

# OSTEOPATEN

www.osteopati.org

## PATOLOGI OG RØDE FLAGG i klinikk

- se fra side 7



### NOF

Fullverdig medlem  
av EFO  
- se side 5

### En vond hofte til besvær

- se side 6 - 7

### Detaljert kursoversikt

for 2016  
- se side 5 - 6

## KONTAKTOPPLYSNINGER:

Koordinator: Helge Skåtun,  
Kjernåsvn. 13 A,  
3142 Vestskogen  
Redaktør: Tom Eirik Bjørkli  
tombjorkli@gmail.com  
Tlf. 41 66 83 51  
Faktura-/postadr.: NOF, p.b. 6731,  
Etterstad,  
0609 Oslo  
E-post: nof@osteopati.org  
Webadresse: www.osteopati.org

## STYRET I NOF:

- Leder:.....Helge Skåtun  
e-post: helge@blibedre.com
- Styremedl:.....Tomas Collin  
e-post: tomas.tc@gmail.com  
Tlf. mob: 907 21 456
- Styremedl:.....Morten Kittelsen  
e-post: osteomorten@gmail.com  
Tlf. mob: 913 28 430
- Styremedl: Christin Stormyr  
e-post: cistormy@yahoo.no  
Tlf. mob: 990 45 330
- Styremedl:.....Ronja S. Lund  
e-post: ronja.lund@nhck.no  
Tlf. mob: 976 83 833
- Varamedl:.....Jan-Kristian Huus  
e-post: jkhuus@vesthelse.no  
Tlf. mob: 994 01 264
- Varamedl:.....Matias K. Fjeld (stud.)  
e-post: mkfjeld@gmail.com

## ADRESSEFORANDRINGER:

## VIKTIG!

Ved utsendelse av mail til våre medlemmer, får vi stadig mailer i retur pga feil e-mail-adresser etc. Vennligst gi beskjed til oss umiddelbart når du skifter e-mailadresse! Det er selvfølgelig også viktig å melde om ny postadresse og telefonnummer.

## PASIENTBROSJYRER:

kan du bestille fra NOF:

Ved kjøp av 500 brosjyrer: kr 1,- pr. stk  
Ved kjøp av 250 brosjyrer: kr 2,50 pr. stk  
Ved kjøp av 100 brosjyrer: kr 3,50 pr. stk  
Alle priser eks. moms + porto



## Redaktøren har ordet



Kjære lesere!

Osteopaten kommer i ny drakt i 2016, og forhåpentligvis klarer vi å gjøre den mer og mer interessant for medlemsmassen vår. I den første utgaven i 2016 har vi satset på caser som har vist seg å være mer komplekse enn hva som var rimelig å anta ut fra det generelle symptombilde.

Mønstergjenkjenning er ofte ansett som en positiv klinisk ferdighet, hvor erfaring hjelper terapeuten med å raskere finne de riktige valgene basert på tidligere liknende hendelser. Jeg tror mønstergjenkjenning kan være en god venn, men også en farlig hvilepute som kan forlede oss i å glemme at hver pasient er ett potensielt alvorlig patologisk tilfelle inntil det motsatte er bevist.

Når jeg har lest gjennom hver enkelt case i denne utgaven minner meg alle om en eller flere pasienter jeg har hatt i senere tid. Det fungerer for meg som en god anledning til refleksjon om hvorvidt jeg hadde avdekket underliggende patologi dersom de også hadde det. Jeg håper det.

Mvh  
Tom Eirik Bjørkli

## Leder



Kjære lesere!

Håper det nye året har startet bra for dere alle! Nytt år og nye muligheter, NOF har ønske om å bli enda mer synlig i 2016!

Synlighet #1 - I den forbindelse har vi satt i gang ID -kampanje hvor vi poster medlemmenes egne utsagn om hvorfor de er osteopat. Dette har resultert i veldig mange og fine tilbakemeldinger som gjør at vi kanskje syns det er enda mer gøy å være osteopat?!

Jeg likte veldig godt Jo sin bemerkning: Hvorfor osteopati? - fordi det er perfekt for pasienten! Det vil komme et par nye fjes med nye herlige utsagn hver uke fremover!

Synlighet #2 - NOF har fått ny WEB side, som er integrert med Regweb og derved og ny innlogging på sidene. Tidligere kunne alle logge seg inn med det utrolig vanskelig å knekke brukernavn og passord (Osteopat og Still), men nå kan dere logge dere inn med deres registrerte epost og passord som dere får tilsendt om dere glemmer det. Nytt på innsiden av vår webportal er en bedre måte å registrere faglig oppdatering, du kan finne fakturaene dine her, så trenger du en kopi kan du skrive den ut fra den siden.

Synlighet #3 - "Finn din osteopat", har fått ny form og farge, den henter nå sine opplysninger fra firmaopplysningene du har registrert i Regweb, hvilket igjen vil si at om du er en av de mange som ikke har oppdatert denne infoen så finner hverken vi eller kundene dine deg der. Så gå inn og oppdater informasjonen din! Jobber du flere steder kan du sende meg en mail så vil jeg lage flere profiler på deg!  
Synlighet #4 - NOF var representert på Helsemessen på Lillestrøm i år - kanskje vanskelig å måle synligheten der men tilbakemeldingene så langt har vært bra - Stor takk til Tomas, Christin, Matias i styret og Andreas Ryde og Andreas Aasen, veldig bra innsats!

NOF sitt årsmøte blir noe senere i år, avvikles 2 april, og i den sammenheng har vi og en fagdag med gode forelesere som vanlig! Temaet blir variert og spennende, les mer om det annet sted i bladet. Til årsmøtet har det foreløpig ikke kommet inn noen "spennende" eller kontroversielle saker, men fristen for å sende inn saker er satt til 2. mars, så det var fortsatt tid igjen da bladet gikk i trykken. Vi trenger stadig medlemmer i diverse verv og komiteer så har du ønske om å være med på å utvikle faget fra innsiden er du hjertelig velkommen til å bli med!

Håper å se dere alle på fagdag og årsmøte og ønsker dere alle en riktig god vinter og gryende vår!

Mvh Leder NOF  
Helge Skåtun

**Markedets eneste totalleverandør!**



 **PHYSICA**

Utvikling | Leveranse | Drift | Support

35 05 79 10 | [physica.no](http://physica.no)

Har du som medlem hørt om de **FORDELAKTIGE PRISENE** du får hos oss i henhold til avtalen med **NORSK OSTEOPATFORBUND?** Send bestilling / forespørsel til [salg@fysiopartner.no](mailto:salg@fysiopartner.no). Referer til avtale1001\*

## TRYKKBØLGEBEHANDLING

BE OM DEMONSTRASJON OG PRIS



nyhet



PERI-ACTOR®  
»sphere«



PERI-ACTOR®  
»scrapper«



PERI-ACTOR®  
»knuckle«



PERI-ACTOR®  
»scoop«



SPINE-ACTOR®  
1: 20 mm



SPINE-ACTOR®  
2: 27,5 mm



SPINE-ACTOR®  
3: 35 mm

### »ultra« Line radierende og fokuserende trykkbølge

- Unike applikasjonskontroller fra selve håndstykket!
- Integret display
- Nytt og innovativt ergonomisk design
- Nytt håndstykke fokuserende (F)
- Stort utvalg applikatorer
- Peri-actor og Spine-actor applikatorer (R)
- Kompatibel for alle applikatorer (R)
- Forhåndsinnstilte protokoller
- Integret "silent air power"
- Lave vedlikeholdskostnader

**STORZ MEDICAL**

Fysiopartner tilbyr noen av markedets mest avanserte, effektive og minst smertefulle apparater innen trykkbølgeterapi levert av Storz Medical AG.

## EKSklusivt i Norden!

INTRODUKSJONSKAMPANJE\*

- Vi er nå eksklusiv forhandler av anerkjente Thera-Band®
- Stort utvalg flate og tubestrikker
- Samme fargemerking angir motstand for alle produkter
- Opp til 7 forskjellige styrkegrader i en serie
- Suksessiv øking av motstand ved trening og behandling
- Latexfrie flate strikker finnes også i sortimentet



nyhet

-15%



Motstand i kg ved 100% utstrekkning
1,1 kg
1,4 kg
1,7 kg
2,1 kg
2,6 kg
3,3 kg
4,6 kg
6,5 kg

**THERABAND** **CLX**

Annet utstyr du finner hos oss:



UTSTYR TIL TRENING OG HELSE – når kvalitet og kompetanse teller!

Fysiopartner AS | Peter Møllers vei 5A | 0585 Oslo | T: 23 05 11 60 | [salg@fysiopartner.com](mailto:salg@fysiopartner.com) | [www.fysiopartner.no](http://www.fysiopartner.no)

\* Kampanjeperioden varer fra 1. februar til 31. mai 2016.

## NOF er nå fullverdig medlem av EFO!

I begynnelsen av februar 2016 representerte Tomas Collin og Christian Stormyr NOF i forbindelse med årsmøte i EFO.

Som sikkert mange av dere husker er EFO den store europeiske utøverorganisasjonen for osteopater. EFO har eksistert lenge, og har gjennom årene hatt både opp og nedturer. Styret i NOF har dog sett at det skjer mye positivt i EFO, og at det nå var på tide at vi involverte oss mer i det som skjer også utenfor Norge.

Norge er ikke medlemmer i EU, men ser mye til sine naboland og Europa hva gjelder helsepolitiske føringer og ikke minst i autorisasjonsspørsmålet.

Flere europeiske land har fått på plass autorisasjon og regulering av osteopati. Siste tilskudd er Portugal, som akkurat nå jobber med siste finpuss på hvordan regulering skal håndteres.

Dersom våre nærmeste naboer Sverige og Danmark skulle få på plass autorisasjon, så ville det være til stor hjelp for osteopaterne i Norge.

I EFO gjelder en stemme per land, så det betyr at Norge teller like mye som andre "store" land ved voteringer på årsmøtet. Vi kan ha reell innflytelse på valg og prioriteringer. For mer informasjon om EFO se linken: <http://www.efo.eu/> Siden til EFO er under oppgradering, så akkurat nå er det litt mangelfullt, men vil forhåpentligvis bli bedre innen kort tid.

I forberedelse til årsmøtet i EFO, så har også styret i NOF hatt kontakt med våre skandinaviske naboer og blitt enig om etablere et nettverk vi foreløpig kaller "Scandinavian Forum for Osteopathy". Grunnet til navnet er at vi blitt enig om engelsk som kommunikasjonspråk slik

at alle, både finner, dansker, svensker og islenderne skal forstå hverandre lettest mulig. Målet er at vi skal bli flinkere til å holde hverandre orientert om viktige saker i Skandinavia og ha en lav terskel for å snakke sammen.

Vi håper og tror dette vil være nyttig både for oss og våre kolleger i Skandinavia. Et konkret eksempel er å hjelpe hverandre med hvordan vi jobber opp mot forsikrings-selskap for å få flere til å dekke osteopati-behandling.

Tomas Collin  
Nestleder NOF



## KURS

### KURS 1

**Dato: 11. -13. februar.**

**Sted: Sundbyttet**

**Foredragsholder:**

**Drs. Jean Marie A.T. Beuckels**

D.O. (GB/B/D), BSc(Hons.) Ost. Med. (GB) P.T. (B), MSc Mot. Rehab (B), PGCHE (D)  
Head of Department Osteosopathy, Osteopathic Medicine & Research  
Institute for Integrative Medicine.  
Chair of Medical Theory, Integrative and Anthroposophical Medicine  
School of Medicine  
Faculty of Health.  
University Witten/Herdecke (Germany)  
Head of Osteopathic Education  
Ecolea University of Cooperative Education - Schwerin (Germany)  
Faculty Staff - International Flying  
Faculty Staff  
European School of Osteopathy - Maidstone  
Greenwich University (UK)  
Towards total osteopathy and its priority of treatment: an osteosophical conceptualisation

All osteopathic practitioners and physicians were taught during their education that the body is a totality. However, osteopathic manual medicine attempts mainly with different osteopathic techniques to address

different bit and pieces of that totality. Up to today, a whole panorama of osteopathic manual techniques emerged in osteopathic medicine. Comparing these techniques amongst each other, it can be noticed that they seem to cover different levels of the matter-motion-mind organcity: different neurophysiological pathways seem to reorganise after their modifying input in morphological expression processes of life.

A more important mode - besides technique engineering - that osteopathic medicine has embraced since its birth is an osteopathic thinking process in causality and totality, considering modifications of the morphological ontogenetic expression of life: osteosophy.

Different osteosophical teachings cover causality and consider primary and secondary dysfunctions or lesions. Within the process of causality, a specific constellation of dysfunctions keeps the patient's body in an adapted form. From an osteosophical point of view, there is a priority mechanism to unlock the causality process in time & space. Osteosophy allows the osteopathic practitioner or osteopathic physician to conceptualise test-& treatment-procedures through which osteopathy can be perceived in its totality.

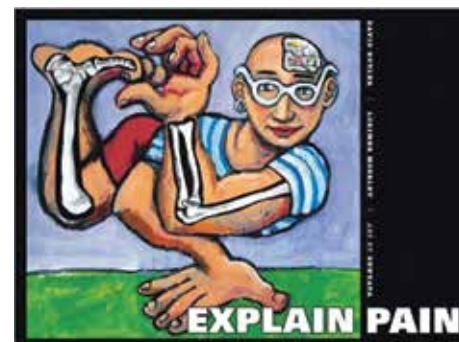
### KURS 2

**Dato: 11-12 juni 2016**

**Sted: sundbyttet**

**Foredragsholder:**

**Jim Beames Physioterapist  
MSc BSc (Hons) MCSP**



**Tema: Expalin pain**

The Explain Pain two day seminar expands on Butler and Moseley's popular book of the same name. This seminar extracts novel paradigms, therapeutic stories and strategies from the neuroscience revolution for use to facilitate conceptual change for both patient and provider. Rehabilitation counsellors and lawyers will benefit. Movements, the seminar is delivered in a way in which any

professional working in the areas of pain and stress such as physiotherapists, occupational therapists, doctors, chiropractors, rehabilitation counsellors and lawyers will benefit.

Neuroscience can be fun. You'll be introduced to the newest knowledge about pain 'neurotags', 'brain ignition nodes', zinging and zapping nerves, smudging in the brain and backfiring nerves. You will learn about how the immune, sympathetic and cortisol systems are critical in a pain experience. Patients can understand far more neuroscience than most health professionals realise meaning that potent coping strategies may not be getting to the public. Explain Pain provides a way of knowledge transition.

The course also includes the graded motor imagery programme of laterality reconstruction, motor imagery and mirror therapy - exciting and novel ways to engage the brain based processes known to be involved in neuropathic pain.

### KURS 3

**Dato: 28.- 30. okt. 2016**

**Sted: Sundbyttunet**

**Foredragsholder:**

**Peter Levin Osteopat**

**DO og Heilpraktiker**

**Medforfatter av boken**

**Peritoneal Organs.**

**Tema: When to treat?**

**- Chronology of dysfunction in Osteopathy and in a visceral treatment plan.**



The chronology of treatment has a major impact on the acceptance and efficiency of the osteopathic approach. Clinical Osteopathy is guided by the three cardinal questions: What to treat? How to treat? When to treat? In Visceral Osteopathy the what-to-treat-question was answered by the assessment of hyper- and hypo- activity, while the how-question led to an appreciation of

the mechanical qualities of the organ characters. Knowing when to treat evokes the natural laws of sustaining function and developing dysfunction.

The seminar explores different ways of chronology and hierarchy in a visceral treatment situation. By looking at the gastrointestinal and vascular organs the seminar focuses on the palpation and understanding of chronology in health and disease, in real life and in Osteopathy.

Da håper jeg dette faller i smak og vi mottar fortsatt ønsker, men ber om forståelse for at ikke alle får oppfylt ønskene sine på en gang. Vi har allerede flere forslag for 2017, men vi ønsker fortsatt innspill fra dere hva dere ønsker videre.

Med vennlig hilsen kurskomiteen

## VI MINNES



### VIOLA FRYMAN D.O 1921-2016

Minneord ved Christin Stormyhr



The most damaging thing we can do to anybody is lay our expectations on them. According to conventional medicine, there is no hope for some of the children I treat. If you take away hope, what have you got? I don't consider the children I see to be handicapped. They see life as it is, and if they can't do something one way, they'll do it another. It makes their chances of progress so good."

"Mirakel-doktor" ble hun kalt av foreldre til barna som hun hjalp. For sine studenter som kom fra osteopatiske skoler i hele verden var hun mentor, en mesterlig lærer og leder. For sine kolleger var hun en internasjonalt anerkjent foreleser, forsker og pioner. For sine mange kritikere ble hun betraktet som en vranglærder som brukte uvitenskapelige metoder.

Hennes forskning innen osteopati og behandling av barn gav henne et uttall priser og æresmedlemskap over hele verden. Men hun var også i rettsaker der hennes praksis ble kritisert men hun mistet ikke sin autorisasjon.

Hun viet sitt liv til å behandle barn og var en foregangskvinne innen osteopatisk behandling av barn. Hennes lidenskap var tilstander som var ansett som vanskelige å behandle av konvensjonell medisin. Denne lidenskapen førte henne til å grunnlegge et behandlingssenter som skulle møte alle behov for alle barn - The Osteopathic Center for Children i San Diego.

I London på 1940-tallet studerte hun medisin og ble raskt frustrert over utilstrekkeligheten i det medisinske systemet. Hun hadde i barndommen opplevd at faren hennes ble behandlet av en osteopatisk lege med stort hell så hun dro til USA for å lære osteopati. Der traff hun på Dr.Sutherland og var i 1952 på en forelesning som forandret hennes liv og osteopatien for alltid. Hun hadde selv i 1949 mistet sin sønn etter en langvarig og traumatisk fødsel med følgetilstander av bla ukontrollert oppkast, utrøstelig gråt og vanskeligheter med å innta næring. Ingen konvensjonell medisin hadde hjulpet og sønnen hennes døde.

Dr. Sutherland foreleste tilfeldigvis i nøyaktig anatomisk detalj om hvordan en langvarig og traumatisk fødsel kunne forårsake slike symptomer. Dr Fryman kjente seg igjen i symptombildet og fortsatte å studere under Dr.Sutherland for å lære seg å kjenne bevegelsene i kraniet som Dr.Sutherland påsto var tilstede. Resultatene hun etterhvert opplevde under behandlinger overbeviste henne om effektiviteten i denne tilnærmingen. Hun studerte Dr.Sutherland intenst hans siste leveår og bestemte seg for at det var helt unødvendig for barn å lide etter fødselsskader når det fantes osteopati som kunne lette plagene. Hun skal ofte ha sagt: "det er like lite normalt for et barn å spy etter mating som det er for deg eller meg".

Hun publiserte flere artikler i ulike medisinske tidsskrifter. I 1963 kom hennes første forskningsartikkel om fødselstraume og osteopati hos 1250 barn. I 1971 publiserte hun i medisinsk litteratur sin første artikkel som vitenskapelig dokumenterte bevegelse i det menneskelige kraniet. I 2003 påviste hun ved hjelp av ultralyd hvordan spesifikke osteopatiske teknikker påvirket blodstrømmen i hjernen. Hun har publisert forskning på nyfødte, den kranielle rytme og barn med lærevansker blant flere. American Academy of Osteopathy (AAO) har publisert hennes samlede arbeider i en bok fra 1998. Kontroversiell eller ikke, vitenskapelig bevist eller ikke, vi kan vel trygt påstå at Dr.Viola Fryman har satt store spor i den osteopatiske historien og man kommer ikke utenom henne og hennes arbeider hvis man er interessert i osteopati og pediatri generelt eller craniosacral osteopati spesielt.

Kilder: The Osteopathic Center for Children, wikipedia, healthy.net, quackwatch.org

## Mann 72 år – nakkesmerter. Pensjonert lærer som ble henvist av fastlege grunnet nakkesmerter

### Anamnese

De aktuelle smertene oppstod etter at han hadde jobbet hardt med å skuffe grus og bære sement – han hadde tatt seg helt ut. Dette tunge fysiske arbeidet hadde han holdt på med 5 dager før han oppsøkte lege og så osteopat. Symptomene startet ca 2 dager etter anstrengelsen. Pasienten har tidligere hatt en del nakkesmerter som han relaterte til stress ifm lærerjobben. Pasienten følte kanskje at smertene hadde bedret seg noe siden symptomene begynte. En varm dusj følte han hjalp ift smerter og dersom han lå på venstre side var smertene lite merkbare. Smertene satt hovedsakelig occipittalt og strålte ned til begge skuldrene. Han følte at han til tider ble "tung" i nakken. Smertene var mest intense om morgenen og gikk seg litt til utover dagen. Nattesøvn var stort sett grei, men han kunne våkne av og til av smerter. Pasienten hadde ikke hodepine eller kvalme, men noe svimmelhet – hovedsakelig når han reiste seg fra liggende og sittende. Pas hadde også hatt litt magesmerter, han relaterte dette til familiære årsaker (hans datters firma hadde gått konkurs).

### Funn

- Cervikale bevegelser generelt nedsatt, men mest smerter ved rotasjon og sidebøy til venstre  
- Skulderbevegelser var også generelt nedsatt, men mest smerter på venstre side.  
Jeg merket meg spesielt svakhet i venstre m. biceps, samt noe svakhet i m. deltoideus  
- Dette førte meg videre til reflekstesting, og her var det klart bortfall av venstre biceps og brachioradialis-refleks. Høyre biceps-refleks var u.a. Triceps-refleks var sidelik og u.a.  
- Sensibilitet var sidelikt og u.a.  
Pasienten var generelt palpasjonsømt i det meste av nakkemuskulaturen.

Jeg valgte å ikke undersøke videre eller behandle pasienten på bakgrunn av den unilaterale svakheten og bortfall av biceps og brachioradialis-refleksene. Jeg henviste denne pasienten tilbake til fastlege slik at han kunne henvise videre til bildediagnostikk.

1-2 måneder senere så kom svaret fra MR-undersøkelse og denne viste, dessverre for pasienten, multiple cerebrale metastaser bilateralt, samt en stor tumor i medulla nivå bak C4 og C5 med ødem cranialt og caudalt for tumoren.

Jeg var lettet over at jeg hadde foretatt en nevrologisk undersøkelse og ikke startet opp noe behandlingsforløp da resultatet fra MR ble kjent for meg. Pasienten døde dessverre kun noen uker etter at MR-resultatet ble klart. Moralen her er vel at man heller bør teste nevrologi en gang for mye enn en gang for lite. Muskelkraft og reflekser går fort å teste og de aller fleste pasientene setter pris på dette, jeg har en følelse av at pasientene oppfatter undersøkelsen som mer profesjonell og grundig når dette inkluderes.

Mvh  
Fredrik Marthiniussen

## Kvinne, 48 år – hoftesmerter Sykepleier som ble henvist av fastlege grunnet hoftesmerter

### Anamnese

Pasienten følte at høyre benet hennes var "for langt". Hun hadde også oppdaget at hun klarte å gå ca 3km, så begynte hun å halte. Hun hadde hatt lignende smerter for ca 3 år siden og fikk da hjelp av en naprapat. Hun følte at symptomene hadde blitt verre og verre siste tiden. Hun merket det også litt i ryggen, men ikke i form av smerter – kun stivhet. Hun hadde ikke projiserende smerter i under-ekstremitetene. Litt stivere i ryggen om morgenen, men ikke symptomer i hoften. Føler det går greit å gå i trapper, men hun er litt utrygg på det høyre benet, merker dette litt i jobben hennes. Hun hadde et fall for 5 år siden, falt ned en trapp etter å ha mistet bevisstheten. Hun hadde tatt MR i etterkant som var negativ.

### Funn

På bakgrunn av anamnesen med noe diffuse symptomer så foretok jeg en nevrologisk undersøkelse med kraft, reflekser og sensibilitet. Ved reflekstesting av høyre achilles så ble en clonus tydelig. Dette var også tydelig ved krafttesting av hamstrings og gastrocnemius. Undersøkte henne videre og fant ingen andre tydelige funn, enn litt stivhet lumbalt og i hoften. Lasegue/SLR var negativ bilat. Ingen symptomer i overekstremitetene. Med tanke på symptomene så behandlet jeg denne pasienten varsomt med noen myke teknikker etter undersøkelsen. Jeg henviste også denne pasienten tilbake til fastlegen og time på nevrologisk avd på sykehuset ble bestilt.

Pasienten kom tilbake til meg etter 8 dager etter første konsultasjon, og etter å ha studert litteraturen, så supplerte jeg med å teste babinski, som også var lett positiv på høyre side. Etter dette var jeg ganske sikker i min sak og kort tid etter ble hun diagnostisert med multipel sklerose (MS).

Mvh  
Fredrik Marthiniussen

Fredrik Marthiniussen  
Fasia Osteopati Nøtterøy



## En vond hofte

“

Smertene kom  
alltid tilbake,  
sterkere

En ung mannlig lastebilsjåfør begynner å utvikle diffus smerte i den høyre hofte. Han er tidligere frisk, men har vært langvarig plaget med rygg. Det er ingen kjent sykdom hos førstegradsslektninger. Ubehaget i hoften utviklet seg gradvis og kunne ikke relateres til annet en mye kjøring med lastebil. Smertene er milde, bevegelsesrelaterede og lindres ved hvile. Han oppsøker en manuell behandler tidlig som diagnostiserer ”spenninger” og ”skjevheter” i hofte og rygg. Dette blir behandlet manuelt over ca 10 konsultasjoner med bløtvevsbehandling og manipulasjoner.

Han opplever hver gang at smertene blir lindret, men at effekten av behandlingen bare varer ett døgn.

Han opplever behandlerens funksjonelle forklaringsmodeller på smerten som fornuftige, men føler det er noe mer som er galt.

”Smertene kom alltid tilbake, sterkere”, beskriver han.

Det er en betydelig forverring av smertene i løpet av den første måneden, tross manuell behandling og voltarenkur fra legen. Smertene begynner nå å bli konstante, intense og sprer seg til thorax og skuldre. En måned ut i forløpet blir han grundig undersøkt klinisk av fastlege. Han sleper høyrebeinet etter seg når han går pga smerte og krafttap i bein. Eneste funn fra den kliniske undersøkelsen er redusert kraft i høyre underekstremitet og palpasjonsømheter fra trochanter mot lyske. Pasienten blir sykemeldt uten at dette snur utviklingen.

Den manuelle behandlingen opphører da han ikke lengre klarte å komme seg til konsultasjonen pga smerter. Han har er nå mye trøtt og blir liggende på sofaen. Fastlegen følger pasienten regelmessig opp med sykemelding og smertelindring.

Etter 10 uker sykemelding får han time hos revmatolog som avdekker høye kreatininverdier i blodet, noe som fører til at han blir lagt inn øyeblikkelig med mistanke om nyresvikt. Ved innleggelse er han nå avhengig av rullestol og det noteres at han har hatt et vekttap på 5–6 kg over de siste 4 ukene. På sykehuset diagnostiseres han med beinmargskreft (myelomatose). CT viser multiple lytiske lesjoner i columna og bekken. Han har også en tumor i sacrum som påvirker S1-2 nerverot.

Myelomatose er en relativt sjelden sykdom, spesielt hos unge pasienter. Dette symptombildet kunne vært likt hos en eldre man, hvor det å utvikle hofte-smerter ville vært mindre suspekt. Det som gjør denne problemstillingen aktuell er at plagene ofte vil føre til at disse pasientene søker muskel- og leddbehandling i en tidlig fase. Symptomene i starten av dette tilfellet var uspesifikke med fravær av røde flagg. I klinisk praksis blir ofte røde flagg og differensialdiagnoser vurdert i forbindelse med opptak av sykehistorie i starten av en behandlingsserie. Dette kasuset illustrerer viktigheten av å ha et løpende og reflektert forhold til pasienters videre smerteforløp. Som ”spesialister” på funksjonelle plagetilstander bør vi samtidig være spesialister på å fange opp smerteforløp som er atypiske. Ofte er blir dette bare en kvalitativ følelse av at ”noe ikke stemmer”. Det er da viktig å få den diagnostiske ballen til å rulle for å forhindre tidstyver. Selv om fastlege allerede er involvert er det viktig å sende de kliniske notat med evt bekymringer.

Det gjør at fastlege har et bredere informasjonsgrunnlag til å ta videre beslutninger på.



Dette er et reelt kasus som er basert på intervju av pasient og sykehusjournal. Forfatter har selv ikke vært involvert i utredning og behandling.

Mvh  
Joel Haugeberg BSc DO,  
Tromsø Osteopati

Joel Haugeberg







## En vond hofte 2

En mann i 60 årene begynner å kjenne smerte i venstre hofte ifbm gåturer. Han har tidligere vært aktiv langrennsløper og er i god form. For et par år siden ble han diagnostisert med tykktarmskreft i colon ascendens med spredning til buken. Han er ikke operert og har bare blitt behandlet med cellegift. Han går nå til jevnlig kontroll hos kreftlege. Han har i tillegg til dette hatt tre venstrestilte prolaps i korsrygg som har gitt han langvarige ryggplager med periodevis isjassymptomer i venstre bein.

Den nåværende hoftesmerten oppstod når han gjenoptok aktivitet etter langvarig inaktivitet ifbm cellegiftsbehandling. To uker etter at disse smertene startet kommer han til osteopatikonsultasjon. Smertene utløses av 150 meter gange og lindres av hvile. Smertene kan bli så intense at han må ta pause før han kan gå videre. Ved undersøkelse lokaliserer pasienten smerten dypt i venstre nates. Piriformis er betydelig palpasjonsømt og pasienten føler

at smerten ligner den ved gange. Nevrologisk- og generell undersøkelse er ellers uten anmerkning. Arbeidshypotesen blir at dette er en piriformismyalgi som skyldes rask gjenopptakelse av aktivitet etter langvarig inaktivitet. Dette blir behandlet konservativt med manuell bløtvevsbehandling. Grunnet den korte gangavstanden mistenkes det også at dette kan være et tegn på claudicatio intermittens pga arteriell insuffisiens. Pasientens krefthistorie gjør det spesielt viktig å vurdere dette og om det kan skyldes en progresjon av sykdommen som

fører til et ekstravasalt trykk på bekkenarterier. For å differensiere mellom en arteriell og myogen årsak til smerten blir pasienten bedt om å gå en tur samme kveld etter behandlingen og gi tilbakemelding om eventuelle endringer i symptomer.

Hvis dette er en ren myalgi tilstand ville jeg forvente en bedring i gangavstand i etterkant av den manuelle behandlingen.

“ Smertene utløses av 150 meter gange

Samme kveld gir pasienten beskjed om at han har gått tur og opplevde smerter igjen etter 100 meter gange.

Dette styrker mistanken om en arteriell insuffisiens i bekkenarterie. Det skrives en epikrise som pasienten tar med til rutinemessig kontroll hos kreftlege fire dager senere. Kreftlege vurderer de siste CT bildene som er tatt og finner ingen holdepunkt for arteriell insuffisiens eller progresjon av kreftsykdommen. Fire dager etter kontrollen hos kreftlege kommer det en kontrabeskjed fra sykehuset. Røntgenlegene har gått gjennom CT bildene på ny og har funnet arteriell insuffisiens i bekkenarterier. Denne siste informasjonen kom tre dager før dette kasuset ble skrevet, så historien videre er ennå ukjent.

Mvh  
Joel Haugeberg BSc DO, Tromsø Osteopati



## Det er ikke alltid vi lærer mest når ting går bra

Kjære kolleger.

Jeg ble på kort varsel bedt om å bidra til denne "osteopaten" ved å skrive om et kasus fra min osteopati-praksis, der tegn og symptomer tilsynelatende kunne virke "ufarlige", men der symptomene allikevel viste seg å ha systemisk eller patologisk opphav.

Vi liker vel spesielt solskinnshistoriene best, gjør vi ikke? Særlig de der vi finner den primære lesjonen eller dysfunksjonen (om dysfunksjonen eksisterer er en annen sak) og på mesterlig osteopatisk vis hjelper kroppen å hjelpe seg selv! Alt løser seg og pasienten blir din evig takknemlige fan og støttespiller, i beste "find it, fix it and leave it alone"-stil. Heldigvis opplever vi alle fra tid til annen (noen oftere enn andre antar jeg) slike historier.

Men vi opplever sikkert også det motsatte – å mislykkes. At vi ikke forstår hvorfor pasienten ikke blir bra, når man har gjort det man trodde pasienten trengte for å bli bra? Dette er en del av vår hverdag som terapeuter. Vi praktiserer osteopati, vi tester og behandler, tester igjen og lærer nye ting om våre pasienter, om anatomi og om hvor kompleks kroppen og dens systemer er i praksis. Og ikke minst, vi lærer ting om oss selv som terapeuter.

Hvor ofte opplever vi at pasienter banker på vår dør med et problem som tilsynelatende beskriver tegn og symptomer i muskel-skjelett systemet, men der noe ikke stemmer, og hvor vi enten under undersøkelsen eller tidlig i behandlingsforløpet mistenker patologi?

Hvor ofte bruker vi sikkerhetstester og hvor ofte opplever vi å screene og finne noe som bør henvises til videre medisinsk utredning? Noe data kan tyde på at ca. 1% av de pasientene som kommer til oss med muskel-skjelett symptomer, bør henvises videre, da årsaken er systemisk eller patologisk (1)(2).

### Kasuistikker.

Jeg merker at det er litt "delikat" å skulle dele kasuistikker fra min egen praksis. Faren for å skulle bli avslørt som en totalt inkompetent osteopat virker skremmende.

Men jeg tenker som så, at hvis du var meg (og jeg var deg) ville jeg gjerne ha hørt litt mer om både dine gode og mindre "gode" erfaringer på behandlingsrommet. Det er ikke alltid vi lærer mest når ting går bra.

Jeg skulle gjerne likt å være "flue på vegg" inne hos noen av de "gamle" (les:erfarne) osteopatene i landet, for å se og lære. Som osteopat jobber man mye alene bak lukkede dører. Det kan fort bli til at man står mye alene, uten altfor mye klinisk sparring med andre terapeuter. Ergo, hvor fint hadde det ikke vært om vi alle kunne ha bidratt med en kasuistikk "i ny og ne".

At vi kan være åpne og dele erfaringer, både gode og dårlige! Jeg slår et slag for åpenhet og ærlighet. I disse glansbildetider der alt skal være "sykt perfekt" tror jeg vi har godt av å være litt mer ærlige med oss selv, og med andre.

Med litt kort tid og en stor porsjon ydmykhet skal jeg forsøke å bidra med noe fra min klinikk som omhandler sikkerhet og patologi. Kasus noen forhåpentligvis kan lære noe av. Om ikke det er inspirerende lesning, så kanskje det allikevel kan skape litt ettertanke eller selvrefleksjon. Og det er helt sikkert mange av dere som har mye mer spennende kasus dere kan dele i "Osteopaten" i tiden som kommer. Oppfordring: skriv ned spennende kasus, og send inn til redaksjonen! Fint som en selvrefleksjonsoppgave, og nyttig for andre som kan lære noe av dine erfaringer.

### I trygge hender?

Som MNOF osteopat er man forpliktet til å følge NOFs yrkesetiske retningslinjer (3) for god praksis. Det står i retningslinjene blant annet at vi skal:

- holde oss oppdatert (pkt 2.1)
- holde høy kvalitet og bruke aksepterte faglige normer på bakgrunn av vitenskap og velprøvd erfaring (pkt. 2.2)
- ved undersøkelse og behandling kun ta i bruk osteopatiske metoder som osteopaten kan utføre på en trygg måte. (pkt 2.3)
- Ved mistanke om skade eller sykdom som krever annen medisinsk utredning eller behandling skal osteopaten henvise pasienten til relevant kyndig behandling f.eks. pasientens fastlege. (pkt. 2.3)

Et annen veitablert norm vi har hørt mye om i det siste er "evidensbasert praksis", som består av de tre sammenvevde begrepene:

1. klinisk ekspertise,
2. pasientens verdier og forventninger samt
3. "best evidens" som på godt norsk er: oppdatert kunnskap.



Kilde: <http://med.fsu.edu/index.cfm?page=medicalinformatics.ebmTutorial>

Det virker som om det er allmenn konsensus blant osteopater i Norge idag å være opptatt av å drive evidensbasert osteopati-praksis. Men så er spørsmålet hva som skal til for å være oppdatert på klinisk ekspertise og "best evidence". Vi må heller ikke glemme at pasientenes forventninger også kan forandre seg med tiden. For meg virker det som om pasientene er mer oppdaterte nå enn for bare 10 år siden. Vi lever jo i en tid hvor informasjonsflyt går veldig raskt, og ofte har pasientene lest seg opp før de møter opp på klinikken. Hadde en pasient her forrige uke som sa at han hadde vondt på lateralsiden av ryggen. Han var tydelig kry over det nye ordet han hadde plukket opp. Kan vi påstå at vi er sikre osteopater hvis vi ikke er flinke til å holde oss oppdatert ved å gå på kurs, samt å lese oppdatert litteratur? Joda. Det er mulig, men sannsynligheten for at man holder seg mer oppdatert ved å samhandle og diskutere sammen med andre osteopater på kurs er større. Den kliniske ekspertisen er også noe vi terper på når vi er på kurs. Der lærer vi f.eks. hvordan å utføre behandlingsteknikker på en bedre og sikrere måte, og diskuterer ofte fordeler og ulemper med å gjøre det ene fremfor det andre. Jeg vil komme med den påstand at dersom vi er flinke til å delta på kurs, konferanser etc., så vil vi også være litt mer engasjerte osteopater. Jeg opplever at jeg fort blir smittet av det engasjementet jeg føler hos mange av dere som er mine kolleger. Og når jeg kommer hjem fra kurs, fagdag e.l. så gir det meg et positivt "kick" slik at jeg også blir mer engasjert og stolt av mitt yrke og fag. Det er en effektiv oppvekker som også hjelper meg å holde meg våken

og interessant i den kliniske hverdagen. Det er jo litt kjipt om jeg skulle sovne under et forsøk på å kjenne etter PRM.)

### Medisinsk "screening"

Medisinsk screening er tiltak som gjøres for å identifisere sykdom rasktest mulig, for dergjennom å komme raskere i gang med intervensjoner og tiltak for å unngå unødvendig lidelse eller død.

Selv om "screeningen" kan lede til en raskere diagnose, så er det dessverre ikke alltid slik at testene som utføres nyttiggjør målet. Overdiagnose, feildiagnose og/eller falsk trygghet er noen av bivirkningene ved "screeningen". Derfor er det viktig at de testene man bruker i "screeningen" har høy sensitivitet og akseptabel spesifisitet. (4)

Jeg personlig har ikke avdekket noen trippel A (abdominal aorta aneurisme) ennå. Jeg har dog forsøkt å palpere aorta og dens dype, kraftige slag dypt inni buken samt kjent etter forsinkelse av puls i nedre ekstremiteten kontra hals. Jeg har heller ikke avdekket noen DVT (dyp vene trombose), men har hatt det på differensial-diagnose listen noen ganger. Men det har stort sett blitt silt bort gjennom den kliniske resonneringsprosessen. Jeg har kjent en og annen trytmisk puls, men dette har ikke ført til noen medisinsk diagnose eller oppdagelser av patologi, heldigvis får jeg si. Ei heller har jeg sett noen pasienter med veldig klare tegn på VBI (vertebrobasilar insuffisiens), men jeg har valgt å være varsom med pasienter som skårer høyt på risikofaktorer for VBI.

Jeg vet dog at det er mange osteopater der ute som opplever å finne patologi i sin egen praksis, både AAA, kreft og annen patologi. Jo flere pasienter vi behandler, desto større sannsynlighet er det for at vi kommer borti forskjellige "spennende" kasus. Derfor vil ofte de med lengst erfaring ha de mest spennende anekdotene å fortelle. Vi har jo alle fått servert noen slike anekdoter i løpet av utdannelsen.) Men det er selvfølgelig ikke bare fartstiden som er en faktor her.

Vår kunnskap og nygjerrighet til å ønske å finne ut hva slags symptomer pasienten representerer med er kanskje enda viktigere. Det kan kanskje av og til være fristende å ikke bruke tid på de nødvendige testene, fordi man tenker at man ikke får noe igjen for å bruke dem alikevel. Kanskje grunnet dårlig sensitivitet på testen. Kanskje fordi man føler at man ikke har et godt nok grunnlag (erfaring) for å tolke testen.

Kanskje man har dårlig med tid. Eller kanskje man faller for fristelsen til å konkludere med at sannsynligheten for at det er noe alvorlig er så liten at man lar det passere. Jeg har f.eks. jobbet veldig tett på mange kiropraktorer (har i alle fall observert over 600 kiropraktorbehandlinger), og har sett, spesielt hos de som bruker kortest tid, at det kan bli slurving og lite grundighet over det hele. Vi som osteopater har mye bedre tid. Det er faktisk også nedfelt i NOFs verdier (5) at vi skal være GRUNDIGE!

Så for de av oss som føler seg truffet er det på tide å blåse støvet av stetoskopet og begynne å kikke litt hyppigere i hjelpebøker som "Symptom Sorter", "Osteopathic Clinical Handbook" eller lignende.

Dersom vi skal kunne kalle oss trygge osteopater, må vi være oppdaterte, nygjerrige og grundige. Vi skal vise oss verdige som primærkontakter i tiden som kommer, da vi har mye å bevise som profesjon i Norge.

Ja, det er kanskje 90.000 osteopatiske leger over dammen, og Dr. Still var faktisk først ute med å organisere en grundig utdanning etc. etc. Nordmenn bryr seg ikke så mye om dette. Her i "Noreg" er det som kjent janteloven som er gjeldende, så veien blir kanskje lengre enn vi hadde ønsket for å få nordmenn flest til å innse hvor fantastisk osteopati egentlig er. Utholdenhet og hardt arbeid må til.

### Kort om kasusene.

Siden jeg har hatt kort tid på å skrive disse kasuistikkene, så er det en del informasjon jeg ikke har hatt tilgang til. Jeg må også innrømme at journalen min burde vært bedre ført, da det er noen ting som har gått i glemmeboken. Unnskylldninger, unnskylldninger...

### Kasus 1. Akutt korsrygg hos eldre kvinne.

I sommerferien i fjor (sommeren 2015) fikk jeg en ny pasient som vanligvis går (eller har gått) til en kollega av meg, som på dette tidspunktet var bortreist på ferie. Det var snakk om akutt korsrygg, og det var datteren til pasienten som tok kontakt med meg per telefon og sendte meg en epost etterpå. Gjengir utdrag fra eposten (obs: navn og annen info er selvfølgelig forandret av hensyn til pasienten)

*"Heil*

*Jeg sender mail på vegne av min mor "Hanne Hansen", født .... i 1931.*

*Hun har store smerter i bekken og ben mulig pga. strålebehandling.*

*Hun har problemer med å gå, noe hun normalt ikke har.*

*Ser du har ledig time kl. 13:00, 02:07.*

*Hun går normalt hos Osteopat Ostesen, men han er på ferie og hun trenger hjelp, hun er utredet både av Ostesen og av lege. De sier det er muskulært. Har du mulighet til å behandle henne litt fremover?*

*Med vennlig hilsen..."*

En 84 år gammel dame kommer til meg på klinikken. Det tar lang tid for henne å gå; blir støttet av sin datter når hun går, men for å være 84 år gammel ser hun veldig ung og sprek ut ellers.

Pasienten har nylig vært fulgt opp av lege, så jeg bruker ikke tid på vitale tegn.

Pasienten forteller at hun har hatt vondt i ryggen i 5-6 ukers tid nå.

I begynnelsen var det mest i ryggen, relativt sentralt, men litt mer på venstre side. Så har problemet spredt seg videre i venstre seteregion og hun beskriver strålende smerter på baksiden ned i retning kneet, men ikke forbi kneet.

Status nå er sterke smerter i setet, og så kan hun få problemer med at benet svikter når hun går. Hun beskriver også bilateral gangspærre: det vil si, problemer med å sette det ene benet frem.

### Annen informasjon fra anamnesen; Sykehistorie;

2014 operert for kreft i livmoren. Strålebehandling fra midten av november til midten av januar. I løpet av denne tiden har pasienten ikke kjent smerter i ryggen. Underveis og etter denne behandlingen har hun følt seg utmattet og sliten.

Sykdommer/Medisiner: Lavt stoffskifte, men dette er ikke noe stort problem i hverdagen. Hun får medisinen Concor, for jevn rytme av hjertet, men ikke påvist arytmi forstyrrelse. (??)

Familiesykdommer: Mor hadde kreft i underlivet.

### Undersøkelse.

(ortopedisk, nevrologisk, osteopatisk) Problemer med å stå på ett ben, men ikke problemer med tå eller hæl gange forsåvidt. SLR-test gir smerter i lumbosacral overgang, men ikke nevrologiske utslag utover dette. Smerter i L5 området ved anterior kompresjonstest av spinosene i mage-liggende, ellers greit. Asis kompresjonstest avslører ingen smerter eller funn. Ei heller distraksjonstest eller andre bekkeningstester.

Forts. neste side

Gjør ingen sikkerhetstester utover dette, da jeg føler meg trygg på at pasienten er trygg å behandle, også på bakgrunn fra tidligere undersøkelse av erfaren og dyktig osteopat samt av behandlende fastlege. Sensibilitet, reflekser og styrketester er u.anm., dvs. styrketester blir litt amputert pga. smerter i korsryggen, slik som vanlig er hos akutte pasienter. Osteopatiske tester blir noe begrenset. Smertefull fleksjonstest fremover. Gjør ikke listening på denne pasienten (da jeg på dette tidspunktet ikke følte at den testen var verdifull).

### **Røde flagg: Alderen til pasienten sammen med akutte ryggsmarter. Operert for kreft.**

På bakgrunn av den informasjonen jeg har fått via hennes datter pr. epost, og det hun selv, samt med bakgrunn fra tidligere erfaring med mange akutte ryggpasienter, velger jeg følgende differensialdiagnoser:

- Kink i ryggen – Dysfunksjon i nedre lumbal, akutt type 2. (sannsynlig nok, men litt uvanlig for alderen)
- Lite prolaps, eller skade på diskus (mindre sannsynlig)
- Metastasering/kreft i skjelettet (tenkte ikke på dette da pas. Er screenet av lege)

### **Behandling:**

Velger å forsøke en forsiktig gappingteknikk HVLA. Legger henne opp i posisjon for manipulasjon, og spør om det er smertefullt. Da dette går bra, manipulerer jeg gjennom, noe som går helt fint. Reiser pasienten opp og tester i stående fleksjonstest igjen. Fremdeles vondt på venstre side. Bestemmer meg for å gjøre samme teknikken på motsatt side. Dette går også fint. Ingen unormal ukomfort hos pasienten hverken før eller under manipulasjon. Reiser pasienten opp igjen, og nå er stående fleksjonstest bedre. Hun har mindre smerter. Husker ikke detaljene, men tror jeg gjorde et par ting med setemuskulaturen, m. quadratus lumborum og evt. m. psoas. Pasienten virker bedre når hun forlater klinikken. Hun klarer å gå på egenhånd.

Pasienten kommer tilbake om et par dager. Da hun kommer tilbake et par dager senere, forventer jeg bedring i forhold til første behandling, men pasienten er ikke bra. Hun har like store smerter og har vondt for å gå. Hun hadde følt bedring første dagen, men problemet var akkurat det samme dagen derpå. Da det kan være normal prosedyre for en akutt rygg å ville gå tilbake inn i den samme dysfunksjonen, valgte vi å behandle på samme måte en gang til.

Men denne gangen får vi ikke noe bedring av manipulasjonen. Det er ikke vondt å utføre teknikken, men det skjer heller ingen, eller liten bedring. I motsetning til etter første behandling, så har hun like vondt når hun forlater klinikken som da hun kom.

Pasienten skal tilbake til sin egen osteopat noen dager etterpå.

Jeg forsøker å ringe pasienten en uke etterpå, uten å lykkes i å få tak i henne.

2 mnd senere treffer jeg forsåvidt hennes osteopat på kurs. Han sa forresten, når vi kom inn på pasienten, at det ikke var så rart i at vi begge hadde slitt med å få henne bra, da det var funnet et lite kompresjonsbrudd i bekkenet hennes. Dette har mest sannsynlig kommet som en bivirkning av strålebehandlingen.

Fant følgende fra [www.kreftlex.no](http://www.kreftlex.no) vedrørende brudd etter stråling: Senplager etter strålebehandling: "...Stråling mot bekkenskjelettet kan føre til brudd i knoklene. Bruddene er ofte små og det kan være vanskelig å stille diagnose."(6)

### **Kommentar til case:**

Det er lett i ettertid å se hva man burde gjort annerledes. Den første feilen jeg gjør er at jeg stoler litt for mye på at hun er grundig undersøkt fra før, og derfor legger jeg mindre vekt på undersøkelsen. Journalen min er dessverre noe mangelfull. Det kan derfor være noen avvik og mangler i forhold til hva jeg husker ble gjort av undersøkelser. Jeg kan bl.a. ikke huske at hun klaget over vegetative symptomer (kvalme etc). Jeg noterte bl.a. ikke hva som var gjort av bildediagnostikk fra legens side, men mente å huske det var gjort nok her til å utelukke umiddelbar risiko. Men der tok jeg feil.

### **Kasus 2. Akutt nakke.**

35 år gammel mann kommer til klinikken med nakkesmarter. Har ikke vært plaget mye med dette før, men innrømmer å ha vært litt stiv i nakken i en periode forsåvidt, men bare vanlig nakkestivhet. Smertene har forsterket seg kraftig de siste tre dagene. Vondt i nakken og oppå skuldrene, litt mer venstresidig. Ingen utstrålende smerter til overekstremitet. Vondt å svelge, men føler seg ikke syk eller varm, ikke symptomer på feber. Det vil si han får vondt i nakken når han svelger. Smerten er sterk, veldig sterk! Han merker at han svetter i hendene, og er litt nervøs da han frykter at det er alvorlig. Ikke vondt i nakken ved bruk av armer eller ved inspir/ekspirasjon, men økte smerter ved fleksjon og ekstensjon av nakken. Beskriver smerten til venstre nakkerot, altså cervico-thorakal overgang venstre side.

Går litt bedre ved rotasjon, men kjenner noe på det samme stedet ved rotasjon til både venstre og høyre.

Han er ellers frisk og går ikke på noe medisiner. Har ikke noen arvelige sykdommer som han vet om.

Undersøkelsen viser ikke direkte tegn på neurologisk affeksjon. Ikke positiv Spurlings test. Men veldig positiv Valsalvas manøver (økt trykk i hodet). Gir veldig klar forverring av pasientens symptomer, uten tvil. Finner mild dysfunksjon i øvre thorakal, tilsvarende nivå T4. Finner også noe i nakken, men det virker ikke helt som om dette er avgjørende. Tror jeg forsøkte å behandle litt, men innså etter retesting at dette ikke påvirket problemet. Det var noe annet som gav dette presset inne i halsen, følte jeg. Derfor satte jeg pasienten opp og sa at vi skulle bestille en time hos fastlegen og ta en sjekk evt. et bilde, da jeg trodde det var noe som lå og presset på noe inni halsen/nakken. Pasienten får time hos fastlegen samme dag. Forhøyet crp. Legen finner ikke noe tegn til bakteriell infeksjon og konkluderer derfor at det må være en litt hissig virusinfeksjon i halsen. Behandling: Antibiotika og paralgin forte. Pasienten blir bedre i løpet av relativt kort tid. Symptomene er helt borte fire dager senere. Dette var ikke "osteopat-mat", m a o.

### **Referanser:**

- (1) Kuchera ML: Foundations for integrative musculoskeletal medicine. Philadelphia, Pennsylvania, 2005. Philadelphia College of Osteopathic Medicine.
- (2) Henschke N: Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis & Rheum* 60(10):3072-3080, 2009.
- (3) [www.osteopati.org](http://www.osteopati.org) (var tilgjengelig på den gamle siden inntil nylig)
- (4) <http://emedicine.medscape.com/article/773832-overview>
- (5) <http://osteopati.clients2.no/for-medlemmer/strategiske-plattform/vare-verdier/>
- (6) <http://kreftlex.no/no/KS-PROSEDYRERFASE1/STRALEBEHANDLING/Gyn/Gyn%20cervix%20Primar%20straleterapi/kreftlexFAQ?CancerType=Livmorhals>

### **Thomas E. Røsaker**

Osteopat DO Bsc.,  
Arbeider ved Moss Osteopati og  
Rosenholm Campus på Kolbotn  
bedriftsmarked.



# Mer enn vond nakke

## Innledning

Det å bli spurt om å bidra med en artikkel til Osteopaten denne måneden ser jeg på som en gylden anledning til å lese meg opp på en tidligere kasuistikk. Under studietiden ble det satt av mye tid til dette, noe som ikke alltid lar seg gjøre i en hektisk hverdag. Det er alltid ting vi kunne gjort bedre. Det viktigste er likevel at vi er trygge behandlere.

Den aktuelle pasienten ble sendt videre til utredning hos fastlegen etter to behandlinger hos meg. Nå er det mange måter å tilnærme seg en slik kasuistikk. Hvordan jeg har løst oppgaven er på ingen måte en fasit og mange av dere sitter sannsynligvis med flere gode spørsmål dere ønsker svar på etter å ha lest anamnesen. Etter å ha fått resultatene fra den siste blodprøven hos fastlegen tenker jeg likevel "job done", og pasienten fikk nødvendig medisinsk oppfølging for å bli bedre.

Det har foregått en del diskusjoner i ulike forum på nettet den senere tid rundt bruken av palpasjon. "Listening" teknikker og bindevevsdiagnostikk utgjør en viktig del av min hverdag som osteopat og jeg kunne ikke tenkt meg å jobbe en dag uten. En del av mine osteopatiske funn vil derfor være knyttet opp mot dette.

## Anamnese

Mann, 56 år  
Kontorjobb, trent, sunn livsstil.

Anders (fiktivt navn) kom til meg pga. nakkesmerter som hadde begynt 5-6 uker tidligere. Til å begynne med opptrådte smertene kun på den ene siden av nakken og Anders trodde derfor at han kunne ha lagt litt galt under natten.

Smertene har kun opptrådt lokalt i nakke og skuldre. Ingen neurologiske symptomer ut i armer, rygg eller bryst. Normalt blodtrykk. Ingen tegn til endring i respirasjon iflg. pasienten selv. Ingen kvalme, oppkast eller feber.

I løpet av perioden på 5-6 uker hadde smertene blitt gradvis verre og det var vanskelig å sove da smertene ble trigget av minste bevegelse av nakken. Dette førte til at Anders sov sittende i sengen i ukene før han så meg. Mangel på søvn har også bidratt til økt smerteomfang.

Ibux, Paracet, Voltaren og Tramagetic depottabletter ble forsøkt med noe lindrende effekt. Anders brukte insovingstabletter når han ikke fikk sove pga. sterke smerter.

Anders var til fastlegen 7.12.15 da han hadde følt seg slapp hele høsten og manglet overskudd. Legen tok blodprøver som indikerte prostatakreft (PSA verdier over normalen) og tykktarmskreft (forhøyede

CEA verdier). Anders fikk raskt time hos urolog som konstaterte med prostatitt etter å ha palpert prostata. PSA verdiene hadde på dette tidspunktet gått ned og var innenfor normalen siden besøket hos fastlegen.

Anders tok kontakt med Aleris i Oslo for å følge opp mulig tykktarmskreft. Blodprøver og koloskopi ble tatt kun få dager før første konsultasjon hos meg (06.01.16). Bekymringer rundt utfallet av prøvene påførte Anders ytterligere spenninger i nakke og skuldre, og søvnen var dårlig.

Annen medisinsk historie:  
Alopecia i 1994. Begynte som flekkvis hårfall. Valgt å ikke gå på kortison pga. sideeffektene.

Operert korsryggen for seks år siden pga. stenose og sviktende høyre bein. Fungerer nå helt fint og har ikke hatt tilbakefall eller ryggsmertesmerter etter operasjonen.

Familiehistorie:  
Far døde av leverkreft i en alder av 39 år. Mor døde av lungekreft. For øvrig flere krefttilfeller på farsiden.

## Osteopatisk undersøkelse:

Første konsultasjon 06.01.16):  
Ved første konsultasjon var det tydelig at Anders ikke kunne rotere nakken mer enn noen få grader til hver side. I stedet måtte han snu på hele overkroppen. Alle andre plan var for øvrig smertefulle med begrenset bevegelsesutslag. Stående listening parietalt med lett kontakt over diafragma indikerte tensjon ventralt i diafragma, høyre side mer enn venstre. Bekreftet dette med palpasjon og lokal listening. Lett inhibisjon i sittende posisjon med retesting av aktiv rotasjon nakke til høyre og venstre viste signifikant økt bevegelsesutslag. På bakgrunn av palpasjon og at Anders hadde gått på mye smertestillende over lengre tid, så jeg for meg en mulig delaktig viscerosomatisk refleks via vagus og/eller frenikus nerven hvor vi potensielt kan se en link til nedsatt bevegelse og smerte i nakken.

Ryggliggende passiv bevegelsestesting av nakken trigget smerten nærmest umiddelbart i alle plan. Palpasjon av superfisielt nakkemusklatur var smertefullt. Utenom smerteprovokasjon ble det ikke gjort andre signifikante funn i nakken.

Neurologisk testing: ingenting abnormt

Hvorfor bruke listening?

Listening er noe jeg har jobbet mer og mer med under årenes løp etter endt utdanning i England.

Det å kjenne på tensjoner i bindevevet ved kun lett berøring lar meg raskt og effektivt finne frem til området jeg ønsker å teste

videre og eventuelt behandle. I eksempelet med parietal listening ovenfor kjenner jeg etter hvordan input/berøring av et spesifikt område påvirker tensjoner i kraniet, om det for eksempel skaper en draging ventralt, dorsalt eller lateralt. Jeg bruker også listening under viscerale teknikker for å kunne kjenne hvor jeg skal gå videre med teknikken og hvordan vevet under hendene mine responderer på behandlingen. Jeg bruker det altså både diagnostisk og i direkte og indirekte teknikker. For de av leserne som ikke er så kjent med disse teknikkene ønsker jeg å føye til at når det kommer til diagnostikk utgjør listening en del av et større bilde. Jeg benytter altså ikke teknikkene på bekostning av for eksempel neurologiske og ortopediske tester. De er et supplement i den osteopatiske undersøkelsen.

Osteopatisk behandling:  
Sittende inhibisjon diafragma.  
Sittende inhibisjon fascie rundt lever  
Lett sub-occipital m. inhibisjon  
MET scalenus, øvre trapezius og SCM bilateralt.

Selv om nakken fortsatt var sår etter behandlingen viste Anders signifikant økning i rotasjon høyre og venstre.

Andre konsultasjon (13.01.16)  
Bedringen i nakken var kun kortvarig etter første behandling hvorpå smertene returnerte for fullt etter kun et par timer. Gått på store doser smertestillende.

Osteopatisk behandling  
Retestet funnene fra første konsultasjon uten å kunne dokumentere endring. Counterstrain og funksjonell teknikk C2-4. Inhibisjon diafragma og omkringliggende fascie.  
Ryggliggende - høyre hånd under nakke og occiput, og venstre hånd på brystkassen. Avspenning/unwinding av fascie i nakke og brystkasse ved hjelp av aktiv respirasjon.

Anders har også vært plaget med stivhet i fotbuene og anklene i flere år. Jeg anså ikke føttene som en direkte bidragsyter til de langvarige smertene knyttet til nakken, men valgte å behandle lesjonene jeg fant da god mobilitet i anklene og føtter er viktig for resten av kroppen.

Henvising til fastlege  
På grunnlag av den gradvise forverringen over flere uker, sterke smerter, manglende varig bedring etter første behandling, og tilsynelatende få/ingen osteopatiske funn som kunne forklare graden av opplevd smerte, anbefalte jeg Anders å kontakte fastlegen med mistanke om underliggende systemisk inflammasjon.

Forts. neste side

### Oppfølging av undersøkelse/prøver

Det ble ikke satt opp ny time men Anders skulle ta kontakt når han fikk svar på blodprøvene. Prøveresultatene ble mottatt på sms kun to timer etter at prøvene ble tatt. Fastlegen konkluderte med Polymyalgia Rheumatika (PMR) og Anders ble satt på Prednisolon.

Første uken 40 mg/dag, så 30 mg, 20 mg og vedlikeholdsdose på 15 mg i en tid.

Jeg var i kontakt med Anders noen uker senere hvorpå han kunne fortelle at han hadde blitt betydelig bedre etter en antibiotikakur på 15 dager for prostatitt. Han har også gått på betennelsesdempende (Vimovo). Anders hadde ikke viet det mye tid at strålen hadde vært noe svakere over en periode, noe han merket seg da han fikk tilbake tilnærmet normal funksjon etter antibiotikakuren. Det kom frem at han hadde hatt en episode i August hvor han to ganger samme dag hadde trang til vannlating men at det kun kom noen få dråper. Anders hadde tatt kontakt med fastlegen sin allerede i August hvor det ble tatt blodprøver. Det ble ikke gjort noen funn og legen mente at det hadde vært en betennelse som hadde gått over av seg selv.

Med tanke på hyppigheten av kreft i familien vil han ta årlige blodprøver og koloskopi hvert tredje år.

### Hva er PMR?

Polymyalgia rheumatika (PMR) er en inflammatorisk revmatisk sykdom som nesten utelukkende rammer personer over 50 år. Gjennomsnittslæderen er 70 år. Forholdet mellom kvinner og menn i hele pasientpopulasjonen er 1,9:1. I aldersgruppen 50-54 år er dette forholdet 3,3:1. Ulikheten mellom kjønnene forsvinner helt i aldersgruppen fra 80 år og oppover.

Tilstanden preges av stivhet og smerte i hofte- og skulderregion, men det kan gå noe tid før den karakteristiske muskelstivheten dominerer symptombildet. Stivheten er mest uttalt på ettermiddag og tidlig morgen. Opptil 40% av pasientene kan ha artritt. De fleste som rammes har også allmennsymptomer som feber og vekttap. PMR kan brenne ut i løpet av 3-6 år, men kan også vedvare i mange år. Personer som har hatt PMR kan oppleve å utvikle annen form for revmatisme. Da sykdommen ofte begynner gradvis kan det ta noe tid før en diagnose stilles, gjennomsnittlig 3-6 mnd.

Diagnose gjøres på grunnlag av symptomer og blodprøver. Det er vanlig å se forhøyede ESR og CRP verdier.

Flere forhold tilsier at det kan være infeksjøs årsaker til PMR. På generelt grunnlag er kunnskapen om PMR fortsatt svært mangelfull.

### Behandling

De fleste pasientene med PMR behandles med kortikosteroider (Prednisolon) som er med på å hemme betennelsen.

### Referanser

PMR og AT, tilgjengelig fra: <http://www.rheumatiker.no/diagnoser/pmr-og-at>, hentet: 13.02.2016.

Myklebust G. og Gran J.T., 2008. polymyalgia rheumatica (PMR), tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/viewFile/63/53>, hentet: 13.02.2016.

Docken W.P. Polymyalgia rheumatica, tilgjengelig fra: <http://www.rheumatology.org/1-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Polymyalgia-Rheumatica>, hentet: 13.02.2016.

Andreas Ryde



## ÅRSMØTE



NORSK OSTEOPATFORBUND OG FMOB  
AVHOLDER ÅRSMØTE  
LØRDAG 2 APRIL KL. 16.00.

STED: HØYSKOLEN KRISTIANIA  
AVD FOR OSTEOPATI I OSLO,  
PRINSENSGATE 9, 0152 OSLO

Sakspapirene sendes ut til medlemmene pr mail 2 uker før årsmøtet, og vil også bli lagt ut på NOF's medlemssider [www.osteopati.org](http://www.osteopati.org)  
NB- ny innlogging på sidene din epost-adresse og tidligere sendt passord.

Håper å se dere der!

Med vennlig hilsen

Norsk Osteopatforbund og FMOB  
Leder Helge Skåtun

## FAGDAG APRIL 2016

Vi har gleden av å invitere til nok en spennende og innholdsrik fagdag, samt gjennomførelsen av årsmøte for Norsk Osteopatforbund og FMOB etter på. Påmelding vi deltager.no - se link sendt dere via epost  
- Enkel servering av kaffe og frukt, samt en lett lunsj.

### TEMA:

- Sikkerhet i cervikalcolumna - Pål Andre Amundsen og Martin Stav Engedahl
- Pediatri - Line Juberg
- Osteopatisk identitet - Christian Fossum
- CEN Standard - Tomas Collin

### PROGRAM:

- 08.30 - Innskriving
- 12.00 - Enkel lunsj
- 15.45 - Fagdag slutt
- 16.00 - Årsmøter i NOF og FMOB
- 18.00 - Avslutning
- 20.00 - Fagfest Enoteca - påmelding via deltager.no

## FAGDAGSFEST

### Fagdagsfest 2 April kl 20.00

NOF inviterer dere til en hyggelig sammenkomst i etterkant av fagdag og årsmøte. Fagfesten vil finne sted i gamle Svane Apotekets æverdige lokaler. Her ligger det nå en Italiensk vinbar, ved navn Enoteca Svanen.

Det vil bli servert toscansk fingermat i ulike varianter, og en velkomstdrink (vin, prosecco, øl eller alkoholfritt) følger med i prisen. Vinbaren har utover dette ca. 35 viner på glass, øl i mange varianter, samt et lite utvalg av drinker.

Det er satt et tak på 65 personer, så meld dere på så fort som mulig :)

Påmelding via linken på deltager.no  
[https://www.deltager.no/fagfest\\_-\\_norsk\\_osteopatforbund\\_02042016](https://www.deltager.no/fagfest_-_norsk_osteopatforbund_02042016)



# KURS I SPORTSTAPING

## 15.-16. april, Oslo



AlfaCare AS arrangerer kurs i bruk av sportstape. Kurset gjennomføres i samarbeid med Trondheim Idrettsklinikk (TI) og er utviklet av fysioterapeutene Christian Thorbjørnsen, TI, Rosenborg Ballklubb og Norge U21 fotball herrer, og Anders Vien, TI og Norges Orienteringsforbund.

Gjennom to dager får deltakerne teoretisk basiskunnskap, samt masse praktisk trening. På denne måten kan man umiddelbart ta nye teknikker i bruk ved trening, skade-forebygging, behandling og rehabilitering av pasienter og idrettsutøvere.

I tillegg til taping er vi gjennom undersøkelse, differensialdiagnoser for å sikre riktig kontekst for bruk av tape, samt moderne prinsipper i forbindelse med trening og rehabilitering av de ulike aktuelle problemstillingene som tapingen demonstreres på.

Se [www.alfacare.no](http://www.alfacare.no)  
for mer informasjon  
og påmelding

### Vi holder mange kurs i 2016, her er de neste:

Oslo	01.-02. april	Kinesiotaping Symposium
Oslo	15.-16. april	Tapekurs i sportstape
Oslo	22.-23. april	Kinesiotaping trinn 3
Oslo	20.-21. mai	Kinesiotaping trinn 1
Bergen	11.-12. juni	Dry needling modul 2

Vi holder en rekke kurs for fysioterapeuter, manuellterapeuter, kiropraktorer m. fl. For mer informasjon om våre kurs se: [www.alfacare.no/kurs](http://www.alfacare.no/kurs)

 **salli**  
SITT KVALITET



 **AGUPUNT**  
AGUPUNT AS



**ShockMaster**



**Benker**



Se hele vårt produktutvalg på [www.alfacare.no](http://www.alfacare.no). Opptil 40% rabatt til terapeuter.

Helsemessen  
12. - 13. februar



Norsk Osteopatforbund var tilstede på Helsemessen på Lillestrøm, 12.- 13. februar. Her opplevde vi stor interesse for faget vårt, fra folk flest, men også fra andre profesjoner. Etter mange interessante samtaler og diskusjoner, sitter vi igjen med opplevelsen av at flere har større forståelse for hva osteopati er, og hvilke plager som vi kan hjelpe til med. Vi valgte bevisst å markedsføre våre nye nettsider og derunder funksjonen "finn din osteopat". Vi håper dette vil føre til at enda flere velger en osteopat neste gang.

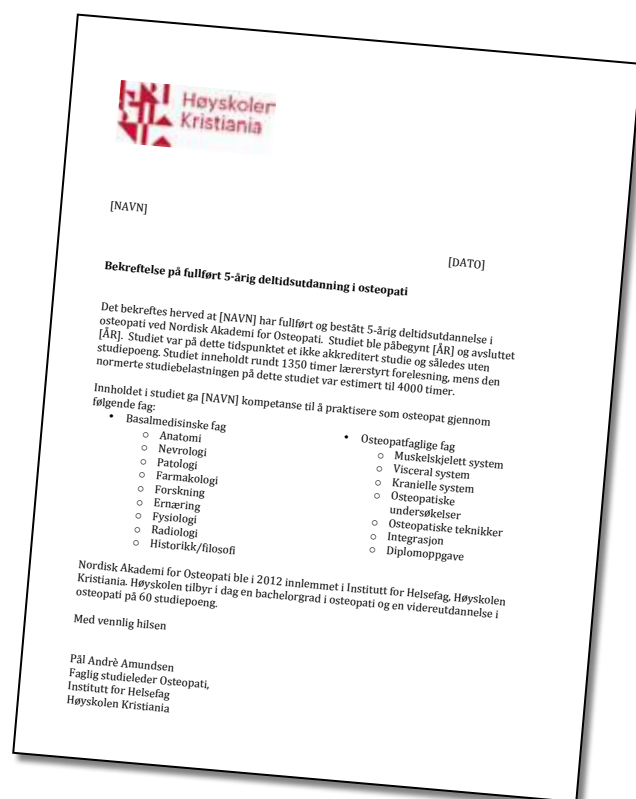
## Bekreftelse på fullført 5-årig deltidsutdanning i osteopati

Vi har gleden av å informere dere som tok deltidsutdannelsen fra NAO og ikke har fått noen "bekreftelse" på det. Det kan være greit å ha, og kanskje det kan benyttes til annen videre utdanning. Så vidt vi forstår er det dessverre ikke mulig å dele ut studiepoeng i ettertid, men da kan dere få en bekreftelse på omfanget av deltidstudiet.

For å få bekreftelsen kan du sende meg en mail ([leder@osteopati.org](mailto:leder@osteopati.org)) med fullt navn og året når du begynte og sluttet studiet.

Stor takk til  
Pål Andre Amundsen  
ved Høgskolen!

Helge Skåtun  
Leder NOF



HUSK DEADLINE FOR BIDRAG TIL OSTEOPATEN NR. 2/2016: 1. MAI 2016

Osteopaten  
Norsk Osteopatforbund  
[nof@osteopati.org](mailto:nof@osteopati.org)

Redaksjonen:  
Tom Eirik Bjørkli (redaktør)  
Helge Skåtun  
Erland Vandvik  
Jan-Andreas F. Fjeldsaunet  
Emmelie Hansen

Grafisk design:  
Appell Reklamebyrå,  
Drammen  
Trykk:  
Lier Grafiske

## Skrivekonkurransen

Vi minner om at vi også har Skrivekonkurransen i 2016  
Vinneren av konkurransen får et 2 - 3 dagers kurs i regi av NOF