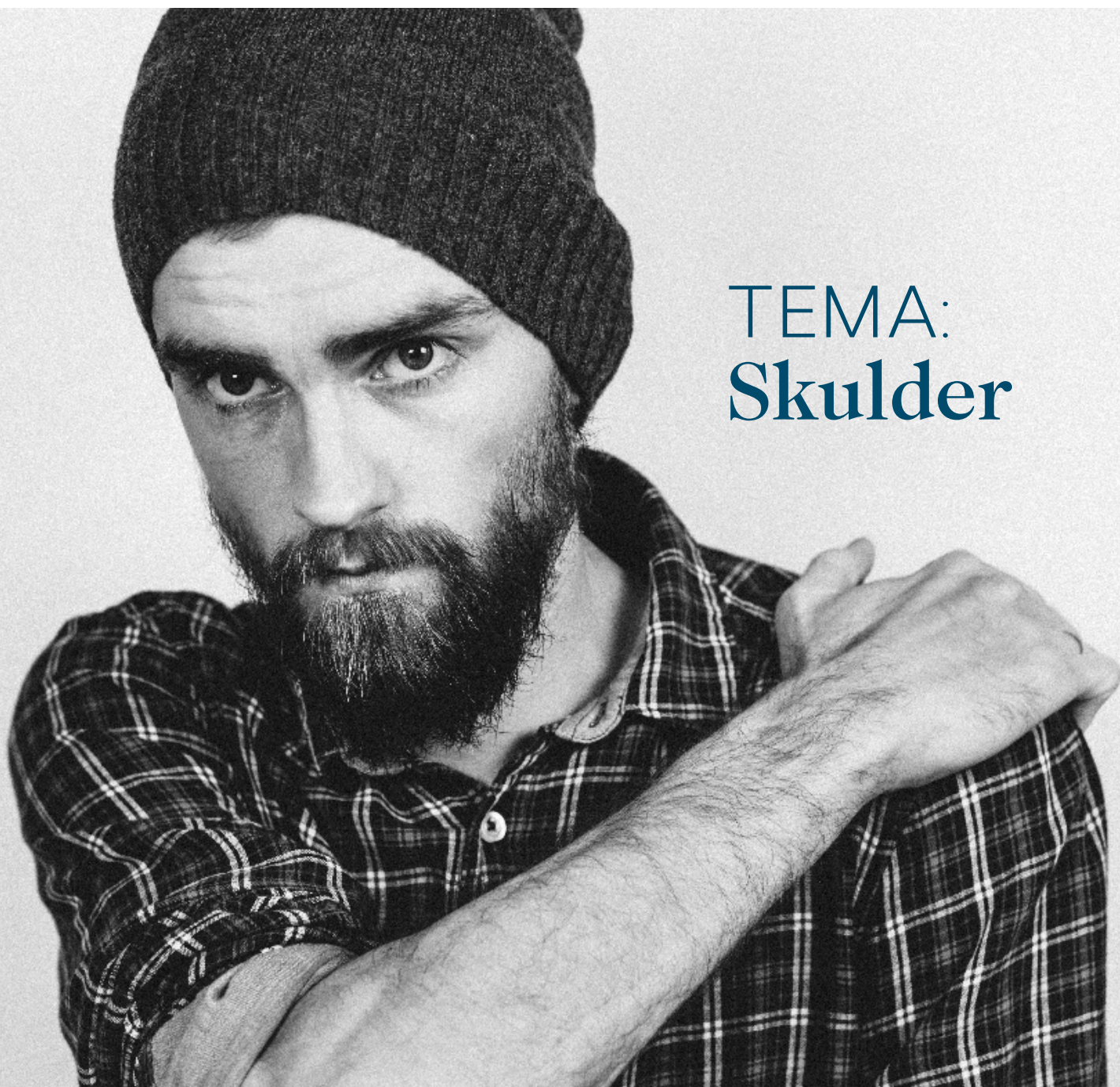


OSTEOPATEN

www.osteopati.org



TEMA: Skulder

Skulder

En uspesifikk tilstand
med spesifikke
mulighet?

– fra side 4

Sexy shoulder

med Jevne og
Christophersen

– fra side 7

Paincloud

Convention 2017

– fra side 11



Redaktørens hjørne

Jeg har gledet meg til å få ut denne utgaven om skulder som jeg håper trigger interesse, nysgjerrighet og kanskje litt provokasjon. Jeg har fått tilbakemelding om at redaktørens ord skal være provoserende så her har dere noe: drit i scapula, drit i glenohumeral rytme og drit i de fleste av

de "spesifikke" ortopediske testene våre så begynner skulderpasientene å gi mer mening enn noen gang.

For å øke kompetansen på skulderplage er det lite som slår å dra på kurs, med det er sjeldent billig og tar mye tid fra ektefeller og barn for de som er der. Jeg slår et slag for podcast som er value for money (og tid)! På sykkel/bilen/og på vei til jobb er det en inspirerende start på en ellers vanlig jobbhverdag. JAMA, NAF Physio Podcast, Physio Edge, The broken brain, The Strength Physiotherapy Podcast, BJSM er eksempler jeg anbefaler å gi et forsøk.

Men osteopaten er ikke på podcast enda, så her må dere lese selv.

God lesing!
Tom Eirik Bjørkli



Lederen har ordet

KJÆRE KOLLEGER!

Vi har ryddet opp i noen saker belyst på siste årsmøte. Spesielt har vi jobbet med fakturaene vi sender ut til dere, det er ikke bare gunstig at ting kun kommer som epost. Har selv opplevd flere ganger å lese epostfakturaen og tenke at ja den skal jeg huske å betale, hvor den dyttes ned i "haugen" av nyankomne mer spennende eposter som kanskje og er faglig interessant. Vi er i dialog med leverandør om å få til en autogiroavtale, jeg tror det hadde vært bra for alle parter.

Ellers har vi hatt litt problemer med Regweb og innlogging for å registrere faglig oppdatering, men nå skal det være på plass igjen. Håper dere ikke helt har glemt alle kurs dere har vært på og nå får behørig registrert dem i Regweb! Ta kontakt om det fortsatt er noen problemer med innlogging!

Autorisasjonsarbeidet hadde en topp i arbeidet før påske når Naprapatene og vi jobbet masse med argumentasjoner som burde kunne føre oss begge til en autorisasjon. Vi har og hatt

møter med de fleste fløyene og blitt bedre kjent med mange av stortingspolitikkerne. Vi merker at det er enklere å få dem i tale og at de fleste etterhvert kjenner vår sak. De fleste syns vi har en god sak, men vi venter fortsatt på at en faktisk tar saken og gjør noe aktivt for å få den fremmet! I mellomtiden må vi bare fortsette arbeidet, det er i motbakke det går oppover heter det.

Arbeidet med vårt neste stunt på Arendalsuka er godt i gang, hele styret involveres i arbeidet og vi planlegger et fysisk styremøte når vi likevel er samlet i Arendal. Materiell vi skal dele ut er planlagt og bestilt. I år vil vi dele oss og være med på flere arrangementer, men tenker ikke å ha vår egen helsedebatt. Om du har mulighet og lyst til å være med så er det torsdag 17. august som er "helsedagen". Da vil det være mange spennende innspill fra ledende helsepolitikere og forskjellige pasientorganisasjoner! Vi har også i år fått en veldig fin posisjon rett bak hovedsenen som gjør at vi får mye "gratis" oppmerksomhet og de fleste må passere vår stand.

Fagdagen til høsten er bestemt og blir lørdag 16. september, største delen av programmet er på plass og vi gleder oss til å høre Stephen Tyreman, Pål Andre Amundsen, Christian Fossum og Espen Glomsrød. Hva vi skal høre fra dem vil dere få vite mer senere.

Ha en riktig god sommer, håper vi sees eller høres snart, hva med i "Arendalsuga" 15-19. august?

Mvh Helge Skåtun
Forbundsleder NOF

Kontaktinformasjon:

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: leder@osteopati.org
- **Styremedlem:** Tomas Collin
e-post: tcollin.tc@gmail.com
Tlf. mob: 913 28 430
- **Styremedlem:** Morten Kittelsen
e-post: osteomorten@gmail.com
Tlf. mob: 904 04 662
- **Styremedlem:** Christin Stormyr
e-post: cistormy@yahoo.no
Tlf. mob: 990 45 330
- **Styremedlem:** Matias K. Fjeld
e-post: mkfjeld@gmail.com
Tlf. mob: 976 83 833
- **Varamedlem:** Thorbjørn Fritzen
e-post: thorbjorn@vesthelse.no
Tlf. mob: 671 50 157
- **Varamedlem:** Jan-Eric Hole (stud.)
e-post: janeric.hole@gmail.com
Tlf. mob: 414 53 326

Adresseforandring:

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 bestilles fra NOF:

Ved kjøp av brosjyrer: kr 1,- pr. stk
Minimum bestilling: 250 stk.

Alle priser eks. moms + porto



NORSK
OSTEOPATFORBUND

LOJER - HØY KVALITET, STORT UTVALG

16
FARGER

**LOJER®**

VERDENSLEDENDE PÅ TRYKKBØLGE



- PERI-ACTOR®



SPINE-ACTOR®



STORZ MEDICAL

UTSYR OG FORBRUK

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.
Referer til
avtale1001*

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.no | www.fysiopartner.no



- En uspesifikk tilstand med spesifikke muligheter?

Skulderen har over 140 dokumenterte ortopediske tester, hvorav ingen av dem kan skryte av imponerende sensibilitet eller spesifisitet. Testene er med andre ord forferdelig dårlige, men betyr det at det nødvendigvis er forferdelig vanskelig å forstå seg på ei vond skulder? Noen mener vi burde gjøre som med korsryggen, nemlig å begynne å snakke om uspesifikke skulderplager. Står valget mellom upålitelige tester eller individuell selvforherligende fingerspitzegefühl hvis vi skal sette en spesifikk diagnose? Jeg har sansen et pragmatisk sett med knagger for å henge dette på og best av alt – det er mye lettere enn mange av de du har hørt om før. Jeg vil først og fremst presisere at selv om denne "artikkelen" i stor grad handler om funksjonell og biomekanisk vurdering av skulderen, er det på ingen måte med hensikt å neglisjere den sammensatte biopsykososiale vurderingen og håndteringen av disse pasientene.

Jeg skulle gjerne sagt at det jeg skriver videre her er noe jeg har klekket ut på egen hånd på klinikken, men dessverre er ikke det tilfelle. Jeg har det siste året latt meg begeistre av Adam Meakins aka "The sports physio" som har fått anerkjennelse for sin måte å vurdere skulderpasienter på. Oversiktlig, pragmatisk og til tider provoserende spissformulert.

Hva feiler det egentlig skulderpasientene våre?

En diagnose vi ofte står igjen med etter å ha gjort 12-14 ortopediske tester er som regel impingement syndrom. Over halvparten av skulderdiagnostikk fører nemlig til dette, eller degenerativ rotator cuff med omliggende strukturer om du vil. Noen hevder at over 90% av skulderplager er relatert til rotator cuff. Altså en patologi (tendinopati, bursitt, partiell ruptur, full ruptur...) rundt subacromiale bursa, supra/infraspinatus- og subscapularissenen, men dette gir oss ikke særlig mer enn en mistanke om sånn ca hvor i skulderen vi klarer å provosere frem ubehag. Disse strukturene har blitt klemt hele livet vårt så fort vi løfter armen noen få grader. Det er logisk at når strukturene i den subacromiale passasjen blir patologiske opplever man smerte ved provokasjonstester, men det årsaken er neppe avklemningen av dem. Årsaken blir vi kanskje aldri klok på selv om vi kan lage mange fine teorier på den. Det viser seg blant annet at diabetes og/eller mye buk fett disponerer for tendinopati.

"Finally I think shoulder or sub acromial 'impingement' is a rubbish, misleading, inaccurate and potentially pain inducing term, and I suggest we all start to use the term 'sub acromial pain' not impingement..."

Adam Meakins

Kategorisering av "problem"

Utgangspunktet videre for finne en rød tråd i denne artikkelen er skuldre hvor rotator cuff er mistenkt å spille en rolle i skulderplagene til pasienten. Her er det lett å falle i et mønster hvor en setter pasienten på ett enkelt sett rehabiliterende øvelser (gjørne eksentrisk?) man har lært inn uten å ha et rasjonale for hvorfor denne pasienten skal ha disse øvelsene akkurat i denne fasen. Adam Meakins deler skulderpasienten med mistanke om rotator cuff affeksjon i 3 kategorier ut fra hvordan de responderer på aktive, passive og isometriske rotasjoner:

1. Stiff and painful (SP)
2. Weak and painful (WP)
3. Instable and painful (IP)

Rasjonale for hvilke tiltak man bør fokusere på springer altså ikke ut fra hvilke strukturer man tror er årsak til smerte (på grunn av notorisk misvisende diagnostiske tester), men hvilken skulderfunksjon som er smertefull og stiv/svak/instabil. Prøv å søk opp et bilde av de distale senene i rotator cuff og spør deg selv om du tror hvilken som helst test kan differensiere disse. Vi kommer tilbake til behandlingen/rehabiliteringen av dette, men først vil jeg dra inn forskning fra en dame som heter Jill Cook for å begrunne rehabilitering basert på hvilke faser i den degenerative prosessen senen finner seg i. Jill Cook jobber ved Monash University i Melbourne, Australia. Hun har forsket på histopatologi i senevev og deler degenerasjonsprosessen i tre faser som blir utgangspunkt for ulike håndtering. Jeg har prøvd å skissere dette etter beste evne i figuren under basert på en av hennes artikler.

Den reaktive fasen.

Patrick Danielson (2009) har lagt frem forskning som snur den tradisjonelle forståelsen av de histopatologiske endringene i senevev litt på hodet. Fra at man ser på vevsskade som initierende prosess med påfølgende smerte, viste han at smerte kommer først og strukturell vevsskade senere i prosessen. Aktiveringsceller i vevet registrerer

belastning og går fra en passiv til aktiv fase hvor de produserer nociceptive substanser og reseptorer for de. Dette er nok til at hjernen registrerer smerte i området. Dette forklarer oss at ved akutte seneplager dreier håndteringen om å roe ned aktiveringscellene fremfor å prøve å påvirke senestruktur. Øvelser for den akutte seneplager er altså et risikoprojekt, og "DON'T POKE THE TENDON!" Denne fasen kan forklares som den reaktive fasen. Det er viktig å understreke at det her IKKE er snakk om betennelse. Vi har gått mer og mer bort fra betennelse i senevev til tross for at dette ofte er den allmenne oppfatning og nok vil være det i mange, mange år fremover.

Tendon dysrepair

Dersom senen fortsettes å bli belastet utover dens mekaniske kapasitet startes produksjon av proteoglykaner som tiltrekker seg vann og disorganiserer den kollagene matrix. I denne fasen utfordres strukturen til senene og man ser et kollagent breakdown.

Degenerativ tendinopati

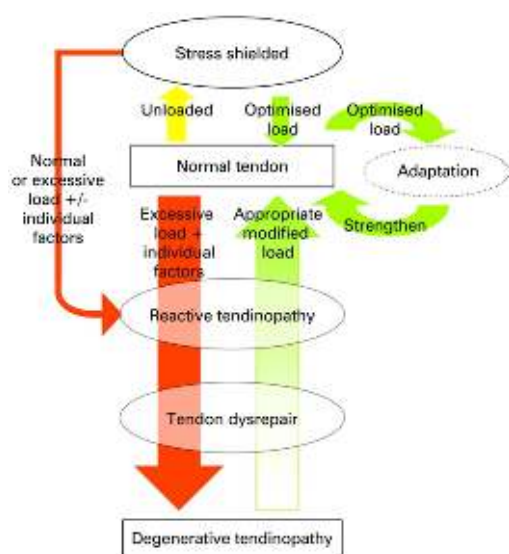
Konsekvens av vedvarende dysrepair der væskeinntrengningen i matrix påfører disorganisering av kollagenfibrene til senene blir degenerative. Senen har da mistet sin strukturelle integritet og det etterlater åpne områder for karinnvekst. neovaskularisering er altså en indikasjon på degenerativ tendinopati.

Tilbake til klinikken

Så hvis vi tenker oss at vi har vurdert skulderpasienten vår inn i en av de tre kategoriene (SP, WP eller IP).

Utgangspunktet for oppsett av program er da hvilken av disse bevegelsesutslagene som er utfordrende, hvor langt kommer vi uten smerte og hvor mye belastning kan legges på. Pasienten vil da hele tiden jobbe mot barrieren av sine utslag/smertenivå og kan monitorere egen progresjon. Valg av øvelser baseres også på dette, men Adam Meakins erstatter mange av de tradisjonelle rotator cuff-øvelsene basert på EMG-målinger av aktuell muskulatur. Jeg går ikke inn på disse i denne artikkelen, men gå inn på <https://thesportsphysio.com/les-bloggposten>: My top 5 shoulder rehab exercises. Her nevnes kraftige isometriske øvelser, Y-løft, lat pull down, arnold press og press ups.

Skal vi vurdere hvilke fase tendinopatien befinner seg i, kan vi dessverre ikke lenger



FIGUR 1: Et sideblikk på histopatologien

lene oss på konkrete faktorer. Det er også selvfølgelig ikke sånn at en vond skulder er låst i en fase, men en degenerativ skulder kan gjerne oppleve en reaktiv fase. Reaktiv fase er kanskje den greieste av dem og varighet på symptomer er key point. Belastningsstyring av senen og ibuprofen ser ut til å ha best effekt. Man har naturlig nok tenkt at ibuprofen reduserer betennelsen, men det viser seg at effekten kommer fra at ibuprofen har en kjemisk inhiberende effekt på aktiveringsprosessen i cellene og begrenser mengden proteoglykaner de uttrykker.

Terapeutiske intervensjoner av pasienter i denne fasen bygger mer på grunnprinsippet "Do no harm" fremfor spesifikke tiltak på og utenfor klinikk. Grensen mellom dysrepair og degenerativ er mer uklar, i alle fall hvis man ikke har et dopplerapparat til å vurderer grad av neovaskularisering. Likevel kan forståelsen rundt dette anvendes ved at man i degenerativ fase bør tillate mer smerte under belastning enn i dysrepair. Sensitiseringsprosessen kan spille belastningsstyringen et puss, og noen foreslår at man kan tolerere opp mot VAS

5/10. Cook hevder at smerte under belastning kan være villedende, og at man bør vurdere mer etter hvordan skulderen oppleves 24 timer etter belastning. I den degenerative senen må vi og være klar over at å påvirke den strukturelle integriteten nok er en dead-end siden vi snakker om celledød i vevet, men den friste delen av muskel/sene har større påvirkningskraft gjennom trening.

Its tough being a cuff, so it needs tough rehab at times...

-Adam Meakins.

Jeg tror den største bommerten vi gjør innen rehabilitering er å gi ei lefse med 3x10 øvelser uten en plan om progresjon. Jeg har levert mange sånne ark og har observert en trend når det kommer til compliance. Treningen er ofte så lett at de er fullstendig innenfor bevegelighets- og smertegrenser, som levner pasienten i villrede om når og hvordan dette skal virke meningsfullt. Å trene uten funksjonsbaserte mål og vente på smertereduksjon hos en degenerativ skulder kan bli en langvarig og forvirrende prosess. Personlig (ved dysrepair/degenerativ) liker jeg å begynne med harde isometriske øvelser i 2-3 uker, eksentriske/konsentriske i 3-4 uker og med dynamiske øvelser i 3-4 uker. Dette vil naturlig nok variere avhengig av tåleevne på belastning, og jeg faser enkelte øvelser inn i hverandre. Om andre øvelser er like effektive eller mer effektive kan helst sikkert være, men følelsen pasienten har med et program med progresjon hvor de kan presse grensene sine etter konkrete grenser (24t) tror jeg er veldig betryggende.

Dette er en veldig biomekanisk betraktning av den vanligste skulderplagen vi ser og det er selvfølgelig essensielt å understreke at skulderen absolutt ikke er et mekanisk perifert system. Psykososiale faktorer bidrar i utvikling og vedlikehold av plager, som er et av argumentene for å begynne å snakke

om uspesifikke skulderplager. Jeg er av den formening at om vi ikke har kunnskap og evner til å være skolerte kognitive terapeuter, er måten vi ordlegger oss og beskriver disse plagene av enormt relevans for for den kognitive pakken vi serverer pasientene. Å gå ut av klinikken med et bilde av en OMO-reklame om frynsete fibre som ødelegges hver gang vi løfter armen over hodet kontra at smertesystemet er aktivert i seneapparatet uten at fibre er ødelagte - er betydelig.

Et sideblikk på histopatologien

Figur 1: Pathology continuum; this model embraces the transition from normal through to degenerative tendinopathy and highlights the potential for reversibility early in the continuum. Reversibility of pathology is unlikely in the degenerative stage.³

Sjekk ut podcastene:

- **Tendons and tendinopathy with Jill Cook**

- **Shoulder simplified with Adam Meakins**

Tom Eirik Bjørkli
Osteopat DO



Referanser:
Linton, S (1989). Risk Factors in the Psychosocial Work Environment for Neck and Shoulder Pain in Secretaries.

Hermans et al (2013). Does the patient with shoulder pain have rotator cuff disease? The rational clinical examination systematic review.

J L Cook, C R Purdam (2009). Is tendon pathology a continuum? A pathology model to explain the clinical presentation of load-induced tendinopathy. Br J Sports Med. 2009;43:409-416. originally published online 23 Sep 2008. doi:10.1136/bjsm.2008.051193

Danielson P (2009). Reviving the "biochemical" hypothesis for tendinopathy: new findings suggest the involvement of locally produced signal substances. Br J Sports Med. 2009 Apr;43(4):265-8. doi: 10.1136/bjsm.2008.054593. Epub 2008 Oct 29.

Ultralyd kampanje

Osteopater

E-CUBE 5W

Stasjonær ultralyd



E-CUBE 5W er den minste av våre stasjonære maskiner.

Maskinen har lav vekt, og er enkel å flytte. Den bruker de samme prober som vår transportable skanner, EC-i7. Begge gir utrolig klare bilder for en rimelig maskin.

E-CUBE 5W har svært mange opsjoner til denne prisklassen, og leveres med doppler, spatial compound, harmonics, line density, speckel reduction med mer. Dette er noen av de filtre som du kan justere bildet med. Dine presets lagres under egne navn med de innstillinger du har laget.

Maskinen brukes i dag hos fysikalske institutter såvel som på legekantoret og hos veterinæren. Meget god skanner til en suveren pris.

Veiledende pris: kr 145.000,-

Kampanjepris: kr 110.000,-

Leasing 60 mnd: kr 2 108,- pr. mnd.
(alle priser er eks. mva)

Tilbudet inkluderer:

- 2 prober
- doppler
- lydfiltre
- stor 19,5" skjerm
- 2 års garanti og gratis oppgradering ved behov

Tilbudet gjelder frem til 30. mars

Besøksadresse: Kjelsåsveien 174, 0884 Oslo

Telefon: +47 67 07 91 80

E-post: post@enimed.no

www.enimed.no

enimed)))



Intervju: Jørgen Jevne og Stian Christophersen

Tekst: Tom Eirik Bjørkli

Hva er "sexy shoulder"

Sexy Shoulder er et catchy navn på fagdagen vi har laget om skuldre. Vi ønsket å lage et skulderkurs som vi selv savnet, der det ble tatt et fugleperspektiv på forskningen som ligger til grunn for vår undersøkelse og behandling av skuldre og å skape et praktisk anvendbart rammeverk for klinikere som oss selv. Et kurs fritt for metoder og guruisme der vi ønsket å belyse vår egen frustrasjon etter et tiår i bransjen og trekke frem det uendelige viktige spørsmålet "hvorfor". Å kalle det Sexy Shoulder spiller på Jørgens artikkel "The Sexy Scalpel" i BJSM med den påfølgende hashtagen #sexyscalpel.

Hvorfor ble skulder et interesseområde?

Stian og jeg involverte oss sammen i Skadefriklatring.no i 2009. Skadefriklatring.no er et nettsted hvor vi ønsket å spre kunnskap om klatreskader og forebygging av disse. Skuldersmerter er den andre hyppigste skaden som rammer klatrere (etter fingre), har interessen bare økt siden den gang. Interessen ble enda større etter hvert som vi leste mer og mer forskning og innså hvor mange logiske brister som foreligger i dagens undervisning, og at man ikke var eksponert for mange av disse fallgruvne tidligere.

Ortopedisk testing av skulderplager har blitt filleristet ved gjennomgang reliabilitet og noen har tatt til ordet for å gjøre som med rygg, nemlig snakke om "uspesifikke skuldersmerter". Hva tenker dere om dette?

Kjært barn har mange navn, men her kjenner vi fallgruvne åpne seg. Derek Griffin er vel kanskje han som har vært mest 'på ballen' med å snakke om uspesifikke skuldersmerter. Det er jo et paradoks at vi aksepterer ryggplager som uspesifikke, men at vi tviholder på strukturelle diagnoser i ekstremitetene. Det er nå mange ledende forskere og klinikere på skulder som beveger seg i samme retning.

Forskjellig titulering forsøker dog å beskrive hva som ser ut som samme fenomen, og det er vanskelig å krangle med Griffin om poengene han fremsetter når han kaller det "non-specific shoulder pain". Det er jo likevel ikke det at alle skuldre er uspesifikke, men som Jeremy Lewis nylig uttalte så krever det et bra sett baller for å hevde en strukturell diagnose for mange vanlige

skulderpresentasjoner. Forekomsten av patologiske funn hos asymptomatiske gjør det fryktelig vanskelig for oss å si at "det er pga. bursaen" eller "det er pga rotatorcuffen", og de kliniske testene våre er alt for dårlige til at vi kan komme med slike diagnoser.

Et viktig aspekt å belyse er jo at hvis man ser på den kollektive forskningsinnsatsen på epidemien korsryggssmerter, så har vi nådd en form for konsensus vedrørende navngivningen av uspesifikke korsryggssmerter. Med tanke på at majoriteten av forskningsmidlene har ligget på korsryggsområdet, burde det ikke være overraskende at vår kunnskap om ekstremitetsledd er enda mer begrenset. Med andre ord er det vanskelig å argumentere for hvordan vi skal kunne hevde så mye større grad av spesifisitet i ekstremitetsledd.

Så hva sier man til pasientene? Det hadde vært interessant å vite om de tydeligste forkjemperne for "uspesifikke skuldersmerter" faktisk sier dette til pasientene sine, eller hvordan de ordlegger seg hvis ikke.

Personlig (Stian) legger jeg det ofte frem som at vi ikke vet hvilken struktur som gir symptomer, men at vi har hypoteser som jeg så kan presentere. Dette baner veien videre for å se på dette som en belastningsproblematikk og dermed belastningsstyring og opptrening som førstevalg av tiltak.

Daniel Major, lektor ved HiOA, har for øvrig en glimrende tekst på det her som vi anbefaler å lese:
<http://www.bevegdegmer.no/2017/03/22/276/>

Struktur eller funksjon, hva er utgangspunktet for behandling?

Basert på det ovenstående fremstår dette spørsmålet krystallklart: funksjon. Med tanke på myriaden av tiltak som har rettet seg mot endring av strukturelle forhold i senevev (for eksempel PRP, ABI, trykkbølge etc.), ser vi gjennomgående at strukturene ikke endres på tross av at symptomene forandres / reduseres.

Sean Docking viste også i 2015-2016 at belastningstrening ikke endrer delen av senevevet vi har antatt har vært "patologisk" og har postulert at treningen kanskje fungerer på "det øvrige" senevevet og faktisk ikke trenger å ha den store effekten på det vi ser som 'patologisk'.



Jørgen Jevne
Fysioterapeut (BSc)

Utdannet: Bachelor i fysioterapi fra Høgskolen i Oslo, Bachelor i klinisk biomekanikk og Master i klinisk biomekanikk fra Syddansk Universitet i Odense

Arbeidssted: Privat praksis, Hønefoss Kiropraktikk og Rehabilitering. Partner med Ole Kjetil Vik som også er kiropraktor og fysioterapeut.

Twitter: @jevnehelse



Stian Christophersen
Fysioterapeut fra Høgskolen i Oslo 2007

Utdannet Topptrener i regi av NIH Olympiatoppen
Arbeidssted: Apexklinikken

Twitter: @StianChri1
Facebook: Fysioterapeut Stian Christophersen



Rotator-cuff og tendinopati er nok noe de fleste forbinder med mang en skulderpasient. Har dere noen tanker rundt den degenerative prosessen i senevev og hvordan vi kan tilpasse behandling til disse fasene?

Rotatorcuff tendinopati er fremsatt som en hypotese for å forklare skuldersmerter, bl.a. av Chris Littlewood og Jeremy Lewis. Ref forskningen til Cook og Purdam på tendinopatier generelt gir det mening at degenerative cuffed sener, som vi ser mye av, går over i en reaktiv fase ved overbelastning – såkalt "reactive-on-degenerative" Lehmans nå kjente sitat "calm shit down, build shit back up" er i så fall gjeldende også ved cufftendinopatier, da behandlingen vå i første omgang vil ta sikte på å redusere symptomer og deretter bygge opp kapasiteten i den delen av senen som ikke er degenerativ.

Akkurat dette er et poeng da det ikke ser ut til at vi får strukturelt endret særlig på den degenerative delen av senen, men at vi kan påvirke resten av senen til å tåle mer belastning. Som Sean Docking uttalte: "Treat the doughnut, not the hole". Likevel, på tross av continuum-modellen sin popularitet, er det fortsatt en arbeidsmodell som ikke nødvendigvis beskriver hele bildet. Det finnes flere forskjellige modeller for patofysiologi i senevev, og ordet 'degenerativ tendinopati' er ikke nødvendigvis fyllestgjørende. Samtidig mener vi at det nå er på høy tide at vi tar innover oss den retningen forskningen faktisk tar oss, om enn hvor smertefullt det er å innse at mye av det vi har lært må revurderes.

På muskelskjelettområdet generelt og med

flere tunge publikasjoner på skulderområdet spesielt, ser vi nå klare tegn til at det er de psykososiale komponentene som har mest betydning for hvilke pasienter som klarer seg bra og hvilke som er i risikozonen for vedvarende smerter.

Det er ikke størrelsen på bursaen, lokalisasjonen av rupturen eller labrumaffeksjonen. Dette er aspekter som tendinopatimodellene foreløpig ikke har klart å omfavne eller omfatte, og følgelig forblir vårt syn på dette relativt ensidig biomedisinsk. Dette på tross av den etter hvert solide forskningsbasen som tilsier at vi bør tenke bredere.

Rotator cuff tendinopati og eksentriske øvelser. Hype eller velbegrunnet?

Fundamentale spørsmål som melder seg er vel "hvorfor gjør vi som vi gjør?" og "hva er det man ønsker å oppnå med treningen?" Eksentrisk trening som isolert belastningsstyring kan være et valid tiltak i forskjellige deler av rehabiliteringen, men det er ingenting som tyder på eksentrisk trening gir store fordeler kontra konsentrisk trening for tendinopatier. Isometri og plyometri kan også være indikert avhengig av pasientens fysiske og kliniske presentasjon. All load av sener er positivt, da dette er den eneste måten vi kan bedre kapasiteten i vevet på. Så på en måte kan vi si at om eksentrisk trening ikke nødvendigvis er en hype er det definitivt ingen panacea, men det er definitivt bedre enn å ikke belaste skulderen. Det som kanskje kan være relevant å nevne er at eksentrisk trening ofte med fordel kan benyttes med bevegelsesinnskrenkelse (tenk GIRDs eller TROM deficitis). Forskningsbasen for dette er økende, spesielt ekstrapolert fra forskning på underkstremitetene og med basic science

forskning på sarkomerneogenese.

Rod Whiteley i Aspetar har også preliminaere studier på dette hvor de oppnår relativt raskt plastiske endringer i rotatorcuffmuskulaturen etter tung, eksentrisk belastning. Passende nok har de kalt øvelsen(e) "The Nordic Curl of The Upper Limb".

Rotator cuff tendinopati og smerte ved trening/rehabilitering. Hva tenker dere om gradering av dette?

Her er det mange aspekter man kunne diskutert. Daniel Major har skrevet følgende: "[Jeg har begynt å] Gi litt blaffen i smertemonitoreringsmodellen (NPRS >5) når jeg behandler atraumatiske pasienter med langvarige smerter. Hvis pasienten tolererer smerten og at smertene går over når treningen er slutt, syntes jeg dette er en bedre måte å gjøre dette på. Å skulle si at over 4 er farlig og under 4 er ikke farlig, gir lite mening hvis man har lest litt om moderne smertevitenskap og langvarig smerte."

Spesielt den siste setningen er det verdt å gripe fatt i. Momentet han diskuterer her tar også opp en av de andre (forsknings) elefantene i rommet: mye av vår viten på dette området (treningsbelastning og smertemonitorering) er hentet fra (topp) idrettsmiljøet. Vi vet ikke en gang om dette er generaliserbart til vår vanlige kliniske populasjon. Når man da i tillegg tar hensyn til de ovenstående risikofaktorene for vedvarende smerte (Ketola 2015, Chester 2016), så kan man resonnerer litt rundt smertemonitorering og deres potensielt negative innvirkning på pasientens respons til trening. Rent pragmatisk er det jo mange pasienter som henvender seg med skuldersmerter som allerede har en 5 eller

6 på VAS skala. Det er nærmest utenkelig at disse ikke vil kunne reagere med økte smerter ved oppstart av et belastningsregime. Chris Littlewood gjorde jo et poeng ut av dette i sin SELF studie (Littlewood 2015), hvor pasientene ble bedt om å utføre øvelsen i smerter. Det var riktignok metodiske problemer med denne studien og høyt frafall, men det gir allikevel en pekepinn på hvilken retning vi beveger oss. På tross av mange forskjellige meninger ser det ut til å være en konsensus rundt at 24timers responsen er det bør veilede treningen, og en treningsdagbok som monitorerer dette er et enkelt verktøy å bruke. Det mest sentrale vi i de fleste tilfeller være å avdramatisere en smerterespons som følge av trening. Trening er enkelt å dosere og pasienten kan instrueres i hvordan h*n kan dosere sin egen trening ut i fra symptomrespons.

Hva mener dere er den største misoppfatningen ved behandling av skulderplager?

- A: At vi trenger å endre strukturelle forhold for å oppnå bedring
 B: At vi må gjøre spesifikke cuff-øvelser og spesifikke scapula-øvelser
 C: At vi kan, og at vi trenger å, endre måten scapula beveger seg på
 D: At kroppsholdningen må korrigeres
 E: At vi må belaste skulderen lett og smertefritt
 F: At man ikke skal trene med armene over hodet
 G: At man må "relase" fascier, muskler og ledd før man kan begynne treningen
 H: At man må gjøre masse øvelser
 I: At man må trene 'utholdende muskulatur'
 J: At man må trene utoverrotasjon med strikk til man blir grønn i ansiktet

Hva skiller strikk i ribbevegg fra "sexy rehab"?

#sexyrehab er en liten hype som vi har startet i kjølvannet av #sexysoulder, men det må for det første understrekes at mye rehabilitering, spesielt i tidlige faser ER kjedelig. Men vårt poeng er at vi må kunne ha en faglig diskusjon om hvordan vi øker compliance for vår viktigste behandlingshjørnestein: belastningsstyring. Vi bruker masse strikk i ribbevegg, bare så det er sagt. Ikke alle øvelser er sexy i starten, og vi må også ta høyde for hva pasienten kan og ønsker å gjennomføre og hvor mye utstyr som trengs for å gjøre det. Det som skiller strikk i ribbevegg fra sexy rehab er det er en progresjon FRA strikk i ribbevegg mot mer krevende og meningsfulle bevegelser/øvelser. Vi må ha en diskusjon omkring hva som er 'evidensbasert tilnærming', hvordan vi individualiserer treningsopplegget til den enkelte pasient, hvordan vi endrer våre tiltak fortløpende, hvordan vi doserer og monitorerer trening og som en følge av dette; hvordan vi kan gjøre treningen så engasjerende og lystbetont som mulig.

Deres topp 5 rehabiliteringsøvelser for skulder. Shoot

Stian:

- A: For smertereduksjon: Lat-pull og isometrisk utadrotasjon
 B: Skulderpress med kettlebell opp-ned
 C: Scaption/flexion raise med utfall
 D: Push-ups i ulike varianter
 E: Enhånds rykk med kettlebell opp-ned

Jørgen:

- A: isometrisk utoverrotasjon
 B: Scaption raise
 C: Arnold press

- D: Turkish get up
 E: Bakoverutfall med skulderpress og 50bpm metronome

Hva er det du skulle ønske du visste om skulder for 5 år siden som du vet i dag?

Stian:

- A: At de kliniske testene våre ikke ga de svarene vi trodde og at jeg kom langt med AROM/PROM og krafttest
 B: At triggerpunkter ikke forklarte alle skuldersmerter
 C: At hvordan strukturene så ut ikke trengte å bety så mye for verken plager eller utfall
 D: At de aller fleste skuldre blir bra av belastningsstyring og gode råd

Jørgen:

At jeg ikke trengte å lære meg 30 til 35 tester for forskjellige undergrupperinger av skuldersmerter som har vist seg ikke holder vann. At jeg kunne fokusert på kompleksiteten i en simplistisk tilnærming og blitt bedre på belastningsstyring / treningslære. Det er et paradoks at desto lengre jeg jobber, desto større ser jeg at behovet mitt er for kommunikasjonskompetanse. For fem år siden ville jeg aldri sagt jeg ville brukt penger på et kommunikasjonskurs.

Hvor og når kan vi få muligheten til å delta på foredraget deres?

Først anledning nå er i Trondheim 1. Juni. Det er ingen øvrige datoer planlagt.

Tom Eirik Bjørkli
Osteopat DO



Bokanbefaling

When the Body Says No: Exploring the Stress-Disease Connection

av Gabor Maté.

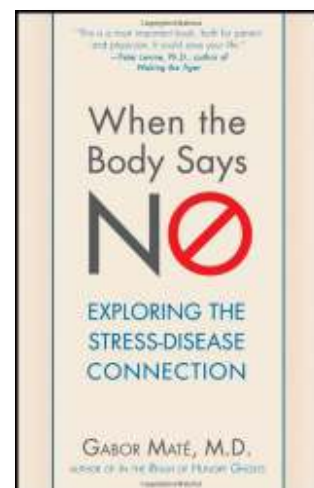
Boken er spennende bok med nytenkende tanker rundt hvordan stress påvirker vår helse. Er det sånn at stress kan påvirke oss så negativt over tid at vi utvikler alvorlig sykdom av det? Ikke bare sykdom vi «vet» stress er en risikofaktor. Gabor Maté lanserer ordet; psychoneuroimmunoendocrinology.

Psychology, neurology, immunology og endocrinology. Og hvordan dette kan påvirke oss spesifikt inn mot ulike sykdommer.

En bok som anbefales og er lettlest i de kommende sommermånedene.

Hvor får jeg kjøpt boken?
www.adlibris.no

Jan-Andreas Forsnæs
Osteopat DO.





Forskningsartikkel: Skulder

Tekst: Jan-Andreas Forsnæs

«Corticosteroid Injections Give Small and Transient Pain Relief in Rotator Cuff Tendinosis: A Meta-analysis»

av Amin Mohamadi, Jimmy J. Chan, Femke M. A., P. Claessen, David Ring og Neal C. Chen.

I en travel hverdag med pasienter. Så får ofte «skulderpasientene» frem de små grå og du må frem med ditt virkelig ytterste. En eller annen gang på veien dukker spørsmålet. Enten fra din resonnering eller pasienten selv: Skal jeg anbefale denne pasienten kortison?

Den hellige «væske». Det som virker på «alle». Den snille broren til kortisol. Deres veier skiltes ved et oksygenatom som er festet med en dobbeltbinding, i stedet for hydroksyl på karbonatom nr. 11. Kortison dominerer «broren» kortisol i fosteret. Av mange ulike grunner. Den aller viktigste; den veksthemmende effekten av kortisol fra binyrene. Etter fødsel endres forholdet mellom de to gode «brødrene». Nå tar «storebror» kortisol over.

Vi har brukt kortison i medisin siden 1949. Vi vet godt hva og hvordan vi kan bruke dette. Vi vet at kortison ikke skal brukes oftere enn hver 6 uke. Og ikke oftere enn 3-4 ganger per år. Vi vet effekten av kortison hos pasienter som ikke selv produserer binyrebarkhormon. Vi vet effekten ved revmatiske sykdommer, astma, hudsykdommer og ulike øyesykdommer.

Spørsmålet nå er; Hvorfor skal vi bruke kortison for en vond skulder? Har det effekt - utover kortvarig smertelette?

Adam Meakins, Jørgen Jevne, Sigbjørn Hjorthaug m.f., prøver med sine foredrag, bøker og engasjement å forenkle skulderen. Mange av dere har sikkert deltatt på kurs og lest bøker til nevnte personene. (det anbefales!) Smerter i skulder er vanlig. Skulderplager affiserer så mange som 3/10 personer til enhver tid i USA. Rotatorcuff oftest involvert (alltid?).

Mohamadi og kollegene undersøkte 11 RCT-studier, med 726 pasienter inkludert. Tre studier ble ekskludert pga dårlig design/kvalitet. Alle studiene så på effekten etter 2-3 måneder etter injeksjon. VAS skala ble brukt som målenhet. The number needed to treat (NNT) ble kalkulert utifra at pasientene måtte ha en reduksjon i VAS ned til mild eller mindre. (3-4 eller mindre)

Hva fant forskerne ut?

- Ved en måned hadde man liten til moderat smertelette sammenlignet med kontroll-gruppe. (95% CI 0.15 to 0.73). Dog hadde kun 1 av 1000 pasienter mild smerte på dette stadiet. Så NNT var vanskelig/umulig å regne ut.
- Den største effekten så man ved to måneder. (95% CI 0.27 to 0.78).
- Gjentakende injeksjoner var ikke mer effektiv enn single injeksjoner. I en gruppe som sammenlignet VAS etter tre måneder etter injeksjon.

Det er INGEN NICE-standard på injeksjon med kortison på rotator-cuff tilstander. Det som gjøres i dag gjøres uten evidens og med kortvarig smertelette som beste argument.

Konklusjonen er rett og slett beinhard:

- Kortisoninjeksjoner i rotator-cuff tilstander gir moderat smertelette inntil 2 måneder etter injeksjon.
- Etter dette, finnes det INGEN studier som tilsier evidens for lette av symptomer utover disse 2 månedene.
- Det er hittil ingenting som tilsier at kortison har langtidseffekt på ulike tilstander i skulder.
- Kortison gir altså i beste fall kortvarig smertelette.

Så, hva svarer du hvis pasienten spør om kortisoninjeksjon? Jeg vil ihvertfall være veldig i tvil. Og sterkt vurdere andre alternativer. Som manuell behandling, øvelser og styrke, roe ned og ufarliggjøre den vonde skulderen.

Jan-Andreas Forsnæs

Osteopat DO.



Referanser:

- Mohamadi, A., Chan, J.J., Claessen, F.M.A.P. et al. Clin Orthop Relat Res (2017) 475: 232. doi:10.1007/s11999-016-5002-1
- Adebajo AO, Nash P, Hazleman BL. A prospective double blind dummy placebo controlled study comparing triamcinolone hexacetonide injection with oral diclofenac 50 mg TDS in patients with rotator cuff tendinitis. J Rheumatol. 1990;17:1207-1210.
- Alvarez-Nemegyei J, Bassol-Perea A, Rosado Pasos J. [Efficacy of the local injection of methylprednisolone acetate in the subacromial impingement syndrome: a randomized, double-blind trial] [in Spanish]. Reumatol Clin. 2008;4:49-54.
- Blair B, Rokito AS, Cuomo F, Jarolem K, Zuckerman JD. Efficacy of injections of corticosteroids for subacromial impingement syndrome. J Bone Joint Surg Am. 1996;78:1685-1689.
- Chard MD, Cawston TE, Riley GP, Gresham GA, Hazleman BL. Rotator cuff degeneration and lateral epicondylitis: a comparative histological study. Ann Rheum Dis. 1994;53:30-34.

“

«Skal jeg anbefale denne pasienten kortison?»





PainCloud Convention 2017

Tekst: Sissel Gulaker

21-22. april 2017, ble tidenes første PainCloud Convention arrangert på Thon Hotel Arena, Lillestrøm. Osteopatene Ole Morten Salte og Sigvar Garfors hadde nedlagt mange arbeidstimer i forkant og trommet sammen noen store navn innen smertevitenskap. Sigurd Mikkelsen, manuellterapeut, var førstemann ut på PainCloud med temaet Clinical implications of predictive processing. Dette er et interessant tema som omhandler hvordan mennesket tolker informasjon.

I de aller fleste tilfeller vil hjernen tolke informasjon og bearbeide denne informasjonen uten særlige «feil». Om det oppstår feil i denne tolkning blir vi bevisste og må gjøre noe med dette. Se for deg at du kjører bil utpå landet, du vil da se primært på veien og tolke synsinntrykkene, styre rattet og farten ut ifra dette. Hjernen tolker da alle disse inntrykkene, men det er så langt normalt, og vi bruker ikke mye energi på dette. I det sekund en hjort kommer inn i sidesynet i retning av veien, blir det en «feil» i tolkningen: dette er ikke normalt i denne situasjonen, og vi må gjøre noe med denne «feilen». Dette er kort fortalt noe av det predictive processing handler om, og dette kan også

overføres til hvordan man tolker smerter. Sigurd er en aktiv foreleser og engasjerte salen med flere eksempler som omhandlet tolkning av egen kropp og mer spesifikke eksempler som optiske illusjoner. Dette foredraget ga oss enda mer innblikk i ting som påvirker hvordan pasienter tolker smerter, og hvor individuelt dette er. Amerikanske Dr Jason Silvernail snakket i sitt foredrag Flipping the pain curriculum om viktigheten av terapeutisk allianse, og hvordan man best kunne skape denne med sine pasienter. Jason presenterte blant annet sin 3-stegs modell for hvordan alliansen kan skapes:

1. Vær troverdig og "likandes"

- Fremstå profesjonell, vær trygg, ta deg tid til å bli kjent med pasienten din

2. Bygg motstandsdyktighet mot smerten

- Bygge oppunder pasientens styrker
- Forsterke pasientens evne til å oppnå positive endringer.

3. Bli enige om mål og fremgangsmåte

- Gi behandlingen mening, alltid ha målet/målene i bakhodet
- Bruk enkle forklaringer, gi øvelser i forhold til pasientens mål. Er for eksempel pasientens mål å jobbe i hagen, gjør behandling og

øvelser relatert til denne situasjonen. Manuellterapeut Kjartan Vibe Fersum presenterte Cognitive functional therapy (CFT) og forskningen han og flere med han har gjort på low back pain (LBP) over de siste årene. CFT er en pasientsentrert tilnærming som tar for seg oppfatningen, frykten og adferden til individer med LBP. Tanken er at personen skal forstå at smerten ikke reflekterer skade, men heller at denne personen er inne i en ond sirkel av smerte og nedsatt funksjon. Nervesystemet fyrer og er sensitivisert pga negativ oppfatning, håpløshet ift situasjon, angst, fear avoidance og kan føre til f.eks uhensiktsmessig bevegelsesmønster, endring av hverdagsliv og lite lyst til å være sosial.

Motivational interviewing (MI) er et viktig virkemiddel, og med den, den terapeutiske alliansen som Jason snakket om tidligere på dagen. I tillegg må man legge inn spesifikk bevegelsestrening og integrere dette gradvis til noe funksjonelt for pasienten. Fysioterapeut Sandy Hilton snakket om Adapting graded exposure and graded imagery to pelvic pain populations. Sandy jobber med bekken smerter både hos menn og



Over: Ole Morten og Sigvar med alle foredragsholderne, samt moderator helt til høyre



kvinner og var opptatt av omfanget av ulike bekkensmerter, og at vi som klinikere ikke var flinke nok til å avdekke/kartlegge denne typen plager hos våre pasienter. Dette kan være et vanskelig tema, og føler man seg ikke kompetent eller sikker på denne typen plager, bør man vite hvor man kan henvise disse pasientene videre. Det ble mye prat om "pooping, farting and sex", temaer Sandy helt tydelig var veldig komfortabel med å snakke om.

Kiropraktor og fysioterapeut Jørgen Jevne avsluttet en meget innholdsrik lørdag med sitt foredrag *From #sexyscalpel to #sexyrehab – a case for making rehabilitation more exciting and less boring*. Flere har kanskje vært deltager på noen av Jørgens fagdager rundt i det ganske land. Han avsluttet lørdagen med et lettbeint foredrag om blant annet mytene rundt skulderimpingement, hvordan forskning har gjort at man går mer vekk fra ulike skulderoperasjoner og heller fokuserer på riktig trening, og da trening med mening, så funksjonelle og morsomme som mulig. Det øker i hvert fall sjansen for at pasientene faktisk gjør det de blir bedt om.

Søndagen ble startet av Tory Madden fra Sør-Afrika, og hennes foredrag *Classical conditioning framework in pain*. De aller fleste har vel hørt om Pavlovs hunder og classical conditioning response, og Tory tok dette med seg over i sin forskning på hvorfor smerte består selv om skaden i vevet er helet. Kan man få smerte av en assosiasjon? Tory har gjennom sin doktorgrad utført flere studier som prøver å demonstrere dette; testpersoner har fått et forutsigbart, smertefullt stimuli i ett

område, fulgt av at ikke-smertefullt stimuli i nærheten av dette område. Resultatene av dette viser en tendens til at personer, slik som Pavlos hunder, kan assosiere dette stimuli til smertene sine. Hun snakket videre om hypotesene kan overføres til virkeligheten, gjennom eksempelvis episoder hvor fremoverbøyning gjør vondt. Kan dette gå over i en langvarig smertetilstand gjennom denne formen for assosiasjon? Det gjenstår å se.

Osteopat Alison Sim, fokuserte i sitt foredrag på *Psychological approaches for chronic pain and how manual and exercise therapists can integrate them into practice*. Dette var et foredrag som utforsket ulike psykologiske tilnærminger ift behandling av smerte. Hun snakket blant annet om Cognitive behavioural therapy (CBT) som best kan beskrives som en triangel bestående av tanker, følelser og oppførsel/behaviour. Her legger man tankene "under mikroskopet". Man forsøker å løse problemene sammen med pasienten, identifiserer de unyttige tankene, "realitychecker" tankene og ser på om oppførsel/behaviour kan være med å endre tankene.

Alison snakket også om kommunikasjonen med pasienten som en egen intervensjon, og at å strukturere kommunikasjonen bedre, ville kunne gi bedre konsultasjon og intervensjon. Her kunne CBT brukes som et verktøy for å bedre strukturere kommunikasjonen. Søndagens avsluttende foredrag *Motivational approach to enhancing self-management*, ble holdt av ergoterapeut Bronnie Lennox fra New Zealand. Hun snakket om viktigheten

av å engasjere pasientene i behandlingen, da det er veldig begrenset med tid vi faktisk har sammen med våre pasienter. Ofte ber vi pasientene våre gjøre helt nye ting, endre på måter de gjør en ting de har gjort i mange år eller gjøre noe som bryter med vaner som er betydningsfulle for pasienten. Måten man involverer pasienten i behandlingen på, hvordan man forklarer hensikten med f.eks en øvelse og at man forsøker å gjøre en øvelse så relevant som mulig, er måter man kan sikre seg at pasienten er mer deltagende i sin behandling/rehabilitering. Bronnie kom også med mange eksempler på hvordan og hvilke spørsmål man kan stille til en pasient med kroniske smerter og understreket viktigheten av å være tydelig ovenfor pasienten og sjekke at det du sier er blitt forstått.

Det er vanskelig å kort oppsummere en slik helg som PainCloud viste seg å bli. Jeg må virkelig skryte av Ole Morten og Sigvar for et veldig bra opplegg, og jeg håper flere velger å kjøpe videoene fra konferansen på www.paincloud.com, her er det mye god læring for oss alle (tør jeg å påstå). 21.-22. april 2018 går PainCloud Convention 2018 av stabelen og jeg håper å se flere osteopater der. Det som ble presentert på Lillestrøm er viktig for absolutt alle manuelle behandlere, og både deltagere og foredragsholdere var fulle av lovord ovenfor arrangementet. Vel blåst gutter.

Sissel Gulaker
Osteopat DO





Orientering fra kurskomiteen

Tekst: Kornelia Ravin og Jan-Eric Hole

Da har vi som ny kurskomite gjennomført våre første to kurs. Ca. 40 deltakere fordelt på pediatrikurs med Line Rølvaag Juberg og visceralkurs med Jean Marie Beuckels. Vi er fornøyde med gjennomføringen og tar med oss tilbakemeldingene vi har fått fra disse kursene. Det er hyggelig at dere setter pris på lokalisasjon og prisen på kursene.

I høst ligger det an til at det kun blir ett kurs. 10. – 11. november planlegger vi kurs i obstetikk. Vi er så heldige og fått Mona Valstad Elsness til å holde foredrag disse to dagene. I tillegg jobber vi kontinuerlig med å få kursene for 2018 på plass. Grunnlaget

for disse kursene er spørreundersøkelsen vi har hatt tidligere og ønsker vi har fått fra de av dere som har deltatt på kursene vi nå har holdt. Dere vil få mail med mer informasjon når det er på plass, samtidig så vil det også annonseres på Facebook.

Minner dere på at det er et krav om minimum 48 timer faglig oppdatering de 3 siste årene. Alle kurs i regi av NOF, også fagdager, kan registreres på regweb som faglig oppdatering. Anbefaler dere å registrere andre kurs dere mener er aktuelle, er dere usikre så ta kontakt med en av oss. Det er viktig å presisere at vi er åpne for forslag og tilbakemeldinger

generelt så send gjerne en mail om du har noe på hjertet. Takk til alle som har deltatt på kurs til nå. Vi gleder oss til å se kjente og ukjente på kurs i fremtiden.

Kornelia Ravin
Osteopat DO.



Jan-Eric Hole
Osteopat DO.



Mail:
kornelia.ravin@hotmail.com
janeric.hole@gmail.com

November 2017:

Tema: Obstetikk

Foredragsholder:
Mona Valstad Elsness

Sted: Håndverken, Oslo

Mer info kommer på mail og arrangement på deltaker.no og facebook som tidligere.

Andre aktuelle arrangement/kurs:

Idrettsmedisinsk høstkongress i Stavanger 3-5. november.

Tema:

- Hjertehelse i toppidrett og mosjonsidrett.
- Fysisk aktivitet i et livsløpsperspektiv. Hot topics: i ryggforskning.
- Toppidrett, skader og optimal treningsaktivitet.
- Etske utfordringer og dilemmaer i idrettsmedisin.

Berlin konferansen 17-19. november.

Tema: Osteopatisk filosofi og modeller – fra teori til praksis.

For kurs i Danmark sjekk ut: <http://osteopater.dk/wp/en/kursus/>

Referat: Visceralkurs med Jean Marie Beuckels



Sigbjørn Hannevik

Alder: 25

Utdannelse: Osteopat DO

Jobb: Dybwad Fysioterapi og Akupunktur

Ekstra faglig interesse:

Rygg, nakke og hodepine

På Håndverken kurs- og konferansesenter samlet det seg første helgen i mai sytten forventningsfulle osteopater for å bli kurset i osteopati med visceral tilnærming. Jeg må først og fremst gi skryt til kurskomiteen som har hørt på oss medlemmer og fått til et visceralkurs midt i Oslo sentrum til en meget hyggelig pris. For min egen del har dette vært et høydepunkt jeg har gledet meg lenge til. Oslo viste seg denne helgen fra sin beste side, og ute skinte sola i 25 deilige varmegrader, mens vi satt inne med jakkene på og frøs, grunnet et noe overvrig klimaanlegg.

Foreleseren, belgiske Jean Marie Beuckels driver i dag sin egen praksis i Belgia samtidig som han underviser i osteopati og osteosofi på flere college, institutter og universiteter i Europa, USA og Russland. Skolehverdagen i andre land er nok hardere enn her i Norge, for mens vi maste om pauser og lunsj ville belgieren helst holde på hele dagen. Første dagen var fryktelig tung.

Hele vår osteopatiske filosofi og tenkemåte ble satt på prøve. Vi prøvde (mer og mer nølende) å svare på de litt uklare spørsmålene, men uansett hva vi svarte, så var det galt. 10 timer teori og filosofi er hardt uansett. Når man blir utfordret på alt man sier, blir det ikke lettere. Jeg tror de fleste av oss var både slitne og litt skuffet etter den første dagen, og jeg kan helt ærlig ikke huske så mye av hva vi snakket om.

Heldigvis var dag 2 og 3 en solid opptur. "Alltid start med diafragma!" Omtrent sånn startet andre dagen. Vi fortsatte å snakke om gamle dager, om "the Stillian times." For det er visst i de gamle bøkene og i gamle studentnotater den virkelige osteopati finnes. Å alltid starte med diafragma kommer fra A.T. Still. Dette betyr ikke at man alltid skal behandle diafragma, men at man alltid skal undersøke diafragma først. For en osteopats viktigste oppgave er å finne liv. Og det eneste mennesket trenger for å leve er

oksygen og lys (søk etter "Breathairian" for å lese mer om den teorien). I forbindelse med dette kurset var det viktigste å ta med seg at alle viscerele problem vil skape et problem i diafragma. Altså, dersom diafragma ikke har en dysfunksjon, har heller ikke viscera en dysfunksjon. Videre var det bare å holde tunga rett i munnen. For vi ble grillet på både anatomi, nevrologi og fysiologi. Og om vi ikke

visste det fra før av så vet vi i hvert fall nå at dette er noe som må repeteres hele tiden. Dr. Beuckels bruker mye tid på osteopatisk testing, og mesteparten av kurset gikk ut på å finne årsakssammenhengen. Hva påvirker hva? Er det en ascenderende effekt? Er det en descenderende effekt? Er det en viscerosomatisk effekt? Eller er det en viscerovisceral effekt?

Temaet: "Technique Panorama in Visceral Osteopathy: an osteosophical conceptualization" var etter min mening noe misvisende da det var lite fokus på teknikk og behandling. Men, som A.T. Still alltid mente, er det ikke valg av teknikk som betyr noe. Vi lærte denne helgen et konsept for undersøkelse av det viscerele som vi absolutt bør tygge videre på og implementere i vår egen kliniske hverdag.



Intervju etter kurs med Jean marie Bauckels

Tekst: Kornelia Ravin



Trude Degen, 44år

Utdanning: fysioterapeut og osteopat

Jobb: Driver seøvstenidg på Bekkestua osteopati

Hvorfor drar du på kurs?

For å utvide kunnskapsnivået, gjennomgang av ny forskning, og for å repetere og lære noe nytt.

Hva har vært bra med dette kurset?

Det har vært forskningsrettet. Nøyaktig anatomi og utførelse. Dyktig foreleser med bred bakgrunn.

Er det noe spesielt du kommer til å ta med deg i klinikk på mandag? Hva?
Mer spesifikk visceral forståelse.

Hva kunne du tenkt deg av videre kurs?

Fordypning – fortsettelse på dette kurset. Kurs som støtter seg på ny forskning. Undervisere med bred erfaring.

Vil du anbefale andre å gå på kurs? Hvorfor?

Alltid! Du kan aldri lære nok i vårt fag.



Referat: Pediatri II med Line Juberg

Tekst: Ingrid Nicander

.....
I regi av NOF ble det i mars holdt kurs ved Håndtverkeren kurs- og konferansesenter, i behandling av spedbarn med Line Juberg. Line har lang erfaring med behandling av barn, noe vi fikk gleden av å observere. Hun har evnen til å fange interesse gjennom sitt vinnende vesen og store kunnskap. Vi ble blant annet tatt gjennom deler av utviklingen under graviditeten, samt punkter ved barnets utvikling som kan integreres i behandlingen. Line tok oss gjennom "key points" for behandling av barn, både når det gjaldt prosessen ved amming (både for barn og mor), hvordan man kan starte behandlingen og hvordan tarmflora kan påvirke kolikk.

Kurset var fylt av praktisk undervisning hvor Line hadde arrangert besøk av reelle

pasienter med aktuelle symptomer og plager for kurset. Her fikk vi observere hvordan Line formulerte spørsmål til foreldre og hvordan hun integrerte dette i behandlingen. Det var psykososiale aspekter som ble forklart som mulig årsakssammenheng med plagene til barnet, samt den osteopatiske tankegangen.

Det gav mersmak for flere på kurset, og det kunne virke som det planlegges flere kurs med både utenlandske og norske forelesere.

Lokalisasjonen for kurset var behagelig med stort og luftig rom. Kurskomiteen fortjener klapp på skuldra for utrolig god innsats, hvor alt var gjort klart i forkant. Dersom det var noe som manglet, tok det ikke lang tid før dette var ordnet av den ansvarlige.



Ingrid Nicander
Osteopat DO.





Intervju med Christina Schimanski

på pediatrikurs med Line Rølvaag Juberg



Christina Schimanski

Alder: 45

Utdanning: Osteopat D.O Bsc og Fysioterapeut

Jobb: Håbaklinikken i Sandnes og Riska Osteopatiklinikk

Ekstra faglige interesser:

Stressrelaterte problemer, sammensatte plager, kvinnehelse og barn.

Hva er det beste med å være osteopat?

Hver dag møter jeg pasienter med ulike problemstillinger som skaper en interessant og variert arbeidshverdag. Gjennom osteopatien har jeg fått nye og spennende muligheter til å hjelpe og støtte pasientene mine på veien sin.

I hvor stor grad er pediatri en del av din kliniske hverdag?

Dessverre har det ikke blitt lett å få tilgang til denne pasientgruppen. Osteopati er fremdeles ikke veldig kjent her på Vestlandet og leger og helsestasjoner er generelt svært tilbakeholdene med å henvise spedbarn og barn til manuell behandling, særlig privat behandling. Gjennom behandling av gravide og barselpilatesgruppene mine har jeg likevel fått flere spedbarn og barn på behandlingsbenken i det siste. Dessuten har barna mine på 12 og 15 år vært takknemlige pasienter.

Hva er det som gjør at osteopati passer som behandling av barn?

Den myke og smertefrie tilnærmingen er veldig godt egnet til behandling av barn.

Som osteopater har vi en unik måte å påvirke fluida og fascier. Vi har gode muligheter til å understøtte barnets immunsystem og behandle funksjonelle plager hos spedbarn og barn. Gjennom det store utvalget av osteopatiske behandlingsteknikker kan vi alltid tilpasse behandlingen til barnets alder og barnets individuelle behov.

Hvorfor drar du på kurs?

Siden jeg ikke jobber sammen med andre osteopater og det er et lite osteopatimiljø her på Vestlandet er det viktig for meg å dra jevnlig på kurs. Her ønsker jeg å fordype og oppdatere kunnskapene mine, treffe tidligere studiekolleger, bygge nettverk og videreutvikle identiteten min som osteopat.

Hva har vært bra med dette kurset?

Line er en kjempedyktig kursholder og hun klarer alltid å formidle faget på en lett forståelig og begeistrende måte. Kurset har vært veldig praktisk orientert. Det har vært veldig nyttig å observere behandling av spedbarn og barn i forskjellige aldersgrupper. Dessverre gikk tida alt for fort!

Hva tar du med deg videre til klinikken?

Jeg tar med meg ny kunnskap om amme-problematikk samt kolikk og tarmflora, - og ny inspirasjon og motivasjon til arbeidshverdagen min.

Hva kunne du tenke deg av videre kurs?

Jeg har lyst å få med meg flere kurs i pediatri, kurs i idrettsosteopati og samtaleteknikker/kognitiv tilnærming. Det hadde også vært kjekt med HVLAkurs for kvinnelige terapeuter.

Vil du anbefale andre å gå på kurs?

Selvfølgelig vil jeg det! Faglig oppdatering betyr kvalitetssikring av faget, samt at du møter kollegaer med samme faglige interesser som deg. Det anbefales også å dra på internasjonale osteopatikurs eller -konferanser. Siden jeg er tysk anbefaler jeg osteopatikongressen i Berlin!

Jan-Eric Hole
Osteopat D.O.



NOF sin egen blogg

Tekst: Mathias Fjeld

I januar lanserte NOF vår egen blogg. Her deler vi faglig kompetanse og kunnskap, samt meninger og standpunkter i viktige saker og diskusjoner. Målsettingen for bloggen er å fremme kjennskapen til osteopati, både som profesjon og som en viktig del av helsevesenet. NOF sitt viktigste strategiske mål er autorisasjon, og vi mener at denne bloggen kan bidra til å nå målet. Den vil fungere som et talerør - spesielt mot politikerne, men også eksisterende og potensielle pasienter. Bloggen er også viktig for at dere som medlemmer kan lese om NOF sine argumenter og meninger, spesielt i det politiske landskapet. Vi ønsker bidrag, og vi

oppfordrer dere som medlemmer til å komme med forslag til både emner og innlegg. På sikt ønsker vi at bloggen også skal fungere som et medium hvor vi svarer relevante diskusjoner og temaer relatert til både helsevesenet og helse generelt. Vi ønsker samtidig å lede målgruppene inn på nettsiden vår, slik at de kan lese mer - både på bloggen, men også på nettsiden generelt for å lære mer om osteopati. En viktig målsetting er også å fremme 'finn din osteopat' som funksjon. Vi skal fremme osteopati som fag, og skape stolthet internt og respekt eksternt.

Nå i startfasen, og spesielt denne våren, så vil bloggen være politisk rettet. Det betyr at innleggene er skrevet med tanke på politikere og medier. Dette er en taktikk vi har valgt

i forbindelse med autorisasjonsprosessen. Temaene og argumentene kan i enkelte tilfeller oppfattes som gjentakende og kanskje litt like, men det er for å være tydelige og konsekvente i vår kommunikasjon.

Vi har noen hovedpunkter som det er viktig å fokusere på i sammenheng med den politiske debatten og autorisasjonen. Når vi utarbeider blogginnlegg, så er innholdet kvalitetssikret både internt i forbundet, men også av andre profilerte osteopater blant annet tilknyttet Høyskolen Kristiania.

Matias Fjeld
Osteopat D.O.





NOF i møte med Norsk Pasientskadeerstatning NPE

Tekst: Forbundsleder, Helge Skåtun

Den 23. mars i år var NOF i møte med NPE – hvor vi traff senior rådgiver Inge Krokan og Advokat Tore Grøtholm, og fra oss var Matias Fjeld og Helge Skåtun. Møtet var særdeles informativt og spennende! Vi har masse å lære om hvordan vi ikke bør behandle pasientene våre, trist selvfølgelig at noen blir utsatt for feilbehandlinger, men ikke alt er en feil som terapeuten har eller får "skylden" for, noen pasientskader blir behandlet som en uheldig omstendighet hvor terapeuten ikke nødvendigvis har handlet uaktsomt, men pasienten kan likevel få erstatning. Dette skiller seg fra alternativbehandling og deres ansvarsforsikringer, hvor det satt på spissen blir pasienten som må bevise at terapeuten har gjort feil... Således kan det være noen mørketall i vår "gode" pasientskade statistikk – som igjen er et godt argument for å få en offentlig regulering og autorisering av osteopater også i Norge.

Litt fakta:

NPE er en statlig etat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. De behandler

erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten. Saksbehandlingen er gratis.

Fra 1. januar 2009 tok pasientskadeloven til å gjelde for private helsetjenester. Dette innebærer at alle pasientskader skal behandles etter de samme erstatningsreglene, uansett om skaden har skjedd i privat eller offentlig helsevesen.

Osteopati regnes som alternativ behandling og faller i utgangspunktet utenfor pasientskadeordningen. For autorisert helsepersonell som yter helsehjelp som for eksempel fysioterapeuter, vil behandlingen falle inn under pasientskadeordningen dersom den alternative behandlingen som blir gjort er en integrert del av ordinær helsetjeneste.

Om det utelukkende eller i hovedsak drives alternativ behandling, omfattes dette ikke av ordningen. Særlig vil dette gjelde der kompetansen som autorisert helsepersonell i liten grad benyttes i den alternative behandlingen, og der behandlingen markedsføres som alternativ.

Så det betyr at om du jobber som osteopat med osteopati er du ikke omfattet av denne ordningen.

Er du i tillegg fysioterapeut og driver noe fysioterapivirksomhet kan du være omfattet av ordningen, men da kan du kontakte NOF og forhøre deg om hvordan du best går frem. Det er en tilskuddsplikt som må betales for å bli med på ordningen.

NOF sitt mål er jo å bli autorisert og således ønsker vi å bli en del av denne ordningen, til beste for våre pasienter.

Håper dette oppklarer noen spørsmål dere hadde om NPE – om ikke ta kontakt, og vi vil selvfølgelig informere dere når vi alle må melde oss inn.

Helge Skåtun
Forbundsleder



For mer info kan dere sjekke ut:

<http://www.npe.no/no/Helsepersonell/Tilskuddsplikt/avgrensninger-om-meldeplikten/Alternativ-behandling/>

HUSK DEADLINE FOR BIDRAG TIL OSTEOPATEN NR. 3/2017 1. SEPT 2017. **TEMA:**

Osteopaten

Norsk Osteopatforbund
nof@osteopati.org

Redaksjonen:

Tom Eirik Bjørkli (redaktør)
Helge Skåtun
Jan-Andreas F. Fosnaes
Tomas E. Røsaker
Ingrid Nicander

Grafisk design:

Appell Reklamebyrå,
Drammen

Trykk:

Lier Grafiske