# OSTEOPATEN

www.osteopati.org

## TEMA:
# DO oppgaver og livet etter osteopatistudiet


Livet etter osteopati-studiet
- se side 5

Hva skjer fagpolitisk?
- se side 7

DO-oppgaver
- fra side 11




NORSK OSTEOPATFORBUND

# Redaktørens hjørne

Kursreferat, ferske DO oppgaver og intervjuer av osteopater som er i gang med videreutdannelser er noe av det vi har presset sammen i siste utgave av 2016.

Det utdannes mange osteopater. For mange mener noen. Som osteopater er vi spisset til rollen som primærkontakt for pasienter med MSK-problematikk. Det er en fordel for mange, men for noen kan det være en utfordring. Selv om man interesserer seg for og brenner for fagene man blir undervist, er det ikke gitt at rollen i privat praksis med løpende pasientkontakt passer alle når man går ut i arbeidslivet.

Alternativene for å søke andre typer jobber kan virke begrenset. Vi har ikke samme fleksibiliteten som en fysioterapeut eller sykepleier til å velge fagfelt i så stor grad etter vi er utdannet. Fysioterapeutene som studerte osteopati på deltid valgte sin retning da de startet på sin videre-utdannelse, og valgte bort andre alternativer. Hvilke alternativer har fullblods osteopater hvis gründergenet gir avsmak og en-til-en konsultasjoner ikke var tingen?

For en tid tilbake siden ble det diskutert på vårt facebookforum at det var blandede tilbakemeldinger fra universitet- og høyskoler på søknad om ulike masterstudier for osteopater med BSc fra Høyskolen Kristiania. Jeg vet at skolen jobber aktivt for brobygging mellom vår høyskole og over til andre institusjoner og dette er viktig for vår profesjon. Vi har snakket med to osteopater som har valgt hver sin retning etter studiet og tankene deres rundt dette.

*Ha en riktig god jul!*
Tom Eirik Bjørkli

# Lederen har ordet

KJÆRE KOLLEGER!

Det viktigste som har skjedd siden forrige blad er at NOF fikk komme med våre innspill til Statsbudsjettet for 2017! Christian Fossum og jeg fikk hele fem minutter med "kvalitetstid" hvor vi presenterte våre innspill for Helse og Omsorgskomiteen.

Må si jeg er imponert av våre politikere som klarer å sitte å høre på slike innspill hele dagen og fortsatt virke interessert i innspillene våre. Hele seansen ble filmet og det er 53 000 personer som har sett innlegget. Over 11 000 har sett selve filmen og det er ny rekord for våre sosiale medier. Den ligger fortsatt ute som link på vår facebookside. Våre viktigste innspill er fortsatt at pasientsikkerheten og kvaliteten i faget ivaretas kun av NOF.

Siden ikke alle er medlem og noen kaller seg osteopat med f.eks. brevkurs, er det kun en offentlig regulering som kan rydde opp i dette.

Vi ba om at det settes av penger på budsjettet til å autorisere oss, men er redd det ikke er derfor statsbudsjettet i skrivende stund fortsatt ikke er vedtatt. Flere av politikerne vi traff på stortinget husket NOF fra tidligere eller da vi møtte dem på Arendalsuka. Vi benyttet anledningen til å gi dem vår nye flotte brosjyre. Det begynner å bli enklere å få kontakt med våre folkevalgte når de kjenner oss igjen og det skapes relasjoner hvor praten går lettere! En politisk løsning tror vi fortsatt er nøkkelen til å få på plass en autorisasjon.

Nå til uken skal vi på møte med Tove Karoline Knutsen AP i Helse og Omsorgskomiteen. Hun er en dyktig og interessert folkevalgt og i samme parti som Freddy de Ruiter som vi traff på paneldebatten på Arendalsuka. Her mente han at døren var på gløtt, og at AP gjerne tok en nærmere samtale om disse tingene.

Nå i helgen har Tomas Collin og jeg vært på spennende EFO møte i London og fått med oss masse innspill og tanker for å føre NOF videre samt mange tips til hvordan deres praksiser kan drives bedre. Disse tingene kommer det mer om andre steder i bladet.

Ha en riktig god jul og avslutning av dette året, så håper jeg at 2017 blir enda bedre på alle måter for dere alle!

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: helge@blibedre.com
- **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

PHYSICA

# Superbenken Gymna One Q8 Carbon Black til 78 000,- kan bli din kostnadsfritt.

AlfaCare

Fra Telemark leverer både AlfaCare og vi produkter av høy kvalitet.

Nå kan du som har bestilt Physica Online i tidsrommet 1. okt 2016 – 1. feb 2017 være med i trekningen av en Gymna One Q8 behandlingsbenk til en verdi av kr 78.000,-.

www.physica.no | 35 05 79 10

fysiopartner 20 ÅR 1996-2016

Vi er din TOTAL LEVERANDØ

## TOTALLEVERANDØR
nyhet
**UTSYR OG FORBRUK**

**Vi har utvidet vårt sortiment mot fysikalsk behandling og tilbyr nå en rekke nye varer i tillegg til vårt "gamle" godt etablerte sortiment. La oss være din totalleverandør!**

## BEVEGELIGHETSTERAPI
**BE OM DEMONSTRASJON OG PRIS**

**MOTOmed muvi**
**"Bevegelse er resepten"**

nyhet

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

MOTOmed® 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.

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

RECK MOTOmed® MovementTherapySystems

## EASYANGLE
**DIGITALT GONIOMETER**

**Fysiopartner introduserer nå denne i det norske markedet. Den er digital og måler raskt og nøyaktig.**

nyhet

YouTube

*Se den gode demonstrasjonen av EasyAngle på YouTube.*

En stor fordel med EasyAngle er at den kan håndteres med kun en hånd, noe som gjør at pasienten kan støttes og hjelpes med den andre. Man trenger heller ikke notere underveis i målingen, da de fem siste målingene lagres i displayet.

easyangle

Annet utstyr du finner hos oss:

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

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

# Intervju: Livet etter osteopatistudiet

*Tekst:* Ingrid Nicander

**Navn:** Dina Bjørnæs
**Uteksaminert:**
Norges Helsehøyskole, 2014
**Arbeidssted:**
Deltid ved Bergen Osteopatiklinikk

**Studieprogram:**
"Master i Helsefremmende arbeid og helsepsykologi" ved Universitetet i Bergen.

### "En oppkjøringsfase"

Det første året som osteopat var en bra periode, men det er selvfølgelig en krevende oppkjøringsfase med mer enn nok å gjøre. Den erfaringen jeg fikk det første året er absolutt noe som har vært bra å ta med seg videre. Men det er viktig skape et bilde som er nyansert i forhold til arbeidsmarkedet. Det er krevende, men er man villig til å flytte på seg, er det nok mange muligheter.

### Men når fant du egentlig ut at du ønsket å videreutdanne deg?

Jeg har alltid visst at jeg ville gjøre noe mer! Etter å ha flyttet tilbake for å jobbe på Alta osteopatiklinikk, så merket jeg at det var litt tidlig å etablere seg. Så tenkte jeg at hvis jeg skal ta en master, var dette det riktige tidspunktet. Jeg ville gjøre det før jeg ble for etablert i Alta. Så da endte jeg med å sende inn en søknad før jul!

### "Jeg har alltid vært glad i å lære nye ting"

Det var den masteren i Bergen jeg ville inn på, med mer enn 200 søkere og 20 plasser. Det er trange marked som nyutdannet osteopat, så det at vi har muligheter med den helsefaglige bacheloren vi har, er viktig å ha i bakhodet. Som osteopat så er man ikke låst, vi har mange muligheter til andre retninger også. Siden jeg alltid har vært glad i å lære nye ting, så hadde jeg et ønske om enda bredere kunnskap og et bedre grunnlag.

### "Å møte mennesker der de er"

Masteren vil nok ikke hjelpe meg direkte klinisk, men den gir meg en bredere forståelse for mennesker som kommer inn til meg i et sosioøkonomisk perspektiv. Det er absolutt noe som har endret seg for meg som terapeut, men jeg tror nok ikke jeg har blitt noe bedre klinisk av det. Men ved å jobbe som osteopat ved siden av studiet så ser jeg at det har gitt meg en bedre kunnskap om å møte mennesker der de er, samt en større forståelse for sosiale årsaksfaktorer til mennesker. Alt dette tror jeg også er en del av modningsprosessen som terapeut.

### "Veldig tungt akademisk med mye teori og forskning"

Masterprogrammet mitt er et veldig akademisk studie. Nå skriver jeg master om nasjonale myndigheter, erfaring av virkningen til folkehelselover i arbeid med å utjevne sosiale ulikheter i helse. Så det er en politisk vinkling av folkehelsen. Det er mye fokus på helsepolitikken, men det er nok ikke godt nok forankret hos politikerne til at det blir en prioritet.

### Hva slags muligheter vil denne masteren gi deg?

Egentlig ganske mange! Det er en bred utdannelse innen samfunn og helse, noe som gir meg et godt grunnlag for å gå inn i flere ulike jobber senere. Når jeg er ferdig med masteren så ønsker jeg å søke annen jobb, så jeg vil nok avvikle osteopatien. Men det fine med osteopatien er at man alltid kan falle tilbake på det.

### "Dit vinden tar meg"

Jeg drar dit vinden tar meg, hvor det blir, det vet jeg ikke. Å tenke langsiktig er noe jeg aldri har vært god på. Jeg flytter dit det er jobb!

**Navn:** Håkon Fotland
**Uteksaminert:** Høgskolen Campus Kristiania, våren 2016
**Arbeidssted:** A-Klinikken Majorstua

**Studieprogram:**
"Master i Smertevidenskab og Tværfalig Smertebehandling" ved Aalborg Universitetet.

### Fortell litt om masterprogrammet ditt

Det er en årsmaster på deltid over to år med åtte moduler. Masterprogrammet har så langt gått fint, da jeg har vært kjent med mye av stoffet fra tidligere. Fremover ser jeg for meg at det blir mer krevende, med utfordrende pensum og større oppgaver.

### Hvordan har det vært å jobbe som osteopat til nå?

Det har vært gøy! Det har vært litt begrenset med pågang, men absolutt givende når en har pasienter.

### "Flere muligheter og litt mer akademisk ryggrad"

Hovedgrunnen til at jeg ønsket å studere mer var for å flere muligheter, også synes jeg det er gøy å utfordre meg selv litt! Å lære mer. Jeg bestemte meg egentlig for å søke på en master når jeg jobbet med bachelorgraden. Kompleksiteten bak smerte er det som gjør at jeg finner det så interessant.

**Fortsetter neste side...**

**Hvilke muligheter gir masteren deg når du er ferdig?**
For å være helt ærlig, så er jeg litt usikker! Det jeg ser for meg er at det kan gi meg større muligheter og at man stiller sterkere hvis man ønsker å jobbe som foreleser på et utdanningsinstitutt. Tenker også at det kan gi større muligheter for å få jobbe på en smerteklinikk, i og med at det er en master i smertebehandling. Så det å jobbe inn mot smerte og kroniske pasienter, vil være relevant og relatert til denne utdannelsen. Og jeg tror også jeg kunne trivdes veldig godt som foreleser.

**"Terapeutrollen man har som osteopat ønsker jeg å fortsette å bruke"**
Helt ærlig er jeg nok ikke så opphengt i det som er særskilt for osteopatien. Men terapeutrollen ønsker jeg å bruke videre for å hjelpe mennesker som har nedsatt fysisk funksjon eller lever med ulike smertetilstander. De verktøyene og kunnskapen jeg har med fra osteopatien er absolutt viktige og kan brukes i enkelttilfeller, men i mine øyne, ikke på enhver pasient.

**Hva gjør du om 10 år?**
Forhåpentligvis jobber jeg med smerte-pasienter. Men jeg ser også for meg å jobbe med undervisning relatert til faget.

**Ingrid Nicander**
*Osteopat DO.*

# Kursreferat: Peter Levin på Sunbytunet

28. - 30. OKTOBER 2016

***Tekst:*** *Geir Elvbakken*

Jeg fikk i november muligheten til å delta på et inspirerende kurs med Peter Levin i regi av NOF. Levin er en tysk osteopat med lang klinisk erfaring. Tema for kurset var visceral osteopati.

Han krydret forelesningene med tydelige tanker omkring forskning innenfor osteopatifaget. Han var veldig opptatt av viktigheten av å oppgi kilder samt følge de eksakte kriteriene for klinisk kontrollerte studier. Vi må ta innover oss ny forskning og innlemme denne inn i faget vårt. Hvis vi tar med oss osteopatiske tankemodeller fra Dr Still fra det 19. århundre direkte inn I det 21. århundre uten å ta inn over oss utviklingen I mellomtiden, risikerer vi og bli sett på som en trosretning eller en sekt, hevdet han. Dette, samt andre tema, ble utgangspunkt for flere diskusjoner i gruppa som andre også ville hatt stor glede av å delta i. Det er ekstremt viktig med faglig oppdatering og nye innfallsvinkler. Det var utrolig givende å se måter å behandle på samt å høre nye ideer rundt viscerale problemer og hvordan det kan påvirke og prege oss fra vi er små barn til inn i alderdommen.

Sundbytunet er et fint sted og holde kurset på. Hotellet har flotte rom og mikrobryggeriet i kjelleren er heller ikke noen ulempe. Lunsjen vi fikk var veldig god, frokosten holdt desverre ikke mål, men hotellet har fått tilbakemelding på det.

For nærmere informasjon om kursholder og konsept se hjemmesiden:
http://being-there.org/en/

Takk til få, men aktive kursdeltakere.
Flott initiativ fra kurskomiteen I NOF

**Geir Elvbakken**
*Osteopat DO.*

# Hva skjer fagpolitisk?

***Tekst:*** *Tomas Collin*

NOF har i løpet av de siste ukene deltatt i flere aktiviteter internasjonalt. I september ble det arrangert et lanseringsevent for CEN standard for osteopatisk helsetjeneste i Brussel. Dette er nevnt tidligere og behørig delt på våre sosiale medier. Selve eventet har i ettertid vist seg verdifullt for flere av våre kolleger rundt om i Europa da de med utgangspunkt i denne dagen kunnet etablere kontakt med en rekke sentrale beslutningstagere. For oss betyr det mye om flere europeiske land kommer seg videre i sitt arbeid for å regulere osteopati, da Norske myndigheter vil se på internasjonale og særlig europeiske forhold som en av flere forhold ved en mulig vurdering av autorisasjon i Norge.

FORE møttes på Kypros 19-20 november. Innledende presentasjon ble gjort av representant for den Kypriotiske helseminister og Kypros MEP fra EU parlamentet. De var tydelige på at de anerkjenner profesjonen osteopati og viktigheten av en moderne tilnærming til helse, hvor pasientens livsstil og veivalg er viktigere enn å behandle symptomer. På Kypros foreligger et utkast for ny lov vedrørende Osteopati, men den er foreløpig stoppet av legestanden som hevder å ha monopol på retten til å stille diagnose.

På FORE møtet fikk vi også en oppdatering på utviklingene i rekke europeiske land, inkludert en presentasjon av situasjonen i Norge. Den norske presentasjonen inneholdt også vår nye logo og fornyelse av design, noe som fikk svært god mottagelse i salen. Våre kolleger i Spania har utfordret EU parlamentet vedrørende direktiv som sier noe om fri flyt av arbeidskraft og rett til å utøve sitt yrke i hele EU. De argumenterer med at en Osteopat utdannet i et land hvor osteopati er regulert må få rett til å være osteopat også i Spania. Dersom de når frem vil dette ha påvirkningskraft innen hele EU. Saken er til behandling og det ventes svar rundt juletider.

I Tyskland har de tyske osteopatforbundene klart å stoppe et lovforslag vedrørende utdanning som ellers ville ført til at osteopati kun ble ansett å være en tilleggsutdanning for fysioterapeuter. Italia har kommet et godt stykke lenger mot å bli en autorisert profesjon, blant annet med bistand fra FORE nettverket. Noen forbund i Europa har vært interessert i å utvikle sertifisering av osteopater, i mangel på offentlig regulering. Vi i NOF ser ikke behovet for et slikt sertifikat da vi tror det vil vanskeliggjøre vårt arbeid med å nå autorisasjon. Dersom vi som osteopater begynner å lage egne sertifiseringer, så undergraver vi behovet for en offentlig sertifisering gjennom autorisasjon.

En sertifisering vil i tillegg bli en forholdsvis dyr affære for den enkelte osteopat. FORE ble enige om å ikke gå videre med å utvikle sertifisering på nåværende tidspunkt. Fredag 25/11 inviterte ledelsen i EFO medlemmene til et møte i London, i forbindelse med Institute of Osteopathy sin store konferanse «Reaching out». Møtet var på mange måter en god oppfølgning av arbeidet gjort i forbindelse med CEN standarden og lansering tidligere i år. Viktige temaer var blant annet hvordan vi i enda større grad kan hjelpe hverandre med å nå autorisasjon i de land hvor det mangler, bistå med å utvikle våre nasjonale forbund og ikke minst dele relevant forskning. Innenfor det europeiske osteopatsamfunnet så finnes det mye erfaring og kunnskap som kan og bør deles og brukes.

Vi kan blant annet fange opp god forskning fra dyktige fagfolk, noe vår siste fagdag med James Booth var et godt eksempel på. På møtet ble det også diskutert det videre arbeid med å samle FORE og EFO til en organisasjon, noe som forhåpentligvis vil bli virkelighet om så ikke alt for lenge. Vi i NOF ønsker en organisasjon, et ønske vi deler med de øvrige medlemmene.

**Tomas Collin**
*Osteopat*

AlfaCare

Ledende leverandør av klinikkutstyr og produkter til forebygging og lindring av muskel- og leddplager og idrettsskader.

Logg inn for å se din pris. Hvis du ikke er registrert som kunde hos oss kan du ringe oss på 35 02 95 95 eller sende en mail til post@alfacare.no så sørger vi for at du blir registrert med riktige rabatter.

www.alfacare.no

Kurskalender våren 2017

| | |
|---|---|
| 10.-12. jan. | Dry needling - Oslo |
| 28. jan. | Dynamic tape - Oslo |
| 3.-4. feb. | Kinesio Taping KT Basic - Oslo |
| 3.-4. feb. | Dry needling - Oslo |
| 10. feb. | Kinesio Taping Lymfødem - Stavanger |
| 24.-25. feb. | Ann Cools - Oslo |
| 4.-5. mars | Gonstead kurs - Oslo |
| 17.-18. mars | Facia - Oslo |
| 24.-25. mars | Kinesio Taping KT Basic - Oslo |
| 21.-22. april | Kinesio Symposium - Oslo |
| 27.-30. april | Jenny McConnels - Oslo |
| 5.-6. mai | Kinesio Taping KT Basic - Oslo |
| 26.-27. mai | Kinesio Taping KT Advanced - Oslo |
| 26.-27. mai | Ann Cools - Oslo |

Se www.alfacare.no/kurs for mer informasjon

AlfaCare

www.alfacare.no, post@alfacare.no, tlf: 35 02 95 95

# Forskningsartikkel

***Tekst:*** *Jan-Andreas Forsnæs*

Jeg, Jan-Andreas Fosnæs, vil fremover samle forskningsartikler og ulike temaer knyttet direkte eller indirekte opp mot vårt kjære fag, osteopati. Målet er å skape fruktbare og ikke minst faglige diskusjoner. Temaet vil variere, men jeg vil jobbe for å treffe med aktuelt innhold i bladet. Jeg vil presisere at artiklene er kun er en dråpe i havet. De er ment for å vekke interesse og kanskje inspirere til et dypdykk i tema?

> “Previously categorized as parasympathetic, these neurons are now identified as sympathetic.

## Er sakrale nerver sympatiske og ikke parasympatiske?

Espinosa-Medina og kollegaene spør dette meget spennende spørsmålet i siste utgave av tidskriftet "Science".

Vi har visst siden 1886 at sakrale nerver er parasympatiske (1). Vi vet at sympatikus innerver milt, benmarg og lymfatiske organger. Vi vet at parasympatikus blant annet modulerer immunsystemet og nikotinresptorer, gjennom mindre cytokinutslipp. Vi vet de sympatiske gangliene sender postganglionære aksoner til alle indre organger. Vi vet dermed også at parasympatiske post-ganglionære nevroner innerver alle indre organer. Sympatikus er på mange måter vår gass. Parasympatikus vår brems. I studien har man sett på hvordan de sakrale nervene jobber og hvordan de kan kategoriseres.  Man har brukt en relativt ny type måling, for å måle på molekylært nivå. Målingene ble gjort på forsøksmus.

### Hvordan ble dette gjort? Veldig enkelt forklart. Litt sånn som dette:

- Finn mange molekyler som er tilstede ved struktur A
- Finn mange ikke-overlappende samlinger av molekyler tilstede i struktur B
- Finn ut om struktur C har struktur A – eller struktur B molekyler tilstede.

### Så hva fant Espinosa-Medina og kollegaene ut?

I studien viser det seg at autonome motor nevroner i sakralen deler samme karakterista som motor nevroner i den thorakale delen. Og ikke som man trodde før - nemlig den samme karakterista som bakre delen av hjernen (hindbrain).

- Preganglionære autonome nevroner i thorkalen – disse er igjen bevist sympatiske.
- Preganglinære autonome nevroner i "hindbrain" – lokalisert i den dorsale motor nevronelle delen av vagus (dMX) – disse er parasympatiske. Det blir vel ikke mer parasympatikus enn n.Vagus?

Espinosa-Medina og co forteller videre om utviklingen av den sympatiske ganglion. Disse (kan) utvikles uten en innerverende nerve. Parasympatiske derimot, utvikles og trenger en "in-growth" av innerverte nerve fibre. I forskningen viser det seg at selv uten innerverte nerve fibre – utvikles "parasympatiske" nerve fibre hos mus i området man før ikke trodde var sympatisk.

### Så er dette viktig for oss?

Ja. Alt vi som osteopater gjør på pasienter vil aktivere hjernen til pasienten. I en positiv retning - eller negativ.

Vi vet at vi kan aktivere det sympatiske systemet. Som sagt; på en positiv eller negativ måte. Disse 72 kilometerne med nervetråder er overalt, vi kan ikke unngå å "jobbe" med dette systemet. Kontekst er alt. Vi vet vi kan påvirke den descenderende modulasjonen og dermed også påvirke smertelette. Vi vet at blære og kjønnsorganer er avhengig av både sympatiske og parasympatiske fibre. Vet vi nå at disse jobber sammen i en synergi-effekt og ikke som antagonister?

Vet vi nå at sympatisk og parasympatisk koaktivering forekommer oftere enn det vi tror?  Må vi oppdatere vår undervisning på emnet?

**Jan-Andreas Forsnæs**
*Osteopat DO.*

Referanser:
1. 1. W. H. Gaskell, J. Physiol. 7, 1–80.9 (1886).
2. Adameyko I. Neural circuitry gets rewired. Science 18 Nov 2016 • Vol. 354 Issue 6314, pp. 833-4
3. Per Brodal "sentralnervesystemet" 2013.

# Bokanbefaling

***Tekst:*** *Jan-Andreas Forsnæs*

## Boken alle osteopater bør lese?

"Touch" av David J. Linden.

Den første sansen vi utvikler. Den viktigste gaven vi kan få av våre foreldre. Det som er grunnleggende for alle relasjoner. Opplevelsen er helt avhengig av kontekst. Berøring. Boken tar for seg utrolig mye god forskning på sansen vi alle trenger.

Boken er lettlest samtidig som den gir en mer dyptgående forståelse av hvordan kroppen responderer på berøring.

Visste du at idrettslag som klemmer etter seier/scoringer/poeng gjør det i gjennomsnitt bedre enn de som gjør det i mindre grad? Visste du at leger som tar på pasienten ila konsultasjon blir rangert som mer empatiske?

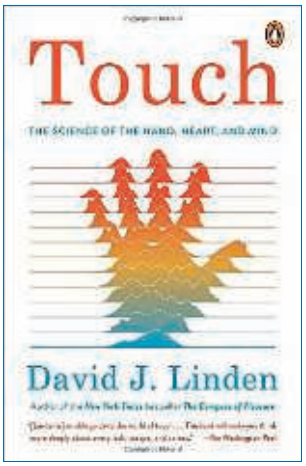
Man skal ei lese for å sluke, men for å se hva man kan bruke.
*- Henrik Ibsen*

Våre taktile erfaringer er avhengig av biologi og følelser, men også av kultur.

Linden viser blant annet til forskning som ser på sammenligning av gjennomsnitt antall berøringer i timen, i Karibia (Puerto Rico) og Europa (London).

Utenom å avsløre for mye, det er snakk om store forskjeller.

Lyst på en god bok i juletiden? Eller som en gave til en god kollega? Da vil jeg sterkt anbefale denne boken.




**Hvor får jeg kjøpt bøken?**
**www.adlibris.no**

**Jan-Andreas Forsnæs**
*Osteopat DO.*

# Kursreferat: Kurs i pediatri

OSTEOPATISK TILNÆRMING TIL BARN UNDER ET ÅR

***Tekst:*** *Tina Johannessen*

16.-17. september hadde vi kurs i pediatri med foredragsholder, Osteopat DO og fysioterapeut, Line Rølvaag Juberg på Sundbytunet. Line ble 2015 stemt frem til årets Osteopat og holder på med en mastergrad ved University of Edinburgh og jobber i egen klinikk.

Vi var en engasjert gruppe som alle var delaktige og bidro i samtalene underveis på kurset. Her fikk vi innføring i barne osteopati både teoretisk og praktisk. Hun bidro med sine erfaringer og faglig oppdatering innenfor pediatri. Ikke minst hvor viktig det er med faglig samarbeid mellom forskjellige yrkesgrupper som: osteopater, leger, fysioterapeut og helsestasjoner.

Med sitt sprudlende, engasjerte og ikke minst faglig dyktige undervisning fikk vi to proppfulledager som svarte til forventningene som vi hadde til kurset. Vi håper på et oppfølgings kurs av Line innenfor pediatri
- kanskje barn fra 1 til 5 år.

**Temaer som ble tatt opp:**

Generell undersøkelse og behandling av barn.

- Otitis media
- TMJ
- Hofteledd smerter hos barn
- Kolikk
- Torticollis
- Mobilisering av ribber
- Rødt flagg

**Stor takk til Line for kurset.**

**Martina Johannessen**
*Osteopat DO.*

# Intertesterreliabilitet, intratesterreliabilitet og stabilitetstest av Stående fleksjonstest i et utvalg av norsk befolkning uten smerter, med langvarige korsryggsmerter og med andre muskel og skjelettplager.

**FORFATTERE:** Anders Smerud Bråten, Tarjei Nicolaisen, Anders Simonsen

## Bakgrunn

I undersøkelse og behandling av muskel- og skjelett plager benyttes det forskjellige tester for å stille en diagnose og behandle pasienten. Stående fleksjonstest er en av de undersøkelsesmetodene som undervises i ved Osteopatistudiet. Testen benyttes for å avsløre nedsatt leddmobilitet i iliosacralleddene, og disse leddene antas å kunne være en viktig kilde til korsryggsmerter. Dersom denne testen er reliabel og valid kan den derfor være en viktig del av undersøkelsen hos en pasient med korsryggsmerter. Målet med dette studiet var å undersøke intra- og intertesterreliabilitet, samt stabilitet av Stående fleksjonstest.

## Metode

Intertesterreliabilitetsdelen av studiet ble gjennomført som et dobbel blindet randomisert studie med stratifisert cross-over design. Intratesterreliabilitet og stabilitetsdelen av studiet ble gjennomført med stratifisert observasjonsdesign. Symptombildet på antatt mobilitet ble brukt som stratifiseringsfaktor. Personene ble randomisert med hensyn til tester B og C ved hjelp av blokk randomisering med fast blokkstørrelse på seks.

Intertesterreliabiliteten ble utført på en dag mellom tester B og C, med totalt 24 forsøkspersoner (utvalg 2 og 3), fordelt på de tre strata og randomisert på testerne. Etter at forsøkspersonen var testet første gang, ble det gjort en cross-over, og deretter ble forsøkspersonen testet av den andre testeren. Se tabell 2.

Intratesterreliabiliteten ble gjennomført av alle de tre testerne (A, B og C) over en tre dagers periode med en dags mellomrom, med totalt 36 forsøkspersoner (utvalg 1, 2 og 3). Etter førstegangsundersøkelse var det en dags opphold før personene testes for andre gang. Stabilitetsdelen av studiet ble gjennomført av tester A over to uker med totalt 12 forsøkspersoner (utvalg 1). Testen ble utført totalt seks ganger på hver testperson med minimum en dags mellomrum.

## Resultat

Resultatet av intertesterreliabilitet viste samsvar ved 46% av testene (p = 0,46). Dette gav en Cohen s Kappa (k) på 0,01, dårlig reliabilitet. Intratester reliabiliteten ble ut ifra resultatene tolket som akseptabel til god med kappaverdier fra k = 0,26 til k = 0,63. Gjennomsnittlig 0,47 som er moderat overensstemmelse. Stabiliteten av stående fleksjonstest ble tolket som god med en kappaverdi på k = 0,43. Resultatene fra dette studiet underbygger tidligere studier som har funnet betydelig svakere intertesterreliabilitet sammenlignet med intratesterreliabiliteten. Dette betyr at man i praksis ikke ser ut til å kunne gå ut ifra at forskjellige behandlere får samme funn ved stående fleksjonstest slik som denne testen har vært utført i de studier forfatterne kjenner til.

Ved undersøkelse av intertesterreliabilitet var Tester B og Tester C enig om resultat positiv venstre, positiv høyre eller negativ i 46% av testene (p = 0,46). Dette gav en Cohen s Kappa (k) på 0,01, dårlig reliabilitet. Resultatene for intertesterreliabilitet av stående fleksjonstest er presentert iTabell 6. Ved undersøkelse av stabilitet kom Tester A frem til gjennomgående samme resultat positiv venstre, positiv høyre eller negativ, ved alle de seks testene på samme testperson, i 33% av tilfellene (p = 0,33). Disse resultatene gav totalt en Fleiss Kappa (k) på 0,43, moderat reliabilitet. På positiv venstre k = 0,18, positiv høyre k = 0,54 og negativ k = 0,39. Resultatene for stabilitetstest av stående fleksjonstest er presentert i Tabell 7.

## Diskusjon

I dette studiet ble det brukt prosent overensstemmelse, Cohens kappa og Fleiss kappa til statistisk analyse av overenstemmelse.

Ved bruk av prosent overensstemmelse synliggjør man i stor grad de faktiske tallene fra testresultatet, men man vurderer ikke sannsynlighetene for tilfeldig overenstemmelse mellom testene eller testerne. Dette gjør man derimot med bruk av Cohens og Fleiss kappa koeffisient.

Stående fleksjonstest (SFT) er en palpatorisk mobilitetstest av bekkenleddene over en transversal-/horisontalakse i sagitalplanet. Testen blir brukt som beskrevet i studiet for å avdekke asymmetri, nedsatt mobilitet og eventuelle dysfunksjoner i bekkenleddene. Teststandardisering og testprosedyre er derfor ansett som viktig for å unngå variasjoner i utførelse av testen og minimere andre potensielle feilkilder som kan oppstå under testing. Sammenlignbare studier har beskrevet testprosedyren av SFT tilnærmet likt dette studiet. Dog har dette studiet, i motsetning til noen av de andre, ikke oppgitt noen krav til forskjell i avstand (<1cm) i vandring av SIPS, for positivt testresultat. Positivt testresultat har vært antatt ved synlig/visuell sideforskjell i bevegelse av SIPS. Resultatet av enkeltstående tester som denne vil også lett kunne feiltolkes hos personer hvor vandringen av SIPS ligger i grenseland mellom negativ/positiv. En veldig liten variasjon i palpasjon vil da kunne påvirke tolkningen av testen.

| | | Tester C | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Positiv venstre | Positiv høyre | Negativ | Totalt |
| Tester B | Positiv venstre | 1 | 2 | 3 | 6 |
| | Positiv høyre | 0 | 0 | 2 | 2 |
| | Negativ | 0 | 6 | 10 | 16 |
| | Totalt | 1 | 8 | 15 | 24 |

*Tabell 6: Resultatene for intertesterreliabilitet av stående fleksjonstest*

| Stabilitetstest med Tester A | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Testperson (id-nummer) | Positiv venstre | Positiv høyre | Negativ | Totalt |
| 01 1 01 | 0 | 0 | 6 | 6 |
| 01 1 02 | 1 | 0 | 5 | 6 |
| 01 1 03 | 0 | 0 | 6 | 6 |
| 01 1 04 | 3 | 0 | 3 | 6 |
| 01 2 01 | 0 | 5 | 1 | 6 |
| 02 2 02 | 0 | 4 | 2 | 6 |
| 01 2 03 | 0 | 3 | 3 | 6 |
| 01 2 04 | 1 | 2 | 3 | 6 |
| 01 3 01 | 0 | 5 | 1 | 6 |
| 01 3 02 | 0 | 6 | 0 | 6 |
| 01 3 03 | 0 | 0 | 6 | 6 |
| 01 3 04 | 0 | 5 | 1 | 6 |
| Totalt | 5 | 30 | 37 | 72 |

*Tabell 7: Stabilitetstest av stående fleksjonstest*

# Assessing methodological strength of studies comparing effectiveness of Muscle Energy Techniques and/or Proprioceptive Neuromuscular Facilitation Techniques to Passive Stretching Techniques on increasing muscle length: A Methodological Study.

**FORFATTERE:** Yngvar Glosimot, Physiotherapist and Osteopath, Ås Fysioterapi og Treningssenter, Bente Hauge, Physiotherapist and Osteopath, Markveien Fysikalske Institutt, Marianne Bøe, Physiotherapist and Osteopath, Grenland Fysioterapi, Mandana Fathi, Physiotherapist, Tønsberg Medisinske Senter, Bjørkli, T.E (supervisor). DO committee, NOF.

## ABSTRACT

BACKGROUND: Stretching is widely used to increase flexibility and range of motion[1234567]. This study aims to assess methodological strength in studies comparing static/passive stretching and proprioceptive neuromuscular facilitation stretching techniques.

METHODS: Search performed in databases PUBMED and Cochrane. Using search strings, 200 studies were found. The eligible/relevant articles were found using exclusion/inclusion criteria set by the authors. The ten studies included (one systematic review and nine randomized controlled trials) were assessed for methodological quality by three of the authors. The overall agreement between assessors: 82,8%.

RESULTS: From 200 hits, 10 full text articles were assessed for methodological strength. Table 3 shows characteristics of included studies. The study included one systematic review rated as 3, major flaws, four randomized controlled trials of low quality and five randomized controlled trials of high quality.

DISCUSSION: This study aimed to assess methodological strength of studies comparing effectiveness of Muscle Energy Technique and/or PNF stretching to static/passive stretching on increasing muscle length. The overall scientific quality of the RCTs ranged from 4 to 7 points using Van Tulders methodological guidelines (table 2)[8]. Four were considered low quality studies and five were considered high quality studies. This classifies the results of the studies combined as "Level A (strong evidence)": Generally consistent findings provided by a systematic review of multiple high quality randomized controlled trials"[6]. This implies that there is "strong evidence" with relatively similar results and consistent findings that all types of stretching on increasing ROM is beneficial.

The systematic review analysed, scored 3 (major flaws) on the Oxman and Guyatt index[9] (table 1). This index give high ratings, 5 or more out of seven, to overviews whose result approximates the truth and a low rating to an overview whose results deviates substantially from the truth. This review was an update of a previous review considering new articles of the subject. The updated review had only one researcher/author and that, according to Oxman And Guyatt, is a weakness.

There is an abundance of systematic reviews published each year. One article states that 2,500 new publications are indexed annually on Medline, of which about one-fifth are Cochrane reviews[10] . A group consisting of members of the core editorial team of the Cochrane Injuries Group, which is responsible for the publication of systematic reviews in the Cochrane Library related to the prevention, treatment, and rehabilitation of traumatic injury wrote an article on how the medical literature is biased and inundated with poor quality trials. They explain how these problems affect the reliability of systematic reviews[11] . The same analysis claims that there is bias on which studies are included in reviews, and that many studies remain unpublished. This may in turn result in biased systematic reviews. Moher et al criticized reviews because too many articles of low quality were included, making the results less reliable. The authors suggested a set of guidelines to ensure reliability of future reviews[10].

The main strength of this study is that the evaluation and scoring of the studies were executed by three or two cowriters and agreement on scoring was 82.8 percent on the RCTs and 80 percent on the systematic review. Disagreement on scoring of trials between coauthors was settled by the supervisor. The two studies used as a preliminary test, assessed by three cowriters, was a way to increase the understanding of how to score using the Van Tulder guidelines. The scoring of these two studies also determined that there was agreement on how to score using the guidelines, agreement was 95,6%.

The main limitation of this assessment is that few studies were included and that only one systematic review was included. We have chosen a specific system for assessing methodological strength of the systematic reviews. The review system is derived from Oxman and Guyatt. For the RCTs we chose van Tulders "updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Library Back Review Group". We could have chosen different method guidelines to assess methodological strength. Others assessing methodological strength of studies using a different system of classification may conclude differently. The assessment methods described were not specifically designed for assessment of systematic reviews and RCTs conducted on muscle length/flexibility and PNF. Including more databases for finding relevant RCTs may have given different studies to assess. The way string searches were used, combined and excluded may have caused us to involuntarily miss articles, and consequently could have given us a different set of studies/trials to methodologically assess.

### Conclusion

Assessing nine RCTs and one systematic review to determine methodological strength of studies comparing effectiveness of Muscle Energy Techniques and/or Proprioceptive Neuromuscular Facilitation Techniques to Passive Stretching Techniques on increasing muscle length resulted in five RCTs with high quality and four with low quality using Van Tulder Updated Method Guidelines. One systematic Review was included and rated 3, major flaws, using the Oxman and Guyatt Index. The authors consider this study to add valuable knowledge on interpretation of research on methodological strength in studies concerning flexibility/stretching, for both clinicians and academics. The authors encourage further analysis on the conclusions from the high quality studies.

*Table 1: Systematic Review analysis checklist using Oxman, A, Guyatt GH: Validation of an index of the quality of review articles[9].*

| Title | Analysis by | 1. search methods reported? | 2. search comprehensive? | 3. inclusion criteria reported? | 4. selecting bias avoided? | 5. Validity criteria reported? | 6. validity assessed appropriately? | 7. methods to combine reported? | 8. findings combined appropriately? | 9. conclusions supported by data? | 10. overall scientific quality? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **The effects of HAMSTRING STRETCHING ON RANGE OF MOTION; a systematic literature review** | **Mandana, Marianne** | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | No | Yes | 3, major flaws |

*Table 2. Randomized Controlled Trials analysis checklist using V. Tulder "Updated Method Guidelines for Systematic Reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group." Yes is awarded 1 point. Doǹ t know and No is awarded 0 points[8]*

| V. Tulder "Updated method guidelines for systematic reviews in the cochrane collaboration back review group" | Criteria for the Methodological Quality Assessment | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Title** | **A: Randomization** | **B: Allocation** | **C: groups similar** | **D: Patient blinded** | **E: Careprov. blinded** | **F: Assessor blinded** | **G: Cointerventions** | **H: Compliance** | **I: Drop out rate** | **J: Timing of outcome** | **K: Intention to treat** | **Score** |
| **Immediate effects of quantified hamstring stretching: hold-relax proprioceptive neuromuscular facilitation versus static stretching.** | Yes | Yes | Yes | Do not know | No | Yes | Yes | Do not know | Do not know | Yes | Yes | 7 |
| **Effect of three types of flexibility training on active and passive hip range of motion.** | Yes | Yes | Yes | Do not know | No | Do not know | Yes | Do not know | Do not know | Yes | Yes | 6 |
| **Efficacy of static stretching and proprioceptive neuromuscular facilitation stretch on hamstrings length after a single session.** | Yes | Yes | Yes | Do not know | Do not know | Yes | No | Do not know | Do not know | Yes | Yes | 6 |
| **A randomized controlled trial of hamstring stretching: comparison of four techniques.** | No | No | Yes | No | No | Don't know | Yes | Yes | Yes | Yes | Yes | 6 |
| **The effectiveness of 3 stretching techniques on hamstring flexibility using consistent stretching parameters.** | No | No | Yes | Do not know | Do not know | Yes | Yes | Do not know | Do not know | Do not know | Yes | 4 |
| **Hamstring flexibility in young women following passive stretch and muscle energy technique** | No | Do not know | Yes | Do not know | Do not know | Do not know | Yes | Do not know | Do not know | Yes | Yes | 4 |
| **Duration of maintained hamstring rom following termination of three stretching protocols** | No | Yes | Yes | Do not know | Do not know | Do not know | Yes | Do not know | Do not know | Yes | Do not know | 4 |
| **Efficacy of two different stretch training programs(passive vs. Proprioceptive neuromuscular facilitation ) on shoulder and hip rom in older people** | No | Do not know | Yes | No | No | Do not know | Yes | No | No | Yes | Yes | 4 |
| **Investigation into the long-term effects of static and PNF stretching exercises on range of motion and jump performance.** | No | Yes | Yes | No | No | Yes | Yes | Do not know | No | Yes | Yes | 6 |

*Table 3: Characteristics of randomized controlled trials and systematic review*

| Author | Title | Year | Design | Sample size | Goal | Control | Study duration | Outcome | Muscle Group of intervention | Outcome Measure | PD explicitly described? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Funk, E.J., et al | **Immediate effects of quantified hamstring stretching: hold-relax proprioceptive neuromuscular facilitation versus static stretching.** | 2011 | RCT | 22 | Compare the immediate effects of PNF vs static stretching on hamstrings flexibility in healthy adults | Ipsilateral leg | unknown | Both SS and PNF stretches are beneficial in increasing hamstrings flexibility | Hamstrings | Passive knee extension (universal goniometer) | Yes |
| Bandy-Hedreyn, J., et al | **Effect of three types of flexibility training on active and passive hip range of motion.** | 2011 | Multi group pre-post design | 23 | Measure effect of hold/relax, static and active isolation stretching on passive and active ROM of hip flexion after 9 weeks | No | 3 weeks | All three types of stretching improved PROM, only passive static stretches improved AROM | Hamstrings | ASLRT/PSLRT, photo digital using anatomical points | Yes |
| Gr Hess, J | **Efficacy of static stretching and proprioceptive neuromuscular facilitation stretch on hamstrings length after a single session.** | 2011 | Independent group design | 45 | Compare effect of a single bout of static and PNF stretch on knee extension | Yes | Knee ext immediately measured after stretch | Both stretching methods increased knee ext significantly, PNF most effective | Hamstrings | Supine, hip 90 degrees, knee ext measured (universal goniometer) | Yes |
| Feland, J.B., et al | **A randomized controlled trial of hamstring stretching: comparison of four techniques.** | 2008 | RCT | 83 | Determine which type of stretching technique is most effective on improving hamstring length | Yes | 4 - 4 weeks | All four types of stretching showed improved hamstring length, passive SLR stretch most effective | Hamstrings | Hamstring length and perceived hamstring tightness | Yes |
| Davis, D.S., et al | **The effectiveness of 3 stretching techniques on hamstring flexibility using consistent stretching parameters.** | 2005 | RCT | 19 | Determine effectiveness of three types of stretching on hamstrings flexibility | Yes | 4 weeks | Only static stretching showed significantly increased flexibility of the hamstrings after 4 weeks | Hamstrings | Passive knee extension inclinometer | Yes |
| Sharman, M., et al | **Hamstring flexibility in young women following passive stretch and muscle energy technique** | 2008 | RCT | 32 | Study effectiveness of static stretching and muscle energy techniques on the hamstrings flexibility | Control group: 8 members of static stretch | 4 weeks | Both SS and MET methods significantly increased hamstring flexibility | Hamstrings | Supine, hip 90 degrees flexion, knee extension measured with universal goniometer | Yes |
| Ford, P., et al | **Duration of maintained hamstring ROM following termination of three stretching protocols** | 2007 | RCT | 32 | Determine retention of active knee extension ROM after a single bout of stretching | Yes | Knee extension measured 0,5,7,2,15 and 25 minutes after stretching | Contract relax, agonist contract and static stretching increased ROM. All stretching techniques beneficial | Hamstrings | Orioteroll, and analog inclinometer | Yes |
| Gonzalez-Rave, J.M., et al | **Efficacy of two different stretch training programs(passive vs. Proprioceptive neuromuscular facilitation ) on shoulder and hip rom in older people** | 2011 | RCT | 54 | Determine influence of 2 stretching methods on ROM in older people | Yes | 12 weeks | PNF and passive stretching significantly increased ROM in hip and shoulder. | Flexion hip and shoulder | Electr goniometer | Yes |
| Yuktasir, B., et al | **Investigation into the long-term effects of static and PNF stretching exercises on range of motion and jump performance.** | 2007 | RCT | 28 | Investigate long term effect of static and PNF stretching on ROM and jump performance | Yes | 8 weeks | SS and contract relax significantly increased ROM but had no effect on jump performance | Hamstrings and triceps surae | Handheld goniometer and digital timer(contact mat | Yes |
| DeDecker L.C., et al | **The effects of HAMSTRING STRETCHING ON RANGE OF MOTION; a systematic literature review** | 2008 | Review | >120 | Effect of hamstring stretching on ROM | Yes | Review | No stretching no gain in ROM, stretching all types increased ROM | Hamstrings | Review | Yes |

## References


[1]*Decoster, LC: The Effect of Hamstring Stretching on Range Of Motion, 2009*

[2]*Gjerset, A: Idrettens treningslære, Universitetsforlaget Oslo (1992)*

[3]*Holten, O, et al: Medisinsk Treningsterapi. Universitetsforlaget. Oslo. (1993)*

[4]*Mitchell, Fred: The Muscle Energy Manuals. MET Press, East Lansing, Michigan.(1995)*

[5]*Kisner, C, Colby, LA: Therapeutic Exercises: Foundations and Techniques. Philadelphia: F.A Davis Co 2002*

[6]*Harvey L, et al; Does stretching induce lasting increases in joint ROM? Physiotherapy Research International 2002; 7(1): 1-13.*

[7]*Chow, TP, et al; Active, passive and proprioceptive neuromuscular facilitation stretching are comparable in improving the knee flexion range in people with total knee replacement. A randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation 2010 Oct; 24(10) 911-8.*

[8]*Van Tulder, M, et al: Updated Method Guidelines for Systematic Reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. SPINE Volume 28, Number 12 pp 1290-1299.*

[9]*Oxman, A, Guyatt GH: Validation of an index of the quality of review articles.*

[10]*Moher, D et al.: Epidemiology and Reporting Characteristics of Systematic Reviews. PLoS Medicine 4 (3): e78(2007).*

[11]*Roberts, I et al: The knowledge system underpinning healthcare is not fit for purpose and must change BMJ 2015;350:h2463*

# Osteopaters oppfatning av årsaker og symptomer hos pasienter med kjeveleddsproblematikk - et pilotstudie

**FORFATTERE:** Elise og Christine - Osteopati, Høyskolen Kristiania

## Bakgrunn

Kjeveleddet er et av de mest komplekse leddene vi har i kroppen, og problemer i kjeveleddet blir kalt temporomandibulære dysfunksjoner (TMD). TMD består av mange komplekse og multifaktorielle plager, og det eksisterer per dags dato ingen internasjonal enighet om hva TMD innebærer eller hva som forårsaker tilstanden.

Årsaker til at TMD oppstår kan være på grunn av problemer i; leddkapsel, ligamenter, muskler, disk, nerver og vaskulære strukturer. Risiko faktorer for utvikling er stress og andre emosjonelle forstyrrelser. De vanligste symptomene er; ansiktssmerter, nedsatt bevegelse og klikke lyder fra kjeven.

Det eksisterer flere yrkesgrupper som jobber med og behandler TMD, og ifølge Neumann blir det sjeldent utført kirurgiske inngrep som behandling på slike pasienter. Behandlingen av TMD varierer og avhenger primært av det underliggende problemet. De mange symptomene som er assosiert med TMD krever ofte et samarbeid med ulike profesjoner, som blant annet kan inkludere leger, fysioterapeuter, tannleger og psykologer. I et studie utført av Toledo Jr et al, vises det at pasientene som fikk behandling av fysioterapeut og tannlege samtidig hadde signifikant bedre effekt enn de som kun fikk behandling av tannlege. Studiet konkluderer med at et tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner er viktig i behandling av TMD og kan gagne pasienten. Det er også vist at manuell behandling kan bidra med å redusere bruken av smertestillende, senke smerter og bedre bevegeligheten i kjeveleddet.

Det eksisterer mye teori om kjeveleddsproblematikk, undersøkelse og behandling, men til tross for dette så eksisterer det lite forskning på om osteopater i dag bruker dette aktivt i sin klinikk, og om de ser pasienter med TMD.

## Formål

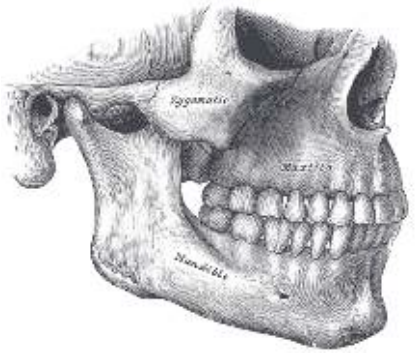
- Å gjennomføre et pilotstudie for å kartlegge hvilke årsaker og symptomer pasienter med TMD presenterer med hos osteopater.
- Kartlegge hvilke populasjonsgrupper osteopatene mener er mest ut satte for å utvikle slike problemer.
- Undersøke om pasientene kommer med kjeven som hovedproblem, eller om dette er noe som dukker opp under anamnese/undersøkelse.

## Metode

Det ble benyttet et tverrsnittsdesign i gjennomførelsen av oppgaven. Et semi-strukutrert spørreskjema ble konstruert, og sendt ut til 120 tilfeldi ge utvalgte osteopater som tilfredsstilte inklusjonskritereiene. Spørreskjemaet ble sendt ut via Survey-Monkey og dataene ble analysert ved hjelp av IBM SPSS og Microsoft Excel.

## Konklusjon

Pasienter med TMD kommer i dag til osteopater med symptomer som: smerter i kjeve og ansikt, hodepine, nedsatt bevegelse og klikkelyder fra kjeven. De vanligste årsakene til at TMD oppstår synes å være relatert til tenner, muskulatur og stress. Utsatte populasjons-grupper synes å være kvinner og mennesker med emosjonelt stress. De fleste respondentene svarte også at kjeveledds-



problematikken er noe som dukker opp under anamnesen/undersøkelsen. Grunnet et lite studie, lav svarprosent og brede konfidens-intervall kan vi ikke generalisere funnene våre til den totale populasjonen eller komme med en endelig konklusjon. Vi anbefaler at det ved eventuelle senere studier om samme tema blir brukt et større utvalg av respondenter slik at man kanskje kan få et smalere konfi-densintervall og mer sikre svar.

*Fig: Er kjeven hovedproblemet til pasienten, eller dukker det opp under anamnesen/ undersøkelsen.*

## Resultater

25 av 120 osteoapter valgte å svare på spørreskjemaet. Det tilsvarer en svarprosent på 20,8%

*Årsaker*

Osteopatene mente at de hyppigste årsakene for utvikling av TMD var; stress (31,4%), tenner (19,6%) og muskulatur (11,8%).

*Symptomer*

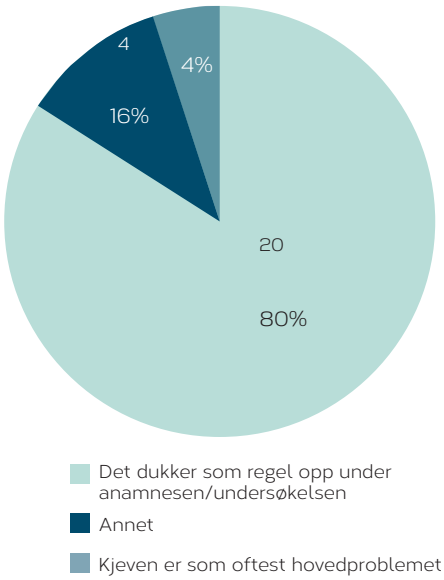
Respondentene mente at typiske symptomer på TMD var; symptomer fra ledd (24,3%), smerter i kjeve, ansikt og utstrålende smerter (22,9%), og hodepine (22,9%). Symptomer fra ledd inkluderer; nedsatt bevegelse i TMJ, åpne og lukkevansker, samt klikking og låsningsfølelse i kjeven.

*Undersøkelse/anamnese*

80% av respondentene svarte at kjeve-leddsproblematikken som regel dukket opp under anamnesen/undersøkelsen, og at den ikke var hovedårsaken til at pasienten kom til behandling.

*Utsatte populasjonsgrupper*

32,8% av respondentene mente at kvinner og mennekser med emosjonelt stress var mest utsatte for å utvikle TMD.



# Kursreferat: Trauma, Autonomic Nervous System and Oseopathy

***Tekst:*** *Pål Andre Amundsen*

Det er store forventinger knyttet til Europas største kongress for osteopater som årlig blir holdt i Berlin, Tyskland. Rundt 1100 mennesker med ulik utdanning og bakgrunn var påmeldt i år, hvor temaet var traume, det autonome nervesystemet og osteopati. Forelesere som Wilfred Jänig, Frank Willard, Hans-Georg Schaible, Ralf Baron og Winfried Neuhuber tok for seg anatomi og funksjon og knyttet dette opp mot egen og andres forskning på en god måte.

Vi fikk også en sniktitt i forskning som er pågående og som blir først publisert i løpet av de neste få årene. Dette gjorde at foredragene var høyst aktuelle, og med verdensledende professorer innen sine felt resulterte dette i utslitte penner og overfylte notatblokker. På den andre siden var det osteopater som vår kjære Christian Fossum som knyttet dette opp i mot osteopatiens historie og praksis, mens andre fortalte om sine hypoteser på hvordan vi kan påvirke det autonome nervesystemet gjennom ulike behandlingstiltak.

På denne kongressen er det også daglige «workshops» som enten er for dypning av teorien som ble presentert i fellessalen, eller forelesninger med en praktisk vri hvor man ser på eksempelvis behandlings-tilnærminger til whiplash, eller «hands-off» tilnærminger til psykososialt stress. Det var med andre ord en allsidig gruppe forelesere og mange muligheter for å dypdykke inn i enkelte temaer. Norge var representerte med rundt åtte deltagere, og man fikk knyttet nye kontakter og deltatt i interessante meningsutvekslinger med både kollegaer fra andre land, og med forelesere og forskere.

Alt i alt en meget bra kongress, og det kom lovnader om at neste års kongress skal bli enda bedre hvor temaet er de osteopatiske modellene.

**På andre Amundsen**
*Osteopat DO.*

Retur: NOF v/Helge Skåtun, Kjernåsvn. 13A, 3142 Vestskogen

# Fagdag NOF 15. oktober 2016

Lørdag 15. oktober kalte NOF sammen medlemsmassen til faglig oppdatering med sosialt nachspiel. Markedskomiteen presenterte hamskiftet NOF har vært gjennom det siste halve året og tok oss gjennom vår historie med en engasjerende video.

Første foredragsholder var Francesco Cerritelli fra Italia, men på grunn av en fødsel som kom tidligere enn planlagt kom han seg aldri på flyet og vi fikk presentasjonen på opptak. Francesco Ceritelli er president i Centre for Osteopathic Medicine (C.O.ME) COLLABORATION – ONLUS Foundation. Han presenterte publiserte og pågående forskning fra C.O.ME. Han er spesielt interessert i nevrovitenskap og tverrfaglig samarbeid i evidensbasert praksis. Han hadde mye på hjertet og mange grafer han ville vise på kort tid!

En som derimot var på plass i Oslo var James Booth MSc, D.O som jobber ved Queens Medical Centre (QMC). Han snakket om forskning og tverrfaglig praksis i møte med langvarige og sammensatte ryggsmerter. I avdelingen han jobber på ved QMC tar de i mot pasientene som har vært gjennom de fleste helseinstanser for sine ryggplager. Lege, fysioterapeut, osteopat, psykolog, kognitive terapeut og flere til kan spisse sine ferdigheter på det området som synes mest passende for pasientene. Det er en hverdag som nok er litt langt unna den tradisjonelle praksisen til norske osteopater hvor man må være litt av det meste. Det var likevel interessant å høre om hvilke muligheter og begrensinger han oppfattet at han hadde som osteopat i et slikt team..

Ved siden av godt faglig påfyll kjenner jeg vel så mye på gleden i å møte kollegaer som har lik hverdag min egen. Løst snakk om alt fra klinikkdrift, pasientgrupper og ufaglig fjas gir mange ideer når man er tilbake på jobb.

**Tom Eirik Bjørkli**
*Osteopat DO*

## KURSOVERSIKT
## Praktisk visceralt kurs

Med Jean-Marie Beuckels

**Når:** 5. - 7. mai 2017
**Hvor:** Sunbytunet

Mer informasjon kommer i utlysning av kurset i midten av februar.
*Hilsen Kurskomiteen.*

HUSK DEADLINE FOR BIDRAG TIL OSTEOPATEN NR. 1/2017 15. FEBRUAR 2017

**Osteopaten**
Norsk Osteopatforbund
nof@osteopati.org

**Redaksjonen:**
Tom Eirik Bjørkli (redaktør)
Helge Skåtun
Jan-Andreas F. Fosnæs
Tomas E. Røsaker
Ingrid Nicander

**Grafisk design:**
Appell Reklamebyrå, Drammen

**Trykk:**
Lier Grafiske