

OSTEOPATEN

www.osteopati.org

TEMA: Osteopati og eldre



Autorisasjon av
osteopati i
Danmark.

– Fra side 11

Har manuelle
behandlere en rolle
i eldreomsorgen?

– Fra side 4

Eldre og smerter
– en studie av
eldres opplevelse
av smerte.

– Side 8



Redaktørens hjørne

Jeg vil begynne med å takke NOF for en kjempebra fagdag nok en gang! Jeg ser allerede frem til neste gang. Det går rykter om å utvide omgangssirkelen vår og få osteopater fra flere av våre naboland på besøk. Med de siste måneders hendelser, spesielt i Danmark har vi mye å snakke om.

I hele 2017 hadde vi lyst til å få til et blad med fokus på behandling av eldre. Vi mistenker at dette er noe de aller fleste osteopater har mange interessante betraktninger rundt, men det har vært utfordrende å få noen til å dykke ned i temaet og produsere godt fagstoff. Det mangler det ikke på denne gangen. Tusen takk til dere som har bidratt i bladet denne runden!

Da har jeg ikke mer på hjertet enn å ønske dere en strålende sommer med sol, strand, bading og siste utgave av osteopaten i badebagen.

God lesing
Mvh Tom Eirik Bjørkli



Lederen har ordet

Hei dere – fantastiske nyheter fra Danmark! De har akkurat fått på plass en autorisasjon og kan etter 1. juli personlig søke om en offentlig godkjent tittel som osteopat.

Dette er veldig gode nyheter for oss og Sverige, da vi vet at våre helsemyndigheter ser til blant annet Danmark og hvordan de løser sine oppgaver. Dette hjelper oss å stake ut kursen videre og vi håper at noen dører er mer åpne enn noen gang før. Hanna Tómasdóttir er leder for det Danske osteopatforbundet og hun og styret har gjort en fantastisk jobb for å få dette til. Se intervju med henne annet sted i bladet.

Arendalsuka – begynner tirsdag 14. august, da er vi på stand i Kanalplass nr. 25, omtrent samme gode plassering som tidligere år. Torsdagen er en "Helsedag" hvor det er mange helsedebatter som kjøres parallelt gjennom hele dagen, skal du besøke "Uken" er nok denne dagen mest interessant for oss. Budskapet vi sprer her er det samme som vi håper og tror dere sprer hver dag til pasientene deres, du finner mye av

det på hjemmesidene våre. Er du i nærheten er det veldig hyggelig om du tar turen innom!

Har du flyttet og glemt å endre adressen din? Vi får mange osteopater i retur, spesielt fra studentene, kanskje de flytter litt oftere enn oss gamle. Mange har nå fått registrert sin faglige oppdatering og har kommet inn igjen på listen på hjemmesiden vår – "Finn din Osteopat" er foreløpig det eneste stedet du kan finne osteopater i Norge som har en viss kvalitetssikring, også et argument for autorisering kanskje. Er det vanskelig å få registrert dine kurs osv? Send meg en mail så kan jeg hjelpe deg igjennom.

Til høsten har vi en utvidet og prøver å få til en skandinavisk osteopatikongress i Oslo. Hold av helgen 27. – 28. oktober – samt festen på lørdagskvelden! Da håper vi mange kollegaer fra Finnland, Sverige, Island og Danmark kommer også! Håper å se dere alle der!

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**

BEVEGELIGHETSTERAPI

BE OM DEMONSTRASJON OG PRIS

MOTMed muvi
"Bevegelse er resepten"

*Be om
demo*



- Beveg armer og ben samtidig
- Intuitivt, brukervennlig og stort display
- Individuelle innstillinger
- Stort utvalg tilbehør for individuell tilpassing
- Brukes i private hjem, rehabiliteringsinstitusjoner, sykehjem, fysikalske institutt, og sykehus.
- Flere modeller med ulike funksjoner

MOTMed® gjør det mulig for personer med fysiske begrensninger å bevege seg regelmessig.

Sykkelen har en hjelpemotor som gjør at sykkelen kan tilby ulike treningsmodus: Passiv bevegelse med motor, motor-assistert servosykling og aktiv bevegelse.

MOTMed® er godkjent og klassifisert som aktivitets-hjelpemiddel gjennom NAV.

RECK MOTMed®
Movement Therapy Systems

GE ULTRALYD

DIAGNOSTISK ULTRALYD PÅ SITT BESTE

Stasjonære og bærbare apparater.



*Be om
demo*

Fysiopartner kan nå med glede tilby diagnostisk ultralyd fra GE Healthcare. Vi leverer GEs Logiq serie som alle kjennetegnes av svært god bildekvalitet på dype til overfladiske strukturer og brukervennlighet.

Logiq apparatene er og utstyrt med de kjente bilde-optimaliserings verktøyene som CrossXBeam, SRI HD og simultan split screen samt unike ekspertverktøy som LogiqView og Follow Up Tool.

Apparatene leveres med omfattende garanti og nivåtilpasset opplæring.



GE Healthcare

TOTALLEVERANDØR

UTSYR OG FORBRUK

Vi har et stort sortiment som er egnet til osteopater, og i tillegg en rekke andre produkter for trening og helse.



Samarbeidsavtale som gir faste rabatter

Avtalen gir deg som medlem av Norges Osteopatforbund -15% rabatt på alle varer i vårt faste sortiment.

Det vil si alt du finner i vår katalog, og i vår nettbutikk. Registrer deg som kunde i vår nettbutikk og ta kontakt, så legger vi til den faste rabatten på ditt kundenummer. Da kommer rabatten automatisk når du handler i nettbutikken.

**NY
AVTALE**

HELE VÅRT
SORTIMENT

-15%

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



Har manuelle behandlere en rolle i eldreomsorgen?

Tekst: Kjell-Olav Trosdahl

Vi står foran en økende andel eldre i samfunnet, og mange av disse samfunnsborgerne vil etter hvert også bli pleietrengende. Har manuelle behandlere en rolle å spille her, eller bør vi fortsette i det samme løpet som vi hittil har gjort? Evt hva kan vi bidra med?

Økende populasjon av eldre

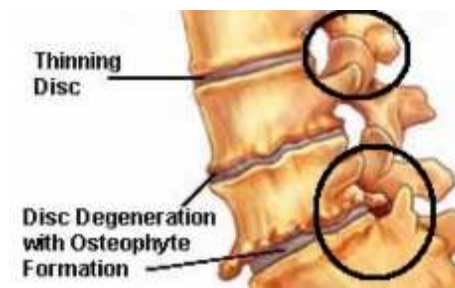
I media kan vi til stadighet høre og lese om den forestående "eldrebølgen". Statistisk sentralbyrå (SSB) hevder at vi vil få en markant økning av den eldre delen av befolkningen, og at antallet personer over 80 år vil ha økt fra 4% (2013) til 10% (2060)(1). Dette betyr at omtrent hver femte nordmann vil være over 70 år i år 2060(2). Når vi samtidig kan lese, i en undersøkelse gjort av NOVA for norsk sykepleierforbund, at omtrent halvparten av dagens sykepleiere i eldreomsorgen vil slutte, eller er usikre på om de vil fortsette i eldreomsorgen, lover dette dårlig for fremtidens eldre(3). Årsaken til denne usikkerheten er at det allerede er for få sykepleiere på jobb, og de som er på jobb overlusses med arbeidsoppgaver som går utover beboernes pleie, noe som oppleves både etisk og faglig uforsvarlig blant sykepleierne.

Den samme undersøkelsen avdekker at sykepleierne ikke føler at det er uvanlig med legemiddelfeil, de får ikke nok tid med beboerne til å forhindre forverring av helsestilstander, pasienter med psykiske lidelser blir ikke godt nok tatt vare på og beboerne får et dårligere kulturelt tilbud enn ønskelig. Alt dette er som følge av for mange arbeidssoppgaver i tillegg til for lite bruk av vikarer ved sykdom eller at vikarer er ufaglærte og dermed ikke kan utføre de oppgavene de er tiltenkt. I stortingsmelding nr.13 (2011-2012) hevdes det at i 2025 må hver fjerde ungdom velge helse- eller sosialfaglig utdanning, og hver tredje ungdom i 2035, for at samfunnet skal klare å ta vare på det forespillede antallet pleietrengende eldre i samfunnet(4). Samtidig er det viktig at høyskolene tilpasses det økende antallet søkende ungdommer til studiene, noe som ikke er gjort per i dag, når vi ser på tallene fra Samordnet opptak(5). For forfatteren virker det da som en naturlig utvikling å se mot andre alternativer i tillegg til dagens eldreomsorg for å gi de eldre den pleien og behandlingen de trenger.

Aldersforandringer

Fra et biologisk synspunkt, begynner kroppen å brytes ned allerede fra 20-årene og frem til den dagen man dør. Aldersforandringer i skjelettet er vanlig, men samtidig er det mange som opplever smerter i forbindelse med dette. Det er da gjerne snakk om redusert høyde på brusk i leddene og mellomvirvelskivene i ryggen, i tillegg til osteofyttdannelse i selve leddet og på endeplatene til ryggvir-

vlene(6). Osteofytter beskrives som "sporeformede benbiter som vokser ut av benhinnen", og er en vanlig følge av slitasjeforandringer og artrose. Redusert diskhøyde skyldes rett og slett at mellomvirvelskiven tørker ut over tid, og blir dermed lavere(7). I tillegg ser man også ved redusert høyde på mellomvirvelskivene at man vil få en økt belastning på leddflatene i ryggen og dermed økt sjanse for slitasjeforandringer og osteofyttdannelse også her.



Illustrasjon av hvordan redusert høyde på mellomvirvelskive (disc) kan føre til komprimering av leddene i bakkant av ryggskøylen.

Mellom de nederste virvlene på bildet ser vi hvordan osteofytter kan gi dårligere plass til nervene som løper ut fra ryggen, og som dermed kan gi smerter og andre symptomer.

Ofte når man opplever smerter over tid, så vil man unnlate å gjøre de tingene som utløser smerte, og man har lett for å pasifisere seg selv. I tiden rett etter en skade, er dette fornuftig, da skaden trenger ro og tid for å heles, men når skaden er reparert, så gjør det kun vondt verre. Denne pasifiseringen medfører dessverre ofte mye stillesitting og inaktivitet og man bruker smertene eller skaden sin som unnskyldning til å ikke delta på sosiale aktiviteter som foregår. Dette vil kunne føre til at kroppen blir svakere og igjen mer utsatt for skader i fremtiden(8). I disse tilfellene er det viktig å komme tilbake i bevegelse, og det er noe manuelle behandlere er eksperter på, enten det være seg aktivisering av pasienten i form av øvelser og trening, eller passiv tøyning og bevegelse av muskler og ledd.

Berøring

Huden vår er det største sanseorganet vi har, og det lar oss oppfatte omgivelsene våre allerede fra vi er nyfødte. Vi merker oss om berøringen er behagelig eller smertefull og bruker dette som et "kartotek" neste gang vi blir berørt(9). Dr. Med. Ole Fyrand har uttalt til NRK at barn som ikke får berøring "svinner hen og dør". Noe av det samme mistenker jeg vil kunne skje når vi blir gamle. Vi har kanskje mistet vår livspartner gjennom mange år, og vi får ikke lenger den daglige, kjærlige berøringen vi er vant til. Isteden blir vi tatt på

av sykepleiere med dårlig tid, som kun vil få morgenstellet unnagjort så fort som mulig.

Hvis man i tillegg ikke føler seg komfortabel med å oppsøke sosial kontakt med mennesker man ikke kjenner, så kan overgangen fra å være selvhjulpent til å bli pleietrengende bli overdrevent stor. I verste fall kan man oppnå en grad av sensorisk deprivasjon(10), noe jeg mener kan øke sjansen ytterligere for forvirring og vrangforestillinger hos den gamle. Denne utfordringen kan lett overkommes ved å tilrettelegge for manuell behandling i eldreomsorgen og at de eldre igjen opplever berøring som ikke er stressbetont. Under osteopati studiet ved Høyskolen Kristiania var jeg så heldig å få lov til å praktisere ved et eldresenter som en del av den praktiske opplæringen. Jeg oppsøkte beboere på hjemmet som tidligere hadde fortalt om smerter, og utførte osteopatisk behandling i beboernes egne senger. Responsen på dette var utelukkende positivt, og beboerne fortalte at de så frem til neste gang jeg kom tilbake. Ved at vi hadde såpass god tid til de eldre, førte dette til at vi også fikk avdekket skader de eldre hadde pådratt seg som ikke hadde blitt tatt tak i, i tillegg til at vi oppdaget feil og mangler på rommene til beboerne som ikke hadde blitt lagt merke til grunnet tidspresset.

Balanse

Balanse er ofte et problem for den eldre del av populasjonen. Mange eldre tilbringer mer og mer tid stillesittende enn man gjorde tidligere, noe som vil resultere i redusert muskelmasse(11). Siden kroppen er så finurlig bygd opp med høyt tyngdepunkt, mange bevegelige segmenter stablet oppå hverandre og forholdsvis liten støtteflate i bunnen, så er vi avhengig av tilstrekkelig muskelstyrke til å klare å motarbeide de kreftene som truer balansen vår(12). Når muskulatur blir svekket, så kreves det enda bedre nevromuskulær kontroll fra hjernen og resten av sentralnervesystemet enn tidligere, for å opprettholde god balanse. Når vi blir eldre, er det dessverre det motsatte som skjer.

Vi ser at informasjonen fra sansene våre blir nedsatt over tid, og behandlingen av sanseintrykkene i hjernen tar lengre tid enn tidligere. Når vi ser på artikler som omhandler trening og balanse, så kan vi lese at resultatet ofte er økt muskelstyrke, men det oppnås liten endring i selve balansen(13). Dette skyldes, som nevnt tidligere, at behandlingen av sanseintrykkene fortsatt er nedsatt. Hvis man derimot legger til manuell mobilisering og behandling av føtter og ankler, i tillegg til opptrening av proprioepsjon(14), så finner man en signifikant endring i balansen til forsøkspersonene(13).



Oppsummering

Jeg mener det absolutt er et behov for at flere velger helsefag som utdanning om ikke veldig mange år. Det er samtidig behov for at det legges til rette for den økte mengden søkende som regjeringen ønsker. Det hjelper lite at vi tredobler antall søkende, når antall studieplasser ikke tilpasses mengden søkere. Det er tydelig at det også er behov for manuelle behandlere i eldreomsorgen. Både for å forebygge skader ved å bedre balanseproblematikk, men også ved å være til stede for de eldre som er pleietrengende og ikke lenger har en livspartner.

Gjennom at vi som manuelle behandlere ikke har det samme tidspresset på oss, så har vi muligheten til å lytte til de eldre på en annen måte, og adressere problemer i muskel-/skjelettsystemet som leger og sykepleiere i eldreomsorgen ikke har tid og mulighet til å gjøre noe med.

Kilder:

1. Dødelighet og levealder [Internet]. [cited 2016 Oct 18]. Available from: https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/194976?_ts=1483ac29e810
2. Befolkningsvekst i overskuelig framtid [Internet]. ssb.no. [cited 2016 Oct 5]. Available from: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2014-06-17>
3. Sykepleiere på vei bort fra eldre- og sykeomsorgen [Internet]. Sykepleien, 2016 [cited 2016 Oct 18]. Available from: <https://sykepleien.no/2016/08/sykepleiere-pa-vei-bort-fra-eldreomsorgen>
4. Kunnskapsdepartementet. Meld. St. 13 (2011-2012) [Internet]. Regjeringen.no. 2012 [cited 2016 Oct 18]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meldst-13-20112012/id672836/>
5. SO-statistikk [Internet]. [cited 2016 Oct 18]. Available from: <http://www.samordnaopptak.no/tal/2016/hoved/utdanningstyper/0716-100754>
6. Kåss E. osteofytt. In: Store medisinske leksikon [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 1]. Available from: <http://sml.snl.no/osteofytt>
7. Kvistad K, Espeland A. Bildediagnostikk ved nakke- og ryggsmerte. Tidsskr Den Nor Lægeforening. 2010;130(22):2256-9
8. Fear-avoidance model. In: Wikipedia [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 1]. Available from: https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Fear-avoidance_model&oldid=735446680

9. NRK. Berøring livsviktig [Internet]. NRK. 2003 [cited 2016 Oct 21]. Available from: <https://www.nrk.no/livsstil/beroring-livsviktig-11313588>

10. Malt U. sensorisk deprivasjon. In: Store medisinske leksikon [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 21]. Available from: http://sml.snl.no/sensorisk_deprivasjon

11. Gauchard GC, Jeandel C, Tessier A, Perrin PP. Beneficial effect of proprioceptive physical activities on balance control in elderly human subjects. Neurosci Lett. 1999 Oct 1;273(2):81-4.

12. Brodal P. Det nevrologiske grunnlaget for balanse. Fysioterapeuten.no. 2004 Aug 8.

13. Cho B, Ko T, Lee D. Effect of Ankle Joint Mobilization on Range of Motion and Functional Balance of Elderly Adults. J Phys Ther Sci. 2012;24(4):331-3.

14. Proprioepsjon. In: Wikipedia [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 1]. Available from: <https://no.wikipedia.org/w/index.php?title=Proprioepsjon&oldid=15265656>

Kjell-Olav Trosdahl
Osteopat DO, Kroppsverket AS





Artrose – en oversikt

Tekst: Bård Edvardsen

I denne artikkelen forsøker jeg å gi en kort oversikt over leddsykdommen artrose. Jeg har gjennomført et ikke-systematisk litteratursøk i PubMed og benyttet gjennomgang av referanselister for å finne frem til relevante fagartikler.

Artrose er den vanligste årsaken til leddsmarter og en av de vanligste årsakene til funksjonsnedsettelse (1). Artrosepasienter opplever alt fra milde til kraftige smerter og opplever problemer med gjennomføring av basale daglige gjøremål som gange, reise seg fra en stol, gå i trapper og huslige sysler. De vanligste symptomene ved artrose er smerte, hevelse, stivhet, nedsatt bevegelighet og krepitus (2). Tilstanden er i tillegg forbundet med psykiske plager i form av angst og depresjon (3).

Kne, hofte og hånd er de vanligste stedene som rammes. Prevalenstall fra USA for symptomatisk artrose i disse leddene er anslått til å ligge mellom 5 % og 12 % blant voksne over 18 år, med forekomst på over 50% blant de over 65 år (4). I en undersøkelse fra Ullensaker i Norge ble det rapportert en total prevalens på 12,8 % for artrose i kne, hofte og hånd (5). Ullensakerundersøkelsen viste høyest forekomst av kneartrose, høyest forekomst hos kvinner og sterkt økt forekomst blant de over 55 år.

Risikofaktorer for utvikling av artrose er alder, overvekt, kvinnelig kjønn og tidligere skade eller traume mot leddet (6,7). Det er tydelig økt forekomst med økende alder. Krevende fysisk arbeid og tunge løft ser også ut til å øke risikoen for utvikling av artrose (8). Interessant nok ser ikke langdistanseløping ut til å gi økt risiko, hvilket antyder mer komplekse årsakssammenhenger enn mekanisk belastning (9,10).



Figur 1: Anatomiske og fysiologiske endringer ved artrose, her vist i kneleddet. Hentet fra: <https://www.nps.org.au/medical-info/clinical-topics/news/osteoarthritis-an-opportunity-to-promote-weight-loss-with-patients>

Diagnose stilles i dag på bakgrunn av klinisk evaluering sett sammen med funn fra røntgenundersøkelse (11). Radiografi regnes i dag som gullstandard ved diagnostisering av

artrose (11,12). De radiografiske funnene ved artrose inkluderer: tap av leddspaltehøyde, osteofyttdannelse, sklerose, bendeformiteter og endringer i subchondralt benvev (12). Kneartrose er også korrelert med degenerasjon og skade på menisk (13). Mange utvikler også fortykning av leddkapsel med assosiert synovitt (14). Inflammasjonsprosesser spiller i tillegg en rolle både i aktivisering av nociseptorer og nedbrytning av intra-artikulære vevsstrukturer (15,16). Dette er identifisert som kronisk lavgradig inflammasjon og slik inflammasjon kan spille en vesentlig medierende rolle i patogenesen til artrose (17). Figur 1 gir en oversikt over patofysiologiske og patoanatomiske forandringer forbundet med artrose.

Opplevelse av smerteintensitet ved artrose samsvarer ikke nødvendigvis med forekomsten av radiografiske funn eller graden av degenerative intra-artikulære forandringer (18). Smerteopplevelsen korreleres med strukturelle forandringer og nociseptive signaler induert fra inflammatoriske prosesser i leddet, men for noen pasienter er sentral sensitisering og redusert descending inhibisjon drivere for smerteopplevelsen og står sentralt i forståelsen av kliniske betraktninger som allodyn og hyperalgesi (19–21).

Av klinisk betydning ser man at pasienter med artrose, avhengig av alvorlighetsgrad, kan ha like god funksjonsforbedring av konservative tiltak som ved kirurgisk intervensjon (22). Vektnedgang synes å ha tydelige positive effekter på smerte, er assosiert med økt bruskvevssyntese og har positive systemiske effekter gjennom reduksjon av biomarkører assosiert med kronisk lavgradig inflammasjon (23). Som fremgår av figur 2 er vektnedgang også beskrevet som et grunnntiltak for alle artrosepasienter sammen med trening og god pasientinformasjon (24).



Figur 2: Oversikt over anbefalt behandling av pasienter med artrose, etter Lohmander & Roos (2007). Hentet fra <http://aktivmedartrose.no/for-pasienter>

Disse pasientene bør informeres godt nok til å forstå viktigheten av vektnedgang og moderat

fysisk aktivitet som de viktigste tiltakene mot forverring av symptomer og videre skade på vevsstrukturer. Oppklaring av misforståelser og adressering av frykt kan være viktig for å motivere og igangsette disse tiltakene. Det vil trolig være smertefullt når man påbegynner trening eller aktivitet, men så lenge disse plagene progredierer vil de smertereduserende effektene komme etterhvert (25). Mekanisk belastning av degenerativt brusk ser ikke ut til å ha ytterligere nedbrytende effekt på slikt vev, én studie har også vist bedring av bruskkvalitet etter 4 uker med trening (26,27). Styrketrening ser ut til å være med å bremse sykdomsprogresjonen og tap av leddspaltehøyde (28). Av vesentlig betydning for disse pasientene har fysisk aktivitet også stor påvirkningskraft på opplevd livskvalitet og symptomer på depresjon hos eldre (29,30).

Det lyktes ikke å identifisere litteratur som undersøkte bruken av osteopatisk behandling i håndteringen av artrosetilstander. NICE guidelines fra 2014 anbefaler bruk av manuell behandling som tilleggsbehandling ved hofteartrose (31). Osteopatisk håndtering av artrosepasienter bør trolig inneholde individuell vurdering av autonom nervefunksjon, myofasciell tensjon, venolymfatiske komponenter, biomekanisk belastning og leddutsalg (32).

Referanser

1. Lespasio MJ, Piuze NS, Husni ME, Muschler GF, Guarino A, Mont MA. Knee Osteoarthritis: A Primer. Perm J [Internet]. 13. september 2017 [sitert 30. april 2018];21. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5638628/>
2. Dieppe PA, Lohmander LS. Pathogenesis and management of pain in osteoarthritis. Lancet Lond Engl. 12. mars 2005;365(9463):965–73.
3. McDonough CM, Jette AM. The contribution of osteoarthritis to functional limitations and disability. Clin Geriatr Med. august 2010;26(3):387–99.
4. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, Choi H, Deyo RA, mfl. Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States, Part II. Arthritis Rheum. januar 2008;58(1):26–35.
5. Grotle M, Hagen KB, Natvig B, Dahl FA, Kvien TK. Prevalence and burden of osteoarthritis: results from a population survey in Norway. J Rheumatol. april 2008;35(4):677–84.
6. Cooper C, Inskip H, Croft P, Campbell L, Smith G, McLearn M, mfl. Individual Risk factors for Hip Osteoarthritis: Obesity, Hip Injury and Physical Activity. Am J Epidemiol. 15. mars 1998;147(6):516–22.
7. Blagojevic M, Jinks C, Jeffery A, Jordan KP. Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis. Osteoarthritis Cartilage. 1. januar 2010;18(1):24–33.
8. Bergmann A, Bolm-Audorf U, Krone D, Seidler A, Liebers F, Haerting J, mfl. Occupational Strain as a Risk for Hip Osteoarthritis. Dtsch Arzteblatt Int. 4. september 2017;114(35–36):581–8.
9. Miller RH, Edwards WB, Brandon SCE, Morton AM, Deluzio KJ. Why don't most runners get knee osteoarthritis? A case for per-unit-distance loads. Med Sci Sports Exerc. mars 2014;46(3):572–9.
10. Henriksen M, Creaby MW, Lund H, Juhl C, Christensen R. Is there a causal link between knee loading and knee osteoarthritis progression? A systematic review and meta-analysis of cohort studies and randomised trials. BMJ Open [Internet]. 15. juli 2014 [sitert 29. april 2018];4(7). Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120424/>
11. Hunter DJ, Arden N, Conaghan PG, Eckstein F, Gold G, Grainger A, mfl. Definition of osteoarthritis on MRI: results of a Delphi exercise. Osteoarthritis Cartilage. august 2011;19(8):963–9.
12. Suttive TG, Lopez HP, Schnitker DE, Yawn SE, Halle RJ, Mansfield LT, mfl. Development of a clinical prediction rule for diagnosing hip osteoarthritis in individuals with unilateral hip pain. J Orthop Sports Phys Ther. september 2008;38(9):542–50.
13. Sowers M, Karvonen-Gutierrez CA, Jacobson

JA, Jiang Y, Yosef M. Associations of anatomical measures from MRI with radiographically defined knee osteoarthritis score, pain, and physical functioning. *J Bone Joint Surg Am.* 2. februar 2011;93(3):241–51.

14. Loeuille D, Chary-Valckenaere I, Champigneulle J, Rat A-C, Toussaint F, Pinzano-Watrin A, mfl. Macroscopic and microscopic features of synovial membrane inflammation in the osteoarthritic knee: correlating magnetic resonance imaging findings with disease severity. *Arthritis Rheum.* november 2005;52(11):3492–501.

15. Liu-Bryan R, Terkeltaub R. Emerging regulators of the inflammatory process in osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol.* januar 2015;11(1):35–44.

16. Wang X, Hunter DJ, Jin X, Ding C. The importance of synovial inflammation in osteoarthritis: current evidence from imaging assessments and clinical trials. *Osteoarthritis Cartilage.* februar 2018;26(2):165–74.

17. Robinson WH, Lepus CM, Wang Q, Raghu H, Mao R, Lindstrom TM, mfl. Low-grade inflammation as a key mediator of the pathogenesis of osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol.* oktober 2016;12(10):580–92.

18. Jordan JM, Helmick CG, Renner JB, Luta G, Dragomir AD, Woodard J, mfl. Prevalence of knee symptoms and radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in African Americans and Caucasians: the Johnston County Osteoarthritis Project. *J Rheumatol.* 1. januar 2007;34(1):172–80.

19. Sofat N, Ejindu V, Kiely P. What makes osteoarthritis painful? The evidence for local and central pain processing. *Rheumatol Oxf Engl.* desember 2011;50(12):2157–65.

20. Hassan H, Walsh DA. Central pain processing in osteoarthritis: implications for treatment. *Pain Manag.*

19. desember 2013;4(1):45–56.

21. Dimitroulas T, Duarte RV, Behura A, Kitas GD, Raphael JH. Neuropathic pain in osteoarthritis: a review of pathophysiological mechanisms and implications for treatment. *Semin Arthritis Rheum.* oktober 2014;44(2):145–54.

22. Katz JN, Brophy RH, Chaisson CE, de Chaves L, Cole BJ, Dahm DL, mfl. Surgery versus physical therapy for a meniscal tear and osteoarthritis. *N Engl J Med.* 2. mai 2013;368(18):1675–84.

23. Richette P, Poitou C, Garnerio P, Vicaut E, Bouillot J-L, Lacorte J-M, mfl. Benefits of massive weight loss on symptoms, systemic inflammation and cartilage turnover in obese patients with knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* januar 2011;70(1):139–44.

24. Lohmander LS, Roos EM. Clinical update: treating osteoarthritis. *Lancet Lond Engl.* 22. desember 2007;370(9605):2082–4.

25. Roos E. Artrose. I: Bahr R, redaktør. Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2009 [sitert 4. mai 2018]. (IS-1592). Tilgjengelig på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

26. Bricca A, Juhl CB, Steultjens M, Wirth W, Roos EM. Impact of knee joint loading exercise on MRI-assessed articular cartilage in people at risk of, or with established, knee osteoarthritis: a systematic review of randomized controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage.* 1. april 2018;26:S313–4.

27. Roos EM, Dahlberg L. Positive effects of moderate exercise on glycosaminoglycan content in knee cartilage: a four-month, randomized, controlled trial in pa-

tients at risk of osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* november 2005;52(11):3507–14.

28. Mikesky AE, Mazzuca SA, Brandt KD, Perkins SM, Damush T, Lane KA. Effects of strength training on the incidence and progression of knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 15. oktober 2006;55(5):690–9.

29. Mott RW, McAuley E. Physical activity, disability, and quality of life in older adults. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* mai 2010;21(2):299–308.

30. Lee Y, Park K. Does physical activity moderate the association between depressive symptoms and disability in older adults? *Int J Geriatr Psychiatry.* mars 2008;23(3):249–56.

31. National Institute for Health and Care Excellence (2016) Tuberculosis (NICE Guideline 33). Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng33/resources/tuberculosis-1837390683589> [Accessed 04 May 2018]

32. Manen MDV, Nace J, Mont MA. Management of Primary Knee Osteoarthritis and Indications for Total Knee Arthroplasty for General Practitioners. *J Am Osteopath Assoc.* 1. november 2012;112(11):709–15.

Bård Edvardsen
Osteopat DO





Rapportsammendrag

”Eldre og smerter -en studie av eldres opplevelse av smerte”

Tekst: Ingrid Nicander



For å unngå unødvendig bruk av tid på lesing av rapporter, har jeg sammenfattet denne for dere. Det har blitt gjennomført et samarbeidsprosjekt mellom kommunalhelsetjenesten i Nedre Buskerud og Høyskolen i Buskerud. Avdeling for helsefag, gjennomført av Siv Venke Gran som er sykepleier og førstektor.

Hensikten i denne studien var å fokusere på hvordan eldre over 65 år, hvor gjennomsnittlig alder for gruppen var 84 år, boende i sykehjem, opplever smerter både med tanke på lokalisering, intensitet og varighet. Og gjennom dette komme frem til gode intervensjoner for å lindre smerter hos eldre, gjennom å avdekke ny kunnskap og øke forståelsen for eldre pasienter i sykehjem og deres smerte, samt få et innblikk i hvordan smerte påvirker pasientens daglige liv og funksjon.

“I Norge og ellers i den vestlige verden er det estimert at andelen eldre i befolkningen vil øke betraktelig i de kommende tiår. Det er forventet at i 2030 vil 22% av den totale populasjonen være 65 år og eldre, sammenlignet med 15% i 2005”

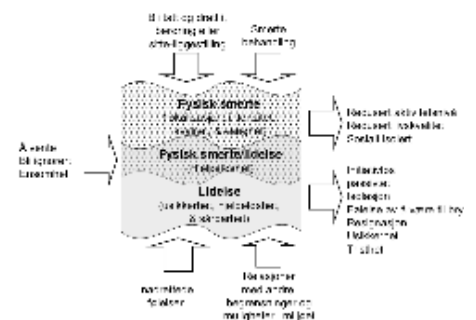
I rapporten refereres det til en rekke andre studier, hvor eldre ser på smerte som en del av det å bli gammel. Når de ikke klager på en smerte, er det ingen som etterspør smerter. Det vises til at nesten 60% som rapporterte smerte i løpet av det siste døgnet, ikke etterspurte smertestillende. Dette begrunnes i studien gjennom kvalitativ metode, at de eldre er redde for bivirkninger som å miste kontrollen over kroppen og å bli avhengige. Smerte hos eldre kan virke inn på samtlige livsdomener: fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle. Smerte er et omfattende problem som påvirker fysisk funksjon og livskvalitet hos eldre.

Konsekvenser av ubehandlet vedvarende smerte kan være unødvendig lidelse som igjen kan føre til depresjon, søvnløshet, sosial isolasjon, hjelpsløshet, redusert mobilitet og funksjon og redusert appetitt. Gjennom en stor prevalensundersøkelse av kroniske smerter i 2000/2001, viste studiet av kvinner, eldre, pensjonerte og de med lavere utdanning rapporterte hyppigst smerte. I studien hadde så mange som 59% av utvalget syv til ti års utdanning, i tillegg hadde 32 % fullført middelskole eller tatt artium.

Smertekartleggingen ble gjennomført med hver respondent en gang om dagen i alt fem ganger i løpet av en 14 dagers periode. En tredjedel av gruppen oppgav ingen smerte på alle fem kartleggingene, mens 45-55% oppgav moderat eller sterkere smerte alle fem gangen. 15-29% av respondentene oppgav at deres smerte var sterk, intens eller voldsom. Disse resultatene er et viktig funn, da det kan tyde på at pasientene lever med smerte. I stedet for å måle smerte på et gitt tidspunkt, var det et ønske fra Gran å se på hvordan smerten til den enkelte var over fem dager.

Det gjøres få studier som omhandler aldersgruppen av eldre mennesker og det vies lite oppmerksomhet rundt smerte hos eldre mennesker. Forskningen viser at pasienter med smerte har større sannsynlighet for å ha smerte i flere områder på kroppen, høyere sannsynlighet for søvnproblemer, flere medisinske diagnoser og står på flere medisiner.

En viktig implikasjon av korrelasjonen mellom smerte og søvnproblemer, er at pasientene kan komme i en ond sirkel hvor smerter forårsaker redusert søvn som igjen fører til et ubehag som kan forsterke smerteopplevelsen, som igjen vil influere på søvnkvaliteten.



Nå det gjelder faktorer som forsterket og lindret den fysiske smerten, meddelte pasientene at det som var med på å forsterke smerten var: å bli dratt i, bli tatt hardt i, å bli sittende i samme stilling, fysioterapi. Aktivitet og fysioterapi kunne både forsterke smerten, men også redusere den.

"De satte pris på alternative metoder for å lindre smertene som for eksempel fysioterapi, massasje og varme og avledning."

"Deltakerne beskrev smerte som lidelse som en personlig trussel mot det å være et helt menneske. De uttrykte et tap av mening med livet og i livet relatert til andre og ens omgivelser."

Hva slags hjelp kunne de ønske seg? Mange svarte at de ønsker at noen hadde tid til å prate, sette seg ned og vise interesse for dem, å bli behandlet med oppriktig interesse, respekt og verdighet, få øyekontakt lytte og kommunisere på en forståelig måte.

Ingrid Nicander
Osteopat DO





NORGES **MEST** BRUKTE

nettbaserte journalprogram for terapeuter

- Utviklet i samarbeid med terapeuter og fagforbund
- Tilgang fra PC, Mac, nettbrett og mobil
- Fri support og backup
- Inkluderer kasse og fakturering
- Inkluderer timebok og timebestilling på nett
- Tilfredsstiller Norsk kassalov
- Tilfredsstiller personopplysningsloven/GDPR

PRISER

- Etablering 4.900,-
- Pris / mnd / terapeut 200,-

HANO AS

E-post: salg@hano.no

Tlf: 66 77 66 73

Web: www.hano.no



Intervju: Kim Andre Brandtzæg

Tekst: Forfatter



Hvem er du?

Mitt navn er Kim Andre Brandtzæg. Jeg ble uteksaminert i 2016, og driver til daglig privat praksis på Heimdal medisinske senter i Trondheim.

Har du et interessefelt innenfor osteopati?

Det er flere felt som interesserer meg. Har igjennom en fotballkarriere utviklet en interesse for idrettsmedisin. Likevel, det som personlig gir meg mest glede er å kunne være med pasienter på en lengre reise i fra en hverdag med lav livskvalitet. Det å bli kjent med et menneske og gjennom den enkeltes verdier få være med på å skreddersy et opplegg som fører til varig endring. Det å se atferdsendringer som bidrar til å øke personers motstandsdyktighet mot både indre- og ytre stressfaktorer gir en helt spesiell følelse.

Hva liker du med å jobbe som osteopat?

Alle form for plager og mennesker. Hvert nytt individ er en ny utfordring – og etter gode erfaringer med pasienter blir det stadig mer utfordrende å nullstille topplokket. Har flere ganger tatt meg selv i å basere behandlingsmetodikk- og plan til dels på erfaringer i fra

andre pasienter med lignende symptomatikk.

Hvordan kom du på å lage videoen og hva var grunnen til at du ville lage den?

Jeg brenner for budskapet, og synes det er beklagelig at så mange pasienter der ute har et forvrengt syn på muskel- og skjelettproblematikk. Har et mål om å prøve å bidra til god helseinformatikk, og tror budskapet blir sterkere hvis man tar i bruk visuelle virkemidler. Over et par glass vin la jeg fram ideen for en kamerat som til dels jobber innen film – og han ble umiddelbart interessert. Noen uker senere var den ferdig, og jeg er godt fornøyd med resultatet.

Hva slags respons har du fått, både fra kollegaer og pasientgrupper?

Kollegers respons har vært over all forventning, og jeg er utrolig takknemlig for alle de fine tilbakemeldingene jeg har fått. Enda hyggeligere er det når det treffer de der ute som har hatt store perioder med smerteproblematikk – og de sier de kjenner seg igjen. Man må være såpass ærlig og si at det også potensielt er godt for egen markedsføring, men dette er et budskap jeg kan stå for. Synes etikken i markedsføringen hos enkelte er langt over streken, og det vil jeg aldri være med på.

Har du fått respons fra andre profesjoner enn osteopater, og hva tenker de om budskapet ditt?

Responsen i fra andre profesjoner har vært over all forventning. Alt i fra leger til fysioterapeuter, og det har kommet flere henvedelser om å bruke videoen i kurs og lignende. Jeg håper dette kan være brobyggende. Debatten profesjoner i mellom har ofte en tendens til at man kun verner om sitt og blir lite nyansert – noe jeg tror er svært uheldig for pasienter der ute. Vi kan alle lære noe av hverandre – uansett tittel.

Tror du det er viktig å lage slike videoer?

Jeg tror det er viktig å fremme ærlig, nyansert og oppdatert helseinformasjon. Vi har en plikt ovenfor alle pasientene der ute å forholde oss til vitenskapelige og etiske retningslinjer. Osteopatiens kredibilitet er helt avhengig av den enkelte. Hvilke virkemidler man tar i bruk får være opp til hver enkelt. Selv er jeg allerede i planleggingsfasen av en ny video med et nytt tema.

Budskapet i videoen din er veldig godt og setter fokus på helse, istedenfor osteopati i seg selv. Temaet i denne utgaven av osteopaten er geriatri. Har du noen tanker rundt hvordan vi forholder oss til de eldre og helsen deres?

Vi behandler den enkeltes helse, og man ser en klar sammenheng mellom generell helse og smerteproblematikk. Jeg er en veldig stolt osteopat, men dette budskapet omhandler alle profesjoner som behandler mennesker med muskel- og skjelettproblematikk. Det å bevege seg i fra en hverdag med quick-fixere som teip, nåler osv – til å fremme generell helse vil etter min mening øke sannsynligheten for en varig bedring.

Jeg tror generelt at lystbetont aktivitet er et nøkkelpunkt – også for eldre. Mange eldre opplever også en form for ensomhet, og det og kunne bidra til økt sosial interaksjon vil være med på å øke den enkeltes livskvalitet. Hva man som terapeut velger å gjøre hands-on med pasienten får være opp til den enkelte. Berøringen er en utrolig nyttig form for kommunikasjon, og det å skape symptomendring hos pasienten inne på klinikken vil være en veldig viktig for terapeut/pasient-relasjonen. Så må man også huske på at eldre mennesker har lang fartstid og besitter utrolig mange gode historier. Det å ha det gøy inne på behandlingsrommet er etter min mening undervurdert!

Forfatter
Osteopat DO.



Intervju: Leder av Dansk Osteopatiforbund

Tekst: Forfatter

Gratulerer med autorisasjon danske osteopater!

Som mange nok har fått med seg har osteopati nå blitt autorisert i Danmark. Vi er veldig glade på deres vegne og har vært så heldige å få et lite intervju med Formand for Danske Osteopater Hanna Tómasdóttir

Hei Hanna, først må jeg få gratulere på vegne av NOF og osteopatene i Norge for den fantastiske jobben dere har gjort i Danmark med Autorisasjon!

Tusind tak! Vi er så stolte, taknemmelige og glade.

Kan du si litt om deg selv og ditt virke som osteopat og som forbundsleder?

Det kan du tro. Min kollega og bedste veninde, Didde Thorsted, og jeg, har en klinik sammen på Frederiksberg, Q klinik, hvor vi fokuserer på behandling af kvinder og børn. Udover mit arbejde på klinikken og for Danske Osteopater, skriver jeg om fysisk og mental sundhed for Danmarks største kvindeblad, SØNDAG, hvor jeg ofte skriver omkring osteopatiske behandling. Jeg har ligeledes skrevet en del freelance artikler, for bl.a. netdoktor.dk og sund-forskning.dk.

Jeg har siddet i bestyrelsen i Danske Osteopater i fem år, og som formand siden sidste år, hvor jeg dog først blev officielt valgt ind som formand i marts, dette år. Det har været, og er fortsat, et fantastisk spændende og meningsfuldt arbejde, som jeg virkelig brænder for. Udover min uddannelse som osteopat, har jeg en mastergrad i positiv psykologi, som jeg også har anvendt en del i vores politiske arbejde. Vi har en meget kompetent, dynamisk og engageret bestyrelse, hvilket er meget afgørende for vores arbejde og resultater. Vi er i daglig kontakt, på mail og telefon – udover faste bestyrelsesmøder, og vi kender hinanden efterhånden rigtigt godt. Arbejdskulturen er præget af positiv kommunikation, gensidig respekt og tillid – og interaktionerne, bestyrelsesmedlemmerne imellem, er altid positive. Jeg oplever en stor opbakning, selvom vi ikke altid er enige om alt.

Der skal være plads til, at alle bliver hørt. Alle mine tossede idéer, bliver, heldigvis ikke, altid ført ud i verden! Det gør det meget nemmere for mig, at være formand for foreningen – for jeg har en kæmpe opbakning i de øvrige bestyrelsesmedlemmer. Derudover har vi et helt fantastisk sammenhold i foreningen, som i den grad har bakket os op i vores arbejde.

Autorisasjon har jo vært vår felles kampsak i mange år, og jeg har trodd at Norge var kommet litt lengre enn Dan-

skene i den saken, hvordan klarte dere å få til dette?

Jeg er overbevist om, at I har kæmpet rigtig hårdt og målrettet for en autorisation i Norge. Årsagen til, at det er lykkedes for os i Danmark er flerfaktorielt. Da vi ændrede vores strategi, for lige godt to år siden, hvor vi kontaktede samtlige sundheds-og ældreordførere direkte på mail, og bad dem om et møde, så rullede lavenen. Vi var velforberedte, med korte, konkrete oplæg – som vi "framede". Efter meget positive møder med sundheds-og ældreordførerne fra de største partier – vi blev mødt med meget stor åbenhed, nysgerrighed og venlighed – så kom vi i Foretræde for hele sundheds-og ældreudvalget i Folketinget,

sørget for, at autorisation af osteopater blev en virkelighed.

Hele sidste år gik med møder med både Sundheds-og Ældreministeriet, samt Styrelsen for Patientsikkerhed. Vi har været inkluderet, helt fra start, bidraget med dokumentation og oplæg, og i det hele taget samarbejdet tæt omkring lovforslaget. Da udkastet til lovforslaget var færdigt, inden det blev sendt til høring, blev bestyrelsen indkaldt til møde med Sundheds-og Ældreministeriet, da de ville sikre sig, at alt var som det skulle være. Et helt fantastisk samarbejde, der selvfølgelig var hårdt, men også enormt givende.



som gik rigtig godt. Samtidig fik vi en stærk alliance, i direktøren for Danmarks største medlemsejede forsikringsselskab, Sygeforsikringen "danmark", Allan Luplau, som bakkede os op hele vejen igennem. Både i form af coaching, hvor vi gennemgik strategien og oplæg til alle møder, samt politisk lobbyarbejde.

Formanden for sundheds-og ældreudvalget, Liselott Blixt, sagde allerede til vores første møde, at hun ville have, at osteopater skulle autoriseres. Hun har virkelig kæmpet for os – og er uden tvivl den politiker, der har

Så kombinationen af et stort politisk pres, stærk alliance fra en meget indflydelsesrig aktør, målrettet arbejde og kommunikation, god timing, de to standarder vi har for professionen – CEN standarden og WHO Benchmarks for Training in Osteopathy – og samtidig et godt uddannelsesmæssigt niveau, har alt sammen bidraget til en autorisation.

Er det slik at alle osteopater i Danmark blir automatisk autorisert nå - evt på hvilket grunnlag blir de det?

Alle osteopater kan ansøge om en autorisation hos Styrelsen for Patientsikkerhed, der

autoriserer samtlige sundhedsprofessioner, fra 1. juli i år. Så alle ansøgere skal vurderes individuelt og det bliver på baggrund af bl.a. CEN standarden, WHO Benchmarks, samt curriculum fra tre osteopatiske skoler.

Hva blir veien videre nå?

Vi skal fortsatt samarbejde tæt med Sundheds- og Ældreministeriet samt Styrelsen for Patientsikkerhed, hvor vi bl.a. skal lave et uddannelsesråd og i det hele taget, stå til rådighed når de har brug for os. Derudover skal vi "brande" osteopati i Danmark. Vi er endnu en lille forening, på omkring 120 medlemmer, og vi har en optimal mulighed for, at brande vores profession rigtig fornuftigt. Lørdag den 1. september afholder vi et branding og kommunikationsseminar med Maurice Cheng, hvor vi samtidig fejrer vores autorisation. Vi sender en officiel invitation

til jer og håber, at I har lyst til at deltage. Det bliver ganske gratis at deltage.

Har du noen tips til hva vi bør gjøre i Norge for å få det til her?

Måltrettet kommunikation, "framing" – bli ved med, at mødes med politikerne og overbevis dem om, at det er de enkelte borgere, Hr. og Fru Jensen, der får mest ud af, at osteopati bliver autoriseret. Øget patientsikkerhed var et stærkt argument fra vores side. Jeg har ligeledes sendt flere forskellige mails, til samtlige sundheds- og ældreordførere, regelmæssigt. Vi fik bl.a. produceret korte videoer, med vores egne medlemmer, hvor de fortalte hvad osteopati er, hvem vi behandler, hvad vi behandler, hvordan vi er uddannet osv., og det sendte vi til samtlige sundheds- og ældreordførere. Resultater af en metaanalyse, blev også sendt til dem – hvor vi, kort fortalte, på

et forståeligt sprog, omkring resultaterne. Prøv at se om I kan finde en "ambassadør" for jer, én indflydelsesrig aktør, der også kan hjælpe jer med lobbyarbejde. Måske I kunne sende en mail ud til samtlige politikere, hvori I fortæller, at nu er osteopati blevet autoriseret i Danmark – og send hele lovforslaget med? Jeg er sikker på, at I har gjort en kæmpe indsats – og måske har I gjort alt det jeg nævner. Vi hjælper gerne med alt hvad vi kan! Fortsæt kampen!

Tusen takk for det Hanna, det skal vi og når dere har gått opp veien blir den kanskje enklere å gå for oss!

Forfatter
Osteopat DO.





Ny vararepresentant i NOF

Tekst: Emilie Sørli



Dorothia G. Short går sitt 2. år på osteopati-studiet. Hun er nyinnsatt som vararepresentant, og er den nye studentkontakten i Norsk Osteopatforbund. En av oppgavene til Dorothia er å dele ut Osteopaten til studentene, sammen med linjeforeningen. Så om du er student og leser dette, er det kanskje takket være henne!

-Hvorfor ønsker du å bli osteopat?

Opprinnelig er jeg utdannet massasjeterapeut, og jobber som det ved siden av studiene. Før jeg begynte på Høyskolen Kristiania leide jeg rom hos en fysioterapeut. Der hendte det jeg fikk caser hvor jeg stod fast grunnet mangel på kunnskap – da var det like greit å skaffe seg mer kunnskap. Etter anbefaling av studiet, falt valget på osteopati.

Hva var din motivasjon for å bli med i styret?

-Jeg savnet at forbundet hadde en kontaktperson for studentene, også med tanke på at Osteopaten ble delt ut til studentene av forrige studentkontakt, Jan-Eric. Nå som han ikke har den samme rollen, tenkte jeg det kunne være interessant å prøve seg.

Hva tenker du om å være student, og engasjert i styret?

-Det gir meg et annet innblikk i forbundets rolle i bransjen, annet enn som student. Hensikten med forbundet er at de skal hjelpe sine medlemmer å lykkes, og for studenter kan det være viktig blant annet når de skal ut i arbeid. En studentkontakt kan være lettere å forholde seg til, ettersom jeg kan nåes på skolen.

-Hva ønsker du å bidra med, og har du en hjertesak du vil jobbe for?

Å være en kontaktperson for studentene ved spørsmål eller saker om og til forbundet. Jeg ønsker å knytte både LFO, NOF og høyskolen mer sammen. Men akkurat nå er det nok bare å sette seg inn i alt.

-Hva er viktig for studentene?

Dette spørsmålet tok jeg videre til resten av klassen min. Noe flere av oss var enig om var at det er viktig med et nært forhold til bransjen, kvalitet på studiet, engasjerte lærere og studenter. Og at det fremstår som et seriøst og oppdatert fagfelt. At vi kan få mulighet til å praktisere det vi lærer er veldig viktig. Osteopati er et hands-on fag, så vi trenger å øve mye for å bli gode.

-Til sist lurte jeg på, hvor håper ett ferskt styremedlem å se osteopaten om 10 år?

Da håper jeg vi har fått en autorisasjon, og at det er et fagfelt som blir mer og mer brukt, på lik linje som fysioterapi og kiropraktikk.

Emilie Sørli

Osteopatstudent 4. klasse





Kursreferat: Paincloud Convention 2018

Tekst: Julie Løvland

Helgen 21-22.april be Paincloud Convention arrangert for andre gang. Jeg ble selv varmt anbefalt konferansen fra noen som hadde vært der året før. Det forstår jeg godt! Helgen levde virkelig opp til forventningene. Atmosfæren var helt spesiell, og jeg opplevde at jeg ble møtt av et felleskap som var utrolig inkluderende, varmt og kunnskapsrikt. Ole Morten Salte som står bak Paincloud åpnet arrangementet, og vi fikk et litt bedre innblikk i hva og hvem som står bak Paincloud, bidragsytere og framtidige planer og prosjekter. Det så absolutt lovende ut!

Lørdagens første foredrag ble holdt av Dr. Mary O'Keeffe, som har bidratt med masse god forskning innenfor LBP. Hennes foredrag hadde tittelen «Talking the talk, but are we walking the walk?», og stilte kritiske spørsmål til hvordan arbeidet i møtet med pasienten kan forbedres. Hun diskuterte blant annet tidlig bruk av billediagnostikk, hvorvidt vi skal fokusere på å avdekke funn eller smertegenerasjoner, og fokus på å bygge trygghet og selvtillit hos pasienten. Det å se pasienten, og gi pasienten kunnskap ble fremhevet som viktige faktorer, i tillegg til verdien av verktøy som fysisk aktivitet, forståelse og mestring. Det neste foredraget ble holdt av Lars Avenmarie, og hadde tittelen «How to detox your clinical reasoning process?». Dette var et spennende foredrag som gav perspektiv på hvordan vår kliniske resonnering kontinuerlig påvirkes, og hvordan vi kan være mer bevisst og kritisk vurdere egne kognitive prosesser. Han snakket mye om innvirkningen av egne oppfatninger og ulike bias som vi bør være bevisst over. Foredraget var engasjerende og veldig interessant.

I tillegg til ulike foredrag var det også rom for spørsmål mellom de ulike presentasjonene, noe som løftet arrangementet ytterligere. Det ble stilt mange gode spørsmål som åpnet for videre diskusjoner, og igjen ble det tydelig hvor mange kunnskapsrike og engasjerte personer som hadde kommet til Oslo denne helgen. Dr. Tasha Stanton holdt det neste foredraget med temaet: «The multisensory patient and the role of the brain: Implications for therapy». Dr. Stanton står bak masse forskning innenfor blant annet smerte, persepsjon, somatosensorisk stimuli, multisensorisk integrasjon og kroppslige illusjoner. Hun presenterte mange svært interessante perspektiver i hvordan vi bevisst og ubevisst prosesserer ulike sensoriske stimuli og hvordan dette potensielt kan endres ved smerte. Hun presenterte også spennende forskning hvor man har sett nærmere på hvordan ulike innvirkninger av dette kan påvirke både pasientens smerteoppfattelse og implikasjoner for behandling. Den neste presentasjonen var fra Joletta

Belton. Hun stilte opp og fortalte sin historie som kronisk smertepasient. Dette gjorde et sterkt inntrykk og det var personlig rørende å se prosessen hun hadde gått gjennom. Jeg tror samtlige i salen var ydmyke og takknemlige for at hun delte sin historie, noe som var tydelig med stående applaus etterpå. Dette var veldig verdifullt, og viktig for oss som klinikere, som fikk et unikt innblikk i en pasients hverdag og utfordringene de møter.

Lørdagen ble avsluttet med en fremragende diskusjon mellom Sigurd Mikkelsen og Kjartan Vibe Fersum. Dette var utrolig interessant å høre to så dyktige klinikere dele sine perspektiv og tanker omkring arbeidet i klinikken og hvordan vi kan møte pasienten på best mulige måte. Verdien av en god terapeutisk allianse ble trukket fram, og det ble delt mange gode tanker og innspill.



Søndag morgen startet med et foredrag av psykolog Silje Endresen Reme med tittelen «A new and innovative approach to help people with chronic pain return to work». Hun presenterte sitt arbeid med kroniske smertepasienter og et prosjekt hun har vært med på å utvikle. Hun fremhevet betydningen og verdien av å være i arbeid, og hvor mye dette betyr for god helse. Prosjektet hun presenterte inneholdt strategier for å få pasienter tilbake i arbeidslivet igjen, og dette ser ut til å ha lovende resultater. Hun understreket viktigheten av at vi i klinisk praksis jobber i samme retning for våre pasienter og oppfordrer til å vurdere hvordan man kan få arbeidssituasjonen til å fungere bedre for kroniske smertepasienter.

Det neste foredraget var av Dr. Jason Silvernail med temaet «Managing sleep and stress in the Clinic and Gym». Han diskuterte effekten av søvn og betydningen av søvn for helse og prestasjon. Han presenterte blant annet hvordan søvnmangel kan ha en innvirkning på stress og ulike smertetilstander. Han diskuterte også ulike strategier for god søvnkvalitet og hvordan vi bør bruke dette i arbeidet med pasienter. Som han understreket jobber vi en bransje som i stor grad dreier seg om atferdsendring, og at vi i større grad bør vurdere hvordan vi kan oppfordre til endring

den tiden pasienten ikke er på klinikken i møte med oss. I tillegg til et svært interessant tema var dette også et veldig inspirerende foredrag mye takket være Silvernails engasjerende presentasjonsevne.

«What you do with your patients or clients in your setting is far less important than what they do for themselves on their own time!» J.Silvernail.

Etter lunch var det Todd Hargrove sin presentasjon «How we can use basic concepts from complex systems theory to get a better understanding of chronic pain and inform clinical decisions». Han snakket om kompleksiteten av smerte og hvordan en reduksjonistisk tankegang kan ha en begrenset verdi eller funksjon i forbindelse med forståelse av smerte. Han presenterte ulike konsepter for bedre forståelse av kronisk smerte, og hvordan man gjennom dette å kan ta bedre kliniske beslutninger i møtet med pasienten. Det siste foredraget var av Derek Griffin med temaet «From localized to widespread pain: A clinician's guide to navigating the pain continuum». Han fremhevet en helhetlig forståelse av kroniske smerter, og gav innspill til hvordan vi i den kliniske hverdagen kan fasilitere endring i tillegg til strategier for rehabilitering. Han gav for eksempel spennende refleksjoner omkring hvorvidt vi bør egentlig fokusere på om den kroniske smertepasienten har et «rygg-problem» / «skuldersmerter» eller lignende, og at vi heller bør tenke at de kanskje har et smerte-problem? Han poengterte også begrensningen av en reduksjonistisk tankegang, og stilte kritiske spørsmål til hvorfor vi for eksempel kan skille fysiske og mentale aspekter eller plager. Han fremmet et mer prognostisk-basert rammeverk, og et mer pasient-sentrert fokus.

Siste plan på programmet for helgen var gruppediskusjoner, hvor deltagerne fikk en unik mulighet til å gå sammen med foredragsholderne og stille spørsmål. Vi fikk diskutere temaer og få et nærmere innblikk i foredragsholdernes tanker omkring temaene. Dette var utrolig interessant og lærerikt, og noe jeg personlig likte veldig godt. Oppsummert har det vært en helg fylt med masse inntrykk, perspektiver og engasjement, og jeg dro hjem med hodet hevet og motet oppe. Jeg vil anbefale på det sterkeste å delta på neste Convention og ellers følge arbeidet til Ole Morten Salte og hans team.

Julie Løvland
Osteopat DO.





Det rører seg i linjeforeningen!

Tekst: Styret i LFO

Etter oppstart i januar, har det skjedd mye i Linjeforeningen. Det nærmer seg et ultralyd-kurs som går av stabelen den 26. mai, med kursholder Sindre Busk Witzøe. Kurset er hovedsakelig for 3. og 4. klasse hvor de får innføring i ultralyd diagnostikk. Kurset har fått mye oppmerksomhet og det gleder oss veldig.

Vi har arrangert en vellykket sommerfest og deltatt på fagdag med NOF. Det er første gang det arrangeres sommerfest og nærmere 90 besøkende studenter tok turen for å hygge seg sammen med oss. Vi takker for en

fin kveld! Vi er også i en spennende prosess med et prøveprosjekt, hvor vi inviterer tidligere studenter til å delta på fellesøving. Tidligere student og lærerassistent Omar Malik stilte som prøvekanin og responsen fra studentene var utelukkende positiv.

Målet vårt er at dette skal bli en sterkere faglig arena og tilby studentene en trygghet også utenfor skoletid. Vi håper at flere flinke osteopater melder sin interesse og engasjerer seg i vårt arbeid i å skape et bredere faglig miljø og gi alle like muligheter for læring.

Til høsten ønsker vi også å arrangere en fagdag for studentene. Send oss gjerne en mail på post.lfo@gmail.com om du ønsker å delta på fellesøving eller fagdag.

**Vennlig hilsen
alle oss i styret!**





Utgavens podcast-forslag

Podcast: Pain Science and Sensibility

*Utgiver: Pain Science and Sensibility
Episode 6: to exercise or not to exercise with chronic pain.*

De fleste av oss lar ikke smertepasienter slippe gjennom en konsultasjon uten å formidle aktive tiltak pasienten skal gjøre utenfor behandlingsrommet. Økt mengde fysisk aktivitet har fått ketchup-effekten, altså det passer på alt.

Men hvilke pasienter med vedvarende smerte vil oppleve forverring ved trening? Bør de i de hele tatt trene? Kan vi bruke kunnskapen om prosessene trening iverksetter i kroppen vår til å forutse effekten hos enkelte grupper smertepasienter?



Finnes på
<https://ptpodcast.com/pain-science-and-sensibility-episode-6-to-exercise-or-not-to-exercise-with-chronic-pain/>

Tom Eirik Bjørkli
Osteopat DO



HUSK DEADLINE FOR BIDRAG TIL OSTEOPATEN NR. 3/2018 15. SEPTEMBER 2018.

Redaksjonen:

Tom Eirik Bjørkli (redaktør)
Helge Skåtun
Tomas E. Røsaaker
Ingrid Nicander
Emilie Sørlie
Malin Bokle

Osteopaten

Norsk Osteopatforbund
nof@osteopati.org

Grafisk design:

Appell Reklamebyrå AS,
Drammen

Trykk:

Lier Grafiske