1967, hvor hun gennem de næste 20 år var en markant skikkelse og igangsætter. Hun er i dag pensioneret, men har stadig tilknytning til Københavns Universitet i sin egenskab af læge og forsker.*





Manuel terapi, demonstreret i en af datidens lærebøger: "Manual of Osteopathic Practice" fra 1969.

## Nutidens muskuloskeletale tilgang – ved Jeppe Thue Andersen

Hanne Thorsen giver en fin beskrivelse af hvordan det var i 1967. Kort derefter var der – blandt andet i kraft af den nydannede MT-gruppe – fysioterapeuter som var godt i gang med at uddanne sig til manuelle terapeuter. Så selv om der stadig var en henvisning fra lægen med dertil hørende anvisning på et antal konkrete behandlinger, var der med årene flere og flere manuelle terapeuter der gik i gang med at undersøge relevante led hos patienten Mette, for at finde en dysfunktion der kunne rettes op på.

Hvordan vil en muskuloskeletal fysioterapeut behandle Mette og hendes problematikker i dag? Det kan der ikke gives en kortfattet og generel beskrivelse af. Men en muskuloskeletal fysioterapeut anno 2017 er ikke længere den manuelle terapeut der kun undersøgte og behandlede med manuel terapi, MT, som det hed i en årrække.

### Hvad er muskuloskeletal fysioterapi (MF) så?

Ingen patienter er ens – og i dette tilfælde: Ingen med rygproblemer er ens! Det er i dag velkendt at rygsmerter er en multi-dimensionel, multifaktorel og bio-psyko-social problematik. Det er derfor også umuligt at beskrive en "opskrift" for hvordan en patient med rygsmerter/symptomer skal behandles. Manuel terapi kan i nogle tilfælde udgøre en del af en MF-intervention anno 2017. Men ikke i alle tilfælde. Og aldrig som et enkeltstående behandlingstiltag.

Den fysioterapeutiske behandling baseres, struktureres og guides på en grundig diagnostisk proces, hvor det er oplagt at tage udgangspunkt i de såkaldte hypotese-kategorier. Fokus rettes mod at forsøge at identificere relevante biomekaniske og psykosociale faktorer, vurdere smertemekanismer samt udforske/afklare patientens eget perspektiv på sin problematik og situation. Særligt vil der være et fokus på at identificere modificerbare faktorer, så som uhensigtsmæssige

bevægestrategier, emotioner og kognitioner der influerer (disponerer, forstærker, vedligeholder) problematikken. At de er modificerbare, henviser lige præcis til at der er noget der kan gøres. Noget man kan forsøge at ændre på i forbindelse med den fysioterapeutiske behandling.

### Er MF anno 2017 evidensbaseret?

Både i forhold til de diagnostiske processer og selve interventionen vil relevant og tilgængelig evidens naturligvis implementeres og anvendes. På trods af at vi i dag har en mere komplet, kompleks og nuanceret viden end i 1967, så anerkender vi at forskningen endnu ikke har alle svarene. Derfor vil det også være naivt at postulere at MF er fuldstændigt evidensbaseret i klinisk praksis. Tilgangene vil være individualiserede. Så frem for at anvende den tilgængelige evidens som en opskrift der følges slavisk, vil fokus være på at tilpasse evidensen til den individuelle patient.

I det vakuum manglen på evidens giver, er det væsentligt at være bevidst om "det vi ikke ved" – altså opmærksomheden på egne begrænsninger i forhold til de mange områder og forhold hvor evidensen er mangelfuld og utilstrækkelig. Det giver en sund portion nysgerrighed og ydmyghed og motiverer til en klinisk praksis baseret på reflektion, klinisk ræsonnering og deduktiv analyse i forhold til den individuelle patients problematik.

Selvom der her i 2017 stadig er meget vi ikke ved, så er MF-tilgangen helt sikkert anderledes end den fysioterapeutiske tilgang i 1967 og MT-tilgangen i årene efter 1967. Vi er nået langt – vores viden i dag er større, og de kliniske refleksioner mere komplekse.

Hvad vores fiktive patient Mette vil opleve i fremtiden, kan vi kun gisne om. Det bliver spændende at følge hvor fx forskning om neurale og cerebrale processer samt udvikling af mangeartede teknologier vil føre os hen. >

Jeppe Thue Thorup Andersen er lektor, specialist & MaMPT. Medlem af DSMF's bestyrelse siden 2009, IFOMPT-delegeret 2012-2016





Case:

## Tilgang anno 2017 – ved Inge Ris

Anamnesen er en væsentlig baggrund for at vælge behandlingsstrategi. Jeg kan allerede herudfra se nogle tendenser:

### 1. Bearbejdning af anamnese

#### Faktorer hos Mette der taler for øget risiko for kronicitet

Irritabiliteten er høj, kort tid før smerteforværring. Mette har indstillet fysisk aktivitet, det tyder på mulig fear avoidance-adfærd. Også de mange hvil er uhensigtsmæssig adfærd. Tilstanden har varet i mange år og må betragtes som kronisk. Mettes egen forståelse af såvel hvad der kan hjælpe, som hvad der er galt, fastholder hende i sygdomsrollen.



#### Faktorer der kan have positiv indflydelse på prognosen

Udstråling er ikke voldsom og går ikke helt ned til fødderne. Mette har ikke smerter om natten. Det tyder på at inflammationsprocessen ikke er så aktiv. Tilstanden er load-relateret – når hun er of-load (sitter, hviler), får hun det bedre. Der er ikke tegn på posterior derangement – når hun sidder, har hun det godt. Hun har ikke et højt forbrug af sundhedsydelse. Hun ryger ikke. Hun har tidligere været glad for motion. Hun får en forholdsvis god kost.

#### Yderligere spørgsmål jeg vil stille inden undersøgelsen

Er der neurogene smerter? Jeg vil fx spørge til hvordan det er at køre bil og koble ud? Er der belastninger af nogen art ift. børnene? Treo-forbruget – kan hun trappe ud? Ifølge nyeste evidens ser det ikke ud til at der er effekt af smertestillende medicin på kroniske rygsmerter. Hvor meget fylder rygproblemet i forhold til fx stress, inaktivitet, bekymring for jobbet osv.? Spændingshovedpinen – hvad tror hun selv den hænger sammen med?

### 2. Undersøgelingsstrategi

Jeg bruger halvanden time på undersøgelsen. Af hensyn til samarbejdet, og for ikke at skuffe Mette, vil jeg først spørge til hendes forventninger. Fx om hun forventer hands-on. Sammen lægger vi så en plan for undersøgelsen. Mette skal selv "være med" undervejs. Jeg vil undersøge ryggens og bækkenets muskelfunktion, bevægelighed og nervevæv, og jeg vil have i baghovedet at Mettes tidligere bækkenløsning muligvis kan være en del af den nuværende lænde-problematik.

#### Forslag til konkrete undersøgelser

- Bevægelighedsundersøgelse af lænden, aktivt og passivt.
- SI-leds-provokationstest.
- Undersøgelse af muskulær funktion – muskelbalance, stabilitet.
- Neurodynamiske test.
- Bækkenbundsfunctioen – har hun et sikkert knib?
- Evt. test for sensitivering.
- Ingen neurologisk undersøgelse – det vil være spild af tid.
- Palpation af lænd vil sikkert give falsk positive tegn, men jeg vil foretage den hvis Mette forventer det.
- Er hun undersøgt for D- og B12-vitamin, stofskifte, blodprocent? Det er faktorer der kan forværre problemerne. Evt. skal hun bede sin læge om at få taget blodprøver.

### 3. Behandlingsstrategi

Undersøgelsen vil sandsynlig have afsløret nedsat muskelfunktion og inaktivitetsproblematik. Patienten inddrages i alle de beslutninger der tages vedrørende forløbet, således at hun kan få ejerskab og ansvar, efter principperne om Shared Decision Making. Ingen manuel behandling – det ville ikke gøre nogen stor forskel.

#### Konkrete forslag til behandling af Mette

Stabilitets/styrketræning af mave, ryg og glut. Jeg vil sammen med Mette vælge 5-6 øvelser, der "giver mening" og føles godt for hende. Der skal være en positiv vinkel på træningen. Træning efter Graded Exposure-principperne.

#### Generel motion

Oplagt vælges gåture efter Graded Activity (fx gå 12 minutter med forholdsvis høj intensitet hver anden dag, herefter øge med 20 pct. hver anden uge). Øvelserne og motionen skal være med til at sænke katastrofetanker og øge trygheden ved bevægelse.

#### Samtale om stress – er hjælp muligt?

Kan Mette håndtere noget anderledes? Har hun en forståelse for sammenhængen mellem belastningerne i sit liv? Er der brug for andre samarbejdspartnere?

#### Smerteforståelse

Mette skal opnå en forståelse af smerte-mekanismen og lære at leve med og være tryk ved smerterne. Øge evnen til at håndtere og cope med dem.

Hvis smerterne fylder meget og er uoverskuelige, kan hun tale med egen læge om evt. fast medicinering en periode – dette for at opnå et **open window** til behandling og aktivitet. Kroniske smerter kan ændre kemien i hjernen. Evt. kan anti-depressiv medicin hjælpe (her er det vigtigt at forklare Mette hvorfor – herunder en forklaring af sensitivering).

#### Effektmål motiverer

Sammen med Mette finder vi ud af hvad der skal måles på. Et mål kunne være at øge funktionen – at der fx går længere tid før smerterne opstår i forskellige funktioner. Det kan fx måles ud fra Patient Specific Functional Scale, hvor man sætter grader på hvor besværet man er af smerter i forskellige funktioner, fx at købe ind, gå tur, sidde i bilen etc. Mette skal tage ejerskab på planen.

Jeg tjekker op på Mette via telefonen efter en uge, og vi ses igen efter 2-3 uger. Hvis hun skal komme flere gange om ugen, kan det være med til at sygeliggøre hende unødigt. Forløbet vil sandsynligvis strække sig over 4-6 måneder, hvor vi ses hver anden eller tredje uge. Til konsultationerne reguleres øvelserne med en støttende tilgang og fokus på motivation.

### 4. Prognose

Mette vil sandsynligvis forbedre sin funktion, øge varigheden af de smertefri perioder og blive bedre til at cope med smerterne når de kommer. De vil næppe forsvinde helt.

Inge Ris er lektor og ph.d., fysioterapeut siden 1982 og MT-fysioterapeut lige så længe. Hun har i en lang årrække været en betydningsfuld del af DSMF-undervisergruppen og involveret i gruppens udviklings- og forskningsprojekter. Hun underviser i dag på DSMF's smertekurser.

# Det internationale samarbejde: DSMF rækker ud i verden

Af: Jeppe Thue Thorup Andersen, lektor, specialist & MaMPT. Medlem af DSMF's bestyrelse siden 2009, IFOMPT-delegeret 2012-2016

DSMF's engelske navn er Danish Musculoskeletal Physiotherapy Association – DMPA

34

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi

Helt tilbage fra begyndelsen har DSMF prioriteret et stærkt internationalt netværk, og det arbejder vi målrettet på at vedligeholde og udvikle. De internationale relationer har høj prioritet for DSMF fordi de blandt andet bidrager til værdifuld sparring og ny viden inden for det muskuloskeletale felt.

En stor del af DSMF's internationale aktivitet sker gennem medlemskabet af den internationale muskuloskeletale organisation The International Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists (IFOMPT).

## Hvad er IFOMPT?

Kort fortalt repræsenterer IFOMPT "grupper og uddannelsesinstitutioner der udbyder postgraduate education (efteruddannelse) rettet mod det neuro-muskulo-skeletale felt". IFOMPT er organiseret under World Confederation of Physical Therapy (WCPT), der i alt har 12 godkendte/akkrediterede undergrupper (organisationer), som hver især repræsenterer forskellige fysioterapeutiske specialer og fagområder.

## IFOMPT – lidt historie

I de tidlige 1970'ere var der en spirende interesse og nysgerrighed rettet mod den manuelle terapi. På globalt plan blev der arrangeret møder og kurser med deltagelse af datidens mest anerkendte manuelle terapeuter. IFOMPT (uden P!) blev stiftet i forbindelse med et sådant møde i Montreal, Canada i 1974. Her blev der også sammensat en Standard Committee, som blev ansvarlig for beskrivelse og udvikling af et curriculum (en studiebeskrivelse) af manuel uddannelse og eksaminering. Freddy Kaltenborn fra Norge, Gregory Grieve fra Storbritanien, David Lamb fra Canada og Brian Edwards fra Standard Committee præsenterede version 1.0 af Standard Document ved den første officielle IFOMPT-kongres, der blev afholdt på Gran Canaria det følgende år.

Tre år senere, i 1978, blev IFOMPT som den første organisation tildelt status som en undergruppe af WCPT.

IFOMPT startede ud med seks stemmeberettigede medlemslande (Australien, Holland, Norge, New Zealand, Sverige og Storbritanien) og fem associerede medlemslande. I øjeblik-

ket består IFOMPT af 22 medlemsorganisationer (MOs) samt 10 registrerede interessegrupper (RIGs) der arbejder mod at kvalificere deres uddannelsesmæssige standarder, så de kan opnå fuldt medlemskab.

I 2009 skiftede IFOMPT navn til IFOMPT, i erkendelse af at den fysiske (biologiske) komponent er mindst lige så væsentlig som den manuelle komponent ved mange muskuloskeletale problematikker.

## Hvad er formålet med IFOMPT?

Det fremgår af IFOMPT's vision at fokus er at fremme og kvalificere standarder inden for det muskuloskeletale speciale. Klinisk såvel som akademisk:

"Worldwide promotion of excellence and unity in clinical and academic standards for manual/muskuloskeletale physiotherapists" (IFOMPT's vision, [www.ifompt.org](http://www.ifompt.org))

For at arbejde mere konkret, målrettet og visionært med sin vision har IFOMPT beskrevet nogle prioriterede fokuspunkter. IFOMPT arbejder således mod at:

- Fremme og vedligeholde høje standarder for muskuloskeletal (efter) uddannelse og terapi på globalt plan
- Fremme evidensbaseret praksis blandt sine medlemmer
- Facilitere forskning med relevans for det muskuloskeletale speciale
- Fremme kommunikation mellem medlemslandene, såvel som mellem fysioterapeuter, samarbejdspartnere og offentligheden/befolkningen

## Hvorfor er det vigtigt for DSMF at være en del af IFOMPT?

Som nævnt i indledningen arbejder DSMF målrettet for at vedligeholde og udvikle vores internationale netværk og relationer. Men hvorfor prioriterer vi at bruge tid, energi og økonomi på dette?

Det gør vi fordi vi mener at det er 'det værd'! Eksempelvis bidrager vores involvering i IFOMPT til at vi har et utroligt stærkt netværk, hvor nogle

yderst kompetente ressourcepersoner kan bidrage og spørges til råds.

Derudover kan man sige at vi som fuldt medlem har dokumentation for at DSMF's efteruddannelse har en kvalitet af international karakter – til gavn for deltagerne på de kurser vi afholder.

DSMF har desuden en aftale om Reciprocal Recognition med et par andre IFOMPT-medlemslande. Det betyder at landene indbyrdes og gensidigt anerkender hinandens uddannelse. Således vil en fuldt DSMF-uddannet (DipMPT) uden videre få akkrediteret sin uddannelse i de andre medlemslande.

## IFOMPT-kongresser afholdes nu hvert fjerde år

- 1975 Gran Canaria (Spanien)
- 1977 Vail, Colorado (USA)
- 1980 Christchurch (New Zealand)
- 1984 Vancouver (Canada)
- 1988 Cambridge (UK)
- 1992 Vail, Colorado (USA)
- 1996 Lillehammer (Norge)
- 2000 Perth (Australien)
- 2004 Cape Town (Sydafrika)
- 2008 Rotterdam (Holland)
- 2012 Montreal (Canada)
- 2016 Glasgow (UK)
- 2020 Melbourne (Australien)

Alan Stoddard underviser på den første officielle IFOMPT-kongress på Gran Canaria 1973



35

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi

# De skæve fakta

Kuriøse fakta og anekdoter fra 50 år med knogler, muskler og mennesker.



## En vovet faggruppe

I 1976 var MT-gruppen inviteret til at fremvise gruppens undervisningsfilm på en kongres i Tel Aviv, og her blev det bemærket at modellen på filmen kun var iført bikini!

"På de film man hidtil havde set, var modellen typisk iført en blomstret underkjole. Så når hun bevægede sig, var det som at se en bølgende kornmark – der var ikke meget synlig krop", fortæller Birte Carstensen, som var blandt deltagerne.



## Eksport-succes

MT-undervisergruppen blev hurtigt en efterspurgt vare, også i udlandet. Underviserne har bl.a. været i Grønland, Island, Sverige, Færøerne, Bulgarien og Kuwait.



## Import-succes

Fysioterapeut og ph.d. Inge Ris, som stammer fra Holland, har boet i Danmark siden 1982. Hun kom til Danmark udelukkende fordi danskerne havde en god MT-uddannelse, fortæller hun. Dengang fandtes der kun tilsvarende muligheder i Schweiz og England.



## Uoversættelige nye teorier

I 1998 var undervisergruppen (Per Kjær, Inge Ris og Carl-Terje Rørvik) i Bulgarien. De bulgarske deltagere var ekstremt engagerede og arbejdede gerne fra kl 7 om morgenen til kl 20 aften. En ældre distingveret herre oversatte fra engelsk til bulgarsk, men en sprogkyndig deltager på kurset afslørede senere at manden ikke altid videregav teorierne fra underviserne, men i stedet tilpassede det til de teorier han selv kendte til.

“*En erkendelse vi tog med fra Bulgarien i 1998, var at for nogle mennesker og folkeslag er overlevelse vigtigere end smerter og funktionsbesvær, som i deres verden er "problemer" der nok hører til i luksuskategorien.*”

Inge Ris, underviser



## Nøgen hud forbudt

Inge Ris og Per Kjær afholdt i 2005 et kursus i Kuwait på vegne af MT-gruppen. Under teoridelen var kvinder og mænd samlet, men placeret i hver sin side af salen. Lyset var slukket i kvindernes afsnit, så underviserne kunne kun se mændene.

Til den praktiske del var kvinderne for sig selv – bag en låst dør og med en vagt udenfor. Alligevel ville ingen tage tøjet af, og undervisningen kunne derfor ikke sættes i gang. "Jeg er nødt til at have noget hud", tryglede Inge Ris. Til sidst pegede de indfødte kuwaitere på to egyptiske kvinder (som i Kuwait er placeret lidt lavere i hierarkiet), og de måtte modstræbende lægge hud til. Dog kun med et lille løft af klæderne på lige præcis den kropsdelt der skulle behandles.



## Nænenænenæ, det må du ikke!

Efter at have dygtiggjort sig inden for manuel terapi i 20 år ville Hanne Thorsen gerne endnu videre, og en osteopatuddannelse i England var ikke realistisk som alenemor til to børn. Hanne Thorsen var, som mange af sine kolleger, tiltagende irriteret over fysioterapeuters manglende anerkendelse og afhængigheden af lægen. Så da hun en fredag eftermiddag stod i sin klinik med en patient med en akut prolaps og cauda equina-symptomer, og ikke kunne få ham indlagt fordi hun "kun" var fysioterapeut, gjorde hun alvor af en gammel drøm om at starte på medicinstudiet. Hanne Thorsen blev læge i 1987.

I dag har fysioterapeuter officielt ret til at mobilisere, og henvisningspligten ophørte ved lov 1. januar 2007. Det betyder at patienter ikke længere behøver en henvisning fra en læge for at blive behandlet af en fysioterapeut, og at fysioterapeuten selv afgør hvilken undersøgelse og behandling han eller hun finder relevant. Overenskomstsmæssigt i praksissektoren er der dog ikke tilskud uden lægehenvi-



## Forelskelse, udfordringer og sølvbryllup med Manuella

*"I 1983 forelskede jeg mig i en speciel dame. Vi har nu for længst fejret sølvbryllup, og vi holder stadig sammen. Vejen har være belagt med dyb fascination, fordybelse, tvivl – måske ligefrem utroskab – formidling og udvikling, og er nu et stærkt velfunderet forhold, hvor vi kan se tilbage på et særdeles spændende liv."*

Per Kjær, lektor, fysioterapeut, ph.d., Institut for Idræt og Biomekanik, om sit liv med MT-gruppen/DSMF

# Perspektivering: Kursen er sat

Af: Martin B. Josefsen

**K**ontinuerlig udvikling og omfavelse af ny viden. Det kendetegner den muskuloskeletale fysioterapeut – og det kendetegner også den måde uddannelsen i muskuloskeletal fysioterapi har udviklet sig på. Den pionerånd, nysgerrighed og fleksibilitet som kræves for at være på forkant med viden og kompetencer, er en ånd DSMF har opdyrket og holdt fast i altid.

Drivkraft og kontinuerlig udvikling bliver ikke mindre påkrævet i fremtiden. Der er muligheder og perspektiver i de forskelligartede udbud af uddannelse i muskuloskeletal fysioterapi. Herunder er DSMF opmærksom og undersøgende i forhold til muligheden for at placere uddannelsen på et universitet. Der er ingen simple løsninger. For først og fremmest er det DSMF's fornemmeste opgave til stadighed at sikre at uddannelsen – eller uddannelserne – der udbydes, som minimum lever op til de internationale IFOMPT-standarder. Det skal der være mindst én uddannelse i Danmark som gør, og i dag er det kun uddannelsen udbudt af DSMF selv som er internationalt anerkendt under IFOMPT. Særligt kravene til klinisk supervision, mængden af færdigheder og teoretisk indhold – med kompetente undervisere – kan være barrierer for at en placering af en muskuloskeletal fysioterapi-uddannelse på et universitet kan blive godkendt umiddelbart. Klinisk rettede uddannelser, om end med noget akademisk indhold, er generelt dyrere og mere komplekse at udbyde end mere teoretiske uddannelser. Der kræves undervisningsressourcer og setups med tilgang af patienter og mange konfrontationstimer. Og i dagens Danmark skal universiteter også have økonomien til at løbe rundt, ligesom der kan være andre rammer der begrænser muligheden for at stykke en klinisk kandidatuddannelse sammen på det muskuloskeletale område. Men DSMF er undersøgende og i dialog på området. Og såfremt der opstår kliniske muskuloskeletale uddannelser i universitetsregi, bliver DSMF's opgave at facilitere og evt. monitorere uddannelserne i samarbejde med IFOMPT, for at efterstræbe et internationalt niveau på disse uddannelser også. Der er dog på universitetsområdet et frivillighedsperspektiv, så et universitet skal selvfølgelig have interesse herfor. I de lande vi sammenligner os med, ses der dog en tydelig tendens for de kliniske muskuloskeletale uddannelser på universiteterne: Man ønsker i høj grad at disse uddannelser efterlever IFOMPT's minimumskrav. Og det er lykkedes for rigtig mange universiteter, i samarbejde med de enkelte IFOMPT-medlemsorganisationer i mange lande.

Et af de gode perspektiver i at der eksisterer minimumskrav på det muskuloskeletale område, er at det giver en international overførbare af de opnåede kompetencer. DSMF understøtter disse visioner og ser allerede en større anerkendelse landene imellem når der søges merit for uddannelses-

niveau der lever op til IFOMPT's krav. I det hele taget ser vi for os en større grad af internationale aktiviteter fremover, ligesom DSMF de seneste år allerede har været mere internationalt engageret end nogensinde før.

I Danmark har de faglige selskaber i fysioterapi de senere år i langt højere grad end tidligere været involveret i arbejde med udvikling, forskning og dokumentation. Ikke mindst i forbindelse med de nationale kliniske retningslinjer (NKR), hvoraf en del har omhandlet det muskuloskeletale område. Fremtiden for NKR kender vi ikke helt. De første år for NKR har været finansieret på nationalt plan, men den fremtidige model kan se anderledes ud. Det afhænger af den politiske velvilje. Et muligt fremtidsscenario kan være at modellen fortsætter med Sundhedsstyrelsen som central aktør, men måske i en anden udformning end hidtil. En mulighed er at faglige selskaber inden for forskellige faggrupper, såsom de fysioterapeutiske og lægelige selskaber, får en større rolle i at udvælge og udarbejde kliniske retningslinjer – og at Sundhedsstyrelsen så mere bliver et godkendende organ der skal godkende kliniske retningslinjer til NKR-status.

Forskning inden for det muskuloskeletale område er nok et af de mest etablerede forskningsfelter inden for fysioterapi. Også i Danmark er udviklingen stigende. I samarbejde med Dansk Selskab for Fysioterapi har vi ambitioner om at skabe endnu tættere samarbejder og udviklingsmuligheder mellem selskaberne og forskningsmiljøerne – til gavn for begge parter. Og i sidste ende selvfølgelig patienterne.

Specialiseret og evidensbaseret praksis er nogle af dagens nøgleord. Det ser vi også blive båret ind i fremtiden i en stærkere form end tidligere. Patienterne ønsker specialiserede kompetencer. Og vi har som fysioterapeuter en stor ambition om at hjælpe vores patienter bedst muligt. Nogle af de store udfordringer for den enkelte kliniker er at anvende evidens, viden og kompetencer bedst muligt i forhold til diagnostik, differentialdiagnostik og behandling af individuelle patienter. Der findes ikke gode "køgebogsopskrifter" til nuanceret patienthåndtering og medinddragelse i beslutningsprocesser – "one size does not fit all". Ekspertise og kommunikationsfærdigheder er særdeles vigtigt, og opdyrkes gennem uddannelse, kompetenceudvikling og erfaring. Klinisk ræsonnering og kompetencer til at håndtere komplicerede problemstillinger vil også i fremtiden være et af de vigtigste omdrejningspunkter for den muskuloskeletale fysioterapeut. Og for uddannelsesudbud i muskuloskeletal fysioterapi. Til glæde for den enkelte patient.

Det har vi heldigvis øvet os på i mange år, og det vil vi blive ved med.

**Martin B. Josefsen, formand, 2017**

“

*Når vi ser tilbage på de 50 år der er gået med DSMF – den tidligere "MT-gruppe" – er der én ting der går igen: En utrættelig higen efter at blive bedre. Vi har studeret, eksperimenteret, nørdet, diskuteret og prøvet af. Og det vil vi blive ved med. For kun sådan er vi fortsat et speciale i bevægelse.*





Dansk Selskab for  
Muskuloskeletal Fysioterapi

[www.muskuloskeletal.dk](http://www.muskuloskeletal.dk)



Dansk Selskab for  
Muskuloskeletal Fysioterapi