

OSTEOPATEN

www.osteopati.org



Nye krav til deg
som autorisert
helsepersonell

– Side 7

Autorisasjonsprosessen
– hvordan finne frem?

– Side 10-11

Diplomoppgave

– Side 14-18



Redaktørens hjørne

Kjære lesere,

Endelig øker temperaturen og antall satte vaksinedoser, som et sikkert tegn på at vi går mot sommer. Flere studenter avslutter nå et fireårig langt studieforløp og går klinikktilværelsen i møte. Med flere nye kollegaer, et lovende forløp for autorisasjon og satte vaksinedoser, kan vi kanskje begynne å føle på at det går litt fremover. Det tror jeg alle trenger nå.

I denne utgaven har vi ønsket å belyse noen gode besvarelser fra studenter ved Høgskolen Kristiania. Du vil kunne lese en Diplomoppgave i sin helhet, skrevet av Hanna Cortsen: «Effekten av Epley manøver i klinisk praksis på pasienter med BPPV i posterior buegang sammenlignet med placebobehandling[...]», samt en utvidet pasientbeskrivelse av en annen avgangsstudent, Kristian Eikvar. Du kan også følge med på hvordan vi ligger an i autorisasjonen, med oppdatert informasjon og datoer under «Autorisasjonsprosessen – hvordan finne frem».

Lykke til alle avgangsstudenter og riktig god sommer til alle sammen.

God lesning.

Vennlig hilsen,
Ingrid Nicander
Osteopat D.O og redaktør



Sjefen har ordet

Kjære medlemmer,

Tålmodighet er en dyd, har jeg hørt. At ting tar tid, det har vi alle lært når det gjelder myndighetsarbeid. Koronaåret har i tillegg ført til merarbeid for mange, som igjen rammer oss og pågående autorisasjonsarbeid. Vi jublet i desember i fjor – endelig autorisasjon. Vi som jobber mye med dette forstod dog allerede da at dette fortsatt ville være en krevende prosess. En lovending må følge gjeldende prosedyre som høring, proposisjon og to voteringer, før den er på plass. Se gjerne egen sak denne utgaven, hvor vi igjen tegner kart over løypa vi må gå.

Flere har fått med seg at våre støttespillere i Frp rett etter påske fremmet et såkalt Dok8 forslag. Bakgrunnen for dette var at Frp var (og fortsatt er) meget misfornøyd med at høring og videre arbeid med proposisjon tar uforholdsmessig lang tid. I korte trekk var dette Dok8 forslaget en ren speiling av HOD sitt forslag i sendt høring. Både høring og Dok8 er helt klare på at vi og tre ytterligere yrkesgrupper (naprapat, logoped og paramedisiner), skal bli autorisert. Dok8 forslaget førte til en del debatt og påfølgende mediasaker. Det kom også noen nye innspill som skapte debatt, ikke minst Ap sitt forslag om å igjen utrede autorisasjon av

manuellterapeuter. NFF har vært ute og ment en god del, og mange av dere har sett dette og våre kommentarer. Vi har klar en klar strategi om å ikke gå inn i en polarisert debatt, da det fort vil føre til mobilisering av ytterligere motstand. Vi tar rollen som osteopatiens faglige eksperter, og skal fortsette å levere saklige og gode argument som underbygger autorisasjon. Som forbund setter vi pris på at Frp og andre politiske støttespillere prøvde å få fortgang på dette. Det at Dok8 ble avvist betyr at vi står på samme sted, nemlig at høringen går sin gang. NOF skal levere et grundig høringssvar til fristen.

NOF arbeider ufortrødent videre med autorisasjon og andre viktige saker. Faglige event i form av kurs og fagdager, internasjonalt arbeid. Arendalsuka og generell synlighet, står på agendaen. Det å være medlem skal gi merverdi i form av ulike medlemsfordeler som rabatter og ulike tilbud, men også løfte osteopatiens verdi for store pasientgrupper.

Jeg ønsker dere alle en god sommer – og, har du noe på hjertet er det bare å ta kontakt med meg eller en av mange gode tillitsvalgte i NOF!

Mvh
Tomas Collin
Leder

Kontaktinformasjon:

Koordinator: *Tomas Collin*,
Kjernåsvn. 13 A,
3142 Vestskogen

Redaktør: *Ingrid Nicander*
ingrid_nicander@hotmail.com
Tlf. 991 50 488

Faktura-
/postadr.: Norsk Osteopatforbund – NOF
c/o Optimal Regnskap AS
Orkdalsveien 67
7300 Orkanger

E-post: nof@osteopati.org
Webadresse: www.osteopati.org

Styret i NOF:

- Leder: Tomas Collin
e-post: leder@osteopati.org
Tlf. mob: 913 28 430
- Nestleder: Ronja Strømsborg Lund
e-post: ronja.lund@kristiania.no
Tlf. mob: 994 01 264
- Styremedlem: Christin Stormyr
e-post: cjstormyr@yahoo.com
Tlf. mob: 976 83 833
- Styremedlem: Matias K. Fjeld
e-post: mkfjeld@gmail.com
Tlf. mob: 988 36 312
- Styremedlem: Kim Andre Brandtzæg
e-post: post@brandtzaegosteopati.no
Tlf. mob: 976 19 558
- Varamedlem: Ida Olaussen Bryn
e-post: bryn@baerum-osteopati.no
Tlf. mob: 920 56 986
- Varamedlem: Jonas Bjarnason
e-post: jonas_b30@hotmail.com
Tlf. mob: 401 00 574

Adresseforandring:

Viktig!

Husk å melde i fra når du bytter e-post og/eller postadresse. Du kan selv endre ved å logge inn på medlemssidene, alternativt send beskjed til nof@osteopati.org

Pasientbrosjyrer og profilartikler:

Kan bestilles i vår webshop via medlemsweb. Her finner du det du trenger av brosjyrer, markeds-materiell, skjorter mm.

Ordre sendes fortløpende fra vår samarbeidspartner Norgesprofil.



NORSK
OSTEOPATFORBUND

Innhold:

Side 4-5:

Årets osteopat 2020

Side 7:

Nye krav til deg som autorisert helsepersonell

Side 8:

Medlemsinfo - Etisk Hjørne

Side 10-11:

Autorisasjonsprosessen

Side 12-13:

Utvidet pasientbeskrivelse

Side 14-18:

Diplomoppgave

Side 20:

Videreutdanning i idrettsmedisin



Kurskomitéen

Først og fremst håper vi alle har kommet seg helskinnet gjennom denne vanskelige tiden. Vi har forsøkt å opprettholde noe av kursaktiviteten i form av webinarer som vi håper har falt i smak hos dere. Det ser ut til at samfunnet sakte, men sikkert åpner opp igjen og da skal vi være klare med nye kurs til dere.

Første kurs er satt opp 27.-28. august med forbehold om at det kan skje endringer med tanke på nasjonale retningslinjer som følge av pandemien. Det er en sann glede å meddele at to veldig dyktige og anerkjente osteopater skal holde årets første fysiske kurs. Våre egne Line Rølvaag og Christian Fossum skal ta oss i dybden på temaet «Osteopatiske betraktninger rundt kvinnehelse». De har begge lang erfaring fra både klinisk praksis og undervisning i tillegg teoretisk kunnskapsbakgrunn og interesse om tematikken. Dette er et to dagers kurs som er verdt å få med seg. Påmelding vil skje gjennom deltager.no. Flere detaljer kommer senere.

Vi planlegger fagdager med fysisk oppmøte den 13. November 2021. Hold av datoen så skal vi gjøre det vi kan for å få det til. Programmet er ikke fastsatt enda og vi vil komme tilbake med mer informasjon angående dette. Påmelding vil bli gjennom deltager.no.

Til slutt så søker vi en ny representant til kurskomiteen. Vi takker Christoffer Wangaard for en hederlig innsats og godt arbeid i den tiden han har vært leder for kurskomiteen. Jonas Bjarnason har tatt over rollen til Christoffer og med seg har han Ronja Strømborg Lund. Vi søker deg som har lyst til å bistå oss med arrangement av kurs og fagdager, valg av tematikk, reservasjoner og forberedelser m.m. Hvis dette kunne vært noe for deg, så ta gjerne kontakt med oss for mer informasjon. Vi gleder oss veldig til å møte dere alle igjen!

Kontaktinfo: jonas_b30@hotmail.com

Mvh. Kurskomiteen



Årsmøte

Årsmøte i Norsk Osteopattforbund ble etter planen avholdt digitalt, søndag 21. mars.

Fremlagt agenda og tilhørende saker, ble vedtatt uten endringer. 2020 var et krevende år for medlemmene og for forbundet. Korona satte sitt preg på mye, men vi greide å holde trykket oppe på viktige saker. Forbundets økonomi er god, og vi står godt rustet for å fortsette arbeidet med autorisasjon og andre oppgaver. Forbundets arbeids- og prinsippprogram ble oppdatert, for å ytterligere klargjøre vår videre satsing på å styrke osteopatiens posisjon i Norge. Referat fra årsmøtet er delt med alle medlemmer, og ligger også tilgjengelig på medlemssider på nett.

Tusen takk til alle som har bidratt med verv og oppgaver i 2020 og til de som bidro til en god gjennomføring av årsmøtet. En stor takk til alle som stilte til valg, for å bidra i forbundets videre arbeid!

Her kommer en oversikt på alle forbundets tillitsvalgte. I tillegg har styret flere ulike arbeidsgrupper som autorisasjonskomite, DO komite og fagkomite. Disse gruppene har en mer fleksibel struktur, og endres fortløpende etter behov. Takk til alle som bidrar i ulike komiteer!

Styret

Leder	Tomas Collin	tcollin.tc@gmail.com
Styremedlem	Ronja Lund	RonjaStromborgLund@kristiania.no
Styremedlem	Matias Fjeld	mkfjeld@gmail.com
Styremedlem	Christin Stormyr	cjstormy@yahoo.no
Styremedlem	Kim A. Brandtzaeg	post@brandtzaegosteopati.no
Varamedlem	Ida Bryn	bryn@baerum-osteopati.no
Varamedlem	Jonas Bjarnason	jonas_b30@hotmail.com

Etisk Komité

Medlem/Leder	Magnus Oliversen	magnusoliversen@gmail.com
Medlem	Tina Johannessen	tina@bergenok.no
Medlem	Hanna Bogetveit	hanna@vital-osteopati.no
Varamedlem	Tonje Skaar	tonje@city-klinikken.no

Valgkomité

Medlem/Leder	Elsa Ruz Rojas	elsaroru@gmail.com
Medlem	Helene Ausland	heleneausland@hotmail.com
Medlem	Morten Kittelsen	osteomorten@gmail.com

Revisjon- og Kontrollkomité

Medlem/Leder	Magdalene Paulsen	magdalenepaulsen@yahoo.no
Medlem	Christoffer N. Wanggaard	c.wanggaard@gmail.com



Målbevisst opptur for årets osteopat

Tekst: Øystein Tronstad



Marius Krathe har et moderne syn på ostepati og folkehelse, og hans bidrag på begge fronter har vært sentralt for at han fikk prisen som årets osteopat 2020.

– Først og fremst er det veldig stas og hyggelig å få denne utmerkelsen. Den henger høyt og gir motivasjon for videre arbeid. Jeg føler meg fortsatt relativt fersk, og jeg er svært takknemlig for å bli anerkjent for jobben som har blitt lagt ned så langt, sier Marius Krathe som ble avduket som «årets osteopat» på årsmøtet til Norsk Osteopatforbund (NOF).

I begrunnelsen fra fagkomiteen og styret står det blant annet at Krathe «representerer osteopaten på god og nytenkende måte», og at han har et «imponerende fokus på god helsekunnskap og synlighetsarbeid».

– Det at jeg fikk denne prisen vitner om at NOF og medlemmene ønsker at osteopati ikke kun skal dreie seg om tradisjonell benkebehandling. Pilene innenfor kunnskapsbasert praksis peker i retning mot en pasientsentrert

tilnærming, hvor vi som osteopater fungerer mer som interaktører enn operatører.

Opptur og folkehelse

Krathe tror at osteopater har mye å bidra med utover behandling på klinikkbenken. Han mener at nøkkelen til godt folkehelsearbeid ligger i skreddersydde pasientløsninger, som gjerne kombinerer behandling og trening. Lavterskeltilbudet «Opptur», som han er en av hjernene bak, er et eksempel på dette.

– Etter mange år i treningsbransjen så min kollega Eirik Bakken og jeg et behov for et aktivitetstilbud for dem som ikke ønsker å trene på et senter. I tillegg ønsket vi å måle effekt over tid. Vi lot oss inspirere av min tidligere foreleser Ole Petter Hjelte, også kjent som «treningslegen». «Opptur» så dagens lys høsten 2018. Over 10 uker skulle deltakerne, to ganger i uka, være med på motbakkeintervaller og enkel styrketrening. Parametre som blodtrykk, kroppssammensetning og funksjon måles før oppstart og etter oppturen.

– I januar 2019 hadde vi seks deltagere på Nordstrand. I skrivende stund har vi godt



Marius Krathe

Alder: 31

Fra: Saltnes

Osteopat D.O. siden: 2017



over 100, med et titalls trenere fordelt på fem ulike lokasjoner på Østlandet. Det har vært en fantastisk reise så langt, og svært givende å se i praksis hva fysisk aktivitet betyr for deltagerne og folkehelsen, sier Krathe som kan fortelle om at nye trenere og lokasjoner kommer til høsten.

Fra fotballspiller til osteopat

Selv om Østfoldgutten lenge var usikker på hva han skulle bli, var det tydelig at det ville bli noe innen aktivitet, bevegelse og behandling. Fotballen førte han til landslagskamper for Norge på aldersbestemt nivå, sporten gav han sitt første møte med osteopatibehandling og senere tok den han over Atlanteren.

– Etter videregående var jeg faktisk innom Sjømannsskolen, hvor osteopatiutdanningen foregikk den gang, og var med på et par forelesninger. På samme tid var jeg heldig og fikk et idrettstipend på college i USA, og valgte derfor å ta en bachelor i health science. Etter tre år flyttet jeg tilbake til Norge og startet med å studere personlig trening og osteopati. I dag kombinerer han disse fagområdene ved å jobbe som PT i EVO-kjeden, i tillegg til egen praksis Krathe Helse på Nordstrand i Oslo.

– Kombinasjonen av trening og behandling er vår kjernevirksomhet, og er i tråd med både våre verdier og slik jeg mener en kunnskapsbasert praksis bør se ut. Et slikt helhetlig helsetilbud gjør også at hverdagen blir variert og fleksibel. I tillegg kan terapeutene våre følge opp pasientene også etter at de er «ferdig behandlet».

Lagbygger

Klinikken ligger i samme bygg som trenings-senteret EVO. På to år har Krathe Helse gått fra å være et soloprosjekt til å huse tre osteopater. Krathe har tatt med seg erfaringer fra idretten til klinikken.

– Jeg har hele tiden vært klar på hvilke verdier Krathe Helse skal representere, og hvilken rolle vi skal ha. Som utøver har jeg erfart hvor viktig et team kan være. Jeg ville bygge en gruppe med dyktige mennesker som utfordrer og gjøre hverandre gode. I rekrutteringen er jeg mer interessert i hvem de er og hva de står for, og ikke nødvendigvis hvor lang erfaring de har.

En annen ressurs han trekker frem er det å ha eksterne sparringspartnere, gjerne fra andre bransjer. Disse kan se driften i perspektiv og gi en annen innsikt.

– Ambisjonene for Krathe Helse og Opptur er høye. Når det er sagt er jeg enda mer bevisst på at hverdagen, prosessen og reisen mot disse målene skal være så bra som mulig. Både for oss som jobber med pasientene og kundene vi møter. Jeg tror at så lenge vi har det gøy på veien og skaper gode opplevelser oss i mellom vil det være verdt det uavhengig av om vi når målene våre eller ikke.

Se helheten

Tilsvarende høye er målene hans for osteopatien i Norge fremover. Krathe har tidligere skrevet artikler i Osteopaten som handler om å ikke se på manuell behandling som en enkeltstående intervensjon, men som en del av et større biopsykososialt rammeverk.

– Helhet handler om mer enn anatomi og at foten henger fast i leggen, som igjen er koblet med låret. Smerte er komplekst og påvirkes av mange faktorer. Dette bør ikke gjøre oss handlingslammet, men sees på som en enorm mulighet i valg og mangfold av tiltak.

Autorisasjonen gjør at fremtiden ser spennende ut for osteopatien i Norge. Samtidig vil «alternativstempelet» kunne henge ved en stund videre. Prosessen fører og med seg et ansvar som osteopatene må være bevisst.

– Vi er den «nye eleven» i klassen og gjør lurt i å skape et godt førsteinntrykk. Jeg mener at osteopater kan stå støtt i et kunnskapsbasert helsevesen, uten å miste vår identitet. Generelt sett tror jeg at vi osteopater, og bransjen generelt, kommer til å måtte ta et større samfunnsansvar hva gjelder folkehelse og livsstilsrelaterte plager, og på den måten «tvinges» til å se bredere enn kun 1-til-1-behandling på benken.

Annerledesåret

Koronaviruset har heller ikke forlatt oss, etter det som føles som en evighet med usikkerhet, retningslinjer, regler og tiltak. Det har bydd på nye utfordringer og erfaringer for Krathe Helse.

– 2020 var et annerledes år hvor vi måtte kaste oss rundt og finne nye løsninger. Å få stresstestet bedriften på denne måten har vært en lærerik erfaring for en ung gründer. Det gir en god følelse å komme seg helskinnet gjennom et slikt år, hvor vi på tross av alt også har klart å utvikle oss.

31-åringen poengterer at det ikke er noen «walk in the park» å bygge og drive for seg selv, men det er også noe han finner utrolig givende og morsomt.

– Jeg har erfart at ingenting kommer av seg selv. Det krever hard jobbing, lange dager, tålmodighet og mye tankevirksomhet. Du må se muligheter, tørre å ta risiko og være litt heldig. Ting tar lenger tid, krever og koster mer enn hva man tror.



Lavtersketreningen "Opptur" for dem som ikke ønsker å trene på et senter så dagens lys i 2018. 100 aktive deltagere i skrivende stund.

Øystein Tronstad
Osteopati student og
Personlig Trener





Driver du for deg selv kan det være godt at noen er ved din side

For deg som driver din egen klinikk, er det viktig å ha riktig forsikring. Hva skjer for eksempel hvis du blir langvarig syk? Eller ufør? Og hva hvis noe skjer med klinikken din?

Vi er NOFs forsikringskontor og vi er stolte over å være NOFs samarbeidspartner på forsikring. Vi har utviklet egne forsikringer tilpasset bransjen, og har et eget team som kjenner både avtalen og de behovene medlemmene har. Ny av året er forsikringspakken If Terapeut Start – en startpakke for unge terapeuter.



Kontakt meg på 913 69 556 eller epost stein.o.sando@if.no, så sender jeg deg samarbeidsavtalen mellom NOF og If. Jeg hjelper deg også å finne riktig forsikring.

Noen av forsikringspakkene laget spesielt for medlemmer i NOF:

If Terapeut Start

- startpakken som dekker det aller viktigste
- En personalpakke for deg under 45 år
- Dekker deg kortsiktig ved sykeavbrudd (minimum 80% sykemelding)
- Gir også langsiktig trygghet med en uføreforsikring som dekker yrkesskade og fritidsulykke

Sykeavbrudd

- fordi du er bedriftens viktigste maskin
- Dekker sykdom i inntil 349 dager etter sykmelding (minimum 80% sykmelding)
- Kan tegnes fram til 70 år

Uførepakke

- dekning uansett hva som skjer med deg
- Gir erstatning ved uførhet etter sykdom, fritidsulykker og død
- Samme pris uansett alder

Klinikkforsikring

- dekker tap på klinikkens eiendeler
- Gir utbetaling ved brannskade, vannskade og innbrudd
- Kan utvides til å dekke avbrudd etter nevnte skader + ansvar som leietaker

Vi tilbyr også pensjonsavtale fra Danica med rabatt for NOF-medlemmer. For mer informasjon, ring oss eller gå inn på forsikringspartner.no

Forsikringspartner AS
medlem av assurandør.no 



Nye krav til deg som autorisert helsepersonell

Usikker på hva du må gjøre for å oppfylle kravene som kommer når osteopater får offentlig godkjenning og autorisasjon som helsepersonell?

TrinnVis er et styrings- og kvalitetssystem som hjelper små og mellomstore helsevirksomheter å oppfylle myndighetenes krav til trygg drift og kvalitetsarbeid. Systemet brukes i dag av leger, tannleger, fysioterapeuter, kiropraktorer, manuellterapeuter og psykologer. Sammen med Osteopatforbundet har vi laget en versjon tilpasset osteopaters krav og behov.

Slik hjelper TrinnVis deg

I TrinnVis gjøres helseloven og annet regelverk om til enkle og konkrete oppgaver. Ved å løse disse oppgavene etablerer du et kvalitetssystem for din osteopatklinikk som oppfyller myndighetenes krav. Oppgavene gjøres over tid slik at de ikke går ut over tiden du bruker på behandling av pasienter.

TrinnVis er fylt med ferdiglagde forslag til retningslinjer, rutiner, maler og andre viktige dokumenter som du og virksomheten din må ha. Det er altså ikke et tomt system, men kommer med ferdig innhold som du ellers måtte lage selv. Innhold i TrinnVis som er spesifikt for osteopater er laget i samarbeid med forbundet.

Driver du alene eller sammen med andre?

TrinnVis-systemet kan brukes uansett om du driver klinikk alene eller sammen med andre. For deg som driver alene finnes det en forenklet versjon som dekker dine krav. Arbeider du sammen med andre osteopater, eller på en tverrfaglig klinikk, kan dere bruke flerbruksversjonen av TrinnVis hvor ansvar og oppgaver fordeles mellom deg og kollegene. Flerbruksversjonen inkluderer også nyttige verktøy som forenkler samhandling og gjør det enklere å drive en velorganisert klinikk sammen.

Begge versjoner av TrinnVis forenkler arbeidet med datasikkerhet, smittevern og HMS, og har verktøy for behandling av avvik, gjennomføring av risikovurderinger og oppfølging av utstyr som brukes i behandling av pasienter.



I TrinnVis finner du ferdige forslag til rutiner og detaljerte prosedyrer for både fag og drift av virksomheten din.

Slik starter du med TrinnVis

TrinnVis er en web-basert abonnementsstjeneste. Abonnement opprettes via hjemmesiden www.trinnvis.no, og systemet fungerer like bra på datamaskin som nettbrett og smarttelefon. Når du oppretter abonnement legger du inn informasjon om virksomheten. Ut fra dette genereres en unik TrinnVis-konto med innhold og oppgaver tilpasset deg og eventuelle kolleger. Alt ferdiglaget innhold på kontoen kan redigeres og endres hvis du ønsker det, og nytt innhold kan legges til. Viktige dokumenter tilknyttet fag eller virksomheten kan også lastes opp i TrinnVis. Alt lagres trygt i skyen, og er lett tilgjengelig når du trenger det.

Medlemsfordeler

Osteopatforbundet har forhandlet frem flere fordeler for sine medlemmer. En av disse er fast 30% rabatt på abonnementet. For en osteopatklinikk med 1-3 ansatte koster TrinnVis da 280 kroner i måneden. Osteopater som starter med TrinnVis innen 30. juni 2021 slipper også å betale etableringsgebyret på 2.000 kroner.

Alle nye TrinnVis-brukere får en gratis prøveperiode på 30 dager, og abonnementet kan avsluttes kostnadsfritt i løpet av denne perioden.

Vil du vite mer om hvordan TrinnVis gjør det enklere for deg å oppfylle myndighetenes krav? Kontakt Norsk Osteopatforbund, besøk www.trinnvis.no eller ring TrinnVis på tlf. 485 95 383.

TrinnVis



Brukeropplevelse Trinnvis

Det er svært spennende tider i vente for osteopatien i Norge, og om kort tid er vi å anse som en offentlig godkjent helseaktør. Som et ledd i dette ønsket vi å rigge vår klinikk, Krathe Helse, for fremtiden og profesjonalisere driften ytterligere. Personlig og som daglig leder liker jeg oversikt og systemer slik at både jeg og mine kollegaer har en jevn arbeidsfordeling, forutsigbarhet, og er trygge på at driften er i tråd med gjeldende lover og regler. Med et kvalitetssystem som Trinnvis, eller andre tilsvarende systemer, har vi et system som jobber for oss slik at vi får frigjort mer tid til å jobbe med oppfølging og behandling av våre kunder og pasienter.

- Marius Krathe



Medlemsinfo - Alle skal med!

Tekst: Tomas Collin

Det å bli vist på "Finn din Osteopat" har de siste årene vært knyttet opp mot registrering av faglig oppdatering. Ordningen har gitt et sterkt signal om at alle medlemmer må holde seg faglig oppdatert, i henhold til forbundets vedtekter. Intensjonen i å knytte dette sammen har vært god, men også ført til noen utfordringer. Styret har derfor tatt en beslutning om at alle yrkesaktive medlemmer skal bli vist på "Finn din Osteopat". Endringen er iverksatt umiddelbart som en prøveordning, og vil bli evaluert og videre presentert på neste årsmøte.

Bakgrunnen for styrets beslutning er at alle yrkesaktive, og dermed kvalifiserte medlemmer, har en selvstendig plikt til å holde seg faglig oppdatert. Dette kommer frem av våre vedtekter, som også viser til Lov om Helsepersonell mv. Den pågående autorisasjonsprosess vil også gjøre dette til et lovkrav for autoriserte osteopater. Ved lovendring vil osteopater favnes av samme rammeverk som øvrig helsepersonell. Her ligger ikke konkrete timer eller "credits", men den individuelle plikt til å følge prinsipp om faglig forsvarlighet. Endringen vil harmonisere med praksis for annet helsepersonell.

Tilbakemeldinger vi har fått fra medlemmene viser også at det er mange gode argumenter for at ordningen må endres. Ved foreldrepermisjon, annen utdanning, sykefravær etc, har



bortfall fra det å bli vist på nettsiden ført til merbelastning for den enkelte. Endringen vil etter styrets vurdering gi en enklere og mer rettferdig praksis.

NOF skal fortsatt arbeide for høy faglig standard i osteopaters yrkesutøvelse ved å tilby kurs, fagdager, webinar og lignende, i tillegg til aktivt engasjement i standarder for utdanning og praksis. Endringen vil dog tydeliggjøre at den enkelte osteopat står ansvarlig for egen faglig utvikling.

Styrets vedtak, 2. Mai, 2021:

- Alle yrkesaktive medlemmer er forpliktet av vedtekter til å holde seg faglig oppdatert. Det fastslås videre at osteopaters yrkesutøvelse skal være basert på faglig forsvarlighet, og følge gjeldende etiske retningslinjer. I lys av pågående autorisasjonsprosess, hvor osteopater vil bli innlemmet i Lov om Helsepersonell mv, vurderer derfor styret at modell med timetelling av faglig aktivitet, fases ut. Styret vurderer at alle kvalifiserte medlemmer inntil videre skal vises på nett. Det forventes at medlemmer tar et selvstendig ansvar for faglig vedlikehold og oppdatering, på lik linje med annet helsepersonell.

Endringen om å ikke lenger knytte timetelling til å bli vist på nett, trer i kraft umiddelbart. Medlemmer har krav på en (1) oppføring på «Finn din Osteopat». Evt andre arbeidssteder må medlemmet selv sørge for å markedsføre, f.eks. via lenker under egen hovedoppføring. Ordningen vil være under evaluering frem til neste årsmøte, 2022. Modul for registrering av faglig aktivitet i medlemsdatabase opprettholdes inntil videre.

Tomas Collin
Osteopat D.O
MNOF



Etisk hjørne

Tekst: Etisk komité

Pasientjournal

Medlemmer av NOF skal følge Lov om helsepersonell. Dette betyr blant annet at vi er pliktige til å føre pasientjournal. Vi regner med at samtlige medlemmer fører journal, men her kommer det likevel en kort oppsummering om hva en journal skal inneholde.

Det heter seg slik, at den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient. Journalen skal inneholde relevant og nødvendig informasjon, om pasients behov og helsehjelpen som utøves. Dette vil være alt fra navn og fødselsnummer, til aktuelt problem og hvilke undersøkelser som har blitt utført.

Journalen skal føres i god yrkesskikk, og på en slik måte at det tydelig kommer frem at det er du som har ført opplysningene.

Pasientjournalen bør også føres på en slik måte, at det vil være mulig for annet kvalifisert helsepersonell å forstå journalens innhold. Pasienter har ved ønske, rett til innsyn i sin journal.

En pasientjournal er ikke bare noe vi bør skrive for å oppfylle kravene til helsepersonelloven, men det vil i de aller fleste tilfeller gjøre deg til en bedre osteopat. Du vil ha bedre kontroll på alle opplysningen pasienten gir deg, og du vil kunne utøve ditt yrke bedre. Ikke minst vil dette være verdifullt ved eventuell utlevering av epikriser.

En epikrise er et sammendrag av opplysninger, tatt ut fra pasientjournal, gjeldene tester, behandling, progresjon etc. I mange tilfeller vil

dette være svært verdifullt i samarbeid med annet type helsepersonell, eller nødvendig ved utsending til forsikringsaker.





I år blir det full satsing på Arendalsuka!

I 2020 ble uka avlyst, men i år blir igjen Arendal stedet for politisk påvirkning og synlighetsarbeid.

NOF har deltatt flere ganger, og dette har gitt viktige bidrag i vårt arbeid med blant annet autorisasjon. I år er det valgår og alle partier vil satse tungt på Arendalsuka. Vi skal møte de alle og gjøre alt vi kan for å fremme medlemmenes interesser. Følg oss videre i sommer, lik og del det vi legger ut, sammen når vi mange.





Autorisasjonsprosessen – hvordan finne frem?

Tekst: Tomas Collin

Mva fritak

Mva fritak for osteopati må videreføres inntil autorisasjon er på plass. Regjeringen har varslet at unntaket skal videreføres ut 2021. Som medlem av NOF hjelper vi deg med å sikre mva fritak ved å melde deg inn i altbas registeret i Brønnøysund. Dersom du er usikker på om du har dette i orden, kontakt oss gjerne.

Ansvarsforsikring

NOF administrerer kollektiv ansvarsforsikring for alle yrkesaktive medlemmer. Denne videreføres helt frem til autorisasjon er lovfestet. Alt autorisert helsepersonell i privat helsetjeneste må tegne avtale med NPE. NOF er for tiden i forhandlinger med NPE med mål om å etablere en kollektiv avtale for alle medlemmer.



Høringsfristen er 4 juni – NOF skal så klart følge opp og svare på vegne av profesjonen



Frp fremmet Dok8 forslag om å fremskynde autorisasjon, grunnet lang høringsfrist. Helse og Omsorgskomiteen og deretter Stortinget ønsket ikke dette – høringen skal gå sin gang som planlagt



Storingsvedtaket i desember 2020 bestemte at «Osteopater skal gis autorisasjon som helsepersonell»
Høyre, Venstre, Krf, Frp og Sp, stemte for forslaget



Høringsnotat ble sendt fra HOD, mars 2021



Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) har ansvar for å forberede proposisjon til Stortinget, fordi det er snakk om en lovendring





I korte trekk vil en søknad måtte inneholde dokumentasjon av kvalifikasjon i form av utdanningsbevis, i tillegg til blant annet politiattest

10

9

6

11



Autorisert osteopat!



NOF skal gi alle medlemmer grundig informasjon om hvordan man søker når den tid kommer



Først nå begynner det å nærme seg at hver og en av oss kan søke om å bli autorisert osteopat

8



Autorisasjon er nå lovfestet og man kan arbeide videre med ikrafttredelse og utarbeide forskrifter mm, disse vil inneholde rammer for yrkeskvalifikasjoner

7



HOD og statsråden har ansvar for at proposisjonen ferdigstilles, og sendes til Stortinget for behandling



Stortinget stemmer over forslaget, og må igjen si ja til at osteopater skal innlemmes i Lov om Helsepersonell mv, en lovendring krever to voteringer med noe tid imellom

Oppsummering

Dette er en tidkrevende prosess, før vi er fremme ved målet. Vi forventer at regjeringen fullfører Stortingets vedtak, men det er vanskelig å gi en eksakt tidsangivelse. NOF fortsetter å følge opp saken og vi er i jevnlig kontakt med myndighetene. Som flere har merket seg har også andre aktører kommet på banen, med ulike utspill. Dette svarer vi på i direkte dialog med myndigheter og i høringsvar. Vi lover å holde alle medlemmer orientert og gir beskjed så fort det kommer ny og viktig informasjon.

Tomas Collin
Osteopat D.O
MNOF





Utvidet pasientbeskrivelse

Tekst: Kristian Eikvar

Aktuelt problem og smerteanamnese

En 25 år gammel mann presenterer med belastningsrelatert venstresidig- håndleddsmerter og høyresidig skuldersmerter. De aktuelle håndleddsmertene startet gradvis for tre uker siden etter periode med flere crossfit-konkurranser med tung repetitiv belastning i styrkevinger som involverer rask og tung vektbelastet- håndleddsekstensjon. Det var ingen spesifikk hendelse/traume som utløste smertene. Vektbelastet håndledd i ekstensjon og radial deviasjon er smerteprovoserende.

Smertene er lokalisert dorsalt, radial side i området os scaphoid og os trapezium, på venstre håndledd. Han karakteriserer smertene som stikkende og hemmende, 8 av 10 på VAS, har ingen nattesmerter eller morgensmerter. I forhold til pasientens funksjonsnivå plages han kun ved trening. Ved fremprovoserte smerter, må han stoppe aktiviteten. I tillegg til å jobbe som gruppetreningsinstruktør og PT, satser pasienten aktivt som utøver. Smertene skaper derfor bekymring og frustrasjon, da det hemmer progresjon i treningen inn mot NM. Bruk av håndleddsstøtte/tape lindrer og han føler at det holder leddet mer stabilt. Lengre og nøye planlagt oppvarming lindrer i tillegg noe. Smertene avtar >1 time etter provoserende aktivitet.

Skuldersmerter startet samtidig med håndleddsmertene og oppleves også belastningsrelatert. Smertene er lokalisert i høyre axilla ved utadrotatorene. Smertene oppleves som 6-7/10 på VAS og karakteriseres som irriterende og verkende smerte. Pasient legger til at det kjennes muskulært. Øvelser og bevegelser med eksentrisk ekstensjon (/ og med utrotasjon)- provoserer. Smertene avtar >1 time etter provoserende aktivitet og rotatorcuff aktiverende øvelser lindrer noe. Smertene er lokalisert i axilla.

- Av tidligere sykehistorie har pasienten hatt i perioden som fotballspiller totalt fire nesebrudd og opererte for skjev neseskillevegg etter siste brudd. Basalcellekreft (basaliom) i venstre skulder 2018, er operert tre ganger og er under oppfølging. Håndledds-operert for dorsalt ganglion i 2016 i venstre håndledd. Tilstanden kom gradvis og kan ikke huske at cysten kom etter en spesifikk hendelse og han mener at han ikke har hatt noen håndleddstraumer. Men 2016 var en periode med mye tung og variert belastning, da han kombinerte crossfit-trening med førstegang-

stjeneste i hæren.

- Pasienten kom for første gang til Studentklinikken i oktober 2020 med en sannsynlig patellartendinopati høyre side, i tidlig tendon dysrepair-fase som responderte bra på belastningsmodifisering, mekanoterapi (heavy slow resistance training) og manuellbehandling med en todelt osteopatisk tilnærming bestående av global og lokal-symptomatisk. Behandlingsmålene adresserte optimal venolymfatisk tilbakestrøm og biomekanisk funksjon i underekstremitetene, og behandlingsplanen for førstegangsproblemet er avsluttet. Pasienten har vært svært fornøyd med behandling og håndtering i Studentklinikken og har vært til oppfølging for andre uspesifikke belastningsrelaterte plager som gjengangere i cervicalcolumna med myofasciellspenning mot høyre Sibson's fascie og skulderbue med nedsatt innrotasjon i Glenohumeralledd ipsilateralt. Smertegeneratorer er, etter manuellundersøkelse og smertereduksjon-respons på behandling, antatt å være C3, M. Subscapularis og mm.Scalenii.

Sosialanamnese

Pasienten har hele sitt liv vært aktiv innen idrett, spilt fotball på nasjonalt nivå, og begynte med crossfit som aktivitet for basterening ved siden av. Han ble deretter mer interessert og glad i denne treningsformen og bestemte seg for å begynne aktivt med crossfit istedenfor fotball. Han har en bachelor i fysisk aktivitet og helse og jobber nå som gruppetreningsinstruktør og personlig trener i tillegg til å satse nasjonalt som crossfit-utøver. Jobb og trening er derfor en stor del av hans sosiale liv. Bor alene, men har en kjæreste som studerer i Trondheim, de har et godt parforhold. Han har god kunnskap innen optimal kosthold og søvnrutiner som han etterlever selv og vurderer sin egen helsetilstand som over gjennomsnittet god.

Den diagnostiske prosess

Anamnese og den kliniske ortopediske undersøkelse ekskluderte aktuelle differensialdiagnoser som instabilitetstilstander i hånd, herunder; triangulære fiberbrusk kompleks-skade og Scapholunate-instabilitet. Det er ingen funn palpatorisk som indikerer senepatologi av hånd- og fingerekstensorer. Tentativ diagnose ble derfor uspesifikk subakutt radiocarpalsmerte. Etiologien er ukjent, men det ses sannsynlig at fibrøse arrdannelse postoperativt kan ha redusert elastisiteten i leddkapsel som reduserer ve-

vets belastningsterskel for smertesensitivisering, sammenliknet med frisk side. Nedsatt bevegelse og postoperative smerter etter ganglion-kirugi forekommer til en viss grad. (1) Da artrose-forandringer og scaphoid osteonekrose er vanskelige diagnoser å stille i klinikk, bør det vurderes i samråd med pasient for videre bildediagnostisk utredning. Skuldersmertene antas på bakgrunn av undersøkelsen å være en begynnende reaktiv tendinopati i m.teres minor. Pasienten har i løpet av tidligere behandlingsforløp hatt forhøyet systolisk blodtrykk med høyeste verdi målt; 173/84 mmHg og gjennomsnittlige verdi rundt; 135/85 mmHg. 170 systolisk regnes som grad 2 hypertensjon mens 135 regnes som normalt høyt blodtrykk.(2) Det er ikke unormalt med høyt blodtrykk hos idrettsutøvere.(3) I tillegg har pasienten vært ukomfortabel med blodtrykktesting som kan påvirke testene (White coat syndrome).(4) Vi har fulgt blodtrykksmåling rutinemessig ved oppfølgende konsultasjoner, pasient har snakket med fastlege og det er konstatert at det ikke er et medisinsk problem.

Arbeidshypotese

Mann 25 år, presenterer med uspesifikk subakutte dorsoradiocarpale-smerter i venstre håndledd som tentativ diagnose med en overbelastning av postoperativ arr-fibrose som mulig etiologi. Sannsynlige smertegeneratorer er arr-fibrotisk leddkapsel ved os scaphoid og os trapezium. I tillegg til reaktiv tendinopati i høyre M. Teres minor som smertegenerator for skulder. Overbelastning og mangel på optimal restitusjon ses som utløsende årsak. Opprettholdende eksterne faktorer(OeF) antas å være mangel på restitusjonsbetinget belastningsjustering og interne antas å være postoperative fibrøse arrdannelse for hånd. OeF for skulder antas å være høyresidig myofasciell hypertonisitet og nedsatt funksjon i skulderbuen.

Prognostisk analyse

Negative prognostiske markører

- Smertene kan oppleves som et stort hinder for livsstil, jobb og fritid som omfavner fysisk trening/crossfit. Dette kan danne emosjonelt grunnlag for katastrofiseringstanker rundt smertene som kan resultere i smertesensitivisering og fear-avoidance. Men det er ingen tydelige tegn fra anamnesen som skulle tilsi dette.

- Et ambivalent forhold til å redusere og tilpasse treningsbelastningen. Pasienten har et

sterkt indre driv til å ha kontinuerlig progresjon i treningen for å bedre prestasjon, men forstår viktigheten av belastningsregulering for restitusjon og at treningsprogresjon ikke er lineær.

- Sannsynlig å få tilbakefall av smerter. Aktivitetsformen (crossfit) består av et bredt spekter av funksjonelle øvelser innenfor turn, vektøfting og utholdenhetsøvelser. Mange av disse består av bevegelser som utfordrer håndledds stabilitet, bevegelighet, grepstyrke og muskulærutholdenhet. Pasientens preferanser tilsier at aktivitetsformen ikke bare er en hobby, men en selvvalgt livstil.

Positive prognostiske markører

- Pasienten er ung og ressurssterk med gode kosthold og søvnrutiner for optimal allostatisk regulering. Har god forståelse for treningsprinsipper, biomekanikk, patofysiologi og vevs-tilheling/rehabilitering.
- Har et internt kontroll-locus og er flink på å følge opp aktive tiltak.
- Høyt fravær av gule flagg /psykososiale faktorer som kan øke risikoen for et forlenget symptomforløp. Utover et ambivalent forhold til å ned-dosere treningsbelastningen og eventuelle psykososiale faktorer rundt det å avstå fra eller tilpasse fellestreninger/konkurranser er det ingen gule flagg
- Pasienten har erfaring med rehabiliteringstilnærmingene, mekanoterapi og belastningsjustering for tendinopati med suksessfullt resultat.

Prognose:

Pasienten har god prognose. Pasienten har meget god helse og der er fravær av signifikante gule flagg som kan påvirke prognosen. Pasienten responderer bra på manuell behandling kombinert med aktive tiltak. Kan forvente normal rehabiliteringstid på rundt 12 uker.

Behandlingsplan

Basert på best tilgjengelig evidens om mekanoterapi for tendinopati og manuell behandling av skulder og håndleddsmerter, pasientens preferanser for behandlingsplan og klinisk erfaring, har vi satt sammen en aktiv og manuell behandlingstilnærming med følgende mål:
(5-7)

Hovedmål: Smertefri vektbelastet håndledd og skulder med best mulig funksjon mot belastningskrav for ønsket treningsprogresjon.

Kortsiktig behandlingsmål:

- Lokal smertereduksjon
- Motivere pasient for rehabiliteringsperioden som kommer
- Bedre og opprettholde sirkulatoriske forhold i skulderbuen og ved terminal lymfedrenering (ductus thoracicus og lymphaticus dexter) for optimal væskebalanse og transport av lymfe.

Kortsiktig delmål:

Håndledd:

- Smertereduksjon ved isometrisk ekstensjon, radial deviasjon og intercarpal leddspill.

Skulder:

- Smertereduksjon i isometrisk utrotasjon og inhibitorisk trykk på muskelbuk
- Opprettholde sirkulatoriske og lymfatiske forhold i skulderbuen/thoracic inlet

Langsiktig behandlingsmål:

Optimalisere funksjon i den kinetiske kjeden i over-ekstremitet

Langsiktige delmål:

Skulder:

- Smertereduksjon i isometrisk utadrotasjon
- Bedre thorakal ekstensjon og skapularglidning.
- Smertereduksjon under trening og nevnte provoserende skulderøvelser

Håndledd:

- Smertefri vektbelastet hånd i ekstensjon.

Aktive tiltak:

Håndledd:

- Mekanoterapi for smertereduksjon: 3-4gr/uke(veiledende) 2 x 15 rep med eksentrisk håndleddsekstensjon/bruk av vannflaske.
- Planlegge god håndleddsopvarming for mobilitet til økt-aktuelle øvelser.
- Belastningsregulering etter smertegrense på 3-4 på VAS. Ved overstigning eller vedvarende smerter etter trening. Doser ned belastning neste 72 timene.

Skulder:

- Belastningsregulering etter smertegrense på 3-4 på VAS. Ved overstigning eller vedvarende smerter etter trening. Doser ned belastning neste 72 timene.
- Mekanoterapi: 3 x 15 sideliggende skulder vektbelastet rotasjoner med 4 sek tempo i begge faser. Doser først annenhver dag, og øk frekvens med ukentlig til 2x per uke, følg med på mulig forverring av symptomutvikling.

Passive tiltak:

- Pasientundervisning i belastningsjustering, vevs-tilheling og rehabilitering for sener.

Beskrivelse av behandlingsforløp

Første del av behandlingsforløpet vil bestå av todelt tilnærming, lokal symptomatisk og global-osteopatisk, for å redusere smerte lokalt og behandle strategiske somatiske dysfunksjoner i den myofascielle-biomekaniske kinetiske kjeden. Lokalt vil indirekte behandlingsteknikker som f.eks. BLT og direkte artikuleringsteknikker for hånd bli benyttet. For skulder vil blant annet myofascial release og counterstrain bli benyttet. Global osteopatisk tilnærming vil fokusere

på optimal skulderfunksjon. Behandling av følgende regioner vil være av betydning; den cervicothorakale overgangen, costa 1-3, skulderbuen (SC-AC-ST og GH-leddet) og øvre thorakale virvler blant annet T4 som har vært gjenganger hos denne pasienten. I tillegg vil den osteopatiske tilnærmingen inneholde elementer for opprettholdelse av optimale sirkulatoriske og respiratoriske forhold og venolymfatisk tilbakestrøm. Det er kombinasjonen av at pasienten sitter igjen med en følelse av at han og hans preferanser blir inkludert i behandlingsplanen med aktive tiltak, at plagene blir tatt på alvor, grundig diagnostikk, manuell undersøkelse og behandling som vil gi et behandlingsforløp med et godt resultat.

Referanseliste:

1. Kuliński S, Gutkowska O, Mizia S, Martynkiewicz J, Gosk J. Dorsal and volar wrist ganglions: The results of surgical treatment. Adv Clin Exp Med Off Organ Wroclaw Med Univ. januar 2019;28(1):95-102.

2. Helsebiblioteket.no R. Høyt blodtrykk: forstå blodtrykksmåling [Internett]. Helsebiblioteket.no. BMJ Publishing Group; [sitert 29. april 2021]. Tilgjengelig på: /pasientinformasjon/hjerte-og-kar/hoyt-blodtrykk-forsta-blodtrykksmaaling

3. Berge HM, Isern CB, Berge E. Blood pressure and hypertension in athletes: a systematic review. Br J Sports Med. juni 2015;49(11):716-23.

4. Pioli MR, Ritter AM, de Faria AP, Modolo R. White coat syndrome and its variations: differences and clinical impact. Integr Blood Press Control [Internett]. 8. november 2018 [sitert 29. april 2021];11:73-9. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6233698/>

5. Camargo PR, Alburquerque-Sendin F, Salvini TF. Eccentric training as a new approach for rotator cuff tendinopathy: Review and perspectives. World J Orthop [Internett]. 18. november 2014 [sitert 29. april 2021];5(5):634-44. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4133471/>

6. Murtaugh B, Ihm JM. Eccentric training for the treatment of tendinopathies. Curr Sports Med Rep. juni 2013;12(3):175-82.

7. Brantingham JW, Cassa TK, Bonnefin D, Pribicevic M, Robb A, Pollard H, mfl. Manipulative and multimodal therapy for upper extremity and temporomandibular disorders: a systematic review. J Manipulative Physiol Ther. april 2013;36(3):143-201.

Kristian Eikvar
4. års student ved
Høyskolen Kristiania





Diplomoppgave

Tekst: Hanna Cortsen

Effekten av Epley manøver i klinisk praksis på pasienter med BPPV i posterior buegang sammenlignet med placebobehandling. En systematisk oversiktsartikkel av randomiserte kontrollerte studier.

Abstrakt

Objektiv: Å sammenfatte og vurdere tidligere forskning i en systematisk oversiktsartikkel av effekten av Epley manøver (EM) i klinisk praksis på pasienter med BPPV i posterior buegang, sammenlignet med placebobehandling.

Datakilder: Et systematisk søk ble gjennomført i de helsevitenskapelige databasene PubMed og MEDLINE, januar 2021.

Studieutvalg: Randomiserte kontrollerte studier som tok for seg EM mot en placebo-gruppe, andre sammenligninger ble utelukket. Studiene måtte være publisert på engelsk i perioden 2000–2021. BPPV i posterior buegang var et kriterium, samt Dix-Hallpike test som målemetode.

Dataekstraksjoner: Metodekvaliteten ble vurdert ved bruk av Cochrane Risk of Bias Tool (RoB2) for randomiserte kontrollerte studier for å evaluere risikoen for feilkilder. Effekten av pasientenes bedring ble oppgitt prosentvis og regnet ut ved relativ risiko og P-verdi som analyserte effekten av negativ DHT og selvrappporterende oppløsning av vertigo mellom gruppene.

Syntese av data: Av totalt 92 studier, stod fem randomiserte kontrollerte studier til inklusjonskriteriene. Det ble gjennomført en narrativ analyse av resultatene av de inkluderte studiene. Metodekvaliteten ble vurdert til «low risk» i to studier, to «some concern» og én «high risk» etter RoB2 kriteriene. Resultatene tilsvarer en statistisk signifikant effekt av EM ved DHT og pasientenes subjektive opplevelse av vertigo.

Konklusjon: EM har en god effekt på å reversere DHT og subjektiv opplevelse av vertigo sammenlignet med placebobehandling. Resultatene tilsier at effekten viser seg å vedvare hos pasientene. Manøveren anses å være en effektiv behandlingsprosedyre i klinisk praksis.

Nøkkelord: Benign paroksysmal posisjonsvertigo (BPPV), Dix-Hallpike test (DHT), effekt, Epley manøver (EM), oversiktsartikkel, vertigo

Bakgrunn

Benign paroksysmal posisjonsvertigo (BPPV) anses å være den vanligste vestibulære årsaken til vertigo, med en livstidsprevalens på 2,4 % (1,2). Prevalensen er økende med alder, hvorav kvinner er dobbelt så disponert som menn (3). BPPV skyldes vanligvis hodetraume (17%) eller idiopatisk opphav (4,5).

Karakteristiske trekk ved BPPV er kortvarige repetitive episoder av rotatorisk vertigo, utløst ved rotasjon av hodet relativ til tyngdekraften og forbigående nystagmus (6,7). Den antatte årsaken er feilplasserte fragmenterte otolittpartikler forårsaket av canalithiasis eller cupulolithiasis (8,9). Den posteriore buegangen er affisert i 85–95% av tilfellene, hvorav Dix-Hallpike test (DHT) er et anerkjent diagnostiseringsverktøy (3,10,11). Den beste evidensbaserte behandlingen av BPPV i posterior buegang er reposisjoneringsmanøvrer (3). Den mest omtalte er Epley manøver (EM), bestående av en sekvens på fire serier (9,12–14).

I en systematisk oversiktsartikkel sammenfatter Hilton et al. (13) studier av effekten til EM mot andre behandlingsprosedyrer. EM viste å være en effektiv behandling på samme linje som andre reposisjoneringsmanøvrer, og ha større effekt enn Brand-Darloff øvelser. Flere studier viser til en høyere oppløsningshastighet av vertigo og nystagmus ved bruk av EM enn Semont og Brand-Daroff øvelser (15,16). Wegner et al. (7) viste til at EM hadde en bedre kortidseffekt enn vestibulær rehabilitering, likevel utgjorde behandlingsformene omtrent lik effekt etter én måned. Postmanøver restriksjoner har vist å ikke ha påvirkning på tidligere progresjon for BPPV, studier anbefaler derfor kun bruk av EM (17–19). Ballvé et al. (1) evaluerte EM som en effektiv behandling på kort- og langsikt hvor resultatet var reduksjon av vertigo og reversert DHT.

Den foreliggende studien har som mål å sammenfatte og vurdere tidligere forskning av effekten til EM på kort- og lang sikt, sammenlignet med en placebo-gruppe. Denne vurderingen gjøres på bakgrunn av oppløsning av vertigo og negativ DHT for å forsterke manøverens gyldighet på pasienter diagnostisert med BPPV.

Materiale og metode

Søkestrategi

Forskningsspørsmålet ble utformet ved hjelp av PICO-modellen. Modellen tar for seg (P) Population, (I) Intervention (C) Comparison og

(O) Outcome (20). Populasjonen av interesse var pasienter diagnostisert med BPPV i posterior buegang, hvor en så på intervensjonen av EM sammenlignet med placebobehandling. Det var ønskelig å se om utfallet resulterte i en høyere oppløsning av vertigo og negativ DHT hos de som mottok EM.

I perioden 04.01–25.01.21 ble det gjennomført et systematisk litteratursøk i databasene PubMed og MEDLINE. For å innskrenke søket i databasene ble det benyttet avhuking av aktuelle inklusjonskriterier i databasene. Følgende søkeord ble benyttet i søkestrengen i begge databasene: (Benign paroxysmal positional vertigo OR BPPV AND Epley manoeuvre OR reposition maneuver AND vertigo OR dix-hallpike test).

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble utformet for å sørge for at studiene egnet seg til studiens formål. Randomiserte kontrollerte studier ble sammenlignet da studiene er sammenlignbare og måler effekten av noe, og var dermed hensiktsmessige i denne oversiktsartikkelen. Studiene måtte være publisert på engelsk i tidsperioden 2000–2021. Deltakerne måtte være over 18 år, da BPPV forekommer hyppigere med økende alder. Undersøkellesmetoden måtte være DHT som et verktøy for utfallsmåling av EM. Studier hvor det ble utgitt pre- medisinsk behandling før intervensjon som en del av behandlingen ble ekskludert, da resultatene kunne ha blitt påvirket. Da formålet med studien kun var å se på effekten av EM, bestod kontrollgruppen av placebo/sham-manøvrer. For å ikke begrense søket ytterligere, ble det ikke forhåndsbestemt antall deltakere i studiene.

Tabell 1:

Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier

- Gjennomført fra 2000–2021
- Engelsk publisering
- Deltakere <18 år
- Diagnostisert med BPPV i posterior buegang
- Modifisert Epley manøver
- Dix-Hallpike test (DHT)
- Placebo/sham-manøver

Dataekstraksjoner

Alle studiene ble hentet fra de helsevitenskapelige databasene PubMed og MEDLINE. Studiene ble lagt over på programvaren Zotero 5.0.94, hvor duplikater ble ekskludert. Videre ble studier ekskludert på bakgrunn av tittel og abstrakt. De gjenværende studiene ble gjennomgått i fulltekst, hvor eksklusjon- eller inklusjon av studiene ble tatt på bakgrunn av forhåndsatte kriterier (tabell 1). En studie ble inkludert ved hjelp av håndøk i PubMed. Tilslutt var det fem studier som svarte til kriteriene. Hele seleksjonsprosessen ble gjort av forfatteren selv, og vises i figur 1. Da alle de inkluderte studiene allerede er offentlige og tilgjengelige, var det ikke nødvendig med en etisk gjennomgang av studiene.

Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

De inkluderte studienes metodekvalitet ble vurdert ved å benytte Cochrane Risk of Bias Tool (RoB 2) for randomiserte kontrollerte studier. For å begrense skjevhet og oppnå pålitelige konklusjoner ble begrensninger av studiene vurdert innenfor de fem domener: Selection bias, Performens bias, Detection bias, Attrition bias og Reporting bias. Grunnet forfatterens mangel på kompetanse for evaluering av skjevhet, ble Other bias utelatt fra vurderingen. The Cochrane Handbook ble benyttet for innhenting av informasjon og vurderingsgrunnlag for den samlede risikoen for domene til «low risk», «some concerns» eller «high risk»(21,22).

Analyse av data

Dataene ble først analysert gjennom en seleksjonsprosess presentert i et flytskjema (Figur 1). De inkluderte studiene ble oppsummert i tabell hvor karakteristiske trekk, resultater og kvalitetsvurdering fremkommer (tabell 2). Hovedfunnene og relaterte utfall i studiene ble beskrevet i tekstform. Det ble angitt prosentvis forskjell mellom gruppenes resultat og deres P-verdi som tilsvarte signifikansen mellom gruppene. Relativ risiko (RR) ble benyttet for å sammenligne effekten i begge grupper. RR =1.0 indikerer at den estimerte effekten er lik ved begge grupper(23-25). Ved utregning av effektstørrelse blir RR ansett som klinisk signifikant om verdiene er >0.50 eller <2.00, risikoen er da mer enn halvert eller doblet(26).

Eksklusjonskriterier

- Alle studier utenom randomiserte kontrollerte studier
- Ikke gjort på mennesker
- Pre-medisinsk behandling som en del av intervensjonen
- Studier som så på EM sammenlignet med annen rehabilitering
- Studier som sammenlignet EM med andre reposisjoneringss manøvrere

RR ble målt ut fra begge grupper negative DHT og selvrapporterende reduksjon av vertigo etter behandling. DHT er gullstandarden for diagnostisering av BPPV og har en sensitivitet på 79-82 % og en spesifisitet på 71-75 % (11,27,28). En positiv DHT indikerer karakteristisk posisjonsnystagmus og vertigo, er testen negativ er resultatet fravær av symptomer(4,29).

Resultat

Gjennom seleksjonsprosessen ble 63 studier fra PubMed og 29 studier fra MEDLINE inkludert. Totalt resulterte dette i 92 studier for gjennomgang av tittel og abstrakt. Flytdiagrammet (Figur 1) viser til hvordan de ulike studiene selektivt ble valgt og bakgrunnen for ekskludering. Duplikater ble ekskludert og studier hvor tittel og abstrakt ikke stod til inklusjons- eller eksklusjonskriteriene ved gjennomlesning, ble utelukket. Ni artikler stod til kriteriene og ble lest i fulltekst. På bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble totalt fem utelukket. En studie grunnet deres bruk av medikamentell behandling før behandlingen ble utført. De resterende fire ble ekskludert med bakgrunn av forfatterens mangel på tilgang av studiene. Dette resulterte i fem gjenværende studier som stod til kriteriene.

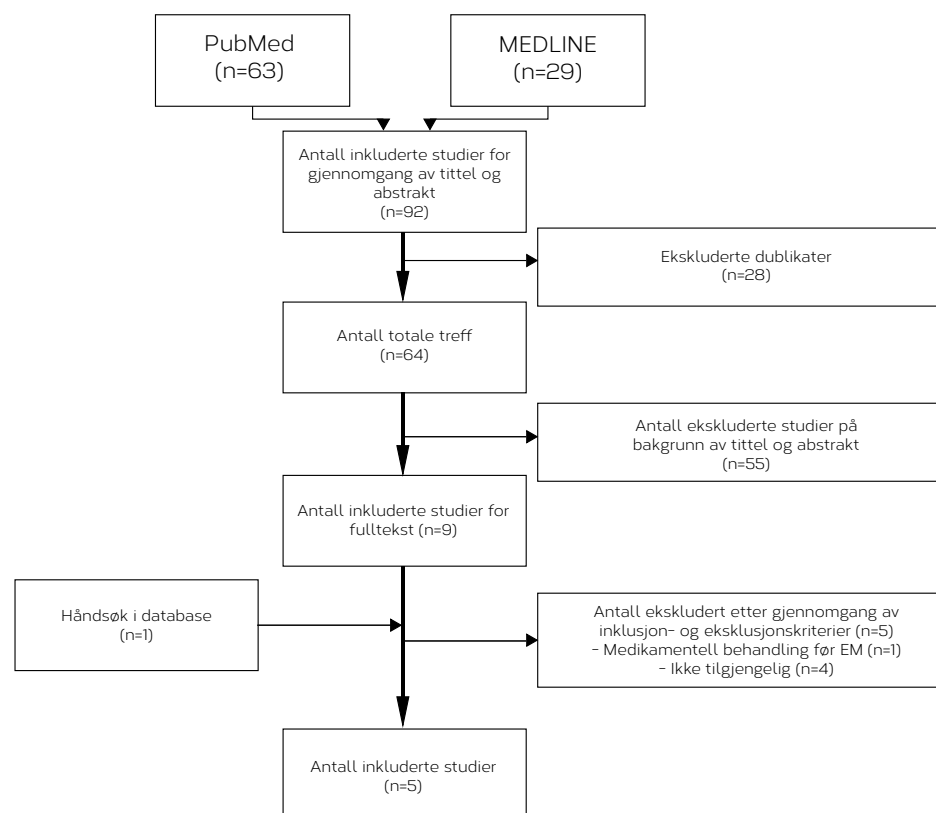
Karakteristika ved studiene

De fem inkluderte studiene var alle randomiserte kontrollerte studier. Totalt inkluderte de fem studiene 263 pasienter fordelt på intervensjon- eller kontrollgruppe. Studiene var gjennomført i perioden år 2000 til 2014. Samtlige studier sammenlignet EM med placebo/sham. DHT og selvrapporterende oppløsning av vertigo ble benyttet til utfallsmåling. Studienes kvalitet og karakteristika er oppsummert i sin helhet i tabell 2.

Den selvrapporterende oppløsningen av vertigo ble kontrollert ved ulike metoder. I Froehling et al.(30) fikk alle spørsmålet «Føler du at svimmelheten har forsvunnet helt?». Von Brevern et al.(31) målte subjektivt utfall ved hjelp av telefonintervju etter 1 dag (kun sham gruppen), 1 uke og 1 måned etter intervensjon. De tre andre studiene brukte ulike likerte skaler for å måle svimmelheten, hvorav Bruintjes et al. (32) tok i bruk Dizziness Handicap inventory (DHI)(33). De to resterende studiene tok i bruk en 0-10 poeng likert skala(34,35).

Målingene av DHT og selvrapporterende oppløsning av vertigo i de ulike studiene ble gjennomført rett etter intervensjon til 12 måneder etter. Tre studier beskrev at pasientene i placebogruppen ble gitt EM ved oppfølgende behandling om de fremdeles hadde symptomer(31,34,35). I Chang et al.(35) fikk pasientene i EM-gruppen 25mg intravenøs prometazin, dersom bedringen var lavere enn 50%. Placebogruppen ble først tilbudt EM, dersom det ikke viste bedring ble det gitt prometazin.

Figur 1: Flytskjema for seleksjonsprosessen av randomiserte kontrollerte studier



Tabell 2. Karakteristika av studiene

Studie	Objektiv	Deltakere	Intervensjon	Målemetode	Utfallsmål DHI	Utfallsmål (%)	Relativ risiko	P-verdi
Froehling et al. 2000	Å sammenligne cana- lith reposisjonerings- prosedyre (CRP) med en sham manøver for benign paroksysmal posisjons vertigo	50 stk. CRP (n=24) Sham (n=26) Varighet symptomer (median): CRP: 43 dg. Sham: 35 dg	CRP: modifisert Epley manøver – opp mot 5 sykluser. Sham: ligge på symp- tomatisk side i 5 min for så sitte opp.	1DHT 2Selvrapporterende oppløsning av vertigo		1-2 uker Reduksjon vertigo: CRP: 50 % Sham: 19 % (31% (95% CI 4%- 57 %) Negativ DHT: CRP: 67 % Sham: 38 % (28% (95% CI 5% - 56%)	RR:2.6	(P>0.02)
Chang et al. 2004	Å sammenligne effekten av Epley manøver med placebo manøver hos pasienter på legevakten som med benign posisjons vertigo	22 stk. EM (n= 11) Placebo(n=11) Varighet symptomer (median): EM: 28 t Sham: 30 t	EM: modifisert Epley manøver Placebo: 5 min sidelig- gende på affisert side	1 DHT 2Selvrapporterende oppløsning av vertigo		15-30 min Reduksjon vertigo: EM: 55% Placebo: 9%	RR: 6.1	(P>0.001)
Von Brevern et al. 2006	Å evaluere effekten av Epley manøver for behandling av posterior kanal benign paroksysmal posisjons vertigo 24 timer etter gjennomført manøver	66 stk. EM (n= 35) Sham (n= 31) Varighet symptomer (median): EM: 36 dg. Sham: 25.5 dg	EM: modifisert Epley manøver – opp mot 3 sykluser Sham: Epley manøver på kontralateral side.	1DHT 2 Selvrapporterende oppløsning av vertigo		24 timer Nystagmus EM: 80 % Sham: 10 % Reduksjon vertigo: EM: 80 % Sham: 13 % 1 uke Reduksjon vertigo: EM: 94 % Sham: 82 % 4 uker Reduksjon vertigo: EM: 86% Sham: 85 %	RR: 8.0 RR: 6.2 RR:1.1 RR: 10.1	P>0.001) (P>0.001) n/a n/a
Munoz et al. 2007	Å avgjøre om canalith reposjonerings- ma- nøver (CRM) er effektiv for behandling av Benign paroksysmal posisjons vertigo når det brukes av familiele- ger i primæromsorgen	81 stk. CRM (n= 39) Sham (n= 42) Varighet symptomer (snitt): CRM: 6.2 år Sham: 6.0 år	CRM: modifisert Epley manøver Sham: Epley manøver på kontralateral side.	1DHT 2Selvrapporterene oppløsning av vertigo		Baseline: Negativ DH CRM: 34.2 % Sham: 14.6 % Reduksjon i vertigo CRM: 31.6 % Sham: 24.4 % Begge: CRM: 53 % Sham: 37 % 1 uke begge grupper fikk CRM CRM: 74% Sham:66% 2 uker begge grupper fikk CRM CRM: 76 % Sham:77%	RR: 2.3 (95% CI 103- 533) RR: 1.2 (95% CI 0.7-1.9 RR: 1.4 RR:1.1 RR: 0.9	P>0.04) (P>0.48) (P>0.18) (P>0.48) (P>0.94)
Bruinijes et al. 2014	Å evaluere langtidsef- ekten av Epley manø- ver som en terapeutisk prosedyre for posterior kanal benign paroksys- mal posisjonsvertigo.	44 stk. EM (n=22) Sham (n=22) Varighet symptomer (median): EM: 10 mnd. Sham: 6 mnd	EM: modifisert Epley manøver – opp mot 2 sykluser Sham: Semont ma- nøver	1. DHT 2 DHI	DHI (0-100) 1.mnd. EM: 5(0-58) Sham: 24 (0-76) (P>0.003) 3 mnd. EM: 0 (0-40) Sham: 20 (0-76) (P>0.001) 6mnd. EM: 1(0-44) Sham: 19 (0-80) (P=0.009) 12 mnd. EM: 0 (0-51) Sham: 20 (0-76) (P= 0.003)	Negativ DHT 1 mnd. EM: 96% Sham: 36% 3 mnd. EM: 91 % Sham: 41% 6 mnd. EM: 86 % Sham: 41 % 12 mnd. EM: 91 % Sham: 46 %	RR: 2.6 (95% CI 1.5-3.1) RR: 2.2 (95% CI 1.3-2.9) RR: 2.1 (95% CI 1.2-3.1) RR: 2.0 (95% CI 1.2 - 2.6)	(P>0.001) (P>0.001) (P> 0.002) (P>0.001)

Ordforklaringer: CRM = canalith repotition maneuver, CRP = canalith repotition procedure, DHI =Dizziness Handicap Inventory, n/a =Not applicable

Resultater fra intervensjonene

Froehling et al.(30) rapporterte en signifikant reduksjon av vertigo i CRP-gruppen sammenlignet med sham, reduksjonen var mer enn doblet ved bruk av CRP (RR:2.6, P>0.02). Resultatene av DHT viser til fordeler for CRP-gruppen, hvor objektiv nystagmus ved DHT var mindre vanlig, og ga flere negative DHT enn sham-gruppen (RR:1.8, P>0.046).

Chang et al.(35) viste til en vesentlig signifikant bedring i EM-gruppen (RR:6.1, P>0.001). Reduksjonen av vertigo hadde en median på 6 pasienter (95% CI 4-9) kontra 1 (95% CI 0-3). Flere pasienter i placebogruppen rapporterte høyere skår av vertigo ved pre-manøver. Studien gjorde en analyse av skjevhetene, hvor selv i det lille utvalget hadde EM en signifikant større reduksjon i svimmelhetsskår (P>0.008). 55 % i placebogruppen fikk i etterkant EM som behandling hvor svimmelhetsskåren etter manøvreringen ble statistisk signifikant (P>0.027). I etterkant fikk 3 av 11 pasienter i EM-gruppen intravenøs prometazin sammenlignet med 7 av 11 i placebogruppen (36 (95% CI -2%- 75%).

Det ble funnet en signifikant forskjell mellom gruppene ved både posisjonsvertigo og nystagmus (P>0.001) i studien til Von Brevern et al.(31). 43% i EM-gruppen hadde en suksessfull behandling av én enkel behandling, de resterende 57% trengte to-tre behandlinger for å bli asymptomatisk. I EM-gruppen som ble symptomfrie etter 24 timer, var det kun én av 28 som rapporterte tilbakefall av posisjonsvertigo etter 1 uke. Ved andre behandling fikk sham-gruppen EM for affisert side, hvor 93 % rapporterte i etterkant at de ble symptomfrie. Etter 1 uke og 4 uker var effektstørrelsen lik i begge grupper (RR:1).

I studien til Munoz et al.(34) ble det rapportert en signifikant reduksjon i CRM-gruppen sammenlignet med sham-gruppen etter første behandling ved resultat av negativ DHT (RR:2.3, P>0.04). Ved selvrappporterende svimmelhet hos pasientene var det en større bedring i CRM-gruppen, men ikke en signifikant forskjell mellom gruppene (RR:1.2 P>0.48). Ved behandlingen etter 1 uke og 2 uker fikk begge grupper CRM. Behandlingen resulterte i bedring i begge grupper med RR på omtrent 1 ved negativ DHT og selvrappporterende reduksjon i vertigo.

Bruintjes et al.(32) viste til at EM hadde en langtidseffekt som var signifikant bedre enn sham-gruppen (RR: 2.0, P>0.001). Ved tidligere behandlinger hadde EM-gruppen en signifikant bedring ved DHT. Pasientene i EM-gruppen hadde en lavere median DHI skår enn sham-gruppen ved baseline (23 versus 33, P=0.08), og var lavere ved alle oppfølgende besøk. Ved 12 måneders oppfølging hadde EM en medianskår tilsvarende at ingen pasienter hadde vertigo, sammenlignet med sham-gruppen som presenterte med en vesentlig høyere skår, men i kategorien mild DHI skår (P>0.003).

Metodekvalitet for studiene

Fire studier rapporterte deres randomisering ved hjelp av forseglede konvolutter eller et generert datasystem. Froehling et al.(30) rapporterte randomisering ved stratifisering av alder og kjønn, hvorav gjennomsnittsalder og

antall menn var likt fordelt mellom gruppene. Fire av studiene var også dobbelt-blindet, og en enkelt-blindet. Alle studiene rapporterte ufullstendige data. Munoz et al.(34) rapporterte at pasientene ble retestet med DHT etter en uke oppfølging, før pasientene i begge gruppene ble behandlet med CRM, om nødvendig. Dataene før den nye intervensjonen er ikke publisert i studien, og gir en usikkerhet om målingene er rapportert.

Tabell 3: Resultat av kvalitetsvurdering for de inkluderte randomiserte kontrollerte studier ved bruk av RoB2. Tabellen er skrevet på engelsk for å beholde den opprinnelige terminologien.

Study	Selection bias Random sequence	Selection bias Allocation concealment	Performance bias Binding of participants and personnel	Detection bias Binding of outcome assessment	Attrition Incomplete outcome data	Other bias Other sources of bias	Reporting bias Selective reporting	Level of quality
Froehling et al. 2000	+	?	+	+	+		?	Some concern
Chang et al. 2004	+	+	-	-	+		+	High risk
Von Brevern et al. 2006	+	+	+	+	+		+	Low risk
Munoz et al. 2007	+	+	+	+	+		?	Some concern
Bruintjes et al. 2014	+	+	+	+	+		+	Low risk

Domene ble betraktet ut fra tre vurderingsgrunnlag, "low risk" (+) "unclear" (?) og "high risk" (-). Betydningen av "low risk" Studien blir vurdert til å ha lav risiko for skjevhet fra alle domener, "some concern". Studien har noe risiko ved minst ett domene og "high risk". Studien vurderes å ha høy risiko for skjevhet i minst ett av domene eller at studien vurderes å ha bekymringer for flere domener som reduserer tiliten til studien (21). Den samlede vurderingen av kvaliteten ble besluttet ut fra i hvilken grad de ulike domener har betydning for studien.

Diskusjon

Hovedfunn

EM fremkommer som en effektiv behandling kort tid etter behandling, samtidig ser det ut til at manøvreringen har en langvarig effekt. En statistisk signifikant andel av pasientene hadde negativ DHT ved første oppfølging og subjektiv reduksjon av vertigo.

Kliniske implikasjoner og usikkerhet

EM er den foretrukne behandlingen av BPPV i posterior buegang sett i sammenheng med placebobehandling. Evidensen av de inkluderte studiene tilsier at det er mindre vanlig med nystagmus under DHT etter gjennomført EM og at pasientene vil få en raskere reduksjon av symptomer(30-32,34,35). Dette tilsier at pasienter potensielt vil få en raskere bedring og komme raskere tilbake uten å bli hindret av symptomer. På bakgrunn av resultatene kan det betraktes at EM vil være en effektiv behandlingsmetode for terapeuter i klinisk praksis som behandler pasienter med BPPV.

Den spontane remisjonstiden ved BPPV uten behandling er høy(36). Resultatene i studiene må tas i betraktning om at flere av pasientene ville opplevd en spontan remisjon av symptomer uavhengig av EM. Flere av studiene viser til at pasientene hadde hatt symptomer i over én måned da de ble behandlet. Varigheten kan ha redusert tilfeller av spontan remisjon i studiene. De inkluderte studiene hadde få rekrutterte pasienter, hvorav noen pasienter ikke fullførte oppfølgingen. Dette kan skyldes den spontane remisjonen eller at

de ble symptomfrie etter første behandling.

Chang et al.(35) var den eneste enkelt-blindede studien. To av forfatterne gjennomførte reposisjoneringssmanøvrerne på pasientene vitende om hvilken gruppe som fikk EM og placebo. Dette kan betraktes som en feilkilde i resultatene, da forfatterne kan ubevisst ha utført intervensjonene i favør EM. Studien inkluderte i tillegg pasienter uten nystagmus, men som presenterte med reproduksjon av symptomer ved DHT.

Det var kun Bruintjes et al.(32) av de foreliggende studiene som vurderte langtidseffekten opp mot ett år. Effekten stemte overens

med tidligere forskning om en signifikant reduksjon av nystagmus og vertigo(1). De resterende studiene målte effekten fra noen minutter til fire uker etter intervensjon. Det er lite forskning på effekten av EM over én måned og dermed vanskeligere å konstatere langtidseffekten.

Sammenligning med eksisterende forskning

Studiene er i overensstemmelse med eksisterende forskning som viser til at EM er en effektiv og trygg behandling for pasienter med BPPV i posterior buegang(1,13,37). Eksisterende forskning påpeker også mangelen på langsiktig oppfølging (13,38). Den randomiserte kontrollerte studien Yimtae et al.(39) sammenligner EM med placebo, hvor EM viser å være mer effektiv enn placebo, og at gjennomføring av EM vil føre til redusert medikamentbruk. Flere studier sammenligner EM med medikamenter, hvor EM viser å være mer effektiv enn medikamenter alene, men at det sammen kan gi god effekt (10,39,40).

Styrker og begrensninger

Denne systematiske oversiktsartikkelen har en grundig gjennomgang av de inkluderte studiene, og kan anses som et nyttig oppslagsverk i klinisk praksis basert på resultatene og tidligere eksisterende forskning på EM og BPPV.

Utførelsen av søkestrategi kunne vært avansert ytterligere. Forfatteren benyttet seg av få søkeord, dette kan ha ført til utelatelse av relevant forskning. Det var kun databasene PubMed og MEDLINE som ble brukt, for ytterligere resultat kunne flere databaser blitt

benyttet. Forskningsprosessen kan ha blitt begrenset på bakgrunn av forfatterens mangel på erfaring og objektivitet. Det var kun forfatteren selv som gjennomførte forskningsprosessen og analysen av dataene. Flere erfarne parter involvert kunne kommet frem til en større andel relevante studier, og analysert dataene på et høyere nivå.

Det satte eksklusjonskriteriet om «pre-medisinering som en del av behandlingen før intervensjon» utelukkert relevante studier. Samtlige av de inkluderte studiene hadde ikke pre-medisinering som en del av intervensjonen. Likevel var det pasienter inkludert i studiene som hadde tatt medikamenter i forkant av studiet, eller fikk medikamentell behandling i etterkant av intervensjonen. På grunn av etiske retningslinjer var studiene nødt til å tilby pasientene EM eller medikamentell behandling om de ikke fikk symptomlette. Dette gjorde det vanskelig å sammenligne studiene ytterligere over en uke, da resultatene av effekten ble utlignet.

Anbefaling til fremtidig forskning

De fleste randomiserte kontrollerte studier på tema har et lite rekrutteringstall og dekker kun en kortvarig oppfølging. Det kan være behov for flere større prospektive studier som gjennomføres på et større geografisk område med flere terapeuter til å gjennomføre studiene. For ytterligere kunnskap om effekten til EM ville det vært interessant i senere studier å undersøke om repetitiv manøvrering under samme behandling vil bidra til å øke manøvrerens effekt.

I dag brukes EM på pasienter diagnostisert med BPPV i posterior buegang. Uzdan et al.(41) viste til at EM hadde effekt på subjektiv BPPV hos eldre som utviklet en bedring i livskvalitet. Det ville vært interessant å samle flere studier på subjektiv BPPV og EM effekt på deres symptomer og livskvalitet.

Konklusjon

EM har en god effekt på å reversere en positiv DHT, samt subjektiv opplevelse av vertigo, sammenlignet med placebobehandling. EM måltas til å ha god effekt fremdeles 12 måneder etter intervensjon. Den langvarige effekten må ses på med forsiktighet, da de fleste studiene kun målte korttidseffekten og hadde få rekrutterte. I fremtidig forskning er det behov for å se nærmere på langtidseffekten ved EM. Manøveren anses å være en effektiv behandlingsprosedyre i klinisk praksis.

Hanna Cortsen

4. års student ved
Høgskolen Kristiania



Referanseliste

1. Ballvé JL, Carrillo-Muñoz R, Rando-Matos Y, Villar I, Cunillera O, Almeda J, mfl. Effectiveness of the Epley manoeuvre in posterior canal benign paroxysmal positional vertigo: a randomised clinical trial in primary care. *Br J Gen Pract*. januar 2019;69(718):e52-60.
2. von Brevem M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, Lempert T, mfl. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 18. desember 2006;78(7):710-5.
3. Benign Positional Paroxysmal Vertigo Treatment: a Practical Update | SpringerLink [Internet]. [sitert 30. januar 2021]. Tilgjengelig på: <https://link.springer.com/article/10.1007%2F978-94-007-0606-x>
4. Goplen FK. 6.3 Benign paroxysmal posisjonsvertigo | Swimmelhet - diagnostikk og behandling [Internet]. [sitert 25. januar 2021]. Tilgjengelig på: https://www.balanselaboratoriet.no/book-down/_book/BPPV.html
5. Alvarenga GA, Barbosa MA, Porto CC. Benign Paroxysmal Positional Vertigo without nystagmus: diagnosis and treatment. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 1. november 2011;77(6):799-804.
6. Bressi F, Vella P, Casale M, Moffa A, Sabatino L, Lopez MA, mfl. Vestibular rehabilitation in benign paroxysmal positional vertigo: Reality or fiction? *Int J Immunopathol Pharmacol*. juni 2017;30(2):113-22.
7. Wegner I, Niesten MEF, van Werkhoven CH, Grolman W. Rapid Systematic Review of the Epley Maneuver versus Vestibular Rehabilitation for Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg*. august 2014;151(2):201-7.
8. Palmeri R, Kumar A. Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV). I: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [sitert 7. oktober 2020]. Tilgjengelig på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470308/>
9. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, mfl. Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. mars 2017;156(3_suppl):S1-47.
10. Gaur S, Awasthi SK, Bhadouriya SKS, Saxena R, Pathak VK, Bisht M. Efficacy of Epley's Maneuver in Treating BPPV Patients: A Prospective Observational Study. *Int J Otolaryngol* [Internet]. 2015 [sitert 31. januar 2021];2015. Tilgjengelig på: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606415/>
11. Talmud JD, Coffey R, Edemekong PF. Dix Hallpike Maneuver. I: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [sitert 30. januar 2021]. Tilgjengelig på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459307/>
12. Gold DR, Morris L, Kheradmand A, Schubert MC. Repositioning Maneuvers for Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *Curr Treat Options Neurol*. 10. juli 2014;16(8):307.
13. Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014 [sitert 31. oktober 2020];(12). Tilgjengelig på: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003162.pub3/full>
14. Nguyen C-T, Basso M. Epley Maneuver. I: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [sitert 7. februar 2021]. Tilgjengelig på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563287/>
15. Gupta AK, Sharma KG, Sharma P. Effect of Epley, Semont Maneuvers and Brandt-Daroff Exercise on Quality of Life in Patients with Posterior Semicircular Canal Benign Paroxysmal Positional Vertigo (PSCBPPV). *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. mars 2019;71(1):99-103.
16. Lee JD, Shim DB, Park HJ, Song CI, Kim M-B, Kim C-H, mfl. A multicenter randomized double-blind study: comparison of the Epley, Semont, and sham maneuvers for the treatment of posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. *Audiol Neurotol*. 2014;19(5):336-41.
17. Cohen HS, Kimball KT. Treatment variations on the Epley maneuver for benign paroxysmal positional vertigo. *Am J Otolaryngol*. februar 2004;25(1):33-7.
18. Balıkcı HH, Özbay I. Effects of postural restriction after modified Epley maneuver on recurrence of benign paroxysmal positional vertigo. *Auris Nasus Larynx*. oktober 2014;41(5):428-31.
19. De Stefano A, Dispenza F, Citraro L, Petrucci AG, Di Giovanni P, Kulamarva G, mfl. Are postural restrictions necessary for management of posterior canal benign paroxysmal positional vertigo? *Ann Otol Rhinol Laryngol*. juli 2011;120(7):460-4.
20. PICO [Internet]. Helsebiblioteket.no. Helsebiblioteket.no; [sitert 2. februar 2021]. Tilgjengelig på: [/kunnskapsbasert-praksis/sporsmal/formulering/pico](https://kunnskapsbasert-praksis/sporsmal/formulering/pico)
21. Chapter 8: Assessing risk of bias in a randomized trial [Internet]. [sitert 2. februar 2021]. Tilgjengelig på: [/handbook/current/chapter-08](https://handbook/current/chapter-08)
22. Higgins JPT, Altman DG, Gotzsche PC, Juni P, Moher D, Oxman AD, mfl. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 18. oktober 2011;343(Oct18):d5928-d5928.
23. Chapter 6: Choosing effect measures and computing estimates of effect [Internet]. [sitert 2. februar 2021]. Tilgjengelig på: [/handbook/current/chapter-06](https://handbook/current/chapter-06)
24. Risk Ratios and Rate Ratios (Relative Risk) [Internet]. [sitert 4. februar 2021]. Tilgjengelig på: https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/mph-modules/ep/ep713_association/ep713_association3.html
25. Ferguson CJ. An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*. oktober 2009;40(5):532-8.
26. Andrade C. Understanding Relative Risk, Odds Ratio, and Related Terms: As Simple as It Can Get. *J Clin Psychiatry*. 22. juli 2015;76(7):857-61.
27. You P, Instrum R, Parnes L. Benign paroxysmal positional vertigo. *Laryngoscope Invest Otolaryngol*. 14. desember 2018;4(1):116-23.
28. Haliker RB, Barrs DM, Wellik KE, Wingerchuk DM, Demerschalck BM. Establishing a Diagnosis of Benign Paroxysmal Positional Vertigo Through the Dix-Hallpike and Side-Lying Maneuvers: A Critically Appraised Topic. *The Neurologist*. mai 2008;14(3):201-4.
29. Sumner A. The Dix-Hallpike Test. *Journal of Physiotherapy*. 1. juni 2012;58(2):131.
30. Froehling DA, Bowen JM, Mohr DN, Brey RH, Beatty CW, Wollan PC, mfl. The canalith repositioning procedure for the treatment of benign paroxysmal positional vertigo: a randomized controlled trial. *Mayo Clin Proc*. juli 2000;75(7):695-700.
31. von Brevem M, Seelig T, Radtke A, Tiel-Wilck K, Neuhauser H, Lempert T. Short-term efficacy of Epley's manoeuvre: a double-blind randomised trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. august 2006;77(8):980-2.
32. Buntjens TD, Companjen J, Zaag, Looijen HJ van der, Benthem PPG van. A randomised sham-controlled trial to assess the long-term effect of the Epley manoeuvre for treatment of posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. *Clinical Otolaryngology*. 2014;39(1):39-44.
33. Jacobson GP, Newman CW. The Development of the Dizziness Handicap Inventory. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 1. april 1990;116(4):424-7.
34. Munoz JE, Mikle JA, Howard M, Springate R, Kaczorowski J. Canalith repositioning maneuver for benign paroxysmal positional vertigo: randomized controlled trial in family practice. *Can Fam Physician*. juni 2007;53(6):1049-53. 1048.
35. Chang AK, Schoeman G, Hill M. A randomized clinical trial to assess the efficacy of the Epley maneuver in the treatment of acute benign positional vertigo. *Acad Emerg Med*. 2004;11(9):918-24.
36. Hilton M, Pinder D. Benign paroxysmal positional vertigo. *BMJ*. 29. mars 2003;326(7391):673.
37. Lee S-H, Kim JS. Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *J Clin Neurol*. 2010;6(2):51.
38. Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2004 [sitert 4. mars 2021];(2). Tilgjengelig på: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003162.pub2/full>
39. Yimtae K, Srirompotong S, Srirompotong S, Sae-Seaw P. A randomized trial of the canalith repositioning procedure. *Laryngoscope*. mai 2003;113(5):828-32.
40. Teixeira LJ, Machado JNP. Maneuvers for the treatment of benign positional paroxysmal vertigo: a systematic review. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 1. januar 2006;72(1):130-8.
41. Uz U, Uz D, Akdal G, Çelik O. Efficacy of Epley Maneuver on Quality of Life of Elderly Patients with Subjective BPPV. *The Journal of International Advanced Otolaryngology*. desember 2019;15(3):420.

FUTURE trekk

Lojer har lansert en ny serie trekk med unike egenskaper, som ikke bare gir en behagelig og perlemoraktig overflate, men også en rekke andre gunstige fordeler. Trekket er antibakterielt, anti-mikrobielt og antimuggbehandlet, og derfor svært godt egnet for dagens hygienebehov. I tillegg er det miljøvennlig, slitesterkt, vannavstøtende, brannsikkert og falmer ikke. Stort utvalg farger!



Samarbeidsavtale som gir faste rabatter

Avtalen gir deg som medlem av Norsk Osteopatforbund -17,5% rabatt på alle varer i vårt faste sortiment. Registrer deg som kunde i vår nettbutikk og ta kontakt før du legger inn din ordre, så legger vi til rabatten på ditt kundenummer. Rabatten kan ikke kombineres med andre tilbud, avtaler og rabatter.

HELE VÅRT
SORTIMENT

-17,5%

**FORDELS-
AVTALE**

For mer informasjon besøk oss på
fysiopartner.no eller ring 23 05 11 60

FYSIOPARTNER® Part of Lojer Group



Videreutdanning i idrettsmedisin

Hei!

alle idrettsinteresserte
osteopater;

**Vil du lære mer om idrettsmedisin
og bli en kompetent støttespiller og
behandler for både mosjonister og
idrettsutøvere?**

Høyskolen Kristiania starter til høsten opp en videreutdanning i idrettsmedisin for osteopater. Denne utdanningen vil gi deg kompetanse til å jobbe med idrettslag og bli tryggere og mer effektiv i møte med pasienter med idrettsskader i klinikken.

Utdanningen vil gi deg kompetanse i blant annet akuttskadebehandling, rehabilitering, skadeforebygging og dybdekunnskap om idrettsskader. Utdanningen vil ha et klinisk fokus og du vil lære hvordan du kan integrere osteopati i idrettsmedisinske problemstillinger og være en del av et tverrfaglig idrettsmedisinsk støtteapparat.

Dette er den eneste utdanningen i idrettsmedisin i Norge som er spesialtilpasset osteopater og som gir formell kompetanse i idrettsmedisin. Utdanningen er et deltidsstudie som gir 30 studiepoeng i idrettsmedisin. Studiet

strekker seg over to semestre og er organisert med helgesamlinger som varer tre eller fire dager. Studiet er organisert sånn at det skal være mulig å praktisere som kliniker ved siden av. Det er ingen krav til erfaring innen idrettsmedisin for å ta utdanningen.

Undervisningen blir gjennomført på Høyskolen Kristiania, men det vil også bli tilgjengelig digitalt undervisningsmateriale som videoer, kvisser og andre oppgaver. Det er planlagt et opptak på 30 studenter og opptaket blir gjennomført etter «først til mølla-prinsippet». Påmeldingen åpnet 3. juni.



Skann QR-koden

Her kan du lese mer om videreutdanningen i idrettsmedisin.

Martin Stav Engedahl
Programansvarlig for
videreutdanningen i
idrettsmedisin



Kort info om utdanningen:

Opptakskrav:

Det kreves bachelorgrad (180 studiepoeng) og videreutdanning (60 studiepoeng) i osteopati eller tilsvarende. Den opprinnelige deltidsutdanningen fra NAO og Høyskolen Kristiania kvalifiserer for opptak til utdanningen.

Undervisningshelger høsten 2021:

- 17. – 19 september
- 22. – 24. oktober
- 26. – 28. november

Studiepoeng: 30 stp

Studieavgift: Kr. 18.500,-
per semester (totalt kr. 37.000,-)

Studieplasser: 30

Påmeldingen åpnet 3. juni

Ved spørsmål, ta kontakt på e-post:
martin.engedahl@kristiania.no



HUSK DEADLINE FOR BIDRAG TIL OSTEOPATEN NR. 3/21 - 22. SEPTEMBER 2021.

Redaksjonen:

Ingrid Nicander (redaktør)
Tomas Collin
Emilie Sørli

Osteopaten

Norsk Osteopatforbund
nof@osteopati.org

Grafisk design:

Appell Reklamebyrå AS,
Drammen

Trykk:

Lier Grafiske