



NEWSLETTER

1/2019

Suomen Mc Kenzie Instituutti ry

TÄSSÄ NUMEROSSA

Päivitetyt tutkimuslomakkeet, MDT and the Athlete Masterclass, ja paljon muuta kesäluemista!



Sisällys

Puheenjohtajan kynästä	2
TOIMINTAKERTOMUS	3
MII European Regional Meeting, Kos 31.5-1.6.2019.....	7
Kokemuksia Mekaanisen Diagnosoinnin ja Terapian kansainvälisestä Diploma tutkinnosta...	8
Carolina Nessimian Olyntho	13
Kuntouta itse polvesi kirja on nyt ilmestynyt suomeksi!.....	14
Ohje hoitolaitoksen tietojen päivittämiseksi.....	15
PÄÄNSÄRKY-potilaan tapauskertomus keväällä 2019.	16
MDT and the Athlete Masterclass	20
Georg Supp	21
Malawi	
Tutkimuslomakkeet ohjeineen	

Puheenjohtajan kynästä

Kesäiset terveiset kaikille täältä Tampereen kupeesta!

Puoli vuotta on vierähtänyt nopeasti uudessa puheenjohtajan pestissäni. Paljon on vielä opittavaa mutta koska minä opin vain tekemällä, onkin mukava ideoida ja suunnitella tulevia oppimiskokemuksia yhdessä mahtavan hallituksen kanssa. Puolen vuoden ajalta menneitä tapahtumia esiin nostaaakseni haluan mainita kevään jo perinteeksi muodostuneen opintopäivän. Tällä kertaa opintopäivä toteutui Tampereella 15.3.2019 otsikolla *Krooninen kipu- ihmisen kohtaaminen*. Kiitos kaikille mukana olleille ja tapahtuman mahdollistaneille! Päivän päätteeksi kevätkokouksessa vahvistettiin vuoden 2018 tilinpäätös ja myönnettiin vastuuvapaus hallitukselle ja muille vastuuvollisille. Toimintakertomuksen löydätte tämän Newsletterin sivuilta hieman tuonnempana.

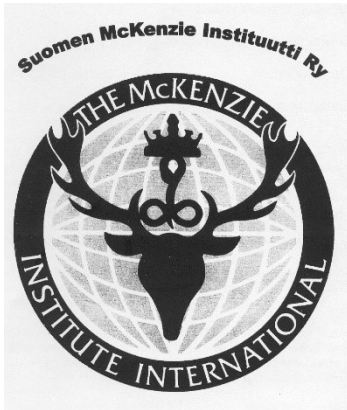
Aivan tuoreimpana uutisena onkin erittäin iloista kerrottavaa! Suomeen on saatu uusi Diploma-tutkinnon suorittanut MDT-osaaja, Marika Heiskanen Oulusta. Onnittelut Marikalle uskomattoman hienosta työstä! Tulevaisuudessa toivomme, että Marika voi aloittaa opettajakoulutuksen probationary-vaiheen ja jatkamaan Sinikan ja Tuijan arvokasta opettajan työtä. Opettajatiimimme on saanutkin jo vahvistusta iloisen brasilialaisen Carolinan myötä, jotkut teistä ovatkin saattaneet hänet jo tavata, sillä Carolinan osalta opettajan probationary-ohjelma on jo täydessä käynnissä. Tervetuloa Carolina suomalaiseen MDT perheeseen!

Tulevista koulutuksista kannattaa pistää lokakuun 1-2. päivä jo kalenteriin, sillä saamme Suomeen koulutuksen, josta hyötyvät varmasti niin urheilijoiden parissa työskentelevät fysioterapeutit kuin valmentajatkin. Kouluttajasta kertoo jotain myös liitteenä oleva Malawin matkakertomus.

Tulevaisuuden suunnitelmia tehtäessä olisi aina hyvä myös kuulla, mitä te hyvät jäsenet meiltä toivotte. Kaikki ruusut ja risut otetaan vastaan palautteena mutta tulemme myös lähestymään teitä kyselyn muodossa, jossa tiedustelemme tarkemmin, minkälaista vastinetta jäsenmaksulle te toivoisitte saavanne. Tämä kaikki sitten kesälomien jälkeen mutta ihan vain ajatuksen tasolla: kiinnostaisiko opintomatka Libanoniin? ☺

Iloisia lukuhetkiä toivottelee,





TOIMINTAKERTOMUS VUODELTA 2018

YLEISTÄ

Vuoden 2018 Suomen McKenzie Instituutti ry:n toiminnan painopiste on ollut sääntöjen mukaisesti fysioterapeuttien ja lääkäreiden ammatillisen lisäkoulutustoiminnan järjestämisessä.

Toimintasuunnitelma toteutui pääosin suunnitellusti. Sähköistä ennakkomateriaalia ei ole otettu käyttöön kursseilla, Petteri ja Sinikka ovat tutustuneet materiaaliin.

Koulutustoiminta väheni 2018 edellisvuoteen verrattuna. Tilikaudesta muodostui tappiollinen - 2,998.75€ (2017: +7720,23€). Toiminnan tuotot vähenivät edelliseen vuoteen verrattuna ollen 44,525.15€ (vuonna 2017: 78320,48€). Kokonaiskulut vähenivät myös, mutta tuotto/kulujäämä painui -1,383.68€ miinukselle. Kansainväliselle McKenzie Instituutille maksettiin tekijänoikeusmaksuja -15,946.06€ (2017: 15888€).

Instituutin maksavien jäsenten määrä säilyi lähes ennallaan laskien kuitenkin hieman. Jäsenmaksun maksaneita jäseniä vuonna 2018 oli yhteensä 335 (2017: 365) ja kunniajäseniä 5 kpl. Jäsenrekisteri on Instituutin www-sivuilla ja pääsy rekisteriin on puheenjohtajalla ja varapuheenjohtajalla. Jäsenistöä on tiedotettu uudesta tietosuojasetuksesta (GDPR), joka tuli voimaan toukokuussa 2018, tietosuojaseloste on edelleen luettavissa yhdistyksen internetsivuilla.

Kouluttajat käyttivät kurssitoiminnan ohella paljon aikaa suunnitteluun sekä uusien kurssimateriaalien ja muun materiaalin käännöstyöhön. MII muokkaa koulutusmateriaaleja uusimpiin tutkimuksiin perustuen aika-ajoin. Kouluttajien sekä terapeuttien mielipidettä kysytään menetelmää kehitettäessä, esimerkiksi ipsilateraalisen shiftin hoidon kuvauksesta.

MDT-osaajien perhe on maailmanlaajuinen ja tiiviisti yhteyksiä pitävä. Ruotsin Instituutti tarjosi myös naapurimaiden Instituuttien jäsenille mahdollisuutta osallistua kevätöpintopäivilleen. Hallituksesta Göteborgin koulutukseen osallistuivat Sinikka, Annika ja Anders. Anders on myös muotoillut Diploma-koulutuksen uudistamisesta ehdotelman MII:lle.

KOULUTUS

Instituutin kouluttajina toimivat edelleen Sinikka Kilpikoski, TtT, ft - opettaja, Dip.in MDT, Senior & International Instructor (kurssiosiot A-E) ja Tuija Siitonen työfysioterapeutti, cert. in MDT International Instructor (kurssiosiot A-B).

Brasiliasta Suomeen muuttanut Carolina Nessimian Olyntho (Dip MDT) on toiminut apuopettajana ja MII myöntäneenä MDT-opettajapätevyyden 2019 kevään aikana.

Vuonna 2018 järjestettiin A-kursseja 2 kpl, B-kursseja 2 kpl, C-kursseja 1 kpl, D-kursseja 3 kpl ja kertauspäiviä sekä kansainvälisiä näyttökokeita (credentialling exam-tutkintoja) oli 3 kpl. Lisäksi raajakursseja oli 3 kpl ja tietotaitojen päivitys kursseja 6 kpl (Turku, Peurunka, Kiiminki, Oulu, Kuortane ja Lohja). Tutkintoja vastaanottamassa oli kouluttajien lisäksi jo aikaisemmin tutkinnon suorittaneita fysioterapeutteja eri paikkakunnilta. Koulutusyhteistyö jatkui Kuortaneen urheiluopiston kanssa. Kansainvälisen tutkinnon suoritti 44 fysioterapeuttia, joten vuoden 2018 lopulla tutkinnon suorittaneiden lukumäärä Suomessa oli 831, joista lääkäreitä kymmenkunta.

Opintopäivä järjestettiin Tampereella 16.3.2018. Luennoitsijoina olivat fysiatri Satu Luoto EK-SOTE, Marjo Rinne TtT, UKK-instituutti, Sari Mykkänen korva-, nenä- ja kurkkutautien el TAYS, neurologi Laura Juutinen TAYS, erikoishammaslääkäri Olli Norppa, OMT ft Mikko Lausmaa, TtM ft Hanna Pohjola Itä-Suomen Yliopisto, TtT ft Sinikka Kilpikoski. Osallistujia oli yli 70.

Hans van Helvoirt piti Jyväskylässä 14-15.12.2018 Masterclass -kurssin MDT Management of Radicular Syndrome. Koulutukseen osallistujia oli noin 35, mukana oli myös Jyväskylän keskussairaalan lääkäreitä. Koulutuksen alkuosuus lähetettiin etäyhteyden kautta myös OYSiin ja TAYSiin, lähetys on myös tallenteena katsottavissa osoitteessa: www.ksshp.fi/tules-kartta/ tunnus Fysiatr18.

MARKKINOINTI / TIEDOTUSTOIMINTA

Kansainvälinen MDT World Press ei ilmestynyt vuonna 2018. Julkaisimme 2 suomenkielistä Suomen McKenzie News Letteriä. Instituutin www-sivuja ja etenkin sähköpostituksia käytettiin hyvin tuloksin koulutuksien markkinoinnissa ja myös muussa tiedotustoiminnassa. Facebook sivut olivat jäsenien ja opiskelijoiden käytettävissä tiedonvälitys- ja keskustelukanavana jäsenistölle. Sivuilla oli vuoden vaihteessa 280 jäsentä (2017: 274). Esa Niemistö on jatkanut sivuston ylläpitäjän roolissa. Suomen fysioterapeuttien paikallisyhdistyksiä käytettiin kurssien markkinoinnissa apuna. Lisäksi potentiaalisille asiakkaille kohdennettiin markkinointia sähköpostitse. Sivujen karttapohjaista terapeuttihakua on päivitetty jäsenien toimesta ajan tasalle.

Tutkinnon suorittaneet terapeutit ovat markkinoineen menetelmää eri puolilla Suomea työtovereilleen.

Suomen Fysioterapeutit ry järjesti Fysioterapia & Kuntoutusmessut Helsingin messukeskuksessa 3-4.10.2018. Suomen McKenzie Instituutti osallistui myös tapahtumaan omalla ständillään. Tapahtuma oli oiva paikka mainostaa kurssijatkumojia valmistuville fysioterapeuteille. Myös menetelmä itsessään herätti kiinnostusta. Kaiken kaikkiaan tapahtumasta jäi positiivinen tunne ja jatkossa messutapahtumat voisivat toimia muun markkinoinnin tukena.

KOKOUKSET

Hallituksen kokoukset

Instituutin hallitus kokoontui vuonna 2018 kevät- ja syyskokouksen lisäksi 9 kertaa. 7 näistä kokouksista oli hallituksen Skypekokouksia. Perinteinen kesäkokous pidettiin elokuussa Vaajakoskella. Kokoukseen osallistuivat myös Instituutin molemmat kouluttajat. Kokouksiin ovat osallistuneet myös varajäsenet mahdollisuuksien mukaan.

Kevätkokous

Kevätkokous järjestettiin Tampereella Finnmedi 5 tiloissa opintopäivän yhteydessä 16.3.2018. Kokouksessa käsiteltiin sääntömääräiset asiat. Puheenjohtajana toimi Tuija Siitonen.

Syyskokous

Syyskokous pidettiin Jyväskylässä 14.12.2018. Kokouksessa käsiteltiin sääntömääräiset asiat, valittiin hallitus tulevalle toimikaudelle. Anne Lahti valittiin uudeksi hallituksen puheenjohtajaksi. Hallituksen uusiksi varsinaisiksi jäseniksi valittiin Marko Tuokko, Minna-Maarit Toivonen ja Petteri Ruuskanen. Uusiksi varajäseniksi valittiin Jouko Kangasniemi ja Jussi-Pekka Peitola. Sinikka Kilpikoski ja Annika Wörlin-Påhls jatkavat varsinaisina jäseninä, varajäseninä jatkavat Jaana Kontiainen ja Jani Takatalo. Petteri Ruuskanen jatkaa hallituksessa varapuheenjohtajana ja rahastonhoitajana. Petteriä myös huomioitiin tilaisuudessa ansioituneesta puheenjohtajakaudesta. Jäsenmaksu säilyy ennallaan (40 €). Kokouksen puheenjohtajana toimi Jouko Kangasniemi.

Kansainväliset kokoukset

Euroalueiden Skype-kokouksia on vuonna 2018 ollut kaksi. Petteri Ruuskanen on osallistunut kokouksiin. Yhteydenpitoa kansainväliseen verkostoon on pidetty vuoden aikana myös epävirallisemmin sähköpostin ja Skypen välityksellä, pääasiassa Petterin ja kouluttajien toimesta.

Euroalueiden kokous ja hallintokokous järjestettiin touko-kesäkuun vaihteessa Budapestissä. Instituuttia opettajakokouksessa edustivat kouluttajat Sinikka Kilpikoski ja Tuija Siitonen, mukana oli myös Carolina Nessimian Olyntho opettajakokelaana. Hallintokokoukseen puolestaan osallistuivat Petteri Ruuskanen ja Anne Lahti.

Suomen McKenzie Instituutti ry

HALLITUS

MII European Regional Meeting, Kos 31.5-1.6.2019

Parin vuoden välein Euroopan alueelta McKenzie Instituuttien edustajat kokoontuvat kokoustamaan kahden päivän ajaksi, ensin kaikille yhteisenä päivänä, toisena päivänä opettajat ja hallinnon ihmiset omiin kokouksiinsa. Tänä vuonna kokous järjestettiin Kosin saarella, modernin länsimaisen lääketieteen syntysijoilla, jossa Hippokrateen kerrotaan opettaneen kuvan puun varjossa.

Ensimmäisen päivän kokouksessa käsiteltiin lakimies Catherine Popertin johdolla tekijänoikeuksiin keskittyviä kysymyksiä. Myös kurssien demopotilaiden ohjaus, luvat, kirjaukset ja tietojen tallentaminen puhuttivat. The McKenzie Institute International (MII) ohjeistaa myös kursseilla valokuvaamisen toimintatapoihin.

Kaiken kaikkiaan Board of Trustees eli MII:n hallitus halusi kuulla meidän mielipiteitä moniin hyviin asioihin ja kokouksen sävy oli positiivinen ja hyvin keskusteleva.

Toisena päivänä hallinnon ihmiset keskustelivat ajankohtaisista asioista kunkin maan Instituuteissa ja markkinointivinkeistä. Opettajat puolestaan kävivät läpi tulevia muutoksia koulutuksen sisältöön ja esimerkiksi päivitettyjä tutkimuslomakkeita, jotka tekin löydätte tästä lehdestä englanninkielisinä.

Ensi vuoden maailmankongressin ajankohta ja paikka on selvillä. Laittakaa kalenteriin **15th International Conference Ottawa 28-30.8.2020**, ei muuta kuin lentoja varailemaan. Lähdetään isolla porukalla Kanadaan!

Seuraava Euromeeing pidetään Antwerpenissä 11-12.6.2021.



Kokemuksia Mekaanisen Diagnosoinnin ja Terapian kansainvälisestä Diploma tutkinnosta

Kansainvälinen Diploma tutkinto on jatkumoa Cert. MDT koulutukselle. Se antaa korkeimman mahdollisen pätevyyden tuki- ja liikuntaelinoireisen asiakkaan mekaanisesta diagnosoinnista ja terapiasta. MDT Diploma tutkinnossa perehdytään syvällisesti menetelmän teoreettiseen taustaan sekä menetelmän hallintaan käytännön työssä. Koulutus tuottaa MDT osaamisen lisäksi myös muita valmiuksia. MDT Diploma koulutuksessa opitaan hakemaan tutkittua tietoa, harjoitetaan tutkimusten kriittistä lukutaitoa sekä tutkitun tiedon soveltamista käytäntöön. Kansainvälisyysosaaminen ja kielitaito myös karttuvat monikansallisessa oppimisympäristössä. (<https://www.mckenzieinstitute.org/education/international-diploma/>, luettu 10.6.2019).

Suoritin Diploma koulutuksen 4.1.2018- 4.6.2019. Koulutus yllätti minut positiivisesti. Koulutuksen laatu oli erinomainen ja koulutuksen sisältö mahdollisti osaamistavoitteiden saavuttamisen ja vielä enemmän. Koen, että saavutin erityisen osaamisen paitsi MDT menetelmästä sekä syvensin osaamistani myös laajemmin tuki- ja liikuntaelinoireiden hoidosta. Koulutuksessa teoreettinen tieto kiinnittyi tiiviisti kliiniseen työhön. Osaavien ohjaajien opastuksella kaikki tunnistetut tiedolliset ja taidolliset puutteet pystyttiin täyttämään.

Diploma koulutus koostuu sekä teoreettisesta osuudesta että kliinisestä harjoittelusta. (<https://www.mckenzieinstitute.org/assets/International/Diploma-MDT-General-Information-6-May-2019.pdf>) Teoreettinen osuus toteutui Dundeen yliopistossa, verkko- opetuksena. Opetus toteutetaan edelleen verkko- opetuksena, mutta muutoksena aiempaan koulutuksen toteuttamisvastuu on siirtynyt kokonaan kansainväliselle McKenzie Instituutille. Muutoksessa on varmasti omat hyvät ja huonot puolensa. Hyvänä puolena näen sen, että yliopiston tuomat tiukat akateemiset vaatimukset sekä aikataulut voivat keventyä, esimerkiksi kirjallisten töiden muutoseikat todennäköisesti helpotuvat ja huomio kiinnittyy entistä vahvemmin sisältöön. Teoreettinen osuus kestää 12 viikkoa ohjastusta ja tämän lisäksi osuuteen liittyy itsenäistä opiskelua. Osaamisen osoittaminen toteutui itsenäisillä kirjallisilla tehtävillä. Teoriaopinnot oli jaettu erillisiin teemoihin. Keskustelua käytiin viikoittain pienryhmissä sekä koko ryhmällä teemoihin liittyen. Meidän ryhmässämme oli Diploma

koulutettavia muun muassa USA:sta, Ranskasta, Brasiliasta ja Etelä-Afrikasta. Aikaerojen vuoksi yhteistä aikaa oli mahdotonta löytää Skype- tapaamisille. Voimavarana oli, että jokainen koulutettava oli motivoitunut tuki- ja liikuntaelinongelmien asiantuntija jo lähtötilanteessa. Koulutuksen kuormittavuudeksi oli laskettu 20h/ viikossa, englantia äidinkielenään puhuvilla jo maisteri-/ tohtoritason koulutuksen omaavilla teoriaosuuden kuormitus pysyi varmasti arvioidussa tuntimäärässä. Englanninkielen vuoksi tämä osuus työllisti minua arvioitua enemmän. Teoreettisen osuuden hyväksytysti suorittamisen jälkeen voi hakea paikkaa kliiniseen harjoitteluun. Teoreettisen ja kliinisen osuuksien välissä oli myös luettavaa ja asiakastyöhön liittyviä tehtäviä tehtävänä.



Kuvassa kanssani Kliininen opettajamme John Thomson ja Diploma koulutettava Thanos Kontos

MDT Diploma koulutuksen kliinistä harjoittelua voi toteuttaa eri puolilla maailmaa koulutusta tarjoavissa niin julkisissa kuin yksityisissäkin fysioterapialaitoksissa. Kliininen harjoittelu on minimissään 390 tuntia. (https://www.mckenzieinstitute.org/suomi/fi_FI/koulutus/, luettu 10.6.2019). Suoritin kliinisen harjoittelun King's Cross Community Health Care Center Skotlannissa tammikuun-maaliskuun 2019 välisenä aikana. Yhtä aikaa kanssani oli toinen Diploma koulutettava, Thanos Kontos Kreikasta. King's Cross Community Health Care Center vastaa meidän kunnallista perusterveydenhuollon fysioterapiapalvelua tarjoavaa paikkaa. Paikka oli mukavan pieni ja potilaita oli tiiviisti. Harjoittelu sisälsi potilastyön ohella myös tutkimuksiin perehtymistä ja käytäntöön tiiviisti liittyvien tehtävien työstämistä sekä oman oppimisen pohtimista. Potilaita oli päivittäin yleensä yli 10. Muutamia

päiviä oli varattuna tehtävien käsittelyä ja lopputenttiin valmistautumista varten. Opiskelukaverin kanssa pystyi harjoittelemaan työpäivän päätteeksi muun muassa terapeutin tekniikoita ja pohtimaan haastavia asiakastapauksia. Suomen ja Skotlannin osalta fysioterapiassa näkyi samankaltaisuuksia, mutta myös eroavaisuuksia. Ensimmäisenä itselleni tuli yllätyksenä, että asiakkaita ei pyydetty riisuutumaan tutkittaessa. Fyysinen tutkiminen ja havainnointi toteutui hienovaraisemmin kuin me olemme täällä tottuneet. Skotlannissa kokeneen fysioterapeutin on myös mahdollista määrätä muun muassa RTG:n- tai magneettitutkimukset ja lähettää erikoislääkärille. Työtahti oli myös todella tiivis ja kirjaamiseen käytettiin vähemmän aikaa. Kuitenkin fysioterapian ydin, keskeiset käsitteet ja tavoitteet ovat yhteneväisiä niin Suomessa kuin Skotlannissakin. Skotlannin murre aiheutti omat haasteensa aluksi, mutta heidän ylenpalttinen ystävällisyytensä teki olon tervetulleeksi. Murteeseenkin tottui muutamissa päivissä. Minua varoiteltiin kylmästä Skotlannin säästä tammikuussa. Otin paljon lämpimiä vaatteita mukaan, mutta ihan turhaan. Muutamana päivänä tammikuussa lämpötila oli alle nollan ja helmikuussa kukki jo kirsikkapuut. Sillä välin Oulussa oli useita viikkoja noin 30 asteen pakkasen. Kliiniset opettajani olivat erinomaisia. Meidän työskentelyä seurattiin käytännössä koko ajan. Työskentelyymme paneuduttiin syvällisesti. Sain reflektiopinnan itselleni ja pystyin kysymään itselleni haastavissa asiakastilanteissa ohjausta. Terapeutin tekniikoita harjoiteltiin viikoittain ohjaajan kanssa. Käytännönharjoittelu vei minulta ja opiskelukaverilta lähes 700 tuntia, joten tuokaan arvioitu kuormitus ei pitänyt kohdallamme paikkaansa.



Kuvassa, taustalle The Kelpies, toinen kliininen opettajamme Jenny Ross sekä Thanos Kontos minun kanssani

Viimeinen vaihe MDT Diploma tutkinnosta oli kaksipäiväisen lopputentin suorittaminen. Tänä vuonna lopputentti toteutui Kreikassa, Kosin saarella 3.-4.6.2019. Valmistautuminen lopputenttiin alkoi heti maaliskuussa kliinisestä harjoittelusta selvittyäni. Valmistautuminen sisälsi tutkimusartikkelien lukemista, ammatillisia keskusteluja kollegoiden kanssa, podcastien kuuntelemista ja terapeutin tekniikoiden harjoittamista. Tentti sisälsi teoreettisen kuin käytännön osuuden osaamisen arvioimisen. Lopputentti oli ajoitettu vuosittaisen Eurooppa tapaamisen yhteyteen. Oli hienoa päästä tapaamaan kuuluisia alamme tutkijoita ja nähdä tämä motivoitunut ja innostunut joukko. McKenzie Instituutin lupaus, että suorittamalla MDT Diploman pääsee maailman parhaimpien tuki- ja liikuntaelinongelmia hoitavien terapeuttien joukkoon, kävi todeksi.

MDT koulutukset, Cert. MDT ja Diploma MDT, ovat vieneet yhteensä noin 3 vuotta aikaa. Koulutus on maksullista ja kliininen osuus on kokopäiväistä, joten opinnot vaativat myös osittain poissaoloa ansiotyöstä. Diploma koulutuksen kustannuksiin voi kuitenkin hakea apurahaa Suomen McKenzie instituutilta. Koulutukseen haku toteutuu kerran vuodessa ja hakupäivä on vuosittain 19.10. Hakijan tulee olla Sertifioitu MDT terapeutti ja englannin kielitesti suoritettuna. Pohjoisesta kotoisin olevalle kielitesti tarkoittaa aina reissua eteläsuomeen. Kielitestejä ovat TOEFL ja IELTS. Kielitestiin, ansioluettelon päivittämiseen ja todistusten kääntämiseen englannin kielelle sekä oikeaksi todistamiseen kannattaa myös varata aikaa. Nyt on hyvä aika valmistautua seuraavaan hakuun!

MDT on luotettava menetelmä, kun terapeutit ovat koulutettuja (Garcia ym. 2018, Willis ym. 2017) ja MDT on vaikuttavaa erityisesti silloin kun MDT:n peruseriaatteita on noudatettu johdonmukaisesti. (Halliday ym. 2019.) Koulutus on antanut minulle syvällisen ymmärryksen menetelmään, hallitsen sen peruseriaatteet niin teoriassa kuin käytännössäkin. Pystyn luokittelemaan entistä varmemmin tuki- ja liikuntaelin oireisen MDT oireyhtymiin. Uskon, että koulutus maksaa itsensä takaisin parempina tuloksina kliinisessä työssä. Koulutus on ollut vaivanarvoista ja voin lämpimästi suositella sitä. Se on ollut elämää mullistava kokemus jo nyt. MDT Diploma tutkinto avaa monia ovia niin Suomessa kuin maailmalla. Maailmalla menetelmä on arvostettu ja Diploma tutkintoja tehdään enenevässä määrin. Me tarvitsemme MDT Diplomia lisää Suomeen myös!

Marika Heiskanen

Lehtori/ Oulun ammattikorkeakoulu

TtM, ft, Dipl.MDT

marika.heiskanen@oamk.fi

Lähteet:

Garcia, A.N., Costa, L. Souza, F. Almeida, O., Araujo, A., Hancock, M & Pena Costa L.
Reliability of Mechanical Diagnosis and Therapy system in patients with spinal pain: A systematic review *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 2018 Dec;48(12):923-933.

Halliday, M.H., Garcia, A.N., Amorim, A.B., Gustavo, C., Machado PT., Hayden J., Pappas, E.,
Rerreira, P. & Hancock PT. 2019. Treatment Effect Sizes of Mechanical Diagnosis and Therapy for
Pain and Disability in Patients With Low Back Pain: A Systematic Review. *Journal of Orthopaedic
& Sports Physical Therapy*, 2019 Volume:49 Issue:4 Pages:219–229

Suomen McKenzie Instituutti Ry

https://www.mckenzieinstitute.org/suomi/fi_FI/koulutus/

The McKenzie Institute International

<https://www.mckenzieinstitute.org/education/international-diploma/>

Willis, S., Rosedale, R., Rastogi, R. & Robbins, SM. 2017 Inter-rater reliability of the McKenzie
System of Mechanical Diagnosis and Therapy in the examination of the knee. *Journal of Manip
Ther* 25(2), 83-90

Carolina Nessimian Olyntho



Olen Carolina, brasilialainen fysioterapeutti. Muutin kaksi vuotta sitten Suomeen.

Olen koko urani työskennellyt kivun hoidon parissa. Olen käynyt useita aiheeseen liittyviä kursseja (mm. Mulligan, Maitland, Neurodynamics ja muita). Vuonna 2008 sain MDT sertifikaatin ja vuonna 2012 MDT Diploma-tutkinnon.

Vuonna 2018 aloitin probationary-ohjelmassa, opetan Tuija Siitosen kanssa McKenzien kursseja A ja B.

Suomessa ollessani olen opiskellut Suomen kieltä ja työskennellyt henkilökohtaisena avustajana odottaessani Valviran päätöstä ammattipätevyyteni vahvistamisesta. Päätös tulee kesä- tai heinäkuussa, ja olen innoissani päästessäni työskentelemään taas fysioterapeutina.

Vapaa-aikanani nautin perheen kanssa olemisesta ja kaikenlaisesta liikunnasta, kuten suunnistuksesta ja hiihdosta. Soitan myös tamburiinia Papagaion sambakoulussa.

**Uutta!
Kuntouta itse polvesi
kirja on nyt ilmestynyt
suomeksi!**

Tilaa info@napra-rehab.fi jäsenhintaan!

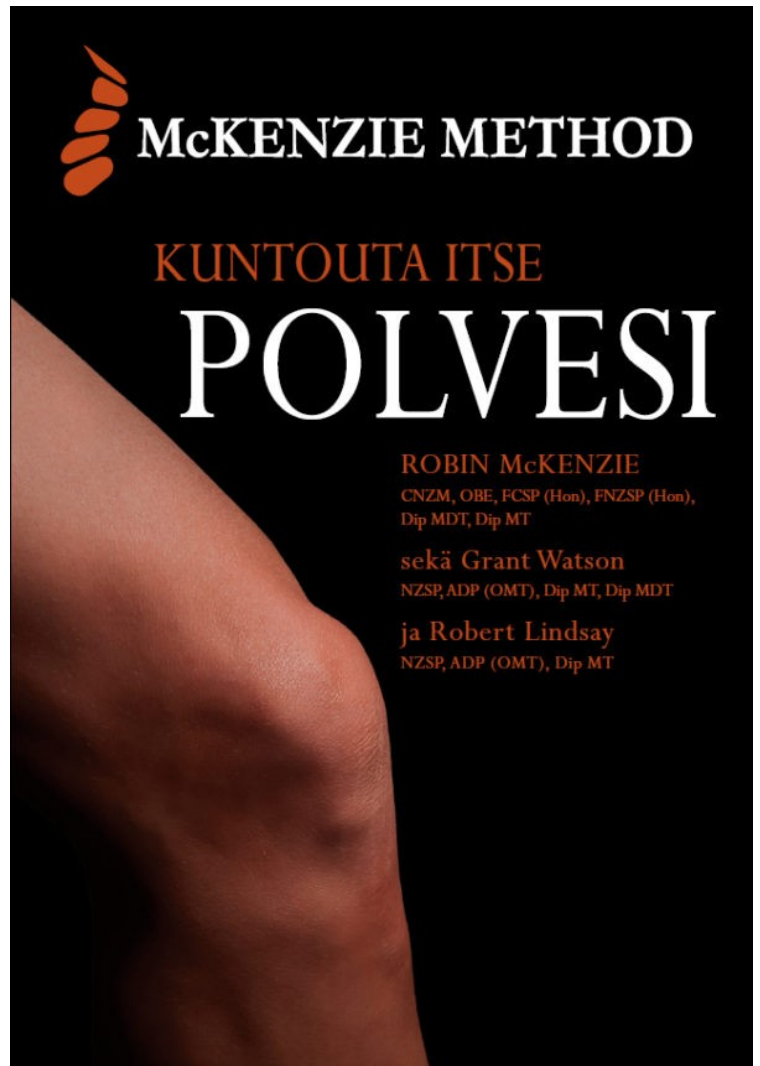
Ab Napra-Rehab Oy
Simhallsvägen 2
64230 Närpes
Finland

Puh: 06-2243622

Faksi: 06-2243662

info@napra-rehab.fi

www.napra.fi



Ohje hoitolaitoksen tietojen päivittämiseksi

Tässä edelleen liitteenä ohje hoitolaitoksen tietojen päivittämiseksi. Käy tarkistamassa sivuillamme http://www.mckenzieinstitute.org/suomi/fi_FI/potilaat/etsi-mdt-terapeutti/ oletko listoilla ja jos et, niin ole yhteydessä ao sähköpostiin. Jos tietosi ovat vajavaiset, voit itse päivittää niitä ohjeen mukaisesti.

Ohje hoitolaitoksen tietojen lisäämiseksi ja salasanan vaihtamiseksi:

Mene osoitteeseen: <http://www.mckenzieinstitute.org/Security/login?BackURL=/members> Käyttäjätunnus on sähköpostiosoitteesi ja salasana on mckenzie7762. Mikäli sinun sähköpostiosoitteesi ei ole ollut rekisterissämme = et ole saanut meiltä sähköpostia, niin käyttäjätunnus on etunimesi ja sukunimen 1. kirjain isolla (esim. RobinM) salasana on sama kuin edellä.

Kun olet kirjautunut sisään, mene MY PROFILE, sivun yläreunassa. Tässä osassa on 4 välilehteä:

1. MY DETAILS
 - a. Täällä voidaan lisätä henkilötiedot - vapaaehtoinen
2. CHANGE LOGIN DETAILS
 - a. Täällä vaihdetaan käyttäjätunnus ja salasana
3. CLINICIAN & FACULTY
 - a. Täällä voidaan päivittää hoitolaitoksen tiedot jotka näkyvät sivuilla - tärkein välilehti!

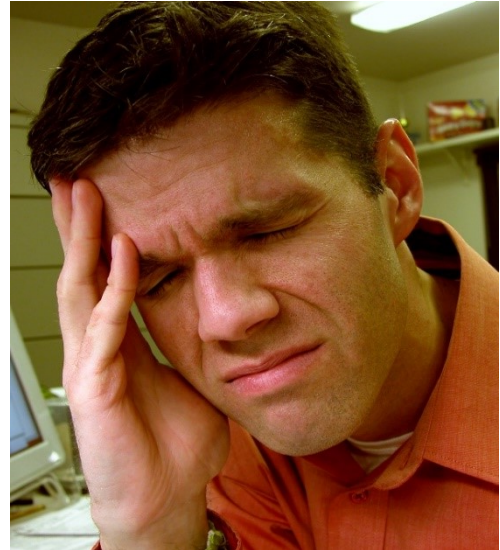
Kun syötät hoitolaitoksen tarkat osoitetiedot, se on näkyvissä terapeuttihaun kartalla.

Useimmat tietävätkin, että meillä on facebookryhmä(suljettu). Mikäli haluat liittyä, ole yhteydessä Petteriin sähköpostitse (petteri.ruuskanen@kolumbus.fi). McKenzie Institute Internationalilla on myös Ytube kanava osoitteessa <https://www.youtube.com/user/MDTinternational/videos> ja fb sivusto osoitteessa <https://www.facebook.com/mckenzieinstituteinternational/>

PÄÄNSÄRKY-potilaan tapauskertomus keväällä 2019.

Johdantoa

Muutama viikko sitten puhelin soi hoitolaitoksessamme ja siellä naishenkilö kysyi minulta ”onko mahdollista auttaa miestäni, koska hänellä on ollut pitkäaikainen erittäin kova päänsärky. Häneltä on leikattu aivokasvain ja hän ei pysty olemaan työssä kokopäiväsesti kovan päänsäryn vuoksi!” Vastasin, että en osaa näin puhelimesta sanoa, mutta onko hänen mahdollista tulla vastaanotolleni niin tutkin ja teemme koehoidon. Hoitoaika sovittiin.



Mies saapui vastaanotolle suoraan työstä pyöräillen. Siinä odotushuoneessa vuoroaan odotellessaan hänen oli pakko jälleen kerran ottaa migreenin täsmälääke, koska hänelle alkoi provosoitua silmiin ”aurailmiö” ja infernaalinen päänsärky.

Tautihistoria 27.5.2019

Koska miehellä oli alkututkimustilanteessa vakava-asteinen migreeni, asetin asiakkaan haastattelun ajaksi selinmakuulle hämärään tilaan siten, että päänsärky olisi mahdollisimman vähäistä ja ettei valo ärsyttäisi hänen silmiään.

Mies on ammatiltaan koneasentaja ja työnsä puolesta joutuu olemaan monissa eri työasennoissa. Työmatkat hän tekee sähköpyörällä. Hän on vaivansa vuoksi osa-aika työssä. Vapaa- aikana TV:tä istuen katsellessaan, hän on huomannut, ettei saa niskalleen hyvää asentoa. Pään asentoa pitää koko ajan vaihdella.

Nykyiset oireet: Asiakas potee ajoittaista niskakipua ja jomotusta vasenvoittoisesti sekä ”aurallisia” migreeni -kohtauksia 3 kertaa viikossa. Vaiva on pikkuhiljaa pahentunut ja pahenee aina loppuviikkoa kohden. Hänellä on myös vasemmassa korvassa ”huminaa”, mikä häiritsee nukahtamista joskus jopa pahoinvointia ja mitkä oireet ovat voimistuneet pikkuhiljaa. Niskakivun ja migreenin voimakkuus saattaa voimistua jopa VAS 8-10/10, jolloin on tarvinnut mennä ensiapuun tiputukseen 2 eri kertaa, viimeksi 30.4.2019, missä annettu kortisonia, kipulääkettä ja diapamia - mitkä rauhoittivat vaivan.

Vaivan historiaa: Asiakkaalla ollut yhden kerran epileptinen kohtaaminen vuonna 2017, jolloin päänsä seutu kuvattiin 10/2017. Kesäkuussa 2018 poistettu aivolisäkkeestä kasvain (valtimo-laskimosisäde) Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Tämän jälkeen sädehoidettu, mikä ärsytti näkökenttää. Vuonna 2019 on ollut 2 epileptistä kohtausta, ja auratuntemuksia jopa joka toinen päivä. Hoidettu Kalevalaisella jäsenkorjauksella, mistä vaiva paheni.

Lääkitys: Lääkityksenä hänellä on epilepsian ehkäisyyn lääkitys sekä migreenin täsmälääkkeet.

Mekaaninen analyysi: Pitkäkestoinen eteentaivutus ja TV-tuolissa istuminen pää pitkäkestoisesti etukumarassa sekä pään kierto vasemmalle pahentavat oireita. Vasemmalla kyljellään makuu, pää matalalla tyynyllä helpottaa. Vaiva ei häiritse yöunta eikä yöllä kipua ole. Aamuisin vaiva on hetkellisesti parempi, mutta välittömästi ylös nousun jälkeen 3 minuutin kuluttua kipu provosoituu uudelleen. Asiakas kertoo myös, että häntä pelottaa ”auratuntemuksen” provosoituminen!

Fyysinen tutkiminen:

Asiakas istuu hoitopöydän reunalla lievässä kyfoottisessa asennossa, jolloin hänellä on lievää päänsäryn tuntemusta ja niskakipua. Kaularangan virheasentoa hänellä ei ole. Asennon korjauksessa retraktio-ääriasennossa oire provosoituu vasenvoittoisesti niskaan ja vasempaan hartiaan. Rotaatio- ja sivutaivutusvasemmalle sekä retraktio ja retraktio/ekstensio -liikesuunnat ovat lievästi rajoittuneet.

Tein koehoidon asiakkaan ollessa selinmakuulla:

Aluksi tein retraktioita, jatkoin retraktio/ekstensioon traktion kera, mutta sagittaalinen suunta provosoi kivut vasemmalle. Koska rotaatio oli enemmän rajoittunut kuin sivutaivutus ja koska asiakas valitti yläkaularangasta säteilevää päänsärkyä niin valitsin rotaation vasemmalle kuormitus suunnaksi. Toistin rotaatioita vasemmalle terapeutin tekniikalla ja tein sen jälkeen retraktio/ekstensio- harjoitteet traktion kera, jolloin vasemmanpuoleinen kipu hävisi ja myös päänsärky helpottui.

Johtopäätökset:

Asiakkaalla oli siis unilateraalinen/asymmetrinen Derangement oireyhtymä oireet kyynärpään yläpuolella + lateraalinen komponentti.

Hoitoperiaatteet:

Mekaaninen terapia:

- 1) Ennen kuin asiakas aloittaa tekemään harjoituksiaan, hänen tulee AINA testata oikea liikesuunta retraktio-liikkeillä (= määrittelee Directional Preferenssin). Jos oire / kipu ei provosoitu retraktiossa ja oireet helpottuvat kyseisen suunnan kuormittamisen avulla, niin hän jatkaa retraktio-suunnan harjoitteita mieluiten makuulla, varsinkin jos päänsärky on jo provosoitunut, jolloin pitää mieluiten pitkäkestoisia asentoja yläkaularankaa lievästi fleksio-asennossa (3-5 jopa 10 min ajan). Hän voi myös tehdä seisten/ istuen retraktio/ekstensio/ rotaatio- harjoitteita silloin tällöin liikeradan ylläpitämiseksi, mutta hänen on lopetettava kyseisen harjoitesuunta, jos päänsärky alkaa provosoitua.
- 2) Jos alussa retraktiolla testattaessa kipu on vasenvoittainen, niin silloin hän tekee ensin rotaatioharjoitteet vasemmalle, tarvittaessa lisävoimalla usean kerran – niin kauan että kipu sentralisoituu, ja vasta sen jälkeen tekee yllämainitut harjoitteet.

Tarpeelliset välineet: Asiakas sai kirjalliset ohjeet McKenzien Kuntouta itse niskasi-kirjasta missä perustellaan ja neuvotaan kyseiset harjoitteet. Kyseiset kohdat merkkasin muistini virkistämiseksi liimalapuilla. Asiakkaalle annoin myös McKenzien niskatyyny harjoitusvälineeksi takaraivon alle ja alaselän tukityynyn istuma-asennon ylläpitämisen helpottamiseksi.

Muuta: Pyysin asiakasta välttämään oireita provosoivia asentoja, keskusteltiin TV-katsomisasennosta, pitkäkestoisesta pään eteentaivutusasennon merkityksestä sekä pään asennosta pyöräillessä, mihin hänen kannattaa kiinnittää huomiota!

Uudelleen tutkiminen:

Asiakas saapui uudelleen viikon kuluttua (4.6.2019) tutkimukseen ja terapiaan.

Ensimmäinen kysymykseni aina on: Onko Sinun vaivasi parempi, ennallaan vai pahempi? Asiakkaan vastaus oli: Minulla ei ole viikkoon ollut mitään oireita. Olen tehnyt antamiasi harjoitteita opastuksesi mukaisesti. Nyt en todellakaan ole tarvinnut syödä lääkkeitä enkä enää pelkää sitä ikävää ”auraoireen” provosoitumista. Aion mennä huomenna työnantajani pakeille ja pyytää päästä takaisin kokopäivätyöhön!

Viikon aikana asiakas oli käynyt työterveyslääkärillä kysymässä saisiko lähetteen fysioterapiaan. Lääkäri sanoi, ettei hän usko fysioterapialla ja annetuilla ohjeilla olevan mitään hyötyä vaan halusi kirjoittaa asiakkaalle lisää lääkkeitä. Asiakas kertoi, ettei hän tarvitse lääkkeitä, koska fysioterapeutin ohjeilla tehdyillä harjoitteilla oireet helpottuvat eikä kipua ja päänsärkyä ole enää ollut. Hän ei saanut lähetettä eikä työnantaja maksanut hoitoa koska se haluaa ostaa työterveyshuollon isolta palveluntuottajalta.

Seuranta: Soitin asiakkaalle 15.6.2019

Asiakas kertoi olleensa 2 viikkoa täysin oireeton, ja oli unohtanut koko vaivansa, ennenkuin lomamatkalla Jyväskylästä Inariin ja takaisin ja Inarijärvellä veneessä ollessaan paleltui saaden kylmästä ”horkan”, nukkui huonossa asennossa ja sai pitkästä aikaa ”auratuntemuksen”, migreenin ja niska-kipu palasi. Palattuaan lomalta hän alkoi uudelleen tehdä harjoitteitaan ja soiton hetkellä hän oli oireeton! Kertasin soiton aikana harjoitteet. Hän jatkaa edelleen harjoitteiden tekoa säännöllisesti ja työskentelee nykyään kokopäivätyössä.

Asiakas kävi terapiassa yhden kerran, ja toinen tapaaminen oli uudelleen tutkimisvaihe, jolloin tsekkasin liikelaajuudet ja sen, miten asiakas tekee harjoituksensa!

Kirjoittaja:

Sinikka Kilpikoski, TtT, Cert. & MDT fysioterapeutti, MDT kouluttaja

Vaajakosken Kuntohoito Oy, Savonmäentie 15, 40800 Vaajakoski

p. 0400- 242481; s-posti: sinikka.kilpikoski@kolumbus.fi

www.vaajakoskenkuntohoito.fi

MDT and the Athlete Masterclass

Kuortaneella lokakuun 1.-2. päivä, kouluttajana Georg Supp, laita päivämäärä kalenteriin! Alla koulutuksen kuvaus, jäljempänä kouluttajan esittely. Georg on kirjoittanut kokemuksistaan Malawilla, teksti myös Newsletterin liitteenä.

Masterclass Objective

To promote Mechanical Diagnosis and Therpay (MDT) as the first line of assessment, treatment and management of musculoskeletal sports injuries.

Masterclass Goals

Upon completion of this masterclass, the participant will be able to:

Understand the relevance and apply the principles of MDT (assessment, management, recovery of function, and prevention) to an athletic/sports population;

Utilise a variety of mechanical loading strategies, based on the principles of MDT, in the management of sport injuries and optimal sport training and injury prevention; and

Effectively use the MDT assessment algorithm to differentiate athletes who may require supplemental management strategies in their injury recovery.

Masterclass Outline

This masterclass emphasises the application of MDT to the athletic and sporting population. Discussion will be had on the role of MDT in sports medicine and the challenges of the current model of sports medicine. Case studies will be presented and practical sessions addressing the various key principles of MDT will be included to give examples of applying these principles. Therapists who have experience using MDT for Spine and Extremity disorders will find the masterclass most beneficial.



Georg Supp

PT, Dip MDT

Georg has been a full time physical therapist since 1992. Since 1997 he has run the rehabilitation center PULZ in Freiburg in Germany together with MDT-credentialed Wolfgang Schoch. He received the Diploma in Mechanical Diagnosis and Therapy from The McKenzie Institute International in 1999. The focus of his intensive clinical work is on chronic back and neck patients and extremity problems, especially sports injuries.

He is co-author of the German textbooks “Fallbeispiele muskuloskeletal” (2018), “Physiotherapie-Techniken” (2017), “manuelletherapie Expertenwissen” (2017), “Wissenschaft transparent” (2010) and “McKenzie – Mechanische Diagnose und Therapie” (2007). Georg has published articles, comments and letters in several peer-reviewed journals. He has been the editor Germany’s first journal on sports physical therapy SPORTPHYSIO from 2013 – 2017. He is an international instructor of the McKenzie Institute International and vice president of the German McKenzie branch. Georg is the secretary of the International MDT Research Foundation (IMDTRF) and founder of IMDTRF Germany. He’s also a member of the Education Council of the McKenzie Institute International.

Currently Georg is conducting research on spinal / extremity differentiation (EXPOSS), patient - therapist communication and return to activity for spinal patients.

In 2018 Georg received the ‘Stone of the Wise’ from the German PT Association Physio Deutschland to honor his dedication for the profession.

Georg is living with his wife and five children in Freiburg / Germany.



Out of place but a perfect fit

By Georg Supp

As an instructor and clinician in Malawi and Peru.

In May 2018 I traveled to Malawi in the eastern part of central Africa to teach a McKenzie Part A course. Three months later I evaluated and treated patients in Peru as a volunteer with a humanitarian project. At both times I felt completely out of place in the beginning but in one case I ended up as a perfect fit.

The warm heart of Africa

Malawi with its 18 million people is located between Zambia and Mozambique. In the ranking of the poorest countries in the world, the 'warm heart of Africa' scores constantly in the top five. Malawi is a peaceful country. No civil wars, a somehow stable political situation, moderately corrupt administration and lately, no severe famines. International aid organizations are inundating the country located by the ninth biggest lake in the world – Lake Malawi. At certain times up to 600 different institutions are on duty there. Research on Malaria and HIV is a top theme. About 10 percent of the population are HIV-positive, almost everybody is infected with Malaria. The tourists stay well clear of Malawi. The Lake Malawi is gorgeous and contains an impressive diversity of species but is partially contaminated with a parasitic worm that causes bilharzia – a tropical disease. The national parks are smaller than in the neighboring Zambia and the nature is less spectacular than in Tanzania in the north.

Early May 2018 I traveled to Blantyre – with 850,000 citizens the second

largest town of the country. The year before I had met German physical therapist Dietmar Seidenspinner for the first time at the WCPT congress in Cape town / South Africa. An honest chat about the country and Dietmar's PT oriented development work at the College of Medicine together with a few beers was enough to generate my enthusiasm to support the development of physical therapy in Malawi. We agreed that I will teach a McKenzie Part A in Blantyre.

It doesn't work without money

Dietmar told me: 'There is no budget for you'. The Centre for International Migration and Development (CIM) is funding the work of the experienced educator and sports physical therapist. Dietmar helps to establish the academic physical therapy study program at the College of Medicine. The financial resources are limited. I decided to run this project without funding. I was aware that I would have to teach this course free of charge, but I also had to cover travel costs by myself – 1,000 Euro. There was to be no way to print the course material on location, so I had to print the manual and all documents in Germany and carry them to Malawi

for another 400 Euro. Patients, friends and colleagues donated and helped to finance part of the trip. I considered the rest of the cost as my personal development aid. For the first postgraduate course ever in Malawi, 30 physical therapists were anticipating my arrival. This was an impressive number as there are only 90 in the whole country. The PT study program launched in 2011.

The 'Queen's' - as little royal as diarrhea with vomiting

Currently there are only three hospitals in Malawi where physical therapists are working. One of them is the Queen Elizabeth Central Hospital in Blantyre. On the first day of my stay I wanted to get an impression of the health care in Malawi. With more than 1000 beds the Queen's is the biggest hospital in the country. Almost everything in this hospital is inconceivable for people from western countries. An extensive one-storey barrack-style building sweating in the African dust. The wards have no air condition. Plastic wraps instead of



1



2



3

1

Preparing the lesson

2

Enthusiasm. The students were highly motivated

3

The first postgraduate course in Malawi. Proud participants

sheets are covering the mattresses on the cots. The smells were quite overwhelming. The care in the hospital is free but rudimentary. When a patient is staying in the Queen's, relatives take care of the nursing. Sometimes they camp for weeks on the patios, they cook, wash and live on the site. What did surprise me: although it looks like illness, misery and death, somehow it doesn't feel like this. People are not moaning. I can't say if this is 'resigning to the fate' or serenity. At least the whole scenario does not appear completely hopeless but leaves some space for optimism.

Thinking about my upcoming course, I wasn't optimistic at all at this moment. People here need medication, clean equipment, enough staff, vital, life sustaining things...and I was going to talk about benign back pain the next day? Rarely in my entire life had I felt so much out of place. At this point I thought: 'tomorrow you will make a fool of yourself, you idiot'. Surprisingly, I slept well this night. Probably I needed some positive dreams urgently.

McKenzie in Malawi

The four-day course started. My experience of teaching more than 200 courses as an instructor and fortunately some kind of genetically inherent cheerfulness let me start the day on a positive and happy note. Among the students there was the mother of physical therapy in Malawi, Sylvia Kambalame. Sylvia did her PT education in the 70s in Germany, lived in the UK for a while and launched the physical therapy study program in Blantyre 2010.

As unfitting as my project had felt the days before, it became just as obvious to me, after ten minutes of the course, that I was actually in the right place, doing the right thing. Physical therapists in Malawi are primary care practitioners. There are no referrals and there is no pre-screening by specialists. Psychologists and psychotherapists don't exist. Clinicians are completely on their own and must work pragmatically and efficiently. Patients exist in abundance.

The ratio is one PT for 200,000 people. The course of study provides good theoretical basics and the practical experience in the hospital, preparing for acute patients and emergency care. However, my Malawian colleagues were struggling in daily practice with clinical reasoning with musculoskeletal patients. I was a perfect fit with my pragmatic approach. Excluding serious pathologies, having a red thread in the evaluation and finally providing patients with simple, plausible self-management strategies. After four days the participants had a good know-how for their daily clinic, in often remote regions. Plenty of feedback concerning favorable therapeutic results after the course showed that they were able to implement the lessons learned. Teaching McKenzie part A in Malawi was one of the most meaningful things I've done in my life.



- 4 CAN, MEX, USA, GER – a great team
- 5 Mountain village Ccorao
- 6 Leg length discrepancy – a new dimension
- 7 History taking. Many people speak Quechua

Up to the high altitude – patients in Peru

Three months later I flew to the high altitude of Peru. Jason Ward from Memphis, Tennessee had motivated a team of 11 McKenzie clinicians from the US, Canada, Mexico and Germany to join his project ‘Mechanical Care Everywhere (MCE)’ in Peru. The idea was to evaluate and treat people with musculoskeletal problems for free. Many people in Peru - especially in remote villages in the mountains - don’t have access to medical care. The level of physical therapy in the country is low.

Do something positive with an expiration date

For four days we evaluated and treated patients in the City of Cusco and the mountain village of Ccorao. We mostly worked in teams of two together with a translator. In Ccorao we quite often needed two translators. In remote areas the locals mostly speak only the traditional language Quechua, which many Peruvians don’t understand. The sessions took place in community centers. We used three portable treatment tables, some issues of self-treatment books and a big pile of exercise instructions for patients.

Local organization, transportation to the venues, translation; it all was time consuming. At the end we only managed to see a total of about 140 patients.

There was no doubt that during these clinical days in South America magic moments happened:

...a woman with a stiff shoulder who hadn’t been able to make her hairs for one year. After ten minutes of retraction / extension she was able to comb her hair.

...an 80 years old guy who performed a Peruvian dance after his cervicogenic dizziness had been fixed.

...an avid runner who couldn’t run 100 meters because of back pain. On follow up two days later she was pain free and did some loops around the building.

Heartwarming, wonderful, but also frustrating. Although what we did was indeed helpful and needed, I didn’t feel quite at ease with this. Somehow this was the traditional style of providing development aid. According to the tradition: honorable white people come, do positive things and leave. This didn’t have a lasting effect. We could help some people and maybe some of them even on a long-term basis, but this didn’t change the situation for thousands of others.

For the day of our arrival we organized a workshop to raise the interest of local physical therapists for MDT and motivate them to join us with the patient sessions. Almost 70 clinicians attended the workshop but in the following days just a handful showed up. Even if the majority would have been come, it wouldn’t have been terribly helpful for them as you don’t learn a method just from watching a few patient sessions.

Rollercoaster of emotions

As teacher or clinician, I perceive working in foreign unknown countries as a rewarding experience. Dealing with situations which are completely new fosters creativity. Being a teacher has more meaning for me than ‘only’ treating patients. I appreciate the multiplying factor; how through teaching one practitioner, I can reach multitudes of future patients. My experiences with teaching in Iran and Malawi had a great impact on me. Now I can see many things back home in Europe with fresh eyes and I expect that a rollercoaster of emotions quite normally accompanies this experience. In Peru I experienced the equivalent of a cold shower. In June 2019 I’ll travel again to Malawi. I will appreciate a cold shower there, but in the heat of Africa only literally.



THE MCKENZIE INSTITUTE CERVICAL SPINE ASSESSMENT

Date _____

Name _____ Gender _____

Address _____

Telephone _____

Date of Birth _____ Age _____

Referral: GP / Orth / Self / Other _____

Work demands _____

Leisure activities _____

Functional limitation for present episode _____

Outcome / Screening score _____

NPRS (0-10) _____

Present Symptoms _____

Present since _____ improving / unchanging / worsening

Commenced as a result of _____ no apparent reason

Symptoms at onset: neck / arm / forearm / head _____

Constant symptoms: neck/arm/forearm/head _____ Intermittent symptoms: neck/arm/forearm/head _____

Worse bending sitting turning lying / rising
 am / as the day progresses / pm when still / on the move
 other _____

Better bending sitting turning lying
 am / as the day progresses / pm when still / on the move
 other _____

Disturbed Sleep yes / no Sleeping postures: prone / sup / side R / L Pillows: _____

Previous spinal history _____

Previous treatments _____

SPECIFIC QUESTIONS

Dizziness / tinnitus / nausea / vision / speech _____ Gait / Upper Limbs: normal / abnormal

Medications: _____

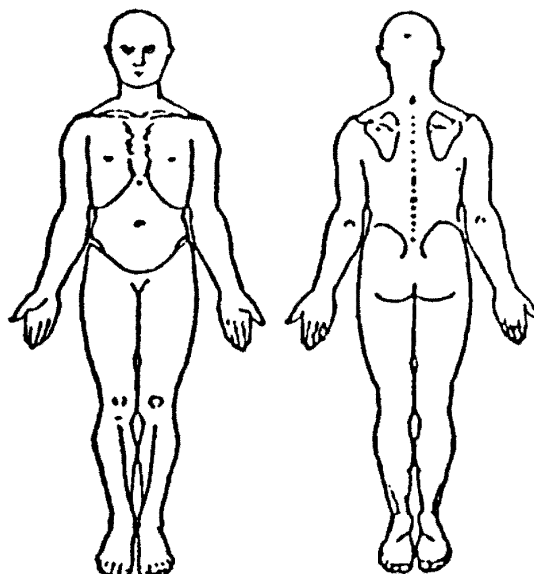
General health / Comorbidities: _____

Recent / relevant surgery: yes / no _____

History of cancer: yes / no _____ Unexplained weight loss: yes / no _____

History of trauma: yes / no _____ Imaging: yes / no _____

Patient goals / expectations / beliefs: _____



EXAMINATION

POSTURAL OBSERVATION

Sitting: *erect / neutral / slump*

Protruded head: *yes / no*

Lateral deviation: *right / left / nil*

Change of posture: *better / worse / no effect*

Lateral deviation relevant: *yes / no*

Other observations / functional baselines:

NEUROLOGICAL

Motor deficit

Reflexes

Sensory deficit

Neurodynamic tests

MOVEMENT LOSS	Maj	Mod	Min	Nil	Symptoms
Protrusion					
Flexion					
Retraction					
Extension					

	Maj	Mod	Min	Nil	Symptoms
Lateral flexion R					
Lateral flexion L					
Rotation R					
Rotation L					

TEST MOVEMENTS Describe effect on present pain – **During:** produces, abolishes, increases, decreases, no effect, centralising, peripheralising. **After:** better, worse, no better, no worse, no effect, centralised, peripheralised.

	Symptoms during testing	Symptoms after testing	Mechanical Response	
			Effect - ↑ or ↓ ROM or key functional test	No effect
Pretest symptoms sitting				
PRO				
Rep PRO				
RET				
Rep RET				
RET EXT				
Rep RET EXT				
Pretest symptoms lying				
RET				
Rep RET				
RET EXT				
Rep RET EXT				
Pretest symptoms				
LF - R				
Rep LF - R				
LF - L				
Rep LF - L				
ROT - R				
Rep ROT - R				
ROT - L				
Rep ROT - L				
FLEX				
Rep FLEX				
Other movements				

STATIC TESTS

Pro / Ret / Flex / Other

OTHER TESTS

PROVISIONAL CLASSIFICATION

Derangement

Central or symmetrical

Unilateral or asymmetrical above elbow

Unilateral or asymmetrical below elbow

Directional Preference:

Dysfunction: Direction

Postural

OTHER subgroup:

Drivers of pain and / or disability:

Contextual

Cognitive

Emotional

Comorbidities

PRINCIPLES OF MANAGEMENT

Education

Exercise type

Frequency

Other exercises / interventions

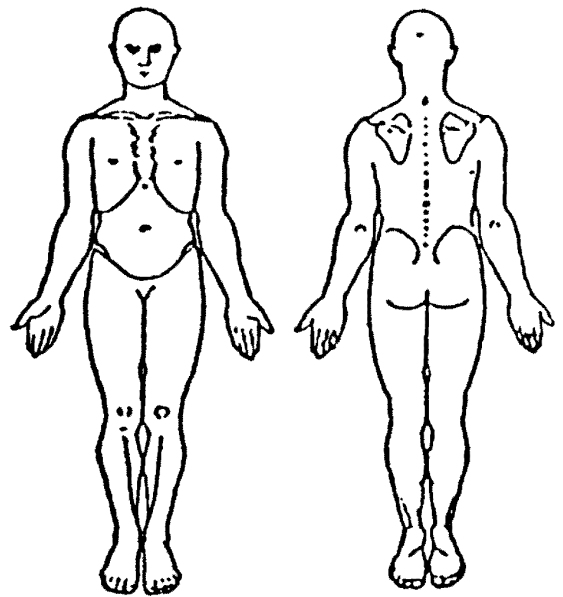
Management goals

Signature



THE MCKENZIE INSTITUTE THORACIC SPINE ASSESSMENT

Date _____
Name _____ Gender _____
Address _____
Telephone _____
Date of Birth _____ Age _____
Referral: GP / Orth / Self / Other _____
Work demands _____
Leisure activities _____
Functional limitation for present episode _____



Outcome / Screening score _____
NPRS (0-10) _____
Present symptoms _____
Present since _____ improving / unchanging / worsening
Commenced as a result of _____ no apparent reason
Symptoms at onset _____
Constant symptoms _____ Intermittent symptoms _____
Worse bending sitting / rising turning neck / trunk standing lying
 am / as the day progresses / pm when still / on the move
 other _____
Better bending sitting / rising turning neck / trunk standing lying
 am / as the day progresses / pm when still / on the move
 other _____
Disturbed sleep yes / no Sleeping postures: prone / sup / side R / L Pillows: _____

Previous spinal history _____
Previous treatments _____

SPECIFIC QUESTIONS

Cough / sneeze / deep breath _____ Gait / Upper Limbs: normal / abnormal
Medications: _____
General health / Comorbidities: _____
Recent / relevant surgery: yes / no _____
History of cancer: yes / no _____ Unexplained weight loss: yes / no _____
History of trauma: yes / no _____ Imaging: yes / no _____
Patient goals / expectations / beliefs: _____

EXAMINATION

POSTURAL OBSERVATION

Sitting: *erect / neutral / slump* Protruded head: *yes / no* Change of posture: *better / worse / no effect* _____
 Standing: *neutral / kyphotic* _____
 Other observations / functional baselines: _____

NEUROLOGICAL (upper and lower limb)

Motor deficit _____ Reflexes _____
 Sensory deficit _____ Neurodynamic tests _____

CERVICAL SPINE REPEATED MOVEMENT TESTING

MOVEMENT LOSS	Maj	Mod	Min	Nil	Pain
Flexion					
Extension					
Rotation R					
Rotation L					
Other					

Rep Pro _____
 Rep Ret _____
 Rep Ret Ext _____
 Rep LF - R _____
 Rep LF - L _____
 Rep ROT - R _____
 Rep ROT - L _____
 Rep Flex _____

TEST MOVEMENTS **Describe effect on present pain – During:** produces, abolishes, increases, decreases, no effect, centralising, peripheralising. **After:** better, worse, no better, no worse, no effect, centralised, peripheralised.

Symptoms during testing	Symptoms after testing	Mechanical response	
		Effect - ↑ or ↓ ROM or key functional test	No effect
Pretest symptoms sitting _____			
FLEX _____			
Rep FLEX _____			
EXT _____			
Rep EXT _____			
Pretest symptoms lying _____			
EIL (prone) _____			
Rep EIL (prone) _____			
EIL (supine) _____			
Rep EIL (supine) _____			
Pretest symptoms sitting _____			
ROT - R _____			
Rep ROT - R _____			
ROT - L _____			
Rep ROT - L _____			
Other movements _____			

STATIC TESTS Flex / Ext / Rotation / Other _____ **OTHER TESTS** _____

PROVISIONAL CLASSIFICATION

Derangement Central of symmetrical Unilateral or asymmetrical
 Directional Preference: _____
Dysfunction: Direction _____ **Postural** **OTHER** subgroup: _____
Drivers of pain and / or disability: Contextual Cognitive Emotional Comorbidities

PRINCIPLES OF MANAGEMENT

Education _____
 Exercise type _____ Frequency _____
 Other exercises / interventions _____
 Management goals _____
 _____ Signature _____



THE MCKENZIE INSTITUTE LUMBAR SPINE ASSESSMENT

Date _____

Name _____ Gender _____

Address _____

Telephone _____

Date of Birth _____ Age _____

Referral: GP / Orth / Self / Other _____

Work demands _____

Leisure activities _____

Functional limitation for present episode _____

Outcome / Screening score _____

NPRS (0-10) _____

Present symptoms _____

Present since _____ improving / unchanging / worsening

Commenced as a result of _____ no apparent reason

Symptoms at onset: back / thigh / leg _____

Constant symptoms: back / thigh / leg _____ Intermittent symptoms: back / thigh / leg _____

Worse bending sitting / rising standing walking lying
am / as the day progresses / pm when still / on the move
other _____

Better bending sitting standing walking lying
am / as the day progresses / pm when still / on the move
other _____

Disturbed sleep yes / no Sleeping postures: prone / sup / side R / L Surface: _____

Previous spinal history _____

Previous treatments _____

SPECIFIC QUESTIONS

Cough / sneeze / strain Bladder / Bowel: normal / abnormal Gait: normal / abnormal

Medications: _____

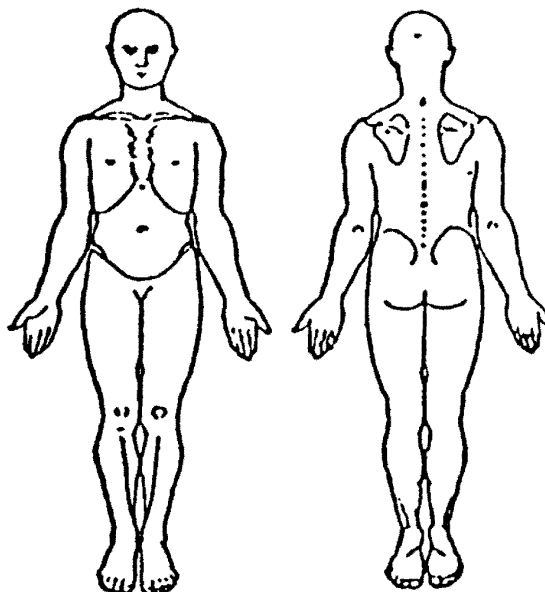
General Health / Comorbidities: _____

Recent / relevant surgery: yes / no _____

History of cancer: yes / no _____ Unexplained weight loss: yes / no _____

History of trauma: yes / no _____ Imaging: yes / no _____

Patient goals / expectations / beliefs: _____



EXAMINATION

POSTURAL OBSERVATION

Sitting: *lordotic / neutral / kyphotic*

Change of posture: *better / worse / no effect* _____

Standing: *lordotic / neutral / kyphotic*

Lateral shift: *right / left / nil*

Shift relevant: *yes / no*

Other observations / functional baselines: _____

NEUROLOGICAL

Motor deficit _____ Reflexes _____

Sensory deficit _____ Neurodynamic tests _____

MOVEMENT LOSS	Maj	Mod	Min	Nil	Symptoms
Flexion					
Extension					
Side gliding R					
Side gliding L					
Other					

TEST MOVEMENTS Describe effect on present pain – **During:** produces, abolishes, increases, decreases, no effect, centralising, peripheralising. **After:** better, worse, no better, no worse, no effect, centralised, peripheralised.

Symptoms during testing	Symptoms after testing	Mechanical response	
		Effect - ↑ or ↓ ROM or key functional test	No effect
Pretest symptoms standing _____			
FIS _____			
Rep FIS _____			
EIS _____			
Rep EIS _____			
Pretest symptoms lying _____			
FIL _____			
Rep FIL _____			
EIL _____			
Rep EIL _____			
Pretest symptoms _____			
SGIS - R _____			
Rep SGIS - R _____			
SGIS - L _____			
Rep SGIS - L _____			
Other movements _____			

STATIC TESTS

Sitting slouched / erect / lying prone in extension / long sitting _____

OTHER TESTS _____

PROVISIONAL CLASSIFICATION

Derangement Central or symmetrical Unilateral or asymmetrical above knee Unilateral or asymmetrical below knee

Directional Preference: _____

Dysfunction: Direction _____ **Postural** **OTHER** subgroup: _____

Drivers of pain and / or disability: Contextual Cognitive Emotional Comorbidities

PRINCIPLES OF MANAGEMENT

Education _____

Exercise type _____ Frequency _____

Other exercises / interventions _____

Management goals _____

Signature _____

Guidelines for spinal form completion (May 2019)

History: <i>Patient responses are recorded but supplemented by the clinician as appropriate</i>	
Referral:	Circle the appropriate, may record date of follow-up appointment.
Work demands / leisure activities:	Work demands: Record work activities and indicate frequency of activity e.g. 50% sitting, 50% standing. Other types of stresses can also be noted e.g. pressure from deadlines Leisure activities: Record leisure or hobby activities and indicate frequency of activity e.g.; 75% sitting, 25% bending or could say walking 3 x week 40 mins, gardening 3 hours/week for example. Can note activity level in general e.g. 'sedentary' or 'very active'
Functional limitation for present episode:	Ask patient to identify specific activities that they are unable to perform or have difficulty performing because of their current symptoms.
Outcome / screening score:	Record the specific outcome measure or screening tool being used, and the score.
NPRS Score:	Ask the patient the intensity of their pain, include the intensity of the most distal. Can use a pain range, or use the average intensity of pain.
Body Chart:	Used to record "all symptoms this episode" i.e. all the symptoms the patient has experienced this episode. All symptoms may not still be present.
Present Symptoms:	Record the location/type of symptoms that are still concerning the patient. This may differ from the body chart as not all may still be present. Timeframe can be noted e.g. back pain only in last 48 hours
Present Since:	Usually given in weeks or days. Can write a specific date if known or if needed for legal reasons.
Improving / Unchanging / Worsening:	Circle as appropriate, and ask patient how, or in what way their symptoms are improving or worsening.
Commenced as a Result of:	If appropriate describe mechanism of injury e.g. lifting and twisting Or circle 'no apparent reason'.
Symptoms at Onset:	Circle the time frame of onset of initial pain e.g. circle "back", then record onset of other symptoms.
Constant / Intermittent:	Circle as appropriate. Back = to gluteal fold, Thigh = above knee, Leg = below knee, Neck = to tip of shoulder, Arm = shoulder to elbow, Forearm = forearm to hand.
Better / Worse Section:	Recording

Guidelines for spinal form completion (May 2019)

	<i>Circle</i> for always – if not clarified this means immediate pain response. If relates to time need to clarify outside the circle with e.g. 10minutes, prolonged. <i>Line under</i> – sometimes. <i>Oblique line through</i> – no effect. Put a ? above activity if patient still unsure even after further questions, rather than leave blank. If patient presents with two unrelated areas of symptoms, indicate which activities affect which symptom.
Disturbed Sleep:	If always circle Yes, sometimes underline Yes. Not affected circle No. If was previously circle Yes but write “previously”.
Sleeping Postures:	Circle usual, indicate if unable to use this because of current pain and indicate present position – best and worse.
Surface / pillows:	Note surface (for lumbar) and pillow number and type (for cervical) if appears relevant.
Previous spinal history:	Write if episodic, document previous location of symptoms, length of previous episodes, severity of episodes, and if symptom free between episodes.
Previous treatments:	Record what treatments they have had for this episode and, if appropriate, what treatments they have had for previous episodes. Indicate if anything has previously helped.
Specific Questions:	Circle appropriate answers and write any clarifications on the lines provided.

Physical Examination:	
It is not essential to perform all components of the Physical examination with every patient. If any section is not performed an oblique line is drawn through it.	
Postural Observation:	Circle appropriate response.
Change of Posture:	Circle response and indicate which pain changes and to which posture change, if appropriate.
Other Observations / functional baselines	Record any significant observations e.g. wasting, swelling, redness etc. Note relevant functional baselines e.g. reaching, squatting.
Neurological Examination:	Qualify which deficit in each section, recorded if abnormal, e.g. decreased S1 reflex. Can add Babinski / Clonus to reflexes if required. Record as “normal” if testing was normal. Oblique line through if not applicable

Guidelines for spinal form completion (May 2019)

Physical Examination:	
Movement Loss:	The boxes Maj/Mod/Min/Nil can be used as a line i.e. more as a continuum. Can also record if symptoms or 'stiffness' is limiting movement in 'symptom' box, if patient is reporting pain, indicate location of the pain.
Test Movements:	If the order of the test movement is performed differently to that on the form, number the order. Can also record the total number of repetitions performed Symptomatic response - Use standard terms only. Monitor and describe effect on all symptoms, especially the most distal. Mechanical response – put up or downward arrow in appropriate box. Can indicate which movement has been affected by the change if it is different to the one being tested.
Static Tests:	Circle the position performed in and record with standard "After" words.
Other Tests:	State which tests and the response achieved.
Provisional Classification:	Circle the classification. For Derangement, record the pain location and the Directional Preference. For Dysfunction, record the direction. For OTHER, record the sub-group. Circle any relevant drivers of pain and disability and note details on the line below
Principle of Management:	Education - Record specifics, e.g. posture change, temporary avoidance of flexion, reassurance etc. Exercise Type - Document the specific exercises provided to the patient. e.g. RFIL, and note Frequency Document any other exercises or interventions given Management Goals – Indicate what you expect to change by next visit and things you wish to reassess on Day 2. The patient's short and long term goals can be recorded also.

Rationale for spinal form changes (May 2019)

HISTORY		
Old form	New form	Rationale for changes
Sex	Gender	To accommodate for all possibilities
Work: Mechanical stresses	Work demands	To make it clear we are looking at more than just mechanics, but also psychosocial demands
Leisure: Mechanical stresses	Leisure activities	This should give a broader scope and insight into 'out of work' time
Functional disability from present episode	Functional limitation for present episode	The word "disability" is suggestive of something that cannot be changed
Functional disability score	Outcome/screening score	Encompasses broader range of baseline measures
VAS	NPRS	NPRS in more common usage
Surface: firm/soft/sag	Surface	Open to other options
Previous episodes/year of first episode	Deleted	Deemed to not be essential to have that detail
Previous history	Previous spinal history	Need to be clear this is specific for spinal history
Medications: Nil/NSAIDs etc.	Medications _____	Normally have to be specific for the medication, so cuts down on duplication
General health; good/fair/poor	General health / comorbidities	Questioned usefulness of categorisation. Added comorbidities as a potential driver of disability
Night pain	DELETED	Evidence suggests dubious value as a red flag AND can cover it above
	History of Cancer	Helpful as a red flag
Recent or major surgery	Recent/relevant surgery	Relevant deemed more important than major
	Patient goals/expectations/beliefs	Important to state after history

EXAMINATION		
Old form	New form	Rationale for change
Sitting; good / fair / poor	Sitting: lordotic / neutral / kyphotic	More objective. Good or poor dependent on classification
Correction of posture	Change of posture	Correction implies that this is best posture for all
Standing; good / fair / poor	Standing: lordotic / neutral / kyphotic	As for sitting

Lordosis: red / acc / normal	DELETED	Captured in new standing observation
Dural signs	Neurodynamic tests	More current terminology
Movement loss....pain	Movement loss....symptoms	Movement may be limited by other symptoms than pain
	Movement loss...additional line for other movement	Gives room for other movement baseline if needed
Test movements...	Single movement blacked out	Makes it clear that after effect and mechanical effect is for after RMs , rarely for single movement
	Test movements...additional line for other movement	Gives additional line for other RMs explored
	Added 'key functional test'	Can note functional baseline change here
Static tests...	consolidated	Space needed elsewhere
Derangement location	Location written out	Locations written out for ease
	Directional Preference	Specified under classification
	Drivers of pain and disability	Documentation is explicit here
Principles of Management	Deleted 'equipment' & 'mechanical therapy' and 'principle'	Attempt to make this section clearer as to what goes where
Treatment goals	Management goals	'Management' is broader
	Signature	Need a designated space for this

Ipsilateral Shift Treatment Pathway

