

OSTEOPATEN



TEMA:
**Forskning
og
trender**



Kjære lesere!

God Jul!

Årets julehefte er ikke knoll & tott, pondus eller stomperud, men osteopaten utgave 4 i 2015! Takk igjen for mange flotte bidrag til juleutgaven vår. Vi har løst litt på snippen når det gjelder å holde oss til ett tema denne gangen, men trender i behandling og forskning blant oss osteopater har fått størst dekning.

I 2016 vil vi jobbe med å spre intern kunnskap innenfor ulike pasientgrupper bla gravide, idrett, eldre og lignende. Vi er heldige å ha et bredt mangfold av osteopater med interesse og spisset kunnskap på alle disse fagfeltene så vi håper å få dem med på laget.

Jeg vil gjøre oppmerksom på at det er et ledig sete redaksjonskomiteen vår og anbefaler den på det sterkeste! Dersom du ikke blir med, men har innspill på hva du kunne tenke deg å lese om så send oss gjerne noen forslag.

God jul til dere alle

Tom Eirik



Kjære kollegaer!

NOF sin fagdag lørdag den 31 oktober satte ny rekord i oppslutning og oppmøte, nesten 170 stykker deltok på møtet! Foredragsnotatene er lagt ut på våre hjemmesider. Jeg for min del syns lymfeåresystemet er et veldig spennende fagområde, og et fagområde osteopatene har et ekstra godt tak i!

MD Lisa M Hodge som foreleste om forskningen på området var utrolig inspirerende og fin å høre på, selv om foredraget gikk på engelsk :). Christian Fossum hadde som vanlig glitrende foredrag, om samme tema også han på engelsk, og sammen med Lisa ble det en fin faglig balanse i det. Vi har fått mange gode tilbakemeldinger på innspillene til

Jo Kaufmann og Espen Glomsrød, håper å høre mer fra dem senere om prosjektene de har satt i gang! Neste fagdag, 2 april, håper vi å få temaene pediatri og eller sikkerhets aspektene: Osteopat - i trygge hender! På trap-pene har vi og ett nytt DO tog som forlater oss i løpet av 2016....

Osteopatisk Identitetskampanje vil snart bli startet hvor vi vil ha bilder og tekst fra medlemmene som vi kan legge ut på facebook. Dere vil få en mal på hvordan kvaliteten på bildet må være for at det skal bli bra på internett. Fonter og slikt vil og bli gjennomgått av vårt Reklame/markedsføringsbyrå slik at det vil bli et profesjonelt og helhetlig inntrykk. Faktabildene på facebook som vi har lagt ut har dere allerede vist fantastisk respons på, et av bildene har nådd 36 tusen mennesker! Disse vil i fremtiden blir mer proff med hensyn til utseende og oppsett, vi får hjelp til å gjøre det pent, men innholdet må vi fortsette å produsere selv! Har du gode forslag til noe vi kan eller bør poste?

Gode ideer kan vi kjøpe, og kanskje vi kan betale deg for å hjelpe oss å sette dem ut i livet!

Osteopatistand har vi diskutert flere ganger både i styret og ellers i diverse fora. Vi har besluttet å delta på helsemessen som avholdes på Lillestrøm i februar 2016. Da håper jeg mange har lyst å være med stå på stand og gjøre dette til en flott dag for osteopaten. Vi lager en ordning hvor de som er med på det får dekket alle utgifter samt får noe for å stille opp. Det kommer mer info senere om dette. NHCK skal også delta her, kanskje vi kan forene våre krefter og samkjøre et unisont budskap :)

Ny NOF webside som er integrert med Reg-web vil snart bli lansert. Det innebærer at alle får sitt eget brukernavn og passord og kan logge inn på "NOF" sidene og redigere opplysningene vi har mht til adresse osv på dere! En ny modul for å registrere faglig oppdatering vil snart være på plass, som vil gjøre det enklere å telle timer og se hvem som fyller kriteriene om faglig oppdatering.

En annen fin nyhet er at infoen til "FINN DIN OSTEOPAT" vil være redigerbar for deg på dine "private" sider! Da slipper du å be meg legge ut ting for deg :) Denne delen av siden er "pusset" opp og blitt penere og mer funksjonell, håper dere liker det!

Ønsker dere alle en riktig god og fredelig jul, og godt nytt år!

Mvh Leder NOF

Helge Skåtun

Pasientbrosjyre

kan du bestille fra NOF:

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



VIKTIG!

ADRESSEFORANDRINGER

Ved utsendelse av mail til våre medlemmer, får vi stadig mailer i retur pga feil e-mail-adresser etc.

Vennligst gi beskjed til oss umiddelbart når du skifter e-mailadresse! Det er selvfølgelig også viktig å melde om ny postadresse og telefonnummer.

STYRET I NOF:

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

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

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

KONTAKTOPPLYSNINGER:

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

NOF TAR PULSEN PÅ OSTEOPATI I EUROPA

Tomas Collin



Vi i Norsk Osteopatforbund har gjennom flere år vært i tett kontakt med våre osteopatkolleger rundt om i Europa. Den siste tiden har det skjedd mye spennende, som også vil kunne ha innflytelse på hvordan utviklingen blir videre fremover i Norge.

Som mange av dere sikkert fått med dere så har NOF deltatt i utviklingen av en Europeisk standard for Osteopatisk helsetjeneste, CEN (1). Kort fortalt så har man i et Europeisk fellesskap fastsatt rammer for tjenesten vi som osteopater leverer til våre pasienter. Standarden er utarbeidet av Osteopater, men selve formidlingen av standarden skjer via alle de nasjonale standardiseringsinstitusjonene. De som er interessert kan nå gå inn på nettsiden til Standard Norge, og kjøpe sin egen utskrift (1).

Hva er så en CEN standard?

En CEN standard eller CE merking betyr at man har fastsatt krav til et produkt eller en tjeneste slik at forbrukerne, les pasientene, vet at de får et kvalitetssikret produkt. CEN standard er ikke en lov eller forskrift, men en tungtveiende referanse i de land hvor lov eller forskrift mangler.

La meg ta et eksempel: Dersom det skulle bli en rettsak i Norge hvor en Osteopat står tiltalt for å ha skadet en pasient, så vil CEN standarden kunne bli brukt som grunnlag for å vurdere om den tiltalte Osteopat har adekvat utdanning for å drive Osteopatisk helsetjeneste.

Et annet eksempel er at NHCK (2), som utdanner Osteopater, vil kunne bli vurdert for å se om utdanningen er i tråd med den publiserte CEN standarden.

Utdanning i Europa

OsEAN (3), som er en Europeisk felles organisasjon for osteopatiskoler, har i samarbeid Austrian Standard Institute (4), laget en sertifisering av skoler med utgangspunkt i CEN standarden. Det betyr at osteopatiskoler kan kvalitetssikres av en uavhengig tredjepart. OsEAN har besluttet at alle nåværende medlemmer har fått et vindu på 2,5 år for å bli sertifisert for å opprettholde fullverdig medlemskap. Alle nye skole som ønsker medlemskap må først sertifiseres for å bli medlem i OsEAN. Vår norske skole, NHCK, er medlem i OsEAN.

I flere land har den offentlige reguleringen av utdanning og også selve profesjonsutøvelsen hatt en gledelig utvikling. I Frankrike er det nå lovfestede krav til utdanningsinstitusjoner innen Osteopati. Det vil sannsynligvis medføre at dagens tall på ca 70 skoler vil bli kraftig redusert, og sannsynligvis ende opp på ca 25. Reduksjonen er velkommen da det er mange Franske skoler som ikke holder mål. I Portugal er det nylig vedtatt et lovverk som regulerer skolene, i tillegg til at det også kommet på plass regulering av Osteopati som profesjon.

I forbindelse med ikrafttreden av reglene for profesjonen Osteopati, så har man i Portugal utarbeidet et poengsystem hvor Osteopater fått poeng for utdanning, men også for relevant praksis, lærergjerning etc. På den måten har også de «gamle» Osteopatene fått en reell mulighet til å bli registrert. De som evt ikke når opp til nok poeng kan komplettere med utdanning alternativt velge en «enkel» registrering uten full autorisasjon. Her har vi i Norge noen erfaringer å hente, den dagen også vi blir autorisert.

Osteopatisk samarbeid i Europa

Arbeidet med CEN har vist at det lønner seg å være flere. Det koster penger å utvikle CEN, drive informasjonsarbeid og lobbyvirksomhet. Når vi er mange så blir kostnadene fordelt, og vi får til mere for mindre. NOF har i flere år vært medlem i FORE (5), og fått mange gode tips, råd og konkret informasjon vi brukt i vårt arbeid i Norge.

Medlemskapet i FORE koster sånn cirka en kopp kaffe per medlem, og jeg tør å påstå at det er det verdt. Det er noen ganger lett å tenke at de saker det arbeides med i FORE, er litt fjernt og kanskje ikke betyr så mye for din og min arbeidshverdag, men over tid vil det være med på å forme faget vårt. Ved en fremtidig autorisasjon av Osteopater i Norge så vil de internasjonale forholdene bli vektlagt. Norge vil sannsynligvis legge lista der hvor våre naboer i Europa har lagt den.

Ditt og mitt bidrag er at vi alle kan minne oss selv på at vi er ambassadører for Osteopati hver eneste dag når vi snakker med våre pasienter, legger ut noe på Facebook, deltar i en diskusjon med venner og kjente, lager våre egne hjemmesider, eller møter andre faggrupper innen Norsk helsevesen. Vi kan alle bidra til at Osteopati og vi som Osteopater blir anerkjent, og respektert. Osteopater skal bli sett på som dyktige fagpersoner, og gode samarbeidspartnere.

1. NS EN 16686, www.standard.no
2. NHCK, www.nhck.no
3. OsEAN, www.osean.com
4. Austrian Standard Institute, www.austrian-standards.at
5. Forum for Osteopathic Regulation in Europe, www.forewards.eu





Jan-Andreas
Fosnæs Fjeldsaunet



"Jeg fant, jeg fant!" roper Askeladden i eventyret prinsessen som ingen kunne målbinde.

Hvordan vi skal målbinde prinsessen?

Vi blir alle preget av forbrukstrender. Som privatperson og som terapeut. Sistnevnte skal jeg reflektere litt rundt i denne kronikken. Mest sannsynlig er du ikke enig i alt. Kanskje ikke i noen ting som helst, men du har garantert opplevd noe av dette.

Spørsmålene jeg er spesielt interessert i omhandler to sentrale områder;
Hvordan påvirker trender oss som terapeuter?

Og. ..Hvorfor er muskel-skjelettlidelser fremdeles et utfordrende problem til tross for masse ny kunnskap og en imponerende mengde viten?

Ta for eksempel noe som plager svært mange; ryggsmarter. Dette er den største enkeltårsak til sykefravær. Kostnadene utgjør ca. 2 % av brutto nasjonalprodukt. Sykefraværene står for 90 % av kostnadene.

Disse tallene har ikke blitt bedre de siste årene. Dette gjør at vi ser etter noe nytt. Noe effektivt. Noe som vil revolusjonere vår praksis. Vi jakter stadig etter en trend.

Siden oppstarten av osteopatien har vi vært på konstant jakt etter forbedringer og endringer i bransjen. Med blikk mot fremtiden har vi alle erfart og forsøker stadig nye trender og behandlingsmuligheter. Nesten annenhver nordmann bruker nåler, ulike tilskudd og varme hender.

Vi er alle en del av den alternative behandlingen. Så enkelt er det. De norske reglene for alternativ behandling er blant de mest liberale i Europa. Medisinsk kompetanse er ikke en gang et krav... Viktigheten av et forbund som setter retningslinjer og regler er ufattelig viktig. Et sterkt og slagkraftig forbund.

Vi prøver nåler, såler, tape, kompresjonstøy, lavkarbo, ulike tilskudd. Listen er lang.

Vi kaster oss på stadig nye trender og muligheter innenfor behandlingsverden. Fellesnevner for dem alle er; utfordringer løses raskt og enkelt. Et must-have-produkt for alle. Og selvfølgelig med guruer som holder "fantastiske" foredrag. Slenger man på "tøffe" og kreative navn. Samt farger som oser kvalitet og krampaktig "kulhet", så blir det en bestselger av rang.

Vi terapeuter tiltrekkes av utfordringer som handler om å takle det "umulige".

Det å vise frem våre ferdigheter og mestring av kunnskap er en hverdagslig oppgave.

Det er sunt med en hunger etter kunnskap og fornying.

Produsentene og markedsførerne er på konstant jakt etter tendenser til endringer i våre prioriteringer. Har du kjøpt A, så må du selvfølgelig kjøpe B for bedre effekt og C for en varig effekt over tid. Og D, som du kan ta med deg på reiser. Ingenting og ingen trender stopper kun ved et eneste produkt. Det samme gjelder kurs. Kursrekke fra A-Å trengs for en fullstendig forståelse av behandlingsformen. Ingen produsenter eller markedsførere ønsker seg produkter med evig liv. Det ville bety kollektivt selvmord for bransjen.

"Å, jeg har slikt å gjøre, jeg har slikt å føre, jeg fører vel den," sa Askeladden.

Det samme gjør vi terapeuter. Har du ikke kursrekken A-Å får du følelsen av å henge etter. Du målbinde ikke prinsessen. Vinner kongsdatteren og halve kongeriket gjør du heller ikke. Trender styrer ofte behandlingen.

De siste årene har man reflektert mer rundt rollen til en terapeut i et samspill.

En rekunseptualisering av egen rolle.

Hva er vi? Hva vil vi være?

Hvordan vil vi fremstå?

Etter alle disse kursene og produktene.

Er vi nærmere målet vårt?

Klarer vi å målbinde prinsessen. Eller sagt på en annen måte.

Får vi pasientene bra? Fort? Enkelt og med fornøydhetsgaranti?

Vår identitet som osteopater er grunnleggende. Det betyr at vi må utvikle oss fra denne. Det betyr ikke at det grunnleggende er fasit i alle muligheter. Andre profesjoner har en annen identitet, men kan være vel så bra.

Vi står foran mange utfordringer, ikke minst implementering av den medisinske og teknologiske utviklingen og krav til vitenskapelig dokumentasjon.

På tross av teknologisk utvikling og økt tilgang til f.eks. bildediagnostikk kan den patoanatomiske årsaken til ryggsmarter for ca. 85 % av pasientene ikke fastslås ved MR eller for eksempel diskografi. Igjen. Vi vet faktisk ikke alltid. Den vanlige medisinske tenkning og avansert bildediagnostikk har ikke gitt forventede resultater i forståelsen og behandlingen av ryggsmarter. Det samme kan sies om den spesifikk eller tankemodellen etter Descartes. Den biopsykososiale modellen derimot har vist positiv effekt.

Kort fortalt. Det er mye vi ikke vet. Det betyr ikke at du har feil. Eller har rett.

Vi må ikke fylle inn hullene forskningen ikke dekker med det som passer oss best. Det er

greit å si de tre magiske ordene; "jeg vet ikke". Både sammen med pasienter og sammen med kollegaer.

Hva betyr det sier du?

Skal all behandling handle om trening og kognitiv terapi? Skal vi bort ifra det manuelle, det å bruke hendene i behandling? La det være klart. Svaret mitt er; Selvfølgelig ikke.

Er du forvirret? Bra. Det betyr at du forstår.

Evidensbasert praksis har blitt "kult". Evidensbasert praksis er noe alle terapeuter må forholde seg til. Hvor dypt man velger å dykke inn i denne verden er opptil hver enkelt. Det jeg opplever i samtale med andre terapeuter.

Er en desperat kamp om å "henge med" på alt. Og deretter gi litt opp. Det blir rett og slett litt for mye å fordøye i en ellers travelt hverdag. Eventuelt leser man seg opp på sitt spesialområdet. Leser utelukkende forskning som støtter egen tilnærming. Samt leser forskning på en onsdagskveld. Torsdagsmorgen forandres praksisen totalt. Det er her mange gjør feil. Som Martin Herneblad-Due skriver det så fantastisk bra i sin artikkel:

"Evidensbasert praksis dreier seg ikke om å sluke all ny forskning rått, og integrere det i klinisk praksis dagen etter at en ny meta-analyse kommer ut.

Evidensbasert praksis skal hjelpe klinikeren til å treffe en bedre klinisk beslutning basert på 3 pilarer

1. Beste relevante forskningen, utfra et evidenshierarki der meta-analyser er på topp og kassuistikker på bunn.

2. Pasientens verdier og preferanser

3. Klinikereens erfaring"

Vi må huske på at ingen studier kan ivareta absolutt alle aspekter ved et individ. På den andre siden er man nødt til å ekskludere faktorer for å øke validiteten til de målte effekter. Så er det vår oppgave å overføre det vi vet til den enkelte kontekst.

Askeladden fremstilles ofte litt dum og naiv, men tar alle utfordringer uten motforestillinger. Som du sikkert husker, seirer han alltid til slutt, og vinner ofte kongsdatteren og halve kongeriket.

Han er smartere, mer taktisk, mer lyttende og oppmerksom på andre og deres ve og vel og behov for hjelp. På denne måten kommer han til målet, i motsetning til de egoistiske og enkle brødrene, som bare turer frem uten tanke for andre, og som dummer seg ut, eller ender i ulykken.

Her kan vi lære av Askeladden. Vi må ikke ture frem uten tanke for andre.

Vi må kunne bruke våre hender.

Og dermed også våre hoder. Palpasjonsevner, rutiner i undersøkelses og behandlingssøkvens er en variabel. Det er noe som hele tiden utvikles. Det krever kunnskap og ferdigheter for å utføre dette på en god måte. Man må kunne navigere ut ifra ulike modeller. Vi må sette spor i behandlingsverden på den "riktige" måten.

Hva er ditt mål med behandlingen av en pasient?

Målet med behandling bør være at den enkelte skal fungere best mulig innenfor de rammer og muligheter som samfunnet gir. Det handler både om livskvalitet og verdighet.

Jo bedre den enkelte fungerer i samfunnet, desto mer vil vedkommende kunne bidra til fellesskapet. Vi skal ofte mestre både behandlerrollen og konsulentrollen. Effektivitetskrav og tidspress blir noen ganger rett og slett et hinder. Samtidig er det viktig at den nye kunnskapen om behandling når praksisfeltet og kommer våre pasienter til gode. Vi må jobbe for en behandlingsoptimisme fremfor selv å la oss overmanne av pessimisme og negative fortolkninger at det ikke er faglig grunnlag for A eller B. Det hjelper ikke at vi prøver å få personen foran oss bort ifra smertene med alle mulige kreative teknikker, når språket blir brukt feil.

Det hjelper heller ikke lukke øynene og bare ture frem uten tanke for andre, og muligens dumme seg ut, eller ende i ulykken i fremtiden. Som askeladdens brødre.

Du fant, du fant. Du har vært på kursrekken A til Å. Eller kjøpt produktet med det kule navnet og stilige designet. Eller du bruker behandlingsmetoden(e) som du lærte av den fabelaktige foreleseren. Og. Det funker. På svært mange. På områder du har slitt med før. Du har blitt en "mikser". En som blander inn metoder og modeller fra ulike kurs, bøker og erfaringer. For å skape et positivt resultat.

Du har klart å målbinde prinsessen! Bra!

La det være sagt. Det finnes virkelig gode kurs og produkter som ble noe mer enn en trend. Og det med god grunn.

Det kan være vanskelig å fastslå hva som virker, men hvis summen av tiltak har en ønsket effekt, kan vi kanskje akseptere at vi ikke kan dokumentere effekten av hvert enkelt tiltak. Dersom tilbudet skal forbedres, blir det på sikt likevel en utfordring å fremskaffe mer detaljert kunnskap.

Vi lærer alle av hverandre. For eksempel i et nylig studie i USA skrev man at 20 % av alle kiropraktorer også utøver akupunktur på sine pasienter.



Vi lever i en globalisert verden.

Vi har forskning lett tilgjengelig.

Stadig flere jobber i tverrfaglige klinikker.

Vi lærer mer av hverandre.

På tvers av profesjoner. Vi jobber alle med et mål; fornøyde og mindre ubehag hos våre pasienter.

Så hva blir den neste trenden?

Vil vi være en gruppe som behandler utelukkende visceralt ved stort sett alle pasienter vi får inn i våre lokaler? En såkalt "spesifist".

En som finner et spesifikt område og jobber derfra.

Vil vi jobbe med hele kroppen i hver konsultasjon og dermed kunne kalles mer en generalist?

Vil vi ha pasienter som gir oss all tiltro rundt deres helse. Som stoler blindt på dine hender og tanker? Nærmest en "håndverker".

Eller vil vi fungere som en strateg for pasientens helse. En som hjelper personen gjennom ulike hindre og legger en målrettet plan for progresjonen? En helsestrateg.

Det er selvfølgelig ikke så svart-hvitt som beskrevet over.

Dette setter forhåpentligvis tankene våre som profesjon i gang.

Hvordan vil vi som osteopater fremstå?

Hva er vi? Hva vil vi være?

Hvordan vil vi fremstå?

Hvordan skal vi klare å målbinde prinsessen?

Jeg håper vi bruker 2016 på disse tankene. Det er verre å sitte på venteværelset og vente på rotfylling, enn å gå ut derfra med en dunkende smerte. Vi må vite hva det kreves av oss. Det er lettere å akseptere en smerte, hvis vi vet den fører til et positivt resultat. Vi må gjennom en prosess som er krevende. Vi må tørre å utfordres oss selv. Vi må innse at selv en gammel hest kan lære seg

å trave. Du er aldri utlært. Du er alltid i en læringsprosess.

Du må kunne bruke hendene dine, men du må også kunne forklare hvorfor du bruker hendene dine på den måten du gjør.

Så var prinsessen målbundet.

God jul og godt nyttår alle sammen!

Jan-Andreas P. Fosnæs

Referanser

- <http://bevegelsesloftet.no/2015/11/13/den-moderne-klinikeren/?v=1>
- Mills, E. J., Montori, V. M., Guyatt, G.: Evidence-Based Clinical Practice. Brief Treatment and Crisis Intervention 4: 187-194. 2004. Oxford University Press.
- van Tulder MW, Becker A., et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J 2006;15(Suppl2):S169-S191.
- Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffet J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J 2006;15(Suppl 2):S192-S300.
- Grotle M, Brox JI, Glomsrød B, Lønn JH, Vøllestad NK et al. Prognostic

factors in first-time care seekers due to acute low back pain. Eur J Pain 2007;11:290-8

- Carragee EJ, Alamin TF, Miller JL Carragee JM. Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission: a prospective study in subjects with benign persistent back pain. Spine J 2005;5:24-35

- Waddell G. The Back Pain Revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998.

- Lærum E, Brox JI, Storheim K, red. Nasjonale retningslinjer for korsryggssmerter - med og uten nerverotaffeksjon. Oslo: Formi; Sosial- og helsedirektoratet; 2007.

- Smeets RJ, Vlaeyen JW, Kester AD, Knottnerus JA. Reduction of pain catastrophizing mediates the outcome of

both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. J Pain 2006;7:261-71.

- Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. Disabil Rehabil 2002; 24: 932 - 8.

- Dahl TH. International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. J Rehabil Med 2002; 34: 201 - 4.

- Anderson et al. 1992

- Assendelft et al. 1992

- Kaptchuk and Eisenberg 1998

- Koes et al. 1991

- Manga et al. 1993

- Deyo et al. 1998

- Furlan et al. 2001.

Vi beklager...

Vi gjør oppmerksom på en feil i forrige utgave av osteopaten (Osteopaten utg.3 - 2015) hvor vi har kommet i skade for å sette opp feil forfatter på en av artiklene som var med. Teksten i artikkelen "Heavy slow resistance training ved patellatendinopati" ble skrevet av Frank Kjeldsberg, men bildene og protokollen var fra Vibeke Koren. Vi beklager dette veldig og har laget nye rutiner på korrekturlesing!

Intervju med TOR HARALD GARBERG

Osteopat DO, MNOF

Vi er interesserte i å høre mer om trender i denne utgaven. I dette intervjuet lurar vi på hvilke trender det er blant symptomene hos pasientene vi møter i klinikken. Tor Harald Garberg har flere klinikkår i sekken enn de fleste av oss og bør ha bedre oversikt på dette enn de fleste av oss.

Partner i Ringerike Osteopati Klinik
Utdannelse:

- Fysioterapiutdanning ved Skodsborg Fysioterapiskole 1977 – 1982
- Osteopatiutdanning ved NHO (nå Norges Helsehøgskole, Campus Kristiania) 1992 – 1997

Arbeidserfaring:

- Fysioterapi praksis ved Ringerike Fysioterapi 1982 – 1997
- Osteopati praksis 1997 – 2010 Ringerike Osteopati Klinik
- Leder av Norsk Osteopat Forbund 2000 – 2005
- Undervisning i alle fag på Nordisk Akademi for Osteopati 2000 – 2010
- Daglig leder av Nordisk Akademi for Osteopati 2000 – 2010
- Daglig leder og underviser på Institutt for Osteopati, Norges Helsehøgskole, Campus Kristiania 2010 – 2013
- 2013 - Tilbake igjen i Ringerike Osteopati Klinik

Hvordan ser pasientgruppen din ut i dag sammenliknet med da du startet i privat praksis?

Karrieren min begynte i 1982 som nyutdannet fysioterapeut. Jeg startet da i egen privat fysioterapi praksis og arbeidet så med dette i 10 år. Som mange andre var jeg opptatt av arbeid, familie og husbygging. Dermed ble det liten tid til faglig utvikling. I 1992 kom endringen da jeg meldte meg på et introduksjonskurs i Osteopati. Det endret min faglige hverdag totalt. Osteopati passet meg svært bra i forhold til den kompetanse som jeg fikk fra fysioterapiskolen i København. Med kompetanse så mener jeg at jeg fikk med meg et godt manuelt yrke fra fysioterapien og var vant til å gi manuell behandling til alle mine pasienter helt fra jeg var nyutdannet i 1982. Dette var gode egenskaper å bygge videre på. Da jeg «konverterte», var jeg allerede etablert som en manuell behandler, noe som gjorde overgangen til en ny type praksis lettere. I fysioterapi praksis den gang som nå, er det mange pasienter som har «rettigheter», gitt i form av gratis behandling av rikstrygdeverket. Dette resulterte i at man ble «hengende» med en stor pasientgruppe som var kronisk tilstede i instituttet. Diagnosene her var for det meste leddgikt, artrose, rehabilitering etter frakturer og enkelte nevrologiske tilstander. Behandlingen var regimebasert og forholdsvis likt applisert for alle. Med osteopati endret prinsippene seg. Pasienten kom mer i sentrum, og jeg ble mer løsningsorientert i forhold til pasientens helse og ikke utelukkende diagnosen.

Selve endringen i pasientgruppen kom idet jeg startet osteopati praksis i 1997. Pasientene med muligheter for gratis behandling forsvant for det meste. Pasientene skulle selv beslutte, uten legehenvisning, å betale dyrt for osteopati behandling og forlate den trygge, anbefalte og etablerte fysioterapi. Pasientens forventning til behandlingsrespons og resultat skulle stå i stil med kostnaden. Kravet til resultater ble kraftig forandret, og jeg følte

den gang, at osteopatiyrket gav meg en ny type utfordring og mulighet til å komme meg videre i en spennende karriere, til fordel for den statiske og noe regimebaserte praksis jeg hadde før. Så, for å svare kort på spørsmålet, er det nok ikke pasientene eller pasientgruppene, som har forandret seg, men mer meg som person og behandler. Jeg streber etter å følge de osteopatiske prinsipper, finne den eller de viktige somatiske dysfunksjonene og sammenhengen mellom disse.

Når jeg behandler disse i riktig prioritet og med riktig teknikkvalg og får en direkte respons på mine valg, har jeg en spennende hverdag og er fornøyd.

Har du noen teorier om hva dette kan skyldes?

Jeg tror nettopp at det å sette pasienten i sentrum ble den store forskjellen. Alle pasienter har sin unike historie og problemstilling. Det å bringe inn analysen eller screeningen av kroppen uavhengig av den eller de diagnosene pasienten kom med, ble den store forskjellen fra fysioterapien.

“

“Hos meg er det de osteopatiske prinsipper som er grunnleggende.”

Hverdagen ble rett og slett mer spennende. Når du spør om «pasientgruppe» nå, sammenliknet med før, så er det vel slik at man får den pasientgruppe man fortjener i forhold til den måten man arbeider på. Foreløpig er det hovedsaklig pasienten som velger å komme. Enkelte pasienter vil velge å prøve osteopati fordi de har hørt at osteopati som behandlingsform er bra, men de aller fleste pasienter vil velge deg som behandler fordi de har hørt at du er flink. Det at jeg begynte å bringe inn nye kroppssystemer i min osteopatiske screening og behandling, som det nevrologiske-, endokrine-, respiratoriske- og ikke minst det sirkulatoriske system, ga meg etter hvert et rykte om at jeg gjorde noe annet enn å bare behandle ledd og muskler. Så, i tillegg viser det seg at med denne form for systemtenkning og praksis, blir man også god til å få pasientens kognitive egenskaper til å blomstre når man forklarer hva man arbeider med og hvorfor. Dette gir oss som osteopater en unik mulighet for å hjelpe en pasient som har psykososiale problemfaktorer med sin helse. Og dermed er vi i boks med å sette pasienten i sentrum med å arbeide med hele pasienten.



Tor Harald Garberg

Kan du huske noen spesifikke symptomtrender som var tydelige?

I fysioterapiyrket har det alltid vært noen symptom- og diagnose trender. Hva dette skyldes vet jeg ikke, men jeg tror at pasienten og pasientorganisasjonene har vært dyktige gjennom de siste 50 år med å forhandle til seg gode rettigheter. Med rettigheter har det også vært lett for fastlegen å «hjelpe» sine pasienter inn i dette systemet. F.eks. er det satt internasjonale retningslinjer for fastsettelse av diagnoser. Et eksempel på dette er Mb. Bekhterev hvor man skal ha 8 av 10 kriterier

for diagnosen. På 80- og 90-tallet opplevde jeg at denne praksisen ikke ble fulgt. Vi har derfor i Norge langt flere Bekhterev-pasienter enn i andre land vi kan sammenligne oss med. Artrose, er et annet område hvor forholdsvis spreke 60 åringer som har litt slitte knær får rettigheter, selv om de har god økonomi og er i «løpbar» stand. Heldigvis har jeg en følelse av at dette har bedret seg, antagelig fordi nye unge leger blir flinkere til å følge diagnosekriteriene.

Hvis du kan se i glasskula litt for oss: Hva slags pasienter tror du vi kan vente oss mer og mer av?

For det første vet vi at pasienter blir mer og mer oppvakt, informert og kritiske - og bra er det. Spesielt tror og håper jeg at de eldre bør bli en sterkere brukergruppe av osteopati, og kanskje spesielt de over 80. Vi har veldig mye å tilby de eldre, som ofte har multifaktorielle forhold med sin helse.

Dette gir alle behandlere en god og sunn utfordring. Jeg tror at dersom osteopater er flinke til å holde fast på osteopatiens prinsipper og særegenhet ligger vi godt an til å få en god og sterk utvikling i årene som kommer. Det vil bli mer og mer tydelig for alle; helseprofesjoner og pasienter, at osteopater er flinke til å behandle hele mennesket gjennom vår særegne måte å undersøke og behandle. Alle andre profesjoner er også opptatt av helheten, men jeg tror ikke alle klarer det i praksis. På den andre siden har jeg også begynt å få noen bekymringer på profesjonens vegne. For å få en sunn og god utvikling av vårt mangfoldige fag, tror jeg det er nødvendig at vi tør se på de utfordringen vi har som profesjon. Jeg skal prøve å uttype hva jeg mener. Spesielt vil jeg fremheve tre forhold;

1. For det første er det ikke til å stikke inn under stolen at noen osteopater ikke ønsker å utøve behandling som ikke er godt nok vitenskapelig dokumentert. Dette gjelder f.eks. "osteopati i det kranielle felt". Forklaringsmodellene er gamle og dårlig og en utfordring å forske på. Erfaringsbasert, derimot, står fagområdet sterkt verden over. For meg personlig er denne grenen viktig og nødvendig. Responsen til mine pasienter er for gode til at jeg vil velge dette bort. Resultatet vil bli at jeg mister noe som ville gjort det umulig å følge de osteopatiske grunnprinsipper, hvor helheten er essensiell. Foreløpig har ikke jeg noe som er bedre. Jeg ser en fare i å forkaste enkeltdele av osteopatiens fagfelt. Dette kan raskt resultere at vi ligner mer på de andre profesjonene og mister vår særegenhet og identitet. Det er mange felter innen osteopati som er dårlig dokumentert. Men dette er også tilfelle med skolemedisinske fag, manuell terapi og kiropraktikk. Vi ligger ikke så dårlig an i forhold til andre. Vi må ikke glemme at vitenskapelig praksis også består av erfaringsbasert praksis og forbrukerbasert behov og ønske. Det er hele denne pakken som må sterkere inn i forskning. Jeg håper at det i fremtiden blir mer forbrukerbasert klinisk forskning. Med spennende nye design på behandlingsrespons og dosering, er dette mulig, selv for klinikere.

2. På den andre siden er det også osteopater som utelukkende behandler med "osteopatiske" teknikker som er så til de grader indirekte og energetiske at pasienten oppfatter osteopati som healing. Jeg vil mene at dersom man utelukkende bruker osteopati på denne måte, bør man heller kalle behandlingen noe annet!

3. Utdanningen vår i Norge har fra første stund hatt svært store utfordringer på mange måter, og har på tross av dette klart å holde på de osteopatiske prinsipper på en tilfredsstillende måte. Utfordringer som antall studenter i en klasse, nok praksis på studentklinik og tilfredsstillende og tilstrekkelig "hands on" undervisning, er forhold som jeg vet skolen gjør alt for å verne om. Fagplanen som i dag danner grunnutdannelsen vår på høyskolen, definerer egentlig ganske godt hva jeg mener bør være grunnlaget for enhver osteopats praksis - og ikke en meny hvor man kan velge bort det som ikke passer. Det er gjennom vår gode utdanning i Norge at osteopati profesjonen virkelig en gang vil komme til å få samfunnets aksept, eller til slutt til og sin etterlengte offisielle autorisasjon.

Hva vet du nå som du skulle ønske du visste da du hadde dine første pasienter?

Vel – det er et spørsmål som jeg egentlig aldri tenker på. Hva ville vi gjort annerledes dersom vi fikk leve om igjen, etc? Klart jeg kunne gjort ting bedre – dersom jeg fikk sjansen – men det får jeg som kjent ikke! Det er alltid fremtiden som er noe vi faktisk kan påvirke og ikke fortiden. For oss som behandlere er spesielt måten vi behandler våre pasienter på viktig. Etter mine erfaringer kan vi raskt gjøre 5 – 10 konkrete behandlingsvalg for pasienten vår under en konsultasjon.

Med 10 – 15 pasienter om dagen i mange år, blir dette mange enkeltbeslutninger. De fleste av dem bør vær riktig og gode. Jeg er opptatt av å være selvkritisk nettopp i forhold til de konkrete valgene jeg gjør. Hos meg er det de osteopatiske prinsipper som er grunnleggende. De er i seg selv svært enkle og logiske, men nettopp derfor så utrolig vanskelig å følge fullt ut, når pasienten er der. Vanepraktis, teknikkfokus, trender, image, ukonsentrasjon, økonomi etc. er noe som lurer bakenfor hele tiden. Jeg gjør meg daglig refleksjoner rundt mine behandlingsvalg om de virkelig har vært til beste for min pasient eller om jeg faller i fella. Det er ikke alltid like lett – men jeg forsøker.

Intervjuet av Tom Eirik Bjørkli

Intervju med **MORTEN KITTELSEN** Osteopat DO

Hvis det er trender i symptomene hos pasientene våre er det naturlig at måten vi behandler på også følger en trend. Forskning har til hensikt å utvikle måten vi jobber på med pasientene våre, men endrer vi praksisen vår med tiden? Morten Kittelsen har jobbet både som fysioterapeut og osteopat i mange år og har sagt ja til å svare på noen spørsmål vi har på temaet.

Hvem, hva jobber du, hvor lenge har du jobbet i privat praksis, ulik praksis du har jobbet i?

Jeg jobber som osteopat ved Vennesla Osteopati og Fysioterapeut ved Vennesla Fysikalske Institutt. Etter 5 års deltids utdanning ved IAO i Berlin startet jeg opp med osteopati i privat praksis i Vennesla. Jeg hadde etablert en fysioterapi praksis her i 1998. I 2004 avla jeg eksamen i ved ESO i Maidstone og etter dette var jeg med å starte opp Osteopati klinikken i Kristiansand sammen med Kurt Støen, Pål Aksel Andresen og Rune Holte. Osteopati klinikken var en ren osteopati klinikk og jeg jobbet der deltid frem til 2012. I 2012 etablerte jeg Vennesla Osteopati som er en egen enhet, lokalisert i samme bygg som Vennesla Fysikalske Institutt.

Hvordan ser pasientgruppen din ut i dag sammenliknet med da du startet i privat praksis?

Som osteopat i Kristiansands-regionen i slutten av 1990-tallet hadde vi den fordel at ganske mange kjente til osteopati gjennom Knut Aaneland. Knut Aaneland var den første osteopaten som etablerte seg i Norge og han jobbet i Kristiansand til innpå 1990 tallet, han var godt over 90 år før han sluttet å ta i mot pasienter. Denne kjennskapen til osteopati gjorde at vi fikk flere pasienter med muskel/skjelett problemer.

Er det noen symptomer/plager du føler du ser mer av i dag enn den gang da?

Pasientene som søkte osteopatisk behandling hadde ofte vært innom mye annen behandling før de kom til oss, og det førte til at pasientene ofte hadde sammensatte problemer som følte osteopati tok godt vare på deres situasjon.

Utover 2000 tallet endret pasientgruppen seg mer i retning av viserale problemer som GØRS, barn med kolikk, nye diagnoser som ME og pasienter som hadde hatt langvarige problemer men ikke hadde noen klar diagnose fra skole medisinen. I dag er pasientgruppen min veldig sammensatt men det er en klar økning i antall pasienter som oppsøker osteopat som første behandler.

Har du noen teorier om hva dette kan skyldes?

Som osteopat tror jeg utviklingen skyldes at vi har ord på oss for å ikke begrense oss til det åpenbare smertefulle men at vi tar med hele kroppen i betraktning.



Morten Kittelsen

Hvis du kan se i glasskula litt for oss: Hva slags pasienter tror du vi kan vente oss mer og mer av?

Jeg tror fremtiden for osteopati består i å inkludere nyere smertekunnskap i vår "helhetlige" tilnærming. Fremtidens pasient kommer til å være velinformert og ha sammensatte problemstillinger som de ikke føler skolemedisinen tar på alvor.

Hva vet du nå som du skulle ønske du visste da du hadde dine første pasienter?

Jeg kunne ønsket meg mer kunnskap om langvarig smerte og hva det fører til i kroppen da jeg startet opp. Jeg er likevel glad for at jeg har jobbet mye med en variert pasientgruppe og har hatt utrolig mange forskjellige reaksjoner på behandlingen mine som har gitt meg en bred kunnskaps basis for min osteopatiske tilnærming.

Intervjuet av Tom Eirik Bjørkli



Journalføring gjort enkelt

norsk**helsenett**

www.physica.no | 35 05 79 10

OSTEOPATISK BEHANDLING AV PASIENTER MED LANGVARIGE USPESIFIKKE KORSRYGGSMERTER

En dose-respons pilot studie

Sammendrag

Innledningsdel: Langvarige uspesifikke korsryggssmerter utgjør en stor del av muskel-skjelettplagene i Norge. Det er i forskning innen manuelle behandlingsformer for disse lidelsene mest fokus på effektstudier.

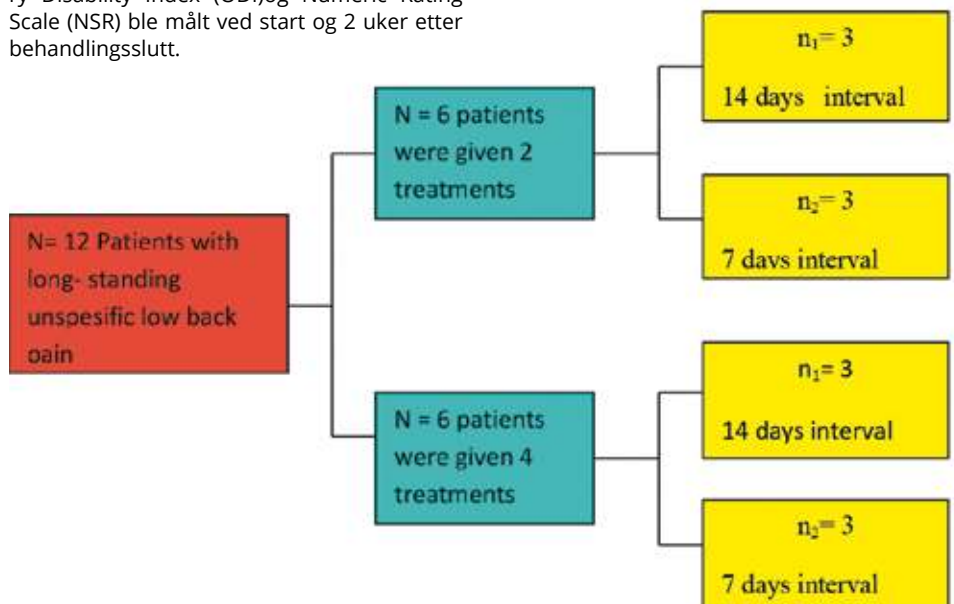
Det har inntil nå vært mindre fokus på klinisk forskning med formål å bidra til en mer evidensbasert tilnærming av de valg behandlingen står overfor i den daglige behandlingssituasjon. Dosering av manuell behandling har i svært liten grad vært gjenstand for kontrollerte studier. Spesielt gjelder dette behandlingsintervallet, som en del av doseringsbegrepet.

Bakgrunn: Dose-respons studier er vanlig innen farmakologien, men ikke innen manuelle behandlingsformer.

Formål: Bestemme kombinasjonen av antall behandlinger og intervall som gir optimal effekt av osteopatisk behandling hos pasienter med langvarige uspesifikke korsryggssmerter.

Materiale og Metode: Åtte kvinner og fire menn med langvarige korsryggssmerter ble inkludert. Studien ble utført som en åpen, randomisert, single senter studie med 22 faktorielt design.

Pasientene ble fordelt likt til 4 grupper ved blokkrandomisering. Første gruppe fikk 2 behandlinger med 14 dagers intervall, andre 2 med 7 dagers intervall, tredje 4 behandlinger med 14 dagers intervall og fjerde 4 behandlinger med 7 dagers intervall. Oswestry Disability Index (ODI) og Numeric Rating Scale (NSR) ble målt ved start og 2 uker etter behandlingsslutt.



Resultater: To behandlinger med 14 dagers intervall resulterte i reduksjon av ODI på bare 1.3 (95% CI: -21 – 24.1). Denne reduksjonen økte til 5.3 (95% CI: -17.4– 28.1) ved å øke antall behandlinger fra to til fire blant de med 14 dagers intervall. Reduksjon av behandlingsintervall fra 14 til syv dager mens antall behandlinger forble to resulterte i en gjennomsnittlig reduksjon på 8.4 (95% CI: -25.4-42.1). Størst reduksjon i ODI ble målt for fire behandlinger med 7 dagers intervall. Gjennomsnittsreduksjon i denne gruppen ble 19.3 (95% CI: -14.4 – 53.1). En interaksjon mellom antall behandlinger og behandlingsintervall ble påvist.

Utdrag av diskusjon: Det mest vanlig brukte design i dose-respons studier er faktorielt design. I tillegg til å undersøke effekten av de inkluderte faktorene, muliggjør det også å beregne interaksjonen mellom faktorene.

Ut fra resultatene i denne studien, burde flere verdier for antall behandlinger og behandlingsintervall vært undersøkt. Minst seks verdier for hver av de to faktorene er nødvendig. Ved bruk av et 2² faktorielt design kreves 64 behandlingsgrupper og, dersom minst tre pasienter er inkludert i hver gruppe, må minst 192 pasienter inkluderes. Som nevnt tidligere gir tre pasienter i hver gruppe for svak statistisk styrke. Å øke antall pasienter i hver gruppe til et tilfredsstillende nivå i forhold til statistisk styrke vil bety et så høyt antall pasienter at det er praktisk umulig. En løsning på dette problemet er å bruke et response surface pathway design (RSP) istedenfor et faktorielt design.

I et faktorielt design behandles hver faktor som en kategorisk variabel med forhåndsbestemte verdier, mens hver faktor behandles som en kontinuerlig variabel i et RSP design.

Basert på denne studien og andre studier, virker det som om antall behandlinger bør ligge mellom to og 12, og at behandlingsintervallet burde være mellom to og 14 dager. En slik studie basert på et tre-nivå mellom-pasienter RSP design ville kreve bare 15 pasienter og et fire-nivå design øker det nødvendige pasientantall til 24.

Konklusjon: Effekten økte med økt antall behandlinger og redusert behandlingsintervall. Fire behandlinger med 7 dagers intervall var det beste av fire regimer. En interaksjon mellom behandlingsantall og intervall ble påvist. Behandlingsintervallet synes å være en viktigere faktor enn antall behandlinger. Bruk av Response Surface Pathway design bør vurderes i fremtidige studier av denne typen.

Espen Glomsrød



1. ESPEN GLOMSRØD

Osteopat DO MSc, Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

2. STIG LARSEN

DrSc, professor i kontrollert klinisk forskningsmetodologi og statistikk, fakultet for veterinærmedisin, Norges miljø- og biovitenskapelige Universitet Oslo.

3. ROAR JENSEN

PhD, Forskningsgruppen for Fysioterapi, Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Hvem er du?

Intervju med professor Stig Larsen

Hvem: Professor Stig Larsen

Hvor: Professor i kontrollert klinisk forskningsmetodikk ved Norges miljø- og biovitenskaplige universitet (NMBU)

Aktuell med: Jobber med et knippe norske osteopater med master- og doktorgradsstudier.

Professor Stig Larsen er medisinsk forsker og professor i kontrollert klinisk forskningsmetodikk med lang fartstid innenfor begge områder. anerkjent på sitt felt innen forskningsmetodikk. Han har sammen med en lang liste publikasjoner mottatt nordisk gastropris for fremragende forskning, astraprisen, pegasusprisen, 3R prisen (reduksjon av forsøksdyr innen forskning) og er nå innstilt til en ny europeisk forskerpris. Noe kanskje litt mindre anerkjennende, men desto hyggeligere for oss er at han er æresmedlem i NOF pga sitt arbeid for oss. Stig mumler noe motvillig om bragdene sine og bedyrer at dette er uvesentlig. Som han sier det selv:

"Det jeg brenner for er å få forskning relatert til pasienter. Vi må slutte å drive forskning for forskningens skyld. Vitenskapelig onani kaller jeg sånt. Vi ønsker jo å lage barn! Vi må få noe ut av det vi publiserer utover anerkjennelse her og der."

1. Takk for at du stiller til en juleprat med oss Stig. Kan du begynne med å fortelle hvordan du kom i kontakt med Osteopati?

Det var ganske lenge siden. En gutteklubb bestående av Kjell Bjørnes, Espen Glomsrød, Joachim Kaufmann, Tor Harald Garberg, Bård Dalhøy, Geir Elvebakken og Bernt Halvorsen (herav betegnet som gullgruppa til Stig) inviterte meg til Halden for å fortelle dem litt om EBM. De slo meg som flinke folk som kunne faget sitt både klinisk og medisinsk, men manglet noe på forskningsmetodikk. De satte meg inn i hva osteopati er og har lært meg en del om det siden. Jeg er ikke osteopat og utøver ikke osteopati, men jeg ser hva de får til og er imponert. Jeg formidler osteopati med positivt fortegn. Jeg ble siden med på skolen (daværende NAO) og underviste i forskningsmetodikk. Gruppa (nevnt over) ble ivrig på å drive forskning og deres evne til å tilegne seg kunnskap imponerte meg. Jeg fikk dem til å svette seg gjennom en måneds intensivkurs i medisinsk statistikk som er nok til å ta livet av de fleste. Jeg tror nok de så dobbelt og vel så det. De har etter mitt skjønn et høyt faglig nivå som medisinske forskere i dag, noe de beviser med å kjøre på med mastergrader og videre på doktorgradsnivå.

2. Forskning og manuell medisin er en stor utfordring. Tross i utallige studier over mange år er det få studier som virkelig setter spor i daglig utførelse av faget. Hvordan er dine tanker om dette?

I helsevesenet har vi grovt skissert en verktøykasse med bla kirurgi, farmasi og manuell terapi. Fysioterapi er vår støttefunksjon. Alle må dokumentere effekt for å bli akseptert. De første er akseptert og manuell terapi er på vei, men mye av forskningen holder ikke

vann. Flere og flere viser effekt og det skjer mye bra i forskningen. Etter hvert vil nok de fleste konservative doktorer erkjenne at dette ikke er alternativ medisin, men en viktig del av behandlingsapparatet. Legen har tabletter og sprøyter, men osteopatene har hendene sine. De hendene mener jeg er minst like effektive i mange tilfeller.

En sentral fordel med de hendene er at de ikke er vanedannende.

“

"Det jeg brenner for er å få forskning relatert til pasienter. Vi må slutte å drive forskning for forskningens skyld."

Vi trækker mye i sporene til de som har forsket før oss uten å tenke nytt. Et eksempel på spennende forskning jeg vil trekke frem er Kjell Bjørnes sitt prosjekt på behandling av halsbrann. Det er likevel sånn at de går foran og brøyter vei får erfare at det er mye snø. Mitt syn oppsummert: manuell behandling er og vil være en viktig del av det medisinske behandlingsapparatet og jeg tror det vil bli mer og mer anerkjent og brukt fremover.

3. Du er kjent for å tenke utenfor boksen når det gjelder nødvendigheten av store utvalg for å utføre studier med god styrke. Er dette noe man ser blir anvendt i større grad i andre forskningsmiljøer?

Ja, det er det. Jeg har lansert dette i flere forskningsmiljøer. Det jeg har jobbet med en stund er såkalt response surface pathways design. Dette får stadig mer anerkjennelse utover i verden. Vi jobber med denne typen design i flere av studiene som gullgruppa mi jobber med. Det blir spennende å se på dette for første gang i osteopatisk sammenheng. Det blir bra!

4. Vi har med et abstract fra Espen Glomsrød sin studie i denne utgaven. Han har gjort en spennende jobb med Single-subject-design metodikk. Det er mange positive sider av dette rent gjennomføringsmessig, men hva ser du på som de største utfordringene?



Stig Larsen

Det er utfordringer med å jobbe med små utvalg. Samme utfordring i osteopati som i medisin generelt. Mange konservative forskere er i mange tilfeller fortsatt på startstreken og har vanskelig for å tenke nytt. Når du møter pasienten tenker du når skal jeg se pasienten og hvordan kan jeg gjøre mest mulig for pasienten.

Derfor mener jeg vi trenger å ta også forskningen ned mot individnivå. Dette er naturlig i møte med enhver pasient, men det glemmes når man tar av seg de hvite frakken og inn på forskningslaben. Disse to aspektene må flettes sammen i større grad slik at vi ikke skifter havn når man forsker og behandler. Forskning bør være en del av det medisinske behandlingsapparatet og ikke en separat gren.

5. Etter hvordan du har lært osteopati å kjenne, hva tror du er vår største forskningsrelaterte utfordring i dag?

Det er et vanskelig spørsmål. Største utfordring tror jeg ligger i utdanningen. Da vi startet skolen var det fysioterapeuter alle sammen – altså klinikere som var i stand til å behandle pasienter og kunne ta med erfaring inn i utdanningen. I dag er det vanlige studenter som lærer seg et sett med teknikker og ikke vet hvordan dette skal anvendes hos pasienter. I medisin har du en praksisdelt som backer opp dette. På medisinstudiet er det 2 retninger, en klinisk og en forskningslinje der den siste avler forskere til å hjelpe klinikerne. Det tror jeg kan være en vei å gå for osteopatien også selv om det er en omfattende prosess. Jeg vil i den sammenheng få presisere at vi må få gullaget mitt inn i utdanningen for fullt! De har en stor fordel med rik klinisk erfaring som kommer godt med i ny rolle innen forskning.

6. Hva er ditt råd til osteopater som ønsker en akademisk fremtid innen forskning?

Kom dere opp til doktorgradsnivå. Det er synd at skolen ikke kan tilby master eller videre for de som ønsker å ta denne veien for vi har virkelig bruk for dette!

Intervju av

Tom Erik Bjørkli

Har du som medlem hørt om de **FORDELAKTIGE PRISENE** du får hos oss i henhold til avtalen med **NORSK ØSTEOPATFORBUND?**
Send bestilling / forespørsel til salg@fysiopartner.no.
Referer til avtale1001*

Følg med på vår julekalender på www.fysiopartner.no



KVALITETSBENKER OG ELEKTROTHERAPI



-15%

Fysiopartner leverer de anerkjente kvalitetsbenkene fra Lojer. Vi tilbyr forskjellige modeller og 13 fargevalg.



-20%

nyhet

LOJER®



-10%

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

PHYSIOMED®

TRENING- OG HELSEPRODUKTER



-40%

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

TKO®

BOSU®

DON OLIVER®
FITNESS EQUIPMENT

sissel®

TRENING OG ANALYSE



-20%

-20%

-10%

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

MONARK
EXERCISE AB

TOMAHAWK

TANITA®
Monitoring Your Health

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

Fysiopartner AS | Peter Møllers vei 5A | 0585 Oslo | T: 23 05 11 60 | salg@fysiopartner.com | www.fysiopartner.no

* Rabattene er i henhold til avtalen med Norsk Osteopaterforbund.

IDRETTSMEDISINSK HØSTKONGRESS

TRONDHEIM 2015

Frank Kjeldsberg



Arena for årets idrettsmedisinske høstkongress var lagt til idrettens hjemby Trondheim, og det var en samspilt komite som ga et innholdsrikt fagprogram.



Fra venstre: Fredrik Sommerse, Sondre Olstad, Iselin Abelsen, Mari Aasland, Ole Næss og Tommy André Lande

Are Sende Osen tok turen innom banketten, og oppsummerte fra scenen med sangen Hode-skulder-kne-og tå, og hvis man krydrer med en god bolk med senelidelser, ernæring og ikke-fungerende utøver så har man innholdet i en hektisk, men veldig interessant faglig helg. Et to-sifret antall osteopater hadde denne gangen tatt turen til Trondheim, samtidig med at Håkon Schwabe og Christian Thorbjørnsen fra RBK bidro med forelesninger.

Gledelig for oss som osteopater er det at pendelen er i ferd med å svinge over til at man ser mer og mer på helheten i personen, og hvordan ulike deler av kroppen har betydning for de plagene han/hun presenterer med. Feks på kne ser man viktigheten av fotens funksjon, selv om man i dag ikke kan anbefale innleggssåler som korreksjon på feilstillinger i fot for bedring av knesmerter. Videre opp er spesielt hoftestabilitet vektlagt generelt inn mot knesmerter, men kanskje spesielt inn mot patellofemoralt smertesyndrom (PFPS). Det ble også presentert siste forskning på skulder, og spesielt da forebygging av skuldersmerter blant utøvere i kastidrett. Et vanskelig tema, men også her har vi mye å fare med, hva gjelder scapuloaposisjon, thoracal mobilitet, og spesielt nedsatt innadrotasjon i skulder.

Hvis vi på generelt grunnlag også inkluderer spesifikk og generell rehabilitering i vår tilnærming til disse pasientene er jeg sikre på at flere dører vil åpnes, og aksepten for oss som faggruppe bli større ikke bare blant utøvere, men spesielt blant andre fagprofesjoner.

Underveis i helgen fikk jeg snakket med flere av osteopatene og andre fagpersoner, og skaffet nye kontakter rundt omkring i Norges land. Det er en uvurderlig side av en slik begivenhet, og noe jeg har erfart flere ganger tidligere at kan komme med i etterkant. Blant annet fikk jeg snakket med Pål Andre Amundsen som til daglig underviser, og holder de nye studentene i ørene ved NHCK. Vi hadde begge gleden av å være til stede på en workshop hvor Thomas Ødegaard (manuellterapeut for A-landslaget i fotball) underviste i hofte/lyske undersøkelse. Følelsen vi begge satt igjen med var at den inneholdt ingen overraskende momenter, og er helt i tråd med hva morgendagens osteopater lærer på skolen. Det er også en viktig erfaring å ta med seg, og noe som viser at vi som faggruppe også har mye å bidra med inn mot disse pasientene.

Et annet viktig argument vi kan ta med oss hva gjelder nyeste forskning på senelidelser er at hypoksi ser ut til å være viktigste faktor for disse skadene. Dette viste noen av de fremste forskerne til, bla C. Couppe, og T. Jervinen som begge holdt gode forelesninger. Det er vel ingen behandlere som arbeider mer med dette enn nettopp oss, derfor vil vi som faggruppe kunne hjelpe mange av disse pasientene, både som idrettsutøvere og Ola Nordmann. Stadig er man usikker på hva smerten kommer fra, hvilken rehabilitering som er best, men man er enig i at aktive øvelser er en viktig del av tilhelingen.

Jeg har lagt ved et bilde fra forkant av banketten av noen av de som var til stede, nysgjerrige osteopater fra fulltidsutdanningen, og det er gledelig å se. De gamle traverne fra deltid var selvfølgelig i seng på dette tidspunktet:-) Hvis du var redd det skulle bli for mye skinnvest, og blank kaffe i Trondheim har de siviliserte østlendingene overtatt stafett-pinnen til neste år. Oslokomiteen er i ferd med å sette sammen et innholdsrikt fagprogram for den første helgen i november neste år. Da er arena Norefjell, og jeg håper da at mange tar turen slik at vi etterhvert kan ha eget bord ved banketten, og fylle en dobbelt-side med «lagbilde».

Frank Kjeldsberg

OPPSUMMERING FAGDAG

Fagdag#2 i 2015

Forelesere: Professor Lisa M. Hodge og Christian Fossum.
Prosjektpresentasjon: Espen Glomsrød og Joachim Kaufmann

Tom Eirik Bjørkli



Kursets forelesere Christian Fossum og Lisa Hodge

TEMA: DET LYMFATISKE SYSTEM

Professor Lisa Hodge Ph.D fra Texas College of Osteopathic Medicine var trekkplasteret denne fagdagen og presenterte sitt foredrag "Overview of the lymphatic system and the use of lymphatic pump techniques". Lisa Hodge er lege som tidligere blant annet har forsket på kreft relatert til lymfesystemet, men forsker nå på osteopati og dets påvirkningskraft på lymfesystemet. Hun presenterte en del publisert forskning og mye som er pågående for øyeblikket. Lisa jobber mye med rotter hvor det legges inn markører som registrerer ulike parametere som nøytrofile granulocytter, monocytter, lymfocytter og lignende.

Resultatene er spennende og viser at lymfepumpeteknikker øker "lymfeflow", mobiliserer inflammatoriske mediatorer i sirkulasjon og stimulerer celler til å emigrere mesenteriet hos friske dyr. Hypotesen er av

slike påvirkninger KAN ha innflytelse ved patologi slik at lymfepumpeteknikker kan fasiliterer det lymfatiske system og immunsystemet ved infeksjon. Dette er ikke vist i forskning enda, og det kan for alt vi vet nå være at det kan ha negative effekter.

Christian Fossum gikk grundig til verks i en pragmatisk og detaljert presentasjon av anatomi og fysiologi til lymfesystemet. Videre var vi innom filosofiske betraktninger innen medisinsk behandling og strukturelle beskaenheter vi trolig manuelt kan bruke som inngang og tilgang til det lymfatiske system. Foredragene utfylte hverandre på en flott måte, og det var godt å være tilbake på skolebenken for påfyll og inspirasjon.

Joachim Kaufmann presenterte sin studie: "The effect of numbers and duration between osteopathic treatments on patients suffering from foot related pain; a dose-response study". Espen Glomsrød la frem sin studie: "Osteopathic treatment of patients suffering from chronic non-specific low back pain".

Vi tar ikke dem disse i detalj nå, men håper å få med forskningen til denne gruppen i senere utgaver. For de som ikke klarer å vente ligger foredragene ute på internettet vårt.

Tom Eirik Bjørkli

Kursreferat

KURS 25. - 27.9.:

TRANSITIONAL VERTEBRAE MED PARSONS OG DE KOENING

Jan-Andreas
Fosnæs Fjeldsaunet



Integrating structural, visceral and cranial approaches with an osteopathic scope and biotensegrous considerations.

Ivrige osteopater var samlet for en innholdsrik og lærerik helg på Sundbyttunet 25. - 27. september 2015.

Adrianus Jacobus de Koning og Jonathan Parsons var kursholdere. Ansvarlig fra NOF og kurskomiteen var Petter Jahr. Jeg vil begynne med å takke kurskomiteen for en kjempebra innsats i 2015. Samtidig vil jeg berømme deres arbeid for mange spennende og dagsaktuelle kurs i 2016.

De Koning og Parsons er begge utdannet osteopater fra 80-tallet. Dette er gutter med en solid mengde klinisk erfaring. Noe av det mest spennende med dette kurset var kursholderens vei etter endt utdanning.

Parsons representerer den strukturelle osteopati og dens tilnærming til problemområder.

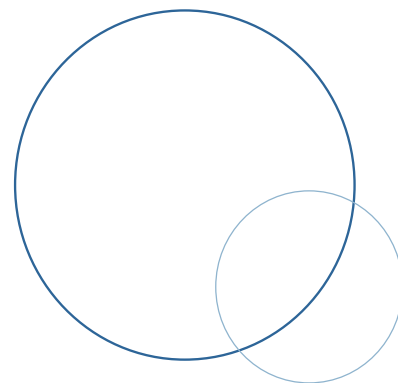
De Koning representerer den craniosacrale og visceral tilnærmingen. Begge er meget gode representanter på hvert sitt felt. Det ble ila helgen faglig gode diskusjoner med fokus på utfordringer ved osteopatiske prinsipper, og hvordan dette skal innlemmes i den daglige praksisen.

De Koning forteller om tett samarbeid med Barral og hans tilnærming til pasienten. Han utfordrer deltakernes palpasjonsferdigheter og hvordan en god observasjon skal gjennomføres. Hans behandlingsmetoder bygger på det funksjonelle og de patologiske utfordringer i integrasjon av viscerale og kranielle teknikker.

Parsons' strukturelle tilnærming jobbet mye rundt palpasjonsferdigheter. Han snakket om forståelse av osteopatiske konsepter og betraktninger. Vi ble vist teknikker på Thorax og ribber: løft og dog-variasjoner. Lumbal columna med løft og sideroll variasjoner. Det ble snakket rundt typiske og atypiske aspekter. Det er tydelig at begge kursholderne har lang erfaring med pasienter. Diskusjonene ble ofte lange og meget engasjerte. Dette gikk i perioder utover kursplan, men vi hentet oss inn mot slutten.

Alt i alt en veldig lærerik og morsom helg. Det er godt å se arbeidet som legges ned i og rundt osteopati internasjonalt.

Jan-Andreas



Kursreferat

KURS 12. - 14.11.: DEN GRAVIDE KVINNE

Foreleser: René Zweedijk
Kurssted: Sundbytunet, Jessheim

Et kurs med stor bredde og variasjon Helgen 12. - 14. november 2015 var 26 kvinner og 4 menn samlet til kurs med temaet "den gravide kvinne". Jeg hadde på forhånd hørt mye positiv omtale av foreleseren fra osteopatkollegaer. Med en interesse og nysgjerrighet innenfor behandling av gravide var det derfor ikke vanskelig å melde seg på. Helt fra første stund levnet det liten tvil om at René er en mann med lidenskap for faget. Programmet for kurset var omfattende med mye informasjon som skulle formidles. Likevel opplevde jeg det hverken som stressende eller overveldende da det var en god balansen mellom teori og praksis. Det er ikke dermed sagt at ingen var trøtte på slutten av dagen etter ca 8 timer på skolebenken.

I korte trekk tok kurset for seg det biomekaniske aspektet ved graviditet, sirkulasjonssystemet, det endokrine systemet og den hormonelle påvirkningen under graviditeten, CNS, epigenetikk, DNA, fertilisering og infertilitet, ofte sette tilstander hos spedbarn (både som en følge av svangerskapet og etter selve fødselen), og utviklingen av fosteret i livmoren. Vi fikk også frisket opp kunnskapene rundt cellens oppbygning og betydningen av de ulike delene av cellen. Lite visste jeg fra tidligere at enkelte sykdommer fra mor kan formidles via mitokondrien i cellen.

Teknikkene vi benyttet var viscerale, vaskulære, artikulære, kraniale og fasciale. Felles for de alle var at de i all hovedsak var direkte med vekt på gode palpasjonsegenskaper.

Jeg har tidligere vært på kurs med Caroline Stone og Renzo Molinari innenfor den samme tematikken. René gjorde en fantastisk jobb ved å sette sammen og formidle av sin allerede lange erfaring og kunnskap innenfor osteopati.

Jeg har lite å sette fingeren på og kan ikke gjøre annet enn å konkludere med at jeg er svært fornøyd med kurset og føler jeg sitter igjen med mye ny kunnskap. Av og til savner jeg studietiden, den daglige kontakten med klassekamerater og muligheten til å stille spørsmål til noen av lærerne som alltid var til stede ved skolen eller klinikken. Da er det ekstra fint å møte kollegaer på kurs for nytt faglig påfyll.

Andreas Ryde





Ønsker du å
være med
i redaksjonen
til Osteopaten?

“
**Vi ønsker
dere alle
en riktig
god jul og
godt nytt år!**

Vi har behov for 1-2 personer som kunne tenke seg et ganske overkommelig engasjement med tidsskriftet vårt. Vi har ett til to skype møter for hver utgave der vi diskuterer relevante temaer, fagstoff, fagpolitikk og andre aktualiteter som angår oss osteopater.

Det er et stort pluss hvis du liker å skrive litt!

Ta kontakt med Tom Eirik på mail: tombjorkli@gmail.com

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

HUSK DEADLINE FOR BIDRAG TIL OSTEOPATEN NR. 1/2016: 15. FEBRUAR 2016

Osteopaten

Norsk Osteopatforbund
nof@osteopati.org

Redaksjonen:

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

Grafisk design:

Appell Reklamebyrå,
Drammen

Trykk:

Lier Grafiske

Skrivekonkurransen

Vi minner om at vi også har Skrivekonkurranse i 2015
Vinneren av konkurransen får et 2 - 3 dagers kurs i regi av NOF