

OSTEOPATEN

**International
osteopathic aware-
ness week**

Helge Skåtun s.5

TEMA:

**Den langvarige
smerten -**

kliniske betraktninger

Espen Glomsrød
side 4 - 5

**Den langvarige
smertepasienten.**

**Hva gjør vi, hvorfor og
hvordan?**

Andreas F. F. s.8 - 9

**VIKTIGHETEN AV PAIN
EDUCATION FOR PASIENTER
MED LANGVARIGE SMERTER**

Ole Morten Salte - s. 15



Kjære lesere!

Vi fortsetter den røde tråden så langt i 2015 med smerte denne utgaven også. Temaet er den langvarige smertepasienten. Vi møter dem dag etter dag, men hver av dem har alltid noe nytt ved seg. Med et skråblikk på retningsslinjer, rutiner og protokoller er alltid bildet større en den tillærte teoretiske kunnskapen vår. En fotballtrener jeg hadde en gang hadde et mantra om at en god spiller må beherske evnen innen det "strukturelle, relasjonelle og individuelle perspektiv". Det er akkurat dette det dreier seg om. Adressering av det spesifikke, regionale og globale. Overblikk av pasienten med forstørrelsesglass og fugleblikk.

Jeg synes skribentene i denne utgaven belyster utfordringene med den langvarige smertepasient både fra et teoretisk og klinisk perspektiv, og håper det er til nytte og inspirasjon. Takk igjen til dere som sier ja til å skrive! Neste utgave tar vi for oss smerte og trening. Trening er noe de fleste smertepasienter blir anbefalt, men hvordan graderer vi treningen vis av smerte? Trene med litt, middels eller mye smerte? Hvorfor hjelper det egentlig å trene mot smerte? Jeg håper på engasjement og nye artikler i innboksen min.

God lesing!

Tom Eirik



Kjære kolleger!

Da var årsmøtet unnagjort og de viktigste forandringene der var at studentene fikk økt medlemskapet sitt pr semester til 200,- og så får de nye osteopatene halv pris på kontingenten første kalender år etter de er ferdig. Vi forsøkte å få til en streaming av møtet men Telenor rakk ikke å sette det opp riktig. Vi vet ikke om det er noe stort behov eller ønske fra medlemmene heller, men etterhvert som vi blir flere vil kanskje behovet øke.

Det nye styret har allerede hatt to møter og begynt å ta tak i neste periodes oppgaver!

En stor takk til Erlend Vanvik for 12 år i styret i NOF – han fikk en flaske med et innhold som var like gammelt :)

Fagdagen den 21 mars var kjempe vellykket, Manuell Terapeut Sigurd Mikkelsen med tema "Filosofiske perspektiv om smertevitenskap og dets konsekvenser" – innfridde alle forventninger! Dette ble fulgt opp av Christian Fossum og Jan Kristian Huus på en glimrende måte.

Det var over 120 stykker med på møtet noe som er ny rekord!

Neste fagdag blir til høsten 31 oktober – hold av dagen allerede! Tema er ikke bestemt enda. NOF var med på osteopatisk awerness week fra 19-26 april – vårt mål var å spre budskapet om osteopati i Norge. For å konkretisere det litt satte vi et tall på hvor mange nye Facebook "venner" vi skulle få tak i iløpet av uken – Helt fantastisk oppslutning! Vi går fra 1725 venner til i dag på 2965, en helt enorm økning! I synlighet mener FB at vår "rekkevidde" har gått fra 3-5 tusen til å komme over 30 000! Takk til alle som har bidratt her! Viser og at om vi tenker, DELER og publiserer, liker osv så har det en enorm å betydning for oss! Ikke slutt med dette – fortsatt – jeg er helt sikker på at vi har mer enn 3000 venner før 1 mai!

Sommeren står for døren, ta vel i mot den og ta en velfortjent ferie, når den tid kommer!

Mvh Leder NOF

Helge Skåtun



Pasientbrosjyre

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



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.

STYRET I NOF:

Leder: Helge Skåtun
Styremedl.: Tomas Collin
Styremedl.: Morten Kittelsen
Styremedl.: Christin Stormyr
Styremedl.: Ronja S. Lund
Varamedl.: Jan-Kristian Huus
Varamedl.: Matias K. Fjeld (stud.)

e-post: helge@bliedre.com
e-post: tomas.collin@ovrebo.no
e-post: osteomorten@gmail.com
e-post: cistormy@yahoo.no
e-post: ronja.lund@nhck.no
e-post: jkhuus@vesthelse.no
e-post: mkfjeld@gmail.com

Tlf. mob: 907 21 456
Tlf. mob: 913 28 430
Tlf. mob: 990 45 330
Tlf. mob: 976 83 833
Tlf. mob: 994 01 264

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

TRENDER I TIDEN

– og en spennende togreise

Jan Kristian Huus



Innen det muskeloskeletale arbeidsfeltet er vi stadig vitne til trender. Trender i tiden hvor vår oppmerksomhet gjerne rettes mot ulike tiltak eller konsepter, basert mer eller mindre vitenskapelige forklaringsmodeller, i lys av de ulike terpiformenes kultur.

Et godt eksempel er hvordan tilnærmingen til ulike uspesifikke korsryggsplager har forandret seg i takt med tiden. Tidligere var m.

iliopsoas den store ryggsynderen. Han ble

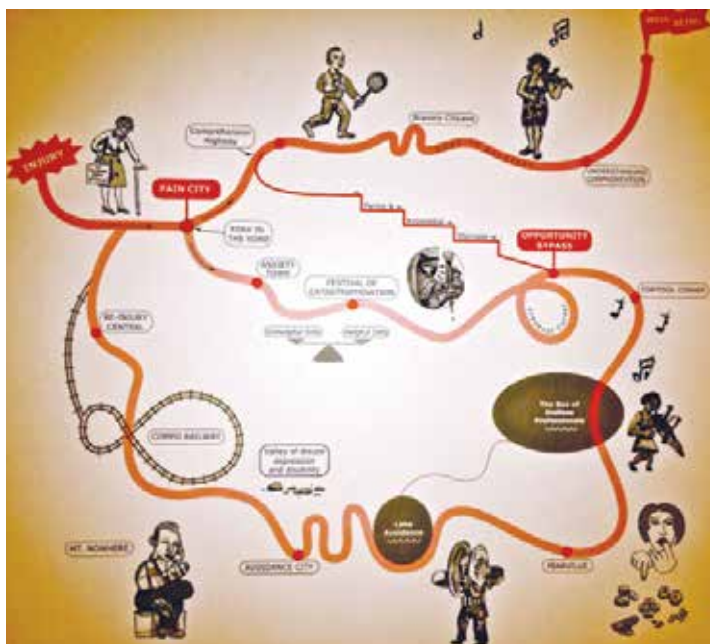
etterfulgt av m. quadratus lumborum. Men når vi fant ut at disse ikke representerte den rette sannhet innførte vi ryggskoler. Det måtte da hjelpe å informere samt undervise disse vonde ryggene? Det gjorde ikke det! Hva med røde tau i taket?

M. transversus abdominis – joda, vi var hellig overbeviste, men stadig fler fikk plager. Ulike yrkesgrupper forholder seg i disse dager til et strengt styrketreningsregime ad modum McGill, noen bedriver fascial fitness mens andre igjen sverger til spinal manipulasjon etterfulgt av tur i skog i mark (vrikk gjerne godt på rumpa). Samtidig forsøker den akademiske standen å holde tritt. De teller, stratifiserer, kvantifiserer, diskuterer og konkluderer. Tallene som presenteres skaper gjerne mer frustrasjon enn engasjement hos den allmenne kliniker, som etter beste evne og intensjon bruker alle krefter sine på å forsøke hjelpe pasienten bak tallene.

Så, hvor befinner vi oss i dag?

For et par tiår siden rullet det frem et nytt tog på perrongen. Det Nevrovitenskapelige toget. Dette skulle visst lede oss til den rette sannhet – og skal vi tro lokførerene er dette det eneste toget som er verdt å reise med. De hevder at den endelige togstasjonen heter "Den hellige gral".

Nevrobiologien representerer i aller høyeste grad dagens trend. Og vi går nå tilsynelatende i retning av det "helhetlige". Vi skal implementere det biologiske, det stressende, det psykologiske, kognitive, arbeidsrelaterte, erfaringsbaserte, aktivitetsbaserte og ikke minst genetiske. Hjelp! Vi skal kategorisere, subklassifisere – ikke bare på bakgrunn av smerten, men i tillegg på bakgrunn av gule, blå, grønne, sorte, rosa og røde flagg. På bakgrunn av antatt compliance (etterlevelse av råd og veiledning fra klinikerens side), "kontrollplasing" (intern eller ekstern locus of control). Høy, middels eller lavrisiko ryggpasienter?



Vi har snart ikke tid til å legge hender på de stakkars ryggvonde menneskene som oppsøker oss. Vi må bruke alle krefterne våre på å forsøke å plassere dem inn i riktig bås. Verst av alt forventer konduktørene på det Nevrovitenskapelige toget at vi som klinikere skal ha en oppdatert konseptuell forståelse av smerte. Gud hjelpe! Hver gang vi drister oss inn på fagrelaterte nettsider eller åpner ulike fagblad blir vi bombardert med budskap om at det vi foretar oss ikke er tilstrekkelig, det er ikke dokumentert. Pasientens smerter og plager er visst så kompliserte og sammensatte at vi like gjerne kan legge alle redskapene på hylla. Tallenes tale er åpenbart klar, ingen behandling virker – bedre enn annen behandling!

Smerte er i virkeligheten ikke så vanskelig å forstå. Vi har alle følt det og erfart det. Kort beskrevet er smerte det pasienter beskriver som vondt eller ubehagelig. Med andre ord kan vi oppsummere smerte på følgende måte;

“

Smerte er det pasienten sier han opplever, når han føler det i det området han angir

Smerte er det pasienten sier han opplever, når han føler det i det området han angir. Dette er dog fritt oversatt fra Margo McCaf-

freys berømte sitat fra 1968. Er vi ikke komfortable med dette kan vi benytte oss av IASP sin definisjon av smerter: "En ubehagelig sensorisk og emosjonell følelse, på bakgrunn av en reell eller potensiell vevsskade". Definisjonene er mange, tolkningene av disse likeså. Jeg tror det er lurt hvis vi som yrkesgruppe etterstreber forståelse for smerte. Forståelse på bakgrunn av nåværende kunnskap, da enkelte av oss trolig har en konseptuell forståelse som hører hjemme i det forrige århundre.

Vi som yrkesgruppe er ikke forskånet nevrovitenskapens veldige inntog. Dette er en trend som har vokst seg større og større gjennom de siste 10-15 årene – og det er ingenting som tyder på toget er i ferd med å bremse. For mange kan denne trenden virke ubehagelig,

da den ganske effektivt setter en stopper for flere etablerte sannheter innen osteopatiens verden. Skal vi heller forsøke å hoppe på toget, og bruke kunnskapen det har høstet på sin ferd til vår egen fordel? Kanskje det kan være en god ide å utnytte den nåværende kunnskapen som omhandler nevrobiologi og smerte?

Jeg har reist med toget, og har på bakgrunn av denne turen endret min tilnærming til en del av pasientene mine. De blir ikke fortere smertefri eller friske – men de er i større grad delaktige og involverte i sin egen reise mot bedre helse. Min togtur begynte for omkring 10 år siden, og dette ble en reise i et kunnskapsrikt landskap med opp- og nedturer – noen stoppesteder er mer interessante enn andre. Det er ingen av passasjerene som kjenner togets endelige destinasjon, selv om flere gir uttrykk for noe annet.

Akkurat nå befinner vi oss i et dalsøkke mellom det epigenetiske landskap og de funksjonelle og kognitive alper. Her er det forresten ganske morsomt. Det er flere ledige plasser på toget. Bli med videre da vel, og hvis du ikke trives kan du bare trekke i nødbremsen og hoppe av.

Mvh

Jan Kristian Huus

DEN LANGVARIGE SMERTE-PASIENTEN

Noen kliniske betraktninger



Smerte er et tema som i økende grad blir diskutert innen manuelle behandlingsformer. Mye god forskning om smertens fysiologi og hvordan smerten påvirker oss har blitt publisert de senere årene. Ikke minst har kroniske smerter, nå heller kalt langvarige smerter, stått sentralt. Dette er ikke unaturlig, sett på bakgrunn av lidelsene pasienter med langvarige smerter utsettes for og de store økonomiske konsekvensene dette har for samfunnet.

I klinisk sammenheng ble temaet for alvor satt på dagsorden etter at Waddell kom med sin bok «The Back Pain Revolution» på 80-tallet, der mye av fokuset var på hvordan langvarige ryggsmarter påvirket vår adferd og hvordan måten de tenkte på kunne påvirke prognosen for disse pasientene. Kognitive behandlingsformer ble for alvor aktuelle som en følge av dette. De senere årene har mye fokus vært rettet mot strukturelle endringer som er påvist i sentralnervesystemet hos langvarige smertepasienter og hvilken betydning dette har for måten vi ser på smerte. Dette er kunnskap som vi selvfølgelig må holde oss godt orientert om.

Enkelte har tatt til orde for at den nye kunnskapen om smerte bør få store konsekvenser for vår utøvelse av vårt yrke som manuelle behandlere, ikke minst i forhold til behandling av pasienter med langvarige smerter. Jeg er ikke uten videre enig i dette. Først og fremst må vi innse at forskningen på sentralnervesystemet ennå er i sin barndom.

Vi vet kanskje litt mer enn for 20 år siden, men fortsatt er det uendelig mye vi ikke vet. Usikkerheten vedrørende virkningsmekanismer er svært stor. Erlend Hem, dr.med. og assisterende sjefsredaktør i Tidsskrift for Den norske

Legeforening skriver i en lederartikkel i tidsskriftet nr.2 2015 om manglende utvikling innen medisinen til tross for enorm forskningsinnsats. Spesielt nevner han hjerneforskningen, der han siterer professor Albert Gjedde, leder for Institut for Neurovidenskap og Farmakologi ved København Universitet. Etter tre årtier med forskning er han skuffet over resultatet: » Hjerneforskningen er i krise. Vi vet stort sett ingenting om hvordan hjernen fungerer. Vi stanger mot naturens og biologiens begrensninger. Forhåpningene til hva som kan oppnås, er urealistiske».

Det er nødvendig, og ikke minst fascinerende, å lese om ulike organers fantastiske funksjon på mikronivå, det være seg for eksempel sentralnervesystemet, det fascielle system eller fordøyelsessystemet. Men som klinikere, med oppgave å behandle pasienters smerter og funksjonsplager, er det alltid nødvendig å stille seg selv spørsmålet: I hvilken grad vil denne kunnskapen påvirke min mulighet til å hjelpe pasienten på en bedre måte? Vi må være resultatfokustert, fordi informasjonsstrømmen innen ulike former for forskning er så enorm. Detaljene er viktige, og ofte er det nødvendig å grave seg ned i detaljene i forhold til anatomi og fysiologi, men graver vi for mye, kan vi risikere at hullet blir så dypt at vi ikke lenger klarer å se over kanten og iaktta omgivelsene. Da mister vi lett forståelsen for at det er samspillet mellom alle kroppens organer som er det aller viktigste, altså kroppen som en helhet. Eller som Fred Walberg, professor i anatomi ved universitetet i Oslo, sa til oss kunnskapshungrige fysioterapistudent-er en gang på slutten av 70-tallet; «The art of reading is the art of skipping». Han benyttet enhver anledning til å minne oss om at det er den praktiske konsekvensen av kunnskap-

en som er interessant, ikke kunnskapen i seg selv. Dette gjaldt ikke minst innen hans fag, anatomien. Jeg har en følelse av at enkelte kanskje graver litt for dypt i forhold til forskningen på sentralnervesystemet og smerte. Manuellterapeut Sigurd Mikkelsen holdt et meget godt foredrag om smerte på vår fagdag i mars, og sitter utvilsomt inne med stor kunnskap om dette emnet. Men, som han selv sa i sitt foredrag, kunnskapen har betydd lite i forhold til hvordan han behandler pasientene.

Hvordan bør vi, som osteopater, så forholde oss til den langvarige smertepasienten, for eksempel herr Hansen, som i varierende grad har hatt smerter i primært venstre side av nakken og venstre skulder i over 10 år og har prøvd det meste av ulike behandlingsformer uten nevneverdig hell? I utgangspunktet er dette enkelt. Ikke i den forstand at disse pasientene er enkle å få bra eller bedre, men tilnærmingen bør, etter min mening, være den samme uansett om pasientens plager er av kort- eller langvarig karakter.

Vårt fokus må først og fremst være på å identifisere og behandle de faktorer som har betydning for hans plager og som vi kan påvirke med vår manuelle behandling. I praksis vil det si somatiske dysfunksjoner. Jeg vil her sitere Nicette Sergueef og Kenneth Nelson, som i sin nylig utkomne meget gode bok «Osteopathy for the over 50s», i kapittelet Osteopathic assessment, skriver følgende: «It is the recognition of the contribution of somatic dysfunction to the overall status of the individual and its specific treatment with osteopathic manipulation that makes osteopathy distinctive». Det er den somatiske dysfunksjonen som utgjør vår kjernevirksomhet! Da har jeg selvfølgelig ikke glemt betydningen av å kartlegge psykiske og

sosiale faktorer samt å gjøre en medisinsk/ ortopedisk/nevrologisk vurdering. Dersom viktige faktorer finnes innen disse områdene, må dette behandles på adekvat måte, eventuelt ved å henvise til annen type behandling, i tillegg til eller istedenfor, osteopati.

I litteratur som søker forklaring på hvorfor smerte kan vedvare etter at en skade er til helet, blir det ofte pekt på mekanismer som strukturelle endringer i sentralnervesystemet (CNS) og sentral sensitivisering. Dette er helt klart viktige momenter, men man overser, etter min mening, muligheten for at somatiske dysfunksjoner (SD) som en vedvarende perifer input til CNS. Vi må ikke glemme at dette er enkeltfaktorer som vil variere i viktighet fra individ til individ. Jeg mener at somatiske dysfunksjoner er undervurdert som faktor innen langvarige smertetilstander, og vi må som yrkesgruppe selv ta ansvaret for at dette ikke er forsket nok på.

På individnivå er det kun en måte å finne ut i hvilken grad aktuelle SD bidrar til pasientens langvarige smerter, nemlig ved å gjøre en fornuftig behandling. En viktig egenskap ved en SD er at den kan være en faktor i forhold til redusert funksjon og smerte, men også at funksjonen vil bedre seg umiddelbart ved korrekt behandling av SD. Erfaring tilsier at dette også gjelder for SD som har bestått i svært lang tid. Jeg tror alle i sin daglige praksis som osteopater har opplevd mange ganger at pasientens smerte og funksjon umiddelbart forbedres radikalt når en virkelig primær SD korrigeres, selv hos pasienter med langvarige smerter.

Det samme fenomenet kan også observeres ved for eksempel operasjoner med totalprotese for langt kommet hofteartrose; smertene forsvinner mer eller mindre fullstendig til tross for at smertene har eksistert i mange år. Dette betyr i praksis at perifer input kan bety mye. At fenomenet sentral sensitivisering og strukturelle endringer i CNS også kan være en viktig faktor hos mange pasienter, er også utvilsomt riktig. Problemet er imidlertid at vi ikke vet i hvilken grad før vi har prøvd å redusere den perifere input på en adekvat måte. Osteopati er i praksis en form for gjentatt hypotesetesting, der evnen til god diagnostikk er vel så viktig som selve behandlingen.

En fornuftig klinisk tilnærming for en pasient med langvarige smerter kan deles i tre faser:

1. Pasientens smerter og funksjonsproblem er konkretisert så lang som mulig.
2. Pasienten bør ha bedring av mest aktuelle funksjonsproblem etter hver enkelt behandling i forhold til før aktuelle behandling.
3. Pasienten må ha betydelig bedring av behandlingen i forhold til de konkrete plager i løpet av 4-5 behandlinger. Dersom klar bedring er oppnådd på dette punkt i behandlingen, kan eventuelt videre behandling forsvares. Selv sier jeg alltid til mine pasienter etter anamnesen og undersøkelse er gjennomført: «Jeg har funnet de og de lokale feilfunksjoner som jeg tror kan ha en viss betydning for dine plager. Det betyr ikke at ikke også andre faktorer kan ha betydning (har det kommet frem noen klare slike, for eksempel

samlivsbrudd eller ensidig arbeid, så nevner jeg disse her), men jeg foreslår at vi prøver 4-5 behandlinger for å se i hvilken grad disse feilfunksjonene påvirker dine plager. Dersom ikke betydelig bedring er oppnådd da, avslutter vi behandlingen». Jeg bruker ordet «lokal feilfunksjon» som et «folkelig» uttrykk for somatisk dysfunksjon.

Ved langvarige plager kan det være naturlig på dette tidspunkt også å gi enkel informasjon om faren for atferdsendring/ passivisering som følge av smertene og informere om betydningen av å opprettholde normal aktivitet. Samtidig ryddes eventuelle misforståelser om farene ved smertene av veien.

Utgangspunktet og premissene for behandlingen er da klar for både behandler og pasient, noe jeg har erfart at pasientene setter stor pris på. Lov aldri mer enn du vet du kan holde!

Mvh

Espen Glomsrød
Osteopat DO MSC

Espen Glomsrød
Egen klinikk i Halden. Spesiell
interesse for pasienter med
langvarige smerter, fordi vel
90% av mine pasienter kommer
inn under denne kategori



INTERNATIONAL OSTEOPATISK AWARENESS WEEK FRA 19. -26. APRIL

NOF deltok på den tredje internasjonale osteopatiske awareness week fra 19.-26. april – Hele osteopativorden via OIA og FORE har delt og spredd informasjon om osteopati. NOF vil prøve å legge opp til mer aktivitet i årene som kommer, dette er jo en glimrende måte å få mer synlighet på, noe osteopaten i Norge trenger masse av! Vår aktivitet var i år mest på Facebook hvor vi postet info som dere, våre medlemmer, spredde til alle sine nettverk. Da vi begynte hadde vi en spredning på ca 3-5000, på slutten av uken hadde vi en ti-dobling! 30 tusen personer når vi nå ut til med det vi publiserer på hjemmesiden vår. Det var en helt fantastisk oppslutning! Vi går fra 1725 venner til 2965 på en snau uke! Tusen takk til alle som har bidratt her! Jeg vil og berømme Christian Fossum, Ronja Lund og Tomas Collin, hadde blitt lite "awareness" denne uken uten dem!

Den viktigste kilden til økte "Klikk" tror jeg er at du har delt og anbefalt andre å like siden vår! Del mer med fler og anbefal dine fb-venner å følge oss!

Har du ting du mener kan være spennende for NOF å spre via FB eller mail og webside så ta kontakt! Kanskje du har lyst å være med å planlegge neste års opplegg? Ta kontakt!

Mvh Leder NOF

Helge Skatun

OSTEOPATHY AWARENESS WEEK 19. – 25. APRIL 2015

Norsk Osteopatforbund jobber for at du skal være i trygge hender gjennom ditt møte med en kompetent, sikker og effektiv osteopat, og vi krever faglig oppdatering, ansvarsforsikring og at de følger våre yrkesetiske retningslinjer samt følger helsepersonelloven

- Osteopaten vil ta seg tid til å lytte til din historie og hva dine plager betyr for deg
- Osteopaten vil kartlegge dine symptomer for å avdekke tilstander hvor oppfølging av annet helsepersonell er nødvendig
- Osteopaten vil tolke og kartlegge dine symptomer for å sette de i sammenheng med din allmenne helsestilstand, din opplevelse og oppfatning av symptomene, ditt aktivitetsnivå, og din kropps evne til å fungere som en koordinert enhet av funksjoner
- Dette gjøres gjennom en rekke kliniske undersøkelsesprosedyrer som medisinske tester, nevrologisk og ortopedisk undersøkelse, samt utstrakt bruk av hendene til palper og teste de forskjellige strukturer i kroppen som kan bidra til din tilstand
- Den osteopatiske behandlingen er omfattende, bruker mange forskjellige behandlingsteknikker for å skape mulighet for endring
- Osteopater jobber etter prinsippet "Motion is Lotion" hvor manuell behandling kombinert med veiledning om nødvendig trening, fysisk aktivitet og smerte- og stressmestring, skal hjelpe deg til en bedre hverdag



Norsk Helsenett

Etablering 0,-

1/2 månedspris

Rett i systemet | Ett kontaktpunkt

 **PHYSICA**
ONLINE JOURNALSISTEM

NOF-fagdag

NOF sin fagdag ble avholdt 21. mars på NHCK sine flotte lokaler i Tollbugata i Oslo. Det var i år et rekordstort oppmøte, og det var svært hyggelig å se igjen mange kjente fjes, og ikke minst like hyggelig å se så mange nye. Det er godt å se at det spirer og gror i "vårt lille samfunn".

Sigurd Mikkelsen var først ut med sitt glimrende foredrag: Filosofiske perspektiv på smerte. Vi ble loset gjennom mange flotte slides og fikk et innblikk i adferdsbiologi og smertefysiologi. Sigurd oppfordret til konseptuell hygiene og at man må ha et slags kognetivt miljøvern. Det er viktig hva vi kommuniserer overfor våre pasienter – og mange av oss bør nok reflektere over det som formidles til de ofte engstelige og stressede menneskene som ligger på benken. Prognosen og utfallet av vår behandling avhenger mye av om pasienten føler seg trygg, om pasienten har informasjon til å forutsi fremtiden (hjernen prøver å sikre individet), og om pasienten har informasjon til å påvirke fremtiden (hjelp til selvhjelp er ekstremt viktig). Mennesket har noen grunnleggende behov for at vi skal fungere optimalt: Søvn, mat, trygghet, bekreftelse, bevegelse og berøring. I et behandlingsforløp bør vi som helsepersonell informere pasientene våre om akkurat dette. Det er ikke alle som er klare over koblingen mellom mental og fysisk helse.

I anamnesen er det viktig for oss og for pasienten å finne ut når, hvorfor og hvilken tilstand pasienten var i da en eventuell smerte oppstod. En pasient som har pådratt seg en ryggprolaps i det han/hun akkurat hadde mistet jobben, akkurat blitt skilt etc vil i de fleste tilfeller ha en lenger rehabiliteringsfase enn en pasient som er lykkelig, og hvor alt går på skinner.

Vi gikk gjennom ulike modeller som kan brukes i kliniske settinger:

1. Biomedisinsk
2. Biospsykososial
3. Nevrobiologisk
4. Fenomenologisk

Konklusjonen var vel at ingen av modellene, isolert sett, er optimale å bruke i en klinisk setting. Det foretrukne er at man tar i bruk flere aspekter fra disse strategiene, mye fordi smertemekanismer er komplekse og det blir en overlapping av alle disse modellene.

Sigurd var innom mange andre spennende begreper som nevromatrisen. Det kan forenklet sies å være hvordan kroppen tolker smertesignaler (nociception) om til hvordan individet oppfatter smerter, som igjen kan bli til følelser. Og dette varierer mye fra person til person. Her har vi en sentral rolle som behandlere – vår jobb blir i de fleste tilfeller å ufarliggjøre smerte. Videre forklarte Sigurd at aktivitet i nociceptorer eller nociceptive ba-

ner ikke er smerte. Så smerte er ikke smerte! Men hvilken konsekvens har dette for oss i vår kliniske hverdag? Igjen så ble det oppfordret til konseptuell hygiene. Nevromatrisen omhandler også tanker. Hvor oppstår tanken? Det er jeg som er sulten, ikke magen. Det er jeg som har vondt, ikke magen.

Jan Krisitian Huus hadde et foredrag der han mente at vi som profesjon burde begynne å tenke nytt. Han hadde lagt opp foredraget sitt hvor han så for seg at osteopati var en øy, med de ulike modalitetene eller retningene innen osteopaten spredd utover øya. Han ser for seg at vi trenger en tsunami som skal skylle over øya, rydde opp i jungelen av udokumenterte teknikker, slik at vi kan bygge opp osteopaten på nytt. Han mener vi må bort fra de gamle teoriene og "guruene", og jobbe mer i retning av evidence based medicine (EBM).



Det er ikke vanskelig å være enig at vi trenger mer forskning, og jeg tror de aller fleste osteopaterne er for EBM. Jeg tror dog mange ikke er klare til å forkaste teknikker som man har årelang og gode erfaringer med. Jeg har snakket med flere kollegaer, og mange inkludert meg selv, mener at dersom vi kun skal arbeide med teknikker som er dokumenterte mister vi som profesjon vår identitet og signatur. Innen manuelle disipliner så har vi så utrolig mange faktorer og variabler som spiller inn at det er vanskelig å konkludere med at den og den teknikken fungerer/ikke fungerer. Det er i følge Sigurd et "kaos-problem" for manuelle profesjoner – problemet er ikke at noe fungerer, men at alt kan fungere. Jeg tror vi som yrkesgruppe har en stor fordel ift mange andre profesjoner som jobber med muskelskjelett-problemer. Vi har en enorm verktøykasse med teknikker. Dette gjør at vi

ikke trenger å begrave oss i ett spor, eller en retning, men forsøke nye angrepsvinkler dersom pasienten ikke blir bra. Pasientene setter også ofte pris på en variert behandling kontra monoton samlebåndsbehandling. Om pasienten blir bra av selve behandlingen, placebo, tidsaspektet, selvregulerende mekanismer, det som blir sagt eller ikke sagt, er det nødvendigvis ikke så viktig?

Ofte er god informasjon og kommunikasjon nøkkelen til en vellykket behandling. Dersom vi kan bli enda flinkere mtp det "mentale" rundt pasienten, og at vi kan anerkjenne at det ikke nødvendigvis er våre teknikker som korrigerer selve problemet, men en kombinasjon av behandling og interaksjon med pasientene, så mener jeg vi som osteopater har mye å fare med. Det er klart vi kan rydde opp i noe "grums", men tar vi bort for mye, forsvinner kunsten og magien innen osteopaten. Jeg ønsker ikke å "ende opp" som en fysioterapeut igjen eller fysiopat. Jeg er Osteopat.

Jeg tror kanskje det var tendenser til at Still vred seg i graven under Huus sitt innlegg :-), men så ble han "reinkarnert" gjennom Christian Fossums glimrende historiske innføring. Christian oppsummerte og avsluttet den flotte fagdagen med et inspirerende foredrag, hvor han inkorporerte historiske betraktninger og identitetsbyggingen for faget vårt. Christian tok oss også gjennom evolusjonen til den moderne medisinen og vitenskapen som også har vært med på å forme vår profesjon. Han tok for seg språkanalyser av Still's arbeid, hvor man ser en blanding av det mekanistiske språket til Newton's vitenskap, det mekaniske språket til den industrielle revolusjon og det religiøse språket til den evangeliske kristendommen i det 19. århundret. Christians hovedbudskap var at vi skal bruke språket og historien som verktøy for selv-refleksjon.

Etter det faglige programmet hadde vi det svært hyggelig på Lorry, med god mat og godt drikke samt omfattende løsning av verdensproblemer. En super dag, dette ønsker vi mer av!

Mvh

Fredrik Marthinussen

LANGVARIGE SMERTER

Dette er en sterk historie skrevet av en person som har hatt kraftige smerter i lang lang tid. Hun forklarer ekstremt godt hvordan det er å være en "kroniker", og jeg syns det er veldig spennende å se hva man kan gjøre for å hjelpe de som er i en slik situasjon. Her er det ikke snakk om bare behandling, bare en dysfunksjon eller en akutt rygg som kom for tre dager siden. Dette er snakk om et helt menneske. Dette er snakk om et menneske som har slitt i mange mange år med smerter. Og dette er utrolig komplekst. Jeg visste nesten ikke hvor jeg skulle starte, og jeg klødde meg i hodet i mange timer hver kveld for å finne ut hvordan jeg skulle angripe noe slikt. Dette var min første skikkelige utfordring som terapeut, og ikke minst - som medmenneske. Men det viste seg at hun var, til tross for smertene, en veldig hyggelig og positiv dame. Noe som hjalp veldig. Jeg begynte allerede på første behandling å roe ned hennes sympatiske nervesystem med utallige osteopatiske teknikker, jobbet mye med diafragma og nakke, kostholdstips (hun trengte å spise MYE mer), hjemmeleker i form av tøyninger, styrkeøvelser og pusteøvelser. Alt dette gjorde grunnlaget for hva vi kunne gjøre videre på treningen. Og hun ble bedre og bedre, mer og mer positiv, mindre og mindre smerter, sterkere, økte vekta, og til slutt så trengte vi ikke ha fokus på "rehabilitering" lengre, men faktisk trene for prestasjon. Jeg vet at osteopatisk behandling er perfekt for slike caser, men jeg vet også at uten å tenke på HELE mennesket, så hadde det vært vanskelig å fått gode resultater. Derfor er både riktig kosthold og trening minst like viktig som den passive behandlingen. I hvertfall for å skape varige endringer.

"For mange år siden satt jeg litt dypt i det. Kroniske smerter er et helvete på jord jeg ikke unner noen. "Mot nervesmerter. 2 kapsler morgen. 1 kapsel midt på dagen. 2 kapsler kveld" Dette står på Nurontinpakken jeg har liggende i kjøkkenskuffa - til en hver tid. Realitetene for meg, medisiner jeg må ta, og dette er også realiteten for mange andre. Men må det være slik? Jeg har funnet ut noe!

Så får jeg barn, 31 år gammel. Jeg er blitt operasjonssykepleier. Stressnivået i livet mitt er skyhøyt. Jeg er 100% alene med en liten gutt - ikke på grunn av samlivsbrudd, men på grunn av dødsfall. Altså har jeg vært igjennom en svært belastende periode hva stress gjelder.

Men så, sakte men sikkert kommer den snikende. En slags sviende, brennende smerte som starter i nakken på høyre side, og som sprer seg til hodet og frem til øyet. Dette er en smerte jeg aldri har vært borti før. Jeg har hatt både tannverk og gnagsår og isjias engang i tiden, men dette her var nytt. Jeg blir mer og mer sliten av dette. For de smertene var der nesten hele tiden. De opptok mer og mer av livet mitt. Jobben ble et ork og et herk å forholde seg til.

Jeg følte meg misforstått og mistrodd av sjeften - sviende brennende smerte lyser jo ikke akkurat opp som en varselampe der det står på. Alt ser jo ok ut på utsiden. Jeg husker jeg tenkte med meg selv at hadde smertene sittet i armen så hadde jeg bønnfalt om å få amputere armen. Man kan jo som kjent ikke amputere vekk hodet, så det var jo ikke noen aktuell tanke sånn sett...

Men altså, noen dager var fine. Og så veldig fine de var! Da synes jeg nesten sola skinte på regnværsdager. Men så kom de mørke tunge dagene igjen. Med hodepinen. Jeg går til legen, ingen typer smertestillende hjelper. Ingenting.

Jeg husker ennå den vinterdagen jeg gav opp. Jeg hadde levert sønnen min i barnehagen. Står på bussholdeplassen, klar til å dra på



**Jeg husker ennå
den vinterdagen
jeg ga opp...**

jobb. Med hodepine. Atter en helvetes dag med hodepine! På jobb, hvor jeg visste at fire operasjonsstuer ventet på å skulle bli administrert, hvor jeg skulle passe på at alt og alle var der de skulle være til enhver tid. Mens jeg egentlig bare burde sittet i et dunkelt rom og telt knappenåler eller noe sånt. Noe som ikke krevde så mye av meg.

Hva feiler det meg!? Det er jo tatt bilder av hodet og av hjernen, og alt er i orden. Men det kan jo ikke være i orden! Jeg har jo så steike vondt hele forbaska tida!

Så, plutselig kommer jeg over noe. Det er noe som handler om noe som heter occipital hodepine. Jeg leser med større og større iver. For jeg kjenner meg jo igjen. Det er jo dette som feiler meg! Jeg blir entusiastisk og ovenpå. For med en diagnose, så må det da finnes en behandling!! Og uansett hvor i verden den behandlingen måtte befinne seg, dit skulle jeg! Koste hva det koste vil! Så neste skritt var nettopp å finne ut hvem som kunne hjelpe.

Jeg kommer inn på smerteklinikken. Det blir gjort undersøkelser og jeg må svare på masse spørsmål. Til slutt setter anestesilegen en sprøyte med lokalbedøvelse i nakken. Og der og da forsvinner smertene!! Sprøyta virket. Og med det ble det også forordnet medisiner jeg skulle ta daglig i ett år. Tre ganger om dagen. Hver dag. Dette var nytt for meg,

men disse medisinene skulle øke smertetærskelen min, fordi den blir visst veldig tynnslitt om man går lenge med smerter. Til slutt tåler man ingenting. Og jeg tålte vel ingenting. Jeg ble stående på disse medisinene. I årevis. Har prøvd å slutte fra tid til annen, men da kommer hodepinen tilbake. Fra tid til annen har jeg også gått og fått injeksjoner med lokalbedøvelse fordi jeg av en eller annen grunn har fått smertegjennombrudd, og det har vært effektivt og greit. Og en ting til, jeg falt ikke ut av arbeidslivet. Jeg ble værende. Og jeg har vært fornydd i flere år. I åtte år for å være helt nøyaktig.

Så igjen søker jeg på nettet. Og jeg vet ikke hvor denne nettsiden dukket opp, men plutselig har jeg en nettside foran meg som heter www.prehabetrening.no.

Jeg leser. Tenker mens jeg leser. Og etterhvert tenker jeg at dette her er kanskje noe for meg. Overentusiastisk er jeg ikke, fordi behandling og trening, hva har det liksom gjort for meg før? Jeg som har vært til hundre andre terapeuter, gått mye på både ski og løpt. Og litt halvhjertet styrketrening. Men noe sier meg at dette her er seriøst. Og jeg har uansett tenkt at jeg trenger jo litt behandling og veiledning på treningen min.

Så jeg sender en mail. Forteller raskt om meg selv, bakgrunnen for kontakt og at jeg lurer faktisk på om ikke jeg skal få kuttet denne nerven av kirurgisk, slik at den dør for alltid. Men det er ikke så helt heldige resultater det heller alltid, så det er jo heller egentlig ikke noe for meg.

Jeg sier videre at jeg er ikke typen som forventer at andre skal løse mine problemer, at jeg ikke tror på noen quick-fix, men at jeg trenger ett eller annet, og lurer på om osteopati og riktig trening kanskje er greia. Etter kort tid får jeg mail tilbake fra Tommy. Tommy Lande. Han er osteopat og jeg sjekker ham ut på nettet og ser at han har en CV de fleste såkalte osteopater og personlige trenere bare kan misunne ham! Jeg bestemmer meg der og da for at denne mannen tror jeg på. Skal jeg til noen, så er dette vedkommende jeg skal til. Jeg får time hos Tommy på noe som heter Optimal Klinikk på Bislett i Oslo. En smilende og varm person tar i mot meg. Rolig som få. Viser meg inn på et behandlingsrom. Jeg forteller vel på inn og utpust hva jeg feiler, at jeg er lei, at jeg vil noe mer nå enn bare medisiner, eller enda verre, kutte nerven. Han gjør sine undersøkelser, avdramatiserer det hele og sier at dette har vi kontroll på. Jeg får noen småtips hvor jeg må lære meg at pusten må mer ned i magen, og ikke bli værende oppe ved skuldrene og i nakken. Så sant så sant. Jeg får også hjemmeleker. Ulike, men helt enkle øvelser.

Og så er vi i gang. Allerede etter et par-tre behandlinger er jeg i gang med rolig og enkel trening sammen med Tommy, ikke på Optimal klinikk, men nå på Optimal Trening som

ligger nesten vegg-i-vegg med selve klinikken. Og neste time er også trening sammen med Tommy! Og slik fortsetter vi. Jeg får et eget program jeg skal bruke på egen hånd.

Jeg får forståelse for noe essensielt - jeg har jo ikke muskler å snakke om, mellom skulderbladene! Alt henger sammen. Hele kroppen skal trenes opp. Tommy har en plan og den er målrettet. Og det går relativt kort tid før jeg begynner å merke resultatene av denne treningen. Gradvis forsvinner småvondtene! Skulderen min som var kortisonkandidat - den ble gradvis bedre og bedre. Nå er den helt god. Jeg kan åpne tunge dører uten at det merkes i skuldra - det kunne jeg ikke før! Jeg merker en annen stødighet i kroppen. Styrke. Holdningen endres. Humøret endres. Smertene endres.

Samtidig som jeg trener får jeg beskjed om å spise skikkelig. Ikke noe mas om noen spesiell diett - nei, vanlig mat, poteter, kjøtt. Så treningen, den målbevisste treningen, under veiledning av en velkvalifisert terapeut og trener har gjort at jeg nå kanskje går en tid i møte, uten medisiner! Fordi, alltid før når jeg har trappet ned, så har smertene kommet tilbake. Men ikke denne gang. Og hadde alt vært som før, så hadde jeg hatt smerter med den dosen medisin jeg nå tar! Og denne positive utviklingen relaterer jeg direkte til behandlingen og treningen Tommy har lagt opp for meg.

Jeg lurar på hvor mange som ligger rundt på sine sofaer, med sine smerter og ikke vet sine arme råd? Og hvor resepten egentlig ikke er annet enn litt behandling, avdramatisering og riktig trening? Lurer på hvor mange sykemeldinger man kunne unngått om pasientene kom til riktig behandler? Jeg tror det er mange som kunne fått rett hjelp, hvis man bare så litt utenfor den tradisjonelle medisinen, hvor man ofte bare behandler symptomer, og ikke årsakene til problemene man sliter med.

Når jeg hører om folk som sliter med vondt i nakken, hodet, skuldre så kan jeg ikke si annet enn at løsningen sitter hos deg selv, men du må kanskje ha hjelp til å finne den! Og jeg fikk hjelp av en velkvalifisert person. Jeg skal aldri la ting bare skure og gå og håpe på det beste mens jeg tenker det verste hele tiden."

Mvh

Tommy Landa



III. foto

TAUSHETSPLIKT OG GRÅSONER

Alle som utøver helsetjenester er underlagt taushetsplikt. Kapittel 5 i «Lov om helsepersonell» (helsepersonelloven) beskriver taushetsplikten paragraf for paragraf. Som osteopat er du forpliktet til å følge kapittel 5 i helsepersonelloven. Osteopater som ikke er autorisert helsepersonell i kraft av andre profesjoner er underlagt «Lov om alternativ behandling av sykdom». Loven henviser til helsepersonelloven når det gjelder taushetsplikt og beskriver at taushetspliktens §§ 21-25 gjelder tilsvarende for andre enn helsepersonell som utøver alternativ behandling. Osteopati er fortsatt definert som alternativ behandling i Norge. For ikke å skape noe tvil refererer også vedtektene til NOF til taushetsplikten i Helsepersonelloven. Som osteopat er du altså forpliktet til å sette deg inn i og følge kapittel 5 «Taushetsplikt og opplysningsrett» §§ 21-25..

Denne artikkelen er ikke en gjennomgang av taushetsplikten, men er ment som en liten påminnelse for alle osteopater. Taushetsplikten er for de aller fleste så innarbeidet at den overholdes hver dag uten at vi tenker over

det. Men det er noen gråsoner vi ønsker å minne dere på.

1. Det er vanlig, og ofte nødvendig, å diskutere pasientkasus med kollegaer. Når det gjøres skal informasjon som kan tilkjenne pasienten utelates (§ 23). Hvis det derimot dreier seg om samarbeidende behandlere så kan opplysninger deles hvis ikke pasienten motsetter seg dette (§ 25). Vi anbefaler også å gjøre dette i lukket rom, ikke bruk gang eller fellesrom til dette.

2. Hvis pasienten ikke motsetter seg det kan taushetsbelagte opplysninger deles med annet helsepersonell som tidligere har ytt helsehjelp til pasienten hvis det for egen læring eller kvalitetssikring av helsehjelpen. Det skal dokumenteres i journalen til hvem og hvilke opplysninger som har blitt utlevert (§ 29c).

3. Når det gjelder bruk av taushetsbelagte opplysninger til annet læringsformål, f.eks. å presentere pasientkasus for kolleger eller studenter, så beskriver ikke helsepersonello-

ven dette spesielt. I de tilfellene gjelder § 21 «Hovedregel om taushetsplikt».

Den lyder som følger: «Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.» Imidlertid er det vanlig praksis både i undervisning, på kurs og større kongresser å presentere pasientkasus for dele erfaringer og lære av hverandre. Vi anbefaler av etiske hensyn at det kun brukes informasjon som ikke kan tilkjenne pasienten, at pasienten informeres og samtykker skriftlig til at taushetsbelagte opplysninger brukes til dette formål og at det journalføres hvilke opplysninger som ble brukt og til hvilket formål.

Mvh

Martin Engedahl



DEN LANGVARIGE SMERTEPASIENTEN



HVA KAN VI GJØRE, HVA GJØR VI, HVORFOR GJØR VI DET?

Jeg skal i dette innlegget prøve å belyse utfordringene med langvarige smertepasienter. Hva vi gjør. Hvorfor vi gjør det. Spørsmål som skal få en til å tenke. Spørsmål som mer enn gjerne er starten på en faglig diskusjon.

La oss starte med litt fakta.

Beregninger tyder på at langvarige smertetilstander koster samfunnet minst 125 milliarder kroner årlig. Det er et stort behov for økt kunnskap om omfang, årsaker, forebygging og behandling. Langvarig smerte defineres oftest som smerter med varighet på tre måneder eller mer. De fleste sykdommer og skader kan føre til langvarig smerte. Vanligst er smerte i muskler og skjelett, men smerter i mage og tarm, samt hodepine, forekommer også hyppig. Smerter er trolig den vanligste grunnen til at pasienter oppsøker helsevesenet. Folkehelseinstituttet har ikke tall for dette i Norge, men i Sverige har 28 prosent av pasientene i allmennpraksis en eller flere medisinsk definerte smertetilstander.

Hva gjøres ofte med smerter? Den "skjules" med smertestillende medikamenter.

I 2013 fikk i overkant av 1,2 millioner nordmenn utlevert et smertestillende legemiddel på resept.

Norge hadde høyest forekomst av langvarig smerte i en direkte sammenlikning med 15 europeiske land. Mens forekomsten av langvarig smerte i Norge lå på rundt 30 prosent, var tilsvarende tall i våre skandinaviske naboland 16-19 prosent. Hva gjør vi feil eller mindre bra i Norge? Eller hva gjøres bra i andre land sammenlignet med Norge?

Hva er egentlig smerte?

Smerte er på mange måter en beskyttende mekanisme. Smerte er en alarmklokke. Smerte er der for oppfordring til handling for å beskytte kroppen. Bare på grunn av at smerten kommer fra hjernen, betyr ikke at smerten sitter i hodet ditt. Hjernen lytter til signalene fra kroppen og evaluerer hva disse signalene betyr. Som Sigurd Mikkelsen sier det så bra; "smerte er ikke en "ting", men noe hjernen gjør". Altså, smerte er til syvende og sist et resultat av hjernefunksjon, et produkt/resultat som skapes av hjernen med andre ord.

MEN.

Smerte er ikke kun en skadeindikator. Vi kan oppleve null smerte og ha en kraftig skade i kroppen. Når man tar hånden nær en flamme, kjenner man smerte før det skjer en skade i vevet.

Det er faktisk så enkelt at man blir god på det man gjør mye av, enten det er matematikk, løping eller ha smerte. Du kan faktisk trene nervesystemet ditt til smerte og motsatt - vekk fra smertene. Hvis vi en dag får såpass god kontroll på smerte, kan vi i teorien også eliminere det som utgjør bevisstheten og alle andre grunnsteiner i en personlighet.

Er det målet?

Enkelte tror at nociepsjon og smerte er det samme. Dette stemmer ikke

Det kommer nocieptiv INput hele tiden, noen ganger blir hjernen så bekymret for disse signalene at den velger smerte som OUTput, for å få individet til å gjøre noe.

Hva som helst. Hva som blir gjort spiller ikke så stor rolle, men det kan kanskje optimaliseres ved at det som gjøres svarer til forventningene kroppen har. En annen teori er at mangelen på nocieptiv input fra et område som hjernen har et kart over kan gjøre at hjernen blir såpass bekymret at den igjen velger smerte som output for å få individet til å gjøre noe. Litt annerledes, men med samme tegn. Bevegelse. Forandring. Bryte mønsteret.

Hva kan vi som terapeuter gjøre? Hva kan pasienter gjøre?

Mange terapeuter gjør denne feilen, enten man vil eller ikke.

Du tar ikke feil.

Alle dine observasjoner, forklaringsmodeller, erfaringer, behandlingsmetoder og hypoteser stemmer i følge deg selv 100%. Alle andre har misforstått, og bare du sitter på fasiten. Som en terapeut sitter man med utrolig makt og påvirkningskraft ovenfor pasientene som oppsøker hjelp. En kraft som lett kan misforstås av både terapeut og pasient. Det meste vi kommuniserer med ord og fakter, er subjektivt. Vi vet at de aller fleste sansene våre kan manipuleres relativt lett.

Som Hartman i sin forskning så fint presiserer, kan vi ikke stole på at våre resultater validerer metoden som blir brukt. Smerte er betydelig mer komplisert enn som så.

Du som terapeut må være ydmyk. Vise empati og forståelse for personen som sitter foran deg. Det hjelper ikke hvor fine kursbevis eller hvor lang utdanning du har hengende på vegg. Empati og forståelse trumfer dette – alltid over tid.

Er all behandling placebo?

Placebo paradokset er som følger; Når personen blir bra av plagen(e) sin, med "fake" behandling, må kroppen lege seg selv. Hvis en person har kapasiteten til å lege seg selv, hvorfor gjør ikke pasienten dette hver eneste gang den opplever plager/ubehag? Er det her vi terapeuter kommer inn som ekspert hjelp?

Hvorfor fungerer akkurat DIN tilnærming og behandlingsmetode?

Det er vel heller overhodet ingen som sier at manuelle teknikker bare er placebo, effektene er relativt vel kartlagt. Aktivisering av blant annet det man på engelsk kaller "Descending modulation" holder i massevis. DNICs virkning er blant annet å maskere en smerte over en annen. I antikken brukte man brenning - varme metall tupper ble brukt på ulike punkter på pasientenes kropp for å lindre visse typer smerte andre steder. I moderne tid, når kveg skulle gjennomføre smertefulle prosedyrer som kastrering, kunne man maskere smertene med samme prosedyre. Med andre ord, når to smertestimuli brukes på to forskjellige områder av kroppen som er fjernt fra hverandre, er oppfatningen av smertene av de to stimuli hemmet. Flere behandlingsteknikker bygger på nettopp dette fenomenet.

På hjemmesider. På facebooksider. På blogger. Vi hører stadig om hva en terapeut kan hjelpe med. Hvor fort det går. Pasienten har prøvd alt – hos deg får han/hun effekt.

Lurer vi oss selv og pasienten når vi sier vi kan kurerer/hjelpe ulike plager?

Eller fungerer alt?

Om problemet er at alt kan funke; bør de med kroniske smerter prøve alt for å finne bryteren til vedvarende smerter?

Et tenkt scenario i en klinisk hverdag er ofte som følger. Første gangs konsultasjonen kan avdekke behov for billediagnostikk. Det avdekkes samtidig behov for vektlegging av psykiske faktorer. Hva gjøres oftest av disse to?

Henvisning videre til billediagnostikk. Typisk MR. Vi har god dokumentasjon for at tidlig MR-skanning faktisk medfører dårligere prognose.

Fremdeles i klinisk praksis og eller i kommunikasjon mellom helseprofesjoner settes bildediagnostikk frem som det "endelig svaret". I mange tilfeller når store deler av forskningen viser at det er heller er psykososiale faktorer som predikerer best hvem det går bra med eller ikke.

Psykiske faktorer er ofte ikke i nærheten av å være vurdert like viktig.

Psykolog Silje Endresen Reme – postdoktor ved Harvard og prosjektleder ved Uni helse i Bergen kunne fortelle i et studie i 2011 at; 30% av pasienter med langvarige ryggplager kunne gis en psykiatrisk tilleggsdiagnose.

Er vi flinke til å avdekke psykiske faktorer?

I en dybde undersøkelse av ungdommer som hadde vært til behandling ved norske BUP institusjoner oppga 60 % å ha opplevd alvorlig gjentatt vold. Når en så gikk inn i journaler og epikriser gjentant man bare at de samme problemene bare var oppdaget i 0,4 % av tilfellene... Hvordan hadde vi som osteopater gjort det her?

Overlege og spesialist i psykiatri ved St. Olavs Hospital, Solveig Klæbo Reitan har ved sin forskning funnet ut at; Alvorlig deprimerede mennesker har forhøyede cytokinnivåer av Th1-typen. Oversatt betyr dette at de i tillegg til depresjonen også har en betennelse i kroppen.

Michel Probst og Emanuel Brunne så på bruken av den biopsykososiale modellen i klinisk hverdag. Selv om alle snakker om denne modellen, så viser forskning at klinikere sier de forstår denne modellen og bygger den inn i behandlingen sin, uten at dette nødvendigvis medfører at de endre praksis. Er vi for stolte? Eller føler vi kompetansen ikke er der? Det er en sannhet at klinikere ikke alltid føler seg beredt/kompetent til å påta seg den "vanskelige" oppgaven med langvarige smertepasienter.

For langvarige smertepasienter er vanskelig – vi har ikke et fasit svar. Kompleksiteten er enorm. Man skal forstå og ta innover seg i tråd med all forskningen som publiseres i lysets hastighet på mange forskjellige dimensjoner. Samtidig som pasientene leser oppslag i store tabloide aviser, "googler" og prøver ulike kjerringråd. Vedlikeholder dagens samfunn våre smerter?

Er vi blitt for utålmodig?

Alt skal ordnes i går. Helst for en uke siden. Vi søker alltid til en rask løsning. Hvis ikke starter bekymringen for hva som gir smerten. Vi snakker med familie, kollegaer og søker etter svar. En rask løsning. Bekymring henger sammen med personer med langvarige smerter. Det er noe man får "utlevert" sammen med sykdommen. Et hvilket som helst mentalt sterkt menneske ville begynne å slite om jobb, ektefelle, venner, fritidsaktiviteter, hus og trygg økonomi røk samtidig, og i tillegg måtte man håndtere sterke smerter 24/7. Da blir bekymringer ganske rasjonelt. Kognitiv terapi må derfor avlære naturlige reaksjoner, og ikke irrasjonelle reaksjoner. Det er viktig at terapeuter forstår denne forskjellen. Ved språk kan man hypotetisk opprettholde den løpende følsomheten i nervesystemet og syklusen fortsetter: mer trussel, mer følsomhet, redusert toleranse, dårligere søvn og restitution, endret fysiologi, endret atferd og humør, redusert evne til å hjelpe seg selv og selvfølgelig pågående smerte. Skaden som kan gis når man sender feil signaler til pasienten er store. Ofte er den ikke tilsiktet. Ofte skyldes den misforstått kunnskap om hvordan kroppen fungerer. Det hjelper faktisk ikke å skjule seg bak fraser som "dette er uten for vårt fagfelt", "dette må psykologer ta seg av" osv.

De psykiske faktorene MÅ avdekkes. Så tidlig som mulig. Det er ikke fysiologisk sunnhet å begynne med strekking, knaing, trykking, knekking før et grundig forsøk på forståelse av bakenforliggende mekanismer for pasientens problemer.

Dette vil automatisk føre til mental sunnhet, med påfølgende fysiologisk.

Kan grunnen til at vi sliter med denne type pasienter være at vi kun aksepterer den "perfekte" pasienten, den som alltid smiler og ser positivt på alt? Terapeuten opplever dette som positivt, men det blir slitsomt å være pasient. Det blir et falskt rollespill. Vi gir gjerne øvelser til en pasient. Dette kan sette noen pasienter som allerede er prestasjonsfokuserte inn i en setting der de på ny skal prestere og vise hvor gode de er. Dette blir gjerne en ekstra belastning og enda et krav om rett og feil. Selvfølgelig

kan tilrettelagte øvelser være nyttig, men ikke for enhver pris.

Smertepasienter har lært hva som fungerte for å ha minst mulig smerter gjennom kanskje mange års prøving og feiling. Vi lærer bort hvordan man skal bevege seg, hvordan man må sitte, hvor mye man kan løfte, hvordan man kan løfte, om man kan gå tur osv. Hva om smertene blir borte av seg selv over tid og at våre øvelser vedlikeholder smertene?

En evig diskusjon i dagens behandlingsmiljø er; Hvor viktig er biomekanikk? Hva er en god biomekanisk vurdering?

Forskning viser at når en person har plager over lenger tid, er ofte slik at plagene er mer avhengig av psykososiale variabler, og ikke biomekaniske variabler.

Hvor mye skal vi se på pronasjonen i ankelledet, ekstensjonen i kneledet, q-vinkelen i hofter, høydeforskjeller og vektlegge en generell ganganalyse f.eks.?

Holdning handler mest om hvor man beveger seg utfra. Alle ledd har et senter, fri bevegelse innenfor normal ROM fungerer best fra et nøytralt sted.

En annet moment med biomekanikken er forskning viser at den ofte hindrer bevegelse.

Som fysioterapeut Adam Meakins sier;

"Den eneste dårlige holdningen er den du er i nå. Bevegelse er nøkkelen"

Under studieforløpet mitt som osteopat lærte vi om triaksiale diagnoser i columna. ERS og FRS. F.eks. FRSv T7. Vi skulle finne en somatisk dysfunksjon og behandle den. Eller som det heter; "Find It, Fix It, and Leave It Alone. Selv om forskning ikke støtter dette – bør vi fortsatt gjøre dette? Når skal vi forny oss?

Hvis vi korrigerer dysfunksjonen og pasienten får mindre smerte, er det mulig at det finnes andre forklaringer til smertelindringen enn at vi korrigerer en biomekanisk feil? Eller spurt igjen;

Er det realistisk å endre et langvarig smertehelvete i en hånd vending?

Skal vi fokusere på klassisk betingning og operant betingning når vi behandler og snakker med en pasient? Dette er en biologisk viktig stimulus med en annen stimulus (eks. lyd) I begge varianter antas læringen å foregå ved at det etableres forbindelser mellom stimuli og/eller mellom stimuli og responser.

Eksempel på klassisk betingning er en person som har pådratt seg en nakkeskade i en kollisjon og som kan få smerter bare han setter seg inn i en bil. Operant betingning innebærer at en handling gjentas hvis konsekvensene er positive eller belønnende. Det er mindre sannsynlig at en handling gjentas hvis den får negative følger. Ved kroniske smerter vil da positiv forsterkning, som å motta oppmerksomhet fra andre og negativ forsterkning som å unngå visse bevegelser, opprettholde smerteatferd.

Hvis personen som sitter foran deg ikke gjør noe annet enn å gruble og bekymre seg for hjernens bekymringer så kan man potensielt styrke den neurotaggen som gir smerte output og problemet eskaleres.

Forskning som blant annet Butler formidler, viser hvordan forsvar er lite kompatibelt med legningsprosesser i kroppen. Kan vi da forvente at et menneske som står i mentalt forsvar skal oppnå vesentlig bedring og fremgang, uansett hvor faglig korrekt vår tilnærming til de fysiske plagene måtte være? Konsekvensen av alt dette er at forklaringsmodeller MÅ oppdateres og det gjør også at hiarkiet av arbeidshypoteser bør/må endres.

Desto viktigere at vi faktisk klarer å snu den trenden vi ser i dagens helsevesen og samfunn. Quick-fix foretrekkes og enkle årsak-virkning mekanismer. En pille. En nål. En behandling. Alt skal ordnes i går. Helst for en uke siden. Vi søker alltid en rask løsning.

For oss terapeuter er det viktig å huske på denne kommentaren:

Den første og viktigste regelen er at du ikke må lure deg selv – du er den personene som er lettest å lure. Utdanning av studentene er enormt viktig. Du kan ikke alt når du er ferdig utdannet, ikke i nærheten. Du vil aldri bli utlært. Søk alltid etter ny kunnskap. Samtidig som etablerte terapeuter må se seg selv i speilet. Stopp opp. Hold seg oppdatert. Lytt til ny forskning og skape en synergieffekt av dette med klinisk erfaring.

Vi vet mye mer i dag enn vi gjorde for 10 år siden.

Kompleksiteten er enorm.

De utfordrende er fremdeles utfordrende.

Den viktigste personen er fortsatt pasienten.

Mvh

Andreas P. P.

Referanser:

Humphrey & Skoyes 2012: *The evolutionary psychology of healing: a human success story*: <http://bit.ly/1EaLUte>

(Bell, 2009).

(Hasselstrom, 2002).

Jarvik et al (2005)

Ratcliffe - 2013: *Is there a relationship between subacromial impingement syndrome and scapular orientation? A systematic review*: <http://bit.ly/1izS3tj>

McFarland - 2013: *Impingement is not impingement: the case for calling it "Rotator Cuff Disease"*: <http://1.usa.gov/19sMTPT>

Dean - 2013: *Why does my shoulder hurt? A review of the neuroanatomical and biochemical basis of shoulder pain*: <http://1.usa.gov/19bcB55>
Rio - 2013: *The pain of tendinopathy: Physiological or pathophysiological?* <http://bit.ly/1J8QV6>
Deyo, R.A., Mirza, S.K., Turner, J.A., et al.: *Over-treating chronic back pain: time to back off?* *J Am Board Fam Med*, 2009. 22(1): p. 62-8.

Brunner, De Herdt et al. 2013

Moseley 2013: *Teaching people about pain – why do we keep beating around the bush*: <http://bit.ly/118f22S>

<http://www.bodyinmind.org/descending-inhibitory-noxious-co.../>

Sigurd Mikkelsen

Nijs: 2013 - *Thinking beyond muscles and joints - therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment*: <http://bit.ly/1kxRh0H>

O'Sullivan 2011: *It's time for change with the management of non-specific chronic low back pain!* <http://bit.ly/1mVmtbW>

ÅRETS OSTEOPAT 2014

Ronja Strømsborg Lund

Ronja Strømsborg Lund ble utnevnt til årets osteopat. Noen av kriteriene som ble stilt for denne utnevnelsen var "engasjement innen utdanning" og "engasjement innen forbundsarbeid i NOF".

Som tidligere student og tillitsvalgt vet jeg at Ronja får meget gode tilbakemeldinger fra både studenter og sine kollegaer for sin iherdige innsats for skolen, studiet og tiden etter studiet.

- Vil du fortelle litt om din stilling og hvordan du selv opplever din hverdag på NHCK?

Det er ikke til å legge skjul på at jeg har jobbet meg raskt oppover i "systemet". Jeg gikk fra å være student og fellow (studentassistent), ferdigstille min DO grad og bestå min kliniske kompetanseeksamen i juni 2012 til å få tidlig tilbud om å fungere som assisterende lærer ved studiet fra august 2012. Jeg har tidligere erfaring som lærer både på ungdomsskole og danseskole så det å undervise er noe jeg visste passet meg godt i blinken. Samtidig startet jeg min kliniske praksis som osteopat ved Bryn Medisinske Senter og arbeidet med pasienter rett etter endt studie. Det var en flott kombinasjon å jobbe med pasienter på den ene siden og ivrige studenter på den andre siden. Selv om dette bød på lange arbeidsdager og godt over 100% stilling. Jeg trives med å ha fulle dager, mange baller i luften, arbeide med mennesker også er jeg i tillegg veldig sosial (egen oppfattelse).

Jeg visste godt hva jeg gikk til når jeg takket ja til å jobbe ved osteopatiutdannelsen. Det var/er et nyetablert studie og da er det en selvfølge at ikke alt går på skinner. Men det jeg hadde opplevd som student i mine 4 år ved studiet har vært med på å utvikle meg som person og jeg ønsket å være med på å bidra til at studiet vokste i riktig retning. Jeg har så mange å takke for den tilliten jeg ble vist som student og senere kollega, men Christian Fossum og Tor Harald Garberg som har vært studiets bautaer under min tid under studiet, har vært mine største inspirasjonskilder både som os-

teopat og i mitt arbeid ved NHCK så langt! Jeg ser på min stilling som en videreføring av det arbeidet som har blitt gjort siden osteopati ble et studie på norsk jord.

“

Det finnes en rekke ildsjeler som har bidratt til at vi står med en utdanning de dag i dag...

Det finnes en rekke ildsjeler som har bidratt til at vi står med en utdanning den dag i dag, men det er måte på hvor lenge man som menneske har krefter til å jobbe dag ut og dag inn for en og samme sak. Som faglig studieleder for osteopatiutdannelsen ved NHCK er jeg stolt av å jobbe side om side ved en super fagstab som alle brenner for profesjonen osteopati og som ønsker å være med på å skape fremtidens osteopater. Jeg har en nøkkelrolle i hverdagen på NHCK ved at jeg organiserer og strukturerer hverdagen, men det er en stor gjeng som gjør det flotte arbeidet inne i klasserommet og ved studentklinikken. Jeg blir inspirert og motivert hver dag av alle mine kollegaer, både osteopatiansatte og ellers på CK, og selvfølgelig alle studentene jeg er heldig å få møte nesten hver dag. Det ville vært løgn å si at hverdagen går på skinner og at vi i dag sitter med det endelige produktet når det gjelder utdannelsen av osteopater i Norge, men vi er kommet utrolig langt. Jeg gleder meg til årene fremover og det videre arbeidet med å forbedre og kvalitetssikre osteopatiutdannelsen ved NHCK.

Det har vært en del omstillinger på skolen. I januar 2014 flyttet NHCK fra Ullevål stadion til Prinsens Gate i Oslo.

- Hvordan føler du totalt sett flyttingen har vært?

Dette er nesten glemt fra min side, men det var tøft å få beskjed tidlig i desember 2013 om at skolen skulle flytte innen januar 2014. Hakeslepp... Vi var samstemte i at vi ønsket å flytte skolen, da hverdagen på Ullevål stadion var preget av bygningsarbeid, vannlekkasjer og liten plass, men å flytte studenter som har lett for å bli vanedyr, studentklinikken og alle pasientene var en utfordring på så kort tid. MEN vi fikk det til. Det gikk ganske så smertefritt og vi har nå kommet inn i fantastiske lokaler midt i sentrum av Oslo. Som hos alle andre finnes det selvfølgelig forbedringspotensialer, men vi er heldige med tanke på lokaliteter!

Det har i tillegg kommet nye forelesere inn og andre har blant annet gått tilbake til sin tidligere klinikk eller fått en annen stilling på skolen.

- Hvordan fungerer staben i dag?

Alle som har vært innom skolen på en eller annen måte enten som student, ekstern foreleser, sensor eller bare besøkende bemerker seg det engasjement som finnes i fagstaben! Jeg er stolt over det arbeidet hver og en legger ned i sin stilling ved studiet og jeg hadde aldri klart å gjennomføre mine arbeidsoppgaver uten alle disse nøkkelpersonene. Alle står på og gjør en formidabel jobb, legger ned sjel i sitt arbeid og driver studiet opp og frem. Vi er blitt en sammen spleiset gjeng som arbeider for å gi studentene det aller beste! Vi er gjensidig avhengig av hverandre for å løse hverdagens spennende utfordringer.

Et av de andre kriteriene for din utnevnelse var "engasjement innen forbundsarbeid i NOF". Du har i flere år gjort en suveren jobb i styret.

- Vil du fortelle litt om hvordan du til nå har opplevd ditt verv?

Det er først fra 2015 jeg har blitt et fullverdig styremedlem, har tidligere vært varamedlem. Jeg snek meg inn i forbundsarbeidet allerede som student og setter stor pris på at jeg nå har fått tilbud om å bli styremedlem. Skjønnte allerede fra mitt første år ved tidligere NAO at det arbeidet NOF gjør er ekstremt viktig for osteopatiens fremtid i Norge og at dette arbeidet var noe jeg hadde et sterkt ønske om å delta i. Jeg skal ikke legge skjul på at det har vært noen tøffe år med mye arbeid og da har det passet seg bra å "kun" være varamedlem i styret. Jeg har brukt mye tid på å finne min rolle ved NHCK og det har spist opp mye av min tid. Alt til sin tid; nå som jeg har blitt kjent med nye arbeidsoppgaver og omfang ved studiet greier jeg fint å bidra litt ekstra i NOF. Jeg har fått bidra som varamedlem, men ønsker nå å legge ned mer tid til å fronte osteopati i Norge, ikke bare gjennom utdannelsen. Styret i NOF består også av ildsjeler som ønsker å utrette noe ekstra for profesjonen vår og jeg ser veldig lyst på vårt fremtidige samarbeid.

“

Synliggjør osteopati i Norge!



- Har du noen ønsker for forbundet fremover?

Synliggjøre osteopati i Norge! Dette arbeidet er allerede startet, men vi er i startgropa og jeg har et sterkt ønske om at vi setter inn støtet for å synliggjøre osteopaten i mye større grad. Jeg sitter ikke på noen fasit for hvordan vi skal få til dette, men jeg har stor tro på at det kommer til å skje mye i årene som kommer. Antallet som i dag vet hva osteopati er eller har en viss kjennskap til osteopati som behandlingsform har økt drastisk siden 2008 da jeg som førsteårsstudent iherdig prøvde å forklare hva jeg faktisk studerte. Dette vises også gjennom antall søkere på studiet og ikke minst antall pasienter som oppsøker osteopat pr år så det arbeid NOF har gjort så langt har ført til resultater!

Autorisasjon er en viktig del av dette arbeidet, men også et kvalitetssikringsstempel slik at vi kan beskytte vår tittel. Vi er i en meget sårbar posisjon når hvem som helst kan kalle seg osteopat. Jeg mener derfor at NOF også bør fokusere arbeidet sitt mot å finne løsninger på hvordan vi kan beskytte profesjonen inntil en autorisasjon foreligger. Jeg har også et sterkt ønske om at forbundet skal støtte nyutdannede osteopater i etableringsfasen og synes det kom frem mange gode forslag under siste årsmøte. Etablering av lokale faggrupper, oppnevne mentorer for nyutdannede osteopater, ja forslagene var mange og da kjenner jeg at jeg ikke klarer å skille mellom mine to verv.

- Ser du noen måter NOF og NHCK kan samarbeide enda bedre fremover?

Det siste året har samarbeidet mellom NOF og NHCK blomstret. Det har alltid vært et godt samarbeid, men dørene har åpnet seg ytterligere og samarbeidet utviklet seg i en veldig positiv retning! Osteopastaben på NHCK har hatt NOF i ryggen under "harde tider", en støtte det settes stor pris på.

Det videre samarbeid er veldig viktig for utviklingen av utdannelsen, men også profesjonen i Norge. NOF har vært delaktig i arbeidet for å få på plass et internasjonalt kvalitetssikringsstempel for osteopatiutdannelser i Europa gjennom CEN og NHCK kommer til å trenge hjelp fra NOF i tiden fremover for å arbeide mot disse kravene. Et arbeid som allerede har startet. Vi bør fortsette det gode samarbeidet med å synliggjøre osteopati, kvalitetssikre osteopater i praksis i Norge og ikke minst markedsføre oss på rett måte.

Jeg ønsker også å benytte anledningen til å takke for denne utmerkelsen! Veldig overraskende da det finnes utallige osteopater som fortjener det samme. Jeg er både takknemlig og rørt og greier ikke helt sette ord på følelsen jeg sitter med. Har jobbet hardt og målbevisst noen år nå, men har dessverre ikke satt meg noen personlige mål om hverken å bli faglig studieleder eller styremedlem. Engasjement og et brennende hjerte for osteopati kommer man langt med!

Mvh

Emmelie

ÅRETS OSTEOPAT 2014

Ronja
Strømsborg
Lund

“
Jeg har også et sterkt ønske om at forbundet skal støtte nyutdannede osteopater i etableringsfasen og synes det kom frem mange gode forslag under siste årsmøte.

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

Fysiopartneres nye avtale med Norsk Osteopatforbund gir alle medlemmer gode priser på en rekke av våre produkter.

Send bestilling eller forespørsel til salg@fysiopartner.com og referer til avtale nr. 1001.

KVALITETSBENKER OG ELEKTROTHERAPI



Fysiopartner leverer nå de anerkjente kvalitetsbenkene fra Lojer. Vi tilbyr forskjellige modeller.

LOJER

Deep Oscillation / Ultralyd / Vacuum / Laser
Elektroterapi / Kombinasjonsapparater.

PHYSIOMED

TRENING- OG HELSEPRODUKTER



Meget populære produkter fra flere av de "originale" produsentene!
Dette er en god blanding av produkter for bruk i klinikken og for videresalg.

TKO

BOSU

DON OLIVER
FITNESS EQUIPMENT

sissel

TRENING OG ANALYSE



Fra disse produsentene tilbyr vi noen av markedets mest anerkjente produkter innenfor sine kategorier.

MONARK
EXERCISE AB

TOMAHAWK

TANITA
Monitoring Your Health

PRECOR **GYMBO** **PURMOTION** **TOMAHAWK** **SUUNTO** **fitmate** **SIEMENS** **MOTOMED** **TANITA** **STORZ MEDICAL**
THORAX **TKO** **myride** **BOSU** **MONARK** **xcouch** **ALTA-LIFE** **Bodystat** **sissel** **PHYSIOMED** **LOJER**

Fysiopartner AS | Grenseveien 80 | 0663 Oslo | T: 23 05 11 60 | salg@fysiopartner.com | www.fysiopartner.no



<https://educationendowmentfoundation.org.uk/news/new-research-to-investigate-if-neuroscience-can-improve-teaching-and-learn/>

PAIN EDUCATION – hva, hvordan, hvorfor?

Langvarige korsryggsmerter er en stor økonomisk belastning for samfunnet, men det kan være en belastning for venner, familie og ikke minst for personene det rammer.

Det finnes mange forskjellige behandlingsformer og teknikker for behandling av langvarige korsryggsmerter, men ingen spesifikk teknikk eller metode som ser ut til å gi signifikant langvarig effekt. (Liddle 2004; Hayden et al. 2005, Assendelf et al. (2004), Ferreira et al. 2007). Hvorfor klarer man ikke å finne en generaliserbar metode? Langvarige korsryggsmerter har bio-psyko-sosiale årsaker, dens multifaktorelle natur er kanskje grunnen til det ikke finnes en "magisk" teknikk eller metode som kan generaliseres for alle med langvarige korsryggsmerter.

Det har vært gjort forsøk med forskjellige typer ryggskoler for pasienter med langvarige korsryggsmerter. Disse skolene har hatt fokus på å lære pasientene om anatomi og biomekanikk av korsryggen. Det har ikke bare vist begrenset effekt (Koes et al.1994) (Louw 2009), (Maier-Richle 2001), men økt frykt, angst og stress. Det har derfor kunnet påvirket pasientene negativt. (Maier-Richle 2001), (Nachemson 1992)

De siste 15-20 årene har det kommet flere forskningsartikler som har vist god effekt av å lære pasientene om nevrovitenskapen bak smerte. Undervisning av nevrovitenskap er behandlingstimer hvor man bruker tid til å forklare pasienten nevrobiologien og nevrofysiologien bak smerte og hvordan nervesystemet prosesserer smerte. Pasientene er ikke kjent med terminologien og det er derfor viktig at man forklarer slik at pasientene forstår budskapet. Det har vist effekt å ha grupper, men en til en undervisning har vist seg å være den mest effektive tilnærmingen. (Louw 2011). Nevrovitenskapen bak smerte kan være veldig komplisert, og behandlere tror ofte at pasientene forstår mindre enn de egentlig gjør (Moseley 2003).

I flere av studiene bruker de tegninger, forhånds-lagte bilder og arbeidsbøker for å forklare pasientene på en forståelig måte. Det er fortsatt usikkert hvor ofte, hvor mange ganger og hvor lenge man bør undervise hver gang. I de nyeste studiene har de brukt kortere tid per undervisningsøkt, noe som kan være en konsekvens av at terapeutene har blitt bedre å forklare. (Louw 2011).

Å lære pasientene om smerte har vist seg å ha gode effekter på pasienter med langvarige korsryggsmerter. Det har vist effekter som smertereduksjon, økt fysisk prestasjon, reduksjon av katastrofetanker og redusert forventet funksjonshemming. (Louw 2011), (Moseley 2004). Undervisning av nevrovitenskapen bak smerte sammen med manuell terapi har kan gi langvarige effekter, over 1 år (Moseley 2002). Det kan også brukes som ett forebyggende tiltak for personer med akutte korsryggsmerter. Klarer helsepersonell å berolige pasientene med budskapet sitt vil det ha en positiv effekt. (Traeger et al.2015).

Man ønsker med denne tilnærmingen å rekonseptualisere pasientens tro og følelser rundt smertene sine. Klarer man å avdramatisere, vil frykten for å bevege seg og å være i aktivitet kanskje forsvinne. Det kan se ut som dette er måten å gå frem på, men det har sine begrensninger. En tenårings med langvarige korsryggsmerter som blir mobbet på skolen, har ett utrygt miljø hjemme og sliter med å finne seg til rette i samfunnet. Vil denne tenårings bli bedre i ryggen av å lære om nevrovitenskapen bak smerte? Mest sannsynlig ikke. Det er ikke der skoen trykker, men sosial trygghet på skolen og hjemme vil kanskje ha en bedre effekt.

Vi må huske at langvarige korsryggsmerter er multifaktorelle, alt passer ikke for alle. Man må se på forskjellige sub-klassifiseringer og bruke vår kliniske resonering for å finne den beste metoden for pasienten vi har foran oss. For mange med både

akutte, subakutte og langvarige smerter vil undervisning av nevrovitenskapen bak smerte være et nyttig verktøy. Et verktøy der man kan avdramatisere, redusere frykt og motivere til bevegelse og aktivitet.

Et eksempel kan være en person som kommer inn på klinikken. Personen har hatt smerter i korsryggen i 5 år. Før han fikk smerter i ryggen var han aktiv på fritiden og glad i jobben sin. 5 år senere hverken jobber han ikke eller trener han lengre, han har for store smerter.

Når du tar anamnesen fanger du opp at han er redd for bevegelse av ryggen, han liker ikke å bøye seg fremover. Han har lest i VG at det er farlig. Det var en forsker som hadde sagt det og da må det jo være sant.

I aktiv bevegelsestesting ser du han ikke tør å bøye seg, han verger seg. Han vil ikke bøye seg i ryggen når han skal plukke opp noe fra gulvet heller. Denne pasienten kan ha godt av økt forståelse om nevrovitenskapen bak smerte. Den økte forståelsen kan avdramatisere det å bøye ryggen. Man forklarer at ryggen er sterk og er lagt for å brukes, det er ikke farlig å bøye seg frem. Klarer man å berolige denne pasienten kan man ha veldig god effekt med en læringstilnærming. Det krever at vi lærer oss det godt nok til å lære det bort til en 5 årings, men det er det minste vi kan gjøre. Vi kan snakke folk bedre, det er noe vi alle bør bruke når vi ser en pasient som trenger det!

Ole Morten Salte
Arbeidssted:
Statens Idrettsklinikk
Faglig interesse:
Langvarige smerter



nettbutikk FOR HELSE OG HUDPLEIE

*Rimelig, behagelig og
miljøvennlig engangslaken.*



170 ark 195cmx60cm kr 590

350 ark 100cmx60cm kr 595

**Bestill på 4843 4224
eller salg@helseoghudpleie.no**

www.helseoghudpleie.no

**Det er tatt nye bilder av ulike behandlingsteknikker/situasjoner for
NOF, og disse kan medlemmene bruke for å fremme Osteopatien i
Norge. Ta kontakt med NOF for mer informasjon!**

HUSK DEADLINE FOR BIDRAG TIL OSTEOPATEN NR. 3/2015: 28. SEPTEMBER 2015

Osteopaten

Norsk Osteopatforbund
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 2015
Vinneren av konkurransen får et 2 - 3 dagers kurs i regi av NOF

