

OSTEOPATEN

Breastfeeding:
**Natures tools
to unfold
the infant
cranium**

Gunn Kvivik - s. 4 - 6

**Kraniell osteopati
i lys av forskning**

Thomas Valø - s. 7

**What are osteopath´s
experiences with treating
infantile colic pain?**

DO oppgave - M. T. Lilleng og K. F. Hansen - s. 12 - 14

**Hvis du ikke kan
kommunisere,
hjelper det ikke
hva du kan**

Jan-Andreas F. Fosnæs - s. 9



Kjære lesere!

Forrige utgave av osteopaten var relativt slank, men nå når vi nærmer oss jul er det på sin plass at den blir litt tykkere. Jeg svingte piskene i mange retninger for å stimulere skribenter til denne utgaven og det svarte seg over all forventning. Vi har en rekke fagartikler skrevet av kunnskapsrike og reflekterte osteopater. Jeg har sniklest dem før bladet gikk i trykken og håper de vil stimulere til kunnskap og debatt.

Takk til dere som har tatt pennen fatt i denne utgaven. Noen lesere synes nok du har mange gode tanker, andre kollegaer rister nok på hodet når de leser. Sånn har vi alltid hatt det oss osteopater imellom og sånn vil vi fortsatt ha det så lenge vi kan tenke selv og gjøre egne refleksjoner fremfor andres.

Den eneste grunnen til at man diskuterer et synspunkt er fordi man er usikker på om man selv har forstått det riktig. Er du sikker på at du har rett er det ingen grunn til å bruke tid på å diskutere.

Fyll opp kaffekoppen, gjør ild i peisen og kos deg med osteopaten.

Tom Eirik



Kjære kolleger!

I dette nummeret av Osteopaten vil dere endelig slippe å se mitt navn under de fleste innleggene, vår nye redaktør Tom Eirik har jobbet masse og fått inn mye spennende stoff som vi skal dele med dere her og i våre andre fora! Mye informasjon og fagartikler har vært en utfordring for oss å få delt, hvilket media skal det deles på, først i Osteopaten, så på WEB og FB? Det har vært, og er en nøtt å knekke, hvordan spre informasjonen på kanalene vi har, slik at flest mulig kan ta del i det. Vi prøver nå med å slå sammen Redaksjons, Web og Facebook personene våre til en større Redaksjonskomitee. Forhåpentlig vil det bære frukter i alle mediene vi har, selv om vi har forsøkt før uten at vi helt har lyktes med det, men nu skal det gå!

Webben har blitt redigert og vil bli redigert igjen, TV2 har slettet gamle linker, eller kanskje de bare har flyttet på dem, uansett er resultatet at vi ikke finner dem, hverken på vår WEB eller på TV2s hjemmesider. Dette må vi ta "læring" av og kopiere ikke bare linken men hele innlegget og ha det på våre egne sider uavhengig av om TV2 eller andre fjerner det på sine områder.

Vi skal ha ny form og farge på WEBben før neste årsmøte, vi håper å få integrert REG-WEB med WEB slik at bla. "faglig oppdatering" og finn din osteopat blir enklere å holde oppdatert!

Ny måte å tenke NOF-Komiteearbeid

NOF styret har ryddet litt i komiteene våre, vi har mange komiteer som har hatt liten eller ingen aktivitet. Dette skyldes helt sikkert flere ting, bla. manglende mandat fra styret og kanskje og manglende tidsbegrensning på oppgavene. Noen komiteer er lagt ned i den formen de er i nå, dette gjelder blant annet Autorisasjonskomiteen Web/FB-komiteen og Markedsføringskomiteen.

Komiteene vil ved behov startes igjen, men da med bedre mandat og som prosjekter som går frem til neste årsmøte. På den måten får styret satt i gang prosjekter de ønsker, og komiteearbeidet blir tidsbegrenset slik at medlemmene vet hva de sier ja til, og med bedre mandater på hva som skal gjøres.

Etablering av Fagkomiteen:

Endelig har fagkomiteen kommet i gang og hatt sitt første møte, 18 november, møttes Christian Fossum, Espen Glomsrød, Jan Kristian Hus, Tom Eirik Bjørkli og jeg i NHCK's lokaler. Det første vi skal diskutere er hva vi skal diskutere. Gruppens mandat er: - kvalitetsvurdere og formidle aktuell forskning og mulige implikasjoner dette vil kunne ha for «best practice» for osteopater. - være rådgivende for styret, andre komiteer og medlemmer i faglige spørsmål. - kvalitetssikre innhold på våre plattformer: web, FB, pasientbrosjyrer etc. - kvalitetssikre innhold på eksterne plattformer: narkam, wikipedia etc

Ha en riktig god jul og godt nytt år!

Mvh Leder NOF

Helge Skåtun

Pasientbrosjyre

kan du bestille fra NOF:

1 kartong med 500 brosjyrer: kr 3,50 pr. stk
Ved kjøp av 200 - 500 brosjyrer: kr 5,- pr. stk
Ved kjøp av mindre enn 200 brosjyrer: kr 5,50 pr. stk
Alle priser ekskl. moms + porto



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.

STYRET I NOF:

Leder: Helge Skåtun
Nestleder: Tomas Collin
Styremedl.: Erland Vandvik
Styremedl.: Christin Stormyr
Styremedl.: Morten Kittelsen
Varamedl.: Ronja S. Lund
Varamedl.: Andreas G. Fjærtøft

e-post: helge@blibedre.com

e-post: tomas.collin@ovrebo.no
e-post: erlenvan@online.no
e-post: cistormy@yahoo.no
e-post: osteomorten@gmail.com
e-post: ronja.lund@nhck.no
e-post: andreasgf@gmail.com

Tlf. mob: 907 21 456
Tlf. mob: 913 28 430
Tlf. mob: 926 94 895

Tlf. mob: 976 83 833
Tlf. mob: 990 45 330
Tlf. mob: 994 01 264
Tlf. mob: 911 62 274

KONTAKTOPPLYSNINGER:

Koordinator: Helge Skåtun, Kjernåsvn. 13 A, 3142 Vestskogen

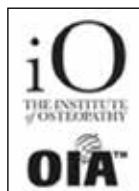
Redaktør: Tom Eirik Bjørkli
tombjorkli@gmail.com
Tlf. 41 66 83 51

Faktura-/postadr.: NOF, p.b. 6731, Etterstad, 0609 Oslo

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

Bringing Osteopathy Together

iO Convention 3-5 October 2014



Tomas Collin (40)
Ferdig Osteopat Juli 2005, NAO
Jobb: Gressbanen Osteopati Tønsberg
Faglige interesser:
Pediatri, driver klinikken og jobber mye
med tilrettelegging og tilpassing av tek-
niske hjelpemidler for funksjonshem-
mede barn og unge



«The Institute of Osteopathy» (iO) i samarbeid med «Osteopathic International Alliance» (OIA) inviterte i oktober til et spennende seminar med hovedbudskap «Bringing Osteopathy Together». Fokus ble rettet på tre viktige pilarer; utdanning, forskning og organisasjonsutvikling. Helge Skåtun og Tomas Collin deltok som representanter for NOF og Norge. Gjennom tre dager var vi på en rekke gode foredrag som omhandlet alt fra hvordan bygge en god profesjonsorganisasjon til undersøkelse av bekken og korsrygg (med Renzo Molinari som foreleser) og erfaringer med osteopatiklinikker under olympiaden i London 2012. I tillegg til alle møter og foredrag var det også rom for god mat og drikke og hyggelig samvær med kolleger fra hele verden. Hotellet vi bodde på lå rett ved Themsen litt utenfor London. Flott sted, og både Helge og jeg startet med å stryke alle medbrakte skjorter og få på dressen for å smelte inn i miljøet.

Som medlemmer i FORE ble første dag brukt til å møte de andre delegatene i FORE for å diskutere videre arbeid med CEN. CEN vil etter all sannsynlighet bli vedtatt i løpet av våren 2015, for deretter å kunne implemen-

teres neste vinter. Som nevnt tidligere vil nok CEN ha liten betydning for hverdagen til hver enkelt av oss, men den vil være et referansepunkt som over tid vil dreie den europeiske osteopaten i samme retning. Denne dagen hadde vi også et fellesmøte med EFO, EROP og OSEAN. Mange forkortelser her; EFO- europeisk føderasjon av osteopater, samlingssorgan for en rekke osteopatforbund i europa, EROP- europeisk organisasjon for leger som også er osteopater, OSEAN- europeisk fellesorganisasjon for osteopatiske skoler, FORE- forum for regulering av osteopati i Europa. Det er første gang at disse fire organisasjonene greier å enes om felles standpunkt, med gjensidig respekt for de forskjellige man har. Det var et veldig hyggelig møte som danner grunnlag for et fortsatt godt samarbeid.

Arrangør for konferansen var som nevnt «The Institute of Osteopathy» og vertskapet ble ledet av Maurice Cheng, leder i iO. Han introduserte en rekke av dyktige forelesere, og vi prøvde etter beste evne å få med oss mest mulig. Høydepunktet for Tomas var et meget godt foredrag av alles vår Renzo Molinari. Renzo har absolutt skjont mye av kroppens mys-

terier og i tillegg er god til å formidle det. Det var en morsom og lærerik opplevelse. Helge var med på en flott presentasjon av osteopatiklinikken som ble iverksatt under London OL 2012 (se eget referat).

Vi var begge med på flere foredrag som omhandlet organisasjonsutvikling, og kunne konstatere at våre kolleger i andre land har lignende utfordringer som vi har. Synlighet i mediebilde, deling av informasjon, gode medlemstilbud, forsikringsordninger mm vil fortsatt være satsingsområder. Vi tar med oss erfaringene videre i vårt arbeid for NOF.

Mange løftet frem behovet for videre satsing på forskning innen osteopati. Mye gjøres, men mye gjenstår. Som et lite stunt for å sette fokus på behovet for forskning inviterte avtroppende leder i OIA, Michael Mulholland Licht, alle de andre lederne for deltagende organisasjoner til å svømme over Themsen søndag morgen kl 7.30 AM! Tomas var tilstede og vedlagt er bildebevis på at en liten, men tapper gruppe osteopater tok sitt morgenbad i noe kjølig (og litt skitten) Themsen.

SABORG KONTAKTFORUM TORS DAG 25. SEPTEMBER 2014 TEMA: FAGSTANDARD FOR TRADISJONELL-/ KOMPLEMENTÆRMEDISIN OG ALTERNATIV BEHANDLING.

SABORG har initiert arbeidet med utvikling av en fagstandard for tradisjonell-/komplementærmedisin og alternativ behandling. Dagens kontaktforum ble innviet innspill og tanker rundt videre utvikling av en slik fagstandard. NOF er fortsatt ikke medlem av SABORG, men ble invitert til å delta på link linje med de fleste andre alternative utøverorganisasjoner. Med bakgrunn i avslag på vår søknad om autorisasjon, har SABORG spurt om vi igjen vil vurdere medlemskap og en mere aktiv rolle i SABORG. Vi i styret ser dog på nåværende tidspunkt ikke noen grunn til medlemskap, men vil fortsette å holde oss orientert om utviklingen videre. Særlig vedrørende regulering og forskrifter som vil kunne påvirke vår rolle som leverandør av helsetjenester. Krav om registrering i Brønnoysund registeret og forskrift om markedsføring av alternativ behandling er eksempler på viktige temaer som vedrører oss som osteopater.

Grunnlaget for etablering av SABORG er myndighetenes ønske om å bruke andre virkemidler enn rettslig regulering. Gjennom informasjonsvirksomhet og helsemyndighetenes samarbeid med utøverorganisasjoner var målet å fremme forskning, fagutvikling, utdanning og organisasjons utvikling innen alternativ sektor. Rammebetingelsene slik de er i dag kan man god si er de vi fortjener som sektor. Flere innen SABORG stiller spørsmålet; hvorfor vil ikke alle være med? HOD ønsker å forholde seg til en samlet alternativ bransje, hvor utøverorganisasjonene selv må sørge for videre utvikling av en evt fagstandard for alternativ behandling.

Dagens hovedtaler var Jan G Haanæs, tidligere direktør i YS, som presenterte noen definisjoner av fagstandard i et større perspektiv. Alle som benytter seg av produkter, tjenest-

er etc har forventninger til profesjonaliteten hos selger/tilbyder. Disse forventningene kan møtes dersom det foreligger en standardisering. Begrepet fagstandard er dog ikke entydig definert. Det kan være en teknisk beskrivelse, men også å være vedtatte forpliktende felles krav til en gruppe yrkesutøvere. Når det gjelder yrkesutøvere så bygger de ofte på omforente spesifikasjoner av nasjonale og internasjonale krav til yrkesutøvelser og yrkets faglige innhold. Disse spesifikasjonene må vedtas med høy grad av konsensus, bred og almen forståelse til kravene og sterk forankring i medlemsmassen. De kan inneholde krav til utdanning og krav til utførelsen av det faglige nivå. En fagstandard skal være et felles rammeverk og et felles løft for hele utøverorganisasjonen. Mulige effekter av en slik standardisering kan være å bygge allmennhetens tillit, plassere gruppen i et helhetsbilde av en bransje og høyne anerkjennelse fra det offentlige. Fremfor alt vil det kunne gi pasienten trygghet for at de møtes profesjonelt og at den enkelte får en faglig og kvalitativ riktig behandling. Fagstandard bygger yrkesstolthet, individuelt og i gruppe. Høy yrkesstolthet gir bedre utøvere.

Ola Lillenes, informasjonssjef i NAFKAM og redaktør for nifab.no, presenterte kort nifab.no's rolle og snakket om erfaringer fra møter med representanter fra alternativ sektor. NAFKAM og nifab.no skal klargjøre og presentere det som finnes av tilgjengelig informasjon vedrørende forskjellige alternative behandlinger. Materiale for informasjonen de presenterer blir innhentet de fra kontakt med utøverorganisasjoner, aktuelle forskningsresultater og andre kilder. Det de presenterer for publikum, skal være upartisk, gjenkjennelig og ha en forbrukerjournalistisk vinkling. I fremtiden kan skriftlig og vitenskapelig del gis større vekt for bakgrunnsmateriale, i tillegg arbeider de med å få på plass et behandlerintervju koblet til hver behandlingsform for gi bedre mulighet for utøvere med egne ord å forklare sin behandlingsform. I møter

med alternativbehandlere både individer og utøverorganisasjoner så har nifab.no møtt en del reaksjoner de ønsket å drøfte. Eksempler strakk seg fra at «alt er feil» til «takk for gode spørsmål». Er NAFKAM/nifab.no respektløse? Ønsker de å latterliggjøre og bryte ned alternativ behandling? Kan en tolkning være at alternativ behandlere fort føler seg angrepet og tar en offerrolle? Hva sier media om alternativ behandlere? Stort sett snille og velmenende, gode pasienthistorier, helhet og håp, liker ikke placebo, har lav status i media, er lette å «henge» og fremstår gjerne som motarbeidet. NAFKAM ønsker utvikling av fagstandard velkommen. Mer likhet og system gir bedre forutsigbarhet og tillit og skaper mere troverdighet enn solospillere. Forbrukere har alltid behov for mer tydelighet, som kan bidra til velinformerte valg hos befolkningen. Andre viktige områder for utøverorganisasjonene å jobbe med er forsiktighetsregler, tips til pasientene om konvensjonell behandling innen den offentlige helsetjenesten, policy informasjon, organisasjonens syn på viktige/aktuelle helsepolitiske spørsmål. Det er en dårlig metode å rakke ned på det etablerte helsevesen med sine feil og mangler, og påstå at motstandere har skjulte hensikter eller opptre uærlig. Er man angripende eller forsvarende, saklig og profesjonell eller personlig og følelsesstyrt? Dogmatisk barriereforkjemper eller pragmatisk tilpasser? Hvem er vi i fortellingen? Offeret, skurken eller helten? Hvordan tror vi opinionen ser på oss? Uenighet innad i rekkene, kan det påvirke vår profil/image? Er det mulig at en fagstandard kan bedre den profilen?

Som nevnt innledningsvis er ikke NOF medlem i SABORG, men temaer tatt opp her har påvirkning på vår hverdag som praktiserende osteopater.

Mvh nestleder NOF

Tomas Collin

Breastfeeding: Nature's tool to unfold the infant cranium

"To find health we need to walk hand in hand with nature". "The body has within itself all the resources to heal as long as the pathologies do not reach an irreversible stage" (Still). Magoon describes "the moulding of the foetal skull....should correct itself.. through suckling, which flexes the sphenobasilar via the vomer and normalizes the pull of the intracranial membranes".

Throughout human history breastfeeding has been the natural and instinctive way to feed babies. Bottle-feeding was uncommon until the beginning of the 20th century. Beginning in 1950 research comparing breast to bottle-feeding from physical, chemical and psychological impacts confirm breastfeeding is the better alternative. Our interest in the physiology of breastfeeding started after reading research concluding that breastfed children have fewer occlusion problems as well as a better-developed facial skeleton. The results imply a mechanical influence on the cranium, which inspired the subject of our theses.

ABSTRACT

Title: Breastfeeding and its influence on the infant skull

Breastfeeding involves more complex muscular activity than bottle-feeding. It activates the muscles of the tongue, lips, and face in synergy with velar and pharyngeal muscles including the muscles inserting on the styloid and hyoid bones. The superior pharyngeal constrictor is the key muscle which coordinates all orofacial functions because of its attachments on the cranial base and diverse extensions.

Sucking on the breast requires an intraoral vacuum to extract milk as opposed to bottle-feeding where only a slight sub atmospheric pressure is sufficient to make the milk flow out of the bottle. The vacuum required during breastfeeding stimulates depression of the hard palate. Increased mandibular depression/protraction and labial protrusion/occlusion is observed, causing elongation of the facial muscles.

Objective:

Analysis of the influence of muscular activity associated with breastfeeding compared to bottle-feeding on cranial development.

Hypothesis:

Complex muscular activity during breastfeeding influences the development of the cranium and reduces restrictions in the cranial sutures.

Method:

60 randomly selected infants were examined post partum and at 3 months. Dysfunctions of craniofacial sutures, sphenobasilar symphysis (SBS) and pre-osseous elements of the occiput were evaluated. Bizygomatic and biorbital distances were measured with calipers.

Results:

Significant results were found in 70 % of the facial sutures of the breastfed group showing a reduction in membranous and osseous lesions.

In compression of the SBS and/or the occipital base, an increase of sutural dysfunctions in the posterior sphere was observed.

Restoration of membranous dysfunction of SBS was observed in 15.8 % of the breastfed

infants, absent compression of occipital base or several dysfunctions of the vault.

18 % breastfed and 50 % bottle-fed infants had SBS dysfunctions that transferred into other dysfunctions, preventing statistical analysis.

Breastfed infants showed a 16.7 % enlarged growth of the zygomatic bones in relation to the biorbital distance, bottle-fed showed an 86.6 % decrease.

Conclusion:

Our hypothesis was confirmed in the anterior part of the infant cranium where breastfed infants showed increased growth of the zygomatic bones as well as significantly reduced dysfunctions of facial sutures. We believe that the superior pharyngeal constrictor muscle, which coordinates the orofacial functions, plays a key role in the angulation of the cranial base during the first year of life.

1. RESEARCH ON THE BENEFITS OF BREASTFEEDING

The first orofacial motion of the foetus begins around the 10th week with sucking on its fingers. The transitory period from safe intrauterine life to the start of unprotected and independent life is facilitated by bonding between mother and child through physical contact and oxytocin produced during breastfeeding.

Breastfeeding is an essential stimuli for the three primary senses linked to the reptile brain. Physical contact between mother and child stimulates development of the tactile sense. Taste and smell are present around the 12th intrauterine week. The mother's varying nutrition is of great importance for the development of these senses via the amniotic fluid and subsequently the breast milk. Recognizing the taste and smell from intrauterine life, gives the newborn a feeling of attachment.

Breast milk contains a significant source of protein, vitamins and polyunsaturated fatty acids (DHA), which are important for optimal development of the cortex. Research shows increased IQ scores in breastfed children compared to bottle-fed; the difference is higher when breastfed more than 8 months. Breastfed infants have better cognitive and earlier physical development in the first 2 years of life and a higher neural maturation of the nervous system.

Fat and caloric content increase with duration of lactation. Studies show increased growth in breastfed children. Their immune system is improved with increased antibodies and immune factors that rise in the second year. Children breastfed 90 days or more exhibit greater antibody response after vaccination. Breastfed infants have improved health with reduced risk of meningitis, asthma, otitis, respiratory infections, childhood type 1 diabetes, allergies and childhood leukaemia.

Breastfeeding influences the metabolism showing a lower risk of childhood/adult obesity and cardiovascular disease. Mothers that breastfeed use on average 480 kcal more per day. Long-term health benefits are a reduced risk of cardiovascular disease, excess waist

circumference, diabetes and breast/ovarian cancer.

Research on the mechanical impact of nursing on craniofacial structures show that breastfed children have a better-developed facial skeleton compared to bottle-fed with a higher bizygomatic compared to biorbital distance. Risk of malocclusion is 1.84 times lower when breastfed, and is reduced with longer duration of breastfeeding. Breastfed children have better alignment of the teeth with a u-formed dental arch and a lower palate compared to bottle-fed. 72 % of occlusion problems occur in the anteroposterior plane where 22.5 % had over-jet problems when bottle fed opposed to 3 % when breastfed.

The risk of developing posterior cross-bite was 5 times lower when breastfed 6-12 months and 20 times lower when breastfed more than 12 months. Children breastfed less than 9 months or the use of pacifiers between 1-4 years have a greater risk factor for posterior cross-bite and anterior open bite.

2. PHYSIOLOGY OF SUCKING AND SWALLOWING

2.1. Sucking during breastfeeding

During breastfeeding the tongue is in propulsion pressing the apex against the nipple and part of the areola. The inferior and superior dental arches are in contact with the tongue.

Phase 1: Depression of the mandible

Sucking on the breast requires a complete closing of the pharyngeal sphincters and the lips around areola to create the vacuum. The orbicularis oris muscle is permanently contracted in synergy with buccinator and the superior pharyngeal constrictor muscle. The velopharyngeal sphincter closes the nasopharyngeal passage pressing velum (soft palate) against the posterior pharyngeal wall. The pharyngolingual sphincter closes the passage between the root of the tongue and velum.

The intraoral volume expands through mandibular depression and protraction. The intraoral pressure drops from 760 mmHg (atmospheric pressure) to 60 mmHg, which leads to aspiration of the milk.

Phase 2: Elevation of the mandible

When the mandible elevates in combination with retraction pressure is reduced to slight sub atmospheric. The central part of the tongue makes an indentation to collect the milk before executing a peristaltic anteroposterior movement to squeeze out the remaining milk. The infant continues sucking until there is enough milk in the oral cavity, which releases the swallow reflex, normally occurring between inspiration and expiration. The infant is forced to breathe through the nose, opening the mouth makes it lose both the nipple and the vacuum.

2.2. Sucking during bottle-feeding

A complete closing of the sphincters or an airtight space around the teat is unnecessary during bottle-feeding because less vacuum is needed. Less activity and coordination of the velopharyngeal facial muscles is required. The mandibular movements are reduced. Instead of the peristaltic movement, the tongue works



more like a piston controlling the milk flow. Nose breathing is not necessary because the child may open its mouth without losing the nipple.

2.3. Swallowing during breastfeeding

Swallowing is initiated by a strong contraction of orbicularis oris and buccinator muscles maintaining contact with areola. The root of the tongue lowers to open the passage to pharynx. The velum presses against the posterolateral pharyngeal wall preventing milk intruding into cavity.

The peristaltic movement of the pharynx continues with rising of the pharynx, larynx and hyoid in such a way that epiglottis closes from below preventing milk from entering the trachea. Respiration is interrupted during swallowing.

2.4. Swallowing during bottle-feeding

Swallowing is carried out with reduced protrusion of the lips and protraction of the mandible. The tongue is situated more posteriorly than in breastfeeding with reduced propulsion and muscular activity.

3. VELOPHARYNGEAL FACIAL MUSCLE LOOPS (CHANCHOLLE)

3.1. Constrictor muscle and its extensions

The superior pharyngeal constrictor muscle is the key muscle of the muscle loops and coordinates all orofacial functions. During sucking it performs a transversal and anteroposterior contraction in synergy with buccinator and orbicularis oris muscle, supporting the function of the pharyngeal sphincters and all the muscular loops. During swallowing it executes an elevation of larynx and pharynx.

It attaches on occiput and forms the pharyngeal tubercle through the pull of the pharyngobasilar fascia. The posterior pull on its attachment on the sphenoid forms the medial pterygoid process and hamulus. It also inserts on alveolar process of the mandible.

The superior pharyngeal constrictor muscle has the following extensions:

- velum • palatopharyngeus m. • auditory tube
- salpingopharyngeus m. • tongue

- glossopharyngeal part of superior pharyngeal constrictor muscle • cheeks and lips
- through the pterygomandibular raphe to buccinator and orbicularis m.

3.2. The muscle loops

The extensions of the constrictor muscle form the muscle loops active during all orofacial functions.

Short loop is a part of velopharyngeal sphincter:

Superior pharyngeal constrictor and palatopharyngeus mm. with its two extensions: Salpingopharyngeus and pterygopalatine mm.

Middle loop forms the pharyngolingual sphincter:

Upper part: superior pharyngeal constrictor and glossopharyngeal part
Lower part: medial pharyngeal constrictor and hyoglossus mm.

The short and middle loop, are synchronized by palatoglossus muscle.

The lower part is more active during infant sucking by closing the passage between the root of the tongue and velum to create a vacuum. The hyoglossus muscle pulls the tongue posterolaterally and is assisted by the palatoglossus muscle lowering the velum.

The upper part works primarily during swallowing to raise the tongue in synchronisation with the styloid muscles that pulls the hyoid posterosuperiorly.

The swallowing mechanism changes with dentition when the child starts swallowing with occlusion. The lower part is strengthened by mylohyoid muscle, which connects mandible with pharynx and the tongue, enabling the hyoglossus muscle to pull the hyoid anteriorly.

Long loop is constantly active during sucking maintaining contact with the breast:

Superior pharyngeal constrictor, buccinator and orbicularis oris mm.

Vertical loop is part of the velopharyngeal sphincter:

Levator/tensor veli palati mm.

The tensor veli palatini muscle tightens the soft palate. Through its insertions on the auditory tube it ventilates the middle ear together with levator veli palatine and salpingopharyngeal muscles during sucking and swallowing.

The velopharyngeal sphincter is formed by the muscles of the short and vertical loop. It closes the passage between the nasal cavity and oropharynx during sucking, swallowing, respiration, mastication and phonation.

The levator veli palatini muscle stretches from petrous part and the auditory tube to velum, which it pulls superoposteriorly. The palatopharyngeus muscle extends from the lateral pharyngeal wall to velum, which it pulls inferolaterally to create the vacuum during sucking. During swallowing it pulls pharynx superolaterally to prevent milk from intruding into the nasal cavity

4. MUSCLE CHAINS (G. DENYS-STRUYF)

Denys-Struyf has defined the muscle chains that are synchronized and unified in the mouth during nursing. Breastfeeding activates mainly the central PA-AP chain in synergy with AM activity.

Antero Median muscle chain (AM)

The AM chain; the foetal chain is connected to the mother as its structures develop intrauterine. Muscles of the AM chain are situated anteromedial coming from below, normally with punctum fixum inferior. Nursing involves the orbicular oris and the tongue muscles. The hyoid muscles execute the mandibular depression when sucking and the styloid muscles elevate the oropharynx during swallowing.

Postero Median muscle chain (PM)

The PM muscles are situated posteromedial on the body from behind and down to the upper lip, normally with punctum fixum inferior. The PM chain is linked to the father. Normally the expulsion in delivery is the first physiological PM influence. During birth the preosseous elements of occiput where PM muscles insert are compressed, often creating excessive tension of this chain. Because it is linked to the adrenal glands, a high level of adrenalin through maternal stress will cause similar tension.

PM muscles have only a stabilizing function during breastfeeding.

Because breastfeeding stimulates the central and AM chain, it will harmonize an imbalance of the PM chain.

Central pharyngoprevertebral chain (PA-AP)

This chain consists of the central myofacial elements in relation to the central gravity line consisting of two separate entities. The PA chain is more static and executes spinal erection with punctum fixum superior. During nursing the head is stabilized in a neutral position through the pre-vertebral muscles longus colli and rectus capitis anterior that execute a minor antelexion of C0-C1.

The AP chain is a dynamic functional unit changing fix point after muscle function. The velopharyngofacial muscles are AP muscles responsible for sucking, swallowing, respiration, phonation as well as coordinating the other muscle chains. PA-AP can unite and form a functional unit.

Fortsettelse neste side

This central muscular PA-AP chain is not equal to the central chain defined by Druelle who describes the central viscerotendinous elements. They are linked to each other and the muscular PA-AP sustains the central chain.

Postero Lateral (PL) and Antero Lateral (AL) muscle chains

These chains, also called mastication chains, are structured after the other chains participating in creeping/crawling and non-verbal postural communication; extroversion (PL) or introversion (AL). Muscles responsible for mandibular protrusion during sucking are the superficial part of masseter and lateral pterygoideus muscles.

The mastication muscles start their real function during occlusion by eating solid food using the same loops, only tension and direction of muscular force change.

AM/Central PA-AP chain

During sucking the AP works together with AM with punctum fixum inferior to lower the mandible and create intraoral vacuum.

During swallowing the PA stabilizes cranium and gives the velopharyngeal AP muscles a superior punctum fixum to raise oropharynx in synchronization with the AM chain transferring the milk in the peristaltic movement of the tongue

Practical advice

The following factors need to be considered for the muscle chains to work efficiently. Because the adrenalin level both stimulates PM and inhibits oxytocin, the mother needs a comfortable position with support for the back, arms and legs combined with conscious breathing.

The baby should lie in a foetal position with extremities slightly flexed, hands on each side of the breast and the neck in a neutral position; too much flexion inhibits depression of the mandible, too much extension gives excessive stimulation to the PM chain and inhibits AP/AM activity.

Denys-Struyf recommends a focal point on the two ischial tuberosities serving as a punctum fixum for the AP chain. The pelvis should be slightly flexed facilitating stimulation of the AM chain.

5. INFLUENCE OF BREASTFEEDING ON CRANIOFACIAL DEVELOPMENT

During nursing the muscular contraction of the velopharyngeal facial muscles leads to a three dimensional compression and elongation in the craniofacial sphere.

These muscles attach primarily to bones with mixed ossification. Growth of bones with membranous origin depend on extra osseous stimuli. Variation of intraoral pressure and muscle contraction/elongation are essential stimuli for growth and modelling of these structures.

The superior pharyngeal constrictor muscle inserts on the occipital base with cartilage origin and on pterygoide process and mandible with membranous origin. The facial muscles insert around the labial commissure and on facial bones of pure membranous origin.

Facial skeleton and oral cavity

The permanent contraction of orbicularis and buccinator muscles cause compression on maxilla and mandible. The tongue works as an antagonist with a peristaltic movement against the palate and the dental arches. These movements are modeling the facial structures; tongue internally and buccinator/orbicularis oris muscles externally.

The rest of the facial muscles are elongated during sucking through mandibular depression and protrusion in combination with labial protrusion and occlusion. This elongation stimulates the growth of the facial bones and reduces sutural dysfunctions.

The intraoral vacuum created during sucking is an important stimulus for descending of the hard palate. A low and broad palate forms a u-shaped dental arch, which is essential for good occlusion and alignment of the teeth. A high palate corresponds to a v-formed dental arch often combined with malocclusion. Mobility of the intraoral sutures around vomer is important for the descending of the hard palate, which allows straight growth of vomer-nasal septum. This nasal septum has a mixed ossification with ethmoid of cartilage origin and vomer membranous adapting to adjacent structures. A palate that remains high often leads to a curved nasal septum with decreased volume of nasal cavity and difficulties in nose breathing. A reduced growth of the suprapharyngeal space may inhibit the process of phonation. Angulation of the cranial base

The angle between the cranial base and the horizontal line increases in the first 6 years with an increased flexion position of the sphenobasilar symphysis/SBS (illustration 14). The osteopathic view is that through the vertical posture, atlas is pushed superiorly thus increasing the flexion position of the SBS. Magoon claims that suckling flexes SBS via vomer and normalizes the pull of the intracranial membranes within the first weeks.

We believe the process is more complex than previously indicated. The main changes occur in the first year through the activity of the superior pharyngeal constrictor muscle, the key muscle of all orofacial functions. In the newborn cranium, the pterygoid processes are short, pointing anteriorly, and the palate is relatively high compared to a grown-up cranium. During the first year the palate is supposed to descend and the pterygoid processes lengthen into a more vertical position. Sucking/swallowing

During sucking the central PA chain stabilizes the cranium in a neutral position. The superior pharyngeal constrictor AP muscle is able to use occiput as a punctum fixum while muscular action is effectuated on the insertions on the pterygoid process in a posteroinferior direction. We believe that the pterygoid function as lever arms gradually stimulating the descending of the hard palate and flexion position of the sphenoid as well as the flexion of the primary respiratory mechanism (PRM). The variation in sucking and swallowing is an essential factor for maintaining the PRM where sucking is dominant to swallowing, normally in a ratio of 3 to 1. Breastfeeding gradually stimulates the sphenoidal flexion and angulation of the cranial base.

In the sucking period, swallowing begins from the apex to the root of the tongue; always in propulsion, where orbicularis oris muscle and the apex of the tongue are punctum fixum. Infant swallowing stimulates cranial extension according to Darraillans

When the infant starts eating solid food the swallowing mechanism evolves. Adult swallowing should be fully integrated around 3 years. In adult swallowing the dental arches are in contact (occlusion). The tongue is now situated more posteriorly because of the development of the larynx and the descending of the hyoid bone around 18 months. The tongue presses against the palate in a peristaltic movement where the mandible and the root of the tongue are punctum fixum.

The palate, originally in a high position in line with the basilar portion of occiput, is now in line with the anterior part of atlas. According to Darraillans adult swallowing stimulates flexion of the SBS. We believe it occurs because of the changed angulation of the base with a low palate combined with a changed swallow mechanism.

It is important to verify that swallowing is developing according to the physiology. Persistent infant swallowing after age 3 blocks maxilla in extension and inhibits the unfolding of the cranial base and optimal development of the craniofacial growth, often combined with occlusion problems.

Difficulties of breastfeeding

The mechanism of sucking on the breast requires a strong activation and complex coordination of the velopharyngeal facial muscles. Factors for breastfeeding difficulties are therefore complex and need a global approach considering the physiology mentioned in the previous chapters. Osseous dysfunctions of the cranial base are observed in most cases. The cranial nerves involved in sucking and swallowing emerges from the base and cause disturbed function of the muscles creating the vacuum.

Osseous dysfunctions, especially of the occiput, often lead to malposition of the mandible with the same embryological origin. A deviation or excessive retroversion of the mandible reduces the capacity to create the intraoral vacuum required during sucking.

Structure and function

Our results connect the fundamental concepts of osteopathy confirming the interrelationship between structure and function. The velopharyngeal facial musculature stimulates growth and reduces craniofacial dysfunctions. Restoration of SBS lesions was observed when breastfed and absent compression of occipital base. A compressed occiput does not allow the central PA-AP chain to stimulate the flexion of the sphenoid and the cranial base. "The body has within itself all the resources to heal as long as the pathologies do not reach an irreversible stage" (Still). Breastfeeding seems to be nature's tool to unfold the infant cranium and reduce negative impacts from the intrauterine period through delivery.

Mvh

Gunn Kvivik

Gunn Kvivik
Utdannet fysioterapeut i 1991
i Erlangen, Tyskland.
D.O. eksamen febr 2003 med
studiet: "Amning og dens inn-
flytelse på kraniet til spedbarn",
tildelt Sutherlandsprisen for
beste kliniske studie.



Faglige interesser; forskningsarbeidet har åpnet dører i forhold til ulike faktorer som påvirker orofacial utvikling og fremfor alt occlusion. Kurset som Line K. Cote og jeg skal holde i London, er også åpne for reguleringsstannleger. Disse to yrkesgruppene trenger et tett samarbeid da vi som osteopater trenger funksjonelle reguleringsstannleger og vise versa. Har ellers 2 års videreutdanning i urogynekologi med Natalie Camirand.

Kraniell osteopati i lys av forskning

Thomas Valø
Ferdig Osteopat juni 2014
Jobb: Eier osteopatiklinikken
Apex Helse
Faglige interesser:
Smerte- og nevrofysiologi,



I flere tiår har studenter av osteopatisk medisin blitt trent i Kraniell Osteopati (KO), etter teorier av Sutherland, og senere Upledger, King og Lay, hvor teorien om intrinsiske, rytmiske bevegelser til hjernen (uavhengig av respiratoriske og kardiovaskulære rytmer), forårsaker rytmiske fluktuasjoner av cerebrospinalvæske hvor spesifikke tensjonsmønstre i hjernens durale membraner, kranie og sacrum kan oppstå. William G. Sutherland står støtt som en skikkelse som har preget osteopatis historie. Teoriene bak KO derimot, gjør ikke det. La oss derfor ta en kort gjennomgang på hva nyere forskningslitteratur har å si om KO og teoriene som danner grunnlaget for cranio-sacral osteopati.

Iboende motilitet av hjernen og ryggmar- gen

Ifølge Sutherland, og senere forfektet av King og Lay, er PRM forårsaket av motiliteten (selvgenerende bevegelse) i sentralnervesystemet ved durale membraner. Dette har i senere tid blitt begrunnet med at alle celler i kroppen vår, inkludert gliaceller, inneholder actin og myosin, substanser som har kontraktile egenskaper (Goodman 1994). Utfordringen med denne teorien er at verken nevroner eller gliaceller har tilstrekkelig tetthet av aktin- og myosinfilamenter som kreves for betydelig styrkegenerering og forkorting av vev (Hartman og Norton, 2005). Upledgers alternative hypotese vedrørende denne bevegelsen, Pressurestat modellen, er kun en spekulativ teori som forsøker å illustrere sirkulasjonen av cerebrospinalvæske gjennom ett hydraulisk craniosacral system, og per dags dato ikke påvist.

Klinikere er helt avhengige av pålitelige metoder for undersøkelse av pasienter. KO har fremdeles til gode å vise til nettopp dette. Tanken om iboende motilitet av hjernen og ryggmargen kommer i all hovedsak fra cranio-sacrale terapeuter, og er ikke støttet av forskning av høy kvalitet (Hartman og Norton, 2005, Green et al. 1999).

Artikulær mobilitet av kranielle knokler

King og Lay hevder i Foundations of Osteopathic Medicine (FOM) at kranielle suturer er konstruert i så måte at knoklene tillater bevegelse. Problemet med påstanden er at ossifiseringen av kranielle suturer ved ulike aldre gjør denne påstanden uholdbar (Cohen 1993, Hershkovitz 1997, Perizonius 1984, Verhulst og Onghena 1997). I FOM siterer King og Lay Pritchard bla på følgende: "I mennesket og de fleste forsøksdyr vil suturene ofte aldri lukke seg (ossifisere) helt" (Pritchard et al. 1956). Disse observasjonene er ofte sitert fra terapeuter av KO som bevis på at det eksisterer artikulær mobilitet av kranielle knokler. Men det mange kanskje ikke vet er at Pritchard tilskriver denne påstanden til Bolk (Hartman og Norton 2005). Bolk konklusjoner samsvarer med nyere forskning, hvor kranielle suturer ossifiserer hos de fleste i 30 årene, noe Pritchard ikke motsier i sine observasjoner (Hartman og Norton 2005).

Moskalenko et al. observerte at deformasjon av kranieknokler (hvor suturene er lokalisert) vil kreve en betydelig innsats muskelkraft, og er derfor neppe mulig å gjennomføre (Moskalenko et al. 1999, Moskalenko et al.

2001). Bevegelse er kun mulig ved fleksible regioner i kranielle regioner, derfor kan man anta der hvor ossifisering har funnet sted, eksisterer det ingen bevegelse.

I Sutherland's paradigme vedrørende mobilitet av kranielle knokler, er den sphenobasillære symfyse (SBS) og dens bevegelse av stor viktighet. I FOM siterer King og Lay Grays Anatomy på at SBS består av en bruskforføyning opp til fylte 25 år. I lys av nyere forskning kommer det frem at SBS nesten alltid undergår komplett ossifisering i alderen 12-19 år (Madeline og Elster 1995, Melsen 1972, Okamoto et al. 1996, Sahni et al. 1998). Videre forfekter King og Lay at selv etter at SBS har ossifisert, har denne knok-



kelforbindelsen egenskapene og elastisiteten til spongiøst ben. I kontekst av Sutherlands modell indikerer det at selv etter ossifisering av SBS vil da den sterkt mineraliserte matrix av SBS være mulig å palperes. En kontekst det ikke eksisterer noe vitenskapelig bevis for.

Fluktusjon av cerebrospinalvæske (CSV)

Det eksisterer liten tvil om at cerebrospinalvæske fluktuerte. Det eksisterer også noe bevis for en kranio-sacral rytme eller impuls som er uavhengig av andre målbare kroppslige rytmer som puls, blodtrykk og respirasjon (Green et al. 1999). Men ingen forskning av akseptabel kvalitet tilsier at denne fluktusjonen er mulig å palperes, ei heller dens påvirkning på helsen vår (Sommerfeld 2003, Hartman 2002, Green et al. 1999).

Teoriene bak palpatoriske funn i KO er flere:

- Bevegelse av ioner som resulterer i en elektrokjemisk gradient som forårsaker en forandring i celle- og plasmamembranens permeabilitet (Hamm 2011) og som dermed forandrer cellers uttrykk og derfor bevegelse.
- Traube-Hering-Mayer oscillerende (THMO) har statistiske likheter ved palpasjon som fluktusjon av CSV. Den lave frekvensen av THMO samsvarer med de rytmiske bølge som kranio-sacral terapeuter forfekter er PRM (Nelson et al. 2001).

Man er fremdeles ikke sikker på hva dette fenomenet er. Man er om mulig enda mer usikker på hva dette vil ha å si for helsen vår, og til nyere kunnskap foreligger, bør man være forsiktig med å forfekte at dette lar seg undersøke og behandle.

Involuntær mobilitet av sacrum mellom de to ilia
Sutherlands teorier bak påstanden var enkel. Sacrum og ossøse strukturer i kraniet er forbundet sammen via durale fibre som vil bevege seg synkront hvis denne bevegelsen oppstår (Wales, 1972). Denne tesen er forankret i de tidligere nevnte teoriene om at rytmisk bevegelse av dura skaper bevegelse av sacrum synkront med den kranielle bevegelse via durale festepunkter gjennom vertebral-kanalen. Dette fenomenet skal, ifølge tesen, være mulig å palperes, noe mange terapeuter som praktiserer KO hevder å kunne gjøre. Flere undersøkelser har motbevist dette. Når den kranielle rytme ble hevdet å palperes på kraniet og sacrum samtidig, var det ingen indikasjon på synkronisitet ved palpasjon av bevegelsene til nevnte strukturer (Moran og Gibbons 2001, Norton 1996). Når vi i tillegg vet at durale membraner kan strekkes opp til 5-6 cm ved fleksjon i columna, er det usannsynlig at små endringer i tensjon i nevnte membran kan påvirke sacrum eller andre, kranielle, ossøse strukturer.

Flere teorier som underbygger det teoretiske grunnlaget for KO har i senere tid vist seg å slå sprekker, og flere forskere, bla Steve E. Hartman og James Norton, mener praksisen bør ut av skolebøkene og ut av klasserommene. Alle utøvere av manuelle terapiformer er prisgitt den til enhver tid nyeste forskningen. Dette gjelder også utøvere av KO. Basert på fysiologi, har det vært flere forsøk på å beskrive virkningsmekanismene bak KO (Nelson et al. 2001, Hamm 2011), men fremdeles forfektes ettermålet, teoriene og modellene til Sutherland på ulike skoler og institusjoner internasjonalt og i Norge.

Med de beste intensjoner, oppfant William G. Sutherland KO. Som årene gikk ble karrierer, institusjoner, kurs og skoler etablert i kjølvannet av Sutherlands konsept om KO. Pasienter ble helet. Men ny kunnskap slår bena under tidligere aksepterte teorier og praksis:

- Evidens og biologisk, sunn fornuft ugyldiggjør Sutherlands konsept og fem teser (Hartman og Norton 2002, Hartman og Norton 2002).
- Diagnoser basert på dette konseptet viser en, i beste fall, veldig lav intra-rater og inter-rater reliabilitet (Sommerfeld 2004, Hartman og Norton 2002).
- Det finnes ingen konkluderende bevis på at forskjellige terapeuter oppfatter samme fenomen, eller at oppfattet fenomen virkelig eksisterer (Hartman og Norton 2002, Hartman og Norton 2004).

Paradigmer som, i lys av nyere forskning, har vist seg å være utdaterte og regelrett uriktige, bør forlates. Vi har i dag mye større kunnskap om menneskekroppen enn for 50 år siden. Selv om vi ikke har alle svarene, gir denne metakunnskapen oss mulighet til å teoretisere bedre enn våre forgjengere, en mulighet som terapeuter og lærere som forfekter KO ikke har tatt konsekvensene av.

Mvh

Thomas Valø



Hvis du ikke kan kommunisere, hjelper det ikke hva du kan

Forteller du dette til pasientene dine:

Bekkenet ditt er skjevt? Du har en kraftig låsning i ryggen din?

Du har en voldsom prolaps? Beskytt ryggen din - ikke bøy deg fremover? Du har artrose i leddene dine som kommer til å gi deg mye plager i fremtiden?

Store tabloide aviser skriver stadig om hva man IKKE må gjøre hvis man skal unngå plager med ryggen. Hvor farlig det er og hva man må passe seg for.

De selger på det som gjør vondt, på smerten. Nitti millioner engelsktalende amerikanere har problemer med å forstå komplekse tekster som er vanlig i helsevesenet. Hvis enkle forklaringer kan føre til tvil, hva kan skje når vi tenker på at en vanlig medisinsk ordbok inneholder ca. 40.000-50.000 ord.

Hvor god er vi til å kommunisere? Hvordan er kommunikasjonen mellom pasienten og terapeuten? Under utdanningen for å bli en terapeut blir gjerne det tekniske rundt behandlingen prioritert.

Hva med kommunikasjonen? Hva med interaksjonen pasient-terapeut?

Er dette viktig?

Visste du at det kan ta bare 39 millisekunder for å danne et førsteinntrykk av noen?

Det er viktig å lære seg hvor kraftfullt og viktig språk og språksystemene er for hvordan vi kommuniserer.

Helsepersonell bør ikke undervurdere verdien av pasientene som informasjonskilde i planleggingen av behandlingen. Pasientens kjennskap til egen situasjon og preferanser er verdifull informasjon som kan fremme en felles forståelse mellom behandler og pasient. Denne kunnskapen er essensiell for å oppnå de behandlingsresultater som er viktige for den enkelte pasient.

Jeg har sett litt over betydningen og oppfatning av ord fra både klinikere og pasientenes synspunkter, spesielt de ordene som brukes til å formidle informasjon til pasienter med smerter over tid. De som sliter med kroniske lidelser.

Studier viser at leger avbryter åpningsreplikken i gjennomsnitt etter 18 sekunder. Bare 23% fikk fullføre sin åpningsreplik. Og av 51 avbrutte, ble bare en av disse fullført senere... Pasienter som får fullføre åpningen sin tar i gjennomsnitt kun 60 sekunder, sjelden lenger. Problemene med språk i forhold til den kliniske hverdagen er kjent for å være problematisk og litteraturen erkjenner et behov for felles bruk av språket for å styrke både pasient og terapeut tilfredsheten.

Er dette mulig? Hva kan vi gjøre? Skal vi la fremmedordboka ligge?

Er "nye" forklaringsmodeller alltid det beste? I 2009 ble et kvalitativt studie publisert av Barker, Reid og Minns Lowe, her utforsket forskerne språket helsepersonell bruker. Det ble funnet forskjellige områder hvor det foreslås ulik bruk av språk. Helsepersonell som var involvert i studien var kiropraktorer, allmennleger, osteopater og fysioterapeuter. Funnene falt inn i tre kategorier:

1. Potensielt kan føre til problematiske misforståelser,
2. Ha utisiktede betydninger, men få negative konsekvenser,
3. Møte forventning og intensjon om forståelse og behandling.

Barker og co fant ut at ord som brukes ofte av en kliniker, hadde positiv effekt. Eksempler på disse er "mobilisering", "manipulasjon", "bløtvevesteknikk" og "muskelspasme". Imidlertid ser det ut til at biomekaniske begreper som "nevrologisk involvering", "leddgikt", "ustabilitet", "uspesifikk LBP" og "muskelsvakhet" var mer problematisk.

Dette er i tråd med en metastudie av kvalitative studier gjort av Bunzli og kollegar i 2013. Her identifiserte man negativ interaksjon mellom behandleren og pasienten når det diskuteres gjennom det biomekaniske-paradigme, dens påvirkning av smerte og lidelse, usikkerheten, frykten og angst for fremtiden. Forskningen fremhever viktige områder som krever et skifte i tenkning på tvers av den medisinske profesjon i forvaltningen av kronisk smerter og LBP.

En annet moment som er av interesse fra dette studiet, og kanskje litt overraskende, er at begreper som "lær deg dine ryggsmarter", "mestring" og "aktivitet" ble også sett på som problematisk i studien av Barker og kolleger. Dette er overraskende, da disse er viktige områder for pasientopplæring, forståelse og engasjert/målbevisst rehabilitering. Hvorfor er det slik? En grunn kan for eksempel være at ordet "mestring" kan tolkes som; dette MÅ du gjøre, hvis ikke... Bedre ord kan være ord som er mer energigivende, som "selvlæring" og "tenke selv".

Pasienten vet ofte hvor skoen trykker. Flere studier har vist at helsepersonell ikke automatisk kan slutte seg til hvilke kliniske beslutninger som best ivaretar pasientenes interesse.

Det er også blitt avdekket at helsepersonell ofte har svært lite kjennskap til hvordan helseproblemer fortøner seg for pasientene. Når man har spurt både pasienter og deres behandlere om pasientens problemer, om smerter, pustebesvær og utmattelse. Videre om alvorlighetsgraden av problemene, fant man overhodet ikke noe samsvar mellom pasientenes og behandlernes oppfatning av pasientens problemer.

De ordene terapeuter bruker kan være den sensoriske inputen som kan starte pasientens tankegang om egen plager igjen, i noe som kan resultere i endret adferd og fysiologi. Eksempler på negativ endret adferd kan inkludere virkningen på det motoriske system gjennom beskyttelse og nedsatt respirasjon for å beskytte mot smerten. Økt følsomhet i nervesystemet kan oppstå og føre til sentral sensitivisering hvor en ikke-skadelig stimulus oppleves som smertefullt (allodyni og sekundær hyperalgesi). Den pågående smerten kan øke nivåene av adrenalin og nor-adrenalin og påvirke flere organer via det autonome nervesystemet. Nivåer av kortisol kan økes for å opprettholde en følelse av homeostase og immunsystemet kan bli svekket. Noe som har en negativ virkning på restitusjonen over tid. Ved språk kan man hypotetisk opprettholde den løpende følsomheten i nervesystemet og syklusen fortsetter: mer trussel, mer følsomhet, redusert toleranse, dårligere søvn og restitusjon, endret fysiologi, endret adferd og humør, redusert evne til å hjelpe seg selv og selvfølgelig pågående smerter.

Jan-Andreas F. Fosnæs
Ferdig Osteopat: 2014
Jobb: Lillehammer Osteopati AS
Faglige interesser:
Det kognitive rundt behandlingen, smertefysiologi og idrettsfysiologi/skader.



Skaden som kan gis når man sender feil signaler til pasienten er store. Ofte er den ikke tilsiktet. Ofte skyldes den misforstått kunnskap om hvordan kroppen fungerer.

Verdiene er viktigere enn kvalifikasjonene til terapeuten. Det er pasientens forhold til terapeuten som teller. Pasienter som har opplevd positiv erfaring gjennom behandling forteller gjerne; "Du trodde på meg", "Jeg hadde håp", "Jeg hadde et mål". Det handler ikke bare om oss som terapeuter, hvilke teknikker vi velger. Det er utrolig viktig å se hele konteksten av stress. Gjøres ikke dette, kommer konsekvensene senere. Ofte i form av smerte.

Man forteller ikke personer med overtrakk at man ikke skal dorsiflektere ankelen 6 uker. Hvorfor gjøres dette med fleksjon i ryggen? (Det finnes selvfølgelig unntak). Pasientene trenger ikke alltid å tilpasse bevegelsene sine. Strukturen er ikke alltid grunnen. Artrotisk ledd eller nedsatt bevegelse i fasettleddene er ikke det samme som smerter i fremtiden. Hva har terapeuter ofte på klinikken? Mange har anatomiske bilder av prolaps med rød "gel" der prolapsen er lokalisert. Plakater med "pass på ryggen når du bøyer osv."

Vår tankegang smitter naturligvis over på pasienten.

Det er bevist at biomekanisk tankegang hindrer ofte bevegelse.

Hva tenker pasienten om forskjellige ord som brukes ofte?

Et nylig Kvalitativt studie så på dette.

Kronisk = Noen skritt unna rullestolen.

Instabilitet = kan gli ut, lite man kan gjøre.

Nevrologisk = Jeg er i praksis død innen 6 måneder, kan være en tumor.

Intensjonen er annerledes enn beskjednen som sendes.

Empati er viktig for å se personen som en helhet. Da får man en vurdering av mental status i tillegg. Det er viktig å trene persepsjonen til pasienten. Hvordan man faktisk beveger seg. Hvordan pasienten vil fungere i hverdagen. Viktige momenter er: Støtte, empati, forståelse, skape forhold, lytte, helhetlig tankegang og gi pasienten håp. Da skaper man en positiv sirkel og ikke en negativ sirkel. Det er en forutsetning at mottakeren (pasienten) forstår senderens (terapeuten) budskap. Kommunikasjon er mer enn ord.

Hvis du ikke kan kommunisere, hjelper det ikke hva du kan.

Referanser:

- Bunzli et al (2013)
(Barker, Reid og Minns Lowe, 2009).
(Cedraschi et al, 1998).
Bar M, Neta M, Linz H. (2006) Very First Impressions. Emotions; 6: 269-278
Barker K, Reid M, Minns Lowe J. (2009) Divided By A Common Language? A Qualitative Study Exploring The use Of Language By Health Professionals Treating Back Pain. BMC Musculoskeletal Disorders 123, (10); 1-10.
Bunzli S, Watkins R, Smith A, Schutze, O'Sullivan P. (2013) A Qualitative Synthesis Exploring The Experience Of Chronic Low Back Pain. Clinical Journal Of Pain. 29; (10). 907-916.
Cedraschi C, Nordin M, Nachemson A, Vischer T. (1998) Health Care Providers Should Use A Common Language In Relation To Low Back Pain Patients. Balieres Clinical Rheumatology; 12, (1): 1-15.
Gifford L (1998) Pain, The Tissues And The Nervous System: A Conceptual Model. Physiotherapy 84 (1): 27-36.
Roberts L, Whittle C, Cleland J, Wald M. (2013) Measuring Verbal Communication in Initial Physical Therapy Encounters. Physical Therapy; 93: 479-491.
Hablamos Juntos, Demonstration sites.
http://www.hablamosjuntos.org/resource_guide_portal/demonstration_sites/default.grantees.asp
Accessed July 11, 2007.

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

Fysiopartneres nye avtale med Norsk Osteopatforbund gir alle medlemmer gode priser på en rekke av våre produkter. Under ser du hvilke varemerker og et lite utvalg produkter.

KVALITETSBENKER OG ELEKTROTHERAPI



Fysiopartner leverer nå de anerkjente kvalitetsbenkene fra Lojer. Vi tilbyr forskjellige modeller.

LOJER®

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

PHYSIOMED®

TRENING- OG HELSEPRODUKTER



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

TKO®

BOSU®

DON OLIVER®
FITNESS EQUIPMENT

sissel®

TRENING OG ANALYSE



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

MONARK EXERCISE AB

TOMAHAWK

TANITA®
Monitoring Your Health

PRECOR **gym80** **PORUMOTION** **TOMAHAWK** **SUUNTO** **fitmate** **SIEMENS** **MOTOmed®** **TANITA®** **STORZ MEDICAL**
THORAX TRAINER® **TKO®** **myride** **BOSU®** **MONARK EXERCISE AB** **xcouch** **ULTRA LIFE** **Bodystat** **sissel** **PHYSIOMED®** **LOJER®**

Fysiopartner AS | Grenseveien 80 | 0663 Oslo | T: 23 05 11 60 | salg@fysiopartner.com | www.fysiopartner.no

Hvem er du?



1. Hvem er du?

Anbjørn Ree, 36 år, gift med Lise og har to barn på 4 og 6 år.

2. Hvordan ser en typisk hverdag ut for deg?

Holder på å avvikle den kliniske hverdagen, begynner i 50% stilling ved CK i november. Ellers kombineres dette med fulltidsstudie i MSc in Neuroscience ved NTNU. Som regel har jeg to til tre togturer til og fra Trondheim kombinert med jobb og normal familieliv. Tør påstå det er hektisk til tider, men går stort sett bra.

3. Hvordan fant du veien til osteopati?

Studerte fysio i England og jobbet der i to år. Jobbet da sammen med manuellterapeuter som brukte flere osteopatiske teknikker. Ble inspirert av dette og begynte på osteopatisstudiet ganske snart etter at jeg kom til Oslo.

4. Hva er du aktuell med om dagen?

Akkurat nå studerer jeg alle de sensoriske systemene fra molekylært nivå til cortikalt makronivå. Og prøver å få solgt behandlingsbenken min:)

5. Spennende! På hvilken måte ser du for det at en slik etterutdanning kan være anvendelig?

Det er ikke en etterutdanning i så måte, snarere en multidisiplinær gren som har hjernen

som studieretning. Det vil forhåpentligvis gjøre meg til en bedre foreleser/ foredragsholder. Ikke nødvendigvis en bedre kliniker ettersom det er så utrolig mange parametre som avgjør om man fungerer i den kliniske hverdagen, som ikke nødvendigvis reflekterer faglig kompetanse.

6. Hvorfor akkurat nevrovitenskap?

Nevrologi har alltid vært mitt interesseområde som fysio og osteopat. Dessuten gir en større forståelse av hvordan hjernen fungerer plausible forklaringsmodellen for effekten som vi ser i osteopatien.

7. Hva engasjerer deg ved å jobbe som osteopat?

Akkurat nå, lite:) mtp at jeg har sluttet!!

8. Hvor henter du faglig inspirasjon?

Fra Kandel et al. Principles of Neural Science som er tettepakket med kunnskap. I tillegg diskuterer jeg ofte med Sigurd Mikkelsen og andre venner/ kollegaer som har lignende bakgrunn.

9. Hva vet du nå som du skulle ønske du visste da du begynte å behandle pasienter?

At frykt for skade/smerte og stress er minimum likestilt med den sensoriske inputen fra potensielt skadet vev i generering og opprettholdelse av smertetilstander.

10. Hva ville du gjort hvis du fikk være forbundsleder for en dag?

Sagt opp? Tror jeg skal holde meg langt unna en slik rolle:)

11. Hva gjør du om 5 år?

Vanskelig å si. Forhåpentligvis jobber jeg 50% som foreleser og 50% som kliniker.

Mvh

Tom Erik Bjørkli



**MUSKEL
KLINIKKEN**
Totalbehandling // Profesjonell trening

Muskelklinikken søker terapeut

Er du en lagspiller som ønsker personlig og faglig utvikling?

Ønsker du å jobbe i ett tverrfaglig, innovativt, evidensbasert og nytenkende miljø?

Da er Muskelklinikken stedet for deg. Våre tverrfaglige klinikker finnes i Posthallen, Steen & Strøm og Oslo tennis arena. Vi jobber for at kunden skal få totalbehandling og vi tenker helhetlig innenfor behandling og trening. Vi ønsker terapeuter som ønsker å utgjøre en forskjell i sin og kundenes hverdag.

Vi søker terapeuter som er:

- Selvstendige
- Kunnskapssøkende
- Positiv
- Engasjerende

Ta kontakt dersom du er den vi søker. Send oss din søknad og CV.

Mvh

Finn-Tore Bjørnsand, Daglig leder

Tlf: 988 04 092

Mail: post@muskelklinikken.no

What are osteopaths' experiences with treating infantile colic pain (ICP)?

DO OPPGAVE

Karoline Hansen and Marlén Halvorsen Torp

ABSTRACT

Background

Infantile colic pain is a common condition that affects many babies and their parents, in the first months after birth. There are many different hypotheses on the cause of infantile colic pain and it is not established any clear approach to treatment of this problem.

Aim

To explore Norwegian osteopaths' experiences with treating infantile colic pain, which opinions they have about this condition and theories they base the treatment on.

Design and settings

In-depth interview with osteopathic clinicians at their own clinical practice/office.

Method

Osteopathic clinicians were purposively sampled by profession, educational level and clinical experiences in treatment of babies. The interviews were based on questions from our topic guide in the protocol, but had a flexible structure that allowed unforeseen issues, theories and topics to be included. Each participant was anonymised by numbers. The transcriptions were analysed using a framework in a Microsoft Word-document.

Results

The six interviewees, all of them osteopaths, had different experiences and opinions of treating babies with infantile colic pain. Some were solely concerned with examining and treating 'what they found', in the whole body, while others were more concerned about some structures or areas in these patients. It seemed to appear that they were all focused on the medical history and physical examination to ensure there was no organic cause of the crying. Based on that, the clinicians were giving advice on how to handle the situation, nutrition, carry positions, breastfeeding frequency, stimulation of the child and focus on to reassure and to safeguard the parents.

Conclusion

Despite the fact that all the interviewees was within the same profession, there was no clear approach on how to regard and treat children with infantile colic pains. The clinicians role in the treatment of this condition were to try to identify restrictions that makes the baby uncomfortable and perhaps most of all to reassure and safeguard the parents by giving them advice in how to handle the situation.

Introduction

Infantile colic pain (ICP) is a common condition among infants and affects many parents (1). The parents may receive different advice because of the lack of research-based knowledge of this condition (1). Research on parents' experiences of having a child suffering from infant colic, showed that parents find that 'colic overshadows everything'(2). This may lead to that many parents spend a lot of money and resources on alternative methods, without proven efficacy, to help their baby. This suggests that there is a need for more knowledge and research in this condition (1).

ICP has been known for a long time. Wessel et al, defined in 1954, an infant with colic as: "One who, otherwise healthy and well-fed, had paroxysms of irritability, fussing,

or crying lasting for a total of three hours a day and occurring on more than three days in any one week for a period of three weeks (3). "

Despite the fact that it is 50 years since this was described, the etiology is still vague (4). Around 1 in 4 babies (25 %) have ICP (3). Estimates of ICP's prevalence range from 5 % to 40 % depending on the definition methods used (5). ICP may represent a mixture of multiple etiologies with a similar clinical presentation. Results from a study on gastrointestinal symptoms in infancy, in which 2879 infants were included, showed that 54.9 % of the infants suffered from gastrointestinal problems. Colic was the second common disturbance present in 20.5 % of the infants, after regurgitation that was present in 23.1 % of infants (6).

Because of the many hypotheses on the cause of ICP, it has not been established any clear approach to treatment of the problem (7). The conservative care in the treatment of ICP involves identifying and avoiding the things that triggers the crying in the baby, if possible (8). The U.S. National Library of Medicine has established following points as possible colic triggers:

- Foods: The foods that passed through breast milk may affect the child.
- Formula: Some babies may be sensitive to proteins in formula. Switching formulas may be important for some babies.
- Medicine: Medicines passed through breast milk can make a baby cry. If the mother is breastfeeding, she should talk to the doctor about the medicine she takes.
- Feeding: Avoid feeding too quickly and over-feeding the baby. If a bottle feeding takes less than 20 minutes, the hole in the bottle tout may be too large

An osteopathic approach in treatment of ICP, may include the possibility of mechanic factors that plays a role in the etiology of colic, despite the effect is poorly documented (9). The osteopathic literature includes much discussion of strain patterns common to colic and these are dysfunction in the cranial base, cranial-cervical joint and the upper and mid thoracic areas (9). A pilot study done by Hayden and Mullinger in 2006, found that Osteopathy in the cranial field (OCF) applied to infants with colic, did significantly reduce the symptoms of colic, but a larger, double-blind study, need to be done (10).

Aims and objectives

The aims of this study were to explore Norwegian osteopaths' experiences with treating infantile colic pain. What they base their clinical treatment on and their thoughts about this condition.

The aims of this study were to explore ideas and theories that osteopaths base their frequently to find restrictions. Which approaches and techniques seemed to be the most commonly to use to treat ICP? Is there any clear common denominator between the clinicians

Method

Description of the method

The topic was investigated by doing a qualitative study based on semi-structured in-depth interviews of osteopathic clinicians. "The aim of in-depth interviews is to achieve both breadth of coverage across the key issues and depth of coverage in each (11)". This

method seemed to be the most appropriate way to get relevant information based on the clinicians' own hands-on experience. It will also show different views and aspects on the subject, and cover a broad spectre of osteopathic philosophy and knowledge. Articles and textbooks were used to acquire knowledge and background material on the topic. A topic guide was developed during a brainstorming session with a panel comprising the researchers and a supervisor for the project. The topic guide was meant to show the key topics to be covered during the interview. An initial interview was done to assess the quality of the topic guide and ensure the guide gave the participants a possibility to include topics, thoughts and experiences of their own which they regarded as important and relevant. There was not made any significant changes of the topic guide done after the initial interview and therefore this interview was included in the study.

Sampling participants

All of the participants have a D.O.-degree and were purposively sampled by their experience from osteopathic treatment of children. Both male and female participants were sampled purposively, with and without children of their own. Contact details were obtained from the homepage of Norwegian Osteopathic Association (NOF) and the practitioners were contacted by email. In addition to the invitation, the participants also received a consent form. Participants were invited to take part in an in-depth interview of approximately 30 minutes duration.

Based on the budget and time available, the aim was to sample seven interviewees. This seemed to be an adequate number of participants to sample enough information from participants with different views and experiences. After trying to contact several osteopaths, we ended getting six people who were available to be interviewed and who matched our inclusion criteria's.

The interview

Before the interview started, participants were informed about the subject of the interview and the purpose of the study. Using a consent form, the participant was informed that the interview was recorded and that he or she at any time had the opportunity to withdraw from the study. The participants were informed about the Wessels definition of ICP as an introduction for the interview to ensure all had the same basis to answer. Two Sony 2GB ICD-BX312 digital voice recorders were used to record the interviews. treatment on. How often is ICP presented in their clinic? We aimed to explore what the clinicians were concerned to detect in the medical history and in what areas or systems experiencing they The interview was done in the participants' clinic or office. Both of the researchers were present at the interviews, one as an interviewer the other as an observer. The interview was based on questions from the topic guide, but had a flexible structure that allowed unforeseen issues, theories and topics to be included.

Each topic was explored by asking open questions and follow-up questions. Towards the end of the interview, the participant was encouraged to share their general thoughts and opinions on the topic to ensure that no important issues or thoughts were left unsaid.

Post-interview process

The recordings were transcribed into word documents and anonymised. Just as the role of interviewers was shared, the job of transcribing was also shared. MHT transcribed the interviews she had conducted, as did KH. As the job of transcribing was shared, it was necessary to develop some guidelines for the writing procedure; "eh", "hmm" and similar interjections was left out and the interview was made into a more written form. Intonations, laughter and pauses was neither included in the transcriptions.

After getting familiar with the contents in the transcriptions by reading through them several times, a framework for how to categorize the data in an Microsoft Word-document was made. By copying and pasting the relevant data from the transcripts into this framework, it was possible to answer the research questions.

The collected information about each topic and subtopic are described in this article. Some quotes which seemed important to highlight are included.

Ethical considerations

The participants were informed that they at any time had the opportunity to withdraw from the study if they felt any discomfort to attend.

The recording-tape was deleted after transcription and the transcriptions were anonymised to protect the participants' privacy. The data was stored on our own password-protected computers and we will use an external hard drive for back up. The computers and the external hard drive were stored separately.

Results

The interviews took place from October 2013 to January 2014. Six osteopaths, that all treat infants with colic regularly, were interviewed. There were some similarities in their intention to treat these babies and in which areas and systems they were concerned about to treat, but it also turned out that there were different opinions in the view they had on treating this patient group. The average number of how many new incidents of ICP patients they saw in their clinic within a month was about 5-6, but some of the interviewees had clearly more and some did not have that many.

The Medical History

There were some similarities among the osteopathic clinicians in what they were trying to identify in the medical history with these patients. The pregnancy and the birth were both important topics to identify for the osteopathic clinicians. Their answers varied somewhat in what they saw as important to uncover. Some theme recurred in several; sleep patterns, feces, vomiting, other diseases and growth- and weight development. Some mention that it is important to know if the mother has taken antibiotics or other drugs during pregnancy.

"In some cases, you can see a connection between that the mother has taken antibiotics in pregnancy, or been given antibiotics to prevent infection by caesarean section, and a restless baby. To build up the intestinal flora for those who have taken antibiotics or have an imbalance of intestinal flora, is often important" (Osteopath 3).

The clinical examination

In the clinical examination, most of the osteo-

pathic clinicians were doing a full body examination, regardless of what the problem was. The most common place to examine was the upper cervical region and the cranium. Some thought it was difficult to examine the stomach to these patients because they are often tense in their stomach and not relaxed, so the local listening test will often give a wrong answer and sometimes they feel that they get no answer at all.

Another common factor in the clinical examination was to look for areas with increased restrictions and fascial tension. Normally it is difficult to know where the problem is in these babies, so the osteopathic clinicians use these findings to easier get to know where they should treat.

Regarding the clinical examination, one of the osteopathic clinicians said:

"In an infant, it is important to examine it, before it starts crying, because when it cries, everything is tightening up and you can't feel anything and you will get wrong answers. To try to avoid that, I start to examine the infant on the mother's lap, after a while, I can try to lay the baby on both my lap and the mother's



lap at the same time. In this way, the baby gets more comfortable and safe, and it can see the mother the whole time. I try to avoid laying the baby on the bench, because it will make it upset and uneasy to examine" (Osteopath 2).

Areas and systems

The cranium, cervical, especially the upper cervical joint, was the most common places they were examine and treat. Some also mentioned the gastrointestinal area, diaphragm, the ribs (especially the 11th and 12th ribs) and the spine as commonly findings.

"I often go through everything bit regardless of what they come with. I often start with the feet and work up, looking for tension and areas with reduced mobility, as we do in adults. I look at the muscle-skeletal system, circulation, cranially, voltage pattern where, observation, before the survey. How are they, how they move. In terms of motor skills, they are where they should be? In terms of reflexes, how long they have come, tests often primitive reflexes" (Osteopath 1).

Changes after treatment

Most of the osteopathic clinicians were looking for an immediate response from the child, after 1-3 treatments. Their aim is not to make the baby perfectly healthy, but to initiate a process or multiple processes that lead to changes in the child. Changes they are out to see, depends on what problem or

restrictions they find in the clinical examination. It can be: less fascial tension, increase mobility in the spine, a deep gasp, less crying or they calm down.

"So there is something about their expression, they look happier, they get into more movement or that they do not have a favourite side anymore" (Osteopath 1).

"The child usually responds very quickly.

About nine out of ten use to respond very quickly. And then you often have one that does not fit in, who has not responded as we had expected. We do very often make the mother aware of what she should look for when it comes to changes, whether it's suction, or something else. Then, when they know what to look for, they are much more specific in their feedback" (Osteopath 4).

Changes parents see in their babies after treatment

There is a consensus among osteopathic practitioners that the parents report their babies are calmer and seems more satisfied after osteopathic treatment. More specifically, this means they sleep more, feed from both breasts, cry less (both during feeding and in general) and have an improved bowel function in the form of more regular and normal bowel movements, less reflux and pain, improved appetite.

Frequency and number of treatments

The osteopathic clinicians agree that they always want to see the baby a second time to make sure they respond as expected on the treatment. How many treatments required, depends on the severity and extent of dysfunction;

"In some cases, more than three treatments may be required, but this is rare and often indicate the

involvement of cranial structures" (Osteopath 3).

Several osteopathic clinicians mentioned the importance of contact and communication with the local health clinic considering that some children may need a little extra attention;

"If you have established a partnership with a local health clinic, it may be appropriate to let the staff here take care of the follow-up" (Osteopath 1).

Red flags and contraindications for treatment Based on the gentle manual techniques applied on babies, there are no or few contraindications for treatment. But the child may, during birth or during handling, have sustained a fracture of the clavicle or cranium. Findings in relation to fractures, weight curve drops, abnormal reflux, inconsolable crying, circulation and reflexes are important to identify to exclude serious pathology.

"Based on the techniques we use, there are no contraindications for treatment. An exception is children with drainage, which is a contraindication for certain cranial techniques" (Osteopath 2).

"It is important to identify the mother's physical and mental health, particularly in terms of postpartum depression. If the mother does not feel good, this might affect the baby" (Osteopath 4). *Fortsettelse neste side*

Applied techniques

The osteopathic clinicians all agree that palpation to find the restrictive barrier and then work against the barrier (direct techniques) is the most sufficient way to improve motion and decrease tissue tension in babies. On cranial structures, separation techniques are often used. Mobilisation techniques, balanced ligamentous tension techniques (BLT), stretching and fascial techniques are also frequently mentioned.

Late complications associated to ICP

Not all the participants had been working with kids long enough to see them grow up, but those who had, reported some problems that could be associated with earlier ICP. Some osteopaths had a clear opinion that there was a correlation between maternal use of antibiotics during pregnancy or antibiotics during caesarean section and the child's immune function later in life:

"As infants we see them as ICP-patients with gastrointestinal problems, later in life we see them with recessive otitis-media or colds" (Osteopath 3).

There was also several reporting's of headache, motoric issues, learning difficulties and problems with vision. These problems were stated to be strongly related to restrictions in the upper cervical column. It is assumed that these late complications should be avoided if the restrictions and findings were normalised at an early stage. Most kids with these findings were most likely not treated as kids. Most kids with these findings were most likely not treated as kids. **Advices for the parents**

Most osteopaths believed that with some simple tips and techniques, it is much parents can do to reduce the symptoms / improve the condition:

If the main cause of the problem is somatic dysfunctions or restrictions in the cervical spine or cranium, it is suggested to stimulate the kid to turn their neck into the non-favourite side, especially if the sternocleidomastoid muscle is involved. Another suggestion is to put the baby in a prone position. This will make the cervical muscles pull the occipital bone and might reduce the tensions around the jugular foramen. The prone position also stretches the abdomen, and this will most likely have an influence of the diaphragm and the gastrointestinal tract.

If the problem seems to have gastrointestinal-causes it is suggested to try to avoid formula, or possibly use a formula without cow's milk. Supply of probiotics might have a positive influence on the digestion and also, mother could try to avoid onion, chocolate and cow's milk to find out whether this has an effect on the baby. If the baby struggles with reflux, it could be helpful to raise the "head" of the bed. Also, mother should attempt to get into a regular breastfeeding (every 2 ½ - 3 hour, depending on the kids age).

"For acute abdominal pain caused by intestinal gas I teach the parents to "massage" the intestines by pushing the baby's knees up against the chest. It can also be effective to use a q-tip with Vaseline in rectum to stimulate. I also like to show the parents

some stretching technique for colon and the paraspinal muscles" (Osteopath 3).

In addition to giving advices which directly affect the baby, there are also important to make sure the mother feels good about herself. A stressed mom creates a stressed and unhappy baby. It can be useful to tell her it's ok to let some of the daily tasks go in order to get some time on her own;

"Get a babysitter, take a break! -And let the housework wait" (Osteopath 1).

General considerations

A considering that several of the OC's shared was to always have the osteopathic philosophy in mind, which is to "treat what you find". This requires an extraordinary good knowledge of the human anatomy, which is quite different in a baby compared to an adult, but the principles for development of dysfunctional patterns and fascial tensions are the same.

Each clinician has some factors and anatomic areas they emphasize more than others in the clinical reasoning;

"Colic has many causes and there is a lot of knowledge about the problem, but as clinicians we have much to learn from each other. The expertise is there, we just have to collect it. There are many factors which the individual is good at, so by collecting the knowledge we can provide a very effective treatment." (Osteopath 3)

What might distinguish osteopaths from other clinicians is the fact that they include the cranium in the examination; "Considering what forces a cranium is exposed to during childbirth, it is not surprising that there are often problems in this area. SSB-dysfunctions are common because the temporal bones are compressed during birth." (Osteopath 2)

Discussion

Strengths and limitations

We chose to conduct six interviews with osteopaths who had experience with treating babies. In retrospect we see that it could be appropriate to include osteopaths who do not treat babies. This could have been interesting to find out if they deliberately chose not to do this and why they may have taken this position.

Interview questions were not asked in the same order in all the interviews. We do not see this as a big problem, because the interviews were semi-structured and an important point in these interviews is that the participant should be able to talk freely about the topic. But still, it may have had some impact on the answers we got.

The interviews and the transcriptions were done in Norwegian and then translated to English when the article was written. This forms the basis for possible sources of error, especially when it comes to quotes. It can be difficult to bring out the real opinions as they were intended and some sentences will not give any meaning in a different language if they are translated directly.

The fact that there are no consensus on the actual definition of ICP among clinicians, might have led to some confusion and different interpretations of the questions. Despite the fact that we started the interview by defining the condition, it might seem like several clinicians often included stories and experiences from the treatment of other conditions that did not fall within our definition,

but rather generally referred to treatment of babies.

By asking the participants about contextual background information such as age, number of children of their own, years of experience as clinicians and history of education, it would be possible to make more analysis by comparing the groups with and without children of their own, more or less than five years of experience with treating children and so on.

Comparison with existing literature

There is at present no qualitative study done on clinicians' experiences with the treatment of infants. The studies done on ICP are primary done to prove the effectiveness of manual treatment in this condition, but there are a difficult study to do, because of the earlier mentioned problems in the etiology of the ICP and also difficulties regard to the measurement of the effect.

Implications for practice and research

When looking at one specific manual profession, where all the clinicians had more or less the same background, and yet there are several differences in how to approach and treat the same condition, it seems that there is a need for more research to be done in this field. Small studies on osteopathic treatment have been done, but to improve the osteopathic influence in the manual medicine, especially in Norway where osteopathy is less used than other manual therapies, bigger studies need to come up.

Mvh

Marlen H. Torp
Karoline F. Hansen

Referanser kan fås på oppfordring

Navn: Karoline F. Hansen (27) Ferdig osteopat: Juni 2014, NHCK Jobb: Bryn Medisinske Senter Faglige interesser: kroniske smertetil- stander, fødselsplager, spedbarnsproblematikk, FysioPilates	
--	---

Navn: Marlén Torp Lilleng (27) Ferdig Osteopat: Juni 2014, NHCK Jobb: Askim Osteopati Faglige interesser: Stresshåndtering, viscerale restriksjoner, gravide og spedbarn	
---	---

«Master Class» i manipulasjon med Clive Standen

«Master Class» i manipulasjon med Clive Rundt 30 osteopater møtte spente opp på Best Western hotell ved Gardermoen tidlig på morgenen fredag 19. september. Det var tid for 3 dagers kurs i manipulasjon med selveste Clive Standen.

Litt om kursopplegget;

Dag 1 - Fredag 19. september

Clive presenterte målene med kurset, som var;

1. Valg og tilpassning av ulike behandlings-tilnærminger
2. Valg og tilpassning av spesifikke teknikker
3. Tilpassning av teknikker for både behandler og pasient

Clive sa han var komfortabel med å tilpasse kurset etter våre behov. Det vil si at dersom vi trengte mer tid eller ønsket å utforske spesielle ting, så var det helt greit for ham.

Vi begynte med (og dette kom kanskje litt overraskende på noen av oss) artikulerings-teknikker av lumbalen. Clive underviste veldig grundig og tok med mange ting som jeg er sikker på at de fleste hadde hørt tidligere. Samtidig tok han med en del detaljer og betraktninger som jeg (og jeg antar mange med meg) ikke hadde snappet opp før. Selv om dette tok mye tid, så satt i alle fall jeg pris på hans grundighet. Det virket også på meg som om også de «erfarne» osteopaterne hadde nytte av å trene på ting som man ofte anser som «enkle», som f.eks. artikuleringsteknikker og bløddesteknikker, samt å gå gjennom detaljer rundt utøvelse av ulike teknikker. Når det er sagt, var det noen som syntes at det var litt for «basisk», og som mente at vi burde gå litt raskere frem. Disse synspunktene ble forsåvidt ikke tatt til følge, fordi det ikke ble tatt opp i plenum. Nå var ikke dette noe som ble diskutert mye, men husker at et par av oss diskuterte om tempoet var hensiktsmessig.

Vi brukte mye av den første dagen på lumbalen. Artikulasjoner, bløddesteknikker og til slutt HVLA teknikker på lumbalen. Han viste forskjellige varianter av alle teknikkene han demonstrerte og det så som vanlig veldig enkelt ut.)

Dag 2 - Lørdag 20. sept.

Denne dagen skulle egentlig begynne med litt teori. Men det hadde vært en dobbelt-booking av den store konferansesalen som vi hadde dagen før, som gjorde at vi måtte stue oss inn i et rimelig trangt konferanserom. Men da vi fikk sjokoladehjerter på pulten, var alt glemt. Clive ledet oss videre inn i den teoretiske materien frem til rundt lunsj.

Etter lunsj gikk vi gjennom behandlingsteknikker på thorax. Vi begynte også her med artikulerings-teknikker før vi gikk over til HVLA. Han gikk grundig gjennom «dog» teknikk liggende, men viste også stående og sittende HVLA av henholdsvis nedre og midtre thorakal og deretter øvre thorakal. Ribber ble mindre vektlagt i dette kurset, men det antar jeg hadde mer med at tiden etterhvert ble knapp. Han rakk å begynne med cervical denne dagen også. I cervicalen demonstrerte han ulike varianter både liggende og sittende. Han viste upglide teknikker (vanlig glidningsteknikk med hovedvekt på rotasjon) og downglide (ligner mer på gapping, men er en glidning av øvre fasett ned i retning motsatt skulder) og gapping teknikker. Han drøftet underveis dette med hvilken side som blir manipulert, og henviste til den artikkelen som handler om

manipulasjon (cavitasjon) og side (Bolton, Moran, Standen). Denne studien viser at det er vanskelig (umulig) å si hvilken side lyden kommer fra ved HVLA teknikker i cervicalen. (For mer nøyaktig beskrivelse se artikkel). Clive terpet mye på å unngå ekstensjon ved cervical manipulasjon generelt. I tillegg til dette, så snakket vi en del om sikkerhet og manipulasjon (se teori-sammendrag)

Dag 3 - Søndag 21. sept.

Vi fortsatte med cervicalen og gikk opp i øvre cervical. Her demonstrerte Clive mange spennende og for meg nye varianter jeg aldri før hadde sett. Noe var selvfølgelig kjent, men det var et par fiffige varianter. Da tenker jeg f.eks. på en sittende gapping av OA kompleks. Han viste også en «flicking» teknikk av occiput hvor han thrust`et occiput mot motsatt øye, sammen med en ørliten ekstensjon, for å nevne noe av det nye.

Tiden gikk utrolig fort den siste dagen, samtidig som mange begynte å føle seg litt slitne etter all manipulasjonen. For å si det sånn - det var ikke så mange villige modeller etterhvert:) Clive gikk også den siste dagen gjennom en god del slides - det virket som om han ville komme seg gjennom alle de 111 han hadde forberedt. Det var ganske mye i disse slides`ene som gikk mer på osteopatisk filosofi og praksis, enn hva som var rent HVLA-relevant. Dette gjorde sitt til at kurset fikk litt mer dybde. Men dette gikk jo selvfølgelig på bekostning av tiden til å terpe mer på HVLA. Siste timen ble en relativt stressende seanse der han «pløyde» gjennom en rekke teknikker for å rekke å bli ferdig før han, og en rekke andre måtte rekke flyet hjem; noen til New Zealand, andre til Stavanger etc. Dette var litt synd, men vi fikk jo filmet alle teknikkene, så da får man evt. terpe på dette hjemme. Deres kvaliteten på filmene ikke var så god som ønsket, så får dere «skyte» meg. Jeg forsøkte å filme så godt jeg kunne, og er langt fra noen dyktig filmfotograf. Filmene ble distribuert til alle deltagerne via dropbox.

Alt i alt syntes jeg kurset var grundig og lærerikt. Førsteintrykket mitt av Clive var at han virket ekstremt tam og kjedelig. Men dette inntrykket ble gradvis forbedret. Halveis ut i den første dagen både smilte og lo han og virket relativt komfortabel og avslappet. Tenker kanskje spesielt på da han sto og vrikket på rumpa i rene «beach-boys» stilen for å illustrere viktigheten av å få med seg hoftene under bruken av HVLA teknikker av lumbalen:). Ellers så virket han meget reflektert, og jeg fikk meg mange tankevekkere. Han var flink til å bryte ned teknikkene, og til å beskrive alle elementene i teknikkene. Måten han beskrev disse teknikkene på, var lett forståelig. Han hadde gjort det så mange ganger før at han stort sett hadde de fleste svarene og var klar over de fleste vanligste feilene. Jeg plukket opp flere ting som har forbedret min osteopat-praksis momentant.

Hva kunne vært bedre?

Tiden kunne vært brukt litt mer effektivt. Litt lange pauser og kanskje litt mye repetisjon. Men dette føler jeg også vi må ta litt av ansvaret for, og ikke Clive. Forbundets kurskomite kan kanskje bli flinkere til å styre opplegget litt underveis. I dette tilfellet ble det veldig liten tid til godbitene som kom på slutten. Vi rakk ei heller å gå gjennom vanskelige teknikker som f.eks. HVLA av 1. ribbe sittende (som jeg nesten ikke kjenner noen som behersker). Den ileo-sacrale regionen er også en region jeg

hadde store forventninger til. Han viste mye spennende, men vi fikk ikke tid til å terpe på det, ei heller tid til å repetere det naturligvis. Lokasjon. Gardermoen er praktisk for de som kommer med fly. Når det er sagt tar det kun 20 minutter med flytoget ned til sentrum av Oslo. Etter min mening ville det vært mange fordeler med å legge kursene mer sentralt. Jeg tror flere ville meldt sin interesse av flere grunner; alle kjenner noen de kan bo hos i Oslo. Det er mer å finne på etter kurset. Man slipper å bli sittende på hotellet «in the middle of nowhere». Det blir kortere reisevei for flere, og enklere kollektiv kommunikasjon osv. osv. Hotellet vi var på var forsåvidt fint det. Maten var god og bortsett fra dobbeltbooking av konferansesal, + noe akkommodasjonsproblemer fungerte ting bra. Det var litt trangt 2. og 3. dag i den mindre konferansesalen, men det gikk.

Som helt fersk og nyutdannet osteopat var det veldig godt å komme på kurs og bli kjent med nye fjes. Jeg skrev nylig D.O.-oppgave hvor vi gjorde en spørreundersøkelse til en tilfeldig utvalgt gruppe norske osteopater. Det var morsomt å bli kjent med noen av de personene jeg litt tidligere hadde ringt og plaget med vårt spørreskjema:)

Syntes stemningen i gruppen var fin. De «eldre» osteopaterne (hva erfaring angår) tok godt imot oss unge «aspiranter», og det var et godt læringsmiljø. Syntes flere av de osteopaterne med mye erfaring var ydmyke og lærevillige, og det var godt å se.

Når det gjelder osteopaten i Norge og manipulasjonsferdigheter, så hadde det sikkert vært en god idé for noen som enda ikke har gjort sin D.O. å kartlegge litt rundt både den daglige bruken, men også litt rundt hvor komfortable osteopater i Norge er med å manipulere. Det kan jeg si, at jeg er overasket over hvor mange osteopater (både nylig utdannede, og de som har holdt på en god stund) som ikke føler seg komfortable med å manipulere. Jeg har ofte hørt osteopater si: «ja, men det har vi kiropraktorer som gjør mye bedre enn oss, så hvorfor skal vi manipulere?» eller «det er så mange andre manuelle terapeuter som manipulerer... vi må være gode på andre ting». Dette synes jeg er en ren bortforklaring. Vi bør være gode på å manipulere. Det bør i alle fall ikke være slik at vi som osteopater velger bort manipulasjon fordi vi ikke føler oss komfortable til å gjøre det. Vi skulle velge bort manipulasjonsteknikker når vi føler det ville vært bedre med en annen teknikk. Jeg mener derfor at dette kurset var kjærkomment og betimelig, og tror det trengs flere lignende strukturelle kurs fremover også.

Jeg kommuniserte med Clive pr epost et par uker etter kurset, og han inviterte seg selv tilbake ved en senere anledning. Så for de som ikke hadde mulighet til å delta på dette kurset, så kommer han sikkert tilbake. I mellomtiden kommer sikkert NOFs kurskomite til å sette opp mange spennende og oppdaterte kurs!

Så alt i alt et veldig bra og nyttig kurs i manipulasjonsteknikker av en meget dyktig instruktør!

Mvh

Tomas Røsker

nettbutikk FOR HELSE OG HUDPLEIE

*Rimelig, behagelig og
miljøvennlig engangslaken.*



170 ark 195cmx60cm kr 590
350 ark 100cmx60cm kr 595

Bestill på 4843 4224
eller salg@helseoghudpleie.no

www.helseoghudpleie.no

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

HUSK DEADLINE FOR BIDRAG
TIL OSTEOPATEN NR. 1/2015: 27. JANUAR 2015

Osteopaten

Norsk Osteopatforbund
nof@osteopati.org

Redaksjonen:

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

Grafisk design:

Appell reklamebyrå,
Drammen

Trykk:

Lier Grafiske

Fossums julenøtter

1. Hva var navnet på osteopaten involvert i skandalen i England på 1960 - tallet som nesten tvang hele regjeringen til å måtte gå av og som nå Andrew Lloyd Webber har laget musikal om?
2. Hvilket kvinnelige hygieneprodukt ble funnet opp av osteopaten Earl Haas?
3. Hva var navnet på osteopaten som grunnla en menneskerettighetsgruppe i de Amerikanske sørstatene på 1950 - tallet og som jobbet tett sammen med Martin Luther "I have a dream" King Jr.?
4. Hva er den mest bærekraftige knokkelen i kroppen?
5. Hvem var den første Norske osteopaten?
6. I hvilket år ble Norsk Høgskole for Osteopati grunnlagt?
7. Hvilke skjelettmuskelgruppe har høyest tetthet muskelspoler per gram muskelmasse i menneskekroppen?
8. Hvem lever lengst, kvinner eller menn?
9. Hvem statistisk sett får flest hull i tennene?
10. Hva heter osteopaten som Dr. Watson i Sherlock Holmes etter sigende skal være basert på?
11. Hvem er keisersnitt opprinnelig oppkalt etter?
12. Hvilken kjent maler har en datter som er gift med en osteopat?
13. Hvor mange hjernenenerver er der?
14. Hva het osteopaten som først laget og patenterte en alkoholpreservert og artikulert virvelsøyle fra kadaver?

Svarene sendes til:
tombjorkli@gmail.com
Frist: 10.01.2015
Løsningen kommer i første utgave 2015

Premie: Boken "The Feminine touch - women in osteopathic medicine" Donert av Christian Fossum som også har laget denne quizen.



Skrivekonkurransen

Vi minner om at vi også har Skrivekonkurransen i 2014
Vinneren av konkurransen får et 2 - 3 dagers kurs i regi av NOF