

Muskuloskeletalt Forum

3

7. årgang
August 2007

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

Beretninger fra IASP symposium 2007
- Fundamentals of
Musculoskeletal Pain 7

WCPT kongres 2007
- en muskuloskeletal dagbog 11

Referater fra generalforsamlinger 17, 18

IFOMT møde 2007 - referat 20

Uddannelse og kurser 21

IFOMT Congress 2008

Connecting "Science" to Quality of Life



The International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapists will meet in Rotterdam 8–13 June 2008 in Rotterdam

Call for Abstracts

Submit an Abstract Now!

The Scientific Committee wishes to invite abstract submissions for Platform and Poster presentations.

Instructions are now online and available.

The closing date for the submission of abstracts is September 30th, 2007. All applicants will be notified of the outcome by January 31st, 2008.

Please note: If you have any difficulties using the system, or find any "bugs" that have found their way into the system please let us know.

Congress Theme IFOMT 2008: Connecting "Science" to Quality of Life

Orthopaedic manipulative therapists are the primary healthcare workers in the field of neuromusculoskeletal therapies and consequently have a primary role in improving their patients' quality of life.

There are several reasons we offer treatment to our patients. We believe our interventions, promote understanding, increase longevity, prevent future morbidity, or make patients feel better. But however much we may be treating signs and symptoms and trying to alleviate suffering and improve function, ultimately we are and should be aiming to improve the Quality of Life for our patients.

In recent years, many colleagues have worked towards clarifying how we think about Quality of Life, and how we use it in our work and in our lives. Considerable progress has been made, but much work still needs to be done. Several

authors have noted that Quality of Life, as a construct, is really still in its infancy.

As the conference theme for 2008 therefore we have chosen: Connecting "Science" to Quality of Life.

And there are many connections to be made:

- Connecting muscle to tendon to bone and the human being to the peripheral neuron
- Connecting paradigms
- Connecting the brain's neural pathways
- Connecting countries, cultures & hemispheres
- Connecting people: the patient-therapist relationship
- Connecting existing knowledge and research in Quality of Life with Manual Therapy
- Connecting Manual Therapy to other useful treatment strategies and utilising a multi-modal approach to care
- Connecting Evidence Based Practice with the Bio-Psychosocial Model
- Connecting novel ideas to better practice
- Connecting scientists to clinicians
- Connecting different research directions for a fuller understanding of quality of life

We challenge colleagues to find as many "connections" as possible and present Research Reports Platform Presentations and /or poster presentations to us in 2008. In this way we can extend our knowledge for the benefit of our profession and our patients in helping them to reach their true individual potential and improve their quality of life.



Muskuloskeletalt
Forum

7. årgang · Nr. 3 · August 2007

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

Redaktion:
Martin B. Josefsen (Ansv.)
mbj@rygnet.dk
Alléens Fysioterapi
5230 Odense M

Allan Gravesen
Sprogøvej 7, 4220 Korsør

Gerd Lyng
Østergade 24, 3770 Allinge

Palle Holck
Stadion Alle 31 A, 8000 Århus

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 & sats:
Lægeforeningens forlag
København

Tryk:
Scanprint a/s, Viby J

Deadline for stof til næste blad
28.9.2007
– forventes udsendt
til medlemmerne
ultimo oktober 2007

Forsidefoto:
Mikkel Østergaard

ISSN: 1602-608X

Indhold

IFOMT Congress 2008	2
Leder – Redaktionen	4
<i>Martin B. Josefsen</i>	
Leder – DSMM	5
<i>Allan Gravesen</i>	
Leder – DFFMT	6
<i>Niels Honoré</i>	
IASP 2007 – Fundamentals of Musculoskeletal Pain – Beretninger	7
Kære MT-gruppe	10
WCPT Kongres 2007 – En muskuloskeletal dagbog	11
Generalforsamling i DSMM	18
Generalforsamling i MT-gruppen	17
Mødekalender – kongresser, events og symposier	19
IFOMT møde i Vancouver – juni 2006 – Beretninger	20
DSMM-kurser	21
DSMM kursusbeskrivelser	22
DFFMT – Uddannelse og kurser	24
DSMM og DFFMT – Bestyrelser og udvalg	26

Leder

Redaktionen



Martin B. Josefsen
Redaktør (ansv.)
mbj@rygnet.dk

Læserundersøgelsen

Vi har kigget på tilbagemeldingerne fra omtrent 30 medlemmer, som supplerer vore vurderinger om mediernes – og ikke mindst bladets – fremtid. 30 svar er selvfølgelig ikke en høj svarprocent, men vi takker for udmeldingerne, som vil bidrage til redaktionens arbejde. Her bringes lidt af de budskaber, som er fremkommet.

Generelt kan det siges, at medlemmerne vedrørende bladet overordnet set er moderat tilfredse – rangerende fra mindre tilfreds til meget tilfreds.

Fagstof, fagstof og så fagstof.

Mindre plads til kursusannoncer og »det faste« organisatoriske stof. Mere fagstof, nyheder og anmeldelser. Det er det budskab, som tydeligt går igen hos de fleste deltagere i undersøgelsen.

Må ikke koste mere

Generelt synes ingen af deltagerne om en øgning af kontingentet for at bibeholde bladet. Ej heller om en nedgang i antal udgivelser.

Omvendt vil en del gerne have både blad og hjemmeside, og en del vil lige så gerne have et andet internationalt tidsskrift (evt. elektronisk) eller evt. blot et mere fyldigt webbaseret medie.

Og så er der de få, der gerne vil have det hele og mere til – både vores blad og web – og gerne betaler for det.

Visioner

Bl.a. ønsket om mere fagstof passer godt til redaktionens opfattelse af et aktivt og relevant medieudbud inden for vore områder. Det er nu redaktionens opgave at vurdere, hvordan vi fagligt og ressourcemæssigt kan udvikle den fremtidige skabelon for, hvordan alle visioner for vores formidling og kommunikation ind- og udadtil bliver så fyldestgørende som muligt.

Kommunikation, formidling og PR

Der er mange hensyn at tage – kommunikation er vigtig – kommunikation er også mange ting.

- Formidling af viden og fagstof inden for specialet
- Kommunikation med medlemmer
- Formidling og signal udadtil (PR)
- Formidling af uddannelse og kurser
- Organisatoriske beretninger
- Informationsmaterialer (til patienter, til fagfolk)
- Debat
- Og meget mere

Vores tidsskrifts nuværende form og fremtid står på spil. Vores medievirksomhed gør ikke. Den fremtidige medieform vil blive drøftet på kommende redaktionsmøde, og forløbets resultater kan du finde i kommende blad.

Fingeren på pulsen

I dette nummer kan du læse om aktuelle forskningsnyheder i form af referater fra nyligt afholdte kongresser. Med fokus på muskuloskeletale emner refereres der bl.a. fra IASP smertekongressen »Fundamentals of Musculoskeletal Pain« afholdt i Ålborg samt WCPT verdenskongressen for fysioterapeuter afholdt i Vancouver, USA.

Med venlig hilsen redaktionen

Martin B. Josefsen

Debatindlæg i bladet:

Alle er velkomne til at komme med debatoplæg, meninger og inspiration til bladet. Maks. omfang er 3.000 tegn uden mellemrum. Oplæg sendes til: mbj@rygnet.dk

FIMM i krise

FIMM afholder hvert 3. år en kongres om muskuloskeletale emner. Således var det også planlagt i år, denne gang i Zürich. Det schweiziske selskab for muskuloskeletal medicin havde planlagt et meget spændende program, og vi var allerede flere fra DSMM, der havde tilmeldt os.

Så skete det som ingen troede muligt. Kongressen blev aflyst! På grund af for få tilmeldinger kunne man i det schweiziske selskab indse, at der ville blive et stort underskud, som man ikke kunne bære i selskabet.

Man havde regnet med mindst 300 tilmeldinger, men var kun oppe på godt 50, så vidt jeg er orienteret.

Denne beslutning har sat mange tanker i gang hos bestyrelsen. Hvad er det der gør, at man heller ikke uden for landets grænser er i stand til at tiltrække nok interesserede læger med speciale i muskuloskeletale lidelser til at komme og høre om de seneste forskningsresultater?

Desværre er det ikke bare det, at kongressen må aflyses. Der er en kurrer på tråden blandt flere medlemslande, som betyder at blandt andet Østrig er ved at melde sig ud.

I bund og grund handler det også om økonomi. FIMM's økonomi er elendig, og ved den kommende generalforsamling, der finder sted i Prag (i stedet for i Zürich i forbindelse med kongressen), forventer vi i bestyrelsen et krav om kontingentforhøjelser for medlemslandene.

Det har vi naturligvis drøftet i bestyrelsen og har vurderet hvor DSMM's smertegrænse ligger mht. FIMM-kontingent.

FIMM Academy ser ud til at blomstre og i Academy ser man gerne flere medlemmer. I FIMM Academy kan optages forskere og lærere inden for det muskuloskeletale felt.

Hvis dette har din interesse så tøv ikke med at klikke ind på www.fimm-online.com og gå herfra videre til FIMM Academy.

Udsprunget af FIMM Academy i samarbejde med DSMM afholdes der til januar 2008 et 1-dags-kursus i reproducerbarhedsstudier. Et vigtigt kursus for dig, der gerne vil i gang med at forske i muskuloskeletale behandlinger.

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



I april blev der afholdt generalforsamling i DSMM i Domus Medica. Som vanen tro var der et yderst sparsomt fremmøde, men de få, der var mødt op, hørte allerede på dette tidspunkt om de uroligheder i FIMM som nævnt ovenfor. Vor mand i Education Committee, Glen Gorm Rasmussen, fortalte om problemerne i FIMM. Du kan læse mere i referatet fra generalforsamlingen i dette nummer.

Vores blads fremtid er ved at blive afklaret. De to grupper bag bladet, DSMM og MT faggruppen, vil gennemdiskutere resultatet af den læserenquete, vi bad jer om at deltage i. Måske bliver løsningen, at DSMM's læsere får et internationalt anerkendt muskuloskeletalt tidsskrift i hånden.

Det er stadig lidt uafklaret, men selvfølgelig vil vi fortælle løbende om vores beslutning.

I har alle modtaget en invitation med posten til vores årsmøde. Ikke kun jer, der er medlem af DSMM, men også praktiserende kolleger og FYAM-medlemmer samt medlemmer af Yngre Reumatologer. Har du endnu ikke tilmeldt dig, så gør det straks. Vi glæder os til at se jer alle.

Se evt. mere på www.dsmm.org

Allan Gravesen

Nyhedsbrev via mail

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



DFFMT



Niels Honoré
Formand i DFFMT
nh@fysiocenter.dk

Klar til flytning af myndighedsansvar?

Så er det hele i spil igen. Speciale 62 og nu også 51'erne er på vej ud til kommunerne, hvor også genoptræning og forebyggelsen nu finder sted. Hvad der egentlig kommer til at ske ved det, er der vist ingen som har fantasi til at tænke til ende, men en ting er sikker, og det er, at profilering og markedsføring af ens kompetencer i højere grad kommer i fokus. Det vil være endnu mere vigtigt at få skabt en profil på baggrund af ens efteruddannelse, speciale og erhvervede titler. Den enkelte patient skal i højere grad have mulighed for at gennemskue, hvor kvaliteten er bedst, og hvor de rette kompetencer passer til hendes lidelse. Vi har tænkt os i muskuloskeletalt fagforum at hjælpe vores medlemmer til at kunne fremstå tydeligere med deres opnåede kompetencer. Vi har brug for dine input til, hvordan vi i fællesskab skaber de bedste muligheder for arbejdet med muskuloskeletale lidelser. Kom gerne med dine tanker og ideer direkte på nh@fysiocenter.dk eller på tlf.: 26 73 92 04.

Bladet i forandring

Al forandring er god, den skaber altid en situation, hvor nutid, fortid og fremtiden sættes i perspektiv, og skaber således et nyt fundament for at skabe noget nyt. Vi tager os god tid til at tænke over, hvad vi kan skabe af nye ting og spændende services, som giver jer, vores medlemmer, mest for pengene.

Vi har også overvejelser om, hvordan du kan komme tættere på al den forskning, som kan ændre din dagligdag til fordel for dig, dine manuelle teknikker og til fordel for dine patienter. Vi har stadig meget brug for jeres idéer og tanker til, hvordan vi løser ovenstående målsætninger. Kom gerne med dit bidrag direkte på nh@fysiocenter.dk eller på tlf.: 26 73 92 04. Læs mere om medlemsundersøgelse under redaktørens leder.

MT-eksamen Del 1

– Tillykke til 7 nye Exam.MT'er

I sommeren har vi i MT-regi haft mange flotte og »ærlige« etapesejre. I maj kom 7 fysioterapeuter flot i mål og bestod således Del 1 eksamen. Det betyder, at der i Danmark i alt er ca. 80 fysioterapeuter, der enten har Del 2 eller Del 1 eksamen.

Marie Cordt, Frederiksberg
Merete Giørtz-Carlsen, Kolding
Anne Gøtzsche, Herlufmagle
Christian Hagensen, Frederiksberg
Jesper Holm, Århus C
Mikkel Ammentorp Pedersen, København S
Stine Sørensen, Kastrup

IFOMT Kongres 2008 - Tilskud til medlemmer

Fagforum for MT ønsker at støtte det faglige engagement fra dansk side ved IFOMT kongressen 2008 i Rotterdam.

Derfor er det besluttet, at de første 50 medlemmer der tilmelder sig og søger om tilskud får et tilskud på 1000,- kr som bidrag til kongressafgiften.

Det er DFFMT's forhåbning, at mange støtter op om det store event, hvor internationale manuelle terapeuter mødes til et flot fagligt og socialt program.

Læs mere:
<http://www.muskuloskeletal.dk/sw43813.asp>

Deadlines for Muskuloskeletalt Forum 2007/2008

MSF 2007 nr. 4
(Bemærk ændrede datoer for 2007)
Deadline: 28.09.2007
Udgivelse: 31.10.2007

IASP 2007 – Fundamentals of Musculoskeletal Pain

Her bringes referater fra udvalgte dele af IASP Symposiet
»Fundamentals of Musculoskeletal Pain« afholdt ved SMI-Aalborg den 7.-9. maj 2007.

IASP 2007

- Perspektiver på referred pain

Af Inge Ris, Specialist i muskuloskeletal fysioterapi
(PT, DipMT, MScR)

Lars Ahrendt-Nielsen, Center for Sensory-Motoric Interaction, Aalborg Universitet: »Referred pain from muscle tissue: A manifestation of secondary hyperalgesia?«

Ahrendt-Nielsen et al har lavet et laboratorieforsøg med indsprøjtning af saltvand i musculus tibialis anterior. Efterfølgende udvikledes smerter lokalt og refererede smerter over dorsum af anklen.

Konklusioner var, at refererede smerter

- er et centralt fænomen: der opstår også i nogen grad smerter på modsatte ben i samme område.
- tager tid at udvikle: smerter over dorsum pedis opstod først efter 30, 40 sek. efter stimulus med smerter.
- giver mere smerte hos patienter med kroniske smerter (RA) og
- hos WAD (Whiplash Associated Disorders) patienter kunne smerten sprede sig proksimalt til hele benet.
- områdets størrelse er afhængig af intensitet og varighed af den smertefulde stimulus.

Dette er de samme karakteristika for cutaneous hyperalgesia. Derved mente taleren, at refererede smerter fra muskeltvæv er baseret på centrale smertemekanismer, mere end på lokale smertemekanismer.

Maria A. Giamberardino, Pathophysiology of Pain Laboratory, Department of Medicine and Science of Aging, G.D'Annunzio University of Chieti, Italien: »Referred muscular hyperalgesia from visceral structures«.

Taleren og hendes gruppe har set på smertekarakteristika i muskler ved kendt visceral sygdom. Blandt

andet har de set på patienter med blindtarmbetændelse, (irritation af tyktarm) cholestecitis og smerter ved menstruation. Deres konklusion er, at der sker ændringer i muskulatur som trofiske ændringer (fortykkelse, ligesom der skete subkutan vævfortykkelse) og fysiologiske ændringer som øgning af sarkomerlængde. Disse ændringer opstod hurtigt efter organet var blevet påvirket, blev forværret ved gentagne smerter i det pågældende organ og kunne fortsætte, også efter smertestimulus var fjernet (efter galdestensoperation eller efter fjernelse af blindtarmen).

IASP 2007

- Oralfysiologiske perspektiver

Af Per Stylvig, Bidtandlæge

*Fundamentals of Musculoskeletal Pain
- et tandlægeligt - bidfunktionelt blik*

Blandt oralfysiologer er der i disse år en stor interesse for det neurologiske aspekt, IASP (the International Association for the Study of Pain)'s Research Symposium 7.-9. maj var et eksempel på dette og her er nogle indtryk.

Set i oralfysiologisk optik var det ny viden at høre om nervesystemets dynamikker, f.eks. er det basiskost, at der er forskellig aktivering af nervefibre alt efter, hvilke stimuli der er tale om, dvs. A-beta er forskellig fra A-delta, der igen er forskellig fra C-fibre. Når så disse forskellige fibre giver forskellige og *ikke* sammenfaldende stimuleringskurver, forstår man systemets rigtigt mange muligheder for aktivering/respons. Når så al ny anatomisk og neurofysiologisk forskning samtidig viser, at en nervefiber godt kan være af A-beta typen et sted i systemet og A-delta et andet sted i dens forløb og C-fiber et tredje - så er der næsten ingen grænser for, hvad der kan komme ud af det.

For undertegnede var betydningen af osmotisk balance/tryk for ledningen et nyt forhold, der i øvrigt påpegedes af flere foredragsholdere. Betydningen opfattedes generelt modulerende for (smerte-)

ledningen (bl.a. Brian Cairns. Faculty of Pharmaceutical Sciences, University of British Columbia, Canada).

Glutamat frigøres ved muskelinflammation og medfører muskulær og termisk hyperalgesi; glutamat i en sides muskel medfører ikke (bilat) overkrydsning til modsatte side, dvs. er rent perifer (Jin Y Ro, Dept of Biomechanical Sciences. University of Maryland, USA).

Kazue Mizumura, Japan, målte de forskellige stoffer, der frigøres ved muskelbelastninger, og mente at det initiale respons var stærkt afhængigt af samspillet mellem mediatorer (f.eks. bradykinin og COX2 osv.) og inhibitorer af disse »formidlere« af impulser.

Thomas Graven-Nielsen havde undersøgt betydningen af nerve growth factor og sensibiliteten/muskulær hyperalgesi og kunne påvise lokal sensibilisering umiddelbart efter stimulus, mens næste dag viste generelt øget (painpress threshold) i hele kroppen. Men diskussionen påpegede, at undersøgelserne ikke lignede det virkelige liv.

Malin Ernberg (Karolinska, Oralfysiolog) havde interesseret sig for 5-hydroxytryptamin endnu en af smertestofferne og viste et forøget indhold i muskler ved akut smerte, men kunne også vise et generelt forøget indhold hos fibromyalgi og whiplash patienter med symptomer. Hun havde lavet forsøg med blok af 5-HT hos disse sidste patienter og fik bedret VAS-respons, men med meget stor variation.

Oral fysiolog »grand old man« Barry Sessle gjorde opmærksom på trigeminus kommunikation med andre dele af nervesystemet - kun 5% var »rene« i området og mere end 50% kommunikerede med andre dele af systemet. Ligeledes kunne han vise, hvordan nocineuroner i deres forløb ændredes til wide-dynamic-range neuroner, og i hans hænder blev alt dette bl.a. til at: injicerer man sennepsolie, et kendt smertestimulerende agens i kæbeledet, så øges smerteledningen i primære tyggemusklér og musculus digastricus.

Overordnet kan man sige, dette bekræfter, forklarer og rafinerer vores hidtidige viden, desværre uden at forsyne os med flere direkte redskaber til håndtering af situationen. Det ofte komplicerede symptom og reaktionsbillede i hoved, hals og skulder-regionen har altså også neurofysiologiske årsagssammenhænge.

William Maxiner, department of Dentistry, University of North Carolina, USA, havde lavet en stor undersøgelse af den genetiske disposition hos den enkelte i forhold til familien. 240 pt undersøgt (inkl. deres familier) og deltes i

- 1) lav smertesensibilitet
- 2) medium smertesensibilitet og
- 3) høj smertesensibilitet.

Over tid udviklede de mere følsomme flere TMJ-symptomer. Den negative forudsigelighed var 90%, mens den positive forudsigelighed var 13-23%. Summa sumarum vi kan lettere forudsige, hvem der *ikke* bliver syge end hvem der bliver syge!

Thomas Graven-Nielsen holdt indlæg, hvor han fortalte om EMG i muskler ikke ændres ved statisk aktivitet, hvis der er induceret smerter, mens EMG steg ved den dynamiske aktivitet stadig ved inducerede smerter - hans forklaringsmodel bliver så, at ved smerter stiger antagonistaktiviteten og agonistaktiviteten falder. Han havde alene arbejdet med en eksperimental model, mens Paul Hodges havde undersøgt mange patienter med EMG ved smerter, og hans resultater var ikke entydige. Neuroplasticiteten giver sig udslag i mange copingstrategier.

IASP 2007 - Funktionelle perspektiver

Af Martin B. Josefsen, Muskuloskeletal fysioterapeut (PT, ExamMT)

Deborah Falla, PT, Dr – SMI Ålborg og Division of Physiotherapy, University of Queensland, AU: »Neuromuscular adaptations in experimental and clinical cervical pain«.

Hovedområdet for Deborah Fallas forskning er cervikalcolumna med særlig vægt på neuromotorisk kontrol og ændringer ved nakkesmerter og whiplash. Derudover har Falla været involveret i studier omhandlende kliniske test og øvelsesmæssige interventioner til nakkepatienter.

Cervikalcolumna er en særdeles dynamisk biomekanisk enhed, som med ret høj passiv mobilitet skal styres af omtrent 20 par muskler. I eksperimentelle studier (ved induceret »akut« smerte) og klinisk nakkesmerte er der observeret flere former

for ændringer i den muskulære kontrol og aktive-ringsstrategi.

Ved en test med sustained isometrisk cervikal fleksion (CF) med 25% MVC fandtes en mindsket udholdenhed af fleksorgruppen, og der sås en ned-sat fyringsevne målt med EMG.

I et andet studie blev cervikal muskelfunktion undersøgt ved en funktionel prøve med samtidig udfordring af posturalitet – i form af armløft i stå-ende. EMG-måling foregik på deltoideus pars ant. (AD), dybe cervikale fleksorer (DCF), sternocleid (SCM) og anteriore scalenere (AS). Ved nakkesmerte kunne der ved armløft observeres forsinket aktivitet i både DCF, AS og SCM, mens AD ikke var forsin- ket. Hypoteser der måske understøttes er, at der grundet de hurtige signalforhold er tale om æn- dringer i præprogrammerede feedforward-sløjfer. Den ændrede feedforward, og dermed forsinkede aktivitet, var særlig stor for DCF. Samme fund kunne observeres under cervikal fleksion og eks- tension. Interessant er det måske, at det ikke blot er DCF men også SCM og AS, som ændrer funktion.

Deborah refererede desuden til et studie, hvor man havde fundet fedtindvækst i dybe cervikale ekstensorer og suboccipitale muskler efter whip- lash. I en nyligt publiceret artikel (2007) beskriver Falla og Farina observerede forandringer i muskel- struktur og -funktion ved nakkesmerter.

SCM fandtes i et andet studie delvist inhiberet ved smerte, observeret under cervikal fleksion (CF). Dog var kraftudviklingsevnen under CF den samme, indikerende ændringer i muskelsynergiene (Falla 2007). Disse fund søges yderligere vurderet i en forskningsmodel, hvor man vil analysere betyd- ningen af inhiberede muskler i en 3D cervikal com- putersimulation, hvor alle musklers indflydelse på bevægelse søges belyst (de Zee et al 2007, anybody project - se link i faktaboks).

Sammenlagt kan det siges, at der opstår ændrede motoriske funktioner ved cervikal smerte. Nogle muskler inhiberes og atrofierer måske over tid, mens andre sandsynligvis øger aktiviteten – evt. som følge af en adapteret muskelsynergi.

Andre interessante spørgsmål er, om musklernes funktion normaliseres igen ved smertefrihed – og om der er nogle implikationer for praktisk rehabili- tering. Med reference til Jull's RCT fra 2002 nævnte Deborah, at manuelle teknikker og specifikke stabi- liserende hver for sig eller i kombination havde god effekt til nakkebesvær med hovedpine. En forskel var dog, at muskelfunktionen ikke ændrede sig væ- sentligt i gruppen, der kun fik manuelle teknikker (Jull et al 2002).

I et mindre studie har Falla afprøvet 2 interven- tionsformer til nakkepatienter.

- En gruppe skulle udføre specifik low-load craniocervikal fleksion (CCF).
- En anden gruppe skulle udføre medium-load generel cervikal fleksion (CF).

Efter 6 uger fandt man, at begge grupper havde sig- nifikant mindre smerte, bedre scoring på Neck Disa- bility Index Scale – uden forskel mellem grupperne. Dog var trættbarheden forskellig, idet CF-gruppen havde bedre udholdenhed end CCF-gruppen. Om- vendt havde CCF-gruppen bedre timing af DCF og bedre aktiveringsevne samt timing af DCF ved postural udfordring end CF-gruppen (Falla 2006).

Som bemærkning kunne man formode, at nak- kepatienter kan have gavn af begge former for træ- ning i kombination – og omvendt måske at nogen har bedst af den ene eller anden træningsform. Ad- spurgt anbefaler Falla en klinisk vurdering i hvert enkelt tilfælde som udgangspunkt for valg af inter- vention.

Paul Hodges, PT, MedDr, PhD, Division of Physio- therapy, University of Queensland, AU: »The sensory-motor control involved in low back pain«.

Med udgangspunkt i egne og andres arbejder om- kring lænderygbesvær og ændret neuromotorisk kontrol summerede Paul Hodges nogle af de viden- skablige data op, som hans senere studier har frem- bragt.



Herunder var budskaberne, at det poolede »netto« motoriske output ved lænderygbesvær er en øget aktivitet - sandsynligvis for at beskytte det beskadigede område (»protect the part«). Men der er ændringer i rekrutteringen.

Han understregede, at simple agonist/antagonist-hæmmende reflekser er for simple modeller på de komplicerede mekanismer, der foregår. Det er desuden observeret, at forventet smerte kan medføre lignende feedforward-ændringer, som egentlig smerte kan.

Hodges nævnte videre de vævsmæssige ændringer i multifidus som atrofi og fedtindvækst.

Slutteligt nævntes ændret neuromuskulær kontrol, med ændret funktionel stabilitet, som resultat af lumbal smerte. Hodges foreslog en mere cortical årsag til mekanismerne end rene perifere mekanismer.

Kylie Tucker, PT, PhD, Division of Physiotherapy, University of Queensland, AU: »Strategies for maintaining force during acute pain«.

Kylie præsenterede sit abstract, som var udarbejdet i samarbejde med Hodges, Jane Butler og Graven-Nielsen.

Det er et eksperimentelt studie, hvor der blev induceret smerte i tommelens periartikulære muskler. Hertil blev der målt fyring i Motor Units (MU) og EMG-aktivitet. Resultaterne var, at forskellige Single Motor Units (SMUs) i samme muskler reagerede forskelligt.

- nogle SMUs ændrer ikke adfærd.
- nogle SMUs fyrer mindre.
- nogle SMUs fyrer mere.

Generelt var nettoresultatet inhibering, men samtidig sås spatiale skift i de fyrende MUs (nogle inhiberes, andre gør ikke). Fyringen af lavtærskel MUs mindskes ved smerte ved low load opgaver. Simple smerteinhiberingsmodeller synes ikke helt at holde vand; der kan være flere faktorer der afgør, om muskelfibre inhiberes eller ej. Der er dog foreløbig evidens for, at MU fyringsændringer under alle omstændigheder forekommer ved smerte.

Links:

- IASP: <http://www.iasp-pain.org>
- SMI-Aalborg: <http://www.smi.hst.aau.dk/>
- Anybody-project: <http://www.anybody.auc.dk/>
- IASP 2007 Symposiet: <http://www.smi.hst.aau.dk/events/IASPResSym2007/index.html>

Kære MT-gruppe



Vi har nu eksisteret i 40 år som fagspecifik gruppe - så rigtig hjertelig *tillykke* til os alle!

MT tidligere Danske Fysioterapeuters Faggruppe for Manuel Terapi nu Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi er ved at være voksen - men stadig i vækst!

Et af vore mål var en gang at få en dansk anerkendt eksamen, så vi kunne få stemmeret i IFOMT og derefter få specialistanerkendelse - det næste

må vel være at få det til at udmønte sig i et økonomisk positivt resultat! Men vigtigst af alt må det dog stadig være at holde det faglige niveau højt. Med ønsket om fortsat god vækst og godt sammenhold i gruppen: *hjertelig tillykke!*

Birte Carstensen



WCPT Kongres 2007

- en dagbog med muskuloskeletale højdepunkter

Verdenskongressen for fysioterapeuter blev i 2007 afholdt i Vancouver. Inge Ris bringer beretninger med fokus på muskuloskeletale nyheder.

Af Inge Ris, DipMT, MScR, specialist i Muskuloskeletal Fysioterapi og IFOMT delegeret. iris@fysioterapiogsmerteklinik.dk

Som DFFMT's repræsentant i vores internationale forening IFOMT har jeg deltaget i fysioterapeuternes verdenskongres i Vancouver. Her er et kort referat. Emnerne refereres ganske kort, og jeg vil anbefale læseren at søge på oplægsholderens publikationer for at få mere information om et emne.

Lørdag 2. juni

Åbningsceremonien startede med, at deltagerne blev budt velkommen med et børnekor i en lukket korridor. Herefter åbnede tæppet, og vi kom ind i British Columbia Place: et gigantisk stadium med plads til 60.000 tilskuere og et tag som en kæmpe luftpude.

Der holdes taler, og kongressen velsignedes med et indiansk ritual. Der er prisoverrækkelser og fremtidsvisioner. Og så 4.000 deltagere som spiser, snakker, griner. Nye bekendtskaber laves, gamle genoptages.

Dr. Martha Piper, som er en ledende fysioterapeut i Canada, åbner med en engageret tale. Hun baserer sine visioner på fremtiden i fysioterapien på 5 faktorer:

- håb – en tro på fremtiden,
- »nerve« – til at erkende at noget af fysioterapien ikke er effektiv eller pengene værd,
- hårdt arbejde – det tager ikke kun energi men også mod,
- en stærk viden om vores fag – vi skal vide hvem vi er – og
- en lyst til at relatere os til andre, andre professioner, andre partnere i det offentlige, undervisning, i patientgrupper nationalt og internationalt.

Søndag 3. juni

Marco Barbero, Painful response to median neurodynamic test 1 in healthy subjects.

Marco har set på normal respons ved upper limb nerve test 1 hos 15 raske ved udførelse af testen. Han har fundet frem til, at normalen i kvaliteten af fornemmelsen er stræk hos 50% og brænden hos 24%, hovedsaglig i hænderne (91%), underarm (82%) og overarm (17%). Der er ingen signifikant forskel mellem højre og venstre. Der er god intratester reliabilitet og intertester reliabilitet mellem øvede undersøgere og moderat mellem en erfaren undersøger og en nyuddannet. Oplægsholderen får et par drøje hug med på vej vedrørende statistikken og manglende kappaværdi, men bliver alligevel opfordret at publicere sine data.

Videre til Tom Arild Torstensen med High dosage exercise therapy for patients with unilateral chronic subacromial pain.

Han gennemgår et program med Medicinsk Trænings Terapi for behandling af disse patienter med en kombination af generel træning og lokal træ-

Her bringes udvalgte dele af dagbogen. På www.muskuloskeletal.dk (Fagligt → MT-Nyt) kan den fulde dagbog downloades i pdf-format.



ning af skulder med 3×30 gentagelser for hver øvelse samt at patienten træner i en time. Terapeuten er til stede og motiverer patienten, tager hånd om angst for bevægelse, stimulerer patienten. Patienter med kroniske supraspinatus tendinitis får det bedre, og der sker en vævsregenerering synlig på ultralydsscanning (single case). Der diskuteres efterfølgende, i hvilken udstrækning der findes »rene« skulderpatienter uden involvering af nakken.

Hans oplæg efterfølges af Lasse Haugerud med High dosage endurance training increased muscle strength and ROM with longstanding subacromial pain. Et studie som ser på 31 patienter med høj dosis træning og 30 patienter med lav dosis for 3 måneder. En opfølgning 6 måneder efter slutbehandling viser, at patienter med høj dosis træning har en signifikant bedre isometrisk abduction, udadrotation, og øget bevægelighed i aktiv fleksion og aktiv abduktion.

Mandag 4. juni

Jeg starter dagen med et oplæg af Linda-Joy Lee og Diane Lee, Role of the pelvic floor in musculoskeletal & urogynecological function. Begge to er dygtige undervisere, og de gennemgår teori, praktik og cases. Deres undersøgelse af bækkenpatienter baseres efter anamnesen på følgende test:

- Flexion i stående: vurdering om assymetrier som kan have deres årsag i TLO, muskelkontrol, hofte, SI-led eller de indre organe (især asymmetrisk placering af uterus)
- Stå på 1 ben med fokus på bevægelse af spina iliaca superior posterior. Den skal ikke bevæge sig anterior da det kan låse SI-leddene op. Det handler igen meget om symmetri, således at sips bevæges ens på begge sider
- Aktiv strakt benløft med kompression. Her vælger de dog at lægge kompression anterior på spina iliaca superior anterior eller på crista iliaca posterior eller oblique med én hånd anterior og én posterior eller på trochanter major for at øge kompression over symphysis pubis.
- SI-ledtest for mobilitet

Myofasciale test med fokus på udholdenhed, neuromuskulær kontrol i TLO, lumbal, pelvis, hofte regio. Musklerne testes især psoas major, bækken-

bunden (fokus på symmetri) og diafragma. Hvor der er opstået en gapping i rectus abdominis, ser de som et alvorligt problem for bækkenmerter grundet svag fascial spændning.

Palpation indeholder palpation for triggerpunkter af bækkenbund, obturatorius internus, piriformis. Desuden neurologisk og neurodynamiske undersøgelser. Abdominal og pelvinale viscera undersøges efter osteopath principper.

Behandlingen kræver, at både artikulære, neurale, viscerale og myofasciale aspekter er undersøgt. Målet skal være en stabilitet af lumbal columna og pelvis, som giver fri bevægelighed for hofter og respiration. Behandlingsprincippet er at nedbryde uhensigtsmæssige bevægelsesstrategier, oprette alignment og undervise/træne nye bevægelsesstrategier og funktioner.

Tirsdag 5. juni

Jeg starter dagen med at høre Anthony Delitto tale om Difficult times and opportunities. Han beskriver den Nord Amerikanske fysioterapi som et fag der står lavt i sundhedsvæsenets fødekæde. Trods at uddannelsen er mere og mere krævende og dyr, stiger lønninger ikke tilsvarende. Han ser dog også muligheder i at fysioterapi ikke koster meget som sundhedstilbud i forhold til mange andre sundhedsudbydere. I fremtiden burde fysioterapeuter arbejde mere med cost-effectiveness undersøgelser for at overbevise politikerne og andre beslutningstagere om vores kunnen. Der skal sættes fokus på at fysioterapeutisk evidens baseret praksis er et stærkt tilbud i sundhedssektoren. Det kræver dog at evidens undervises og implementeres i praksis.

Efterfølgende deltager jeg i en skulder session. Første taler er Caroline Alexander med Altered motor control of trapezius in nontraumatic shoulder instability. Hun har set på 15 personer, hvoraf 11 med ikke traumatiske skulder smerter som har udfyldt en spørge skema om skulderinstabilitet (Oxford Instability Shoulder Questionnaire). Ved EMG måling på trapezius III, II og I viste at patienter har en forsinket eller manglende aktivitet ved abduktion på trapezius II og III .

Det næste oplæg handlede om Ultrasound assisted examination of Humeral torsion af Rod Whiteley. Han har lavet ultralydsscanninger for at måle hvor

meget torsion der er i humerus ved udadrotation i kastere. Ultralydsscanning foregik med hovedet over den bicipitale sulcus i 90° abduktion og derefter udførte personen en udadrotation af skulderen. Hos 217 idrætsudøvere, kaster eller svømmer, var der en tydelig øgning af torsion i udadrotation af selve humerusskafte, det højeste er blev målt til 48°. Der var desuden god reliabilitet af ultralydsscannings teknikken. Hans egne overvejelser var at hos børn er der en blødhed i humerus som gøre at den både kan tvistes i en udadrotation og indadrotation. Hvis disse børn træner i deres sportsgren forsvinder den ikke, i modsætning til andre.

Tania Pizarri gennemgik Preactivation of muscles during shoulder abduction in normals.

Hun så på 24 personer og målte EMG-målinger med overfladeelektroder på subscapularis, rhomboidei, pectoralis minor, infraspinatus, supraspinatus og de 3 dele af deltoideus og trapezius. Hun fik dem til at lave 10 × abduktion med 25% af MVC. Supraspinatus, det midterste del af trapezius og det midterste del af deltoideus var aktiv før abduktionsbevægelsen startede og var også de sidste som op-hørte med at være aktive.

De øvrige var aktive i følgende rækkefølge: serratus ant, trapezius 1, rhomboideii., anterior deltoideus, post deltoideus, trapezius II, subscapularis, infraspinatus, latisimus dorsi og pectoralis minor og pectoralis major.

Så kom R. Barry Dale, University of South Alabama, USA, med Diagnostic accuracy of clinical diagnostic tests for shoulder impingement. Han så på sensitivitet, specificitet og odds ratio for at en test kan finde frem til de 3 forskellige stadier af supraspinatus impingement:

- 1. Stadium - inflammation:
 - pat. under 25 år,
 - overbelastningsskade,
 - smerter anterior og lateral skulder til albue.
 - smerter ved elevation, træk/løft og ligge på siden.
- 2. Stadium – fibrosis skulder kapsel, tendinitis:
 - pat. 20-40 år, nedsat mobilitet.
- 3. Stadium – ruptur rotator cuff sene:
 - pat. over 40.
 - nedsat kraft i abd. og lat. rot.

Han har lavet en metaanalyse af peer reviewed litteratur. Der indgik 7 studier med 8 forskellige test i deres studier. Resultatet var:

- Hawkins-Kennedy: (90 fleksion skulderen, 90 fleksion albue, overpres af skulderen in indadrotation): højeste sensitivitet for at finde 1. og 3. stadie
- For 2. stadium var det mest sensitivt, hvis både Hawkins-Kennedy og Neers (skulder fleksion med overpres) var positive
- Drop arm (arm i abduktion som falder ved isometrisk kontraktion) test var højspecifik for alle stadier 1-3
- 3. stadium fandtes med høj præcision, når der var en aktiv komponent med: supraspinatus modstandstest, droparmtest og smertebue i abduktion.

Walton, Dave and Jackie Sadi; Western Health School kom med et oplæg om deres litteraturstudie for test for SLAP læsioner: Best test to identify SLAP lesions, a Systematic Review. Der var 13 artikler inkluderet med 15 forskellige test.

De kom frem til følgende test: O'Brien, anterior glid, modstand i supination; Resisted supination/external rotation, Yergason test.

- Yergason (90 gr. albue fleksion giver modstand mod supination af underarmen, og der registreres smerter i sulcus bicipitalis) har en moderat validitet
- Resisted supination/externalrotation test (fra 90 gr., skulderabduktion – passiv udadrotation skulder med modstand mod supination og fleksion i albuen): god validitet
- Ingen validitet for O'Brien, anterior glid, Jobs test, Relocation test, Crank test, Speeds test for en SLAP læsion.

En kombination af en positive Yergason test og Resisted supination/external rotation test har 94% sandsynlighed for at have en SLAP læsion.

Herefter hørte jeg Lisa Roberts, Southampton University, Challenging the status of reds flags: an international comparison. Fra 1994, hvor der først blev nævnt røde flag i litteraturen, er der sket meget.

Der er i de forskellige guidelines beskrevet i alt 44 røde flag for alvorlig spinal patologi. Definition på røde flag er varierende, men de fleste indeholder alvorlig spinal patologi såsom tumorer, infektioner, frakturer. Andre vælger dog også at inkludere diskusprolaps. I litteraturen er beskrevet 119 mulige røde flag som fund i anamnesen og i undersøgelse 44. Ved gennemgang af litteraturen fandt Lisa at der kun er 100% konsensus på 3 røde flag, nemlig væggtab, tidligere cancer og systematisk brug af steroider. Natlige smerter har høj konsensus, og der er moderat konsensus for ældre over 50, feber, ridebukstørrelser, inkontinens, intravenøs anvendelse af stoffer. Der er også moderat konsensus at neurologisk udfald er et rødt flag. Hun slutter af med at citere Graham Grieve: »We must always think of it all times.«

Lisas kollega Stuart Fraser fortsatte videre med Cauda Equina Syndrome (CES). Can it be identified? Han vil gerne finde de kliniske tegn, som kan tyde på en CES ud fra et litteraturstudie. Der er 16 forskellige beskrivelser af symptomer ved CES herunder lændesmerter, iskias, ridebuksparæstesier, inkontinens og motorisk udfald. Men der er også beskrivelser af 65 forskellige patologier som årsag, heraf 45% diskogene, 29% tumorer og 28% infektioner. I litteraturen er der ingen 100% konsensus om nogen af symptomerne. Der er høj konsensus om urininkontinens, eller blæredysfunktion, fæcal inkontinens eller dysfunktion og smerter (44 forskellige former og/eller steder) som tegn på CES. Ændret sensibilitet har også rimelig høj konsensus, den er bare beskrevet på 42 forskellige steder eller former. Han konkluderede at CES ikke er tydeligt defineret, der er ingen 100% konsensus om, hvilken patologi der ligger bagved og hvilke fund eller symptomer der er.

Jeg valgte at afslutte dagen med en nakkesession. Snodgrass Suzanne, Factors associated with manual forces applied during cervical mobilization fra New South Wales, Australia. Hun har sat en belastningsmåler under behandlingsbriksen, som målte tryk og longitudinal og transverse bevægelser. Herefter havde hun 116 fysioterapeuter til at

lave en central og unilateral PA på C2 og C7. Hun fandt frem til, at i gennemsnit blev C7 behandlet med mere tryk end C3, og at de centrale teknikker fik større tryk end de unilaterale. Grad III fik størst tryk efterfulgt af IV, II og I. Der var visse faktorer, som påvirkede disse resultater:

- Mandlig behandler eller patient: mere tryk
- C2 mindre tryk
- MT træning: mindre tryk
- Fysioterapeuter uden smerter men med tidligere smerter i deres 1. finger: mindre tryk
- Amplituder er større for II og III og mindre for I og IV
- Mere differentieret når behandleren har fået en forståelse for grader

Debra Shirley, Sydney, har også set på tryk, relateret til patient og erfaring: Cervical spine mobilisation adjustment of dose in relation to experience and patient. Hun havde 9 eksperter og 9 fysioterapeutstuderende som lavede en PA på C4 på 4 forskellige nakker. Grad I var på ca. 10 Newton, grad II fra 0 til 22, grad III på 42 men ikke helt ned til = og grad IV på 60 Newton med små amplituder. Novicerne, de studerende, brugte et højere tryk, især i grad I og II og eksperterne brugte mere kraft i de højere grader.

Dagens keynote taler i den stor sal var Mariano Robcadero fra Chile, som talte om Craniovertebral and craniomandibular disorders in headache. Han gennemgik vurdering af røntgenbilleder i forhold til ændringer højt cervikal og den betydning det har for kæbeleddet. Noget han kaldte den »craniocervicomandibular centric relation«. Han kom med eksempler af børn som havde en nedsat høj cervikal fleksion med nedsat cervikal lordose. I forbindelse med lukning munden glider underkæben fremad efter første kontakt af kindtænderne som belaster diskus.

Behandlingen med manuel terapi til øgning af den cervikale fleksion er vigtigt for at ændre på dette bidemønster. Han gennemgik yderligere pa-





tienter (børn) med ansigtsasymmetrier enten traumatisk eller medfødt. Han ser på disse asymmetrier forfra ved at ser på øjenhulen, kindben, underkæben. Desuden vurderer han ansigtet nedefra, under kæben for at se efter asymmetrier. Han vurderer cervikale asymmetriske hvilestillinger med rotation og sidebøjning. Behandling af de cervikale dysfunktioner ændrer ansigtssymmetrier inden få måneder og derved undgår disse børn at udvikle kæbeledproblemer og medfølgende nakkesmerter, hovedpine.

Oplægget er, efter min mening, én af de få hvor der er fortsat tale om »guru« status af en enkelt person. Det er dog i fremtiden svært at virke troværdigt med så mange påstande som ikke er nærmere undersøgt. Jeg håber at hans afdeling vil forske ud fra hans enorme kliniske erfaring og kliniske viden således at han kan be- og afkræfte hans hypoteser og dermed virke mere troværdig.

Resten af dagen vælger jeg at lytte til oplæg om på Chronic Fatigue Syndrom (CFS) og Fibromyalgi (CF), startende med Rebecca Marshall, Pain relief in chronique fatigue syndrom (CFS). CFS er defineret som en sygdom af central nerve system. Hun tager udgang i Fukuda's kriterier for denne sygdom fra 1994 som er træthed over 6 måneder som ikke lettes ved hvile, muskelsmerter, ledsmerter, hovedpine, aktive lymfeknuder og ondt i halsen.

Hun interviewede 50 patienter for at finde ud af hvor de havde smerter henne og hvad de oplevede behandlingsmæssigt ved hjælp af anamnese, VAS, McGill spørgeskema, kropsskema, Pain anxiety symptom scale. Hun fandt frem til at smerter var det største symptom ved siden af træthed og at denne skabte den største hindring for forbedring af livskvalitet. Alle havde desuden søvnforstyrrelser. Hovedparten havde deres smerter lokaliseret i nakke - skulder regionen. Patienter oplevede smertelindring ved varmt bad, varme som omslag, lampe, ligger ned, drikke vand og medicin.

Behandling kunne være udover fysioterapi, akupunktur, massage, osteopati, kiropraktik, oftest 1 gang i 2 uger. Næsten alle havde fået anden behandling før og de fleste betalte af egen lomme. Kognitiv adfærds terapi gav en lindring hos ca. halvdelen, de øvrige havde ingen lindring. Med øvelser, gradvis tiltagende i belastning (Graded Exercise Therapy GET), fik mere end halvdelen det

værre. Hun mente at grunden hertil var, at de skulle lave øvelser, også på en dårlig dag. Andre øvelser hvor patienten kan tilpasse sine øvelser/aktiviteter i forhold til en dårlig dag ser ud til at have bedre resultat.

For at finde frem til hvilke oplevelser fibromyalgi patienter har, når de er diagnosticeret ud fra de kliniske retningslinier at der skal være 11 triggerpunkter positive ud ad 18 definerede triggerpunkter har Diver, C fra Nottingham University lavet en undersøgelse om The perceptions and experiences of patients recently diagnosed with fibromyalgia syndrome. Hun lavede et kvalitativt semistruktureret interview ned 23 patienter, her af 1 mandlig. Hun interviewede dem 3 × over 2 år. De emner som var vigtige for dem var at de havde oplevede en kamp for at få en diagnose, et behov for at blive troet på. Diagnosen var både godt og dårligt. Deres sygdom blev legitimt, samtidigt at der ikke kan behandles. Sygdommens usynlighed var svært for mange. Diagnosen gav dem mulighed for at opsøge information og støtte. Hun konkluderede at det var vigtigt at patienter fik en diagnose. Behandleren bør være klar over både den positive og negative betydning af diagnosen for patienten.

I Schweiz har de arbejdet med forskellige former for træning af kroniske smertepatienter såsom funktionel træning, aerob træning, »sjove« aktiviteter. For at se om forskellige grupper reagerede forskelligt har Martin Verra fra Reha clinic lavet en undersøgelse: Classification of FM into subgroups based on the multidimensional pain inventory. Grupperne blev klassificeret i tre: én gruppe med patienter med hovedsagligt dysfunktion på fysisk og mental sundhed, én gruppe med patienter med hovedsagligt fear avoidance og depression og en sidste gruppe med dårlige koopingsstrategier. Det vidste sig at den klassificering havde stor betydning for resultatet af behandlingen. Undersøgelsen er publiceret i European Journal of Pain.

Inden afslutningscermonien deltog jeg i en workshop om CFS med Jo Nijs fra Vrije Universiteit i Brussel, Lorna Paul fra University of Glasgow og Karen Wallman, University of Western Australia

Først diskuterede vi det svære, at skelne fibromyalgi fra CFS. Definitioner angiver dog at FM patienter ikke behøver at have symptomer mere end 3 måneder, især på triggerpunkter og at CFS patienter

er ekstrem trætte ved siden af deres smerter med symptomer over 6 måneder og ændring i det immunologiske system med feber, halsonde, ømme lymfeknuder. Denne workshop havde dog fokus på CFS patienter. Patienter med CFS var ofte midt i trediverne op til fyrrerne hvilket betød at deres sygdom påvirker deres arbejdsliv, familieliv, uddannelse, økonomi, samvær med partners mm. Deres symptommønster er ofte varierende med gode og dårlige dage og så kaldt et Boom Burst mønster. Efter en god dag, med derfor højt aktivitetsniveau, kommer symptomer som regel 40 til 48 timer efter. Det viser sig at CFS patienter godt kan træne knæekstension på lige fod med raske, men at de dagen efter ikke kan lave de samme kontraktioner som raske. Der er en øget hjerneaktivitet ved træning hos CFS patienter (Jo Nijs et al Arch Phys Med Rehab 2004, Siemionow et al 2004, Elvin et al 2006 i Eur. J of Pain). Mål med behandling for disse patienter var i 3 trin:

1. vejleder patienten i en forståelse for sin sygdom, især med henblik på at mange tro at passivitet og hvile hjælpe, og at smerter skade
2. stopper det boom-burst mønster hvor patienten fastholder sig selv i smerterne

3. når de er stabile kan de begynde med graded exercise therapy: på en god dag 75% af en aftalt aktivitet som de kan udføre uden smerter og på en dårlig dag 50% af den aktivitet.

Behandlingen skal gerne opnå at patienten ændrer sit aktivitetsmønster, mister angsten for smerter og mister angsten for at bevæge sig
Karen Wallman har lavet et forløb med graded exercises, beskrevet i Med Journal of Australia 2005 og 2003. Hun har haft 60 patienter. Som udstyr brugte hun en pulsmåler per patient, Borg skala og en dagbog hvor der er noteret dato, træningstid, Borg skala, gennemsnit puls og kommentar fra patienten. Patienterne startede med en fysisk aktivitet som de selv valgte, f.eks. at cykle, gå, svømme, danse. Patienten angiver hvor langt tid hun kan gøre det uden smerter. Hun starter med at lave den aktivitet i et behageligt tempo og måler sin puls. Derefter starter hun med at træne hver 2. dag og pulsen må ikke overstige udgangspulsen. Patienten noterer så på Borg skalaen hvor belastende det har været. Der skal gerne være en ændring fra 13 til 12 i løbet af 2 uger. Så øges tiden. Når patienten er op på 30 minutter øges intensiteten. Patienten tilpasser træningen hvis de har en dårlig dag. Træningen er ud-

Her er et lille udpluk fra ca. 900 posters:

- Måling af benlængde er mest valid ved at måle fra umbilicus til medial malleol på begge sider
- Højde af crista iliaca i fremliggende hos raske mellem 18 og 38 ligger på niveau af processus spinosus hos 41%, interspinal niveau L4 – L5 hos 35%. Kvinder ligger nærmere mod L4- L5 og processus spinosus L5 og mænd nærmere mod L4 og L3 processus spinosus (Downing, A et al, University of the West of England, Bristol, UK)
- Angst for smerter er almindeligt hos lænderyg patienter. Målinger for kinesiofobia på Tampa skalaen giver en prognose for denne patientgruppe: lav måling giver god prognose. En høj score er brug af medicin, ophøre af aktiviteter og fritidsinteresse på grund af lændesmerter, bekymringer om og katastrofering af smerter, anvendelse af hvile og passive kopingsstrategier, depression score højt på Tampa skalaen. Enig med følgende udtalelse: »the safest way to prevent an increase of pain is prevention of unnecessary movements« (at undgå unødvendige bevægelser er den sikreste måde at forebygge en forværring af smerter – oversættelse IR) kan identificere 92% af dem som har en høj Tampa score. Derfor er det en nem måde at identificere angst for smerter.

Dette er især vigtigt da denne patientgruppe ofte skal behandles med øvelser. (Oostendorp, R et al, Vrije Universiteit, Brussel)

- Sonografiske målinger (i 21 kvinder og 10 mænd, gennemsnit alder 25) af a. subclavia i forskellige stillinger (passiv støttet) undersøges med henblik på kliniske test for Thoracic Outlet Syndrom (afklemning af plexus brachialis, arterie subclavia). Signifikant mindskning af flowet var i
 - 180° abduktion,
 - 120° abduktion, 30°. horisontal ekstension og 90° udadrotation
 - 90° abduktion, 30° horisontal ekstension og 90° udadrotation

Ingen ændring ved abduktion med horisontal ekstension eller abduktion med udadrotation alene. Ingen forskel fra 90° til 120° abduktion i kombination med horisontal ekstension og udadrotation. Sensitiviteten af denne test mangler at blive undersøgt. (Stapleton, Claire et al, Research Institute for Sport and Exercises Sciences, Liverpool John Moores University, Liverpool)

over de daglige aktiviteter. På en god dag må de dog ikke træne mere. Patienten kan forvente træningsømhed i starten. Der var ingen drop outs og patienter fik det bedre med deres depression, blodtryk og mentale træthed.

Efter den spændende workshop hvor jeg var i en gruppe med en Amerikaner, Svensker og Japaner (som ikke talte ret meget engelsk) kom kongressen til sin afslutning. Flere tusind trætte, glade, bevægede fysioterapeuter udstyret med fjollede Canadi-

ske kasketter var med til at sige farvel til en fantastisk kongres og en på gensyn i Amsterdam i 2011.

Husk at IFOMT, vores internationale forening, har en kongres i 2008 i Rotterdam som allerede nu har et stort, spændende program - se deres hjemmeside www.ifomt2008.nl.

Download den fulde dagbog med alle nyheder:
<http://www.muskuloskeletal.dk/sw43071.asp>

Generalforsamling i MT-gruppen

Lørdag den 28. april 2007

Niels Honoré bød velkommen til 14 deltagere inkl. bestyrelsen. Der var ingen gæster til stede.

- 1) Valg af dirigent.
Bestyrelsen foreslog Merethe Fehrend, som blev enstemmigt valgt.
Merethe takkede for valget og konstaterede, at generalforsamlingen var lovligt indkaldt.
- 2) Årsberetning.
Niels Honoré gennemgik hovedpunkterne i den udsendte årsrapport.
- *Kvalitetsudviklingsprojekt*
Projektet ledes af Inge Ris og Per Kjær. Arbejdet er godt i gang. Vi ser frem til et samarbejde med McKenzie, Idrætsfysioterapeuterne og DF i forhold til kurser m.m.
- *Muskuloskeletal Forum*
Portostøtten er faldet væk, hvilket betyder, at bladet er blevet så dyrt, at vi ikke kan forsvare at køre videre med det i den nuværende form. Det er en stor udfordring at finde en model, der skal erstatte bladet, som dog vil fortsætte året ud. Med stop for bladet, stopper også foreløbigt samarbejdet med DSMM. Vi ønsker at fokusere

indadtil til vore egne medlemmer, til vore patienter f.eks. med foldere – idéer fra medlemmerne modtages med tak.

Herefter var der spørgsmål/kommentarer fra salen.:

- En kommentar til IFOMT: Der arbejdes nu i IFOMT med at MT-eksamen, der er bestået i et land kan godkendes i de andre lande.
- Muskuloskeletal Forum har lavet en undersøgelse blandt medlemmerne om man mod et højere kontingent ville modtage Manual Therapy i stedet for vores blad. Dette var der ingen stemning for. Idéer fra salen: Elektronisk udgave af Manual Therapy kunne overvejes, et Nyhedsblad med sponsor.

Årsberetningen kom til afstemning og blev enstemmigt godkendt.

- 3) Fremlæggelse af det reviderede regnskab til godkendelse. Aase Troest fremlagde regnskabet, som blev enstemmigt godkendt.
- 4) Fastsættelse af kontingent.
Aase Troest fremlagde budgettet. Det var en kommentar fra salen, at man i år ikke har indregnet de kr. 100.000, som bestyrelsen har bevilget til kvalitetsudviklingsprojektet. Det er

korrekt og en fejl. Generalforsamlingen støtter bestyrelsen i at øge budgettet med kr. 100.000 til kvalitetsudviklingsprojektet – dvs. det budgetterede underskud bliver kr. 176.300. Bestyrelsen anbefaler alligevel et uændret kontingent på kr. 600,00. Dette blev vedtaget.

5) Indkomne forslag.
Ingen.

6) Valg af bestyrelsesmedlemmer.
På valg:

Niels Honoré – ønsker genvalg

Vibeke Laumann – ønsker ikke genvalg

Dorthea Petersen – ønsker ikke genvalg

Inge Ris og Amad Shayan stiller op til bestyrelsen. Niels Honoré, Inge Ris og Amad Shayan vælges uden modkandidater.

7) Valg af suppleanter

Vibeke Laumann og Dorthea Petersen stiller op og vælges uden modkandidater.

8) Valg af revisorer.

Bodil Pedersen og Berit Jenkins genopstiller og vælges uden modkandidater.

9) Eventuelt.

Kommentar fra Vibeke Laumann: ser et endnu bedre samarbejde med McKenzie og Praktiserende Fysioterapeuter – også efter at samarbejdet med DSMM er trådt i baggrunden. Niels Honoré takker Per Kjær, som nu forlader suppleantposten.

Merethe Fehrend erklærede herefter generalforsamlingen for afsluttet.

Generalforsamling i DSMM

Lørdag den 28. april 2007. Domus Medica

- 1) Valg af dirigent. Jørgen Korsgaard blev valgt uden modkandidater.
- 2) Formandens beretning. Formanden henviste til den skriftlige beretning. Beretningen blev uddybet med en orientering at samarbejdet med fysioterapeuterne omkring årsmødet er stillet i bero. Vi fortsætter en periode hver for sig, men har på ingen måde definitivt afbrudt samarbejdet. Vi fortsætter med planlægningen af årsmødet i september og vil, som sidste år invitere til en gratis kursusdag lørdag, så vi kan vise, hvad vi har at byde på kursusmæssigt. FIMM-arbejdet tynges af uenigheder, som nok er af personlig karakter, men Østrig har, ligesom Sverige, trukket sig ud af samarbejdet. Vi må afvente, hvad der sker på FIMM's generalforsamling i september.
- 3) Aflægning af regnskabet ved kassereren. Årsregnskabet udviste et underskud på 146.886, hvilket svarer til 140.000 i forhold til det budgetterede. Budgettet blev godkendt, og der opkræves uændret kontingent. Ellen Holm (vores revisor) har været syg og er blevet 60 år. Hun vil meget gerne holde op, og beder os finde en anden, som kan overtage. Det

haster dog ikke men vi må meget gerne se os om efter en anden.

4) Rapport fra Udvalget:

- *Redaktionsudvalget.*

Allan Gravesen redegjorde for det, vi allerede ved, at bladet er alt for dyrt til fortsat at kunne eksistere, som nu. Kun få havde svaret på enketten i bladet om medlemmernes ønske for bladets fremtid. Vi arbejder videre med enten at kunne få et par sider i Orthopedic Medicin eller i det blad FIMM har planer om at etablere. Alternativt kan vi forestille os et Online blad og så evt. udsende flyers et par gange årligt.

- *Uddannelsesudvalget.*

Niels Jensen var desværre syg og der var ingen andre fra udvalget til stede. Det er ikke lykkedes os at planlægge et eksternatkursus for FYAM og Yngre Reumatologer i efteråret. Der er bare 3 tilmeldinger på nuværende tidspunkt, men kurset har heller ikke været annonceret. Der var kun to tilmeldte til det kursus, vi annoncerede i foråret. Vi skal drøfte det igen d. 9/5 på bestyrelsesmødet. Jette mente, at vi igen skal se på hvor meget ekstremiteter, der skal med på basis-

kursus, dels har kursisterne flere gange på evalueringerne givet udtryk for at der er for meget. Og at de har svært ved at nå at lære det, som de primært er kommet for, nemlig columna. Desuden opfylder teknikkurserne ikke målsætningen at undervise i ekstremiteter også. På det nyligt afviklede MET A var der overhovedet ikke skemalagt, eller undervist i ekstremiteter.

- *Nordisk kontaktudvalg.*
Ingen meddelelser.
 - *PR udvalget.*
Ingen meddelelser.
 - *Videnskabeligt udvalg.*
Der har ikke været ansøgninger til Columna-prisen.
- 5) Rapport fra FIMM. Glen Gorm Rasmussen redegjorde for de problemer FIMM har. Østrig er blevet så utilfreds, at de har trukket sig ud af samarbejdet. Økonomien er meget dårlig. Der er ingen penge til at Education Board kan mødes. Glen er formand for Education Board, men trækker sig til FIMM's generalforsamlingen. Der er misforhold mellem de aktiviteter man ønsker i FIMM og det kontingent medlemmerne er villig til at betale.
- Rapport fra DMS:
Allan Gravesen fortalte om, at der har været et møde om discusproteser. Sundhedsstyrelsen har opfordret til, at kirurgerne registrerer hvad de gør, og hvilke resultater de opnår. Sundhedsstyrelsen efterspørger resultaterne, men har ikke villet medvirke med støtte f.eks. i form af sekretariatsfunktion. Lars Remvig er vores repræsentant.
- 6) Valg til bestyrelsen
Jette Korsgaard, Palle Holck og Andre Soos var på valg og var alle villige til genvalg. Alle blev genvalgt.
- 7) Valg af revisor: Jørgen Korsgaard blev genvalgt.
- 8) Kontingentet fastsattes til uændret 460 kr. årligt.
- 9) Eventuelt. Peter Silbye forespurgte om ikke lægeforeningen kan være behjælpelig med medlemmernes e-mail-adresser med henblik på udsendelse af meddelelser til medlemmerne i forbindelse med nedlæggelse af bladet. Vi vil selv spørge nye medlemmer om deres e-mail-adresse. Peter Silbye foreslår et lukket forum på vores hjemmeside, hvor vi kan dele Muskuloskeletale oplevelser og evt. forespørge kolleger

om råd. Det skal være passwordbeskyttet for at udelukke ikkemedlemmer fra at bruge faciliteten uden at betale kontingent..

Jette Korsgaard kunne meddele, at der er rimeligt med tilmeldinger til kommende kurser. På nuværende tidspunkt er der tilmeldt 9 til Baskiskursus i september, 5 til MET B i september, 11 til MOB A i november og endelig 12 til Muskulær diagnostik i januar, foruden de 11, som var tilmeldt sidst, men som desværre fik besked om afmelding. De vil alle blive tilskrevet om det kommende kursus.

Der udtaltes et ønske om snarligt lærermøde. Bestyrelsen vil arbejde videre med det. Herefter afsluttedes mødet.

Jette Korsgaard

Mødekalender

<i>Møder/events, symposier m.m.</i>	<i>Tid og sted</i>
DSMM	
6th Interdisciplinary World Congress on Low Back & Pelvic Pain – diagnosis and treatment – the balance between research and clinic	07.-10.11 2007 Barcelona Spanien (Catalonia Palace of Congresses)
15th Triennial Int. FIMM Congress – Neuro-musculo-skeletal Medicine: facts, new approaches and evidence	12.-15.09 2007 Zürich Schweiz
FIMM	
SpineWeek 2008	26.-31.05 2008 Geneve, Schweiz
Spine Society of Europe	
IFOMT Congress 2008 – Connecting »science« to quality of life	08.-13.06 2008 Rotterdam Holland
IFOMT	
12th World Congress on Pain	17.-22.08 2008 Glasgow, Scotland, UK
IASP	

Information og tilmelding:

Læs mere information om kongresserne på www.muskuloskeletal.dk (under events).
www.dsmm.org

IFOMT møde i Vancouver – juni 2006

*Af Inge Ris, specialist i muskuloskeletal fysioterapi
IFOMT-delegeret fra Danmark*

Danmark er medlem af The International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapists (IFOMT), som er en gruppe under WCPT, der varetager den kliniske og akademiske udvikling for manuelle/muskuloskeletale fysioterapeuter på verdensplan. Som godkendt medlem betyder det, at vores uddannelse skal leve op til IFOMT's standarder. Der afholdes møder med jævne mellemrum. Sidste gang var det i London, for de europæiske lande, som også udgør den største del. Ved WCPT verdenskongressen i Vancouver blev der afholdt et IFOMT-møde, som kort refereres her.

Alle medlemslande fortalte om deres uddannelsessystem. Det er kendetegnede, at de fleste lande har en tradition for titler i forbindelse med uddannelsen, men ved nærmere beskrivelse af uddannelsen, så er mit indtryk, at vi er godt med. Mange lande taler om en master, men det handler så om en professions master, sammenligneligt med vores diplomuddannelse. Holland er nok det land med flest medlemmer, 2.000 i alt. Der er man i gang med en professionsmaster på 3½ år (deltids): De »gamle« medlemmer bliver i Holland opgraderet til professionsmaster ved at tage udvalgte kurser. USA har til sammenligning 1.200 medlemmer.

I de fleste lande arbejdes der med en eller anden form for specialistbetegnelse; det kan hedde »fellow« eller »expert«. Den betegnelse indeholder en grad af forskning, undervisning, faglig udvikling, ledelse og skriftlig formidling.

IFOMT vil forsøge at lave en global beskrivelse af en IFOMT specialist, da der er flere, som begynder at bruge denne status uden at have dokumentation for det. Ud over medlemmer er der interessegrupperne Japan, Ungarn og Irland som er på vej til at søge om optagelse. Bulgarien kan formelt søge om optagelse men har ikke råd til at betale \$1500, som er det årlige IFOMT kontingent.

IFOMT vil have alle medlemmer registreret fra alle lande; i Danmark vil det sige alle DipMT'ere. Det er konstitutionelt fastlagt, dog ikke tidligere anvendt. Denne registrering kan anvendes i forbindelse med en profil, som det enkelte medlem kan lægge på IFOMT's hjemmeside - for eksempel med interesseområder og forskningsområder. IFOMT vil

gerne have at hjemmesiden bliver mere brugt, blandt andet for at gøre det mere interessant for annoncører at købe annonce plads. Desuden kan der være tale om at forsøge at skabe rabatordninger til medlemmer.

På det næste IFOMT kongres skal der træffes en del beslutninger. Der er forslag til navneændring fra International Federation Of Manipulative Therapists til International Federation Of Manipulative Physio Therapists, IFOMPT. For mange lande har det en politisk betydning at det hedder fysioterapeut og ikke terapeut. Desuden er der forslag om et nyt logo med to hænder, som omslutter verden.

Det er, i modsætning til tidligere, vedtaget at et medlemsland godt kan lave et møde/kongres med tilgang af andre medlemslande (eller afholde et IFOMT-møde), uden at der skal betales et beløb til IFOMT: for eksempel har England lavet deres årsmøde med invitationer til de europæiske lande. Det er vigtigt at IFOMT-delegerede mødes ansigt til ansigt for at følge op på nye initiativer og udviklinger i IFOMT.

Som medlemsland skal man deltage mindst 1 gang hvert andet år til et IFOMT-møde. Der er nu tilsidesat \$1000 for at støtte de mindre rige medlemslandes delegerede som rejselegat til mødet i 2008, i Rotterdam. Der er startet en stor proces hvor alle lande skal monitorere og evaluere deres uddannelse. Standard Committee har lagt et stort arbejde og de første lande er gået i gang. Danmark skal igennem denne proces om nogle år.

Bestyrelsen blev næsten helt nyvalgt ved sidste møde i Syd Afrika. I 2008 står Marina Wallin fra Sverige på valg, ikke til genvalg, som har lavet et kæmpe arbejde. Efterfølgende vil man sørge for at det ikke komme til at ske igen, at næsten hele bestyrelsen skiftes ud.

Ud over selve mødet var det meget erfaringsrigt at møde de andre delegerede. Der er en positiv og konstruktiv stemning og stor velvilje med at hjælpe de nye lande og at bruge hinanden.

Mere information om IFOMT findes på hjemmesiden <http://www.ifomt.org/ifomt> og information om næste kongres på <http://www.ifomt2008.nl> Kongressen bliver stor og spændende med rigtig mange forskellige oplægsholdere. Når det nu er så tæt på håber jeg, at mange vil benytte muligheden for at være med.

Dansk Selskab for Muskuloskeletal Medicin

DSMM Kursuskalender 2007-2008

Kursus	Tidspunkt: (start 1. dag kl. 9.00, slut sidste dag kl. 16.00)	Kursuspris inkl. lærebog	Kursuspris ekskl. lærebog
<input type="checkbox"/> Basiskursus i muskuloskeletal medicin	6.-10. september 2007	kr. 12.800,-	*
<input type="checkbox"/> MOB, Mobilisering	23. -26. november 2007	kr. 9.700,-	kr. 9.172,-
2008			
<input type="checkbox"/> Øvelseskursus, Lanzarote	25. januar -1. februar 2008	kr. 6.900,- inkl. lærebog* hertil kommer 7.000,- til rejse og ophold – i alt kr. 13.900,- kr. (inkluderer rejse, ophold og rejseforsikring)	
<input type="checkbox"/> Kursus i Reproducerbarhedsstudier, Rigshospitalet, København	26. januar 2008	€ 50,- inkluderer frokost og kaffe	
<input type="checkbox"/> Basiskursus i muskuloskeletal medicin	11. - 15. april 2008	kr. 14.900,-	*
<input type="checkbox"/> MET A, Muskelenergit teknik	11. - 14. april 2008	kr. 11.900,-	kr. 11.372,-
<input type="checkbox"/> Ledpunktur, Blokader og andre stik (akupunktur)	25. -27. april 2008	kr. 8.900,-	kr. 8.372,-

Kursuspris:

*) Har man allerede lærebogen, Remvig et al. (redaktion): Lærebog i manuelle teknikker, Munksgaard Danmark, som er obligatorisk på kurserne, nedsættes kursusafgiften med kr. 528.

Husk at gøre opmærksom på om du allerede har bogen når du tilmelder dig.

Den anførte kursuspris for medlemmer gælder for kursister, der er medlem af DSMM, Danske Fysioterapeuter Faggruppe for Manuel Terapi eller McKenzie Institut Danmark.

For ikke-medlemmer af ovennævnte selskaber er der et administrationsgebyr på kr. 500, der tillægges ovenstående priser.

TILMELDINGSBLANKET til DSMM-kurser 2007-2008:

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: Jette Korsgaard, Rungstedvej 76, 1. sal, 2970 Rungsted.

Instructional Course on Reproducibility and Validity Studies in Musculoskeletal Medicine

Danish Society of Musculoskeletal Medicine in cooperation with
FIMM Academy of Manual/Musculoskeletal Medicine

- Date: 26th of January 2008.
Venue: Rigshospitalet, Copenhagen.
Aim: To provide the participants with:
1. knowledge why reproducibility studies are necessary
 2. knowledge of the different phases of a reproducibility study
 3. knowledge of the pitfalls of a reproducibility study
 4. ability to perform the statistic method of the kappa value
 5. ability to perform a reproducibility study on diagnostic tests within musculoskeletal medicine.
- Participants: MDs, Physios, students and other health care professionals with interest in Musculoskeletal Medicine.
- No. of participants: 20 (first come, first served – 10 seats still available).
- Course form: Theoretical and practical sessions.
Course language: English.
Course leader: Lars Remvig & Birgit Juul-Kristensen.
Teachers: Lars Remvig, Birgit Juul-Kristensen, Henrik Røgind, Dorte V. Jensen.
Assistant: Pernille Duhn.
Course material: »Reproducibility and Validity; Protocol Formats for Diagnostic Procedures in Manual/Musculoskeletal Medicine.« (www.fimm-online.com)
Course fee: Euro 50.-, which include lunch and coffee breaks.
Application: Written application to:
Lars Remvig, MD, DMSc, Department of Orthopedic Medicine and Rehabilitation, Rigshospitalet, 4124, Blegdamsvej 9, 2100 Copenhagen.
E-mail: lars.remvig@rh.regionh.dk.
Phone: +45 3545 2005.

Kursus i Reproducerbarhedsstudier

Hvad er nu det? Hvad kan jeg bruge det til?

Sådan vil der nok være nogen der reagerer, når de ser dette tilbud fra DSMM, i øvrigt arrangeret i samarbejde med FIMM Academy of Musculoskeletal Medicine, og derfor er det nok på sin plads at give en lille orientering. Nedenfor gives derfor en revideret oversættelse af udtalelse af Prof. Jacob Patijn, Scientific Director, FIMM Academy: FIMM Academy (tidligere FIMM Scientific Committee) formulerede tidligt i forløbet – i øvrigt på baggrund af udsagn fra Glen Gorm Rasmussen – følgende problemstilling:

Der er mange forskellige skoler i Manuel/Muskuloskeletal Medicin, i mange forskellige lande, med mange forskellige diagnostiske procedurer og mange forskellige terapeutiske tilgange.

Konsekvenserne for vores profession af dette udsagn er bl.a. følgende:

1. Da de fleste »skoler« i M/M M ikke har valideret deres egne karakteristiske diagnostiske procedurer i de forskellige regioner af bevægeapparatet, mangler der kendskab til reproducerbarhed, validitet, sensitivitet og specificitet af disse diagnostiske procedurer.
2. Da de forskellige »skoler« i M/M M mangler dette kendskab til deres procedurer, er gensidig sammenligning af procedurerne ikke mulig. Udveksling af videnskabelig information og fundamentale diskussioner mellem de forskellige »skoler« er stort set umulig.
3. Fordi man mangler reliable (pålidelige) diagnostiske procedurer, vil populationerne i diverse studier over behandlingseffekt være meget heterogene. Dette får som konsekvens, at resultaterne ikke er pålidelige, uanset om de er positive eller negative mht. den afprøvede behandling. Sammenligning af forskellige studier er ligeledes ikke muligt.
4. De forskellige »skolers« upålidelige diagnostiske procedurer, og dermed skolernes dårligt definerede terapeutiske tilgange, samt den lave kvalitet i videnskabelige undersøgelser over behandlingerne er blandt hovedårsagerne til den svage evidens for de forskellige terapeutiske modaliteter i M/M M.
5. En status quo på dette område vil føre til en bremse på eller i værste fald ophør af professionaliseringen af fagområdet M/M M og fagområdets uddannelsessystem.

Diagnostiske test med god reproducerbarhed er altså et must, og FIMM Academy giver da også uddannelse i Reproducerbarhedsstudier 1. prioritet. Disse studier er relativt lette og billige at udføre, og de endog udføres i almen og i speciallægepraksis især hvis 2 kollegaer arbejder i samme hus.

FIMM's Academy har udarbejdet protokoller som kan hjælpe alle til at udføre ikke blot Reproducerbarhedsstudier, men også Randomiserede kontrollerede studier og Pragmatiske behandlingsstudier, foruden 13 Gyldne Regler for God Klinisk Praksis i forbindelse med gennemførelse af RCT's, og disse protokoller kan alle hentes på www.fimm-online.com

Med venlig hilsen,
Lars Remvig

Generelt for kurserne

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

Kursusafgift: Er anført under de enkelte kurser. For kursister, 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: Jette Korsgaard, Rungstedvej 76, 1. sal,
2970 Rungsted. Tlf. 59 51 00 66.

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
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 Gerd Lyng, 3770 Allinge
Speciallæge Jette Korsgaard, 4400 Kalundborg
Overlæge, dr.med. Lars Remvig, København
Speciallæge Berit Schiøttz-Christensen, 8000 Århus
Speciallæge Pierre Schydrowsky, 3500 Værløse
Speciallæge Peter Silbye, 4600 Køge
Speciallæge André Soos, 6100 Haderslev
Speciallæge Lars Faldborg, 8300 Odder

Associerede lærere:

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

DSMM's uddannelsesudvalg:

Niels Jensen, formand
Lisbeth Wemmelund, sekretær
Finn Johannsen

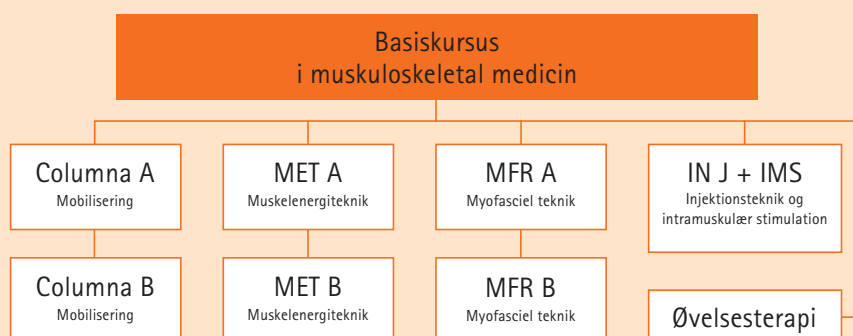
Tilmeldingsblanket

Kan rekvireres hos kursussekretær
Speciallæge i Almen Medicin Jette Korsgaard
Rungstedvej 76, 1. sal
2970 Rungsted
jette.korsgaard@dadlnet.

Eller tilmelding via internetadressen www.dsmm.org

Kursusbeskrivelserne finder I i Muskuloskeletal Forum nummer 1 hvert år. Herudover på vores hjemmeside www.dsmm.org

DSMM's kursusoversigt



*Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi
– In Motion – In Touch – Inspiration –*

DFFMT Kursuskalender 2007

Sted:	Kursus:	Tidspunkt
■ Tårnby	MT Trin 3A (mob/manip)	24.10-26.10 2007
■ Vejen	Lumbopelvic Classification, Diagnosis and Treatment Paula van Wijmen.	27.10-30.10 2007
■ Tårnby	Ansigtssmerter og craniomandibulære dysfunktioner	03.11-04.11 2007
■ Ringe	MT Trin 2C (Klinisk supervision)	Del 1: 09.11-11.11 2007 Del 2: 30.11-02.12 2007
■ Tårnby	MT Trin 3B (Mob/manip)	11.11-13.11 2007
■ Tårnby	MT fordybelseskursus – Skulderen; fordybelse og opdatering	15.11-17.11 2007
■ Odense	MT Case Rapport kursus	16.11.2007 11.12.2007 Vejledningsdag: 30.01.2008
■ Tårnby	MT Trin 3C (Klinisk supervision)	21.11-23.11 2007

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



MT-Kurser via muskuloskeletal.dk (Sektionen »Uddannelse og 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.

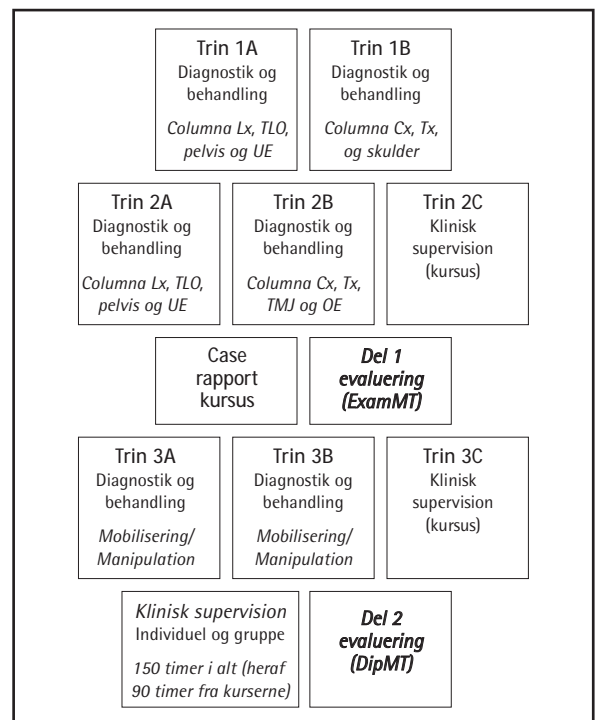
Information om uddannelse og kurser

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

Uddannelse og kurser – kliniske kompetencer i Manuel/ Muskuloskeletal Fysioterapi

MT-uddannelsen og kurserne er målrettet alle færdiguddannede fysioterapeuter. Der tilbydes både enkeltkurser til anvendelse direkte i klinikken samt et mere målrettet uddannelsesforløb, som kan munde ud i en international godkendt evaluering inden for området.

MT-kursusrækken



Ud over MT-kursusrækken udbydes bl.a. Kinetic Control, NDUB og MET kurser – ligesom internationale MT-undervisere ofte visiterer landet.

Trin 3A

- Arrangør:** Danske Fysioterapeuters Fagforum for Muskuloskeletal Terapi.
- Deltagere:** Fysioterapeuter der har gennemført Trin 2A+B eller C2.
- Sted:** Løjtegårdsvej 157, 2770 Kastrup
- Tid:** 24.-26. oktober 2007.
- Undervisere:** Arne Elkjær og Flemming Enoch.
- Kursuspris:** medlemmer Kr. 4000,- ikke medlemmer kr.4200,-
- Kursusform:** Eksternat.
- Tilmelding:** Senest d. 13. august 2007.
- Tilmelding kan foretages:** Via MT-forum's hjemmeside: www.muskuloskeletal.dk til e-mail: ingerskj@post10.tele.dk Angiv navn, adresse, telefonnumre og medlemsnr. i DF. Eller på tilmeldingsblanket fra Fysioterapeuten til: Inger Skjærbæk, Rønnebær Allé 2, 3000 Helsingør.
- Betaling:** Depositum kr. 500,- sættes ind på MT-forum's kursuskonto i Nordea, Stengade 45, 3000 Helsingør. Konto nr. 2255 1905637077 samtidig med tilmelding og restbeløbet kr. 3500,- /3700,- betales senest d. 29. august. Sørg for at kvittering for indsatte beløb sendes til Inger Skjærbæk.
- Afbud:** efter d. 29. august medfører tab af depositum.

Case rapportkursus

- Sted:** Odense
- Deltagere:** Fysioterapeuter, der har gennemført Trin 1 og Trin 2A + B, eller kurser efter den gamle struktur.
- Tid:** 16. november, 11. december og vejledningsdag d. 30. januar.
- Undervisere:** Medlemmer MT-forums forskerteam.
- Kursuspris:** kr. 7300,- for medlemmer og kr. 7500,- for ikke medlemmer. Beløbet dækker 2 dages kursus, 1 vejledningsdag, vejledningstimer og rettelse af den færdige rapport.
- Kursusform:** Eksternat
- Tilmelding:** Senest d. 17. august 2007.
- Tilmelding kan foretages:** på MT-gruppens hjemmeside: www.muskuloskeletal.dk over e-mail: ingerskj@post10.tele.dk Angiv navn, adresse, telefonnumre og medlemsnr. i DF. Eller på tilmeldingsblanket fra Fysioterapeuten til: Inger Skjærbæk, Rønnebær Allé 2, 3000 Helsingør

- Betaling:** Depositum kr. 500,- betales i forbindelse med tilmelding. Restbeløb kr. 6800,-/7000,- betales senest d. 17. august 2007. Beløbene indsættes på kursus konto i Nordea, Stengade 45, 3000 Helsingør: Konto nr. 2255 1905637077 eller sendes på check. Sættes beløbet ind på kursus-kontoen er det vigtigt at dit navn kommer til at stå på kontoudtoget.
- Afbud** Depositum går tabt ved afbud efter 1. september.

Klinisk Supervision Trin 3, Kursus C

- Sted:** Løjtegårdsvej 157, Tårnby, 2770 Kastrup
- Tid:** 21.-23. november
- Deltagere:** Fysioterapeuter, der har gennemført Trin 2, Trin 2A + B + C eller fysioterapeuter der har gennemført den gamle kursusrække + Trin 2C.
- Undervisere:** Medlemmer af MT-gruppens undervisnings-gruppe
- Kursuspris:** Kr. 4300,- medlemmer - 4500 ikke medlemmer beløbet dækker kursuspris og en let frokost.
- Kursusform:** Eksternat.
- Tilmelding:** Senest d. 17. august 2007..
- Tilmelding kan foretages:** på MT-gruppens hjemmeside: www.muskuloskeletal.dk Over e-mail: ingerskj@post10.tele.dk Angiv navn, adresse, telefonnumre og medlemsnr. i DF. På tilmeldingsblanket fra Fysioterapeuten til: Inger Skjærbæk, Rønnebær Allé 2, 3000 Helsingør
- Betaling:** Depositum kr. 500,- i forbindelse med tilmelding. Restbeløb kr. 3800,- / 4000,- indbetales senest d. 17. aug. 2007. 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 31. august mistes depositum.

Læs IFOMT Newsletter Juni 2007
på www.muskuloskeletal.dk
(Fagligt → Organisatoriske beretninger).

**DANSK SELSKAB FOR
MUSKULOSKELETAL MEDICIN**

Bestyrelse:

Formand:

Speciallæge i almen medicin

Allan Gravesen

Sprogøvej 7, 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

Rungstedvej 76, 1. sal

2970 Rungsted Kyst

Tlf. 59 51 00 66

E-mail: jette.korsgaard@dadlnet.dk

Kasserer:

Speciallæge i almen medicin

Lars Faldborg

Torvald Køhlsvej 29, 8300 Odder

Tlf. 86 54 32 00

DSMM giro 809 6414

E-mail: faldborg@dadlnet.dk

Medlemmer:

Formand for Uddannelsesudvalget

Speciallæge i almen medicin

Niels Jensen

Måløv Hovedgade 69, 2760 Måløv

Tlf. 44 65 54 43

Fax 44 65 54 05

E-mail: niels.jensen@dadlnet.dk

Speciallæge i reumatologi

Finn Elkjær Johannsen

Staunsholtvej 33, 3520 Farum

Tlf. 44 95 49 40

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

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

Sekretær

Speciallæge i almen medicin

Lisbeth Wemmelund

Oddervej 97, 8270 Højbjerg

Tlf. 86 27 00 11

E-mail: lisbeth@wemmelund.net

Speciallæge i reumatologi

Finn Elkjær Johannsen

Videnskabeligt udvalg:

Formand:

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

Kursussekretær:

Speciallæge i almen medicin

Jette Korsgaard

Rungstedvej 76, 1. sal

2970 Rungsted

tel.: (+45) 5951 0066

jette.korsgaard@dadlnet.dk



DANSKE FYSIOTERAPEUTERS
FAGFORUM FOR
MUSKULOSKELETAL TERAPI

Formand:

Niels Honoré

Rebekkavej 9, 2900 Hellerup

Tlf. 46 35 71 96

E-mail: nh@fysiocenter.dk

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

Inger Birthe Bjørnlund

F.F. Ulriksgade 24,

2100 København Ø

Tlf. (arb.): 35 36 70 22

E-mail: ingerbirthe@bjornlund.dk

Webredaktør og

Redaktør på Muskuloskeletal Forum

Martin B. Josefsen

Overgade 3, 5492 Vissenbjerg

Tlf. (arb.): 66 12 14 31

Mobil: 61 70 66 29

E-mail: mbj@rygnet.dk

IFOMT-delegeret:

Inge Ris Hansen

Tagtækkervej 8, 5. sal, 5230 Odense M

Tlf. (arb.): 66 10 41 00

Mobil: 20 67 57 44

E-mail: iris@fysioterapiogsmerteklinik.dk

Amad Shayan

Neuroklinik Århus

Hermødsvej 5, 8230 Åbyhøj

Tlf. (arb.) 35 11 11 34

Mobil: 20 68 60 01

E-mail: amadshayan@neuroklinik.dk

Suppleant:

Vibeke Laumann

Bagsværd Torv 2, 1., 2880 Bagsværd

Tlf. (arb.): 44 44 11 15

E-mail: vibeke.laumann@mail.dk

Forkortet produktinformation for Contalgin® og Contalgin® UNO (morfin sulfat).
Contalgin: Depottabletter 5 mg, 10 mg, 30 mg, 60 mg, 100 mg og 200 mg.
Afdelte depotgranuler til oral suspension, enkelt dosisbeholder 20 mg, 30 mg,
60 mg, 100 mg og 200 mg. Contalgin UNO: Depotkapsler, hårde 30 mg, 60 mg,
90 mg, 120 mg, 150 mg og 200 mg

Indikationer: Stærke smerter. Afdelte depotgranuler: Længerevarende lindring af stærke, intraktable smerter. **Dosering*:** Depottabletter: 30-100 mg hver 12. time. Hårde depotkapsler: individuel, anvendes hver 24. time. Afdelte depotgranuler: anvendes hver 12. time. Dosisreduktion nødvendig ved nedsat lever- og nyrefunktion samt hos ældre. **Kontraindikationer*:** Kronisk lungeinsufficiens, kendt morfinoverfølsomhed, respirationsdepression, kranietraume, paralytisk ileus, akut abdomen, tardiv mavetømming, obstruktiv lungesygdom, akut leversygdom, samtidig indgift af monoaminoxidasehæmmere eller indgift indenfor de seneste to uger. Børn < 1 år. Præoperativ administration af Contalgin afdelte depotgranuler anbefales ikke. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen*:** Reduceret dosis til ældre samt til patienter med kronisk lever- og/eller nyresygdom. Herudover yderligere for afdelte depotgranuler: Reduceret dosis ved hypothyreoidisme. Forsigtighed tilrådes hos patienter, som indtager store mængder opioder samt hos patienter med forhøjet intrakranielt tryk, hypertension med hypovolæmi, sygdomme i galdeveje og pancreatitis, inflammatoriske tarmsygdomme, prostatahypertrofi og adrenocortical insufficiens. Afbrud behandling ved paralytisk ileus eller mistanke herom. Giv ikke afdelte depotgranuler 24 timer forud for cordotomi eller anden smertereducerende kirurgi. Anvendes med forsigtighed postoperativt og efter abdominalkirurgi. Det anbefales ikke at skifte til andet præparat uden en ny justering og klinisk vurdering. **Interaktioner*:** Depottabletter og hårde depotkapsler: Tricykliske antidepressiva. Alkohol. Hypnotika. Bør ikke gives sammen med – eller inden 14 dage efter seponering af MAO-hæmmere. Afdelte depotgranuler: Forstærker virkning af beroligende midler, anæstetika, hypnotika, sedativa, alkohol, muskelrelaxantia og antihypertensiva. Samtidig indgift af antacida kan medføre hurtigere frigørelse af morfin end forventet: Dosering bør ikke ske samtidig, men forskudt med mindst 2 timer. Cimetidin hæmmer morfinmetabolismen. MAO-hæmmere kan medføre CNS-excitation eller depression med hyper- eller hypotensiv krise. **Graviditet og amning*:** Depottabletter: Kan anvendes under graviditet men ikke under amning. Hårde depotkapsler: Bør anvendes med forsigtighed til gravide, men bør ikke anvendes under amning. Afdelte depotgranuler: Må ikke anvendes under graviditet og amning. **Bivirkninger*:** De hyppigste bivirkninger er kvalme, opkastning, sedation, konfusion, eufori, obstipation, urinretention, respirationshæmning, mundtørhed, svedsekretion, svimmelhed, hovedpine, palpitation, hallucinationer, histaminfrigørelse. **Overdosering:** 5-10 gange terapeutisk dosis anses almindeligvis for forgiftningsdosis. Der bør foretages ventrikeltømming og symptomatisk behandling. Naloxon kan anvendes som antidot. **Priser og pakninger ekskl. recepturgebyr (AUP) pr. 30. juli 2007:**

Vnr	Lægemiddelform og styrke	Pakningsstørrelse	Pris (DKK)
563494	Depottabletter 5 mg	25 stk.	36,80
563502	Depottabletter 5 mg	100 stk.	102,35
466086	Depottabletter 10 mg	25 stk.	67,95
466094	Depottabletter 10 mg	100 stk.	224,60
466169	Depottabletter 30 mg	25 stk.	136,90
466219	Depottabletter 30 mg	100 stk.	513,15
466466	Depottabletter 60 mg	25 stk.	246,05
055277	Depottabletter 60 mg	100 stk.	917,40
466680	Depottabletter 100 mg	25 stk.	233,00
085068	Depottabletter 100 mg	100 stk.	1.537,45
443333	Depottabletter 200 mg	30 stk.	811,75
443358	Depottabletter 200 mg	90 stk.	2.350,00
041392	Afdelt depotgranulat til oral suspension, enkelt dosisbeholder 20 mg	30 stk.	340,40
041723	Afdelt depotgranulat til oral suspension, enkelt dosisbeholder 30 mg	30 stk.	360,45
042218	Afdelt depotgranulat til oral suspension, enkelt dosisbeholder 60 mg	30 stk.	723,70
042226	Afdelt depotgranulat til oral suspension, enkelt dosisbeholder 100 mg	30 stk.	1.171,80
042259	Afdelt depotgranulat til oral suspension, enkelt dosisbeholder 200 mg	30 stk.	2.391,30
433292	Depotkapsler, hårde 30 mg	28 stk.	178,65
433300	Depotkapsler, hårde 60 mg	28 stk.	301,55
433318	Depotkapsler, hårde 90 mg	28 stk.	350,80
433326	Depotkapsler, hårde 120 mg	28 stk.	485,40
433342	Depotkapsler, hårde 150 mg	28 stk.	541,02
433359	Depotkapsler, hårde 200 mg	28 stk.	813,10

Dagsaktuel pris findes på medicinpriser.dk

Udlevering: A\$4 kopieringspligtig. **Tilskud:** Generelt tilskud.

De med * mærkede afsnit, er omskrevet og/eller forkortet i forhold til de af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresuméer (depottabletter og hårde depotkapsler: 4. januar 2007; afdelte depotgranuler: 7. juli 2003). Produktresuméerne kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00. [CONT 000 ASmPC V1.0-w]

Adressemærkatet er udskrevet
fra Lægeforeningens edb-register.
Adresseændringer m.v. bedes
meddelt til Lægeforeningen,
Registreringsafdelingen,
Esplanaden 8C, 1263 København K.



Contalgin UNO[®] (morfinsulfat) – behandling af stærke smerter

- 24 timers smertelindring med 1 kapsel
- Dosisfleksibilitet – mange forskellige styrker, kendetegnet ved hver sin farve



Vi arbejder med liv og sjæl

CONTALGIN[®]
MORFINSULFAT