

**Utredning av osteopati, naprapati og manuellterapi
med sikte på
vurdering av autorisasjon**

**Rapporten er utarbeidet av
en delvis partssammensatt arbeidsgruppe
ledet av
Sosial- og helsedirektoratet**

Oslo, 8. mars 2005

Innhold:

1.	INNLEDNING	5
1.1	Bakgrunn	5
1.2	Mandat	5
1.3	Arbeidsgruppens medlemmer	6
1.4	Sammendrag	6
2.	Behandlingsformenes kunnskapsgrunnlag og ideologi	9
2.1	NAPRAPATI	9
2.1.1	Teoretisk kunnskapsgrunnlag og ideologi	9
2.1.2	Naprapatisk behandling i dag – systematiserte erfaringer	11
2.1.2.1	Hvilke sykdommer, lidelser eller plager kan naprapatien avhjelpe?	12
2.1.2.2	Diagnostisering og praktisk utøvelse med behandlingsforløp	12
2.2	OSTEOPATI	13
2.2.1	Teoretisk kunnskapsgrunnlag og ideologi	15
2.2.2	Osteopatisk behandling i dag – systematiserte erfaringer	15
2.2.2.1	Diagnostisering og praktisk utøvelse av osteopati	15
2.2.3.2	Hvilke sykdommer, lidelser eller plager kan osteopatien avhjelpe?	16
2.3	MANUELLTERAPI	16
2.3.1	Teoretisk kunnskapsgrunnlag og ideologi	16
2.3.2	Manuellterapi i dag – systematiserte erfaringer	18
2.3.2.1	Hvilke sykdommer, lidelser, plager kan manuellterapi avhjelpe?	18
2.3.2.2	Diagnostisering og praktisk utøvelse med behandlingsforløp	19
2.4	KIROPRAKTIKK	21
2.4.1	Teoretisk kunnskapsgrunnlag og ideologi	21
2.4.2	Kiropraktikk i dag – systematiserte erfaringer	22
2.4.2.1	Hvilke sykdommer, lidelser eller plager kan kiropraktikk avhjelpe?	22
2.4.2.2	Diagnostisering og praktisk utøvelse med behandlingsforløp	23
2.4.2.3	Kiropraktors bruk av andre behandlingsformer	26
2.5	FYSIOTERAPI	27
2.5.1	Teoretisk kunnskapsgrunnlag og ideologi	27
2.5.2	Fysioterapi i dag – systematiserte erfaringer	27
2.5.2.1	Hvilke sykdommer, lidelser eller plager kan fysioterapi avhjelpe?	28
2.5.2.2	Diagnostisering og praktisk utøvelse med behandlingsforløp	28
3.	Forskningsbasert kunnskapsgrunnlag	30
3.1	Sammendrag fra kunnskapssøk om effekt foretatt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	30
3.2	Bidrag fra fagrepresentantene	35
3.2.1	Naprapatens bidrag	35
3.2.2	Osteopatens bidrag	36
3.2.3	Manuellterapeutens bidrag	38
3.2.4	Kiropraktorens bidrag	39
3.2.5	Fysioterapeutens bidrag	41
4.	Profesjonsutøvelse, utbredelse og organisering	44
4.1	Naprapater	44
4.1.1	Utøvere av naprapati	44
4.1.2	Naprapaters yrkesutøvelse	44
4.1.3	Brukere av naprapati	44
4.1.4	Utøverorganisasjoner for naprapater	45
4.1.5	Naprapaters samarbeidspersonell	45
3.1.6	Naprapati i andre land	45
4.2	Osteopater	46
4.2.1	Utøvere av osteopati	46
4.2.2	Osteopaters yrkesutøvelse	46
4.2.3	Brukere av osteopati	47
4.2.4	Organisasjoner for utøvere av osteopati	47

4.2.5	Osteopaters samarbeidspersonell	48
4.2.6	Osteopati i andre land	48
4.3	Manuellterapeuter.....	49
4.3.1	Utøvere av manuellterapi.....	49
4.3.2	Manuellterapeuters yrkesutøvelse	49
4.3.3	Brukere av manuellterapi.....	50
4.3.4	Organisasjoner for manuellterapeuter.....	50
4.3.5	Manuellterapeuters samarbeidspersonell	51
4.4	Kiropraktorer.....	53
4.4.1	Utøvere av kiropraktikk	53
4.4.2	Kiropraktors yrkesutøvelse	53
4.4.3	Brukere av kiropraktikk	53
4.4.4	Organisasjoner for utøvere av kiropraktikk.....	54
4.4.5	Kiropraktors samarbeidspersonell	55
4.4.6	Kiropraktikk i andre land	55
4.5	Fysioterapeuter	57
4.5.1	Utøvere av fysioterapi.....	57
4.5.2	Fysioterapeuters yrkesutøvelse	57
4.5.3	Brukere av fysioterapi.....	57
4.5.4	Organisasjoner for utøvere av fysioterapi	57
4.5.5	Fysioterapeuters samarbeidspersonell	58
4.5.6	Fysioterapi i andre land	58
5.	Utdanningene	59
5.1	Naprapatiutdanning	59
5.1.1	Beskrivelse av den svenske naprapatiutdanningens omfang, organisering, regulering.....	59
a)	Det naprapatifaglige (teori, metoder, fagetiske regler, etikk, forskning).....	60
b)	MED- og VEKS-fag.....	60
c)	Praksisopplæring/veiledet praksis for naprapater	60
5.1.2	Godkjennings- og finansieringsordninger.....	61
5.1.4	Den svenske naprapatiskolens deltakelse i internasjonalt samarbeid	61
5.1.5	Det svenske Høgskoleverkets vurdering av naprapatskolen	61
5.2	Osteopatiutdanning	62
5.2.1	Den norske osteopatiutdanningens innhold, omfang og organisering	63
5.2.1.1	Mindretallsmerknad	64
a)	Det osteopatifaglige (teori, metoder, fagetiske regler, etikk, forskning)	65
b)	Opplæringsplaner i MED- og VEKS-fag:	65
c)	Praksisopplæring knyttet til den norske osteopatiutdanningen.....	65
5.2.2	Osteopatiutdanning i andre land	65
5.2.4	Godkjennings- og finansieringsordninger.....	66
5.2.5	Den norske osteopatiskolens deltakelse i internasjonalt samarbeid.....	67
5.3	Manuellterapiutdanning	67
5.3.1	Utdanning i manuell terapi: omfang, organisering, regulering	67
a)	Det MMT-faglige innholdet i utdanningen	68
b)	Opplæringsplaner i MED- og VEKS-fag:	68
c)	Praksisopplæring for manuellterapeuter	69
5.3.2	Godkjenningsordninger og finansieringsordninger	69
5.3.3	MMTs deltakelse i internasjonalt samarbeid	70
5.4	Kiropraktorutdanning	70
5.4.1	Den danske kiropraktorutdanningens innhold, omfang og organisering	71
5.4.2	Turnustjeneste for kiropraktorer i Norge	73
5.4.3	Godkjennings- og finansieringsordninger.....	73
5.4.4	Deltakelse i internasjonalt samarbeid	73
5.5	Fysioterapiutdanning	74

5.5.1	Beskrivelse av utdanningens omfang, innhold og organisering.....	74
a)	Det fysioterapifaglige innhold.....	74
b)	Opplæringsplaner i MED- og VEKS-fag:	75
d)	Praksisopplæring for fysioterapeuter	76
5.5.2	Godkjenningsordninger og finansieringsordninger	77
6.	Sammenligning av behandlingsformene/profesjonene.....	80
6.1	Forskningsbasert kunnskapsgrunnlag	80
6.2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	82
6.3	Utøvelse av behandlingsformene	83
6.4	Utdanningene	86
7.	Vilkår for autorisasjon i Norge.....	89
7.1	Gjeldende regelverk og forklaringer til dette.....	89
7.1.1	Lov om helsepersonell.....	89
7.1.2	Forarbeidene til helsepersonelloven	90
7.1.3	Om lov om alternativ behandling	92
7.2	Bruker-/pasientsignaler:.....	93
7.3	Bør kriterier for autorisasjon drøftes eksplisitt og skjematisk?.....	94
8.	Arbeidsgruppens anbefalinger	95
8.1	Naprapater	95
8.2	Osteopater.....	95
8.2.1	Arbeidsgruppens tilråding	96
8.2.2	Uttalelse fra mindretall.....	96
8.3	Manuellterapeuter.....	97
8.3.1	Flertallets tilråding	97
8.3.2	Merknad fra mindretall.....	97
8.4	Andre vurderinger	97
9.	Vedlegg	99
I.	Mandat	99
II.	Kunnskapssøk av Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten	101
III.	Osteopaters beskrivelse av det særegne ved osteopatien.....	104
IV.	Henvisningsprosjektet	106
V.	Fysioterapi i andre land	108
VI.	Høgskoleverkets utredning av svensk naprapat- og kiropraktorskole.....	109
VII.	ECCE-kravene til standardiserte kiropraktorutdanninger	111
10	Litteratur- og referanselister.....	112
10.1	Referanser til naprapatikapitler	112
10.2	Referanser nevnt i osteopatikapitlene:	112
10.3	Referanser nevnt i manuellterapikapitlene	113
10.4	Referanser nevnt i kiropraktikk-kapitlene	115
10.5	Referanser til fysioterapikapitler.....	118
10.6	Referanser til Kunnskapssenterets bidrag	118
11.	Aktuelle internettadresser	125

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

13. desember 2002 framla regjeringen Ot prp nr 27 (2002-2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom mv. Loven ble behandlet i Stortinget i juni 2003, og gjelder fra første januar 2004. I kjølvannet av den nye loven ble en del ikke-rettslige tiltak foreslått iverksatt for å støtte den nødvendige opprydning og systematisering innenfor feltet alternativ behandling.

I denne forbindelse ble Sosial- og helsedirektoratet bedt om å nedsette en arbeidsgruppe for å foreta en utredning av osteopati og naprapati for å vurdere hvorvidt disse profesjonsgruppene bør autoriseres og dermed inngå blant de profesjoner som reguleres etter Lov om helsepersonell.

I sosialkomiteens innstilling (Innst. O. nr. 98 (2002-2003) framkommer det at komiteen gir sin tilslutning til at en slik utredning foretas. Videre bes det om at osteopati og naprapati bør sammenlignes med kiropraktikk og fysioterapi. Sosialkomiteen mener også at manuell terapi *"naturlig må inn i samme vurderingen, da alle manuelle terapeuter har full utdanning som fysioterapeuter."*

1.2 Mandat

Mandatet for utredningen er omfattende, og presenteres i sin helhet i vedlegg nr I. Rapporten omhandler osteopatiens, naprapatiens, manuellterapiens, fysioterapiens og kiropraktikkens

- Kunnskapsgrunnlag (teorier, forskning, systematiserte erfaringer)
- Utøvelse (utøvere og brukere, behandlingsfelt (plager/sykdommer som behandles), diagnostiseringsmetoder og behandlingsteknikker/-metoder, eventuelle bieffekter)
- Avgrensning – de fem behandlingsformene sammenlignet med hverandre og sammenlignet med andre typer behandling.
- Aktuelt samarbeidspersonell og andre som det er relevant for utøverne å forholde seg til (helsepersonell, utøvere av alternativ behandling, pasienters arbeidsgivere osv)
- Regulering av utøvelsen i andre land
- Utdanningene:
 - Innhold, omfang, utdanningsnivå
 - Finansieringsordninger
 - Regulering/godkjenning/finansiering av utdanningene innen Norden og i andre EU/EØS-land, samt enkelte andre relevante land

Forskjeller og likheter mellom behandlingsformene skal beskrives, drøftes og vurderes. Hensynet til pasientsikkerhet – både når det gjelder utdanningene og yrkesutøvelsen – og øvrige kriterier for autorisasjon (jmf Ot prp 13 (1998-1999) Om lov om helsepersonell, kapittel 14) skal vektlegges. Det skal også tas hensyn til kriterier for autorisasjon slik de er drøftet i

Ot prp 27 (2002-2003) Om lov om alternativ behandling, kapittel 13. Videre bes det om en vurdering i forhold til kriterier som ble lagt til grunn da fysioterapeuter og kiropraktorer ble autoriseres. Følgende spørsmål skal belyses:

1. Innfris kriteriene for autorisasjon for aktuelle profesjonene? eller:
2. Hva bør eventuelt endres/justeres for at kriteriene for autorisasjon skal kunne innfris?
3. Er det behov for autorisasjon av de nye profesjonene?
4. Er det behov for særskilt autorisasjon av profesjoner som allerede har autorisasjon som annet helsepersonell?

For å løse oppdraget har Sosial- og helsedirektoratet nedsatt en delvis partssammensatt arbeidsgruppe bestående av representanter for de ulike utøvermiljøene, fra helsemyndighetene og fra forskningsmiljøet Nasjonalt forskningscenter for alternativ og komplementær medisin (NAFKAM).

1.3 Arbeidsgruppens medlemmer

Tor Harald Garberg, leder av Norsk Osteopatforbund (NOF) til 30. mai 2004

Guy Robert Giltun, leder av Norges Naprapatforbund (NNF)

Peter Lehne, leder av Faggruppe for manuell terapi i Norske fysioterapeuters forbund (NFF)

Øystein Ogre, leder av Norsk Kiropraktorforening (NKF)

Anne Lexow, leder av Norsk Fysioterapeutforbund (NFF)

Grete Gåra Alvern, rådgiver i Universitets- og høyskoleavdelingen i Utdannings- og forskningsdepartementet (UFD)

Vinjar Fønnebø, professor ved Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM)

Vegard Nore, rådgiver i avdeling for primærhelsetjenesten i Sosial- og helsedirektoratet

Ingunn Backe Wennberg, som overtok som leder i Norsk osteopatforbund (NOF) fra 31. mai 2004 deltok på arbeidsgruppens to siste møter i stedet for og etter ønske fra Tor H. Garberg.

Avdelingsdirektør i avdeling for sosial- og helsepersonell i Sosial- og helsedirektoratet, Harald E. Hauge har ledet arbeidsgruppen, og rådgiver Anne Solsvik i samme avdeling har vært sekretær.

1.4 Sammendrag

I kapittel to beskrives de aktuelle behandlingsformenes teoretiske kunnskapsgrunnlag og ideologi, basert på fagrepresentantenes selvpresentasjoner. Fagrepresentantene har også redegjort for systematiserte erfaringer som etter deres vurdering foreligger knyttet til behandlingsformene, herunder beskrivelser av diagnostisering/utredning av pasienter, behandlingsmetoder og hvilke plager/sykdommer de aktuelle utøverne ofte behandler.

I kapittel tre beskrives forskningsstatus for behandlingsformene. Kapitlet er todelt. I første del gjengis en oppsummering av resultatene av et kunnskapssøk foretatt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten høsten 2004. Det framkommer at det foreligger noe dokumentasjon om behandlingsmetoder som flere av de aktuelle profesjonene bruker, men ikke noe om effekt av behandlingsformene som behandlingssystemer. Deretter gjengis bidrag fra fagrepresentantene.

I kapittel fire beskrives utbredelsen av behandlingsformene (antall utøvere og brukere), yrkesutøvelsen og hvordan er utøverne er organisert. Det gis også en kort presentasjon av forholdene i enkelte andre land.

I kapittel fem beskrives utdanningenes omfang, organisering og akademiske nivå. Det gis en kort presentasjon av fagene som inngår i undervisningen og av veiledet praksis i og/eller etter utdanningen (turnustjeneste). Basalmedisinske fag er referert til som MED-fag og fag som vitenskap, etikk, kommunikasjon og samfunnsfag (inkludert regelverk og opplæring i helsetjenestens oppbygning og funksjon) er referert til som VEKS-fag. Beskrivelser av norske skoler er vektlagt i den grad det finnes. Der det ikke finnes norske utdanningstilbud presenteres skoler/institusjoner som for tiden utdanner de fleste norske utøverne av de aktuelle behandlingsformene.

Beskrivelsene av utdanningen er hovedsakelig basert på selvpresentasjoner fra fagrepresentanter og representanter fra skoler. Når det gjelder naprapatiutdanningen gjengis også konklusjoner fra en ny utredning foretatt av det svenske Högskoleverket. Når det gjelder osteopatiutdanningen gjengis arbeidsgruppens flertalls vurdering av uklarheter knyttet til utdanningstilbudets formelle organisering. For øvrig er det ikke foretatt detaljerte normative vurderinger av utdanningstilbudenes faglige innhold. Etter arbeidsgruppens vurdering bør slike vurderinger foretas av Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningene (NOKUT). Det kan likevel konstateres at utdanningene er forskjellige når det gjelder organisering og akademisk nivå (fra private skoler til bachelor- og masterutdanninger).

I kapittel seks sammenlignes behandlingsformene, som framstår som ganske like når det gjelder utrednings-/undersøkelsesmetoder og behandlingsmetodene/-teknikker. Likevel har fagrepresentantene ulik profesjonsidentitet. Fysioterapi skiller seg også fra de øvrige med omfattende oppgaver innen spesialisthelsetjenesten, rehabilitering/habilitering, folkehelsearbeid/forebyggende miljørettet arbeid på systemnivå.

I kapittel syv redegjøres det for kriterier for autorisasjon i henhold til gjeldende regelverk: Lov om helsepersonell og forarbeidene til denne, Lov om alternativ behandling og forarbeidene til denne. Autorisasjon av nye grupper bør etter arbeidsgruppens vurdering bygge på en helhetlig vurdering av den aktuelle profesjonsgruppe.

I kapittel åtte presenteres arbeidsgruppens anbefalinger. Gruppen har – fordi det har vist seg å være vanskelig å beskrive det særegne ved de aktuelle profesjonene – diskutert muligheten av å foreslå en felles autorisasjon for utøvere av manuell behandling av lidelser og sykdommer i muskel-/skjelettsystemet. Det konstateres imidlertid at det er ulikheter i utdanninger og fagtradisjoner. Denne løsningen foreslås derfor ikke.

Arbeidsgruppen konstaterer at tiden ikke er inne for å autorisere naprapater og osteopater. Årsakene er noe ulike, blant annet bør skolene holde en slik kvalitet at de kan akkrediteres som fireårige heltids bachelorutdanninger. Det bør finnes et rimelig antall utøvere innen en profesjon for at det skal være aktuelt å vurdere autorisasjon. For øvrig redegjøres det kort for hva som etter arbeidsgruppens vurdering bør legges til grunn for en eventuell autorisasjon av disse gruppen ved en senere anledning. Det foreligger en mindretalls-merknad: Osteopatierepresentanten Ingunn B. Wennberg mener primært at tiden er inne for å autorisere osteopater nå. Subsidiært støtter osteopatierepresentanten flertallets anbefaling.

Manuellterapeuter bør etter arbeidsgruppens flertalls vurdering omfattes av *Forskrift for spesialistgodkjenning av helsepersonell* av 21.12.2000. Det foreligger etter flertallets vurdering ikke grunn til å gå inn for en tilleggsautorisasjon for manuellterapeuter. Årsakene til dette presenteres kort i kapittel åtte: Utdanning i

manuellterapi tilbys autoriserte fysioterapeuter. Fysioterapeuters autorisasjon bygger på grunnutdanning i fysioterapi og ett års turnustjeneste som fysioterapeut. Videreutdanning i manuellterapi gir kompetanse til å utøve et yrke som flertallet i arbeidsgruppen ikke vurderer som helt vesensforskjellig fra den virksomhet fysioterapeuter er kvalifisert til å utføre gjennom sin autorisasjonsgivende grunnutdanning og turnustjeneste.

Det foreligger en dissens: Representanten for Faggruppen for manuellterapi i Norsk fysioterapeutforbund, Peter Lehne mener at det er grunnlag for å gi særskilt autorisasjon til manuellterapeuter.

2. Behandlingsformenes kunnskapsgrunnlag og ideologi

Et fags kunnskapsgrunnlag kan bestå av:

- Teoretisk kunnskap og ideologi. Overgangen mellom disse to kategoriene kan være flytende og handler om antakelser om sammenhenger og virkninger.
- Systematiserte erfaringer, definert som kunnskap som det foreligger en bred grad av konsensus om innenfor et gitt fagmiljø, men som det på et gitt tidspunkt ikke finnes tilstrekkelig mye forskning utført etter gitte kriterier om, til å kunne konstatere med stor grad av sikkerhet at kunnskapen er "forskningsbasert".
- Forskningsbasert dokumentasjon, definert som kunnskap som underbygges av tilstrekkelig mange forskningsresultater som er utført etter gitte metodiske kriterier og etterprøvd tilstrekkelig mange ganger til at det kan konstateres at kunnskapen kan anses som gyldig (for eksempel forskning referert til i oversiktsartikler fra databaser som Cochrane mv).

For å redegjøre for de aktuelle profesjonenes teoretiske og ideologiske kunnskapsgrunnlag, og om systematiserte erfaringer med behandlingsformene, har arbeidsgruppen basert seg på beskrivelser fra gruppens fagrepresentanter.

Videre har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (heretter referert til som Kunnskapssenteret) blitt engasjert for å foreta et søk (kunnskapssøk) høsten 2004 etter dokumentasjon om effekten av de aktuelle behandlingssystemene (se vedlegg nr II). Kunnskapssenterets bidrag viste at det er vanskelig å finne forskning som dokumenterer forskjeller mellom behandlingsformene på systemnivå. Kunnskapssøket viser også at det finnes en del forskningsdokumentasjon om effekten av noen av de aktuelle profesjonenes behandlingsmetoder/-teknikker (altså virkning/effekt på komponentnivå). Fagrepresentantenes beskrivelser har vist at de aktuelle profesjonene i stor grad tilbyr mange av de samme behandlingsmetoder/-teknikker.

Arbeidsgruppen har valgt å beskrive de to første kategoriene (teorier/ideologier og systematiserte erfaringer) for hver av de aktuelle behandlingsformene basert på fagrepresentantenes selvpresentasjoner i dette kapitlet. Deretter følger en samlet presentasjon av forskningsbasert dokumentasjon i kapittel tre.

2.1 NAPRAPATI

2.1.1 *Teoretisk kunnskapsgrunnlag og ideologi*

Naprapatien ble utviklet av Oakley Smith (født 19. januar 1880 i Iowa, USA). Betegnelsen naprapati stammer fra det tjekkiske "napraviti" som betyr å korrigere, mens -pati stammer fra det greske "pathos", som betyr lidelse. Kombineres disse betegnelser kan ordet sies å bety "å korrigere årsak til lidelse" definert som en manipulativ behandlingsform som er basert på teorier om forstyrrelser på nerver, blodkar og i lymfekkanaler gjennom patologisk mykdelsvev som for eksempel

bindevev og muskler – som sekundært fører til patologi eller dysfunksjon hos pasienten.

Oakley Smith og naprapatien

Da O. Smith var 4 år fikk han skarlagensfeber. Foreldrene søkte ulike kurer, noe som førte til at han prøvde de fleste tilgjengelige behandlingsformer. Da han var 17, fikk han osteopatisk behandling av Dr. Charlie Still, sønnen til osteopatiens grunnlegger, Andrew T. Still. Denne behandlingen gjorde han ikke friskere. To år senere fikk han kiropraktisk behandling, og tok selv kiropraktorutdanning ved DD Palmers skole. Oakley Smith opplevde å bli bedre, for så å bli syk igjen etter en periode. Høsten 1899 begynte han å studere fagene anatomi, fysiologi og disseksjon, ved The Medical School, Universitetet i Iowa, antakelig som spesialstudent. Han observerte mange kirurgiske inngrep. I denne perioden (totalt ca to år) instruerte han sin bror i hvordan han skulle trykke og vri for å få lindre ryggsmertene hans. Medisinstudiene hadde lært ham å legge opp en utdanning, samt å vektlegge dokumentasjon. Han eksperimenterte med ulike teknikker, og utviklet en forklaring for hvordan en teknikk fungerte, samt en underliggende filosofi.

Han var aktiv som kiropraktor og provoserte kiropraktikkens grunnlegger DD Palmer da han sammen med Solomon Langworthy og Minora Paxon etablerte The American School of Chiropractic and Nature Cure i 1903 i Cedar Springs, Iowa, der han fungerte som rektor, mens Langworthy var "ordfører". Minora Paxon satt i styret i tillegg til å fungere som professor i gynekologi og obstetikk. Utdanningen varte i seks uker og kostet 250 dollar, og var den første skolen med kursplan som inkluderte med veldefinerte teknikker og filosofier. Den var en direkte konkurrent til DD Palmers skole. Solon Langworthy hadde tilbudt D.D. Palmer deleierskap, men han ville ikke være innblandet og ønsket ikke konkurranse. På bakgrunn av Oakley Smiths tanker og filosofier utgav Solomon Langworthy, Oakley Smith og Minora Paxon boken *"Modernized Chiropractic"* i 1906. I 1932 ble den samme boken utgitt under nytt navn: *"Naprathopathy Genetics: Being a study of the origin an development of Naprathopathy"*, og med et tillegg på 16 sider som beskriver naprathopatiens utvikling og byr på en kritikk av blant annet kiropraktikken. Dette var en banebrytende bok, og den første lærebok i kiropraktikk, men nevner ikke DD Palmer. I stedet beskrives de teknikker Palmer lærte bort som "napravitt", basert på behandlingsmetodene til en innvandrер fra Böhmen. Oakley Smith reiste til Europa og tilbrakte en sommer i Böhmen for å studere napravitt.

I ca 1905 flyttet Smith til Chicago og gav behandlingsformen navnet naprapatti. Han åpnet Chicago School of Naprathopathy (CCN) i 1907. I 1949 oppstod det stridigheter mellom ulike naprapater og den etablerte skolen. Mange ønsket at naprapater skulle få egen autorisasjon. Smith mente at det var nødvendig. Først i 1992 fikk amerikanske naprapater autorisasjon.

Naprapatien kom til Sverige med Bjørn J. Berg i 1970. Berg startet den nåværende naprapatiskolen under navnet Naprathathic School. Skolen er privateid og kalles i dag Naprathathøgskolan, men er ikke offentlig godkjent/akkreditert av svenske akkrediteringsmyndigheter. Likevel ble svenske (og finske) naprapater ble autorisert i 1994.

Ifølge naprapatenes syn på fagets historiske utvikling har kiropraktikken deler av sine røtter fra naprapatien og Oakley Smiths arbeid. Naprapater benytter mange metoder som også tilbys av kiropraktorer. NNF oppgir at naprapatien tradisjonelt sett har et bredt syn på problemer knyttet til muskel-/skjelettsystemet. De er ikke bare opptatt av ryggradens ledd, men antar at endel lidelser kan være knyttet til problemer i mykdeler eller forårsakes av for eksempel kroppsholdning. Dette beskrives som et helhetssyn som preger dagens naprapatiutøvere. Behandlingsformen er slik den framstår i Sverige, Norge og Finland i dag basert på flere teorier, deriblant ergonomi, medisin, kiropraktikk og ortopedi, i tillegg til Oakley Smiths teorier.

2.1.2 Naprathathisk behandling i dag – systematiserte erfaringer

Naprapater mener at deres viktigste oppgave er å se helheten og søke etter årsaken til lidelsen, og å behandle årsaken til de problemer pasienten søker hjelp for. Det betyr at de ikke bare arbeider med segmentelle dysfunksjoner, men også ser på eventuelle mekaniske eller stressrelaterte årsakssammenhenger. Naprathatiens styrke er at den kombinerer flere manuelle behandlingsmetoder på en måte som er effektiv for pasienter med problemer i bevegelsesapparatet. Det er denne kombinasjonen av behandlingsteknikker som utgjør naprathatiens behandlingssystem.

Naprathatiens virksomhetsområde omfatter forebygging mot, utredning av og behandling av funksjonsforstyrrelser og smertetilstander i pasienters bevegelses- og støtteorganer. Behandlingen er ifølge utøverne kausalt innrettet og kombineres ofte

med forebyggende eller rehabiliterende tiltak for i størst mulig grad å unngå tilbakefall. Det bemerkes at naprapater ikke er involvert i forebyggende arbeid og utredning av funksjonsforstyrrelser i samme grad som manuellterapeuter og fysioterapeuter er – på systemnivå. Sistnevnte er engasjert i utredning av funksjonsforstyrrelser som del av sitt arbeid innen spesialisthelsetjenesten og ved trenings- og rehabiliteringssentre, mens naprapaters arbeid knyttet til forebygging mot lidelser i muskel-/skjelettsystemet har mindre målestokk og omfatter for eksempel at enkelte naprapater på eget initiativ har inngått avtale med bedrifter/arbeidsgivere.

Målsetninger med utøvelsen av naprapati er å:

- ha god forståelse av bevegelsesapparatets og nervesystemets struktur og funksjon for å kunne diagnostisere, behandle og resonnerer patofysiologisk.
- forstå mekaniske belastninger, fysiologiske prosesser, samt fysikalsk innrettede undersøkelses- og behandlingsmetoder.
- kunne foreta anamnese og stille en riktig diagnose.
- ha gode kunnskaper om de kontraindikasjoner som gjelder for de behandlingsmetodene som naprapaten benytter.
- ha god forståelse av manuelle behandlingsmetoder og deres teori, samt ha meget god ferdighet i utførelsen av disse.
- ha en god allmennutdannelse innen medisinske emner.
- ha en god kunnskap om radiologiske termer og deres patofysiologiske betydning samt hva slags informasjon som kan fremskaffes gjennom ulike radiografiske undersøkelsesmetoder.

Naprapater har sin forståelse for kroppens virkemåte fra en ortopedisk medisinsk tankegang, der fag som anatomi, fysiologi, biomekanikk, sykdomslære, farmakologi, ergonomi danner bakgrunnen for utførelsen av behandling, diagnostisering og differensialdiagnostikk. Naprapaters behandlingstilnærming preges av deres forståelse av at funksjonsforstyrrelser i ledd, både i ekstremitetsledd og segmentelle dysfunksjoner i ryggradens facettledd, kan forårsake bløtvevsproblemer som for eksempel muskelspenninger. Forståelsen om at muskulære problemer kan medføre smertetilstander og leddysfunksjoner er også sentral.

2.1.2.1 Hvilke sykdommer, lidelser eller plager kan naprapatien avhjelpe?

Naprapati beskrives som et behandlingssystem som tar sikte på å normalisere problemer i bevegelsesapparatet. Naprapater behandler hovedsakelig personer med muskel- og skjelettplager som for eksempel idrettskader og arbeids-/overbelastningsskader. De tilbyr også behandling som skal kunne avlaste symptomer ved andre kroniske lidelser. I tillegg behandles enkelte nevrologiske påvirkninger som kan ha sin årsak fra muskel- og skjelettsystemet.

De behandler både akutte og kroniske muskel- og leddplager som for eksempel korsryggssmerter, isjias, nakkesmerter, hodepine, svimmelhet, musearm, hoftesmerter, kneproblem, skuldersmerter, kink, hekseskudd og fot/ ankel problemer.

2.1.2.2 Diagnostisering og praktisk utøvelse med behandlingsforløp

Første pasientbesøk innledes med anamnese for å få rede på pasientens sykdomshistorie, eventuelle operasjoner, arbeidsforhold, trening og annet som kan være viktig for å finne årsak til smerter. Deretter foretas det en kroppslig

inspeksjon/palpasjon og en rekke systematiske kliniske tester benyttes for å finne årsaker til smerten. Hensikten er å stadfeste hvilke strukturer som er påvirket, og om det foreligger nevrologiske eller sirkulatoriske forstyrrelser. Testene skal også kunne avdekke eventuelle alvorlige sykdomstilstander som ikke kan behandles av naprapaten. I så fall oppfordres pasienten til å kontakte lege.

Behandlingen varierer mye, avhengig av smertens karakter og lokalisering. Massasje og spesifikk muskeltøyning anvendes nesten alltid for å senke muskelspenninger. Et vanlig fenomen er triggerpunkter, hypersensitive punkter i en muskel, og disse behandles med blant annet pressur. I tillegg kan elektroterapi anvendes. Nedsatt bevegelse mellom virvler i ryggraden er en vanlig årsak til smerte. Det finnes noen ulike behandlingsteknikker for å gjenvinne bevegelsen i et ledd. Den mest kjente er manipulasjon, der terapeuten ved å passere leddets fysiologiske bevegelighet, utløser et leddknepp. En annen metode for å gjenvinne denne bevegelsen er mobilisering, en spesifikk og leddnær tøyning. For å oppnå normal bevegelighet i ekstremitetsledd benyttes ofte artikulering. Ulike hjemmeøvelser og treningsprogram tilpasses hver enkelt pasient, og benyttes for å forebygge og rehabilitere. Grunnprinsippet er å skape en god balanse mellom styrke og bevegelighet. En pasient gis i gjennomsnitt tre til fire behandlinger. Akutte tilstander behøver sjelden mer enn en til fire behandlinger, mens kroniske smerter kan kreve flere, i kombinasjon med hjemmeøvelser/egentrening.

2.2 OSTEOPATI

Osteopati beskrives som en klinisk disiplin basert på kunnskapsbasert viten og velprøvd klinisk erfaring. Osteopater arbeider med et bredt spekter av manuelle tester og mobiliseringsteknikker rettet mot alt vev og hele organismen for å oppnå maksimalt samspill mellom bindevevsnettet, muskelskjelett-, nerve- og sirkulasjonssystemet. Det fokuseres også på pasientens aktive medvirkning og ansvar for egen helse. Strukturelle og mekaniske årsaker søkes og sammenhenger til akutte og kroniske belastningslidelser behandles. Osteopater søker å behandle vevspenninger, benevnt som restriksjoner, i områder med nedsatt bevegelighet og fleksibilitet i kroppens muskelskjelettsystem og bindevevsnettverk. Disse kan forklares med anatomiske forklaringsmodeller og ses i sammenheng med pasientens symptomer. Den engelske legeforeningen beskrev i 1993 osteopati som en diskret og selvstendig klinisk disiplin; et etablert system for diagnose og manuell behandling med en omsorgsfull tilnærming av pasienten, hvor individuelle behov vektlegges i behandlingen¹.

Osteopaten har utviklet seg forskjellig i USA og Europa. Amerikanske osteopater er også medisinerere på lik linje med vanlige leger. Mesteparten av forskning innen osteopati er utført i USA, og gjenspeiler den amerikanske osteopatiprofesjonens medisinske fokus. Resultater av Kunnskapssenterets kunnskapssøk om forskning på effekten av osteopati (se kapittel 3 og vedlegg nr II) gjenspeiler dette, blant annet ved at det i studiene som beskrives fokuseres på behandling av følgetilstander av sykdommer som vanligvis ikke knyttes til muskel-/skjelettsystemet (for eksempel mellomørebetennelse). Norske osteopatirepresentanter oppgir at også norske osteopaters behandlingstilbud indirekte kan ha positiv virkning også for følgetilstander av sykdom og funksjonelle lidelser fra andre organsystemer enn muskel-/skjelettsystemet, og at de er opptatt av slike sammenhenger.

¹ Referanse (1/O) British Medical Association, 1993: *Complementary Medicine – New Approaches to Good Practice*

Norske osteopater definerer sitt behandlingstilbud som komplementær behandling av det fascielle systemet. De behandler for eksempel følgetilstander av sykdommer som KOLS og mellomørebetennelse og restriksjoner som kan følge av for eksempel arrvev etter en operasjon. De arbeider med andre ord ikke med patologier i indre organer, men gir understøttende eller komplementær behandling som kan lette følgetilstander av sykdom.

2.2.1 Teoretisk kunnskapsgrunnlag og ideologi

Osteopatiens grunnlegger er den amerikanske legen Andrew Taylor Still, som kalte behandlingsformen for osteopati (osteon er det greske ordet for knokkel). Systemet var opprinnelig begrenset til å undersøke og behandle muskler og skjelett. Dr. Still vurderte også sirkulasjonssystemet som spesielt viktig, og mente at kroppen hadde et eget "apotek" for selvhelbredelse. Behandling av kraniet og fasciestrukturer er tilført osteopaten på 30-tallet. Osteopati er ifølge utøverne basert på naturvitenskapelige fag som anatomi, fysiologi, biomekanikk og sykdomslære.

Andrew Taylor Still og osteopaten

Andrew Taylor Still (1828-1917) var utdannet lege og mekanisk ingeniør. Han fungerte som kirurg i den amerikanske borgerkrigen.

Tre av barna hans døde av hjernehinnebetennelse. Til tross for at han var lege, klarte han ikke å redde deres liv. De neste 10 årene lette dr. Still etter hvilke faktorer som fører til at enkelte mennesker blir syke og andre ikke. Etter hvert utviklet han en ny teoretisk retning som han kalte osteopatisk medisin. Denne ble lagt frem i 1874. Osteopater var den første profesjonen som satte manuelle behandlingsteknikker inn i et lærbart system ((1/O): Billington 1988, (3/O): Lewit 1997).

Ifølge Stills teori er kroppen en funksjonell enhet. Samarbeid mellom alle kroppens systemer er så vidtgående at ingen av dem kan behandles separat. Det er dessuten en grunnleggende sammenheng mellom struktur og funksjon. Kroppens strukturelle integritet gjenspeiler individets helse. Forandring i funksjon kan føre til forandringer i strukturen, liksom forandring i strukturen kan føre til forandringer i funksjoner. Når kroppens iboende selvhelbredende mekanismer er svekket, kan det oppstå funksjonsforstyrrelser.

Ifølge Stills osteopatisk teori kan tap eller reduksjon av disse indre selvhelbredende mekanismer over tid føre til en prepatologisk situasjon, en funksjonsforstyrrelse som kan være en forløper til sykdom. Det er en vesentlig forskjell på den prepatologiske og den patologiske fase. En ubehandlet funksjonsforstyrrelse kan føre til en patologisk situasjon. En funksjonsforstyrrelse i et eller flere av kroppens systemer (muskelskjelett, indre organer, nevrofysiologiske, psykologiske etc.), kan forårsake en funksjonsforstyrrelse i andre systemer i kroppen.

Osteopatisk behandling bør helst foretaes i en prepatologisk fase. Det anses som viktig at pasientene kommer raskt til behandling. Behandlingen innebærer en tilnærming som tilpasses den enkelte pasients behov. Det etterstrebes at valg av behandlingsstrategi og teknikker alltid er skreddersydd pasientens behov på det tidspunktet behandlingen utføres. Osteopaten legger dessuten vekt på at pasienten skal forstå årsaken til plagene og den behandlingen som gis.

2.2.2 Osteopatisk behandling i dag – systematiserte erfaringer

Osteopati kan beskrives som et system for undersøkelse og behandling av muskelskjelettsystemet og bindevevsnettverket. Osteopaten undersøker, tolker og behandler unormale/økede spenninger i den del av muskelskjelettsystemet og bindevevsnettverket som er tilgjengelig med hendene. En vurdering av kroppens bindevevsnettverk er viktig, fordi det omslutter alt vev og binder kroppen sammen til en enhet. Bindevetet danner glideflater mellom strukturene, overfører biomekaniske spenninger og bringer med seg blodkar, lymfe og nerver. Undersøkelsen i bindevevsnettverket kan ifølge osteopatirepresentanter avdekke restriksjoner som ved osteopatisk behandling gir reduserte smerter og plager i muskelskjelettapparatet (se mer informasjon fra osteopatirepresentantene i vedlegg nr III).

2.2.2.1 Diagnostisering og praktisk utøvelse av osteopati

Enhver osteopatisk behandling innledes med en grundig undersøkelse med sykehistorie, holdningsanalyse, bevegelsestester og palpasjon (kjenne kvaliteten på vevet). En vurdering av kroppens bindevevsnettverk er viktig. Undersøkelsen leder til en osteopatisk diagnose. Den osteopatiske diagnostikk er klassifisert i WHO's internasjonale klassifisering over sykdommer og dødsårsaker som den somatiske dysfunksjon ((4/O): Rumney 1973).

Målet er å finne sammenhenger til aktuelle problemer. Det er viktig å avdekke områder med nedsatt funksjon og bevegelighet. Disse kan ofte ha sammenheng med områder der symptomer og smerter manifesterer seg. Andre områder av kroppen enn der pasienten kjenner smerten blir også ofte undersøkt og behandlet. Ved osteopatisk manuell behandling av funksjons- og bevegelighetsforstyrrelser søker osteopaten å gjenvinne kroppens normale bevegelighet og sirkulasjon. Osteopati utføres for å oppnå maksimalt samspill mellom bindevevsnettverket, muskelskjelett-, nerve- og sirkulasjonssystemet. Behandlingen blir individuelt tilpasset pasienten ved hver enkelt konsultasjon.

Den osteopatiske behandling skjer med et bredt spekter av manuelle mobiliseringsteknikker. Disse kan være alt fra teknikker for avspenning, tøyninger og rytmisk leddbevegelse (mobilisering), til korreksjon av ledd (manipulering), om ikke relative og absolutte kontraindikasjoner foreligger. ((5/O): Terret 1985, (6/O): Vick 1996, (7/O): DiGiovanna 1997, (8/O): DiFabio 1999, (9/O): Gibbons 2001)

Behandlingshyppigheten varierer, vanligst er konsultasjonene ukentlig, senere sjeldnere. Akutte problem kan trenge 1-3 behandlinger. Kroniske problem kan kreve 6-8 behandlinger, fordelt over en lengre tidsperiode. (General Osteopathic Council: GosC 1997). Det er også gode erfaringer med osteopatisk vedlikeholds behandling på kroniske plager.

2.2.3.2 Hvilke sykdommer, lidelser eller plager kan osteopatien avhjelpe?

Osteopati er egnet til å behandle akutte og kroniske belastningslidelser hos mennesker i alle aldre. Plagene kan oppstå etter langvarig belastning, akutte skader, ulykker og arr. I tillegg gir osteopater helse- og livsstilsinformasjon med tanke på å forebygge mot plager, smerter og lidelser.

Osteopatisk behandling er egnet for en rekke tilstander. Smerter kan komme fra rygg, bekken, hofter, kne, fot, hodet, nakke, skulder, albue og hånd. Plager kan være hodepine, visse typer migrene, svimmelhet, whiplash plager, tennisalbue, betennelsestilstander i albue og skuldre, samt skulder- og nakkeproblemer, lumbago, prolaps, ischias, bekkenløsning før og etter fødsel, stressinkontinens, idrettsskader, stivhet, halting, dårlig balanse, artritt (betennelsestilstander i ledd) og holdnings- og/eller motoriske vansker hos barn.

Osteopater behandler også følgetilstander etter sykdommer fra andre kroppssystemer som obstipasjon, småbarnskolikk, sure oppstøt, astmatiske plager og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). For mer informasjon, se www.osteopathy.org.uk.

Osteopater behandler ikke alle typer sykdom, men noen av de funksjonsforstyrrelser som en del sykdomstilstander kan skape. Dersom osteopatisk undersøkelse og sikkerhetstester gir mistanke om aktiv sykdom eller strukturelle skader, rådes pasienter til å oppsøke lege for å få en nærmere skolemedisinsk utredning.

2.3 MANUELLTERAPI

2.3.1 Teoretisk kunnskapsgrunnlag og ideologi

Historisk sett er det teoretiske grunnlaget for manuellterapi (MT) videreutviklet fra osteopati, medisin og fysioterapi. Manuellterapi ble systematisert av norske fysioterapeuter og leger i samarbeid med britiske leger og osteopater (med medisinsk utdanning) på 1950-tallet, og siden videreutviklet av det norske fagmiljøet som tilførte systemet funksjonsanalyse og trening fra idretten.

Manuellterapi miljøet har satset på en faglig brobygging mellom medisin, fysioterapi, treningslære og osteopati. Miljøet har hatt som mål å tilegne seg og videreutvikle det beste fra alle disse retningene når det gjelder forklaringsmodeller, undersøkelses- og behandlingsteknikker. I likhet med det medisinske miljøet for øvrig har det innen manuellterapi skjedd en utvikling fra hovedsakelig empirisk basert faggrunnlag, til en mer vitenskapsbasert praksis. Dette har resultert i at manuellterapi er blitt en universitetsutdanning tilpasset den norske helsetjenesten. Fra januar 2005 er studiet i manuellterapi (MMT) som tilbys ved Universitetet i Bergen godkjent som et klinisk mastergradprogram for fysioterapeuter.

Målet med behandlingsformen er å normalisere funksjon både på struktur-, funksjons-, aktivitets- og deltakelsesnivå. Normal bevegelighet av ledd er sentral i tenkningen innen manuellterapi. Derfor er det bla. utviklet en rekke metoder for å undersøke bevegelighet i ekstremitetsledd og i ryggstølen, samt behandlingsteknikker som fremmer normal, aktiv bevegelse. Det er utviklet retningslinjer for undersøkelse innen manuellterapi.

Manuellterapiens teoretiske grunnlag tilpasses forskningsresultater, konsensusarbeider, retningslinjer ol. Virksomheten er begrenset til å gjelde muskel- og skjelettsystemet. Profesjonen har erfaring med og retningslinjer for samarbeid med annet helsepersonell. Flere av behandlingsmetodene som benyttes er ifølge profesjonsrepresentanter veldokumentert og har vist seg å ha positiv effekt overfor en rekke lidelser og plager i muskel- og skjelettapparatet.

Viktige teoretiske bidrag til manuellterapiens kunnskapsgrunnlag

Kunnskapsgrunnlaget bygger historisk sett på ortopedi, osteopati, fysikalsk medisin/terapi og trenings-/refunksjonsanalyse fra idretten. Norsk manuellterapi har fått sin biomekaniske forståelse for fra den britiske legen James Menel og den franske ortopediske kirurgen Kapandji. Alan Stoddard (britiske lege og osteopat), James Cyriax (britisk ortoped) og Vladimir Janda (tjekkisk ortoped) ga viktige bidrag til forståelsen av patologiske forhold i ekstremitetsledd og ryggstølen.

Norske fysioterapeuter har tilegnet seg denne kunnskapen og demonstrert manuelle teknikker og teorier i medisinske fora. Flere av legene i Norsk Forening for fysikalsk medisin ble på bakgrunn av dette overbevist om behandlingsmetodens nytteverdi og har medvirket i tilpasningen av dette diagnose- og behandlingssystemet til de norske tradisjoner innen ortopedisk medisin. Den norske utdanningen i manuellterapi ble etablert i Oslo. Den Norske Lægeforening var representert på den første uteksamineringen av manuellterapeuter i 1958. Disse første norske manuellterapeutene har videreutviklet samarbeidet med medisinske miljøer, som har bidratt til utviklingen av behandlingsformens teoretiske grunnlaget, samt til teorigrunnlaget for fysikalsk medisin, ortopedi og reumatologi.

De fleste av de første manuellterapeutene hadde også idrettsfaglig bakgrunn og praktiserte som trenere og fysioterapeuter på nasjonalt nivå. Trening stod sentralt i rehabiliteringsopplegget innen norsk manuell terapi allerede fra starten av. Et bærende prinsipp var at manuelle teknikker skulle følges opp av trening for å ivareta den muskulære kontroll av leddene. Det ble utviklet treningsmetoder (medisinsk treningsterapi) som ble integrert i utdanningen i 1965. Som følge av samarbeidet mellom leger og manuellterapeuter i Norge, har manuellterapeuter foretatt både funksjonsdiagnose og leddbehandling de siste 50 årene. Denne praksisen ble formalisert i 1957 gjennom at Rikstrygdeverkets opprettet en egen refusjonstakst for manipulasjonsbehandling. Denne organiseringen av samarbeidet mellom leger og manuellterapeuter var banebrytende internasjonalt. Undersøkellesmetodikken og behandlingsprinsippene bygde og baserte seg på anerkjente prinsipper innen fysikalsk medisin og behandling og det som fantes av forskning på området. Senere har en lignende utviklingen skjedd internasjonalt.

Mål for manuellterapeuters yrkesutøvelse og kunnskapsnivå:

- Kunnskap på høyt nivå innen anatomi, fysiologi og biomekanikk på muskel- og skjelettområdet.
- De skal ha inngående forståelse av patologiske forandringer og funksjonsforandringer i muskel- og skjelettsystemet.
- Kunnskap i klinisk problemløsning og forståelsen av den anatomiske og fysiologiske basis for undersøkelsesteknikker, diagnostisering og håndtering av sykdom/skade i muskel- og skjelettsystemet.
- Kritisk og analytisk evne i evaluering av etablerte og nye teorier innen funksjon, patogenese og håndtering av sykdom/skade i muskel- og skjelettsystemet.

Manuellterapeuter skal videre ha kunnskap på høyt nivå innen relevante områder av medisinske fag som ortopedi, reumatologi, indremedisin, nevrologi og temperomandibulær-problematikk. De skal dessuten ha god innsikt i smerteteorier, psykologiske faktorer og mestringsstrategier. I tillegg vektlegges gode kommunikasjonsferdigheter ved undersøkelse, instruksjon og rådgivning av pasientene.

Sykdom forstås som en tilstand med svikt i organismens strukturer, deler eller systemer som resulterer i forstyrrelser i vitale fysiske eller psykologiske funksjoner. Sykdom i muskel- og skjelettsystemets strukturer vil gi funksjonssvikt som, dersom den bibeholdes, fører til ytterligere strukturell svikt. I nyere norsk manuellterapi-tenkning er sykdomsbegrepet (*disease*) og sykdomsforståelse utvidet til å inkludere plager (*illness*), og konsekvenser sykdom og plager kan ha på ulike nivåer².

2.3.2 *Manuellterapi i dag – systematiserte erfaringer*

Siden etableringen av norsk manuellterapi er det drevet systematisk fagutvikling, generering av erfaring og kursvirksomhet. I tidlig fase bestod dokumentasjonen av denne virksomheten av kurskompendier og artikkelsamlinger. Man støttet seg i stor grad til internasjonal litteratur innen ulike fagområder og norsk litteratur innen ortopedi og fysikalsk medisin. Pensum innenfor manuellterapiutdanningen har endret seg i takt med utviklingen innen kunnskap om muskel- og skjelettlidelser. Det norske fagmiljøet har bidratt med en rekke utgivelser av fagbøker innenfor muskel-/skjelettområdet. Det norske fagmiljøet har bidratt med en rekke utgivelser av fagbøker innenfor muskel-/skjelettområdet. Ved å arrangere årlige kurs og seminarer med eksterne forelesere innen relevante forskningsmiljøer nasjonalt og internasjonalt har fagmiljøet sørget for å oppdatere medlemmene. Manuellterapeuter har vært ansvarlige for undervisning i anatomi og praktisk undersøkelse på årlige kurs for allmennpraktiserende legers forening, samt for undervisning av medisinerstudenter ved Universitetet i Tromsø i "funksjonsundersøkelse" som inkluderer funksjonell anatomi, topografisk anatomi, leddstatus og muskeltesting. Det tverrfaglige samarbeidet har de senere årene blitt styrket gjennom årlige tverrfaglige seminarer, samt og deltakelse i andre tverrfaglige fora som Norsk Forening for Ryggforskning og Nasjonalt Ryggnettverk (se kapittel 10 for liste over referanselitteraturlister og fagbøker).

2.3.2.1 *Hvilke sykdommer, lidelser, plager kan manuellterapi avhjelpe?*

² Jf Verdens helseorganisasjons (WHO) klassifikasjonssystem *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Etablert 1980, senere oppdatert flere ganger, senest i 2001 ICF

Manuellterapeuter behandler lidelser i muskel- og skjelettsystemet. En grundig klinisk undersøkelse - eventuelt supplert med tilleggsundersøkelser ligger til grunn for enhver behandling. Målet med undersøkelsen er å skaffe innsikt i pasientens lidelse for å kunne stille diagnose, angi prognose, gi råd, ta initiativ til tverrfaglig behandling eller manuellterapeutisk behandling og videre oppfølging.

Manuellterapeuters behandlingsområde kan deles inn i tre kategorier sykdommer/lidelser:

- 1) Lidelser som krever videreformidling/henvisning til andre deler av helsetjenesten uten videre oppfølging av manuellterapeuten. Dette gjelder lidelser som skyldes alvorlig patologi og lidelser som ligger utenfor manuellterapeutens kompetanseområde (muskel- og skjelettsystemet) ³.
- 2) Lidelser som i stor grad krever tverrfaglig samarbeid, hvor manuellterapeuten kan bidra i diagnostikk og behandling, herunder lidelser som er sammensatt av muskel- skjelettlidelser og andre lidelser. I slike tilfeller vil manuellterapeutens innhente bistand/henvise videre. Yrkesutøvelsen vil da skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell⁴.
- 3) Lidelser som i mindre grad krever tverrfaglig samarbeid, hvor manuellterapeuten i hovedsak står for behandlingen, herunder lidelser i muskel- og skjelettsystemet som kan håndteres av primærhelsetjenesten. Som regel vil det være en grad av samarbeid med leger – enten ved at pasientene er henvist fra fastlege, eller ved at manuellterapeuten rapporterer til fastlege. Samarbeid med annet helsepersonell kan også være aktuelt.⁵

2.3.2.2 Diagnostisering og praktisk utøvelse med behandlingsforløp

Etiologiske forhold bak muskel- og skjelettlidelser kan variere fra enkle til sammensatte og reflekteres i den praktiske utøvelsen av manuellterapi og i terapiformens sykdomsforståelse. Manuellterapeutens vurdering av pasientene inkluderer både biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Diagnostikken starter med en grundig anamnese. Anamnesen gir viktige opplysninger for å stille en diagnose og gir mulighet til å vurdere pasientens lidelse, samt overveie om det er grunn til mistanke om alvorlig underliggende sykdom eller faktorer som kan øke risikoen for kronifisering. Spesielt for manuellterapeutens anamnese er en detaljert kartlegging av skademekanismer og belastninger som kan ha utløst plagene. Også forhold rundt funksjon i arbeid og fritid vektlegges. Den kliniske undersøkelsen bygger på opplysninger fra anamnesen og tar sikte på å bekrefte/avkrefte mistanke om eventuelle patoloanatomiske lesjoner (skade eller sykelig forandring i vevet), samt å kartlegge muskel- og skjelettsystemets funksjon.

Den kliniske undersøkelsen består av inspeksjon, generelle funksjonsprøver, aktive, passive og isometriske muskeltester, nevrologiske prøver, nervestrekktester og andre tester som smerteprovokasjonstester, stabilitetstester, tester for å avsløre sirkulatorisk svikt i eller inneklemming av nerve-/annet vev, sansemotorisk testing og

³ Se også "Retningslinjer for undersøkelse i manuell terapi" og "Retningslinjer for faglig avgrensning" på www.manuellterapi.com -> dokumentasjon -> retningslinjer

⁴ Se også "Retningslinjer for henvisning til spesialist" på www.manuellterapi.com -> dokumentasjon -> retningslinjer

⁵ Se også "Retningslinjer for henvisning til fysioterapi" på www.manuellterapi.com -> dokumentasjon -> retningslinjer

palpasjon. Videre foretas spesielle tester av leddfunksjonen i ekstremitetsledd, rygg og bekken ⁶.

Manuellterapeuten velger så behandlingstiltak på grunnlag av ovennevnte undersøkelse og stiller en "vevsdiagnose" (f.eks. korsbåndskade i kne) som gir en funksjonsdiagnose (f.eks. instabilitet i kne). Disse gir grunnlag for en tiltaksplan. Målet med behandlingen er å gjenopprette smertefrihet og god funksjon lokalt (i kneet) og generelt (gange, løp osv). Ut fra viten om skadens natur og omfang, informerer manuellterapeuten pasienten om forventet tilhelingstid (prognose), og setter i samråd med pasienten i gang et konservativt behandlingsopplegg eller henvise/videreformidle til kirurgi og opptrening. Behandlingen er basert på kunnskap om vevets (f.eks. korsbåndenes) tilhelingsprosess. I mange tilfeller vil man starte med konservativ behandling og henvise/videreformidle til kirurgisk vurdering/behandling dersom dette ikke fører fram.

Ved mange tilstander, eksempelvis akutt korsryggsmerte, kan det være vanskelig å komme fram til en sikker vevsdiagnose (patologisk lesjon). I 85 % av tilfellene er det ikke mulig å gi en diagnose med forankring i en patologisk lesjon. Manuellterapeuten har da bare en funksjonsdiagnose og et smertefokus å rette behandlingen mot. I slike tilfeller er det aktuelt med en prøvebehandling etterfulgt av ny vurdering av funksjon og smerte. Det kan være aktuelt å behandle ut fra en "antatt" vevsdiagnose og revurdere denne dersom behandlingen ikke fører fram. Manuellterapeuten igangsetter behandlingen og setter opp kort- og langsiktige mål for hva man skal oppnå gjennom behandling. Dersom det ikke er forventet effekt av behandlingen, vurderes behovet for videre utredning/undersøkelser, tverrfaglig samarbeid og henvisning til andre aktører i helsetjenesten.

Manuellterapeutenes undersøkelser legger vekt på å subgruppere blant det som vanligvis omtales som "uspesifikke" tilstander. Behandlingen særmerker seg ifølge utøvere ved at de manuelle teknikkene ofte kombineres med trening. Rehabilitering etter skade og operativ behandling er en viktig del av manuellterapeutens virksomhet.

Hovedmålet for manuellterapi er å normalisere funksjon i muskel-/skjelettsystemet, eventuelt å hjelpe pasienter med å mestre en funksjonssvikt eller smerter:

Smertelette og frigjøring av muskelspasmer

- ved å bedre sirkulasjon i vevet, bløtdels forskyvbarhet og tøyningsevne og ved å påvirke akseforhold og bevegelse i leddene
- ved å styrke svak muskulatur og bedre muskulær ubalanse
- ved å trene opp adekvat bevegelseskontroll
- ved nevromuskulær stabilisering av instabile ryggsegmenter (ryggledd)
- ved identifisering og tilrettelegging av belastning i forhold til holdning eller arbeidsstillinger
- ved å forebygge ny skade og hindre tilbakefall
- ved å øke pasientens selvtillit og evne til å være selvhjulpen
- ved å avdramatisere og gi trygghetsskapende informasjon

Under følger en beskrivelse av metoder som inngår i manuellterapeuters behandlingstilbud:

⁶ Mer informasjon: Se "Retningslinjer for undersøkelse generell del" på www.manuellterapi.com -> dokumentasjon -> retningslinjer

Smertedempende behandling: Passiv bevegelse: mobilisering, manipulasjon. Andre smertelindrende tiltak er immobilisering (bruk av korsett, nakkekrave, skinne, taping), elektroterapi og triggerpunktbehandling.

Mobilisering: Innen bløtdelsbehandling inngår:

- Massasje: klassisk, bindevevsmassasje, dype tverrfriksjoner
- Muskelavslappende teknikker basert på spesifikke reflekser: hold — slipp avspenning
- Spesifikke tøyninger for å bevare smidighet i muskel og bindevev
- Øvelser for sirkulasjon og aktiv tøyning. Medisinsk treningsterapi (MTT)

Innen mobiliserende leddbehandling inngår passiv mobilisering som består av spesielle bevegelser av ett ledd, enten manuelt eller mekanisk og aktiv mobilisering hvor pasienten selv utfører bevegelsen av ledd (MTT). I tillegg benyttes manipulasjon i forbindelse med leddbehandling⁷, dette består av manuell bevegelse av et ledd gitt med en rask impuls og fører ofte til at det utløses en leddlyd.

Innen mobiliserende behandling av nervevev foretas passiv mobilisering av ryggmarg med hinner, nerverot, -stamme og perifere nerver, samt aktiv mobilisering av ryggmarg med hinner, nerverot, -stamme og perifere nerver.

Bevegelseskontroll – stabilisering kan innebære ekstern støtte, f.eks skinner, krage eller taping og aktiv stabiliserende behandling, som består av sansemotorisk trening / stabiliserende øvelser/trening av neuromuskulær kontroll.

Daglig funksjon – trening innebærer blant annet øvelser som skal fremme muskelstyrke, utholdenhet og koordinasjon.

Rådgivning og instruksjon utgjør viktige aspekter ved manuellterapeutisk behandling:

- Avdramatisering og trygghetsskapende informasjon
- Råd relatert til hvile, arbeid og fritidsaktiviteter
- Analyse av jobbsituasjon og råd om ergonomi
- Forebyggende informasjon for å unngå tilbakefall
- Henvisning til / råd om å oppsøke annet relevant helse- og sosialpersonell.

2.4 KIROPRAKTIKK

2.4.1 Teoretisk kunnskapsgrunnlag og ideologi

Ordet kiropraktikk er av gresk opprinnelse og betyr å behandle med hendene. Kiropraktikkens historie startet for drøyt 100 år siden i USA da kiropraktikkens grunnlegger, D.D. Palmer (1845 - 1914) postulerte den første kiropraktiske sykdomsteori ved å sette ryggspylenes funksjon i sammenheng med nervesystemets integritet.

DD Palmer og kiropraktikken

Kiropraktikken ble grunnlagt i 1895, da Daniel David Palmer behandlet vaktmester Harvey Lillard for en skjevstillet virvel i thoracolumna slik at han fikk hørselen tilbake. DD Palmer var en stort sett selvlært, og meget kunnskapsrik mann. Som barn var han opptatt av naturen og alt levende. Han hadde en allsidig bakgrunn som skolelærer, birøkter, landhandler og gartner før han startet som "Magnetic healer" i 1886. En "Magnetic healer" var en håndspålegger som brukte sin egen kropps iboende helbredskrefter til å lege syke. I likhet med Still (grunnleggeren av osteopati), fikk DD Palmer interesse for "Magnetic healing" fra den store helbrederen Paul Castor fra Iowa og de var begge opptatt av spiritualisme/mesmerisme. Det var som belest "Magnetic healer", med store kunnskaper innen anatomi, medisin, filosofi og religion at han gjorde sin berømte oppdagelse i 1895 når hans pasient fikk hørselen tilbake. Hans neste "kiropraktiske" pasient hadde rytmeforstyrrelser på hjertet, og etter lignende behandling ble hjerterytmen normal igjen. Palmer resonerte at dersom to så ulike lidelser kunne helbredes på lignende måte, hadde han oppdaget årsaken til sykdom: Nemlig subluksasjon av virvler i ryggspylen. Hans første teori var at virvler ut av stilling forårsaket inflammasjon som deretter kunne forårsake friksjon og overoppheting av kroppsvev.

Det har skjedd store endringer når det gjelder kiropraktorprofesjonens syn på hvilke sykdommer/tilstander de gjennom sin utdanning er kvalifisert til å behandle, og når det gjelder forklaringsmodeller. I dag beskrives faget og profesjonen som basert på et naturvitenskapelig fundament. De siste tiårs utvikling innen fagmiljøet viser økt satsning på fagutvikling i tråd med klinisk empiri og samfunnets krav til helseprofesjoner generelt. Utviklingen har medført en vesentlig endring i profesjonens sykdomsoppfattelse. Moderne kiropraktikk er avgrenset til en høy faglig spesialisering innen helse og sykdom i bevegelsesapparatet eller nerve- og muskelskjelettsystemet, mens den opprinnelige

Kiropraktisk behandling skal være basert på de prinsipper som legges til grunn for kunnskapsbasert praksis (evidence based practice) og har til hensikt å sikre kontinuerlig oppdatering og best mulig forankring av klinisk praksis gjennom vitenskapelig dokumentasjon. Biomekaniske feilfunksjoner i bevegelsesapparatet er i dag et sentralt begrep innen kiropraktikken. For feilfunksjoner i ryggsøylen anvender kiropraktorer begrepet "funksjonell spinal lesjon" (FSL) som er definert og beskrevet i detalj i NKF's publikasjon (1/K): *"En kiropraktisk veiledning"* (1988).

2.4.2 Kiropraktikk i dag – systematiserte erfaringer

2.4.2.1 Hvilke sykdommer, lidelser eller plager kan kiropraktikk avhjelpe?

Kiropraktikkens virkeområde omfatter utredning, diagnostikk, behandling og forebygging av lidelser i hele bevegelsesapparatet. Kiropraktikk har således et bredere indikasjonsområde enn bare rygg- og nakkelidelser selv om dette er den tradisjonelle oppfatning og den klart største diagnosegruppen blant kiropraktorpasientene. Rygg- og nakkelidelser og deres effekt på nervesystemet har derfor vært et naturlig hovedfokus innen kiropraktikken. De vanligste diagnosegruppene kiropraktoren behandler er for øvrig omtalt i egne avsnitt i *"En kiropraktisk veiledning"* (1998).

I 1994 ble det offentliggjort en paneuropeisk undersøkelse som viste at nesten halvparten av pasientene oppsøkte kiropraktor innen en måned etter at deres symptomer var oppstått og at symptomene i alt overveiende grad var lokalisert til bevegelsesapparatet. Over halvparten av pasientene hadde plager i nedre del av rygg og bekken mens en tredjedel søkte hjelp for plager i øvre del av rygg, skulder og nakke inkludert hodepine). Hovedtrekkene fra denne undersøkelsen støttes av nyere undersøkelser i Norge og Danmark.

2.4.2.2 Diagnostisering og praktisk utøvelse med behandlingsforløp

Anamnesen utgjør en vesentlig anledning til å innhente informasjonen som er nødvendig for å kunne stille en riktig diagnose. En nøyaktig klinisk undersøkelse er nødvendig for å kunne bekrefte denne diagnosen. Opplysningene i anamnesen peker på hvordan den kliniske undersøkelsen skal utføres, hvilken retning undersøkelsen tar og hvilke områder som krever spesiell oppmerksomhet. Anamnesen og den kliniske undersøkelsen antyder hvorvidt det forligger indikasjoner for supplerende undersøkelser som laboratorieprøver eller røntgenundersøkelser eller annen billediagnostikk. Billediagnostikk supplerer den kliniske undersøkelsen når det foreligger indikasjoner for dette, kiropraktorer er utdannet til å utføre egne røntgenundersøkelser av skjelettet og tolke disse. Når røntgenbilder blir tatt hos kiropraktor stilles de samme krav til kvalitet som på et sykehus/røntgeninstitut. I tillegg kan kiropraktorer om nødvendig rekvirere røntgen- og CT- og MR-undersøkelser ved røntgeninstitutter og sykehus. Utviklingen innen ultralyddiagnostikk har også medført at slike undersøkelser er mer vanlige i dag, og der dette eksisterer henviser kiropraktor til dette ved behov. Røntgenbilder vurderes primært av kiropraktorer for å diagnostisere aktuelle lidelse og utelukke kontraindikasjoner til behandling. Tilgang til billediagnostiske undersøkelser og grundig kjennskap til tolkningen av disse er en forutsetning for å sikre forsvarligheten spesielt ved manipulasjonsbehandling.

Det første møtet med pasienten etablerer kiropraktor-pasient- forholdet som bestemmer graden av samarbeid og tillit i behandlingsopplegget. Kiropraktorer stiller diagnose, foretar differensialdiagnostiske overveielser og utarbeider deretter et behandlingsforslag på bakgrunn av innehentet anamnese og klinisk undersøkelse. Foruten ortopediske og nevrologiske undersøkelser, består den kliniske undersøkelsen av funksjonsanalyser. Her kartlegges pasientens grad av bevegelse, bevegelsesmønsteret, evnen til å koordinere bevegelsene, aktiv og passive bevegelse. Muskulatur og bindevev undersøkes med tanke på spenninger, kontraksjoner, rupturer, triggerpunkter, hevelse med mer. Muskulatur testes for muskelkraft og utholdenhet. Ledd og leddbånd undersøkes med høy spesifisitet for funksjon og stabilitet. Som en del av disse undersøkelsene benytter kiropraktoren spesielle palpasjonsteknikker (manuelle undersøkelsesteknikker) hvor spenninger og endret bevegelsesmønster kartlegges.

Biomekaniske feilfunksjoner er den delen av sykdomskomplekset som kiropraktorene tradisjonelt har viet størst oppmerksomhet. Disse representerer ingen tradisjonell medisinsk diagnose men et klinisk funn som innen den kiropraktisk funksjonsorienterte sykdomsforståelse (klinisk biomekanikk) kan presentere seg som akutte eller kroniske smertetilstander i bevegelsesapparatets strukturer.

Valg av behandlingsstrategi: På bakgrunn av anamnese, kliniske funn og resultat av andre undersøkelser stilles arbeidsdiagnosen og kiropraktoren vurderer så om det skal iverksettes behandling eller andre tiltak. Hvis pasientens tilstand er egnet for behandling eller annen oppfølging hos kiropraktor følgende bli vurdert:

- Hvilke behandlingsmetoder bør velges?
- Hvilken hyppighet bør det være på konsultasjonene?
- Hvor lenge forventes det at behandlingsopplegget bør pågå?
- Når kan det forventes framgang?
- Er det behov for sykmelding?
- Er det behov for andre tiltak som trygden benytter?

- Er det behov for tiltak på arbeidsplassen?
- Er det behov for samarbeid med annet helsepersonell eller behandlingstiltak?
- Når må tilstanden revurderes om ikke er tilfredsstillende fremgang inntreffer?
- Er det behov for råd, veiledning og livsstilsendrende tiltak.

Den enkelte kiropraktors behandlingsopplegg vil, i tillegg til å måtte være tilpasset den enkelte pasients individuelle behov, nødvendigvis også bli farget av den enkelte kiropraktors spesialisering, det være seg innen rehabilitering, ernæring, nevrologi eller andre fagområder.

Behandlingsopplegget skal imidlertid alltid være forenlig med oppdatert kunnskapsbasert kiropraktikk og ha en basis i denne tenkemåten. Nedenfor skisseres noen generelle retningslinjer for grunnlaget i et kiropraktisk behandlingsopplegg samt en generell oversikt over noen av de vanligst benyttede kiropraktiske behandlingsmetoder:

Det er beskrevet over 300 ulike navngitte kiropraktiske teknikksystemer. Mange overlapper hverandre i stor grad og kan betraktes som variasjoner over samme teknikk. I tillegg benytter de fleste kiropraktorer seg av behandlingsteknikker som stammer fra eller anvendes innen andre fagmiljøer for manuell behandling som fysioterapi, manuell terapi og osteopati. Noen behandlingsretninger har tildels opprinnelig sprunget ut fra kiropraktikken og osteopatien, og blitt utviklet videre både innenfor og utenfor profesjonen. Eksempler på dette er kraniosakralterapi og kinesiologi m.fl. Utenfor profesjonen blir disse også undervist som selvstendige behandlingssystemer i privat regi, ofte uten at det stilles krav til akademisk forankring eller helsefaglig bakgrunn. Det bør bemerkes at det spesielt i Amerika innenfor profesjonen har vært et stort marked for private aktører som underviser i navngitte teknikker/behandlingssystemer av varierende kvalitet, noe som har skapt en forvirrende inflasjon av "originale teknikker" hvor navnet ofte er varemerkebeskyttet. Denne type virksomhet har vi bare sett i svært beskjedent omfang i Norge og har heller aldri fått fotfeste.

En grunnleggende innfallsvinkel er analysen av funksjonsbaserte forandringer i nervemuskelskjelettsystemet. På grunnlag av dette benyttes funksjonsnormaliserende behandlingsteknikker herunder forskjellige manipulasjonsteknikker, mobiliseringsteknikker og bløtdelsprosedyrer. De fleste navngitte kiropraktiske teknikksprosedyrer består av en kombinasjon av flere analytiske og behandlingsrettede komponenter. Det følgende er ikke ment å gi en fullverdig presentasjon av noen av disse, men heller å gi en generell oversikt.

Kiropraktikken har også tradisjonelt fokusert på forebygging, ergonomi, helse og sunn livsstil. Avdramatisering, rådgivning og informasjon er en naturlig del av behandlingsopplegget.

NKF har produsert en serie på 6 hefter med pasientrettet informasjon innen våre viktigste indikasjonssområder kalt "Et liv i bevegelse". Under følger en beskrivelse av behandlingsmetoder som benyttes av kiropraktorer:

Manipulasjon: Ulike teknikker, som manipulasjon med med *høy velositet og lav amplitude av typen impuls*, med og uten rekyl. Det finnes mange forskjellige teknikksystemer for denne typen teknikker. Selv om prosedyrene er forskjellige virker det sannsynlig at lignende fysiologiske responser finner sted ved begge typer teknikker.

Mobilisering: Mobiliseringsteknikker har til hensikt å øke bevegeligheten i ledd med nedsatt bevegelighet. Teknikkene skiller seg fra manipulasjon ved at det passive leddutslaget ikke overskrides og at det ikke benyttes en impuls. Det er grunnlag for å

anta at mobiliseringsteknikker bør ha en plass i behandlingen av visse typer problemer knyttet til enkelte nervemuskel-skjelettlidelser.

Behandling ved hjelp av spesialbenker og spesialapparat:

Droppbenker brukes til manipulasjon med eller uten rekyl, der posisjonering og pre-stress kan sammenlignes med annen manipulasjonsbehandling,

Pelvic blocks: Et par med kileformede klosser som benyttes ved behandling primært av bekkenledd / lumbosacralovergangen hvis kiropraktoren ønsker en viss form for strekk på disse strukturene. Prosedyren er relativt utbredt blant kiropraktorer.

Activator: Mekanisk håndholdt instrument som gir en kontrollerbar manipulasjonslignende impuls. Det er grunnlag for å tro at effekten av denne behandlingen kan sammenlignes med effekten av noen lav-amplitude manipulasjons- og mobiliseringsteknikker. Ved visse situasjoner der kiropraktoren ønsker en manipulasjonslignende behandling med minimal belastning på omkringliggende strukturer kan dette være en aktuell behandlingsteknikk. Prosedyren er relativt utbredt blant norske kiropraktorer.

Traksjonsbehandling:

Fleksjonsdistraksjon: Foregår på spesialbenk der kiropraktoren til en viss grad kan isolere det segmentet i columna som skal behandles. Prosedyren benyttes mye i Norge.

Mekanisk traksjon benyttes hyppig for å strekke muskler, ledd og intervertebrale skiver. Traksjonen kan utføres manuelt eller ved hjelp av apparatur. Bruk av traksjon er inkludert i den kiropraktiske utdanningen. Prosedyren benyttes av mange norske kiropraktorer.

Manuelle bløtvevsteknikker

Triggerpunktbehandling: Behandling av myofascielle triggerpunkter ved hjelp av manuell kompresjon av punktet (holdt i ca 30 sek eller mer) Behandlingsteknikken er mye benyttet blant norske kiropraktorer.

Muskel-energi teknikker: En rekke prosedyrer kommer inn under fellesbetegnelsen "muskel-energi teknikker" (post-isometrisk relaxering, resiprok inhibering, post-fasiliteringstrekk teknikk mfl). I tillegg finnes flere kiropraktiske teknikker med prosedyrer som er mekanisk og fysiologisk sammenlignbare til disse. Hensikten med teknikkene er primært å normalisere spenningstilstanden i hypertone muskulatur, og de er relativt utbredt i bruk blant kiropraktorer

Passiv stretch: Med passiv stretch menes tøying av muskulaturen der kiropraktoren holder en rolig stretch på den aktuelle muskulaturen mens pasienten er passiv. Slike teknikker benyttes ofte av kiropraktorer.

Andre manuelle bløtvevsteknikker: Som oftest benyttes mange ulike manuelle bløtvevsteknikker som supplerende behandling sammen med manipulasjons- eller mobiliseringsbehandling. Manuell triggerpunktbehandling (pkt 1 ovenfor) antas å være hyppigst benyttet. Andre teknikker er forskjellige former for massasjeteknikker deriblant ganske dyptgående teknikker som Nimmo eller Rolfing. Det er lite kontrovers vedrørende den kliniske nytten av slike prosedyrer ved ukompliserte muskel-skjelett problemer, selv om det finnes relativt få komparative kliniske studier til å bekrefte denne effekten.

Trening og rehabilitering: Et viktig aspekt ved trening er å sikre en overgang fra passiv til aktiv behandling tidlig i behandlingsforløpet for å unngå terapeutavhengighet og utvikling av kroniske plager. Kiropraktorer har gjennom mange år lagt vekt på tidlig gjenopptagelse av normale aktiviteter og oppfordret til

bevegelse/egentrening som et viktig ledd i behandlingsopplegget. Det er utarbeidet pasientinformasjonsmateriell som har blitt distribuert i stort omfang. Mer systematiske rehabiliteringsprogrammer utført i lokaler i direkte tilknytning til eller integrert i kiropraktorklinikkene har blitt mer utbredt de siste årene.

Mobiliseringsøvelser og stretching: Det har lenge vært vanlig å oppfordre pasienter til å gjøre øvelser for å opprettholde bevegelighet og å gjøre stretching-øvelser. Slike øvelser benyttes blant annet ofte innen innen treningsfysiologi og idrettsmedisin.

Styrketrening og rehabilitering: Styrkeøvelser for egentrening har tradisjonelt vært benyttet i behandlingsopplegget. De siste årene har en økende interesse for treningsterapi og rehabilitering utviklet seg. Pasienter oppfordres enten til å følge et rehabiliteringsopplegg hos fysioterapeut samtidig med / i ettertid av det kiropraktiske behandlingsopplegget, til å følge et rehabiliteringsprogram i lokaler tilknyttet kiropraktisk klinikk under instruksjon av kiropraktor eller treningsinstruktør.

Rådgivning:

Den terapeutiske samtale: Det er vist at god kommunikasjon med pasienten har signifikant innvirkning på prognose, pasienttilfredshet, pasientens evne til egenmestring, pasientens etterlevelse mht råd og behandling, placeboeffekt og klagesaker.

Rådgivning og informasjon er en naturlig del av det kiropraktiske behandlingsopplegget. Pasientene er ofte usikre mht hvorfor det gjør vondt, hvordan dette vil gå og hva som er den beste måten å bli bedre på. Forklaringer som er forståelige for pasienten er vesentlige og tiltak bør diskuteres på basis av en omforent og ikke en behandlerdiktert forståelse. ADL, livsstil, stresskilder, ernæring, mosjon & trening og ergonomiske faktorer er forhold som det kan være naturlig å trekke inn.

Ryggskole / informasjonstimer: På en del kiropraktiske klinikker har man ryggskoler eller informasjonstimer for pasientene. Innsikt i hvordan man skal håndtere egne helseproblemer vil trolig ha en fordelaktig effekt for de fleste pasienter.

Andre behandlingsteknikker

Behandling med ispose eller varmepakninger benyttes mye. Mest benyttet er behandling med is i akutte situasjoner for å dempe smerte og inflammasjon. Varmede behandling menes å gi en avspenningseffekt i muskulaturen og en økt blodgjennomstrømning.

Elektroterapi: Terapeutiske modaliteter som TENS, ultralyd, laser, kortbølge mm benyttes av en del kiropraktorer. Bruk av slike behandlingsformer har lenge vært en del av kiropraktisk utdanningen. Orthoser/taping: Støttebelter, nakkekraver, orthoser og taping er i en del tilfeller nyttige komponenter i det kiropraktiske behandlingsopplegget. Mer komplekse prosedyrer som for eksempel bruk av orthoser i behandlingen av skoliose krever en mer spesialisert utdanning, og utføres ikke av kiropraktorer.

2.4.2.3 Kiropraktorers bruk av andre behandlingsformer

Akupunktur: Akupunktur er en behandlingsform som menes å ha eksistert i 5000 år. Akupunkturbehandling er et komplekst område som fordrer god kjennskap til faget. Noen kiropraktiske utdanningssteder underviser i akupunktur. Den siden av akupunktur-behandlingen som er mest beskrevet i litteraturen er smertebehandling..

Ernæring / kosttilskudd/naturmedisiner: Rådgiving i ernæringsspørsmål kan være en naturlig del av en dialog mellom kiropraktor – pasient om vedrørende faktorer som virker inn på helsen generelt. Ernæringslære er en del av den kiropraktiske utdanningen, og har tradisjonelt hatt en betydelig interesse blant kiropraktorer. En del kiropraktorer anbefaler kosttilskudd som vitaminer, mineraler og forskjellige former for naturmedisiner som et supplement til behandlingen.

Forebygging: Kiropraktors forebyggende innsats skjer både som primær-, sekundær- og tertiær forebygging: *Primærforebygging* skjer gjennom deltagelse i generelt opplysningsarbeid i form av foredrag, opplysningsvirksomhet i media m.v. *Sekundærforebygging* skjer overfor grupper som har førstegangslidelser eller tilbakevendende problemer i bevegelsesapparatet om aktiviteter og øvelser pasienten kan gjøre for å hindre tilbakefall. Tertiær forebygging drives overfor kroniske pasienter for å hindre forverring av lidelsen og bedre pasientens livskvalitet og mestringsevne. Også her er virkemidlet veiledning og råd om aktiviteter og øvelser, men dette vil ofte gå over en lang tidshorisont.

2.5 FYSIOTERAPI

2.5.1 Teoretisk kunnskapsgrunnlag og ideologi

Fysioterapi er en behandlingsform med lang historie og tradisjon. I boka *"Utdanning i bevegelse – 100 år med fysioterapiutdanning i Norge"* gjengir Kari Helen Haugen (1/F) den norske fysioterapiens røtter og historie.

Fysioterapi er en klinisk virksomhet som utøves av fagpersoner med offentlig godkjenning/autorisasjon. I det norske helsevesenet er fysioterapi en lovpålagt tjeneste, jf. Lov om helsetjenester i kommuner av 1982. Fysioterapeuter har rett til å undersøke og behandle uten henvisning fra lege, men henvisning gir pasientene rett til delvis tryggedekning av deler av fysioterapeutenes honorar

Det teoretiske grunnlaget for fagutøvelsen har sine røtter i medisinsk tradisjon, og i tillegg anvendes samfunnsvitenskapelig teori som grunnlag for å forstå og hjelpe pasienter/brukere med funksjonsproblemer. Livssituasjon og -erfaringer, sosiale og kulturelle forhold preger kroppen og kan føre til sykdom og plager. Både fysiske og psykiske belastninger nedfelles kroppslig. I dette ligger at forholdene kropp - person, person - samfunn og kroppens funksjoner innbyrdes påvirker hverandre.

2.5.2 Fysioterapi i dag – systematiserte erfaringer

Fysioterapeuters mål er å fremme helse og forebygge sykdom. Helsefremmende og forebyggende arbeid omfatter deltakelse i planlegging og utvikling av menneskets omgivelser på individ-, gruppe- og samfunnsnivå, samt kartlegging av risikofaktorer som kan føre til helsesvikt. Viktige tiltak er rådgiving, veiledning og opplæring som motiverer til gode arbeidsmåter og levevaner. Målet er å fremme god funksjon og hindre tilbakefall eller at sykdom oppstår.

2.5.2.1 Hvilke sykdommer, lidelser eller plager kan fysioterapi avhjelpe?

Fysioterapeuters kunnskapsfelt er smerter, plager og funksjonsproblemer som får konsekvenser for bevegelsessystemet. Som grunnlag for vurdering og behandling/tiltak gjennomgås pasientens sykehistorie og fysioterapeuten foretar funksjonsundersøkelse. I funksjonsundersøkelsen kartlegger fysioterapeuten bevegelseskvaliteter, holdning, pust og autonome reaksjoner, samt undersøker spesifikke forhold ved hjelp av ulike manuelle fysioterapeutiske metoder. Disse forhold er informasjonskilder for en funksjonsdiagnose. Funksjonsdiagnosen er noe annet enn den medisinske diagnosen som oftest er utgangspunktet for henvisning til fysioterapi fra pasientens lege. Både fysioterapeutisk undersøkelse og behandling er samhandlingssituasjoner som består av verbal og kroppslig kommunikasjon. Fysioterapeuter er til enhver tid observant på pasientens væremåte og reaksjoner og tilpasser sine tiltak til disse. Fagutøvelsen inneholder ulike fysioterapeutiske metoder/teknikker. Målsettingen med den fysioterapeutiske behandlingen er å skape grunnlag for endringsprosesser som kan lindre og redusere smerte og lidelse og opprettholde eller bedre funksjonsevnen. I både forebygging og rehabilitering legges det vekt på at mennesket kan ta i bruk sine ressurser og at omgivelsene tilrettelegges for menneskelig utfoldelse og å hindre utvikling av helseplager.

2.5.2.2 Diagnostisering og praktisk utøvelse med behandlingsforløp

En fysioterapeut undersøker og kartlegger enkeltpasienters eller grupper situasjon. Av og til kan dette være en fysioterapeuts eneste bidrag. Målrettet bruk av bevegelse og aktivitet er vanligvis sentrale komponenter i behandlingen. Bevegelse anvendes for å fremme sansemotorisk utvikling og økt bevegelsesevne, til styrking av selvbildet, samt for å fremme avspenning, bevegelighet, stabilitet og styrke i den hensikt å oppnå optimal funksjon. Andre fysioterapeutiske tiltak er massasje og bløtvevsbehandling, termo-, hydro- og elektroterapi, samt manuell mobilisering.

Fysioterapeuter arbeider også for å bedre tilværelsen for mennesker med sykdom og funksjonssvikt. Fysioterapeuter foretar utredning og funksjonsanalyse, planlegger tiltak, intervensjon og evaluerer. Utredning innebærer undersøkelse av personer med sykdommer, skader og smertetilstander knyttet til nerve-, muskler- og skjelettsystemet. Undersøkelsen inkluderer brukerens egen historie, funksjonsanalyse og spesielle tester. Med bakgrunn i undersøkelsen og gjennom klinisk resonnement utarbeider fysioterapeuten, i samråd med pasienten eller brukeren og eventuelle pårørende, mål og tiltaksplan⁸

Fysioterapeuter arbeider videre forebyggende og kan bistå i å påvirke omgivelsene på en måte som fremmer trivsel og mestring, og fasilitere endringer i det fysiske miljø for å fremme variasjon i bevegelse og aktivitet. Fysioterapeuter søker å fremme både muligheter og ressurser, rettet mot individer, grupper og miljø. Diagnostisering og behandling omfatter alt fra generell fysioterapeutisk kompetanse til spisskompetanse innenfor ulike spesialområder, deriblant manuellterapi. Tiltakene kan omfatte øvelsesterapi, tilrettelagt trening, elektroterapi, massasje, smertelindring og smertemestring. Det bistås med tilrettelegging av funksjonelle arbeidsplasser og innretting av hjemmet funksjonelt for bruker. Informasjon og veiledning for å øke pasientens bevissthet om egne fysiske, psykiske og sosiale ressurser og motivere til å ta disse i bruk vektlegges også.

Fysioterapeuter evaluerer kontinuerlig effekten av tiltakene og revurderer disse om nødvendig. Tiltak kan være rettet mot individer eller grupper i befolkningen. I følge

⁸ Se heftet (2/F): "Forslag til forenklet plan for fysioterapeututdanning" (2003).

Helsepersonellovens krav til forsvarlighet er alle fysioterapeuter pliktige å holde seg faglig oppdatert.

3. Forskningsbasert kunnskapsgrunnlag

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten foretok, på oppdrag fra arbeidsgruppen, høsten 2004 et søk etter forskningsbasert dokumentasjon knyttet til effekten av naprapati og osteopati som behandlingssystemer og/eller effekten av behandlingsformer som benyttes av disse profesjonene (og de øvrige manuelle terapiformene⁹). De søkte også etter studier der ulike manuelle behandlingsformer sammenlignes. Det foreligger for øvrig svært få studier som sammenligner behandlingsformene på systemnivå. Det ble også søkt etter studier om effekt og bieffekt av ulike behandlingsmetoder/-teknikker som de aktuelle profesjonene benytter – spesielt spinal manipulasjon. Videre gjennomgikk Kunnskapssenteret innsendt materiale fra osteopati-, naprapati- og manuellterapimiljøene. Det ble ikke ansett som nødvendig med en gjennomgang av dokumentasjon fra fysioterapeuter og kiropraktorer, da de nevnte profesjoner kun skal sammenlignes med disse i forbindelse med autorisasjonsspørsmålet.

I kapittel 3.1 gjengis sammendraget fra rapporten om kunnskapssøket etter studier av effekt av de aktuell manuelle terapiformene fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Se også vedlegg nr II for mer detaljert informasjon om oppdraget som ble gitt til Kunnskapssenteret, og om deres tolkning og avgrensning av oppdraget. For øvrig er hele rapporten lagt ut på Kunnskapssenterets internettadresse: www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/arbeidsnotater

Deretter gjengis bidrag fra de fem fagrepresentantene som er representert i arbeidsgruppen i kapittel 3.2.

3.1 Sammendrag fra kunnskapssøk om effekt foretatt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

"Bakgrunn: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble bedt av Sosial- og helsedirektoratet om å vurdere innhentet og tilsendt dokumentasjon som gjelder effekten av manuelle behandlingsformer. Manuelle behandlingsformer som omhandles er behandling gitt av manuellterapeuter, osteopater og naprapater. Kiropraktikk er omhandlet der kiropraktikere er beskrevet i artiklene. Vi ble også bedt om å gjøre nye litteratursøk om effekten av naprapatisk og osteopatisk behandling.

Metode: Vi søkte (november 2004) etter systematiske oversikter i følgende databaser: Cochrane, DARE, HTA, Medline, AMED, EMBASE og CINAHL. Det ble også søkt etter primærstudier i de samme databasene etter studier som har vurdert effekten av naprapati. Vi kjente til en prøveforelesning basert på systematiske søk om effekten av spinal manipulasjon på korsryggsmerter og utnyttet denne. Vi innhentet artikler det var henvist til fra direktoratets arbeidsgruppe. Alle artikler fra våre systematiske søk og innsendte referanser ble kritisk vurdert og oppsummert.

Resultater: Vi fant referanser til 957 systematiske oversikter ved søk i databasene. Basert på titler og sammendrag bestilte vi fulltekstartikler på følgende emner: Osteopati (sju systematiske oversikter), manuelle behandlingsformer som massasje,

⁹ Betegnelsen "manuelle behandlingsformer" brukt som en samlekategori for alle de aktuelle behandlingsformene, kiropraktikk, manuell terapi, naprapat og osteopati, mens fysioterapi totalt sett anses som et bredere fagområde. Fysioterapi (med unntak av manuellterapi) skiller seg også fra de øvrige ved at de ikke benytter manipulasjon som behandlingsteknikk.

strekking og uttøyning (50 systematiske oversikter), bivirkninger/skader ved manuelle behandlingsformer – særlig for spinal manipulasjon (18 systematiske oversikter). For naprapati fant vi referanser til 14 primærstudier og innhentet fem i fulltekst.

Osteopati: Basert på systematiske oversikter kan vi konkludere med at det er noe dokumentasjon for at osteopati hjelper ved korsryggsmerter, særlig i akutt og subakutt fase. For andre tilstander mangler det gode undersøkelser.

Primærstudier publisert i tidsrommet 2000 til 2004 gir innblikk i nyere forskning på osteopatifeltet. Så å si alle er utført i USA. Artiklene er godt skrevet og gir gode beskrivelser av pasientgrupper og situasjoner hvor man tilbyr osteopati til ulike diagnosegrupper. Tiltakenes innhold og sammenlikning med placebo ("narretiltak") er også forbillig godt beskrevet. Disse studiene viser at randomiserte studier lar seg gjøre på mange ulike pasientgrupper som får osteopatisk behandling og at osteopatene nå er i gang med slik forskning.

Naprapati: Massasje er bedre enn "narrebehandling" for kort- og langtids reduksjon av korsryggsmerter. Spinal manipulasjon er bedre enn massasje etter første gangs behandling med henblikk på smertelindring og økt aktivitet. Etter behandlingsslutt synes behandlingene å ha lik effekt, men dokumentasjonen er begrenset.

Massasje er ikke bedre enn trening når det gjelder smerter i muskler og skjelett, men massasje gir noe bedre funksjon i ledd etter kort tid.

Massasje er bedre enn akupunkturbehandling både når det gjelder smerter og funksjon. Massasje er også lovende for behandling av korsryggsmerter, men effekten er ikke helt entydig.

Det er ikke klart om manuell behandling som inkluderer massasje, manipulasjon og mobilisering virker på nakkesmerter. Men massasje har positiv effekt på angst og depresjon hos voksne. Effekten av massasje er ikke så godt dokumentert som standard behandling som antidepressiva og kognitiv terapi når det gjelder depresjon.

Pasienter med subakutte plager eller kroniske lidelser kan ha nytte av manuelle teknikker som tilleggsbehandling til annen behandling som omfatter bevegelse- og muskeltrening og medikamenter.

Det er ikke helt klart om strekking har effekt på smerter i nakkeregionen, men funn fra randomiserte studier viser en tendens til at det kan virke. Det er begrenset evidens for å kunne trekke konklusjoner om at strekking er effektiv ved akutte korsryggsmerter.

Manuelle behandlingsformer for korsryggsmerter: Det må anses vitenskapelig dokumentert at manipulasjon har en liten, men klinisk betydningsfull effekt for ryggplager på basis av dokumentasjon av moderat kvalitet.

Hovedvekten av behandlere i primærstudiene som viser dette er kiropraktorer.

Spinal manipulasjon: Det er ingen overbevisende evidens for at spinal manipulasjon alene kan påvirke hvor lenge spedbarn har kolikkplager.

Spinal manipulasjon ser ut til å være bedre enn massasje for hodepine som har utgangspunkt i nakken. Spinal manipulasjon er også like effektiv som annen førstelinjebehandling (som reseptbelagte medisiner) for stresshodepine og migrene.

Det mangler gode studier med robust design og tilstrekkelig lang oppfølging før sikre konklusjoner kan trekkes.

Skader eller bivirkninger av manuelle behandlingsformer: Mindre alvorlige bivirkninger som smerte og ubehag under og kort tid etter massasje blir rapportert. Enkeltindivider kan være allergiske til oljer som massører bruker. Gitt at massasje innebærer liten risiko når det utføres av en velutdannet person kan det være verdt å forsøke. Dens virkning dersom massasje sammenliknes med annen type komplementær behandling eller konvensjonell behandling, er uklar. Gitt avslappende effekt, kan massasje ha gunstig effekt på velvære hos pasienter flest.

Det finnes ikke god dokumentasjon om effekten av kraniosakral terapi utover placeboeffekt, men behandlingen medfører indirekte og direkte risiko for bivirkninger. Kraniosakral terapi kan ikke anbefales for noen tilstander.

Når det gjelder trygghet eller skader ved spinal manipulasjon oppsummerer en systematisk oversikt fra 2003 resultatene slik: I systematiske studier rapporterer pasienter ofte ubehag av mindre, forbigående grad. Alvorlige skader er kun dokumentert som enkelttilfeller (kasus-rapporter), men disse enkeltbeskrivelsene viser at flere alvorlige komplikasjoner ved manipulasjon av nakken kan forekomme ved manipulasjon av nakken. Fagutøveren må være på aktpågiven i forhold til mulig feildiagnostikk, tilstedeværelse av blødningsforstyrrelser, skiveprolaps eller at det blir brukt uegnet teknikk. Risikoestimer for "caudal equina syndrom" som er en alvorlig komplikasjon ved lumbal spinal manipulasjon, er lave.

Kasuistikker er for øvrig ikke egnet for å anslå det sanne antall skader og kan være så mangelfullt rapportert at årsak-virkning-forholdet ikke lar seg bedømme.

En annen systematisk oversikt fra 2004 konkluderer slik: Skader rapportert i randomiserte studier er gjerne milde og forbigående plager. Det er imidlertid klart at små forsøk ikke egner seg til å dokumentere eventuelle alvorlige bivirkninger. Det er videre usikkerhet beheftet med estimer fra kasuistikker. Bedre systematisk rapportering av skader er påkrevet.

I en systematisk oversikt fra 2001 har forfatteren oppsummert funn fra prospektive studier som omhandler spinal manipulasjon. Behandlere var enten fysioterapeut med utdanning i manuell terapi (manuellterapeut) eller kiropraktorer. Konklusjonen som trekkes fra to studier med tilfredsstillende kvalitet (norsk og svensk, begge fra 1997) er at ca halvparten av alle pasienter som får spinal manipulasjon fra kiropraktor vil oppleve noe ubehag etter behandlingen. Disse plagene er milde og forbigående. Alvorlige komplikasjoner er antakelig sjeldne, men det trengs langtidsstudier med nok styrke for å kunne trekke konklusjoner om dette.

Skader etter manipulasjon og mobilisering av nakken utført av kiropraktor, leger, osteopater, naturopater, fysioterapeuter og andre ble vurdert i en systematisk oversikt fra 1999. Forfatterne konkluderer med at risikoen ved manipulasjon av nakken ser ut til å være liten. Men det er problematisk å konkludere ettersom det mangler gode data som er innhentet systematisk (og prospektivt).

Sammenligning av yrkesgrupper: Osteopati og kiropraktikk er praksis med mange og komplekse faktorer som gjør det vanskelig å sammenlikne og vurdere dem opp mot hverandre i en enkel analyse. Begge fag er også under konstant utvikling. Kliniske studier og meta-analyser av disse peker på at det er lav kvalitet på primærstudier (selv om det sees en bedring i nyere studier). Det trengs flere studier av høy kvalitet for begge fagfelt.

En randomisert studie sammenliknet effekten av behandling for uspesifikke nakkesmerter ved manuellterapi, fysioterapi og oppfølging hos allmennpraktiker. Suksessraten etter sju uker med henblikk på dysfunksjon, smerteintensitet og uførhet for manuellterapi 68%, for fysioterapi 51% og 36% for vanlig oppfølging hos lege. Spinal manipulasjon ser ut til å være effektivt for akutte ryggsmarter. Det gjelder både manuellterapeutisk, osteopatisk og kiropraktisk behandling.

Kunnskapssenterets konklusjon: *Det er et gjennomgående trekk i denne systematiske gjennomgangen av forskningslitteraturen at det er vanskelig å påvise sikre effekter av behandlingene. Det kan skyldes at primærstudiene gjennomgående er for små eller på andre måter mangelfulle – eller at det ikke finnes en sikker effekt av behandlingen.*

Det kan konkluderes at osteopati kan hjelpe ved korsryggsmarter, for andre diagnoser er det ikke mulig å vite hva effektene er.

For naprapatene er bildet komplisert. De benytter metoder som overlappes av andre manuelle terapeuter og de kan sies å utnytte deres forskning i stor grad. Det er imidlertid ikke uproblematisk å overføre forskningsresultatene fra en gruppe behandlere (f.eks. manuellterapeuter, osteopater, fysioterapeuter) til naprapater og hevde at denne forskningen gjelder også for dem.

Manuellterapeuter har en del forskningslitteratur å bygge på. Mange behandlingsmetoder benyttet av manuellterapeuter og fysioterapeuter er veldokumenterte og har positiv effekt overfor en rekke lidelser og plager i muskelskjelettapparat.

Det må anses vitenskapelig dokumentert at manipulasjon har en liten, men klinisk betydningsfull effekt for ryggplager. Hovedvekten av behandlere i primærstudiene som viser dette er kiropraktorer.

Når det gjelder systematisk og valid dokumentasjon av bivirkninger og skader, er kunnskapsbildet svært mangelfullt”.

Arbeidsgruppen konstaterer at det ifølge Kunnskapssenterets bidrag foreligger noe dokumentasjon av enkelte behandlingsmetoders virkning for enkelte tilstander. Flere av de aktuelle profesjonene bruker disse behandlingsmetodene i sin pasientbehandling.

Kunnskapssenteret har valgt å presentere studier som viser effekten av en del slike metoder under overskriften ”naprapati”. Det er etter arbeidsgruppens vurdering viktig å understreke at også de andre aktuelle yrkesgruppene bruker de samme metodene.

Arbeidsgruppen ønsker videre å framheve Kunnskapssøkets resultat når det gjelder mulige bivirkninger / skadevirkninger knyttet til manuelle behandlingsmetoder:

Det ble funnet lite dokumentasjon for alvorlige skader/bivirkninger knyttet til manuelle behandlingsmetoder. Etter Kunnskapssenterets vurdering er det derfor et generelt behov for mer forskning knyttet til potensielle alvorlige skader/bivirkninger knyttet til manuelle terapiformer, særlig når det gjelder spinal manipulasjon.

Når det gjelder øvrige behandlingsmetoder (massasje, strekking mv) er det ifølge resultatet av kunnskapssøket lite som tyder på at risikoen for alvorlige bivirkninger kan være særlig betydelig.

Det er også verdt å merke seg at det ikke foreligger dokumentasjon om effekt på systemnivå, og at det er behov for mer forskning i dette henseende.

3.2 Bidrag fra fagrepresentantene

I dette kapitlet presenteres profesjonsrepresentantenes bidrag til arbeidsgruppen om forskningsstatus innen eget fag.

3.2.1 Naprapatenes bidrag

Det foreligger ingen forskning knyttet til effekten av naprapati som behandlingssystem. Naprapatene hittil ikke i stor grad bidratt med forskning knyttet til eget behandlingssystem eller om de behandlingsteknikker som naprapater benytter. Behandlingsformen er til dels basert teorier som det er redegjort for i kapittel to, og til dels på empirisk forskning foretatt andre profesjoner – hovedsakelig kiropraktorer og manuellterapeuter.

Noen publiserte vitenskaplige studier har vist gode resultater av manuell behandling. Når det gjelder de ulike behandlingsmetodene finnes en rekke vitenskapelige studier og litteratur som beskriver positiv effekt av massasje, muskeltøyning, triggerpunktsbehandling og manipulasjon.

Bivirkninger av naprapatbehandling forekommer sjelden. De vanligste bivirkninger som kan forekomme er kortvarig svimmelhet, hodepine, stølheth, trøtthet, kvalme, nedsatt blodtrykk eller en eventuell lettere psykisk påvirkning.

Mer alvorlige, men sjeldne, bieffekter ved naprapatbehandling begrenser seg til samme type bivirkninger som manipulasjon kan medføre. De alvorlige komplikasjoner som kan oppstå ved manipulasjonsbehandling av columna rammer den del av nervesystemet som innebefatter hjernen, ryggmarg, og/ eller nerverøtter. Skadene kan inndeles etter hvordan de oppstår: Direkte skade kan oppstå i lokalt vev etter mekanisk påvirkning. Ved manipulasjon i korsryggen kan skade på én eller flere nerverøtter oppstå og medføre økt eller ny smerte, svakhet eller sensibilitetsforstyrrelser i ett eller begge ben. Ved cervical manipulasjon er den hyppigst rapporterte bieffekten akutt nerverotsmerte i en arm, eventuelt fulgt av muskelsvakhet og sensibilitetsforstyrrelser. Indirekte skade som bivirkning av cervical manipulasjon kan medføre skade på arteria vertebralis – og kan medføre oksygenmangel i en del av hjernen. Slik indirekte bivirkning oppstår ifølge utøverne uhyre sjelden, men kan ha meget alvorlige konsekvenser for helse og livskvalitet dersom det skjer.

I forbindelse med den nye utredningen om naprapatiskolen foretatt i 2004 ((1/N):Högskoleverkets rapportserie 2004:32R), redegjorde den svenske Socialstyrelsen for tilsynssaker i forbindelse med naprapati- og/eller kiropraktorbehandling. De konstaterte der at det ikke er rapportert noe som indikerer at kiropraktorer eller naprapaters virksomhet er uforenlig med hensynet til pasientsikkerhet: *"Anmälingsfrekvensen i fråga om kiropraktorer og naprapater er låg, och de flesta ärenden avskrivs. Inte heller Socialstyrelsens tillsynsenheter har rapporterat någonting anmärkningsvärt när det gäller de två yrkesgrupperna. Någon verksamhetstillsyn har inte genomförts. Utifrån tillsynssynspunkt finns således inga indikationer på att kiropraktorer och naprapaters verksamhet skulle vara oförenlig med patientsäkerheten"* ((1/N): Bilaga I Socialstyrelsens utlåtande i Högskoleverkets utredning om naprapat- og kiropraktorskolen: Högskoleverkets rapportserie 2004:32R)

3.2.2 Osteopatenes bidrag

Osteopatene framhever Kunnskapssenterets vurdering av innsendt dokumentasjon av forskning om osteopati (se for øvrig kapittel 3.1 og vedlegg nr II):

- En randomisert kontrollert studie som vurderte effekt av "osteopathic manipulative treatment" (OMT) til pasienter med akutt ankelskade. (intervensjon 28, kontroll 27) konkluderte med at det umiddelbart etter behandling med OMT var det signifikant bedre utfall i intervensjonsgruppen når det gjaldt ødemer og smerter. Etter en uke var det bedring for endepunkter i begge grupper, men signifikant forskjell på bevegelse i ankelledd for intervensjonsgruppen. Studien var etter Kunnskapssenterets vurdering godt beskrevet. Det er en liten studie med kort oppfølgingstid og bør derfor tolkes med forsiktighet.
- En randomisert kontrollert studie av 24 kvinner med fibromyalgi randomisert i 4 grupper vurderte følgende endepunkter: smerte, "affective respons", evne til å utføre dagliglivets aktiviteter (ADL) og depresjon og konkluderte med at det var signifikant forskjeller mellom gruppene når det gjaldt smerteutfall og ADL. Effekten gikk i favør av osteopati behandling med manipulasjon. Etter Kunnskapssenterets vurdering er tiltakene godt beskrevet og målt med valide verktøy, studien er godt utført, men mangler styrke og må tolkes med forsiktighet.
- Det ble funnet en randomisert kontrollert studie av barn med hyppige mellomørebetennelser, kontroll 32 og intervensjonsgruppe 25, med følgende endepunkter; ørebetennelse, antibiotikabruk, kirurgi, adferd og hørsel. Det ble konkludert med at det i intervensjonsgruppen – som ble behandlet med OMT var færre episoder med ørebetennelser, mindre operasjoner og bedre hørsel. Ifølge Kunnskapssenteret er studien av moderat metodisk kvalitet. Den kan tyde på at OMT kan bidra til reduksjon av behov for operasjon, men det trengs større studier for å si noe sikkert.
- Det ble funnet en randomisert kontrollert studie av 68 eldre pasienter akutt lungebetennelse innlagt på sykehus, som ble behandlet med OMT. Intervensjonsgruppe bestod av 28 personer og kontrollgruppen av 30. Intervensjonsgruppen som ble behandlet med OMT hadde signifikant kortere varighet av antibiotika behandling og kortere sykehusopphold. Ifølge Kunnskapssenteret er studien godt beskrevet og frafall er redegjort for. Den gir støtte for at OMT ved akutt pneumoni gir kortere varighet av behandling med antibiotika ved sykehusopphold, men det er behov for større og flere studier for å si noe sikkert.
- Det ble funnet en randomisert kontrollert studie av 31 eldre pasienter som vurderte effekt av OMT på smerter og bevegelse i skuldre. Intervensjonsgruppen fortsatte å ha bedring i bevegelse etter at behandlingen var avsluttet, men dette var ikke tilfelle for kontrollgruppen. Ifølge Kunnskapssenteret er også denne godt beskrevet, men den er for liten til å trekke konklusjoner.
- Det ble funnet en pilotstudie med ti pasienter med kronisk astma som fikk osteopatisk behandling. Her er osteopatisk behandling assosiert med bedring av lungefunksjon. Studien er ifølge Kunnskapssenteret liten og har ikke styrke nok til å vise sanne forskjeller.
- Det ble funnet en kasus-kontrollstudie (160 kasus og 160 kontroller) der journalene til 160 kvinner som har fått OMT i svangerskapet ble gjennomgått for endepunktene misfarget fostervann, prematur fødsel og operativ forløsning. OMT var assosiert med mindre forekomst av misfarget fostervann og prematur fødsel, men ikke for operativ forløsning. Ifølge Kunnskapssenteret hadde en prospektiv kohort vært et bedre design, og enda bedre ville en randomisert kontrollert studie ha vært.

- Det ble funnet randomisert kontrollert studie i en oversikts artikkel (n=30) der effekten av osteopati ble sammenlignet med "narrebehandling"/placebo. Den viste gode resultater for osteopati på flere menopausale symptomer som depresjon og hetetokter.

De ovennevnte og en del andre artikler publisert i tidsrommet 2000 til 2004 gir etter Kunnskapssenterets vurdering innblikk i nyere forskning på osteopatifeltet. De gir gode beskrivelser av pasientgrupper og situasjoner hvor man tilbyr osteopati til ulike diagnosegrupper. Tiltakenes innhold og placebo/"narrebehandling" vurderes som forbillig godt beskrevet, mens deres begrensinger etter Kunnskapssenterets vurdering er at de er små (få deltakere) og ikke kan gi sikker kunnskap om det er sanne effekter man finner, noe artikkelforfatterne også drøfter. De viser at randomiserte studier lar seg gjøre på ulike pasientgrupper som får osteopatisk behandling og at det finnes et grunnlag for å sammenfatte studiene i systematiske oversikter

I tillegg konsentrerer nyere forskning seg ofte om å knytte tiltak opp mot effekt for pasienten, og det er mindre fokus på tradisjonell metode med tiltak opp mot placeboeffekt. Interessen med kostnadsstudier (cost-benefit) har vært økende i de siste år, "mer helse for hver krone" har vært og er et helsepolitisk mål. En rekke studier viser at osteopatisk behandling som et supplement til den standard medisinske behandlingen, kan ha en positiv effekt på pasientens rekonvalesens i forhold til sykdomsprosesser og bidra til bedret allmenntilstand.

Det finnes en del studier som beskriver effekt av osteopatisk behandling. En svakhet med noen studier er at det er få pasienter med. En annen svakhet er at mange av disse studiene kommer fra USA, hvor studiene ofte er basert på medisinske diagnoser. Det sistnevnte er ikke en indikasjon for osteopatisk behandling i Europa, New Zealand og Australia. Selv om det osteopatiske miljøet i disse land er relativt lite, og de finansielle ressursene er knappe, er det i de siste år lagt ned mye arbeid i god forskning. ((11/O) Burns og Lyttelton 1993, (12/O): Ernst og Pittler 1999).

Når det gjelder kostnader finnes det flere sammenlignende studier, blant annet en studie av Andersson ((13/O):1999), som viste at osteopati sammenlignet med standard medisinsk behandling (lege, medikament og fysioterapi) resulterte i redusert kostnad og redusert medikamentbruk (N=179).

Videre viser de til Aarbakke-rapporten ((14/O): NOU 1998:21 Alternativ medisin: kapittel 13.3.8: 201) der det står følgende om "naturvitenskapelige teorier" om virkningsmekanismer som osteopatien er basert på: *"En sykdomstilstand i indre organer vil forårsake et nerverestimulus til ryggmargen. Via mellomforbindelser vil dette stimulus kunne gi seg utslag i både sanseforandringer og bevegelsesinnskrenkninger i strukturer med nervepåvirkning fra samme nivå. Omvendt vil stimulering av hud, muskulatur og knokler kunne påvirke sykdomsprosesser i indre organer, særlig i tidlig fase."*

Videre står det følgende om Aarbakke-utvalgets vurdering av innlevert materiale om osteopati: *"Materialet som foreligger beskriver en rekke studier som støtter den grunnleggende forutsetning for osteopatisk behandling av sykdommer utenfor muskelskjelettsystemet, nemlig at det er en sammenkobling i eller utenfor ryggmargen av nervefibre fra det autonome og somatiske nervesystemet. Dette aspektet av osteopatien anses som dokumentert"*.

Ifølge Aarbakkeutvalget er det i det innleverte materialet *"ingen studier som dokumenterer in vitro effekt"*, men det konstateres at det foreligger en rekke studier

som "støtter den grunnleggende forutsetning for osteopatisk behandling av sykdommer utenfor muskel-skjelettsystemet, nemlig at det er en sammenkobling i eller utenfor ryggmargen av nervefibre fra det autonome og somatiske nervesystemet. Dette aspektet av osteopatien anses som dokumentert". For effekten av osteopatien som klinisk behandlingsmetode av systemiske sykdommer er behandlingsformen foreliggende ifølge Aarbakkeutvalget et "utilstrekkelig kunnskapsgrunnlag".

Bivirkninger: Etter osteopatibehandling kan det for øvrig forventes reaksjoner i kroppen, normalt skjer det en umiddelbar forbedring. Kortvarig reaksjon som influensalignende symptomer, tretthet, uopplagthet, lett smerteøkning, hodepine, kulde/varme- følelse og lignende kan oppstå.

De alvorlige komplikasjoner som kan oppstå ved manipulasjonsbehandling av columna rammer den del av nervesystemet som innebefatter hjerne, ryggmarg, og/eller nerverøtter. Skadene kan inndeles etter hvordan de oppstår: Direkte skade kan oppstå i lokalt vev etter mekanisk påvirkning. Ved manipulasjon i korsryggen kan skade på én eller flere nerverøtter oppstå og medføre økt eller ny smerte, svakhet eller sensibilitetsforstyrrelser i ett eller begge ben. Ved cervical manipulasjon er den hyppigst rapporterte bieffekten akutt nerverotsmerte i en arm, eventuelt fulgt av muskelsvakhet og sensibilitetsforstyrrelser. Indirekte skade som bivirkning av cervical manipulasjon kan medføre skade på arteria vertebralis – og kan medføre oksygenmangel i en del av hjernen.

3.2.3 Manuellterapeutenes bidrag

Etableringen av masterstudiet gir manuellterapi en egen forskningsenhet i Norge. Tidligere har norsk forskning i manuellterapi foregått innen mange ulike miljøer - både kliniske og akademiske. Antall manuellterapeuter som er engasjert i forskning har økt i løpet av 1990-tallet og pr i dag finnes det en professor. Ved UiOs seksjon for helsefag er to manuellterapeuter doktorgradsstipendiater hvorav en disputerer våren 2005. Ved UiB, seksjon for fysioterapivitenskap er to manuellterapeuter doktorgradsstipendiater og to nye begynner i 2005. I tillegg har flere manuellterapeuter tatt hovedfag i helsefag ved universitetene. Det utføres også flere forskningsprosjekter av klinikere uten formell forskningskompetanse. Se vedlegg 9.4 for liste over publikasjoner utgitt av norske manuellterapeuter i internasjonale tidsskrifter (peer-reviewed).

På oppdrag fra FFMT har fysioterapeut/dr.scient Kjersti Storheim og professor og spesialists i manuellterapi Anne Marit Mengshoel laget en rapport om dokumentasjon av tiltak benyttet av manuellterapeuter. Kunnskap om effekt av behandlingsmetoder benyttet av manuellterapeuter er sammenstilt ved å gjennomgå systematiske litteraturundersøkelser, meta-analyser og kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer basert på Cochrane-formatet. Det er søkt i databasene Medline, PEDro, Cinahl, The Cochrane Database of Systematic Reviews fra databasenes start til 06.10.03. Søkene og litteraturoversikten er begrenset til manifesterte sykdommer og plager i muskel- og skjelettapparatet. Dokumentasjon er gradert i tråd med vanlige retningslinjer. Det ble identifisert meta-analyser, systematiske oversiktsartikler og/eller kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer på effekt av behandlings-teknikker benyttet av manuellterapeuter på alle anatomiske områder. Rapportens konklusjon er at "svært mange behandlingsmetoder benyttet av manuellterapeuter (...) er veldokumenterte og har positiv effekt overfor en rekke lidelser og plager i muskel-/skjelettapparatet. Dagens foreliggende dokumentasjon er imidlertid ikke tilstrekkelig til å kunne trekke konklusjoner vedrørende behandlingseffekt (positiv, negativ eller

ingen effekt) av alle etablerte behandlingsteknikker. Det ligger viktige fremtidige utfordringer i å gjøre god forskning på områder hvor dokumentasjonen per i dag er mangelfull eller motstridende...”.

De siste årene har manuellterapeuter publisert randomiserte kontrollerte studier som viser gode resultater av kombinasjonen manipulasjon/medisinsk trening ved behandling av akutte og kroniske uspesifikke ryggsmarter (Aure OF m.fl., Spine 2003;28 (19) 2185-91 og UK BEAM-team, BMJ 2004 329:1377). Det er også publisert studier som viser at manuellterapi basert på manuellterapeutisk undersøkelse og klassifisering av pasienter med uspesifikke lave korsryggsmarter gir bedre effekt og er mer kostnadseffektivt enn standard undersøkelse/behandling i primærhelsesektoren (for eksempel Fritz m.fl.: *Comparison of classification based physical therapy with therapy based on clinical practice guidelines for patients with acute LBP*. Spine 2003; 28:1363-1372).

Manuellterapeuters praksis ved første gangs konsultasjon for akutte korsryggsmarter har blitt undersøkt i en studie som ble presentert på konferansen *”Nytt og nyttig om vond rygg”* (mai 2003), av dr. philos Liv Inger Strand ved UiB. Studien konkluderer med at manuellterapeutene i stor grad opptre i tråd med internasjonale tverrfaglige kliniske retningslinjer. Undersøkelser foretatt i forbindelse med evaluering av Nasjonalt Ryggnettverk tyder på at manuellterapeuter og kiropraktorer er bedre kjent med retningslinjene for behandling av akutt rygg enn leger og fysioterapeuter¹⁰.

Bivirkninger: Det oppgis at ifølge forskning forekommer bivirkninger av behandlingsteknikker benyttet av manuellterapeuter i svært liten grad. Det er rapportert alvorlige komplikasjoner ved manipulasjon av nakke (vertebrabasilar accidents) og korsrygg (cauda equina syndrom) (12;15;53). Sett i forhold til antall manipulasjonsgrep som utføres, er forekomsten av alvorlige bivirkninger lav og eventuelle symptomer som oftest forbigående og lite alvorlige (12;53).

Risiko for alvorlige komplikasjoner knyttet til manipulasjon av nakke eller korsrygg er i litteraturen estimert til et sted mellom ett tilfelle per 100 millioner manipulasjoner og færre enn ett tilfelle per 1 million behandlinger¹¹ (12). Alvorlige negative bivirkninger av andre behandlingsmetoder benyttet av manuellterapeuter er ikke registrert i litteraturen som er gjennomgått i forbindelse med utarbeiding av rapporten til Storheim og Mengshoel.

3.2.4 Kiropraktorenes bidrag

Beskrivelsen av forskningsstatus for kiropraktikkfaget er basert på bidrag fra NKF, og er ikke kvalitetssikret av Kunnskapssenteret, som kun fikk i oppdrag å gjennomgå innsendt materiale fra naprapater og osteopater (de nye fagene). Kunnskapssenteret har imidlertid konstatert at det foreligger dokumentasjon om effekt av enkelte behandlingsmetoder som benyttes av kiropraktorer (og manuellterapeuter).

Det har skjedd en økning i forskningsaktiviteten innen kiropraktorprofesjonen, spesielt i løpet av de siste ti år. En stor del av forskningen utføres i tilknytning til utdanningsinstitusjonene i utlandet. I Norge har den kiropraktiske forskning vært utført av klinikere. Hovedgrunnen er trolig at det ikke finnes en utdanningsinstitusjon for kiropraktorer i Norge. Mesteparten av forskningen i Norge har derfor vært utført av klinikere ved siden av privat praksis, til dels med veiledning fra utenlandske

¹⁰ For mer utførlig informasjon se (2/K): Berg, O: *Kunnskap og politikk. Health Management Research Program Norway*, (juli 2003).

¹¹ Det bør bemerkes at skadevirkningene som kan skje ved slik manipulasjonsbehandling kan få meget alvorlige konsekvenser for pasienters helsetilstand, funksjonsevne og livskvalitet.

kiropraktorer med doktorgrad/professorkompetanse. Flere større forskningsprosjekter er således fullført med støtte fra Norges Forskningsråd og blitt publisert i internasjonalt anerkjente tidsskrifter (1/K-7/K).

Norske kiropraktorer deltar aktivt i tverrfaglige fora som Nasjonalt Ryggnettverk, Norsk Forening for Ryggforskning og deltar i arbeidet med tverrfaglige retningslinjer i regi av Nasjonalt Ryggnettverk.

NKF har gitt økonomiske bidrag til Nordisk institutt for kiropraktikk og klinisk biomekanikk (NIKKB) i Odense, Danmark siden dette ble etablert tidlig på 90-tallet. NIKKB kan vise til en betydelig forskningsproduksjon og flere doktorgradsarbeider de senere år (15/K). NIKKB inngår nå i et større forskningsforum sammen med bl.a kiropraktorutdanningen på Syddansk universitet i Odense hvor 2 professorater for tiden innehas av kiropraktorer.

Norge fikk sin første kiropraktor med doktorgrad fra medisinsk fakultet i Oslo i 2004, med en avhandling der effekten av aktiv sykmelding (8/K-11/K) ble undersøkt. En kiropraktor er pr i dag i gang som doktorgradsstipendiat ved Fysiologisk institutt ved medisinsk fakult, UiO, og driver basalforskning på dyp human paraspinal muskulatur in vivo. Forskningsgruppen vedkommende leder har utviklet en teknikk for måling av EMG-aktivitet i en og samme motoriske enhet under manipulasjon som allerede har vakt oppsikt internasjonalt.

Forskningsresultater har foreløpig kun i svært beskjeden grad gjort det mulig peke ut på forhånd hvilke pasienter som har mest nytte av manipulasjon og annen manuell behandling, trening og rehabilitering eller medisinsk behandling ved uspesifikke ryggsmertor som representer over 90 % av pasientene. En gruppe norske kiropraktorer har i denne sammenheng sett på prediktorer for behandlingsresultatet ved kiropraktisk behandling av korsryggsmertor i en prospektiv studie hvor nærmere 1000 pasienter ble inkludert og fulgt opp i et år (1/K-3/K). Arbeidet inngår i et nordisk forskningssamarbeid med parallelle studier: "The Nordic Back Pain Subpopulation Program". Den norske hovedstudien ble nylig publisert i et internasjonalt tidsskrift (1/K).

Forskning knyttet til effekten av manipulasjon: Manipulasjon er kanskje den manuelle behandlingsmetode som har vært gjenstand for det største antall kontrollerte kliniske undersøkelser når det gjelder smertetilstander og da spesielt for korsryggsmertor som representer over halvparten av kiropraktorpasientene. Scheel brukte i sin prøveforelesning i desember 2003 en systematisk og eksplisitt metode for å finne, kritisk vurdere og sammenstille resultatene for forskningen på dette området. Hennes konklusjon var forenlig med Cherkin's (14/K); at manipulasjon har en liten, men klinisk betydningsfull effekt for ryggplager på basis av dokumentasjon av moderat kvalitet.

Pasienter med nakkelidelser og hodepine, som er den andre store pasientgruppen til kiropraktorer, foreligger det forskning som indikerer effekt av manipulasjonsbehandling gjennom flere kontrollerte kliniske forsøk.

Behandlingsreaksjoner og bivirkninger er kartlagt mht karakter, hyppighet og prediktorer i store parallelle undersøkelser utført av kiropraktorer i Norge og Sverige hvor flere tusen kiropraktorbehandlinger ble registrert fortløpende (4/K-6/). Disse undersøkelsene er hyppig referert til i internasjonal litteratur på området. De fleste reaksjoner inntrådte kort tid etter behandling, ble beskrevet som milde til moderate og av kort varighet. De fleste reaksjonene varer i mindre enn et døgn og reaksjoner av mer 2-3 døgns varighet var svært

sjeldne. En har således etablert et godt grunnlag for å skille mellom normale og forventede behandlingsreaksjoner og atypiske behandlingsreaksjoner og utilsiktede bivirkninger på kiropraktisk behandling. Lette til moderate bivirkninger etter kiropraktorbehandling forekommer tilsynelatende regelmessig og kan derfor betegnes som normale behandlingsreaksjoner i motsetning til medisinsk terminologi hvor bivirkninger i regelen referer til en uønsket effekt. Det ble ikke rapportert permanente eller alvorlige bivirkninger/komplikasjoner i disse undersøkelsene som omfattet 1.683 pasienter som fikk totalt 6.570 behandlinger.

Når det gjelder komplikasjoner dreier det meste av litteraturen seg om de cerebrovaskulære ulykkestilfellene (cerebrovascular accidents, forkortet CVA) som kan oppstå ved nakkemanasipulasjon utført av kiropraktorer eller andre. Totalt er det historisk dokumentert ca. 200 alvorlige tilfeller på verdensbasis. Risikoen er i litteraturen estimert på grunnlag av kasuistikker fra 1 : 400.000 til 1 : 1,3 millioner nakkemanasipulasjoner. En kan derfor fastslå at denne alvorlige komplikasjonen inntreer svært sjeldent, men har svært alvorlige følger når det gjelder videre livskvalitet for den/de som skades.

Kiropraktors praksis i Norge har vært kartlagt i en stor paneuropeisk undersøkelse noen år tilbake, videre har legers henvisningspraksis vært undersøkt ved gjentatte undersøkelser (12-13) og det har vært utført en kvalitativ studie om legers holdning til kiropraktikk. De seneste undersøkelsene som foreligger er i forbindelse med SINTEF's evaluering av Henvisningsprosjektet på oppdrag av Rikstrygdeverket. I en evaluering av Nasjonalt Ryggnettverk (HORN-rapporten) fremkommer det også at kiropraktorer sammen med manuellterapeuter har godt kjennskap til tverrfaglige retningslinjer for behandling av akutt rygg.

Som konklusjon kan sammenfattes at den kiropraktiske tilnærming til rygg- og nakkelidelser i dag er veldokumentert med utgangspunkt i tilgjengelig dokumentasjon. Mange forskningsspørsmål gjenstår fortsatt ubesvart. Bivirkninger og behandlingsreaksjoner er kartlagt og dokumentert. Komplikasjonsrisikoen er lav sammenlignet med andre etablerte behandlingsalternativer på de aktuelle indikationsområdene.

NKF ønsker til slutt å påpeke at det i tillegg til ovennevnte finnes et betydelig antall forskningsarbeider på effekten av ulike typer behandlinger som kiropraktorer foretar. Slike studier er ikke omtalt av Kunnskapssenteret, som fikk i oppdrag å fokusere hovedsakelig på de profesjonene som nå skulle vurderes i henhold til spørsmålet om autorisasjon. NKF har i denne rapporten kun valgt å henvise til forskningsaktivitet som foregår i Norge, og anser en omfattende gjennomgang av relevant forskning foretatt på verdensbasis som lite hensiktsmessig i denne sammenhengen.

3.2.5 Fysioterapeutenes bidrag

Stadig flere fysioterapeuter kvalifiserer seg for forskning og fagutvikling på høyt nivå. Per i dag har mer enn 30 fysioterapeuter med doktorgrad, hvorav fem har professorkompetanse, og rundt 30 nye er i gang med sine doktorgrader. De som har disputert er blant annet ansatt i professorater, i førsteamanuensisstillinger, FoU-stillinger og forskerstillinger ved universitetene, vitenskapelige høyskoler, statlige høyskoler (fem fysioterapeututdanninger) og ved helseforetakene.

Dokumentasjon av effekt og nytteverdi er avgjørende for utvikling av faget og klinisk praksis. Det foregår en offensiv forskning for å tilpasse virksomheten til samfunnsutviklingen og nye helseplager i befolkningen. Forskning er sentralt i

samfunnet, for utvikling og vurdering av ny kunnskap, for å dokumentere relevansen og kvaliteten av de helsetjenestene som tilbys, og for å gi bedre og mer effektive helsetjenester. Verdien av kunnskap økes gjennom samarbeid, tverrfaglighet, mobilitet mellom miljøer og ikke minst gjennom samhandling med praksisfeltet der forskningsresultatene skal brukes.

Det har vært en kraftig økning i klinisk forskning i fysioterapi de siste årene, for eksempel har antall publiserte randomiserte kontrollerte studier i tidsrommet fra 1980 til 2003 økt fra ca 500 til nærmere 4000¹². Studier blir også i økende grad oppsummert i systematiske oversikter og faglige retningslinjer, og kunnskapen er tilgjengelig for alle via Internett, for eksempel i PEDro-databasen. Det er viktig at ny kunnskap når praksisfeltet og benyttes i behandling og forebygging. Evidence-based practice og aktiviteter for å bygge kompetanse i kunnskapshandtering er utviklet for å bygge bro mellom forskning og praksis¹³.

Det er benyttet midler fra Fond til videreutdanning av fysioterapeuter til å bygge opp miljøer for forskning og kunnskapsutvikling i fysioterapi ved en del norske universiteter. Det er behov for solide forskningsmiljøer som kan bidra til kunnskapsutvikling, til utdanning av høyt kvalifiserte forskere og yrkesutøvere, og som kan bidra til et gjensidig samarbeid mellom forskningsfeltet og praksisfeltet. Forskningens samarbeid med sterke praksismiljøer der relevante og nyttige problemstillinger utvikles, slik at forskningen tas i bruk og kommer til nytte, er sentralt. Videre legges det vekt på oppbygging av høyere kompetanse hos kursledere og foredragsholdere som benyttes i formidling av kunnskap ved etter- og videreutdanningene. Det stimuleres også til å utvikle samarbeidet mellom utdannings- og forskningsinstitusjoner og andre relevante fagmiljøer i Norge og utlandet med vekt på faglig kvalitet og relevans i forhold til praksisrelaterte problemstillinger og nasjonale helseprioriteringer.

Miljøene tar profesjonens ansvar for faglig forsvarlig virksomhet på alvor. Det satses på kunnskapsutvikling og kompetanseheving gjennomgående ved å satse på alle nivåer i kunnskapskjeden. Det gjelder:

- **Forskning** - Ved hjelp av forskning har man fått frem stipendiater og bygd opp forskningsmiljøer mv for å utvikle ny kunnskap og etterprøve gammel etablert kunnskap - alt med høy vitenskapelig kvalitet.
- **Fagutvikling** - Forskingen gir kunnskap som kan anvendes i fagutviklingen, det stimulerer systematisering og utviklingsarbeid i praksisfeltet og har forankring i kvalifisert veiledning.
- **Videreutdanning** - Fagutviklingen gir oss bedre videreutdanning, som igjen gir best mulig fysioterapifaglig bidrag i helsetjenesten; fagspesifikke videreutdanninger og høyere nivå i det flerfaglige samarbeidet
- **Etterutdanning** - Etterutdanning; bredt tilbud, kompetente kursledere, basert på vitenskapelig kunnskap (også erfaringsbasert)
- **Grunnutdanning** - Grunnutdanning; løftet kompetansenivået hos personellet (Vedlegg III Strategisk plan for Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter 2003)

¹² (3/F): Herbert R. The PEDro database, The Physiotherapy Evidence-based database.
<http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>

¹³ (4/F): Jamtvedt G. Hagen KB, Bjørndal A. *Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmåter*. Gyldendal Akademisk 2003.

Fagutøvelse i fysioterapi er bygget på både praksis og på kunnskap fra vitenskapelige studier. Kunnskap basert på forskning påvirkes av vitenskapsteoretiske retninger og de forskningsmetoder som velges. Erfaringskunnskap må begrepsfestes gjennom vitenskapelige arbeidsformer.

Bivirkninger: Mindre bivirkninger i form av forbigående ubehag eller stølheth kan oppstå etter øvelser eller bløtdelsbehandling. Bivirkninger knyttet til manuellterapeuters virksomhet utover det de lærer i grunnutdanningen er redegjort for i kapittel 3.2.3.

4. Profesjonsutøvelse, utbredelse og organisering

I de foregående kapitlene er det redegjort for behandlingsformenes kunnskapsgrunnlag.

I dette kapitlet beskrives utøverne og brukerne av de aktuelle behandlingsformene. Det gis også en presentasjon av profesjonenes organisasjonstilknytning og av status når det gjelder internasjonalt samarbeid.

Deretter – i kapittel seks – følger en beskrivelse av de ulike utdanningene.

4.1 Naprapater

4.1.1 Utøvere av naprapati

Det er (pr desember 2004) 90 yrkesaktive naprapater i Norge. Alle utøverne har utdanning fra Naprapathögskolan i Stockholm, Sverige. Blant svenske naprapater er et 57% menn og 43% kvinner, i Norge er fordelingen mellom kjønnene 63% menn og 37% kvinner.

4.1.2 Naprapaters yrkesutøvelse

Naprapater arbeider i hovedsak på egne klinikker som selvstendig næringsdrivende. En del samarbeider med offentlig helsevesen. Flere bedrifter har inngått avtaler med naprapatklinikker, avtaler som innebærer at bedriften dekker deler eller hele behandlingen for de ansatte. I tillegg er naprapatene aktive innen idrett. Naprapater er blant annet tilknyttet norske idrettsmiljøer (skiskyting, alpint, bandy, badminton og freestyle, fotball, håndball og ishockey).

Det forekommer tilfeller der behandlingen blir dekket av trygdekontor og sosialkontor samt gjennom forsikringer, selv om dette ikke er vanlig i Norge. I Sverige har flere naprapater refusjonsavtale med det offentlige.

Det er vanlig at naprapater sørger for å holde seg faglig oppdatert gjennom etterutdanning innen naprapati / manuell behandling. En del naprapater utdanner seg i akupunktur på eget initiativ – blant annet ved Karolinska institutt i Sverige som tilbyr kurs i medisinsk akupunktur og hos en tidligere overlege ved Rikshospitalet i København.

Naprapatien kan generelt sies å skille seg fra en del andre typer alternativ behandling, som for eksempel akupunktur, ved at de teorier behandlingssystemet og de metoder som tilbys er fundert på vestlig medisinske teorier, og ved at behandlingen er knyttet til et avgrenset område – nemlig lidelser i muskel-/skjelettsystemet. Naprapatisk behandling utføres ved at naprapaten bruker egne hender, og foreskriver ikke medisiner, slik leger gjør, eller urtepreparater eller fortynnede substanser, slik for eksempel homøopater gjør.

4.1.3 Brukere av naprapati

Svenske naprapater utfører ca 1,5 millioner behandlinger per år fordelt på ca 350 000 pasienter og norske naprapater utfører ca 150 000 behandlinger årlig.

Av de som oppsøker naprapat er fordelingen mellom kjønnene så å si lik (49,4% kvinner, 50,6% menn). I Norge har man observert en tendens til at noen flere kvinner enn menn velger naprapati. Brukerne som oppsøker naprapat kommer på grunn av kroniske eller akutte muskel- og leddplager, hvorav plager i nakke, hode, skuldre, armer og rygg er mest representert. De fleste brukerne oppdager naprapatien etter anbefaling gjennom bekjente, leger, annonser og noen gjennom ulike pasientorganisasjoner som Landsforeningen for nakkeslengskadde, Norges fibromyalgiforening og Norsk reumatikerforbund.

4.1.4 Utøverorganisasjoner for naprapater

Norges naprapatforbund (NNF) ble dannet 1.mars 1993 og er yrkesforbundet for naprapater i Norge. Medlemmene består av yrkesaktive naprapater og studenter ved skolen i Stockholm. Forbundet har etiske regler for medlemmene og tilbyr blant annet kurs for videreutdanning. I medlemskapet inngår også en pasientansvarforsikring. Norges naprapatforbunds styre består av styreformann, nestleder, økonomiansvarlig, sekretær og styremedlem. For øvrig har forbundet komiteer for de ulike virksomhetsområdene som etikk og videreutdanning.

Forbundets mål er å være et enhetlig organ for naprapatene og sørge for å ivareta deres interesser. Det er også et mål å samarbeide med ulike organisasjoner med interesse for manuell medisin, både innenlands og utenlands. Forbundets styre skal fungere som et overvåkningsorgan, stille krav til utdanning, opprettholde kompetansenivået og påse at medlemmene utfører behandlingen på en etisk og forsvarlig måte. Forbundets fremste oppgaver er å arbeide for autorisasjon av yrket, kvalitetssikring av yrkesutøvelsen, å være en informasjonskanal og å finne felles gode løsninger hva gjelder forsikring, utstyr og lignende for medlemmene.

Internasjonale organisasjoner: International Federation of Naprapatic Associations (IFONA) er det internasjonale forbundet for naprapati og har medlemmer i Norge, Sverige, Finland og USA. Hovedfunksjonen er å ivareta en god kommunikasjon landene i mellom. IFONA representerer naprapatene internasjonalt og følger opp forskning innen det manuelle medisinske feltet. IFONA har en uavhengig komité som skal overvåke og forbedre naprapatiens utdanning og profesjonalitet.

4.1.5 Naprapaters samarbeidspersonell

Naprapater mener det er viktig med tverrfaglig samarbeid, og ønsker å samarbeide med både den etablerte helsetjenesten og relevante utøvere av alternativ behandling.

Følgende faggrupper anses av naprapater som aktuelle å samarbeide med: leger, ortopeder, nevrologer, reumatologer, radiologer, tannleger, fysioterapeuter, kiropraktorer, akupunktører, massører, psykomotoriske behandlere og psykologer.

3.1.6 Naprapati i andre land

Etter det arbeidsgruppen er kjent med, utøves naprapati kun i en håndfull land, deriblant Sverige, Finland, USA og Norge.

Nordiske land: I Norge anses naprapati pr i dag som alternativ behandling. I Sverige har Svenska Naprapatförbundet (SNF) eksistert siden 1971 og har i dag 735

medlemmer. Svenske naprapater ble offentlig autorisert (legitimerad) som helsepersonell i 1994. De beskrives likevel som utøvere av alternativ behandling i Sverige – antakelig fordi de vanligvis ikke er ansatt i den offentlige helsetjenesten. Den svenske Socialstyrelsen er ansvarlig for autorisasjonsordningen, og det kreves ett års turnustjeneste i tillegg til en fireårig utdanning i naprapati for å bli "legitimerad naprapat" i Sverige. Svenske naprapaters virksomhet er blant annet regulert i Socialstyrelsens forskrifter 1996:16 (M) *om legitimerade naprapaters verksamhet och yrkesansvar* (2/N). Gjennom legitimasjonen/ autorisasjonen tilhører naprapatene *hälso och sjukvårdspersonalen*. Således er de underlagt *hälso och sjukvårdslagen* (1982:763) og *lag om åligganden för personal inom hälso och sjukvården* (1994:953). Det stilles i denne lovgivningen blant annet krav til at behandlingen skal utføres i overensstemmelse med vitenskaplig og sikker erfaring, samt at den skal kvalitetssikres, jmf. SOSFS 1993:9. En "legitimerad naprapat" (3/N) har etter SOSFS 1996:16 slike differensialdiagnostiske kunnskaper at han/ hun kan arbeide under selvstendig medisinsk ansvar. Tittelen "legitimerad naprapat" er beskyttet i Sverige, men hvem som helst kan i praksis kalle seg "naprapat" uten betegnelsen "legitimerad" knyttet til tittelen.

Finlands Naprapatforening (FNF) ble grunnlagt i 1974 og har i dag ca 100 medlemmer. Yrket naprapati ble offentlig godkjent samtidig med den svenske autorisasjonen i 1994 og er underlagt *lag om hälsovårdens yrkespersonallag* (559/94) og *förordning* 28.6.1994/564.

Øvrige land: I USA er det omkring 450 naprapater, og profesjonen er autorisert i tre stater: Illinois, New Mexico og Ohio og reguleres av The Naprapatic Act.

4.2 Osteopater

4.2.1 Utøvere av osteopati

Det er totalt 46 osteopater i Norge (pr januar 2005), derav 36 med autorisasjon som fysioterapeut (en som lege). Blant de 10 øvrige har tre personer tatt en fireårig heltidsutdanning i osteopati på bachelornivå i England.

Omkring 137 er under utdanning i Norge, alle disse er autoriserte fysioterapeuter. I tillegg er i underkant av 10 personer i gang med fireårig heltidsutdanning i osteopati på bachelornivå i England.

4.2.2 Osteopaters yrkesutøvelse

I Norge utøves osteopati i all hovedsak ved private klinikker. Osteopater har selvstendig ansvar for behandling av egne pasienter.

De fagetiske og yrkesetiske retningslinjer som er nedfelt i NOFs vedtekter, skal være tilpasset den norske helsepersonelloven. Retningslinjene omfatter bl.a. osteopaters respekt for pasientens egenverd og integritet, opplysningsplikten overfor pasienten etter norsk lov, taushetsplikt og diskresjon om opplysninger vedrørende pasienten, sikring av journal og personopplysninger. Osteopater skal respektere pasientens kultur og religion, samt yte tjeneste til alle uansett nasjonalitet, rase, avstamning, hudfarge, politisk eller sosial status. Osteopater skal samarbeide lojalt med kollegaer og andre etablerte helsefaglige yrkesgrupper som det er naturlig å samarbeide med til pasientens beste.

Osteopater holder seg faglig oppdatert gjennom å ta videre kurs innen osteopatisk medisin.

Det tilbys ikke kurs i andre typer alternativ behandling i regi av osteopatiforeningene. NOF har for øvrig ikke oversikt over hvilke andre typer kurs/opplæring medlemmene eventuelt tar, og oppgir at osteopaters utøvelse av andre typer alternativ behandling ikke er særlig utbredt.

4.2.3 Brukere av osteopati

Pasientene oppsøker osteopat pga akutte og kroniske belastningslidelser, samt følgetilstander etter sykdom og skader. I Norge er faget i sterk vekst, og det utføres ca 190 000 osteopatiske behandlinger per år. En overvekt av pasientene er kvinner.

Det finnes ingen registrering av pasienters organisasjonstilhørighet i Norge.

Til sammenligning utføres det i underkant av 7 millioner osteopatiske konsultasjoner pr år i England, ifølge en oversikt fra "The Statuary Register of Osteopaths" ((15/O) 2000). Dette tallet indikerer at ca. 25 000 pasienter i England oppsøker en osteopat hver arbeidsdag. 58 % av pasientene er kvinner og 42 % er menn. I en undersøkelse av pasienter som var til første gangs konsultasjon hos en registrert osteopat i England, ble det funnet at 44% av pasientene presenterte korsryggsproblemer, 15% hadde problemer knyttet til armer og bein, 13% hadde nakkeproblemer, 9% hadde korsryggsproblemer kombinert med problemer i andre områder, og 6% hadde problemer fra brystvirvelsøylen og ribbenene¹⁴.

4.2.4 Organisasjoner for utøvere av osteopati

De norske organisasjonene for osteopati har inngått et nært samarbeid og har valgt å følge de engelske kriterier om krav til osteopatfaglige kvalitet og akademisk standard, samt sikre en standard som er i tråd med norske krav om høyere utdanning. Foreningenes formål er å arbeide for medlemmenes felles faglige, fagpolitiske og sosiale interesser, fremme osteopatisk filosofi og prinsipper basert på osteopatiens kunnskapsgrunnlag og forskning. De har også en målsetning om å opprettholde en høy faglig og yrkesetisk standard og å utvikle internasjonale kontakter for å sikre best mulig akademisk nivå, samt en adekvat grunn- og etterutdanning.

Norsk Osteopat Forbund (NOF) ble stiftet i 1993 og har totalt 190 medlemmer. 101 av disse er rene studentmedlemmer. 46 er 100% ferdigutdannede osteopater, hvorav tre har avlagt en ettårig mastergrad ved European School of Osteopathy (ESO)/University of Wales, fire har deltids bachelorutdanning fra England og tre har heltids bachelorutdanning fra England. To av de sistnevnte er autorisert som osteopat i England, men arbeider i Norge. I tillegg er omkring 40 av medlemmene i ferd med å oppgradere sin osteopatiutdanning fra en belgisk skole. Oppgraderingen tilbys av NOF i samarbeid med den norske osteopatiskolen, NHO, og har til hensikt å sørge for at de det gjelder får den samme faglige standard som ligger til grunn for autorisasjon av osteopater i Storbritannia. I praksis betyr dette at omkring 40 personer arbeider som osteopater i Norge samtidig som de fullfører sin

¹⁴ Referanse (16/O): *Snapshot Survey*, Osteopathic Information Service, UK 1997

osteopatiutdanning ved å skrive en prosjektoppgave som skal evalueres av NHO/ESO.

Norsk Forbund for Osteopatisk Medisin (NFOM) ble etablert 2001 og har 7 medlemmer. Fire av disse har autorisasjon som osteopat fra England, men arbeider i Norge. De fleste i NFOM har sin akademiske bakgrunn fra International Academy of Osteopathy, Belgia og British College of Osteopathic Medicine. Sistnevnte er blant de autoriserte engelske osteopatiskolene.

Norske osteopater er medlemmer av World Osteopathic Health Organization, som arbeider for en ensrettet standard innen osteopati og fremme osteopati som en selvstendig disiplin.

World Health Organisation (WHO) definerer osteopati som en selvstendig klinisk disiplin innen manuell behandling som betraktes som komplementær/alternativ behandling.

4.2.5 Osteopaters samarbeidspersonell

NOF og NFOM har vedtektsfestet at osteopater skal samarbeide lojalt med andre kollegaer og andre etablerte helsefaglige yrkesgrupper som det er naturlig å samarbeide med til pasientens beste.

Selv om de fleste pasienter oppsøker osteopat på eget initiativ – noe som medfører at osteopater i praksis ofte fungerer som primærkontakt, kan det sies å være en økende tendens til samarbeid mellom allmennleger, spesialister og osteopater om diagnostisering og behandling av pasienter.

4.2.6 Osteopati i andre land

Osteopati er lovregulert i flere andre land, enten som del av den etablerte helsetjenesten eller som komplementær/alternativ behandling. EU anser faget som komplementær/alternativ behandling, som kan være et supplement til etablert medisinsk behandling.

Nordiske land: I Norge anses osteopati som alternativ/komplementær behandling. I Finland har osteopater vært autorisert og tittelen beskyttet siden 1993. Det finske Social och hälsovårdministeriet oppgir at osteopater er autorisert på lik linje med naprapater og kiropraktorer, og at de regner disse profesjonsgruppene som utøvere av "manuell terapi". Det kreves minst fire års enhetlig fulltids utdanning, men var da man gikk inn for autorisasjon av yrkesgruppen ingen bestemmelser om innholdet i utdanningen. Etter hvert ble det utviklet kriterier for innholdet i osteopatiutdanningen, og personer som startet sin utdanning etter januar 2001 må oppfylle kriteriene for å bli autorisert. Det er laget en fireårig overgangsordning for personer som uteksamineres fra utdanning påbegynt før januar 2001. Tittelen "utbildad osteopat" er beskyttet, men ikke tittelen "osteopat". Denne tittelen kan også benyttes av ikke-autoriserte osteopater.

I Danmark og Sverige praktiseres osteopati kun i en mindre målestokk og det eksisterer ingen lovregulering av faget.

Europeiske land: I England ble "The Osteopaths Act", og det er opprettet et statlig register over osteopater. Lovverk og registrering ble vedtatt av Parlamentet med full

støtte fra alle politiske partier i 1993. Etter loven er det ulovlig å kalle seg og praktisere som osteopat i England uten å være registrert ved GOsC. GOsC har ansvaret for en godkjenningsordning for osteopater med bakgrunn både fra postgraduert og heltidsutdanning. Der osteopater ikke har bakgrunn fra en akkreditert utdanning vurderes de etter en jevnghedsvurdering. I september 2003 var det 3458 autoriserte osteopater i England. Det er også utviklet nasjonale yrkesstandarder for utøvelse av osteopati der.

I Frankrike ble osteopater autorisert og reguleres av en lov av 4. mars 2002. Det gjenstår ifølge det franske helse- og familieministeriet (Ministere des Solidarités, de la Santé et de la Famille) problemer knyttet til å utarbeide en definisjon av osteopaters praksis og behandlingsområde. Ministeriet anser det også som problematisk at det foreligger lite forskning om behandlingsformens effekt¹⁵.

I Sveits har man i 8 Kantoner innført offentlig autorisasjon av osteopater, og man forventer at flere Kantoner følger etter i nær fremtid. I Belgia har man etablert et rammelovverk for komplementærmedisin, noe som betyr at belgiske osteopater i framtiden vil bli regulert av en statlig oppnevnt komité.

I Tyskland finnes det mange osteopatiskoler, de fleste har i mer eller mindre grad akademisk kontakt med andre land. Det finnes også en egen osteopatisk sammenslutning for tyske leger som er osteopater. Pr. i dag finnes det ingen osteopatisk regulering av tittel eller fag i Tyskland.

I Portugal kom prosessen med lovregulering av osteopati som alternativ behandling i gang fra august 2003. Det skal eller er nedsatt komiteer som skal vurdere utdanningsstandarder.

Øvrige land: I Australia er det innført offentlig autorisasjon og rett til trygderefusjon. I New Zealand ble det vedtatt en offentlig godkjenning av osteopater og akkreditering av utdanningen i 2003. I USA er det ca. 46.000 osteopater. Amerikanske osteopatene har vært autorisert i alle stater siden 1973. Da de amerikanske osteopater er medisinerer på lik linje med vanlige leger, kan den europeiske og den amerikanske modellen ikke likestilles direkte. Til tross for dette, er det samarbeid og kontakt, felles kursvirksomhet og fagpolitisk kontakt, bl.a. gjennom World Osteopathic Health Organization (WOHO), en fellesorganisasjon for hele verden og for alle osteopater.

4.3 Manuellterapeuter

4.3.1 Utøvere av manuellterapi

Pr september 2003 var det totalt 286 manuellterapeuter i Norge, 86 kvinner og 200 menn.

4.3.2 Manuellterapeuters yrkesutøvelse

Totalt 272 arbeider i privat praksis med kommunal avtalehjemmel, av disse er 248 medlem i faggruppen for manuellterapi, og 30-40 er offentlig ansatte. De fleste offentlig ansatte har også en del av sin virksomhet innen primærhelsetjenesten. De

¹⁵ Informasjonen om forholdene i Frankrike er oversendt arbeidsgruppen fra det franske helse- og familieministeriet (Ministere des Solidarités, de la Santé et de la Famille) i januar 2005 etter forespørsel fra arbeidsgruppen.

offentlig ansatte manuellterapeutene arbeider i kommunehelsetjenesten, ved ulike høyskoler og universiteter, på sykehus, tverrfaglige smertesentre /ryggklinikker og Nasjonalt senter for spinale lidelser. I tillegg arbeider noen ved Statens Balletthøgskole, ved Forsvarets leire. 17 manuellterapeuter er tilknyttet støtteapparatet i ved ulike landslag innen idretten (september 2003).

Manuellterapeuter kan fungere som primærkontakt, det vil si at de med forsvarlighet kan undersøke og behandle pasienter direkte. I Nordland, Hordaland og Vestfold har manuellterapipasientene – i forbindelse med det pågående henvisningsprosjektet (se vedlegg nr IV) – rett til refusjon fra trygden også uten henvisning fra lege. Manuellterapeuter (og kiropraktorer) har i forbindelse med prosjektet rett til å sykemelde og til å henvise til billediagnostikk/spesialist og fysioterapi.

4.3.3 Brukere av manuellterapi

I forbindelse med Henvisningsprosjektet (se vedlegg IV) evaluerte SINTEF Unimed på oppdrag Rikstrygdeverket prøveordningen hvor manuellterapeuter og kiropraktorer i tre fylker fungerer som primærkontakt for pasienter med muskel- og skjelettlidelser. Prøveprosjektet ble satt i verk 1. september 2001. I forkant av ble det gjort en registreringsundersøkelse for å kartlegge pasientprofil og -bevegelser, tiltak og skadepanorama. Tallene nedenfor gjelder kun for pasienter hos manuellterapeuter, og registreringen ble gjennomført over tre hele arbeidsdager i perioden 11. juni til 22. juni 2001:

- Manuellterapeutene behandler gjennomsnittlig 17 pasienter pr dag. Pasientenes gjennomsnittsalder var 47,8 år. Aldersgruppen under 31 år utgjør 12 % og aldersgruppen 50+ utgjorde 40 %.
- 62 % av pasientene var kvinner, 38 % var menn. Andelen yrkesaktive var på 62 %, 18 % oppsøkte manuellterapeut til førstegangskonsultasjon. 33 % hadde sykemelding i en eller annen form. Behandling som ble tilbudt i disse dagene bestod av informasjon/ rådgivning 33 %, 53 % av tilfellene av spesifikk mobilisering, 56 % fikk bløtvevsbehandling, 46 % manipulasjon, 39 %, fikk trening, 11 % generell fysioterapi og 1,3 % ble henvisning til spesialist/sykehus.
- Samme undersøkelse viser at pasienter (N=1752) oppsøker manuellterapeut pga plager i rygg (51 %), hode (10 %), nakke (51 %), skulder (20 %), hofte (13 %). Resten hadde problemer med albue, hånd, bekken, kne, ankel eller annet. Mange har skade-/funksjonsproblem lokalisert i flere enn en kroppsdel.

4.3.4 Organisasjoner for manuellterapeuter

Faggruppen for manuellterapi (FFMT) er på selvstendig grunnlag er aktive internasjonalt og har direkte samarbeid med andre manuellterapiorganisasjoner. 91% av norske manuellterapeuter er medlem av FFMT som er en av 13 faggrupper tilknyttet Norsk Fysioterapeutforbund (NFF). Medlemskap i FFMT forutsetter medlemskap i Norsk fysioterapeutforbund.

Norske manuellterapeuter var med på stiftelsen av International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapists (IFOMT) i 1974. IFOMT er en internasjonal interesseorganisasjon for manuellterapi og er den eldste undergruppen av World Confederation for Physical Therapy (WCPT). IFOMT har medlemmer fra 17 land. Medlemskap i IFOMT gis etter søknad når landets godkjente nasjonale

kvalifikasjoner tilfredsstiller IFOMTs utdanningskrav. Det arrangeres internasjonale kongresser hvert fjerde år. IFOMTs europeiske del holder årlige møter¹⁶.

Norske manuellterapeuter samarbeider med kolleger i Norden gjennom Nordisk Kontakt Komite, NKK. NKK er komité for nordiske foreninger innen manuellterapi og manuell medisin. Ledervervet i komiteen går på omgang blant medlemslandene. Det avvikles jevnlig nordiske kongresser.

4.3.5 Manuellterapeuters samarbeidspersonell

Samarbeidspersonell for manuellterapeuter er fastleger, ulike legespesialister, fysioterapeuter, psykologer, ortopediingeniører, kiropraktorer, ergoterapeuter, HMS-avdelinger, treningssentre, trygdekontor og arbeidsgivere.

- 1) Manuellterapeuter i 16 av 19 fylker får 95 % av sine pasienter henvist fra lege. Selv om manuellterapeuten i stor grad brukes som ekspert på diagnostisering og behandling av muskel- og skjelettlidelser, må tilleggsundersøkelser, sykmelding, henvisning til spesialist osv. gjøres av fastlege etter henstilling fra manuellterapeuter.
- 2) I tre fylker (jf det tidligere nevnte henvisningsprosjektet, vedlegg 9.4) utfører manuellterapeuter disse funksjonene selv når det gjelder muskel- og skjelettlidelser. Manuellterapeuter plikter i følge forskriftene til prosjektet å holde fastlegen orientert forutsatt pasientens samtykke. Manuellterapeuter skal henvise pasienten til fastlege når det foreligger:
 - behov for reseptbelagt medisiner
 - behov for laboratorieprøver
 - lidelser som faller utenfor manuellterapeutens fagområde

4.3.6 Manuellterapi i andre land

Norden: Svenske manuellterapeuters yrkesutøvelse reguleres av de samme lover og regler som gjelder for fysioterapeuter. De fleste arbeider som primærkontakt for pasienter – dvs. at det ikke er nødvendig med henvisning fra lege. Noen er ansatt av Landstinget, fylket, mens andre jobber som privatpraktiserende. Som privatpraktiserende krever man en liten egenandel av pasientene, mens en større del er refusjon fra Landstinget. Manuellterapeuter kan ta en høyere takst enn det som er vanlig ved generell fysioterapeutisk behandling. Det samme gjelder i Finland, hvor Folkepensionsanstalten innvilger refusjon.

Europa: I Tyskland reguleres manuellterapeuters yrkesutøvelse av IKK (Innen Krankenkasse), den lokale sykekasse¹⁷ som godkjenner at de kan bruke en spesiell takst, som registrerer utøverne og kontrollerer at praksis utøves på forsvarlig måte. I Nederland reguleres manuellterapeuter og andre fysioterapeuter av samme lover og regler. For å utøve yrket må man være registrert i "Sentralt kvalitetsregister" som drives av Det kongelige nederlandske fysioterapiforbund. Registreringen innebærer at man forplikter seg til å følge en rekke obligatoriske kurs, der deltakelse gir poeng.

¹⁶ For ytterligere informasjon: www.ifomt.org

¹⁷ Det finnes ca 100 sykekasser, disse betaler for behandlingen og er finansiert av medlemskontingenter. Det finnes ingen statlig finansiering i Tyskland. Syke- og pensjonsforsikring er påbudt for alle og pasienter betaler en liten egenandel til manuellterapeuten.

For å opprettholde registreringen må man ha et visst antall poeng. Oversikt over registrerte manuellterapeuter oversendes hvert år til leger og sykehus. Nederlandske manuellterapeuter blir betalt direkte av forsikringsselskaper, der alle innbyggere har en obligatorisk forsikring. Manuellterapeuter må ha en avtale med disse for å få utbetalt honorar, og pasienter betaler ingen egenandel. I England reguleres manuellterapeuter av de lover og regler som gjelder for andre fysioterapeuter. Flere manuellterapeuter er ansatt ved poliklinikker på sykehus. Behandlingen er gratis og dekkes av det offentlige. Det finnes også private institutter, uten offentlig tilskudd, der pasientene betaler selv og får utgiftene dekket gjennom private forsikringsordninger.

Resten av verden: I Australia arbeider manuellterapeuter som primærkontakter eller som ansatte på sykehus. Dersom manuellterapi utføres på poliklinikker ved sykehus, er behandlingen gratis for pasienten etter behovsprøving. Det finnes ingen annen offentlig finansiering. I privatpraksis må pasienter betale selv, og de fleste finansierer dette gjennom private helseforsikringer. Ved yrkesskade betales behandlingen av forsikringsselskaper. I USA må manuellterapeuters yrkesutøvelse være i overensstemmelse med regelverket i den staten man praktiserer. Regelverket varierer fra stat til stat. I de fleste stater kan man arbeide som primærkontakt i opptil 30 dager før man skal ta kontakt med lege. Behandling dekkes av forsikringsselskaper, lokale eller føderale myndigheter eller ved betaling fra pasientene.

4.4 Kiropraktorer

4.4.1 Utøvere av kiropraktikk

Det er omkring 340 kiropraktorer i Norge. De utfører omkring 1,5 millioner undersøkelser og behandlinger årlig.

Over halvparten av landets kiropraktorer er under 40 år. Under ¼ er over 50 år. Dette innebærer at det vil bli liten avgang i yrkesaktive kiropraktorer i årene som kommer. Blant 325 praktiserende medlemmer i NKF er flertallet menn. Kvinnelige kiropraktorer utgjør ca 25%.

En fylkesvis fordelingen av landets kiropraktorer viser at det er flest kiropraktorer i store byer. Det er færrest i landets nordligste fylker.

4.4.2 Kiropraktorens yrkesutøvelse

Den første søknad om autorisasjon av kiropraktorer i Norge kom i 1936, og ble avslått. Saken ble fremmet på nytt i både på 1950- og -60-tallet. Neste milepæl var 1974 da ble det gitt adgang til trygderefusjon for kiropraktorbehandling etter henvisning fra lege mens kiropraktorens virksomhet fortsatt var lovregulert av det tidligere lovverket om alternativ medisin ("*Kvakksalverloven*" fra 1936). I 1979 ble det nedsatt et offentlig utvalg av Sosialdepartementet for å utrede autorisasjonsspørsmålet. Etter 5 år ble utvalgets rapport fremlagt; NOU 10 (1985). Denne lå til grunn for den offentlige godkjenning (autorisasjon) av kiropraktorer, som ble vedtatt av Stortinget i 1988.

I dag driver de fleste – med få unntak – kiropraktorer i Norge i privat praksis. Mange arbeider tverr- eller flerfaglig – i kontorfellesskap med blant annet leger, fysioterapeuter, spesialister, akupunktører, massører osv.

I offentlig sektor er det ansatt enkelte kiropraktorer ved ryggpoliklinikker og smertepoliklinikker ved flere av landets sykehus, i koordinatorstillinger i Nasjonalt ryggnettverk og i forskerstillinger.

Antall kiropraktorer med doktorgrad i Norden har steget etter etableringen av Nordisk Institutt for Kiropraktikk og Klinisk biomekanik og opprettelsen av kiropraktorutdanning ved Sundhedsvitenskapelig fakultet, Syddansk universitet, Odense i 1994. NKF har bidratt betydelig økonomisk ved etableringen av instituttet.

4.4.3 Brukere av kiropraktikk

Antallet pasienter som oppsøker kiropraktor er økende. I Helseundersøkelsen fra 1995 svarte 5 prosent av mennene og 4 prosent av kvinnene at de hadde vært hos kiropraktor siste året, mens det i 2002 tilsvarende ble registrert en økning til 7 prosent blant begge kjønn. (Statistisk Sentralbyrå: Helseundersøkelsen 2002). I omlag 55% av pasientkonsultasjonene er kvinner pasient. 40% av konsultasjonene er pasienter som har hatt sine plager med varighet fra 1-6 uker. Dette viser at norske kiropraktorer har en høyere andel kroniske pasienter enn det den Europeiske undersøkelsen viste. Andelen sykmeldte pasienter ligger mellom 14-19,1%. Andelen nye pasienter er ca 15-20%.

I en undersøkelse basert på tallmateriale fra 1995 gikk 70,7 % av pasientene direkte til kiropraktor. Bare 29,3 % av kiropraktorpasientene henvist fra lege. Ifølge en undersøkelse foretatt av Sintef Unimed (8/K) i juni 2001, 2002 og 2003 (med data fra ca 12 000 konsultasjoner registrert), ser en kiropraktor i gjennomsnitt omkring 19 pasienter per dag.

Symptomer fra muskelskjelettsystemet er det den norske befolkningen oftest oppsøker lege for, og det er den hyppigste årsaken til sykefravær og uføretrygding. Muskelskjelettplager er dermed en viktig årsak til redusert livskvalitet for befolkningen.

4.4.4 Organisasjoner for utøvere av kiropraktikk

Norden: Norsk kiropraktorforening (NKF) ble stiftet i 1935. Foreningen har etablert et sekretariat sentralt i Oslo. Det er også etablert et Norske Kiropraktorer Servicekontor (NKS) som tilbyr bistår pasienter blant annet med kvalitetssikret informasjon og medlemmer med informasjon og ulike kurs og etterutdanningstilbud. Det er to heltidsansatte i sekretariatet, samt en leder og et arbeidsutvalg for styret. I tillegg til sentralstyret har foreningen flere aktive utvalg/komiteer: turnuskomite, røntgenutvalg, etterutdanningsutvalg, faglig utvalg, redaksjonskomite for internt tidsskrift (Columna) og etisk råd. Medlemskapet i NKF innebærer en betydelig økonomisk forpliktelse hos medlemmene i størrelsesorden (kr. 20.000 i året pr medlem). NKF er den eneste utøverorganisasjonen for kiropraktorer i Norge og samler med svært få unntak alle landets kiropraktorer som har offentlig godkjenning og som kvalifiserer til medlemskap i organisasjonen. Foreningens etiske regler håndheves strengt og medlemmer har blitt ekskludert for brudd på disse. Det kreves eksamen fra ECCE-godkjent lærested og ha gjennomført turnustjeneste for å bli medlem i foreningen.

Dansk Kiropraktorforening har ca 500 medlemmer. Danmark kan trygt karakteriseres som et foregangsland i Europa når det gjelder kiropraktikk med offentlig godkjenning, trygderefusjon med avsetninger til forskning og kvalitetssikringstiltak, eget forskningsinstitutt siden 1991, universitetsutdanning i Odense siden 1994 og en sterk pasientorganisasjon som bla har gitt betydelige midler til forskning (mer informasjon: www.kiropraktor-foreningen.dk). Nordisk Institutt for Kiropraktikk og Klinisk Biomekanikk ble etablert i 1999 i Odense, Danmark, i forbindelse med etablering av kiropraktorutdanningen ved Syddansk universitet. NKF har gitt betydelig økonomisk støtte til forskning og utdanning ved instituttet og er representert i instituttets styret.

Fagets utbredelse i Sverige har hatt en annen profil enn den utvikling vi ser i Danmark og Norge med en stor gruppe ikke-høyskoleutdannede kiropraktorer og naprapater. Dette etablerte dermed et klart skille mellom kiropraktorer med ECCE/CCE-godkjent utdanning (Svenska Chiropraktorsällskapet, senere Legitimerade Kiropraktorer Riksorganisation LKR, se www.kiropraktik.se) og de som titulerte seg som kiropraktor uten å ha tilsvarende godkjent utdanning.

Resten av verden: Norsk Kiropraktorforening er tilsluttet European Chiropractic Union (ECU) som samler nasjonale kiropraktorforeninger i 20 europeiske medlemsland. Organisasjonene arbeider for å opprettholde høy standard på kiropraktorutdanning, for å etablere universitetsutdanninger og for en høy faglig standard i klinisk virksomhet. Organisasjonene har også et eget forskningsprogram. World Federation of Chiropractic (WFC) har over 80 medlemsland, og arbeider blant annet i tilknytning til WHO når det gjelder standard på kiropraktorutdanning.

4.4.5 Kiropraktorers samarbeidspersonell

Som autorisert helsepersonell er kiropraktorer forpliktet til å samhandle med andre aktører innen helsetjenesten for øvrig til pasientens beste. De fleste kiropraktorer har ansatt resepsjonsmedarbeidere/assistenter for effektiv klinikkdrift, som regel har disse legesekretærutdannelse. I USA er det en egen utdannelse for Chiropractic Assistants.

Kiropraktorer har gjennom mange år hatt et godt samarbeid med radiologer. Enkelte klinikker har tilknyttet radiograf ved sine røntgenavdelinger. I de senere år har samarbeid med nevrologer, ortopeder og til dels reumatologer økt. Mange klinikker tilbyr et supplerende eller utvidet tilbud med massasjeterapi, fysioterapi, akupunktur og trening/rehabilitering.

Kiropraktorer kan også ha en viktig rolle i utredning og behandling av muskelskjelettplager i andrelinjetjenesten, et eksempel på dette er en undervisningsklinikk for kiropraktorstudenter ved Syddansk universitet (Ringe Rygambulatorium på Fyn), hvor pasienter henvises fra regionens leger og kiropraktorer. Også i Norge er noen kiropraktorer ansatt ved ryggpoliklinikker og smertepoliklinikker på sykehus.

4.4.6 Kiropraktikk i andre land

Norden: I Danmark ble kiropraktorer autorisert i 1991. De fleste kiropraktorer har avtale med "sygesikringen" som gir tilskudd til undersøkelse, røntgenundersøkelse, behandling og trening hos kiropraktorer med avtale. I Sverige ble kiropraktorer med utdanning på ECCE/CCE standard autorisert i 1989. Det kreves også 12 måneders turnustjeneste likt fordelt i hhv offentlig helsetjeneste og i en kiropraktorklinikk. Turnuskandidaten skal i løpet av dette året også gjennomgå et av Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation (LKR) og Socialstyrelsen spesifisert kursprogram. Det svenske lovverket begrenser kiropraktors virksomhet: Det gis ikke adgang til å anvende manipulasjonsbehandling til pasienter under 16 år. Svenske kiropraktorer har heller ikke adgang til å utføre egne røntgenundersøkelser. Med autorisasjonen ble det åpnet for at länsstyrelsene (de fylkesvise helsemyndigheter) kunne inngå avtaler med offentlig godkjente kiropraktorer for offentlig tilskudd til behandling. Dette har skjedd i vid utstrekning ved at 70 % av LKR's medlemmer har slike avtaler. Økonomiske rammer og vilkår samt omfanget av disse avtalene varierer fra län til län. Som tidligere nevnt får ikke kiropraktorer med utdanning fra Sverige medlemskap i NKF.

Europa: Kiropraktorenes utøvelse i England er regulert under the Chiropractic Act av 1994, og General Chiropractic Council (GCC) i oppgave å kvalitetssikre bransjen og utstede autorisasjon. Omkring 1400 kiropraktorer har fått autorisasjon gjennom GCC). Det er ulovlig å praktisere som kiropraktor i England uten slik godkjenning. Sveits fremstår i dag som et ledende land innen profesjonsutviklingen og foregår betydelig forskningsaktivitet. Sveits har vært et pioner land som det første europeiske landet som gikk inn for regulering av kiropraktikk. Det har blitt stilt strenge krav til kiropraktorens kompetanse og kontinuerlig etterutdanning gjennom flere tiår, og finnes over 200 utøvere. Disse er godt integrert i helsevesenet og behandlingen er betydelig finansiert gjennom det offentlige. I Europa for øvrig er det store variasjoner både når det gjelder profesjonens utbredelse og lovregulering. Det er etablert

offentlig godkjenningsordninger i flere europeiske land og det arbeides med å opprette universitetsutdanninger i flere land.

Resten av verden: I USA er det over 50.000 kiropraktorer, og lovreguleringen varierer fra stat til stat. CCE-godkjent utdanning er et gjennomgående krav for å oppnå statlig lisens som kreves for å praktisere kiropraktikk i de fleste stater.

4.5 Fysioterapeuter

4.5.1 Utøvere av fysioterapi

NFF hadde per 4. desember 2004 om lag 8 350 medlemmer, derav ca 850 studentmedlemmer.

4.5.2 Fysioterapeuters yrkesutøvelse

Fysioterapi inngår som en integrert del av helsetjenesten både i første-, andre- og tredjelinjertjenesten, og i virksomheter utenfor offentlig helsetjeneste:

- Fysioterapi i 1. linjetjenesten omfatter arbeid i helsestasjoner, barnehager, skoler, bo- og behandlingssentre (somatiske og psykiatriske), alders- og sykehjem, fysioterapi-institutter (privat praksis) og i pasientens hjem.
- Fysioterapi i 2. linjetjenesten omfatter arbeid i sykehus – både somatiske og psykiatriske, i poliklinikker. På distriktpspsykiatriske sentre og ved hjelpemiddelsentraler.
- Fysioterapi i 3. linjetjenesten omfatter arbeid i sykehus – både somatiske og psykiatriske, rehabiliteringssentre og kompetansesentre. I tillegg er fysioterapeuter representert i arbeidslivsrelaterte virksomheter, idrettslag og treningssentre, i undervisning og veiledning og i offentlig forvaltning.

4.5.3 Brukere av fysioterapi

Det har vist seg vanskelig å få oversikt over brukerne av fysioterapi – både i forhold til antall, kjønn, type lidelse som er årsak til valg av behandlingsform og medlemskap i pasientorganisasjoner. Dette fordi Rikstrygdeverket baserer sin statistikk og utbetaling på bruk av takster som ikke er direkte knyttet til kjønn, antall, sykdom eller diagnose. Når det gjelder antall behandlinger som utføres, så oppgir NFF at de ikke kan si noe entydig fordi noen takster brukes alene, mens andre takster kan kombineres i en og samme behandling; for eksempel aktiv oppvarming, bløtvevsbehandling og elektroterapi. I tillegg kan man kombinere med takst for aktiv egentrening og takst for bruk av utstyr. I tillegg finnes gruppetakster som ikke så lett kan defineres som en behandling. For eksempel kan en behandling være en person eller hele gruppen på maksimalt 10 pasienter er en behandling. Taksten kan i så fall brukes ti ganger ved at den føres en gang på hver enkelt pasient.

NFF kan derfor ikke si noe om antall pasienter, men Trygdeetatens utgifter til fysioterapi øker for hvert år. Fra 1998- 2003 har utgiftene til fysioterapi økt med 85 %. Økningen på 85 % refererer til refusjonsdelen av behandlingsoppgjøret.

4.5.4 Organisasjoner for utøvere av fysioterapi

NFF ble etablert i 1895 og er den organisasjonen i Norge som i hovedsak organiserer fysioterapeutene i Norge. Forbundet har 13 faggrupper og to fagfora, nemlig faggrupper for følgende: Barne- og ungdomsfysioterapi, ergonomi, geronto- og geriatisk fysioterapi, manuellterap, mensendieckfysioterapi, nevrologi-ortopedi og revmatologi (NOR), kvinnehelse, psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi,

idrettsfysiologi, hjerte- og lungefysioterapi, onkologisk fysioterapi og lymfødembehandling, fagforum for terapiriding og fagforum for akupunktur. NFF er tilsluttet hovedsammenslutningen Utdanningsgruppens Hovedorganisasjon (UHO), stiftet 10. desember 2001. UHO har følgende medlemsforbund; Utdanningsforbundet, Norsk Sykepleierforbund, Politiets Fellesforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Ergoterapeutforbund, Det Norske Diakonforbund og Universitets- og Høyskoleutdannedes Forbund.

NFF er medlem av The World Confederation for Physical Therapy (WCPT)¹⁸, en verdensomspennende non-profit organisasjon for fysioterapeuter. Organisasjonen ble grunnlagt i 1951, og representerer over 225 000 fysioterapeuter fra 82 medlemsorganisasjoner. Medlemsorganisasjonene er organisert i fem regionale grupper; Afrika, Asia og Vestlig Stillehav, Europa¹⁹, Nord Amerika og Karibien, og Sør Amerika. WCPT har også en undergruppe for fysioterapeuter med videreutdanning i manuell terapi.

Det finnes et annet forbund for fysioterapeuter i Norge; Privatpraktiserende Fysioterapeuters forbund (PFF), som per i dag organiserer ca 520 medlemmer.

4.5.5 Fysioterapeuters samarbeidspersonell

Fysioterapeuter samarbeider med alt annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten, på sykehus, på rehabiliteringssentre, ved trygdemedisinske poliklinikker og innen bedriftshelsetjeneste (BHT) og helse-, miljø- og sikkerhetstjenesten (HMS). Innen idretten er fysioterapeuter sentrale i støtteapparatene til de aktive idrettsutøverne. Fysioterapeuter har lenge vært sentrale i helsefaglig virksomhet på tvers av profesjonsgrenser – for eksempel innen rehabilitering. I nyere helsepolitisk planlegging legges det stor vekt på tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid – noe som blant annet nedfeller seg i helsefagutdanninger på både grunn- og videreutdanningsnivå.

4.5.6 Fysioterapi i andre land

For å vise hvordan fysioterapien er regulert i andre land har NFF hentet informasjon fra The World Confederation of Physical Therapy (WCPT), hvor de er medlem. WCPT er oppdelt i regioner (se vedlegg nr V).

¹⁸ <http://www.wcpt.org>

¹⁹ <http://www.wcpt.org/membership/regions/europe/index.php>

5. Utdanningene

I dette kapitlet beskrives utdanningene, basert på profesjonsrepresentantenes selvpresentasjoner. Beskrivelsen av den svenske naprapatiutdanningen er todelt. I kapittel 5.1.1 til 5.1.4 gis en beskrivelse basert på NNFs og den svenske skolens presentasjoner.

I kapittel 5.1.5 redegjøres det for det svenske Högskoleverkets nye utredning om skolen. Utredningen ble gjort i 2004 på oppdrag fra den svenske regjering. Den ble ferdigstilt 10. desember 2004.

Det viser seg at det er store sprik mellom skolens og fagrepresentanters beskrivelser og resultatet av utredningen. Etter arbeidsgruppens vurdering bør sistnevnte tillegges størst vekt når norske helsemyndigheter skal ta stilling til spørsmålet om autorisasjon av naprapater.

5.1 Naprapatiutdanning

Det finnes ingen utdanning i naprapati i Norge, norske naprapater utdannes ved en privateid naprapatiskole i Sverige. Det fokuseres derfor på den svenske naprapatiutdanningen.

I tillegg finnes en naprapatiskole i Finland, samt en i Illinois, USA. Innholdet i den amerikanske naprapatiskolen kan variere mye fra de nordiske skolene. Den finske utdanningen er basert på den svenske modellen. I Finland er naprapatiutdanningen offentlig akkreditert som en fireårig bachelorutdanning og tilbys ved en polyteknisk høyskole.

5.1.1 *Beskrivelse av den svenske naprapatiutdanningens omfang, organisering, regulering*

Den svenske naprapatskolen holder til i Stockholm og har eksistert siden 1970. Den er privateid og drives som et aksjeselskap. Skolen kalles Naprapathögskolan, men er ikke formelt akkreditert som offentlig høyskole og har ikke offentlig eksamensrett. Skolen er underlagt det svenske Högskoleverkets tilsyn. Högskoleverket leverte 10. desember 2004 en utredning om Naprapathögskolan AB (og om en svensk kiropraktorskole). Sammendrag av denne utredningen gjengis i vedlegg nr VI. Hele rapporten er å finne på <http://www.hsv.se>.

Skolens grunnlegger er naprapat Björn J. Berg, utdannet i Chicago i 1970. Pr 2003 var det ca 360 studenter ved skolen, derav omkring 130 norske.

Naprapatutdanningen er en fireårig heltidsutdanning som leder fram til tittelen "eksaminert naprapat". Fordi skolen mangler en formell akademisk godkjenning/akkreditering, leder utdanningen ikke fram til noen akademisk tittel. Opptakskrav er "grundläggande högskolebehörighet" (allmenn studiekompetanse).

Studenter ved skolen har siden årsskiftet 2000-2001 hatt rett til offentlig studiefinansiering. Svenske studenter får studielån og stipend fra Centrala studiestödsnämnden og norske gjennom Statens lånekasse for utdanning. Tidligere måtte studentene selv finansiere sine studier.

Lærerkrefter: Omkring 20 lærere og to skoleledere (rektor og studierektor) er ansatt i hel- eller deltidsstilling ved skolen. De fleste underviser først og fremst i praktiske emner, og noen i teori, blant annet knyttet til anatomi. Det arbeides for å beholde lærere med høy kompetanse og didaktisk bakgrunn, og skolen har som målsetning at alle lærere innen humanbiologi og medisin skal være spesialutdannet eller være aktive innen forskning på egne undervisningsområder. Lærere som underviser i praktiske emner er først og fremst naprapater, noen er fysioterapeuter og noen er kiropraktorer. Det kreves at alle har undervisningserfaring og er autorisert (legitimerad). I tillegg må de ha flere års erfaring i klinisk virksomhet og fortsatt være klinisk aktive. Lærerne evalueres kontinuerlig ved at studentene evaluerer alle kurs de har fullført.

Undervisningen er lagt opp i "emnesblokker" – hvorav en blokk eksempelvis består av anatomi, forskningsmetodikk, idrettsmedisin, klinisk praksis og naprapati. Tradisjonell teoretisk undervisning og problembasert innlæring (PBL) kombineres. Ulike undervisningsformer benyttes: Forelesninger, praktiske øvelser og ferdighetstrening med veiledning, pasientdemonstrasjoner og mer studentaktiverende metoder som gruppearbeid, studiebesøk, feltstudier, prosjektarbeid, tematiske studier, seminarer og litteraturstudier (pensumlesing, egenstudier). Studentmedvirkning og ansvar for egen læring vektlegges.

a) *Det naprapatifaglige (teori, metoder, fagetiske regler, etikk, forskning)*

Naprapati beskrives som et virksomhetsområde bestående av flere manuelle behandlingsteknikker. Det første og andre året undervises det i mykdelsbehandling som består av klassisk massasje, muskeltøyning (stretching) og behandling av myofasielle triggerpunkter. I tredje og fjerde semester begynner undervisningen i mobilisering og manipulasjonsteknikker. Undervisning i manipulasjon fortsetter deretter gjennom hele utdanningen. I tillegg gis det undervisning i elektroterapi og ergonomiske vurderinger. Praktiske emner og teori kombineres.

b) *MED- og VEKS-fag*

Naprapatiststudenter får undervisning i anatomi, fysiologi og patologi/sykdomslære, samt diagnostisering og differensialdiagnose. Undervisningen tilsvarer ifølge skolen 65 studiepoeng teoretisk undervisning og omkring 80 studiepoeng som inngår i klinisk praksis. Undervisning i disse fagene skje parallelt med undervisning i naprapatiens virksomhetsområde (se ovenfor).

Naprapatskolens undervisning i VEKS-fag omfatter pasientkommunikasjon og anamnese, samt relevant psykologi og etikk knyttet til relasjonen mellom terapeut og pasient. Norske naprapatiststudenter gis undervisning i norsk lovverk, de svenske i svenske lover og regler. I tillegg gis studentene undervisning i samtalemotodikk, medisinsk etikk og sosialmedisin. Skolen anser forskning som viktig både for skolen og for yrkesgruppen. Det knyttes an til vitenskapelig metode og kritisk tenkning i løpet av hele studiet. Dette evalueres ved at studentene må utføre et prosjektarbeid av undersøkende karakter som etter deres beregning tilsvarer 10 studiepoeng.

c) *Praksisopplæring/veiledet praksis for naprapater*

Fra andre termin begynner studentene å ta imot egne pasienter. I begynnelsen tilbyr de massasje til friske mennesker som ønsker å forebygge mot plager, etter hvert som de har bestått ulike teoretiske og praktiske prøver, får de ferdighetstrening i

mobiliserings- og manipulasjonsteknikker. Fra annen termin har studentene anledning til å treffe 4-6 pasienter. Klinisk praksis foregår ved egen skoleklinikk som omfatter resesjon, venterom, journalrom, osv, samt 45 behandlingsrom.

Svenske naprapater må også gjennomføre ett års "praktiktjänstgöring" (turnustjeneste) som består av tre måneder innen sykehus med lege som veileder og seks måneder hos autorisert naprapat og 3 måneder i egen regi for å bli autorisert i Sverige. Norske naprapater tar i hovedsak ikke turnustjeneste i Sverige. Siden de ikke regnes som helsepersonell i Norge, men som utøvere av alternativ behandling, har de anledning til å drive behandlingspraksis uten turnustjeneste.

5.1.2 Godkjennings- og finansieringsordninger

Studentene har hatt rett til studielån siden skoleåret 2000-2001. Skolen gis ingen offentlige midler til drift eller fagutvikling.

Den akkrediterte finske naprapatiutdanningen er del av det offentlige utdanningssystemet, kvalifiserer som nevnt til en bachelorgrad og finansieres antakelig på lik linje med øvrige offentlige utdanningstilbud i Finland.

I USA utdannes naprapater ved National Collage of Naprapathic Medicine. Det er ikke innhentet informasjon om denne skolens status/akademiske nivå, da den ifølge NNFs vurdering er svært ulik den svenske skolen hvor norske naprapater tar sin utdanning.

5.1.4 Den svenske naprapatiskolens deltakelse i internasjonalt samarbeid

Skolen samarbeider med det finske og det norske naprapatimiljøet. Norske naprapater har sin utdanning fra skolen, det samme gjelder mange finske. Det leies av og til lærere fra Chicago. Videre samarbeider det svenske naprapatforbundet og naprapatskolen med internasjonale autoriteter innen manuell medisin. Naprapatskolen har som målsetning å skape internasjonale kontakter, framfor alt når det gjelder lærerkreftene. De følger også med på det som skjer innen forskning på feltet manuell medisin.

5.1.5 Det svenske Högskoleverkets vurdering av naprapatskolen

Högskoleverket har, etter oppdrag fra den svenske regjering, og i samarbeid med Socialstyrelsen, foretatt en helhetlig utredning av de to privateide skolene, Naprapathögskolan AB og Stiftelsen Kiropraktorhögskolan Scandinavia. Hensikten var å sammenligne disse skolene med det øvrige utdanningssystem, samt med yrkesvirksomhet innenfor helsesektoren.

Deres rapport ble levert til den svenske regjeringen i desember 2004. Hovedkonklusjonen utdanningene ikke oppfyller kravene til høgskoler med statlig godkjenning fordi det foreligger bristende integrasjon mellom teori og praksis, lærerkreftene har ikke tilstrekkelige akademiske kvalifikasjoner og skolene mangler forskningstilknytning. Utdanningene er ikke tilstrekkelig forankret i vitenskap og dokumenterte, systematiserte erfaringer. Veiledning og undervisning foretas i for stor grad av lærere uten den rette kompetanse. Det anmerkes det at kvaliteten på eksamensarbeider og pasientjournaler ikke holder mål, samt at skolenes bibliotekressurser er knappe. Utredningsgruppen konstaterer også at de definisjoner

og avgrensninger av virksomhetene som gis i Sosialstyrelsens forskrifter ikke avspeiles i utdanningenes utforming. Det konkluderes med at naprapater og kiropraktorer utdannet ved disse skolene ikke kan forventes å ha fått tilstrekkelige kunnskaper gjennom sin utdanning til å vite hva som skal til for å overholde gjeldende forskrifters krav²⁰.

Den svenske utredningsgruppen anser at den eneste måten å videreutvikle utdanningene slik at de kan oppfylle gjeldende krav til høyere utdanning, er å innlemme dem omgående i det statlige høyskolesystemet. Ved å være del av høyskolemiljøer med den struktur og de ressurser som er nødvendige for å utvikle et kreativt og kritisk akademisk miljø vil de kunne videreutvikles. Det foreslås innlemming ved et medisinsk fakultet eller tilsvarende.

Både studenter, lærere og ledelsespersoneer gav ifølge utredningsgruppen uttrykk for at de mener en slik løsning kan være hensiktsmessig. Studentene gis anledning til å studere i flerfaglige miljøer og de vil få samme økonomiske vilkår for sin studievirksomhet som andre studenter. Videre vil de få en formelt godkjent utdanning som gir mulighet til å gå videre med forskningsutdanning.

Ved at utdanningene innlemmes ved et medisinsk fakultet eller tilsvarende, vil samfunnet få verktøy til å vurdere og ved behov endre to utdanninger som etter dagens ordning er studiefinansieringsberettigede og autorisasjonsgivende (legitimasjonsgrundande). Se for øvrig vedlegg nr VI. for gjengivelse av rapportens sammendrag. Fullstendige rapporten finnes på <http://www.hsv.se>.

Den norske arbeidsgruppen legger avgjørende vekt på konklusjonene. Vurderingen bør få konsekvenser for norske helsemyndigheters avgjørelse når det gjelder spørsmålet om en eventuell autorisasjon av naprapater (mer om dette i kapittel seks og kapittel åtte).

Arbeidsgruppen er kjent med at naprapatiskolen har kommentarer til utredningens innhold (se <http://www.nph.se/download/54/x/Yttrande%20slutversion.doc>).

5.2 Osteopatiutdanning

De fleste norske osteopater er utdannet ved en norsk osteopatiskole som tilbyr deltidsutdanning over fem år og som samarbeider med osteopatiskoler i Storbritannia. I tillegg finnes noen med osteopatiutdanning fra hel- eller deltidsskoler i Storbritannia, og noen med utdanning fra andre europeiske land som Frankrike og Belgia.

Innledningsvis i dette kapitlet følger arbeidsgruppens vurdering av den norske osteopatiskolens organisering.

Deretter beskrives den norske osteopatiskolens faglige innhold kort. Tilslutt følger en presentasjon av den engelske osteopatiskolen European School of Osteopathy (ESO) som eksempel på en akkreditert osteopatiutdanning. Vi har også valgt å beskrive ESO på grunn av det nære samarbeidet mellom dem og den norske osteopatiskolen.

²⁰ Etter opplysninger arbeidsgruppen har innhentet vil dette synspunktet bli omtvistet av den svenske naprapatiskolen

5.2.1 Den norske osteopatiutdanningens innhold, omfang og organisering

Norsk osteopatihøgskole (NHO) er den eneste osteopatiutdanningen som finnes i Norge. NHO kaller seg høgskole, men er ikke offentlig akkreditert av Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT). Skolen er privateid og administreres av et sekretariat på Hønefoss. Sekretariatet formidler deltidsutdanning for studentene gjennom en strukturert kursvirksomhet over fem år. Det finnes ingen fysisk skolebygning for osteopatiskolen, undervisningen arrangeres derfor i faste konferanselokaler i Oslo.

Totalt 101 studenter var tatt inn ved skolen i november 2004. I tillegg er i omkring 40 personer tilknyttet skolen fordi de er i ferd med å avslutte sin prosjektoppgave i osteopati. Dette er hovedsaklig personer som har fullført sin øvrige osteopatiutdanning ved en belgisk skole. Da NHO i 1998 begynte sitt samarbeid med European School of Osteopathy (ESO), ble det innført krav om å fullføre prosjektoppgave, og det ble laget en bransjeintern overgangsordning i NOF for å ivareta kravet opp faglig oppgradering av de belgisk-utdannede osteopatene.

Samarbeid mellom NHO og ESO: Skolen og osteopatirepresentantene oppgir at NHO har nær faglig tilknytning til og et nært samarbeid med ESO. ESO er en av de akkrediterte heltidsutdanningene (fireårig) i Storbritannia, og NHO oppgir at de har tilpasset seg ESOs akademiske modell og standard i sin studieplan, noe som bekreftes av ESOs rektor. Avtalen innebærer at 4-5 av ESOs faste lærerstab er forpliktet til å undervise i Norge. Det varierer hvem som stiller (avhengig av tilgjengelighet og faglig kompetanse). Andre lærere fra ESO og fra belgiske fagmiljøer underviser også ved NHO dersom det er behov for det.

Organisering av undervisning og eksamen: NHOs studenter får all undervisning i Norge, men må ta avsluttende, femte års eksamen ved ESO i England. Utdanningen avsluttes deretter med en prosjektoppgave som vurderes av en kombinasjon av interne (fra NHO/ESO) og eksterne sensorer (professor i medisin og i statistikk og osteopatilærere). Bestått eksamen gir tittelen "Osteopat DO" og kvalifiserer ifølge fagrepresentantene til mastergradsstudium ved ESO/University of Wales.

Deltidsutdanning i form av ukeskurs: Utdanningen organiseres som en deltidsutdanning ved at det arrangeres en rekke ukeskurs i konferanselokaler i Oslo. Utdanningen består av teoretisk og praktisk undervisning i kombinasjon.

Undervisningsomfang: Studentene får ca 2 000 timers undervisning over fem år. De må også skrive en prosjektoppgave som oppgis å tilsvare 300 timers arbeid. Kollokviegrupper veiledet av ferdig utdannet osteopat utgjør 660 timer som inngår i det totale timeantallet. I tillegg benytter studentene tid til egenstudier.

Lærerkrefter: Ingen lærere er fast ansatt ved NHO, men ni norske osteopater / osteopatifaglige lærere er fast tilknyttet skolen, to av dem har mastergrad. I tillegg har NHO faste avtaler med fem lærere/medisinere om undervisning i MED-fag. Sistnevnte er fra norske høgskoler og universitetsmiljøer. I tillegg underviser, som tidligere nevnt, fire-fem lærere fra ESO fast ved NHO.

Opptakskravet til NHO ble da arbeidsgruppen begynte sitt utredningsarbeid beskrevet som at man må være *"autorisert fysioterapeut (eller lege)"* for å studere osteopati ved NHO. Skolen har etter hvert endret sin beskrivelse av opptakskravet til *"basiskompetanse i anatomi, fysiologi, biomekanikk og patologi, tilsvarende det nivå som følger av en grunnutdanning i fysioterapi"*, og oppgir at søkere med annen medisinsk bakgrunn blir vurdert opp mot dette og kan tilbys et oppgraderingskurs ved

behov. Eksempelvis vil en sykepleier trenge innføring/oppgradering før de kan begynne på utdanningen, mens fysioterapeuter er kvalifisert basert på sin grunnutdanning. Det tas ikke inn studenter som ikke har en helsefaglig grunnutdanning på minst bachelornivå.

Arbeidsgruppen har forsøkt å ta rede på konkrete forhold knyttet til samarbeidet mellom NHO og ESO, men mener at følgende framstår som uklart:

- ✓ Hvorfor får ikke studenter ved NHO en engelsk bachelorgrad i osteopati fra ESO når de avlegger eksamen ved ESO og i stor grad undervises av ESO-lærere?
- ✓ Hvordan kan studenter uten en formelt godkjent bachelorgrad i osteopati ta en formelt godkjent mastergrad i osteopati?

Arbeidsgruppens totale inntrykk er for øvrig at osteopatirepresentantene i sine beskrivelser forsøker å vise at NHOs utdanningstilbud har god kvalitet, men at de – antakelig på grunn av manglende innsikt i utdanningssystemet – til en viss grad bruker beskrivende terminologi på en uklar måte. Dette kan skyldes at den private norske osteopatiskolen er inspirert av systemet i Storbritannia. I den forbindelse oversettes kanskje betegnelser som er korrekte i Storbritannia på en måte som ikke er i tråd med betegnelser som beskriver det norske systemet.

5.2.1.1 Mindretallsmerknad

Osteopatirepresentantene har ikke en bred erfaring i bruk av terminologi som kunne gjort beskrivelsene av osteopatiutdanningen mer korrekte fra begynnelsen av utredningsarbeidet. Vi har lært mye underveis. Dette har ført til enkelte endringer, deriblant en omformulering av opptakskravet til NHO. Etter omformuleringen framkommer den faglige kompetanse som er viktig, *"basiskompetanse i medisinske fag tilsvarende nivå fra grunnutdanning i fysioterapi"*, og ikke tittelen *"autorisert fysioterapeut"*. NOF anser dette som bedre og riktigere. Det har ikke vært vår hensikt å gi inntrykk av at NHOs utdanningstilbud er offentlig godkjent i Norge, men å vise at den aksepteres av den akkrediterte engelske skolen ESO.

ESOs osteopatiutdanning på bachelornivå (BSc Honours Degree) er akkreditert av General Osteopathic Council (GosC), som også er ansvarlig for autorisasjon av osteopater i Storbritannia. I tillegg tilbyr ESO en ettårig mastergradsutdanning (MSc in Osteopathy) som er akkreditert av University of Wales. Dette bekreftes i et brev fra academic vice principal Paula Fletcher ved ESO, datert 26. mars 2004. Det framgår i brevet at NHO-studenter som tar eksamen ved ESO ikke får en bachelorgrad fra ESO fordi ESO ikke har validerende rettigheter, men at de likevel kan gå opp til den høyere akademiske graden MSc in Osteopathy.

ESO samarbeider med University of Wales om undervisning i forbindelse med mastergradsutdanningen. Vitnemål for fullført mastergradsutdanning utstedes av universitetet. Undervisningen foregår delvis ved ESO og delvis ved universitetet.

NHO er i sterk utvikling, blant annet med å tilpasse seg det norske utdanningssystem. Skolen har som framtidig målsetning å tilfredsstille de krav til utdanning som norske myndigheter (ved NOKUT) stiller for at et utdanningstilbud skal kunne akkrediteres.

Skolen vil i løpet av mars 2005 bli registrert i Brønnøysundregisteret som en stiftelse.

a) *Det osteopatifaglige (teori, metoder, fagetiske regler, etikk, forskning)*

Omfanget av undervisning i osteopatiske fag er på 1125 timer og består av diagnose og behandlingsteknikker. Undervisingstimer benyttet til basalmedisinske fag (MED-fag) og osteopatifag til sammen utgjør 1350 timer, og omfatter også anatomi, funksjonell anatomi, biomekanikk, fysiologi, sykdomslære, undersøkelse og osteopatiske teknikker. Blant de osteopatirelaterte fag/temaer/teknikker som dekkes er generell osteopatisk terapi, myofascielle teknikker, muskelenergi teknikker, chapman refleksteknikker, klinisk nevrologi, medisinsk differensialdiagnose, osteopatisk integrasjon, lymfatiske teknikker, artikulering, mobilisering, "high velocity low amplitude" teknikker og tøyning. Videre gis det teoretisk undervisning i osteopatiske prinsipper og filosofi, inklusive etikk.

I tillegg inngår undervisning i farmakologi og radiologi, fag som for øvrig også hører hjemme i andre helseprofesjonsutdanninger.

b) *Opplæringsplaner i MED- og VEKS-fag:*

Undervisning i MED-fag utgjør 225 timer, derav 81 timer ren anatomi, 54 timer ren fysiologi og 36 timer ren patologi. I tillegg dekkes MED-fag gjennom mer osteopatirelatert undervisning, som nevnt ovenfor.

Undervisningen i VEKS-fag dekker 45 timers undervisning i forskning. Det undervises også i statistikk, og det kreves at studentene skriver en selvstendig prosjektoppgave.

Det undervises i etikk parallelt med mer osteopatirelaterte fag gjennom hele studietiden.

Undervisning i samfunnsfag inkludert kunnskap om norsk helsetjeneste og relevant lov- og forskriftsverk blir ivaretatt fordi studentene som tas opp ved NHO allerede er autorisert helsepersonell (fysioterapeuter og leger).

c) *Praksisopplæring knyttet til den norske osteopatiutdanningen*

Studentene blir veiledet (hands on) gjennom praktisk undervisning. I tillegg arbeider de i kollokviegrupper ledet av kvalifiserte osteopater i 660 timer.

Alle osteopatistudentene i Norge har gjennomgått turnustjeneste som fysioterapeut (eller lege) før opptak ved NHO.

5.2.2 *Osteopatiutdanning i andre land*

Det finnes private utdanningsinstitusjoner som tilbyr heltidsstudium i osteopati i fleste land i Europa. Det finnes også flere som tilbyr deltidstudium. Hel- og deltidstudiene leder fram til samme kompetanse.

I Finland, Sveits, Australia og New Zealand finnes det kun heltidsutdanninger i osteopati. De aller fleste drives i privat regi, noen er offentlig godkjente.

I Storbritannia finns det åtte akkrediterte osteopatiutdanninger. Akkreditering av skolene skjer kontinuerlig, ved at fornyelse av dette status skjer hvert andre til fjerde år. Basis for akkrediteringen er en inspeksjonsprosess, utført av General Osteopathic Council sammen med Quality Assurance Agency, et kvalitetssikringsorgan for høyere utdanning i England, som kan sammenlignes med NOKUT i Norge. I Norge, Sverige, Nederland, Østerrike, Tyskland, Brasil og Russland finnes kun privateide deltidsskoler som ikke er akkrediterte.

Det finnes både hel- og deltidstudanninger i Belgia, England, Frankrike, Tyskland, Portugal, Spania, Italia, Japan og Canada. De fleste er privateide. Som nevnt er noen få akkrediterte.

Videre i dette kapitlet gis en kort beskrivelse av en engelsk utdanningsinstitusjon, European School of Osteopathy (ESO), som den norske skolen samarbeider med:

European School of Osteopathy

ESO er eksempel på en akkreditert bachelorutdanning i osteopati, der opptakskravet er to A-levels (biologi eller kjemi og fysikk) og tilsvarer generell studiekompetanse med vekt på naturfag.

Over fire år gis det 4 500 undervisningstimer (kontakttimer), hvorav 960 er pasientbehandling på skoleklinikk, under veiledning. Dette tilsvarer 1 125 timers undervisning årlig. I tillegg forventes det at studentene benytter ca 540 timer til egenstudier (additional learning and directed studies) innenfor angitte fagområder/temaer.

Til sammenligning er det i Norge alminnelig at høyere studier tilsvarer ca 600 timers timeplanfestet undervisning (kontakttimer) pr år, mens det i tillegg forventes en betydelig høyere grad av innsats til egenstudier.

Utdanningen er organisert som 22 moduler, og i siste studieår kreves det innlevering av en selvstendig fordypningsoppgave, som de kaller et "forskningsprosjekt". Slike forskningsprosjekter er ifølge NOF vanligvis kliniske studier men kan også være litteraturstudier eller meta-analyser. De to sistnevnte må særgodkjennes av forsknings-kommisjonen ved skolen.

5.2.4 Godkjennings- og finansieringsordninger

Den norske osteopatiskolen drives i privat regi, er ikke akkreditert og mottar ingen offentlig finansiering. Det samme gjelder de fleste europeiske osteopatiskoler (ikke-akkrediterte, privateide deltidsskoler).

I Finland er osteopatiutdanningen del av en Polyteknisk Høyskole i Helsingfors. Denne er statlig drevet og finansiert, og utdanningen er akkreditert.

I Storbritannia finns det åtte akkrediterte osteopatiutdanninger. Akkreditering av skolene skjer kontinuerlig, ved at fornyelse av dette status skjer hvert andre til fjerde år. Basis for akkrediteringen er en inspeksjonsprosess, utført av General Osteopathic Council sammen med Quality Assurance Agency²¹, et kvalitetssikringsorgan for høyere utdanning i England, som antakelig kan sammenlignes med NOKUT i Norge.

²¹ Se www.qaa.ac.uk for mer informasjon

Noen osteopatiutdanninger i England er også validert gjennom universiteter, noe som innebærer at studentene får en bachelorgrad (Bachelor of Science), hovedsakelig på basis av et fireårig heltidsstudium (2 år pre-klinisk og 2 år klinisk).

5.2.5 Den norske osteopatiskolens deltakelse i internasjonalt samarbeid

NHO samarbeider med ESO i England og er tilknyttet OSEAN (Osteopathic European Academic Network), hvor følgende land er representert: Belgia, England, Frankrike, Portugal, Russland, Spania, Sveits, Sverige, Tyskland, Østerrike og Finland. Dette er en samling av europeiske osteopatiskoler som har som mål å få en ensartet studieplan av høyere akademisk standard for osteopatiutdanninger i Europa.

5.3 Manuellterapiutdanning

Fra januar 2005 utdannes manuellterapeuter i Norge ved klinisk masterstudium i manuell terapi for fysioterapeuter (MMT), som er underlagt Seksjon for fysioterapivitenskap, ved Universitetet i Bergen (UiB). Tidligere har utdanningen vært organisert som videreutdanning ved UiB (2000-2004), videreutdanning ved Høgskolen i Oslo (1991-98) og som en privat utdanning, finansiert av studentene selv (1954-1991).

Utdanningen har til hensikt å gjøre gi studentene spesialkompetanse i undersøkelse og behandling av pasienter med lidelser i muskel- og skjelettsystemet, videreutvikle sin evne til kritisk tenkning og sitt forhold til fagutvikling etter vitenskapsmetodiske kriterier og kvalifisere til undervisnings- og veiledningsoppgaver. Utdanningen er tilpasset en primærkontaktfunksjon i helsevesenet med henvisnings- og sykmeldingsrett (Henvisningsprosjektet).

Utøvere av manuellterapi godkjennes som spesialister yrkesorganisasjonsinternt av NFF, som hittil har ansett utdanning i manuellterapi som en av flere spesialistutdanninger for fysioterapeuter. Arbeidsgruppen er kjent med at Sosial- og helsedirektoratet for tiden vurderer for tiden hvorvidt utdanningen bør omfattes av *Forskrift for spesialistgodkjenning av helseprofesjoner* av 21.12.2000. I så fall kan manuellterapi bli ansett som en offentlig godkjent spesialitet.

5.3.1 Utdanning i manuell terapi: omfang, organisering, regulering

Manuellterapiutdanningen (MMT) gir 120 studiepoeng. Studiet er lagt opp med tanke på at kandidatene skal utvikle kompetanse til blant annet forskning dersom de går videre med doktorgradsutdanning. Opptakskravene er autorisasjon som fysioterapeut basert på en grunnutdanning som etter dagens studiemodell består av høyskoleutdanning på bachelornivå (3 år / 180 studiepoeng), samt ett års turnustjeneste. I tillegg kreves ett års praksis som fysioterapeut og dokumenterte kunnskaper i forskningsmetode tilsvarende 9 studiepoeng.

Utdanningen er organisert som et heltidsstudium over to år (fire semestre). Undervisningen er organisert i fagblokker. All undervisning er obligatorisk og gis i form av forelesninger, seminarer, gruppearbeid, studentpresentasjoner, praktiske samlinger og veiledet klinikk. Teori og praksis integreres ved at det tas utgangspunkt i kliniske problemstillinger som studentene skal drøfte for å få trening i å identifisere,

definere, analysere og forklare praktiske eller teoretiske problemer eller fenomener knyttet til manuellterapi. I hvert teoretisk fagfelt gis det obligatoriske studieoppgaver som inngår i mappeevaluering. Disse må være godkjent før studentene avlegger avsluttende eksamen.

Det kreves også at studentene gjennomfører en klinisk mastergradsoppgave der teori og praksis integreres og der kunnskap knyttet til undersøkelse og behandling innen manuellterapi skal synliggjøres.

Manuellterapi er utdanningens kjernefag. Fagets teoretiske grunnlag, samt øvelse i ferdigheter og praktisk yrkesutøvelse vektlegges i utdanningen. Det tas utgangspunkt i studentenes kunnskaper fra fysioterapiutdanningen, som inkluderer basiskunnskaper og forståelse av anatomi, fysiologi, patologi og biomekanikk, samt en praksis fundert på et samfunnsorientert perspektiv på sykdom.

Manuellterapeuters mulige fremtidige rolle som primærkontakter i helsevesenet har skjerpet kravene til faggruppens kompetanse og er tatt hensyn til i masterprogrammet.

Manuellterapeuten utdannes til å kunne utøve rollen som primærkontakt i helsetjenesten. Derfor gis det opplæring i differensialdiagnostikk og bildediagnostikk, og i trygdemedisin.

a) *Det MMT-faglige innholdet i utdanningen*

Det faglige innholdet defineres her som undervisning i fag/temaer knyttet til det særegne ved utøvelse av manuellterapi. Undervisningen i kjernefaget manuellterapi er sentral, og gis innenfor en modul som tilsvarer 65 studiepoeng og omfatter fagets historiske og teoretiske grunnlag.

Studentene får grundig opplæring i undersøkelsesprosedyrer og ulike behandlingsteknikker som benyttes innen manuellterapi. Forståelsen for sammenhengen mellom struktur og funksjon i muskel- og skjelettsystemet er sentral kunnskap. Studentene skal tilegne seg teoretisk forståelse for og praktiske ferdigheter i anvendelse av mobiliseringsteknikker, inklusive manipulasjongrep, og av trening i å planlegge og igangsette adekvate behandlingsstrategier som ivaretar pasientenes kort- og langsiktige behov.

b) *Opplæringsplaner i MED- og VEKS-fag:*

Opplæring i MED- og VEKS- fag for manuellterapeuter er i stor grad ivaretatt i deres grunnutdanning i fysioterapi. Det gis likevel undervisning i sosialmedisin og trygdemedisin tilsvarende fem studiepoeng og i fagmodulen helse, sykdom, kommunikasjon og beslutningsteori tilsvarende fem studiepoeng.

Følgende temaer omfattes: Kunnskap om helsebegrepet, teorier om helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak, kommunikasjon med pasienter og samarbeidspartnere og innføring i klinisk beslutningsteori. Det gis dessuten undervisning i differensialdiagnose, laboratorieprøver samt i radiologi.

Opplæring i forskningskompetanse vektlegges ved at studentene får opplæring i ulike kritisk tenkning, forskningsmetoder og forskningsdesign, samt etiske aspekter knyttet til temaet tilsvarende 15 studiepoeng.

c) *Praksisopplæring for manuellterapeuter*

Studentene skal ha pasientkontakt gjennom hele studiet for å få anledning til å integrere nødvendige kunnskaper, erfaringer og ferdigheter. Gjennom praktisk trening innøves ferdighet i undersøkelses- og behandlingsteknikker. Hensiktsmessige arbeidsstillinger og optimal håndtering av pasientene vektlegges. Klinisk praksis foregår hos praksisveileder godkjent av MMT. Veileder må være spesialist i manuellterapi og ha veiledningsavtale med MMT. Den kliniske opplæringen skal være integrert i den teoretiske og gjenspeile det som gjennomgås av teoretiske og praktiske emner. Studenten skal være på praksisstedet fire dager pr uke i praksisperioder som delvis består av et organisert undervisningsopplegg og delvis av behandling av egne pasienter. Virksomheten på praksisstedet er en del av studiet. Praksisopplæringen omfatter omkring 1800 konsultasjoner og har til hensikt å sikre at studentene opparbeider et tilstrekkelig referansegrunnlag til å sikre faglig modning og integrering av teori. Veileder skal være tilgjengelig for studentene i praksisperioden. Studentene skal ha 250 timer veilederstyrt praksis. Undervisningsformer er individuell veiledning, trening under supervisjon og gruppearbeid. Målsetningen er at studentene skal utvikle ferdigheter i manuellterapi og lære hvordan ulike metoder kan anvendes i klinisk praksis. Praksis evalueres ved at studentene fører protokoll over utførte behandlingstiltak gjennom de to årene. Praksisveileder skriver rapport hvert halvår til MMT for å dokumentere antall konsultasjoner, at det har vært tilstrekkelig bredde i ulike typer pasientproblemer, hvilke ferdigheter og metoder som er gjennomgått og hvorvidt læringsmål er oppnådd.

I tillegg er det utviklet et etterutdanningsopplegg i forbindelse med tilpasning til de nye arbeidsoppgaver og ansvar manuellterapeuter har i tilknytning til Henvisningsprosjektet (se vedlegg IV). De fleste av landets manuellterapeuter har bestått etterutdanningseksamen.

5.3.2 *Godkjenningsordninger og finansierungsordninger*

Manuellterapiutdanningene bygger på en internasjonal standard fra International Federation of Orthopaedic Manipulative Therapists (IFOMT). Standarden setter minimumskrav til medlemslandene og fagorganisasjonene/utdanningsorganisasjonene i de enkelte landene kan sette tilleggskrav til utdanningene. Utdanningen i manuellterapi knyttes internasjonalt i økende grad til universitetssystemet. Det samme har skjedd med mastergradspåbygningen, mens grunnutdanningen den bygger på tilbys ved høyskoler og universiteter. Utdanningen finansieres dermed på samme måte som andre utdanninger ved universiteter og høyskoler.

I England, Australia og USA er den en universitetsutdanning på masternivå. I Sverige og Belgia tilbys det utdanning i manuellterapi både privat med privat finansiering og ved noen universitet med rett til studiefinansiering. Utdanning i manuellterapi er bransjeinternt regulert i Finland, Danmark, Tyskland, og Nederland. I disse landene tilbys utdanningen hovedsakelig i privat regi og finansieres av studentene selv. I Australia og USA finansieres den også i noen tilfeller via legater ol, og det er en viss anledning til å søke om studielån.

Norsk godkjenning av utenlandsstudenters rett til å bruke takst A8: Alle søknader blir behandlet av FFMTs utvidede Spesialistutvalg (USU). I USU sitter tre representanter, hvorav én representerer MMT ved Universitetet i Bergen og to er

representanter for FFMT. Utgangspunktet for den rettslige vurdering av søkere med utenlandsk utdanningsbakgrunn er masterutdanningen i manuellterapi ved UiB og Rdir 92/51/EØF. Dersom en søker får godkjent deler av sin utdanning, og må gjennomføre en prøveperiode og/eller egnethetsprøve (klinisk eksamen), har USU etablert et system for form og innhold for dette. Kandidaten hospiterer da hos praksisveileder godkjent av Universitetet i Bergen og benytter seg også av samme type evalueringsskjema som studentene. De må eventuelt ta egnethetsprøve ved MMT. Med dette har FFMT kvalitetssikret innholdet av utdanningen til utenlandsstudentene.

5.3.3 MMTs deltakelse i internasjonalt samarbeid

Staben ved MMT og Seksjon for fysioterapivitenskap ved UiB har et utstrakt samarbeid med flere utenlandske universitet, forskningsenheter og forskere. Seksjonen er sentral i EU-forskning på gange, balanse og postural kontroll.

MMT samarbeider med universiteter i Australia, Sverige, Tyskland, Canada og Brasil. De siste par år har studiet hatt besøk av forelesere fra utdanningsinstitusjoner i flere andre land, deriblant fra: Curtin University og University of Queensland i Australia. Personell fra MMT er også foredragsholdere ved utdanningsinstitusjoner i andre land, for eksempel Tyskland, Hellas, Canada og Spania. Denne typen internasjonalt samarbeid har ført til arrangement av konferanser og workshops og har munnet ut i samarbeidsprosjekter på forskningssiden.

Det foregår og planlegges videre flere tverrfaglige og internasjonale prosjekter knyttet til både forskning og undervisning.

5.4 Kiropraktorutdanning

Kiropraktorutdanninger generelt skal bygge på en internasjonal profesjonsstandard, formulert av Council on Chiropractic Education (CCE) som i Europa blir ivaretatt av European Council on Chiropractic Education (ECCE). Se vedlegg nr VII for kort sammendrag av kravene.

Det finnes ingen utdanning for kiropraktorer i Norge, men Stortinget har bedt regjeringen (13.12.2004) om å *"legge til rette for å etablere et kiropraktorstudium i Norge"*. Både Universitetet i Oslo og Universitetet i Stavanger har utredet muligheten til dette internt og arbeider for opprettelse av et slikt studium. Det er ikke avsatt friske midler til dette.

Inntil 1980 ble de fleste norske kiropraktorer utdannet i USA. I dag befinner majoriteten av norske kiropraktorstudenter seg likt fordelt mellom England og Danmark, mens det fortsatt er kontingenter i USA og i Australia, som har blitt populært som studieland i den senere tid.

I de senere år har utdanning for kiropraktorer i økende grad blitt integrert i universitetsstrukturer som et profesjonsrettet masterstudium i de land som har kiropraktorutdanning samtidig som profesjonsstandarden respekteres og blir ivaretatt. Samme standard legges normalt også til grunn for offentlig godkjenning av kiropraktorer i de land som har slik godkjenning, men med unntak av vårt naboland Sverige.

Kun et fåtall kiropraktorer i Norge har utdanning fra den privateide svenske skolen Stiftelsen Skandinaviska Kiropraktorhögskolan AB. Som tidligere nevnt er ikke denne skolen offentlig godkjent og den har ikke eksamensrett. En ny utredning foretatt av det svenske Högskoleverket viser at skolen fremdeles (pr desember 2004) ikke kvalifiserer til akkreditering som høyskole (se vedlegg nr VI for mer informasjon). Utdanningen gir ingen akademisk grad, men studenter ved skolen har fått innvilget offentlig studiefinansiering. Svenskutdannede kiropraktorer autoriseres i Norge som følge av EØS-regelverk om gjensidig godkjenning av autoriserte helseprofesjoner og også av nordisk overenskomst. De får, av faglige grunner, ikke rett til medlemsskap i NKF. Fullstendig utgave av rapporten finnes på <http://www.hsv.se>. Se også vedlegg nr VI.

I USA er utdanning for kiropraktorer tradisjonelt inndelt i en forutdanning med bestemte krav til fagsammensetning og et profesjonsrettet hovedstudium. Forutdanningen kan helt eller delvis erstattes med studiepoeng i relevante fag fra norske universiteter²².

NKF har lagt innhold og organisering av den danske utdanningen til grunn ved beskrivelse av kiropraktorutdanningen. Dette begrunnes med at denne har nærmest slektskap til norske universitetsutdanninger i helsefag. Beskrivelsen er basert på NKFs skriftlige bidrag til arbeidsgruppen, samt en muntlig presentasjon av professor Niels Grunnet-Nilsson ved Institutt for klinisk biomekanikk, Syddansk universitet i Odense.

5.4.1 Den danske kiropraktorutdanningens innhold, omfang og organisering

Kiropraktorutdanningen i Danmark tar totalt fem år og består av en 3-årig bachelorutdanning i klinisk biomekanikk og en 2-årig profesjonsrettet kandidatutdanning (etter fullført bachelor). Opptakskravet er allmenn studiekompetanse med fordypning i realfag. Det kreves ett års turnustjeneste i Norge etter fullført utdanning for å oppnå autorisasjon.

Ved beskrivelse av kiropraktorstudiet har det vist seg å være vanskelig å skille undervisning i MED- og kiropraktorrelaterte fag fra hverandre, blant annet fordi studentene går sammen med medisinerstudenter i hele bachelordelen. Det ser ut til at studentene undervises i blant annet indremedisinske fag i tillegg til anatomi, fysiologi og biomekanikk i de tre første årene. Undervisning i kiropraktorrelaterte fag er i stor grad er innvevet i MED-faglig undervisning.

Bachelordelen: Bachelordelen i klinisk biomekanikk har som formål å gi studenten det nødvendige vitenskapelige grunnlag innen helsefag inkludert kiropraktikk, for å kunne gjennomføre den profesjonsrettede kandidatdelen av studiet på tilfredsstillende måte.

Bachelordelen er tilnærmet lik bachelordelen i medisinstudiet ved samme universitet med mye felles undervisning i medisinske basalfag. I tillegg undervises det gjennom hele bachelordelen i kiropraktorspesifikke fag som teoretisk og klinisk biomekanikk og regelmessig ferdighetstrening i undersøkelses- og behandlingsteknikker. Det er også lagt inn to kortere strukturerte klinikkopphold hvor studentene følger kiropraktorer i privat praksis i noen dager. Medisinsk Fakultet i Oslo har ved

²² Total studietid i USA er beregnet til 6-8 år forutsatt normal studieprogresjon med 3 kvartalsemester pr år, inkludert forutdanningen som tilsvarer 90 semestertimer i USA (60 studiepoeng i Norge/ett fulltidsstudieår) og kan i store trekk også tas ved norske universiteter.

sammenligning av sin nåværende studieplan skissert at innholdet i bachelordelen i et eventuelt kiropraktorstudium i Oslo kan dekket gjennom felles undervisning med medisinerstudentene i MED- og VEKS-fag gjennom semester 1-4 og semester 7 i medisinstudiet, samtidig som det parallelt planlegges undervisning i kiropraktorspesifikke fag.

Det undervises i følgende fag:

- Innføring i humanbiologi, inkludert sentrale organsystemer, deriblant bevegelsesapparatet. Sammenhengen mellom struktur og funksjon vektlegges. .
- Individ og kommunikasjon
- Samfunnsfag, kommunikasjon og vitenskapelig metode (bl.a. statistikk).
- Cellebiologi (med bl.a. organisk kjemi, biokjemi, genetikk, histologi-kurs og lignende).
- Signalveier, sirkulasjon/respirasjon, blod/immunologi, nyre/syre-base: inkluderer blant annet innføring i nevroanatomi og endokrinologi, disseksjoner av thorax og histologikurs.
- Fordøyelse/ernæring og bevegelsesapparatet (med bl.a. disseksjoner av abdomen, over- og underekstremiteter, demonstrasjoner av ryggpreparater, histologikurs på GI-organer, gruppeundervisning på funksjonsundersøkelse av bevegelsesapparatet).
- Øre-/nese-/hals og øyensykdommer med blant annet disseksjoner og demonstrasjoner av hode-/hals- og hjernepreparater.

Masterdelen: Etter bachelorgraden følger 2 års videre studier for å bli kandidat i klinisk biomekanikk. Masterdelen av studiet inneholder det meste av den kliniske undervisningen i muskel- og skjelettsystemets lidelser. I tillegg skal det skrives en masteroppgave.

Undervisningen er både praktisk og teoretisk orientert. Den består av fag som:

- Generell diagnostikk og bevegelsesapparatets diagnostikk (både teoretisk og integrert i klinikkopphold på medisinske sykehusavdelinger)
- Radiologi og radiografi (både teoretisk og integrert i klinikkopphold på radiologiske sykehusavdelinger)
- Klinisk undervisning og veiledet praksis på instituttets egen undervisningsklinikk (Ringe Rygambulatorium) hvor studenten kontinuerlig gjennom 2 semestre utreder, behandler og følger opp egne pasienter 1-2 dager i uken. I Danmark er undervisningsklinikken en tverrfaglig sykehusavdeling med en egen forskningsenhet hvor pasienter henvises til utredning og behandling fra leger i hele regionen. Klinikken har egen røntgenavdeling med MR som studentene bruker i utredningen av sine pasienter.
- Utplassering i privat praksis 1-2 dager i uken over en periode på 5 uker.
- Flere kortere klinikkopphold på sykehus ved relevante medisinske og kirurgiske avdelinger som i medisinerutdanningen.

I masterdelen inngår også et selvstendig forskningsprosjekt (mastergradsoppgave) som skal tilfredsstille de krav som stilles til metode og publisering innen helsefaglig forskning på dette nivået. Emnet for prosjektet må godkjennes av studentens veileder. Arbeidet med oppgaven strekker seg over tre semestre og innledes med et kurs i forskningsmetodikk og litteratursøk.

5.4.2 Turnustjeneste for kiropraktorer i Norge

For å få autorisasjon som kiropraktor må kandidater som har bestått kiropraktorutdanningen utføre 12 måneders praktisk tjeneste i henhold til fastsatte regler (jf. helsepersonelloven § 48 annet ledd litra b). Det er gitt nærmere regler om turnustjenesten (praktisk tjeneste) for kiropraktorer i forskrift av 21. desember 2000 nr. 1382., der det blant annet framgår at kandidaten "må godtgjøre at han/hun har utført slik praktisk tjeneste som bestemt av Statens helsetilsyn.". Kandidaten skal i løpet av turnustjenesten tilegne seg kunnskap om norsk helse- og trygdelovgivning samt samarbeids- og kommunikasjonsrutiner med helsetjenesten for øvrig. I turnustjenesten inngår også en faglig opplæringsdel med obligatoriske kurs og teoretiske oppgaver i tillegg til den praktiske tjenesten i klinikk med veileder.

Formålet med den praktiske delen av turnustjenesten er at kandidaten gjennom arbeid som kiropraktor under veiledning tilegner seg den nødvendige erfaring og praktiske ferdigheter for å kunne utføre selvstendig kiropraktorvirksomhet på en forsvarlig måte. Statens Autorisasjonskontor (SAFH) har fra 1. januar 2005 ansvar for turnustjenestens administrative og faglige gjennomføring. Tidligere var ansvaret tillagt NKF.

5.4.3 Godkjennings- og finansieringsordninger

Godkjenningsordninger: Norge er tilknyttet EØS/EU-regelverket som gir generell resiprositet av autorisasjoner for helsepersonell landene i mellom. Utover dette foreligger det en overenskomst mellom de nordiske land når det gjelder gjensidig godkjenning av personell. Utdanning av kiropraktorer etter ECCE-standard (f eks utdanninger i England, USA, Australia og Danmark er offentlig godkjent som mastergradsutdanning). Den svenske kiropraktorutdanningen utgjør som nevnt et unntak. ECCE er den europeiske delen av paraplyorganisasjonen ICCE, som er verdensomspennende og som har ansvar for bransjeintern godkjenning av kiropraktorutdanninger.

WHO (Verdens helseorganisasjon) arbeider for tiden med å etablere en minimumsstandard for kiropraktors utdanning

Studiefinansiering: Statens lånekasse gir generelt lån og stønad til kiropraktorutdanning.

Kiropraktorutdanningen i Danmark er statlig finansiert og det kreves ikke skolepenger for norske studenter. Da Norge står utenfor EU må norske studenter betale skolepenger i England. Det samme er tilfelle i USA og Australia. Det gis gebyrstipend fra Statens lånekasse som dekker deler av skolepengene.

5.4.4 Deltakelse i internasjonalt samarbeid

Det foregår et utbredt samarbeid mellom de ulike kiropraktorutdanningsinstitusjonene på verdens basis. CCEI er en paraplyorganisasjon for de ulike akkrediteringsorganene i de ulike verdensdeler. ECCE er den europeiske delen av denne organisasjonen. Verdens kiropraktororganisasjon (World Federation of Chiropractic) arrangerer jevnlig kongresser hvor standard og utfordringer innen utdanning blir diskutert. Verdens helseorganisasjon (WHO) arbeider for tiden med å etablere en minimumsstandard

for kiropraktorutdanning. De sentrale utdanningsinstitusjonene for kiropraktorer i Europa er med i denne prosessen.

5.5 Fysioterapiutdanning

5.5.1 Beskrivelse av utdanningens omfang, innhold og organisering

Fysioterapeututdanningen bygger på Rammeplan for 3-årig fysioterapeututdanning og *Forskrift om faglig innhold og vurderingsordninger for fysioterapeututdanningen*, fastsatt av Utdannings- og forskningsdepartementet (UFD) 1. juli 2004. Den nasjonale rammeplanen er fastsatt i Lov om universiteter og høyskoler (lov 1995-05-12 nr. 22), og rammeplanen for fysioterapeututdanninger skal sikre at utdanningsinstitusjonene oppfyller de krav som stilles fra ulike autorisasjonsmyndigheter, krav som stilles i lover for yrkesutøvelsen, spesielle direktiver fra EU, og internasjonale konvensjoner. Man kan utdanne seg til fysioterapeut ved høyskolene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.

Utdanningsinstitusjoner utarbeider fagplaner på basis av rammeplanene, og har ansvar for organiseringen av studiet. Det fremgår av høyskolenes fagplaner hvordan obligatoriske emner fra både generelle og utdanningsspesifikke deler i rammeplanen inngår, og hvordan kompetansemålene blir ivarettatt. Opptak til fysioterapeututdanning er regulert av *Forskrift om rangering av søkere ved opptak til grunnutdanninger ved universiteter og høyskoler*. Grunnlag for opptak er generell studiekompetanse eller tilsvarende realkompetanse. Utdanningen kan organiseres som hel- eller deltidsstudium.

Formålet med fysioterapeututdanningen er å utdanne kandidater som etter tre år fulltids høyskoleutdanning oppnår graden bachelor i fysioterapi, og som etter nok ett års tumustjeneste er kvalifisert til offentlig godkjenning som fysioterapeut, dvs autorisert som fysioterapeut etter gjeldende regler. Utdanningen skal også gi kandidatene et reflektert forhold til hvordan ulike forståelsesmåter påvirker den konkrete fagutøvelsen og tilnærmingsmåter til både forskning og fagutvikling. Studiet skal organiseres som en kombinasjon av teoretisk undervisning, selvstudier, praktisk/klinisk læring på høyskolen og i praksisfeltet (første- og annenlinjetjenesten), og det stilles krav til høyskolens lokaler, utstyr og gruppestørrelse i undervisningen, for å sikre forsvarlig oppfølging.

Studentenes kunnskaper skal vurderes på en måte som er i samsvar med rammeplan for utdanningene, for eksempel kan det stilles krav om skriftlige og muntlige arbeidsoppgaver, gruppe- og prosjektoppgaver og tester som dokumenterer studentenes faglige nivå. Vurderingsordningen skal omfatte vurdering av læreprosess og studieresultat og være en kontinuerlig del av studieforløpet, og dekke både teoretisk og praktisk opplæring. I siste studieår skal det utarbeides en fordypningsoppgave om et faglig relevant tema, tilsvarende 12 studiepoeng.

Under presenteres hovedinnholdet i rammeplan for grunnutdanning i fysioterapi. I tillegg tilbys videreutdanning i 13 av forbundets spesialiteter. Slik utdanning er lagt opp på ulike måter. En beskrivelse av disse, bortsett fra den tidligere nevnte utdanningen i manuell terapi, er ikke del av arbeidsgruppens mandat.

a) Det fysioterapifaglige innhold

Fysioterapeuter skal ha inngående kunnskap om utviklingen av menneskets kropp, og skal kunne behandle mennesker med plager knyttet til bevegelsessystemet, bidra til forebygging av slike plager, og kunne se sammenhengen mellom fysiske plager og psykiske og sosiale faktorer. Utdanningen skal også bidra til at studentene får et reflektert forhold til hvordan ulike forståelsesmåter innvirker på konkret fagutøvelse og tilnærming innen forskning og fagutvikling. Gjennom studiet skal fysioterapeutene lære å undersøke og kartlegge pasienters problemer og situasjon, samt foreta behandlingsvalg og/eller identifisere andre nødvendige tiltak. Fysioterapifaget er rettet mot en helhetlig forståelse av helse, funksjon og bevegelse som noe som utvikles i et gjensidig forhold mellom individ og miljø. Problemer kan manifestere seg i menneskets kroppsfunksjoner og –strukturer gjennom daglige aktiviteter og deltakelse i samfunnet. Bevegelse forstås som en integrert del av menneskelig handling. Studentene gis opplæring i fagets historiske utvikling og filosofi. Videre undervises det i bevegelseslære ut fra ulike perspektiver (personlige, sosiale og kulturelle aspekter, biomekaniske og nevrofysiologiske), samt i bevegelsesanalyse og bevegelseserfaring.

Fysioterapistudiet skal omfatte 75 studiepoeng knyttet til emnebolken helse og sykdom, vurdering og tiltak, som omfatter følgende temaer:

Helse- og behandlingsfilosofi og faghistorie omfatter kunnskap om fysioterapifagets utvikling og ulike måter å forstå sykdom og helse på i et historisk perspektiv, samt fagutvikling og sykdomsforståelse sett i sammenheng med samfunnsmessige forhold og endringer innen helsesektoren for øvrig.

Sykdom og funksjonshemming er et delemne som fokuserer på kunnskap om helse og sykdom som sammensatte og komplekse fenomener. Det omfatter også spesifikk kunnskap om patologiske prosesser av betydning for bevegelse og funksjon, samt sammenhenger mellom sykdom og levestandard, belastningslidelser og arbeidsforhold og personlige/sosiale konsekvenser av sykdom og funksjonshemming på organ-, aktivitets- og deltakelsesnivå. Det omfatter også kunnskap om patologiske tilstander og psykiske lidelser, samt kunnskap om aktuelle behandlingsformer.

Behandling, rehabilitering og habilitering omfatter kunnskap om hvordan man foretar en funksjonsundersøkelse for å forstå pasientens problemer, og gir kunnskap for å fremme pasientens funksjonsevne og mestringskompetanse. Studentene skal lære å innhente relevant informasjon gjennom samtale og undersøkelse av kroppslige forhold, og å utvikle evnen til å avgjøre hva som er relevant informasjon. Videre omfatter dette delemnet kunnskap om manuelle, kroppslige og verbale virkemidler som påvirker kroppslige reaksjoner. De skal også lære hvordan fysioterapeuter kan bidra til bedring av livskvalitet hos mennesker med varige eller midlertidige funksjonstap ut fra bevisstgjøring om ressurser og muligheter, samt kunnskap om tekniske og ortopediske hjelpemidler og/eller tilrettelegging av miljø. Studentene lærer også journalføring og dokumentasjon av fagutøvelse, og refleksjon om evaluering, kvalitetssikring og utvikling av faglig virksomhet.

Helsefremmende og forebyggende arbeid omfatter kunnskap om omgivelsenes betydning for menneskets utvikling, funksjon og livsutfoldelse og om hvordan man kan identifisere og vurdere helsefremmende og risikoskapende faktorer i miljøet, samt om tiltak for å bidra til utvikling av så optimale miljøbetingelser som mulig og for å forebygge belastningslidelser.

b) Opplæringsplaner i MED- og VEKS-fag:

Studentene får grundig opplæring i anatomi og fysiologi tilsvarende 36 studiepoeng. Anatomiundervisningen (21 studiepoeng) skal omfatte kunnskap om oppbygging og funksjon av ulike vevstyper og organsystemer av betydning for bevegelse, og samspillet mellom disse ut fra en forståelse av kroppen som en funksjonell enhet. Fysiologiundervisningen (15 studiepoeng) skal omfatte kunnskap om kroppens normale fysiologiske prosesser i hvile, under arbeid og ved ulike typer belastning.

Det undervises også i samfunnsvitenskapelige og humanistiske emner som psykologi og pedagogikk, kommunikasjon og samhandling og konfliktløsning, sosiologi og sosialantropologi og stats- og kommunalkunnskap tilsvarende omkring 30 studiepoeng. Målsetningen med denne undervisningsbolken er at fysioterapistudentene får kunnskap om yrkets samhandlende og relasjonelle sider, samt om pedagogiske aspekter ved terapeut-pasient-relasjonen. Videre skal det undervises i følelsesmessige og personlige aspekter ved helse- og samfunnsproblemer. Sosiologi- og sosialantropologiundervisningen er rettet mot en forståelse av samfunnsvitenskapelige analyser av forholdet mellom person og samfunn, sosiale systemer og sosiale og kulturelle prosesser, og skal gi studentene kunnskap om hvordan holdninger, verdier, normer, tanker og følelser, vaner osv har implikasjoner for kroppsfølelse og –bevegelser, samt for praktisk-klinisk arbeid.

Videre skal etikk, vitenskapsteori og -metode vektlegges med totalt 15 studiepoeng. Fysioterapeuter skal lære å opptre etisk forsvarlig i møte med pasienter og pårørende.

d) *Praksisopplæring for fysioterapeuter*

Det må tilrettelegges for praktisk / klinisk læring både på høgskolen og i praksisfeltet. Obligatorisk ferdighetstrening på høgskolen skal omfatte 30 studiepoeng. Ferdighetstreningen skal gi grunnlag for personlig og praktisk kunnskap og må utvikles gjennom utprøving og utvikling av egen erfaring. Ferdighetstrening skjer delvis under veiledning, delvis ved at studentene øver på ulike teknikker og metoder. Også kommunikative ferdigheter vektlegges (verbal og ikkeverbal samhandling). Studentene øver på hverandre, og skal oppleve både terapeut- og pasientrollen. Som del av prosessen skal studentene utvikle et refleksivt forhold til egen utvikling når det gjelder kroppslig forankring og trygghet, for å fremme det samme hos pasientene.

Obligatoriske praksisstudier består av at studentene får praksis på relevante arbeidssteder (kommune, institusjon, bedriftshelsetjeneste osv) og deltar i arbeid med pasienter/klienter under veiledning av erfaren, autorisert fysioterapeut. Praksisstudiene skal utgjøre 45 studiepoeng og være planlagte og målrettede. Det skal tilrettelegges slik at studentene får variert erfaring. Veiledet praksis innebærer en variasjon mellom øvelse på pasient, og samtaler med veileder for å fremme refleksjon og vurdere studenten.

I tillegg kreves det at fysioterapeuter etter å ha fullført grunnstudiet, fullfører ett års turnustjeneste for å kvalifisere for autorisasjon. Turnustjenesten består av seks måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i kommunehelsetjenesten og reguleres av *Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for helsepersonell* av 21. desember 2000.

Turnustjenesten er obligatorisk for å oppnå autorisasjon som fysioterapeut, og gjennomføres under veiledning av en autorisert fysioterapeut. Hensikten med tjenesten er at kandidatene skal utvikle sine praktiske ferdigheter innen behandlende,

rehabiliterende, habiliterende, helsefremmende og forebyggende virksomhet, få erfaring med hvordan helsetjenesten er organisert og utøves og med hvordan forskjellige instanser og nivåer i helsetjenesten samarbeider.

5.5.2 Godkjenningsordninger og finansierungsordninger

Norden: I Norge tilbys fysioterapiutdanning ved offentlig akkrediterte høyskoler.

Statens Autorisasjonskontor for Helsepersonell (SAFH) er ansvarlig for å utstede autorisasjon til helsepersonell, deriblant fysioterapeuter som stiller kravene til grunnutdanningen og som har gjennomført turnustjeneste. SAFH har også i oppgave å vurdere fysioterapeuter med utdanning fra EU-/EØS-land, samt tredjeland, etter gjeldende regelverk, dersom de søker om autorisasjon i Norge. NFF godkjenner fysioterapeuter som har videreutdannet seg i en av forbundets 13 spesialiteter (ingen av disse er offentlig godkjent etter dagens regelverk).

NFF legger reglene i Rdir 92/51/EØF og Rdir 89/48/EØF (treårsdirektivet) om gjensidig anerkjennelse av ervervskvalifikasjoner til grunn for sin interne godkjenning av søkere som har videreutdanning fra et annet EØS-land. Søkere med utdanninger fra andre land som for eksempel Australia og USA blir også vurdert etter reglene i dette direktivet. Ulike former for videreutdanning varierer fra land til land, og bygger på grunnutdanning i fysioterapi.

NFF arbeider for å realisere NFFs landsmøtevedtak om en offentlig godkjent spesialistordning.

Utdanning i fysioterapi er statlig også i Danmark, Sverige og Finland, og fysioterapeuter er autorisert. Finansiering av studiene er som for andre høyskoleutdanninger i disse landene.

Europa: I de aller fleste medlemsland i WCPT Region Europa er fysioterapeutprofesjonen en statlig regulert helseprofesjon. Vanligvis kreves det lisens/godkjenning for å praktisere, tittelen er vanligvis beskyttet og de aller fleste land opererer med etiske og profesjonelle retningslinjer for praksis. Fysioterapiutdanninger i Europa og i verden eller er statlig eller/og privat finansiert²³.

Resten av verden: NFF fokuserer videre på forholdene i USA og Canada, hvor det er et stort antall fysioterapeuter, og hvor utdanningene er på et nivå som er sammenlignbart med det norske. I USA er hver enkelt stat ansvarlig for å lisensere fysioterapeuter som arbeider i den aktuelle staten. For å få lov til å praktisere innen en stat, så en ha lisens. For å søke om lisens må derfor søkeren henvende seg til den aktuelle godkjenningsinstans i hver stat²⁴.

Canada: Medlemskap i den kanadiske organisasjonen for fysioterapeuter er frivillig (The Canadian Physiotherapy Association). En etat i hver provins er ansvarlige for regulering og lisensering av profesjonen, og er således ansvarlig for å sikre publikums interesser knyttet til fysioterapitjenester. Etaten er ikke en skole eller universitet. Dens primære rolle er å beskytte pasienten/ publikum, dens sekundære rolle er å styre fysioterapiprofesjonen. Denne etaten sikrer at fysioterapeuter som praktiserer i en bestemt provins er registrert og tilfredsstiller provinsens standarder før praksis. Etaten sikrer også at alle godkjente utøvere i den aktuelle provinsen

²³ Mer informasjon: http://www.physio-europe.org/pdf/prof_regulation.pdf. Mer om regulering/utvikling i Europa:

http://europa.eu.int/comm/internal_market/qualifications/regprof/regprofs/dsp_regprofs.cfm?profId=1250

²⁴ Organisasjoner: <http://www.medhunters.com/articles/licensingPhysicalTherapyUsa.html#UsaLicensing>

tilfredsstiller gitte standarder før de får lov til å praktisere fysioterapi²⁵. Også i Australia er utdanningsnivå og organisering sammenlignbart med Norge.

Videre nevnes det at mange fysioterapeuter i Afrika og Asia har tatt sin utdanning i Storbritannia.

5.5.3 Norske fysioterapiutdanningers deltakelse i internasjonalt samarbeid

Det finnes et eget forum The European Network of Physiotherapy in Higher Education (ENPHE). ENPHE ble grunnlagt i 1995 i EU-sammenheng. Siden da har ENPHE eksistert som en non-profit organisasjon som knytter sammen fysioterapiskoler og institutter over hele Europa. Organisasjonen fostrer åpen diskusjon, samarbeid og utveksling av erfaring og ideer. Alle aktivitetene har som formål å promotere en europeisk dimensjon i Fysioterapeutisk utdanning og praksis²⁶.

Som del av det norske høgskole-/universitetssystemet, kan norske fysioterapistudenter, som studenter fra andre fag, søke om utvekslingsplasser gjennom studentutvekslingsprogram som Socrates/Erasmus. NFF har etter henvendelse til norske høyskoler som tilbyr fysioterapiutdanning fått følgende informasjon om pågående deltakelse i internasjonalt samarbeid:

Høgskolen i Trondheim (HiST) har for tiden gjensidige avtaler knyttet studentutveksling med følgende utdanninger i andre land, gjennom Socrates/Erasmus programmet. Det foreligger for tiden avtaler om utveksling av 1-2 studenter i perioder på 3-5 måneder ved følgende skoler: Hoegeschool van Amsterdam, University of Salford i tre måneder. Ergoterapeut- og fysioterapeutskolene i Odense og Fysioterapiskolen i Næstved. Det foreligger også avtaler om gjensidig lærerutveksling over ukentlige perioder. HiST deltar videre i Nordplusnettverk, et problembasert læringsnettverk som også har student- og lærerutvekslingsavtaler med utdanninger i Sverige, Danmark, Finland og Norge.

Høgskolen i Tromsø, fysioterapeututdanningen er tilknyttet Nordplus-nettverket.

Høgskolen i Tromsø har i tillegg etablert utvekslingssamarbeid med Ergo- og fysioterapeutskolene i Århus, Danmark, KCMC i Moshi, Tanzania og Livingston Hospital i Livingstone, Zambia.

Institutt for fysioterapi ved Høgskolen i Bergen er tilknyttet ulike utvekslings-/samarbeidsprogram/nettverk, som Nordplus, Erasmus og Nord-sørprogrammet. De har for tiden praksisutvekslingsavtaler med utdanningsinstitusjoner i Sverige, Spania, Finland, Litauen, Tanzania og Sør-Afrika. Videre har de avtaler om teoretiske utvekslingsplasser med Australia og om teori og praksisplasser med Nederland og Sør-Afrika og mulighet for å inngå avtaler om både teoretisk undervisningsplass og praksisplass med Danmark, og med England (fra 2005).

Høgskolen i Oslo er omfattet av de samme nettverkene som de øvrige (Socrates, Erasmus, Nordplus), og har gjensidige utvekslingsavtaler med utdanningsinstitusjoner i Sverige, Danmark, Finland, Island, Estland, Nederland, Malawi og Sør-Afrika.

²⁵ Mer informasjon: <http://www.alliancept.org/links.html>

²⁶ Om ENPHE: www.enphe.org

6. Sammenligning av behandlingsformene/profesjonene

De aktuelle behandlingsformene er rettet mot å fjerne/lindre smerter knyttet til muskel-/skjelettsystemet. Alle tilbyr behandling til mennesker med problemer med rygg, nakke, skuldre, hofter/bekken i tillegg til plager i håndledd, albu, knær, ankler, føtter osv. Også hodepine, svimmelhet og plager knyttet til whiplashskader behandles. Målsetningen er enten å fjerne plager/smerter/dysfunksjoner eller å lindre og/eller å hjelpe pasienter slik at de på best mulig måte kan leve med plager. Det oppgis at rådgivning knyttet til psykososiale faktorer og råd og opplæring i egentrening og/eller avspenningsteknikker inngår i alle.

Profesjonene tar stort sett utgangspunkt i samme forskningsdokumentasjon, men er ikke like aktive innen forskning. De bygger delvis på et noe ulikt teorigrunnlag og delvis har de en felles teorisk basis innen anatomi, fysiologi, ergonomi og manuell og fysikalsk medisin. Det kan kanskje argumenteres for at det er større likheter enn forskjeller når det gjelder teorigrunnlag, og at de ulikheter som beskrives stort sett kan betegnes som ideologiske.

Utdanningene er på forskjellig akademisk nivå og har ulik varighet. Det undervises likevel i mange av de samme fag/temaer. Lærernes kompetanse er antakelig varierende, det samme gjelder ansettelsesforholdene ved de private skolene. Osteopatiskolen har ingen fast ansatte, men faste avtaler med flere eksterne lærere. Naprapatiskolen oppgir å ha 20 fast ansatte lærere. Det kan være variasjon når det gjelder fast ansattes stillingsbrøker.

Det bemerkes at det kan være villedende når skoler som ikke er akkreditert velger å kalle seg høyskoler.

6.1 Forskningsbasert kunnskapsgrunnlag

Det har vist seg at de mest veletablerte profesjonene – manuellterapeuter og andre fysioterapeuter er den gruppen som er mest aktive innen forskning i Norge. Det er ennå ingen etablerte utdanningsinstitusjoner²⁷ og forskningsmiljøer for kiropraktorer i Norge og det foregår derfor ikke mye forskning knyttet til kiropraktikk i Norge. Kiropraktorer er også aktive innen forskning – de norske hovedsakelig i Danmark, i tillegg til engelske og amerikanske forskningsmiljøer. Noen kiropraktorer og flere fysioterapeuter, inkludert manuellterapeuter, er engasjert innen tverrfaglige forskningsprosjekter i Norge. Det har vist seg at osteopater er aktive innen forskning i noen europeiske land, men mest i USA. Det bemerkes at forskning foretatt av osteopater i USA bærer preg av at amerikanske osteopater også er leger. De har derfor et bredere behandlingsområde enn det osteopater utdannes til i Europa. Noen naprapater er engasjert i forskning i Sverige. Naprapater har foreløpig ikke nådd langt når det gjelder egen forskning, men holder seg oppdatert om forskning innen relevante fagfelt.

²⁷ Som tidligere nevnt har Stortinget (13.1.20004) bedt regjeringen om å "legge til rette for å etablere et kiropraktorstudium i Norge". Det er vilje til dette både ved Universitetet i Oslo og Universitetet i Stavanger. Myndighetene er positive og mener at det bør kunne gjøres innenfor eksisterende økonomiske rammer.

Kiropraktor- og manuellterapimiljøene har nedlagt et betydelig arbeid for å presentere forskningsstatus innen respektive fag. Fysioterapirepresentanten viser både til forskningsdokumentasjon, deltakelse i forskning og til et økende antall fysioterapeuter med forskerkompetanse på doktorgrads- og/eller professornivå. Kunnskapssenteret vurderer manuellterapeutenes bidrag som verdifullt og metodisk bra. De har ikke hatt i oppgave å vurdere innsendt materiale fra kiropraktorer og fysioterapeuter for øvrig.

Osteopatierepresentanten oppgir at det i NOU 1998:21 (kapittel 13, side 202) framkommer at det ifølge Aarbakkeutvalgets vurdering foreligger forskningsdokumentasjon *"som støtter den grunnleggende forutsetning for osteopatisk behandling av sykdommer utenfor muskel-skjelettsystemet, nemlig at det er en sammenkobling i eller utenfor ryggmargen av nervefibre fra det autonome og somatiske nervesystemet. Dette aspektet av osteopatien anses som dokumenter."* For øvrig mente Aarbakkeutvalget at datagrunnlaget for osteopati som klinisk behandlingsmetode av systemiske sykdommer var utilstrekkelig. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten konkluderte i det nye kunnskapssøket (høsten 2004) med at det finnes noe dokumentasjon for at osteopati hjelper ved korsryggsmerter, men at det mangler gode undersøkelser for andre tilstander. I tillegg mente Kunnskapssenteret at primærstudier publisert i perioden 2000-2004 gir innblikk i nyere forskning på osteopatifeltet og viser at det lar seg gjøre å foreta randomiserte studier der ulike pasientgrupper som får osteopatisk behandling sammenlignes med placebo.

I en kvalitativ studie fra Chicago av pasienterfaringer, har forskere intervjuet 100 pasienter som brukte kiropraktor eller naprapat. Studien forsøker å forklare hva som karakteriserer de som oppsøker alternativ/komplementær behandling og hvorfor. Brukerne påpeker behovet for å kunne velge mellom ulike alternativer. De vektla å bli ivaretatt på en mer helhetlig måte hos alternative behandlere²⁸.

Det foreligger ingen forskningsbasert dokumentasjon om effekten av de ulike behandlingssystemene, men noe om virkningen av enkelte metoder for enkelte tilstander. Det har ikke framkommet forskning som dokumenterer nevneverdige forskjeller mellom de aktuelle profesjonenes behandlingstilbud. Dette kan blant annet begrunnes med at det er komplisert å sammenligne helhetlige behandlingssystemer. Kunnskapssenteret fant kun fem artikler referert til i tre systematiske oversikter som beskrev studier der deler av behandlingssystemer ble sammenlignet:

- **Spinal manipulasjon for korsryggsmerter:** Fysioterapi (det antas at dette gjelder manuellterapi eller fysioterapeuter som utfører spinalmanipulasjon i England), osteopati og kiropraktikk ble sammenlignet av Harvey (2003 (27)) for å vurdere effekten av *spinal manipulasjon for korsryggsmerter*. Det ble vurdert som vanskelig å trekke sikre konklusjoner fra et studie der materialet var heterogent, pasientgruppene var ulike og profesjonenes råd om egenaktivitet var forskjellige. Utfordringen ved at leger og andre profesjoner arbeider innenfor ulike kliniske vitenskapssyn ble diskutert.
- **Spinal manipulasjon sammenlignet med narrebehandling:** Ernst (2000 (29)) beskriver studier av spinal manipulasjon utført av kiropraktor eller osteopat i en kunnskapsoppsummering som inneholder syv studier der spinal manipulasjon sammenlignes med "narrebehandling". Det konkluderes med at de få kontrollerte studiene som finnes viser at slike studier lar seg gjøre i

²⁸ Både kiropraktorer og naprapater betegnes som alternativ/komplementær behandling i denne undersøkelsen.

praksis. Forskjeller mellom virkningen av osteopaters og kiropraktorers spinal manipulasjon framkommer ikke. Resultatene i de studiene som beskrives viser ifølge Ernst så langt at klinisk effekt av spinal manipulasjon i stor grad kan være en placeboeffekt.

- **Systematisk oversikt om effekt av osteopatisk behandling** sammenlignet med kontrollbehandling: Schwerla (1999 (30)) gir ifølge Kunnskapssenteret en systematisk oversikt av god kvalitet, der 30 primærstudier av effekten av osteopatisk behandling ble funnet. Ni ble vurdert som kvalitetsmessige gode nok til inngå i oversikten. To viste at osteopatisk behandling var mer effektiv enn kontrollbehandling. Det kan ikke konkluderes sikkert om effekten av osteopatisk behandling fordi det finnes for få primærstudier eller fordi de primærstudier som finnes er mangelfulle.
- **Sammenligning av osteopati og kiropraktikk:** Klein (1998 (31)) er en fransk oversiktsartikkel der forskjeller mellom behandlingsformene diskuteres. Det konkluderes med at behandlingsformene er vanskelige å sammenligne i en enkel analyse fordi begge består av mange og komplekse faktorer, og fordi det handler som fag som er under konstant utvikling.

Kunnskapssenteret fant også noen få primærstudier der ulike yrkesgrupper sammenlignes i forhold til enkelte behandlingsteknikker. Hoving (2002 (55)) er et randomisert forsøk der *effekt av behandling for uspesifikke nakkesmerter* som ikke krevde overføring for videre behandling, sammenlignes for yrkesgruppene manuellterapi, fysioterapi og allmennlege. 183 pasienter som hadde hatt nakkesmerter i minst to uker ble fulgt, og behandlet med manuell terapi som bestod av flere spesifikke mobiliseringsteknikker, treningsterapi hos fysioterapeut og oppfølging hos lege med analgetika, rådgiving og undervisning. Etter syv uker var suksessraten 68% for manuellterapi, 51% for fysioterapi og 36% for oppfølging hos lege. Smerteintensitet var signifikant redusert med manuellterapi i forhold til fysioterapi og legeoppfølging. Også uførhet var signifikant redusert, men med mindre forskjeller mellom gruppene. Manuellterapi skåret bedre, men ikke signifikant, på de fleste utfallene enn de to andre. Fysioterapi skåret bedre, men ikke signifikant, enn vanlig oppfølging hos lege på noen punkter. Se kapittel 3, vedlegg II, og rapport fra Kunnskapssenteret på www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/arbeidsnotater for flere detaljer.

6.2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Profesjonsgruppene tilbyr i stor grad de samme behandlingsmetoder, men har ifølge utøverrepresentantene et ulikt teorigrunnlag.

Representanter for de nyere fagene, osteopati og naprapati, beskriver sine grunnleggere mer enn de etablerte og viser hvordan alvorlige hendelser i grunnleggernes personlige liv har inspirert til teoriutvikling. Osteopati er det første faget som ble etablert innen manuelle behandlingsformer (i USA), og har ifølge utøverrepresentanter utviklet seg til å være en vitenskapelig fundamentert manuell behandlingsform. Kiropraktorer ser nå ut til å være mindre opptatt av sin grunnlegger, og fokuserer på utdanningsbakgrunn og det faktum at de i de første tre studieårene får samme utdanning som medisinerstudenter ved universitetet i Odense. Det hadde vært interessant å sammenligne kiropraktorers nåværende beskrivelse av fagets opprinnelse med beskrivelser fra noen år tilbake. Det har trolig skjedd en del endringer i diskursen, antakelig i retning av mer systemtilpassede betegnelser siden

de i 1930-årene begynte å arbeide for offentlig godkjenning, til de mot slutten av 1980-tallet ble autorisert, og videre fram til deres nåværende posisjon som autorisert helseprofesjon.

Fysioterapeuter beskriver på en generell måte at faget og behandlingsformen er basert på et naturvitenskapelig kunnskapsgrunnlag, i tillegg beskrives fysioterapi som en behandlingsform og en fagdisiplin som også bygger på en humanistisk og samfunnsfaglig forståelse av lidelser, smerter og sykdom, situert i en sosial kontekst. Manuellterapeuter, som også er fysioterapeuter, beskriver et bredt teorigrunnlag og viser til ulike fagdisipliner som osteopati, manuell medisin, ortopedi, fysikalsk medisin, ergonomi og treningslære.

Alle beskriver eget fag som forankret i naturvitenskapelig kunnskap. Særlig osteopater framstår i tillegg som mer holistisk orienterte, mens naprapatiens grunnlegger var opptatt av sammenhengen mellom helse og sykdom, bevegelighet og vitalitet. Også dette kan oppfattes som en helhetlig eller holistisk tilnærming. Det bør også nevnes at den veletablerte behandlingsformen fysioterapi beskrives som helhetlig orientert ved at den er basert på naturvitenskapelige, humanistiske og samfunnsfaglige teorier om helse og sykdom. Betegnelser som "holistiske" og "helhetlige" behandlingsformer kan være forvirrende.

Osteopati skiller seg fra de øvrige ved bruk av teknikker som kan avhjelpe følgetilstander ved sykdommer i andre organer enn muskel-/skjelettsystemet. For eksempel kan en osteopat hjelpe en som lider av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) ved å mobilisere bindevev i brystkassa for å bedre lungefunksjonen. Osteopater framstår som mer opptatt av disse sammenhengene enn de øvrige. Også fysioterapeuters behandlingstilbud kan hjelpe pasienter med plager knyttet til for eksempel KOLS.

De ulike behandlingsformenes grunnleggende teorier er utviklet av personer fra ulike profesjoner og stammer hovedsakelig fra USA. Naprapater oppgir at deres behandlingsform delvis er basert på kiropraktikken som opprinnelig ble utviklet av legmannen D. D. Palmer på slutten av 1800-tallet. Osteopatiens grunnlegger, Andrew Taylor Still, som var lege og mekanisk ingeniør har preget utviklingen av manuellterapi og kiropraktikk. Naprapatiens grunnlegger Oakley Smith var opprinnelig utdannet kiropraktor og skal ha utviklet en egen tilnærming til behandling av muskel-/skjelettplager. Teoriene beskrives som forskjellige. Det synes likevel også klart at det har foregått en stor grad av kunnskapsoverføring mellom de ulike teoriene eller retningene. I tillegg er profesjonene påvirket av andre fag, som biomekanikk, ortopedi, ergonomi, manuell og fysikalsk medisin.

6.3 Utøvelse av behandlingsformene

Det har vært vanskelig å komme fram til gode beskrivelser av *det særegne* ved hver behandlingsform. Utøverrepresentantene har likevel klare oppfatninger om sin egen profesjons identitet. Noen er eksplisitt opptatt av å beskrive eget behandlingstilbud som forskjellig fra de øvrige, andre vektlegger at behandlingsformene har flere fellestrekk:

- **Undersøkellesmetoder:** Profesjonenes selvpresentasjoner viser at de i stor grad benytter like undersøkelsesmetoder og behandlingsteknikker, deriblant anamnese, palpasjon/kroppslig inspeksjon, holdningsanalyse, sansemotorisk testing, nervestrekktester, smerteprovokasjonstester, tester av leddfunksjoner, ortopediske undersøkelser og nevrologiske prøver. Alle oppgir at de tar høyde for pust/stress og psykososiale faktorer i forbindelse

med diagnostisering. De fleste benytter også tester for å avsløre sirkulatorisk svikt i eller inneklekking av nerver/annet vev, i tillegg til nervestrekktester, ortopediske undersøkelser og koordinasjonsprøver. Alle bortsett fra fysioterapeuter (eksklusive manuellterapeuter) lærer differensialdiagnostisering. Kiropraktorer får mye utdanning i radiografi og radiologi (over 300 undervisningstimer totalt). Manuellterapeuter får noe ved UiB (tilsvarende 6 studiepoeng) og osteopater en del (tilsvarende ca 9 undervisningstimer) ved sin skole.

- **Behandlingsmetoder:** Alle oppgir at de bruker mobilisering, triggerpunktstimulering og ergonomiske metoder. Alle mener å kunne bidra på feltet forebyggende arbeid på individnivå. I møte med pasientene oppgir alle at de kan bidra med gode kommunikasjonsferdigheter, de arbeider for å hjelpe pasienter med å avdramatisere egen situasjon. Alle oppgir at gir pasienter opplæring i egentrening og i å leve med plager. Fysioterapeuter er den eneste av de aktuelle profesjonene (med unntak av manuellterapeuter) som ikke benytter manipulasjonsteknikker og stretching som del av sitt behandlingstilbud.
- **Lidelser/sykdommer i muskel-/skjelettsystemet:** Alle behandler i stor grad mange av de samme sykdommer og lidelser: Kroniske og akutte smerter i nakke, skuldre, rygg og bekken, hodepine, smerter i albue/håndledd/ankel/fot, idrettsskader, whiplash og arbeidsbelastningsskader. Kun osteopater og fysioterapeuter oppgir at de behandler balanseplager og holdningsvansker hos barn. Alle oppgir at de i sitt behandlingstilbud tar hensyn mulige sammenhenger mellom somatikk og psykososiale forhold.
- **Behandling av andre lidelser enn muskel-/skjelettlidelser.** Osteopater framhever klart at deres behandlingstilbud indirekte kan ha positiv virkning på funksjonelle lidelser og på følgetilstander ved sykdom knyttet til andre organer enn muskel/skjelett. Osteopater og fysioterapeuter oppgir at de er involvert i behandling av astmatiske plager, KOLS, urinveisplager og stressinkontinens. Osteopater og kiropraktorer oppgir at de behandler spedbarnskolikk.
- **Forebyggende virksomhet – individ- eller systemrettet?** Fysioterapeuter er engasjert i forebyggende virksomhet på både individ- og systemnivå (helsestasjon, arbeidsmiljø mv). Osteopater, naprapater og kiropraktorer oppgir at de er engasjert i forebyggende virksomhet. Det antas at de tre sistnevnte oppgaver innen forebyggende arbeid skjer på en mindre skala og hovedsakelig som individrettet arbeid overfor enkelte pasienter og/eller ved at enkelte utøvere inngår avtale med arbeidsgivere om å inngå i en bedrifts helsetjeneste for ansatte.
- **Rehabilitering/habilitering.** Fysioterapeuters engasjement innen dette feltet er sentralt for profesjonen. Mange er ansatt ved eller samarbeider med trenings- og rehabiliteringssentre, og ved relevante sykehusavdelinger. Pasienter under rehabilitering etter sykdom/ulykke har ofte behov for en kombinasjon av ulike behandlingstilbud. De kan gå til fysioterapeut jevnlig og i tillegg få opphold ved rehabiliteringssentre. Også naprapater og osteopater oppgir at de arbeider med habilitering. Det antas at deres arbeid knyttet til habilitering er av betydelig mindre omfang enn fysioterapeuters, og at det hovedsakelig er individrettet.

- **Opplæring i og råd om egentrening som del av behandling.** Det kan synes som om manuellterapeuter i større grad enn de øvrige fokuserer på å gi pasienter råd om og opplæring i egentrening. Forøvrig oppgir alle at råd om og opplæring i egentrening inngår i deres behandlingstilbud.
- **Idrettsskader.** Alle de aktuelle profesjonene er involvert i arbeid knyttet til idrettsskader ved at de har inngått avtaler om å inngå blant støttepersonell innen ulike idrettsmiljøer.
- **Bivirkninger:** Det er store likheter med hensyn til hvilke bivirkninger som kan oppstå i forbindelse med de ulike profesjonenes behandlingstilbud.
- **Uformelt og formelt samarbeid:** Blant alle profesjonene finnes et stort antall utøvere som driver privat praksis. Alle oppgir at deres profesjon ønsker å delta eller deltar i tverr- og flerfaglig samarbeid. Følgende nevnes som aktuelt samarbeidspersonell: Leger, enkelte legespesialister, psykolog, tannlege, radiograf og ortopediingeniør. De fleste forholder seg også til pasienters arbeidsgivere, idrettsmiljøer, akupunktører og rehabiliteringssentre.

Det kan være kvalitative forskjeller med hensyn til innholdet i samarbeidet. Det kan også være forskjeller med hensyn til graden av formalisering knyttet til samarbeid med andre profesjonsgrupper. Mange enkeltutøvere innen de ulike gruppene samarbeider uformelt med andre profesjoner blant annet i kontorfellesskap. De fleste samarbeider internasjonalt innen eget fagmiljø, ved deltakelse i faglige fora, internasjonale organisasjoner og ved å arrangere/delta på konferanser.

Fysioterapeuter og manuellterapeuter samarbeider antakelig formelt med annet helsepersonell både i større grad og på en bredere skala enn de øvrige. I forbindelse med henvisningsprosjektet gis både kiropraktorer og manuellterapeuter anledning til bredere samarbeid med andre profesjoner gjennom blant annet henvisningsrett til lege eller spesialist. Dette gjelder de kiropraktorer og manuellterapeuter som i tre fylker deltar i prosjektet (se også vedlegg IV). For de øvrige kan det bestå av å råde pasienter til å oppsøke lege eller annen helseprofesjon, oftest fysioterapeut eller lege. Dette krever bevissthet omkring egen kompetanse og dennes avgrensning, og det krever kunnskap om hva andre kan bidra med. Fysioterapeuter, inkludert manuellterapeuter, er den gruppen med flest utøvere ansatt innen spesialisthelsetjenesten.

- **Avgrensning i forhold til andre helseprofesjoner:** Det anses ikke som hensiktsmessig å sammenligne de aktuelle profesjonene med *alle andre* helseprofesjoner. De kan konstateres at alle har et smalere behandlingsfelt enn leger. Fysioterapi framstår som det bredeste behandlingstilbudet av de fem aktuelle, noe som antakelig til dels kan begrunnes historisk: De har vært offentlig godkjent lengst og har opparbeidet seg en veletablert plass på alle nivåer i helsetjenesten, selv om de (med unntak av manuellterapeutene) er den eneste av de aktuelle profesjonene som ikke tilbyr manipulasjonsbehandling.
- **Sammenligning med alternativ behandling:** Blant de fleste finnes utøvere som har utdannet seg innen akupunktur og/eller ernæring/kostholdsveiledning. Osteopater og naprapater er i Norge pr definisjon utøvere av alternativ behandling. Osteopater framstår kanskje som

"mest alternative/komplementære"²⁹ med sin vektlegging av behandlingsformens potensielle positive virkning også for følgetilstander av sykdom og funksjonelle lidelser fra andre organsystemer enn muskel-skjelett. Naprapater ser ut til å profilere seg som mest mulig lik manuellterapeuter og kiropraktorer. Kiropraktorer ble som kjent tidligere definert som utøvere av alternativ behandling i Norge. Kiropraktors grunnleggende teorier var opprinnelig mer alternative enn de teorier norske utøvere oppgir å basere seg på i dag. I Sverige kalles både naprapati og kiropraktikk alternativ behandling, også etter at profesjonene ble autorisert (jf Karolinska institutt). Noen andre utøvere av alternativ behandling tilbyr en eller flere av de samme behandlingsmetodene som fysioterapeuter, kiropraktorer og manuellterapeuter. Dette gjelder blant annet kraniosakralterapeuter, kinesiloger, massører, muskelterapeuter og noen homøopraktikere. Disse utdannes stort sett i privat regi, og har trolig et smalere behandlingsfelt innen manuell behandling av muskel-/skjelettsystemet. Samtidig hevdes det ofte at de sistnevnte behandlingstilbud er holistiske.

Det kan som nevnt konkluderes med at det er vanskelig å beskrive det særegne ved profesjonenes behandlingstilbud basert på deres selvpresentasjoner.

Det som klart kan konstateres er forøvrig at fysioterapeuters brede engasjement innen forebyggende virksomhet på systemnivå og innen rehabilitering-/habiliteringsfeltet skiller dem fra de øvrige. Også de øvrige mener å kunne tilby noe på disse områdene. Det har de imidlertid – slik helsetjenesten er organisert i Norge i dag – liten grad tilgang til å gjøre.

6.4 Utdanningene

Innholdet i utdanningene til de aktuelle profesjonene har ifølge selvpresentasjonene store likheter.

Det kan likevel konstateres at utdanningenes akademiske nivå varierer en del, ikke alle er akkreditert / offentlig godkjent, og noen av skolene er private. Sett i lys av alle likhetene ved de aktuelle behandlingstilbudene, er det paradoksalt nok relativt store forskjeller mellom de aktuelle profesjonenes utdanning, i alle fall når det gjelder formalia. Det kan virke villedende når skoler som ikke er akkreditert velger å kalle seg høyskoler.

I tabellen under har vi forsøkt å skissere det som kan klassifiseres som fakta om de ulike utdanningene.

²⁹ Både naprapater og osteopater ønsker først og fremst å omfattes av Lov om helsepersonell gjennom autorisasjon. Pt defineres disse profesjonene som "alternative" (jf Ot prp 27). fordi norske helsemyndigheter har valgt å benytte betegnelsen "alternative behandlere" profesjoner som ikke omfattes av helsepersonelloven. Osteopater ønsker pt å defineres som "komplementære behandlere" mer enn som "alternative". Dette gjelder for øvrig også en del andre profesjoner innen det brede feltet "alternative behandlere", og viser at det kan være vanskelig å skille mellom "alternativ" og "komplementær". NAFKAM har markert dette ved å kalle seg Nasjonalt forskningssenter for komplementær og alternativ medisin. Flere land har valgt betegnelsen CAM (Complementary and Alternative").

Tabell 6: Fakta om utdanningene

Profesjon: ↓	Informasjon om utdanningstilbudene:						
	Varighet	Opptakskrav	Akademisk nivå	Type utdanning	Praksis-opplæring m/veileder	Turnus-tjeneste	Forskning ved skolen
Naprapati: svensk skole	4 år heltid	Allmenn studie-kompetanse	Ikke akkreditert høyskole	Grunn-utdanning	Ja	Ja, i Sverige, men norske tar ikke turnustjeneste	Nei
Osteopati: norsk skole	5 år deltid	Fysioterapeut-utdanning ³⁰ eller tilsvarende	Ikke akkreditert høyskole	Utdanning som krever annen grunn-utdanning på minst bachelornivå	Ja	Alle har hatt ett år tidligere, for å bli autorisert fysioterapeut	Nei
Osteopati ³¹ akkreditert utdanning (eks UK)	4 år heltid	Allmenn studie-kompetanse	Bachelor College-/poly-technisk skole, noen sam-arbeid med universiteter	Grunn-utdanning	Ja		Ja Ved noen skoler
Kiropraktikk generelt ³²	5 år heltid	Spesiell studie-kompetanse (real-fag, videregående skole) ³³	Master Universitetsutdanning	Grunn-utdanning	Ja	Ett år	Ja
Kiropraktikk svensk skole	4 år heltid	Allmenn studie-kompetanse	Ingen	Grunn-utdanning	Ja	Ett år i Sverige – fører til svensk autorisasjon	Nei
Manuell terapi	2 år heltid	Autorisert fysio-terapeut	Master fra våren 2005 Universitets-utdanning i fire år hittil	Videreutdanning for fysioterapeuter	Ja	Nei Alle har hatt ett år tidligere, for å bli autorisert fysioterapeut	Ja
Fysioterapi	3 år heltid	Allmenn studie-kompetanse	Bachelor høyskoleutdanning	Grunnutdanning	Ja	Ett år	Ja

Tabellen skisserer relativt store forskjeller i utdanningsnivå og omfang:

- Utdanning for osteopater i Norge skjer over fem år, deltid (ca 2000 timer), ved en skole som ikke er akkreditert, men hvor opptakskravet er autorisasjon som fysioterapeut (eller annet helsepersonell). Arbeidsgruppens flertall påpeker at det er et betydelig utviklingspotensial for den norske osteopatiskolen når det gjelder modning og tilpasning til det etablerte utdanningssystemet. Man kan også utdanne seg til osteopat ved fireårige akkrediterte høyskoler i England, Belgia og noen andre europeiske land der opptakskravet er allmenn studiekompetanse.

³⁰ Osteopatiskolen har i samråd med NOF endret formuleringen av opptakskravet fra "autorisert fysioterapeut (eller lege)" til "grunnutdanning i basalmedisinske fag tilsvarende fysioterapiutdanningen"

³¹ Det finnes flere akkrediterte osteopatiskoler i England, og i en del andre europeiske land, men også en del ikke-akkrediterte. Denne beskrivelsen gjelder ESO (European School of Osteopathy), en akkreditert skole som den norske osteopatiskolen samarbeider med.

³² Det er utarbeidet kriterier for utdanningsinnhold og omfang. De fleste norske kiropraktorerer utdannes i dag i Danmark eller i England. Tidligere tok de sin kiropraktorutdanning i USA.

³³ Dvs allmenn studiekompetanse med fordypning i matematikk, kjemi, fysikk og biologi. Det kreves fordypning i tre av disse fagene ved den danske kiropraktorutdanningen og i to av disse ved en av de engelske kiropraktorutdanningene.

- Utdanning for naprapater skjer over fire år, heltid, ved en ikke-akkreditert skole i Sverige og opptakskravet er allmenn studiekompetanse. Studenter ved skolen har rett til studielån, men skolen har ikke eksamensrett. En utredning foretatt av det svenske Högskoleverket konkluderer med at den svenske naprapatskolen ikke holder et ønskelige akademiske nivå for en helseprofesjonsutdanning. Högskoleverkets utredningskomité skriver at studenter forlater utdanningen med en tydelig yrkesidentitet og klare oppfatninger om hvilke oppgaver de er i stand til å utføre, til tross for at utdanningen mangler nødvendig integrasjon mellom teori og praksis. De påpeker også at lærerne etter deres vurdering ikke har tilstrekkelig grad av formell kompetanse. Eksempler på eksamensoppgaver viser ifølge den svenske utredningskomiteen at studentene får mangelfull kunnskap om blant annet gjeldende regelverk. Det vektlegges også at det ikke finnes noe forskningstilknytning ved naprapatskolen. De samme konklusjoner gjelder den svenske kiropraktorskolen.
- Fysioterapeuter tar en treårig bachelorutdanning med opptakskrav allmenn studiekompetanse, og må fullføre ett års turnustjeneste for å få autorisasjon.
- Utdanning i manuellterapi teller fra og med våren 2005 som mastergradsutdanning, og tilbys ved Universitetet i Bergen. Den bygger på grunnutdanning i fysioterapi etterfulgt av ett års turnustjeneste (mao autorisasjon som fysioterapeut) og ni studiepoeng i forskningsmetode. Bransjeinternt i NFF teller utdanningen som en av flere spesialisitet for fysioterapeuter. Sosial- og helsedirektoratet er som nevnt for tiden i ferd med å vurdere hvorvidt blant annet manuellterapi bør reguleres etter *Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell* (FOR 2000-12-21 nr 1384).
- Kiropraktorutdanninger er i hovedsak femårige mastergradsutdanninger, og det kreves ett års turnustjeneste før de kan autoriseres i Norge. Tidligere ble de fleste norske kiropraktorer utdannet i USA. Blant de som nå praktiserer er de fleste utdannet i Danmark eller i andre europeiske land. Det er utviklet internasjonalt anerkjente kriterier for innhold og omfang av kiropraktorutdanningen.
- Kiropraktorer med utdanning fra Sverige utgjør et unntak ved at de har fullført sin utdanning ved en privateid skole uten offentlig eksamensrett. Det svenske Högskoleverket konstaterte som nevnt i en utredning foretatt i 2004 at denne skolen ikke har den rette akademiske eller faglige standard. NKF har i flere år hevdet dette, og derfor nektet kiropraktorer med slik utdanning medlemskap i foreningen. Svenskutdannede kiropraktorer autoriseres etter turnustjeneste i Sverige, og pga Nordisk overenskomst har de hittil kunnet overføre sin autorisasjon til Norge.
 - ✓ Arbeidsgruppen tilrår Helse og omsorgsdepartementet å se nærmere på denne saken. Det svenske Högskoleverkets utredning bør få konsekvenser når det for norsk forvaltningspraksis: En mulighet er å melde for Nordisk Råd at Norge ønsker å gjøre et unntak fra ordningen med gjensidig godkjenning av nordiske helseprofesjoner når det gjelder kiropraktorer som er autorisert i Sverige på grunnlag av utdanning ved den aktuelle svenske kiropraktorskolen.

7. Vilkår for autorisasjon i Norge

I dette kapitlet redegjøres det for vilkår for autorisasjon i Norge, sett i lys av ulike offentlige dokumenter og gjeldende lov- og regelverk.

Det redegjøres også for synspunkter fra representanter for pasient-/brukerorganisasjoner knyttet til utredningen.

Tilslutt i kapitlet følger en kort redegjørelse for arbeidsgruppens syn på det prinsipielle spørsmålet om hensiktsmessigheten av å drøfte kriterier for autorisasjon på en skjematisk måte i tilknytning til de aktuelle profesjonene.

7.1 Gjeldende regelverk og forklaringer til dette

7.1.1 *Lov om helsepersonell*

Kriterier for autorisasjon framgår i *Lov om helsepersonell mv* (rundskriv I-20/2001³⁴), § 48. De i dag 27 autoriserte helseprofesjonene har rett til autorisasjon dersom de har fullført utdanning og bestått eksamen i vedkommende fag ved norsk universitet, høyskole eller videregående opplæring, har gjennomført praktisk tjeneste (turnustjeneste el l) fastsatt i forskrift gitt av departementet, er under 75 år og ikke er uegnet for yrket. Det er også bestemmelser for behandling av autorisasjonssøknader fra personer med utenlandsk eksamen som anerkjennes som jevngrad med tilsvarende norsk eksamen, som har utenlandsk eksamen som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning etter § 52, eller som på annen måte har godtgjort å ha den nødvendige kyndighet.

Med autorisasjonen følger det også en rekke plikter, herunder plikt til å opptre faglig forsvarlig (jf §4). I forsvarlighetskravet ligger det krav om å holde seg faglig oppdatert, følge gjeldende regelverk, ha kunnskap om eget kompetanseområde og dets begrensninger og om hvem/hvor man kan innhente bistand fra eller henvise pasienter til dersom det er nødvendig og mulig. Det presiseres at dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje i samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Leger framheves som beslutningstakere ved samarbeid om medisinske spørsmål og tannleger ved odontologiske. Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.

I merknadene til § 48 står det at alle vilkårene må være oppfylt. I tillegg kan departementet, ved behandling av søknader om autorisasjon for nye grupper også 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.

Ved brudd på lovens bestemmelser kan helsepersonell gis advarsel (§56), autorisasjonen kan tilbakekalles (§57) eller autorisasjonen kan begrenses (§59).

³⁴ Rundskrivet skal etter det arbeidsgruppen er informert om oppdateres i løpet av 2005

7.1.2 Forarbeidene til helsepersonelloven

Pasientsikkerhet: I forarbeidene til helsepersonelloven (Ot prp nr 13 (1998-1999) *Om lov om helsepersonell*) står det at hovedformålet med autorisasjonsordningen er å ivareta pasienters sikkerhet, noe man mener å kunne gjøre ved å sikre at helsepersonellet har nødvendige kvalifikasjoner (utdanning og praktisk tjeneste). Dersom selve yrkesutøvelsen innebærer risiko for pasienten, bør dette tillegges betydelig vekt – og gjelder blant annet når en yrkesrolle innebærer selvstendig og direkte ansvar for utredning, diagnostikk, behandling, pleie og/eller oppfølging av pasienter.

Kvalifikasjoner/utdanning som minimums "varedeklarasjon":

Autorisasjonsordningen innbærer en garanti for et visst kunnskapsnivå og for at yrkesutøverne har personlige kvalifikasjoner som gjør at vedkommende har helsemyndighetenes og samfunnets tillit. Den fyller også et informasjonsbehov overfor pasienter, arbeidsgivere og samarbeidspartnere, og kan forstås som en *"minimums varedeklarasjon"* av ulike yrkesutøveres kvalifikasjoner. For det enkelte helsepersonell innebærer autorisasjonen ifølge forarbeidene *"økt anseelse og stolthet over eget fag. Det kan hevdes at yrkesutøveres følelse av ansvar for yrkets faglige nivå og dens utvikling forsterkes ved en autorisasjonsordning"* (kap 14.4.1 i forarbeidene).

Det framgår av forarbeidene at det etter departementets vurdering ikke bør stilles opp en formell grense for hvilket (akademisk) nivå en utdanning skal ligge på for å autorisere en yrkesgruppe. Ulike profesjoner autoriseres på bakgrunn av ulike hensyn – hvorav noen teller mer for en yrkesgruppe enn for en annen. Eksempelvis har leger et bredt selvstendig ansvar for undersøkelse, diagnostisering og behandlingsvalg, mens omsorgsarbeidere og hjelpepleiere har nær og omfattende pasientkontakt og liten grad av selvstendig beslutningsansvar. Stor grad av selvstendig pasientkontakt (enten i form av selvstendig yrkesutøvelse eller innenfor en institusjonell ramme) kan være en grunn til å innføre den styringsmekanisme autorisasjonsordningen innebærer. At yrkesrollen kan innebære selvstendig næringsvirksomhet bør også tillegges vekt, siden dette oftest medfører at det ikke er muligheter for kontroll fra arbeidsgiver. Dette bør etter departementets vurdering likevel ikke være noen absolutt betingelse for å få autorisasjon.

Tittelbeskyttelse og forutsigbarhet om sammenheng mellom tittel og kompetanse:

Autoriserte grupper får rett til tittelbeskyttelse, og autorisasjonsordningen skal være en sikkerhet for at helsepersonell med en bestemt tittel har en bestemt type kompetanse. Dette krever for eksempel en stor grad av konsensus blant utøvere av en profesjon om behandlingsformers innhold og bransjens syn på nødvendige regler for etisk og forsvarlig yrkesutøvelse. Hensynet til behovet for tillit og forutsigbarhet overfor pasienter, befolkningen for øvrig og annet helsepersonell og også ut fra et samfunnsperspektiv er også hensyn som autorisasjonsordningen bør kunne ivareta. Autorisasjonsordningen bør kunne bidra til at befolkningen har tillit til at autorisert helsepersonell fyller de krav som offentlige myndigheter stiller til utøvelsen av virksomheten.

Autorisasjon på basis av grunn- og/eller tilleggsutdanning? I kapittel 14.4.2.1 framkommer det at det kan være mindre relevant å autorisere en profesjon på basis av en tilleggsutdanning, dersom det finnes en autorisasjonsgivende grunnutdanning "i bunnen". Dersom man skal vurdere om en yrkesgruppe som allerede er autorisert også bør autoriseres på basis av en tilleggsutdanning, må det ved vurderingen vektlegges hvor lang og selvstendig tilleggsutdanningen er, og om den leder fram til

et yrke som er vesensforskjellig fra den autorisasjonsgivende grunnutdanningen. Departementet foreslår at det skal bli mulig å opprette speisalistgodkjenninger for flere helsepersonellgrupper, noe som reduserer noe av behovet for autorisasjon for enkelte grupper.

Harmonisering med andre land: Når det gjelder hensynet til harmonisering med andre land, nevnes nordisk overenskomst og gjeldende EU-/EØS-regelverk som omfatter sektordirektivene (for fem profesjoner: leger, tannleger, sykepleiere, jordmødre og farmasøyter) og et generelt system (Rdir 89/48/EØF), også kalt "treårsdirektivet". Dette gir en generell ordning for godkjenning av yrkeskompetansegivende utdanninger på høyskole- og universitetsnivå. Blant annet kiropraktorer og fysioterapeuter omfattes av treårsdirektivet. Rdir 92/51/EØF gjelder gjensidig godkjenning av personell med utdanning på lavere nivå.

Fysioterapeuter var en offentlig godkjent helseprofesjon da Lov om helsepersonell trådte i kraft, og hadde vært det siden 1936. En viktig årsak til at man gikk inn for lovregulering av fysioterapeuter, som på den tiden ble kalt sykegymnaster, var at man ønsket å skille dem fra useriøse massører som til en viss grad ble forbundet med prostitusjonsvirksomhet (Haugen 1997). Legeprofesjonen støttet lovregulering av fysioterapeuter, som var engasjert innenfor den offentlige helsetjeneste før loven trådte i kraft. Fysioterapeutene hadde blant annet viktige oppgaver knyttet til rehabilitering av blant annet polio- og tuberkulosepasienter. Det ble også vektlagt at sykegymnasiastutdanningen hadde eksistert helt siden slutten av 1800-tallet, og at det fantes en statlig fysioterapiskole. Da fysioterapeuter ble omfattet av helsepersonelloven, ble det følgende vektlagt: Deres treårige høyskoleutdanning førte til et definert yrke innen helsevesenet, det ble stilt krav om turnustjeneste, yrkesrollen innebærer funksjonsdiagnostisering og virksomheten kunne innebære en viss fare for risiko for pasienten. Også hensynet til forutsigbarhet for pasientene og annet helsepersonells og allmennhetens tillit til yrkesgruppen ble lagt til grunn.

Kiropraktorer ble autorisert i 1988. De ble omfattet av helsepersonelloven da den trådte i kraft, til tross for at det ikke fantes noe utdanningstilbud for dem i Norge. Ifølge forarbeidene til loven ble det vektlagt at det fantes 4-5-årige utdanninger for kiropraktorer på universitetsnivå i USA og Storbritannia og at det var etablert en dansk kiropraktorutdanning. Yrkesrollens selvstendighet når det gjelder ansvar for forebygging, undersøkelse og behandling av funksjonsforstyrrelser og smertetilstander ble vektlagt, i tillegg til risikopotensialet og hensynet til forutsigbarhet for pasienter. Videre ble det lagt til grunn at autorisasjon kan fungere som et signal om at allmennhet kan ha tillit til en profesjonsgruppe.

NOU 1985:10 *Autorisasjon av kiropraktorer* (s. 10 og s. 30-32) skisserer at veien til offentlig godkjenning gjennom autorisasjon av kiropraktorer har vært langvarig og bestått av profesjonsstridigheter og uenigheter mellom kiropraktorer og de etablerte helseprofesjonene leger og fysioterapeuter. Komiteen som anbefalte autorisasjon av kiropraktorer vektla blant annet kiropraktorutdanningens lengde, at den tar sikte på å utdanne yrkesgruppen til å være primærkontakt og at profesjonen hadde eksistert i Norge i over 60 år. Også kiropraktors opplæring i differensialdiagnostisering "*på den type pasienter en kan forvente oppsøker en kiropraktor direkte*" ble tillagt vekt. Kiropraktors bruk av røntgendiagnostisering var omdiskutert, og det ble innhentet en uttalelse fra røntgenologer som "*hevdet at det kun var manglende autorisasjon som forhindret kiropraktorene i å kunne rekvirere røntgenbilder ved røntgeninstitusjoner og sykehus*" (side 31).

Medlemmer i komiteen hevdet at en manglende autorisasjon hadde hindret forskning og fagutvikling og antok at en autorisasjon ville kunne åpne for samarbeid med

norske forskningsmiljøer og sykehus slik at faget kunne videreutvikles. Det vanskelige lege-kiropraktor-forholdet ble drøftet og utvalget konstaterte at legestanden har utvist *"manglende saklighet"* og samtidig forlangte *"den strengeste saklighet"* fra kiropraktorer. Fysioterapeut-representanter *"hevdet at de allerede dekker kiropraktorenes behandlingsområde, både ved vanlig fysioterapi, og særlig ved sin spesialgruppe av manuelle terapeuter"*. Komiteen mente imidlertid at fysioterapeuters utdanning i manuell terapi i 1985 var så *"uklart definert at man ikke kan bedømme grundigheten av denne"*. NFF støttet Legeforeningen, og gikk imot autorisasjon av kiropraktorer. De rådet myndighetene til – dersom de likevel gikk inn for autorisasjon – å begrense den og å regulere den gjennom spesielle forskrifter. **Effekt av behandlingen / forskningsstatus** nevnes ikke i forarbeidene til helsepersonelloven, og omtales ikke som kriterium for autorisasjon i lovteksten.

7.1.3 Om lov om alternativ behandling

Også i forarbeidene til *Lov om alternativ behandling mv* (Ot prp 27 2002-2003) blir vilkår for autorisasjon drøftet. De konstateres at eventuelle nye grupper som autoriseres rettslig sett vil likestilles med de grupper som er autorisert i dag, og få de samme plikter og rettigheter. Autorisasjon knyttes til pasienters og samfunnets tillit til en profesjon. Under følger en liste over mulige kriterier for autorisasjon (jf Ot prp 27):

- **Effekt av behandling:** Det framgår at det etter departementets vurdering vil kunne *"legges vekt på i hvilken grad det foreligger dokumentert effekt av at de behandlingsformer som [aktuelle] grupper benytter dersom nye grupper skal autoriseres. Dokumentert effekt kan anses for å foreligge på bakgrunn av en systematisert gjennomgang av forskningsresultater. Det kan også være aktuelt å legge vekt på omfattende og systematisert klinisk erfaring"* (s 177).

Dette skiller seg fra forarbeidene til helsepersonelloven, og fra helsepersonelloven, der dokumentert effekt ikke nevnes som kriterium for autorisasjon. Det er for øvrig i tråd med signaler Sosial- og helsedirektoratet tidligere har gitt til departementet i forbindelse med arbeidet med Ot prp 27.

- **Fare for bivirkninger og skader:** For å ivareta pasientsikkerhetshensynet *"legger departementet til grunn at dersom en behandlingsmetode anses få ha effekt vil det være større grunn til å autorisere grupper der ukyndig bruk av behandlingsmetoden kan medføre fare for skade eller bivirkninger, enn der behandlingen ikke kan få slike konsekvenser"*.

Dette er i tråd med pasientsikkerhetsperspektivet som vektlegges i helsepersonelloven.

- **Selvstendig arbeidssituasjon:** De fleste utøvere av alternativ behandling har en svært selvstendig arbeidssituasjon, noe som kanskje kan tale for autorisasjon ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv.

Dette er i tråd med helsepersonellovens forarbeider, og en selvstendig arbeidssituasjon kan, men må ikke legges til grunn for autorisasjon.

- **Behandlingsformers utbredelse.** Det framgår at dersom det finnes et betydelig antall personer innenfor en gruppe utøvere av alternativ behandling, kan det være et kriterium for autorisasjon.

- **Standarden på norske utdanningstilbud:** *"Departementet legger til grunn at det ved en eventuell autorisasjon må kunne legges en viss vekt på i hvilken grad behandlingsformen er utbredt i Norge. Dersom faget har svært få utøvere eller om norsk utdanning er fraværende eller mangelfull, kan dette være argumenter mot autorisasjon"*. Det framgår at autorisasjon i prinsippet også kan gis dersom nærmere definerte utenlandske utdanninger holder mål (s 178).

Da kiropraktorer ble autorisert fantes det ikke noe norsk utdanningstilbud, men det ser ut til at det hersket enighet innenfor fagmiljøet om internasjonalt anerkjente utdanningsstandarder.

I tillegg til ovennevnte kriterier bør det nevnes at Sosial- og helsedirektoratet tidligere har signalisert at også **behovet for en ny profesjon** kan tillegges vekt dersom nye grupper skal autoriseres, noe som gjenspeiles i mandatet for herværende utredningsarbeid.

7.2 Bruker-/pasientsignaler:

Fordi brukere og pasienter ikke har vært representert i arbeidsgruppen, ble det arrangert et drøftingsmøte i august 2004 der de fikk informasjon og anledning til å komme med innspill knyttet til dette utredningsarbeidet. 17 personer deltok på møtet³⁵. Under gjengis pasient- og brukerrepresentantens synspunkter/vurderinger³⁶:

- Bruker- og pasientorganisasjonenes representanter mener det er positivt at helsemyndighetene involverer seg i alternativ behandling.
- Flere mente at spørsmålet om effekt av behandling bør vurderes dersom nye behandlerprofesjoner autoriseres fordi det potensielle brukere oftest oppfatter autorisasjonen som et godkjenningss-/kvalitetsstempel fra myndighetene.
- Det ble signalisert at det er behov for mer målrettet og brukervennlig informasjon fra helsemyndigheter til brukere om:
 - Autorisasjonsordningen
 - Den nye frivillige registerordningen for alternative behandlere
 - Effekt av alle typer behandling³⁷
 - Kostnader knyttet til alle typer behandling

Autorisasjonsordningens hovedhensikt er å ivareta hensynet til pasientsikkerhet, derfor er bruker- og pasientrepresentantenes synspunkter viktig signaler til arbeidsgruppen og til helsemyndighetene. De viser blant annet at det er vanlig å gå

³⁵ Fem fra Sammenslutningen av alternative behandleres utøverorganisasjoners (SABORG) arbeidsutvalg, en av disse er også medlem i arbeidsgruppe/homøopati. To fra andre fagmiljøer representert i homøopatigruppen og fire fra fagmiljøet knyttet til manuell terapi/osteopati/kiropraktikk som utredes i en annen arbeidsgruppe, sju fra følgende pasient- og brukerorienterte organisasjoner: Kreftforeningen, Norsk homøopatisk pasientforening, Norges fibromyalgiforbund, Landsforeningen for kvinner med bekkenløsning/Norsk handikapforbund, Norsk revmatikerforbund, Fritt helsevalg og Ryggforeningen i Norge.

³⁶ Synspunkter knyttet til utdanningsutredningen ble gjengitt i delrapportene om utdanning av akupunktører og utdanning av homøopater. Disse ble levert til departementet i oktober 2004. Rapportene er publisert på Sosial- og helsedirektoratets internettside:

<http://www.shdir.no/index.db2?id=10575&parent=1173>

³⁷ Nasjonalt forskningscenter for alternativ og komplementær medisin, ved Universitetet i Tromsø, er for tiden i ferd med å utarbeide en informasjonsbank om alternativ og komplementær behandling. Hensikten er at dette skal bli en internettdatabase med nøytral informasjon.

ut fra at det er en viss sammenheng mellom autorisasjon og kvalitet og også en tillit til at behandlingsformer tilbudt av autoriserte grupper kan antas å ha en viss grad av effekt.

7.3 Bør kriterier for autorisasjon drøftes eksplisitt og skjematisk?

I arbeidsgruppens mandat åpnes det for å foreta en konkret drøfting av hvorvidt de aktuelle profesjonene fyller kriteriene for autorisasjon. Dette kan gjøres på en eksplisitt og skjematisk måte. Arbeidsgruppen har diskutert behovet for en slik eksplisitt drøfting der pro- og contra-argumenter for autorisasjon av de aktuelle profesjonene belyses.

Arbeidsgruppens flertall vurderer en slik skjematisk drøfting som lite hensiktsmessig. En profesjon kan oppfylle alle kriterier for autorisasjon. Dette behøver ikke å være tilstrekkelig grunnlag til at helsemyndighetene går inn for autorisasjon av den aktuelle profesjonen.

Det er viktig å huske at autorisasjon er et virkemiddel for regulering av helseprofesjoner, og ikke en rettighet.

Autorisasjon av nye helseprofesjoner må baseres på en konkret helhetsvurdering av den/de aktuelle profesjon(er). Kriteriene for autorisasjon slik de beskrives i Lov om helsepersonell bør primært legges til grunn, men også andre hensyn kan vektlegges.

I forarbeidene til Lov om alternativ behandling av sykdom mv argumenteres det blant annet for at både *behovet for* en ny helseprofesjon og *graden av forskningsbasert dokumentasjon av virkning/effekt* av enkelte profesjoners behandlingstilbud kan – men ikke må – tillegges vekt.

På bakgrunn av ovennevnte har arbeidsgruppens flertall valgt å avstå fra å utforme en konkret, skjematisk og eksplisitt drøfting av hvorvidt de aktuelle profesjonene bør autoriseres sett i forhold til kriteriene for autorisasjon, og velger å basere seg på en kortfattet totalvurdering.

Mindretallet ved Peter Lehne i FFMT ønsket en slik drøfting.

8. Arbeidsgruppens anbefalinger

Nedenfor følger arbeidsgruppens anbefalinger vedrørende autorisasjonsspørsmålet for de tre aktuelle yrkesgruppene. For kiropraktorer vurderes ingen endringer.

8.1 Naprapater

Det finnes nærmere 100 naprapater i Norge, og relativt mange pasienter oppsøker naprapat.

Ingen naprapater er autorisert på grunnlag av annen helsefaglig utdanning. Deres beskrivelse av eget behandlingstilbud tyder på at deres undersøkelsesteknikker og behandlingsmetoder i stor grad ligner store deler av kiropraktorer og manuellterapeuters behandling. Etter arbeidsgruppens vurdering kunne det derfor ha vært grunn til å vurdere autorisasjon av naprapater, under forutsetning av at deres utdanningsmessige kvalifikasjoner hadde vært tilfredsstillende.

Det svenske Högskoleverkets utredning av Naprapathögskolan AB konkluderer imidlertid med at utdanningen ikke er adekvat for helsepersonell.

Det framgår av forarbeidene til helsepersonelloven at det ikke bør være et vilkår for autorisasjon at en utdanning er på et visst akademisk nivå. Profesjoner med utdanning fra videregående skole er autorisert i Norge i dag. Mange av dem har en stor grad av ansvar for omsorg og pleie av pasienter. De har imidlertid ikke selvstendig ansvar for utredning, diagnostisering og behandling av pasienter på samme måte som naprapater og de øvrige utøvere av manuell behandling av plager/sykdommer knyttet til muskel-/skjelettsystemet.

Arbeidsgruppen konkluderer med at naprapater ikke bør autoriseres etter Lov om helsepersonell. Etter gjeldende regelverk vil de dermed omfattes av Lov om alternativ behandling mv. og de vil ha mulighet til å registrere seg som utøvere av alternativ behandling i register for slike utøvere. Registrering er frivillig, og avhenger av hvorvidt naprapatenes organisasjon i Norge ønsker å søke om godkjenning i forbindelse med slik registrering.

Dersom naprapater skal autoriseres i Norge, bør utdanningen først akkrediteres som en offentlig godkjent bachelorutdanning. Varigheten på fire år bør beholdes, og det bør kreves turnustjeneste også i Norge. Det vil også kunne tillegges vekt at det satses mer på forskning knyttet til effekten av naprapatisk behandling.

Dersom disse endringene blir gjennomført og antall naprapater holder seg stabilt eller øker, bør autorisasjon av naprapater kunne vurderes.

8.2 Osteopater

Det finnes i dag maksimalt ti osteopater som ikke er autorisert på bakgrunn av grunnutdanning og turnustjeneste i fysioterapi (eller legeutdanning). Pasientsikkerhet for osteopaters pasienter ivaretas ved at det store flertall av osteopater innehar autorisasjon på bakgrunn av sine kvalifikasjoner som fysioterapeut.

Den norske osteopatiskolen er ikke offentlig godkjent av Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT), og de har heller ikke søkt om dette. Skolen oppgir at de

samarbeider med en akkreditert skole i Storbritannia (European School of Osteopathy, ESO).

De få osteopatene som ikke har grunnutdanning i fysioterapi, har tatt akkreditert utdanning på minst bachelornivå i Storbritannia eller Belgia.

Utredningen har vist at osteopater er aktive innen forskning og at det er mulig å utføre forskning knyttet til effekten av osteopat, sammenlignet med blant annet narretiltak. Det finnes noe dokumentasjon for enkelte aspekter knyttet til osteopatiens forklaringsmodeller, men ikke til osteopati som behandlingssystem.

8.2.1 Arbeidsgruppens tilråding

Arbeidsgruppens flertall konkluderer med at osteopater ikke bør autoriseres etter Lov om helsepersonell.

Etter flertallets vurdering foreligger det en del uklarheter når det gjelder den norske osteopatiskolens konkrete organisering og dens samarbeid med European School of Osteopathy (ESO). Dette må avklares før det kan tas stilling til hvorvidt osteopater bør autoriseres.

Det tilrådes at det norske utdanningstilbudet i osteopati utvikles betraktelig når det gjelder formalia, at utdanningen akkrediteres som høyskoleutdanning på minst bachelornivå og omfangsmessig tilsvarer en fireårig heltidsutdanning. Det bør i så fall også innføres krav om turnustjeneste på lik linje med fysioterapeuter og kiropraktorer.

Antall osteopater som ikke innehar autorisasjon på bakgrunn av helsefaglig utdanning på minst bachelornivå bør også øke betraktelig før det anses som rimelig å vurdere autorisasjon av osteopater ved en senere anledning. I dag er det helt dominerende antall osteopater allerede autorisert som fysioterapeuter, og dobbeltautorisasjon på grunnlag av ferdigheter i et nær beslektet område bør unngås.

Dersom disse endringene blir gjennomført og antall osteopater uten autorisasjon på bakgrunn av annen helsefaglig grunnutdanning innen beslektet fagområde på minst bachelornivå øker i betydelig grad, bør autorisasjon av osteopater kunne vurderes.

8.2.2 Uttalelse fra mindretall

Arbeidsgruppens medlem Ingunn B. Wennberg, leder for Norsk osteopatforbund, går primært for en autorisasjon av osteopatprofesjonen nå. Dette begrunnes med at osteopatene ser et sterkt behov for dette nå ut fra hensynet til pasientenes interesser. Hvem som helst kan – etter dagens regelverk, der osteopater ikke er autorisert men reguleres av Lov om alternativ behandling – kalle seg osteopat.

Videre påpeker osteopatene at det foregår en rivende utvikling av osteopatien og at autorisasjon av osteopater er en harmonisering med internasjonale forhold der trenden er at osteopater autoriseres. Osteopatene mener at Helsepersonellovens krav knyttet til autorisasjon er oppfylt for profesjonen.

Subsidiært støtter Ingunn B. Wennberg arbeidsgruppens konklusjon i kapittel 8.2.1.

8.3 Manuellterapeuter

Det framgår i forarbeidene til helsepersonelloven at egen autorisasjon på grunnlag av tilleggsutdanning kan vurderes dersom en tilleggsutdanning leder fram til et yrke som er *vesensforskjellig* fra den autorisasjonsgivende grunnutdanningen. Det framgår også at det *nåværende spesialistgodkjenningssystemet har til hensikt å redusere behovet for autorisasjon grupper med tilleggsutdanning*.

Stortingets sosialkomité har bedt om en vurdering av behovet for egen autorisasjon av manuellterapeuter.

8.3.1 Flertallets tilråding

Arbeidsgruppen vurderer at beskrivelsene av manuellterapiutdanningen viser at manuellterapi først og fremst er en utdanning som bidrar til videreutvikling av utøvere med en etablert grunnutdanning og som er autorisert helsepersonell – på grunnlag av grunnutdanning og gjennomført turnustjeneste i fysioterapi – snarere enn en separat profesjon. Dette på tross av at flere av utøvernes behandlingsmetoder er beslektet med blant annet kiropraktors.

Etter arbeidsgruppens vurdering tilsier dette at den eksisterende ordning for spesialistgodkjenning er den mekanisme som eventuelt må benyttes for å regulere manuellterapeuter. En separat autorisasjon for manuellterapeuter strider imot systemet som er utviklet for å regulere spesialistutdanning for andre helsepersonellgrupper slik som leger, tannleger og optikere.

Arbeidsgruppen anbefaler at manuellterapeuter ikke bør få en ekstra autorisasjon, men en offentlig godkjent spesialitet, som etter flertallets vurdering bør omfattes av *Forskrift for spesialistgodkjenning av helsepersonell* av 21.12.00.

8.3.2 Merknad fra mindretall

Etter en helhetsvurdering mener representanten for Faggruppen for manuellterapi (FFMT) i Norsk fysioterapeutforbund (NFF), Peter Lehne, at det er grunnlag for å gi særskilt autorisasjon til manuellterapeuter.

8.4 Andre vurderinger

Utredningen har medført en grundig gjennomgang av de berørte profesjoners behandlingstilbud, utdanninger og kunnskapsgrunnlag. Det er konkluderes med at verken naprapater eller osteopater bør autoriseres. Begrunnelsene er ulike.

Det konkluderes videre med at manuellterapeuter bør få offentlig spesialistgodkjenning og ikke ekstra autorisasjon på grunnlag av sin tilleggsutdanning som fra innværende år teller som mastergradsutdanning, samt veiledet praksis av et definert omfang som fastsettes ved senere utarbeidelse av spesialistregler.

Arbeidsgruppen er også bedt om å besvare spørsmålet om de er behov for autorisasjon av nye profesjoner som tilbyr behandling av mennesker med sykdom/plager innen muskel-/skjelettsystemet.

Spørsmålet om det er behov for autorisasjon av nye grupper er ovenfor bare delvis besvart. Arbeidsgruppen har fokusert på momenter som profesjoners grunnutdanning (naprapater), utbredelse og norsk utdanningstilbud (osteopater) og for tilpasning til systemet med én autorisasjonsgivende grunnutdanning kombinert med et spesialistutdanningssystem.

Dersom det skal tas stilling til hvorvidt det er behov for en ny autorisert helseprofesjon, kan både samfunnsøkonomiske og helsemessige aspekter legges til grunn.

Utredningen har vist at naprapater og osteopater – sammenlignet med kiropraktorer og manuellterapeuter – har begrenset nytt å tilføre norske pasienter når det gjelder særegne undersøkelsesmetoder, behandlingsteknikker og forskningsbasert dokumentasjon.

Samme pasientgrupper (mennesker med lidelser knyttet til muskel/skjelettsystemet) oppsøker kiropraktorer, osteopater, manuellterapeuter og naprapater. . Arbeidsgruppen anerkjenner at pasienter har ulike personlige preferanser i valg mellom disse terapiformene for beslektede plager.

Fysioterapeutene skiller seg som nevnt flere ganger fra de øvrige med sine oppgaver innen rehabilitering/habilitering og forebygging på både individ- og systemnivå. Kiropraktorer og manuellterapeuter har i stor grad samme behandlingskompetanse, men ulik utdanning.

Arbeidsgruppen har – fordi det har vist seg å være vanskelig å beskrive det særegne ved de ulike profesjonene – diskutert muligheten av å foreslå felles autorisasjon for utøvere av manuell behandling av lidelser og sykdommer i muskel/skjelettsystemet.

Når dette ikke anbefales, vil arbeidsgruppen peke på at manuellterapi bare utgjør en begrenset del av fysioterapeuters totale arbeidsområde og at det fortsatt er store ulikheter i utdanning og fagtradisjoner blant de øvrige.

9. Vedlegg

I. Mandat

Beskrivelser: Utredningen skal beskrive osteopati, naprapati, manuell terapi, kiropraktikk og fysioterapi og gjøre rede for status. Beskrivelsen skal bl.a. omfatte:

A. BEHANDLINGSFORMENE/UTØVELSEN AV BEHANDLINGEN

- Kunnskapsgrunnlaget.
- Hvilke sykdommer, lidelser eller plager behandlingsformene skal avhjelpe.
- Diagnostisering og praktisk utøvelse med behandlingsforløp.
- Samarbeidspersonell.
- Omfanget av dokumentert effekt og eventuelle bieffekter av behandlingene.
- Behandlingsformenes avgrensning mot andre relevante alternative behandlingsformer.

• Med kunnskapsgrunnlag menes teoretisk grunnlag, forskningskunnskap og systematisert erfaring. Teoretisk grunnlag inkluderer mål, ideologi og teoretisk ståsted og omfatter forståelse av kroppens virkemåte samt forklaringsmodeller for sykdom og helbredelse.

B. UTDANNINGENE OG REGULERING AV YRKESUTØVELSEN

- Utdanningssteder og utdanningenes rettslige regulering, omfang og organisering.
- Formelle opptakskrav og søkerens helsefaglige bakgrunn dersom dette er tilgjengelig.
- Opplæringsplaner i helsefaglige basisfag, pasientkommunikasjon, kunnskap om norsk helsetjeneste og relevant lov- og forskriftsverk, praksisopplæring og det fagspesifikke for den aktuelle utdanningen.
- Godkjenningsordninger av den aktuelle utdanning i andre land.
- Regulering av yrkesutøvelse og aktuelle finansieringsordninger i andre land (spesielt Norden og EU-land).
- Internasjonalt samarbeid.

Det fagspesifikke skal i tillegg til det som er åpenbart forskjellig fra andre utdanninger, også omfatte teoretisk grunnlag og fagets regler.

C. OMFANG/UTBREDELSE

- Brukerne: antall og kjønn, type lidelse som er årsak til valg av behandlingsform og medlemskap i pasientorganisasjoner.
- Utøverne: antall, kjønn og utdanning samt om yrkesutøvelsen foregår i privat eller offentlig regi.
- Utøverorganisasjonene: organisering og medlemskap i hovedsammenslutning (nasjonalt og internasjonalt), samt mål, ideologi eller teoretisk ståsted med vekt på likheter og forskjeller i de tilfeller hvor det finnes flere utøverorganisasjoner for samme behandlingsform.
- Behandlingsformenes utbredelse i andre land det er naturlig at vi sammenligner oss med.

Vurder og drøft forskjeller og likheter mellom osteopati, naprapati og manuell terapi på den ene siden, og kiropraktikk og fysioterapi på den andre siden: Utredningen skal vurdere og drøfte behandlingsformene osteopati, naprapati og manuell terapi i

forhold til kiropraktikk og fysioterapi. Vurderingene skal omfatte både utdanning og behandlingsform og legge vekt på den forskningsbaserte kunnskap og systematiserte erfaring som finnes når det gjelder effekter og bieffekter av behandlingen.

Aktuelle momenter i drøftingen:

- Om pasientens sikkerhet blir ivaretatt ved at utdanningene gir tilstrekkelig opplæring i helsefaglige basisfag, kommunikasjon, kunnskap om norsk helsetjeneste og relevant lov- og forskriftsverk, praksisopplæring og det fagspesifikke for den aktuelle utdanningen.
- Om sider ved yrkesutøvelsen gjør at det kan stilles spørsmål ved om pasientsikkerheten er tilstrekkelig ivaretatt. Slike sider ved yrkesutøvelsen kan være:
 - a) Om behandlingen kan påføre pasienten uheldige bieffekter.
 - b) Om diagnostisering/sykdomsforklaring står i motsetningsforhold til medisin på en slik måte at pasienten unnlater å søke hjelp for alvorlige lidelser i den etablerte helsetjenesten eller avslutter allerede oppstartet behandling.

Vurdere osteopati, naprapati og manuell terapi opp mot vilkårene for autorisasjon. Utredningen skal videre drøfte og vurdere:

- Behandlingsformen/yrkesutøvelsen innen osteopati, naprapati og manuell terapi i forhold til kriteriene som ble lagt til grunn for autorisasjon i kap. 14 i Ot. prp. nr. 13 (1998-1999) Om lov om helsepersonell (jf. også kap. 13 i Ot. prp. nr. 27 (2002-2003)) og i forhold til kiropraktikk og fysioterapi.
- Hva som eventuelt må endres/justeres for at kriteriene for autorisasjon skal bli innfridd.
- Hvorvidt det er behov for en autorisasjonsordning for disse grupper av utøvere.
- Hvorvidt det eventuelt er behov for egen autorisasjonsordning dersom utøverne allerede har autorisasjon som annet helsepersonell.

Tilråding med hensyn til autorisasjon. Utredningen skal gi en tilråding med hensyn til om vilkårene for autorisasjon som helsepersonell er oppfylt for osteopati, naprapati og manuell terapi. Videre skal det gis en tilråding angående behovet for autorisasjon. For behandlingsformer hvor utøverne allerede har autorisasjon som annet helsepersonell, skal det i tillegg gis en tilråding når det gjelder eventuelt behov for særskilt autorisasjon.

II. Kunnskapssøk av Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Bestillingen fra Sosial- og helsedirektoratet: Kort oppsummert var innholdet i bestillingen fra Sosial- og helsedirektoratet av 7. 07 2004 (når det gjelder manuelle behandlingsformer) slik:

Kunnskapssenteret bes:

Foreta en gjennomgang /kvalitetssikring av innlevert dokumentasjon av manuelle behandlingsformer:

- Osteopati
- Naprapati
- Manuellterapi
- Kiropraktikk
- Fysioterapi

Foreta et søk etter eventuell ny dokumentasjon om manuelle behandlingsformer av:

- Effekt av naprapati
- Effekt av osteopati
- Alvorlige bieffekter av naprapatisk og osteopatisk behandling
- Pasienttilfredshet knyttet til naprapatisk og osteopatisk behandling

Foreta en kartlegging av hvorvidt det eksisterer ny informasjon om effekten av bruken av spinal manipulasjon ved å søke i nyere sekundærlitteratur.

Foreta en kartlegging av forskning som har sammenliknet de ulike manuelle behandlingsformene.

Finne ut om det finnes dokumentasjon om hva slags utdanning som er "god nok" for å kunne utføre manipulasjon.

Kartlegge dokumentasjon om effekt av behandling av andre sykdommer ved hjelp av de aktuelle terapiformer.

Sammenlikne dokumentasjon av effekt (positiv og negativ) av behandlingsformene naprapati og osteopati slik det fremkommer i innlevert dokumentasjon av manuellterapi og kiropraktikk.

Kunnskapssenterets prosjektplan: Kunnskapssenteret måtte begrense seg noe i forhold til bestillingen og laget en prosjektplan. Denne planen kan kort oppsummeres slik:

- Kunnskapssenteret vurderer kritisk innsendt dokumentasjon fra Arbeidsgruppe 1 (osteopati, naprapati, manuellterapeuter). Vurderingen gjøres ut fra søkestrategien og anerkjente sjekklister for kritisk vurdering av forskning.
- Kunnskapssenteret innhenter og vurderer artikler som arbeidsgruppen har referert til, særlig gjeldende dokumentasjon av osteopati.

- Kunnskapssenteret oppsummerer funn fra en tilgjengelig kunnskapsoppsummering (1) (søk frem til mars 2000). Her er områdene *kiropraktikk*, *osteopati*, *spinal manipulasjon* og *kraniosakral terapi* inkludert. *Naprapati* er ikke dekket her.
- Det foretas søk etter ny litteratur over disse behandlingsformene for tidsrommet etter 2000. For alle behandlingsformer overfor og for *naprapati* søkes det etter systematiske oversikter og medisinske metodevurderinger i Cochrane Database of Systematic Reviews, i DARE-databasen og HTA-databasen.
- For spinal manipulasjon for korsryggsmerter oppsummeres funn fra søk etter systematiske oversikter foretatt av Inger Scheel i desember 2003 (i forbindelse med hennes doktorgradsarbeid).
- Dersom vi ikke finner systematiske oversikter over *naprapati* gjøres det også søk i primærdatabaser etter litteratur som kan informere om effekten av *naprapatisk* behandling.

Framgangsmåte for Kunnskapssenterets rapport: Vi har forholdt oss kritisk til innsendt dokumentasjon fra direktoratet og arbeidsgruppene når det gjelder effekten av eller skader ved behandling som osteopati, *naprapati*, manuellterapi, kiropraktikk. Videre baserte vi oss på systematiske søk etter og innhenting av systematiske oversikter.

En systematisk oversikt er en oversiktsartikkel der forfatterne har brukt en systematisk og eksplisitt framgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere flere primærstudier om samme emne. En oversiktsartikkel av mangelfull kvalitet eller en samling primærstudier som ikke er hentet inn på en systematisk måte kan gi et ubalansert og skjevt bilde av tilgjengelig forskning. Vi har derfor gjennomført systematisk innhenting av litteratur og kritisk vurdert denne.

Ved hjelp av metoden vi bruker kartlegges lett tilgjengelig, kvalitetsvurdert forskning. Vi har i begrenset grad (se nedenfor) forholdt oss til primærstudier. Der det mangler systematiske oversikter på enkelte temaer har vi imidlertid også søkt etter primærstudier. Der hvor endepunkter som pasienttilfredshet eller "quality of life" er rapportert har vi oppsummert disse og det samme gjelder for endepunkter hvor de ulike yrkesgruppene er sammenliknet.

Strategien for søk i databaser er vedlagt rapporten. Vi søkte etter systematiske oversikter i Cochrane Library, DARE, HTA, Medline, AMED, EMBASE og CINAHL i november 2004. Det ble også søkt i de samme databasene etter primærstudier som omhandlet *naprapati*.

Vi kjente også til en prøveforelesning basert på systematiske søk om effekten av manipulasjon på korsryggsmerter og utnytter den i rapporten.

Alle artikler vi innhentet (fra våre systematiske søk og innsendte referanser fra direktoratet/ direktoratets arbeidsgrupper) ble kritisk vurdert og oppsummert.

Kvaliteten av rapporten hadde blitt bedre dersom man hadde brukt mer tid og også gjennomgått primærstudier i større grad. Når man finner systematiske oversikter av god kvalitet, er det imidlertid liten grunn til å tro at konklusjonene ville være annerledes. Dersom det fundamentale problem er at primærforskningen er så

mangelfull at de spørsmål som søkes besvart ikke kan besvares, kan ingen oppsummering, verken i form av en systematisk oversikt eller en rapport som denne, rette på det. Da er det manglende forskning og tilfredsstillende kvalitet på forskningen man må gjøre noe med; og det vil ikke hjelpe å lage flere systematiske oversikter. På den annen side illustrerer denne rapporten at det er viktig – både for forvaltningen og fagmiljøene – ”å følge med” og holde oversikt over kunnskapsbildet. Til det er oversikter og ”oversikter over oversikter” en hensiktsmessig metode.

III. Osteopatens beskrivelse av det særegne ved osteopati

Tre forhold skiller seg ifølge osteopatierepresentanter fra andre manuelle behandlingsformer:

- 1) Sammenhengene mellom muskel-skjelett apparatet og bindevevsnettverket i kroppen. Undersøkelsen i bindevevsnettverket kan avdekke restriksjoner som ved osteopatisk behandling gir reduserte smerter og plager i muskelskjelettapparatet.
- 2) Stort utvalg av manuelle teknikker. Kort kan vi sammenfatte osteopatens behandlingsteknikker til mobilisering, avspennings teknikker, ledd korrigerende og tøyninger
- 3) Undersøkelsesprosedyren som leder til det mest aktuelle området å behandle. Pasienten blir ofte behandlet et annet sted enn der smertene er lokalisert.

Ved den osteopatiske undersøkelsen letes det etter dysfunksjoner i muskelskjelettsystem og kroppens bindevevsnettverk som kan forklare pasientens plager. De fleste pasientene kommer til osteopatisk behandling med smerter og plager fra muskelskjelettapparatet. Lokalisasjonen hvor pasienten oppgir å ha smerter og plager blir undersøkt, i tillegg blir andre områder i kroppen som anatomisk kan forklare pasientens plager, undersøkt. Spesielt for osteopati er at denne videre undersøkelsen omfatter kroppens bindevevsnettverk. Bindevevet omslutter alle strukturer i kroppen (muskler, ledd, knokler, indre organer, dekker kroppens hulrom), danner glideflater mellom strukturene, overfører biomekaniske krefter og har med seg blodårer, lymfe og nerver. Undersøkelsen i bindevevsnettverket kan avdekke restriksjoner som ved osteopatisk behandling gir reduserte smerter og plager i muskelskjelettapparatet.

Smerter og plager som pasienter opplever betraktes som et resultat av forstyrret eller endret interaksjon i den menneskelige organisme. Det er sammenhenger mellom bindevevsnettverket, muskelskjelettsystemet og organsystemet. Forstyrret eller endret nerveimpulser fra et organ kan gi forstyrret eller endret funksjon i muskelskjelettsystemet, med eller uten smerter.

Dette vektlegges gjennom hele studiet. Utdanningen søker å ivareta dette bl.a. i fag som omhandler posturale (holdning) og biomekaniske modeller, nevrologiske modeller, respiratoriske og sirkulatoriske modeller, embryologiske (fosterutvikling) modeller, organ-somatisk integrasjonsmodeller og nevroendokrin immunologi modeller. Alle modellene er basalmedisinske og forskningsbaserte og betrakter, beskriver og forklarer organismens samspill under normale helseforhold, og ved smerter, plager og sykdom. Normal balanse og harmoni i organismen omtales i medisinsk terminologi for homøostase, mens smerter, plager og sykdom er en allostatisk tilstand. Ved allostase er de homøostatisk mekanismene forstyrret eller endret. Osteopatens oppgave er å bidra under behandling til at organismen kommer tilbake til en homøostatisk tilstand. Ved smerter og plager, uten at sykdom foreligger, kan osteopatisk behandling derfor være hovedbehandling. Under sykdom kan osteopatisk behandling være et supplement til medisinsk behandling.

Noe av det første som dannes under embryologisk utvikling er bindevevsnettverket (fascien). Dette omhyller og omslutter alt vev og alle celler i kroppen. I dette nettverket forløper alle sirkulatoriske og nevrologiske systemer. Det har derfor vært essensielt i osteopati å forstå dette systemets funksjon og samspill, og hvordan

dette influerer funksjon og struktur i alle kroppssystemer. Bevegelsesinnskrenkning i dette bindevevet kan ha lokal og mer global innflytelse på organismen. Patologiske prosesser, traumer og arr påvirker dette vevet. Dette gjelder bindevev som omhyller organer, muskler, nerver, blodkar, sentralnervesystemet osv. Osteopatisk manuell (palpatorisk) diagnostikk søker disse bevegelsesinnskrenkninger i hele organismen, ved smerter, plager eller sykdom. Symptomområder har ofte vevsforandringer i større eller mindre grad. Dette forstyrrer lokalt fysiologien: stoffskifte, nervefunksjon og sirkulasjon. Disse forandringene, kalt dysfunksjoner, kan hvis de har stått der lenge, være synlige ved billeddiagnostikk, eller de gir smerte ved provokasjon, og/eller det foreligger tap av normal bevegelse som avdekkes av terapeut. Dette er kjent av alle manuelle terapiformer. Disse manifesterer seg oftest gjennom smertesignaler og er tydelige for så vel pasient som behandler. Osteopater leter også etter andre dysfunksjoner som kan foreligge i kroppen. I mange tilfeller foreligger det såkalte "stille" dysfunksjoner som lokalt ikke gir symptomer. I andre tilfeller kan de være symptomgivende, uten at dette har kommet frem under sykehistorien. Dette kan henge sammen med tidligere traumer, skader, sykdomstilstander, operasjoner og lignende. Slik dysfunksjon kan stå i sammenheng med dysfunksjonen som gir pasientens plager/smerter eller andre symptomer. Sammenhengen kan være nevrologisk via somatiske eller autonome(ubeviste) nerve-reflekser, hormonell, biomekanisk, respiratorisk eller sirkulatorisk. Det finnes svært mange sammenhenger i kroppen. Ifølge Aarbakkeutvalgets vurdering (kapittel 123.38) ble innsendt materiale som belyste den grunnleggende forutsetningen for osteopatisk behandling av følgetilstander av sykdommer utenfor muskel-skjelettsystemet vurdert som tilfredsstillende på en slik måte at utvalget anså dette aspektet av osteopatien som dokumentert.

Når den osteopatiske diagnosen er klar, og det ikke foreligger kontraindikasjoner for osteopatisk intervensjon, velges behandlingsteknikker ut ifra hvert enkelt tilfelle som behandles. Teknikker velges ut ifra vevets tilstand, smerte, nevrologiske og/eller sirkulatoriske forhold, type problem, typologi osv. En medisinsk behandlet sykdomstilstand i organ vil føre til en reparasjonsfase. Som Aarbakkeutvalget skriver (kapittel 13.3.8) kan det ifølge innlevert materiale, pga mellomforbindelser i ryggmargen fortsatt være refleksbuer som opprettholder den somatiske dysfunksjonen. (sanseforstyrrelser, smerter og bevegelses-innskrenkninger i ryggspylen). Et organ (og alt annet vev i kroppen) som har vært sykt, traumatisert og feilbelastet gjennomgår ifølge osteopater en reparasjonsfase og det kan dannes arr og eventuelt sammenvoksninger. Bindevev/organvev med arr og sammenvoksninger kan forstyrre normal sirkulasjon og /eller være opphav til fortsatt nevrologisk firing til ryggspylen. Osteopater behandler dette bindevevet for å hjelpe kroppen til bedre sirkulasjon lokalt, og å dempe nevrologisk firing til ryggspylen.

Mange organer er også direkte knyttet til muskler, slik som mellomgulvet, bekkenbunnen og hofteleddsbøyerer. Disse musklene er utsatt for mekanisk irritasjon forårsaket av arr etter sykdomstilstander og/eller operasjoner i organer. Følger kan være nedsatt funksjon fra disse musklene som forstyrrer normal leddfunksjon, muskelfunksjon, holdning og kan skape smerter og plager lenge etter (mange år) sykdom er behandlet. Osteopater er derfor opptatt av mange forbindelser og relasjoner i kroppen. En uoppdaget forbindelse, med en såkalt "stille" dysfunksjon, vil kunne fortsette å skape problemer for en pasient. Dette kan føre til forlengede sykemeldingsperioder, forlengede plager for individet, flere besøk til terapeuter og leger, og med økte kostnader for pasient og samfunn.

IV. Henvisningsprosjektet

Våren 1999 vedtok Stortinget en 2-årig prøveordning der kravet om legehenvvisning for å få trygderefusjon for kiropraktorbehandling bortfalt samtidig med at kiropraktorer som deltok i ordningen fikk sykmeldingsrett, henvisningsrett til spesialist og fysioterapeut. Med dette vedtaket la Stortinget føringer for at man ønsket å styrke kiropraktors rolle og bedre nyttiggjøre seg kiropraktorens kompetanse i primærhelsetjenesten. I sluttbehandlingen i Stortinget ble fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi inkludert i ordningen.

Siden 1. september 2001 har manuellterapeuter og kiropraktorer i Nordland, Hordaland og Vestfold fungert som primærkontakter med henvisnings- og sykmeldingsrett for pasienter med plager i muskel- og skjelettsystemet. Ordningen ble videreført i prøvefylkene Hordaland, Nordland og Vestfold etter at forsøksperioden ble avsluttet høsten 2003. I fylkene hvor Henvisningsprosjektet videreføres (Hordaland, Nordland og Vestfold) kan kiropraktorer og manuellterapeuter sykmelde pasienten, henvise til spesialist og fysioterapeut. I disse fylkene har en registrert at andelen av pasienter som tar direkte kontakt med kiropraktor uten legehenvvisning økt til 86,8 % i 2002 og synes å øke ytterligere til over 90% i 2003. Andelen som går direkte til manuellterapeut har økt fra 4,8% i 2001 til 74,3% i 2003.

Dersom prøveprosjektet blir permanent og landsdekkende, vil manuellterapeuter og kiropraktorer kunne få en annen organisatorisk plassering i helsetjenesten enn tidligere. Videre vil de kunne sykmelde og henvise videre til spesialist og fysioterapeut. Pasienter vil få refundert sine utgifter uten å være innom lege for å få henvvisning.

Som et ledd i prosjektet har det blitt lagt føringer for samhandlingsrutiner mellom kiropraktor/manuellterapeut og fastlege, noe som har ført til økt kjennskap og bedret tverrfaglig samarbeid i førstelinjetjenesten for pasienter med muskelskjelettplager. Det har også blitt lagt føringer for samhandlingsrutiner mellom kiropraktor/manuellterapeut og fastlege, noe som har ført til økt kjennskap og bedret tverrfaglig samarbeid i førstelinjetjenesten for pasienter med muskelskjelettplager.

Mye tyder ifølge NKF og NFFs faggruppe for manuellterapi, på at ordningen har fungert etter intensjonene. Prosjektet er under løpende evaluering. Prosjektet ble evaluert og rapport fra SINTEF med kommentarer fra Rikstrygdeverket forelå i januar 2004. Stortinget henstilte Regjeringen ved budsjettforhandlingen om å komme med et forslag om en permanent, landsdekkende ordning. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) konstaterte i sin fagproposisjon at SINTEF-rapportens konklusjoner viser at pasienter er fornøyde. HOD etterlyste for øvrig mer utfyllende informasjon om enkelte aspekter. I statsbudsjettet for 2004 framgikk det at HOD i løpet av høsten 2004 skulle ta stilling til aktuell oppfølging. Prosjektet er omtalt i statsbudsjettet for 2005.

V. Fysioterapi i andre land

EUROPEAN REGION OF THE
WORLD CONFEDERATION
FOR PHYSICAL THERAPY



Professional Regulation - General overview of the status of the profession

Country	Official name of the profession	Official title of the professional	Regulation of the profession	Compulsory Registration/ Licence to practice	Protection of professional Title	Protection of activities	Code of Ethics	Professional Rules of conduct
Austria	Physiotherapie	Diplomierter Physiotherapeut / Diplomierte	Yes	Yes (in private practice)	Yes	Yes	Yes	Yes
Belgium	Kinesitherapeute	Kinesitherapeute	Yes	Yes (in private practice)	Yes	Yes	No	No
Bulgaria	Kinesitherapya	Kinesitherapevt (Physiotherapist with at least 4-year University Degree: BSc) or Rehabilitator (3-year non-university education)	Yes	No	No	No	Yes	Yes
Croatia	Fizikalna terapija or Fizioterapija	Fizioterapeutski tehničar (with secondary school) and Viši fizioterapeut (with Higher Education)	No	Yes	No	No	Yes	Yes
Cyprus	Physiotherapy	Physiotherapist	Yes	Yes	Yes	No	No	No
Czech Republic	Fyzioterapie	Fyzioterapeut	No	No	Yes	NA	Yes	Yes
Denmark	Fysioterapi	Fysioterapeut	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Estonia	Fusioteraapia	Fusioterapeut	No	No	No	No	Yes	Yes
Finland	Fysioterapia	Fysioterapeutti	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
France	Masseur-Kinésithérapeute	Masseur-Kinésithérapeute Diplome	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes
Germany	Physiotherapie	Physiotherapeut	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Greece	Physiotherapy	Physiotherapist	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Hungary	Gyógytorna	Gyógytornász	Yes	Yes	Yes	No	Yes	No
Iceland	Sjúkrapjálfun	Sjúkrapjálfari	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Ireland	Physiotherapy	Physiotherapist	NA	No	No	Yes	Yes	Yes
Italy	Fisioterapista	Laureato in Fisioterapia	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes
Latvia	Fysioterapeits	NA	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Lebanon	Physiotherapy	Physiotherapist	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Liechtenstein	Physiotherapie	Physiotherapeut/ Physiotherapeutin	NA	Yes (for private practice)	NA	No	NA	NA
Luxembourg	Kinésithérapeute	Masseur-kinésithérapeute dipl.	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Netherlands	Fysiotherapeut	Bachelor of Physiotherapy	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Norway	Fysioterapi	Fysioterapeut	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Poland	Fizjoterapia	Fizjoterapeuta	No	No	Yes	No	No	No
Portugal	Fisioterapia	Fisioterapeuta	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Romania	Kinetoterapie	Kinetoterapeut	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Serbia and Montenegro	Fizikalna Terapija	Fizioterapeut	Yes	No	No	No	Yes	NA
Spain	Fisioterapia	Diplomado Universitario en Fisioterapia - Fisioterapeuta	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Sweden	Sjukgymnastik	Sjukgymnast	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
Switzerland	Physiotherapie	Diplomierter Physiotherapeut/in	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Turkey	Fizyoterapi	Fizyoterapist	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No
United Kingdom	Physiotherapy	Physiotherapist	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes

VI. Högskoleverkets utredning av svensk naprapat- og kiropraktorskole

Under følger sammendrag fra Högskoleverkets utredning:

Det svenske Högskoleverket fikk i oppgave av den svenske regjering (25. januar 2001) å følge opp utdanningene på Stiftelsen Skandinaviska Kiropraktorhögskolan og Naprapathögskolan AB og deres forhold til utdannings- og helsesystemet. Rapporten ble levert den 10. desember 2004. Under gjengis utredningsutvalgets sammendrag og forslag (Högskoleverkets rapporserie 2004:32R: side 9-11):

Kiropraktorer og naprapater som har utbildats ved Stiftelsen Skandinaviska Kiropraktorhögskolan och Naprapathögskolan AB har rätt att ansöka om legitimation hos Socialstyrelsen efter fullgjord allmäntjänstgöring (AT). I detta sammanhang är det en anomali, att utbildningarna inte regleras genom högskoleförordningens examensordning.

Det framgår av Socialstyrelsens föreskrifter att kiropraktorer och naprapaters verksamhetsområde är smätterapi och behandling av funktionsnedsättning. Denna aspekt har beaktats vid bedömningen av utbildningarna. Dessutom har bedömargruppen utgått från de kvalitetsaspekter som används vid Högskoleverkets examensrättsprövningar och nationella utvärderingar av högre utbildning.

Bedömargruppen har bestått av fyra medicinskt sakkunniga och en ekonomisk expert, alla verksamma inom högre utbildning, samt en jurist från Socialstyrelsen. Bedömargruppen har velat undersöka, om de båda utbildningarna kan anses uppfylla kraven på högskoleutbildning. Eftersom utbildningarna inte regleras genom examensordningen har Socialstyrelsens föreskrifter fått träda i stället som beskrivningar av de kunskaper och färdigheter kiropraktorer respektive naprapater behöver besitta. Det skriftliga underlaget från bedömningen har utgjorts av självvärderingar från Naprapathögskolan och Kiropraktorhögskolan, skriftliga utlåtanden om utbildningarna från respektive studentkårer samt ett urval examensarbeten, skriftliga examinationer och patientjournaler upprättade av studenterna, från båda höskolorna. Underlaget har kompletterats med skriftliga redogjörelser från båda höskolorna från den evidens som finns för naprapatisk respektive kiropraktisk behandlingsmetod, en skriftlig redogjörelse från ordföranden från Naprapathögskolans vetenskapliga råd samt årsredovisningar från räkenskapsåren 2000/01 och 2002/03 från båda höskolorna. Platsbesök gjordes vid Naprapathögskolan 1–2 april och vid Kiropraktorhögskolan 3–4 maj 2004.

Bedömargruppen har dessutom avlagt ett studiebesök hos kiropraktorutbildningen i Odense, där utbildningen kallas klinisk biomekanik och ingår i Institut for Idræt og Biomekanik ved Syddansk Universitet.

Bedömarnas slutsats är att ingen av utbildningarna ligger på högskolenivå. De två utbildningarna har stora olikheter men lider av samma brister. Studenterna lämnar skolorna med en stark yrkesidentitet och tydlig kåranda, men enbart detta är inte tillräckligt för en högskoleutbildning. Båda utbildningarna saknar den för vårddyrken nödvändiga integrationen mellan teori och praktik. Det finns ingen forskningsmiljö inom höskolorna och utbildningarna saknar forskningsanknytning. De skriftliga inlagor som båda höskolorna ingivit rådande evidensen från kiropraktisk respektive naprapatisk behandling har inte övertygat bedömare. Behovet av att förankra behandlingarna i vetenskap och beprövad erfarenhet beaktas inte i utbildningarna. Undervisning och handledning i vissa kurser ges av lärare utan rätt kompetens. Detta gäller i synnerhet Kiropraktorhögskolan. Till följd av bl.a. detta håller examensarbeten och patientjournaler en nivå som ligger klart under den man skulle ha krävt på en

offentlig högskola. Det är oroväckande, att flera av examensarbetena rör behandling av vissa patientgrupper eller sjukdomar, vilken står i direkt strid med de föreskrifter Socialstyrelsen anger för kiropraktorer och naprapater. Brister finns också i undervisnings- och examinationsmetoderna.

Studenternas rätt att medverka i beredande och beslutande organ är inte formellt säkerställt. Jämställdheten är bristfällig på Kiropraktorhögskolan. Båda utbildningarna saknar genusperspektiv. Biblioteksresurserna är underdimensionerade. Studenterna får för lite kontakt med utövare av närliggande professioner, trots att många av dem i framtiden kommer att arbeta i multiprofessionella rehabiliteringsteam. Orsakerna till dessa brister ligger till stor del i högskolornas organisation och maktstruktur, i kombination med att de största intäkterna kommer från studenternas terminsavgifter.

Bedömagruppen konstaterar också att de definitioner och avgränsningar av verksamheterna som ges i Socialstyrelsens föreskrifter, inte avspeglas i utbildningarnas utformning. Med nuvarande utformning och innehåll kan utbildningarna inte förse vården med kiropraktorer och naprapater som har tillräckliga kunskaper för att tillämpa föreskrifterna. Enligt bedömagruppen finns det endast ett sätt att rätta till dessa brister. De båda utbildningarna måste utvecklas, så att de kan anses uppfylla kraven på högre utbildning. Den enda möjligheten att uppnå detta är att båda utbildningarna omgäande inlemmas i den statliga högskolan. De två skolorna kommer inte att kunna utveckla högskolemässiga miljöer med den struktur och de resurser som de har idag. En kritisk, kreativ och akademisk miljö uppstår inte i isolering. Skolorna behöver inkorporeras i medicinsk fakultet eller motsvarande för att uppnå detta. Den nödvändiga forskningen om behandlingsmetodernas effektivitet och utveckling behöver ske i en kvalificerad medicinsk miljö och i samarbete mellan representanter från medicinsk forskning och representanter från dessa alternativa behandlingsmetoder.

Under bedömagruppens platsbesök gav alla – studenter, lärare och ledningspersoner

– uttryck för denna insikt på olika sätt. För studenterna skulle vinsterna vara stora. De skulle få studera i multiprofessionella miljöer och få forskningsanknuten utbildning. Deras utbildning skulle ge reguljära skolepoäng, de skulle få studera på samma ekonomiska och praktiska villkor som andra. Som utexaminerade skulle de få grundläggande behörighet för forskarutbildning. Slutligen skulle – om utbildningarna inlemmades i medicinsk fakultet eller motsvarande – samhället få ett verktyg för att granska och vid behov förändra två studiemedelsberättigande och legitimationsgrundande utbildningar.

VII. ECCE-kravene til standardiserte kiropraktorutdanninger

- En ECCE-godkjent institusjon skal sikre at de studenter som har gjennomført en kiropraktorutdanning skal ha tilegnet seg de nødvendige kunnskaper, holdninger og ferdigheter slik at de er kvalifisert til å fylle sin rolle som en del av helsetjenesten.
- ECCE legger til grunn at de offentlige utdanningsinstitusjoner som ønsker å bli vurdert for godkjenning oppfyller de krav som ECCE har satt til organisering og drift av utdanningsinstitusjonen.
- For institusjoner utenom det offentlige stilles krav til eierstruktur om at dette skal være i stiftelsesform non-profit basis.
- Kvaliteten på undervisningen blir vurdert både ut fra antall ansatte, deres formelle kvalifikasjoner og evne til å undervise. Det stilles krav til de vitenskapelig ansattes utdanningsnivå. De som underviser i klinikk må i tillegg til å ha autorisasjon oppfylle krav til praksistid, varighet av arbeid under veiledning og evne til å undervise. Det blir lagt vekt på at undervisningspersonalet er faglig oppdatert og at de er aktive i forskning. Det må avsettes tid slik at studentene får den nødvendige individuelle veiledning og oppfølging fra personalet.
- Det er regler for den dokumentasjon søkere til kiropraktorutdanningen må framlegge for å dokumentere sin bakgrunn. Utdanningsinstitusjonen skal ha et system for mottak av nye studenter, for framdriften i studiet og for eksamensordning.
- Det stilles krav om at klinikkundervisningen skal organiseres slik at studentene får praksis fra et tilstrekkelig antall pasienter og med lidelser som er representative for det de vil møte som ferdigutdannede.
- Utdanningsinstitusjonen skal ha et forskningsprogram som må oppfylle bestemte vilkår
- Det stilles krav til hvordan institusjonen skal legge til rette for forskningsaktivitet mht finansiering, tid for det vitenskaplige personale til å forske, lokaler og utstyr.
- Det stilles krav til lokaliteter, slik at studenter og ansatte er sikret gode arbeidsforhold. Det stilles særskilte krav til laboratorier, slik at det kan gis undervisning i praktisk arbeid innen for de sentrale fagene i kiropraktorutdanningen. Biblioteket er sentralt redskap i utdanningen og skal det stilles krav til lokaler, personale, samlingen, tjenester og organisering.
- Utdanningsinstitusjonen må kunne dokumentere sine resultater i forhold til fastsatte mål. Dette innebærer at institusjonen må ha gode evaluerings- og kvalitetssikringssystemer.

10 Litteratur- og referanselister

Kildelitteraturen det henvises til i rapporten har blitt sortert av ulike instanser. Vi har derfor valgt å lage flere litteraturlister.

10.1 Referanser til naprapatikapitler

Referansene presenteres kronologisk med nummer og N for naprapati.

- (1/N): Høgskoleverket i Sverige: *Stiftelsen Skandinaviska Kiropraktorhögskolan och Naprapathögskolan AB. Utbildninger för yrkesverksamhet inom hälso- og sjukvård* (Rapportserie 2003: 32R)
- (2/N): *Om legitimerade naprapaters verksamhet och yrkesansvar.*
Socialstyrelsens forskrifter (SOSF) 1996:16 (M)
- (2/N): *En legitimerad naprapat* SOSFS 1993:9

10.2 Referanser nevnt i osteopatikapitlene:

Referansene presenteres kronologisk med nummer og O for osteopati.

- (1/O)) British Medical Association: *"Complementary Medicine – New Approaches to Good Practice"* Oxford: Oxford University Press 1993
- (2/O): Billington S (1988): I statens utredningsserie 4-88, 1988
- (3/O): Lewit K (1997): *Manuelle Medizin*. Barth JA, Leipzig
- (4/O): Rumney I (1971): *Basic terminology for osteopathic procedures*. The Journal of the American Osteopathic Association 1971 Aug;70(12):1275-1288, discussion 1289-1291. Reprint in Yearbook of the American Academy of Osteopathy, Indianapolis 1973
- ((5/O): Terret AGJ et al (1985): *The prevention of complications from spinal manipulative therapy*. Glasgow EF et al; Aspects of manipulative therapy. C. Livingstone, London 1985
- (6/O): Vick DA et al (1996): *The safety of manipulative treatment- review of the literature from 1925 to 1993*. JAOA, vol 94, No2 February 1994
- (7/O): DiGiovanna E et al (1997): *Efficacy and complications; Foundations for Osteopathic Medicine*; American Osteopathic Association, Williams & Wilkins 1997
- (8/O): DiFabio R (1999): *Manipulation of the cervical spine – risks and benefits*.
Physical Therapy, vol 79, No1 January 1999.
- (9/O): Gibbons P et al (2001): *Spinal manipulation – indications, risks and benefits*. Journal of Body and move. Therapy, 5(2), 110-119, 2001
- (10/O): 1997 *Snapshot Survey*. London: Osteopathic Information Service & General Osteopathic Council GosC (1997).

- (11/O): Burns & Lyttleton (1994): *Osteopathy on the NHS: one practice's experience. Complementary Therapies in Medicine*, 2:200-203
- (12/O): Ernst E, Pittler MH(1999): *Experts' opinions on complementary/alternative therapies for low back pain. Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics* 1999;22(2):87-90.
- (13/O): Andersson GBJ et al (1999): *A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. New England Journal of Med*, vol 341, No 19: 1426-1431, Nov.4, 1999.
- (14/O): NOU 1998:21: *Alternativ medisin*
- (15/O): "The Statuary Register of Osteopaths" (2000). Storbritannia
- (16/O): Snapshot Survey, Osteopathic Information Service, UK 1997

10.3 Referanser nevnt i manuellterapikapitlene

Litteraturen er sortert alfabetisk av bidragsytere innenfor fagmiljøet for manuellterapi.

RKT-undersøkelser utgitt i internasjonale tidsskrifter med referee:

Aure OF, Nilsen JH Vasseljen O: *Manual therapy and exercise therapy in patients with chronic low back pain: a randomized, controlled trial with 1-year follow-up. Spine*. 2003 Mar 15;28(6):525-31; discussion 531-2.

Dagfinrud H, Hagen K: *Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD002822.

Danielsen JM, Johnsen R, Kibsgaard SK, Hellevik E: *Early aggressive exercise for postoperative rehabilitation after discectomy. Spine*. 2000 Apr 15;25(8):1015-20.

Glomsrød B, Lønn JH, Soukup MG, Bø K, Larsen S: *Active back school, prophylactic management for low back pain: three-year follow-up of a randomized, controlled trial. J Rehabil Med*. 2001 Jan;33(1):26-30.

Lønn JH, Glomsrød B, Soukup MG, Bø K, Larsen S: *Active back school: prophylactic management for low back pain. A randomized, controlled, 1-year follow-up study. Spine*. 1999 May 1;24(9):865-71.

Mengshoel AM, Komnaes HB, Forre O: *The effects of 20 weeks of physical fitness training in female patients with fibromyalgia. Clin Exp Rheumatol*. 1992 Jul-Aug;10(4):345-9.

Mengshoel AM, Haugen M: *Health status in fibromyalgia--a followup study. J Rheumatol*. 2001 Sep;28(9):2085-9.

Soukup MG, Glomsrød B, Lønn JH, Bø K, Larsen S: *The effect of a Mensendieck exercise program as secondary prophylaxis for recurrent low back pain. A randomized, controlled trial with 12-month follow-up. Spine*. 1999 Aug 1;24(15):1585-91; discussion 1592.

Soukup MG, Lønn J, Glomsrød B, Bø K, Larsen S: *Exercises and education as secondary prevention for recurrent low back pain. Physiother Res*. 2001;6(1):27-39.

Torstensen TA, Ljunggren AE, Meen HD, Odland E, Mowinckel P, Geijerstam S:
Efficiency and costs of medical exercise therapy, conventional physiotherapy, and self-exercise in patients with chronic low back pain. A pragmatic, randomized, single-blinded, controlled trial with 1-year follow-up. Spine. 1998 Dec 1;23(23):2616-24.

Fagbøker av/med manuell terapeuter:

Bahr R, Hansen KJ: *Rehabilitering av ankelskader*. I: Bahr R, MaThlum 5: *Idrettsskader*. 1th edition. Gazette bok, 2002.

Brodin H, Kaltenborn FM: *Manipulation av ryggraden: en mobiliseringsmetods bakgrunn, teknikk, indikasjoner* Universitetsforlaget, Oslo 1972.

Evjenth O, Hamberg J: *Muscle stretching in Manual Therapy volum 1*. 4th edition. Afta Rehab Forlag, Alfta 1998.

Evjenth O, Hamberg J: *Muscle stretching in Manual Therapy volum 2*. 4th edition. Afta Rehab Forlag, Alfta 1998.

Evjenth O, Hamberg J: *Auto stretching. En komplett veiledning i selvtøyning av muskler*. Alfta Rehab Forlag, Alfta 1991.

Hansen KJ, Myklebust G: *Innføring i idrettsskader. Akutte skader og belastningsskader*. Universitetsforlaget, Oslo 1997.

Hansen KJ, Myklebust G: *Forebygging av akutte skader og belastningsskader*. Universitetsforlaget, Oslo 1997.

Hansen KJ, Myklebust G: *Tøyninger. Teiping av idrettsskader*. Universitetsforlaget, Oslo 1997.

Holten O, Fagthi HP: *Medisinsk treningsøvelse*. Universitetsforlaget. Oslo 1993.
Kaltenborn FM: *Manual mobilization of the joints. The extremities*. 6th edition. Olaf Norli Bokhandel, Oslo 2002.

Kaltenborn FM: *Litt om ryggraden: artikkelserie som bakgrunn for leddmobilisering*. Oslo 1979.

Kaltenborn FM: *Manuell mobilisering av ryggraden*. Olaf Norli Bokhandel, Oslo 1999.
Evjenth O, Kaltenborn FM: *Spinal mobilisation. Translatory thrust techniques (TTT) for physical therapists*. Kompendium. 2nd edition. Oslo 2002.

Kirkessola G, Schjelderup J: *Diagnostic atlas of myofascial pain syndromes*. Høyskoleforlaget, Kristiansand 1993.

Kirkessola G, Sobberg AS: *Klinisk undersøkelse av ryggen*. Høyskoleforlaget, Kristiansand 1998.

Sobberg AS: *Klinisk undersøkelse av nakke-skulder*. Høyskoleforlaget, Kristiansand 2002.

10.4 Referanser nevnt i kiropraktikk-kapitlene

- (1/K): Leboeuf-Yde C, Gronstvedt A, Borge JA, Lothe J, Magnesen E, Nilsson O, Rosok G, Stig LC, Larsen K. *The nordic back pain subpopulation program: demographic and clinical predictors for outcome in patients receiving chiropractic treatment for persistent low back pain*. J Manipulative Physiol Ther. 2004 Oct;27 (8) [PubMed - in process]

- (2/K): Borge JA, Leboeuf-Yde C, Lothe J. *Prognostic values of physical examination findings in patients with chronic low back pain treated conservatively: a systematic literature review*. J Manipulative Physiol Ther. 2001 May;24(4) Review. Erratum in: J Manipulative Physiol Ther 2001 Jul-Aug;24(6) Manipulative Physiol Ther 2001 Jun;24(5) PubMed - indexed for MEDLINE]
- (3/K): Stig LC, Nilsson O, Leboeuf-Yde C *Recovery pattern of patients treated with chiropractic spinal manipulative therapy for long-lasting or recurrent low back pain*. J Manipulative Physiol Ther. 2001 May; 24(4) [PubMed - indexed for MEDLINE]
- (4/K): Senstad O, Leboeuf-Yde C, Borchgrevink C. *Frequency and characteristics of side effects of spinal manipulative therapy*. Spine. 1997 Feb 15;22 (4) [PubMed - indexed for MEDLINE]
- (5/K): Senstad O, Leboeuf-Yde C, Borchgrevink C *Predictors of side effects to spinal manipulative therapy*. J Manipulative Physiol Ther. 1996 Sep;19(7):[PubMed - indexed for MEDLINE]
- (6/K): Senstad O, Leboeuf-Yde C, Borchgrevink C *Side-effects of chiropractic spinal manipulation: types frequency, discomfort and course*. Scand J Prim Health Care. 1996 Mar;14(1):. PMID: 8725094 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- (7/K): Olafsdottir E, Forshei S, Fluge G, Markestad T. *Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation*. Arch Dis Child. 2001 Feb;84(2) [PubMed - indexed for MEDLINE]
- (8/K): Scheel IB, Hagen KB, Herrin J, Oxman AD. *A randomized controlled trial of two strategies to implement active sick leave for patients with low back pain*. Spine. 2002 Mar 15;27(6)[PubMed - indexed for MEDLINE]
- (9/K): Scheel IB, Hagen KB, Oxman AD. *Active sick leave for patients with back pain: all the players onside, but still no action*. Spine. 2002 Mar 15;27(6) [PubMed - indexed for MEDLINE]
- (10/K): Scheel IB, Hagen KB, Herrin J, Carling C, Oxman AD. *Blind faith? The effects of promoting active sick leave for back pain patients: a cluster-randomized controlled trial*. Spine. 2002 Dec 1;27(23):PubMed - indexed for MEDLINE]
- (11/K): Scheel IB, Hagen KB, Oxman AD. *The unbearable lightness of healthcare policy making: a description of a process aimed at giving it some weight*. J Epidemiol Community Health. 2003 Jul;57(7) [PubMed - indexed for MEDLINE]
- (12/K): Kilvaer A, Rasmussen G, Soot T, Kalvenes S. [Norwegian physicians and referral to chiropractors] Tidsskr Nor Laegeforen. 1992 Sep 30;112(23) [PubMed - indexed for MEDLINE]
- (13/K): Kilvaer A, Rasmussen G, Soot T, Kalvenes S. *A comparison between referred and nonreferred patients in chiropractic practices in Norway*. J

Manipulative Physiol Ther. 1997 Sep;20(7) [PubMed - indexed for MEDLINE]

- (14/K): Cherkin DC, Sherman KJ, Deyo RA, Shekelle PG *A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain.* Ann Intern Med. 2003 Jun 3;138(11) [PubMed - indexed for MEDLINE]

10.5 Referanser til fysioterapikapitler

Referansene er presentert kronologisk med nummer og F for fysioterapi.

- (1/F): Haugen, Kari Helen (1997): *"Utdanning i bevegelse – 100 år med fysioterapiutdanning i Norge"*, Universitetsforlaget AS
- (2/F): *"Forslag til forenklet plan for fysioterapeututdanning"* (2003).
- (3/F): Herbert R. The PEDro database, The Physiotherapy Evidence-based database. <http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>
- (4/F): Jamtvedt G. Hagen KB og Bjørndal A. *Kunnskapsbasert fysioterapi. Metoder og arbeidsmøter*. Gyldendal Akademisk 2003.

10.6 Referanser til Kunnskapssenterets bidrag

Referanselitteraturen er sortert kronologisk. Samme nummerering brukes dersom det refereres til samme litteratur i andre kapitler.

- (1) Ernst E. The Desktop Guide to complementary and Alternative Medicine, an evidence-based approach. Pittler M, Stevinson C, White A, Eisenberg D, editors. First, London: Harcourt Publishers Limited, 2001.
- (2) Mein E, Greenman P, McMillin D, Richards D, Nelson C. Manual medicine diversity: research pitfalls and the emerging medical paradigm. JAOA 2001; 101: 441-446.
- (3) Tettambel M. Osteopathic treatment considerations for rheumatic diseases. JAOA 2001; 101: S18-S20.
- (4) Nicholas A, Oleski S. Osteopathic manipulative treatment for postoperative pain. JAOA 2004; 102: S5.
- (5) Noll D, Degenhardt B, Stuart M, McGovern R, Matteson M. Effectiveness of Sham Protocol and Adverse Effects in a Clinical Trial of Osteopathic Manipulative Treatment in Nursing Home Patients. JAOA 2004; 104: 107-113.
- (6) Eisenhart A, Gaeta T, Yens D. Osteopathic Manipulative Treatment in the Emergency Department for Patients With Acute Ankle Injuries. JAOA 2003; 103: 417-421.
- (7) Gamber R, Shores J, Russo D, Jimenez C, Rubin B. Osteopathic manipulative treatment in conjunction with medication relieves pain associated with fibromyalgia syndrome: Results of a randomized clinical pilot project. JAOA 2002; 102: 321-325.
- (8) Licciardone J, Stoll S, Cardarelli K, Gamber R, Swift J, Winn W. A randomized Controlled Trial of Osteopathic Manipulative Treatment Following Knee or Hip Arthroplasty. JAOA 2004; 104: 193-201.
- (9) Mills M, Henley C, Barnes L, Carreiro J, Degenhardt B. The Use of Osteopathic Manipulative Treatment as Adjuvant Therapy in Children With Recurrent Acute Otitis Media. Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157: 861-866.

- (10) Noll D, Shores J, Gamber R, Herron K, Swift J. Benefits of osteopathic manipulative treatment for hospitalized elderly patients with pneumonia. JAOA 2000; 100: 776-782.
- (11) Plotkin B, Rodos J, Kappler R, Schrage M, Freydl K, Hasegawa S et al. Adjunctive osteopathic manipulative treatment in women with depression: a pilot study. JAOA 2001; 101: 517-523.
- (12) Knebl J, Shores J, Gamber R, Gray W, Herron K. Improving functional ability in the elderly via Spencer technique, an osteopathic manipulative treatment: A randomized, controlled trial. JAOA 2002; 102: 387.
- (13) Breithaupt T, Harris K, Ellis J, Purcell E, Weir J, Clothier M et al. Thoracic lymphatic pumping and the efficacy of influenza vaccination in healthy young and elderly populations. JAOA 2001; 101: 21-25.
- (14) Bockenbauer S, Julliard K, Sing K, Huang E, Sheth A. Quantifiable effects of osteopathic manipulative techniques on patients with chronic asthma. JAOA 2002; 102: 371-375.
- (15) Yates H, Vardy T, Kuchera M, Ripley B, Johnson J. Effects of osteopathic manipulative treatment and concentric and eccentric maximal-effort exercise on women with multiple sclerosis: A pilot study. JAOA 2002; 102: 267-275.
- (16) King H, Tettambel M, Lockwood M, Johnson K, Arsenault D, Quist R. Osteopathic Manipulative Treatment in Prenatal Care: A retrospective Case Control Design Study. JAOA 2003; 103: 577-582.
- (17) Rivera-Martinez S, Wells M, Capobianco J. A retrospective study of cranial strain patterns with idiopathic Parkinson's disease. JAOA 2002; 102: 417-421.
- (18) Vorro J, Johnston W. A Myoelectric Model for Thoracic Spinal Motion Dynamics During Clinical Rotation Tests: Part 1. Ipsilateral Regional Motor Performance. JAOA Clinical Practice 2003; 103: 187-193.
- (19) Vorro J, Johnston W. A Myoelectric Model for Thoracic Spinal Motion Dynamics During Clinical Rotation Tests: Part 2. bilateral Segmental Motor Behaviors. JAOA Clinical Practice 2003; 103: 232-238.
- (20) Johnston W, Golden W. Segmental definition - Part IV. Updating the differential for somatic and visceral inputs. JAOA 2001; 101: 278-283.
- (21) Reeves R, Parker J. Somatic dysfunction during carisoprodol cessation: Evidence for a carisoprodol withdrawal syndrome. JAOA 2003; 103: 75-80.
- (22) Eland D, Singleton T, Conaster R, Howell J, Pheley A, Karlene M et al. The "iliacus test": New information for the evaluation of hip extension dysfunction. JAOA 2002; 102: 130.
- (23) Peterson D, Degenhardt B, Smith C. Correlation Between Prior Exercise and Present Health and Fitness Status of Entering Medical Students. JAOA 2003; 103: 361-366.

- (24) Nelson K, Sergueef N, Lipinski C, Chapman A, Glonek T. Cranial rhythmic impulse related to the Traube-Hering-Mayer oscillation: comparing laser-Doppler flowmetry and palpation. *JAOA* 2001; 101: 163.
- (25) Washington K, Mosiello R, Venditto M, Simelaro J, Coughlin P, Crow W et al. Presence of Chapman Reflex Points in Hospitalized Patients With Pneumonia. *JAOA* 2003; 103: 479-483.
- (26) Licciardone J, Gamber R, Cardarelli K. Patient satisfaction and clinical outcomes associated with osteopathic manipulative treatment. *JAOA* 2002; 102: 13-20.
- (27) Harvey E, Burton AK, Moffett JK, Breen A, UK BEAM. Spinal manipulation for low-back pain: a treatment package agreed to by the UK chiropractic, osteopathy and physiotherapy professional associations. [Review] [29 refs]. *Manual Therapy*. 2003; 8: 46-51.
- (28) United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ* 2004; 329: 1377.
- (29) United Kingdom back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: cost effectiveness of physical treatments for back pain in primary care. *BMJ* 2004; 329: 1381.
- (30) Ernst E. Does spinal manipulation have specific treatment effects? *Family Practice*. Vol.17(6)(pp 554-556), 2000. 2000; 554-556.
- (31) Schwerla F, Hass DK, Schwerla B. Evaluierung und kritische Bewertung von in der europäischen Literatur roffentlichten, osteopathischen Studien im klinischen Bereich und im Bereich der Grundlagenforschung [Evaluation and critical review of clinical and fundamental research studies on os (Provisional record). *Forschende.Komplementarmedizin*. 1999; 6(6): 302-310.
- (32) Klein P. [Osteopathy and chiropractic]. [Review] [28 refs] [French]. *Revue Medicale de Bruxelles*. 2004; #1998 Sep.
- (33) Furlan AD, Brosseau L, Imamura M, Irvin E. Massage for low back pain.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(4):CD001929; PMID: 11034734]. [Review] [47 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.(2):CD001929, 2002.
- (34) Ernst E. Manual therapies for pain control: chiropractic and massage. *Clinical Journal of Pain* 2004; 20: 8-12.
- (35) Ferreira ML, Ferreira PH, Latimer J, Herbert R, Maher CG. Efficacy of spinal manipulative therapy for low back pain of less than three months' duration. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2003; 26: 593-601.
- (36) Aker PD, Gross AR, Goldsmith CH, Peloso P. Conservative management of mechanical neck pain: systematic overview and meta-analysis. *British Medical Journal* 1996; 313: 1291-1296.
- (37) Brox JI, Hagen KB, Juel NG, Storheim K. Har treningsterapi og manipulasjon effekt ved korsryggssmerter? [Is exercise therapy and manipulation effective

in low back pain?] (Provisional record).
Tidsskrift.för.Den.Norske.Laegeforening. 1999; 119(14): 2042-2050.

- (38) Moyer CA, Rounds J, Hannum JW. A meta-analysis of massage therapy research. *Psychological Bulletin*. 2004; 130: 3-18.
- (39) Brosseau L, Casimiro L, Milne S, Robinson V, Shea B, Tugwell P et al. Deep transverse friction massage for treating tendinitis. Brosseau.L., Casimiro.L., Milne.S., Robinson.V., Shea.B, Tugwell.P., Wells.G.Deep.transverse.friction.massage.for.treating.tendinitis.The.Cochrane.Database.of.Systematic.Reviews.: Reviews.2004.Issue.4 John.Wiley.& Sons., Ltd.Chichester, UK DOI.: 10.1002 2002.
- (40) Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Physiotherapy interventions for shoulder pain. Green.S., Buchbinder.R., Hetrick.S.Physiotherapy.interventions.for.shoulder.pain.The.Cochrane.Database.of.Systematic.Reviews.: Reviews.2004.Issue.4 John.Wiley.& Sons., Ltd.Chichester, UK DOI.: 10.1002./14651858.CD004258. 2003.
- (41) Cherkin DC, Sherman KJ, Deyo RA, Shekelle PG. A review of the evidence for the effectiveness, safety and cost of acupuncture, massage therapy and spinal manipulation for back pain (Provisional record). *Annals.of Internal.Medicine* 2003; 138(11): 898-906.
- (42) Harms-Ringdahl K, Holmström E, Jonsson T, Lindström I. Patienter med ländryggsbesvär. Evidensbaserad sjukgymnastisk behandling. SBU 1999; 102.
- (43) Pengel HM, Maher CG, Refshauge KM. Systematic review of conservative interventions for subacute low back pain. *Clinical Rehabilitation* 2002; 16: 811-820.
- (44) Ernst E. Massage therapy for low back pain: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management* 1999; 17: 65-69.
- (45) Ernst E. Abdominal massage therapy for chronic constipation: a systematic review of controlled clinical trials. *Forschende Komplementarmedizin und Klassische Naturheilkunde* 1999; 6: 149-151.
- (46) Harvey L, Herbert R, Crosbie J. Does stretching induce lasting increases in joint ROM? A systematic review. *Physiotherapy Research International* 2002; 7: 1-13.
- (47) Carlsson J, Jonsson T, Norlander S, Rundcrantz B. Patienter med nackbesvär. Evidensbaserad sjukgymnastisk behandling. SBU 1999.
- (48) Yodanis J, Krause D, Egan K, Therneau T, Laskowski E. The effect of static stretching of the calf muscle-tendon unit on active ankle dorsiflexion range of motion. *J Orthop Sports Phys Ther* 2003; 408-417.
- (49) Holdcraft LC, Assefi N, Buchwald D. Complementary and alternative medicine in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003; 17: 667-683.

- (50) Pan CX, Morrison RS, Ness J, Fugh-Berman A, Leipzig RM. Complementary and alternative medicine in the management of pain, dyspnea, and nausea and vomiting near the end of Life: A systematic review. *Journal of Pain & Symptom Management*. Vol.20(5)(pp 374-387), 2000. 2000; 374-387.
- (51) Ireland M, Olson M. Massage therapy and therapeutic touch in children: state of the science. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 2000; 6: 54-63.
- (52) Huntley A, Ernst E. Complementary and alternative therapies for treating multiple sclerosis symptoms: a systematic review. *Complementary Therapies in Medicine* 2000; 8: 97-105.
- (53) Ezzo J, Donner T, Nickols D, Cox M. Is massage useful in the management of diabetes? A systematic review. *Diabetes Spectrum*. 2001; 14: 218-225.
- (54) Kerr K. Relaxation techniques: A critical review. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine* 2000; 12: 51-89.
- (55) Blomberg S, Svärskudd K, Mildenerger F. A controlled, multicentre trial of manual therapy in low-back pain. *Scand J Prim Health Care* 1992; 170-178.
- (56) van den dolder P, Roberts D. A trial into the effectiveness of soft tissue massage in the treatment of shoulder pain. *Australian Journal of Physiotherapy* 2003; 183-188.
- (57) Ternström S, Andresson M, Bergman U. An effect of body massage on voice loudness and phonation frequency in reading. *Log Phon Vocol* 2000; 146-151.
- (58) Hemmilä H. Quality of life and cost of care of back pain patients in Finnish general practice. *Spine* 2002; 647-653.
- (59) Ernst E. Does post-exercise massage treatment reduce delayed onset muscle soreness: a systematic review (Structured abstract). *British Journal of Sports Medicine* 1998; 32(3): 212-214.
- (60) Yeung EW, Yeung SS. A systematic review of interventions to prevent lower limb soft tissue running injuries. *British Journal of Sports Medicine* 2001; 35: 383-389.
- (61) Herbert RD, Gabriel M. Effects of stretching before and after exercising on muscle soreness and risk of injury: systematic review (Structured abstract). *BMJ* 2002; 325: 468-470.
- (62) Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Rodgers B. Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Medical Journal of Australia*. Vol.176(SUPPL.)(pp S84-S96), 2002. Date of Publication: 20 MAY 2002. 2002; S84-S96.
- (63) Touch massage for dementia. *SBU Alert* 2002.
- (64) Hou C, Tsai L, Cheng K, Chung K, Hong C. Immediate effects of various physical therapeutic modalities on cervical myofascial pain and trigger-point sensitivity. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 1406-1414.

- (65) Lo W, Huang G. Cervical epidural hematoma after naprapathy manipulation in a patient with C-2 fracture and chronic atlanto-axial subluxation. *J Surg Assoc ROC* 1997; 420-423.
- (66) Hoving JL, et al. Manual therapy, physical therapy, or continued care by a general practitioner for patients with neck pain. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2002; 136: 713-722.
- (67) Cherkin DC, Sherman KJ, Deyo RA, Shekelle PG. A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain. *Annals of Internal Medicine* 2003; 138: 898-906.
- (68) Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttrop MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. A meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. *Annals of Internal Medicine* 2003; 138: 871-881.
- (69) Mohseni-Bandpei MA, Stephenson R, Richardson B. Spinal manipulation in the treatment of low back pain: a review of the literature with particular emphasis on randomized controlled clinical trials (Structured abstract). *Physical Therapy Reviews*. 1998; 3(4): 185-194.
- (70) van T, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine*. 1997; 22: 2128-2156.
- (71) Koes BW, Assendelft WJJ, Van der Heijden GJMG, Bouter LM, Shekelle P, Meeker WC. Spinal manipulation for low back pain: An updated systematic review of randomized clinical trials. *Spine*. Vol.21(24)(pp 2860-2873), 1996. 1996; 2860-2873.
- (72) Evans G, Richards S. Low back pain: an evaluation of therapeutic interventions (Structured abstract). 1996.
- (73) Assendelft WJ, Koes BW, van der Heijden GJ, Bouter LM. The effectiveness of chiropractic for treatment of low back pain: an update and attempt at statistical pooling. *J Manipulative Physiol Ther*. 1996; 19: 499-507.
- (74) Husereau D, Clifford T, Aker P, Leduc D, Mensinkai S. Spinal manipulation for infantile colic. 2003.
- (75) Bronfort G, Assendelft WJ, Evans R, Haas M, Bouter L. Efficacy of spinal manipulation for chronic headache: a systematic review. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2001; 24: 457-466.
- (76) Reggars JW. The therapeutic benefit of the audible release associated with spinal manipulative therapy: a critical review of the literature. *Australasian Chiropractic & Osteopathy*. 1998; 7: 80-85.
- (77) Bronfort G, Haas M, Evans RL, Bouter LM. Efficacy of spinal manipulation and mobilization for low back pain and neck pain: a systematic review and best evidence synthesis. [Review] [144 refs]. *Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society*. 2004; 4: 335-356.

- (78) Green C, Martin CW, Bassett K, Kazanjian A. A systematic review of craniosacral therapy: biological plausibility, assessment reliability and clinical effectiveness. [Review] [46 refs]. *Complementary Therapies in Medicine*. 1999; 7: 201-207.
- (79) Gutmann G. Verletzungen der Arteria vertebralis durch manuelle Therapie. *Manuelle Medizin* 1983; 2-14.
- (80) Shekelle PG, Brook RH. A community-based study of the use of chiropractic services. *Am.J.Public Health* 1991; 81: 439-442.
- (81) Patijn J. Complications in manual medicine: a review of the literature. *J Manual Medicine* 1991; 89-92.
- (82) Carey P. A report on the occurrence of cerebral vascular accidents in chiropractic practice. *The Journal of the CCA* 1993; 37: 104-106.
- (83) Shekelle PG. Spine Update Spinal Manipulation. *Spine* 1994; 19: 858-861.
- (84) Terrett AG. Misuse of the literature by medical authors in discussing spinal manipulative therapy injury. *J.Manipulative Physiol Ther.* 1995; 18: 203-210.
- (85) Abbot NC, White AR, Ernst E. Complementary medicine. *Nature* 1996; 381: 361.
- (86) Assendelft WJ, Bouter LM, Knipschild PG. Complications of spinal manipulation: a comprehensive review of the literature. *J.Fam.Pract.* 1996; 42: 475-480.
- (87) Hurwitz EL, Aker PD, Adams AH, Meeker WC, Shekelle PG. Manipulation and mobilization of the cervical spine. A systematic review of the literature.[see comment]. [Review] [134 refs]. *Spine*. 1996; 21: 1746-1759.
- (88) Klougart N, Leboeuf-Yde C, Rasmussen L. Safety in Chiropractic Practice. Part II: Treatment to the Upper Neck and the Rate of Cerebrovascular Incidents. *Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics*. 1996; 19: 563-569.
- (89) Rivett D, Milburn P. Complications Arising from Spinal Manipulative Therapy in New Zealand. *Physiotherapy* 1997; 83: 626-632.
- (90) Oliphant D. Safety of spinal manipulation in the treatment of lumbar disk herniations: a systematic review and risk assessment. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 2004; 27: 197-210.
- (91) Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Kay T, Aker P et al. A Cochrane review of manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. [Review] [86 refs]. *Spine*. 1915; 29: 1541-1548.
- (92) Ernst E. Serious adverse effects of unconventional therapies for children and adolescents: a systematic review of recent evidence (Structured abstract). *European.Journal of Pediatrics* 2003; 162(2): 72-80.
- (93) Di Fabio RP. Manipulation of the cervical spine: risks and benefits (Structured abstract). *Physical.Therapy*. 1999; 79(1): 50-65.

- (94) Stevinson C, Ernst E. Risks associated with spinal manipulation. American Journal of Medicine 2002; 112: 566-571.
- (95) Ernst E. Manipulation of the cervical spine: a systematic review of case reports of serious adverse events, 1995-2001.[see comment]. [Review] [42 refs]. Medical Journal of Australia. 1915; 176: 376-380.
- (96) Ernst E. Adverse effects of unconventional therapies in the elderly: A systematic review of the recent literature. Journal of the American Aging Association.Vol.25(1)(pp 11-20), 2002. 2002; 11-20.
- (97) Clubb D. Cervical manipulation and vertebral artery injury: a literature review. Journal of Manual and Manipulative Therapy. 2002; 10: 11-16.
- (98) Kerry R. Pre-manipulative procedures for the cervical spine: New guidelines and a tome for dialectics: Knowledge, risks, evidence and consent. Physiotherapy (London) 2002; 88: 417-420.
- (99) Ernst E. Prospective investigations into the safety of spinal manipulation. Journal of Pain & Symptom Management.Vol.21(3)(pp 238-242), 2001. 2001; 238-242.
- (100) Ernst E. Complementary medicine - Is it effective and safe? Drug Information Journal.Vol.33(1)(pp 291-295), 1999. 1999; 291-295.
- (101) Kjellman GV, Skargren EI, Oberg BE. A critical analysis of randomised clinical trials on neck pain and treatment efficacy. A review of the literature. Scand J Rehabil Med 1999; 31: 139-152.
- (102) Haldeman S, Kohlbeck FJ, McGregor M. Risk factors and precipitating neck movements causing vertebrobasilar artery dissection after cervical trauma and spinal manipulation. [Review] [211 refs]. Spine. 1999; 24: 785-794.
- (103) Coulter ID. Efficacy and risks of chiropractic manipulation: What does the evidence suggest? Integrative Medicine.Vol.1(2)(pp 61-66), 1998. 1998; 61-66.
- (104) Ernst E. The use, efficacy, safety and costs of complementary/alternative therapies for low back pain. Eur J Phys Med Rehabil 1998; 8: 53-57.
- (105) Dabbs V, Lauretti WJ. A risk assessment of cervical manipulation vs. NSAIDS for the treatment of neck pain. Journal of Manipulative & Physiological Therapeutics.Vol.18(8)(pp 530-536), 1995. 1995; 530-536.

11. Aktuelle internettadresser

Faggruppe for manuell terapi: <http://www.fysio.no/manuellterapi> (og www.manuellterapi.com)

Norsk Fysioterapeutforbund: <http://www.fysio.no>

Norsk kiropraktorforening: <http://www.kiropraktorforeningen.no>

Norges Naprapatforbund: <http://www.naprapat.org>

Norsk osteopatforbund (og den norske osteopatiskolen): <http://www.osteopati.org>

Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin:
<http://uit.no/nafkam>