

OSTEOPATEN

TEMA:
**Hud, berøring
& smerte**

**Berøring -
en osteopatisk
fellesnevner**

Jan Kristian Huus s.3

**THE ROLE OF COMMUNICATION
AND TOUCH IN
MANUAL THERAPIES**

Thomas Valø - s. 5 & 6

**Dermoneuro-
modulation
(DNM)**

Tom Eirik Bjørkli s.8

**Idrettsmedisinsk
høstkongress
2014**

Frank Kjeldsberg s.11



Kjære lesere!

Vårt største organ på hele 2 kvadratmeter som også er det vi har lettest tilgjengelig. Det har en formidabel og mangfoldig innervasjon som skyter rett til hjernebarken. Noen steder er 20 milligram nok til å aktivere nervene, altså vekten av en mygg. Hver eneste centimeter er fintilpasset med riktig elastisitet og styrke for sitt bruk. Det inneholder naturlig over 1000 bakterier + 14 ulike typer sopp, og dette river og sliter de fleste av oss i hver dag.

Jepp. Huden vår. I manuellmedisinsk historie har huden vært noe som egentlig bare har vært i veien for å komme ned til det vi vil ha tak i under. Nyere smerteforskning har gjort at man kan sette spørsmålstegn med hvorfor et så rikt innervert og lett tilgjengelig organ ikke er målet i seg selv for å adressere det vi har som virke, nemlig å modulere smertepersepsjon.

Vi i redaksjonen tar sikte på at utgavene i 2015 skal ha et tema, eller en rød tråd om du vil. I den neste utgaven vil vi fortsette å holde oss til smerte, forhåpentligvis mer om den langvarige smertepasient. Håper det stimulerer til skrive lyst og at jeg får noen uventede artikler i innboksen min.

Takk til alle som har skrevet inn til denne utgaven!

Tom Eirik



Kjære kolleger!

Forberedelsene til Årsmøtet 21 mars har begynt, og når dere leser dette er det ikke lenge igjen. I år vil vi forsøke å streame møtet, slik at de som ikke har mulighet til å komme til Oslo vil kunne få det med seg hjemmefra. Det er fortsatt mye som må falle på plass for å få det til, men vi håper og tror at du skal kunne både se og stemme over saker via sms hjemmefra.

Fagdagen den 21 mars er og noe jeg ser frem til, Manuell Terapeut Sigurd Mikkelsen vil ha tema "Filosofiske perspektiv om smerteviten-skap og dets konsekvenser" – veldig aktuelt og spennende tema! Christian Fossum og Jan Kristian Huus har og spennende temaer som vil knytte dette sammen på en god måte! Mange spør etter passord og brukernavn på våre hjemmesider, og den har enda ikke endret seg så om du husker hva du er og hvem som grunnla oss har du gode muligheter for å kunne logge deg inn, og der vil du finne saks-dokumenter angående årsmøte og mye annen informasjon.

Fagkomiteen har vært i aktivitet – bla. ryddet på hjemmesidene våre samt på sidene som medlemmer kan kjøpe via Markedsføringspakken! Vi har alle et ansvar for vår felles "fasade" utad. Jeg er redd det ligger endel informasjon på medlemmers hjemmesider som ikke burde få se dagens lys? Klarer vi å holde en noenlunde ensartet fasade utad hadde det styrket oss i mange sammenhenger. Vi vil utover komme med innspill med gode forslag til hva vi bør ha på våre informasjonskanaler og håpe at medlemmene syns dette er gode innspill som de adopterer.

Vi så og på Wikipedia som var av en person med brukernavn Asav endret tilbake til en tidligere versjon, ikke helt bra den heller men langt bedre enn "Bjørn som tegner" forsøkte seg på! Det virker fortsatt som en lang vei å gå for å få dette endret til noe vi kan leve med... Wiki viser til en referanse om effekt av osteopati på en side i USA, Christian har tatt kontakt med noen som kanskje kan påvirke disse referansene som ikke er oppdatert. Ellers har vi vært i kontakt med utdanning.no hvor beskrivelsen av osteopati skal bli oppdatert. Nye fremstøt mot forsikringselskapene er igang, denne gangen vil vi prøve med press fra toppidrettsmiljøet i Norge og internasjonalt. Det er veldig mange toppidrettsutøvere som benytter osteopati til å prestere bedre og komme raskere tilbake til idretten sin. Allerede har jeg fått mange profilerte idrettspersoner på listen, og har du enda ikke meldt noen så spør dem først om du og NOF kan bruke navnet deres opp mot forsikringselskapene. Vi håper og tror at det er dette som skal til for at forsikringselskapene får opp øynene for osteopatien!

Vi følger også opp autorisasjonsspørsmålet overfor politikere, har forespurt møte med flere fra AP som kanskje kan gi oss nyttige innspill.

Ha en herlig vinter og vår så håper jeg vi sees snart på fagdag, årsmøte og sosial hygge både før under og etterpå :)

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

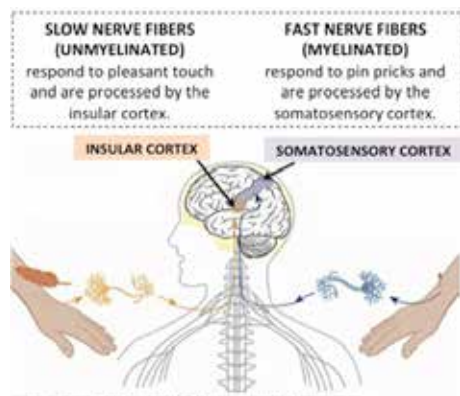
Faktura-/postadr.: NOF, p.b. 6731, Etterstad, 0609 Oslo

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

BERØRING - EN OSTEOPATISK FELLESNEVNER

I huden vår befinner det seg fantastisk mange nerveender og reseptorer. Disse har ulike egenskaper, men er i all hovedsak designet for å informere oss om fremtredende signaler og potensielt farefulle stimuli. I tillegg kan huden benevnes som et sosialt organ. Den osteopatiske tilnærmingen er mangfoldig, men en ting kan vi enes om. Alle osteopater berører pasientene sine. Og vi bør vi ha kjennskap til de mange nervene som befinner seg i kroppens største organ. Vi bør vite hva vi påvirker.

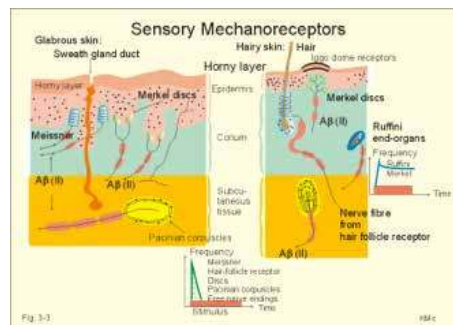
Berøring er den første sansen vi mennesker utvikler. Og huden med sine reseptorer representerer kroppens største og eldste sanseorgan. En gjennomsnittlig voksen mann besitter omkring 18.000cm² hud, som utgjør mellom 16 – 18% av kroppsvekten. Mellom menneskelig taktil berøring kan alene forandre vårt humør, vår følelse av velvære og emosjonelle tilstand. Vi berører familiemedlemmer, kolleger, venner og ukjente hver eneste dag. Gjennom berøring kan vi komme med klare eller subtile budskap. Berøring kan uttrykke kjærlighet, omsorg, den kan være støttende eller den kan kommunisere at vi ikke er tilfredse. Tidlig taktil stimulering kan bidra til å forme minnene våre og dermed påvirke vår atferd senere i livet (Gallace 2010). Som osteopater er vi bevisst berøringens kraft. Den kan skape emosjonelle reaksjoner, den kan få muskulatur til å relaxere, berøring kan bidra til å dempe smerteopplevelsen. Berøring i seg selv kan anses som behandling.



Kilde: <https://knowingneurons.files.wordpress.com>

Berøring og taktil stimulering leder til aktivisering av frie og kapsulerte nerveender i hud og underhud. Gandevia m.fl (2009) hevder at de innkapslede nerveendene med deres axoner i huden representerer den menneskelige organismens viktigste proprioceptive sanseapparat. Vi har i mange år betraktet hudberøring som en enkel fysiologisk prosess hvor vi ved

lette taktile stimuli kun aktiverer tykke myeliniserte axoner (A-beta fibre). For mange er dette fremdeles en etablert sannhet, men i dag vet vi at huden også er innervert av taktile c-fibre (tc-fibre). Disse besitter frie nerveender, er tynne og ikke myeliniserte og innnervrer all hårhud. Tc-fibrene formidler signaler med langsom ledningshastighet, omkring 1 meter per sekund. Til sammenligning er nerveledningshastigheten til A-betafibrene 50 ganger hurtigere.



Kilde:

<http://www.zuniv.net/physiology/book/images>

De tykke myeliniserte nervefibrene med hurtig ledningshastighet besitter ulike kapsellegemer gir dem mer eller mindre spesifikke funksjoner. De proprioceptive nervene er som regel hurtig adapterende. Dette betyr at den temporale summasjonen avtar hurtig, selv om det taktile stimuli opprettholdes. Dette gjelder især for nerver som registrerer trykkberøring. En annen gruppe nervefibre adapterer langsomt, og disse er i all hovedsak representert med nerver som besitter Ruffini-legemer og Merkel skiver. Disse nerveendene er spesialiserte og aktiveres allerede ved lett berøring og hudstrekk. Den langsomme adaptasjonen og den temporale summasjonen opprettholdes, hvilket betyr at sentralnervesystemet må bearbeide et større antall aksjonspotensialer ved denne type vedvarende taktile stimuli.

De afferente signalene fra de proprioceptive nervene terminerer stort sett i bakhornets lamina 3 og 4, hvor en synapse finner sted før signalene fortsetter supraspinalt. De avslutter sin ferd i somatosensorisk korteks hvor de gjør oss bevisst hvor på kroppen vi blir berørt, eller hvordan vi beveger oss. Summasjonen vil også kunne fortelle oss noe om styrken bak den taktile stimuleringen. Aktivisering av disse myeliniserte nervefibrene kan benevnes som exterocepsjon. Fritt oversatt pasientens opplevelse av hudberøringens lokalisering og kraft.

Den andre gruppen, de taktile c-fibre skiller seg fra de øvrige proprioceptive fibrene blant annet med sine tynne umyeliniserte axoner. De besitter trolig kun frie nerveender, og er representert i all hud med hårvest. Å berøre er ikke unikt for oss mennesker. De aller fleste pattedyr benytter seg av berøring i kommunikasjon, og som et ledd å knyte sosiale bånd. Enkelte hevder at det er tc-fibrene gjør huden vår til et "sosialt organ" (Lundblad 2011). Årsaken til dette er tc-fibrenes ferd fra periferien til de supraspinale sentre. Tc-fibrenes aksjonspotensialer finner veien til bakhornets ytre laminae, hvor de kommuniserer med sekundære viscerosomatiske nevroner før proeksjonen terminerer i cortex insularis bakre deler.

Cortex insularis er en del av det limbiske systemet, og sentralnervesystemets interoceptive senter. Vi antar at aktivitet i disse kortikale områdene tjener som formål å endre samt påvirke vår affektive og emosjonelle tilstand, noe som igjen skal lede til en adekvat endring i adferd slik at vi kan handle på bakgrunn av følelsen som vokser frem. Craig (2003) gir en oversiktlig presentasjon av denne teorien. Med andre ord skal vi ved hjelp av berøring kunne påvirke pasientens emosjonelle og følelsesmessige tilstand. Cortex insularis kommuniserer direkte med blant annet med hippocampus, hypothalamus og amygdala som igjen er linket direkte opp mot den prefrontale cortex. Vi kan med dette teoretisere at "riktig" berøring også vil kunne påvirke pasientens biologiske stressrespons, hormonsystem, kognisjon og evalueringsevne. Berøring er med andre ord et viktig kommunikasjonsmiddel som benyttes hver dag, også utenfor osteopatens behandlingsrom. Forskningen på området har eskalert voldsomt gjennom de siste 10-15 årene. Kanskje kan noen av resultatene som har vokst frem gi oss mer troverdige forklaringsmekanismer når vi skal forklare hvordan osteopati virker? Kanskje kan vi bli den yrkesgruppen som først omfavner og benytter seg av denne kunnskapen i vårt formidlingsarbeide?

Mvh

Jan Kristian Huus

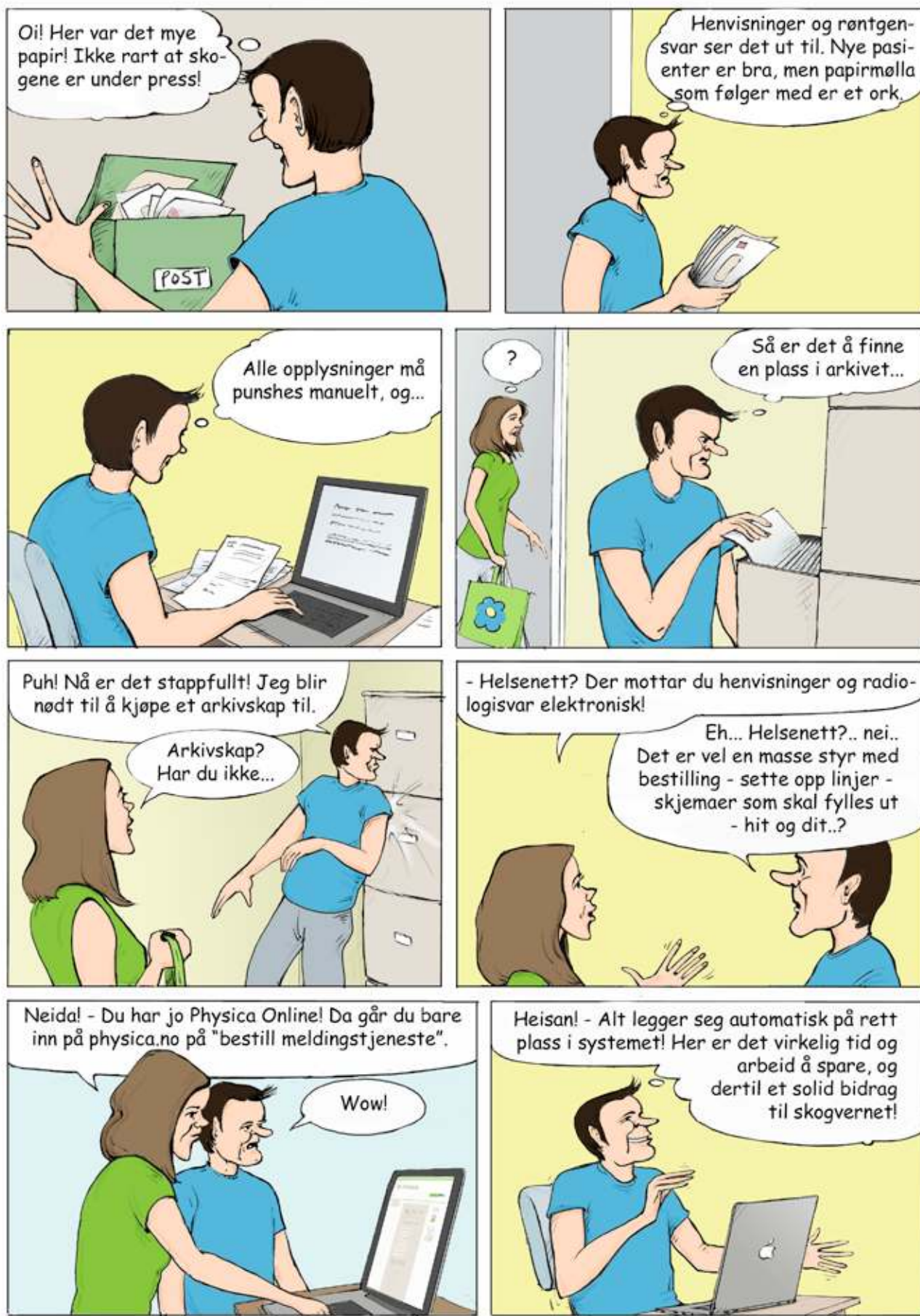
Jan Kristian Huus



Orientering fra valgkomite:

Det er utgående verv i både styret, valgkomite, etisk og kontrollkomite og vi trenger nye engasjerte bidragsyttere til å drive skuta fremover. Kunne du tenkt deg å se hvordan NOF jobber fra innsiden og lurer på hvordan de ulike komiteene jobber?

Ta kontakt med Helge for informasjon om komiteene, eller Joel Haugeberg (j.a.haugeberg@gmail.com) for å melde interesse!



THE ROLE OF COMMUNICATION AND TOUCH IN MANUAL THERAPIES

PART 1

The physiology and psychology behind therapeutic touch

Touch has been a central part of medicine and health care professionals for several thousand years. Health care workers frequently touch their patients, consciously or unconsciously in their daily work with patients and touch as a mean to encourage comfort towards patients has gained considerable attention the past decade (Butts, 2001).



"All forms of manual therapy are neuromodulatory in their effects, and since no one takes the skin off a patient prior to treatment, all manual therapies are dermo as well."
-Diane Jacobs regarding Dermoneuromodulation.

None in the health care profession takes the skin off their patients in order to treat them (Surgeons are obviously an exception). In the human body, there are five receptors responsible for the sensation of touch, namely receptors in hair (ex. back of hand), Meissner receptors (ex. palm of hand), Merkel receptors, Ruffini- and Pacinian receptors. The mechanisms for perceiving pain or temperature are outside the scope of this paper. A mechanical (e.g. touch/pressure) stimulus deforms the receptors membrane and these receptors will open its Na⁺ channels in the membrane and depolarizes, sends an action potential (if the summated graded potentials are above threshold for activation) and propagated up the axon. Since these neurons are myelinated, the conduction time for this action potential to reach the sensory cortex are extremely low. Further on, the pathway of this action potential(s) is the dorsal column medial lemniscal system where it projects to the medulla and crosses the bodys midline and reaches the thalamus, which acts as a relay station before it terminates in the somato-sensory cortex. Past experiences, knowledge, beliefs, culture, past successful and unsuccessful behaviours observed in the affected person and behaviours observed in others and the setting from which the touch was given, are all different factors that combined together are of great importance to how the persons brain will respond to a pressure stimuli (e.g. touch). If a person who earlier in his/her life has been sexually harassed or traumatized physically, he/her might respond different to a therapeutic

touch in the pelvis than other who has not had these experiences.

Babies deprived of touch will die (Weinstock, 2001). Humans begin receiving tactile signals even before birth, as the vibration of ones mother's heartbeat is amplified by amniotic fluid (Chillot 2013). We know today that being touched catalyze a whole range of neuronal activity in the human body, both from the giver of touch and the receiver of touch, and is essential for human existence. For example: a study from 2002 (Roger et al. 2002) concluded that physiotherapists used 33(!) different combinations of touch in acute and rehabilitation settings.

Direct contact, touch or communication is not necessary for physiological or psychological phenomenas to occur (Schaefer 2012). Observing and/or listening to another person performing goal-directed actions such as drinking a cup of tee or stroking someones back, activates the premotor- and parietal cortex of the person observing it (Buccino et al. 2001, Iacoboni et al. 1999, Gallese et al. 1996, Gallese et al. 2002, Kohler et al. 2002, Rizzolatti et al. 1996, Rizzolatti et al. 2001, Singer 2009). It has therefore been hypothesized that the understanding of actions of others by activating our own neural representations of these actions (Gallese et al. 1996, Gallese 2003, Keyzers et al. 2003, Rizzolatti et al. 2001). A study by Betti et al. (Betti et al. 2009) has indicated that empathic resonance relies upon the activity of functional networks more than of single areas. This hypothesis may prove to be a minor, or major, component in the social aspect of peoples lives and when they are experiencing chronic pain, and an increase in a patients allostatic load may occur.

Touching a patient in psychiatric care has, very often, been considered inappropriate (Salzmann-Erikson, 2005), and it has generally been established that when a psychiatrist touches another patient, it can provoke aggressiveness and destructive manifestations of sexuality. A difference in gender roles has also been observed regarding nursing. While female nurses often use intimate touch in their daily profession to enhance physical and emotional care, the use of intimate touch by male nurses are perceived as suspect (Harding et al. 2008). While the application of techniques (mobilization of joints, manipulations etc) is used intentionally, the use of touch is not always used intentionally to enhance care (Connor, 2009). When a caring patient-practitioner relationship has been established, touch can play an important role in psychiatric treatment (Salzmann-Erikson, 2005), which is plausible to apply to a clinical setting in every day life of MTs. MTs are not psychiatrists, and the keen observations and learning psychia-

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

trists undergo, makes them leading experts on mental health. However, the presence of touch in the office of an MT is not only expected but also a necessity from both a patient perspective and a therapist's. When health care professionals choose to spend years of training to become providers of caring, it is to be expected that a basic empathy and sympathy is aquired through life. However, empathy and simple touch are not qualities that are aquired through learning (mostly), and should be at the pinnacle of decreasing pain, and restoring health in patients, not only somatic but also on a psychological level. In a small, preliminary study (Kemper 2011), subjects reported significant improvements in well being which were reflected in objective physiologic measures of autonomic activity (heart rate, heart rate variability and respiratory rate). Extending compassion through touch could therefore not only be regarded as good care; it may also be good medicine. A greater understanding of empathy may contribute towards therapeutic interventions in clinical populations where empathy does not function normally (Dapretto et al. 2006, Oberman et al. 2005).

Empathy is the ability of a human being to share the feeling of others (Bernhardt 2012), and empathy for other peoples pain have shown activations in regions of the brain, particularly anterior insula and anterior midcingulate cortex, that are responsible for the direct pain experience (Bernhardt 2012, Bufalari et al. 2007, Fitzgibbon 2010). Humans do not just see touch, but have a way of understanding touch through an automatic link between our prior experiences and memory (Keyzers 2004), and is a complex construct not only consisting of emotional feelings, but also of cognitive and somatomotor components (Davis 1996, Preston and de Waal 2002, Gallese 2003). Put in short terms, neuroscientific models of empathy have given rise to the belief that a given motor, perceptual or emotional state of an individual activates corresponding representations and neural processes in another individual observing that state (Preston and de Waal 2002, Gallese 2003, Decety and Jackson 2004). Put in a clinical setting: taking an accurate medical history examination is important, but to relegate the social- and family history of a patient (current/past environment, memories, childhood, relations etc) to a place of lesser importance should thus be avoided in patients that are suffering from chronic pain.

Mvh

Thomas Valø

THE ROLE OF COMMUNICATION AND TOUCH IN MANUAL THERAPIES

PART 2

The role of communication in manual therapies

You treat a disease, you win, you lose. You treat a person, I guarantee you, you'll win, no matter what the outcome.

- Patch Adams

How MTs, and other health care professionals, communicate with patients experiencing chronic pain could be as important (or even more important) as what MTs do towards the patients. There are three domains demonstrated to be of high importance in the context of the patient-practitioner relationship (Cox et al. 2007): liking, understanding and dominance. For chronic MSK pain disorders, there are no implications that these domains are of lesser importance and it exists compelling evidence that an educational strategy addressing the neurophysiology of pain can have a positive effect on pain, the disability of the patient, beliefs such as catastrophization and physical performance (Louw, 2011). Patients' understanding of what is causing their back pain, their beliefs and what will happen has a major influence on how they recover from their back pain and research has highlighted the important role MTs have in influencing these beliefs (Darlow, 2013). In this study by Darlow et al, when patients were given diagnostic labels such as "disc sprain" or that "they should avoid certain activities" only strengthened their beliefs that their back was in need of protection. Further on, the participants of the survey searched the Internet and looked to family and friends for information and understanding. However, health care professionals held the strongest influence upon the patients' beliefs and attitudes towards their back pain, which in turn provides the health care profession with an unprecedented opportunity to influence their patients in a positive way towards symptom relief and an increase in quality of life. With a decreased threat of additional tissue injury after neurophysiological education (NE) and a newly gained realization that pain may be caused by a decrease in neural threshold sensitivity rather than actual tissue injury, patients may be able to actively move further and allow MTs to passively move them further in addition to reappraising their own ability to move (Moseley et al. 2004). These trends have led to the utilization of NE is increasing throughout the health care profession (Moseley 2004, Moseley 2003, Moseley 2004b).

The issues of communication in regards to low back pain (LBP) are known to be problematic. To enhance patient and therapist satisfaction, the literature recognises the need for a shared use of language towards this pop-

ulation with LBP (Cedraschi et al. 1998), and research shows that doctors who undergoes training to acquire good communication skills, can better satisfy their patients (Shendurnikar et al. 2013). A qualitative study exploring the use of communication towards patients with LBP by Chiropractors, Osteopaths, General Practitioners and Physiotherapists found that there was different use of language by different therapists in the clinical setting, not surprisingly (Barker et al. 2009). Their findings fell into three categories:

1. Potentially leading to problematic misunderstandings (Communication problems have been cited as the most common factor in the initiation of malpractice suits against Orthopedic Surgeons (Tongue, 2005). Terms such as muscle weakness, recurrent, instability, trapped nerve etc were listed as terms that could potentially lead to a misunderstanding in the patient-practitioner relationship.
2. Having unintended meanings but few negative repercussions. Terms such as mechanical back pain, sciatica, muscle imbalance etc.
3. Meeting the expectation and intention of understanding. Terms these patients felt they understood the most were muscle spasm, sensation, manipulation, mobilisation, soft tissue technique and rehabilitation. It is noticeable that many of the terms mentioned in this research done by Barker et al. are terms often used in the perspective of the biomechanical postural model, both in the group where a language potentially led to problematic misunderstandings and in the last group where the intention and understanding was the highest. Further on, terms such as coping and activity had a potential to lead to problematic misunderstandings in a therapeutic environment, a language which has been seen as non-harmful and a necessity by MTs in the rehabilitation and NE of patients with chronic pain.

A prevailing biomedical model with an emphasis on tissues and tissue injury was earlier often used as a tool to explain pain and nociceptive input to patients by Orthopedic-based professions (Orthopedic surgeons, physical therapists etc) (Weiner 2008, Henrotin 2006, Houben 2005). In direct contrast, NE has shifted focus to a detailed explanation of the physiology and neurobiology of the nervous system and brains processing of pain and nociceptive input (Moseley 2004, Van Oosterwijck 2011). Recent studies also shows that one-on-one sessions are superior rather than a group-based session when performing NE to patients (Moseley, 2003b). Several papers have shown positive effects of neurodynamic test-

ing (Moseley 2004), movement of the spine (Moseley 2004, Moseley 2004b) and perceived disability in patients with chronic low back pain (Moseley 2002) towards patients that has received NE. The best-evidence guidelines up to date for managing patients with chronic pain are NE one-on-one and exercise (Busch et al 2007, Nijs 2009, Meeus 2007), which gives MTs, especially Physiotherapists, a unique role in managing this vast population of patients suffering from chronic pain. It is also appropriate to discuss the limitations of communication and NE in a clinical setting:

- A study (Meeus et al. 2010) performed on patients with Chronic Fatigue Syndrome (CFS), an NE session failed to show a significant effect in fear of reinjury compared to a pacing and selfmanagement program. The same study showed no significant difference in pain coping inventory baseline when performing NE on patients with CFS.
- A single NE session for patients with chronic whiplash-associated disorders showed no statistically significant effect regarding pain catastrophization (Van Oosterwijck 2011).
- A single NE session did not improve pressure pain threshold in patients with CFS (Meeus et al. 2010).
- A series of NE sessions failed to show any significant difference in pain-related fear compared to a program of NE and exercise (Ryan et al. 2010).

The limitations of NE related to cognitive behaviour in relations to pain are necessary to comprehend. An overemphasis on NE or other educating programs (such as back pain education etc) in a clinical setting should be avoided, and should only be regarded as one of many tools, including increasing neuromotor function, passive and active movement regimes.

Mvh

Thomas Valø

Thomas Valø
Ferdig osteopat: juni 2014
Jobb: Eier osteopatiklinikk
Apex Helse
Faglige interesser: Smerte- og
nevrofysiologi.



Hvem er du?

Intervju med Manuellterapeut Sigurd Mikkelsen

- I denne utgaven tar vi for oss hud, berøring og smerte. Tror du hud med dets kutane innervasjon er et undervurdert organ for å påvirke hjernens smertepersepsjon?

Ja, jeg mener huden har blitt undervurdert og det på et rimelig paradoksal vis siden betraktninger om hudens rolle ofte er fullstendig fraværende blant de mange teoriene om hvorfor en manuell teknikk i det hele tatt kan ha en smertereduserende effekt. Det er som om huden har vært offer for "ser ikke skogen for bare trær" da det stort sett er snakk om muskler, ledd, fascie og andre innvortes strukturer som primære mål for manuelle teknikker.

Jeg tenker også at det kan være nyttig å konseptualisere hudens rolle ikke bare i betydning av hjernens persepsjon av smerte, men også hudens rolle for vår persepsjon av oss selv. Man kan for eksempel leke litt med tanken om huden som et sosialt og eksistensielt organ ved å spørre seg:

- Hvordan vil det gå med et spedbarn som aldri blir berørt?
- Vil fravær av berøring ha noe å si for identiteten til et mennesket?
- Er en opplevelse av nærhet og trygghet relevant for smertepersepsjon?
- Hvor mye nærhet og trygghet er det mulig å formidle uten fysisk berøring?

Jeg mener disse betraktningene om hudens rolle i sosial og eksistensiell identitet er viktige fordi hvis generell, fysisk berøring kan skape nærhet og trygghet nok til å redusere smerte, så utfordrer det den umiddelbare validiteten (face validity) bak flere av de eksisterende årsaksforklaringene for effekt av manuell behandling. Dette har i så fall direkte og praktiske konsekvenser for både klinisk praksis og undervisning.

- Vi har med en tekst om dermoneuromodulation. Hvordan er ditt forhold til dette akademisk og klinisk?

De aller viktigste aspektene med DNM er anerkjennelsen om at huden deler samme embryologiske historie som nervesystemet og at huden uomtvistelig er det første, fysiske kontaktpunktet for enhver manuell teknikk, enten man vil eller ei. En slik forståelsesmodell åpner opp for en del interessante dimensjoner som historisk sett har fått lite oppmerksomhet i diskusjonen om smerte som for det meste har dreid seg om "stramme og svake muskler" og "stive og slitte ledd". Rent klinisk benytter jeg ikke spesifikke DNM-teknikker, men jeg benytter prinsipper som i hovedsak deler samme relative, teoretiske fundament som DNM.

- Hva mener du er den mest betydningsfulle effekten av hands on på langvarige smertepasienter?

Vi som manuelle behandlere har en gylden "license to touch" som verken leger eller psykologer har på samme måte. Med det mener jeg at vi har en særdeles unik og viktig innfallsport til det fenomenet som smerte er, ved å ha muligheten til å modulere smerteopplevelsen gjennom berøring. Nå som vi vet med ganske stor sikkerhet at den umiddelbare effekten av manuelle teknikker er relativt kortvarig og forbigående, gjenstår utfordringen om å overføre det øyeblikket av redusert smerte som følge av hands on, til et meningsfullt råd eller øvelse som pasienten kan lære å benytte seg av på egenhånd. Det eksisterer gode hypoteser nå som tillater spekulasjoner omkring hvorvidt den mest betydningsfulle effekten av hands on kan tenkes å fungere som et betinget stimuli i tråd med teorier om smerter, som i noen tilfeller, kan forstås som en betinget respons.

“

Vi som manuelle behandlere har en gylden "license to touch" som verken leger eller psykologer har på samme måte.

- Hva synes du er den største misoppfattelsen ved behandling av langvarige smertepasienter i dag?

Jeg opplever at mange langvarige smertepasienter forteller om gjentatte møter med ulike terapeuter og leger hvor man får inntrykk av at vedkommende helsearbeider har forsøkt å behandle smerten med en endimensjonal tilnærming, det være manuell teknikk eller et medikament eller to. Det får meg til å undre om hvorvidt helsearbeideren tror at langvarige smerter skyldes primært perifere årsaker, det være strukturelle årsaker eller enkelt-reseptorer. Det er i så fall en stor misoppfattelse. En ting er at strukturelle årsaker eller enkelt-reseptorer kan være en del av bildet, men i så fall gjenspeiler ikke dagens praktiske tilnærming til langvarige smerter at bildet nettopp er – større.



Sigurd Mikkelsen

- Hva er det mest interessante temaet eller konseptet innen smertebehandling?

Det er et særdeles vanskelig spørsmål å svare kort og enkelt på, men til syvende og sist viser mange av de interessante temaene/konseptene om smertebehandling tilbake til kompleksiteten av kaotiske ikke-lineære systemer. De (dessverre) utskjelte placebo-nocebo mekanismene leder til mange fascinerende spørsmål om hvordan vår persepsjon og alt som former vår persepsjon, kan føre til endringer av opplevelser. Man kaster virkelig barnet ut med badevannet om man som terapeut velger å ikke anerkjenne disse mekanismene.

- Hvor ble det av biologiske i den biopsykososiale modellen anno 2015?

Personlig mener jeg at det biologiske aspektet aldri har vært borte fra den biopsykososiale modellen, men at det mer handler om ulik forståelse og prioritering av hvilke aspekt man foretrekker i modellen. Som David Butler sa; tanker er også biologi. Utfordringen for samtlige helserelaterte profesjoner er å få integrert alle aspekt av det den dynamiske biopsykososiale modellen omfavner på en tilstrekkelig måte og jeg tror det er viktig å anerkjenne at det ikke automatisk betyr at modellen har svakheter.

- Kan du gi en liten teaser på hva du vil snakke om når vi treffer deg i mars?

Tilnærmingen til smerter er i dag stort sett basert på at smerte er noe som både skapes av en perifer endring og skal "korrigeres" av en perifer endring. Denne modellen er intuitivt riktig, men sammenfaller ikke med den kunnskapen vi har om smerter i dag. Konsekvensene av en moderne forståelse av smerte leder oss direkte til mange ubehagelige spørsmål som fordrer enda mer ubehagelige valg om hvilken rolle vi egentlig har som terapeuter. En forhåpentligvis gjennomgående rød tråd i foredraget vil være utfordringene med å tilstrebe konseptuell hygiene i et ellers anarkistisk landskap uten felles prinsipper for tilnærmingen til smertebehandling.

DERMONEUROMODULATION (DNM)

Mange har sikkert hørt om fenomenet "dermoneuromodulation". I alle fall de som er innom ulike interdisiplinære fagforum i sosiale medier.

**Dermo= hud
Neuro= nerve
Modulastion= endring**

Navnet som beskriver konseptet ble utviklet av Diane Jacobs PT på midten av 2000-tallet gjennom tanke-myldring på SomaSiple (diskusjonsforum på nett). Utgangspunktet for teorien kom fra David Butler sine tanker om nevromobilisering på slutten av 90-tallet og Melzack's modell om nevromatrix fra 2003. Diane Jacobs er fysioterapeut som i en periode ble med på trenden innen manuellterapi med mye fokus på ortopedi, men dette var ikke helt det hun falt for. Hun hoppet heller på et lite osteopatisk fakultet (URSA foundation) og drev klinikk etter dette. Etter mange år i klinikk ble det etter hennes oppfatning klart at hun ikke hadde behandlet vev i alle år, men huden over.

Kort sagt kan DNM være ett (blant flere!) aspekt i forklaringen hvorfor vi uavhengig av manuell profesjon, teknikkvalg, trykk etc gjør pasientene våre bedre. Noen finner låsninger og subluksasjoner, mens andre finner stramme muskler, svake muskler eller triggerpunkter. Tross i tonnevis av studier klarer vi ikke helt sette fingeren på spesifikke behandlingsstrategier som reduserer smerte i MSK-systemet, men er det noe vi alle gjør felles som kan spille en vesentlig rolle? Vi jobber med hud. I manuellmedisinsk teori har huden stort sett vært i veien for oss for å komme til det vi vil ha tak i som ligger under. Nyere vitenskap om langvarig smerte har drevet oss lengere vekk fra at man har et vevsproblem et eller annet sted under huden, og mot at man har et smerteproblem der nerver og deres plastisitet både perifert og sentralt er hovedproblemet.

"When the primary complaint is pain, the treatment of pain should be primary"
-Barret Dorko PT

Det er viktig å vite at DNM ikke har til hensikt å strukturelt "gjøre noe" som "endrer noe" "til noe". Man får pasienten med på forståelsen at nerver er det eneste som til syvende og sist kan gi deg fysiske smerter, samt vise hvordan disse kan påvirkes. Huden er proppet av eksteroseptive nerver og de vi med sikkerhet kan påvirke hendene våre. Helt fra embryologien vet vi at disse begge stammer fra ektodermalt vev og henger sammen som pompel og pilt. Ruffini-ender i huden responderer på lateral strekk i hud og vil fyre langs bakstrengssystemet til den dorso-laterale prefrontale korteks. Det affektive nettverket som oppfatter trussel er veldig følsomt for akkurat hudkontakt. Ikke-nociceptiv stimulering vil påvirke motorisk-output og smerte-output. Behandling gjennom prinsippene i DNM tar blant annet utgangspunkt i adressering av kutane nerver, og ser ut (søk på DNM på youtube) som lett strekk av hud i utvalgte områder gjerne med rik kutan innervasjon.

Er dette konseptuelt sett osteopatisk faciell behandling/listening sin noe mindre esoteriske tvilling?

"Dermoneuromodulation is just a more conscious systematic examination of contact with a patient, with no conceptual hallucination of the mesodermal kind."

-Diane Jacobs

Ved langvarige smerter vet vi at nervesystemets funksjon både strukturelt og funksjonelt endrer seg. Vi blir sensitive for smertefulle stimuli og jo mer smertesignaler vi/du påfører over tid vil dette potensielt (igjen avhengig av mange livsstilsfaktorer) resultere i misoppfatning om intensiteten og lokalisasjonen av hvordan smerten oppleves. Diane Jacobs mener at manuell behandling bør ta sikte på å få deler av hjernen som registrerer intensitet, nemlig den partielle korteks (S1) i det somatosensoriske system, til å ta tilbake kontrollen.

Navn: Tom Eirik Bjørkli
Utdanning: a+ Osteopati & Fysioterapi
Faglige interesser: Uspesifikke ryggsmarter, adferd-tro-og-tvil ved langvarige smerter, biopsykososialitet.



Uansett hva vi sikter på under huden og hva vi vil oppnå så stimulerer hud med alt det innebærer. Sensorisk stimuli, tillit, smertemodulasjon, trygghet... God inngangsport for smertebehandling? For spesielt interesserte kan dere lese mer på www.dermoneuromodulation.no hvor dere finner DNM manualen Diane Jacobs skrev i 2009.

Mvh

Tom Eirik Bjørkli

Anbefalt litteratur for å gå i dybden på hud, berøring og smerte:

1. Löken LS; A Pathway for Pleasant Touch: Linking Peripheral Receptors To Central Processing And Hedonic Experience (thesis paper) U. Gothenburg, 2009
2. Morrison I; Reduced C-afferent fibre density affects perceived pleasantness and empathy for touch. Brain (2011)
3. Björnsdotter M, Morrison I, Olausson H; Feeling good: on the role of C fiber mediated touch in interoception. Exp Brain Res (2010) 207:149-155
4. Lundblad LC, Olausson HC, Malmström C, Wasling HB; Processing in prefrontal cortex underlies tactile direction discrimination: An fMRI study of a patient with a traumatic spinal cord lesion. Neuroscience Letters 483 (2010) 197-200
5. Olausson H, Lamarre Y, Backlund H, Morin C, Wallin BG, Starck G, Ekholm S, Strigo I, Worsley K, Vallbo AB, Bushnell MC. Unmyelinated tactile afferents signal touch and project to insular cortex. Nat Neurosci. 2002 Sep;5(9):900-4.

Velkommen til fagdag og årsmøte!

Fagdag på NHCK - Lørdag 21. mars kl 09-15

Tema for dagen:
Smertelige betraktninger.

Dørene åpnes 08.30 - Velkommen
ved Leder Helge Skåtun og
presentasjon av utstillerne.

09.15-12.00: Sigurd, Smertelige
betraktninger - filosofiske perspektiv
om smertevitenskap og dets konse-
kvenser.

12.00-13.00: Lunsj
(finn ditt favorittsted)

13.00-14.50: Jan Kristian Huus og
Christian Fossum følger opp tema.

Årsmøter NOF 21/3 kl 15.00-17.00

15.00-17.00: Årsmøte med valg av
møteleder, samt protokollskrivere.

For nærmere informasjon og
saksliste se www.osteopati.org

1700-1730: Årsmøte FMOB

1730-1830: Arbeidsmøte for nye og
gamle i komiteer og styre.

20.00: Middag på Lorry -
se egen invitasjon.

Vi sees!

Mvh

Helge Skåtun

Fossums julenøtter

VINNER: ROBIN PAY

Den suverene vinneren med
desideret flest riktige svar på
Fossums julenøtter ble Robin Pay!
Gratulerer med boken som blir
overlevert på årsmøtet.

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



Orientering fra kurskomité

Dato: torsdag 12.3.- lørdag 14.3.

Lærer: Rene Zweedijk
Sted : Sundbyttunet, Jessheim
Klokkeslett : 9.30-16(15)
Tema : urogenital us og behandling
av kvinnen(kun for kvinner)
Pris:5500kr

Dato: 1.-3. mai

Lærer: Stephen Pirie
Sted : Sundbyttunet
Klokkeslett : 09.15- 17.00
Tema : 'An integrated Osteopathic
approach peripheral joint manipula-
tion with a spinal touch'
Pris: kr 5750,-

Dato: 25.-27. september

Lærer: Jonathan Parsons
Sted : Sundbyttunet
Klokkeslett : 09.15-1700
Tema : 'Osteopathic approach to
translatory vertebrae - an integrated
technique masterclass'
Pris: 5750,-

Dato: torsdag 12.11. - lørdag 14.11.

Lærer: Rene Zweedijk
Sted : Sundbyttunet, Jessheim
Klokkeslett : 9.30-16(15)
Tema: den gravide kvinne
Pris:5500kr

Andre anbefalte kurs som ikke er
organisert av kurskomité

Fascia Research Congress
18.- 20 September.
Washin.gton DC
Issues in Fascia Research: A critical
examination for the scientist and cli-
nician. What do you want and need
to know — and how do you get it?
www.fasciacongress.com

Padiatrie und Osteopathie
20.-22.11.2015
Berlin
<http://www.osteopathie-schule.de>



FOURTH INTERNATIONAL
FASCIA RESEARCH CONGRESS
Basic Science and Implications for
Conventional and Complementary Health Care

Kjernevirksomhet

Året som gikk var preget av alter-
nativ-debatt. Om hvem som er "in-
nenfor" og hvem som er "utenfor".
Hardest gikk det kanskje utover våre
kolleger kiropraktorene som angiv-
velig står med ett bein i hver grav.
Først måtte de forsvare kiroprak-
torstudiet på universitetet i Oslo, så
ble de eltet av Folkeopplysningen før
til slutt Civita-rapporten kom og ville
kneble refusjonsordningen deres.
Men en slik kjølhaling virket ikke å
knekke kiropraktorene. Jeg tør heller
påstå at de kom styrket ut. Det de
klarte å få til i denne prosessen var å
definere kjernevirksomheten sin.

Kjernevirksomhet sier noe om hva
organisasjonen eller profesjonen i

all hovedsak skal holde på med og
som har stor oppslutning blant de
involverte. Begrepet tillater at det
også finnes annen virksomhet men
at denne blir mer sekundær. I kiro-
praktorenes tilfelle virket kritikerne
å henge seg opp i eksempelvis be-
handling av mellomøretbetennelser.
Etter hvert i debatten begynte ki-
ropraktorene å gjenta mantraet "vår
kjernevirksomhet er behandling av
muskel- og skjelettplager relatert til
rygg og nakke". Dette flytter fokuset
tilbake på hva profesjonen i all hov-
edsak holder på med.

Jeg tror vi som osteopater må, gjen-
nom osteopatiforbundet, definere
hva som er våres kjernevirksomhet

i Norge. Skal vi fundere vår kjerne-
virksomhet på kunnskapsbasert prak-
sis kan den som hos kiropraktorene
bli ganske snever. Men heller snev-
er og robust, slik at den er til støtte
når det stormer. En kjernevirksom-
het trenger også en stor oppslut-
ning blant medlemmene og bør bli
til gjennom åpen debatt. Som nevnt
tidligere så tillater begrepet at det
finnes sekundær virksomhet og at
enn bør fortsette å ha takhøyde for
dette.

Mvh

Joel Haugeberg

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

Fysiopartnerers nye avtale med Norsk Osteopattforbund gir alle medlemmer gode priser på en rekke av våre produkter.

Send bestilling eller forespørsel til salg@fysiopartner.com og referer til avtale nr. 1001.

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 **GYMBO** **PURMOTION** **TOMAHAWK** **SUUNTO** **fitmate** **SIEMENS** **MOTOMED** **TANITA** **STORZ MEDICAL**
THORAX **TKO** **myride** **BOSU** **MONARK** **xcouch** **ALTA-LIFE** **Bodystat** **sissel** **PHYSIOMED** **LOJER**

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

Idrettsmedisinsk høstkongress 2014

7-9 november ble årets idrettsmedisinske happening arrangert i Tromsø, og over 500 deltakere var samlet for faglig påfyll, og hyggelige sosiale sammenkomster. Som en del av fagkomiteen er jeg kanskje ikke helt nøytral når jeg sier at helgen var en suksess –men det var den!

Fagkomiteen hadde laget et variert program hvor lyske og nakke var i fokus, ispedd noe av det vi i Tromsø kan best, nemlig ekstremmedisin. Forelesere var hentet fra nær og fjern, hvor kapasiteter innenfor sine felt kom fra USA, Australia, Sveige, Danmark, men også mange av de lokale ressursene ble løftet fram og representerte landsdelen på en fortreffelig måte.

Arena for arrangementet var Tromsøs nye storstue The Edge, og det var et hotell som fikk brynt seg da over 500 festglade og engasjerte deltakere inntok byen. For de som kom dagen i forveien viste naturen seg fra sin beste side, og Nordlyset skinte over byen, og ga en spektakulær opplevelse for de tilreisende. Kongressen ble åpnet av ordfører Jens Johan Hjort som selv er en sporty herremann, og tidvis figurerer i badebuksa sammen med sine partikolleger i Høyre. Videre tok Mads Gilbert over, og ga oss et innblikk i en hektisk hverdag som sjef for akuttavdelingen, men også en hverdag som byr på noen enestående naturopplevelser. Krydret med sang og dans fra lokale krefter var rammene satt, og startskudet i gang for en fantastisk helg.

Fra det ordinære programmet vil først løfte fram Shirley Sahrman som er en legende innenfor det som kalles "motor kontroll", og hun leverte plenumsforelesninger som fenget de fleste. Med sine 77 år, og 50 års erfaring som fysioterapeut hadde hun mange spennende og interessante tanker å komme med. For oss som osteopater var det mange felles betraktninger rundt funksjon og smerte. Selv om hun ikke jobber med visceralt, vektla hun veldig betydningen av mobilitet og funksjon i fot/ankel og kne for optimal funksjon av bekken/rygg.

En av de andre store navnene var Per Holmich som er kjent for å være ortoped som aldri skjærer. Han kom rett fra Doha hvor verdens fremste forskere og klinikere var samlet, og hadde med seg det siste på forskning og lyske. Han gjorde både en liveundersøkelse av en fotballspiller, og tok oss gjennom rehabiliteringsprogrammet for lyskeskader som han har god evidens for.

Shaun O'Leary viste at det finnes mange andre inngangsvinkler til nakkebehandling enn mobiliseringer og muskelteknikker. Med strukturert treningsprogram så har gruppen hans i Australia vist at målrettet trening har god effekt på smerter og funksjon etter for eksempel WAD.



Vi hadde en spennende debatt rundt proff-boksing, og utfordringene for oss som helsepersonell. Så er det jo ekstra spesielt at bare noen uker senere ble forbudet opphevet, som nok også vil gi oss osteopater enda flere arbeidsoppgaver.

Folkehelse står sentralt i idretts og aktivitetsmedisin, og det var gode foredrag både om kols/astma, trening etter kreft. Dessuten tok byens lokale helter oss gjennom debatten om fotballspillere er utrente, og nyanserte den. Både Bjørn-Vidar Stenersen som nå jobber i FC København, og Svein Arne Pettersen som var fysisk trener for Norges herrelag viste fram tall som ga et annet bilde av virkeligheten –for hvem sier vel at Martin Johnsrud Sundby er utrent fordi han løper 40 meter på 5 sekunder!

Navn: Frank Kjeldsberg
Jobb: Klinikk24 Tromsø, Next Generation Olympiatoppen
Faglige interesser: idrettsmedisin, fysisk aktivitet, senelidelser



Workshops er alltid populære, og vi hadde et bredt utvalg, fra ultralyd til rehab lyske. Taping av skuldre, og undertegnede holdt en sammen med lege Are Løset om medical screening. Som nylig uteksaminert osteopat var det et viktig tema å videreformidle til kolleger der ute, spesielt i lys av de siste års hendelser på idrettsbanen.

Som seg hør og bør sto også det sosiale i fokus, og get together skapte en rolig hyggelig ramme for å møte andre idrettsmedisininteresserte på fredag, og mange kontakter ble knyttet. På lørdag tok vi alle finstasen på, og inntok et herlig måltid på banketten, og noen gjorde også større eller mindre suksess da danseskoene kom på senere på kvelden.

Tradisjonen tro holdt man det gående ut i de sene nattetimer, og Tromsø levde opp til sitt rykte som en by hvor festen også er i fokus. Listen kunne vært lang, og det var mye nyttig kunnskap for både leger, og terapeuter. Som del av fagkomiteen jobbet jeg for å få inn en osteopatisk inngangsvinkel, men fikk ikke gehør hos forbundene FFI og NIMF. Hvis jeg på tampen skal komme med en personlig oppfordring så tror jeg det er viktig hvis vi skal få aksept for osteopati som en del av tilbudet innen den idrettsmedisinske verden at vi viser oss, snakker med andre faggrupper, og viser at osteopati har mye bra med seg.

Mange er skeptiske til faget fordi de forbinder det med kraniellbehandling eller flytting av nyre, men vi kan bidra med så mye mer. I år var det tosfifret antall osteopater, og det gleder meg, så håper jeg at når turen neste år kommer til Trondheim at enda flere kjenner sin besøkelsestid og møter opp. Bartebyen har et godt osteopatisk miljø, og er i tillegg lett tilgjengelig fra hele landet, og når landets største kongresshotell skal være vertskap håper jeg vi som faggruppe bidrar til å gjøre helgen til en suksess –for det blir jo også fest uten skinnvest!

Mvh

Frank Kjeldsberg



Fra misjonsmarken

I desember holdt Joel Haugeberg foredrag for rundt 60 medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø om osteopati og håndtering av uspesifikke korsryggsmertener. Foredraget omhandlet osteopatisk tankegang og hvordan osteopater kan tilby behandling som er i tråd med nasjonale retningslinjene for korsryggssmerter. Det ble også gjort en demonstrasjon på en medisinstudent med korsryggplager.



HØVIK-KLINIKKEN SØKER OSTEOPAT

❖ Info om oss:

Høvikklinikken er en privat klinikk på Høvik bestående av to manuellterapeuter og en fysioterapeut. Klinikken har eksistert siden 2008. I år byttet vi navn fra Høvik Manuellterapi til Høvikklinikken.

Ut ifra hvordan våre terapeuter jobber, har vi i en god stund sett behovet for en osteopat. Dette vil ikke bare øke bredden på vårt behandlingstilbud, men også bedre det tverrfaglige samarbeidet internt.

Klinikken er nært knyttet til Høvik Hørsel, som er en privat hørselsklinikk. I samarbeid med Høvik Hørsel, har vi utarbeidet en egen behandling for tinnitus. Vi samarbeider med andre helseaktører i samme bygg, blant annet; ernæringsfysiologer, ØNH-lege og testlab for terskeltrening.

❖ Stillingen:

Deltid eller heltid er interessant. Sistnevnte mest aktuelt.

Behandlingsrommene er utstyrt med behandlingsbenk, Redcord Work Station, kontorutstyr med mer. Trykkbølge er også tilgjengelig.

❖ Kontakt:

- **Hagbart Eie**
 - Hagbart@hovikklinikken.no
 - M: 918 49 784
- **Nettside**
 - www.hovikklinikken.no/hovikklinikken
 - Info om medarbeidere: <http://hovikklinikken.no/medarbeidere/>

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

HUSK DEADLINE FOR BIDRAG TIL OSTEOPATEN NR. 2/2015: 28. APRIL 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

Skrivekonkurransen

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

ETISK KOMITES ROLLE

Etisk komite er en klageinstans som vurderer etikken i en klagesak. Saker som kommer til komiteen kan dreie seg om mange ulike dilemmaer. Det handler som regel om en pasient som klager inn en osteopat, eller om konflikter som kan oppstå mellom kollegaer, som regel innenfor samme klinikk. I sistnevnte så handler det ofte om ulik oppfatning av innhold i kontrakter, men det kan også være annen oppførsel.

Når etisk komite blir involvert i en sak henter komiteen inn opplysninger fra begge parter. Begge parter får presentere sin side av saken og hvis pasienten tillater det, vil komiteen få innsyn i journalen. På bakgrunn av dette lager komiteen en rapport hvor det vurderes om osteopaten har handlet i henhold til NOF sine etiske retningslinjer.

Komiteen kan også vurdere om journalen er ført i henhold til kapittel 8 Dokumentasjonsplikt i Lov om helsepersonell. For de som ikke er autorisert helsepersonell gjelder også Lov om helsepersonell når det utøves helse- og omsorgstjeneste (ref. Lov om alternativbehandling av sykdom §2). Rapporten sendes til begge parter, samt til NOF sitt styre hvor den arkiveres.

Ved grovere tilfeller, f.eks. seksuell trakassering/overgrep, kan komiteen anbefale fornærmede å ta saken videre med politiet.

Mvh

Etisk Komite