



Norges Helsehøyskole
Campus Kristiania

Bacheloroppgave

Kjennskap til osteopati og andre manuelle behandlingsformer

av

Studentnummer 101488

Studentnummer 101805

18.mai 2015

VF 200 – Bacheloroppgave

Osteopati

12310 ord

Mai, 2015

Norges Helsehøyskole – Campus Kristiania

Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved Norges Helsehøyskole Campus Kristiania. Norges Helsehøyskole er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.

Forord

Denne bacheloroppgaven markerer en avslutning etter et tre års studieløp i osteopati.

Oppgaven er et resultat av fem måneders arbeid fra januar til mai 2015.

Perioden har vært til inspirasjon da vi om ett år skal ut i arbeid som osteopater. Vi har lært mye av den data vi har tilegnet oss og vi har sett at datamaterialet vi har anskaffet kan ha verdi for osteopatiens fremtid.

Selve gjennomførelsen av bacheloren har vært en ny læring for oss. Prosessen fra start til slutt har gitt oss både utfordring, tankevekkere og mestring. Metoder vi har brukt, kunnskap vi har tilegnet oss, og forskjellige systemer vi har lært har vært nyttig. Alt ovennevnte er læring vi vil ta med oss videre. Vi har jobbet grundig og nøye med oppgaven, og samarbeidet fungerte særdeles bra. Vi er godt fornøyde med resultatet.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder Ronja Strømsborg Lund for hennes engasjement, inspirasjon, samt gode konstruktive samtaler. Hun har gitt oss råd på veien og hjulpet oss i riktig retning.

Vi vil takke senterledelsen ved Tveita senteret, Storo senteret, CC vest og Byporten. De møtte oss med positivitet, og henholdsvis tilrettela utførelsen av spørreundersøkelsen vår. Uten deres hjelp hadde vi ikke klart å samle inn datamaterialet vi trengte for å gjennomføre bacheloroppgaven.

Vi vil også takke våre informanter som tok seg tid til å besvare de spørsmål vi hadde. En siste takk går til Asgeir Mamen og Per Morten Fredriksen ved Norges helsehøyskole som hjalp oss med Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) og utvalgsberegning.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn.....	6
1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	7
1.3 Problemstilling	7
1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	7
1.5. Begrepsavklaringer	8
1.6 Oppbygging av oppgaven	9
2 Teoretisk forankring	9
2.1 Levekårsundersøkelse fra Statistisk sentralbyrå	9
2.2 Autorisasjon.....	11
2.3 Yrkesforklaring	12
2.3.1 Kiropraktikk.....	12
2.3.2 Naprapati.....	13
2.3.3 Osteopati.....	13
2.3.4 Manuellterapeuter.....	14
3 Metode	15
3.1 Kvantitativ metode.....	15
3.2 Utforming av spørreskjema	16
3.2.1 Undersøkelsesspørsmål.....	17
3.3 Utvalg	18
3.4 Inklusjon og eksklusjonskriterier	20
3.5 Pilotstudie.....	20
3.6 Etske prinsipper	21
3.7 Gjennomføring av undersøkelsen	21
3.8 Forskningseffekten	22
3.9 Analyse og tolking av data.....	22
3.10 Undersøkelsens kvalitet	23
3.10.1 Validitet	23
3.10.2 Reliabilitet	24
4 Resultater	24
4.1 Funn fra områder, alder og kjønn.....	24
4.2 Funn fra spørreundersøkelsen.....	28
5 Diskusjon	33
5.1 Kjennskapen til manuelle behandlingsformer.....	34
5.1.1 I hvilken grad var det kjennskap til manuell behandling?	34
5.1.2 I hvilken grad vet nordmannen i gata om osteopati?.....	35
5.1.3 Kjennskap sammenlignet med oppsøkt terapeut.....	36
5.2 Valg av metode og tilnærming.....	37
5.2.1 Drøfting av utvalget	37
5.2.2 Drøfting av spørreskjema.....	38
5.3 Anvendelse av resultatene	39
5.3.1 Praktisk anvendelse av resultatene og anbefaling videre?	39

6 Konklusjon.....	39
7 Referanseliste	41
8. Vedlegg	
Vedlegg 1. Mail fra Norsk Osteopat Forbund	
Vedlegg 2. Pilot spørreskjema.....	
Vedlegg 3. Original spørreskjema.....	
Vedlegg 4. Mail fra Susanna Bakken, Norges Helsehøyskole	

Sammendrag

Denne oppgaven omhandler manuell behandling og dens posisjon i samfunnet i dag. Manuelle behandlere betraktes som spesialister på muskel- og skjelettsystemet, hvor hendene brukes som verktøy i diagnostisering og behandling. Oppgaven vil spesifikt undersøke osteopatiens posisjon sammenlignet med de andre manuelle behandlingsformene. Vi har derfor tatt utgangspunkt i følgende problemstilling: *«Hvor kjent er osteopati sammenlignet med andre manuelle behandlingsformer, og hva vet nordmannen på gata om osteopati?»*

For å kunne besvare problemstillingen måtte vi skaffe oss innsikt i de ulike manuelle behandlingsformene. Vi måtte også anskaffe oss kunnskap på tidligere forskning for å se på forekomsten av muskel og skjelettlidelser, samt hvordan manuell behandling er betraktet blant nordmenn. Vi har tatt utgangspunkt i forskning fra Statistisk Sentralbyrå som har sett på trender i Norge og forekomsten av muskel og skjelettplager.

Vi benyttet kvantitativ metode hvor vi utformet et spørreskjema som skulle gjenspeile hva nordmannen på gata hadde av kjennskap til manuell behandling og osteopati. Nordmannen på gata fant vi på kjøpesentre i Oslo, hvor vi oppsøkte øst, vest, nord og sentrum av Oslo.

Analysene viste at det var kjennskap til manuell behandling, og at kiropraktikk var mest kjent. Osteopati var også kjent, men analysene viste at det var en majoritet som ikke visste hva det var og/eller ikke hadde hørt om behandlingsformen. I tillegg ble det observert at svært få har vært til osteopatisk behandling. En stor andel av respondentene visste ikke hva en osteopat er, eller hva en osteopat behandler, og resultatene viser at flere ville oppsøkt andre behandlingsformer ved muskel -og skjelettplager.

Opgaven avsluttes med en konklusjon som sier at osteopatien må gjøre tiltak for å markere seg i Norge. Det ansees som hensiktsmessig å iverksette flere tiltak innen markedsføring for å synliggjøre profesjonen, samt å styrke osteopatiens posisjon.

1 Innledning

Forekomsten av muskel- og skjelettplager er i dag høyere enn noen sinne. Det samme gjelder behovet for behandling. I følge en fersk undersøkelse publisert i april 2015 gjennomført av Statistisk sentralbyrå (SSB) var muskel- og skjelettplager den ledende årsak til at kvinner oppsøkte sykehus i 2014. Statistikken var høy også for menn, hvor muskel- og skjelettplager var nest vanligste årsak til sykehusbesøk, etter skader og forgiftninger.

Hjerte- og karsykdommer og kreft er i toppsjiktet over sykdommer befolkningen får behandling for. Samtidig er det en relativt liten forekomst av disse sykdommene hos personer under 40 år. Det viser at det er tre til fire ganger så mange mennesker som trenger behandling for muskel- og skjelettlidelser i så og si samtlige aldersgrupper, om de eldste utelukkes.

Studiet viser også at antall konsultasjoner for nevnte plager øker kraftig hvert år. Fra 2004-2014 økte forekomsten av konsultasjoner for muskel- og skjelettlidelser fra 60 til 98 per 1000 innbygger (1).

Denne studien bekrefter at behovet for behandling av muskel- og skjelettlidelser er stor, og øker med tiden. Studien tar utgangspunkt i antall sykehusbesøk, hvor andre alternativer til behandling ikke er regnet med. Totalt antall konsultasjoner for alle som oppsøker hjelp for disse plagene er dermed uvisst. Med "andre alternativer" menes andre profesjoner som tilbyr behandling for muskel- og skjelettlidelser, både yrker som er autoriserte og yrker som fortsatt kategoriseres som alternative. Eksempler på disse er kiropraktikk, naprapati, manuellterapi og osteopati.

1.1 Bakgrunn

I 2014 ble en av seks behandlet for muskel- og skjelettlidelser på sykehus. Slike lidelser omfatter ulike sykdommer, men en fellesnevner er at de ofte er forbundet med smerte og nedsatt funksjon (1). Stor forekomst av muskel- og skjelettplager fører også til at pasienter oppsøker ulike manuelle behandlere, og deres spesialkompetanse er nettopp muskel- og skjelettlidelser. Formålet til manuelle behandlere er å redusere smerte samt behandle den nedsatte funksjonen, nettopp slik SSB så var årsaken til økt sykehusbesøk i 2014.

I føle Nettavisen, Side 2, er kiropraktorer, naprapater, osteopater, fysioterapeuter og manuell terapeuter en del av kategorien manuell behandling. Denne artikkelen har som formål å fortelle leseren hvem de skal gå til vedrørende muskel- og skjelettplager (2). I følge TNS Gallup var Nettavisen en av de mest leste avisene i 2014 med 464 000 lesere daglig (3). Slike lesertall vil ha en stor innvirkning på den norske befolkningen, og de som leser artikkelen kan være fremtidige pasienter hos manuelle behandlere. Det vil derfor være av stor betydning for de manuelle yrkene at all informasjon via nettforum er korrekt fremstilt. I dag er det 400 kiropraktorer (4), 400 naprapater (5), 320 osteopater (Vedlegg 1) og 310 manuellterapeuter i Norge (6), og flere terapeuter er under utdanning. Ettersom det finnes mange alternativer der ute vil det være nyttig å kartlegge kjennskapen til de ulike behandlingsformene. Dersom noen behandlingsformer er mindre kjent kan det gi en indikasjon på økt behov for markedsføring.

Økt markedsføring skjer gjennom forbundene til de ulike manuelle behandlingsformene samtidig som markedsføringen fra de allerede praktiserende behandlere er vel så viktig. En dyktig manuell behandler er sin egen markedsfører.

1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling

Som osteopatstudenter ønsket vi å kartlegge kjennskapen til osteopati sammenlignet med de andre manuelle behandlingsformene. Vi ønsket å undersøke hva nordmenn vet om osteopati og hva de tror osteopater kan bidra med. Som osteopatstudenter opplever vi stadig at det er for lite informasjon om yrket. Ofte forekommer det spørsmål om hva en osteopat gjør. Vi opplever at mange ikke har hørt ordet osteopati. Noen tror osteopater er spesialister på føtter eller knokler, andre tror osteopaten behandler osteoporose, mens andre sammenligner profesjonen med fysioterapeuter. Dette mener vi er en utfordring for både eksisterende og kommende praktiserende osteopater, med tanke på antall deltid- og heltidsstudenter som utdanner seg i dag. I følge Susanna Bakken, administrativ studieleder ved Norges Helsehøyskole er det 255 heltidsstudenter og 29 deltidstudenter ved osteopati studiet (vedlegg 4). Det er i følge Norsk Osteopat Forbund (NOF) 255 osteopater som er medlemmer, samt 180 studentmedlemmer som holdes utenfor tellingen. Det er i følge NOF flere osteopater som ikke er medlem, og antar at det er rundt 320 praktiserende osteopater totalt i Norge per dags dato (vedlegg 1).

Hvor mange vet faktisk om osteopati, og hva skal til for å nå ut til den delen som ikke vet om profesjonen? Det er helt nødvendig at antallet pasienter øker i takt med antall praktiserende osteopater. Uten denne veksten vil vi kunne stå i fare for å være mange nyutdannede osteopater som ikke vil klare å overleve i yrket på grunn av manglende pasientantall. Manglende pasientantall kan assosieres med for lite informasjon. Ved å kartlegge dette temaet får vi en indikasjon på hvor stor kjennskapen til osteopati blant mannen på gata er, hvor vi deretter kan forsøke å finne løsninger og tiltak for å gjøre oss mer kjent. I et allerede tøft marked for manuelle behandlere mener vi det er verdt å kaste et lys på dette temaet. Med bakgrunn i dette har vi følgende problemstilling:

1.3 Problemstilling

«Hvor kjent er osteopati sammenlignet med andre manuelle behandlingsformer, og hva vet nordmannen på gata om osteopati?»

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

Vi ønsket å undersøke nordmenns kjennskap til manuell behandling, da spesielt osteopati sammenlignet med de andre profesjonene. Det er dette som er av interesse for oss da vi i fremtiden skal praktisere osteopati i Norge. Vi brukte ordet «kjent» da vi primært vil vite om de har kjennskap til de ulike formene, og ikke om de vet hva forskjellen er. I denne sammenhengen betrakter vi ordet *kjennskap* som synonymt med *har hørt om*. Vi ville også kartlegge om informantene kjenner til osteopati sammenlignet med de andre manuelle behandlingsformene, dette for å finne ut om det er behov for å aktivere tiltak for å bemerke

osteopaten blant befolkningen. "Nordmannen på gata" representerer informantene vi ønsket å kartlegge. Vi ønsket å spørre helt tilfeldig utvalgte om hva de visste om osteopati og de andre behandlingsformene. De andre manuelle behandlingsformene vi ønsket å kartlegge var kiropraktikk, naprapati og manuell terapi. Bakgrunnen for valget av behandlingsyrker i denne undersøkelsen er yrker som er tilnærmet lik osteopati. Fysioterapi utelukkes primært på grunn av at det er en helseprofesjon leger gir henvisninger til, noe som ikke forekommer blant de andre behandlingsformene. Dette gjør det vanskeligere å vite om fysioterapi er noe pasienter ville oppsøkt på eget initiativ uten å få rekvisisjon fra lege. Osteopater, naprapater og manuell terapeuter blir ofte satt i kategorien «alternativ medisin», mens kiropraktorene har en beskyttet tittel og autorisasjon. Kan kategorien alternativ medisin gi et negativt bilde på deres yrke, og vil dette ha en påvirkning på pasientenes valg av behandlingsform? Hadde dagens situasjon vært annerledes om alle profesjonene var autoriserte, og hvordan hadde dette påvirket pasientens valg av terapeut? Kan autorisasjon være synonymt med mer tilgjengelig og korrekt informasjon om profesjonene?

1.5. Begrepsavklaringer

Manuelle behandlingsformer: Kiropraktikk, naprapati, manuell terapi og osteopati. Under følger forbundenes egne beskrivelser på hva de fire profesjonene er;

Hva er kiropraktikk: "Helseprofesjon som befatter seg med diagnostikk, behandling og forebygging av biomekaniske feilfunksjoner i bevegelsesapparatet samt vurderer effekten av dette på nervesystemet og individets generelle helsetilstand. Behandlingen baseres i stor grad på manuelle metoder."(7)

Hva er Naprapati: «Naprapati innebærer å diagnostisere, behandle og rehabilitere smertetilstander og funksjonelle problemer i ledd og muskler. Behandlingen bygger på ortopedisk medisin kombinert med god kunnskap om bevegelsesapparatets oppbygning og funksjon. Denne tanken ligger til grunn for naprapati og kan betegnes som selve kjernen. Ordet naprapati betyr å korrigere årsak til lidelse.»(8)

Hva er Osteopati: «Osteopati bygger på medisinske fag som anatomi, fysiologi, biomekanikk og patologi. Osteopati fokuserer på å se sammenhenger i hele kroppen, ikke bare muskel-skjelettsystemet, for å finne årsaken til plagene. Årsaken til plagene kan være et annet sted enn der smerten oppleves. "Enkeltdelene påvirker helheten og helheten påvirker enkeltdelene."(9)

Hva er Manuellterapi «Manuellterapeuter er eksperter på muskel- og skjelettsystemet. Manuellterapeuter undersøker, vurderer og behandler plager i muskel-/skjelettsystemet for å gjenopprette eller bedre kroppens funksjoner. De kan differensialdiagnostisere, det vil si skille mellom sykdommer i muskel- og skjelett og andre farlige sykdommer med samme symptomer (for eksempel brudd, skader, kreft eller inflammasjon). I undersøkelsen kan manuellterapeuten rekvirere bildediagnostikk (røntgen/MR/CT) og henvise til spesialist. Som del av behandlingen kan manuellterapeuten henvise til fysioterapi. Du trenger ikke

henvisning fra lege for å få trygderefusjon hos manuellterapeut. Manuellterapeut kan også sykmelde.» (6)

1.6 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er bygd opp rundt relevant teori fra tidligere undersøkelser. Undersøkelsene tar for seg temaer som økt bevissthet rundt alternativ behandling og om det har vært en økning av pasienter til behandlingsyrkene. I begynnelsen av oppgaven vil det gjøres rede for begreper og det vil presenteres en teoretisk del som vi anser som relevant for undersøkelsens formål og problemstilling. Videre vil vi presentere valg av metode og hvordan vi valgte å kartlegge studiens formål, nemlig kjennskapen til osteopati og andre manuelle behandlingsformer. Innsamlet data vil deretter presenteres og settes opp mot relevant teori og problemstilling. Avslutningsvis vil det presenteres en diskusjon og konklusjon, samt anbefalinger angående potensielle forbedringsområder.

Oppgavens oppbygging er etter *Retningslinjer for oppgaveskriving* fra LUVIT, som er Norges Helsehøyskoles læringsplattform.

2 Teoretisk forankring

Dette kapitlet vil presentere en forskningsartikkel fra SSB hvor det rettes et fokus mot alternativ behandling. Videre i kapitlet presenteres de manuelle behandlingsformene vi har valgt å se på i denne studien.

2.1 Levekårsundersøkelse fra Statistisk sentralbyrå

I Norge er valg av manuelle behandlingsformer en økende trend blant befolkningen. Trender i tiden er personlig utvikling, helhet og naturlighet. I følge en artikkel fra SSB har andelen av den voksne befolkningen som har benyttet alternative behandlingsformer økt med godt over 50 %, dette over en ti årsperiode. Artikkelen fra SSB bygger på levekårsundersøkelsen. Dette er en intervjuundersøkelse fra 2008 hvor omlag 10 000 personer ble trukket ut til være med, hvorav 6500 deltok. I undersøkelsen ble informantene spurt om de hadde vært til behandling hos ”type behandler”, og hvor mange ganger i løpet av de siste tolv månedene. ”Type behandlere” som var listet opp var homeopat, akupunktør, fotsoneterapeut/refleksolog, aromaterapeut, massasjeterapeut, naprapat, osteopat og healer (figur 1).

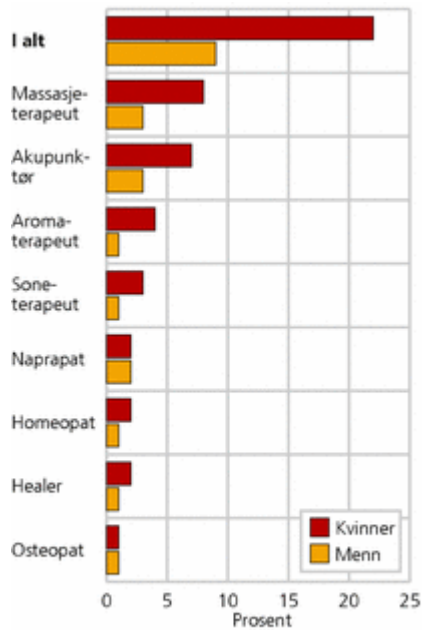
Artikkelen beskriver et skifte av folks holdninger knyttet til alternativ behandling. Da kiropraktorene fikk sin autorisasjon på slutten av 80-tallet, som tidligere ble ansett som en profesjon utenfor helsetjenesten, endret en del av holdningene seg på starten av 1990-tallet. I 1997 ble Aarbakke-utvalget etablert av Sosial –og helsedepartementet. Dette utvalget skulle se på ulike sider ved alternativ behandling, og det endte med nye lovforslag for alternativ behandling. Da de nye lovforslagene kom ble kvakksalverloven fra 1936 opphevet, og lov om alternativ behandling ble vedtatt i 2003.

Alternative behandlere har fokus på mestring av sykdom gjennom samtale, veiledning og berøring, samt at de bruker ulike teknikker for å stimulere kroppen til å lege seg selv.

I befolkningen er det utbredt av plager og sykdommer i muskel og skjelett, samt psykosomatiske lidelser. Disse lidelsene er det vanskelig å kartlegge ved kun objektiv tilnærming. Innenfor skolemedisinen er det vanskelig å finne en umiddelbar kur mot lidelsen, pasienter med slike lidelser må ofte til behandling over lengre tid. Skolemedisinen er i en endring der pasienter involverer seg selv i sitt eget sykdomsbilde. Pasienter kan selv skaffe informasjon om sykdom og komme med forslag til undersøkelse og behandling. Likevel har legens objektive funn større utsagnskraft enn pasientens subjektive symptomer. Om pasienten ønsker trygderettigheter og/eller sykemelding er det legens avgjørelse som er av betydning. Kiropraktorene har som tidligere nevnt oppnådd tilsvarende rettigheter når det kommer til trygderettigheter og sykemeldinger.

Intervjupersonene fra levekårsundersøkelsen forteller de har benyttet alternativ behandling for å lindre symptomer. Undersøkelsen viser til at de personer som har smerter, migrene/hodepine og følelse av energiløshet er de som har oppsøkt alternativ behandling. Undersøkelsen så også på om bruk av alternativ behandling reduserte besøk hos legen. Svaret her var tvert i mot. Undersøkelsen viser at de som har oppsøkt alternativ behandling har benyttet legetjenester i større grad enn befolkningen generelt. Av de som benyttet alternativ behandling hadde 90% hatt konsultasjon hos allmennlege, og 47 % hadde vært hos spesialist. Sett under ett har den voksne befolkningen flere legebekker når de har vært hos alternative behandlere, dette er uavhengig av både alder og kjønn.

Undersøkelsen viser at flere av de som benytter seg av alternativ medisin er mer opptatt av helhetlig tilnærming til plager og lidelser. Undersøkelsen viser at noen går til behandling for å styrke immunforsvaret og til forebygging av plager. Gruppen som går til alternativ behandling har lavere forekomst av røyking, har mer inntak av frukt og grønt, og de mosjonerer mer enn befolkningen flest. Resultatene i undersøkelsen viser at det er ikke er enten eller, men heller både og til skolemedisin og alternativ behandling. Intervjupersonene mener leger og alternative behandlere dekker forskjellige behov og at de utfyller hverandre (10).



Kilde: Levekårsundersøkelsen. Helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.

Figur 1. Levekårsundersøkelsen; antall menn og kvinner som har vært til alternativ behandling i 2008 (10).

2.2 Autorisasjon

Autorisasjon er en ordning som sikrer at personen som bærer denne yrkestittelen både har tilstrekkelig faglig kompetanse og de rette personlige egenskapene som kreves. Målet med dette er å ivareta pasientenes trygghet og sikkerhet. Autorisasjon tillater å ta i bruk den aktuelle yrkestittelen. Personer som ikke har autorisasjon kan ikke ta i bruk en yrkestittel som krever godkjenning for autorisasjon. En kan ikke benytte en yrkestittel som indikerer godkjent autorisasjon hvor dette ikke er tilfelle (11). I følge helsepersonelloven på Lovdata.no (helse- og omsorgsdepartementet) er det en rekke krav for å få tildelt autorisasjon. I kapittel 9, paragraf 48 er det beskrevet følgende;

Tabell 1. Krav for godkjent autorisasjon.

Rett til autorisasjon etter søknad har den som:

- a) har bestått eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høyskole eller videregående opplæring,
- b) har gjennomført praktisk tjeneste fastsatt i forskrift gitt av departementet,
- c) er under 75 år og

d) ikke er uegnet for yrket.

Rett til autorisasjon etter søknad har også den som:

a) har utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevn god med tilsvarende norsk eksamen,

b) har utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52, eller

c) på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet.

Departementet kan i forskrift bestemme at helsepersonellgrupper som ikke omfattes av første ledd, kan gis autorisasjon etter søknad. Ved avgjørelsen skal det legges vekt på hensynet til pasientsikkerhet, innhold og formålet med utdanningen, i hvilken utstrekning yrket utøves selvstendig og hensynet til harmonisering med andre land.

Departementet kan i forskrift fastsette tilleggskrav for autorisasjon for den enkelte helsepersonellgruppe, herunder at kravene skal gjelde for de som allerede har autorisasjon eller offentlig godkjenning ved forskriftens ikrafttredelse (12).

2.3 Yrkesforklaring

Dette kapittelet tar for seg de fire ulike profesjonene som i problemstillingen betraktes som manuelle behandlingsformer. Dette for å presentere deres likheter og ulikheter med bakgrunn i historie, filosofi, utdanning, behandlingsmål og behandlingsmetode.

2.3.1 Kiropraktikk

Kiropraktikk har vært et praktiserende yrke i Norge siden den første kiropraktoren startet i 1915, og i 1935 ble Norsk Kiropraktorforening stiftet. I 1988 ble kiropraktikk autorisert helsepersonell. Autorisasjonen gis til de kiropraktorene som har fullført og bestått utdanningen ved de forskjellige utdanningsinstitusjonene rundt om i verden som er sertifisert ECCE (European Council of Chiropractic Education) eller CCEI (The Councils on Chiropractic Education International). I 2006 fikk kiropraktikken i Norge nye rettigheter som er enestående i verden. Pasienter kunne oppsøke kiropraktor uten henvisning fra lege, og allikevel få refusjon. Kiropraktorene kunne begynne å henvise videre til lege, fysioterapi og til røntgen.

Den siste rettigheten ga rett til å sykemelde pasienter i inntil 8 uker (13).

For å bli kiropraktor finnes det mange utdanningsinstitusjoner rundt om i verden, men foreløpig ingen i Norge. Både England, Danmark, USA og Australia er eksempler på land som tilbyr denne utdanningen. Det er et studie som kombinerer både teoretisk undervisning og klinisk praksis. Utdanningen går over 5 år (14).

Per dags dato er det omkring 400 praktiserende kiropraktorer i Norge, med omtrentlig 270 studenter under utdanning (4). Kiropraktikk går hovedsakelig ut på å kartlegge og behandle muskel- og skjelettsystemet, tatt i betraktning av nervesystemets integrering i kroppen. Målet

er å gjenopprette kroppens optimale funksjon. Behandlingen består primært av å justere ledd ved såkalt manipulasjon for ledd, men omfatter også forskjellige bløtvevsteknikker for muskulatur og senestrukturer. Kiropraktorer er de eneste av de manuelle behandlingsyrkene som har integrert radiologi i utdanningsforløpet. Det betyr at de kan ta røntgenbilder og analysere disse selv. Flere har også i senere tid begynt å benytte seg av ultralyd som verktøy under undersøkelsesprosessen (15).

2.3.2 Naprapati

Naprapati stammer opprinnelig fra kiropraktikk, gjennom Oakley Smith. Han jobbet ved en kiropraktikkskole i USA, og startet deretter opp den første høyskolen for naprapater i 1907 (16). Naprapati betyr ”å korrigere årsak til lidelse”. Det beskriver godt naprapatens formål med behandlingen. I dag er det over 400 naprapater i Norge, i følge Norsk Naprapatforbund (NNF) (8).

”- Naprapati er en gren innen manuell medisin som gjennom helhetstenkning og behandling av muskler og ledd prøver å finne årsaker til smerter. Dette gjør vi gjennom massasje, tøying, triggerpunktsbehandling og manipulasjon, sier Tuva Grande, som er Leder i Norges Naprapatforbund.” (17).

Naprapater utdannes ikke i Norge. For å få medlemskap i NNF stilles det krav til å ha utdannet seg ved tre spesifikke skoler. Disse ligger i Stockholm i Sverige, Kotka i Finland og Chicago i USA (18). I følge NNF har alle medlemmene utdannet seg, eller er under utdanning, ved Naprapathögskolan i Stockholm. Utdanningen er en blanding av både teori og praksis og har et fireårig studieforløp (19). Naprapati er regnet som en alternativ behandlingsform her i Norge, og har ingen autorisasjon. NNF har godkjenning av autorisasjon som en av de viktigste sakene på sin agenda. Både Finland og Sverige har hatt autorisasjon siden 1994 (5).

Naprapati har som mål å gjennomføre en effektiv og sikker behandling av muskel- og skjelettplager. Det gjelder både akutte og kroniske plager, forbyggende og rehabiliterende behandling. Sykehistorie og undersøkelse gir naprapaten informasjon som bygger under den individuelle behandlingen. Hovedfokus ligger i å analysere og forebygge underliggende årsaker, hvor målet er å få optimal funksjon i muskel- og skjelettsystemet. Anerkjente behandlingsmetoder danner grunnlaget for behandlingen en naprapat tilbyr. Artikulering, treningsøvelser, manipulasjon, massasje, muskeltøying og triggerpunktsbehandling er noen av metodene naprapater tar i bruk under behandling. Ved å flette disse sammen i en behandling ønsker naprapaten å oppnå smertereduksjon i muskulatur og bedre bevegelighet (20).

2.3.3 Osteopati

Osteopati så dagens lys mot slutten av 1800-tallet da legen Andrew Taylor Still valgte å gå bort fra legeyrket og heller fokusere på å legge grunnlaget for et helt ny behandlingskonsept, nemlig osteopati. Han tok utgangspunkt i at kroppen kunne ha redusert funksjon og helse på grunn av samordningen mellom anatomi, biomekanikk og kroppens nerve, lymfe- og sirkulasjonssystem (21).

For å utdanne seg som osteopat i Norge tilbys det en bachelor i osteopati på Norges Helsehøyskole Campus Kristiania. Det tilbys i tillegg et påbygningsår som skal sikre faglig kvalitet, samt tilfredsstillende internasjonale krav til forløpet av osteopatiutdannelsen (22). Osteopati er, i likhet med naprapati, ikke et autorisert yrke i Norge. Osteopati er derimot autorisert i en rekke andre land, blant annet USA og England. I Norge betraktes osteopati som primærhelsetjeneste, som vil si at pasienter kan oppsøke osteopater uten henvisning (23). Osteopater vurderer alltid symptomer og tegn på alvorlige tilstander som krever henvisning til annen helsetjeneste. Hos en osteopat vil pasienten kunne forvente en dialog rundt behandlingsmål og behandlingssekvens, samt komme til enighet om hva pasienten selv må ta ansvar for (24). Osteopati baseres på naturvitenskapelige og kliniske fag, og yrket tar utgangspunkt i den biopsykososiale modellen under undersøkelse og behandling av pasienter. Målet er best mulig kroppsfunksjon mellom muskel-skjelett, bindevevssystemet, nervesystemet og det sirkulatoriske systemet. Osteopater mener at nevnte systemer henger sammen, og for å oppnå optimal kroppsfunksjon kreves det at disse fungerer optimalt. En osteopat streber etter å oppnå bedring av årsakene til pasientens plager via kroppens egen evne til å hjelpe seg selv. Sammenhengene mellom smerte/problem og årsak kan være mange, og en osteopatisk undersøkelse vil kartlegge årsaken til den aktuelle pasienten. Deretter vil pasienten bli behandlet med et utvalg av osteopatiske teknikker som osteopaten basert på funn fra undersøkelsen mener vil hjelpe pasienten best mulig. Hvert individ er forskjellig, og derfor behandler osteopater det enkelte individ svært forskjellig selv om plagene tilsynelatende er de samme. Osteopatisk undersøkelse og behandling er trygg, og tilpasses pasienter i alle aldersgrupper (9).

2.3.4 Manuellterapeuter

For å bli en manuellterapeut må man være ferdig utdannet fysioterapeut som grunnlag for å kunne søke seg inn på utdanningen for å bli manuellterapeut. Det er et toårig masterstudium på Høgskolen i Bergen. Et annet alternativ til masterstudiet i Bergen er å bestå kurs i radiologi, differensialdiagnostikk og laboratorieanalyser, samt trygdefaglige temaer. En manuellterapeut jobber primært med muskel- og skjelettsystemet. I dag er det omkring 310 praktiserende manuellterapeuter (6).

Manuellterapeuter er ikke et autorisert yrke, men er autorisert gjennom fysioterapi. En prøveordning kalt "Henvisningsprosjektet" har gitt manuellterapeuter funksjonen "sykemelder". Denne prøveordningen ble gjennomført i tidsrommet 2001-2005 i områdene Hordaland, Vestfold og Nordland. I 2006 ble manuellterapeuter tildelt denne ordningen på fast basis over hele landet, noe som gir dem rett til å sykemelde og henvise pasienter (25). Dette innebærer at de kan henvise videre til lege, billeddiagnostikk eller fysioterapi, samt gi sykemelding til pasienter i inntil tolv uker.

Manuellterapeuter praktiserer på mange forskjellige arenaer; privat sektor, på sykehus, i forbindelse med idrett og idrettslag, samt innenfor forskning (6).

Sentral tankegang i manuellterapien er optimal funksjon av ledd. Denne behandlingsformen søker etter å normalisere kroppens funksjon funksjonelt, strukturelt og på aktivitets- og deltakelsesnivå. Ekstremitetene og ryggstøyle står i fokus og det er utviklet mange metoder for å undersøke og kartlegge bevegelse i leddene som befinner seg i armer og bein, samt

rygg. Bakgrunnen for behandlingen av pasienter går ut på biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. En behandling hos manuellterapeuter består av sykehistorie, undersøkelse og behandling. Sykehistorie og undersøkelse gir grunnlag for diagnose og videre behandlingsplan.

Hovedmålet er å optimalisere funksjon i muskel- og skjelettsystemet, samt bedre funksjonssvikt eller smerter. Manuellterapeutiske behandlingsmetoder er varierte. Mobilisering, manipulasjon, bløtdelsbehandling, immobilisering, elektroterapi og triggerpunktbehandling er et utvalg av metoder manuellterapeuter kan ta i bruk. Manuellterapeutene mener at det som skiller dem fra andre yrker er målrettet opptrening. De utfører manuelle teknikker kombinert med behandling som hvor formålet er å trene opp kroppens nedsatte funksjon, og mener at dette er spesielt for deres yrke (26).

3 Metode

I denne delen vil vi beskrive ulike metoder i et forskningsdesign. Vi vil presentere teorien bak utvelgelsen av informanter, hvordan et spørreskjema utarbeides og hvordan datamaterialet tolkes. I samme kapittel vil vi presentere hvilket forskningsdesign vi har valgt for å besvare problemstillingen vår. Vi vil beskrive hva vi har gjort og hvordan. Vi vil også presentere utvalget, undersøkelsesinstrument, hvordan vi utførte undersøkelsen i kronologisk rekkefølge fra start til slutt, samt hvilket verktøy vi benyttet ved utarbeiding av data. Avslutningsvis vil vi diskutere undersøkelsens validitet og reliabilitet.

3.1 Kvantitativ metode

Valg av undersøkelsesmetode er en viktig del av forskningen. En forsker må evaluere hva som skal undersøkes og hvordan det skal undersøkes. I tillegg må forskeren bestemme seg for hvilken form dataen skal presenteres i.

Den kvantitative metoden bygger på et utenifra-perspektiv. Avstand og nøytralitet råder, og forskeren/intervjueren har en avstand til informantene med et jeg-de forhold. Metoden krever å innhente informasjonen så objektivt som mulig. Dette er en nødvendig forutsetning ved analyse og bearbeiding av data i kvantitativ metode. Dette er viktig for at undersøkelsen skal være etterprøvbart (27).

Kvantitativ metode kan deles inn i to; beskrivende (deskriptive) prosjekter og forklarende prosjekter.

Beskrivende prosjekter er som oftest et tverrsnittstudie som beskriver noe om en bestemt populasjonen på et gitt tidspunkt. Forklarende prosjekter er et design som brukes for å si noe om årsakssammenhenger (kausaltitet) (28).

For å besvare problemstillingen valgte vi å gjennomføre et kvantitativt tverrsnittstudie. Kvantitativ metode valgte vi for å sikre oss objektive data på hva nordmannen på gata faktisk vet om osteopati og andre manuelle behandlingsformer. Ettersom undersøkelsen ble gjort på

et gitt tidspunkt med et gitt utvalg av informanter ble dette et tverrsnittstudie.

3.2 Utforming av spørreskjema

I kvantitative metoder er forskjellige former for utspørringsteknikker vanlig. Spørreskjema er en av disse teknikkene. En spørreundersøkelse dreier seg som regel om en *survey-undersøkelse*. Betydningen av survey er overblikk, og formålet med en survey er å få overblikk over sosiale forhold blant utvalget. Svarene som blir gitt under undersøkelsen regnes som data. Det er et gjennomgående mønster i en survey-undersøkelse:

1. Forskeren lager standardiserte spørsmål.
2. Respondentene svarer på disse spørsmålene
3. Sosial virkelighet er det spørsmålene skal gi kunnskap om.

Det finnes tre forskjellige måter å samle inn data ved hjelp av spørreskjema. Ved bruk av spørreskjema deles metodene inn i tre deler. Informantene kan bli spurt enten ansikt til ansikt (besøksintervju) (tabell 2), via telefon (telefonintervju), eller via internett eller post (postintervju). Eksempel på sistnevnte kan være epost eller brev. Det finnes fordeler og ulemper ved alle tre varianter (29).

Tabell 2. Fordeler og ulemper ved besøksintervju (29).

Fordeler ved besøksintervju	Ulemper ved besøksintervju
Intervjuer kan identifisere seg og gi informasjon om undersøkelsen	Det er tidkrevende å oppsøke informantene
Intervjuer kan være tilstede og forklare spørsmål, samt oppklare misforståelser	Informanten kan bli distraheret av omgivelser (telefon, familiemedlemmer og andre forstyrrelser)
Kan gi mulighet for bruk av visuelle hjelpemidler	Avhengig av form og størrelse på skjema; kan ta mye av respondentens tid
Kan hjelpe intervjuer til å oppdage misnøye, irritasjon, engstelse, mistolkning m.m	Samtale mellom intervjuer og respondent kan føre til feilkilder og/eller påvirke i en ledende retning

Det vil være en fordel å benytte åpne og lukkede spørsmål i en spørreundersøkelse. Fordeler med åpne spørsmål er at det avdekker uvitenhet hos informanten. I tillegg vil ikke spørsmålene påvirke informanten og informanten skriver sin egen oppfatning. Ulempen vil være at det tar lengre tid og større risiko for manglende svar. Lukkede spørsmål letter forskerens arbeid og koding av svar. Spørsmålene blir tydelige når alternativene foreligger, det gir bedre mulighet for sammenligning av svar og det kan i tillegg hjelpe respondenten til å huske. Ulempen er at det utelukker svar som respondenten egentlig ville svart. I lukkede spørsmål er det viktig å avdekke alle tenkelige svar, og ”vet ikke” er et viktig svaralternativ (30).

Spørreskjemaer kan være strukturerte hvor svaralternativene er oppgitte svaralternativer. Dette betegnes som prestrukturerte spørreskjemaer (pre= på forhånd). Som nevnt kan spørreskjema også inneholde åpne spørsmål. Dersom spørreskjemaet inneholder både prestrukturerte og åpne spørsmål betegnes dette som semistrukturerte spørreskjemaer (semi = halv) (31).

For å sikre kvantitative data valgte vi å gjennomføre en spørreundersøkelse. Spørreskjemaet ble utformet som et semistrukturert spørreskjema, som betyr at vi utformet spørreskjemaet med både åpne og lukkede svaralternativ. I tillegg ble det benyttet spørsmål med flere svaralternativer. Spørreskjemaet ble på totalt ni spørsmål hvor de to første bestod av ”Kjønn” og ”Alder”. Dette for å ha en oversikt over antallet av menn og kvinner. Den samme hensikten hadde vi med aldersgrupperingen. Vi ønsket så jevnt antall som mulig av menn og kvinner, samt å ha en mest mulig lik fordeling av aldersgruppene. De siste syv spørsmålene gikk direkte på kjennskapet til osteopati og andre manuelle behandlingsformer. Oppbyggingen av spørreskjemaet gikk fra det generelle til det spesielle. Det generelle betraktet vi som kjennskapet til de fire behandlingsformene, mens det spesielle betraktes mer inngående mot osteopati (vedlegg 3).

3.2.1 Undersøkelsesspørsmål

En slik undersøkelse har ikke vært utprøvd tidligere. For å utarbeide et godt spørreskjema må det klargjøres hva som skal finnes ut. I dette spørreskjemaet var det hensiktsmessig å ta utgangspunkt i problemstillingen. For å finne ut av hva nordmenn på gata vet om manuelle behandlingsformer måtte spørreskjemaet starte med et åpent spørsmål rettet mot dette. Tanken var å starte generelt med to spørsmål som omhandlet manuelle behandlingsformer. Det ble videre utviklet spørsmål rettet spesifikt mot osteopati, men flere av spørsmålene ble ekskludert fordi de ikke svarte på problemstillingen. Tilslutt bestod spørreskjemaet av ni spørsmål, hvor syv var rettet mot manuell behandling og osteopati. Under presenteres spørsmålene med en kort beskrivelse av formålet.

Generelt:

Spørreundersøkelsen startet med et bredt spørsmål for å se hvilken av behandlingsformene som er mest kjent.

1. *"Kjenner du til en eller flere av disse behandlingsformene?"*

Neste spørsmål var fremdeles bredt . Dette for å kartlegge hvilken behandlingsform flest informanter har benyttet.

2. *"Har du vært til behandling hos en eller flere av disse behandlingsformene?"*

Spesielt/spesifikt:

Her innledes første spesifikke spørsmål rettet mot osteopati. Dette for å kartlegge kjennskapen.

3. *Har du hørt om osteopati?*

For å vite hvor/hvordan informanten har hørt om osteopati

4. *Om du kjenner til osteopati, hvor har du hørt om denne behandlingsformen?*

Om informanten har hørt om osteopati; vet h*n hva en osteopat gjør?

5. *Hva gjør en osteopat?*

For å kartlegge om informanten vet når/i hvilken situasjon h*n kan oppsøke en osteopat

6. *Når kan du oppsøke en osteopat?*

Generelt:

Siste spørsmål hadde som formål å kartlegge hvilken behandlingsform som er mest foretrukket å oppsøke ved muskel og skjelettplager. Her ble det presentert flere behandlingsformer, som bla. lege og fysioterapeut. Dette var for å se om de var mer foretrukket fremfor kiropraktikk, naprapati, osteopati og manuell terapi.

7. *Om du fikk plager i muskel -og skjelettsystemet, hvilke(n) behandlingsform ville du oppsøkt?*

Spørreskjemaet ble utformet i Monkeysurvey som er et nettbasert program. Monkeysurvey var et godt alternativ fordi spørreskjemaet så profesjonelt ut. Ettersom det ikke har blitt gjennomført en slik studie tidligere utarbeidet vi spørreskjemaet selv. Mange velger å sende spørreskjemaer fra Monkeysurvey via mail, men vi skrev ut spørreskjemaet i papirform ettersom ønsket var å "intervjue" informantene ansikt til ansikt.

3.3 Utvalg

Etter valg av forskningsdesign og utarbeidelse av spørreskjema må det gjøres opp en mening om hvilke respondenter som ønskes i undersøkelsen. Det er også viktig å se på hvor stort utvalget skal være. I utgangspunktet kan bare de utvalgte respondentene si noe om den innsamlede dataen, men av økonomiske, tidsmessige og praktiske årsaker kan det ikke samles inn informasjon om alle undersøkelsesenheter vi er interessert i. Det må derfor trekkes slutninger ut i fra det faktiske datamaterialet som er. Dette betyr at vi ønsker å *generalisere*. For å si noe om den *typiske* enheten ønskes informasjon fra et stort utvalg av respondenter.

Dette fordi det er mer representativt for alle undersøkelsesenheter. Undersøkelsesenheten forskeren vil si noe om heter en *populasjon*. For å si noe om populasjonen uten å ha direkte kontakt med alle i form av intervju eller observasjon trekkes det ut et utvalg fra populasjonen. Det er utvalgsmetoden som kan avgjøre om utvalget er representativt for populasjonen. Det vil si at resultatene fra utvalget kan knyttes opp til at de samme resultatene som ville forekommet ved undersøkelse fra samtlige enheter i populasjonen. Jo større utvalget er jo større sannsynlig er det at egenskapene er lik populasjonens egenskaper. Dette avhenger også av populasjonenes størrelse. Jo større populasjon jo større bør utvalget være.

Utvalget kan deles inn i *sannsynlighetsutvalg* og *ikke-sannsynlighetsutvalg*.

Sannsynlighetsutvalg er en måte å sikre seg mot feilmarginer. Dette er en måte å sikre at utvalget kan generaliseres. Sannsynlighetsutvelgelse kan deles inn i *enkel tilfeldig utvelgelse* og *systematisk utvelgelse*. I enkel tilfeldig utvelgelse er det viktig at forskeren tilrettelegger for at alle i populasjonen har like stor sannsynlighet for å bli valgt ut. Dette kan gjøres ved at hver enhet i populasjonen får tildelt et tall, så trekkes informanter til utvalget ut ved loddrekning. Systematisk utvelgelse foregår ved at enheter i populasjonen blir trukket ut ved en fast avstand til hverandre. For eksempel at hver tiende person trekkes ut.

Ikke-sannsynlighetsutvelgelse er hensiktsmessig av praktiske og økonomiske grunner. Det er derimot vanskeligere å generalisere ut i fra denne utvelgelsen. Det finnes flere former for ikke-sannsynlighetsutvelgelse, som *selvseleksjon*, *slumpmessig* og *kvoteutvelgelse*.

Selvseleksjon innebærer at enhetene selv velger å være med i undersøkelsen, som f. eks ved at forskeren setter inn en annonse hvor det søkes intervjupersoner til et bestemt prosjekt.

Slumpmessig innebærer at forskeren står på f. eks gata og samler inn intervjupersoner etter hvert som de passerer. Kvoteutvelgelse er en mer nøyaktig form for slumpmessig utvelgelse. Her kan forskeren være selektiv på de han eller hun vil stoppe. Et eksempel kan være at forskeren vil ha jevn fordeling av menn og kvinner, så forskeren stopper kun de informantene som trengs for å ha et jevnt utvalg av kjønn (32).

Da vi skulle bestemme oss for utvalget måtte vi ta utgangspunkt i problemstillingen. Vi ønsket å se på hva nordmannen i gata vet om osteopati og andre manuelle behandlingsformer. Populasjonen var nordmannen i gata, og for å få et mest representativt utvalg av denne populasjonen bestemte vi oss for å gjøre en kvoteutvelgelse. Dette innbar å stå på gata og samle informanter, mens vi var selektive i utvelgelsen for å ha en jevn fordeling av menn og kvinner, samt jevn fordeling av aldersgrupper. Ønsket var flest mulig informanter og samtidig kartlegge forskjellige deler av Oslo for å få et mest representativt utvalg. For å kartlegge de forskjellige områdene i Oslo valgte vi oss ut fire forskjellige kjøpesentre, henholdsvis øst, vest, nord og i sentrum. Kjøpesentrene var Tveita senteret, CC vest, Storo Storsenter og Byporten. Vi ønsket å oppnå like mange besvarelser fra hvert område slik at det skulle bli tydeligere å finne en eventuell forskjell mellom områdene.

Dette stod ikke til problemstillingen, men vi ønsket å sikre oss mot feilkilder ettersom det kan være forskjeller på kjennskapen til manuell behandling mellom kjønn, alder og Oslo øst, vest, nord og i Oslo sentrum.

For å generalisere utvalget må det regnes ut hvor mange respondenter undersøkelsen bør ha. Denne utregningen må inkludere 1,96 som er normalfordelingen av to standardavvik, som er det samme som 0,05 som er p-verdien som gir et konfidensintervall på 95%. I tillegg et anslagstall som er ukjent. I denne undersøkelsen er det ikke mulig å anslå et tall for forventet

andel, dette fordi undersøkelsen ikke er gjort tidligere. Dermed ble det benyttet en binomisk respons basert på presisjon i estimater. Dette kan estimere antallet respondenter som bør tas med i undersøkelsen (33). Det estimerte tallet er 385 respondenter, og dette tallet betyr at det bør være med 385 deltagere for å generalisere den norske befolkningen. I følge SSB er det pr. 1. januar 2015 4.054.309 nordmenn over 18 år (34).

3.4 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er viktig med tanke på å spesifisere kriteriene til utvalget så godt som mulig. Det vil si at det er spesielle krav som bestemmer om deltakerne/pasientene kan delta i undersøkelsen eller ikke. Under (tabell 3) vises de inklusjons- og eksklusjonskriterier vi valgte å ha med i undersøkelsen

Tabell 3. Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier i undersøkelsen.

<p>Inklusjonskriterier</p> <ul style="list-style-type: none">● Informanter over 18 år Personer under 18 år har sjeldnere muskel- og skjelettplager, samt at barn under 18 år ikke er myndige. Vi mener det er uetisk å spørre barn under 18.● De som bodde i Norge på det gitte tidspunkt hvor undersøkelsen fant sted For å kartlegge nordmannen på gata ønsket vi å forholde oss til de som bor i Norge.● Norskspråklige Vi ønsket norskspråklige for å unngå misforståelser
<p>Eksklusjonskriterier</p> <ul style="list-style-type: none">● Informanter under 18 år● De som ikke bodde i Norge på det gitte tidspunkt hvor undersøkelsen fant sted● Ikke norskspråklige

3.5 Pilotstudie

Helt i starten laget vi en prosjektplan. Dette var for å ha et verktøy slik at vi disponerte tiden riktig, samt for å kunne sikre at alle elementene i en bacheloroppgave var med. I tråd med utarbeidelse av prosjektplanen valgte vi å gjennomføre et pilotstudie av spørreskjemaet (vedlegg 2). Dette for å sikre at vi faktisk fikk svar på det vi spurte om. Pilotstudie er en forberedende undersøkelse hvor hensikten er å teste ut undersøkelsesinstrumentet, for eksempel et spørreskjema (35).

Et pilotstudie kan hjelpe forskeren til å vise til hva som fungerer og hva som må forbedres. En pilotstudie kan gjøres på hele forskningsprosjektet eller det kan gjøres på et avgrenset forsøk i forskningen, for eksempel spørreskjemaet. Forsøkspersonene i pilotstudien bør være representative for individene i selve undersøkelsen (36).

Da vi utførte pilotundersøkelsen oppholdt vi oss i kantinen på Norges Helsehøyskole Campus Kristiania og spurte tilfeldige personer om de kunne sette av et par minutter til å svare på en undersøkelse. De vi spurte var elever mellom 22-29 år som studerer markedsføring. Vi hadde med oss femten spørreskjemaer. Etter utfylt skjema ba vi de om tilbakemelding og tanker på

hva som kunne vært gjort annerledes eller bedre. Informanten i pilotstudien ga oss tilbakemelding på noen av spørsmålsformuleringene og at vi burde ha med flere svaralternativer. De opplyste om at vi burde ha med ”Vet ikke”, samt ha med “Nei” som alternativ.

3.6 Etiske prinsipper

I en forskningsprosess er det viktig å følge etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. Helsinkideklarasjonen er det sentrale dokumentet ved medisinsk og helsefaglig forskning. Følgende fire etiske prinsipper inngår i deklarasjonen:

1. Autonomiprinsippet: Dette prinsippet bygger på at alle har rett til å bestemme selv. Dette betyr at forskeren må ta hensyn til ulike personers mulighet til selvbestemmelse (37).
2. Godhetsprinsippet: Dette prinsippet innebærer at hver og en skal etterstrebe å gjøre det gode, samt forebygge og forhindre skade. Formålet i forskningen skal være å oppnå ny og viktig kunnskap som kan bedre folks hverdag (37).
3. Prinsippet om ikke å skade: Prinsippet innebærer at man ikke skal utsette andre for skade. Utgangspunktet er å vise respekt for forsøkspersonene (37).
4. Rettferdighetsprinsippet: Dette prinsippet innebærer at alle skal behandles likt, men er det biologiske forskjeller mellom f. eks alder og kjønn kan det rettferdiggjøres å behandle dem forskjellig (37).

Vi så ingen etiske problemstillinger ved gjennomføringen av forsøket. All data ble anonymisert, og ingen data kunne spores tilbake til informantene. I tillegg var ingen utsatt for fare eller skade, og heller ble ingen behandlet ulikt. Vi respekterte alle forbipasserende og alle fikk selv bestemme om de ville bli med i spørreundersøkelsen.

3.7 Gjennomføring av undersøkelsen

Da spørreskjemaet var endret etter pilotstudien startet vi selve undersøkelsen. Det første stedet vi besøkte var Tveita senteret. Da vi ankom Tveita senteret var det første vi gjorde å kontakte senterledelsen hvor vi presenterte oss som osteopati studenter som skrev bacheloroppgave og som ønsket å gjøre en spørreundersøkelse på deres kunder. De sa ja til vår forespørsel og dermed fant vi et åpent område på senteret og stilte oss opp. Da vi stoppet menneskene hadde vi forberedt en frase som het “Hei, vi holder på med en bacheloroppgave innen helse, kan du avse to minutter for å svare på en spørreundersøkelse?” Denne frasen kom vi frem til etter kort tid da vi opplevde avslag da vi bare innledet med å si “Hei”. Vi opplevde at et “Hei” ble forvekslet med at vi skulle selge noe. Da vi raskt la til “Vi holder på med en bacheloroppgave innen helse, kan du avse to minutter for å svare på en spørreundersøkelse” var det flere som var villige til å stoppe og fylle ut skjemaet. Derfor ble dette en gjennomgående setning som ble brukt til hver informant. Det var også viktig for oss å si det samme da vi var to intervjuere. Vi visste det kunne bli feilkilder dersom vi brukte forskjellige ord og setninger til de vi stoppet.

Informantene måtte selv lese teksten og fylle ut skjemaet. Vi ønsket ikke å lese opp spørsmål og svaralternativer i tilfellet det skulle bli misforståelser eller at vi skulle legge ekstra trykk på et ord som kunne påvirke svaret deres. Vi valgte å ikke snakke med informantene mens de fylte ut skjemaet. Noen stilte oss spørsmål underveis i besvarelsen, dette var spørsmål som,

“hva studerer dere” eller “jeg har hørt om osteopati, men jeg husker ikke hva det er. Kan du hjelpe meg?” Vi sa til alle som stilte spørsmål underveis at vi kunne besvare deres spørsmål etter gjennomført spørreundersøkelse. Dette for å ikke påvirke informantenes svar, for vi ønsket deres oppriktige kunnskap og mening.

Vi hadde samme fremgangsmåte på Storo senteret, Byporten og CC vest. Vi kontaktet først senterledelsen og presenterte oss selv. Senterledelsen var uten unntak positive til vårt besøk og ga oss mulighet til å gjennomføre undersøkelsen. I kontakt med forbipasserende brukte vi samme frase, “Hei, vi holder på med en bacheloroppgave innen helse, kan du avse to minutter for å svare på en spørreundersøkelse?”

På alle fire kjøpesentre var vi opptatt av å få inn et tilnærmet likt antall menn og kvinner. Det var oftest lett å få besvarelser fra kvinner, så de siste skjemaene vi hadde igjen brukte vi på å skaffe oss besvarelser fra menn. Det samme gjorde vi med aldersgruppene. Vi så gjennom antall besvarelser fra aldersgruppene, og bestemte oss så for å kontakte de aldersgruppene vi trengte for å få et tilnærmet likt antall fra hver aldersgruppe.

3.8 Forskningseffekten

Forskningseffekten betyr at oppførsel og handlingsmønster til informanten påvirkes av at h*n blir observert. Det vil si at vedkommende kan opptre på annet vis enn hva h*n ville gjort i en naturlig setting, og kan dermed påvirke resultatenes gyldighet. Det er forskerens oppgave å tolke/vurdere i hvilken grad informanten påvirkes av forskningseffekten, og om det vil ha negativ effekt på undersøkelsen (38).

Ved gjennomføring av spørreundersøkelsen fant vi flere eksempler på antatt påvirkning av informantenes atferd. I forkant av undersøkelsen prøvde vi å gi lite informasjon om oss selv og osteopati som mulig, for å minimere påvirkning av resultatene. I ettertid fant vi tegn på at informanten har oppfattet at vi er osteopatstudenter, og kan ha oppgitt svar som ikke samsvarer med realiteten. Teorien bak dette bygger på at informanten gjennom hele skjemaet har krysset av at de ikke har noe som helt kjennskap til osteopati. På siste spørsmål, nr.9, (*Om du fikk plager i muskel -og skjelettsystemet, hvilke(n) behandlingsform ville du oppsøkt?*) krysset de dermed av at de ville oppsøkt osteopati ved muskel- og skjelettplager, men ingen av de andre helseprofesjonene. Hele 6 spørreskjemaer utarter seg på denne måten. Dette viser at de aldri har hørt om osteopati og vet ikke hva osteopater gjør, men likevel oppgir de at de ville ha oppsøkt osteopat ved plager i muskel- og skjelettsystemet. Vi mener det er grunn til å mistenke at forskningseffekten slo inn, og at informantene gjerne ville tilfredsstille oss som ansvarlige for undersøkelsen. Det kan hende de ville være høflige, og/eller ikke ville skuffe oss på noen måte. Vi valgte likevel å inkludere disse spørreskjemaene i oppgaven vår. Dette på bakgrunn av at gjeldene spørsmål er mindre viktig enn de andre spørsmålene som svarer mer til problemstillingen. Gjeldene spørsmål stod tilslutt, og dermed har informantene mest sannsynlig svart korrekt på de tidligere spørsmålene.

3.9 Analyse og tolking av data

Formålet med analyse av data er å kategorisere innsamlet informasjon for å beskrive hva som er funnet ut. Det er viktig å trekke ut data som er relevant og dermed utelukke den data som ikke er av relevans. Samtidig vil innsamlede data gjøre det mulig for forskeren å belyse problemstillingen. Kvantitative analyser kan gjennomføres ved bruk av statistiske

programpakker (39). I fremstilling av data er figurer og tabeller hensiktsmessig da de gir en billedlig fremstilling som er lettere å forstå (40).

Vi har valgt å benytte Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) som er en programvare pakke for statistikk beregninger. I SPSS valgte vi å gjøre crosstabs av to ulike variabler for å se om det er sammenhenger mellom dem. I tillegg gjorde vi analyse av hvert spørsmål i spørreskjema hvor dette ble målt i både antall og i prosent. Vi valgte også å bryte ned analysen mellom spørsmål 3 og spørsmål 4. Denne "Split file" - funksjonen benyttet vi for å se på prosenten mellom to variabler.

Da all data var analysert valgte vi å benytte Microsoft Excel for å lage kurvediagram, sektordiagram og stolpediagram. Kurvediagram benyttet vi for å presentere tallstørrelser etter kjønn, alder og område mot tallstørrelsen til kjennskapen til osteopati (spørsmål 3, alternativ 3.). Stolpediagram benyttet vi til å presentere svaralternativene til hvert spørsmål. Dette fordi svaralternativene er uavhengig av hverandre. Sektordiagram benyttet vi for å vise til prosentfordelingen.

3.10 Undersøkelsens kvalitet

I følgende avsnitt vil vi beskrive kvalitetssikringen av måleinstrumenter og vi vil se på om det er en overenstemmelse av målingene som ble utført i vår undersøkelse. For å besvare dette vil vi presentere en teoretisk del om *validitet* og *reliabilitet*. I den påfølgende delen vil vi presentere våre observasjoner knyttet til samme tema, hvor vi ser på styrker og svakheter ved undersøkelsen. På grunn av datainnsamlingsmetoden vi har valgt å anvende, vil begrepene bli mest relevant i forhold til spørreundersøkelsen.

3.10.1 Validitet

Validitet er et begrep innen forskning som forteller noe om måleinstrumentets evne til å måle det som skal måles. Med et eksempel kan det være spørreskjemaets evne til å spørre om det som skal besvares i problemstillingen. I spørreskjemaer hvor flere respondenter svarer "vet ikke" kan en konkludere med at spørreskjemaet har "lav validitet (41).

Spørreskjemaet som ble benyttet i vår undersøkelse har ikke vært benyttet tidligere, noe som kan anses med lav validitet ettersom skjemaet ikke er kvalitetssikret. Likevel anses flere av spørsmålene med høy validitet da de faktisk spør om det som ønskes besvart i problemstillingen. Det ble gjennomført en pretest av spørreskjemaet i en pilotstudie, som sikkerstilte skjemaets validitet.

Det er noen svakheter i spørreskjemaet. En av svakheten er at svaralternativene til ett av spørsmålene kommer på en annen side i spørreskjemaet, og i samme spørsmål mangler ett av svaralternativene sin avhuking, noe som kan resultere i at spørsmålet ikke blir krysset av. I spørreskjemaets første spørsmål ble det valgt å bruke ordet *kjenner du til*, fremfor *har du hørt om*, dette med bakgrunnen i problemstillingen som vil måle kjennskapen til de ulike manuelle behandlingsformene. Det ses i etterkant at flere respondenter tolket "*kjenner du til*" som en grundig kjennskap, og at de måtte vite hva alle svaralternativene er. I kapitlet

"Forskningseffekten" er andre observasjoner av spørreundersøkelsen belyst.

Ettersom utvalgsmetoden er slumpmessig utvelgelse, tolkes den statistiske konklusjonsvaliditeten som relativt lav. Dette medfører i teorien at vi ikke kan trekke konklusjoner basert på korrelasjonen mellom to variabler. Konklusjonen blir likevel at

spørreskjemaets utforming og spørsmålsformulering er av relativ høy validitet ettersom spørsmålene tester det vi hadde til hensikt å måle.

3.10.2 Reliabilitet

Reliabilitet forteller hvor pålitelig målingene er. Når uavhengige målinger gir tilnærmet lik resultat ser vi dette som høy reliabilitet. Det er viktig at de ulike leddene i målingen er fri for unøyaktigheter, hvor vi f. eks ikke har kodet eller registrert data feil. Med høy validitet må det være sikre data som viser til pålitelighet, egnet data vil belyse en vitenskapelig problemstilling (42). Reliabilitet må ha en overenstemmelse mellom flere målinger med samme måleinstrument, dvs. at de samme resultatene vil forekomme hver gang vi måler . Vi hadde en strukturert tilnærming til alle respondentene og spørreskjemaet ble utfylt etter lik instruks. Dermed kan det konkluderes med pålitelige målinger fra hver informant, dette vil regnes som høy reliabilitet. Samtidig er det ikke sikkert at alle respondentene tolket svarene helt likt, og med noen potensielle mistolkninger i spørreskjemaet kan dette aspektet vise til redusert validitet. Dersom denne undersøkelsen skal gjøres igjen, og forskeren klarer å ha lik tilnærming som oss, så er denne undersøkelsen av høy reliabilitet. Med det menes bruk av samme spørreskjema og lik tilnærming til informantene.

4 Resultater

I følgende kapittel vil vi presentere resultatene fra datainnsamlingen. Det er data fra spørreundersøkelsen vi legger til grunn for resultatene, samt for konklusjonen i senere kapittel. Funn fra spørreundersøkelsen vil her bli presentert i talldata, tabeller, søylediagram, sektordiagram og stolpediagram.

4.1 Funn fra områder, alder og kjønn

Vi har tidligere påpekt at området, kjønn og alder ikke er av stor betydning for vår problemstilling. Likevel ønsket vi å se nærmere på dette for å unngå tap av viktig data som kan være av betydning. Spesielt om det er store forskjeller mellom variablene.

Sammenligning mellom områder.

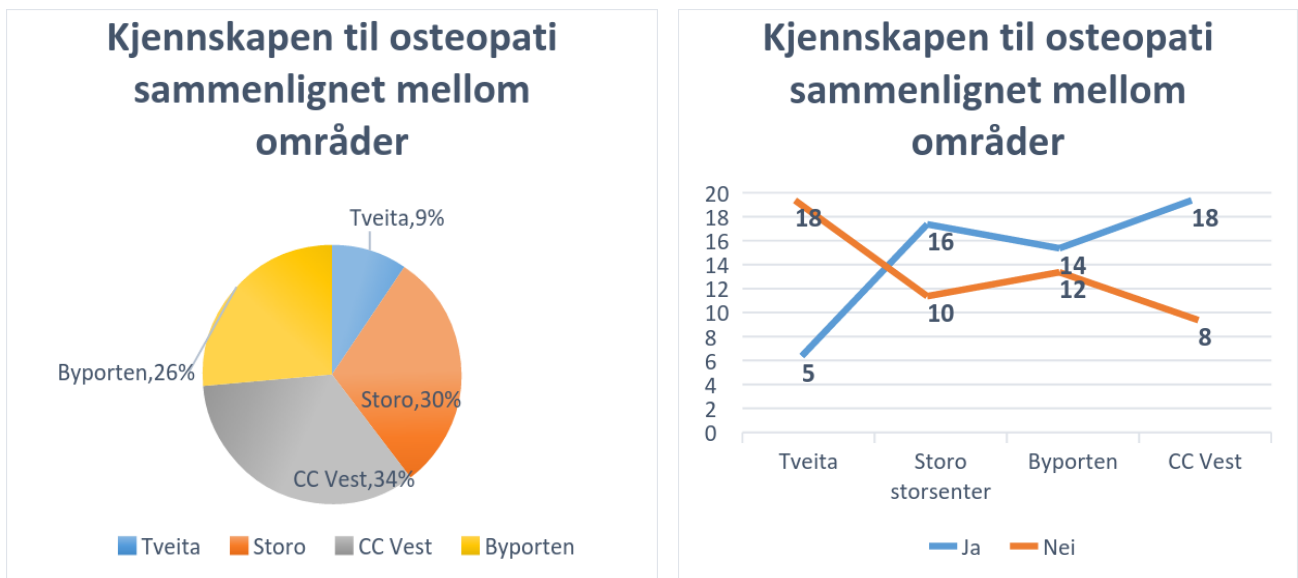
Ønsket var et tilnærmet likt svarantall fra de fire områdene som ble besøkt. Med unntak av Tveita Senteret klarte vi et likt antall (tabell 4). Tveita senteret var det første senteret som ble besøkt, og der forekom det dessverre en del ufullstendige skjemaer hvor flere informanter ikke hadde svart på alle spørsmålene. Derfor ble det valgt å ikke ta de med i analysen. Under er en tabell som beskriver området og antall besvarelser.

Tabell 4. Besvarelser fra de ulike områdene i Oslo.

Område	Antall besvarelser
Tveita senter	23
Storo Storsenter	26
Byporten	26
CC Vest	26
Totalt	101

Totalt ble antallet 101 besvarelser. Hvorav 26 stk. fra henholdsvis CC Vest, Byporten og Storo Storsenter, samt 23 fra Tveita senter.

Formålet var å se om det var store forskjeller mellom øst, vest, nord og sentrum av Oslo.



Figur 2 og 3 - Oversikt over resultatene for kjennskapen til osteopati, basert på områder

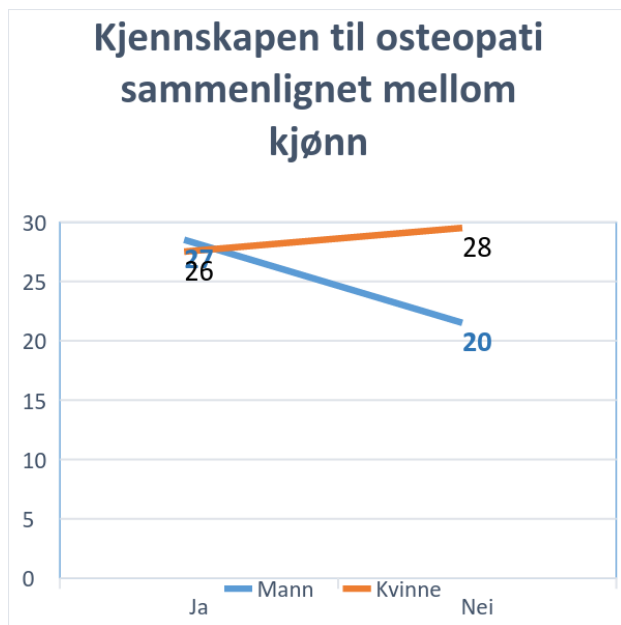
På CC vest oppga 34% at de hadde kjennskap til osteopati, mens på Storo oppga 30% at de hadde kjennskap til osteopati (figur 2 og 3). På Byporten var det 26% som hadde kjennskapen. Området færrest personer oppga de hadde kjennskap til osteopati var på Tveita med bare 10%. På Tveita sier 37% at de ikke har kjennskap til osteopati, sammenlignet med Byporten på 25%, Storo på 22% og CC Vest på 17%. Tveita skiller seg her klart ut i forhold til resten av byens områder hvor de har minst kjennskap til osteopati.

Sammenligning mellom kjønn.

I tillegg skulle det kartlegges om det var forskjeller i antall besvarelser fra menn og kvinner. Tabellen under (tabell 5) viser at det ble 47 besvarelser fra menn og 54 besvarelser fra kvinner.

Tabell 5. Besvarelser fordelt på kjønn

Kjønn	Antall besvarelser
Mann	47
Kvinne	54
Totalt	101



Figur 4 og 5. Kjennskapen til osteopati fordelt på kjønn.

Av disse er det et relativt likt antall som kjenner til osteopati, med kun en forskjell på 2%, hvor menn hadde størst kjennskap (figur 4 og 5). Det bør tas i betraktning at det var flere

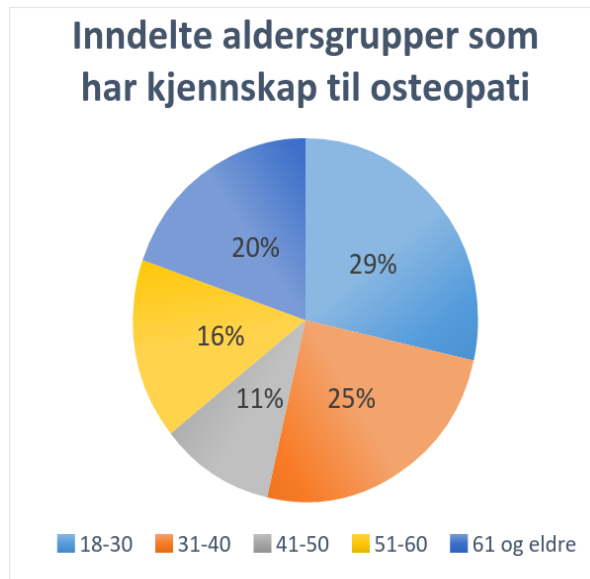
kvinnelige informanter, men likevel utgjør ikke 2% en stor forskjell mellom menn og kvinners kjennskap til osteopati.

Sammenligning mellom aldersgrupper.

Tabell 6. Antall besvarelser fordelt på aldersgrupper

Aldersgruppe	Antall besvarelser
18-30	43
31-40	21
41-50	7
51-60	11
61 eller eldre	19
Totalt	101

Under analysen av aldersgruppene var det sprik mellom antall informanter i gruppene (tabell 6). Det var en større andel av informanter i aldersgruppen 18-31. Som tabellen viser var det 43 personer i aldersgruppen 18-30 år, 21 personer i aldersgruppen 31-40 år, 7 personer i aldersgruppen 41-50 år, 11 personer i aldersgruppen 51-60 år og 19 i aldersgruppen 61 år og eldre.



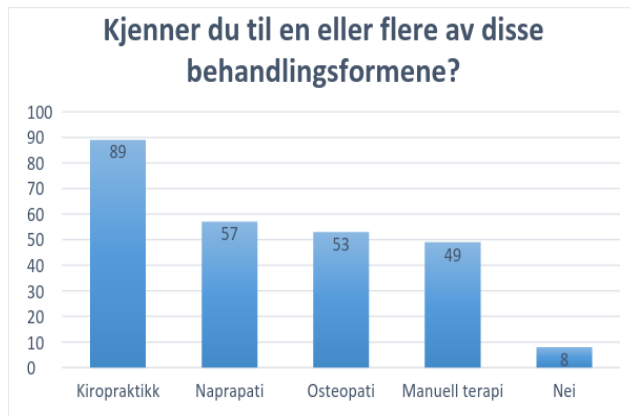
Figur 6. Fordeling av aldersgrupper som har kjennskap til osteopati.

Slik diagrammene viser er det en forskjell på hva de ulike aldersgruppene har av kjennskap til osteopati (figur 6). I aldergruppen 18-30 år har 28 % svart at de har kjennskap til osteopati, men samtidig har 60 % i samme gruppe svart at de ikke har kjennskap til osteopati. I aldergruppen 31-40 år har 25% svart at de har kjennskap til osteopati, men 16% i samme gruppe har svart de ikke har kjennskapen. I aldersgruppen 41-50 år har 11% svart de har kjennskap, mens 2% har svart de ikke har. I aldersgruppen 51-60 år har 16% svart de har kjennskap, mens 4% har svart de ikke kjenner til osteopati, mens siste gruppe i alder 61 år eller eldre har 20% svart de har kjennskap, mens 18% har svart de ikke kjenner til osteopati.

4.2 Funn fra spørreundersøkelsen

Kjenner du til en eller flere av disse behandlingsformene?

I spørsmål 3 ble informantene spurt om deres kjennskap til kiropraktikk, naprapati, osteopati og manuell terapi. "Nei" var også inkludert som et mulig svaralternativ for de som ikke hadde kjennskap til noen av behandlingsformene. I dette spørsmålet kunne informantene velge flere svaralternativer, her ønsket vi å vite hvilke de hadde kjennskap til og hvilke de ikke hadde kjennskap til.



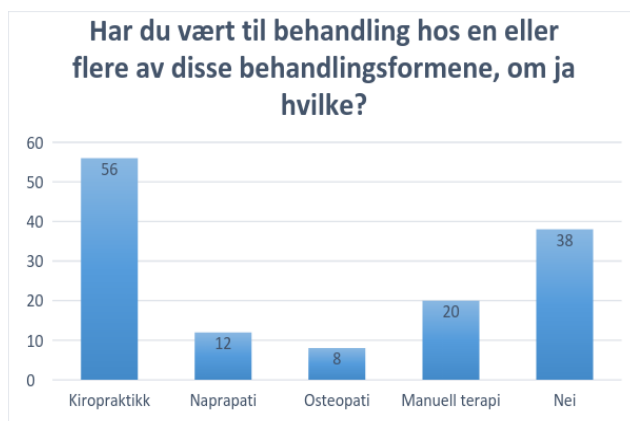
Figur 7. Antall informanter som har kjennskap til behandlingsformene.

Slik figuren viser var det 89 informanter som svarte de hadde kjennskap til kiropraktikk og dette utgjorde 88,1% (figur 7). Dette var behandlingsformen flest informanter hadde kjennskap til. Deretter var det naprapati som nest flest hadde kjennskapen til. 57 informanter svarte dette, noe som utgjorde 56,4%.

53 informanter hadde kjennskapen til osteopati, i prosent ga dette 52,5 %, og sist var det manuell terapi som 49 informanter hadde hørt om. Det utgjorde 48,5%. Det var 8 personer som svarte "Nei" til kjennskapen av de fire behandlingsformene, som i prosent ga 7,9%.

Har du vært til behandling hos en eller flere av disse behandlingsformene?

I spørsmål 4 oppga 55,4% (56 informanter) at de hadde vært til behandling hos kiropraktor. 19,8% (20 informanter) oppga de hadde vært til manuell terapeut, mens 11,9 % (12 informanter) oppga de hadde vært hos naprapat, mens kun 7,9% (8 informanter) hos osteopat. 37,6% (38 informanter) svarte de ikke hadde vært til behandling hos noen av behandlingsformene (figur 8).



Figur 8. Antall informanter som har vært til behandling hos de ulike behandlingsformene.

Osteopati var den behandlingsformen færrest informanter hadde oppsøkt. Av 101 personer var det kun 8 personer som hadde vært til behandling hos osteopat, likevel var det hele 53 personer som hadde kjennskapen til osteopati. Vi valgte derfor å analysere antallet som hadde

svart osteopati i spørsmål 3 med antallet som hadde svart osteopati i spørsmål 4. Dette for å ha data på antallet som kjente til osteopati, men som likevel ikke hadde oppsøkt osteopati. Tabellen under viser dette.

Tabell 7. Kjennskap til osteopati sammenlignet med oppsøkt osteopatisk behandling

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
V a l d i d	Nei	45	84.9	84.9
	Ja	8	15.1	100.0
	Total	53	100.0	

Av de 53 som sa de kjente til osteopati er det kun 15,1% som har oppsøkt behandling hos en osteopat (tabell 7). 84,9% har ikke oppsøkt osteopatisk behandling selv om de kjenner til behandlingsformen.

Har du hørt om osteopati?

Fra spørsmål 5 valgte vi å spesifisere spørsmålene mot osteopati. Det første spesifikke spørsmålet hadde som formål å kartlegge kjennskapen til osteopatien. Dette hadde vi allerede gjort tidligere, i spørsmål 3 og 4, men i spørsmål 5 ønsket vi å vite om informantene faktisk vet hva osteopati er, eller om det kun er noe de har hørt om. I dette spørsmålet hadde informantene kun mulighet til å svare et svaralternativ.



Figur 9. Andelen som har hørt om osteopati.

Av de 101 informantene i undersøkelsen var det 38,6% (39 personer) som svarte "Ja" til kjennskapen av osteopati (figur 9). 32,7% (33 personer) svarte "Ja, men vet ikke hva det er", mens 28,7% (29 personer) svarte "Nei".

Om du kjenner til osteopati, hvor har du hørt om denne behandlingsformen?

Av de som svarte “Ja” og “Ja, men vet ikke hva det er” i spørsmål 5 valgte vi å se på hvor denne kjennskapen kommer fra. Dette for å se hvilken arena og forum osteopatene best kan nå ut til befolkningen. I dette spørsmålet kunne informantene velge flere svaralternativer

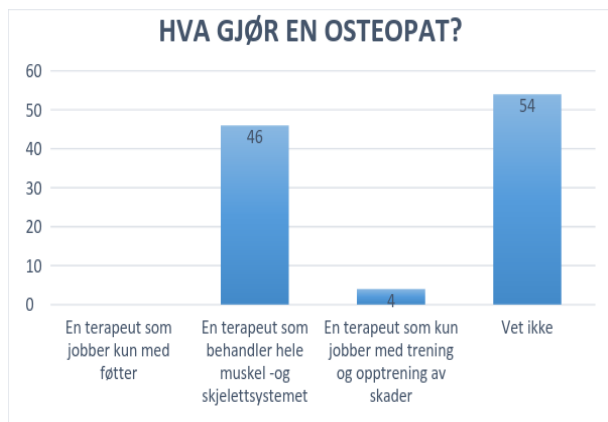


Figur 10. Hvilket forum informantene har fått kjennskap til osteopati.

Slik figuren viser er det 20 personer (18%) som sier de har hørt om osteopati fra venner og bekjente (figur 10). 15 personer (13%) fra familie, 13 personer (11%) fra kolleger, 9 personer (8%) fra annet helsepersonell, 20 personer (17%) fra sosiale medier, mens 32 personer (28%) har ikke hørt om osteopati og 6 personer (5%) har skrevet annet (figur 10). Under annet har de ulike informantene skrevet: Husker ikke (3 personer), via utdanning (1 person), Bedriftshelsetjenesten (1 person) og fra utenfor klinikk-reklameskilt (1 person).

Hva gjør en osteopat?

Spørsmål 7 har som formål å se på hva informantene vet om osteopatisk behandling. I dette spørsmålet var det kun mulighet for et svaralternativ, likevel har tre informanter har valgt to svaralternativer.

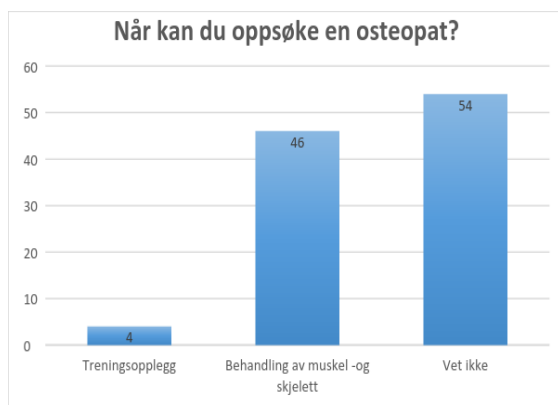


Figur 11. Informantenes kjennskap til hva osteopaten behandler.

Det var ingen (0%) som svarte "En terapeut som jobber kun føtter", mens 46 personer (42,6%) svarte "En terapeut som behandler hele muskel -og skjelettsystemet" (figur 11). "En Terapeut som kun jobber med trening og opptrening av skader" var det 4 personer(5%) som svarte, mens 54 personer (52,5%) svarte "Vet ikke"

Når kan du oppsøke en osteopat?

Spørsmål 8 var relatert opp mot spørsmål 7. Hvor spørsmål 7 spurte om *hva* en osteopat gjør, spurte vi i spørsmål 8 *når* man kan oppsøke en osteopat. I dette spørsmålet fikk informanten mulighet til å besvare flere alternativer.

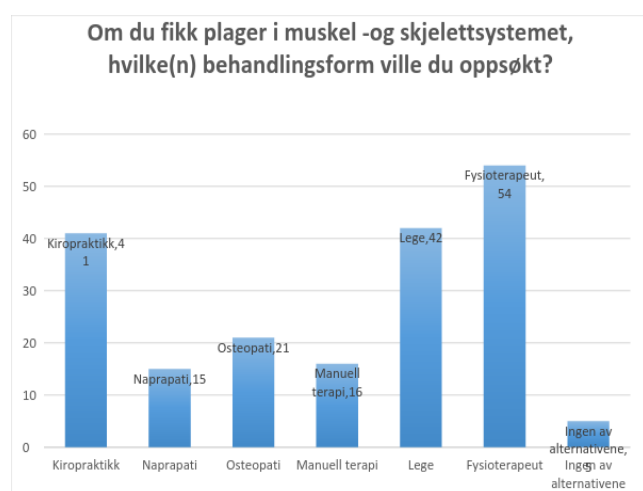


Figur 12. Informantenes svar på når pasienter kan oppsøke osteopat.

4 personer (4%) svarte "Når du trenger treningsprogram" (figur 12). 46 personer (45,5%) svarte "Ved plager i muskel og skjelettsystemet" og 54 personer (53,5%) svarte "Vet ikke". Dette var relativt lik data som i spørsmål 7.

Om du fikk plager i muskel -og skjelettsystemet, hvilke(n) behandlingsform ville du oppsøkt?

Siste spørsmål, spørsmål 9, ble inkludert i spørreskjemaet for å se på hvilke behandlingsformer som er mest foretrukket hos informantene om de fikk muskel -og skjelettplager. Vi ville kartlegge hvilke profesjon flest mener de kan få hjelp hos, og her valgte vi også å inkludere leger og fysioterapeuter for å se om de scoret bedre enn de andre manuelle behandlingsformene. Her kunne informantene velge flere svaralternativer.



Figur 13. Respondentenes valg av behandler ved muskel –og skjelettplager.

Av yrkesgruppene vi har valgt å se på er det kiropraktikk som flest ville oppsøkt (figur 13). 41 informanter (40,6%) svarte kiropraktikk, hvor nest flest besvarelser fikk osteopati med 21 informanter (20,8%). Deretter kom manuellterapi med 16 informanter (15,8%) og til slutt kom naprapati med 15 informanter (14,9%). Likevel var det flere informanter som ville oppsøkt fysioterapi og lege. 54 informanter (53,5%) svarte de ville oppsøkt fysioterapeut ved muskel -og skjelettplager, mens 42 informanter (41,6%) svarte de ville oppsøkt lege. 5 informanter (5%) svarte ingen av alternativene.

5 Diskusjon

I denne delen vil vi drøfte våre analytiske funn som ble presentert i forrige kapittel. Vi vil også drøfte valg av metode, spesielt rettet mot spørreskjemaets utforming, samt se på en eventuell praktisk anvendelse av resultatene.

5.1 Kjennskapen til manuelle behandlingsformer

Slik vi definerte ordet *kjennskap* i et tidligere kapittel (1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling) begrunnet vi dette ordet som har “*hørt om*”, eller som hvor “*kjent*”. Det er dette vi legger til grunn når vi videre drøfter i dette kapittelet.

5.1.1 I hvilken grad var det kjennskap til manuell behandling?

Tabell 8. Fordeling av manuelle behandlingsformer og respondentenes svar på kjennskap, oppsøkt behandling og hvilke behandlingsform som er foretrukket ved muskel – og skjelettplager.

	<i>Kiropraktikk</i>	<i>Naprapati</i>	<i>Osteopati</i>	<i>Manuell terapi</i>
<i>Kjennskapen</i>	89	57	53	49
<i>Vært til behandling</i>	56	12	8	20
<i>Foretrukket ved muskel – og skjelett plager</i>	41	15	21	16

Ved å presentere denne tabellen (tabell 8) får vi en bedre oversikt over kjennskapen til de ulike manuelle behandlingsformene, og hvilke som kan/eller bør aktivere tiltak for å forsterke sin posisjon og kjennskapen til befolkningen. Slik tabellen viser er det kiropraktikk flest har kjennskap til, flest har vært til behandling hos, og flest ville oppsøkt. Som presentert tidligere fikk kiropraktikk sin autorisasjon i 1988 (13), noe som kan indikere at de har en mer fremtredende posisjon i bransjen. Kiropraktorer kan sykemelde, henwise og ta røntgen og dette er et klart fortrinn ettersom pasienter ikke trenger å oppsøke sin fastlege. I tillegg kan pasienter som oppsøker kiropraktorer, selv uten henvisning fra lege, likevel få refusjon. Er det slik at kiropraktorer er mest kjent fordi de har autorisasjon, eller kan en annen mulig forklaring være at de har flest behandlere i Norge? I følge Norsk kiropraktorforening har kiropraktikken 400 kiropraktorer i Norge (4). Til sammenligning har naprapater omtrentlig 400 (8), manuellterapeuter har 310 (6), og osteopater har omkring 320 (vedlegg 1). Er det avgjørende å ha flest behandlere, eller er det slik at det trengs autorisasjon for å være mest kjent? Resultatet fra spørreundersøkelsen viser uansett at flest hadde kjennskap til

kiropraktikk, men likevel hadde samtlige respondenter også kjennskap til de andre tre behandlingsformene.

Forskningsartikkelen fra SSB (1) presenterte tall som viser at 1 820 983 personer oppsøkte sykehus for muskel -og skjelettplager i 2014. Sammenligner vi med tallene fra Levekårsundersøkelsen (10) hvor flere av respondentene mente at alternative behandlere (her osteopati og naprapati) og leger dekker forskjellig behov og at de utfyller hverandre, gir det da plass til alle behandlingsformer, både skolemedisin og alternative behandlere? Slik vi tolker det bør det være et samarbeid mellom profesjonene. Behandlere bør jobbe tverrfaglig for å benytte sin ekspertise og spesialkompetanse, hvor dette handler om å ha pasienten i fokus og ikke konkurrere om pasienten.

Noe vi ser som en svakhet var utformingen av spørsmålet “*Kjenner du til en eller flere av disse behandlingsformene?*” Noen av informantene tolket spørsmålet dit hen at vi spurte om de hadde kunnskap om behandlingsformene, ikke om de hadde kjennskap eller hørt om. Vi har en mistanke om at noen av informantene mistolket spørsmålet, og det må vi ta i betraktning. Ettersom flere kjente til kiropraktikk, og hadde vært til behandling hos kiropraktorer, kan det hende at flere har hørt om osteopati, naprapati og manuell terapi, men ikke hadde kunnskapen om hva det er. Dermed valgte de å ikke krysse av på de sistnevnte behandlingsformene.

5.1.2 I hvilken grad vet nordmannen i gata om osteopati?

Tabell 9. Respondentenes kjennskap til osteopati.

<i>Hørt om osteopati</i>	<i>Antall svar</i>
<i>Ja</i>	39
<i>Ja, men vet ikke hva det er</i>	33
<i>Nei</i>	29

Slik beskrevet i kapittel 2.1 (Levekårsundersøkelsen fra Statistikk sentralbyrå) viser SSB til økt bevissthet rundt alternativ behandling. I deres undersøkelse var osteopati med i kategorien alternativ behandling. Levekårsundersøkelsen viser til 50 % økning av den voksne befolkningen som har benyttet alternative behandlingsformer, dette var over en ti årsperiode. I dag er det omlag 320 osteopater i Norge og under utdanning er det 284 osteopatstudenter. Dette betyr at profesjonen er under stor utvikling og vokser seg stadig større. Om fire år vil det være omlag 604 osteopater i Norge, og dette vil gi en økning på 88,75%. Tabellen over beskriver kjennskapen til osteopatien fra 101 informanter (tabell 9). Den viser at 39 informanter vet hva osteopati er, 33 informanter har hørt om osteopati, men vet ikke hva det

er, mens 29 informanter ikke har hørt om osteopati. Dette forteller oss at 38,6% vet hva osteopati er, mens 61,3% ikke vet hva det er eller ikke har hørt om osteopati. Kjennskapen til osteopati bør øke i takt med antallet osteopater, og dermed bør det vektlegges et større fokus på markedsføring av profesjonen. Norsk Osteopat Forbund har satt seg ulike formål for profesjonen hvor økt kjennskap er et av formålene. Forbundets formål er å få autorisasjon, fremme osteopatene som en selvstendig yrkesgruppe i Norge, ivareta medlemmene og deres interesse for faget, kvalitetssikring av faget med videreutdanning og forskning, samt informere og fremme allmenn kunnskap om osteopati (23). Slike formål ses på som høyst nødvendig for at kjennskapen til osteopat skal øke, spesielt viktig blir dette når antallet osteopater øker med 88,75% om fire år.

Vi ser ingen svakheter i spørsmålet *Har du hørt om osteopati?*. Dette fordi spørsmålet hadde en tydelig spørsmålsformulering og hadde dekkende svaralternativer rettet mot kunnskapen, eventuell ikke kunnskapen. Svaralternativene var 1. *Ja*, 2. *Ja, men vet ikke hva det er*, 3. *Nei*.

5.1.3 Kjennskap sammenlignet med oppsøkt terapeut

Som resultatene viser i kapittel 4.2 *Funn fra undersøkelsen* er det 53 personer av 101 som oppga at de kjenner til osteopati. Det er omtrentlig halvparten av informantene. Ved å sammenligne dette med hvor mange som faktisk har vært til osteopatisk behandling er tallet 15,1%. Dette er en mindre andel enn forventet, som beskrevet i kapittel 2.1, hvor levekårsundersøkelsen viste til en økning av alternativ behandling.

Prosentandelen som kjenner til, men som ikke har oppsøkt osteopati er 84,9%. Dette viser at det er en del kjennskap til osteopati, men få velger å oppsøke det. Hva er årsaken til dette? Det må aller først ta høyde for at ikke alle informantene har hatt behov for behandling, og dermed ikke har hatt grunn til å velge osteopati. Hva med de som har hatt behov for behandling? På en side er osteopati i det store bildet en forholdsvis ny behandlingsform i Norge. Samtidig er det foreløpig lite forskning å vise til, samt det er regnet som et alternativt yrke på grunn av manglende autorisasjon. Dette er alle vesentlige faktorer vi mener spiller inn på befolkningens inntrykk av yrket. På den andre siden er tilgang på informasjon enklere enn før. Internett og sosiale medier er mer i vinden enn noen gang. I følge en fersk statistisk artikkel fra SSB har både andel av befolkning, og tid brukt på internett, økt de siste årene. I snitt brukte befolkningen 120 minutter på internett per dag i 2014 (43). I tillegg er det flere osteopati studenter som uteksamineres hvert år som bidrar til vekst av yrket og dets posisjon. Samtidig er det viktig å tenke på de resterende 84,9% som faktisk ikke har kjennskap til osteopati. Hva kan gjøres for å senke denne prosentandelen? Vi tror at bedre synliggjøring kan være en nøkkel. Markedsføring gjennom Norsk Osteopatforbund, Norges Helsehøyskole, studenter og ikke minst praktiserende osteopater er viktige nøkkelfaktorer. Men er det virkelig slik at all informasjon går gjennom internett og markedsføring? I følge spørsmål 4, *Om du kjenner til osteopati, hvor har du hørt om denne behandlingsformen?*, har 18% hørt om osteopati gjennom venner og bekjente. Denne formen for videreformidling tror vi er minst like viktig som annen markedsføring. I tillegg bør det spekuleres i om en autorisasjon kan være synonymt med større tilstrømming av pasienter? Som nevnt tidligere i kapittel 2.2 *Autorisasjon* er målet med autorisasjon pasientenes trygghet og sikkerhet, hvor det samtidig skal være en kvalitetssikring av yrket. Kan en mulighet være at pasienter føler seg tryggere i valget om profesjonen er godkjent av staten? Vi tror den manglende godkjenningen kan skape usikkerhet og skepsis rundt yrkets troverdighet. Basert på kjennskap sammenlignet med hvor mange som har oppsøkt det aktuelle yrket var prosentandelen 62,9% for

kiropraktikk. Til sammenligning var prosentandelen 21% for naprapati og 40,8% for manuellterapi. I forhold til kjennskapen viser disse tallene svært tydelig at antall som har oppsøkt kiropraktikk er vesentlig høyere enn hva gjelder for de andre profesjonene. Kan en forklaring på dette være godkjent autorisasjon? Manuellterapi har en relativt god prosentandel i forhold til osteopati og naprapati, og kan det da være en sammenheng med at manuellterapeuter opprinnelig er fysioterapeuter?

5.2 Valg av metode og tilnærming

5.2.1 Drøfting av utvalget

Vår spørreundersøkelse skulle treffe mannen på gata. På det grunnlaget valgte vi derfor forskjellige områder i byen, på steder der vi mente det ville samle seg forskjellige typer mennesker; derav kjøpesentre. Dette er vi likevel klar over at ikke representerer nordmenn flest. Bakgrunnen for valg av kjøpesentre var at det ville være enkelt å få tak i informanter. Et kjøpesentre fungerer ofte som et knutepunkt hvor mange har god tid, dette til forskjell fra ute på gata hvor folk ofte har dårligere tid. En annen forklaring er at det var enkelt å inkludere de forskjellige områdene i Oslo via kjøpesentre. Selve undersøkelsen ble utført fra klokken 12:00 til 13:30 på alle sentrene. Etter å ha gjennomført undersøkelsen så vi på antall besvarelser i aldersgruppene, og fant relativt store sprik. Det var få informanter i aldersgruppen 30-60 år, og samtidig mange mellom 18-30 og 61 år og eldre. En forklaring på dette kan være at en stor andel av personer mellom 30 og 60 år er i arbeid på dagtid. En annen forklaring kan være at vi befant oss på kjøpesentre. Det på grunn av at vi i ettertid ser at mange ble ekskludert ved å gjennomføre undersøkelsen på kjøpesentre. En grunn til dette kan være at informantene måtte være der vi stod, og de som da valgte å ikke gå inn på senteret aldri fikk muligheten til å delta. Dette mener vi kunne vært gjort annerledes ved å stå på gata utenfor for å inkludere mennesker som ikke hadde en grunn til å oppholde seg inne på senteret.

Som nevnt i 2.2 *Utvalg*, valgte vi *kvoteutvelgelse* som er en form for *ikke-sannsynlighetsutvelgelse* på grunn av praktiske og økonomiske grunner. Det gjør at muligheten for å generalisere ut i fra utvalget blir svært vanskelig. Det vi i midlertidig kan se ut fra resultatene er tendenser til hva mannen på gata har kjennskap til. Under gjennomføring av spørreundersøkelsen passet denne undersøkelsesmetoden godt da vi selektivt kunne velge ut andelen kvinner og menn. Som resultatene viste i kapittel 4.1 *Funn fra områder, alder og kjønn*, var det 54 kvinnelige og 47 mannlige informanter. Det er relativt lik fordeling, men vår erfaring var at det var vanskeligere å få tak i menn. Det kan tenkes at kvinner lettere trekkes til kjøpesentre i forhold til menn på grunn av shopping, frisør m.m. En annen observasjon var barselgrupper som samlet seg på kjøpesentrene, som igjen kan føre til flere kvinner.

I forhold til problemstillingen var vi interesserte i å finne ut hvor kjent osteopati var blant mannen på gata, og med det mener vi Norges befolkning. På grunn av praktiske årsaker som kostnader, tilgjengelighet, tid og ressurser valgte vi å gjennomføre undersøkelsen basert på personer i Oslo. Dette kan vi ikke si er representativt for innbyggerne i Norge, da vi ikke treffer personer fra andre områder og distrikter i landet. Kan det tenkes at det eksisterer flere

osteopater i større byer som Oslo, og at sannsynligheten for at flere kjenner til osteopati her er større enn i mindre byer?

Ved eventuell videre forskning vil det være viktig å ta standpunkt til om målet er å etterprøve studiet eller å gjennomføre et nytt studie for å generalisere Norges befolkning. Sistnevnte krever en annen metode enn den vi har benyttet for å kunne generalisere. Slik beskrevet i kapittel 3.3 *Utvalg*, mener vi *enkel tilfeldig utvelgelse* under kategorien *sannsynlighetsutvalg* vil være den beste metoden å bruke. Da vil alle i populasjonen ha like stor sannsynlighet for å bli valgt ut, og på best mulig måte dekke hele landet.

Som vist i kapittel 3.3 *utvalg*, bør det inkluderes 385 respondenter i undersøkelsen. På bakgrunn av dette kan ikke vi generalisere vår undersøkelse basert på 101 informanter.

5.2.2 Drøfting av spørreskjema

Slik beskrevet i kapittelet 3.10.1 om validitet bør forskeren kvalitetssikre sine måleinstrumenter. Det er viktig å se på måleinstrumentets evne til å måle det som skal undersøkes.

Det finnes noen svakheter i denne undersøkelsens spørreskjema. Blant annet kan spørsmålenes rekkefølge vurderes kritisk. Skjemaets to første spørsmål var alder og kjønn, men dette er spørsmål som bør komme til slutt i undersøkelsen (44).

En annen svakhet var spørsmål 6. Dette spørsmålet kom på side en i spørreskjemaet, mens svaralternativene kom på side to. Flere av informantene begynte å skrive en åpen tekst under spørsmålet. Vi som forskere måtte dermed bryte inn og si at svaralternativene kom på side to. I samme spørsmål manglet avhukingen til svaralternativet *venner og bekjente*. Dermed kan det være at flere informanter ville valgt dette alternativet om avkrysningsmuligheten var plassert på samme side.

I henhold til forskningseffekten, som er beskrevet i kapittel 3.8, kan informanters handlingsmønster påvirkes underveis i forskningen. Under analyse av data ble det observert at informantenes besvarelser ikke stod i tråd med hverandre. Med dette menes det noen av informantene svarte i siste spørsmål ikke svarte til det de besvarte i de første spørsmålene. Samtlige informanter svarte at de ikke hadde kjennskap til osteopati, de hadde ikke hørt om osteopati, hadde ikke vært til behandling hos osteopat og svarte de ikke visste hva en osteopat behandlet. Likevel valgte de å svare at de ville oppsøkt osteopat ved muskel -og skjelettplager på siste spørsmål. Dette betraktes som svært lite sannsynlig. At informantene svarer osteopati på siste spørsmål mener vi er en måte de har blitt påvirket da de muligens har forstått at vi er osteopatstudenter. For å øke validiteten på dette spørsmålet burde det vært en annerledes rekkefølgen. Spørsmålet burde kommet etter spørsmål 4 slik at de generelle spørsmålene kom etter hverandre. Deretter kunne de spesifikke spørsmålene rettet mot osteopati kommet senere. Da ville informanten mest sannsynlig svart mer ærlig.

En siste svakhet i spørreskjemaets utforming er formuleringen av spørsmål 3. Som beskrevet i kapittel 5.1.1 tror vi spørsmålet ble mistolket. Da vi spurte om *Kjenner du til en eller flere av disse behandlingsformene?*, mistenker vi at de forstod spørsmålet på en annen måte enn det vi hadde planlagt. Vi ønsket å vite hvilke behandlingsformer de kjente til, eller hadde hørt om, mens flere informanter forstod spørsmålet dit hen at vi ville vite hvilke

behandlingsformer de hadde god kjennskap til, f. eks hva de ulike behandlingsformene behandlet. Vi ser i etterkant at vi burde formulert spørsmålet annerledes. Vi tror “Har du hørt om en eller flere av disse behandlingsformene?” ville vært en bedre formulering ut i fra det vi ønsket å finne ut.

5.3 Anvendelse av resultatene

5.3.1 Praktisk anvendelse av resultatene og anbefaling videre?

Denne undersøkelsen viser tendenser til at osteopati er forholdsvis ukjent, spesielt sammenlignet med kiropraktikk, og at det bør iverksettes flere tiltak for å øke kjennskapen til yrket. Alternativene for å gjøre osteopati mer kjent går ut på forskjellige former for markedsføring av faget. En viktig komponent er de allerede praktiserende osteopater og deres evne til å nå ut til befolkningen. Vi tror en fornøyd pasient vil kunne trekke andre pasienter gjennom å fortelle om opplevelsen videre. Slik beskrevet i 4.2, *Funn fra undersøkelsen*, viser summen av resultatene fra de som har svart venner og bekjente, familie eller kollegaer at 42% har hørt om osteopati. På dette grunnlaget mener vi fornøyde pasienter er en viktig og sentral formidlingskilde, hvor god omtale kan vekke nysgjerrighet blant de som ikke kjenner til profesjonen. Det er på en annen side ikke tilstrekkelig med denne indirekte markedsføringen, og profesjonen bør markedsføres utover anbefalinger gjennom venner og bekjente.

Ikke etablerte studenter, nyutdannede og veletablerte osteopater har flere måter å nå ut til befolkningen på. En måte kan være å ta kontakt med fastleger og annet helsepersonell, hvor en informerer om osteopati og hva en som osteopat kan tilby. Å kartlegge hva leger anbefaler av alternativ behandling kan være nyttig informasjon med tanke på at leger har stor innflytelse på sine pasienter. Slik data i undersøkelsen viser er det 41,6% som svarer de ville oppsøkt lege ved muskel- og skjelettplager. Hadde dermed osteopater hatt et veletablert samarbeid med leger ville kanskje flere oppsøkt osteopat etter en anbefaling fra legen. Samarbeidet med fysioterapeuter er også svært viktig, da 53,5% svarte de ville oppsøkt fysioterapeut ved muskel- og skjelettplager.

En annen måte kan være å kontakte forskjellige bedrifter og be om å få et møte hvor det kan informeres om osteopati. Det er mulig å sette ut gateskilt utenfor og i nærheten av klinikker, samt trykke opp flyers som kan deles ut eller henges opp i forskjellige områder. Et annet tiltak kan være å lage informative visittkort som deles ut.

Som kapittel 5.1.3, *Kjennskap sammenlignet med oppsøkt terapeut* beskriver, er økningen av internettbruk og sosiale medier et verktøy vi tror kan være en viktig innfallsport når det gjelder bevisstgjørelse rundt profesjonen. Å opprette en faglig brukerkonto på for eksempel Instagram og Facebook vil kunne resultere i at mange registrerer informasjonen og at flere får kjennskap til osteopati.

6 Konklusjon

Formålet med undersøkelsen var å se på hvor kjent osteopati er sammenlignet med andre behandlingsformer, i tillegg ville vi se nærmere på hva nordmannen på gata vet om osteopati.

Vi har på bakgrunn av dataanalyser fra undersøkelsen opparbeidet oss kunnskap til å besvare problemstillingen.

Innledningen presenterte at forekomsten av muskel- og skjelettplager i dag er høyere enn noen sinne. Det samme gjelder behovet for behandling. Studien viste at tre til fire ganger så mange mennesker trenger behandling for muskel- og skjelettlidelser og at antall konsultasjoner for nevnte plager øker kraftig hvert år. Dette burde indikere at flere vil oppsøke spesialister på muskel- og skjelettsystemet, spesialister som både kan diagnostisere og behandle plagene. Slike spesialister er kiropraktorer, naprapater, osteopater og manuell terapeuter, og de bør bli et kjent alternativ for pasienter som er representert med disse plagene.

Ut fra vår analyse er det relativt stor kjennskap til manuell behandling, men vi ser også at det er mange som ikke har kjennskapen. Data fra undersøkelsen beskriver en forskjell mellom kjennskapen til kiropraktikk og de andre behandlingsformene, der data understreker at kiropraktikk er mest kjent.

En annen observasjon er at selv om mange har kjennskap til manuell behandling så er ikke det synonymt med at de har vært til behandling hos terapeutene. Her er det spesielt osteopati som færrest har vært til behandling hos. I tillegg viser data fra undersøkelsen at det er færre som svarer ja til at de vet hva osteopati er. Den største andelen sier de kanskje har hørt om osteopati, men de vet ikke hva osteopati er i likhet med de som sier nei til at de kjenner til osteopati.

Et siste funn fra undersøkelsen er hvilket yrke flest ville oppsøkt ved muskel og skjelettplager. Dette funnet besvarer ikke problemstillingen, men vi synes funnet er av stor betydning. Her kommer det frem at fysioterapi og lege er de yrkene flest ville oppsøkt.

Svaret på problemstillingen er at; ja, det er kjennskap til manuell behandling, og kiropraktikk er mer kjent enn osteopati. Nordmannen på gata har kanskje hørt om osteopati, men h*n vet ikke hva en osteopat er eller gjør. Sist, men ikke minst, er det svært få som har oppsøkt osteopatisk behandling.

Svarene som har kommet frem er av verdifull betydning med tanke på osteopatiens posisjon og synlighet i Norge i dag. I fremtiden vil det bli en større økning av osteopater, og det er dermed viktig at profesjonen øker sin posisjon i markedet og blir en foretrukket behandlingsform. At kiropraktikk i dag er så ledende på både kjennskap og på oppsøkt terapeut indikerer at osteopatien må styrke sin posisjon. Videre undersøkelser kan se på osteopatiens utvikling fremover og kartlegge hvordan veksten av profesjonen påvirker kjennskapen. Å gjøre en undersøkelse om fire år, når vi da estimert sett er 604 osteopater i Norge, vil kunne gi en indikator på om det er antall osteopater som gir bedre kjennskap i befolkningen. På bakgrunn av økende konsultasjoner for muskel- og leddplager, osteopatiens vekst og en positiv trend vedrørende alternativ behandling er det en stor sannsynlighet for at osteopati vil klare å markere seg i fremtiden.

7 Referanseliste

1. Pasienter på somatiske sykehus - årlig - SSB [Internett]. [sitert 18. april 2015]. Hentet fra: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2015-04-13>
2. Hvem skal du gå til? [Internett]. Side2. 2015 [sitert 19. januar 2015]. Hentet fra: <http://www.nettavisen.no/nyheter/hvem-skal-du-ga-til/2822542.html>
3. Lesertall for norske nettaviser - Medienorge - fakta om norske massemedier - statistikkmeny [Internett]. [sitert 7. mai 2015]. Hentet fra: <http://www.medienorge.uib.no/statistikk/medium/avis/253>
4. Historikk kiropraktikk [Internett]. [sitert 27. april 2015]. Hentet fra: <http://www.kiropraktikk.no/?PageID=17&ItemID=10>
5. Naprapati i Norge [Internett]. [sitert 21. april 2015]. Hentet fra: <http://www.naprapat.org/om-naprapati/naprapati-i-norge/8a05e9fa-316c-4b22-aeeb-6e8b5effa760>
6. manuellterapi.no [Internett]. Kort om manuellterapi. 2015 [sitert 19. januar 2015]. Hentet fra: <http://www.manuellterapi.no/default.aspx?sid=6>
7. Definisjon av kiropraktikk - Norsk Kiropraktorforening [Internett]. Definisjon av kiropraktikk. 2015 [sitert 19. januar 2015]. Hentet fra: <http://www.kiropraktikk.no/?pageID=17&ItemID=4534>
8. Hva er naprapati [Internett]. Hva er naprapati? 2015 [sitert 19. januar 2015]. Hentet fra: <http://www.naprapat.org/om-naprapati/hva-er-naprapati/476f9322-06ee-4030-bbe4-663bc3fe8fb8>
9. Hva er osteopati - om osteopati utfyllende Norsk Osteopat Forbund [Internett]. [sitert 20. april 2015]. Hentet fra: <zotero://attachment/19/>
10. Helse - flere velger alternativt - SSB [Internett]. [sitert 14. april 2015]. Hentet fra: <http://ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/helse-flere-velger-alternativt>
11. Autorisasjon – sak.no [Internett]. [sitert 24. april 2015]. Hentet fra: <http://www.sak.no/om-sak/Sider/default.aspx>

12. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Lovdata [Internett]. [sitert 24. april 2015]. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_9
13. Om kiropraktikk - første del [Internett]. [sitert 27. april 2015]. Hentet fra: <http://www.kiropraktikk.no/?PageID=52&ItemID=35>
14. Utdanning kiropraktikk - Norsk Kiropraktorforening [Internett]. [sitert 17. april 2015]. Hentet fra: <http://www.kiropraktikk.no/?pageID=52&ItemID=35>
15. Hva gjør en kiropraktor? - Norsk Kiropraktorforening [Internett]. [sitert 21. april 2015]. Hentet fra: <http://www.kiropraktikk.no/?pageID=17&ItemID=34>
16. Historie naprapati [Internett]. [sitert 21. april 2015]. Hentet fra: <http://www.naprapat.org/om-naprapati/historie/74e16b3c-a780-41cf-8126-52e8739db012>
17. Naprapati - NHI.no - Norsk Helseinformatikk [Internett]. [sitert 14. april 2015]. Hentet fra: <http://nhi.no/livsstil/helsetjenesten/alternativ-komplementer-medisin/naprapati-25177.html>
18. Studentmedlemskap i NNF [Internett]. [sitert 21. april 2015]. Hentet fra: <http://www.naprapat.org/student-og-utdanninge/studentmedlemskap/064f95ff-7279-41d1-8392-6735e6d4172a>
19. Utdanning naprapati [Internett]. [sitert 21. april 2015]. Hentet fra: <http://www.naprapat.org/student-og-utdanninge/utdanninge/ff49eaad-8326-4246-897f-1fe2eef27a4b>
20. Hva gjør naprapaten [Internett]. [sitert 21. april 2015]. Hentet fra: <http://www.naprapat.org/om-naprapati/hva-gjor-naprapaten/297331fd-0e68-4da0-ace6-d6e0c2ef0170>
21. Historikk - Norsk Osteopat Forbund [Internett]. [sitert 20. april 2015]. Hentet fra: <http://www.osteopati.org/Historikk.aspx>
22. Norges Helsehøyskole | Bachelor i Osteopati [Internett]. [sitert 20. april 2015]. Hentet fra: <http://nhck.no/studie/osteopati>
23. Formål osteopati - Norsk Osteopat Forbund [Internett]. [sitert 4. mai 2015]. Hentet fra: <http://www.osteopati.org/Forml.aspx>
24. Forside - Norsk Osteopat Forbund [Internett]. [sitert 20. april 2015]. Hentet fra: <http://www.osteopati.org/>
25. Manuellterapeut – sykmelder / Manuellterapi / Faggrupper / ORGANISASJON / Fysio / nff - Norsk Fysioterapeutforbund [Internett]. [sitert 14. april 2015]. Hentet fra:

<http://www.fysio.no/ORGANISASJON/Faggrupper/Manuellterapi/Manuellterapeut-sykmelder>

26. Faglig om manuellterapi [Internett]. [sitert 21. april 2015]. Hentet fra:
[zotero://attachment/21/](https://www.zotero.org/attachment/21/)
27. Olson H, Sörensen S. Forskningsprosessen. Kvalitativ og kvantitative perspektiver. s.17. 1.utg, 4.opplag 2009 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2003; s. 17 p.
28. Olson H, Sörensen S. Forskningsprosessen. Kvalitativ og kvantitative perspektiver. s.70-71. 1.utg, 4.opplag 2009 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2003; S. 70-71 p.
29. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. s.207. 4.utg utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2007; S.207 p.
30. Halvorsen K. Å forske på samfunnet- en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. s.89-91. 3.utg. 2007 utg. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS 2003; S. 89-91 p.
31. Johannesen A. Introduksjon til SPSS. s.25-26. 3.utg 2007, 3.opplag 2008 utg. Oslo: Abstrakt Forlag AS 2008; s.25-26 p.
32. Halvorsen K. Å forske på samfunnet- en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. s.97-103. 4.utg utg. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS 2003; 97-103 p.
33. Aalen O, et al. Statistiske metoder i medisin og helsefag. 1.utg, 4. opplag 2012. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2006; S. 218-219 p.
34. Befolkning - SSB [Internett]. [sitert 2. mai 2015]. Hentet fra:
<https://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall/befolkning>
35. Olson H, Sörensen S. Forskningsprosessen. Kvalitativ og kvantitative perspektiver s.33. 1.utg, 4.opplag 2009 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2003; S. 33 p.
36. Halvorsen K. Å forske på samfunnet - en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. s.146. 4.utg utg. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS 2003; s.146 p.
37. Olson H, Sörensen S. Forskningsprosessen. Kvalitativ og kvantitative perspektiver. s.58. 1.utg, 4.opplag 2009 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2003; S.58 p.
38. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. s.204. 4.utg utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2007; S.204 p.
39. Halvorsen K. Å forske på samfunnet- en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. s.113-114. 4.utg utg. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS 2003; S.113-114 p.
40. Halvorsen K. Å forske på samfunnet- en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. s.151. 4.utg utg. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS 2003; S.151 p.

41. Olson H, Sørensen S. Forskningsprosessen. Kvalitativ og kvantitative perspektiver. s.78-79. 1.utg, 4.opplag 2009 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2003; S.78-79 p.
42. Halvorsen K. Å forske på samfunnet- en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. s.41. 4.utg utg. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS 2003; S.41 p.
43. Sosiale medier diskusjon - SSB [Internett]. [sitert 28. april 2015]. Hentet fra: <https://www.ssb.no/medie>
44. Johannesen A. Introduksjon til SPSS s.32. 3.utg 2007, 3.opplag 2008 utg. Oslo: Abstrakt Forlag AS 2008; S. 32 p.

8. Vedlegg

Vedlegg 1. Mail fra Norsk Osteopat Forbund

19. apr. 2015 kl. 14.57 skrev Jorunn Githmark <jorunn.githmark@satselixia.no>:

Hei!

Vi skriver en bacheloroppgave som går ut på kjennskapen til osteopati sammenlignet med andre manuelle behandlingsformer, samt om nordmannen i gata vet hva osteopati er. På grunn av dette er vi interesserte i å vite hvor mange osteopater det er i Norge pr. dags dato. Har dere dette?

På forhånd takk for svar.

Mvh.

Sandra Reimertz og Jorunn Githmark

☆ **Helge Skåtun**

Til: Jorunn Githmark
Kopi: Sandra Solbakken Reimertz
Re: Antall osteopater i Norge

20. april 2015 13:35
[Skjul detaljer](#)
Papirkurv - Hotmail 1



Hei dere!

Det er pr i dag 255 osteopater i NOF, (samt 180 studentmedlemmer som holdes utenfor tellingen) , men det er mange osteopater som ikke er medlem hos oss, så da kan jeg tippe at det er ca 320 osteopater i Norge totalt? Beklager at jeg ikke har noe mer eksakt tall å gi dere....

mvh

Helge Skåtun
Leder Norsk Osteopattforbund
Postboks 6731 Etterstad
0609 Oslo

Mob 950 00 505

leder@osteopati.org
www.osteopati.org
Org. nr. 978 694 721

Sandra Solbakken Reimertz
Til: Helge Skåtun
Kopi: Jorunn Githmark
Re: Antall osteopater i Norge

3. mai 2015 15:50
[Skjul detaljer](#)
Sendt - Hotmail 6

Hei Helge!

Informasjonen du gav oss angående antall osteopater i Norge var til god hjelp. Er det ok for deg at vi bruker ditt navn og den aktuelle eposten som referanse til den informasjonen i bacheloroppgaven vår?

Mvh.

Jorunn Githmark og Sandra Solbakken Reimertz


Norges Helsehøyskole - Campus Kristiania Osteopati

(Vedlegg 1, side 2)

Helge Skåtun

Til: Sandra Solbakken Reimertz
Re: Antall osteopater i Norge

3. mai 2015 23:14

[Skjul detaljer](#)
[Papirkurv](#) - [Hotmail](#) 

Hei, ja det kan dere ;)

mvh

Helge Skåtun
Leder Norsk Osteopatforbund
Postboks 6731 Etterstad
0609 Oslo

Mob 950 00 505

leder@osteopati.org
www.osteopati.org
Org. nr. 978 694 721

Vedlegg 2. Pilot spørreskjema

Spørreundersøkelse- Bachelor

1. Kjønn

- Mann
 Kvinne

2. Alder

- 18-30
 31-40
 41-50
 51-60
 61 eller eldre

3. Kjenner du til en eller flere av disse behandlingsformene?

- Kiropraktikk
 Naprapati
 Osteopati
 Manuell terapi

4. Har du vært til behandling hos en eller flere av disse behandlingsformene, om ja hvilke?

- Kiropraktor
 Naprapat
 Osteopat
 Manuell terapeut

5. Om du kjenner til osteopati, hvor har du hørt om denne behandlingsformen?

- Venner eller bekjente
 Familie
 Kollegaer
 Annet helsepersonell
 Sosiale medier

(vedlegg 2, side 4)

6. Hva gjør en osteopat?

- En terapeut som jobber kun med føtter
- En terapeut som behandler hele muskel -og skjelettsystemet
- En terapeut som kun jobber med trening og opptrening av skader

7. Når kan du oppsøke en osteopat?

- Når du trenger et treningsopplegg
- Ved plager i muskel -og skjelettsystemet, f. eks korsryggplager
- Vet ikke

8. Om du fikk plager i muskel - og skjelettsystemet, hvilken behandlingsform ville du oppsøkt?

- Kiropraktikk
- Naprapati
- Osteopati
- Manuell terapi

Vedlegg 3. Original spørreskjema

Spørreundersøkelse- Bachelor (NHCK)

1. Kjønn

- Mann
- Kvinne

2. Alder

- 18-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61 eller eldre

3. Kjenner du til en eller flere av disse behandlingsformene?

- Kiropraktikk
- Naprapati
- Osteopati
- Manuell terapi
- Nei

4. Har du vært til behandling hos en eller flere av disse behandlingsformene, om ja hvilke?

- Kiropraktor
- Naprapat
- Osteopat
- Manuell terapeut
- Nei

5. Har du hørt om osteopati?

- Ja
- Ja, men vet ikke hva det er
- Nei

(Vedlegg 3, side 6)

6. Om du kjenner til osteopati, hvor har du hørt om denne behandlingsformen?

Venner eller bekjente

- Familie
- Kollegaer
- Annet helsepersonell
- Sosiale medier
- Har ikke hørt om det

Annet (vennligst spesifiser)

7. Hva gjør en osteopat?

- En terapeut som jobber kun med føtter
- En terapeut som behandler hele muskel -og skjelettsystemet
- En terapeut som kun jobber med trening og opptrening av skader
- Vet ikke

8. Når kan du oppsøke en osteopat?

- Når du trenger et treningsopplegg
- Ved plager i muskel -og skjelettsystemet, f. eks korsryggplager
- Vet ikke

9. Om du fikk plager i muskel - og skjelettsystemet, hvilke(n) behandlingsform ville du oppsøkt?

- Kiropraktikk
- Naprapati
- Osteopati
- Manuell terapi
- Lege
- Fysioterapeut
- Ingen av alternativene

Vedlegg 4. Mail fra Susanna Bakken, Norges Helsehøyskole

☆ Jorunn Githmark

Til: Susanna.Bakken@nhck.no

Kopi: Sandra Solbakken Reimertz

Antall studenter osteopati - bacheloroppgave

20. april 2015 16:39

[Skjul detaljer](#)

[Innboks - Hotmail](#) 1



Hei!

Vi skriver en bacheloroppgave som går ut på kjennskapen til osteopati sammenlignet med andre manuelle behandlingsformer, samt om nordmannen i gata vet hva osteopati er.

På grunn av dette er vi interesserte i hvor mange osteopatistudenter det totalt er per dags dato på både heltids- og deltidsutdanningen her på Norges Helsehøyskole?

På forhånd takk for svar.

Mvh.

Sandra Reimertz og Jorunn Githmark

Fra: Bakken, Susanna <Susanna.Bakken@nhck.no>

Sendt: 21. april 2015 10:50

Til: Jorunn Githmark

Emne: SV: Antall studenter osteopati - bacheloroppgave

Hei Jorunn

Det er 255 heltidsstudenter og 29 deltidsstudenter ved osteopati studiet.

Vennlig hilsen
Susanna Bakken
Administrativ studieleder

M +47 40494529 | susanna.bakken@nhck.no
nhck.no

Norges Helsehøyskole
PB 1190 Sentrum, 0107 Oslo
Besøksadresse: Prinsens gate 7-9, Oslo

Norges Helsehøyskole er et fakultet
ved Høyskolen Campus Kristiania

Norges Helsehøyskole - Campus Kristiania Osteopati

(Vedlegg 4, side 8)

Sandra Solbakken Reimertz
Til: Susanna.Bakken@nhck.no
Kopi: Jorunn Githmark
Info om antall studenter

11. mai 2015 16:43
[Skjul detaljer](#)
[Sendt - Hotmail](#) 1

Hei Susanna.

For en tid tilbake sendte vi deg en mail angående antall studenter ved osteopati studiet.
Takk for svar, informasjonen du gav oss var veldig nyttig.
Er det ok at vi bruker informasjonen som kilde og referanse i vår bacheloroppgave?

Mvh.

Jorunn Githmark og Sandra Reimertz

★ **Bakken, Susanna**
Til: Sandra Solbakken Reimertz
SV: Info om antall studenter

12. mai 2015 09:10
[Skjul detaljer](#)
[Innboks - Hotmail](#) 2



Hei Sandra

Det skal gå fint.

Vennlig hilsen
Susanna Bakken
Administrativ studieleder

M +47 40494529 | susanna.bakken@nhck.no
nhck.no

Norges Helsehøyskole
PB 1190 Sentrum, 0107 Oslo
Besøksadresse: Prinsens gate 7-9, Oslo

Norges Helsehøyskole er et fakultet
ved Høyskolen Campus Kristiania