

Muskuloskeletalt Forum



5. årgang
Maj 2005

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

Bækkensmerter – incidens,
diagnosticering, baggrundsfaktorer
samt prognose 6

Columnprisen 2005 8

Thoughts regarding evidence
based medicine 9

Det er ikke slut, men det er
en ny begyndelse 13

5th Interdisciplinary
World Congress on
low back and pelvic pain 15



Muskuloskeletalt
Forum

5. årgang · Nr. 2 · Maj 2005

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

Redaktion:
Martin B. Josefsen (Ansv.)
mbj@rygnet.dk
Dalum Fysioterapiklinik
5250 Odense SV

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:
Martin B. Josefsen
mbj@rygnet.dk

Grafisk design Et sats:
Lægeforeningens forlag
København

Tryk:
Scanprint a/s, Viby J

Deadline for stof til næste blad
29.7.2005
– forventes udsendt
til medlemmerne
ultimo august 2005

Forsidefoto:
Mikkel Østergaard

ISSN: 1602-608X

Indhold

Leder 4
Allan Gravesen

Leder 5
Niels Honoré

Rettelse 5

Bækkensmerter – incidens, diagnosticering, baggrundsfaktorer
samt prognose 6
Hanne Albert

Columnprisen 2005 8

Thoughts regarding evidence based medicine 9
Ron Palmer & Jacob Patijn

Det er ikke slut, men det er en ny begyndelse – resume
af masterafhandling 13
Hanne Ringgaard Møller & Hans Kromann Knudsen

5th Interdisciplinary World Congress on low back and pelvic pain
– beretning fra kongressen 15
Berit Schiøttz-Christensen

Rundt om hoften. Referat fra årsmødet 2005 i Århus 17
Gerd Lyng

Referat fra generalforsamlingen i MT-gruppen 21
Lene W. Johansen

Mødekalender – kongresser, events og symposier 22

Orientering om FIMM's International Academy 23
Lars Remvig

FIMM International Academy – applications for membership 24

DSMM kurser 27

DFFMT kurser 29

DSMM og DFFMT – Bestyrelser og udvalg 30

Diverse 4, 5, 7, 8, 12, 14, 16, 29



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

Den 4. marts var der Årsmøde med MT-faggruppen og DSMM. Som noget nyt var Danske Fysioterapeuter (DF) med i Årsmødet, idet DF havde planlagt en temadag om samme emne som os, nemlig »Rundt om hoften«.

Årsmødet var en overvældende succes – for fysioterapeuterne! Der var tilmeldt 10 (ti) læger.

Ikke fordi emnet er uinteressant og kedeligt, og heller ikke fordi foredragsholderne ikke var spændende at høre på. Vi hørte bl.a. om reumatologia minor, om det nyeste inden for hoftekirurgi og træning af muskulaturen omkring hoften.

Vi havde i DSMM regnet med, at annoncering i bladet var tilstrækkeligt til, at I fandt tid til at være med på dagen, men vi må erkende, at der skal mere direkte annoncering til.

Så næste gang slipper I ikke! I vil få annoncen for Årsmødet 2006 både i bladet og som direkte post til hver enkelt af jer.

Jette Korsgaard, Palle Holck og Peter Silbye er holdet bag årsmødet 2006 – vi glæder os til at se jer.

Ved sidste bestyrelsesmøde havde vi inviteret de lærere som var med ved vores nye basiskursus.

Vi ville evaluere på opbygningen af kurset, og holdningen var, at kurset behøver yderligere tilpasning. Denne tilpasning bliver tilrettelagt og præsenteret på lærermødet den 2. juni for endelig godkendelse.

Vores mobiliseringskursus skal også igennem en modernisering – ja alle vore kurser skal moderniseres, men næste kursus er altså et mobiliseringskursus.

Det betyder også, at du helt sikkert vil kunne have glæde af at se på de nye kurser og om der ikke var et eller flere kurser, hvor du kunne trænge til en opdatering.

Vi vil i DSMM gerne være mere kendte. Det vil MT-gruppen også gerne. Vi har derfor i redaktionen af vores blad besluttet, at vi vil sende nogle

frieksemplarer til reumatologiske afdelinger, gigtsanatorier, fysioterapeutskoler og universitetsbiblioteker.

Det koster ikke ret meget at trykke ekstrablade, og vi finder, at det er en god promovning af vores selskab, som vi kan skabe ved dette nye tiltag.

Du kan også være med til at promovere vores selskab ved at være opmærksom på vore kurser og fortælle om dem til f.eks. dine uddannelseslæger.

Inde i bladet finder du indmeldelsesblanket til DSMM.

Til slut vil jeg nævne, at den rygvejledning, som DSAM har initieret, sendes i høring snarest med henblik på udgivelse senere på året.

Allan Gravesen

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

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*

Årsmødet 2005

Jeg vil gerne indlede med at sige tak for et godt samarbejde til DF og DSMM i forbindelse med afholdelse af vores fælles årsmøde.

Det var dagen efter, at Storebæltsbroen blev torpederet af et skib, og vi var noget nervøse over, at Danmark nu igen var blevet delt! Alligevel lykkedes det næsten 300 læger og fysioterapeuter at møde op til tiden på SAS Radisson i Århus. Overskriften var »rundt om hoften«. Programmet bestod af dygtige mennesker blandt vore mange danske foredragsholdere, men også Michael Shacklock fra Australien gæstede årsmødet. Det var første gang, at vi i fællesskab med Danske Fysioterapeuter afholdt årsmøde/temadag. Hvad angår de mange tilmeldte, må det siges at være et flot resultat. Således var det også dejligt at se, at mange af deltagerne ikke var MT'ere! Forhåbentlig fik vi mulighed for at vise, hvem vi er, og hvad vi står for, og så kan det jo være, at vi får et par nye medlemmer i den nærmeste tid. Det faglige input blev komplementeret af muligheden for at se Århus' nye kunstmuseum AROS. Det var der ikke færre end 290, der gerne ville, så noget siger os, at der for fremtiden gerne må være skæve og inspirerende indslag på kommende årsmøder. Dagen sluttede med et brag af en gallamiddag i turbinehallen, krydret med opera, levende lys og danse musik til den lyse morgen.

Generalforsamlingen

I forbindelse med årsmødet afholdt vi vores årlige generalforsamling. Desuden havde vi denne dag inviteret alle vores medlemmer til gratis foredrag med Michael Shacklock. Cirka 50 medlemmer havde takket ja, og de fik alle et spændende og nytænkende foredrag omkring neurodynamikken og diagnostik/behandling med denne. Desværre var tilslutningen til selve generalforsamlingen skammelig lille! Det er bare så ærgerligt, for det er vigtigt at I som medlemmer har lyst og får mulighed for at præge udviklingen inden for vores fagområde.

Ekstrahonorering

Jeg vil gerne her til sidst endnu engang slå et slag for alle de MT'ere, der har taget deres eksamen. Jeg mener og vil kæmpe for, at de mennesker, der har taget, og er blevet eksamineret i vores diplomniveau (Exam.MT/Dip.MT), skal honoreres! Kig på

Niels Honoré

Formand i DFFMT
nh@fysiocenter.dk



samfundet generelt – er det ikke helt almindeligt, at de grupper i samfundet, der tager ekstra uddannelser, ligeledes er sikret en ekstra honorering? Dette er og bliver et vigtigt arbejdsområde for bestyrelsen fremover.

Niels Honoré

Henvisnings- og sygemeldingsret til manuelle terapeuter i Norge

Den norske regering lægger op til at der ikke skal kræves lægehenvi sning til undersøgelse/ behandling hos MT'ere for at opnå sygesikringstilskud. Desuden får MT'ere og kiropraktorer henvi sningsret til andre faggrupper samt sygemeldingsret hvis det skønnes nødvendigt.

Større honorarer til fysioterapeuter med speciale i manuel terapi - i forhold til alm. fysioterapi - er allerede en permanent ordning i Norge.

- Læs mere:

www.muskuloskeletal.dk/sw13589.asp

Rettelse:

I forrige blad var uddannede DipMT'ere nævnt. Anette Diget, fysioterapeut har ligeledes bestået DipMT.

Vi beklager fejlen i forrige blad – og ønsker hermed et stort tillykke!

Bækkensmerter

en epidemiologisk undersøgelse af smertesyndromets incidens, diagnosticering, baggrundsfaktorer samt prognose



Hanne Albert,
fysioterapeut, PhD
hanne.albert@galnet.dk

Baggrund

Den viden, vi havde om kvinder med bækkensmerter i graviditeten, og hvordan det gik dem efter fødslen, var beskeden. Derfor var formålet med denne undersøgelse at belyse både incidensen, hvordan man bedst diagnosticerer disse kvinder, hvilke risikofaktorer der findes, samt at beskrive prognosen.

Metode

Deltagerne i projektet var 2.269 gravide kvinder, der i deres 33. graviditetuge blev undersøgt. Alle deltagerne skulle føde på Odense Universitets hospital eller Svendborg Sygehus.

Kvinderne blev efter undersøgelsen delt i enten de »bækkenraske« (n=1734) eller i de »bækkensyge« (n=535). For at blive betegnet som »bækkensyg« skulle kvinden have daglige bækkensmerter og objektive fund fra bækkenleddene ved den fysiske undersøgelse. Alle kvinderne, der blev betegnet som »bækkensyg«, blev undersøgt igen 1, 3, 6, 12, 18, 24 mdr. efter fødslen, men ophørte med undersøgelserne, når der ikke var flere positive objektive fund.

Målemetoder

Ved den første undersøgelse blev der udfyldt adskillige spørgeskemaer, et med 25 spørgsmål omkring kvindernes baggrundsdata: alder, uddannelse, antal tidligere børn etc. Ved første undersøgelse og alle de følgende blev der besvaret 22 spørgsmål omhandlede kvindernes smerteanamnese. Dernæst blev der udført en fysioterapeutisk undersøgelse hvor der blev foretaget 15 tests, med 34 mulige svar fra leddene og 15 mulige svar fra de omliggende strukturer. Til sidst blev der taget en blodprøve for hormonet relaxin.

Klassifikationsgrupper

De kvinder, der havde fået betegnelsen »bækkensyg«, blev klassificeret i fire undergrupper:

- Bækkenløsning: kvinden havde smerter i symfyse og begge sacroiliacaled og objektive fund herfra.
- Symfyseløsning: kvinden havde udelukkende smerter i symfyse og objektive fund herfra
- Enkeltstående sacroiliacaledssyndrom: kvinden har smerter udelukkende i et sacroiliacaled og objektive fund herfra.
- Dobbeltstående sacroiliacaledssyndrom: kvinden havde smerter i begge sacroiliacaled og objektive fund herfra.

Resultat

Undersøgelsen viste, at der var forskel mellem de fire klassifikationsgrupper, både med hensyn til: incidens, anamnese, undersøgelsesfund, prognose og risikofaktorer.

Incidens (antal nye tilfælde på et år)

Incidensen af kvinder i de forskellige klassifikationsgrupper var som følger: bækkenløsning = 6,0%, symfyseløsning = 2,3%, enkeltstående SI-syndrom = 5,5%, dobbeltstående SI-syndrom = 6,3%.

Blandede smerter og diagnoser = 1%. Sammenlagt giver det 21,1%. Det vil sige, at hver femte gravide kvinde har en eller anden form for bækkensmerter med fund fra bækkenleddene.

Prognose

Størsteparten (62,5%) af alle kvinderne, der havde bækkensmerter, var smertefri en måned efter fødslen. To år efter fødslen havde 8,6% stadigvæk smerter fra bækkenet og positive fund fra bækkenleddene. Der var stor forskel mellem de forskellige klassifikationsgrupper på, hvor længe kvinderne havde smerter. Ingen af de kvinder der oprindeligt havde symfyseløsning havde smerter seks måneder efter fødslen – dette sammenlignet med 21% af de kvinder med bækkenløsning, der stadigvæk havde smerter ved undersøgelsen to år efter fødslen. Generelt kan man sige, at prognosen hvis en kvinde har bækkensmerter i graviditeten er fin i tre ud af de fire klassifikationsgrupper, men at kvinder med bækkenløsning har en markant værre prognose. Hvis en kvinde med bækkenløsning har mange positive tests i den objektive undersøgelse og et lavt mobilitetsindex, har hun den højeste risiko for en dårlig prognose.

Risikofaktorer

Visse risikofaktorer var fælles for alle kvinderne med bækkensmerter som en anamnese med tidligere rygsmerter. For kvinderne i de tre klassifikationsgrupper der havde smerter i SI-leddene var et tidligere bækkentraume (der skulle have medført kontakt med sundhedsvæsnet) en risikofaktor. Desuden var det at være flergangsfødende en risiko i alle grupper undtaget hos kvinderne med enkelt-sidigt SI-ledssyndrom. Specielt for dem med enkelt-sidigt SI-ledssyndrom var underlivsbetændelse inden for det sidste år inden graviditeten en risiko. Ligeledes var en højere vægt og rygning risikofaktorer for kvinder med bækkenløsning og symfyse-løsning.

Undersøgelsen

En del af undersøgelsens formål var at evaluere de forskellige tests, der blev benyttet i den objektive undersøgelse. Det viste sig, at fem tests havde langt de bedste resultater med hensyn til sensitivitet (testene var positive hos de syge), og samme tests havde også en høj specificitet 98–100%. (testene var negative hos de raske). De fem tests var Posterior Pelvic Pain Provocation Test (P4), Menell's test, Patricks fabere, samt smerter ved at stå på et ben med 90 flex i modsatte bens hofte og knæ, (en såkaldt modificeret Trendelenburg) og smerter ved palpation af symfyzen (smerter defineret som smerter ved selve palpationen, der persisterer 5–10 sekunder efter at palpationen er ophørt).

Det kan i den objektive undersøgelse af SI-leddene anbefales at benytte 3 tests: Posterior Pelvic Pain Provocation test (P4), Menell's test og Patricks fabere. P4 er positiv hos henholdsvis 90% af kvinderne med bækkenløsning, hos 84% af kvinderne med enkeltsidigt SI-ledssyndrom og hos 93% af kvinderne med dobbeltsidigt SI-ledssyndrom; for Menell's test er de tilsvarende tal 70%, og 54% og 65%, og for Patricks fabere er tallene 70% 42%, og 40%.

Hvis kvinden klager over smerter i symfyzen viser testene Modificeret Trendelenburg og palpation af symfyzen den bedste sensitivitet. Ved den modificerede Trendelenburg har 60% af kvinderne med bækkenløsning smerter og 62% af kvinderne med symfyseløsning har smerter; med hensyn til palpation af symfyzen har henholdsvis 81% og 60%

smerter. Man skal være opmærksom på, at stort set alle gravide er lettere palpationsømmelige over symfyzen, et diagnostisk tegn er kun deciderede palpationsmerter. Ved mistanke om enkeltsidigt sacroiliacaledssyndrom udføres Piedallus test. Den er positiv hos knap 70% af alle kvinder i denne gruppe. Det er ikke sandsynligt at alle fem tests udløser smerter i alle de smertende led. Inddelingen i klassifikationsgrupper sker ved at opsummere det antal led der er smertegivende.

Relaxin

Undersøgelsen viste, at der ikke var en forhøjet mængde af relaxin i blodet på de kvinder der havde bækkensmerter i forhold til dem der var smertefri. Dette var i første omgang et lidt forbløffende fund, idet flere tidligere undersøgelser havde vist at det var tilfældet, men forklaringen er at i de studier hvor man havde vist en forskel i relaxinniveau, der havde forskerne benyttet relaxin fra grise.

Konklusion

Det kan konkluderes, at selvom en kvinde har bækkensmerter, betyder det ikke automatisk at hun lider af bækkenløsning. Der findes mindst fire forskellige smertesyndromer der har hver deres specielle kendetegn, både i anamnesen, smertesymptomerne, undersøgelsesfundene og ikke mindst i prognosen. Det er sandsynligt at disse forskelligheder betyder at patienterne skal have forskellig behandling.

Send dit indlæg elektronisk

Indlæg modtages gerne elektronisk.
Send pr. e-mail til redaktøren
(ansvarshavende): mbj@rygnet.dk
Eller indsend på diskette.

Columnaprisen 2005

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

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

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin har den 28. december 2004 fra Tom Petersen, *København Kommunes Rygcenter* modtaget indstilling af Hanne Albert til Columnaprisen.

Hanne Albert har blandt andet bidraget til forskningen inden for et område, der hyppigt er overset inden for rygområdet, nemlig bækkensmerter hos gravide og post partum kvinder. Hun har gennemført den hidtil største undersøgelse, hvori 2.269 kvinder blev undersøgt i graviditeten, og de 535 af kvinderne, der havde symptomer, blev fulgt i op til to år efter fødslen. Dette arbejde har tilført området megen ny viden.

Formålet med Hannes forskning har blandt andet været at inddеле kvinderne i subgrupper med forskellige kliniske symptomer, således at behandlingen af kvinderne kan blive mere specifik og dermed forhåbentlig mere effektiv.



Ud over at publicere i videnskabelige *peer reviewed* tidsskrifter, har Hanne udført et stort arbejde for at få udbredt resultaterne af sin forskning, både til privatpraktiserende læger, fysioterapeuter, jordemødre og ikke mindst til gravide kvinder. Både ved artikler i førnævnte tidsskrifter, og i mere populærvidenskabelige tidsskrifter som »Helse«, »Vi venter barn«, »Vi forældre« med flere. Ikke mindst har hun også i den forbindelse haft en omfattende foredragsvirksomhed, hvor hun har rejst landet rundt til aftenmøder i større forsamlinger.

At andre fagpersoner har anerkendt hendes omfattende viden inden for bækkenområdet, kan også ses af, at hun er en af de fem personer, der er udvalgt til at sidde i den tværfaglige videnskabelige komite, som netop har afsluttet arbejdet med at udarbejde fælles europæiske retningslinjer for diagnostik og behandling af bækkensmerter.

Hanne Alberts videnskabelige arbejde er som beskrevet værdigt til Columnaprisen, og ved DSMM's bestyrelsesmøde i Korsør den 31. marts fik Hanne Albert overrakt Columnaprisen.



Europæiske Guidelines for diagnostik og behandling af bækkensmerter:

www.backpaineurope.org

Thoughts regarding evidence based medicine

EBM relateret til muskuloskeletal medicin

By permission from the authors

The terminology, “evidence based medicine” (EBM) is modern, but is in fact how medicine should have been practised ever since it became a profession. Indeed, there is nothing new about the concept. Fashions come and go in all fields, and unfortunately not always related to suitable proof. Medicine is no different. Knowledge itself is the prime limiting factor. Theorems can only be implemented with the current knowledge base. Therefore what may appear to be correct today can indeed be wrong tomorrow. What separates man from other animals is the ability to think, learn from the experience and then improve from the knowledge gained. Thus a state of continual change is in place. Dogma more often than not is simply a statement on intelligence. Evidence based medicine is no more than a changing knowledge base.

Opinion is seldom midline. Views vary widely, embracing the fanciful and pushing the limits of available knowledge to promote the latest trend. This can be likened to a pendulum. Rarely will the logic be found on the outer swing, the centre of the arc more likely to be the logical path. The current thrust in “evidence based medicine” has primarily arisen from institutional sources. While this in theory is fine, the current path is on the outward swing as it fails to take into account any psychological components of the crux item, the patient. It cannot. Science is a “cold” subject, and “absolute”. Not so the human person. Essentially when viewing the overall evidence based approach to patients, we need to take into account a number of aspects. In this regard, musculoskeletal medicine (MSM) is no different to any other form of medicine.

The sequence can be set out as follows:

- A logical, detailed and inquiring history.
- Physical examination that is pertinent to the patient history, an algorithm if you like (the current “in” word).
- To complete the above you require tests that are relevant and accurate. This presents a problem in MSM.
- A precise diagnosis. One cannot treat what one cannot diagnose.

Dr. Ron Palmer

Musculoskeletal physician, Woodford, Australia
billabongdowns@bigpond.com

Prof. Jacob Patijn

Neurologist, Maastricht, The Netherlands
jacob.patijn@hccnet.nl

- Treatment that is derived from the above collection of information.
- An outcome that improves or heals the patient.

EBM

Evidence based medicine is the latest trend and unfortunately many colleagues use EBM in the wrong manner. Statistical results are a key issue in EBM and are frequently used as a proof for the presence or absence of a positive effect of a therapy. Therefore statistical results become a measurement for the reality. Some use, or worse, misuse statistical results as “the truth”. In this way statistical procedures and results can become a kind of “law”. Qualified statisticians teach that statistics are always an approximation of the reality and never reflect the whole reality. This means as long as the precise aetiology of a disease is unknown, the extrinsic and intrinsic factors influencing the individual course or clinical expression of the disease is, by definition, heterogeneous. As a consequence the study conditions never reflect the reality. Thus many individual patient factors influencing a therapeutic result remain unknown. Also, in statistics we have used the randomised clinical trial (RCT) as the ultimate gold standard for about 50 years. This implies that we have very limited statistical tools for evaluating therapy in medicine. Perhaps it is time for statisticians to develop better statistical tools.

EBM is a trend and will probably be replaced by a new trend in the future. To misuse EBM as the absolute truth is a negative trend. EBM has a positive role when it stimulates us to think critically about our daily diagnostic and therapeutic procedures.

Many diagnostic procedures and therapies are kept alive in medicine because at university they

were taught as the truth. To question these procedures can make the medical practitioner feel insecure. Perhaps equally importantly the questioning threatens their financial position. For example, it has never been proven that lumbar surgery in low back pain is beneficial. Suppose that the orthopaedic surgeons – based on EBM – were not funded for such types of surgery on the rebate system. How many would find themselves in financial difficulty?

The above is also true for musculoskeletal medicine. Many diagnostic procedures are in question. This means, by definition, they should not be taught to students. We need the diagnostic experience of the MSM practitioners for they can provide the scientists and statisticians with the diagnostic problems for further scientific studies. In turn the scientists and statisticians can provide the MSM practitioner with feedback information about the validity of the diagnostic procedure that in turn can upgrade the current diagnostic method or evolve new ones.

The advantage of valid diagnostic methods in MSM is that it helps us to define clinical syndromes. Different syndromes, such as primary lumbar disc involvement or trochanteric bursitis may show an overlap of the positive results in the same valid diagnostic tests. However, their results in certain additional tests, can differ. A pattern of positive and negative tests can differentiate between clinical syndromes.

This is the theory of evidenced based patient management. Obviously, complete implementation of an evidence based approach is not possible. Current tests are simply not sufficiently accurate. Single conditions usually do not exist and there are a number of syndromes in MSM that defy precise definition. A patient responds differently to treatment procedures and there is (and always will be), a psychological component in human treatment. This is not to deny that a logical and scientific approach should be taken, only that human factors also need consideration. This is the objection that the practising doctor can level at the academic who may be out of contact with the human element. This situation can push the path of logic to the widest arc of the pendulum swing.

Taking the above points one at a time we can enlarge upon the overview.

History

Shortcuts inevitably lead to missed information that in turn can produce a false diagnosis. Within the medical field the “red flag” situation is always present. The history should therefore be a full, but concise one and the practitioner must have the basic knowledge to exclude “red flag” conditions that may lurk in the background. The lack of knowledge in this field is clearly obvious with fringe practitioners such as chiropractors. Without formal medical training these people are ill equipped to deal directly and safely with patients with medical problems. If you do not study medicine then you cannot practise medicine. MSM problems have logical, step-by-step formulations or pathways set out to enquire into the conditions. A sequential set of questions can be arranged so that at any point one can move in another direction to question further about a symptom that suggests other involvement, for example, radicular pain. This then establishes an “evidenced based” approach to history taking.

The “evidenced based” approach decrees that a sequential history be taken. Essentially this is only moving logically from one point to the next. There is absolutely nothing new in this and in fact all histories should be taken in this manner. Protocols must be set in place and defined before we can teach them to others. When a patient's answer to a standard medical history deviates from normal, it suggests the existence of a “red flag” problem. Combining data from a medical history and with patterns of positive valid diagnostic tests improves the validity and specificity of the whole diagnostic procedure. Therefore there must also be validity studies for medical history items.

In training MSM physicians to diploma standard or beyond, there should be a logical base approach taught for history taking. It is probably the role of the FIMM Scientific Committee to develop these standards and the FIMM Education Committee to implement them in teaching programs. A uniform world standard requires a world-wide organisation to implement them. Single nations embarking on this path will only compound the existing problem of diversity.

Examination

The examination should be a logical step-by-step

procedure. There is no point in undertaking a full neurological examination if the patient presents, for example, with low back pain and no lower limb neurological symptoms.

In MSM there are very few accurate tests and to gather the information/evidence required for a diagnosis, a number of tests may be required. It is totally inaccurate to claim all MSM tests are useless. Current knowledge has to be used and we should aim to develop better physical examination techniques. In the meantime it is folly to discard the tests we have.

We consider it insane not to examine a patient. As far as the spine is concerned, all trained MSM physicians should be able to at least locate the segment involved. It becomes academic nonsense to try to differentiate whether the pain is being generated from, for example, a small facet joint effusion or some trapping of the synovial membrane. The attempted standards proposed for MSM should be directed at improving our current knowledge. All other branches in medicine have similar problems. For example, many a normal appendix has been surgically removed. Training of MSM physicians has to be directed towards a uniform world standard that enables the above to be achieved.

The algorithm for examination should have been taught already at medical school, but unfortunately, due to varying national standards, it may be lacking in quality and uniformity. There should be a universal acceptable standard available for teaching. Once a protocol has been formulated a precise algorithm can be set out on paper. This then forms the basis for teaching the correct examination procedure.

Examination Tests

Conclusions about clinical tests can be drawn only after validity studies of the tests are undertaken. Negative results of a particular test or combination of tests does not automatically mean that these tests are useless. It must stimulate us to ask questions such as “why does this test work in my daily practice” and “were my assumptions with respect to the diagnostic goals of the test right?” This can lead to further validity studies.

The clinical accuracy of current physical examination tests is of concern. While not perfect, but

using a sufficient number of tests, one can locate the source of trouble quite well to regions. It is fair to point out that many structures are involved in any pathological lesion. When a bone is broken perhaps the greatest pain generation comes from the muscle spasm around the fracture site. In MSM a number of structures are involved. For example, in a zygapophysial joint subluxation, there will be bone displacement, joint effusion, capsule stretching, increased muscle tone, and chemical nociception. If the role of the academic is to say we must be precise and name the “single” cause for an accurate diagnosis, then perhaps academics should reconsider in the light of EBM.

This now introduces the concept of syndromes. There is a need to clearly understand the difference between a “lesion” and a “syndrome”. Perhaps in the naming of lesions, such as lateral epicondylitis, there should be a broader or more general term. For example, a term like “lateral elbow fibromuscular impairment” Here you are not labelling a single entity as the pain generator. On an EBM basis it is impossible to do so. As with a spinal facet joint, there are a number of tissues that can be involved.

Clearly there needs to be a lot of research into improving tests or inventing new, more precise tests. In the meantime one can use current physical examination tests and accurately locate a region. It is reasonable to state, “if you cannot diagnose then you cannot treat”. There is a distinct difference between an educated MSM physician concluding that there is, for example, a “red flag” condition at the L5 segment in the spine and a chiropractor manipulating the same segment because there is pain there. The history gives you the most clues, but examination plays an important role. Examination testing of the patient is not only physical examination, but it also includes other investigatory procedures. This enlarges the overview of diagnosis and proposes algorithms for physical based tests, radiological investigations and pathology tests. In drawing up guidelines we may need to consider all of the above.

Diagnosis

The naming of a condition or syndrome requires a considerable amount of time. In the words of Robert Ward, professor of osteopathy, Michigan, “are

we treating the same condition?” Perhaps we can reply to this by asking, “are we using different names for the same conditions?”

For conformity in teaching, passing examinations, forming colleges and in attempting to unify MSM as a single medical speciality, we must have a common denominator to investigate, diagnose, define and treat. While gross variations exist it becomes impossible to have an internationally accepted standard. In so doing, it must proceed with logic. To tear up all current diagnosis is just another example of the swinging pendulum.

Treatment

It is becoming popular to state that the current literature does not show efficacy in treatment in many cases. Perhaps this is so, or perhaps certain groups select the trials that prove their point. Or maybe, the trials that have been undertaken lack planning, depth or clinically orientated direction. We do not know these answers. We do know that we have heard a lot about the failure of specific techniques in certain treatment methods, but feel amazed at the number of patients who recover with these methods that “do not work”. Science pretends to be absolute. In the formulation of evidence based procedures such rigidities are usually implemented. Unfortunately the human being is a combination of psyche and soma, and science has not yet learned how to deal with or even explain, much less understand the former. While these two factors are involved, the very scientific basis of evidence based medicine is not sufficient to treat the human being. A patient is not a machine and, to complicate matters further, all patients vary. The absolute rigidity of science itself seems lacking when confronted with the human patient.

Randomised controlled trials

Most published studies concern the evaluation of a single form of therapy, eg., manipulation. However frequently in MSM, management is multimodal. Two aspects need consideration in decisions about evaluation of a therapy or therapies in RCTs. First, certain therapies are indicated for specific syndromes. Hence, the therapy chosen for study should be appropriate for the syndrome under study. Second, when the study population has a number of diffe-

rent syndromes, the therapies should be appropriately matched to the syndromes. Where a combination of therapies is selected (for instance therapies A and B), there always must be a homogeneous study population. This population is divided into three different therapy groups (therapy A, therapy B, therapy A+B). Only in this way can the hypothesis of combination therapy be proven to be the most effective one.

Outcome

Scientific, or non scientific, the only outcome that matters is, “did the patient get better?” It would be convenient if science could provide the perfect algorithm for recovery. Although it is unlikely to do so, we should never cease the search for more efficient ways. Evolution over the past centuries has always carried us forwards. This pattern will continue and will undoubtedly accelerate. All advances in the broad spectrum of medicine should be embraced. It doing so, this does not mean we should drop all current treatment modes because an isolated trial throws doubt on them. Perhaps more rigorous trials should be embraced.

Treatment techniques and methods (drug, surgical, or manual) are an essential part in training MSM doctors. They must be included in any book of MSM. We may need to pay more attention in recommending methods of therapy, but until others come along we will need to rely on the ones at hand. It is also worth considering that two patients with the same diagnosis may require treatment in different modes. This is not so unusual when you stop to think that two asthmatics may require different drugs, or two surgical patients may need different incisions for the same condition. Again this illustrates the danger of forsaking general medical methods for a new “evidence based treatment” that may not work. If one takes science’s own definitions, the “evidence based method” must work 100% of the time to be scientific. You must make your own conclusion on this.

© International Federation for Manual/Musculoskeletal Medicine – last modified 12.02.2005

FIMM online: www.fimm-online.org

Det er ikke slut, men det er en ny begyndelse

Formål

Formålet med undersøgelsen er at få en større forståelse af og indsigt i rehabiliteringen af mennesker med lænderygsmærter og herunder en vurdering af betydningen af selvvaluerede ressourcer i rehabiliteringsprocessen frem mod egne mål.

Baggrund

Vi sætter spørgsmålstegn ved den dominerende biomedicinske tænkning i rehabilitering af mennesker med lænderygsmærter. Vi ser et behov for en balance mellem risikofaktorer og ressourcefaktorer i såvel forskning som i praksis.

Endvidere peger international kritik af den traditionelle rehabilitering på et paradigmeskift mod en mere moderne rehabiliteringsforståelse. Der ses således et behov for flere kvalitative studier som kan understøtte den eksisterende viden inden for rehabilitering af mennesker med lænderygsmærter.

Metode

Studiet er en empirisk og kvalitativ undersøgelse, hvor der er foretaget syv individuelle interviews.

Data er analyseret og fortolket med afsæt i Miles og Huberman's interaktive model og den hermeneutiske spiral.

Vi har benyttet en analysestrategi hvor data reduceres gennem kodning. Kodning betyder, at data kategoriseres og sorteres og er et værktøj til at fokusere på særlige aspekter i materialet.

Resultater

Undersøgelsen viser, at deltagernes ressourcer fordeles sig meget forskelligt i antal og i karakter. Således finder vi, at mennesker med høj oplevelse af sammenhæng har mange ressourcer og er i besiddelse af ressourcer som fleksibilitet, omstillbarhed og evnen til at være i relation til andre omkring deres lidelse. Ressourcer som ser ud til at have en afgørende betydning for, hvordan den enkelte håndterer sin rehabiliteringsproces. Vi finder, at disse personer evner at være fleksible i anvendelsen af deres ressourcer og til at omstille sig til en ny livssituation. Det betyder, at de finder mening i den livssituation, som de befinder sig i med rygsmærter og funktionsbegrænsninger og selv genskaber kontrollen og forudsigeligheden i eget liv bl.a. gennem glæde, kreativitet og i relation til andre. Det vil

Hanne Ringgaard Møller,
Fysioterapeut, Bevægelsesterapeut, MScR

Hans Kromann Knudsen,
Fysioterapeut, Specialist i Muskuloskeletal
Fysioterapi, DipMT, MScR
hans.knudsen@nypost.dk

sige, at disse mennesker har ressourcer til at kunne klare sig selv i den proces, de gennemgår.

Modsat forholder det sig med de mennesker med rygsmærter som har færre ressourcer og lavere oplevelse af sammenhæng og som ikke evner at være fleksible, at omstille sig og relatere til andre. De oplever deres ressourcer som utilstrækkelige og reagerer på rygsmærter ved at blive disciplinære og rigide i deres vej til at genvinde kontrollen og finde mening i en ny livssituation. De giver udtryk for at ressourcer som stædighed, vilje, målrettethed kommer i spil for at nå deres mål og genfinde forudsigeligheden i eget liv.

Hos disse mennesker ser det ud til at organiseringen af rygrehabilitering bliver en barriere for at kunne finde frem til en ny livssituation, og at disse mennesker mister deres selvbestemmelse, idet de ikke bliver mødt i deres behov for en koordineret og sammenhængende rehabiliteringsproces frem mod deres eget mål. Det er således et paradoks, at de har ressourcer, men organiseringen af rehabilitering betyder at disse mennesker får oplevelsen af utilstrækkelige ressourcer og ikke finder processen meningsfuld.

Konklusion

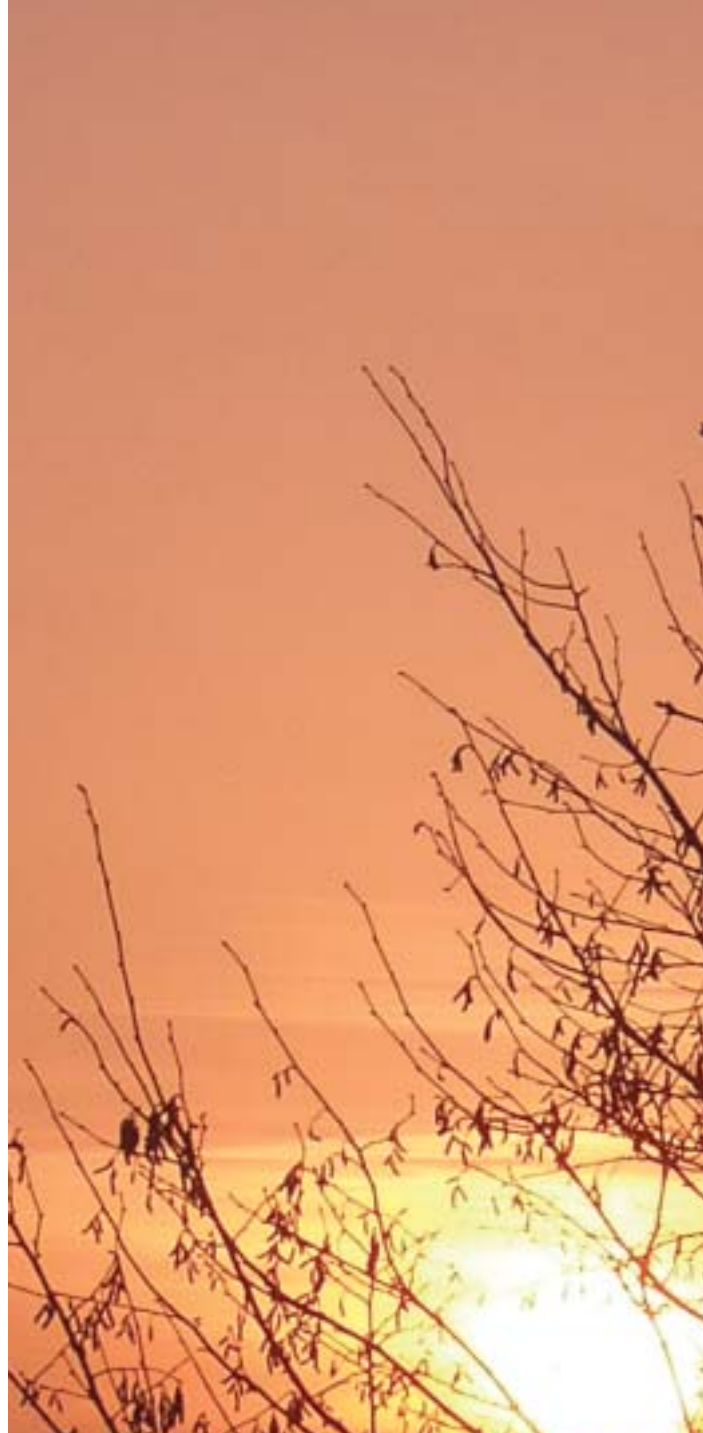
Samlet kan vi konkludere, at uanset hvilke, og hvor mange ressourcer mennesker med lænderygsmærter har, udtrykker de fleste behov for individuel tilpasset assistance i deres rehabiliteringsproces.

Personer med mange ressourcer og specielt evnen til at være fleksibel og at omstille sig, samt evnen til at kunne være i relation til andre, kan finde nye og meningsfulde mål i deres rehabiliteringsproces. Det betyder, at disse mennesker har behov for at blive ledt på vej gennem behandling, vejledning, supervision og assistance i let grad.

Personer med få ressourcer har en oplevelsen af utilstrækkelige ressourcer til at nå egne mål i rehabiliteringsprocessen. Det kunne betyde og se ud til at disse mennesker har brug for en anden assistance i form af en personlig kontaktperson eller koordinator. Der er således behov for at se på rehabiliteringen af mennesker med rygmerter i et andet perspektiv, som Trine Normann gør det i den moderne rehabiliteringstænkning, hvor rehabilitering bliver en koordineret proces, og hvor alle indsatses i sammenhæng og koordineres i forhold til at nå de individuelle mål i rehabiliteringen (Normann 2003).

Afhandling online

Afhandlingen bliver om kort tid lagt online. Følg med på hjemmesiden: muskuloskeletal.dk



Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin Columnaprisen



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

Prisen er på kr. 15.000 og kan eventuelt deles

Uddelingen finder sted ved den årlige ordinære generalforsamling, og det forventes at modtageren af prisen præsenterer sit videnskabelige arbejde for selskabets medlemmer.

Indstillingen til prisen foretages blandt videnska-

belige arbejder inden for hvirvelsøjleforskning og dermed beslægtede emner, der er egnede til publikation, respektive er publiceret, i »peer-reviewed« nationale eller internationale videnskabelige tidsskrifter.

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

Arbejder, der ønskes bedømt m.h.p. uddeling af Columnaprisen, bedes sendt i 4 eksemplarer til formanden for Videnskabeligt udvalg under Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin, ovl. Palle Holck, Medicinsk afd., Falkevej 1-3, 8600 Silkeborg, senest den 31. december.

5th Interdisciplinary World Congress on low back and pelvic pain

Effective diagnosis and treatment of lumbopelvic pain
Melbourne, November 2004

Kongressens formål, der var at samle forskere med forskellig tilgang til emnet og opnå konsensus, blev nået til fulde. Læger fra mange specialer herunder reumatologi, ortopædi, neurokirurgi, arbejdsmedicin og gynækologi var samlet med terapeuter og psykologer. Der blev fremlagt konsensus for diagnostik og behandling af ryg- og bækkensmerter, støttet af en bred vifte af laboratoriestudier, træningsstudier og epidemiologiske undersøgelser.

Kongressens hovedbudskab var, at patienter skal bibringes forståelse for egen situation og for at behandlingen og efterfølgende forebyggelse af recidiv er den enkeltes eget ansvar og at det kræver træning gennem lang tid – ja altid.

Det var inspirerende at opleve den enorme entusiasme, der fra alle sider lægges i, at bevise vigtigheden af motorkontrol kombineret med styrketræning.

Lændesmerter

Peter O'Sullivan resumerede, hvor kompleks motorkontrollen omkring lænd og bækken er. Han fokuserede på »lokale controllers« (multifidi, psoas, quadratus lumborum og den lumbale del af erector spina), på de store »globale controllers« (rectus abdominis, obliquus externus og den thoracale del af erector spina), på de muskler, der holder det intraabdominale tryk (diaphragma) og på muskler, der stabiliserer bækkenet (ilio-psoas og glutealmusklerne).

Kroniske lænderygmerter forklares ved én af tre mekanismer, ved tilgrundliggende patologi, der medfører smerter, psykiske/sociale årsager, der vedligeholder smerte, og forstyrret bevægelsesmønster betinget af »movement«- eller »control-impairment«. Et tiltagende antal studier understøtter, at den sidstnævnte gruppe patienter har indlært mønstre, der vedligeholder en kronisk overbelastning af væv og derved vedligeholder smerte. Patienterne er tilgængelige for behandling, hvor der lægges vægt på korrektion af de uhensigtsmæssige mønstre og genindlæring af hensigtsmæssig motorkontrol. Behandlingen omfatter korrektion af uhensigtsmæssige bevægelsesmønstre, neuromuskulær træning og styrketræning, samt kognitiv behandling, der specifikt har det formål at bryde den centrale vedligeholdelse af uhensigtsmæssige bevægelsesmønstre, der ifølge Lorimer Moseley kan holdes ved lige alene af frygt. Frygten kan være frygt for smerte, men også

Berit Schiøttz-Christensen
Speciallæge i reumatologi
Dipolomlæge i muskuloskeletal medicin
berit@dadlnet.dk



andre associationer, der opleves som frygt kan vedligeholde det uhensigtsmæssige bevægelsesmønster.

Et ændret behandlingsparadigme kræver at gruppen af behandlere ændrer adfærd. Sarah Dean konkluderede ikke uventet, at det ikke er en nem proces.

Rachelle Buchbinder viste videoklip om hensigtsmæssig adfærd ved rygmerter.

Ideen bag projektet var, at man via medier som fjernsyn, blade mm. fik spredt viden om, at rygmerter oftest ikke er et alvorligt medicinsk problem, at symptomerne kan lindres og til tider forebygges ved en positiv tilgang og at behandling er fortsat normal daglig aktivitet. Projektet blev gennemført i Victoria i perioden 1997–2000. I videokvenserne deltog kendte personer med det formål at skabe identificerbare rollemodeller. Målet blev nået på både kort og lang sigt, selv tre år efter kampagnen var der sammenlignet med nabostaten positiv effekt målt ved befolkningens viden om rygmerter, lægens holdning og ikke mindst ved reducerede omkostninger til rygbehandling.

At tidlig intervention på arbejdspladsen i forbindelse med rygmerter har betydning bekræftes af et andet studie fra Victoria. Mary Wyatt præsenterede resultatet af et interventionsstudie, hvor der i forbindelse med en arbejdsskade blev ydet tidlig indsats til rygpatienter. Interventionen bestod af tidlig diagnostik og afklaring af den enkeltes behov for kompensation for helt eller delvist at kunne forblive på arbejdspladsen. Den enkelte blev støttet af et team, der kunne støtte både psykisk og med afklaring af praktiske forhold.

Der indgik ca. 150 patienter i studiet, som blev sammenlignet med samme antal fra perioden inden. Efter interventionen faldt omkostninger til behandling til under det halve, antallet af sygemeldinger opgjort i dage blev reduceret fra knap 4.000 til 1.200, og udgifterne til lægeundersøgelse faldt med over en tredjedel.

Bækkensmerter

I »De europæiske guidelines for diagnose og behandling af bækkensmerter« konkluderer Andry Vleeming, Hanne Albert, Hans Christian Østergaard, Britt Stuge og Bengt Stuesson at »pelvic girdle pain« (PGP) er en specifik form for lænderygsmarter, som kan optræde alene eller samtidigt med lændesmerter

(<http://www.backpaineurope.org>). PGB opstår i relation til graviditet, arthritis eller traumer. Blandt gravide oplever over 30% PGP, 23 uger efter fødslen oplever mindre end 5% PGB og tre år efter er antallet reduceret til få procent.

Diagnosen stilles på baggrund af vedvarende smerter ved længerevarede stående og siddende stilling. Smerter, der provokeres ved direkte provokationstest, Patrick Fabers's test, palpation af det dorsale ligament samt ved Galens test, ved palpation direkte over symfyen, modificeret Trendelenburgs test og ved aktiv strakt benløft test. Billeddiagnostisk er der ikke megen hjælp at hente bortset fra MR-skanning ved symptomer på sacroiliitis. Bækkensmerter relateres til instabilitet, hvorfor behandling rettes mod optimal stabilitet, der opnås ved nutation af sacrum, opspænding af de posteriore ligamenter og understøttet ved velkoordineret muskelkontraktion af den stabiliserende muskulatur. Det anbefales, at træningen startes individuelt. Der anbefales ikke passiv behandling, men skyldes smerterne inflammatoriske forandringer, kan lokal intra-articulær steroidbehandling afprøves. Operativ behandling i form af fixation frarådes på det kraftigste til ikke svært traumatisk betingede sacroiliacaledsproblematikker. Det understreges, at der er behov for fortsat videnskabelig dokumentation for de fremsatte teorier.

Britt Stuge præsenterede sit træningsstudie, hvor 81 kvinder med PGP >6 uger efter graviditet, blev inkluderet i et randomiseret studie, hvor alle patienter fik undervisning i sygdomsforståelse, blev introduceret til udspænding og almen optræning (Stuge B, Spine 2004;29:351–9). Den ene gruppe fik supplerende specifik stabilitetstræning i TerapiMaster-systemet, der giver mulighed for specifik træning, der kan udføres som hjemmetræning (www.terapi-master.com). Alle patienter oplevede smerterreduktion og bedre funktionsstatus ved et- og to-års follow-up, Patienterne, der trænede stabi-

litetstræning, var signifikant bedre end den anden gruppe. Der var stor patienttilfredshed med TerapiMaster-systemet. Britt Stuge præsenterede systemet på én af de efterfølgende workshops. Systemet forekommer enkelt og tilgængeligt. Mange af øvelserne er de samme som er introduceret ved Fit-Ball træning. Om patienterne har lettere ved at anvende et system som TerapiMaster, frem for ex boldene må fremtidige studier give et bud på.

Som afslutning på en aktiv uge sluttede jeg af som deltager i en workshop med Servaas Mes, der på sin rolige og meget overbevisende facon demonstrerede »neurophysiology in action«. Ved afslutningen på tre timers intens opmærksomhed på egne sanser og bevægemønstre i hvile og ikke mindst i funktion, kunne vi fra den udvalgte gruppe forlade kongressen i den overbevisning, at opmærksomhed har en ultimativ betydning for hvordan vi står, går og præsenterer os for os selv og omgivelserne.

Næste kongres

Læs mere om kongressen som næste gang finder sted 2007 et sted i Europa:
www.worldcongresslbp.com

Læs mere

- Læs mere om Stuge et al's studie omkring specifik stabilitetstræning til bækkensmerter: www.muskuloskeletal.dk/sw6800.asp
- Læs mere om O'Sullivan's studie omkring aktiv strakt benløft: www.muskuloskeletal.dk/sw10516.asp

Rundt om hoften

Referat fra årsmødet den 4. marts 2005 i Århus

Fredag den 4. marts trodsede godt 300 fysioterapeuter og læger snestorm, togforsinkelse og en påsejlet Storebæltsbro for at mødes i Århus til en solid og spændende dag der handlede om hoften.

Dagens program var ambitiøst og stramt. Per Kjær, der skulle have indledt med at orientere om den overordnede nye viden om hoften meldte fra p.g.a. sygdom. På trods af at det gav lidt overskud i tidsplanen, kneb det alligevel til sidst at nå de mange indlæg.

Reumatologen

Palle Holck gjorde med indlægget om håndgreb og billeddiagnostik kort og klart rede for biomekanikken i hoften i relation til bækkenets led.

Historien er spækket med tests der har at gøre med afklaring af ledmæssige og muskulære forhold omkring hoften, men fælles for dem alle er, der ikke foreligger kvantitative data til vurdering af dem. Vi genkender navne som Gaenslen, Ober, Myrin, Piedallu, Thomas etc.

Ætiologien til skader og syndromer kan ligge i hver eneste af de omgivende strukturer. Såvel muskuløse som tendinøse, ligamentære, articulære, vasculære, ossøse som de bursarelaterede strukturer.

Vi må skelne imellem de inflammatoriske og de degenerative forandringer. Karakteristisk for den inflammatoriske smerte er, at den forværres når man hviler, bedres når man kommer lidt i gang. I modsætning hertil vil patienten med den degenera-

Gerd Lyng

Speciallæge i almen medicin

Diplomlæge i muskuloskeletal medicin

gerd_lyng@dadlnet.dk



tive smerte søge hvile, fordi det lindrer.

Når den inflammatoriske smerte har stået på ud over fem uger må man tænke på, om det kan dreje sig om en immun- eller systemlidelse.

Vi kommer ikke uden om at tage ultralyddiagnostikken op i forbindelse med udredning af hofteleddets lidelser. Det er på UL-skanningen muligt at vurdere sener og ligamenter, muskler, nerver, led, knogler, underhud og fedtvæv. Caput såvel som collum femoris kan afgrænses og ledcaviteten kan vurderes mhp. punktur.

Ortopædkirurgen

Per Hølmich fra Amager Hospital har i en lang år-række beskæftiget sig med lyskeproblemer. Han redegjorde afslappet og gemytligt for lyskeproblemer, der jo kan skyldes meget andet end adduktorafrivninger. Det er blevet nemmere at udtale sig med klarhed efter at man er begyndt at bruge UL- og MR-skanning samt artroskopi i hofteleddet. Lyskesmerter kan nemlig også stamme fra hofteleddet.



Godt 300 fysioterapeuter og læger deltog på årsmødet.

Bækkenstabilitet er essentiel for al idrætsudøvelse. Adduktorene er vigtige bækkenstabilisatorer og de stabiliserer hoftelæddet ekscentrisk. De kan naturligvis skades ved voldsomme påvirkninger som tacklinger eller kraftige spark, sprint eller hård træning. Årsagen til smerten kan være adduktortendinitis, ubalance i de muskulære styrkeforhold imellem ad- og abduktorer, abdominalmuskler og pelvis, problemer med koordinationen og fleksibiliteten.

Som seriøs undersøger er man forpligtet til at vurdere de mange differentialdiagnoser til smerter i lyske og nedre abdomen. Såvel nerveentrapment som stressfrakturer, dysfunktioner i sacroiliacaled eller den thoracolumbale overgang. Urologien, prostata, systemisk sygdom etc.

Adduktorsmerter forværres ved modstand eller udspænding og der er palpationssmerte svarende til tilhæftningen. UL-diagnostik er værdifuld her.

Psoasmerter kan provokeres ved palpation abdominalt eller lige distalt for ligamentet.

Når smerterne kommer fra hoftelæddet er der som regel smerter ved direkte palpation over caput femoris og smerter ved impingementtest.

Det hørlige klik nogle patienter klager over kaldes »snapping hip«. Det er ikke farligt og det gør ikke ondt. Det kan som regel fremkaldes ved i stående stilling at køre hoften frem og tilbage i flexion-ekstension.

Andre årsager til lysesmerter kan være muskelbrok, smerter ved abdominalmuskeltilhæftningen eller et lille incipient hernie.

Behandlingerne er mange strækkende sig fra massage til kirurgi. Exercise er en glimrende terapi og der er mange måder at udføre den på.

Adduktor-tenotomi kommer der sjældent noget godt ud af. Dertil er adduktorene for vigtige stabilisatorer.

Iliopsoasproblemerne behandles hovedsagelig med stretching og triggerpunktterapi. Sekundært steroidinjektioner. En overskæring af den tendinøse del ved en »snapping psoas« kan komme på tale.

Problemerne ved det incipient hernie behandles primært med exercise og stabiliserende øvelser. Sekundært med hernioplastik med indlæggelse af net.

Hoftelæddets problemer kan som anført ofte afklares i artroskopet. Formålet med en artroskopi er

at udelukke alle de øvrige årsager til smerter i hofteregionen.

En enkel test er en ultralydvejledt injektion af 10 ml lidocain i hoftelæddet. Forsvinder smerten taler det selvfølgelig for at hoftelæddet er det lidende.

Ortopædkirurgen

Kjeld Søballe fra Århus Sygehus berettede om, hvorledes man her har fokuseret meget på ledbevarende operationer. Såvel i hofter som i knæ. Især i forbindelse med hoftedysplasi udføres en Ganz-operation hos de yngre patienter. Det drejer sig ofte om 20–30 årige kvinder og man har i Århus udført omkring 400 af slagsen.

Holdbarheden af proteser er endnu for ringe til at man kan anbefale yngre patienter at få indsat kunstige led.

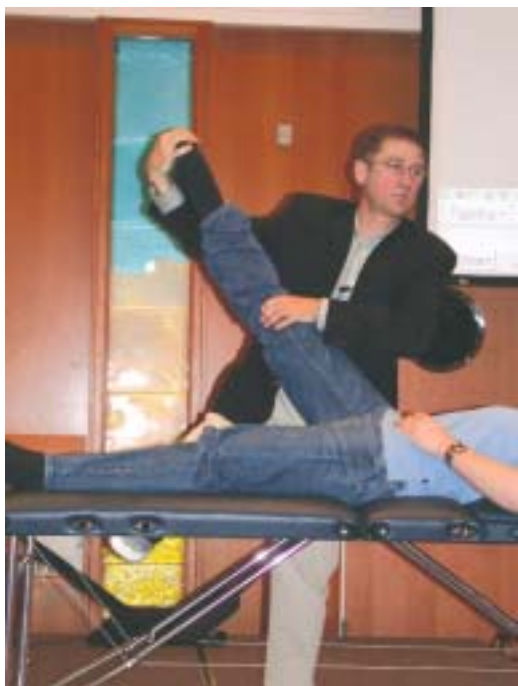
Når et kunstigt led vælges, er proteseoverlevelsen med ucementeret protese især hos den yngre patient meget bedre end med en cementeret. Princippet består i at knoglecellerne danner knoglevæv inde i selve proteseoverfladen som derved bliver integreret i patientens knoglevæv uden anvendelse af cement.

Nye operationsteknikker har tiltrukket sig stor opmærksomhed. Især MIS-teknikken (»minimal invasive surgery«), der udføres igennem to små huller, et foran og et på siden af hofteregionen. Fordelen er ikke kun kosmetisk. Man undgår også at overskære muskelgrupper i forbindelse med åbningen af hoftelæddet. Patienten er langt hurtigere i stand til at gå normalt.

Reumatologen

Lars Remvig fra H:S Rigshospitalet gjorde opmærksom på, at der ikke foreligger nogen vedtaget definition af piriformissyndromet på trods af, at vi i mange år har arbejdet med det. (ref. sidste nummer af MF).

Litteraturgennemgang fra de sidste 100 år giver 12 forskellige definitioner og 13 forskellige sæt af diagnostiske kriterier. Der findes ingen undersøgelser over reproducerbarheden af de forskellige palpatoriske undersøgelser eller smerteprovokationstests, og kun i et tilfælde er der gjort forsøg på at validere et sæt diagnostiske kriterier. I 2002 forelå det første resultat af et klinisk kontrolleret studium. Konklusionen er, at der er et klart behov



Michael Shacklock om klinisk neurodynamik.

for en internationalt accepteret definition af piriformis-syndromet med henblik på at arbejde videre med effekten af diverse behandlingstiltag.

Fysioterapeuten

Michael Shacklock fra Australien demonstrerede nervetests ved vævert og friskt at springe op og ned af briksen på podiet. Først langt inde i foredraget gik det op for mig, at han havde en fikserende Don-Joy skinne på sit højre ben.

Testning af nervetension i form af strakt benløft eller slump-test har i mange år været et vigtigt redskab i udredning af forstyrrelser i nedre kvadrant. Vurdering af nervens bevægelighed og tension med det formål at afsløre dysfunktion eller mhp. at afgøre, hvorfra smerten kommer, er klinisk og videnskabeligt velunderbygget.

De neurale strukturer i bækkenregionen har stor bevægelig kapacitet med deraf følgende mulighed for, at noget kan gå galt og smerter opstå. ANT-testning som vi kender den er forældet.

Det nye koncept hedder klinisk neurodynamik. Det inkluderer et teknisk system der benytter sig af såvel de mekaniske som de fysiologiske forhold i nervesystemet og det muskuloskeletale system.

En positiv strakt benløfttest er snarere forårsaget af hypersensitivitet i de neurale strukturer eller øget tryk på nerven end af abnorm nervetension. Hvis det handler om, at piriformis trykker på nerven er formålet med behandling at få den til at undlade at trykke frem for at mobilisere nerven direkte.

Et andet problem i forbindelse med neural testning og efterfølgende ANT-behandling er at det gør ondt på patienten! Man provokerer symptomer, når man mobiliserer den klemte nerve og symptomer bliver ofte initialt forværrede.

Fysioterapeuten

Flemming Enoch fra Amager startede indlægget med at påstå at »psoas ikke bliver stram«.

Den bliver inhiberet, forlænget, svag, forkortet eller overaktiv. Smerter i en muskel betyder ikke nødvendigvis, at den er forkortet.

Psoas er den muskel der hyppigst beskrives som årsag til smerter i lænd, bækken eller hofteregion

Psoas er en vigtig hofte-og lændestabilisator og indlægget handler mest om den stabiliserende effekt. Psoas påvirker direkte såvel diafragma som bækkenbunden. Den forkortes ved dysfunktioner og dens tværsnitsareal nedsættes ved lændesmerter, ved iskias på det niveau, hvor patologien findes eller simpelthen med stigende alder.

Om der i forbindelse med dysfunktionen også ses forsinket timing er ved at blive afklaret for tiden. Af hensyn til genoptræningen er det vigtigt at af-



Shacklock leverede en levende og visuel præsentation.

klare om psoassmerter og problemer omkring lænd og bækken skyldes overaktivitet i den kontraherede muskel eller om musklen er lang og inhiberet.

Når musklen er kontraheret er hofteekstensjonen begrænset og ilium trækkes i rotation anteriort.

Der kan være mange grunde til at et hofteled bevæger sig dårligt. Kapslen kan være for sej, rectus femoris, tensor fascia latae eller psoas kan være for kort.

Forskellige tests til vurdering af musklens længde og genoptræningens forskellige faser gennemgås.

Øvelserne lægges ud på hjemmesiden der understøtter temadagen:

<http://www.muskuloskeletal.dk/sw2967.asp>

Fysioterapeuten

Birthe Bonde afsluttede temadagen med et sprudlende indlæg, der desværre blev beskåret pga. tid-

nød. På trods heraf og på trods af det sene tidspunkt på dagen lykkedes det hende på et kvarter i krystalklare vendinger, at redegøre for bækkenbundens smerter. Hun kunne bl. a. afsløre at også mænd har en bækkenbund, hvis nogen skulle have glemte det.

Smerter i denne region kan udløses fra musklerne men også de store veneplekser i bækkenbunden kan gøre ondt når de stases op. Arbejdsstillinger, lang tids siddende, visse sportsgrene etc. kan være forklaringen. De psykologiske forhold blev kort berørt. Seksuelle overgreb, følelsesmæssige aspekter, angst etc.

Obturatorius internus er en meget vigtig muskel at huske på i vurdering af bækkenbundens smerter. Den er en vigtig stabilisator og udspænding og massage af den kan lette mange problemer. Levator ani er den aktive muskel i bækkenbunden og det blev gjort helt klart, at den er i stand til at klemme adgangsforskelene til bækkenbunden sammen så det er helt umuligt at komme såvel ind som ud af samme. Livmoderen er ikke placeret lige inden for navlen. Den ligger helt nede på gulvet bagtil i bunden af bækkenet, hvis nogen skulle være i tvivl.

Vi fik flere gode øvelser til træning af de nævnte muskler og vi lærte på det kvarter mere om bækkenbunden end vi har lært igennem de sidste 20 år. At foredraget var krydret med geniale bemærkninger og replikker, der var helt stuerene, selv om de var under bæltet, gjorde det ikke spor svært at være lysvåg til det sidste.

Dagen blev afsluttet med en udsøgt italiensk buffet i Turbinehallen krydret med den Jyske Operas Kors indslag fra bl.a. Verdis La Traviata og Nabucco og Puccinis La Bohème. Til overflod spillede efter midt dagen et oplagt og velspillende Rubber Souls-band op til dans for et totalt udmattet publikum.

Det var ærgerligt, at det ikke var annonceret på forhånd. I hvert fald for de der valgte festmiddagen fra. En flot aften og en værdig afslutning på et rigtig godt årsmøde.

Præsentationer fra årsmødet online

Download præsentationer fra årsmødet:

<http://www.muskuloskeletal.dk/sw2967.asp>

»Boy» udstillet på AROS Kunstmuseum.
Kunne ses i pausen.



Referat fra generalforsamlingen i MT-gruppen



Den 5. marts 2005

Niels Honoré bød velkommen til alle – bestyrelsen og otte deltagere. Der var ingen repræsentanter fra andre faggrupper.

Punkt 1 Valg af dirigent

Merethe Fehrend blev enstemmigt valgt som dirigent og konstaterede, at generalforsamlingen var lovligt indkaldt.

Punkt 2 Årsberetning

Da årsberetningen var udsendt til alle medlemmer, valgte Niels Honoré ikke at gennemgå denne, men deltagerne kunne stille spørgsmål og komme med kommentarer til hvert enkelt punkt i beretningen.

Kursusaktivitet

Niels Honoré oplyste, at mange har deltaget i trin 1-kurser, som forhåbentlig vil afspejle sig i flere deltagere på de efterfølgende kurser. Det at kurserne er flyttet til skoler og klinikker har givetvis haft en positiv indvirkning på de mange kursusedtagere. Det er glædeligt, at mange derfor får kendskab til MT.

Eksamen

Niels Honoré oplyste, at også Annette Diget har bestået Dip.MT. Dette fremgår desværre ikke i årsberetningen.

Der var et spørgsmål fra en deltager, om ikke også specialisterne burde nævnes i årsberetningen. Hertil svarede bestyrelsen, at det mente man ikke, da specialisterne i Muskuloskeletal Terapi er i DF-regi og ikke i MT-regi.

IFOMT

Niels Honoré fortalte, at Per Kjær repræsenterede Danmark ved generalforsamlingen i Sydafrika. Vi vil gerne følge med i det internationale arbejde og vil også gerne styrke det nordiske samarbejde. I forbindelse med det nordiske samarbejde, kunne Niels Honoré oplyse, at man nu genopretter udvekslingen af blade, at vi er inviteret til det svenske årsmøde, og at Per Kjær, Inge Ris og Niels Honoré deltager i den Nordiske kongres i Helsinki.

Kvalitetsudviklingsprojekt

Niels Honoré orienterede om, der nu er ansat to –

Referent

Lene W. Johansen

fysioterapeut, DipMT

lene_w_johansen@hotmail.com

Per Kjær og Inge Ris – til kvalitetsudviklingsprojektet. Ansættelsen er for to år.

Årsmødet 2004

Vibeke Laumann fra bestyrelsen ønskede at høre generalforsamlingens umiddelbare tanker om tema-dagen i går den 4. marts.

Der var en livlig diskussion blandt deltagerne med kommentarer om et godt program, men det faglige niveau på årsmødet er for nedadgående. Man syntes, at forbavsende få læger deltog, men generelt var der enighed om, at DSMM og DFFMT skal fortsætte samarbejdet om disse årsmøder.

Der var nogle kommentarer til det lille deltagerantal på generalforsamlingen – hvordan kan man få flere til at møde op? Der var forslag om todagsmøder, hvor generalforsamlingen lå midt i forløbet, og om at formandens beretning kunne være mere spændende og ikke som nu, hvor det er beskrevne facts. Der blev sagt, at generalforsamlinger generelt er »kedelige«, men ved folk, at der faktisk også foregår mange gode og spændende diskussioner, som her i dag? Det er et forum, hvor man kan udtrykke sin mening. Der var en tanke fra en deltager om en generalforsamling på e-mail og en kommentar om, at mange mennesker ikke er tegn på en god generalforsamling.

Hjemmesiden: muskuloskeletal.dk

Der blev givet stor ros til hjemmesiden. Der blev spurgt til statistikken af besøg. Martin Josefsen svarede, at siden start af statistik i 2004 er tallet støt stigende. Det er nu ca. 10.000 besøg pr. måned. En del læser afhandlinger – op til 200 pr. måned.

Muskuloskeletal Forum

Vibeke Laumann oplyste, at vi har et fælles blad på 32 sider og en fælles økonomi med lægerne. Christian Couppé stopper som ansvarshavende redaktør. Lægerne skulle overtage redaktørposten, men da de

ikke fandt en kandidat, og vi havde et godt emne, fik vi redaktørposten igen. Martin Josefsen er nu ansvarshavende redaktør.

Herefter blev årsberetningen enstemmigt godkendt.

Punkt 3 Fremlæggelse af det reviderede regnskab til godkendelse

Aase Troest fremlagde regnskabet, som blev enstemmigt godkendt.

Punkt 4 Fastsættelse af kontingent

Aase Troest anbefalede på vegne af bestyrelsen et uændret kontingent på kr. 600,00.

Der var et spørgsmål om rabat til studerende. Aase Troest oplyste, at kontingentet for studerende er på kr. 150 i hele studietiden.

Herefter blev kontingentet på kr. 600,00 vedtaget.

Punkt 5 Indkomne forslag

Ingen.

Punkt 6 Valg af bestyrelsesmedlemmer

Niels Honoré, Dorthea Petersen og Vibeke Laumann blev genvalgt.

Punkt 7 Valg af suppleanter

Per Kjær og Anne Louise Lindecrona Kiær blev valgt.

Punkt 8 Valg af revisorer

Berit Jenkins og Bodil Pedersen blev genvalgt.

Punkt 9 Eventuelt.

Intet.

Merethe Fehrend kunne herefter lukke generalforsamlingen med tak for god ro og orden.

Niels Honoré takkede Merethe Fehrend for at være dirigent på generalforsamlingen og takkede de øvrige for deltagelsen.

Mødekalender

<i>Møder/events, symposier m.m.</i>	<i>Tid og sted</i>
9th McKenzie Institute	03.-05.06 2005
Int. Conference	Kreta
9th Nordic Congress on Orthopaedic Manual Therapy and Medicine	09.-11.06 2005 Opera House Helsinki, Finland
Multidisciplinary approach on back pain	
Getting Connected – Bone & Tendon – Biennial Scientific Conference	29.-31.07 2005 Rotorua, New Zealand
NZMPA & IFOMT	
REUMA 2005 – Forebyggelse	14.-16.09 2005 Øksnehallen, København
Gigtforeningen	
2nd Int. Conference on Movement Dysfunction (KC & MACP)	23.-25.09 2005 Edinburgh, UK
The Spine – World Congress on Manual Therapy	07.-09.10 2005 Rom, Italien
MPA 14th Biennial Conference	24.-26.11 2005 Brisbane, Australien
MPA	
Fagfestival – Fysioterapi i bevægelse	23.-25.03 2006 Odense Congress Center
Danske fysioterapeuter	
IFOMT Congress 2008	08.-13.06 2008 Rotterdam, Holland

Information og tilmelding:

Læs mere information om kongresserne på www.muskuloskeletal.dk (under møder).

Orientering om FIMM's International Academy

Fédération Internationale Medicine Manuelle eller International Federation of Manual/Musculoskeletal Medicine (FIMM) har i mange år haft tanker om at etablere et forum for videnskabelig diskussion mm. under FIMM's vinger. Emnet har bl.a. været bragt på bane for mange år siden af FIMM's tidligere generalsekretær, Johannes Fosgreen, og det har gennem årene fået støtte fra bl.a. Jacob Patijn, formand for FIMM Scientific 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 FIMM's Generalforsamling, september 2004, Bratislava, med overvældende flertal vedtaget at etablere FIMM International Academy.

Hvorfor nu et Academy, når FIMM allerede har en SC, vil nogen måske spørge om? FIMM's SC er en lille gruppe udpeget af formanden for komiteen, Jacob Patijn, og det har generet mange af FIMM's medlemslande, at de ikke har haft mulighed for at 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 videnskabelige resultater, oplæg til videnskabelige undersøgelser, protokoludkast, osv. samt et forum for drøftelse af, hvad der bør indgå i efteruddannelseskurser mm.

Medlemskab kræver dels, at man er enten videnskabelig eller undervisningsmæssigt aktiv, og dels at man anbefales af to andre, evt. at man indstilles af det nationale selskab man er medlem af.

Af annoncen i sidste udgave af Dansk Reumatologi fremgår de praktiske omstændigheder vedr. indmelding i FIMM's Academy.

Første Academymøde og generalforsamling bliver den 18. juni 2005 i Prag.

Herefter 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 Executive Board (EB) og af Science Board (SB), og

Lars Remvig
overlæge, dr.med.
Ortopædi og Rehabilitering, H:S Rigshospitalet
l.remvig@dadlnet.dk



de første medlemmer hertil blev valgt/udpeget i forbindelse med FIMM's generalforsamling.

EB kommer til at bestå af fire personer: chairman dr. Michael Hutson, scientific director dr. PhD Jacob Patijn, administrative officer dr. Usamah Jannoun, England og finance officer dr. Victor Dvorak, Schweiz. 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 (ovl. Glen Gorm Rasmussen) faste medlemmer. De øvrige ni medlemmer (bl.a. ovl. PhD, Berit Schiøttz-Christensen og ovl. dr.med. Lars Remvig) udgøres det første år af medlemmerne af FIMM's SC, som i øvrigt derefter nedlægges. Herefter vil disse ni medlemmer være på valg hvert år.

Læs mere online

Lovene for FIMM's International Academy kan ses på www.fimm-online.org, hvor man i øvrigt kan holde sig orienteret.



FIMM International Academy of Manual/Musculoskeletal Medicine



Applications for membership

The FIMM Academy, instituted in September 2004 at the General Assembly of FIMM (The International Federation for Manual/Musculoskeletal Medicine), replaces the former FIMM Scientific Committee, which was restricted to twelve members. The Academy will comprise a much greater number of scientists and educationalists who will engage through task forces and working groups in consensus debate on topics such as basic research, efficacy, diagnostic procedures, complications in M/M Medicine, and international teaching. The Academy will be multidisciplinary, and provide a forum at Academy Conferences for presentation of preliminary results of scientific work in Manual/Musculoskeletal Medicine, and proposals for the implementation of science through teaching. Scientific and educational matters are the responsibility of the Science Board (chaired by scientific director, Jacob

Patijn), future members of which will be democratically elected by the Academy members. The Articles of Association of the Academy may be found on the FIMM website: www.fimm-online.org. The administration of the Academy is in the hands of an Executive Board (chairman, Michael Hutson).

Membership is open to individual medical practitioners in the field of Manual/Musculoskeletal Medicine and to university graduates whose practice is allied to Manual/Musculoskeletal Medicine. Applications are welcomed, and should be supported by a proposer and seconder, and by a curriculum vitae that demonstrates experience in scientific research and/or teaching.

The current annual subscription is 100. Application forms may be downloaded from the FIMM website, or alternatively by contacting the Academy administrative officer, Dr. Usamah Jannoun. Completed application forms, accompanied by a CV should be sent to dr. Jannoun at:

1 New England Cottages, Handcross Road,
Balcombe, West Sussex. RH17 6JU, England, UK

or by email to: orthmed@doctors.org.uk

Dr. J. Patijn (Scientific Director)
Dr. M. Hutson (Chairman Executive Board),
Dr. U. Jannoun (Administrative Officer),
Dr. V. Dvorak (Financial Officer).

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin

Danish Society of Musculoskeletal Medicine



Undertegnede ønsker medlemskab af Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin

Navn: _____

Adresse: _____

Tlf: _____

e-mail: _____

Søjle: PLO _____ FAS _____ FAYL _____

Sendes til:

Speciallæge i Almen Medicin

Jette Korsgaard

Strandstræde 2

4400 Kalundborg

Du kan også tilmelde dig på vores hjemmeside www.dsम्म.org

Kontingent

460 kr. som opkræves via Den almindelige Danske Lægeforening

Medlemskabet giver rabat på selskabets kurser og møder samt et medlemsblad, der udkommer 4 gange om året.



**danske
fysioterapeuters
fagforum for
muskuloskeletal terapi**



Lidt om medlemskab i MT-fagforum

Medlemsfordele

Hvis du ikke allerede er meldt ind i MT-fagforum kan du gøre det her, og bl.a. opnå

- fortrinsret ved ansøgning om kursusdeltagelse.
- prisfordele på kurser, klinisk supervision og årsmøder etc.
- at modtage fagbladet Muskuloskeletalt Forum direkte i postkassen 4 gange årligt.
- at modtage elektronisk nyhedsbrev.

Kontingentsatser for medlemskab i DFFMT

- Ordinære medlemmer af DF: 600,- kr (dog kun 300,- kr ved tilmelding efter 1/7).
Kontingentet gælder for det kalenderår, hvor indmeldelsen sker.
- Studerende medlemmer af DF: 150,- kr som gælder for hele studietiden uanset om indmeldelsen sker i 1. eller 7. semester

Definition på MT (IFOMT 2004)

Orthopaedic Manual Therapy is a specialized area of physiotherapy / physical therapy for the management of neuro-musculo-skeletal conditions, based on clinical reasoning, using highly specific treatment approaches including manual techniques and therapeutic exercises.

Orthopaedic Manual Therapy also encompasses, and is driven by, the available scientific and clinical evidence and the biopsychosocial framework of each individual patient.

IFOMT's vision (IFOMT 2004)

World-wide promotion of excellence and unity in clinical and academic standards for manual/muskuloskeletal physiotherapists.

Læs mere

På www.muskuloskeletal.dk kan du læse mere om MT-kurser, uddannelsesforløb og meget mere.

Indmeldelse i DFFMT

Indmeldelse kan ligeledes foretages via hjemmesiden: www.muskuloskeletal.dk/sw711.asp

Navn: _____ Telefonnummer arb.: _____
 Adresse: _____ Telefonnummer privat: _____
 Postnr.: _____ Evt. noter / forespørgsler: _____
 By: _____
 E-mail: _____
 Medlemskab DF: Ordinært: _____ Studerende: _____
 Medlemsnummer DF: _____

Pr. post sendes indmeldelsen til:

Aase Troest,
Lobeliavej 5
8541 Skødstrup

Vi glæder os til at se dig til spændende faglige og personlige oplevelser!

Med venlig hilsen,
Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi

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 to 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 Korsgaard, 4400 Kalundborg
Overlæge Glen Gorm Rasmussen, 9000 Aalborg
Overlæge, dr.med. Lars Remvig, København
Speciallæge Berit Schiøttz-Christensen, 8000 Århus
Speciallæge Pierre Schydlowsky, 3500 Værløse
Speciallæge Peter Silbye, 4600 Køge
Speciallæge André Soos, 6100 Haderslev
Speciallæge Lars Faldborg, 8300 Odder

Associerede lærere:

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

DSMM's uddannelsesudvalg:

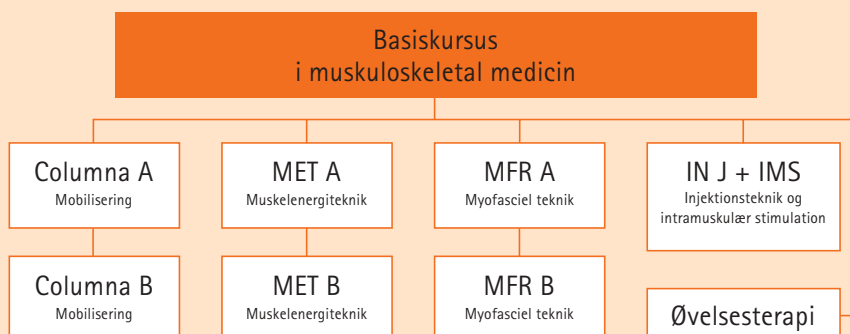
Niels Jensen, formand
Palle Lauridsen, sekretær
Henning Bliddal, Steen Hecksher-Sørensen,
Lisbeth Wemmelund

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 2005

Kursus:	Tidspunkt:	Kursuspris (se nedenfor): (start 1. dag kl. 9.00, slut sidste dag kl. 16.00)	Kursuspris	
			inkl. lærebog	ekskl. lærebog
<input type="checkbox"/> MET B, Muskelenergiteknik		28.-31. oktober 2005	kr. 9.700,-	kr. 9.172,-
<input type="checkbox"/> Basiskursus i muskuloskeletal medicin		4.-8. november 2005	kr. 12.800,-	*)
<input type="checkbox"/> Mobiliseringskursus		18.-21. november 2005	kr. 9.700,-	kr. 9.172,-
<input type="checkbox"/> Muskulær diagnostik og øvelsesterapi afholdes på Club La Santa på Lanzarote		20.-27. januar 2006	kr. 6.700,- + 7.000,- til rejse og ophold med helpension	

Basiskursus, Muskulær diagnostik og øvelsesterapikursus, Columna og Basiskursus, ekstremiteter: prisen er inkl. lærebog og kursusmateriale.

*) Har man allerede lærebogen der er obligatorisk nedsættes kursusafgiften med 528 kr. (se hjemmesiden).

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 ikkemedlemmer 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: PLO FAS FAYL

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

Dato: _____

Underskrift: _____

Tilmeldingsblanketten sendes til: Birthe Skov, Comwell Kolding, Skovbrynet 1, 6000 Kolding.
Sammen med check på beløbet.

DFFMT Kursuskalender 2005 / 2006

Sted:	Kursus:	Tidspunkt	
■ Vejen	Trin 2 A	1. del	2.-4. september
		2. del	16.-18. september
■ Vejen	Trin 1 A	1. del	9.-11. september
		2. del	7.-8. oktober
■ Kastrup	Trin 1 B	1. del	11.-13. september
		2. del	2.-3. oktober
■ Oplyses senere	Dynamic stability of the lumbar spine Theory, basic course, advanced course Peter O'Sullivan		17.-21. september
■ Odense	Case Rapport kursus		18.-19. nov
■ Ringe	Trin 2 C - klinisk supervision	1. del	20.-22. januar 2006
		2. del	10.-12. februar 2006

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

Klinisk Supervision

Trin 2, Kursus C

- Sted: Rygambulatoriet Ringe, 5750 Ringe
 Tid: 1. del: 20.-22. januar
 2. del: 10.-12. februar 2006
 Deltagere: Fysioterapeuter, der har gennemført Trin 1, Trin 2A + B eller fysioterapeuter der har gennemført den gamle kursusrække
 Undervisere: Medlemmer af MT-gruppens undervisningsgruppe
 Kursuspris: Medlemmer: kr. 7.000,-. Ikke-medlemmer: kr. 7.200,-. Beløbet dækker kursuspris og frokost.
 Kursusform: Externat.
 Tilmelding: Senest den 1. november 2005 på tilmeldingsblanket fra Fysioterapeuten til Inger Skjærbæk, Rønnebær Allé 2, 3000 Helsingør.
 Tilmelding kan foretages over e-mail: ingerskj@post10.tele.dk. Angiv navn, adresse, telefonnumre og medlemsnr. i DF.
 Eller via MT-gruppens hjemmeside: www.muskuloskeletal.dk
 Betaling: Depositum kr. 500,- i forbindelse med tilmelding. Restbeløb kr. 6.500,- indbetales senest den 1. november 2005. Beløbene sættes ind på MT-gruppens kursuskonto i Nordea, Stengade 45, 3000 Helsingør. Konto nr. 2255 1905637077 eller betales med check. Sættes beløbet ind på kursuskontoen er det vigtigt at dit navn kommer til at stå på kontoudtoget eller sørg for at jeg modtager en kvittering for det indbetalte beløb.
 Afbud: Ved afbud senere end den 21. november mistes depositum.

Kurser via muskuloskeletal.dk

(Sektionen »Kurser«)

Kursuskalender med annoncer og online tilmelding

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

Information om kurser og uddannelse

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

Nyhedsbrev

Du kan tilmelde dig nyhedsbrevet fra muskuloskeletal.dk og modtage nyheder direkte i din mail-box.

**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:

Overlæge, speciallæge i reumatologi

Palle Holck

Medicinsk afdeling

Falkevej 1-3, 8600 Silkeborg

Tlf. 87 22 21 00

E-mail: palle.holck@dadlnet.dk

Sekretær:

Speciallæge i almen medicin

Jette Lehnsbo Korsgaard

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

Staubsholtvej 33, 3520 Farum

Tlf. 44 95 49 40

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

www.dsmm.org/bestyrelse.htm

Speciallæge i almen medicin,

overlæge, v. »sund i arbejde«

André Soos

Solvang 37, 6100 Haderslev

Tlf. 74 53 16 40

E-mail: soos@dadlnet.dk

Økonomiudvalg:

Speciallæge i almen medicin

Peter Frost Silbye

Speciallæge i almen medicin

Niels Jensen

Nordisk kontaktudvalg:

Speciallæge i almen medicin

Peter Frost Silbye

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Uddannelsesudvalget:

Formand:

Speciallæge i almen medicin

Niels Jensen

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 Schydlowsky

Overlæge, ph.d.

Berit Schiøttz-Christensen

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Kursussektretær:

Birthe Skov

Tlf. 76 34 11 00

Fax 76 34 13 00

**DANSKE FYSIOTERAPEUTERS
FAGFORUM FOR
MUSKULOSKELETAL TERAPI**

Formand:

Niels Honoré

Rebekkavej 9, 2900 Hellerup

Tlf. 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

Webredaktør og

Redaktør på Muskuloskeletalt Forum

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 Lindcrona Kiær

Gl. Kongevej 128A, 2.th.

1850 Frederiksberg C

Tlf. (arb.): 44 44 11 15

E-mail: allk@pc.dk

IFOMT-delegeret og suppleant

Per Kjær

Vesterrøn 19, 5700 Svendborg

Tlf. (arb.): 63 62 18 45

E-mail: perkjaer@tdcadsl.dk