

OSTEOPATEN

www.osteopati.org



TEMA: DEN GRAVIDE KVINNE

Osteopati
og gravide.

Hva sier forskningen?

– se side 17

Trening i
svangerskap
og etter fødsel

– se side 13

Alle gravide
er unike

– en pasienthistorie

– se side 10

KONTAKTOPPLYSNINGER:

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

STYRET I NOF:

- Leder:.....Helge Skåtun
e-post: helge@blibedre.com
- Styremedl:.....Tomas Collin
e-post: tcollin.tc@gmail.com
Tlf. mob: 907 21 456
- Styremedl:.....Morten Kittelsen
e-post: osteomorten@gmail.com
Tlf. mob: 913 28 430
- Styremedl: Christin Stormyr
e-post: cistormy@yahoo.no
Tlf. mob: 990 45 330
- Styremedl:.....Matias K. Fjeld
e-post: mkfjeld@gmail.com
Tlf. mob: 976 83 833
- Varamedl:.....Thorbjørn Fritzen
e-post: thorbjorn@vesthelse.no
Tlf. mob: 671 50 157
- Varamedl:.....Jan-Eric Hole (stud.)
e-post: janeric.hole@gmail.com
Tlf. mob: 414 53 326

ADRESSEFORANDRINGER:

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 du bestille fra NOF:

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



Redaktørens hjørne



Kjære Lesere!

Siden vi i Norge bare har ett barnehage-opptak i året og mange har lest i sladderpressen at de fleste toppidrettsutøvere er født tidlig på året nærmer vi oss slutten på perioden flest kvinner er gravide i Norge. Juli er måneden det fødes flest barn i Norge med hele 5566 fødsler mot bare 4400 i desember (2011 – ssb). Om dette merkes på klinikken er vet jeg ikke, men at omtrent halvparten av gravide

kvinner er plaget av bekkenmerter under svangerskap og hver fjerde etter fødsel er godt beskrevet i litteraturen (Wu et al 2004)

Det skjer mye fasinende i kroppen under og etter et svangerskap, men jeg vil tro at svangerskapsrelaterte bekkenplager (det vi tidligere kalte bekkenløsning) representerer storparten av de gravide vi møter på klinikken. Vi har derfor vektlagt denne problematikken spesielt i denne utgaven.

Jeg håper vi har balansert oppdatert teoretisk kunnskap sammen med klinisk erfaring og ekspertise på området til nytte for osteopater og gravide nært og fjernt!

God lesing!

Tom Eirik Bjørkli
Redaktør

Lederen har ordet



Kjære kollegaer!

Store deler av NOF-organisasjonen har hatt det veldig travelt siden årsmøtet! Den nye markedsføringskomiteen har dere sikkert "sett" alle sammen, synligheten på våre sosiale medier har økt betydelig siste året men enda mer siste månedene! Stor takk til Jan-Andreas F og Matias Fjeld som holder meg våken til langt på natt med gode ideer og forslag til kommende innspill på FB.

Markedsføringsstrategi – Vi har startet en anbudsrunde for å få profesjonell hjelp til dette arbeidet, vi kan Osteopati men trenger hjelp fra gode markedsføringspersoner til å tilpasse og spre budskapet til de forskjellige målgruppene vi er nødt til å nå. Avgjørelsen har trolig skjedd når dere leser dette, men det er spennende tider for oss som sitter midt oppe i prosessen.

Visuell profil – NOF bør fornye seg og forsøke å finne et uttrykk som fanger essensen av osteopati, et uttrykk som både våre medlemmer, våre pasienter samt andre vil forstå og gjenkjenne med de positive verdiene vi håper og tror begrepet osteopati omfatter.

Gambit, Naprapatforbundet og NOF har inngått formelt samarbeid på noen viktige og strategiske punkter. Bakgrunnen er flere, blant annet at vi ser vi har felles mål med Autorisasjon.

Naprapatforbundet gjorde en undersøkelse sammen med Reumatismeforeningen bla. på hvor mange av pasientene som hadde hørt om forskjellige behandlingsformer, og om de ville ha prøvd disse om de var tilgjengelig for dem. Resultatene var oppløftende på flere områder, både for oss og Naprapatene, blant annet hadde mange flere hørt om oss enn jeg fryktet og veldig mange ville forsøkt oss om vi hadde vært en del av det offentlige helsevesenet. Dette er tall som vil bli offentliggjort og presentert for myndigheter og helsepolitikere om ikke lenge!

Arendalsuka – NOF vil være til stede med stand i Pollen i Arendal 16-20 August. Så våre sørlandske medlemmer håper vil komme innom. Arendalsuka er en viktig arena for å få ut vårt budskap til politikere og andre samarbeidspartner. På torsdagen deltar vi på en paneldebatt om autorisasjon og offentlig regulering, og hvorfor dette er viktig spesielt for pasientene våre!

Ha en riktig god sommer og håper å se dere alle i Arendal i august :), og eller på fagdag til høsten!

Mvh Helge Skåtun
Leder NOF

Pasienten velger en moderne terapeut.

Ønsker du å ligge et steg foran?

Med ny timebestilling har vi fått frigjort tid og ressurser. Et uunnværlig redskap i 2016!

*Jan Kristian D. Huus
Fysioterapeut og Osteopat
Vest helse og trening*



35 05 79 10 | physica.no

INTERVJU MED BRITT STUGE



Britt Stuge tar imot oss på sitt kontor, der hun avslutter mailkommunikasjon med en doktorgrads student hun veileder i Nepal. På vei inn til møterommet observerer vi en mengde bilder og postere. Variasjonen mellom presentasjonene er påfallende. Kvinner i utviklingsland, hedersbevisninger og forskningspresentasjoner. Klare vitnesbyrd om en variasjon i hennes hverdag, som vi snart skal få bli bedre kjent med.

En stotrete start fra to uerfarne journalister hindrer ikke den erfarne klinikerens i å sette dagsorden for sitt budskap. Og fra start til slutt på dette møtet får vi servert tanker, betraktninger og erfaringer som er vel verd for alle som jobber med bekkenleddsmerter å ta med seg.

Britt Stuge jobber i klinisk praksis hver uke. Her møter hun pasienter som er henvist fra annet helsepersonell og kollegaer. Ofte utfordrende kasus. Og hun er opprørt over hva kvinnene har opplevd på veien til hennes klinikk. Mange kvinner har fått konsultasjoner med lav kvalitet. Hun fremhever mangelfull undersøkelse og dårlig behandling. Og ofte overbehandling. Her er det viktig å være edruelig i forhold til egen praksis, og gjøre en kontinuerlig evaluering av progresjon og effekt av behandlingen.

Hun anbefaler å bruke Pelvic Girdle Pain questionnaire, som hun selv har utarbeidet og kvalitetssikret. Dette tar maks 3 min å fylle ut, og er ett godt hjelpemiddel for evaluering av pasienten. Ved korrekt diagnose og målrettet behandling bør kvinner med svangerskaps-

Britt Stuge innehar en imponerende publikasjonsliste. Hun har doktorgrad, er senior forsker, veileder til doktorgradsstudenter, fysioterapeut og er forskningsleder for fysioterapi ved Universitetet i Oslo. Og da vi forespurte henne via e-post om hun var interessert i å møte oss i forbindelse med denne utgaven av Osteopaten, kom svaret raskt. Det ville hun gjerne. Etter å ha møtt denne formidable kvinnen, skjønner vi hvorfor.

Hun vil formidle sin kunnskap. Hun har ett budskap til alle behandlere som møter kvinner med bekkenplager. Hun har forsket på denne problemstillingen i mange år, og er opptatt av å overføre forskningsbasert kunnskap til klinisk praksis.

relatert bekkenproblematikk ha god effekt av 2-6 behandlinger i svangerskapet. Hun påpeker også at det ikke er nødvendig å rutinemessig kontrollere denne pasientgruppen etter fødsel, da de fleste tilfeller av bekkensmerter bedrer seg postpartum.

Hvor henter du din faglige inspirasjon?

Ved å arbeide med pasienter, undervise og forske. Selv henter jeg inspirasjon fra pasienter og kollegaer nasjonalt og internasjonalt. Jeg hører på alt. Leser litteratur, søker miljøet og har tatt mange kurs. Men ikke bare manuelle teknikker. Noe av det jeg har hatt mest nytte av er da jeg studerte pedagogikk. Gode kommunikasjonsverktøy er viktig i forhold til anamnese. Jeg vil fremheve anamnese og det å se/observere som viktige verktøy. Hendene som undersøkelsesverktøy er ett begrenset redskap.

Hva er dine tanker rundt begrepet bekkenløsning?

Dette er en term som vi bør bruke presist. Gravide kvinner går igjennom den naturlige prosessen bekkenløsning. Forskingen støtter ikke opp under at det er bekkenløsningen eller hormonelle faktorer som gir bekkensmerter. Her er det viktig å velge ordene vi bruker for å beskrive utfordringene som kvinnene møter med omhu. Dette er viktig for det kognitive aspektet ved behandlingen. Jeg ser at det er behov for informasjon til helsepersonell. Retningslinjene for diagnose er under utvikling, og pasientenes landsforening for kvinner med bekkenleddsmerter har tatt dette til etterretning i valg av navn.

Er det noen behandlingsintervensjoner for bekkenleddsmerter vi nå kan legge bak oss?

Fokus på ren kjernemuskeltrening og trening på ustabilt underlag slår Britt Stuge fast. Mange er så rigide i kjernen. Her må vi revurdere. Dette gjelder også bekkenbunnsmuskulaturen. Klinikerens Britt Stuge kombinerer en tilnærming med manuell behandling og individualisert trening for sine pasienter. Hun er opptatt av å formidle hvor viktig det er å se på bevegelse i normal daglig aktivitet. Vi må lære kvinnene å bruke kroppen normalt, teste og skreddersy øvelser til den enkelte kvinnen.

Her kjenner vi at Britt Stuges ord fungerer som balsam for osteopatihjarter. Er det muligens plass for osteopatisk tilnærming i den tverrfaglige behandlingen av denne pasientgruppen?

Det er vist noen lovende resultater i forskningen. Britt Stuge har lagt merke til at Pennick og Liddle nevnte osteopati i sitt systematiske review for Cochrane. Men hun slår også fast at hun ikke har tro på at organers posisjon eller alle dysfunksjoner som man finner i columna nødvendigvis har en påvirkning på bekkenet.

Vi velger her å ikke bli opphengt i vicerele ligamenter, og ptoaserer raskt tilbake til muskelskjelettproblematikken i bekkenringen.

Hva er dine beste råd til kvinner som har bekkenleddsmerter?

Finn en bevegelsesmåte som gir mindre smerte. Vær i aktivitet, men hvil ofte. Stopp før du opplever smerte.

Så hvor tror du vi står om 10 år som helseprofesjonelle i svangerskapsomsorgen for kvinner med bekkenleddsmerter?

Hun sukker lett oppgitt og sier: ting går så veldig sakte.
Ting tar tid.
Legeforening og gynekologforeningen anerkjenner retningslinjer.
Men det finnes fremdeles mange fordommer og uvitenhet.
Pasientforeninger kan bidra til en form for opprettholdelse av plager. Vi må fortsette å jobbe for å få frem kunnskap om.

Her er vi på samme linje. Og vi håper at disse ord fra Britt Stuge blir tatt til etterretning av osteopatiske kollegaer som møter kvinner med bekkenleddsmerter. Vedlagt finner dere noen referanser til Britt Stuges arbeid som er nyttig å bruke i klinisk praksis. Vi takker for praten, og arbeidet som hun gjør for å forbedre helsen til gravide kvinner.

Ingvild og Mona

Referanser:

Stuge B, Lærum E, Kirkesola G, and Vøllestad N. The efficacy of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy. A randomized controlled trial. Spine 2004;29:351-9.

Stuge B. Current knowledge on low back pain and pelvic girdle pain during pregnancy and after childbirth. A narrative review. Current Women's Health Reviews. 2015 (11):68-74

Stuge B, Sætre K, Brækken IH. The association between pelvic floor muscle function and pelvic girdle pain - a matched case control 3D ultrasound study. Man Ther. 2012 Apr;17(2):150-6. Epub 2012 Jan 15.

Grotle M, Garratt AM, Krogstad Jenssen H, Stuge B (2011) Reliability and construct validity of self-report questionnaires for patients with pelvic girdle pain Phys Ther. 92 (1). 111-23

Stuge B, Garratt A, Krogstad Jenssen H, Grotle M (2011) The pelvic girdle questionnaire: a condition-specific instrument for assessing activity limitations and symptoms in people with pelvic girdle pain Phys Ther. 91 (7). 1096-108

Stuge B (2010) [Diagnosis and treatment of pelvic girdle pain] Tidsskr Nor Lægeforen. 130 (21). 2141-5

Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B (2008) European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain Eur Spine J. 17 (6). 794-819

Mona Valstad Elness

Osteopat og Fysioterapeut
Klinikk for Alle,
Majorstuen



Ingvild Skarpås Aannerud

Osteopat D.O MNOF
Klinikk for Alle, Majorstuen



INTERNATIONAL CONFERENCE: AN INTEGRATIVE APPROACH OF MEDICALLY UNEXPLAINABLE PHYSICAL SYMPTOMS (MUPS) 16-17 SEPTEMBER 2016

2016 is an important year for the Dutch Osteopathic Association (NVO); it's our 30th anniversary. To celebrate this, the association is organizing an international conference and will be presenting an integrative approach to Medically Unexplainable Physical Symptoms (MUPS) to the medical and paramedical community.

Since MUPS falls under Functional Medicine, this conference features a lineup of speakers who are frontrunners in their respective fields concerning functional complaints.

The field of Functional Medicine is making a transition from Illness to Wellness (from I to We). In other words, the focus is shifting

from disease to health. To promote the integration of different approaches, and focus on the relationships between the different structures and functions (systematic approach), osteopathy offers a useful contribution. The osteopathic philosophy is based on the pillars health, function and taking a systematic approach.

This conference is for the physician who is interested in models which contribute to an effective approach for MUPS, but also for the paramedical and complementary professional who encounters a large percentage of these MUPS patients in their practice. During this conference MUPS is approached from the fields of basic science (histological, fluidic, immunological, and neurological) as well as the biopsychosocial field. All elements of the osteopathic ECOP-model will be present.

More information about the program
www.iciamups.com info@iciamups.com



INTERVJU MED MONA VALSTAD ELSNESS

#femalewellness #osteopassion

”Jeg har selv følt på kroppen hvor effektivt osteopati kan være!”



Denne spalten har som mål at vi som medlemmer av NOF skal bli bedre kjent med flere av våre kolleger rundt om i landet. Vi har alle det til felles at vi brenner for osteopati. Og vi er alle gode på noe. Vi håper dere setter pris på å bli bedre kjent med mange dyktige og engasjerte osteopater i utgavene fremover!

Kort om Mona.

Mona er 38 år, gift med Frode Elsness og bor i Oslo.
Har vokst opp i Svarstad i Vestfold.
I løpet av de siste 6 årene har de fått 3 barn; den yngste er nå ca. 7 mnd gammel.
Mona var ferdig osteopat i 2012 og skriver D.O.-oppgave relatert til kvinnehelse: ”Osteopathic treatment in Pelvic Girdle

Pain”. Mona er akkurat tilbake på jobb, og jobber nå 50% kombinert med barselpermisjon.

Utdanning:

Idrettsvitenskap, NTNU (1 år)
Physiotherapy Bsc (Hons) fra Manchester, England (3 år)
Osteopati, NAO 2007-2012

Arbeidserfaring:

Personlig trener SATS Elixia, 3T fra 2002- til 2006
Fysioterapeut ved Klinikk for Alle, Majorstuen fra 2006- 2012
Osteopat og Fysioterapeut ved Klinikk for Alle, Majorstuen fra 2012- til dd

Mona, du er akkurat tilbake i jobb som Osteopat på Klinikk for Alle på Majorstuen etter nylig å ha hatt mammaperm med barn nummer 3. Hvordan føles det å være tilbake?

Det er ikke første gangen jeg gjør dette, så jeg vet jo hva jeg går til. Jeg elsker jobben min og synes det er fantastisk å være tilbake i klinikk. Vi har planlagt hvordan vi skulle gjøre dette, så jeg har vært mentalt forberedt på at jeg skulle begynne å jobbe 50% i begynnelsen av mai. Men jeg har storkost meg i permisjon sammen med babyen min og resten av familien min. Og jeg setter ekstra stor pris på dagene jeg har i permisjon med Nora.

Hva er det med osteopati som skaper engasjement hos deg?

Jeg har bakgrunn som personlig trener og fysioterapeut, så jeg jobbet lenge med trening som verktøy. Trening i alle varianter; personlig trening, gruppetreningstimer etc. Deretter, som fysioterapeut, ble det mye fokus på rehabilitering og prehabilitering med bruk av de vanlige fysio-verktøyene: MTT (medisinsk treningsterapi), Redcord og Neurac. Jeg var opplært til å tro at det var det som gjaldt, at det var den eneste medisin. Men etterhvert som jeg fikk litt erfaring, og også gjennom interaksjon med manuelle behandlere på klinikken, fant jeg ut at jeg ikke kom helt i mål kun gjennom fokus på trening og rehabilitering. Jeg følte at jeg trengte noe mer.
Tilbake i 1996 snakket jeg med en osteopat som het Ole Snertingdalen. Han sa at jeg

like så godt kunne begynne på osteopati med en gang, i stedet for å begynne på fysioterapi, slik min plan var.

På denne tiden viste jeg ikke hva Osteopati var, men sett i ettertid, hadde han rett. Det var osteopat jeg skulle bli. I jobben som fysioterapeut på Klinikk for Alle, ble jeg introdusert for osteopati via en kollega (Iren Iversen) som da var student. På klinikken jobber vi veldig tverrfaglig og jeg ble fort nysgjerrig på å lære mer av det Iren kunne. Når jeg begynte på osteopati, følte jeg med en gang at jeg hadde truffet. På osteopat-studiet lærte jeg ikke bare en haug med manuelle teknikker, men vi lærte også mye om sammenhenger i kroppen. Det er så utrolig spennende å gå inn i det lukkede rom (mysteriet) som hver nye pasient er. Jeg pleier å sammenligne det med en Agatha Christie roman. Jeg er nå ferdig osteopat, men er langt fra utlært. Jeg lærer nye ting på jobb hver dag.

Hvordan er din pasientgruppe? Hva slags pasienter ser du mye av?

Jeg ser jo egentlig mange individer. Og jeg behandler aller helst alle typer pasienter. Men jeg har interessert meg mer og mer for temaet kvinnehelse i de senere år, så jeg har nok fått litt mer pasienter i den sjangeren den senere tid. Spesielt i gruppen som omhandler svangerskap og etter fødsel (postpartum). Når det er sagt har jeg f.eks. denne uken sett pasienter i alderen 3 uker til 86 år... og begge disse ”ytterpunktene” var menn (hankjønn, red. Anm.)!

Jeg bruker gjerne begrepet kvinnehelse, men kvinnehelse er mange ting. I medisinen deler man for eksempel bekkenringen med tilhørende strukturer i minst tre fagfelt: urologi, gynekologi og gastro. Her om dagen hadde jeg en obstetrikk-pasient med flere utfordringer, som førte til at jeg måtte konsultere med jordmor, anestesilege og gastrokirurgisk lege.

Har du opparbeidet deg et godt nettverk? Får du noen henvisninger fra andre helsearbeidere eller spesialister?

Ja, etterhvert ha jeg fått til et godt samarbeid med flere leger. Jeg har vært bevisst på å opprette kontakt med de som har vært involvert i behandling av mine pasienter. Jeg sender gjerne med brev via pasienten til f.eks. fastlege eller annen behandler, med informasjon om mine funn og mine tanker om videre behandling, og inviterer til dialog og utveksling av informasjon slik at vi sammen kan bidra til å oppnå resultater. Jeg har også ofte telefonkontakt med leger og andre behandlere.

Jeg kjenner deg som en veldig faglig engasjert osteopat. Hva er det akkurat nå som engasjerer deg mest? Hva er det siste kurset du meldte deg på?

Det siste kurset jeg tok var om trening for gravide kvinner, med Naprapat Katarina Woxnerud fra Sverige. Katarina har gått i lære hos fysioterapeut Diane Lee, fra Canada, og dette var et spennende kurs med mange fine innfallsvinkler. Når jeg først er inne på Diane Lee, så har hun

publisert artikler som er verdt å merke seg innen kvinnehelse også. Diane Lee har fine perspektiver til hvordan bedre å forstå hvordan de ulike regionene i kroppen, f.eks. hvordan bekkenet og thorax jobber sammen rent funksjonelt. Dette er aktuell kunnskap å ha når man jobber med kvinner som har endret sin kroppsholdning i løpet av relativt kort tid.

Hvordan klarer du å få tid til å holde deg faglig oppdatert? Du lever jo et travelt liv med jobb, mann og 3 relativt små barn. Blir det harde prioriteringer?

Nei, egentlig ikke. Jeg tenker mye fag hele tiden. Og alle har jo små pauser inni-mellom. Når jeg har en mulighet, tar jeg frem stoff og leser meg opp. Det er gjerne artikler eller bøker jeg har liggende. Artiklene har jeg gjerne «klippet ut» og lagt til side, slik at jeg kan lese det når jeg får mulighet.

Artikler og nyttig fagkunnskap kan man tilegne seg via mange kanaler, spesielt via internett. Fag-forum og podcaster er aktuelle plattformer. Noen av tidsskriftene har også mailinglister, der du kan melde deg på, og få tilsendt oppdatert kunnskap, som gjør det uendelig mye lettere å holde seg oppdatert. Så slipper jeg å sitte og gjøre litteratur-søk så ofte. Det er så mange dedikerte klinikere der ute som gjør den jobben for meg. Det er også mye som deles på nettet av foredrag, og webmøter som jeg drar nytte av. I min situasjon kan jeg ikke reise verden rundt på kurs og kongresser. Så jeg må gjøre det beste ut av situasjonen. Men jeg har vært på en del kurs, også et par kurs i utlandet. Men jeg må ikke glemme bøkene. Jeg elsker å lese bøker. «Back to basics». Jeg prøver også å hospitere med kollegaer når jeg har tid. På klinikken der jeg jobber er det også lav terskel for å banke på døra til naboen og spørre om hjelp, råd eller assistanse. Det hender at vi plutselig er 2 behandlere som behandler én pasient. Vi hjelper hverandre og gjør hverandre tjenester. Og så har vi også intern-under-visning på jobben, hvor vi kurser hverandre i ulike temaer. Tverrfaglig jobbing er virkelig læringsrikt!

Hvorfor finner du temaet kvinnehelse så spennende?

Det som er spennende med å jobbe med gravide er at du jobber med en kropp i utvikling. Det er i utgangspunktet en helt vanlig pasient, med ulike plager. Men denne pasienten skal gjennom store endringer i løpet av relativt kort tid. Min jobb er å sørge for at disse endringene kan gå mest mulig smertefritt for seg. De som er gravide lever også i en fase av livet hvor det skjer veldig mye spennende på mange arenaer. Det gjør selve interaksjonen med denne pasient-gruppen spennende.

Bunner noe av interessen for kvinnehelse med at du selv er og har vært "plantet" mitt i denne pasientgruppen selv?

Det var slik det begynte. Jeg gikk inn i den første graviditeten min uten mye kunnskap. På den tiden var jeg osteopati-student. Jeg opplevde at jeg fikk unødvendig mye komplikasjoner som følge av egne livsstilsvalg og lite målrettet behandling. I det siste svangerskapet var jeg ferdig osteopat.

Da gikk det mye bedre, mye takket være prehabiliterende trening og osteopatisk behandling fra dyktige kollegaer som Raket, Ingvald og Iren. Jeg har selv følt på kroppen hvor effektivt osteopati kan være! Jeg opplever i min osteopati praksis at jeg kan bidra mye til å lette svangerskapsplager, på samme måte som mine plager ble lettet. Mine erfaringer gjorde meg nysgjerrig og kunnskapstørst innenfor ett tema jeg knapt hadde ofret en tanke på før jeg ble gravid selv.

Hehe.. Det minner meg litt om bakgrunnen til at vår kjære A. T. Still begynte å utforske den manuelle medisinen – etter å ha hatt dårlige egen-erfaringer med datidens medisin...

Haha! Uten sammenligning forøvrig! Av og til kan det bære frukter å oppleve noe som er negativt... det kan fasilitere nyttige revolusjoner.

Har du tatt videreutdanning innen kvinnehelse?

Jeg har tatt det som har vært tilgjengelig av kurs via NOF. Jeg har også reist til England ved et par anledninger. Og som vi snakket om i sted, så gjør min livssituasjon pr. idag det vanskelig å delta på alt, men jeg søker kunnskap gjennom mange kanaler.

Savner du flere kurs innen kvinnehelse?

Jeg kunne gjerne gått på kurs innen dette temaet veldig ofte, men dette er jo bare ett av mange spennende emner innen osteopati. Og så er det mange andre diagnoser som grenser til kvinnehelsebegrepet. Kroniske bekkenplager, vestibulitt, vaginisme, inkontinens, endometriose...

Det er mye annet innen visceral behandling som også er spennende, og som er nært knyttet til kvinnehelse.

Kan du dele noen tips til de som ennå ikke føler seg så komfortable med pasientgruppen «kvinnehelse». Noe som har vært nyttig for deg på veien fra uerfaren på temaet, til mer erfaren...?

Jeg kan si én ting til (da vi har vært innom temaet allerede. red anm) som jeg tenker på. Hvis jeg skal utvikle meg innen dette temaet, så må jeg ikke nødvendigvis søke kunnskap innen osteopati. Når man dykker inn i et stort fagfelt – ja, hvis man

f.eks. gjør et litteratur-søk, så viskes linjene ut mellom de ulike profesjonene. Det er mye god kunnskap å hente hos andre faggrupper også. Det er nyttig å snakke med leger, kiropraktorer, fysioterapeuter, naprapater og jordmødre.

Det er viktig å lytte til pasienters erfaringer, for ingen er like. Jo mer «input» du får, og jo flere verktøy du har, desto flere kan du forhåpentligvis hjelpe i klinikken.

Hvordan tiltrekker du deg pasienter i dette segmentet? Gjør du noe mer enn å gjøre en god jobb?

Jeg prøver å behandle hver enkelt pasient så presist som mulig, og å følge de tett opp. Hvis de er fornøyde, så opplever jeg ofte at de sender sine venner og bekjente til meg. Dette skaper den velkjente dominoeffekten, som vi terapeuter er avhengige av.

Det jeg egentlig ville du skulle nevne, er instagram-kontoen din. Du har jo en veldig populær instagram-konto som heter «femalewellness». Når startet du den, og hvorfor gjorde du det?

Jeg ble litt tilfeldig introdusert til Instagram via en venninne, men jeg begynte ikke å bruke det målrettet med en gang. Jeg observerte relativt snart at det foregikk kommunikasjon mellom enkelte fagpersoner på Instagram, og disse støttet hverandre. Jeg tok kontakt med noen slike fagpersoner innen kvinnehelse, og så dannet vi felles events, hvor vi postet relaterte artikler til temaet kvinnehelse.

Dette ble faktisk veldig populært! Instagram er en veldig grei kanal å bruke for å nå ut til mange mennesker og det koster ingenting. Det jeg har gjort er å poste ting jeg kommer over når jeg leser litteratur eller andre ting som har vært inspirerende for meg, og som kan knyttes til kvinnehelse. Etterhvert har dette resultert i veldig mange gode kontakter og positive innspill. Jeg har blitt kjent med gravide kvinner fra fjerne områder som Afrika, Karibien og Midtøsten. Disse sender bilder og stiller relevante spørsmål. Det er fascinerende å se hvordan helse-systemene fungerer, eller ikke fungerer rundt om i verden. Det er så man kan begynne å gråte av det noen ganger...hva noen kvinner opplever. Så, sterke historier og flotte nyfødtbilder har det blitt en del av. Det er lett å la seg engasjere i dette!

Du har brukt litt tid på det her?

Blir mannen din sprø når du logger deg på Instagram?

Nei, heldigvis ikke. Jeg er gift med en ivrig sjakkspiller, så jeg har litt egentid å ta av. Hans hobby er mye mer tidkrevende enn min!

Forts. neste side

Du har nå snart 12500 følgere på Instagram-kontoen din. Hvordan har du klart det?

Jeg synes det er morsomt på en måte, at det har blitt sånn. Jeg har jo ikke noe produkt jeg selger. Jeg er heller ikke en kjent person. Så jeg har ikke noe grunnlag for det egentlig. Så det må jo da være at jeg kanskje poster noe som også andre finner interessant.

Synes du vi andre osteopater her i Norge også burde være mer aktive og synlige gjennom sosiale medier? Eller har du inntrykk av at vi er aktive nok?

Jeg har egentlig ikke noe sterke meninger om sosiale medier, fordi det på mange måter er veldig upersonlig. Osteopati skjer i møte med enkeltpersonene, ikke i sosiale medier. Jeg synes selv det er inspirerende å følge fagpersoner på sosiale medier. Facebook bruker jeg mest til å ikke innom fagforumene. Alt stoff på personsidene ligger kronologisk, og skyves nedover på siden. Det kan derfor være litt klønete å finne fram aktuelt stoff når man trenger det. Så på sikt kommer jeg til å lage en hjemmeside, slik at informasjon blir lettere tilgjengelig.

Hvordan bruker du sosiale medier til å tiltrekke deg oppmerksomhet?

Jeg er mer opptatt av fagoppmerksomhet. Jeg har jo allerede nevnt det store nettverket jeg har fått gjennom å samarbeide med fagpersoner rundt omkring på kloden. Jeg ble kontaktet via Instagram av en kvinne fra Toronto, Canada som også er veldig opptatt av fag. Så viste det seg at hun tilfeldigvis skulle en tur til Norge og besøke slektninger. Vi møttes i Oslo og det endte med at vi arrangerte et fagseminar sammen med mine kollegaer på klinikken. Hun bidro med sine erfaringer og faglige oppdateringer, og jeg er sikker på at denne kontakten kommer til å føre til flere kurs

i fremtiden. Så for meg har de sosiale mediene ført til utrolige faglige fordeler og et stort nettverk jeg aldri kunne drømt om på forhånd. Jeg liker det samspillet som følger ut av den faglige interaksjonen med likesinnede.

Du sa jo tidligere i intervjuet at osteopati skjer på behandlingsrommet og ikke på sosiale medier. Men det virker jo for meg som om du har oppnådd en svært intim interaksjon med mange mennesker spredt rundt på planeten, og på tvers av språk og kulturer, via de sosiale mediene allikevel.

Ja. Det er helt utrolig egentlig. Det er sterkt for meg å høre at man har kunnet bidra med informasjon og kunnskap, eller at jeg har kunnet bidra med råd som har ført til at andre kvinner har kunnet oppsøke behandling der de er, og hvor de i ettertid har fått et godt resultat og bedre livskvalitet.

Hvordan kan vi som osteopater bli flinkere til å samarbeide med det offentlige helsevesenet i forhold til kvinnehelsepasienter?

Jeg opplever ofte at mange ikke vet hva osteopater gjør. Man settes ofte i bås med andre alternative behandlere. Jeg prøver å bruke et bevisst språk når jeg henvender meg til annet helsepersonell slik at vi lett kan forstå hverandre. Jeg beskriver mine undersøkelser og funn og strekker ut en hånd i håp om å inngå et fruktbart samarbeid med annet helsepersonell i de tilfellene hvor jeg føler det er nødvendig. Jeg bruker veldig lite tid på å snakke om hva osteopati er, men jeg konsentrerer meg om å være faglig fokusert og å gjøre en grundig jobb. Gjennom det at annet helsepersonell og pasienter kan forstå hva vi bedriver, vi osteopater.

Tror du det kommer en dag da osteopater jobber bl. a. med kvinnehelseproblematikk på sykehus, helsestasjoner og

i andre offentlige helsetiltak? Er det plass til oss?

Ja, det er plass til oss. Idag er helsestasjonene og sykehusene presset på tid. Fysioterapeutene på helsestasjonene har ikke tid og ressurser til å ivareta mors helse. Mesteparten av fokuset sluses inn mot barnet. Det er nok mye holdningsarbeid som må gjøres før vi er på den arenaen. Kvinnen må først komme mer i fokus etter fødsel.

Men det skjer spennende forskning innen behandling av gravide. Og per idag blir behandlingen av denne gruppen utført av fysioterapeuter med driftstilskudd. Om det er en plass for osteopatien innen den ordningen, må vi først autoriseres. Når det skjer, må vi også først eventuelt komme inn under en refusjonsordning. Hvis dette også skjer vil det forhåpentlig være plass til oss, fordi osteopatisk behandling har så mye å tilføre nettopp denne pasientgruppen.

Til slutt. Kan du nevne en ting om deg selv, som de fleste av oss ikke vet om;)?

Any guilty confessions?

Når jeg ikke jobber, skifter bleier, leker med barna, eller spiller sjakk med mannen min, så hender det at jeg ser på «Skam». Ellers så har jeg begynt å utforske Yoga, noe jeg håper jeg får mer tid til etterhvert.

Takk til Mona som leverte intervju pr. telefon på en lørdag med baby i fanget. Vi setter pris på at du stilte opp, på tross av at du egentlig kanskje ikke ønsket å bli intervjuet og sånn sett havne «in the spotlight»

Thomas E. Røsaker

Osteopat DO Bsc.,
Arbeider ved Moss Osteopati og
opp imot bedriftsmarkedet på
Rosenholm Campus på Kolbotn.



ÅRETS OSTEOPAT LINE JUBERG

"En god osteopat er en osteopat av den tiden den praktiserer, noe som også innebærer at man må være villig til å endre utdaterte forklaringsmodeller og oppfatninger uten å miste fotfestet."

"Mamma, tid er jo egentlig bare noe som er konstruert?"

"La oss alle starte i dag og vise alle hva osteopati EGENTLIG er!"

Årets osteopat 2015

Line Rølvaag Juberg er stemt frem til årets osteopat i 2015. Line kan beskrives med mange adjektiver. En kommer ikke utenom engasjert, positiv, sprudlende, pedagogisk og dyktig. Hun jobber i egen klinikk. Jobber som lærer på skolen. Holder på med en mastergrad ved University of Edinburgh. Som hun sier selv: "Jeg har alltid hatt behov for utfordringer, så for meg er vel alt dette til sammen en enorm gavepakke!" Vi snakket med Line om dette og mer i et intervju som du kan lese under.

1. Hvordan var dette, Line?

Denne prisen ble jeg ubeskrivelig glad for å motta, og jeg må igjen få lov til å si et stort takk til alle de som mener at jeg fortjente denne. Osteopatien er en utrolig viktig del av meg, så jeg ble både stolt og også enda mer inspirert til å gjøre alt jeg kan for å fremme det flotte faget vårt da jeg fikk denne gode nyheten. Jeg kjenner jo store deler av osteopatimiljøet i Norge, og vet derfor om hvor vanskelig det må ha vært å plukke ut noen til å få en slik pris. Når jeg ser på de som har fått denne prisen tidlig-

ere, er det ikke annet å si enn et ydmykt og enormt takknemlig " hjertelig tusen takk".

2. Hvorfor synes du at osteopati er så bra?

Fordi det gjør at jeg hver eneste dag kan glede meg til å gå på jobben. Jeg får fullt av utfordringer, og jeg møter massevis av spennende mennesker som jeg får anledning til å hjelpe. I tillegg betyr det jo at jeg selv og resten av familien får den behandlingen vi eventuelt måtte få behov for. På klinikken vår på Kolbotn har vi en ordning der vi setter oss opp på timer hos hverandre når vi trenger det. Det gjør at vi selv også tar vare på kroppen og ikke bare gir hverandre litt enkel "førstehjelp" innimellom slagene slik det lett kan bli i en travel hverdag. Denne ordningen er svært lærerik på flere måter. Det å innimellom få være pasient gir meg stadig noen aha opplevelser, og alle oss seks osteopater ved klinikken har våre egne styrker som vi ønsker å dele med hverandre.



Helge Skåtun og Line Juberg

3. Hvorfor bør osteopati ha en plass i helsevesenet?

Osteopati har med tiden bare blitt mer og mer viktig fordi jeg opplever faget og profesjonen vår som helt unik innen helseverdenen. Den fyller et hull mellom sykdom og optimal helse som det er et skrikende behov for hos store deler av befolkningen. Det å ha muligheten til å hjelpe mennesker på den måten vi kan i osteopatien, ser jeg på som en fantastisk gave og en genuin mulighet. Som helseprofesjon hadde vi imidlertid ikke klart oss uten andre viktige yrkesgrupper som vi kan samarbeide med, men jeg forstår heller ikke de som kan la være å samarbeide med oss. De vet virkelig ikke hva de går glipp av! Erfaringen min hittil sier at alle de som er villig til å sette seg grundig inn i hva

osteopati er, blir både fascinert, interessert og ivrige etter å bruke oss enten som behandlere eller samarbeidspartnere. Det er virkelig noe å være stolt av.

4. Hva mener du er en god osteopat?

For drøye to år siden fikk jeg en unik anledning til å prøve ut osteopatisk behandling da jeg etter en stygg sykkelulykke blant annet pådro meg en nakkefraktur og selv hadde behov for behandling. Erfaringen viste at en god osteopat er en som ved sin fremtoning og sin måte å utføre osteopati vekker tillit. Denne tilliten består blant annet i en inngående kunnskap om anatomi og fysiologi, evnen til å bruke dette i sin undersøkelse og behandling, samt å være åpen for å lytte til pasientens både uttalte og ikke uttalte behov. Sistnevnte kommer klart til uttrykk gjennom pasientens hender. I tillegg bør en osteopat ha mulighet for å tilnærme seg pasienten gjennom et spekter av ulike og til enhver tid tilpassede teknikker. Et generelt inntrykk av osteopater er også den viktige besittelsen av en ydmyk holdning der vi uten vanskeligheter innser at vi alene ikke sitter på alle løsninger. En god osteopat er en osteopat av den tiden den praktiserer, noe som også innebærer at man må være villig til å endre utdaterte forklaringsmodeller og oppfatninger uten å miste fotfestet. Samtidig bør alle osteopater kjenne sin profesjons historie.

Som osteopater bør vi tørre å innse at vi ikke alltid har muligheten til å kunne gi et bastant svar på alle spørsmål, men likevel ha evnen og iveren etter å nysgjerrig utforske, resonnere, analysere og stadig videreutvikle oss. Gjerne i sammen med andre kolleger. Å bli en "bortgjemt" osteopat som verken deltar på kurs, konferanser eller andre fora for videre læring vil nok dessverre langsomt miste sin integritet som behandler og heller ikke ha det så gøy på jobben. Et av de positive aspektene ved at vi ikke mottar noe offentlig tilskudd er i alle fall at vi jobber med motiverte pasienter som krever at vi leverer resultater og innehar høy kompetanse.

5. Du har stor familie. Jobber som lærer på skolen. Studerer og jobber i klinikk. Hvordan får du tid til alt?

Jeg får nok ikke alltid tid til alt. Jeg innser imidlertid at jeg ikke alltid kan prestere perfekt på alle arenaer, og kan leve godt med det likevel. Jeg vet at jeg gjør mitt beste -og mer kan hverken jeg selv eller andre kreve. Det å være så heldig å ha en fantastisk familie, en jobb jeg brenner for, ha flotte studenter jeg kan få lov til å følge på veien til osteopater, et utfordrende studie og en fantastisk flott gjeng med kolleger som jeg kan sparre med, gir meg

veldig mye energi. I tillegg har jeg med tiden blitt svært godt kjent med meg selv og mine muligheter og begrensninger, så jeg kjenner meg svært tilfreds med å være akkurat den jeg er. Dermed slipper jeg at mye energi går med til unødige bekymringer eller dårlig samvittighet.

Som alle andre er jeg langt fra perfekt verken hjemme og på jobb, men lever godt med det og "rydder opp" etter meg så langt jeg har evne til. Jeg har alltid hatt behov for utfordringer, så for meg er vel alt dette til sammen en enorm gavepakke! Jeg ønsker riktignok at døgnet hadde en del flere timer, men i mellomtiden tar jeg innimellom natten til hjelp. Og for å sitere noe en av de fire jentene mine (tretten år) sa her om dagen; "Mamma, tid er jo egentlig bare noe som er konstruert".....

6. Hva er dine ønsker for osteopatien i Norge og internasjonalt fremover?

Jeg ønsker rett og slett at osteopati skal bli pasientenes førstevalg og en naturlig del av et interprofesjonalt samarbeidsteam i helsevesenet. Vi snakker jo ikke da akkurat om 2017, men jeg synes heller ikke at et slikt mål er verken pompøst eller urealistisk. Det er absolutt innenfor rekkevidde for hva vi er kapable til som profesjon.

På veien dit kan vi jo ha både større og mindre delmål, og der ligger vår aller største utfordring i å gjøre osteopatien kjent. Der kan vi alle hver og en gjøre en glimrende jobb ved å synliggjøre for alle rundt oss at vi er osteopater og at vi er utrolig stolte av det. Om vi alle aktivt går inn for dette vil det gi enorme ringvirkninger. Og vi har virkelig gode grunner til en slik stolthet. Blir fristet til å studere et utsagn fra en av mine samarbeidende leger; "De legene som ikke henviser til osteopati, vet garantert ikke hva osteopati egentlig er". Så la oss alle starte i dag og vise alle hva osteopati EENTLIG er!

Tusen takk for hyggelig intervju, Line.

Vi vil igjen gratulere med velfortjent heder og ære.



ALLE GRAVIDE ER UNIKE

– en pasienthistorie av Silje Bernhoft Osa

I jobben min som osteopat møter jeg mange gravide kvinner med ulike utfordringer og smerter. Et svangerskap og tiden etter fødsel er uten tvil en stor omstilling for kvinnens kropp og sjel. Vi osteopater forsøker alltid å finne årsaken til pasientenes plager. Etter min erfaring er det da veldig viktig å ta inn at pasientene våre er summen av det livet de lever, og har levd. Ingen er like, men alle er unike.

Case:

Kvinne i slutten av 30-årene gravid i uke 28. Kommer til osteopat fordi hun har smerter i symfyse og høyre ileosakralledd (IS-leddet). I tillegg er hun plaget med hodepine og bilaterale smerter i nakke og skuldre. Hun har et barn på 3 år fra før.

Det var et ukomplisert svangerskap, men hun hadde en lang og traumatisk fødsel der hun fikk en stor ruptur i perineum venstre side som følge av at barnet var stjernefikk da det ble født. Hun sier at hun gruer seg veldig til den forestående fødselen og er veldig redd for å få en like traumatisk fødselsopplevelse som sist. Hun forteller videre at hun er i konstant alarmberedskap og er fryktelig redd for at noe skal gå galt. Hun trener ikke. Hun er 100 % sykemeldt og går til svangerskapskontroll hos fastlege i kombinasjon med jordmor på helsestasjon.

Kvinnen er ellers frisk. Hun har gått opp ca. 10 kg etter at hun ble gravid. Ingen arvelige sykdommer i familien. Ingen medisiner. Normalt blodtrykk, ingen ødemer eller protein i urinen.

Smertene i symfyse og IS-leddet blir verre når hun går og er i bevegelse. Det gjør vondt å snu seg i sengen, gå ut og inn av bil og hun kan ikke ligge på ryggen. Smertene i bekkenet lindres når hun ligger på siden i sengen med puter mellom knærne og ankene. Hodepinen kommer som oftest utover dagen. Nakke og skuldersmertene er konstante. Hun beskriver disse smertene som verkende. Både hodepinen, nakke- og skuldersmertene lindres av søvn og hvile, men hun sover lite og dårlig pga smerter i bekkenet, nakken og skuldre.

Undersøkelse (skriver kun relevante funn):

- Vitale tegn: U.a.
- Nevrologisk undersøkelse: u.a.
- Ortopedisk undersøkelse: u.a.
- Holdning: Protrahert hode. Eleverte- og protraherte skuldre.
- Aktive bevegelser stående: Positiv sidebøy høyre med venstre fot frem. Positiv stående fleksjonstest høyre side.
- Ryggliggende undersøkelse: Smerter i høyre IS-ledd når hun ligger på ryggen. Vanskelig å komme opp fra benken igjen.



Bruker lang tid på dette, men får omsider lirket seg opp i sittende.

- Sideliggende med høyre side opp: Hypermobilitet i høyre IS-ledd. Palpasjonsøm m. piriformis høyre side. Nedsatt hofteekstensjon høyre side.
- Sittende: Palpasjonsøm i muskulatur i nakke og skuldre. Nedsatt mobilitet i nedre ribber. Puster overfladisk og høycostalt.

Vurderinger:

"For å gjøre en best mulig jobb som osteopat er det viktig at vi forsøker å forstå hvilken person pasienten vår er og hva slags historie pasienten vår har (Sturmberg 2013)."

Denne pasienten var i alarmberedskap som følge av tidligere traumatisk fødsel. Dette førte til økte muskelspenninger, økt tretthetsfølelse, men dårlig søvn. Jeg vurderte det derfor dithen, etter å ha utelukket patologi i nakke- og skulderregionen, at disse plagene var stressrelaterte. Hodepinen også.

Kvinnen hadde det jeg opplever som ganske typiske bekkenplager. Slike plager påvirker funksjonsevnen i daglige gjøremål og mange av disse kvinnene er usikre på hvor mye aktivitet de tåler (Robinson 2010). Jeg syntes derfor det var viktig å informere

om at det ikke er farlig å trene i svangerskapet. Tvert imot. Fysisk aktivitet er gunstig for både mor og barn. Det viktigste er å kombinere god hvile og moderat aktivitet (Vleeming A. 2008). Jeg ga henne derfor stabiliseringsøvelser for bekkenet, samt holdningskorrigerende øvelser hun kan gjøre hjemme. I tillegg viste jeg henne enkle avspenningsøvelser og pusteteknikker som hun kunne bruke for å senke det generelle spenningsnivået i kroppen.

Min jobb som osteopat er å se det store bildet. Forsøke å forstå hvorfor kvinnen har de plagene hun har og hjelpe henne med det jeg kan. Jeg anser det ikke som min jobb å følge henne opp med tanke på hennes fødselsangst. Jeg er ikke utdannet til det. Jeg kan dog være et medmenneske. Jeg kan lytte til bekymringene hennes, anerkjenne dem og ta henne på alvor. I tillegg oppfordret jeg henne til å ta opp disse bekymringene med jordmoren eller legen sin slik at de kunne henvise henne til sykehusets poliklinikk for videre oppfølging og samtaler.

Det er dokumentert at osteopatisk behandling kan redusere smerter hos gravide kvinner ved å behandle somatiske dysfunksjoner og ved å hjelpe henne til og opprettholde en god funksjon (Lavelle 2012). Når IS-leddet er hypermobilt er det

som oftest sacroiliakal ligamentene som er årsaken til smertene (Sandler 2012). Disse ønsket jeg ikke å irritere mer etter undersøkelsen.



Forhåpentligvis ville hvile i kombinasjon med individuelt tilpassede øvelser hjelpe. Målet med den første behandlingen jeg ga henne var derfor å redusere dysfunksjonene i bekkenet og muskelspenningene i nakke og skulderområdet. Tanken var at denne osteopatiske behandlingen i kombinasjon med øvelser og avspenning hjemme ville kunne redusere smertene hennes slik at hun fikk sove bedre om natten og en bonus ville da være at hun fikk mer overskudd med slik at hun kunne holde fødselssangen i sjakk.

Første behandling:

1) Bløtvevsbehandling av nakke- og skuldermuskulatur med pasienten sittende for å redusere smertefulle hypertone muskler og hodepine.

2) Sittende ribbemobilisering for å tøyne intercostalmuskulatur

3) Scapulamobilisering i sideleie for å redusere spenningen periscapulære og i de aksessoriske respirasjonsmuskulene

4) Sideliggende psoastøyning for å øke hoftestensjonen.

5) Sideliggende MET på høyre m.piriformis for å senke muskelspenningen i piriformis og gluteale.

Etter behandlingen funnene som følgende:

- Negativ sidebøy høyre med venstre fot frem.
- Negativ stående fleksjonstest høyre side.

For denne pasienten var altså denne avgjørelsen viktig og riktig. For en annen kvinne ville kanskje veien vært annerledes. Alle gravide er unike. Det er kanskje en klisje, men likevel viktig å ha med seg i den kliniske hverdagen. Det som er riktig for en kan være helt feil for en annen.

For å gjøre en best mulig jobb som osteopat er det derfor viktig at vi forsøker å forstå hvilken person pasienten vår er og hva slags historie pasienten vår har (Sturmberg 2013).

Kilder:

Lavelle, J M. Osteopathic Manipulative Treatment in Pregnant Woman. The Journal of American Osteopathic Association, Juni 2012, Vol.112

Robinson HS. Pelvic girdle pain and disability during and after pregnancy. A cohort study. 2010

Sandler, S. Osteopathy And Obstetrics. 2012

Sturmberg J.P. Handbook of Systems and Complexity in Health 2013

Vleeming A, Albert H, Østgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. European Spine 2008

Videre oppfølging:

Ved neste behandling hadde det gått 10 dager og pasienten hadde gjort øvelsene jeg hadde gitt henne annenhver dag. I tillegg hadde hun gått seg noen korte turer etterfulgt av daglig hvile. Hun fortalte at hun hadde mindre hodepine og kunne ligge på ryggen ved denne konsultasjonen. Jeg fikk derfor undersøkt symfyse, noe som ikke lot seg gjøre ved det første møte fordi hun fikk vondt i IS-leddet da hun lå på ryggen.

Funn: Os pubis superior. Korrigerte dette med en MET teknikk. Jeg palperte også bekkenbunnen og vurderte tensjonen i disse musklene.

Funn: Økt tensjon venstre side. Behandlet til release.

Behandlet henne fire ganger til før fødsel.

Hun fikk i tillegg god oppfølging av jordmor på sykehusets poliklinikk. I uke 32 ble hun i samråd med lege på fødeavdelingen enig om planlagt keisersnitt i uke 38. Dette lettet spenningsnivået betraktelig hos denne kvinnen. Noe jeg merket på spenningsnivået i nakke og skulderregionen. Etter dette hadde hun ikke hodepine lenger.



Osteopat Silje Bernhoft Osa

Nylig fått jobb på Bekken og Barn, avdeling Skøyen.

- er for tiden i mammapermisjon
Har tidligere drevet Mamma og Baby.
Behandler gravide, nybakte mødre, spebarn og barn.

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*

TRYKKBØLGEBEHANDLING

BE OM DEMONSTRASJON OG PRIS



»ultra« Line radierende og fokuserende trykkbølge

- Unike applikasjonskontroller fra selve håndstykket!
- Integrert display
- Nytt og innovativt ergonomisk design
- Nytt håndstykke fokuserende (F)
- Stort utvalg applikatorer
- Peri-actor og Spine-actor applikatorer (R)
- Kompatibel for alle applikatorer (R)
- Forhåndsinnstilte protokoller
- Integrert "silent air power"
- Lave vedlikeholdskostnader

nyhet

PERI-ACTOR®
»sphere«

PERI-ACTOR®
»scraper«

PERI-ACTOR®
»knuckle«

PERI-ACTOR®
»scoop«

SPINE-ACTOR®
1: 20 mm

SPINE-ACTOR®
2: 27,5 mm

SPINE-ACTOR®
3: 35 mm

STORZ MEDICAL

Fysiopartner tilbyr noen av markedets mest avanserte, effektive og minst smertefulle apparater innen trykkbølgeterapi levert av Storz Medical AG.

EKSKLUSIVT I NORDEN!

INTRODUKSJONSKAMPANJE*

- Vi er nå eksklusiv forhandler av anerkjente Thera-Band®
- Stort utvalg flate og tubestrikker
- Samme fargemerking angir motstand for alle produkter
- Opp til 7 forskjellige styrkegrader i en serie
- Suksessiv øking av motstand ved trening og behandling
- Latexfrie flate strikker finnes også i sortimentet



Motstand i kg ved 100% utstrekkning	
1,1 kg	
1,4 kg	
1,7 kg	
2,1 kg	
2,6 kg	
3,3 kg	
4,6 kg	
6,5 kg	

THERABAND **CLX**

Annet utstyr du finner hos oss:



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

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

* Kampanjeperioden varer fra 1. februar til 31. mai 2016.

TRENING I SVANGERSKAP OG ETTER FØDSEL

For mange kvinner er graviditeten en periode med positive livsstilsendringer. Trening og kosthold er naturlige fokusområder for å ivareta en sunn svangerskaps-helse.

Hvis det ikke foreligger svangerskapsrelaterte komplikasjoner, bør gravide kvinner oppfordres til å opprettholde en aktiv livsstil gjennom graviditeten. Allikevel kan det være nødvendig med noen modifikasjoner i treningsrutinene på grunn av de vanlige anatomiske og fysiologiske forandringene i svangerskapet, og etter fødsel. (1)

Trening i svangerskapet har vist seg å redusere risikoen for svangerskapsdiabetes (2), preeklampsi (3) og keisersnitt (4). Det er har positive effekter på funksjonsnivået (5), og kan forebygge unødvendig vektøkning. Trening kan ha en positiv effekt når det gjelder å forebygge bekken/korsryggsmerter og depresjoner (6).

Det er rapportert få bivirkningseffekter ved trening i svangerskapet. Det rapporteres om en økning i puls hos fosteret når morens puls øker. Dette justerer seg ned når moren avslutter treningen, og er ikke assosiert med noen risiko. I noen få tilfeller er det rapportert bradykardi hos fosteret der mor trener, men dette er sannsynligvis assosiert med vagal refleks, kompresjon av navlestrengen eller feilposisjon av fosterets hode. 7 Ved aktiviteter der risikoen for fall er tilstede, er man bekymret for abdominelt traume som kan skade morkaken. Dette er grunnen til at man anbefaler å unngå kontaktsport og klatring.

De generelle retningslinjene fra ulike instanser anbefaler friske gravide kvinner å være i moderat fysisk aktivitet 30 minutter 4 – 7 ganger i uken. Gravide kvinner som ikke har trent tidligere anbefales å starte med moderat fysisk aktivitet 3 ganger i uken, og gradvis øke til 4 – 7 økter ad 30 minutter. Kvinner som har vært aktive før graviditeten anbefales å opprettholde treningen, uten å prøve å oppnå en formtopp eller konkurransenivå i løpet av svangerskapet.

Samtidig sier de at kvinner som har drevet hard fysisk aktivitet før svangerskapet kan fortsette med denne aktiviteten i samråd med sin lege. I Canada anbefales for øvrig to økter styrketrening per uke. Ettersom retningslinjene er generelle oppfordres gravide kvinner å forholde seg til disse i samråd med helsepersonell. (8) (9)

Hvordan kan vi som klinikere forholde oss til å anbefale trening til gravide kvinner?

Som ved all annen behandling foreligger en grundig undersøkelse før vi gir anbefalinger. Hos en gravid kvinne vil oppfølging av primærkontakt være grunnlaget for dette. I anamnesen er det naturlig å legge spesielt vekt på tidligere sykdomshistorie, inkludert hjerte/lungesykdom, medisiner, komplikasjoner under tidligere svangerskap, nedsatt funksjonsevne og risikofaktorer knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Ut ifra dette må vi vurdere kvinnens helsetilstand og potensiell medisinsk risiko knyttet til trening. Kvinner med risiko for tidlig fødsel eller lav fostervekst, bør anbefales å redusere trening i tredje trimester. (10)

Anbefalingene som vil bli gitt videre er med utgangspunkt i at kvinne har ett ukomplisert svangerskap.

Typen av trening å inkludere / unngå

Både utholdenhetstrening og styrketrening bør anbefales. (11) Trening i vann kan ha positive effekter med tanke på å redusere ødem og gi mindre belastning på vekt-bærende ledd, i tillegg til at det innebærer liten risiko for fall. Aktiviteter som krever store leddutslag eller på ustabilt underlag kan gi risiko for skade da ledd er utsatt på grunn av hormonelle faktorer.

Tøyninger bør individualiseres ved behov. Ved styrketrening må øvelsene tilpasses slik at det ikke predisponerer for skader, teknikken ved utførelsen er hensiktsmessig og kvinnen unngår økt abdominelt trykk. Trening i ryggliggende posisjon kan føre til vena cava syndrom og bør unngås siste delen av svangerskapet.

Aktiviteter med risiko for fall eller abdominelle traumer bør unngås. Det samme gjelder dykking (12), trening i store høyder (> 2500moh) (13), samt trening ved høy temperatur og fare for dehydrering.

Intensitet

Ved utholdenhetstrening har pulsmåling vist seg å være en uforutsigbar måte å måle intensiteten på i graviditet. Anbefalingen er at man bruker Borg skala, som en subjektiv skala for oppfattet utmattelse. Alternativt kan man benytte seg av "snakke-testen", hvor den som trener skal være i stand til å fullføre en hel setning under aktiviteten. På denne måten kan den gravide regulere intensiteten på en enkel måte i takt med svangerskapets naturlige progresjon. (14)

Kvalitet og varighet

Forholdet mellom aktivitetens intensitet og varighet må til enhver tid vurderes.

Det er ingen klare anbefalinger om å unngå forhøyet intensitet over tid, men ved fysisk aktivitet på 50 – 60% av maksimalt O2-opptak vil blodsukkeret i stor grad påvirkes etter 45 minutter. Det anbefales derfor å supplere med ekstra kalorier for å unngå negativ innvirkning på fosteret.

Det er viktig å unngå overoppheting og dehydrering, å ha et næringsrikt kosthold samt å hvile mellom øktene. (15) I første trimester opplever mange også utfordringer med å være fysisk aktive som følge av kvalme og tretthet, hvorpå 15 minutter aktivitet om dagen anses som tilstrekkelig for å ivareta en god svangerskaps-helse.

Røde flagg

Alle kvinner bør opplyses om at de skal ta kontakt med jordmor eller lege hvis de opplever en eller flere av følgende i forbindelse med trening: vaginal blødning, abdominelle kramper, lekkasje av foster-vann, brystmerter, svimmelhet, hodepine, muskelsvakhet, nedsatt fosterbevegelser eller kramper/hevelse i legg/foot.

Trening etter fødsel

En rekke av de fysiologiske og anatomiske forandringene i forbindelse med svangerskapet vedvarer fire til seks uker etter fødsel. De generelle retningslinjene tilsier at kvinner kan gjenoppta fysisk aktivitet allerede den første tiden etter fødselen, straks det er medisinsk forsvarlig. Dette avhenger av type fødsel, vaginal eller keisersnitt, og eventuelle medisinske eller kirurgiske komplikasjoner. Oppstarten bør være gradvis samt tilpasses kvinnens fysiske kapasitet, noe som gjelder både nye og tidligere treningsrutiner. (16) Trening av bekkenbunnen kan gjenopptas allerede kort tid etter fødselen. (17)

Trening etter svangerskap og fødsel er forbundet med redusert forekomst av fødselsdepresjon, men kun hvis treningen har en avstressende effekt. (18) I kombinasjon med sunt kosthold bidrar fysisk aktivitet til vektnedgang, noe som videre bidrar til å forbedre eller forebygge øvrige risikoer knyttet til overvekt, som diabetes og høyt blodtrykk.

Regelmessig aerob trening hos ammende kvinner forbedrer kardiovaskulær helse uten at det påvirker verken melkeproduksjonen, melkens sammensetning eller barnets vekst. (19)



Ved kombinasjon av amming og trening er det derimot viktig at kvinnen opprettholder et næringsrikt kosthold og et tilstrekkelig inntak av væske. Adekvat væskeinntak kan overvåkes av kvinnen selv gjennom observasjon av urinens farge, som da bør være klar. (20) Ammende kvinner anbefales å amme før trening, for å unngå ubehag som følge av overfylte bryster. (21) (22)

Det samme gjelder ved høyintensitets-trening, hvor man ser en kortere periode med forhøyet laktatnivå i brystmelken etter avsluttet trening. (23) (24)

I forbindelse med ammingen i perioden frem til eggstokkenes funksjon gjenopptas, har trening også vist seg å ha en positiv effekt på kvinnens emosjonelle tilstand (postpartum blues), samt hetetokter og nattsvette. (25)

Aktivitetsnivået og målsetningen bør tilpasses individuelt, og treningsprogrammet etter de seks første ukene bør bestå av styrke, fleksibilitet og utholdenhet, i tillegg til en spesifikk treningsform man eventuelt ønsker å forbedre. Aktivitetsnivået tilpasses da ved å følge med på prestasjonsevne og overskudd, samt barnets vekst og utvikling. Optimal væskebalanse og tilstrekkelig hvile er også her avgjørende punkter. (26)

Røde flagg

Absolutte kontraindikasjoner de første seks ukene er kraftig blødning, smerter og/eller brystbetennelse eller abscess. Relative kontraindikasjoner er keisersnitt eller traumatisk vaginal fødsel, ubehag knyttet til brystene eller kraftig urinlekkasje eller følelse av nedpress i bekkenet under trening. (27) Ved valg av aktiviteter som

f.eks svømming eller sykling må man vurdere faren for infeksjon i bekkenbunnen etter fødsel eller smerter i underlivet som følge av rifter eller episiotomi. (28) Etter de seks første ukene er det ingen restriksjoner med tanke på trening utover det som gjelder for ikke-gravide kvinner, med unntak av barnets vekt i perioden hvor amming og trening kombineres. (29)

Trening av bekkenbunns-muskulaturen

Svangerskap og fødsel kan føre til skader på bekkenbunnen ved kompresjon, tøyning og arrivning av nerver, muskler og bindevev. Dette gir økt risiko for utvikling av bekkenbunns lidelser, som urininkontinens, bekkenorgan prolaps og fekal inkontinens, med store konsekvenser for livskvaliteten hos kvinner som er plaget av dette. (30) (31) Blant risikofaktorene er vaginal fødsel og fødselsvekt >4000 gram for urininkontinens, vaginal fødsel assistert med tang og høy fødselsvekt hos barnet for bekkenorgan prolaps, og episiotomi for fekal inkontinens. (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39)

Øvrige risikofaktorer for utvikling av bekkenbunns lidelser er økt svangerskapsalder, røyking og overvekt. (40) (41) (42) Konservativ behandling består av bekkenbunnstrening og bruk av pessar. Bekkenbunnstrening har vist seg å forbedre symptomer og tegn på bekkenbunns lidelser, og derigjennom bidra til økt livskvalitet. Grundig instruksjon og vurdering av kvinnens evne til kontraksjon av bekkenbunnen er avgjørende for treningens effekt.

Hos pasienter med nedsatt evne til å isolere muskulaturen, lav motivasjon, eller

manglende evne til å aktivere bekkebunns-muskulaturen, anbefales veiledet bekkenbunnstrening, samt bruk av vaginale vekter, eller biofeedback. Veiledet trening av bekkenbunns-muskulaturen i kombinasjon med hjemmeøvelser har vist gode resultater forutsatt at kvinnen er motivert. I forbindelse med svangerskap og fødsel har trening med oppstart av bekkenbunnstrening i svangerskapet vist seg å ha bedre effekt enn trening med oppstart etter svangerskapet. Kvinner med stress urininkontinens knyttet til spesifikke aktiviteter eller situasjoner kan ha nytte av å bruke et kontinenspessar i tillegg til eller i stede for bekkenbunnstrening.

Det grunnleggende trenings regimet for bekkenbunns-muskulaturen består av 3 sett av 8 – 12 kontraksjoner med 8 – 10 sekunders varighet, utført 3 ganger daglig i minst 15 – 20 uker. (43)

Rectus diastase

Rectus abdominis diastase (RAD) er en tilstand hvor de rette magemusklene har delt seg og avstanden mellom de to er unormalt stor. Det er uenighet om hva som tilsvarer den normale avstanden mellom de to rectus-bukene, men en separasjon på mer enn 2 cm anses som unormalt. Svangerskap gir økt risiko for utvikling av RAD, og ett studie 44 45 fant at 100% kvinner hadde RAD i svangerskapsuke 35 og 36% kvinner seks måneder etter fødsel.

Normalt kommer de to muskelbukene samme igjen i løpet av de åtte første ukene etter fødsel.

Condron et al (2008) målte avstanden mellom de rette magemusklene og fant at avstanden minsket markant fra dag 1 til 8

uker etter fødselen.

Tilstanden var derimot uforandret ved målinger gjort et år etter fødsel, ved fravær av noen form for intervensjon, som f eks trening eller annen behandling.

Rectus abdominis diastase en nokså tydelig ved klinisk undersøkelse og ses ved av det oppstår en "pyramide" i midtlinjen ved økt buktrykk. Tilstanden kan diagnostiseres ved palpasjon, måling eller ultralyd. Det eksisterer dessverre i dag ingen konsensus om korrekt målemetode, og det er en utfordring når man skal oppsøke litteratur på emnet. RAD er ikke en abdominell hernie og må derfor ikke nødvendigvis repareres ved hjelp av bukplastikk.

Konservativ behandling består hovedsakelig av individualisert trening og har vist seg å kan ha positiv effekt både som forebyggende trening under svangerskapet og rehabiliterende trening etter svangerskap og fødsel. (46) Trening dreier seg om aktivisering av bekkenbunnsmuskulaturen og m. transversus abdominis, for å gjenopprette kontroll i mageregionen ved å bidra til økt tensjon i bindevevstrukturene i



området hvor separasjonen er stor.

Intensjonen med økt spenning i magens midtlinje, er at man skal kunne stabilisere buktrykket i ulike stillinger og bevegelser for å avlaste rygg og bekken, i tillegg til å avlaste bekkenorganene for å unngå bekkenorganproblematikk, som f eks inkontinens. (47) Øvelser som tunge løft eller dype bakoverbøyninger bør derfor utelukkes både under og etter svangerskapet med mindre man har god kontakt eller inntil man har gjenopprette god kontakt med bekkenbunnsmuskulatur og de dype musklene.

Hva gjelder kvinnelige idrettsutøvere er det uvisst om sterkere magemuskler er en beskyttende faktor eller en risiko faktor for utvikling av RAD i svangerskapet. Det er mye forskning som skjer på dette området, og i fremtiden vil vi vite mer om hva trening kan bidra med for å bedre denne tilstanden. Ett nylig studie viste at rectus diastase ikke er assosiert med urinveisinkontinens eller bekkenorganprolaps (48)

Oppsummering

I svangerskapet gjennomgår kvinnens kropp en rekke hormonelle og biomekaniske forandringer med innvirkning på muskel- og skjelettsystemet.

Kreftene som virker inn på enkelte ledd øker til det dobbelte, tyngdepunktet flytter seg og man ser en utvidelse og økt mobilitet i iliosacralleddene og symfyse. Kvinnens kroppsholdning utfordres ytterligere gjennom uttøyning, svakhet og separasjon av den abdominale muskulaturen, som igjen gir opphav til en økt belastning på den paraspinale muskulaturen. Svangerskap og fødsel medfører også stor påkjenning på bindevev og muskulatur i bekkenet, spesielt ved vaginal fødsel.

Da vi mangler gode studier som kan anbefale generelle øvelser vil anbefalingene være å gjøre en individualisert undersøkelse og behandlingsplan som inneholder spesifikke øvelser.

Å gjenoppta aktivitet eller å innføre nye treningsrutiner etter fødselen er viktig for å opprettholde livslange helsevaner. Tall indikerer derimot at kvinners deltakelse i aktivitet avtar i perioden etter fødsel, noe som ofte medfører overvekt og fedme. Barseltiden er derfor en særdeles viktig tid hvor helsepersonell kan initiere, anbefale og forsterke en sunn livsstil.

Referanser:

- (1) Bø K, Artel R et al: Exercise and pregnancy in recreational and elite athletes. 2016 evidence summary from the IOC expert group meeting. Lusanne. Part 1- exercise in women planning pregnancy and those who are pregnant. Br J Sports Med 2016, 50:571-589
- (2) Colberg SR et al: Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. Diabetes Care. 2010 Dec;33(12):e147-67.
- (3) Safflas AF et al: Work, leisure-time physical activity, and risk of preeclampsia and gestational hypertension. Am J Epidemiol. 2004;160(8):758.
- (4) Poyatos-Leon R et al: Effects of exercise during pregnancy on mode of delivery: a meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015 Oct;94(10):1039-1047
- (5) Price BB et al: Exercise in pregnancy: effect on fitness and obstetric outcomes-a randomized trial. Med Sci Sports Exerc. 2012 Dec;44(12):2263-9.
- (6) Gjestland K et al: Do pregnant women follow exercise guidelines? Prevalence data among 3482 women, and prediction of low-back pain, pelvic girdle pain and depression. Br J Sports Med. 2013 May;47(8):515-20. Epub 2012 Aug 17.
- (7) Szymanski LM, Satin AJ: Strenuous exercise during pregnancy: is there a limit? Am J Obstet Gynecol. 2012 Sep;207(3):179e1-6.
- (8) ACOG Committee opinion. Number 267. January 2002: exercise during pregnancy and the postpartum period. Obstet Gynecol. 2002;99(1):171.
- (9) Canadian Society for Exercise Physiology. Canadian Physical Activity Guidelines 2011
- (10) ACOG Committee opinion. Number 267. January 2002: exercise during pregnancy and the postpartum period. Obstet Gynecol. 2002;99(1):171.
- (11) Petrov Fierl K et al: The efficacy of moderate-to-vigorous resistance exercise during pregnancy: a randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015;94(1):35.
- (12) Camporesi EM: Diving and pregnancy. Semin Perinatol. 1996;20(4):292
- (13) Artal R et al: A comparison of cardiopulmonary adaptations to exercise in pregnancy at sea level and altitude. Am J Obstet Gynecol. 1995;172(4 Pt 1):1170.
- (14) Centers for Disease Control and Prevention: Perceived Exertion (Borg Rating of Perceived Exertion Scale) <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/measuring/exertion.html>
- (15) Edwards MJ: Review: Hyperthermia and fever during pregnancy. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2006;76(7):507
- (16) Artal R, Ó Toole M: Guidelines of the American college of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. Br J Sports Med 2003.
- (17) Exercise in Pregnancy (RCOG Statement 4) <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/exercise-pregnancy> (Accessed on June 10, 2013)
- (18) Koltyn KF, Schultes SS: Psychological effects of an aerobic exercise session and a rest session following pregnancy. J Sports Med Phys Fitness 1997; 37:287.
- (19) Dewey KG, Lovelady CA, Nommsen-Rivers LA, et al: A randomized study of the effects of aerobic exercise by lactating women on breast-milk volume and composition. N Engl J Med 1994; 330:449.
- (20) Clapp III JF, Cram C: Exercising through your pregnancy. 2nd ed. 2012. 167.
- (21) Artal R, Catanzaro RB, Gavard JA, et al: A lifestyle intervention of weight-gain restriction, diet and exercise in obese women with gestational diabetes mellitus. Appl Physiol Nutr Metab 2007; 32:596.
- (22) Kulpa PJ, White BM, Visscher R: Aerobic exercise in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1987; 156:1395-403.
- (23) Quinn TJ, Carey GB: Does exercise intensity or diet influence lactic acid accumulation in breast milk? Med Sci Sports Exerc 1999; 31:105.
- (24) Wallace JP, Rabin J: The concentration of lactic acid in breast milk following maximal exercise. Int J Sports Med 1991; 12:328.
- (25) Clapp III JF, Cram C: Exercising through your pregnancy. 2nd ed. 2012. 168-169.
- (26) Clapp III JF, Cram C: Exercising through your pregnancy. 2nd ed. 2012. 181-182.
- (27) Clapp III JF, Cram C: Exercising through your pregnancy. 2nd ed. 2012. 178-179.
- (28) Clapp III JF, Cram C: Exercising through your pregnancy. 2nd ed. 2012. 175.
- (29) Clapp III JF, Cram C: Exercising through your pregnancy. 2nd ed. 2012. 183.
- (30) Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, et al: Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. Obstet Gynecol 2006; 107:1253.
- (31) Fultz NH, Burgio K, Diokno AC, et al: Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. Am J Obstet Gynecol 2003; 189:1275.
- (32) Lukacz ES, Lawrence JM, Contreras R, et al: Parity, mode of delivery, and pelvic floor disorders. Obstet Gynecol 2006; 107:1253.
- (33) Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Bénifla JL: Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83:941.
- (34) Volløystad I, Mørkved S, Salvesen Ø, Salvesen K: Pelvic organ prolapse and incontinence 15-23 years after first delivery: a cross-sectional study. BJOG 2015; 122:964.
- (35) Thom DH, Brown JS, Schembri M, et al: Parturition events and risk of urinary incontinence in later life. Neuro-urology 2011; 30:1456.
- (36) Gyahagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I: The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. BJOG 2013; 120:144.
- (37) Volløystad I, Mørkved S, Salvesen Ø, Salvesen K: Pelvic organ prolapse and incontinence 15-23 years after first delivery: a cross-sectional study. BJOG 2015; 122:964.
- (38) Gyahagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I: Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. BJOG 2013; 120:152.
- (39) Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, et al: Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. Obstet Gynecol 2012; 119:233.
- (40) Leijonhufvud Å, Lundholm C, Cnattingius S, et al: Risk of surgically managed pelvic floor dysfunction in relation to age at first delivery. Am J Obstet Gynecol 2012; 207:303.e1.
- (41) Hannestad YS, Rortveit G, Daltveit AK, Hunskaar S: Are smoking and other lifestyle factors associated with female urinary incontinence? The Norwegian EPINCONT Study. BJOG 2003; 110:247.
- (42) Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, et al: Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. Am J Obstet Gynecol 2002; 186:1160.
- (43) Bø K: Evidence-based Physical Therapy for the Pelvic Floor (2nd ed) Elsevier 2015 p111-270
- (44) Mota et al: The immediate Effects on Inter-rectus Distance of Abdominal Crunch and Drawing-in Exercises During Pregnancy and the Postpartum Period. J Orthop Sports Phys Ther 2015 Oct;45(10): 781-8

Forts. neste side

(45) Sancho MF et al: Abdominal exercises affect interrectus distance in postpartum women: a two dimensional ultrasound study. *Physiotherapy* 2015 Sept;101(3):286-91

(46) Benjamin DR et al: Effect of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: a systematic review. *Physiotherapy*. 2014 Mar;100(1):1-8.

(47) Lee DG: Stability, continence and breathing: the role of fascia following pregnancy and delivery. *J Bodyw Mov Ther* 2008 Oct; 12(4):333-48

(48) Bø K et al: Pelvic floor muscle function, pelvic floor dysfunction and diastasis recti abdominis: Prospective cohort study. *Neurourol Urodyn*. 2016 Mar 31

Mona Valstad Elsness

Osteopat og Fysioterapeut
Klinikk for Alle,
Majorstuen



Benedikte Skårslett

Osteopat og naprapat
Klinikk Bedre Helse
i Fredrikstad



OSTEOPATI OG GRAVIDE - hva sier forskningen?

Dette er en presentasjon av litteratur relatert til osteopatisk behandling i svangerskap.

Artiklene som er beskrevet er hentet etter litteratursøk i Google Scholar, Pubmed og Helsebiblioteket. Søkordene som er brukt er osteopati, graviditet, osteopathy og pregnancy. Studiene er valgt ut etter subjektiv vurdering av relevans, og en vurdering etter hvilke studier som er tatt med i eksisterende kliniske retningslinjer.

En oversikt over tilgjengelig litteratur er gjengitt i teksten under. Jeg anmoder leseren om å oppsøke referansene som er oppgitt om dere ønsker å utforske detaljer om hvordan studiene er blitt gjennomført.

I svangerskapet opplever kvinnen store fysiologiske endringer. Flere av disse kan lede til plager, og hyppigst i korsrygg/bekkenområdet. Det er lett å undervurdere disse plagene. Det er rapportert at så mange som 45% av alle gravide kvinner, og 25% av kvinner postpartum opplever bekken/korsryggssmerter (1) Det er mange som ser på dette som en naturlig del av graviditeten, og bare halvparten av disse vil oppsøke lege for problematikken. Av disse blir 70% henvist videre til en terapiform. (2)

Litteraturen forteller om mange kontraindikasjoner for bruk av medikamentell behandling for disse smertene. Osteopatisk behandling er en av de trygge behandlingsalternativene for å håndtere smerte og bedre funksjonsevnen. Men hva sier forskningen om effekten av osteopatisk behandling for denne pasientgruppen?

Osteopatisk behandling er basert på bruken av relevante manuelle teknikker for å redusere tensjon i de myofascielle strukturene, ledd og ligament. Noen forskere foreslår at manuelle teknikker kan være effektive og signifikant redusere ryggsmerte i graviditet. (3)

“

manuelle teknikker kan
være effektive og
signifikant redusere
ryggsmerte i graviditet



Jeg vil først trekke frem en av studie på osteopatisk behandling i graviditet som er utført av Liccardione et al. Ett av hovedmålene til den randomisert kontrollerte studien var å se på den potensielle effekten av osteopati i tredje trimester for kvinner med korsryggssmerter. Studiet viser at bruken av osteopatisk behandling i graviditeten stopper eller forminsker funksjonsnedsettelsen av korsryggen hos kvinner i tredje trimester av graviditeten. (4)

En annen publisasjon fra den samme gruppen viste at osteopatisk behandling hadde medium til stor behandlingseffekt på pasienter med progressive ryggspesifikke dysfunksjoner i tredje trimester av graviditeten (5)

I en studie som ser på en tverrfaglig tilnærming til korsrygg og bekkensmerte i graviditeten, ser vi at dette er fordelaktig for pasienten sammenlignet med standard obstetrisk behandling (6)

Det er verdt å legge merke til med den studien at det er utført med kiropraktisk tilnærming. Behandlingsteknikkene som er beskrevet i studiet er dog teknikker som vil være kjent for osteopater. Stanley (7) tok med seg disse resultatene og publiserte ett case-study. Her fikk en pasient i tredje trimester fikk multimodal behandlingstilnærming med osteopat som manuell behandler. Dette viste at pasienten fikk bedret smertebildet og økte funksjonsnivået sitt.

En kvalitativ studie ble gjennomført på en gruppe av 160 pasienter som fikk osteopatisk behandling i graviditeten. Denne viste at osteopati var assosiert med lavere risiko for korsryggssmerte, prematur fødsel og tilstedeværelse av meconium i fostervannet. (8)

I en gjennomgang av tilgjengelig litteratur konkluderte Lavelle med at osteopatisk behandling drastisk kan redusere smerte i graviditet ved å behandle somatiske

dysfunksjoner. I tillegg kan de hemodynamiske forandringene i den gravide kroppen bli kontrollert gjennom den viserosomatiske forbindelsen og med det redusere lengden på fødselen og unngå fødselskomplikasjoner. (9)

I de seneste retningslinjene som gikk ut fra Cochrane (3) anbefales det at fysioterapi, osteopati, akupunktur, tverrfaglig tilnærming og/eller bekkenbelte kan vurderes som behandlingsalternativ for den gravide kvinnen men bekken og/eller korsryggsproblematikk.

Ett systematisk oversiktstudie, med metaanalyse av Franke et al (10) konkluderer med at det er kliniske relevante effekter av OMT for å redusere smerte og bedre funksjon hos pasienter med korsrygg-smerter i graviditet og etter fødsel.

Mer forskning på området er nødvendig for å kunne støtte effektiviteten av osteopatisk behandling for denne pasientgruppen. Områder som blir fremhevet som fokus-området er: data for å underbygge behandling for å forberede bekkenet på fødsel, å adressere posturale faktorer, å forbedre generell hemodynamisk funksjon og korsrygg/bekkenproblematikk.

Det er satt fokus på at det er ett økende antall kvinner som oppsøker osteopatisk behandling for vanlige gravideplager (11) Det gir ett ansvar til den enkelte kliniker for å holde seg oppdatert på tilgjengelig litter-

atur for å kunne gi sikker, klinisk effektiv og kosteffektiv behandling. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists anbefaler manuell behandling som en del av behandlingstilnærmingen ved bekken/korsryggssmerter i graviditet. Og da utført av en terapeut (fysioterapeut, osteopat eller kiropraktor) som har spesialisert seg i behandling av denne pasientgruppen. Det er interessant å lese at osteopati blir anbefalt som en komplementær behandlingsform til obstetrisk medisin i Storbritannia. Samtidig har vi pr dags dato ikke den samme status innen helsevesenet i Norge, som våre kollegaer i UK. Det medfører at vi har ett enda større ansvar for å forholde oss til kliniske retningslinjer og oppdatert kunnskap. Det siste bidrag til tverrfaglige retningslinjer er fra Cochrane. (3) Der er også osteopati trukket inn som en behandlingsform for korsryggssmerter. Fremtiden vil vise om vi som faggruppe kan etablere oss som en del av det tverrfaglige teamet som bidrar til bedret svangerskaphelse også i Norge. Hvis andre faggrupper skal ta de nye retningslinjene fra Cochrane og UK til etterretning vil dette ligge i nær fremtid.

Mona Valstad Elness

Osteopat og Fysioterapeut
Klinikk for Alle,
Majortstuen



Referanser:

- (1) Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, et al. Pregnancy-related pelvic girdle pain: Terminology, clinical presentation and prevalence. Eur Spine J. 2004;13:575-589
- (2) Mogren IM, Pohjanen AL. Low back pain and pelvic pain during pregnancy: prevalence and risk factors. Spine. 2005; 30(8): 983-991
- (3) Pennick V, Liddle SD. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. (2013) review The Cochrane, Issue 8
- (4) Liccardione JC, Buchannan S, Hensel KL (et al) Osteopathic manipulative treatment of back pain and related symptoms during pregnancy: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2010; 202: 43-51
- (5) Liccardione JC, Aryal S. Prevention of progressive back-specific dysfunction during pregnancy: an assessment of osteopathic manual treatment based on Cochrane Back Review Group Criteria. J Am Osteopath Association. 2013; 113 (10) 728-736
- (6) George JW, Skaggs CD, Thompson PÅ (et al) A randomized controlled trial comparing a multimodal intervention and standard obstetrics care for low back and pelvic pain in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2013; 208(4): 295e1-295e7.
- (7) Stanley RF, Smith Barbaro P. A case report on low back pain in the third trimester of pregnancy addresses with osteopathic treatment, presentation. <http://digitalcommons.hsc.ut.edu/rad/RAD15/PhysicalMedicineOMM/7/>
- (8) King HH, Tettambel MA, Lockwood MD (et al) Osteopathic manipulative treatment in prenatal care: a retrospective case-control design study. J Am Osteopath Assoc. 2003; 103: 577-582
- (9) Lavelle JM. Osteopathic manipulative treatment in pregnant women J Am Osteopath Assoc. 2012; 112(6): 343-346
- (10) Franke H, Franke JD, Fryer G. Osteopathic Manipulative Treatment for nonspecific lower back pain: a systematic review and Meta-analysis. BMC Musculoskeletal Disorders 2014(15):286
- (11) Frawley J, Sundberg T, Steel A, Sibbit D, Broom A, Adams J. Prevalence and characteristics of women who consult with osteopathic practitioners during pregnancy: a case report from the Australian Longitudinal Study on women's health. Journal of Bodywork and Movement Therapies. 20. 1. jan 2016. 168-172

VISCERALE PLAGER GJENNOM GRAVIDITET

fysiologiske endringer og osteopatiske betraktninger

En kvinnes reise gjennom et svangerskap er både fascinerende og fantastisk. Det er for den gravide kvinnen en unik opplevelse og et svangerskap er aldri likt et annet.

Allikevel er det noen fellesnevnerer hva gjelder fysiologiske endringer, hvilket kan, avhengig av pasientens utgangspunkt føre til plager bla. fra det viscerale system.

I klinikk ser vi at flestparten oppsøker osteopatisk behandling for bekken,-korsryggproblematikk under graviditeten. Tidligere studier viser at opp mot 82% (1) - 50% (2,3) av gravide oppsøker osteopat med svangerskapsrelaterte bekken,- og

korsryggssmerter. Gjennom en grundig anamnese der vi kartlegger andre plager dukker ofte også viscerale ubehag/smerter opp. Kvalme, GØRS og treg mage/forstoppelse er vanlig ved graviditet. Ca 60-70% av gravide opplever kvalme/oppkast den første tiden av svangerskapet, dette gir seg normalt før uke 16 (4). Tidligere studier viser at mellom 17-45% gravide opplever refluks i løpet av svangerskapet, mens 11-38% gravide opplever forstoppelse (5).

Men hva er årsaken til at den gravide kvinne kan oppleve en del av disse plagene? Muskeltonusen og motiliteten til gaster reduseres i løpet av det første trimesteret og fortsetter slik frem til fødsel. Med en reduksjon i produksjonen av magesyre og mindre kontraksjon av glatt

muskulatur vil det ta lenger tid for bolus å bryte ned i jejunum og ileum (6). Til tross for at det er en reduksjon i produksjonen av magesyre kan den langsomme tømmingen føre til gastrisk spasme og irritasjon hvilket kan vise seg i symptomer som kvalme og oppkast (6). Den gravide vil oppleve brystbrann når magesyre trenger opp til oesophagus gjennom kardia og stimulerer nociceptorer i mucosa (7).

GØRS i svangerskapet kan forekomme som en følge av flere fysiologiske faktorer. En av disse faktorene er blant annet relaksasjonen av nedre oesophagale sphinkter og gaster som skjer naturlig under graviditeten grunnet svangerskaps-hormonet progesteron.

Forts. neste side

Den langsomme tømningen av gaster og tynntarm kan føre til at ventrikkelen presser opp mot diafragma. Denne endringen i visceras posisjon kan være tilstede allerede 6 uker ut i graviditeten og være med på å trigge frem tidlig refluks (6).

Etterhvert vil også størrelsen på den gravide uterus (omtrentlig fra uke 24) presse viscera opp mot den sentrale delen av diafragma og endre sphinkterenes naturlige posisjon (4).

Samtidig kan den posturale endringen med økt kyfose thorakalt utover i svangerskapet føre til ytterligere økt trykk både i den thorakale kavitet så vel som den abdominale, og være med på å underbygge refluksen.



Enhver dysfunksjon som gir kroppen en manglende evne å tilpasse seg den voksende uterus, kan tenkes å ha påvirkning på den øvre gastrointestinale trakt og fremme viscerale plager som f.eks. GØRS. Biomekaniske restriksjoner særlig i thorax og øvre abdomen kan spille en rolle i GØRS' etiologi og være opprettholdende faktor (4).

Den normale endringen i columnas kurver gjennom svangerskapet kan påvirke både rent mekanisk i forhold til kaviteten, men også gjennom sympatisk innervasjon av øvre gastrointestinale trakt Th5-Th9.

Lokale biomekaniske endringer i diafragma, thorax og mediastinum samt balansen mellom pelvis og skulderbue, kan føre til økt mekanisk stress mot kardia og den oesophagale hiatus i diafragma. Samtidig kan tensjon av øvre cervical gi en irritasjon av N. Vagus som igjen kan generere gastrisk irritasjon og fremme GØRS og kvalme (4).

Forskningen har vist at osteopatisk behandling kan hjelpe pasienter med GØRS (8). Det er foreløpig ikke gjort noen større studie på effekt av osteopatisk behandling på gravide pasienter med GØRS.

I tillegg til klinikk og det vi gjør på benk er det viktig hva vi kommuniserer ovenfor pasienten. Noe av det viktigste en gravid kvinne kan få er forståelse, gode råd og informasjon om endringene som skjer i

“

Hjemmeøvelser med fokus på dyp diafragmal respirasjon kan forlenge effekten av behandlingen vi gjør på benk og forebygge viscerale plager under svangerskapet.



kroppen både under og etter et svangerskap i tillegg til «hands on» behandlingen vi tilbyr.

Å kunne gi ekstra oppfølging i forhold til øvelser den gravide kan gjøre hjemme og råd på hvilke matvarer som kan øke/dempesymptombildet til pasienten, er essensielt for at hun skal få en helhetlig behandling.

Hjemmeøvelser med fokus på dyp diafragmal respirasjon kan forlenge effekten av behandlingen vi gjør på benk og forebygge viscerale plager under svangerskapet.

En fin utgangsposisjon er sittende, enten på gulvet eller på en stol/ball eller liknende med columna i en sidebøy slik bildet over viser. Andre tips en kan gi den gravide kvinnen som sliter med refluks er å unngå høy fysisk aktivitet umiddelbart etter matinntak og unngå matinntak 2-3 timer før leggetid.

Å bygge opp hodeenden på sengen slik at en ligger med ryggen og hode høyere når en skal sove kan også lette plagene om natten.

I tillegg bør også den gravide spise mange små fremfor få og store måltider (9,10). Når det kommer til matvarer som trigger refluks er det store individuelle forskjeller, og det er viktig at hver enkelt finner frem til hva som forverrer og fremprovoserer GØRS. Allikevel er det noen matvarer som viser seg å særlig trigge refluks bl.a. syrlig og kullsyreholdig drikke, kaffe, sterkt krydder, syrlig og fet mat (9, 10, 11).

Litteratur;

- 1) Bullock JE, Jull G, Bullock MI. The relationship of low back pain to the postural changes of pregnancy. *Australian Journal of Physiotherapy*. 1987;33:11-17
- 2) Mantle MJ, Greenwood RM, Currey HCF. Backache in pregnancy. *Rheumatology and Rehabilitation*. 1977;16:95-101
- 3) Moore K, Dumas GA, Reid JG. Postural changes associated with pregnancy and their relationship to low back pain. *Journal of Clinical Biomechanics*. 1990;5:169-174
- 4) Caroline A Stone. Visceral and Obstetric Osteopathy. 1. Utg. Sydney: Churchill livingstone Elsevier ; 2007
- 5) Juan C Vazquez (2008) Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. Hentet 15. Mars, 2016 fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907947/>
- 6) Averille Morgan. Healthy Pregnancy. A practical guide for health professionals. 2. Utg. Norfolk: Averille Morgan ; 2005
- (7) I Essilfie D A L Hoff J G Hatlebakk (2007) Behandling av gastroesofageal reflukssykdom Hentet 17. Mars fra <http://tidsskriftet.no/article/1620556/>
- 8) Leonardo Rios Diniz, DO (Brazil); Jacson Nesi, DO (Brazil); Ana Christina Curi, DO (Brazil); Wagner Martins, OMS V (Brazil), PhD (2014) Qualitative Evaluation of Osteopathic Manipulative Therapy in a Patient With Gastroesophageal Reflux Disease: A Brief Report Hentet 5. April fra <http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2094628>
- 9) Drevon CA, Blomhoff R. Mat og medisin. Lærebok i generell og klinisk ernæring. 6. utg. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget; 2012
- (10) Harvey R, Ferrier D. Lippincott's Illustrated Reviews: Biochemistry. 5th edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business; 2011.
- 11) Pedersen J, Hjartåker A, Anderssen S. Grunnleggende ernæringslære. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2009.

Ingvild Skarpås Aannerud

Osteopat D.O MNOF
Klinikk for Alle, Majorstuen



AlfaCare

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



Logg inn for å se din pris. Opptil 40% forhandlerrabatt.
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

AlfaCare

AlfaCare AS, Heddalsveien 11, bygg 140, 3674 Notodden
Tlf: 35 02 95 95, post@alfacare.no, www.alfacare.no

VINNER AV SKRIVE-KONKURRANSE

Vinner av skrivekonkurransen 2015 ble Jan Kristian Huus sin artikkel "Trender i tiden". Takk for et veldig interessant innlegg og gratulerer med premien din som er et 2-3 dagers kurs i regi av NOF.



Jan Kristian Huus



FAGDAG LØRDAG 2 APRIL

Lørdag 2 april ble dagen for store og små begivenheter i NOF så langt i 2016.

Noe av det som sto på programmet var informasjon fra Tomas Collin om fag-politiske oppdateringer fra innland og utland. Videre tok Christian Fossum oss i kjent høyt tempo gjennom vår osteopatiske identitet og hvordan denne utvikler seg fra fortid, nåtid og forhåpentligvis lysende fremtid. Videre loset Pål Andre Amundsen og Martin

Stav Engedahl oss i dagens kunnskap om sikkerhet og usikkerhet i tester og behandling i cervicalcolumna. Det hele ble rundet av med Line Juberg sine betraktninger om osteopatisk under-søkelse og behandling av barn. Takk for flotte foredrag!

En stor takk til Matias Fjeld som var organisator og partyfisker og sørget for at helgen gikk knirkefritt.

ORIENTERING FRA KURSKOMITEEN

KURS 1

Dato: 11-12 juni 2016
Sted: sundbytunet

Foredragsholder:
Jim Beames Physioterapist
MSc BSc (Hons) MCSP

Tema: Expalin pain

KURS 2

Dato: 16-17 september 2016
Sted: sundbytunet

Foredragsholder:
Line Rølvaag Juberg,
Osteopat og fysioterapeut

Tema: Pediatri

KURS 3

Dato: 28-30 oktober 2016
Sted: sundbytunet

Foredragsholder:
Peter Levin Osteopat DO og Heilpraktiker
Medforfatter av boken peritoneal organs.

Tema: When to treat? -
Chronology of dysfunction in Osteopathy
and in a visceral treatment plan.

Med vennlig hilsen
kurskomiteen

HUSK DEADLINE FOR BIDRAG TIL OSTEOPATEN NR. 3/2016 1. SEPTEMBER 2016

Osteopaten
Norsk Osteopatforbund
nof@osteopati.org

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

Grafisk design:
Appell Reklamebyrå,
Drammen

Trykk:
Lier Grafiske