

OSTEOPATEN

www.osteopati.org



Korona og Norge

– Side 4

Hormoner til
glede og besvær

– Side 6-7

DO-oppgave:
What frequency of
Osteopathic treatment
gives the best effect?

A dose- response study of
foot-related pain.

– Side 10-13

Hvilke selskapsformer
bør du vurdere?

– Side 17



Redaktørens hjørne

Kjære alle lesere!

Vi har alle vært gjennom tøffe tider nå. Og for veldig mange vil det fortsette å være tøffe tider. Alt har blitt snudd på hodet, og man innser hvor sårbar man kan være.

Dette skal ikke bli tekst som omhandler det vi leser om hver eneste dag, alle diskusjoner på fora som vi ikke forstår, eller hvordan vi kan snu dette til noe av positiv virkning. Jeg ønsker bare å benytte denne anledning til å si at jeg er imponert over hvor mange som har klart dette. Vi står sterkt, vi har et fantastisk styre som har bidratt til informasjonsdeling og har kjempet vår kamp.

I denne utgaven vil det bli noe preget av hvordan ting er per nå, men også mye om helt andre temaer. Dette er den siste utgaven før sommeren. Studentene har hatt en tid hvor de har vært usikre på om de i det hele tatt kan kalle seg osteopater før sommeren, mange osteopater har vært usikre på om de vil ha en jobb å gå til, noen har tenkt helt nytt og endret konseptet for behandling. Alt er imponerende.

Jeg ønsker dere en riktig god sommer og god lesning!

Mvh
Ingrid Nicander
Osteopat D.O og redaktør



Sjefen har ordet

Kjære medlemmer,

Våren 2020 går til historien som tiden da Korona kom til Norge. Ord som krise, karantene, isolasjon, yrkesforbud, smitteverntiltak, forskrifter, reiseforbud, støtteordninger, kompensasjon, NAV, bransjestandard, avstand, desinfeksjon, håndvask, smittevernuttstyr, renhold og risikogrupper har preget nyhetsbildet.

Vi som yrkesgruppe fikk i praksis yrkesforbud i midten av mars, og det var først 20. april at vi igjen kunne åpne for noenlunde normal virksomhet. Mange av medlemmene har hatt det tøft økonomisk, både privat og som næringsdrivende. NOF har jobbet mye i perioden, og det har vært krevende å skulle finne vei i en litt uoversiktlig situasjon. Mange medlemmer har kjent på usikkerhet og uro i denne perioden. Det har også mange av våre pasienter og samarbeidspartnere.

Andre ord som preget denne tiden er ansvar, solidaritet, støtte, godvilje, nettverk, kreativitet, optimisme og håp. Jeg er imponert over medlemmenes optimisme i tøffe tider, gode innspill og hyggelige tilbakemeldinger. Som yrkesgruppe har vi holdt stø kurs, rettet oss etter ulike direktiv og vært raske til å omstille oss. Selv om mange fortsatt venter på lovet støtte fra staten, så ser det ut til at de aller fleste fått fart på virksomheten igjen og driver godt. Vi er ikke ferdige med kon-

sekvensene av Korona, det vil prege oss i lang tid fremover. Forventninger om rettferdig støtte, skal følges opp. Men kanskje kan vi også lære noe av det som har skjedd? Flere har nok gått litt i tenkeboksen; hva gjelder egen virksomhet. Hva med selskapsform, forsikringer, regnskap, kontrakter, avtaler, renhold, rutiner, bruk av digitale verktøy etc? NOF har lenge levd i en digital sky når det gjelder drift og økonomi. I denne perioden har vi løftet oss på digitale møter og kurs. Mange medlemmer har prøvd ut videokonsultasjoner, og tilbyr ulike former for nettbasert oppfølging. Flere har også brushet opp hjemmesider mm.

NOF har i perioden bygget tettere kontakt med flere andre utøverforbund og aktivt deltatt i den offentlige debatten. Det er vanskelig å si at vi med dette påvirket utfall av saker underveis, men det å være synlige er helt avgjørende for vår fremtid. Vi skal fortsette vårt kommunikasjonsarbeid basert på synlighet, tydelighet og etterrettelighet. Som forbund har vi også kjent at det er godt å ha gode venner og støttespillere. Sammen med gode kolleger i Norge, Norden og Europa har vi formidlet en rekke kurs og webinar, i tillegg til å bidra til tydelige «statement» om osteopati.

Ønsker alle en riktig god sommer – kanskje vi møtes på tur Norge rundt?

Mvh
Tomas Collin
Leder

Kontaktinformasjon:

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

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

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

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

Styret i NOF:

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

Adresseforandring:

Viktig!

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

Pasientbrosjyrer og profilartikler:

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

Ordrer sendes fortløpende fra vår samarbeidspartner Norgesprofil.



NORSK
OSTEOPATFORBUND

Innhold:

Side 4:

Korona og Norge

Side 6-7:

Hormoner til glede og besvær

Side 7:

Gjør kloke valg med muskel- og skjelettplager

Side 8:

Forsikringer

Side 9:

Juridisk rådgivning og advokatbistand

Side 10-13:

DO-oppgave: What frequency of Osteopathic treatment gives the best effect? A dose- response study of foot-related pain.

Side 14:

Presentasjon: Markedskomiteén

Side 15:

Medlemsinfo:

- Årsmøte
- Ord fra student
- Brønnøysund og mva fritak

Side 15:

Medlemsskap i Norsk Osteopatforbund

Side 17:

Hvilke selskapsformer bør du vurdere?

Side 20:

Årets Osteopat 2019



Livstegn fra kurskomitéen

Tekst: Jonas og Christoffer

Det har ikke vært særlig aktivitet i kurs-komiteen de siste månedene, men vi håper fortsatt å arrangere kurs med Line første helgen i september. Mer info, og påmelding til dette kommer før ferien via Facebook.

Det er en tid hvor flere, undertegnende inkludert, kan slite litt med arbeidsmotivasjonen. Hverdagen har vært, og er tildels fortsatt, i unntakstilstand og svingende omsetning er en del av livet som selvstendig næringsdrivende osteopater. Spesielt for oss som fortsatt er relativt ferske tror jeg dette er noe det er vanskelig å bli vandt til. Håper da at flere kan finne glede og motivasjon i onlinekurs og webinarer i disse dager. Faglig oppdatering kan telle også for dette.

Følg med på Osteopatisk forum på Facebook for info, eller hør med Tomas om faglig oppdatering kan telle for et kurs eller webinar du finner nyttig og interessant.

Inntil vi sees i høst, ønsker jeg alle en god sommer.

Ta vare!

Jonas og Christoffer





Korona og Norge

Tekst: Tomas Collin

Tidlig i mars 2020, ble det klart at også Norge vill måtte forholde seg til Koronaviruset. Smittespredningen tok fart globalt og viruset kom til Norge, medbrakt av reiseglade nordmenn. Den 12. mars vedtok den norske regjeringen en rekke tiltak for å begrense smittespredningen i befolkningen. Tiltakene har i perioden fra midten av mars og frem til i dag preget nyhetsbildet og hele vårt samfunn. Flere tiltak har vært rettet mot å begrense den fysiske, nære kontakten mellom mennesker. Det førte blant annet til vedtak om at en rekke virksomheter måtte stenge ned, med virkning fra 12. mars, kl 18. Dette gjaldt ulike terapeutgrupper, som osteopater, fysioterapeuter og massører, i tillegg til tjenester som frisør, kroppsspleie etc.

Mange av tiltakene iverksatt har også vært forsøkt rettet mot å styrke helsevesenets beredskap og kapasitet. Samtidig har en rekke helsetjenester, som ikke blitt definert som nødvendig helsehjelp, måttet holde seg i ro med beskjed om at nye direktiv kommer først når ny vurdering om smittevern tilsier det. Gjennom perioden fra midten av mars og frem til nå, har vi alle daglig tatt del i løpende vurderinger om utviklingen i Norge. Norge har så langt blitt forholdsvis mildt rammet av viruset sammenlignet med mange andre land, men de ulike tiltak for å begrense smittespredningen har ført til store konsekvenser for folk flest sin økonomi og hverdag. Arbeidsledigheten i Norge har på kort tid slått alle rekorder. Regjeringen har sammen med en rekke representanter for næringslivet utarbeidet flere tiltakspakker, som Stortinget arbeidet med videre og vedtatt. Det er vedtatt økonomisk støtte til de som mistet arbeid, og til de næringer som mistet omsetning. Detaljer om dette er å finne på regjeringens sider på nett.

Korona og NOF

Som leverandører av primærhelsetjeneste ble vi umiddelbart rammet av direktiv vedtatt 12. mars. Allerede 12. mars anbefalte NOF sine medlemmer om å stenge ned praksis, og avvente nye direktiv. Vår planlagte faghelg i Oslo, med påfølgende årsmøte og workshop, måtte avlyses. De påfølgende uker har vært preget av til dels mye uro, og mange spørsmål knyttet til ulike økonomiske støttetiltak. For å koordinere og lede ulike tiltak har styret i NOF frem til 11. April gjennomført 10 ekstra styremøter. Av aktiviteter nevnes; utstrakt informasjonsarbeid rettet mot medlemmer, flere medlemsundersøkelser for å kartlegge ulike behov, tett kontakt med andre forbund i vår sektor (NNF, PFF, NMF, NKF og NFF), en rekke offentlige debattinnlegg på ulike plattformer, lobbyvirksomhet mot politisk ledelse, kontakt med NAFKAM og med sentrale aktører innen næringslivet (SMB mm). Mange telefoner er tatt, mail skrevet og nettmøter avholdt. I

tillegg har styret hatt løpende kontakt med kolleger i Norden og Europa. NOF har bidratt til felles informasjonsarbeid, utarbeidelse av «statement», og en rekke webinar, foredrag og CPD aktiviteter.

Rett før påske fikk vi endelig en god beskjed når det gjaldt mulighet for å starte opp klinisk virksomhet. Regjeringen har vedtatt at det fra 20. april gradvis kan gjenopptas terapeutisk virksomhet, forutsatt at smitteverndirektiv er ferdig utarbeidet. Det er helsemyndighetene (HDIR og FHI) som har ansvar for at direktiv kommer på plass.



I sum tegner svar fra medlemsundersøkelsene, kommentarer og innspill, et bilde av at vi som faggruppe kommer til å klare oss gjennom krisen. Etter at vi igjen kunne ta opp klinisk virksomhet så meldes det om at god pasienttilgang og høy aktivitet. For enkelte er det dog krevende å bygge opp klinikk igjen. Styret er bekymret over at en andel av medlemmene oppgir at de ser store økonomiske utfordringer knyttet til både det å berge egen virksomhet og personøkonomi. NOF vil fortsette informasjonsarbeidet knyttet til de ulike støtteordningene staten har vedtatt. Primært gjelder dette kompensasjon for å dekke uunngåelige driftskostnader og inntekts-sikring (NAV). Nyttige lenker, tips og erfaringer vil bli delt med medlemmene.

Autorisasjon og andre aktiviteter

Vi ble tidligere i vår varslet om at vår søknad om autorisasjon var til annengangsvurdering hos HDIR, med svarfrist 20. mars. I løpet av de siste ukene har vi øket vårt press på myndighetene for å få forgang i sakene. Med

hjelp av gode venner på Stortinget så fikk vi for kort tid siden avklart at HDIR fått utsatt sin svarfrist til 25. mai. Når dere leser dette så er datoen passer, og vi er på ballen for å følge vår sak videre i HOD med håp om en endelig politisk behandling. Arendalsuka er avlyst, men vi regner med at det vil være mange andre offentlige debatter og møter vi naturlig skal ta del i. Vår oppsøkende virksomhet fortsetter.



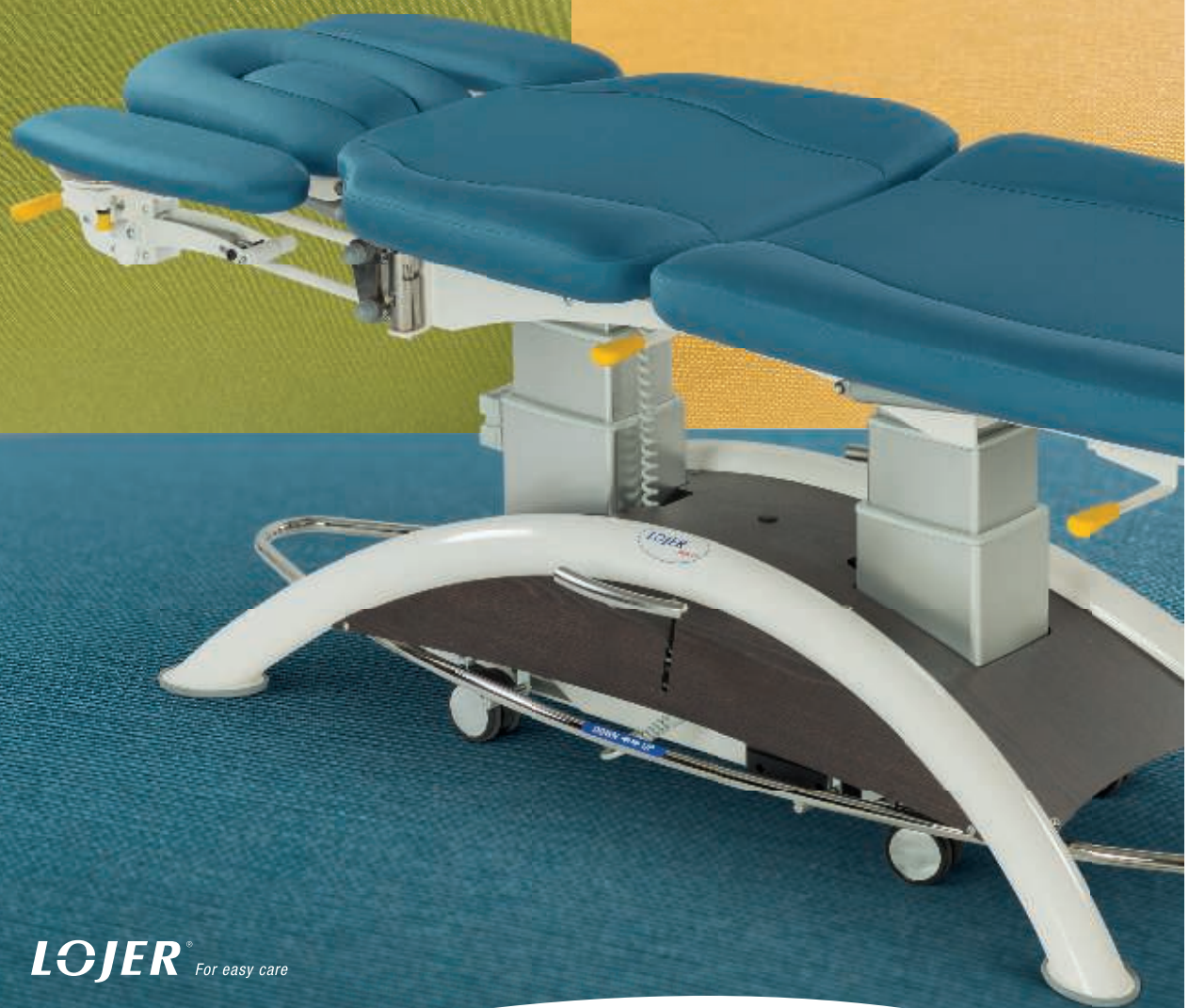
Styret vil fortløpende vurdere mulighet for å gjennomføre fagdag, kurs og andre aktiviteter. Det er sannsynlig at vi må forholde oss til visse restriksjoner i lang tid. I samarbeid med EFFE og NOA har vi allerede drøftet å utsette høstens EFFE møte og Nordic Congress, til 2021. 2020 vil være et krevende år for mange av oss, og våre kolleger i Norden og Europa. Vi er derfor enige om å fortsette legge til rette for at Europas osteopater skal kunne ta del i ulike digitale arrangement, til lav kostnad. Sammen med gode venner i Norden og Europa har vi startet denne satsingen. En serie forelesninger og kurs. «Working differently, working well», er kjørt ut på EFFE sine plattformer. Vi har også delt mange tips om podcaster og nettforedrag. Her har alle medlemmer i NOF en gylden mulighet til å fylle på med relevant fagstoff, få litt inspirasjon, og uten kostnad kunne logge mange timer faglig oppdatering. Mere informasjon og lenker til de ulike aktivitetene deles fortløpende på forumet og via medlemsmail.

Tomas Collin
Osteopat D.O
MNOF



FUTURE trekk

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



LOJER® *For easy care*

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

FYSIOPARTNER® *Part of Lojer Group*



Hormoner til glede og besvær

Kvinnehelseseminar 5.-6.mars i regi av Interessegruppen for Kvinnehelse

Tekst: Ingrid Nicander

Kun noen dager før samfunnet ble stengt ned, fikk jeg gleden av å få være med på seminar med Interessegruppen for Kvinnehelse. I salen var det samlet ca. 60 fysioterapeuter og én Osteopat, som var meg.

De hadde fått tak i fine lokaler på Holmen Fjordhotell, hvor det ble satt fokus på livets hormoner, bekkenbunn og seksualitet. Av foredragsholdere kunne vi se geriater og slaglege Hege Ihle-Hansen, spesialsykepleier i onkologi og spesialist i sexologisk rådgivning, Randi Gjessing, Gynekolog PhD Nina Willumsen og spesialist i gynekologi og professor ved NTNU Mette Haase Moen. Kvinner med mye erfaring skulle samles for å formidle deres kunnskapsområder.

Hva skjer når vi blir eldre?

Geriater og slaglege Hege Ihle-Hansen har lang erfaring med å jobbe med eldre. Eller, som vi lært på seminaret, gamle. Det var slik hele foredraget startet. Vi skal faktisk kalle de for gamle, for det er nettopp det de er. Akkurat som man sier «old» på engelsk. Vi skal legge noe positivt i det å bli gammel, for det er ikke snakk om forfall. Aldring er livsforandring, visdom og degenerasjon (beskrevet veldig enkelt). Det skjer tap av reserver og elastisitet. Det er her Ihle-Hansen har fokus på at de gamle bør bygge seg opp til å bli mer robust for å bekjempe utfordringen. Men

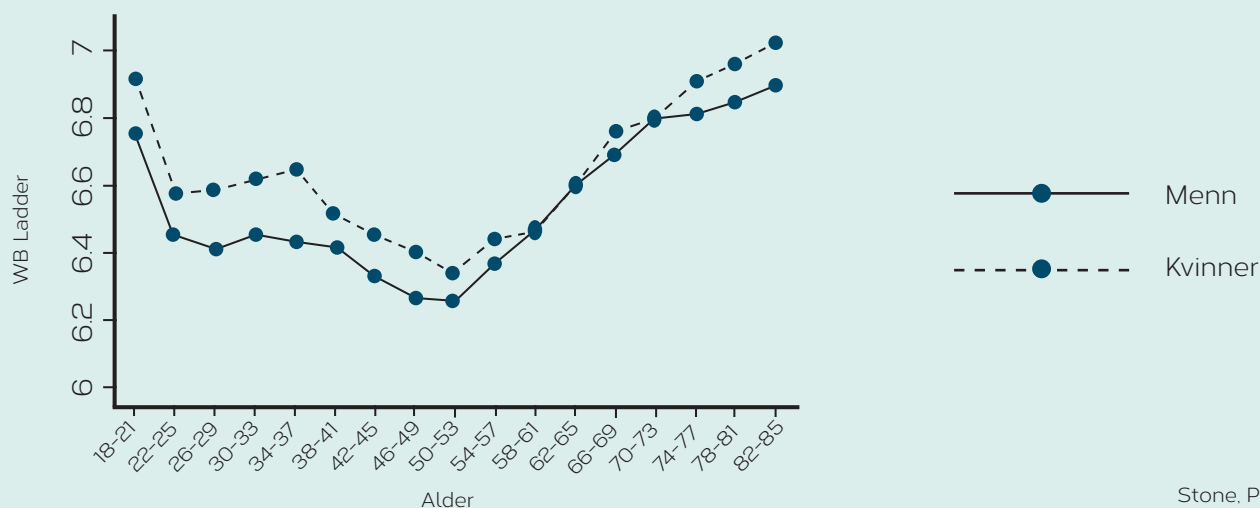


Bilde: Dilatorsett

skrumpingen av myelinet vil kunne stimuleres, og det er sett gode resultater av hvordan trening stimulerer nervecellene slik at de danner nye nerveender, selv ved alvorlig demens. Helse handler om å klare seg selv, det å være selvhjulpen. Ihle-Hansen refererer til en undersøkelse av A. A. Stone (PNAS 2010), som omhandler Global Well Being, som viser det at de eldste verdsetter livet høyere enn de yngre. Dette kunne ha sammenheng med at

de gamle verdsetter muligheten til et selvstendig liv, mens som ung er dette noe man ofte tar som en selvfølge.

Andre viktige punkter som Ihle-Hansen belyste, er at det bør ringe en bjelle hos oss når pasienter kommer med en lang liste av medikamenter. Hun har sett flere få økt livskvalitet ved å gjerne medisiner. Dette er selvfølgelig ikke noe vi som terapeuter skal gjøre, men det skal ha en kontraindikasjon



Stone, PNAS 2010

og en indikasjon til at de går på disse medisinene. For er alle hensiktsmessige? Det bør unngås å foreskrive nye medisiner uten en gjennomgang, sier Ihle-Hansen. Videre forklarer hun at det å ikke tape vekt bør være et fokus hos alle geriatrike pasienter. Etter slag, har de med lav BMI større sjanse for død, og de med en BMI på 27-28 har mer ressurser i kroppen. Hun forteller videre at 17% av slag er forårsaket av stress. Søvn og stressmestring er derfor en viktig forebygging. Mye av aldring handler om hva som blir gjort tidligere i livet. Og hva slags kosthold er best for hjernen? Middelhavsdietten.

«Det er mye mellom null og knull»

– hvordan snakke om sex med pasientene? Med Randi Gjessing.

Kreftsykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning Randi Gjessing fanget oppmerksomheten til mange med sin tittel på foredraget. Hun ønsket å belyse viktigheten av å faktisk tørre å snakke om det. Nå er kanskje ikke dette noe som treffer alle terapeuter, men likevel

et godt hjelpemiddel for de som jobber med disse pasientene.

Ved hjelp av PLISSIT- modellen tar Gjessing oss gjennom en kommunikasjonsstrategi med disse pasientene.

P = Permission. Gi tillatelse til å snakke om, berøre et tema.

LI = Limited information. Begrens informasjon om et problem, tema.

SS = Spesific suggestion. Et konkret forslag til hva som kan løse problemet.

IT = Intensive therapy. Intensiv terapi.

De aller fleste pasienter kan hjelpes på nivå P og LI, kanskje så mange som 70%, sier Gjessing.

Videre berørte Gjessing et tema som mange er kjent med. Smerter ved samleie. Hun forklarte symptomer, årsaker, og senere var det en work-shop hvor det ble vist en del seksualtekniske hjelpemidler.

Hormonelle endringer gjennom kvinnelivet

Spesialist i gynekologi og professor ved NTNU Mette Aase Moen tok oss gjennom hva som skjer fra fødsel til vi blir gamle med hormonnutskillelse. Gynekolog Nina Willumsen forklarte blant annet ulike behandlingsmetoder, hvor deler av det virket noe kontroversielt etter hva vi er vant til her i Norge.

Det hele ble avsluttet med en debatt mellom Randi Gjessing, Mette Aase Moen og Nina Willumsen. Det ble mer en form for spørreunde, for de var alle tre ganske enige om hva som skjer i kroppen vår, men med ulike fremgangsmåte.

Ingrid Nicander
Osteopat D.O



Gjør kloke valg med muskel- og skjelettplager

Tekst: Ingrid Nicander



Gjør kloke valg

Kloke valg- kampanjen startet i USA i 2012, under navnet «The Choosing Wisely Campaign», og «Kloke valg» er den norske versjonen av dette. Dette er en kampanje som er i regi av Den norske legeforening og omhandler å redusere overbehandling og overdiagnostikk i helsevesenet. Det startet med legeforeningen, men nå er også Den norske tannlegeforening, Norsk pasientforening, Norsk kiropraktorforening, Norsk fysioterapeutforbund, Norges optikerforbund, Jordmorforbundet NSF og Norges farmaceutiske forening med i dette arbeidet.

Vi kan starte med mentaliteten i konseptet. Veldig mange undersøkelser og behandlinger som gjennomføres er ikke bare unødvendige, men de kan også være skadelige for pasientene. Det er ikke alltid «jo mer jo bedre» når

det gjelder undersøkelser og behandlinger – dette tror jeg de fleste osteopater er enig i. De fleste undersøkelser og behandlinger har en risiko for bivirkninger og uheldige hendelser, men dersom sannsynligheten for at undersøkelsen eller behandlingen vil være til stor hjelp, aksepterer vi den risikoen. Dersom det er det motsatte – at den mest sannsynlig ikke vil være til stor hjelp, er det dumt å risikere. Ved å kutte ned på undersøkelser som utføres «for sikkerhets skyld», vil vi kunne hindre å gjøre undersøkelser som vil kunne gjøre mer skade enn være til hjelp.

De ulike foreningene har laget anbefalinger om tilstander og symptomer som ikke nødvendigvis har behov for videre utredning. Bare innad i Norge ser vi store geografiske forskjeller i bruk av helsetjenester innenfor flere diagnosegrupper. Dette kan du se nærmere på de ulike landsdelene og diagnosegruppene på: <http://helseatlas.no/>

Legeforeningen oppfordrer også pasientene til å ta en aktiv del i valgene, slik at vi sammen kan gjøre kloke valg. Derfor har de kommet

med fire spørsmål pasientene (enten om vi er pasienter, eller dersom vi har pasienter som skal under utredning) kan stille:

1. Hvorfor må jeg ta denne testen/ behandlingen?
2. Hva er risiko og bivirkninger?
3. Hva skjer om jeg ikke gjør noe?
4. Finnes det et alternativ?

Etter denne informasjonen og kampanjen, kan vi stille oss selv dette spørsmålet: Er jeg klar for å gjøre kloke valg fremover?

Forhåpentligvis er svaret «ja», eller at det i det minste har fått oss til å se litt annerledes på det.

Ingrid Nicander
Osteopat D.O





Forsikringer

Tekst: Tomas Collin

I dette bladet har vi gitt plass til to av våre viktigste formidlere av forsikringspasienter.

NOF har i lang tid hatt en løpende dialog med forsikringsbransjen med mål om at de alle skal dekke osteopati behandling. De fleste selskap dekker nå osteopati, på lik linje med fysioterapi, naprapati og kiropraktikk. Noen få gjør det ikke, og arbeidet fortsetter. NOF arbeider også for at osteopati skal honoreres på riktig nivå.

Her er det ulike meninger, men NOF sin holdning er at honoraret skal være konkurransedyktig sammenlignet med det øvrige marked og at osteopati skal honoreres på lik linje med andre sammenlignbare behandlere.

I stor grad har forsikringsselskapene overlatt selve driften av helseforsikring til ekstern leverandør. Falck Helse og Nordic Netcare representerer i sum 80-90% av markedet i Norge. For å opprettholde høy kvalitet i tjenesten har begge selskap satt som betingelse at osteopater som ønsker å inngå avtale, må være medlem av NOF.

Tomas Collin
Osteopat D.O
MNOF



Falck

Helse

Falck Helse har siden 2006 formidlet helsetjenester til bedrifter, kommuner, offentlige instanser og forsikringsselskaper. Via vårt tverrfaglige rådgivningssenter bestående helsepersonell, samarbeider vi med terapeuter og klinikker over hele landet i å fremme god fysisk- og psykisk helse gjennom best mulig helsehjelp innen kortest mulig tid.

Vi har i flere år levert helseforsikringstjenester til DNB Helse, Protector Forsikring og Codan Forsikring, og kan med glede meddele at vi nå også vil levere for Eika Forsikring. Gjennom vår plattform www.behandlernettnettverk.no kan osteopater som er medlem av NOF søke om samarbeid med Falck Helse for behandling i helseforsikringsoppdrag. Gjennom en avtale med Falck Helse får man synlighet i et stadig økende forsikringsmarked, og mulighet for større pågang av pasienter til din klinikk.



Målt på antall kunder og samarbeidsklinikker, er Nordic Netcare den største nettverksleverandøren i Norge. Vi håndterer helseforsikringskunder på vegne av de største forsikringsselskapene, og hjelper over 1000 kunder ut i behandling ukentlig.

Sammen med våre samarbeidsklinikker har vi en felles visjon om å bedre folkehelsen i samfunnet. Dessuten arbeider vi i fellesskap med å gjøre kundene våre selvstendige og ikke avhengige av passiv behandling.

Nordic Netcare har et mål om å anbefale og å tilby den beste og mest effektive behandlingen til kundene våre. Derfor vurderer vi alle klinikker i nettverket i forhold til:

- Kundetilfredshet (den samlede score utregnes på bakgrunn av en rekke spørsmål

Falck Helse jobber hele tiden med å utvikle seg i den retningen markedet går, og for å gjøre håndteringen av forsikringsoppdrag så effektivt som mulig for våre samarbeidsklinikker. COVID-19 pandemien har vist at behovet for digitaliseringen er tilstede, men også at man aldri vil kunne erstatte manuell behandling av muskel- og skjelettplager.

Vi håper det kan være interessant for deg å bli en del av vårt behandlernettnettverk og ta gjerne kontakt med oss hvis du skulle ha noen spørsmål.

Med vennlig hilsen
Falck Helse

før og etter behandlingsforløpet)
- Effektivitet (gjennomsnittlig antall behandling pr. diagnose)

Ta kontakt med samarbeid@nordicnetcare.com dersom du ønsker å tilby evidensbasert, effektiv og kunderettet behandling til kundene våre. Behandlingsforløpene er støttet av toppmoderne digitale helsetjenester utviklet av Nordic Netcare.

Det er et krav at du er medlem av NOF for å bli godkjent i nettverket vårt.

Med vennlig hilsen
Nordic Netcare



Juridisk rådgivning og advokatbistand



Juridisk rådgivning og advokatbistand

Advokatfirma Olafsen AS yter juridisk rådgivning og advokatbistand innenfor de fleste saksområder. Vi bistår med utarbeidelse av juridiske dokumenter, juridisk rådgivning og advokatbistand ved forhandlinger og i tvistesaker. Vi påtar oss også prosedyreoppdrag for domstolene og i voldgiftsaker. Vårt kontor samarbeider med NOF, og vi tilbyr foreningens medlemmer juridisk rådgivning og advokatbistand til reduserte timesatser.

Rabattavtale:

Følgende vilkår gjelder for NOF sine medlemmer:

- Gratis første konsultasjon inntil ½ time knyttet til vurdering av juridisk problemstilling, om det er behov for videre advokatbistand og enkel juridisk veiledning.
- 25 % rabatt på våre alminnelige priser

Avtalen gjelder både forhold knyttet til næringsvirksomhet, men også øvrige privatrettslige forhold.

Advokatfirma Olafsen AS

Kontaktinformasjon og oppdragshåndtering:

Telefon: 32832200 / 95074130

E-post: olafsen@advokatolafsen.no

Besøksadresse:

Grev Wedels plass 2, Drammen

Postadresse: PB 589, 3002 Drammen

Nettside: advokatolafsen.no

Eksempel på saker du kan få bistand til:

- Kontrakter og forhandlinger
- Pasientrelaterte forhold
- Arbeidsavtaler og oppfølging av ansatte
- Familie-, arv og skiftesaker
- Fast eiendom og tjenester
- Alminnelige pengekrav
- Offentlige forhold
- Opprettelse og drift av aksjeselskap

Alle forespørsler og oppdrag håndteres i tråd med Advokatforeningens etiske retningslinjer, herunder gjelder strenge krav til konfidensialitet og fortrolighet.



What frequency of Osteopathic treatment gives the best effect? A dose- response study of foot- related pain.

Tekst: Trond Treet / Elsa-Kristine Paus Rasch

Participating clinic

Bergen Osteopatklinikk
Øvre Kråkenes 49, 5152 Bønes
Telefon: +47 99400712
Organisasjonsnummer: 985815410

Research Group

Project managers:
- Joachim Kaufmann, Osteopath MSc
- Trond Treet, Osteopath (Sub-study)
- Elsa-Kristine Paus Rasch, Osteopath (Sub-study)

Osteopathic supervisor:
Joachim Kaufmann, Osteopath MSc

Statistic supervisor:
Stig Larsen, Prof.Dr.Med

Executive investigators:
- Trond Treet, Osteopath
- Elsa-Kristine Paus Rasch, Osteopath
- Iwonka Marta Vik, 4th year Osteopathic student

Table of Contents

What frequency of Osteopathic treatment gives the best effect?	
A dose- response study of foot- related pain.....	
Summary.....	
1.0 Background.....	
1.1 Diagnoses.....	
1.2 Treatment.....	
2.0 Material and Methods.....	
2.1 Population and sampling.....	
2.1.1 Study population.....	
2.1.2 Power analysis and sample size calculation.....	
2.2 Study design.....	
2.3 Study procedure.....	
2.3.1 Examinations.....	
2.3.2 Treatments.....	
2.4 Data analysis.....	
3.0 Results.....	
4.0 Discussion.....	
5.0 References.....	
6.0 Appendix.....	

Summary

This open, randomized, single center trial was performed as a sub-study to determine which interval between treatments (7, 10 or 14 days) gives the best effect on foot-related pain. Eighteen patients were randomized in 3 groups with differing frequencies of treatment. All patients were given 5 individualized treatments. Pain was recorded on a 10 cm VAS. Using a confidence level of 95 %, we found that patients in the 10-day group had a significant reduction of pain at rest.

1.0 Background

How often should an osteopathic practitioner treat patients with foot-related problems? In the daily practice osteopaths decide the intervals between every treatment. Although absolute rules do not exist, there are some general guidelines describing dose and frequency in the osteopathic literature¹.

A PubMed search on "dose response", "osteopathic manipulative treatment", "manual therapy", "manipulative therapy", "foot pain", "Achilles tendinitis", "Achillodynia", "ankle sprain" and "osteoarthritis" in different combinations (see appendix 1) showed no results. 5 studies were found in Ovid, Med Line and Embase, showing dose response of spinal manipulation of the cervical spine and of the lumbar spine, but none on the feet (appendix 2).

In a study about OMT in patients with acute

ankle injuries a significant effect in decreased edema and pain was shown².

The frequency of the treatment is an important factor for the outcome. In this study on foot problems related to the Achilles tendon, the sole of the foot, ankle sprain and Osteoarthritis of the foot, the aim was to see if there is any difference in the outcome when treating with different intervals.

1.1 Diagnoses

Foot-related problems have a significant impact of the general health. The lower extremities form a common platform for postural alignment and somatic dysfunction in the lower extremities has local, postural, and systemic implications, including vascular, lymphatic and neuromuscular function³.

Plantar fasciitis is the most common disorder of the foot, affecting 10% to 20% of injured athletes⁴. Approximately one third of patients have the condition bilaterally and only 20% have flat feet⁵. The pain is insidious in onset and reduces with ambulation⁴. Patients describe the pain worst in the morning or after rest, decreasing relatively quick after short distance walking. The pain increases again by walking a longer distance or running^{5, 6}.

Achilles tendinitis has been shown to be an incorrect designation of the condition, because there is no inflammatory process in the tendon. The condition is now called Achilles tendinopathy⁷. It is most common among runners or football players, but middle aged and

elderly can be affected by sudden change of unaccustomed strains. Patients describe heel pain when walking or running with pain worst in the morning. The pain decreases or disappears by continuous activity, but increases at the end or after a training session^{7, 8}.

Ankle sprain represents almost 10% of all acute injuries and approximately 20% of all sport injuries. In team sport (football, basketball, volleyball, handball) and individual sport where landing after a jump or running on uneven surface are basic movements, ankle sprain represent 50% of all injuries⁹. One fourth of all individuals who have experienced a significant ankle sprain will continue to have pain, instability, and sprain recurrence¹⁰. The most common ankle sprain is the lateral sprain. Traumas with low force will most commonly overstretch the ligaments, making the ankle instable, but if great force is involved, one, two or all three ligaments can be torn off⁹, leading to edema, pain and immobility.

Osteoarthritis is a degenerative disease with fragmentation and fibrillation affecting the normally smooth surface of the articular cartilage. The loss of joint space and deformities of the articular surface leads to reduced movement in the joint, resulting in pain. The pathogenesis of the disease is yet not quite understood, but increasing evidences shows that the genetic factors are important. In osteoarthritis of the foot, golfers are exposed to develop osteoarthritis in the first metatarsophalangeal joint¹¹.

1.2 Treatment

The osteopathic treatment is based on "the five-model concept", used by osteopaths almost 40 years and recognized by World Health Organization in 2006. The five-model concept is the osteopaths' guidelines approach to diagnosis and treatment, including the biomechanical-, respiratory-circulatory-, neurological-, metabolic-energy and behavioural model¹². Approach and treatment is individually customized to each patient, taking into consideration not only the main diagnosis, but also addressing secondary osteopathic diagnosis according to somatic dysfunction, as of the acronym TART¹³ (tenderness, asymmetries, restriction of motion and tissue texture change). Somatic dysfunctions in the lower extremities have local, postural and systemic implications¹⁴. This study aims at foot pain, and the lower extremities, in addition to the body balance and locomotion, play a major role in returning venous blood and lymphatic fluid back to the central vascular system, and therefore have a significant role in the persons general health¹⁴.

Treatment can also be divided into active and passive treatment, whereas by active treatment the patient is assisting the treatment in various forms of muscle contractions and by passive treatment the osteopath is allowed to treat tissue without influence from the patient¹⁵.

The OMT can also be categorised as "articulatory", "soft tissue" and "specific joint manipulative treatment". The articulatory treatment is usually passive movements of the joints of the body through their range of motion. The soft tissue treatment is addressing muscles, ligaments, tendons or fascia, in a direct or indirect way. While the specific joint manipulative treatment is on joints which shows evidence of a preference for motion with restriction of motion in the other direction¹⁶. The manual treatment techniques that are used mainly classified "Direct techniques" or "Indirect techniques". In a direct technique the initial positioning is toward the restrict barrier, where a final activating force is applied. The indirect technique involves positioning away from the restrict barrier¹.

The practitioners choice of approach is depending on the tissue state, the patients acceptance to the technique, practitioners skill and experience in specific techniques, and if any relative or absolute contraindications are present¹⁷. Precautions must always be taken into consideration when it comes to contraindications and side effects when treating patients¹⁸.

2.0 Material and Methods

2.1 Population and sampling

The results of the study are valid for a population with specific foot diagnosis and provide information about the frequency of treatments that gives the best result with 5 osteopathic treatments.

2.1.1 Study population

The study population consisted of patients of both genders between 18 and 65 years of

age diagnosed with one or several of following: Achilles tendinitis; ankle sprain; plantar fasciitis and osteoarthritis of the ankle. Participation was voluntary, and the patients had to be cognitively able to follow up instructions in treatment. Patients under medical treatment for pain and patients presenting Red Flags were excluded. Red flags were signs and symptoms in the patient's medical history or clinical examination associated with a high risk of serious disorders¹⁹, triggering referral to an appropriate health care professional²⁰.

2.1.2 Power analysis and sample size calculation

Kaufmann and Larsen as part of the main study²¹ performed the power analysis. The main study groups needed to be of a sufficient size to achieve a power of at least 80 %, by using a significant level of 5% and a clinically relevant difference between groups of one-standard deviation (SD), which indicates the dispersion around the average²². A significance level of 5 % keeps the probability low that the observed changes are random at a given level (0.05)²³. As a consequence, the sample size of this sub-study was 18 patients, allocated to 3 treatment groups of 6 patients each.

2.2 Study design

The study was performed as an open, randomized single center trial with a single factor design²⁴. The factor was "duration between treatments" and the selected levels were 7, 10 or 14 days.

As a part of the main study patients were allocated to treatment by a two-step randomization procedure²⁵. In the first step the patients were allocated to 3, 4 or 5 treatments by block randomization with a fixed block-size of 18. In the second step the patients within each treatment group were allocated to treatment every 7, 10 or 14 days by block randomization with a fixed block-size of 6.

Through the randomization each patient received a code²⁶, which followed him/her throughout the study. The code contained information about the number and frequency of treatments and was open for the patient, examining osteopath and treating osteopath.

Figure 1 shows the randomization for the main study. This sub-study comprises the colored area.

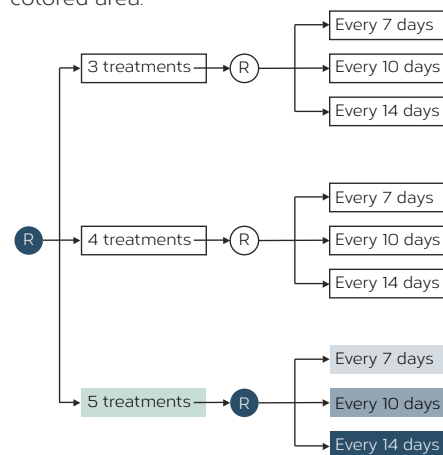


Figure 1: Randomization procedure, Kaufmann 2012

2.3 Study procedure

Patients were recruited through a written invitation (appendix 3) presented on the website of the participating clinic, in a local newspaper and at medical clinics. All patients signed a consent form (appendix 4) to participate. The trial treatment was performed at the same osteopathic clinic. Examinations were conducted by a 4th year osteopathic student and treatments performed by the two executive osteopaths. One osteopath treated the patients in the 10-day interval group, whilst the other treated the patients in the 14-day interval group. The two osteopaths split the 7-day interval group.

Each patient was treated for 40 minutes on average. The same treatment room was used throughout the study and the treatment bench was well adjusted to allow the osteopath to work in different body positions. The osteopath consistently wore the same clothing and strived to keep his/her hands warm during every examination and treatment. The trial took place during January, February and March, which gave continuity of weather and temperature. The room temperature was set at approximately 22° C.

2.3.1 Examinations

The intensity of pain was registered on a 10 cm VAS (appendix 5) just before each treatment, one day after the last treatment and finally four weeks later. The VAS (visual analogue scale) is a 10 cm line used to quantify the nature of pain²⁷ and a subjective measurement in clinical and experimental settings²⁸. In each examination 2 lines were used, for pain at rest and at load.

2.3.2 Treatments

All patients attended 5 treatment sessions. The first consultation included a safety form (appendix 6). A complete medical history²⁹ was taken to assure safety and appropriate treatment³⁰ and the VAS score was registered at the start of each session. Further, the osteopath performed medical screening²⁹, a general osteopathic examination³¹ and a local examination of the foot area^{32, 33}. The findings were noted by standard mapping (appendix 7). Finally, the osteopathic treatment was conducted with the intention to remove somatic dysfunction³⁴ thought to be of relevance to the foot pain. All categories of osteopathic treatment were used³⁵, and the choice of techniques was determined by the osteopath's knowledge and experience.

2.4 Data analysis

Kaufmann and Larsen as a part of the main study did the data analysis. All comparisons were performed two-sided³⁶ and differences were considered significant with a level of 5 %. Comparisons between groups defined by days between treatments were performed by ANOVA (Analysis Of Variance)³⁷.

3.0 Results

Table 1: Treatment groups and Diagnosis

Treatment groups		Diagnosis				Total
Number of Treatments	Distance (days) between treatment	Twisted ankle	Achilles tendinitis	Plantar fasciitis	Arthritis	Total patients
5	7	2	3	5	0	6
	10	1	3	4	0	6
	14	1	1	4	1	6
	Total	4	7	13	1	18

In the 7-day group and the 10-day group at least one of six patients had more than one diagnosis. In the 14-days group there was only one patient with two diagnoses.

Table 2: Treatment groups and Demographic Factors

Treatment groups		Demographic factors			
Number of Treatment s	Distance (days) between treatment	Age (Years)	Weight (Kg)	Height (cm)	Body Mass Index (kg/m2)
5	7	30.3 (11.6)	73.3 (8.8)	168.5 (9.2)	25.8 (2.2)
	10	41.7 (16.4)	74.3 (14.2)	170.8 (6.5)	25.5 (4.3)
	14	45.2 (10.3)	93.3 (21.0)	178.7 (11.9)	28.3 (4.9)

There are no significant differences in the treatment groups.

Table 3: Pain reduction from baseline to end of treatment in percent, related to "duration between treatments". The results are expressed as mean values with 95% confidence intervals.

Number of Treatments	Duration between treatments (days)					
	Pain at rest			Pain at load		
	7	10	14	7	10	14
5	44,2	48,9	23,2	18,4	32,6	45,1
	-3,3 -91,7	23,6-74,1	-49,6-96,1	-49,3-86,1	-12,9-78,1	-4,3-94,5

Table 3 shows that patients in the 10-day group had a significant reduction of pain at rest. The reduction was 48.9%. Negative sign (for example pain at load in the 10-day group, -12.9-78.1) indicates that at least one patient in the group experienced increased pain during the intervention period.

Table 4: Development in pain from baseline to end measured at rest and at load (corrected for duration between).

	Rest	Load
Baseline	3.0 (2.2 - 3.7)	5.6 (4.8 - 6.5)
Between (1-2)	3.2 (2.0 - 4.4)	5.0 (3.8 - 6.2)
Between (2-3)	2.8 (1.7 - 4.0)	4.4 (3.3 - 5.5)
Between (3-4)	1.7 (1.1 - 2.3)	4.1 (2.9 - 5.3)
Between (4-5)	1.9 (1.1 - 2.6)	3.7 (2.5 - 5.0)
Day after treatment	1.8 (1.1 - 2.4)	3.6 (2.3 - 5.0)
4 weeks Follow-up	1.9 (1.2 - 2.6)	3.6 (2.5 - 4.7)

Table 4 shows the average of pain in all three groups. At rest the highest pain reduction was after the 3rd treatment and more or less kept level at the Follow-up, a total reduction of 36.6 %. Pain at load reduced gradually through the treatment period and stabilized at 3.6 the day after the 5th treatment, a total of 35.7 %.

4.0 Discussion

In this trial pain was measured to study the effect of treatment with differing intervals. Pain as a symptom is subjective, and the etiology of pain includes environmental, social, mental and behavioral factors³⁸. Variations in such factors during the intervention period may have led to changes in pain severity, with no relation to the treatment given.

Limitations to the use of the VAS have been reported with respect to elderly populations, and errors associated with administration in terms of reproducing the line (photocopying) and scoring (measuring the line) has also been seen²⁸. Persons older than 65 years were not included in the trial. Although emphasis was made into accurate measurements, there is always a risk of inaccuracy when measuring manually. The patients were not given access to their previous ratings when recording their pain intensity. It has been claimed that patients may overestimate their pain if previous ratings are not presented³⁹.

The aim of the study was to find out what frequency of Osteopathic treatment gives the best effect on foot-related pain. The present results indicate the best effect on pain at rest when treating with 10-day intervals. However, this group showed a much lower effect on pain at load. The overall pain reduction was similar at rest and at load, but this was not the pattern in the 10-day group. The explanation could be different pain response at rest and at load. Acute conditions, for instance, usually get worse at load and benefit from rest⁴⁰.

There was no distinguishing between acute and chronic foot problems when including patients. Acute conditions are usually more painful⁴¹ and require more frequent treatments³⁵. The shortest interval between treatments was 7 days, which may be too long in some cases. Therefore, patients with acute conditions may need a shorter interval.

There is a correlation between quantity of diagnosis and pain reduction at load in this study. The 7-day interval group contained the highest number of diagnosis and showed the lowest reduction in pain at load. This correlation is not seen when looking at pain at rest. There is reason to believe that patients suffering from more than one diagnosis are more likely to experience higher levels of pain, as the risk of pain provocation increases at load because several affected structures are involved.

The negative numbers in the present results indicate that at least one patient experienced more pain during the intervention period. It can be argued that patients' behavior between treatments is of importance to the outcome. The patients' daily routines, including strain on the feet due to walking or standing for long hours may influence the

result of treatment in a negative direction. For instance, some patients ignored the advice to reduce the strain on their feet, which led to renewed trauma and increasing pain. This gave a setback for some of the patients and is a contributing factor in our study.

Randomization prevented selection bias, which made it impossible for the investigators to "pick" the patients thought to have the best results based on age, BMI etc. A randomized trial is preferred when studying effect⁴², and it was a suitable choice. For practical reasons the trial was open. Blinding⁴³ was not a possible option, due to the fact that the osteopaths automatically knew how often the patients were treated. The patients also needed sufficient information to be able to plan their visits at the clinic.

Splitting treatments between two osteopaths may have led to shortcomings. Although there are general guidelines in choosing appropriate treatment³⁵, the choice and execution of techniques will be influenced by the osteopaths individual knowledge and experience. The approaches to the patients differed, and as a consequence the results got less generalizable.

Further research distinguishing between acute and chronic foot-related pain is recommended. In our study the 10-day group showed significant reduction of pain at rest. A study of 8-10-and 12-day intervals could provide valuable information, as will the same research design on the different diagnoses separately. A larger number of patients may give stronger results.

Conclusion: The duration between treatments influences the effect of osteopathic treatment on pain at rest, significantly with a 10-day interval as the preferable frequency.



5.0 References

1. Ward RC. Foundations for Osteopathic Medicine, 2nd Edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2003, p.577
2. The Journal of the American Osteopathic Association. 2003 Sep. Vol. 103(No.9): 4 17-21. Osteopathic Manipulative Treatment in the emergency department for patients with acute ankle injuries.
3. Ward RC. Foundations for Osteopathic Medicine, 2nd Edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2003, p.784
4. Schleip R et al. Fascia – The tensional network of the human body. Churchill Livingstone Elsevier 2012, p.255-257
5. Chilia AG. Foundations of Osteopathic Medicine, 3rd edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2011, p.618
6. Hunskaar S. Allmenmedisin, Gyldendal Norsk Forlag AS, 2003, p.352
7. Store medisinske leksikon, Kunnskapsforlaget, 2006. Volume 1, p.30
8. Hunskaar S. Allmenmedisin, Gyldendal Norsk Forlag AS, 2003, p.350
9. Store medisinske leksikon, Kunnskapsforlaget, 2006. Volume 1, p.81-82
10. Chilia AG. Foundations of Osteopathic Medicine, 3rd edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2011, p.635
11. Underwood JCE. General and systemic Pathology, 4th edition, Churchill Livingstone, 2004, p.720-722.
12. Chilia AG. Foundations of Osteopathic Medicine, 3rd edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2011, p.4
13. Ward RC. Foundations for Osteopathic Medicine, 2nd Edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2003, p.574, 633-634
14. Chilia AG. Foundations of Osteopathic Medicine, 3rd edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2011, p.602
15. Savarese RG, Capobianco JD, Cox JJ Jr. OMT Review, A comprehensive Review in Osteopathic Medicine, 3rd edition, DSO 2009, p. 8-9
16. Kuchera WA, Kuchera ML (1992). Osteopathic Principles in Practice. 2nd Edition. Revised. Columbus, Ohio: Greyden Press. P.282-285
17. Caroline Stone. Science in the Art of Osteopathy, Osteopathic principles and practice, Nelson Thornes, 1999, p.316
18. Di Giovanna EL, Schiowitz S. An Osteopathic Approach to Diagnosis and Treatment, J.B. Lippincott Company, 1991, p.411-412
19. Goodman CC, Snyder TEK. Differential diagnosis for Physical Therapists, screening for referral, 5th edition. Elsevier Saunders 2013, p.7-9
20. Magee D. Orthopedic Physical Assessment, 4th edition. Elsevier Sciences, 2002, p. 2
21. Kaufmann J, Larsen S. How do the number and duration between osteopathic treatments influence the effect on patients suffering of foot-related pain, a dose-response study. International Journal of Pharma Sciences and Scientific Research, 2016 2:5 p.209-216.
22. Bjørndal A, Hofoss D. Statistikk for Helse- og Sosialfagene. Revidert utgave, 2. Utgave, 5. Opplag, Gyldendal akademisk 2012, p.47
23. Bjørndal A, Hofoss D. Statistikk for Helse- og Sosialfagene. Revidert utgave, 2. Utgave, 5. Opplag, Gyldendal akademisk 2012, p. 76
24. Domholdt E. Physical Therapy Research. WB Saunders Company 2000, p. 115.
25. Lorensen M. Spørsmålet bestemmer metoden. Universitetsforlaget 1998, p. 179-181.
26. Lorensen M. Spørsmålet bestemmer metoden. Universitetsforlaget 1998, p. 100-101.
27. Domholdt E. Physical Therapy Research. WB Saunders Company 2000, p. 262.
28. Finch E et al. Physical Therapy Outcome Measures, 2nd Edition. Canadian Physiotherapy Association 2002, p. 244.
29. Jamison JR. Differential Diagnosis for Primary Care, 2nd edition. Elsevier Science, 2006, p. 8
30. Magee D. Orthopedic Physical Assessment, 4th edition. Elsevier Sciences, 2002, p. 2
31. Stone CA. Visceral and Obstetric Osteopathy. Elsevier Ltd, 2007, p. 7-9
32. Kuchera AW, Kuchera ML. Osteopathic Principles in Practice, revised 2nd edition. Greyden Press, 1994, p. 647-662
33. Ward RC. Foundations for Osteopathic Medicine, 2nd edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2003, p. 794-801.
34. Ward RC. Foundations for Osteopathic Medicine, 2nd edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2003, p. 1153-1161.
35. Savarese RG, Capobianco JD, Cox JJ Jr, OMT Review, A Comprehensive Review in Osteopathic Medicine, 3rd edition. DSO 2003, p. 8-9.
36. Bjørndal A, Hofoss D. Statistikk for Helse- og Sosialfagene. Revidert utgave, 2. Utgave, 5. Opplag, Gyldendal akademisk 2012, p. 82
37. Bjørndal A, Hofoss D. Statistikk for Helse- og Sosialfagene. Revidert utgave, 2. Utgave, 5. Opplag, Gyldendal akademisk 2012, p. 131
38. Chilia AG. Foundations of Osteopathic Medicine, 3rd edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2011, p.11
39. Kelly AM. The minimum clinically significant difference in visual analogue scale pain score does not differ with severity of pain. Emerg Med J 2001; 18:205-207
40. Bahr R, Mæhlum S. Idrettsskader – En illustrert guide til diagnostikk og behandling av skader i forbindelse med fysisk aktivitet. Norsk idrettsmedisinsk forening, Gazette bok, 2002 p. 27-28.
41. Savarese RG, Capobianco JD, Cox JJ Jr, OMT Review, A Comprehensive Review in Osteopathic Medicine, 3rd edition. DSO 2003, p. 2-3.
42. Bjørndal A, Hofoss D. Statistikk for Helse- og Sosialfagene. Revidert utgave, 2. Utgave, 5. Opplag, Gyldendal akademisk 2012, p.27
43. Domholdt E. Physical Therapy Research. WB Saunders Company 2000, p. 75.

6.0 Appendix

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| 1. Search PubMed | 4. Consent Form |
| 2. Search Ovid, Medline, Embase | 5. VAS |
| 3. Written invitation | 6. Safety form |
| | 7. Examination findings |



Presentasjon: Markedskomiteén

Ord fra markedskomiteén

Matias og jeg (Kim Andre Brandtzæg) har hatt ansvaret for markedsarbeidet siden 2018. I samarbeid med Tomas, så arbeider vi daglig med både internt og eksternt arbeid.

Det å være osteopatiens eksterne stemme er en veldig krevende oppgave, og det må noen ganger gjøres kompromisser med ulike publiseringsplattformer. Vi representerer en profesjon med masse erfaring, samtidig som vi hele tiden prøver å holde oss oppdaterte på nyere vitenskap. I tillegg følger vi helsepersonelloven, noe vi ser på som nødvendig for en framtidig autorisasjon. Det å forholde seg til alle disse faktorene, gjør at enkelte saker blir noe korte og unyanserte. Vi er kontinuerlig i kontakt med fagfolk som gir oss kommunikative råd, og vi lærer stadig.

Alle vi som jobber med marked har en stor faglig lidenskap, og vi håper at medlemmene er fornøyd med arbeidet vi legger ned. Vi ønsker at terskelen skal være lav for konstruktive tilbakemeldinger, det er tross alt dere vi representerer.

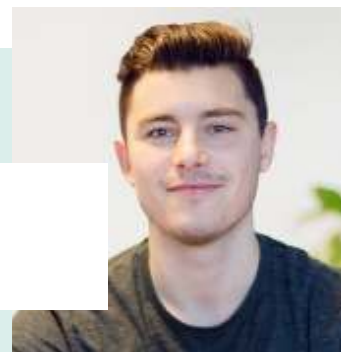


Tomas Collin

Markedsarbeidet eller retttere sagt all vår kommunikasjon, er et viktig arbeid i NOF. Matias og Kim gjør en utmerket jobb og følger våre ulike plattformer løpende. Som leder av forbundet er jeg naturlig involvert i mye av det som publiseres i ulike kanaler. Mitt fokus er å følge opp det politiske arbeid, f.eks. i form av debattartikler og at det vi publiserer kobles opp mot aktuelle saker i nyhetsbildet.

Som leder har jeg også overordnet ansvar for økonomi. Vi prøver å få til mye med lite, og her er særlig bruke av sosiale medier og alle medlemmers bidrag til aktivitet viktig. Av og til investerer vi litt ekstra i form av annonser, editorials etc, for å nå ut til større grupper. Alt i alt er min opplevelse at vi har en god og tydelig plattform, og at det langsiktige arbeidet bærer frukt.

Kim Andre Brandtzæg



Jeg er 31 år, og ble uteksaminert som osteopat DO i 2016. Til daglig driver jeg egen praksis i Trondheim, i tillegg til at jeg jobber i Rosenborg, i NOFs regi, så er jeg styremedlem, en av to i markedsavdelingen, og sitter i fagkomiteen. Det er med stor ydmykhet jeg har disse vervene, og jeg prøver daglig sammen med andre å fremme profesjonen og medlemmene på en god måte. Jeg har flere interessefelt, alt fra langvarige og sammensatte tilstander til idrettsmedisin (også sammensatt). Jeg synes det er spennende å hjelpe mennesker i forskjellige miljøer. Det at hverdagen, eller at hver enkelt kasuistikk er unik, gjør hverdagen både spennende og krevende. Det er dette som driver meg.



Matias Åkredalen Fjeld

Jeg er utdannet osteopat DO og fysioterapeut. Jeg ble introdusert for osteopati av en veileder under fysio-turnusen og ble raskt solgt. Valget falt derfor på heltidsutdanningen i Oslo hvor jeg ble uteksaminert i 2016. Jeg jobbet et par år i Oslo, men har nå flyttet hjem til Skien.

Jeg har sittet i styret siden april 2015 og trives svært godt med det. Organisasjonsarbeid er spennende og utfordrende – det gir meg mye å være en del av noe større. Jeg har lenge hatt en ekstra interesse for det kommunikative og har derfor de siste årene jobbet mye med nettopp dette – både internt i forbundet, men også det vi formidler eksternt.



Medlemsinfo

Årsmøte 2020

Årsmøtet som var berammet til midten av mars, måtte avlyses grunnet direktiv om smittevern. Styret besluttet å innkalle til digitalt årsmøte og dette ble gjennomført 26. april. Av viktige saker vedtatt nevnes:

- alle som betaler medlemskap for hele 2020 får 25% rabatt på medlemskontingenten, rabatten trekkes fra neste faktura (høst), de som ennå ikke har betalt faktura for våren 2020 må betale denne innen juni for å opprettholde medlemskap

- yrkesaktivt pensjonistmedlemskap gjelder fra 62 (tidligere 67), de det gjelder må ta kontakt med NOF sekretariat for å endre medlemstype

- budsjettet er noe nedjustert som følge av lavere kontingent og forventet lavere aktivitet på enkelte områder

- årets osteopat – Ingrid Nicander

Årsmøtereferat er sendt alle medlemmer på mail og kan også finnes på medlems-sidene på nett.



FOTO: ZOOM.US

Ord fra student

Tekst: Emilie Nyman



Høyskolen
Kristiania

En hverdag preget av klinikkskift, praktisk undervisning og konstant skyldfølelse for å ikke skrive nok på diplomoppgaven, ble over natten snudd på hodet for studentene som i juni endelig kunne kalle seg #stoltosteopat. Noen har allerede takket ja til jobber rundt om i Norges land, andre begir seg på den noe strabasiose veien mot å knive om kundene innenfor ring 1 i Oslo – mens et fåtall hadde planer om å endelig kunne ta den etterlengtede turen til Bali for å kunne slippe å tenke på «venolymfatisk tilbakestrøm» et par uker.

Torsdag 12. mars skulle i teorien 16 av oss behandle til sammen 64 pasienter på klinikken. To veiledere skulle ha gjort oss nervøse, for å så trøste oss, for å så gjøre oss frustrerte, for å avsluttede måtte trøste oss igjen i løpet av skiftene.

Fredag 13. mai var alle våre bunnsolide unnskyldninger for å unngå D.O skrijving borte. Ingen praktisk undervisning, ingen klinikkskift som måtte forberedes og ingen helgehenging på P3-12 for å øve på glemte teknikker og ortopediske undersøkelser. Erna bestemte at alle måtte holde seg innendørs, med andre ord oppgaveskriving og pensum for denne gjengen.

Onsdag 18. mai hadde vi vår første «virtuelle forelesning». Vi logget på Zoom en etter en, og ble varmt tatt imot av en smilende Martin Engedahl med Mumikopp. Forelesningen ble tidvis avbrutt av et barn på gyngestol eller som ville ha oppmerksomhet av pappaen sin, samtidig som vi diskuterte viktigheten av de kontekstuelle faktorene og placebo.

Vår nye hverdag startet da: på kjøkkenet og hjemmekontorene til våre forelesere. Fint bilde på veggen forresten, Fossum.

De neste ukene skulle vi ha tilbragt på skolens fasiliteter hvor vi ha via diafragrammobilisering og suboccipital inhibisjon roe ned hverandres autonome nervesystem på tur og orden da DEN AVSLUTTENDE PRAKTISKE EKSAMEN ble nevnt. Slik blir det ikke.

En stor TAKK til våre flotte lærere og gjesteforelesere som har gjort en annerledes tid preget av hele spekteret av følelser, for å nå mest sannsynlig (bank i bordet) kunne kalle oss osteopater i juni 2020.

En varm hilsen avgangsstudentene.

Brønnøysund og mva fritak

Alle medlemmer som ikke er autorisert helsepersonell, må registreres i Brønnøysund for å unngå mva krav på sine tjenester. NOF/FMOB bistår med registrering, men vi gjør oppmerksom på at det er den enkeltes ansvar å sørge for å sende nødvendig skjema fylles ut og sendes NOF sekretariat, og betale årlig gebyr til Brønnøysund.

Alle nyutdannede og nyetablerte oppfordres til å få dette i orden med en gang man starter opp virksomhet. Det er også enkelte som drevet praksis lenge som ramler ut av

ordningen grunnet manglende betaling til registeret. Manglende oppføring kan føre til regresskrav på mva.

Dersom man er usikker på egen registrering så søk direkte i registeret for å finne egen oppføring, <https://w2.brreg.no/altbas/>.

Ta kontakt med NOF sekretariat ved nyregistrering og evt andre spørsmål.



FOTO: BRREGNO



NORSK
OSTEOPATFORBUND

Medlemskap i Norsk Osteopatforbund



Fordeler ved medlemskap

- NOF ivaretar dine interesser både faglig og fagpolitisk overfor helsemyndigheter og andre som påvirker osteopaters virke i Norge, Europa og verden forøvrig
- Momsfritak via registrering i Brønnøysund og FMOB
- Juridisk rådgivning og advokatbistand (se vedlegg fra Advokatfirma Olafsen AS på medlemssidene)
- Kollektiv ansvarsforsikring gjennom IF Forsikringspartner
- Reduserte priser på: hele sortimentet hos Fysiopartner, forbruksutstyr hos René Jorde, ergonomiske stoler hos Spinalis
- Fagtidsskriftet Osteopaten, utgis fire ganger pr. år
- Fagdager til sterkt redusert pris 2 x pr. år - gir 6 timer faglig oppdatering (per dag)
- Rabatterte priser på privat-, person- og klinikkforsikring
- Kurs i regi av NOF (selvkost)
- Stemmerett ved årsmøter
- Tilgang til kvalitetssikret pasientinfo og mal til rimelig nettside, samt tilgang til "etableringspakken"
- Oppføring på "finn din osteopat" (ved registrert faglig oppdatering)
- akupunkturutstyr.no - 20% rabatt i nettbutikk (rabattkode: "osteopat15").

Krav til medlemmer av NOF

- Krav til å følge helsepersonelloven og våre yrkesetiske retningslinjer
- Være faglig oppdatert med minimum 48 timer de siste tre årene. Studenter innehar 48 timer faglig oppdatering fra det året de avlegger sin kliniske kompetanseeksamen

Priser

- Medlemskap koster: 3700,- pr. halvår
- Medlemskap 1. år etter endt utdanning: 1850,- pr. halvår
- Studentmedlem: 200,- pr. halvår
- Støttemedlem: 350,- pr. halvår
- Pensjonist: 1000,- pr. halvår
- Kollektiv ansvarsforsikring: 610,- pr. år



Hvilke selskapsformer bør du vurdere?

Tekst: Øystein Tronstad

12. mars ble alle klinikker pålagt å stenge på grunn av koronapandemien. Det har medført spørsmål, problemstillinger og usikkerhet. Ikke minst om rettigheter og valg av selskapsform.

– For støtteordningene er det egentlig ikke så viktig hvilken selskapsform du har, men mer om du har høye faste og uunngåelige kostnader, og om du ble pålagt å stenge eller ikke. Mindre ENK med lave faste utgifter kan oppleve mye av praten om støtteordninger, lån og kompensasjonsstøtte som litt irrelevant. Mange av disse ordningene er laget for de litt større selskapene, men vedtaket om dagpenger på lik linje som for ansatte vil hjelpe veldig, sier Kjartan Bærum som er regnskapskonsulent og kursansvarlig i Fiken, et regnskapsprogram designet med mindre bedrifter i tankene.



Kjartan Bærum: Regnskapskonsulent og kursansvarlig i Fiken.

Fiken ble til med en visjon om å gjøre regnskap enklest mulig. Gründerne opplevde at de fleste regnskapsprogrammer var laget av og for regnskapsførere. Siden 2014 har de passert 40 000 kunder. Ifølge Bærum er 97 prosent av alle nystartede selskaper i Norge AS eller ENK. Dette er hovedforskjellene mellom de to selskapsformene:

Aksjeselskap (AS):

- Har et strengt skille mellom selskapet og deg som person, det er selskapet som har risikoen og ikke deg som enkeltperson.
- Det strenge skillet kan ofte føre til bedre kontroll over regnskapet og økonomien.
- Krever litt mer papirarbeid ved oppstart.
- Må ha en aksjekapital på minimum 30 000 kroner, når selskapet er etablert kan du bruke disse til å kjøpe utstyr, betale leie, lønn eller andre relevante utgifter.
- Du blir ansatt i ditt AS på samme måte som om du var ansatt i et selskap du ikke eier, gir økt trygghet i form av ansattrettigheter ved

sykdom, arbeidsledighet eller pensjon.

- Flere formaliteter etter aksjeloven som å ha et styre, holde generalforsamling og styremøter.

- Litt merarbeid mot det offentlige, skattemeldingen har gjerne flere vedlegg og i tillegg så må du utarbeide et årsregnskap med noter.
- Å ta ut penger i form av lønn medfører også arbeidsgiveravgift og feriepenger.

Bærum's vurdering:

Dersom du er avhengig av pengene du får inn gjennom foretaket, at det er lønnen som betaler husleie eller lån, så mener jeg at du bør vurdere AS. Det er mange som nå har fått seg en overraskelse over manglende rettigheter for ENK. Selv om det i forbindelse med koronapandemien har kommet en del forbedringer fra Stortinget, så er i utgangspunktet alle disse kun midlertidige. AS er kanskje litt tyngre å starte med, men når du først har kommet i gang så er det ikke særlig mer komplisert enn ENK og vi hjelper deg gjerne på veien. Det er også litt mer rapportering til Skatteetaten, men ikke mer enn at du fint kan gjøre det med Fiken.

Enkeltpersonforetak (ENK):

- Lett å komme i gang og du kan få et organisasjonsnummer i løpet av et par dager.
- Med ENK så er du og selskapet samme person, du blir ansvarlig for alt selskapet gjør.
- Regnskapet er enklere å føre, færre skjema som du må levere.
- Du kan fritt bruke pengene du får inn akkurat som du vil, du skatter uansett bare av overskuddet ditt (salg minus kjøp).
- Fremstår ikke alltid like profesjonelt å ha et ENK som et AS.
- Dårligere rettigheter spesielt ved arbeidsledighet og sykdom.

Bærum's vurdering:

- Det er enkelt og vi liker ting enklest mulig. Dersom foretaket ditt er en ekstraintekt eller hvis du ikke helt vet om dette er noe du vil satse skikkelig på, så fungerer ENK veldig fint. Generelt er det slik at inntekt i ENK blir beskattet umiddelbart hvert år for den fulle summen. Så dersom ditt ENK går én million i overskudd så må du skatte for hele denne millionen. Da med trinnskatt/toppskatt som vil være veldig høy. Hadde AS-et ditt gått med samme overskudd kunne du valgt å ta ut for eksempel 600 000 i lønn og etter gitte regler ta ut resten i utbytte. Sistnevnte beskattes med kun 22 prosent.

Flere endringer

Det har vært et mål for flere regjeringer å gjøre det enklere å starte og drive bedrift. Frem til 2011 var minstekravet for å opprette et

AS på 100 000 kroner, i tillegg til stiftelsesutgiftene. I dag er inngangsporten senket til 30 000. Det er heller ikke lenger krav om å utarbeide åpningsbalanse ved nystiftelse, når aksjeinnskuddet gjøres med penger. Enkelte andre selskapsformer eksisterer også fortsatt som norskregistrert utenlandsk foretak (NUF) og deltagerlignet selskap (ANS/DA), men Bærum anbefaler ikke disse for dagens klinikere.

- Tradisjonelt har de ekstra skjemaene du må levere med AS vært såpass vanskelige å fylle ut at du har måttet ha hjelp fra regnskapsfører. Nå klarer de fleste dette helt fint selv eller med support fra oss. Har du vanlig omsetning er det ingen god grunn til å starte med andre selskapsformer. Jeg vil spesielt fraråde NUF. Det er fordyrende å rapportere til utlandet og vanskeligere å etablere kunde-forhold i mange norske banker. Tidligere kan det ha vært grunner for å starte ANS eller DA men nå blir det bare mer komplisert for deg, sier Bærum som henviser til Fikens nettsider hvor de har samlet mye informasjon. Selskapet arrangerer også gratis webinar og kurs.

At det er ENK eller AS som gjelder støttes av Åsa Finnøy, partneransvarlig i Conta. Selskapet leverer et skybasert faktura-, salg- og regnskapsprogram der programmene er fullt integrert mot hverandre. Hun presiserer at den totale økonomiske situasjonen spiller stor rolle, uavhengig av selskapsform.

- Ulempen med ENK er du har et ubegrenset personlig ansvar for gjeld som pådras via bedriften. Starter du opp næring som krever store investeringer eller skal ha mange ansatte, så vil risikoen være betydelig mindre med et AS hvor det er begrenset til innskutt egenkapital. Men i praksis så kan det være at du som AS likevel må stille personlig sikkerhet for å ta opp lån i banken, om du er et nystartet AS uten verdier, sier Finnøy som også poengterer at et AS ofte ikke tar ut lønn i starten. Det kan gjøre at du ikke har krav på dagpenger selv om du er ansatt i eget firma.

I tillegg til programvare drifter Conta oppstartsguidene enkeltpersonsforetak.no og starte-as.no. Om du går med etableringsplaner, er nyetablert eller har vært i drift i mange år så har Finnøy et godt råd til deg.

- Velg et regnskapssystem som gir god oversikt og hvor du lett ser sammenhengen mellom det du legger inn i systemet av inntekter og utgifter, og det du får ut av rapportene dine. Slik vil du kunne bruke programmet til å bedre forstå bedriften sin økonomi.

Fire klinikere og deres selskap

Hva velger klinikere og hvorfor?

I 2011 var Trond Treet med på å stifte FASiA AS sammen med sammen med Eirik Solhaug Hansen, Fredrik Marthiniussen og Simen Norman. I dag består FASiA av fem helseklinikker med avdelinger i Bergen, Elverum, Hamar, Nøtterøy og Straume. Alle avdelingene drives som selvstendige enheter og her finner vi både ENK, DA og AS.

– Jeg etablerte osteopatiklinikk i 2007 og valgte da ENK siden jeg jobbet som selvstendig fysioterapeut. I 2009 fikk jeg med meg Simen Norman på laget og vi valgte å organisere oss (Alpha Osteopati) som DA. Den gang måtte du ha minimum 100 000 kroner i egenkapital, pluss omkostninger, for å stifte AS. Det kan være mye penger i starten, spesielt om du er nyutdannet. Vi var allerede etablert og kunne valgt å bruke benker, utstyr og inventar som egenkapital, men det ble mer papirarbeid med den løsningen.

I 2016 etablerte Treet FASiA Sport & Rehab AS. Han er i dag på FASiA Bergen sammen med Stian Moss og Simen Norman. Treet bruker Fiken til regnskapsføring og synes at det fungerer smidig.

– Da jeg etablerte den andre klinikken var egenkapitalkravet senket, revisorplikten fjernet og jeg hadde planer om å ansette meg selv i selskapet. Jeg måtte også ha det meste av utstyr til klinikken, så det var et enkelt valg å velge selskapsform.

Øystein Tronstad
Personlig Trener
Osteopatistudent



Jacob Mollatt

Praktisert siden: 2019

Hvor: Mollatt Osteopatiske ENK som praktiserer hos Stokke & Weng Osteopati AS

Hvorfor har du valgt denne selskapsformen:

– Som nyutdannet og relativt ung var det flere grunner. Det er ikke krav til kapital og de formelle kravene, årsregnskap, arbeidsgiveravgift og lignende, er færre. I en oppstartsfasen tenker jeg at det er gunstig å minimere de faste utgiftene. Det er og en fordel at det er enklere å bruke det overskuddet du tjener gjennom selskapet som ENK. Setter du de ulike selskapsformene opp mot hverandre så opplever jeg i stor grad at den enes fordel er den andres ulempe, og motsatt.

Hvordan har koronasituasjonen påvirket ditt syn på selskapsformer:

– Det er nok ikke forandret utover det at jeg har forsøkt å bli mer reflektert rundt

hva de ulike selskapsformene innebærer. Rettighetene er naturlig færre i et ENK og sett i ettertid kunne det muligens vært gunstig for meg å vært ansatt i eget AS, og kunnet permittere meg selv i akkurat denne perioden. Store deler av den potensielle støtten ville dog vært indirekte betalt via arbeidsgiveravgift. Jeg opplever at selskapsformen ikke er det som avgjør om jeg kommer meg gjennom dette eller ikke. De 30 000 jeg måtte ha spytet inn som aksjekapital måtte i mitt tilfelle ha kommet fra en sparekonto eller vært bundet opp i eiendeler. Nå kan jeg benytte meg av disse som en buffer i perioder med lavere inntekt. For meg så hadde ikke selskapsform hatt stort utslag på eventuell kompensasjon, verken for tapt inntekt eller faste utgifter. Men for andre så vet jeg at dette derimot kan være avgjørende for den økonomiske situasjonen resten av året.

Hva ville du forandret ved dagens system:

– I denne tiden er det nok enkelt å føle på at ting skulle vært annerledes, at det burde være regler eller ordninger som gjorde at vi som selvstendige næringsdrivende hadde en tryggere plattform. Personlig så tenker jeg at dagens ordninger, og ikke minst muligheter, for næringsdrivende er såpass gode sett på verdensbasis at vi må si oss heldige som bor der vi gjør. Løfter vi blikket og ser forbi denne situasjonen, er det ingen øyeblikkelige og realistiske forandringer jeg oppfatter at ville endret ting til det bedre hva gjelder organisering av bedrifter og selskapsformer.



Trond Treet

Praktisert siden: 1998 (fysioterapeut), osteopatiklinikk fra 2007

Hvor: FASiA DA/AS

Hvorfor har du valgt denne selskapsformen:

– Når du etablerer AS så holdes driftsutgifter og privatøkonomi adskilt på en ryddig måte. ENK er lettere å komme i gang med, blant annet fordi du ikke trenger like stor startkapital og raskere får tilgang til det du tjener. Det er noe mer kostnader som ansatt i AS med 14 prosent arbeidsgiveravgift og 10-12 prosent avsetning til feriepengene. På den

annen side så har du fordeler som permittering, som har vært høyaktuelt nå.

Hvordan har koronasituasjonen påvirket ditt syn på selskapsformer:

– Jeg fikk permittert meg umiddelbart 16. mars i det AS-et hvor jeg er ansatt. Under denne ekstraordinære situasjonen var det naturlig at regjeringen også inkluderte ENK og frilansere i de samme rettigheter, særlig siden alle klinikker ble pålagt å stenge. Jeg tror at denne ekstraordinære situasjonen har gjort at en og annen tenker ekstra på hva som er den beste måten å organisere seg på. Du har litt mer rettigheter som AS,



Tina Johannessen

Praktisert siden: 1990

Hvor: Bergen OsteopatiKlinikk ENK

Hvorfor har du valgt denne selskapsformen:

– Vi ble anbefalt dette av vår regnskapsfører/revisor da vi ikke har store utgifter, kun leie av lokalene og at vi ikke har noen ansatte. Vi er tre kolleger som jobber sammen og alle har ENK. Som ENK så slipper vi arbeidsgiveravgift og overskuddet kan enkelt fordeles mellom mannen min (som også har ENK) og meg selv. Å kunne disponere bedriften og overskuddet som du selv ønsker. Aksjeloven har strenge regler om begrensning av utbytte. Det er også noe dyrere regnskapsførsel med AS kontra ENK om du bruker regnskapsbyrå.

Hvordan har koronasituasjonen påvirket ditt syn på selskapsformer:

– Koronakrisen har ikke forandret våre synspunkter her. AS har krav på bedre sosiale goder som sykepenger, dagpenger og lignende med disse er i stor grad finansiert av arbeidsgiveravgiften du må betale. Jeg har drevet egen praksis lenge og har hele tiden blitt anbefalt ENK.

Hva ville du forandret ved dagens system:

– At du får samme rettigheter når det gjelder sykepenger fra første dag og rett på arbeidsledighetstrygd hvis en går konkurs.

1

Hvorfor har du valgt denne selskapsformen?

Hvordan har koronasituasjonen påvirket ditt syn på selskapsformer?

2

Hva ville du forandret ved dagens system?

3

så for meg er det helt klart den beste måten å etablere klinikk på. Du kan jobbe som ENK i AS-et, for så å ansette deg selv på et senere tidspunkt når klinikken har opparbeidet et bredere pasientgrunnlag.

Hva ville du forandret ved dagens system:

– Det er relativt enkelt å etablere AS med tanke på dokumentene som må innleveres. Generelt så mener jeg at de som starter sin egen virksomhet som ENK får litt for lite rettigheter og kred fra myndighetene. Jeg synes at du har mye plikter og lite rettigheter som ENK. For osteopater, fysioterapeuter og lignende er det jo ofte en arbeidsplass på lik linje med de som driver som AS.



Morten Kittelsen

Praktisert siden: 1999

Hvor: Skansenklinikken AS/
Vennesla Osteopati

Hvorfor har du valgt denne selskapsformen:

– Jeg var ENK frem til nyttår så har nylig opprettet AS. Du har et mer avklart forhold med tanke på ytelser om du er AS, også virker det skattemessig bedre. Om det siste stemmer får vi se, men har du høy inntekt og en del avskrivninger så kan det lønne seg. I tillegg synes jeg at det er en kjempefordel å slippe forskuddsskatt. Har du større leasingavtaler kan det være tungt når de forfaller samtidig med skatten. En gang i tiden vurderte jeg NUF men det ble for omstendig.

Hvordan har koronasituasjonen påvirket ditt syn på selskapsformer:

– Egentlig ikke så mye, men i starten var det fryktelig usikkert og på toppen av det hele ble jeg sykemeldt

mens dette pågikk, så det var et kaos med tanke på permitteringspenger og sykepenger.

Hva ville du forandret ved dagens system:

– Regjeringen har gjort mye bra her som at du ikke trenger like mye egenkapital for å starte, og at du ikke må ha revisor opp til en viss sum. Jeg synes at ENK burde fått sykepenger før 17. dag. Det snakkes ofte om de store arbeidsgiverne, men det som denne viruskrisen har vist er hvor mange som egentlig tar en sjanse privat for å holde Norge i gang med viktige tjenester – uten å ha grunnleggende rettigheter.



Årets osteopat 2019



Årets Osteopat ble annonsert under Norsk Osteopatforbund sitt årsmøte, som ble avholdt på Zoom den 26.april.

Gratulerer så mye til årets osteopat 2019, Ingrid Nicander!

Her er begrunnelsen;

Ingrid tok over roret som redaktør for Osteopaten i fjor vår. Kort tid etter at hun takket ja til vervet ble det avgjort at osteopaten gikk inn i et større samarbeid med våre nordiske samarbeidsland, hvor Ingrid i fjor høst var redaktør for den første utgaven av Nordic Osteopathic Journal. Samtidig har det vært flere utskiftninger i redaksjonen som gjorde redaktør-vervet desto mer krevende. Ingrid har stått ved sin lest og osteopaten er et bedre produkt enn noen gang. Et produkt både hun, redaksjonen og alle i NOF kan være stolt av.

Ord fra Ingrid:

Dette var en veldig hyggelig bemerkelse å få. Det kom veldig overraskende på, da jeg plutselig fikk en melding om å uttale meg om prisen.

Da jeg fikk spørsmål fra avtropsende redaktør Tom Eirik om å ta over, måtte jeg ha litt betenkningstid. Jeg visste det var store sko å fylle. Jeg hadde skrevet for Osteopaten i tre år, så jeg hadde sett at det krevdes en del arbeid.

Men omsider bestemte jeg meg for å hoppe i det. Og jeg har ikke angret. Vervet som redaktør har gitt meg en fin inngangsportal i NOF og åpnet for kontakt med flere engasjerte medlemmer. Som nevnt over, kom den virkelige store jobben da vi kort tid senere bestemte oss for å inngå et samarbeid med de andre nordiske landene, for å lage det første bladet som skulle publiseres og gis ut i Norden. Med ekstremt god hjelp fra leder Tomas klarte vi å få det til. Redaksjonen har blitt ganske mye mindre det siste året, men med ivrige og stødige kollegaer i Tomas og Emilie Sørle, syns jeg vi klarer å levere et godt produkt fire ganger i året. Jeg gleder meg til å følge utviklingen av Nordic Osteopathic Journal til et blad med godt faglig innhold, samt som en bidragsyter til å forene landene gjennom osteopatien.

Tusen takk til dere som stemte på meg!

HUSK DEADLINE FOR BIDRAG TIL OSTEOPATEN NR. 3/20 22. SEPTEMBER 2020.



Redaksjonen:

Ingrid Nicander (redaktør)
Tomas Collin
Emilie Sørle

Osteopaten

Norsk Osteopatforbund
nof@osteopati.org

Grafisk design:

Appell Reklamebyrå AS,
Drammen

Trykk:

Lier Grafiske