



Norges Helsehøyskole
Campus Kristiania

Bacheloroppgave

Osteopati – kunnskap og oppfatning Fastlegers perspektiv

av

101364/101359

18.05.2015

VF200 – Bacheloroppgave

Bachelor i osteopati

11956 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.”

1.0 Sammendrag

Osteopati er en anerkjent profesjon i land som USA, England og Australia (1). I Norge er profesjonen kategorisert som en alternativ behandlingsform og dermed ikke like anerkjent. Norsk osteopatforbund (NOF) fikk avslag på sin søknad om autorisasjon i 2014. Via kvalitative intervjuer av fire fastleger, forsøkte forfatterne å finne svar på følgende problemstilling: *Hvilken oppfatning har fastleger av osteopati som profesjon, og hvorfor vil fastleger anbefale/ikke anbefale osteopati som behandlingsform til sine pasienter?* Det ble kartlagt at informantene i denne studien har forskjellige oppfatninger om profesjonen. Flere av fastlegene har tillit til osteopati som behandlingsform ved muskel- og skjelettlidelser, men stiller seg mer skeptisk til fascielle, viscerale og kraniosacrane teknikker. Halvparten av fastlegene forteller også at de synes det kan være problematisk å anbefale en uautorisert behandlingsform med tanke på pasientsikkerhet og av økonomiske årsaker. Det kan være gunstig for osteopatien å bli mer synlig i Norge, både for å øke kunnskapen hos folket og fastlegene, men også for å bli mer anerkjent. Resultatene tyder på at det kan være hensiktsmessig for profesjonen å opptre mer unisont når det kommer til type behandling og hvilke tilstander osteopater hevder å ha en positiv effekt på.

2.0 Forord

Oppgaven som følger er en bacheloroppgave utarbeidet av osteopatistudentene Kari Skaar Brattset og Malin Haugen Bokle. Vi har under osteopatistudiene fått inntrykk av at det er mange, både helsepersonell og pasienter, som ikke vet hva osteopati er eller hva osteopater gjør. Vi ville derfor undersøke dette dypere og rette fokuset mot fastleger, da de som regel er primærkontakten for pasienter. Oppgaven har fulgt Retningslinjer for oppgaveskriving - 3.7 Bacheloroppgave, utarbeidet av Norges Helsehøgskole Campus Kristiania (revidert 24.06.14). Arbeidet rundt denne studien har vært utfordrende og lærerikt. Vi har fått et bedre innblikk i fastlegenes tanker om osteopati, som vi vil ta med oss videre som osteopater. Vi vil først og fremst takke Ronja S. Lund for utmerket veiledning. Vegard Brattset skal også ha en stor takk for tips og råd underveis.

Malin Haugen Bokle

Oslo 18.mai 2015

Kari Skaar Brattset

Oslo 18.mai 2015

Innholdsfortegnelse

1.0 SAMMENDRAG	2
2.0 FORORD	2
3.0 INNLEDNING	4
3.1 BAKGRUNN	4
3.2 PROBLEMSTILLING	4
3.2.1 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN	4
3.3 BEGREPSAVKLARING	5
4.0 TEORI	5
4.1 OSTEOPATIENS HISTORIE	5
4.2 OSTEOPATISK FILOSOFI	6
4.3 DEFINISJON AV OSTEOPATI	7
4.4 PROFESJONER OG EKSPERTISE	8
4.5 AUTORISASJONSAVSLAG	8
4.6 FASTLEGGERS BEHANDLING AV MUSKEL- OG SKJELETTSMERTER	9
4.7 ALTERNATIV BEHANDLING	9
5.0 METODE	11
5.1 VALG AV METODE	11
5.2 KVALITATIV TILNÆRMING: SEMISTRUKTURERT INTERVJU	11
5.3 UTVALG	11
5.4 UTARBEIDELSE AV INTERVJUGUIDE OG PRØVEINTERVJU	12
5.5 GJENNOMFØRING	13
5.6 KVALITETSSIKRING	13
5.6.1 VALIDITET	14
5.6.2 RELIABILITET	15
6.0 ETIKK	15
7.0 RESULTATER	16
7.1 DEL 1: OPPFATNING AV OSTEOPATI SOM PROFESJON/BEHANDLINGSFORM	16
7.1.1 RELASJONER	16
7.1.2 OPPFATNING	16
7.1.3 AUTORISASJON	18
7.2 DEL 2: ANBEFALE/IKKE ANBEFALE	18
8.0 DISKUSJON	20
8.1 DEL 1: OPPFATNING AV OSTEOPATI SOM PROFESJON/BEHANDLINGSFORM	20
8.2 DEL 2: ANBEFALE/IKKE ANBEFALE	24
8.4 STYRKER OG SVAKHETER VED STUDIEN OG VEIEN VIDERE	25
9.0 KONKLUSJON	25
10.0 REFERANSELISTE	26

3.0 Innledning

Overordnet tema for denne oppgaven er samarbeid mellom helseprofesjoner i Norge. Oppgaven er avgrenset til to profesjoner, osteopater og fastleger. Osteopati var et naturlig valg da begge forfatterne er osteopatistudenter. Valget falt på fastleger, siden Norge har en fastlegeordning hvor alle norske statsborgere som ønsker det, har rett til én fast lege å forholde seg til (2). Dette vil si at fastleger ofte opptrer som primærkontakter og gir henvisning til bildediagnostikk og supplerende behandling. Oppgaven vil derfor se på hvordan fastleger samhandler med osteopati, for å få innsikt i hvordan fastlegene forholder seg til og oppfatter osteopati som profesjon.

Først presenteres problemstillingen sammen med en utredning/presisering av denne. Deretter følger en begrepsavklaring som forklarer sentrale begreper til problemstillingen og oppgaven generelt. Andre fremmedord vil forklares underveis i teksten. Senere vil det bli presentert teori for å gjøre rede for osteopati som profesjon og behandlingsform, samt noe teori på fastlegers behandling av muskel- og skjelettplager. Siden osteopati defineres som en alternativ behandlingsform i Norge, følger et avsnitt som tar for seg dette som tema. Etter relevant teori er presentert, vil oppgaven presentere metoden som er brukt og ta stilling til etiske problemstillinger. Deretter presenteres resultatene etterfulgt av diskusjon og konklusjon.

3.1 Bakgrunn

I forkant av denne oppgaven har forfatterne fått inntrykk av at det er mange i Norge som ikke vet hva osteopati er og hva osteopater gjør. Dette på bakgrunn av personlige erfaringer med venner, bekjente og egne fastleger. Dette gjorde forfatterne nysgjerrig på hva de fastlegene som kjenner til behandlingsformen, tenker om osteopati. Profesjonen er forholdsvis ny i Norge og mindre anerkjent enn enkelte andre profesjoner. Det er derfor interessant å undersøke hva fastlegene tenker om spørsmål som omhandler autorisasjon, plass i det norske helsevesen og anbefaling av behandlingsformen. På bakgrunn av dette ble temaet til oppgaven ”Samarbeid mellom helseprofesjoner i Norge”, med fokus på fastleger og osteopater.

Formålet med studien er å få bedre kunnskap om fastlegers oppfatning av osteopati. Gjennom å bedre forstå hva informantene tenker om osteopati, kan det bli lettere for osteopater å samarbeide med leger. Dette vil kunne gagne profesjon ved at fastleger lettere vil henvisne til osteopati, hvis de har klart for seg hvilke tilstander osteopatisk behandling kan ha en positiv effekt på.

3.2 Problemstilling

Hvilken oppfatning har fastleger av osteopati som profesjon, og hvorfor vil fastleger anbefale/ikke anbefale osteopati som behandlingsform til sine pasienter?

3.2.1 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Problemstillingen er delt opp i to deler:

Del 1: ”Hvilken oppfatning har fastleger av osteopati som profesjon, ...”

I begrepet oppfatning legger forfatterne hva fastlegene tror osteopater gjør, hvordan profesjonen fremstår og om de ser en plass for osteopati i det norske helsesystemet. Spørsmål om autorisering av profesjonen står sentralt og fastlegenes meninger omkring dette vil derfor

være interessant for oppgaven. Informantenes kunnskap om osteopati er relevant da dette kan belyse hvorfor de er av den oppfatningen.

Del 2: *”...og hvorfor vil fastleger anbefale/ikke anbefale osteopati som behandlingsform til sine pasienter?”*

Begrepene anbefale/ikke anbefale brukes i problemstillingen, da osteopati ikke er autorisert og uttrykket ”å henvise” blir derfor ikke korrekt. Spørsmålet presentert i problemstillingen refererer til om fastlegene muntlig anbefaler behandlingsformen til sine pasienter, og hvorfor de velger å gjøre/ikke gjøre dette.

3.3 Begrepsavklaring

Fastlege – *”Lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende (3).”*

Osteopati – *”Osteopati er en manuell behandlingsform innen komplementærmedisin. Osteopatene arbeider som primærhelsearbeidere. Osteopatene vurderer funksjonelle belastningsmønstre i hele kroppen og hvordan tap av bevegelighet fører til feilbelastninger. I behandlingen mobiliseres aktuell lokalisasjon i muskelskjelettsystemet og bindevevsnettverket. Osteopatene behandler også for eksempel følgetilstander av sykdommer som KOLS, mellomørebetennelse og restriksjoner som kan følge av for eksempel arrvev etter en operasjon. Osteopatene arbeider med andre ord ikke med patologier i indre organer, men gir understøttende eller komplementær behandling som kan lette følgetilstander av sykdom og stimulere til bedret immunforsvar (4).”*

Alternativ behandling – *”Med alternativ behandling menes helserelatert behandling som utøves utenfor helsetjenesten, og som ikke utøves av helsepersonell. Behandling som utøves i helsetjenesten eller av autorisert helsepersonell, omfattes likevel av begrepet alternativ behandling når det brukes metoder som i all vesentlighet anvendes utenfor helsetjenesten (5).”*

Fasciell behandling – Manuell behandling som tar sikte på å bedre bevegelse og fjerne eventuelle adherenser og barrierer i bindevevet (6, s. 699).

Kraniosacral behandling – Ved å forstå anatomi og funksjon av kranielle og intrakranielle strukturer er målet med behandlingen å normalisere struktur og funksjon gjennom manuell behandling (6, s.743).

Visceral behandling – Behandling sikter på å avdekke spenninger i organer og tilhørende vev og gjennom manuell behandling bedre bevegelse, fjerne eventuelle barrierer for å bedre funksjon og legge til rette for kroppens egne regulerende og helbredende mekanismer (7, s.1-2).

4.0 Teori

4.1 Osteopatiens historie

Osteopati beskrives av Norsk Osteopat Forbund (NOF) som en profesjon som

”bygger på medisinske fag som anatomi, fysiologi, biomekanikk og patologi” (8). Osteopatien ble grunnlagt av Andrew Taylor Still på slutten av 1800-tallet. Still så på hvordan anatomiske, biomekaniske og sirkulatoriske avvik kunne føre til redusert helsetilstand. Osteopatens første utdanningsinstitusjon, American School of Osteopathy, ble åpnet i 1892 i Kirksville, Missouri (1). Professor John Martin Littlejohn introduserte osteopati til Europa i 1898, og i 1917 åpnet han British School of Osteopathy i London, England.

Utviklingen av osteopati har vært forskjellig i Europa og USA (1). I USA har osteopati vært godkjent og praktisert som en komplett medisinutdannelse siden 1973. England har beholdt osteopatien som en profesjon begrenset til manuell undersøkelse og behandling, dog i primærhelsetjenesten. Osteopater i England har rett til å henvise pasienter, samt skrive sykemelding. Situasjonen er lignende i Australia og New Zealand; her betraktes ikke osteopati som alternativ medisin, men som en komplementær behandlingsform til andre behandlinger og medisinske intervensjoner. Internasjonalt har osteopati markert seg som en respektert og nødvendig profesjon. I Norge har ikke osteopati denne statusen, noe som ble tydeliggjort da NOF for andre gang fikk avslag på sin søknad om autorisasjon i 2014: *”Helse- og omsorgsdepartementet finner ikke grunn til å autorisere osteopaterne i henhold til helsepersonelloven”* (9).

4.2 Osteopatisk filosofi

Osteopatisk filosofi former grunnlaget for praktiseringen av osteopatisk medisin (6, s.3). A. T. Still utviklet fundamentale osteopatiske konsepter som deles inn i helse, sykdom og pasienthåndtering.

Under begrepet helse er det tre prinsipper som presenteres (6, s.11).

1. Helse er en naturlig tilstand av harmoni.
2. Menneskekroppen er et perfekt maskineri skapt for helse og aktivitet.
3. Helsen vil være god så lenge det er normal flyt av kroppsvæske og nerveaktivitet.

Sykdom blir også forklart ut i fra tre prinsipper (6, s.11).

1. Sykdom er en effekt av underliggende årsaker, som ofte er multifaktorielle. Bakterier ble ikke sett på som årsaken til sykdom, men det var svekkelsen i menneskekroppen som ble sett på som en årsak til at bakteriene fikk spillerom.
2. Sykdom kommer ofte som følge av nedsatt funksjon av normal flyt av kroppsvæske og nerveaktivitet. Kombinasjonen av fri sirkulasjon, næring og sensorisk nerveaktivitet stimulerer til vekst, vedlikehold og reparasjon.
3. Faktorer som miljø, sosialisering, mentalitet og atferd vil bidra til etiologien bak sykdommene.

Still deler pasienthåndtering inn i fire prinsipper (6, s.11).

1. Menneskekroppen inneholder alle kjemikalier nødvendig for vev og organer.
2. Fjerning av mekaniske hindringer tillater gjenoppretting av normal helse, optimal nervefunksjon og normal flyt av kroppsvæske.
3. Miljø, sosialisering, kultur, mentalitet og atferd må adresseres som en del av en behandlingsplan.
4. Enhver behandlingsplan bør møte pasientens individuelle behov på en realistisk måte.

Educational Council of Osteopathic Principles (ECOP) har utviklet en definisjon av osteopatisk filosofi gjennom American Association of Colleges of Osteopathic Medicine og American Osteopathic Association (AOA) (6, s.3). Versjonen utgitt i 2009 beskriver hvordan osteopati bygger på evidensbasert kunnskap om anatomi og fysiologi, som sammen fungerer som en enhet i kroppen. Dette er basert på fire prinsipper:

1. Mennesket fungerer som en funksjonell enhet.
2. Kroppen innehar en naturlig selvregulerende og selvhelbredende mekanisme.
3. Struktur og funksjon henger sammen på alle nivåer
4. Rasjonell behandling er basert på disse prinsippene.

Forening av kropp og sjel står sentralt i osteopatisk filosofi (6, s.16). En separasjon av disse to er avvist som konsept, men blir likevel praktisert i klinisk praksis og biomedisinsk forskning. Chila beskriver at både det fysiske og psykiske blir påvirket av mange ulike faktorer gjennom hele livet. Alt som omhandler et menneske, fra gener til sosiokulturelt miljø, er viktig å ta i betraktning ved vurdering av menneskets fysiske og mentale funksjon. Alle deler av kroppen påvirkes og er avhengig av hverandre for optimal funksjon og integritet. Dette refereres til som kroppens gjensidige avhengighet. Kroppen har en konstant ønske om homeostase, som refererer til organismens opprettholdelse det såkalte "indre miljø" (10). Teorien om den gjensidige avhengigheten i kroppen tilsier at dysfunksjon eller svekkelse et sted, vil påvirke et annet, og derigjennom kunne påvirke helsen (6, s.16).

4.3 Definisjon av osteopati

Osteopatisk behandlingsform har utviklet seg over tid og derigjennom har det også skjedd endringer av definisjonen. I sin selvbiografi skrev Still en teknisk definisjon som følger:

"Osteopathy is that science which consists of ... knowledge of the structure and functions of the human mechanism ... by which nature under the scientific treatment peculiar to osteopathic practise ... in harmonious accord with its own mechanical principles, ... may recover from displacements, disorganizations, derangements, and consequent disease and regain its normal equilibrium of form and function in health and strength" (6, s. 20).

Det siste århundret har det blitt gjort flere forsøk på å skape en enhetlig definisjon på osteopatisk filosofi og fastsette klare prinsipper for praktisk osteopatisk medisin (6, s.20). En definisjon som ble gjeldende på 1900-tallet viste at celleaktiviteten i kroppen har stor påvirkning på menneskets helse- og sykdomstilstand. I 1953 publiserte Kirksville College of Osteopathy and Surgery en definisjon hvor osteopati blir omtalt som en filosofi, vitenskap og kunst (6, s.20). Det beskrives hvordan kroppen har kapasitet til å takle daglig stress og sporadiske ekstreme påkjenninger. Sykdom oppstår når denne naturlige kapasiteten blir redusert eller når påkjenningene blir for store. Til slutt beskrives hvordan mange faktorer påvirker menneskets kapasitet til bedring og helse. Siden 1991 har den offisielle definisjonen på osteopatisk medisin, utgitt av AOA, blitt revidert med jevne mellomrom. Den nyeste definisjonen følger:

"A complete system of medical care with a philosophy that combines the needs of patient with current practice of medicine, surgery or obstetrics; that emphasizes the interrelationship between structure and function; and that has an appreciation of the body's ability to heal itself." (6, s. 21).

4.4 Profesjoner og ekspertise

Profesjoner beskrives av Molander og Smeby som kunnskapsbaserte yrker eller ekspertyrker (11, s.11-26). En profesjonsutøver skal ha ekspertise på sitt felt. For å kunne kalle ekspertisen for en profesjon, må den også være institusjonalisert og ha en nytte for noen andre enn individet alene. Legeyrket sees på som malen for profesjonsutøvelse og sitter på en helt egen ekspertise. Den er institusjonalisert gjennom staten og deres ekspertise har stor nytte for resten av befolkningen. De to dimensjonene ekspertise og institusjonalisering, kan være av ulik kvalitet i de forskjellige profesjonene. Dette beskrives ved tre former for usikkerhet. Eksplicit usikkerhet omhandler graden av uenighet innad i profesjonen. Usikkerhet knyttet til kognitive evner viser til hvor mye intuisjon og automatisering blir benyttet, som skaper større usikkerhet enn regler og prosedyrer. Den siste formen for usikkerhet, interaksjonsusikkerhet, er knyttet til tolkninger av sosiale sammenhenger. Dette er usikkerheter som aldri kan elimineres fullt ut, men som bør begrenses mest mulig i hver enkelt profesjon. Med disse kriteriene i bakhånd, kan det argumenteres for at osteopater også bedriver profesjonsutøvelse. Osteopatene har opparbeidet seg ekspertise både praktisk og teoretisk gjennom minst fire år med høyere utdanning. Ekspertisen er institusjonalisert gjennom NOF og kan være til nytte for pasienter med plager osteopati kan ha positiv effekt på (les 4.5 Autorisasjonsavslag).

4.5 Autorisasjonsavslag

I Norge er det Helse- og omsorgsdepartementet (*HOD*) som avgjør hvilke profesjoner som autoriseres. I juli 2014 fikk NOF avslag på å bli inkludert i helsepersonellovens autorisasjonsordning for andre gang (9). HOD begrunner avslaget med at NOF ikke oppfyller kriterier knyttet til pasientsikkerhet, innhold og formål med utdanningen, selvstendig yrkesutøvelse og harmonisering med andre land. I 2012 ble bachelor i osteopati godkjent utdanning ved Norges Helsehøyskole Campus Kristiania (NHCK) gjennom Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT).

NOF argumenterer med at osteopati er anerkjent som et selvstendig manuelt yrke i World Health Organization (WHO) (12). Videre mener forbundet at faget er forskningsbasert og følger etablerte forskningsfaglige krav og metoder. Profesjonen er autorisert i England, Frankrike, Finland, Island og deler av Tyskland. Osteopatens manglende autorisasjon i Norge kan føre til at osteopater som ikke er kvalifiserte i sitt hjemland kommer til Norge for å praktisere, da det ikke er instanser her som kan frata de tittelen. NOF mener at dette undergraver og gjør tittelen til utdannede osteopater i Norge mindre betydningsfull og tillitsvekkende (12). Til dette svarer HOD at selv om de europeiske landene har mange likheter når det gjelder offentlig godkjent helsepersonell, er det også mange ulikheter (9).

For å bli autorisert må det også være et behov for osteopati i det norske helsevesenet. Tall fra SSB.no viser at totale helseutgifter per innbygger i Norge har økt fra 47730 kroner i 2009 til 56747 kroner i 2013 (13). NOF skriver i sin autorisasjonssøknad at i tillegg til behandling av eksisterende problematikk i menneskekroppen, er forebygging av sykdom et viktig aspekt av osteopatien. Dette både kan hjelpe pasientene og være økonomisk gunstig på et større plan (12). Her kan osteopaten påvirke feilbelastet bindevev, ledd, muskler, nervevev og sirkulatoriske systemer som kan gjøre kroppen mer disponert for utvikling av sykdom. Videre forklarer NOF at ved enkelte tilfeller kan osteopaten også løse adherenser som gir smerter eller lokale sirkulasjons- og nerveforstyrrelser. Disse tingene kan ha innvirkninger på sykefraværet og ventelister til kirurgiske inngrep, samt gi samfunnsmessige innsparinger. Et tverrfaglig samarbeid kan vanskeligjøres eller forhindres uten autorisasjon, på grunn av

manglende tillit fra andre profesjoner. En autorisasjon vil derfor kunne gi bedre tverrfaglig samhandling i pasientbehandlingen.

4.6 Fastlegers behandling av muskel- og skjelettsmerter

I Werner, Lærum og Ihlebæks studie "Hva gjør primærlegen med ryggpasienten" sees det på hvilken behandling pasienter med korsryggssmerter får hos primærlegen (14). De refererer til Hunskaars studie "Allmenntidisin – klinisk arbeid" som forteller at ryggssmerter utgjør et betydelig folkehelseproblem og er årsak til ca. 5 % av alle konsultasjoner i allmennpraksis (15). Hvordan disse pasientene blir behandlet kan gi et innblikk i fastlegenes behandlings- og henvisningsrutiner. I studien registrerte deltakende leger til sammen 219 forskjellige pasienter med ryggplager, som utgjorde 3,4 % av legenes totale konsultasjoner i samme periode (14). Samlet fikk 40 % av disse pasientene rekvirert bildediagnostikk, 79 % fikk medikamentell behandling, 32 % ble henvist til fysioterapeut, 11 % til kiropraktor og 31 % til annenlinjetjenesten. I diskusjonsdelen av artikkelen blir det påpekt at de fleste pasientene har ryggplager i mer enn 12 uker før de henvises til ryggpoliklinikk, fysioterapeut eller kiropraktor. Det blir også vist til at 73 % av legene som deltok i studien har et fast samarbeid med fysioterapeut og 35 % med kiropraktor.

4.7 Alternativ behandling

I valget mellom konvensjonell medisin og alternativ/supplerende behandling, er det ulike grunner til at noen velger sistnevnte. Noen føler at skolemedisinen ikke strekker til ved behandling av kroniske smerter eller symptomer relatert til stress og angst (16, s. 396). Andre ser på systemet rundt den konvensjonelle medisinen som et problem, med lange ventelister og referering gjennom kjeder av spesialister. Et annet argument er bivirkningene som følger med medikamentell og kirurgisk behandling, som er foretrukket behandling for flere innenfor den konvensjonelle medisinen. Noen mennesker har også religiøse eller filosofiske innvendinger til skolemedisinen, da den tenderer til å adressere kropp og sinn separat.

En økt interesse for temaer knyttet til personlig utvikling, naturlighet og helhet har gitt vekst til det alternative behandlingsmarkedet både når det gjelder antall alternative behandlingsformer og terapeuter (5). Flere enn før velger også å benytte seg av disse og andelen av den norske befolkningen som søker hjelp hos alternative behandlere, har økt med godt over 50 % i løpet av en tiårsperiode. Dette har en innvirkning på skolemedisinens rolle. Konvensjonell medisin er fortsatt suveren på mange områder, men innenfor problematikken som i stor grad involverer psyken, slik som kroniske smerter (17), energimangel og stressrelaterte symptomer, har noen alternative behandlingsformer mye å bidra med (5). Osteopati er en av disse. Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (NIFAB) lister opp 61 ulike behandlingsformer (18). Selv om andelen som bruker alternative behandlere har økt, bruker de samme menneskene fortsatt konvensjonelle helsetjenester (5).

Det engelske språket har to begreper for sykdom – *disease* og *illness* (5). Førstnevnte, *disease*, betegner sykdom som et objektivt fenomen, noe som kan måles og testes for å klassifisere plagene med diagnoser. *Illness* viser til den subjektive opplevelsen, hvordan pasienten har det, og hvordan han/hun lever med plagene. Konvensjonell medisin retter mesteparten av sin oppmerksomhet mot *disease*, mindre mot *illness*. Primær oppgaven til skolemedisinen er behandling av sykdom og lindring av symptomer. Mange alternative behandlere prøver å sette

opplevd sykdom eller symptomer inn i en større meningsramme for pasientene. Fokus er på mestring av sykdom og symptomer gjennom samtale, veiledning og berøring.

SSB skriver at muskel- og skjelettlidelser har blitt en "folkesykdom" (19). De forteller videre at dette er den mest fremtredende årsaken til sykelighet og funksjonshemming. Fra midten av 1980-tallet og fram til 1998 økte prosentandelen av personer med muskel- og skjelettlidelser fra 18 % til 25 %. Dette, sammen med psykiske lidelser er de vanligste årsakene til uførepensjonering (2002). Uførepensjonistene utgjør om lag 10 % av befolkningen i yrkesaktiv alder (18-67 år).

Psykosomatiske-, muskel- og skjelettlidelser kan svekke livskvaliteten til de som rammes (5). Tilstandene er vanskelig å påvise ut fra objektive kriterier og det finnes ofte ingen umiddelbar kur. Sammen med at tilbudet og variasjonen i alternativ behandling blir større, har økt kunnskap om biomedisins begrensninger og økt åpenhet omkring bivirkninger av medikamentell behandling, mest sannsynlig bidratt til at mange søker alternativ behandling i tillegg til konvensjonelle helsetjenester (5). Werner, Lærum og Ihlebæk sin studie viser til at 79 % av pasientene fikk medikamentell behandling (14). Lignende tall presenteres i en artikkel publisert av Tidsskrift for Den norske legeforening, der 80 % av pasientene med korsryggssmerter i allmennlegepraksis fikk medikamentell behandling (20). Flere enn hver tredje pasient fikk mer enn ett medikament. Vanligste behandlingen var med paracetamol, ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID-preparater), muskelrelakserende medikamenter og opioider. Forskning gjort på bruk av NSAIDs viser at hyppig bruk kan være langt farligere enn først antatt. Det ble i 1999 estimert at mer enn 16 000 Amerikanere døde av NSAID-induserte magesår (21).

Det er ikke bare den alternative delen av behandlingsbildet som er under endring, men også legerollen (5). Legenes autoritet utfordres i økende grad, da pasienter oftere nå enn før kommer med forslag til undersøkelse og behandling på grunn av at de selv kan innhente informasjon. På en annen side er det deler av legerollen som forblir lik. Personell innenfor den konvensjonelle medisinen har en unik rolle i at de kan observere objektive funn. Dette har større utsagnskraft enn pasientens subjektive symptomer. Ser man på trygderettigheter og sykemeldingspraksis har legene en helt ubestridt autoritet når det gjelder å definere og klassifisere sykdom. Til nå er det kun kiropraktorene som har oppnådd tilsvarende rettigheter (5).

Resultatene presentert i "Helse – flere velger alternativt" viser at det ikke er enten eller når det kommer til konvensjonell medisin og alternativt behandling (5). Artikkelen viser at man i større grad bruker begge tilbudene, hvor alternativ medisin brukes som et supplement til skolemedisinen, ikke en erstatning. Giddens forteller at dette er grunnen til at noen ikke-konvensjonelle terapeuter velger å kalle tilbudet for komplementær medisin, istedenfor alternativ medisin (16, s. 369). Tjenestene dekker sannsynligvis forskjellige behov ved behandling og lindring av symptomer. De som oppsøker alternativ behandling er oftere hos fastlegen sin, enn resten av befolkningen (5). Menneskene som benytter seg av alternative behandlere er også sunnere enn resten av befolkningen. De spiser mer frukt og grønt, det er flere i denne gruppen som mosjonerer og det er færre som røyker. Om dette kommer av gode råd fra behandlere eller om denne gruppen i utgangspunktet er mer opptatt av helse og livsstil, er uvisst. Det er særlig grupper som plages med smerter, hodepine, søvnløshet og mangel på energi som går til alternativ behandling.

Et annet behov som i større grad dekkes av de alternative behandlerne er samtalen mellom pasient og terapeut. Jan Svennevig skriver i Tidsskrift for Den norske legeforening at vi ikke alltid bare ønsker å få stilt en diagnose og få foreskrevet en behandling, men vel så mye få luftet bekymringer og få svar på spørsmål (22). Han viser til resultater fra kommunikasjonsforskere som regnet seg fram til at legen i snitt avbrøt pasienten etter 18 sekunder inn i sykdomshistorien.

5.0 Metode

Dette kapittelet tar for seg de metodiske vurderingene vi har gjort før og underveis i prosjektet. Vi har begrunnet den metodiske tilnærmingen og vurdert forskningens kvalitet. Først har valg av metode blitt vurdert, deretter kvalitativ tilnærming, utvalg, utarbeidelse av intervjuguide, gjennomføring og kvalitetssikring.

5.1 Valg av metode

Det er problemstillingen som legger føring for hvilken tilnæringsmetode som benyttes (23, s.25). For å finne svar på problemstillingen har det blitt brukt en kvalitativ tilnærming. *“Et overordnet mål for kvalitativ forskning er å utvikle forståelsen av fenomener som er knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet”* (23, s.15). Valget falt på denne fremgangsmåten da vi med hensyn til problemstillingen er ute etter å få kjennskap til den subjektive opplevelsen til fastlegene av osteopati som profesjon, samt deres syn på anbefaling av osteopati som behandlingsform til sine pasienter.

5.2 Kvalitativ tilnærming: semistrukturert intervju

Formålet med å utføre intervju er å skaffe utfyllende og beskrivende informasjon om hvordan informantene opplever ulike deler av sin livssituasjon (23, s.15). Gjennom et kvalitativt forskningsintervju får intervjuer innsikt i informantens erfaringer, følelser og tanker. Det er nettopp derfor valget falt på dybdeintervjuer, slik at fastlegene kan gi utdypende svar om deres oppfatninger av osteopati. Med bakgrunn i valget av kvalitativ metode, valgte vi å benytte semistrukturerte dybdeintervjuer som datainnsamlingsmetode. Her utarbeidet vi intervjuguide som blir brukt underveis i intervjuene (se vedlegg). Semistrukturerte intervjuer gir fleksibilitet til å spørre oppfølgingsspørsmål ved behov, men samtidig ha en klar guide på hvilke spørsmål som skal stilles.

5.3 Utvalg

Populasjonen som ble intervjuet er fastleger, da det kun er fastlegenes subjektive mening som vil besvare problemstillingen. For å få et mest mulig variert datagrunnlag er det ønskelig å ha leger som er nyutdannede, med lang arbeidserfaring og alle sjatteringer der i mellom, samt en geografisk spredning. Utvalget i denne studien er preget av tilgjengelighet og bekvemmelighet, da resursene tilgjengelige er små. Kriteriene for deltakelse er derfor begrenset. Inklusjonskriteriene er som følger:

- Fullført seksåring universitetsstudium, samt turnustjeneste på 1,5 år
- Arbeidet som fastlege de siste fem årene eller arbeider som fastlege i dag
- Kjennskap til osteopati

- Befinner seg på Østlandet

På forhånd var planen at intervjuene skulle bli gjort ved fastlegenes arbeidssted og derfor var det mest praktisk med leger på Østlandet. Siden intervjuene ble gjort over telefon, viste det seg å ikke være av betydning hvor fastlegene befant seg. Både gjennomføring og bearbeiding av intervjuer er tidkrevende og utvalget bør baseres på hvem man ønsker å overføre resultatene til og ses i forhold til muligheten for å generalisere (23, s.45-46). Studien tok sikte på at mellom tre og fem fastleger skulle delta. Dette antallet er godt, da tok studien sikte på å gå i dybden i temaet. Forespørlene ble først sendt ut på mail, men etter mange avslag ble informantene kontaktet via telefon. Det var fortsatt vanskeligheter med å få kontakt med nok fastleger, så utvalget ble tre informanter, i tillegg til at prøveintervjuet også ble brukt i oppgaven. Dette var for å få rikere datainnhold, som kan være med å styrke bredden i studien. Prøveinformanten har alle inklusjonskriteriene som skal til for å være med. Derfor ble prøveintervjuet transkribert på samme måte, etter samtykke fra prøveinformanten, og tatt med i resultater og drøfting.

5.4 Utarbeidelse av intervjuguide og prøveintervju

Intervjuguiden er utarbeidet slik at den best mulig svarer til problemstillingen, og blir så rik og fyldig som mulig (23, s.26-28). Ønsket var å ha åpne, tydelige spørsmål som ikke virket ledende på informanten. Det var også et mål at spørsmålene ikke krevde svar som kunne avdekke konfidensiell informasjon eller sette informanten i en vanskelig situasjon. Spørsmålene ble utarbeidet på en slik måte at informantene har rom for egne og utradisjonelle oppfatninger om emnet. Vi valgte å bruke noen lukkede spørsmål: “Har du anbefalt egne pasienter å gå til osteopat?”, før vi fulgte opp med: “hvorfor/hvorfor ikke?”. Dette fordi vi som intervjuere og kommende osteopater ikke ønsket å vise noen form for forutinntatte meninger. Ved å bruke oppfølgende spørsmål fikk vi likevel et dypt og begrunnet svar på spørsmålet.

Ved utarbeidelsen av intervjuguide delte vi opp spørsmålene i to deler, da vi har en todelt problemstilling. Del en: “Hvilket syn har fastleger på osteopati,” og del to: “anbefale/ikke anbefale”. I følge Dalen bør de innledende spørsmålene bli stilt slik at informanten føler seg avslappet i situasjonen (23, s.27). Intervjuet ble derfor innledet med spørsmål som omhandlet fastlegen selv, med arbeidserfaring og utdanning. På den måten kan vi også se om dette har noe relevans til resultatene.

I forkant av gjennomføringen benyttet vi oss av et prøveintervju. Ved kvalitative intervjustudier bør alltid prøveintervjuer benyttes, både for å teste ut intervjuguiden og egen evne som intervjuer (23, s.30-31). I tillegg til å avdekke potensielle svar eller temaer som ikke var forventet. Formålet med prøveintervju er dermed å få tilbakemelding på relevansen og utformingen av selve spørsmålene, samt vår væremåte i intervjusituasjonen. Prøveintervjuet ble utført på en fastlege som har jobbet i tilsammen ti år. Slik fikk vi testet det på samme yrkesgruppe, slik at spørsmålene og tilbakemeldingene ble mest mulig relevante. Etter prøveintervjuet gjorde vi noen små endringer i intervjuguiden etter egen opplevelse og tilbakemelding fra prøveinformanten. Vi fikk blant annet tilbakemelding på at vi kunne legge til et oppfølgingsspørsmål: “Hva skal til for at du vil anbefale osteopati som behandlingsform?”, og en rettelse på benevnelsen av legeutdannelsen. Vi merket under intervjuene at noen av spørsmålene måtte gjøres om til en mer muntlig tone, og vi fjernet også et overflødig oppfølgingsspørsmål. Legen vi utførte prøveintervjuet på ga oss god tilbakemelding på vår væremåte underveis i intervjuet. Tilbakemeldingen på selve

spørsmålsformuleringen og relevansen til problemstillingen var god. Vi valgte derfor å beholde intervjuguiden, med noen små endringer som nevnt over. Da ingen av forfatterne har mye erfaring med intervjusituasjon, var det nyttig å ha gjennomført et prøveintervju for å bli mer komfortabel. På tidspunktet med prøveintervjuet var planen å intervju informantene på sin arbeidsplass, og vi valgte derfor å gjøre det slik med prøveinformanten. Vi hadde dessverre ikke skaffet båndopptaker på dette tidspunktet, så prøveintervjuet tatt opp på mobiltelefon.

5.5 Gjennomføring

Den aktuelle målemetoden er båndopptaker av type: ”Zoom H4N Handy Audio Recorder”. Transkriberingen og intervjuene ble gjennomført av forfatterne selv; Kari Skaar Brattset og Malin Haugen Bokle. For å få det mest mulig likt i alle intervjuene tok én av forfatterne, Kari, føringen i alle intervjuene, samt prøveintervjuet.

I forkant av studien var planen å reise til et møtested som passet best for informantene, da dette ville gi høyest sannsynlighet for at fastlegene hadde mulighet til å delta i studien. Det viste seg underveis at det var vanskelig å finne fastleger som ønsket å bli med. De legene som ønsket å delta holdt til et stykke unna Oslo, så av økonomiske og praktiske grunner ble alle intervjuene gjennomført på telefon. Før intervjuet gjentok vi deler av informasjonen i ”forespørselen om deltagelse i studien” (se vedlegg) for å forsikre oss om at informantene visste hva studien gikk ut på og sine rettigheter om å trekke seg. Fastlegene mottok samtykkeskjema over mail, signerte og sendte det tilbake til forfatterne. Etter intervjuet ble informantene igjen gjort oppmerksomme på hva intervjuene skal brukes til og takket for at de tok seg tid. Under transkriberingen ble alle informantene referert til som ”Lege 1”, ”Lege 2” osv., slik at informantene ble holdt anonyme.

Transkriberingen er en unik mulighet til å bli kjent med data til studien (23, s.55). Siden dette også er mest hensiktsmessig økonomisk, ble transkriberingen gjort av forfatterne selv. Da transkriberingen var fullført ble opptakene slettet. Transkripsjonene ble i stedet lagret på en sikker passordbeskyttet maskin, og kan hentes frem ved behov. Hele transkriberingen er anonymisert, og vi har byttet ut blant annet stedsnavn med ”byen” eller lignende. Vi har skrevet ned ordrett hva informantene har sagt, men i utforming av resultater har informantenes svar blitt skrevet om til en mer skriftlig tone. Dette er av hensyn til at oppgaven skal være ”leservennlig”, i tillegg til at muntlig tale ofte kan høres ”dummere” ut når det transkriberes direkte. Det er hensiktsmessig å skrive om minst mulig for få frem informantens meninger på en best mulig måte. Etter at transkriberingen var gjennomført, ble alle intervjuene samlet i et dokument, sortert under tilhørende spørsmål. Dette ga forfatterne et godt utgangspunkt for analyse av data. Forfatterne gikk nøye igjennom dokumentet og vurderte hvilke svar som var relevante for de ulike delene av problemstillingen.

5.6 Kvalitetssikring

I denne delen av oppgaven har forfatterne vurdert hvorvidt studien er troverdig og pålitelig. Kvalitativ forskning innebærer at mennesker gir mening til egne sosiale erfaringer og konstruerer sitt eget syn på virkeligheten (23, s.91). Dette gjør at det ikke vil være én sannhet eller universell lov. Derfor vil resultatene i oppgaven være gjeldene for hvert enkelt individ som deltar, men samtidig være farget av forfatterne. Samtidig påpeker Dalen at synspunktene vil være påvirket av samfunnsforholdene på det tidspunktet intervjuene blir gjort.

5.6.1 Validitet

Validitet, eller gyldighet, viser til i hvilken grad det er mulig å trekke gyldige slutninger ut fra resultatene i en studie (24). Validitet er også omtalt som håndverkskvalitet, altså gjennomføring av studien fra start til slutt og hva man kunne eller burde gjort annerledes (23, s.97). Dette innebærer alt fra planlegging, prøveintervju, selve gjennomføring av intervjuene, analyse av data og diskusjon. Alt dette bør utføres med best mulig pålitelighet.

For at flere informanter skulle respondert på forespørselen til intervju, kunne forfatterne personlig ha oppsøkt fastlegenes kontorer. På den måten hadde fastlegene hatt en person å relatere studien til, og dermed kanskje vært mer villige til å delta. Det er i slike studier utfordrende å få leger til å delta, da de ofte har mye å gjøre som fastleger.

Intervjuene ble utført over telefon, da dette var ønsket og mest praktisk for informantene og forfatterne. Det er noen bakdeler ved å gjøre intervjuet over telefon som kan være med på å svekke oppgavens validitet. Vi kan ikke vite hva informanten gjør underveis i intervjuet, om han eller hun for eksempel benytter seg av ”hjelpemidler” eller snakker med andre. I tillegg må vi stole på at informanten kommer med sine egne meninger og snakker ut i fra sin kunnskap og erfaring. Vi kan heller ikke observere informantens kroppsspråk underveis i intervjuet. Ut i fra de svarene vi fikk, hvor raskt de svarte og oppriktigheten bak svarene, er det ingen grunn til å tro at noen av informantene var uærlige underveis. I kvalitative intervjuer er det en forutsetning at informantene er åpne, ærlige og ønsker å svare ut i fra egne meninger (23, s.15).

Underveis i intervjuet benyttet vi oss av bekreftende spørsmål: ”Så det du sier er at...”. Dette er for å forsikre oss om at vi har forstått informantene riktig. Bruk av båndopptaker vil også kunne være med å styrke validiteten, og minske risikoen for å overse viktig informasjon. Utføringen av prøveintervjuet kunne vært bedre om dette også hadde blitt gjort over telefon. Vi valgte å kontrollere båndopptakeren i forkant av intervjuene på bekjente, slik at vi kunne være sikre på at utstyret var i orden. Vi justerte avstand mellom telefon, båndopptaker og intervjuer, slik at vi var sikre på at lyden ble best mulig.

På grunn av den kvalitative metodens egenart er generalisering vanskelig å gjennomføre og heller ikke formålet med forskningen (25). Det er forfatterens mål å gjøre forskningen transparent og kontekstualisert slik at leseren selv kan vurdere om forskningen kan overføres til sin hverdag. Målet med studien er å få en bedre forståelse av fastlegenes tanker rundt et samarbeid med osteopater, og osteopati som en komplementær behandlingsform for deres pasienter. Meninger ytret under intervjuene vil bare kunne beskrive informantens egne tanker og kan ikke regnes for å gjelde andre fastleger eller leger generelt. Det blir derfor opp til leseren selv å avgjøre om resultatene fra denne studien er relevant og overførbart. Et bredere utvalg kunne gitt et rikere svar, men utvalget må stemme overens med omfanget av studien og de rammene bacheloroppgaven gir.

Når Dalen omtaler drøfting av validitet er det tre utfordringer som står sentrale i tolkning og teoretisering av eget intervjumateriale: ”*Den holistiske feiltagelsen*”, ”*Eliteskjevhet*” og ”*Going negative*” (23, s. 99). Den holistiske feiltagelsen handler om at forskeren anser seg selv som så godt kjent i fagfeltet og temaet som belyses, at forskeren tolker utsagn og hendelser feil på grunn av sin førforståelse. Den andre utfordringen forskeren står ovenfor, eliteskjevhet, er om forskeren legger for mye vekt på én informant eller enkelte informanter,

da forskeren anser disse informantene som viktigst for studien. ”Going negative” er en betegnelse på om forskeren har kommet så nære og blitt så familiær med fagområdet som studeres, at han/hun ikke klarer å plukke frem særtrekk eller bemerkelsesverdige kjennetegn. I forkant av denne bacheloroppgaven hadde vi ingen bestemt forforståelse ovenfor vår problemstilling, vi hadde noen tanker rundt det, men var mest av alt nysgjerrige på hva vi skulle komme til å lære av intervjuene. Tolkning av resultatene ble gjort slik at informantenes budskap og meninger kommer frem på en så rettferdig måte som mulig, ved å forsøke å vektlegge informantene likt. Vi hadde ingen formening om hvilke informanter som ville være viktigst for studien. Som osteopatiststudenter vil det alltid være en fare for at vi står for nære temaet og problemstillingen, til å kunne se særtrekk og nyanser i svarene vi får. Vi har forsøkt gjennom tolkning og drøfting å se på intervjuene i perspektiv for å få et helhetlig og objektivt bilde av hva informantene mener.

5.6.2 Reliabilitet

Reliabilitet vil si om studien kan gjøres på nytt på akkurat samme måte av andre forskere, med samme resultat (23, s.93). Ved kvantitativ forskning finnes det standardiserte målemetoder for validitet og reliabilitet, mens i kvalitativ forskning vil ikke dette være mulig og heller ikke hensiktsmessig. Reliabilitet vil ikke være et egnet begrep i kvalitative intervjustudier (23, s.93). I kvalitative studier er det svært vanskelig å stille krav om at fremgangsmåten for innsamling og analyse av data skal kunne etterprøves av andre forskere. I slike studier vil forskerens rolle stå mer sentralt, enn ved kvantitative studier. Forskerens samspill med informanten og den enkelte situasjon vil spille en viktig rolle i resultatene. Mennesker vil reagere og svare forskjellig i ulike situasjoner til ulik tid. Det er derfor viktig å tilnærme seg reliabilitet på en annen måte. Nøyaktig beskrivelse av de ulike leddene i forskningsprosessen vil være ønskelig for at en annen forsker skal kunne se på studien med de samme ”forskningsbrillene”.

I møte med disse forutsetningene har vi forsøkt å møte fastlegene med nysgjerrighet og åpenhet for å forstå deres oppfatning og forståelse av osteopati. Dette har vi forsøkt å uttrykt gjennom åpne, ikke forutinntatte spørsmål, og en holdning som viser at vi ønsker å vite hva akkurat de mener og tenker om temaet.

6.0 Etikk

Ved utførelse av forskningsintervju er det spesielle etiske og metodiske utfordringer som kan oppstå (23, s.19). Stigmatisering går ut på at enkeltpersoner eller en gruppe mennesker kan identifiseres i studien og få et ”stempel” på seg eller bli hengt ut. Dette er ekstra utsatt hvis gruppen man intervjuer er liten, eller har spesielle kjennetegn ved seg. Derfor er det viktig med informert samtykke og konfidensialitet i forskningen. Denne bacheloroppgaven tar for seg fastleger som har kjennskap til osteopati. Legeforeningen viser til statistikk for 31.12.2013 at det er 4387 fastleger i Norge (26). Dette utgjør en veldig stor gruppe mennesker, noe som gjør at faren for stigmatisering minsker. I tillegg var et inklusjonskriterie at fastlegen skulle kjenne til osteopati. Selv om dette er noe som gjør gruppen mindre, vil det likevel være vanskelig å identifisere disse legene. Vi ser derfor ingen stor fare for stigmatisering i denne studien.

En annen etisk utfordring er nærhet og engstelse til informantene (23, s.19-20). Det kan være vanskelig for intervjuer å finne balanse mellom nærhet og distanse. Dette gjelder spesielt ved sensitive saker som omhandler personlige forhold. Intervjuer kan være engstelig for å gå inn på vanskelige områder og ubehagelige situasjoner. Spørsmålene i intervjuet har blitt utarbeidet slik at sensitive områder unngås. Likevel kan det oppfattes som ubehagelig, både for intervjuer og informant, om fastlegene skal uttale seg negativt om det faget som studeres. Det er gagnlig at intervjuer tørr å gå nærmere inn på dette og spørre, selv om dette kan være ubehagelig. Det er viktig at forfatterne forholder seg nøytrale i situasjonen og på ingen måte viser misnøye til det informanten formidler. Informantene oppfordres til å utdype sine egne meninger og forståelser for temaet. Dette kan også sammenlignes med solidaritetsproblemet, hvor forskeren studerer noe han eller hun selv blir berørt av (23, s.20-21).

Bachelorkandidatene studerer til å bli osteopater og vil derfor bli berørt av fastlegers oppfatning av osteopati. ”Solidaritet kan få betydning både under selve intervjuet og ved tolkning og formidling av data” (23, s.20). Det kan være vanskelig for forskeren å vurdere hva som bør eller må formidles og hva som kan ”glemmes”, når forfatterne selv blir berørt av tema.

Når fastlegene skal ta stilling til om de ønsker å delta i studien, må vi ta med i betraktningen om deres forforståelse av osteopati som fagfelt, kan være med på å avgjøre om de ønsker å delta i studien eller ikke. Det kan for eksempel være lettere for en som er positivt innstilt til osteopati å delta i et slikt intervju, da noen kanskje føler det ubehagelig å uttale seg negativt om andre profesjoner. Etter og underveis i intervjuene fikk vi et inntrykk av at de fastlegene vi intervjuet var ærlige og ikke redde for å si sin mening. Uttalelsene var både positive og negative.

Ved innhenting av informanter dukket det opp en etisk problemstilling som det måtte tas stilling til. På grunn av vanskeligheten med å få tak i informanter, ble det brukt bekjensker til en av forfatterne. Dette ble nødvendig da kun en av forespørslene som ble sendt ut, ble besvart. Graden av bekjensker mellom forfatter og informant er ikke betydelig og intervjuene ble utført av den forfatteren som ikke har kjennskap til informanten. Derfor vurderte forfatterne at dette forholdet sannsynligvis ikke ville påvirke resultatene i oppgaven.

7.0 Resultater

Fastlegeordningen ble innført 1. juni 2001 (27) og alle informantene i denne studien har vært fastleger hele denne perioden. Alle informantene er etnisk norske menn over 40 år. Av tilleggsgutdannelse har Lege 1 bakgrunn som fysioterapeut.

7.1 Del 1: Oppfatning av osteopati som profesjon/behandlingsform

7.1.1 Relasjoner

Tre av fire informanter har samarbeidet med osteopater. Av disse tre forteller en av de om det han kaller et delvis samarbeid, hvor utveksling av informasjon mellom lege og osteopat hovedsakelig går gjennom pasienten. Lege 1 var den eneste av informantene som aldri har samarbeidet med osteopat. Alle fire informantene svarte nei på spørsmålet om de noen gang har fått behandling av osteopat.

7.1.2 Oppfatning

Informantene ble spurt om å fortelle hvilken oppfatning de har av osteopati. Tre av fire sier de er positive til osteopatisk behandling av muskel- og skjelettsystemet, samtidig som to av disse er skeptiske til deler av profesjonen/behandlingen. Lege 1 oppfatter profesjonen som ikke fagfundert og mer ”alternativmedisinsk”. Han oppfatter også at osteopater ikke er innenfor det han kaller for ”den vanlige rehabiliteringstenkningen” eller ”vanlige somatiske tenkningen”. Han la til at forklaringsmodellene er vanskelig å forstå.

Prøveinformanten er splittet i sin oppfatning:

”Jeg må være ærlig nok til å si at det er kanskje noen biter av osteopatien jeg ikke helt forstår (...) Kraniosacrale biten for eksempel og som jeg er litt skeptisk til, men ellers for veldig mange av de plagene som jeg ikke har så mange gode verktøy for å fikse, type lave korsryggssmerter, nakkesmerter og sånt så har jeg veldig tro på det. Som enten en erstatning eller supplement til annen type behandling.” – Prøveinformanten.

Lege 2 oppfatter osteopati som et parallelt tilskudd på linje med andre terapiformer som fysioterapi og manuell terapi. Dette begrunnet han med mange års erfaring og interesse for fysikalsk medisin. *”...Men egentlig så står vel osteopati etter min bevissthet sterkere enn noen av de andre, på lik linje med fysioterapi kanskje.”* – Lege 2. Lege 3 sin oppfatning av profesjonen er, i likhet med prøveinformanten, splittet. Han ytret skepsis til behandlingsformen, fordi han mener systemet er litt foreldet og ikke helt vitenskapelig grunnlagt. Han la til at dette ikke trenger å bety at det ikke finnes gode enkeltosteopater, spesielt de med bakgrunn i fysioterapi.

Informantene ble spurt om de på bakgrunn av sin kunnskap om osteopati, kunne beskrive behandlingsformen. To av fastlegene svarte ikke på spørsmålet, da de føler de ikke har nok kjennskap til behandlingsformen. Prøveinformanten svarte på spørsmålet ved å fortelle hvordan han forklarer sine pasienter hva osteopati er. Her sammenlignet han behandlingsformen med fysioterapi, manuell terapi og kiropraktikk.

”... prøver gjerne å sammenligne med noe pasientene kjenner da, så sier jeg at det er ikke manuell fysioterapi eller manuell terapi, men det er en som bruker hendene sine med veldig skånsomme behandlingsteknikker. Mange lurer på er det veldig annerledes enn kiropraktikk, og det jeg sier da er at det er en litt annen filosofi bak, men de bruker hendene de også. Generelt sett så er behandlingsmåtene mye mer skånsomme og har fokus på å stimulere kroppen til å senere helbrede seg selv og.” – Prøveinformanten.

Lege 3 ga dette svaret:

”Jeg vet ikke så veldig mye om behandlingsformen. Men jeg vil skille litt mellom det hvor de behandler muskel- og skjelettlidelser som sådan og der hvor de hevder å skulle korrigere andre mer indre ubalanser da. Jeg er mer skeptisk til den siste delen der.” -Lege 3.

Videre fikk informantene spørsmål om de synes osteopatien har noen mangler, enten som profesjon eller behandlingsform. Tre av informantene svarte ikke og begrunnet med at de ikke er kompetente til å uttale seg om dette. Lege 2 svarte at han ikke synes at behandlingsformen har noen mangler, men at osteopati ikke er stort bedre enn noen av de andre kjente behandlingsformene. Neste spørsmål omhandlet hvorvidt legene synes osteopatien skiller seg fra andre manuelle behandlingsformer. Her svarte en av informantene at de ikke vet nok til å uttale seg. Lege 1 trakk frem det han kaller for ”bindevevsbehandlinger” som et moment hvor

osteopatien skiller seg fra andre. Lege 3 svarte at osteopatien skiller seg ut ved at de hevder å kunne behandle mange innvortes lidelser og la til at det er dette han i utgangspunkt er skeptisk til. Han fortsatte med å si at dette er i motsetning til kiropraktorer og manuellterapeuter, som holder seg mer til muskel- og skjelettsystemet. Til slutt la han også til at det er der han mener de hører hjemme (les: muskel-og skjelettsystemet).

”En av de tingene jeg syntes er litt interessant og noen ganger litt slitsomt (...) Jeg opplever osteopatien nesten som en slags kult. At det er veldig sånn: ”dette er vårt fag og vi er helt alene om å drive med akkurat dette”. Og at osteopati er ekstremt spesiell og at vi må forholde oss til osteopatien på en helt annen måte enn andre behandlingsformer.” – Prøveinformanten.

7.1.3 Autorisasjon

I denne delen av intervjuet ble informantene spurt om de ser et behov for osteopati som supplerende behandling i det norske helsesystemet. Her svarte to av fastlegene at de ser et behov, en at han ikke ser et behov, mens en ikke svarte på spørsmålet. *”Kiropraktorene var jo kanskje de siste som ble autorisert og det er jo ikke noen grunn til at de skal være autoriserte og ikke osteopatene.”*- Prøveinformanten.

”...men det er liksom fysikalskmedisinere, fysioterapeuter, naprapater og kiropraktorer... det er i hvert fall de vi omgir oss med her, som kanskje er litt mer akseptert i systemet, selv naprapater er vel det...” – Lege 1.

”Nei, jeg vet ikke hvorfor de (myndighetene) avslår det, for jeg kan ikke se at det er noen forskjell på osteopati og kiropraktikk, og manuell fysioterapi. Jeg syntes ikke at det er smart å avslå den søknaden, for å si det sånn. Så jeg syns godt at det kunne vært på lik linje med de andre som har godkjenningen.” – Lege 2.

”Nei. Egentlig så syntes jeg at myndighetene gjør klokt i å være litt tilbakeholdene med det, i og med at en del av dette fagområdet er litt sånn tvilsomt faglig dokumentert.” – Lege 3.

”(...) noe av det mest frustrerende for oss (leger) er pasientene vi ikke får gjort noe med. For de kommer tilbake og tilbake og tilbake og vi klør oss i hodet. Pasientene forventer at vi skal kunne gjøre noe, og da er det mye bedre at vi henviser til de som har verktøy til å gjøre noe.” – Prøveinformanten.

De ble så spurt om hva de tror skal til for at osteopati skal bli autorisert. En av informantene svarte at han ikke vet, mens Prøveinformanten svarte at han mener at penger og lobbyvirksomhet er en viktig del av dette. Han presiserte også at det å få flere pasienter til osteopatien vil gi større sannsynlighet for autorisasjon, da det blir flere mennesker myndighetene må ta hensyn til med tanke på pasientsikkerhet.

Lege 2 sier at han tror en autorisasjon vil komme med mer forskning som kan underbygge behandlingsformen, samt å fortsette å ”mase” på myndighetene. Lege 3 svarte at det kanskje kan hjelpe hvis det blir gjort en ”opprydning i egen leier”. At man skal prioritere det som er vitenskapelig godt nok fundert og se bort fra det som bygger på gamle teorier og tradisjoner.

7.2 Del 2: Anbefale/ikke anbefale

Av de fire informantene svarte to at de har anbefalt egne pasienter å gå til osteopat. Lege 3 presiserer: *”Det har stort sett dreid seg om muskel- og skjelettlidelser hvor jeg vet at osteopatene ofte kan gjøre en god jobb”* – Lege 3.

Lege 2 har kun anbefalt osteopati hvis pasienten selv har spurt om behandlingsformen. Han forklarer at han da som regel stiller seg positiv til dette ovenfor pasienten. Han sier videre at han som lege strengt tatt ikke har lov til å anbefale en behandlingsform som ikke er autorisert. Lege 1 svarte at han ikke har anbefalt egne pasienter å gå til osteopat og begrunner dette med at han ikke synes det er vits å anbefale noe som ikke har dokumentasjon på at det gjør en forskjell. Samtidig sa han at det ikke er så farlig hva behandlingsformen heter, så lenge pasienten blir bra.

Videre spurte vi fastlegene om de noen gang har frarådet pasienter å gå til behandling hos osteopat, hvor alle informantene svarte nei.

”Jeg vet jo at det selvfølgelig er noen kontraindikasjoner, men det er ikke veldig mange. Det er ikke veldig mange tilstander jeg tenker at det ville vært skadelig å få osteopatibehandling.” – Prøveinformanten.

”Nei, ikke fordi at det har vært feilbehandlet på noen måte, men det er mange ganger jeg har syns at de ikke har fått det de burde ha fått ut av det, så da har jeg sagt at de kanskje skal prøve en annen terapiform. Men det som jeg sa før i intervjuet ditt, så er det like mye det at jeg tror på at vedkomne behandler er avgjørende for hvordan han ser pasienten og klarer å utøve sitt yrke, mer enn hva det kalles, osteopati eller kiropraktikk.” – Lege 2

Da fastlegene ble spurt om de synes det er problematisk å anbefale en behandlingsform som ikke er autorisert, svarte to at de synes dette er uproblematisk, mens to av de synes det er problematisk. Begrunnelsene for dette var forskjellige. For Lege 2 handler det om pasientsikkerheten og ansvaret han tar på seg ved å anbefale en uautorisert behandlingsform. For Lege 3 er det det økonomiske aspektet som gjør det problematisk og begrunnet dette med at mange pasienter har dårlig økonomi. *”Hadde det vært autorisert så hadde man gjerne hatt en betalingsordning som gjorde at pasienten fikk en lavere egenandel. Sånn sett er det jo litt problematisk, fordi mange pasienter har ikke så god råd”*. -Lege 3.

”I Norge i dag, så kan jo jeg godt kalle meg osteopat hvis jeg vil og kan ingenting om det. (...) så da vil det være et kvalitetsstempel på at pasientene vet at det er en som har så og så lang utdanning.” – Prøveinformanten.

Informantene ble til slutt spurt om det er viktig for de å ha en personlig relasjon til terapeuten de henviser til/anbefaler. *”Det er klart at hvis du ikke kjenner noen, og du er litt usikker på hva du de driver med, så er det litt vanskeligere å anbefale.”* -Lege 1. Tre av fastlegene svarte at det er mer viktig ved uautoriserte enn ved autoriserte terapeuter. Prøveinformanten begrunnet dette med at det er lettere å sjekke opp og finne informasjon om de autoriserte. Han presiserte også at det ikke er veldig viktig med en personlig relasjon, men at det kan være nyttig. Lege 3 sa at for han er det mer viktig å ha tillit til fagfeltet og utdanningen, enn til enkeltterapeuter.

”Så jeg tror i hvert fall for osteopatenes del (...), så er det alltid nyttig å ha en (personlig relasjon). Stikk huet inn på et legekontor. Vis deg. Fortell hvem du er. Si hva du driver med. Behøver ikke å si så mye. Bare si at: ”Hei, jeg er osteopat. Jeg har så og så lang utdanning.”

Vi er gode på dette og dette, ta gjerne å send noen pasienter til oss, så skal du få en god tilbakemelding på hva vi har gjort, og jeg er ganske sikker på at pasientene dine vil bli fornøyde.”” – Prøveinformanten.

8.0 Diskusjon

I dette kapittelet har forfatterne reflektert over prosjektets resultater og diskutert disse i lys av relevant teori. I første del av diskusjonen har vi tatt for oss del en av problemstillingen: *”Hvilken oppfatning har fastleger av osteopati som profesjon, ...”* Her har vi drøftet fastlegenes beskrivelse og oppfatning av osteopati opp i mot hvordan osteopatien selv ønsker å fremstå. Vi har også tatt for oss hvordan mangel på autorisasjon kan være med å påvirke fastlegenes oppfatning. I den andre delen har vi sett på del to av problemstillingen: *”...og hvorfor vil fastleger anbefale/ikke anbefale osteopati som behandlingsform til sine pasienter?”* Her har vi drøftet hvorvidt osteopati er en behandlingsform de ønsker at sine pasienter skal benytte seg av, og også om mangel på autorisasjon har en innvirkning på dette. Videre er det drøftet mulige grunner til resultatene og konsekvenser dette kan ha for osteopati som profesjon. I tillegg har vi underveis diskutert ulike tiltak som kan være med på å øke forståelsen av osteopati hos fastlegene. Til slutt følger en diskusjon som belyser styrker og svakheter ved studien.

8.1 Del 1: Oppfatning av osteopati som profesjon/behandlingsform

Resultatene viser at fastlegene som har samarbeidet med osteopat, har en positiv oppfatning av profesjonen. Dette taler til at disse terapeutene har etterlatt et godt inntrykk og muliggjort for et videre samarbeid. Lege 1 uttrykte et negativt syn på profesjonen og har aldri samarbeidet med osteopat. Hans oppfatning av osteopati er ikke farget av et opplevd samarbeid, men av hvordan profesjonen fremstår.

To av informantene som er positive til osteopati, uttrykte også at det er deler av profesjonen de er skeptisk til. Lege 3 skiller mellom behandling av muskel- og skjelettlidelser og det han kaller *”korrigerende av andre indre ubalanser”*. Han fortalte at han har hørt om teorier som går på balanse av indre organer, som han ikke synes er godt fundert i forskningen. Han sa at osteopati hevder å behandle *”innvortes”* lidelser, og at kiropraktorer og manuellterapeuter ikke gjør det samme. Per i dag hevder ikke osteopati å kurere patologi, slik som vi forsto at Lege 3 mente. Det kan virke som om målsetningen med osteopatisk visceral behandling misforstås. Visceral osteopati søker å finne spenninger som befinner seg i organene og assosiert vev (7). Målet er å bedre bevegelse, fjerne barrierer for å bedre funksjon og tillate kroppens egne helbredende og selvregulerende mekanismer å fungere optimalt. Det er ikke et mål å direkte påvirke patologi, men å bedre følgetilstander som kan føre til smerte og nedsatt bevegelse (4). Forskjellen på dette er signifikant og viktig å kommunisere korrekt. I NOFs autorisasjonssøknad er et av argumentene at osteopater kan ha innvirkninger på både sykefraværet og ventelister til kirurgiske inngrep (12). NOF burde kanskje være mer forsiktig med slike uttalelser, da det fort kan misforstås til å gjelde patologiske tilstander:

”Osteopaten kan også ved enkelte tilstander løse adherenser/sammenvoksinger som gir smerter eller lokale sirkulasjons og nerveforstyrrelser slik at man kan unngå en eventuell

operasjon. Dette kan ha store innvirkninger både på sykefraværet og ventelister til kirurgiske inngrep. NOF mener dette kan om mulig gi samfunnsmessige innsparinger” (12).

Selv om Prøveinformanten generelt sett har en positiv oppfatning av osteopati, uttrykte han skepsis til deler av behandlingen: *”Kraniosacrale biten for eksempel, som jeg er litt skeptisk til, ...”* Alle informantene som er positive til behandlingsformen, uttrykte at det er behandlingen av muskel- og skjelettlidelser de har tiltro til. *”...veldig mange av de plagene som jeg ikke har så mange gode verktøy for å fikse, type lave korsryggssmerter, nakkesmerter og sånt, så har jeg veldig tro på det.”* – Prøveinformanten.

De formene for behandling fastlegene stiller spørsmål ved (les: kraniosacral, visceral og fasciell behandling) er de samme områdene innenfor profesjonen hvor vi opplever osteopatene som mest splittet. Det fremstår som om det er uenighet blant terapeutene om disse teknikkernes forklaringsmodeller og virkning, da spesielt kraniosacral behandling. Dette er en av de tingene som kan føre til større skepsis til osteopati som profesjon (les: 4.4 Profesjon og ekspertise) (11, s.25). Stor grad av eksplisitt usikkerhet kan være med å senke styrken til osteopati utad. Det kan være at osteopatene burde ta stilling til dette problemet, hvis profesjonen skal fremstå mer samlet. De aspektene som er lette å forstå og som kan ligne på andre profesjoners teorier og behandlingsmetoder, kan være mindre skremmende og lettere å akseptere. Osteopatien bør holde fast ved sine grunnprinsipper og filosofi, men det kan virke som om det er hensiktsmessig å fronte de teoriene og behandlingsmetodene som er best dokumentert og akseptert, slik at profesjonen i større grad kan finne sin plass i det norske helsevesenet. En mulighet er å holde seg til delene av profesjonen som er anerkjent og godtatt, fram til en eventuell autorisasjon eller beskyttet tittel er oppnådd.

Lege 1 er den av informantene som stiller seg mest tvilende til profesjonen. Ut i fra uttalelser gjennom hele intervjuet, kan det forstås som om han mener at en profesjon som kategoriseres som en alternativ behandlingsform, ikke kan være forskningsbasert. Dette forstås utfra hans uttalelser om at osteopati ikke er en fagfundert profesjon, men *”en alternativmedisinsk greie”*. Det kan virke som at han setter disse opp mot hverandre, og at de ikke er forenlig. Han la videre til at osteopatien ikke benytter seg av somatisk tenkning. Selv om definisjonen av osteopati og den osteopatiske behandlingsformen har endret seg mye gjennom årene, har profesjonen alltid vært basert på anatomi, fysiologi og biomekanikk. Osteopati forblir en alternativ behandlingsform fram til en eventuell autorisasjon foreligger. Likevel beskriver NOF profesjonen som en komplementær behandlingsform innenfor manuell terapi (4). Som uttalelsene til Lege 1 viser, er det noen som knytter visse stigmaer til begrepet *”alternativ”*. Det kan være hensiktsmessig å jobbe mot at fastleger skal omtale osteopati som et supplement eller komplementær medisin, da dette kan fjerne noe av skepsisen knyttet til profesjonen.

På spørsmål om fastlegene kunne beskrive behandlingsformen, var det to av informantene som følte de ikke hadde nok kunnskap om temaet til å svare på spørsmålet. Tre av fire følte seg ikke kompetente til å uttale seg om osteopatien har noen mangler. En av grunnene til at fastlegene mangler kunnskap om osteopati, kan være at profesjonen har eksistert som behandlingsform i Norge i forholdsvis kort tid. Vi ser at det tar tid å etablere et navn og anerkjennelse hos pasienter og helsepersonell. Dette kan ha en påvirkning på hva fastlegene velger å anbefale sine pasienter av manuell behandling, samt hvorvidt legene kan forklare for sine pasienter hva osteopatiske behandling er. Når Prøveinformanten skulle beskrive osteopati, sammenlignet han det med fysioterapi, manuellterapi og kiropraktikk, uten å beskrive osteopati spesifikt. Det er uunngåelig at osteopati blir sammenlignet med andre manuelle behandlingsformer, men det er hensiktsmessig for osteopati som profesjon at fastlegene har kunnskap nok til å kunne forklare pasienter hva osteopati er, uten å måtte trekke inn andre

profesjoner. Synligheten av profesjonen blir her sentral. Det er mye å forvente at fastleger og pasienter selv skal oppsøke informasjon om osteopati. Det ville vært hensiktsmessig med tanke på offentlig kunnskap om profesjonen, hvis NOF og osteopater generelt var mer synlige. Enten om det er reklame eller å henvende seg direkte til relevante pasientgrupper. Her kan det være fordelaktig å se på tilstander som konvensjonell medisin ikke har fullstendige verktøy for å behandle, slik som kroniske smerter, energimangel og stressrelaterte symptomer (5).

Som vist i resultatene uttrykte prøveinformanten at han oppfatter osteopatien ”*nesten som en slags kult*”:

”At det er veldig sånn: ”Dette er vårt fag og vi er helt alene om å drive med akkurat dette”. Og at osteopati er ekstremt spesiell og at vi må forholde oss til osteopatien på en helt annen måte enn andre behandlingsformer.” – Prøveinformanten.

Han sa videre at han også ser på dette som en positiv ting, da det kan tyde på et godt internt samhold blant osteopatene. Et godt internt samhold og solidaritet er noe som kan styrke profesjonen (11, s.131). En del av solidariteten omhandler hvordan profesjoner separerer seg fra andre beslektede yrker: ulik utdanning og annen type profesjonsutdanning. Samtidig kan det være nyttig å ikke skape for stor avstand til andre profesjoner eller plassere egen profesjon over andre, da dette kan hindre et mulig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid kan gjøre behandlingsformen mer kjent blant andre profesjoner og derigjennom opparbeide en større grad av aksept. Det burde det være et mål at profesjonen skal stille likt som andre manuelle behandlingsformer. Autorisasjonsavslaget fra 2014 viser at norske myndigheter per i dag, ikke anerkjenner osteopati på lik linje med andre manuelle behandlingsformer som fysioterapeuter og kiropraktorer.

”...men det er liksom fysikalskmedisinere, fysioterapeuter, naprapater og kiropraktorer... det er i hvert fall de vi omgir oss med her, som kanskje er litt mer akseptert i systemet, selv naprapater er vel det.” – Lege 1.

Her forklarte Lege 1 at osteopati i hans øyne ikke er like akseptert som profesjonene nevnt ovenfor. Det kom frem under intervjuet at Lege 1 er usikker på om naprapater er autoriserte. På lik linje med osteopater har naprapater opparbeidet seg ekspertise både praktisk og teoretisk, men det kan virke som naprapater gjør en bedre jobb med å institusjonalisere seg og dermed fremstår som en mer pålitelig profesjon. Dette til tross for at begge mangler autorisasjon. Det er vanskelig å si om det er mangel på aksept som fører til mangel på autorisasjon, eller omvendt. Hvis osteopati blir autorisert og får en beskyttet tittel, er det sannsynlig at andre helseprofesjoner vil oppfatte osteopati på en annen måte. Osteopati fikk akkreditert utdanning ved NHCK i 2012, som tidligere var en av kravene til HOD (28). Selv om dette ikke endret HOD sin avgjørelse om å avslå søknaden om autorisering av profesjonen i 2014, gjorde det at osteopater utdannet ved NHCK kan vise til sikkerheten ved skolen og medlemskap i NOF.

Alle informantene har likheter i sin akademiske bakgrunn og det er lite som skiller de fra hverandre. Dette til tross har de forskjellige meninger, og det kan virke som om deres bakgrunn ikke har nevneverdig relevans for resultatene i studien. Et eksempel på dette er i avsnitt 7.1.3, hvor det presenteres to sitater fra Lege 2 og Lege 3. Lege 2 forstår ikke hvorfor myndighetene ikke autoriserer osteopati, mens Lege 3 synes at myndighetene gjør klokt i å være tilbakeholdene. Et unntak er Lege 1 som har fysioterapiutdanning i tillegg til

legeutdannelsen. Han er den av informantene som er mest negativ til osteopatisk behandling, men det er vanskelig å si om dette har sammenheng med hans fysioterapibakgrunn, eller om det er andre faktorer som spiller inn.

Prøveinformanten sa i sitt intervju at flere pasienter til osteopatien kan gi større sannsynlighet for å bli autorisert, da myndighetene får større andel av befolkningen å ta hensyn til når det kommer til pasientsikkerhet. For myndighetene oppstår det her en konflikt, med økonomiske interesser på den ene siden og pasientsikkerheten på den andre. For myndighetene er det ikke av økonomisk interesse å godkjenne for mange profesjoner, siden det blir økt antall som skal ha tilskudd for behandling. På en annen side er pasientsikkerheten veldig viktig. Siden tittelen ikke er beskyttet, kan hvem som helst kalle seg osteopat, selv om de ikke har fullført godkjent utdanning. Dette tillegger en risiko for pasienter som oppsøker osteopat og kan være ødeleggende med tanke på tillit til profesjonen. Det er viktig å påpeke at disse terapeutene ikke får medlemskap i NOF (29). NOF er det eneste kontrollorganet som arbeider for osteopatenes og pasientenes sikkerhet. Foreløpig er det ingen som kan kontrollere dette godt nok, da myndighetene ikke har mulighet til å frata osteopater tillatelse til å praktisere. NOF argumenterer i sin autorisasjonssøknad med at terapeuter som har blitt fratatt autorisasjonen i sitt hjemland, kan komme til Norge og praktisere. For å gjøre risikoen mindre er det viktig å anbefale pasienter å velge osteopater med tittelen MNOF (Medlem av NOF).

Fastlegene som sa de ser et behov for osteopati i det norske helsesystemet, mener at osteopatene ikke må endre på selve behandlingsformen for å bli autorisert. De uttrykte isteden at behandlingen som eksisterer må dokumenteres bedre og at det krever massiv mobilisering fra osteopatene og penger til å drive lobbyvirksomhet. De samme informantene sier de ikke ser noen grunn til at kiropraktorer skal være autorisert og ikke osteopater. De resterende informantene mener at det ikke er behov for osteopati i det norske helsesystemet, og Lege 3 sa at noe må endres innad profesjonen for å få autorisasjon. *”Kanskje at det blir gjort en liten opprydding i egen leier. At man kaster ut det som ikke er vitenskapelig godt nok fundert, som bare bygger på gamle teorier og tradisjoner.”* – Lege 3. Han presiserte flere ganger i løpet av intervjuet at det virker som om osteopatien i større grad er basert på historie og gamle teorier, enn på vitenskap og forskning. Det kan tolkes som om osteopatiens fokus på sine røtter kan virke lite tillitsvekkende på noen. I det evidensbaserte samfunn kan det være hensiktsmessig for osteopatien å fremme dokumenterte teorier, fremfor å ha fokus på historie og opphav.

Prøveinformanten sa i sitt intervju at det finnes tilstander han ikke har gode verktøy for å bedre: *”...veldig mange av de plagene som jeg ikke har så mange gode verktøy for å fikse, type lave korsryggssmerter, nakkesmerter og sånt, så har jeg veldig tro på det.”* - Prøveinformanten. Som vist under avsnitt 4.6 ble 79 % av pasienter i studien behandlet med medikamenter, blant disse NSAID-preparater (14). Da bivirkningene ved hyppig inntak av NSAIDs er farligere enn først antatt, burde bruken av disse preparatene minimaliseres (21). *”Hva gjør primærlegen med ryggpasienten”* viser til at de fleste ryggpasienter har smerter i mer enn 12 uker, før de henvises til manuell behandling (14). Plagene Prøveinformanten nevnte, er tilstander i muskel- og skjelettsystemet hvor osteopater hevder å kunne bidra til smertereduksjon og bedring (4). Osteopati kan her enten være et supplement eller alternativ til medikamentell behandling av smerter i muskel- og skjelettsystemet (ved ikke-patologiske tilstander). Dette kan være hensiktsmessig for pasientene og være med på å gi osteopater en betydningsfull oppgave i det norske helsevesenet.

”(...) noe av det mest frustrerende for oss (leger) er pasientene vi ikke får gjort noe med. For de kommer tilbake og tilbake og tilbake og vi klør oss i hodet. Pasientene forventer av vi skal

kunne gjøre noe, og da er det mye bedre at vi henviser til de som har verktøy til å gjøre noe. Sant, vi har reseptblokka og .. ja... ” – Prøveinformanten.

I avsnitt 4.7 presenteres forhold som i stor grad involverer psyken, slik som kroniske smerter og symptomer relatert til stress og angst (5). Disse tilstandene krever behandling som kombinerer samtale med manuell behandling. Dette er et område av behandlingsbildet hvor fastleger kan komme til kort på grunn av tidsmangel (22). Svennevig presenterer i Tidsskriftet for den Norske Legeforening at det ikke alltid handler om den fysiske behandling, men samtidig å luften bekymringer og få veiledning. Siden osteopater som regel har lenger varighet på sine konsultasjoner enn fastleger, er dette også et område hvor osteopatien kan være et supplement.

8.2 Del 2: Anbefale/ikke anbefale

Ingen av fastlegene har frarådet pasienter å gå til osteopat, og tre av de har anbefalt osteopati til egne pasienter. Disse tre fortalte at det da har omhandlet muskel- og skjelettproblematikk. Prøveinformanten og Lege 3 presiserte at det er viktig å holde seg til det man kan (les muskel- og skjelettsystemet). Det kan tolkes som at det er lite hensiktsmessig for profesjonen å hevde å ha positiv effekt på mange tilstander hvor dette ikke er dokumentert.

To av informantene synes det er uproblematisk å anbefale en behandlingsform som ikke er autorisert. En av disse er Lege 1, som i utgangspunktet uttrykte skepsis underveis i intervjuet. Han tilføyde at det ikke var så nøye hva behandlingsformen het, så lenge pasienten ble bra. Dette kan tyde på at autorisasjon ikke er avgjørende for å få allmenn aksept, selv om en autorisert profesjon sannsynligvis vil bli lettere akseptert hos leger og pasienter. De resterende to informantene synes det er problematisk å anbefale en behandlingsform som ikke er autorisert. Som vist i resultatene gikk dette på spørsmål rundt pasientsikkerhet og økonomi. Begge disse aspektene er sterkt knyttet opp mot autorisasjon. Det naturlige at fastlegene kjenner et større ansvar ved å anbefale en terapeut som ikke er autorisert, da det ikke er mulig å kontrollere terapeuten på samme måte som hos autoriserte profesjoner. *”I Norge i dag, så kan jo jeg godt kalle meg osteopat hvis jeg vil og kan ingenting om det. (...) så da vil det være et kvalitetsstempel på at pasientene vet at det er en som har så og så lang utdanning.”* – Prøveinformanten. Det fremstår viktig å jobbe mot at fastleger og pasienter skal få større tillit til profesjonen, slik at man gjennom dette kan få større aksept hos myndighetene. Alle informantene synes det er positivt å ha en personlig relasjon til terapeuten de henviser til, men i forskjellig grad. Tre av de mener det ikke er veldig viktig, men kan være nyttig. Samt at det er viktigere ved uautoriserte, enn ved autoriserte. Lege 3 mener at det er viktigere å ha tillit til fagfeltet og utdanningen, enn til en spesifikk terapeut. Dette viser til at det er mer sannsynlig at en fastlege vil anbefale osteopati om han/hun har relasjon eller kjennskap til terapeuten.

”Så jeg tror i hvert fall for osteopatenes del (...), så er det alltid nyttig å ha en (personlig relasjon). Stikk huet inn på et legekontor. Vis deg. Fortell hvem du er. Si hva du driver med. Behøver ikke å si så mye. Bare si at: ”Hei, jeg er osteopat. Jeg har så og så lang utdanning. Vi er gode på dette og dette, ta gjerne å send noen pasienter til oss, så skal du få en god tilbakemelding på hva vi har gjort, og jeg er ganske sikker på at pasientene dine vil bli fornøyde.” – Prøveinformanten.

Som Prøveinformanten presiserer kan det være gunstig for osteopater å kontakte fastleger og presentere seg selv, slik at de har en spesifikk terapeut å forholde seg til. Hvis fastlegen opplever dette samarbeidet positivt, kan det gjøre at legen får bedre tiltro til osteopater.

8.4 Styrker og svakheter ved studien og veien videre

I dette avsnittet har styrker og svakheter ved studien blitt diskutert. Oppgaven styrkes ved at den går i dybden i temaet, hvor fire fastleger har svart utfyllende på spørsmål som svarer til problemstillingen. Alle informantene har lang arbeidserfaring og kjennskap til osteopati. Det at alle fastlegene er menn og i omtrent samme aldersgruppe, kan være med å begrense mangfoldet i resultatene. For en videre studie vil det være gunstig med et utvalg av fastleger i ulike aldre, av begge kjønn og fra hele landet. Dette, sammen med et større antall informanter, kunne gitt et mer representativt utvalg fra fastlegestanden og et rikere og bredere datainnhold.

Etter prøveintervjuet ble gjennomført, la forfatterne til ett oppfølgingsspørsmål etter forslag fra Prøveinformanten. Spørsmålet omhandlet de av informantene som ikke har anbefalt osteopati til sine pasienter, og var derfor ikke aktuelt å stille til Prøveinformanten. Derfor har ikke endringene i intervjuguiden gjort at validiteten til resultatene fra prøveintervjuet svekkes. Det at intervjuene ble gjort over telefonen, kan være med på å svekke studiens validitet. Det er mest hensiktsmessig å møte informanter ansikt til ansikt, for å redusere mulige feilkilder og for få en best mulig kommunikasjon mellom intervjuer og informant. Det ble brukt båndopptaker ved alle intervjuene, i tillegg til oppfølgings- og bekreftende spørsmål for å styrke datasikkerheten i studien.

Tematikken kunne blitt bedre belyst om informantene hadde bestått av både fastleger og osteopater. Dette kan være en mulig tilnærming om noen skulle studere samme tema. En svakhet ved en slik tilnærming kan være at man ikke får nok dybde i begge parter perspektiv, om studien skal holde seg innenfor rammene til en bacheloroppgave.

9.0 Konklusjon

Det er stor variasjon i informantenes oppfatning av osteopati, både som profesjon og behandlingsform. Flertallet stiller seg positive til hva osteopater kan utrette ved muskel- og skjelettproblematikk, og de samme informantene sier de anbefaler osteopati til sine pasienter. Noen av fastlegene trakk frem forskjellige deler av behandlingen de har liten forståelse for og/eller er skeptiske til, som kraniosacral, fasciell og visceral behandling. Det kan virke som om målsetningene med disse behandlingsformene må kommuniseres tydeligere, slik at det ikke kan tolkes dit at osteopater hevder å kurere patologi. En av informantene oppfatter at det virker som de forklaringsmodellene som blir brukt er foreldet, baserer seg for mye på tidlig filosofi og ikke er godt nok dokumentert. Sammen med lite forståelse, er dette de samme argumentene som blir brukt som begrunnelse for hvorfor en av fastlegene ikke vil anbefale osteopati som komplementær behandling til sine pasienter.

Noen av fastlegene uttalte at det kunne være problematisk å anbefale en behandlingsform som ikke er autorisert, på grunn av det økonomiske aspektet og pasientsikkerhet. Informantene er også delte rundt spørsmål som omhandlet osteopatens plass i det norske helsevesenet, og halvparten mener at myndighetene gjør klokt i å ikke autorisere profesjonen. Det kan være hensiktsmessig for osteopater og NOF å gjøre seg mer synlige slik at pasienter og fastleger lettere kan tilegne seg kunnskap om profesjonen. Resultatene tyder også på at det vil være gunstig å opptre mer unisont, når det kommer til type behandling og hvilke tilstander

osteopati hevder å ha en positiv effekt på. Dette kan ha en innvirkning på hvordan profesjonen fremstår utad.

Studien ga verdifulle svar som kan ha betydning for hvilke endringer osteopater burde gjøre for at fastlegene skal utvikle større aksept for profesjonen, og dermed anbefale flere av sine pasienter osteopatisk behandling. Siden det var delte meninger rundt mange av spørsmålene i studien, kunne det vært interessant å gjøre en utvidet studie med større og bredere utvalg av fastleger, for å få et riktigere datainnhold på deres oppfatning av behandlingsformen.

10.0 Referanseliste

1. Christian Fossum. Historikk - Norsk Osteopat Forbund [Internett]. [sitert 19. januar 2015]. Hentet fra: <http://www.osteopati.org/Historikk.aspx>
2. HELFO. Hvem har rett til fastlege? [Internett]. [sitert 19. januar 2015]. Hentet fra: <http://helfo.no/privatperson/fastlegeordningen/Sider/hvem-har-rett-til-fastlege.aspx#.VLzyX8bJsYJ>
3. Lovdata - Forskrift om fastlegeordning i kommunene - Kapittel 1. Formål og definisjoner [Internett]. [sitert 19. januar 2015]. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
4. Behandling - Norsk Osteopat Forbund [Internett]. [sitert 29. april 2015]. Hentet fra: <http://osteopati.org/Behandling.aspx>
5. Jorun Ramm. Helse – flere velger alternativt [Internett]. [sitert 25. februar 2015]. Hentet fra: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:anzJ29ww740J:scholar.google.com/+osteopati+fastleger&hl=no&as_sdt=0,5
6. Chila AG. Foundations of Osteopathic Medicine. 3. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 1131 p.
7. Caroline A Stone. Visceral and obstetric osteopathy. Mount Lawley Medical Centre, Mount Lawley, Australia: Churchill Livingstone, Elsevier; 2007.
8. Hva er osteopati - Norsk Osteopat Forbund [Internett]. [sitert 24. februar 2015]. Hentet fra: <http://www.osteopati.org/Hva-er-osteopati.aspx>
9. Kjetil Jonsbu. Avslag autorisasjon. Helse- og omsorgsdepartementet; 2014.
10. Holck P, Hauge A. Homeostase [Internett]. Store medisinske leksikon. 2014 [sitert 26. mars 2015]. Hentet fra: <http://sml.snl.no/homeostase>
11. Jens-Christian Smeby, Anders Molander. Profesjon og ekspertise. Profesjonsstudier 2. Oslo: Universitetsforlaget; 2013. s. 17–26.
12. Ingunn Backe Wennberg, Ole Johnny Bergum, John Lilleengen, Audun Meland, Anne

Brunsell. Søknad fra Norsk Osteopatforbund om autorisasjon i henhold til Helsepersonellloven. Norsk Osteopatforbund; 2010.

13. Helseregnskap, 2013 [Internett]. 2014 [sitert 25. februar 2015]. Hentet fra: <http://ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar/2014-03-13?fane=tabell&sort=nummer&tabell=167573>
14. Werner EL, Ihlebæk C. Hva gjør primærlegen med ryggpasienten? Tidsskr Den Nor Legeforening. 2012;132(21):2388–90.
15. Hunskaar S. Allmenntidisin - klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1996.
16. Giddens A. Sociology. 6th edition. Cambridge, UK: Polity Press; 2009. 1194 p.
17. S. Knardahl. Kroniske smerter – gjør vi alt galt? [Internett]. Tidsskrift for Den norske legeforening. [sitert 6. mai 2015]. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/393642>
18. Behandlingsformer [Internett]. NIFAB. [sitert 26. mars 2015]. Hentet fra: <http://nifab.no/behandlingsformer>
19. Går vi vanskeligere tider i møte? [Internett]. Statistisk sentralbyrå. [sitert 25. februar 2015]. Hentet fra: <http://ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/gaar-vi-vanskeligere-tider-i-mote>
20. Rygnestad T. Legemiddelbehandling av akutte korsryggssmerter. Tidsskr Den Nor Legeforening. 2010;130(22):2242–3.
21. Gøtzsche PC. Our prescription drugs kill us in large numbers. Pol Arch Med Wewnętrznej. 2014;124(11):628–34.
22. Svennevig J. Den gode samtale? [Internett]. Tidsskriftet.no - Tidsskrift for Den norske legeforening. [sitert 19. mars 2015]. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/1646860>
23. Dalen M. Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming. 2.utgave utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
24. Dahlum S. Validitet i samfunnsvitenskap – Store norske leksikon [Internett]. [sitert 29. april 2015]. Hentet fra: https://snl.no/validitet_i_samfunnsvitenskap
25. Tove Thagaard. Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
26. Legeforeningens fastlegestatistikk - svar på ofte stilte spørsmål [Internett]. Den norske legeforening. [sitert 18. mars 2015]. Hentet fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Yrkesaktive-leger-i-Norge/Legeforeningens-fastlegestatistikk---artikkel/>
27. Jan Emil Kristoffersen. Hvordan ble fastlegeordningen til? [Internett]. [sitert 17. april 2015]. Hentet fra: <http://www.fastlegen.no/hva-er-fastlegeordningen/fakta-og-bakgrunn/verdaa-vite/hvordan-ble-fastlegeordningen-til>

28. Norges Helsehøgskole | Bachelor i Osteopati [Internett]. NHCK. [sitert 30. april 2015]. Hentet fra: <http://nhck.no/studie/osteopati>
29. Kvalitetssikring - Norsk Osteopat Forbund [Internett]. [sitert 30. april 2015]. Hentet fra: <http://osteopati.org/Kvalitetssikring.aspx>

Forespørsel om deltagelse i bachelorgradsprosjekt:

Vi heter Malin Haugen Bokle og Kari Brattset og er bachelorstudenter ved Norges Helsehøgskole, Campus Kristiania. Vi er nå i gang med vår bacheloroppgave og dette er en forespørsel om du er villig til å delta som informant i vårt prosjekt. Vår problemstilling er: **Hvilken oppfatning har fastleger av osteopati som profesjon, og hvorfor vil fastleger anbefale/ikke anbefale osteopati som behandlingsform til sine pasienter?**

Studien innebærer for deg å delta i et intervju med varighet på ca. en halv time og vi er fleksible vedrørende tid og sted. Vi skal intervjuer inntil fem fastleger for å kartlegge deres syn på osteopati. Hensikten med studien er å få økt forståelse for fastlegers forhold til og kunnskap om osteopati som profesjon og hvorvidt de ser på osteopatibehandling som et godt supplement til allmenn medisin. Forskningsprosjektet bli gjennomført i februar/mars 2015.

All informasjon vil bli anonymisert og behandles uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien, når disse publiseres. Lydopptakene fra intervjuene vil slettes etter at studien er gjennomført.

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Kriteriet for at du som fastlege kan delta i studien er at du har kjennskap til osteopati, men ikke nødvendigvis mye kunnskap. Dersom du ønsker å delta, kan du svare på denne e-posten innen 14 dager. Dersom vi ikke hører fra deg får du en påminnelse. Har du spørsmål eller ønsker informasjon om resultatene fra undersøkelsen når de foreligger, er det bare å ta kontakt med oss. Dersom du har spørsmål om undersøkelsen er du velkommen til å ta kontakt med oss på mail eller telefon. Du kan også kontakte vår veileder og faglig studieleder Ronja Strømsborg Lund ved Norges Helsehøgskole, Campus Kristiania.

Med vennlig hilsen

Malin Haugen Bokle

Osteopatistudent

Tlf: 48003108

E-post: malin.bokle@gmail.com

Kari Brattset

Osteopatistudent

Tlf: 99390390

E-post: kari.9@hotmail.com

Ronja Strømsborg Lund

Faglig studieleder

Tlf: 99401264

E-post: Ronja.Lund@nhck.no

Samtykke til deltagelse i studien:

Problemstilling:

Hvilken oppfatning har fastleger av osteopati som profesjon, og hvorfor vil fastleger anbefale/ikke anbefale osteopati som behandlingsform til sine pasienter?

Jeg bekrefter at jeg har lest informasjonen om studien og samtykker til å delta:

Dato: _____

Signatur deltager: _____

Vi bekrefter at vi har gitt informasjon om studien:

Dato: _____

Signatur prosjektleder: _____

Signatur prosjektleder: _____

Intervjuguide

Del 1: Oppfatning av osteopati som profesjon/behandlingsform

- Hvilken oppfatning har du av osteopati?
- Hvordan vil du beskrive osteopati som behandlingsform?
- Syntes du osteopati skiller seg fra andre manuelle behandlingsformer? Kan du begrunne svaret?
- Synes du osteopati har noen mangler, enten som profesjon eller behandlingsform? I så fall, hvilke?

Del 2: Relasjoner

- Har du kjennskap, tilknytning eller erfaring når det gjelder samarbeid med osteopater?
- Har du selv fått behandling av osteopat?

Del 3: Autorisasjon

- Ser du et behov i det norske helsesystemet for osteopati som supplerende behandling?
- Hva tror du skal til for at osteopati kan bli autorisert?

Del 4: Anbefale/ikke anbefale

- Har du anbefalt egne pasienter å gå til behandling hos osteopat? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Har du noen gang frarådet pasienter å gå til behandling hos osteopat? Hvis ja, hvorfor?
- Synes du det er problematisk å anbefale en behandlingsform som ikke er autorisert? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Dersom du skulle anbefale en alternativ behandlingsform, er det da viktig for deg å ha en personlig relasjon eller erfaring med terapeuten du anbefaler pasienten å gå til?
- Har du henvist pasienter hvor det senere har vist seg at disse har hatt en positiv opplevelse med behandling hos osteopat?