

Bacheloroppgave

Anamnese - Den manuelle behandlerens viktigste verktøy

av

101826 og 101642
29.04.2016



VF201 – Bacheloroppgave

Bachelor i osteopati

11476 ord

April, 2016

Institutt for helsefag - Høyskolen Kristiania

”Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved institutt for helsefag - Høyskolen Kristiania. Høyskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.”

1.0 Sammendrag

I forkant av pasientkonsultasjoner er det nødvendig å innhente informasjon vedrørende pasientens sykdom eller problem. En patoanatomisk diagnose stilles primært på bakgrunn av anamnese, kliniske undersøkelser og laboratoriske tester (1). Gjennom kvalitative intervjuer av en kiropraktor, fysioterapeut og osteopat, søkte forfatterne svar på følgende problemstilling: *Hvordan benytter ulike profesjoner anamnesen til å avdekke røde flagg?* Informantene i studien har lik oppfatning vedrørende betydningen av anamnesen. De er alle enige om viktigheten av anamnesen for å stille en korrekt diagnose. Kiropraktoren og Fysioterapeuten er begge en del av det norske helsevesenet, mens Osteopaten betraktes som en alternativ behandler. Dette betyr at de har ulike undersøkelses- og henvisningsmuligheter. To av informantene brukte i gjennomsnitt 20-30 minutter på anamnesen, mens den siste informanten kunne bruke opp mot 60 minutter ved enkelte pasientkonsultasjoner. Dersom terapeuter beslutter å bruke god tid på anamnesen, bør det avklares tidlig slik at forventningene til konsultasjonen innfris for begge parter.

2.0 Forord

Avhandlingen er utarbeidet av osteopatistudentene Sanpreet Singh og Eirik Kristiansen ved Høyskolen Kristiania. Under studietiden har vi fått utallige spørsmål om hva som skiller en fysioterapeut, kiropraktor og osteopat fra hverandre. Dette er spørsmål som ikke enkelt lar seg besvare, og som har vekket vår nysgjerrighet og ønske om mer kunnskap på dette området. Med bakgrunn i dette ønsker vi å opparbeide en dypere forståelse slik at vi med større selvsikkerhet kan skille osteopaten fra de øvrige profesjonene. Dessuten kan vi som fremtidige helsearbeidere ta læring av synspunkter på tvers av profesjonene, og muligens implementere dette i vår kliniske hverdag. Dette kan være nyttig med tanke på framtidig samarbeid i tverrfaglige klinikker der det også befinner seg andre terapeuter og helsepersonell. Prosjektet er formet etter Retningslinjer for oppgaveskriving – institutt for helsefag året 2015-2016, diktert av Høyskolen Kristiania.

Utarbeidelsen av bacheloroppgaven har til tider vært meget utfordrende, men med god hjelp fra familie, venner og bekjente har det vært mulig å ferdigstille en avhandling som vi er særdeles godt fornøyd med. Vi vil gjerne takke Pål A. Amundsen for konstruktive tilbakemeldinger og glimrende oppfølging. Videre ønsker Eirik Kristiansen, å takke sin kjære samboer, Line Sterri Ellingsen, for god støtte. Mens Sanpreet Singh ønsker å takke sin mor, Jasvir Kaur og sine søstre Ramanjit Kaur og Pavanjit Kaur for støtte og oppmuntrende ord underveis.

Sanpreet Singh
Oslo 29. april 2016

Eirik Kristiansen
Oslo 29. april 2016

Innholdsfortegnelse

1.0 Sammendrag	2
2.0 Forord	2
3.0 Innledning	4
3.1 Bakgrunn	4
3.2 Problemstilling	4
3.3 Begrepsavklaring	4
4.0 Teori	5
4.1 Profesjoner	5
4.2 Anamnese	6
4.2.1 Pasienttilnærming	6
4.3 Diagnostiske markører: Røde flagg	7
4.4 Røde flagg og tilstander	8
4.4.1 Kreft	8
4.4.2 Frakturer	9
4.4.3 Infeksjoner	9
4.4.4 Alvorlige neurologiske tilstander	10
4.5 Flaggsystemet	11
5.0 Metode	11
5.1 Valg av metode: Kvalitativ tilnærming	12
5.2 Semistrukturert intervju	12
5.3 Utvalg	12
5.4 Utarbeidelse av intervjuguide og prøveintervju	13
5.5 Gjennomføring	14
5.6 Studiekvalitet	14
5.6.1 Validitet	15
5.6.2 Reliabilitet	16
6.0 Etikk	17
7.0 Resultater	18
7.1 Anamnese	18
7.2 Røde flagg	19
8.0 Diskusjon	22
8.1 Hovedfunn	22
8.2 Implikasjoner	24
8.3 Sammenligning med eksisterende forskning	25
8.4 Styrker og svakheter	25
8.5 Anbefaling for videre forskning	26
9.0 Konklusjon	26
Referanseliste	27
Vedlegg	31
Vedlegg 1: Intervjuguide	31
Vedlegg 2: Samtykkeerklæring	32

3.0 Innledning

Hovedformålet med denne oppgaven er å undersøke hvordan ulike profesjoner diagnostisk anvender anamnesen til å avdekke røde flagg. Utvalget er avgrenset til tre profesjoner; fysioterapeuter, kiropraktorer og osteopater. Fysioterapi og kiropraktikk ble valgt fordi profesjonene er en del av det norske helsevesenet. Vi valgte osteopati, siden begge forfatterne er osteopatistudenter. Oppgaven vil dermed ta for seg hvorvidt profesjonenes individuelle rutiner og ferdigheter ved utførelsen av anamnesen påvirker deres evne til å sertifisere røde flagg.

Innledningsvis presenteres oppgavens problemstilling og en begrepsavklaring som belyser sentrale begreper. Deretter vil teori som omhandler profesjoner, anamnese og det medisinske flaggsystemet bli redegjort for. Det er avgjørende at terapeuter akter å forstå pasientene sine, slik at viktig informasjon ikke utelates, derfor følger et avsnitt omhandlende dette temaet. Senere vil studiens metodiske del introduseres og etiske problemstillinger bli fremstilt. Avslutningsvis fremlegges oppgavens resultater, diskusjoner og konklusjoner.

3.1 Bakgrunn

Med manuellterapeutisk behandling menes diagnostisering og behandling av pasienter ved bruk av hendene. Her finnes det mange behandlingsalternativer, som for eksempel fysioterapi, manuellterapi, kiropraktikk og osteopati. Profesjonene har hver sin yrkestittel, ulikt utdanningsforløp og arbeider derfor forskjellig fra hverandre. Majoriteten av disse terapeutene er medlem av sitt respektive fagforbund, og har sine individuelle krav og retningslinjer for utøvelse av behandling. Det er derfor interessant å undersøke eventuelle likheter og ulikheter i praktiseringen av anamnesen på tvers av profesjonene.

Kiropraktorer og manuellterapeuter har henvisningsrett i forhold til bildediagnostikk (2). Osteopater har andre undersøkelsesredskaper, men ikke henvisningsrett som overnevnte. Henvisningsretten virker supplerende ved mistanke om patologi innad i kroppen som kan være vanskelig å diagnostisere gjennom observasjon, palpasjon og kliniske tester. Bakgrunnen for problemstillingen er dannet gjennom studieforløpet og egne erfaringer med ulike behandlinger.

3.2 Problemstilling

Hvordan benytter ulike profesjoner anamnesen til å avdekke røde flagg?

3.3 Begrepsavklaring

Problemstillingen inneholder tre begreper det er nødvendig å definere:

Profesjoner: Med profesjoner mener forfatterne fysioterapeuter, kiropraktorer og osteopater.

Anamnese: Anamnese, også kalt sykehistorie, er informasjon som omhandler pasientens plager eller symptomer (3).

Røde flagg: Røde flagg er en mulig indikator på alvorlig patologi som kan gi permanente symptomer og i verstefall føre til død (4).

4.0 Teori

4.1 Profesjoner

En profesjon defineres som et kunnskapsbasert yrke (5, s. 1). Begrepet brukes om yrkesutøvere med høyt kunnskaps- og ferdighetsnivå innenfor sitt fagfelt. Det er nødvendig for profesjonene å forstå fenomener og utfordringer de står ovenfor i møte med pasienten, for deretter å kunne handle og løse spesifikke problemer på en adekvat måte (5, s. 9). I følge forfatteren Abbott (5, s. 9) bygger all profesjonell virksomhet på tre grunnstrukturer; diagnostisering, trekke slutninger og behandling. Studien kartlegger profesjonene fysioterapi, osteopati og kiropraktikk som alle følger de samme grunnprinsippene Abbott belyser.

Det eksisterer et utvalg forskjellige profesjoner og hver av disse har individuelle kjennetegn og arbeidsmetoder. I dette studie er det nødvendig å definere de ulike profesjonene som problemstillingen tar for seg. Definisjonene er hentet fra deres fagforbund.

Fysioterapi – *”Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell og har et selvstendig vurderings- og behandlingsansvar i pasient-/klientsituasjoner. De er underlagt Helsepersonelloven, som bl.a innebærer at de skal utøve faglig forsvarlig fysioterapi og holde seg faglig oppdatert (6).”*

Osteopati – *”Osteopati er en helseprofesjon som baseres på naturvitenskapelige og kliniske fag. I lys av den biopsykososiale modellen undersøker og behandler osteopaten med utgangspunkt i at god funksjon og helse også avhenger av at muskel-skjelett- og bindevevssystemet, nervesystemet, det sirkulatoriske systemet fungerer optimalt sammen. Osteopati søker gjennom behandling av dette å fremme pasientens evne til å hjelpe seg selv (7).”*

Kiropraktikk – *”Helseprofesjon som befatter seg med diagnostikk, behandling og forebygging av biomekaniske feilfunksjoner i bevegelsesapparatet samt vurderer effekten av dette på nervesystemet og individets generelle helsetilstand. Behandlingen baseres i stor grad på manuelle metoder (8).”*

Av disse profesjonene er både fysioterapi og kiropraktikk autorisert helsepersonell i Norge. Osteopati er kategorisert som en alternativ behandlingsform og er ikke autorisert. Samtlige av disse profesjonene undersøker og behandler kroppslig problematikk med smertelindring og funksjonsbedring som hovedmål (6). Deres kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon. De har for øvrig ulike arbeidsmetoder og filosofier. Fysioterapi baserer fagutøvelsen på naturvitenskapelig, samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap og hevder at det foreligger flere ulike faktorer som opprettholder helse, bidrar til funksjonsnedsettelse, smerte og sykdom (6). De kartlegger fysiske og psykiske belastninger og ser dette i sammenheng med utvikling av patologi. Pasientens plager vurderes derfor på grunnlag av hendelser og opplevelser gjennom livet, nåværende situasjon, sosiale- og kulturelle forhold. Dette danner grunnlaget for vurdering av hvordan sykdom og plager i bevegelsesapparatet kan oppstå, forebygges og behandles (6).

Kiropraktorens diagnostisering bygger på en grundig anamnese for å belyse relevante sammenhenger og årsaksforhold hos pasienten, og mener at dette er en sentral del av den diagnostiske prosessen. Deretter følger den kliniske undersøkelsen hvor kiropraktoren tar for seg pasientens kroppsholdning og bevegelsesmønster. Videre kartlegges funksjonen i nerve-, muskel- og skjelettsystemet for å vurdere om disse har sammenheng med pasientens

symptomer. Det påpekes at pasientens smerteopplevelse under den kliniske undersøkelsen er viktig for å kunne kartlegge hvor problemet sitter, og hvilke bevegelser som er smertefulle. På grunnlag av dette kan kiropraktoren stille en funksjonsbasert arbeidsdiagnose og tilrettelegge behandlingen med hensikt å gjenopprette normal funksjon (8).

Profesjonen osteopati bygger på medisinske fag som anatomi, fysiologi, biomekanikk og patologi. Gjennom anamnesen tar osteopaten stilling til blant annet pasientens aktuelle problem, allmenn helsetilstand, sosialstatus og tidligere skader. I undersøkelsen evalueres holdning, funksjon, vevskvalitet og leddbevegelighet. Profesjonen tar utgangspunkt i en holistisk tilnærming og mener at områder som er smertefulle kan være forbundet med funksjonsnedsettelse i andre områder. Legen Andrew T. Still utviklet denne behandlingsformen på 1800 tallet med den filosofi at behandlingen skal stimulere kroppen til å lege seg selv (7).

4.2 Anamnese

Anamnese, også kjent som sykehistorie, er grunnlaget for all medisinsk praksis og et av de viktigste elementene i enhver utredning av et sykdomstilfelle blant nevnte profesjoner (3). Terapeuten skal gjennom anamnesen danne et helhetlig bilde av pasienten, og på bakgrunn av denne informasjonen gjøre seg opp en mening rundt den eller de underliggende prosessen(e) som fører til pasientens symptomer.

Anamnesen kartlegger elementære faktorer som hvordan og når plagen oppstod, tidligere skader og sykdommer, medikamentbruk og sosial status. Informasjon av denne typen er viktig i diagnostiseringen fordi den kan sannsynliggjøre eller muligens avkrefte ulike differensialdiagnoser. Det overordnede målet med anamnesen er å analysere nevnte elementer og se de i sammenheng med pasientens aktuelle problem, for deretter å komme frem til en sannsynlig og endelig diagnose. Anamnesen danner grunnlaget for videre kliniske-, medisinske- og spesielle undersøkelser. Fravær av en detaljert anamnese vil kunne føre til at resultater fra undersøkelser som blodprøver, kliniske tester eller høyteknologiske undersøkelser som for eksempel magnettomografi, som regel ikke kan tolkes korrekt (3). Dersom diagnostiseringen er mangelfull, vil det kunne påvirke terapeutens valg av behandling. Dette kan føre til en lite hensiktsmessig behandlingsplan og i noen tilfeller feilaktig behandling.

4.2.1 Pasienttilnærming

En detaljert og strukturert anamnese er svært viktig, der flere komponenter avgjør kvaliteten på denne (9). Dette kan være pasientens motivasjon til å oppgi utfyllende informasjon om sin tidligere og nåværende helse, men også terapeutens evne til å kommunisere vil ha betydning (3). Det er skjellig grunn til å anta at disse to faktorene har en nær sammenheng. Dersom terapeuten forholder seg til pasienten med en ”ovenfra og ned” holdning, opptrer anklagende, argumenterende og dømmende, vil det påvirke pasientens evne og motivasjon til å formidle relevant informasjon. Er derimot terapeuten en empatisk og ydmyk støttespiller som lytter aktivt til pasienten og har forståelse for deres situasjon, kan pasienten ta lærdom av samtalen eller bli motivert for et behandlingsopplegg (10, s. 79). Det er gjort flere studier på kommunikasjon mellom terapeut og pasient, og dens effekt både psykologisk og fysiologisk. I 1957 analyserte Di Mascio, Boyd og Greenblatt (10, s. 82) nettopp dette fenomenet med Bales Interaction Process Analysis (IPA) og kom frem til at når pasientens kommunikasjon var anspent, reagerte både terapeut og pasient med økt hjerterefrekvens. Et annet studie gjennomført av Robinson og hans medarbeidere (10, s. 83) i 1982 undersøkte de samtaler

mellom skolerådgivere og elever. Det viste seg at det finnes en positiv korrelasjon mellom forekomst av parallelle topper i partenes sympatikusaktivering og elevenes vurdering av skolerådgiverens grad av empati.

For å bli en dyktig behandler krever pasienten mer enn bare intellektuelle og tekniske ferdigheter. Det viser seg at dyktige terapeuter må inneha interesse for mennesket (11, s. 2). De fleste pasienter ønsker en terapeut som har evnen til å lytte og som viser forståelse for deres symptomer og helsetilstand (11, s. 2). I følge Macleod (11, s. 2) er det nødvendig å vurdere egen holdning, oppførsel, medfølelse og dialog mellom pasient og terapeut i en hver klinisk situasjon. En konsultasjon er et møte mellom to eksperter; du som terapeut og pasienten som ekspert over sin egen kropp og sinn. Fremragende kommunikasjonsferdigheter muliggjør en rask og effektiv identifisering av problemet og forbedrer pasienttilfredsheten (11, s. 3). Dårlig kommunikasjon er assosiert med økt fare for feildiagnostisering, og kan derfor få alvorlige konsekvenser dersom røde flagg ikke oppdages.

Pasientene oppsøker helsepersonell for mange ulike grunner. De har ofte allerede rådført seg med familie, venner, andre helsearbeidere eller trået internett for informasjon om hva som kan være årsaken til deres sykdom eller problem (11, s. 6). De fleste pasienter har en formening om hva som er årsaken, og har derfor bekymringer de ønsker å diskutere. De ønsker derfor å bli informert om hvorfor sykdommen eller problemet forekom. Det er viktig at du som helsepersonell finner årsaken til hvorfor pasienten oppsøker deg, hva som bekymrer pasienten og at dere sammen blir enig om en fremtidig behandlingsplan (11, s. 6). Mesteparten av konsultasjonen består av en samtale mellom deg og pasienten, og er derfor essensielt for den kliniske eksamineringen både i starten av intervjuet, for å samle informasjon, og på slutten, for å informere og motivere pasienten om veien videre (11, s. 6).

4.3 Diagnostiske markører: Røde flagg

Samtlige ansatte innenfor helsesektoren, både primært og sekundært, må ta stilling til og eventuelt videre tolke betydningen av røde flagg. McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine har utviklet en definisjon av røde flagg som følger: "*A sentinel finding which may indicate a more extensive disease process* (12)." Det er liten tvil om at avdekkelse av røde flagg er viktig for pasientens sikkerhet. Imidlertid er det nødvendig å skille mellom røde flagg og risikofaktorer for utvikling av alvorlig patologi. Risikofaktorer defineres innenfor den medisinske litteraturen som en faktor som øker en persons sannsynlighet for utvikling av sykdom (13).

Smerteanamnesen er tett koblet opp mot røde flagg og benyttes for å få utfyllende informasjon om pasientens plager og symptomer. Denne informasjonen er elementær, og i noen tilfeller også livsviktig for utredning av røde flagg. Cauda equina syndrom (CES) er et eksempel på en tilstand som kan gi alvorlige konsekvenser for pasienten, derfor er det nødvendig å diagnostisere og kirurgisk behandle tilstanden senest innen 48 timer (14). Derimot er hyppigheten av CES svært lav slik at de fleste terapeuter aldri kommer til å oppleve tilstanden (14). Diagnostiseringen er krevende, med en falsk-positiv verdi på 43 % selv når diagnosen er satt av erfarne terapeuter (14). Man må for øvrig være oppmerksom på nylig oppståtte symptomer som tarm- og blæreforstyrrelser hos pasienter som presenterer med korsryggssmerter uavhengig av varigheten, samt ha en lav terskel for videre henvisning (14). Det er terapeutens oppgave å vurdere hvorvidt pasienten har en alvorlig tilstand, fordi konsekvensene kan medføre varig invalidisering (15).

Smerteanamnesen innebefatter spørsmål som blant annet tar for seg varigheten på pasientens symptomer. I litteraturen kan man observere uenigheter omhandlende klassifiseringen av røde flagg. Noen har klassifisert symptomer med en varighet på over en måned som et rødt flagg (16-19), mens andre mener at en varighet på over en og en halv til tre måneder er et rødt flagg (20-24). Dette understreker viktigheten av Underwoods (25) synspunkt; for stort fokus på spørsmål tilknyttet røde flagg kan distrahere terapeuten fra å formidle viktig informasjon til pasienten, som for eksempel å motivere til opprettholdelse av normalt aktivitetsnivå. Han mener derfor det er mer klinisk relevant å se pasienten i kontekst. I tillegg er det sjeldent at et enkelt rødt flagg indikerer en alvorlig patologisk prosess. Det er mer hensiktsmessig å avdekke flere røde flagg som sammen kan tilsvare en alvorlig tilstand. Deyo og Diehl (18) har undersøkt dette fenomenet og fant ut at pasienter over 50 år, tidligere historie med kreft, uforklarlig vekttap, smerteverighet på over en måned eller unnlattelse av forbedring ved konservativ behandling var assosiert med økt sannsynlighet for kreft hos pasienter med korsryggssmerter.

I 2009 gjennomførte Henscke med kollegaer (26) en prospektiv studie med formål å kartlegge forekomsten av røde flagg hos pasienter med akutte korsryggssmerter. Det var 1 172 deltakere i studien og samtlige fikk nøye oppfølging over et år. Henscke kom frem til at bare elleve (0,9 %) av deltakerne hadde en alvorlig årsak til korsryggssmertene. Tallene viser en ekstremt lav forekomst av alvorlig patologi som årsak til pasientenes korsryggssmerter. Det er imidlertid viktig å adressere røde flagg og øke årvåkenheten ved mistanke.

4.4 Røde flagg og tilstander

Under en pasientkonsultasjon er det viktig å kjenne til de vanligste røde flaggene så vel som de mest alvorlige. I dette kapitlet presenteres eksempler på viktig røde flagg med fokus på alvorlige tilstander som kreft, nevrologiske tilstander, infeksjon og fraktur.

4.4.1 Kreft

Kreft tar i overkant av 10 000 menneskeliv hvert år i Norge, og er den nest vanligste dødsårsaken etter hjerte- og karsykdommer. I 2014 ble 31 651 nordmenn diagnostisert med kreft, av disse var 14 627 kvinner og 17 024 menn. Samme år døde 10 971 mennesker av diagnosen, 5138 kvinner og 5833 menn (27). Det vil si at omlag en av tre som får diagnosen ikke vil overleve. Til tross for gode medisinske fremskritt i kampen mot kreft, er dødstallene fortsatt høye.

Ved utvikling av kreft oppstår det mutasjoner i cellens arvestoff. Dette medfører ukontrollert celledeling. Dannelsen av en kreftsvulst foregår over tid ved at den ukontrollerte celledelingen fortsetter, og etterhvert skaper en opphopning av kreftceller i organet der veksten oppstod. Dette kan forekomme i alle aldersgrupper, men risikoen øker med alder. Spesielt etter fylte 50 år øker risikoen signifikant. Av antall nye tilfeller er om lag 85 % av kvinnene og 90 % av mennene i aldersgruppen over 50 år. Nesten halvparten av alle nye krefttilfeller oppstår i aldersgruppen over 70 år (27).

Røde flagg tilknyttet kreft er svært varierende ettersom hvor i kroppen kreftsvulsten befinner seg. Følgende punkter tar for seg de mer generelle trekkene.

- Pasienten er 50 år eller eldre
- Tidligere diagnostisert med kreft og familiære disposisjoner
- Generell sykdomsfølelse og/eller uforklarlig vekttap

- Konstante smerter som ikke avtar ved hvile og/eller smerter som er uforandret ved bevegelse
- Nattesmerter har lenge vært listet som et rødt flagg i forhold til kreft og metastaser, men studier viser en sammenheng mellom osteoartrose og nattesmerter. Spesielt når korsrygg-, hoft- og kneregion er involvert
- Smerter på flere steder
- Behandlingsresistens ved manuell behandling
(16, 20, 23-24, 27-30)

Tidlig diagnostisering av kreft er ansett som positivt for prognosen. Som en del av førstelinjetjenesten er det nødvendig at ulike profesjoner har nok kunnskap på området slik at de er kapable til å gjenkjenne tegn og symptomer som kan indikere kreft hos pasienten.

4.4.2 Frakturer

Fraktur, eller benbrudd, er brudd på en hvilken som helst knokkel. Årsaken kommer ofte av direkte eller indirekte traume mot en frisk knokkel (31). Fraktur kan også oppstå uten nevneverdig traume, en såkalt spontanfraktur. Denne typen fraktur oppstår ofte i forbindelse med metastasering til skjelettet eller hos pasienter med utpreget osteoporose. Disse tilstandene medfører en svakhet i benstrukturen og det skal svært lite til før fraktur forekommer (31). Mange pådrar seg fraktur i løpet av livet, men tilstanden er i utgangspunktet harmløs. I noen tilfeller kan komplikasjonene derimot være alvorlige, der skader på muskler, nerver, hud og arterier kan forekomme. Dette er i mange tilfeller mer alvorlig enn selve bruddet (31). Ved lukket brudd er huden intakt og infeksjoner oppstår derfor sjeldent. Åpne brudd er derimot mer alvorlig fordi huden er mer gjennomtrengelig for mikroorganismer og dermed kan alvorlige infeksjoner oppstå. Fraktur kan også medføre andre komplikasjoner som sirkulasjons- og nerveforstyrrelser perifert for bruddet ved at andre strukturer affiseres. Dette kan skape alvorlige konsekvenser som tromboflebitt og stimulere til trombedannelse (31).

Ved mistanke om fraktur bør terapeuten være oppmerksom på følgende røde flagg.

- Osteoporotiske pasienter eller tidligere historie med osteoporose. Geriatiske pasienter har ofte osteopeni og pådrar seg derfor lettere fraktur
- Tidligere direkte eller indirekte traume mot det aktuelle området. For øvrig er det noen kilder som inkluderer historie med traume som et rødt flagg mens andre har utelatt dette
- Bruk av kortikosteroider
(18-19, 22, 28)

4.4.3 Infeksjoner

Mikroorganismer eksisterer overalt og utgjør kroppens normalflora. Bakteriene er stort sett ufarlige og en del av menneskets immunforsvar. Men noen mikroorganismer kan fremkalle alvorlige infeksjonssykdommer. Dette kan for eksempel forekomme ved at tarmbakterier kommer over i urinveiene eller bukhulen (32). Dersom bakterier etablerer seg i bukhulen kan man utvikle peritonitt. Man skiller mellom primær- og sekundær peritonitt, der førstnevnte er en alvorlig tilstand med høy dødelighet (33). Bakterier produserer i tillegg giftstoffer som skader eller dreper vevsceller i nærheten av infeksjonen. Enkelte giftstoffer kan påvirke hele organismen og sette livsviktige organer ut av funksjon, selv i meget lave konsentrasjoner.

Akutte infeksjoner fremkaller ofte en hurtig respons fra immunsystemet og igangsetter et motangrep. Kroniske infeksjoner utvikles derimot mer langsomt og forekommer ofte etter innsettelse av implantater, samt ved livsstilssykdommer som fedme og diabetes mellitus type 2. I USA blir 17 millioner pasienter innlagt med kroniske infeksjoner hvert år og minst 550 000 mennesker dør som følge av en bakteriell infeksjon. Det eksisterer ingen generelle, standardiserte behandlingsmetoder ved kroniske infeksjoner. Førsteamanuensis Thomas Bjarnsholt (34) forklarer at akutte infeksjoner kan behandles med god prognose, mens kroniske infeksjoner må behandles før systemisk spredning inntreffer.

Diagnostisering av en infeksjon kan være krevende, spesielt for manuelle behandlere grunnet manglende kompetanse og utilgjengelig utstyr for å stille diagnosen. Ved mistanke undersøkes ofte blod, urin og spytt.

Røde flagg som kan tyde på infeksjoner hos pasienten.

- Feber og nattesvette
- Uutholdelig smerte
- Dype sår
- Hvilesmerter

(35)

4.4.4 Alvorlige neurologiske tilstander

Nevrologiske sykdommer innbefatter et vidt spekter av tilstander, der mange er alvorlige og til dels invaliderende. Noen av tilstandene er relativt vanlige og ufarlige, som for eksempel migrene og andre former for hodepine. Mens andre er meget sjeldne og forekommer hos noen få pasienter per år i Norge, som for eksempel CES og cervical myelopati.

Hos et voksent menneske ender medulla spinalis på nivå mellom første og andre lumbale ryggvirvel. Cons medullaris er den mest distale delen av ryggmargen og smalner ut og fortsetter som filum terminale. Videre dannes en samling av hestehale-lignende nerverøtter som kalles Cauda equina. CES refererer til et karakteristisk mønster av nevromuskulære og urogenitale symptomer som følge av kompresjon på lumbosacrale nerverøtter. Disse symptomene inkluderer ryggsmarter, ensidig eller tosidig isjias, sensoriske forstyrrelser, blære- og tarmdysfunksjoner, samt sensoriske- og motoriske funksjonstap i underekstremitetene. Tilstanden kan også forekomme uten nevneverdige symptomer. Mange årsaker til CES er rapportert, men de vanligste inkluderer blant annet lumbal stenose, spinaltraume med frakturer, spinale tumorer, spinale infeksjoner og spina bifida (36).

En annen tilstand som nesten er identisk kalles myelopati, som også er en forstyrrelse i den normale overføringen av nervesignaler fra medulla spinalis til kroppens ekstremiteter som involverer armer og hender, ben og tarm- og blærefunksjon. Cervical myelopati forekommer dersom den normale signaloverføringen av nerveimpulser gjennom ryggmargen avbrytes. Noen av årsakene er traumer, inflammatoriske eller autoimmune sykdommer, tumor eller degenerative prosesser samt spondylose og prolaps. Pasientens symptomer avhenger av hvilke(t) ryggmargsnivå som er affisert. Ofte oppleves nummenhet i hender, klumsete bevegelser, svekkelser i arm og hånd, tap av balanse og stive legger (37).

Røde flagg ved alvorlige neurologiske tilstander.

- Refleksendringer
- Sensoriske utfall

- Muskelsvekkelser
- Koordinasjonsproblemer
- Tarm- og blæreforstyrrelser
(36-37)

4.5 Flaggsystemet

Flaggsystemet deles i to forskjellige kategorier; kliniske flagg og psykososiale flagg (4). Under kategorien kliniske flagg finnes røde- og oransje flagg. Oransje flagg representerer tilsvarende røde flagg for psykisk helse og psykiske problemer. Disse signaliserer for terapeuten eventuelle alvorlige problemer av psykiatrisk opphav som krever videre henvisning til spesialist på fagområdet. Oransje flagg kan indikere høy grad av risiko for store personlighetsforstyrrelser, posttraumatiske stresslidelser, narkotika- og alkoholmisbruk eller kliniske depresjoner. Men innebærer ikke komponenter som lettere angst og bekymringer (4).

Psykososiale flagg tillater terapeuten å identifisere flere aspekter ved pasienten, som omhandler deres problem, sosiale kontekst og hvordan disse faktorene påvirker tilhelningsprosessen. Det må tas stilling til om det foreligger sosiale eller psykologiske stressfaktorer som påvirker eller forverrer pasientens smertepersepsjon og adferd (4). Dette kan være arbeidsledighet, familieproblemer, framtidsutsikter eller uførhet. Psykososiale flagg gjør terapeuten i stand til å se pasienten fra et biopsykososialt perspektiv, hvor det biologiske ved pasienten interpreteres med det psykososiale. Disse flaggene blir ikke sett på som en diagnose eller et symptom, men heller som risikofaktorer for kronifisering og forsinket tilbakevending til arbeid (4).

Psykososiale flagg deles i undergrupper som gjenspeiler de ulike interaksjonene som kan ha påvirkning på pasientens tilhelning. De betegnes som gule, blå og sorte flagg. Gule flagg kan fortelle hvordan pasienten forholder seg til sin situasjon, med hensyn til tanker, følelser og atferd. Gule flagg har negativ påvirkning på pasientens behandlingsutfall, der stress viser seg å ha størst betydning. Faktorer som angår pasientens arbeidsplass og de ansattes oppfatninger av helse og arbeid betegnes som blå flagg. Mens sorte flagg tar for seg miljøet og omstendighetene der pasienten opptrer. Dette inkluderer mennesker, systemer og politikk (4). Verdt å nevne er også grønne flagg som er predisponerende faktorer for at pasienten skal ha et positivt behandlingsutfall, og anses som gode markører for tidlig tilbakevending til normal arbeidsbelastning. Vedkommendes økonomi, sosiale omgangskrets, familiesituasjon, aktivitetsnivå og positive tanker er sentrale elementer (4).

For å avdekke og utrede psykososiale flagg anbefales det en tidlig intervensjon og vurdering av pasienter med ”vanlige” helseproblemer (4). Det antas at psykososiale komponenter som forekommer i tidsrommet mellom to og seks uker etter debut, kan hurtigere forhindres dersom de oppdages og behandles (4) .

5.0 Metode

I dette kapittelet har vi vurdert og begrunnet både den metodiske tilnærmingen og forskningskvaliteten. Innledningsvis har valg av metode blitt evaluert, deretter ble den kvalitative tilnærmingen, utvalget, intervjuguiden og prøveintervjuet evaluert før vi avslutningsvis tok for oss gangen og vurderte gjennomførelsen samt kvaliteten i studie.

5.1 Valg av metode: Kvalitativ tilnærming

Problemstillingen danner grunnlaget for hvilken tilnærming som er den mest hensiktsmessige. Det ble i denne oppgaven brukt en kvalitativ tilnærming (38). ”Kvalitativ metode er en metode for generering av kunnskap hvor man undersøker hvilken mening hendelser og erfaring har for de som opplever dem, og hvordan de kan fortolkes eller forstås også av andre (39).” En kvalitativ fremgangsmåte ble valgt ettersom forfatterne ønsket en dypere innsikt i hvordan de ulike terapeutene anvender anamnesen for å selektere røde flagg. En kvalitativ forskning vil i større grad enn én kvantitativ metode belyse terapeutenes subjektive synspunkter og opplevelsesoppfattelse, som videre vil kunne gi en rikere forståelse av deres praksis under anamnesen.

5.2 Semistrukturert intervju

Et forskningsintervju har som formål å aktualisere et tema og få svar på problemstillingen som prosjektet tar for seg (38, s. 25). En kvalitativ tilnærming krever en helt annen oppbygning enn kvantitativ forskning, fordi det ikke er mulig å gjøre svarene om til tall (40). Man er derfor gjennom kvalitative intervjuundersøkelser interessert i kunnskap som ikke kan tolkes gjennom spørreundersøkelser og statistisk datamateriale, men gjennom fremskaffelse av fyldig og beskrivende informasjon om informantenes tanker knyttet til problemstillingen (40, 38, s. 13). Valget falt av den grunn på semistrukturert dybdeintervju som innsamlingsmetode, slik at terapeutene kan utdype hvordan røde flagg kartlegges og utelukkes. Det er utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg 1) slik at vi er sikre på at samtalene er fokusert mot problemstillingen som forfatterne har valgt på forhånd, og at den i tillegg gir fleksibilitet for eventuelle oppfølgingsspørsmål (38, s. 26.)

5.3 Utvalg

Populasjonen som ble intervjuet er osteopater, fysioterapeuter og kiropraktorer, da det er disse profesjonenes subjektive meninger som vil besvare problemstillingen. For å rekruttere deltakere til prosjektet benyttet vi en bekvemmelighetsutvelgelse. Et utvalg av de nevnte profesjonene ble kontaktet via e-post og telefon. I utgangspunktet var utvalget angitt til totalt seks deltakere, to fra hver profesjonsretning. Underveis i gjennomførelsen viste det seg at det var mer utfordrende enn først antatt å rekruttere deltakere. Derfor ble utvalget redusert til totalt tre deltakere, en fra hver profesjon. Tabellen under viser en oversikt over antall forespørsler og deres respons.

Profesjoner			
Antall	Fysioterapeuter	Kiropraktorer	Osteopater
Deltakerforespørsler	23	12	4
Aksept av deltakerforespørsel	1	2	1
Avslag på deltakerforespørsel	4	1	0
Uten respons på deltakerforespørsel	18	9	3

Tabell 1: Antall forespørsler og respons

Følgende var inklusjonskriteriene for prosjektet:

- Medlemskap i respektivt fagforbund i minimum tre år
- Minimum tre års sammenhengende klinisk erfaring
- Geografisk avgrensning til Oslo, Akershus og Østfold

Forfatterne besluttet at kjennskap til deltakere ikke var ønskelig, ettersom dette kan påvirke resultatet og gjøre studie mindre representativt. Minimum tre års medlemskap i respektivt fagforbund var ønskelig fordi bachelorprosjektets resultat skal gjelde majoriteten av terapeutene innenfor hver profesjon. Spørsmålene utformet i intervjuguiden krever at terapeuten har minst tre års sammenhengende klinisk erfaring for best mulig besvarelse av problemstillingen. Den geografiske avgrensningen som er fastsatt skyldes økonomiske- og tidsbegrensninger.

5.4 Utarbeidelse av intervjuguide og prøveintervju

Ved et semistrukturert intervju er det behov for utarbeidelse av en intervjuguide. Intervjuguiden innbefatter spørsmål og temaer som med stor sikkerhet skal dekke de områdene som studien krever (38, s. 26). Dette er en krevende prosess der problemstillingen som studien tar for seg, skal omsettes til temaer som skal tas opp i form av spørsmål under intervjuet. Informantenes besvarelse er datamaterialet i prosjektet, og bør derfor være så rikt og fyldig som overhodet mulig (38, s. 27). Spørsmålene ble dannet ved å benytte *”traktprinsippet”*, som handler om at intervjueren utfører spørsmålstaking av mindre sentral og følsom karakter i starten. For deretter å tilegne seg nødvendig informasjon på best mulig måte (38, s. 26-27). Det var også et mål at spørsmålene ikke påla svar som kunne avdekke fortrolig informasjon, og at en utfordrende situasjon ikke skulle oppstå for informanten som gjør at pasientsikkerheten kan utfordres.

Klare og utvetydige spørsmål var ønskelig under intervjuet, og at det ikke opplevdes som ledende for informanten. Majoriteten av spørsmålene er åpne spørsmål slik at informanten fritt har mulighet til å formulere og uttrykke seg: *”Hvor viktig mener du anamnesen er som et diagnostisk verktøy?”*. Lukkede spørsmål ble også brukt: *”Hvor lang tid benytter du gjennomsnittlig på utførelsen av anamnesen?”*, før vi fulgte opp med oppfølgingsspørsmål *”hvorfor/hvorfor ikke?”* slik at vi fikk et fyldig og begrunnet svar på spørsmålet.

For å prøve ut intervjuguiden og egen evne som intervjuer er det nødvendig å foreta et eller flere prøveintervjuer. Tidspress og nevnte utfordringer med å rekruttere deltakere medvirket til at kun et prøveintervju ble utført. Under disse kan man få tilbakemeldinger på utformingen av spørsmålene og hvordan du som intervjuer opptrer (38, s. 30). Dette vil gi deg informasjon slik at endringer kan foretas før informantene intervjues, fordi du har mulighet til å avdekke uforventede svar og andre temaer som kan tas opp under gjennomførelsen (38, s. 30). Prøveintervjuet ble utført på en osteopat som har to års sammenhengende klinisk erfaring og er en bekjent av den ene forfatteren. Prøveinformanten oppfyller ikke studiens krav om bekjentskap og klinisk erfaring. Vi mener likevel prøveinformanten gav oss god tilbakemelding og at justeringene som ble gjort ikke påvirker resultatet negativt. Årsaken til at vi ikke fikk testet en fra hver målgruppe skyldes tidsbegrensninger, tilgjengelighet og ønske om å delta i prøveintervju. Etter tilbakemelding fra osteopaten ble det nødvendig å legge til et oppfølgingsspørsmål til spørsmål syv gjeldende kiropraktoren: *”Hvor ofte får du tilbakemelding på at det var en alvorlig tilstand?”*. Kiropraktorer har direkte henvisningsrett til bildediagnostikk som verken fysioterapeuten eller osteopaten har. Det er derfor av stor interesse å vite hvor ofte tilbakemeldingen ved mistanke om alvorlig patologi faktisk er

korrekt, og om kiropraktoren ved hjelp av røde flagg henviser på en rasjonell måte. Ellers ble det gitt god tilbakemelding på relevansen og spørsmålsformuleringen i intervjuguiden. Vi valgte derfor å beholde førsteutkastet med nevnte endringer. Prøveintervjuet ble utført over telefon grunnet økonomiske, praktiske og geografiske utfordringer.

5.5 Gjennomføring

Målemetoden som ble benyttet under gjennomførelse av intervjuene er båndopptaker ”Sony digital Audio Recorder ICD-TX650”. Informantenes opplysninger ble transkribert av en av forfatterne; Eirik Kristiansen, mens forfatteren Sanpreet Singh tok føringen i alle intervjuene. Det ble gjennomført på denne måten for å sikre konsistens på tvers av intervjuene, slik at det ble enklere å sammenstille de ulike profesjonenes svar i etterkant.

Ved planlegging av studien og gjennom opparbeidelse av prosjektplan var hensikten å gjennomføre intervjuene på et sted som passet best for deltakerne. Dette ble ansett som formålstjenlig med tanke på at sannsynligheten for at terapeutene hadde mulighet til å delta ville øke. Intervjuet med osteopaten ble gjennomført i skolens lokaler, mens intervjuet med fysioterapeuten og kiropraktoren fant sted på deres klinikk. Før oppstart av intervjuene fikk informantene utdelt skjema omhandlende ”Samtykkeerklæring” (se vedlegg 2) og undertegnet med navn og dato. Undertegnelsen forsikrer oss om at informantene er kjent med studiens formål og deres rettigheter angående anonymitet og forhold rundt å trekke seg. Etter intervjuene ble informantene tilbudt å få tilsendt ferdigstilt bacheloroppgave dersom ønskelig. For å opprettholde krav om anonymitet ble informantene i studien referert til som Osteopaten, Fysioterapeuten og Kiropraktoren.

Forfatterne er kjent med mulighetene for å leie inn en transkribør som transkriberer datamateriale mot betaling. Det endte derimot med at transkriberingen ble gjort av forfatterne for en dypere forståelse av den innsamlede dataen, muligheten til å transkribere innholdet med det systemet vi er komfortable med, samt unngåelse av økonomiske utfordringer. I tillegg kan snakkemåte og eksempelvis bruk av ironi ha stor betydning for tolkning av informasjon. Ved endt transkribering ble de tre lydfilene slettet fra båndopptakeren og det ferdigstilte transkripsjonsdokumentet ble lagret på forfatterens personlige datamaskin. På denne måten sikkerhetskopieres datamaterialet og sannsynligheten for å ”tape” dokumentene reduseres. Det er under ingen omstendigheter mulig å identifisere deltakerne i transkriberingen. Fødselsnavn, stedsnavn, personlige kjennetegn og lignende identifiserbare faktorer blir ikke benyttet. Under transkriberingsprosessen ble all informasjon deltakerne la fram skrevet ned slik de fortalte. Ved formulering av resultater ble informasjonen skrevet om og kun det som er relevant og vesentlig for problemstillingen ble tatt med. Det er viktig å påpeke at informantenes svar ikke ble omformulert til setninger og meninger de ikke har gitt uttrykk for, men omgjort til en mer skriftlig tone slik at det passet naturlig inn i oppgaven. Ved analysing av datamaterialet ble hvert enkelt spørsmål og svar gjennomgått grundig av forfatterne, sammenlignet og valg av relevant informasjon for problemstillingen evaluert.

5.6 Studiekvalitet

Kvalitetssikring av studien handler om hvorvidt resultatene er pålitelig og troverdig. Kvalitativ forskningstilnærming innebærer at det ikke eksisterer noen universelle lover eller en sann virkelighet. De synspunkter som informanten utfolder, er knyttet til hvert enkelt individs sosiale virkelighet (38, s. 91). Resultatene vil derfor være fremstilt hovedsakelig basert på informantene, men til en viss grad påvirket av forskernes subjektive analyse- og

tolkningsmetodikk. Samtidig vet man at forholdene og mennesket forandrer seg til ulik tid, derfor er synspunktene gjeldene på tidspunktet innsamlingen ble utført.

5.6.1 Validitet

For å trekke gyldige slutninger fra studiets resultater er det nødvendig med høy validitet, eller gyldighet. Ved å benytte seg av teknisk opptaksutstyr dannes det et godt grunnlag for bearbeidelse, tolkning og analyse av innsamlet datamateriale (38, s. 96). Maxwell (38, s. 97) betegner redegjørelsen for gjennomføringen av et studie fra start til slutt for ”*deskriptiv validitet*”. Dette innebærer at undersøkelsen er beskrevet på en slik måte at leseren kan forstå forskerens bakgrunn for valg og beslutninger foretatt underveis i studie. En tydelig redegjørelse av hvordan datamaterialet er innsamlet og tilrettelagt for analyse og tolkning vil derfor øke den deskriptive validiteten (38, s. 97).

Validiteten i datamaterialet styrkes ved gode spørsmål som gir fyldige og innholdsrike uttalelser. Utførelse av et prøveintervju bør derfor beskrives detaljert hvor både forhold rundt intervjusituasjonen og intervjuguiden er vurdert og eventuelt justert (38, s. 97).

Prøveintervjuet som ble foretatt kunne vært vesentlig bedre om krav om deltakelse i prosjektet var oppfylt, og at forskerne fysisk var til stede under intervjuet. Det er eksempelvis vanskelig å vite om informanten snakker med andre eller benytter seg av hjelpemidler underveis i gjennomførelsen over telefon. I tillegg ville det vært interessant å utføre et prøveintervju både av en fysioterapeut og kiropraktor, for å se om ytterligere justeringer hadde vært nødvendig.

Intervjuet av kiropraktoren og fysioterapeuten ble utført på deres klinikk, mens osteopaten ble intervjuet på Høgskolen Kristiania i Oslo. Fysisk tilstedeværelse bidro til at informantens kroppsspråk underveis i intervjuet lett kunne observeres, slik at den non-verbale kommunikasjonen kunne mistenkeliggjøre eventuelle uærligheter fra informantene. Det er ønskelig at informantene er ærlige og svarer utfra sin sosiale virkelighet (38, s. 15). På bakgrunn av raske svar og godt kroppsspråk er det liten grunn til å tro at informantene har avgitt uærlige svar.

For å minimalisere feiltolkning av informantens utsagn er det nødvendig at forsker nedtegner denne korrekt. På denne måten vil datamaterialet forstås slik som informanten formidlet den under intervjuet, dette kalles ”*tolkningsvaliditet*” (38, s. 98). Den non-verbale kommunikasjonen ble også observert og notert underveis. Ved at båndopptaker ble benyttet reduserte forskerne sannsynligheten for feiltolkning, slik at muligheten for å spille av lydfilen gjentatte ganger ble tilgjengelig. Avstand mellom målemetoden, innsamler og informant ble kontrollert i forkant av intervjuene på medstudenter, for å sikre optimal lyd kvalitet.

Når Maxwells termer blir omtalt i Dalens bok er den teoretiske forståelsen av de fenomenene som undersøkes på bakgrunn av begreper, mønstre og modeller som anvendes i forskningsprosjektet svært viktig. Dette kalles ”*teoretisk validitet*” (38, s. 99). Med dette menes det hvorvidt analysen og tolkningen av datamaterialet er gyldig i forhold til studiets formål. Er spørsmålene dannet i intervjuguiden gjeldene for problemstillingen eller ikke? For å forsikre oss om dette har den teoretiske kunnskapen om anamnese og røde flagg vært sentral i studien. Tilbakemelding fra informanten under prøveintervjuet var i tillegg med på å bekrefte relevansen og validiteten av intervjuguiden.

Ved drøfting av tolknings- og den teoretiske validiteten i forhold til intervjumateriale er det ifølge Dalen tre utfordringer som forskeren står ovenfor. Dersom forskeren gjør en tolkning av hendelser og utsagn utelukkende på egen forforståelse om temaet, kan forskeren sies å ha gått i fellen om ”den holistiske feilantagelse”. Konsekvensene av dette er at viktige elementer i det innsamlede datamaterialet ikke blir registrert (38, s. 99). En annen utfordring er ”eliteskjevheter” som for eksempel kan oppstå dersom favorisering av en informant forekommer, fordi denne oppfattes som en nøkkelinformant og dermed antas å kunne svare best på fenomenet som undersøkes. Mens ”going negative” handler om at forskerens kjennskap til fagfeltet som studeres er så god, at vedkommende ikke evner å trekke ut bemerkelsesverdige kjennetegn og kan dermed påvirke studiens utfall negativt (38, s. 99).

Før gjennomførelsen av studie hadde vi ingen klar forforståelse angående temaet som skulle belyses, vi hadde noen tanker, men var først og fremst interessert i læringsutbytte ved intervjugjennomføring. Ettersom begge forskerne er osteopatiststudenter kan leseren mistenke favorisering av informantene med osteopati bakgrunn. Informantenes budskap og meddelelser ble forsøkt tolket så likt som overhodet mulig ved at nysgjerrigheten handlet om læring og ikke om å fremme sin egen profesjon. Formening om hvilken informant som ville være viktigst for studie var derfor ikke tilstede. Som osteopatiststudenter vil det muligens være en fare for at kjennetegn og spesielle særtrekk omhandlende temaet og problemstillingen i svarene ikke oppfattes (38, s. 99). Dette fordi alle informantene er eiere av kjente fysikalske klinikker i Oslo og Akershus, og har i tillegg lengre klinisk erfaring enn det studie krever. Det kan derfor tenkes at deres utsagn ikke er like godt og friskt i minne slik som forskerne. Vi har derfor gjennom analyse og tolkning forsøkt å danne et så kontekstualisert og objektivt bilde som overhodet mulig slik at informantenes utsagn oppfattes korrekt.

5.6.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om at fremgangsmåten for innsamling og analyse av datamaterialet skal kunne redegjøres, slik at andre forskere skal kunne gjøre nøyaktig det samme (38, s. 93). I kvalitative studier defineres både validitet og reliabilitet annerledes enn ved en kvantitativ tilnærming. Reliabilitet er et lite egnet begrep i denne type forskning, og er derfor et vanskelig krav å stille forskeren. I slike studier er forskerens rolle mer vesentlig, der samspillet mellom informantene og den aktuelle situasjonen er avgjørende for studiets resultat (38, s. 93). Mennesket og omstendighetene forandrer seg til ulik tid, derfor kartlegges reliabiliteten annerledes. Presis beskrivelse av elementene i forskningsgangen slik at andre som ønsker å reproducere prosjektet har mulighet til dette. Beskrivelsen bør inneholde informasjon om forskeren, informantene og forhold ved intervjusituasjonen. Den analytiske tilnærmingen for bearbeidelse av datamaterialet bør også bekjentgjøres (38, s. 93).

I denne studien har nettopp disse elementene blitt godt beskrevet. I forkant av informasjonsinnhenting foretok vi et intervju for å kvalitetssikre intervjuguiden, samt at studieveileder foreslo eventuelle endringer i spørsmålsformuleringen. Kriterier for deltagelse, tanker og valg foretatt underveis i intervjusituasjonen samt den analytiske metoden som har blitt benyttet er nøye forklart. Vi har gjennom åpne spørsmål ønsket å vite hvorfor terapeutene mener det de mener, og hvorfor de har en slik tilnærming ved utførelse av en anamnese til å avdekke røde flagg.

6.0 Etikk

Ved gjennomførelsen av et kvalitativt studie er det nødvendig å understreke etiske og metodiske utfordringer som kan forekomme (38, s.19). Disse utfordringene må relateres til utvelgelse av informanter, hvordan intervjuet skal utføres og formidling av studiets resultater. Forskeren har et ledende ansvar for ivaretagelse av intervjuobjektet gjennom hele studie (38, s. 13). Norge er et lite land både i areal og i forhold til befolkning. Sannsynligheten for identifikasjon av enkeltpersoner eller grupper er derfor stor. Stigmatisering handler nettopp om dette, og man ønsker derfor å unngå at disse personene blir stemplet og ”hengt ut” (38, s. 19). Det er derfor viktig med informert og fritt samtykke, samt konfidensialitet i studie som gjennomføres (38, s. 100-102). Det er vanskelig å være helt sikker på at dette ikke forekommer. Tidsskriftet Fysioterapeuten viser til at det i 2014 var totalt 14 931 fysioterapeuter i Norge (41), Legeforeningen viser at det var 548 kiropraktorer i 2011 (42), mens Norsk Osteopatforbund oppgir at det er rundt 300 osteopater i Norge (43). Dette statistiske datamaterialet viser at det er økt fare for stigmatisering blant kiropraktorer og osteopater enn for fysioterapeuter, og er noe vi har tatt hensyn til under intervjuprosessen.

Andre faktorer som kan være utfordrende ved intervjugjennomføring er nærhet og engstelse til informantene (38, s. 19-20). En kan synes det er utfordrende å stille spesifikke spørsmål angående vanskelige livssituasjoner eller andre sensitive saker, og derfor er det nødvendig å forsøke å finne en balanse mellom nærhet og distanse (38, s. 20). For at både stigmatisering, nærhet og engstelse skal tas hensyn til, har spørsmålene blitt utformet på en slik måte at dette unngås. Det er ikke bare forskeren som opplever dette, det er faktisk enda vanligere at intervjuobjektet føler en engstelse når vedkommende forteller om en sensitiv hendelse, fordi disse kan vekke til live tidligere hendelser og problemer. Det stilles derfor et krav om at forfatterne er nøytrale, og ikke stiller spørsmål som kan provosere eller skape uro hos informanten (38, s. 20). Til tross for dette er det viktig at forskeren tør å stille spørsmål som kan være utfordrende, hvis informasjonen forskeren ønsker å studere krever dette. Spørsmål seks og syv i intervjuguiden som er rettet mot kiropraktoren, vil muligens utfordre informantens ærlighet, fordi det er naturlig at intervjuobjektet ønsker å framstå aktverdig og dermed kommer med strategisk riktige svar på spørsmålene som blir stilt (39).

Å være nøytral under intervjuet, tolkningen og formidlingen av datamaterialet er avgjørende for studiens resultater (38, s. 20-21). Dette gjelder både i forhold til validitet og etikk. Et av studiets informanter er osteopat, og er selvfølgelig noe som kan gi solidaritetsproblemer ettersom forfatterne studerer til å bli dette (38, s. 20-21). Det kan være utfordrende for forskeren å avgjøre hva som bør formidles, og hva som ikke bør formidles. Det kan for eksempel være at forskeren ønsker å belyse sin profesjon som den mest hensiktsmessige i forhold til problemstillingen, noe som absolutt ikke ønskes.

Avklaring rundt etiske retningslinjer som er laget av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) som omhandler krav om frivilling informert samtykke, krav om å informere de som utforskes om forståelse for forskningsprosjektet, og krav om konfidensialitet er nødvendig både for forskeren, informanten og forskningsresultatet i dette bachelorgradsprosjektet (44).

7.0 Resultater

Studiets informanter tilfredsstillt kravene om deltakelse, noe som har frembrakt nyttig og interessant informasjon å bearbeide. Dessuten er alle informantene veletablerte og erfarne terapeuter innenfor hver sin yrkesretning.

7.1 Anamnese

Alle informantene presenterer anamnesen som en fundamental og avgjørende del i diagnostiseringen av pasienten. I tillegg er det en unik mulighet til å bli kjent med pasientens problemer og historie. Osteopaten forteller at den kliniske undersøkelsen er svært viktig for å skille ut irrelevante differensialdiagnoser. Fysioterapeuten mener også at det er viktig, men forteller at mange ortopediske tester er subjektive og at man derfor ikke bør gå seg blind på tester. Kiropraktoren er av samme oppfatning som overnevnte, men legger i tillegg til at han som nyutdannet utførte langt flere kliniske undersøkelsestester.

”...Min gullstandard blir jo på en måte MR (...) Jeg har gjort veldig mye nevrologiske undersøkelser, men når du først finner noe så er det liksom ‘ok, hva betydde det igjen?’. Jeg er ikke i den staten lenger (...) grunnen til at jeg mistenker noe og henviser til MR er in the first place anamnesen stort sett” – Kiropraktoren.

Både fysioterapeuten og kiropraktoren mener anamnesen er det viktigste diagnostiske verktøyet man besitter. Kiropraktoren meddeler at hans gullstandard er magnetresonanstomografi (MR), men påpeker at mistanke om noe alvorlig og henvisningen bygger på informasjon fra anamnesen. Osteopaten og Fysioterapeuten er enige om at anamnesen legger grunnlaget for videre undersøkelse.

Informantene ble deretter spurt om gjennomsnittlig tidsforbruk ved utførelsen av anamnesen, her er de enige om at komplekse pasienter har behov for lengre tid. *”Jeg tenker 20 minutter. Det kommer veldig an på. Er det litt sånn ”straight forward” symptomer og det er en person som ellers ikke har så mye plager (...) så kan man hoppe over noen spørsmål.” – Osteopaten.* Han tilføyer at tidsbruken tilpasses etter hvorvidt terapeuten forstår pasientens situasjon: *”Det er viktig at pasienten føler at du har skjønnet det. Det må du bruke tid på at pasienten skal føle (...) Idet de slapper av merker man på en måte at nå har jeg stilt nok spørsmål.”*

Kiropraktoren anvender normalt sett en halvtime ved førstegangskonsultasjoner og fremlegger viktigheten av at pasientene skal føle seg hørt. Han lar pasientene prate relativt fritt, men legger ikke skjul på at det er noe irrelevant informasjon som kommer med: *”De har mye og fortelle og har en historie, så grunnen til at jeg gjør det er for at de skal føle seg hørt.” – Kiropraktoren.*

Fysioterapeuten forteller at han minimum bruker en halvtime på anamnesen, men at han ofte kan bruke en time ved kompliserte problemer. *”Jeg liker de kompliserte sakene, og da trenger jeg minimum en halvtime og maksimum en time.” – Fysioterapeuten.* Han meddeler også at han ofte foretar testing underveis i anamnesen og hele tiden tar ting fortløpende. Han mener det er vesentlig å lese pasienten. *”...Har de lukket kroppsspråk? Er de veldig åpne og prater veldig mye så tilpasser jeg meg deretter.” – Fysioterapeuten.*

Profesjon	Tidsbruk
Osteopat	20-30 min
Kiropraktor	30 min
Fysioterapeut	30-60 min

Tabell 2: Tidsforbruk

Informantene fikk spørsmål om hvorvidt de har faste rutiner ved avdekkelse av røde flagg gjennom anamnesen. Det kom frem at samtlige terapeuter har dette, men osteopaten nevner i tillegg at han gjennom sin kliniske erfaring til en viss grad klarer å individualisere en rutine tilpasset hver enkelt pasient. *”...nå har jeg jobbet såpass lenge at jeg nesten har glemt litt hva jeg egentlig gjør (...) Det er jo klart at sånne ting som utstråling er en klassisk ting, så med en gang du hører om det er du litt mer nysgjerrig og tar litt mer tester.”* – Osteopaten.

Kiropraktoren ga følgende svar:

”...Jeg har et skjema jeg bruker, og der kommer man inn på andre sykdommer og sånt, for eksempel da. Også har jeg også noen sånne kontrollspørsmål som jeg har skrevet inn som en mal (...) spør dem om andre sykdommer eller om de har hatt tidligere sykdommer også har du litt sånn spesifikt; har du hatt noen alvorlige sykdommer som for eksempel kreft, hjertesykdom eller sånne type ting.” – Kiropraktoren.

Fysioterapeuten ga dette svaret, og her kan en viss likhet bemerkes:

”Gjerne så starter jeg med det kompliserte. Jeg spør gjerne om historikk, andre symptomer, feber, svette om natten, alt det litt mer kompliserte starter jeg gjerne litt med og ser ganske tidlig (...) Så jeg liker å avdekke det verste først. Er det noe annet du bør nevne, har du vært hos legen din og sjekka deg?” – Fysioterapeuten.

7.2 Røde flagg

I denne delen av intervjuet fikk informantene spørsmål om hvor ofte det forekommer at de avdekker alvorlig patologi gjennom identifikasjon av røde flagg som resulterer i videre utredning. To av informantene svarte at dette forekommer svært sjeldent. Kiropraktoren meddelte at dette forekommer kanskje en gang i året, mens osteopaten opplever en hyppigere forekomst. *”De gangene jeg sier at de må til lege tipper jeg er ca. en gang annenhver måned. Og kanskje en gang i halvåret er det sånn at hadde de ikke kommet til meg eller en tilsvarende som hadde fortalt de det, kunne dette blitt livsfarlig, men det er såpass sjeldent.”* – Osteopaten.

Fysioterapeuten opplever det annerledes, fordi han foretrekker å være på den sikre siden: *”Gjennomsnittlig fire i måneden. Det kan være fem en måned (...) Jeg liker å være litt mer forsiktig og sende enn å tenke at det her går bra. Og jeg har veldig god dialog med en del leger rundt omkring som jeg sender dem til. Vi har avdekket beinkreft og svulst i hodet, så jeg har avdekket ganske mange store ting gjennom en anamnese (...) Heller en gang for mye enn en gang for lite.”* – Fysioterapeuten.

Videre ble informantene spurt om hvordan de forsikrer seg om at andre organsystemer ikke er involvert i pasientens smertebilde, ettersom manuelle behandlere ofte blir assosiert med plager i muskel- og skjelettsystemet. Samtlige informanter mener de har grunnleggende

medisinsk kompetanse for å ta stilling til plager knyttet til andre organsystemer, for øvrig har de ulike tilnærminger.

”...spørre i anamnesen om det er lenge siden de har vært hos lege, og eventuelt hva fant den legen (...) Røde flagg er jo en sterk indikasjon og eventuelt også da tester som kan være med på å avdekke noen ting, men det er ikke sikkert en sikkerhetstest som er ment og skulle gi en klar indikasjon egentlig gjør det, så man må føle litt mellom og rundt og ingenting er helt endelig. Så både i anamnese med røde flagg og sikkerhetstester og hvordan pasienten på en måte fremtrer.” – Osteopaten.

”Jeg stiller spørsmål som for eksempel om smertene blir verre om de går i trapper, sånn fysisk utfall som øker demanden på hjerte, og at det øker symptomer da vil det være et rødt flagg for meg (...) Hvis de har en type smerte som er sånn kolikkaktig, det er sånn veldig intense smerter som kommer og går, og det ikke er relatert til noe bevegelse i ryggen så vil jeg anta at det er en aller annen form for organproblem, nyrestein eller om det er gallestein eller noe sånt noe som er i gang, og ikke ryggen.” – Kiropraktoren.

”Jeg sjekker blodtrykk, sjekker lungene, jeg sjekker visceralt, jeg palperer. Veldig ofte så bruker jeg også leger til å ta blodprøver for å kartlegge hormonbalanse i kroppen, andre type inflammatoriske indikatorer, alt det der. Så jeg liker å ta alle systemene.” – Fysioterapeuten.

De ble så spurt om det noen gang har hendt at en alvorlig tilstand har blitt oversett, og om dette fikk konsekvenser for pasienten senere. Informantene har opplevd ulike situasjoner omhandlende dette spørsmålet. Osteopaten har erfart både et tilfelle som fysioterapeut og et som osteopat:

”...Jeg har på en måte ikke oversett, men det har vært to tilfeller av kreft hvor jeg har syns at det har vært merkelig måten symptomene oppfører seg på (...) jeg har hatt liten påvirkningskraft (...) Det var en som var på sykehus for tarmkreft, hvor jeg jobbet som fysioterapeut. Han hadde mye slim (...) jeg gjorde kompresjon for å drive slim ut av lungene også var det et ribbein som knakk (...) de tok ny røntgen her, også fant de at det var metastaser i ribbeina ” – Osteopaten.

Det andre tilfellet er av en eldre kvinne med korsryggssmerter og fant sted for i underkant av et år siden:

”...de hadde tatt blodprøver, og jeg hadde bedt henne gå og ta blodprøver for jeg synes det var merkelig, men jeg hadde ikke funnet noen ting så jeg fortsatte å behandle ryggen (...) en dag hvor hun ikke klarte å stå lenger, også kom hun på legevakten og tok et nytt bilde, der fant de at det var metastaser i leveren som gikk mot ryggen (...) jeg syns det er et eksempel på at noen ganger må du på en måte føle litt mellom fordi det kan være blodprøver eller røntgenbilder som sier ‘nei her er det ingenting’.” – Osteopaten.

Kiropraktoren har også opplevd to tilfeller, men av mindre alvorlig karakter. Det ene tilfellet handlet om et ribbeinsbrudd, mens det andre om en punktert lunge. Begge tilfeller ble oppdaget på legevakten:

”Et par uker siden så var det en dame som kom inn og hadde fått vondt etter behandling. Og mente at jeg hadde brukket ribbeinet hennes, men jeg sa det var helt umulig, hun var bare 21

år gammel (...) det eneste hun kunne skyldes på da var behandlingen min, hun hadde ikke gjort noe annet. Da må jeg bare si 'ok greit, sånn er det'.” – Kiropraktoren.

Det andre tilfellet som oppstod lød som følger:

”... en som hadde problemer med brystveggen, og hadde litt tung pust og sånt, så jeg burde ha gått litt videre med det (...) hun ringte hit og sa det burde du kanskje undersøkt litt nærmere. Hun fortsatte her etterpå. Og det var veldig fint at hun gjorde det, for det gjør jeg ikke igjen” – Kiropraktoren.

Fysioterapeuten har på sin side aldri opplevd å overse en alvorlig tilstand. Han forteller at vi som terapeuter ofte er en del av førstelinjetjenesten og har derfor et stort ansvar slik at vi bør være forsiktig.

Forfatterne ønsket å stille Kiropraktoren et individuelt spørsmål angående videre henvisning til bildediagnostikk, og følgelig om han benytter dette selv om det er liten sannsynlighet for alvorlig patologi. Han mener han er avhengig av fornøyde kunder, og henviser som regel videre dersom pasienten ønsker dette. *”Dessverre gjør jeg det (...) Noen ganger er det på grunn av pasienten, og det skal man jo egentlig ta en sånn krangel på. Men jeg er ikke noe fastlege som får betalt for å ha noen på lista mi, jeg er avhengig av at folk er fornøyde (...) Ganske ofte så tar jeg bilder av det som er helt klare prolaps og i min bok så trenger man ikke det (...) Jeg tar det for sikkerhetsskyld for å bekrefte diagnosen.”* – Kiropraktoren.

Med bakgrunn i det overnevnte spørsmålet fulgte vi opp med *”hvor ofte får du tilbakemelding på at det var en alvorlig tilstand?”* Her forteller han om en pasient med langvarig hodepine:

”...han hadde vondt i hodet, og hadde hatt det i mange år, det var ikke noe nytt med det. Men så fikk jeg plutselig høre at han hadde vært og tatt MR, og jeg tror ikke det var jeg som henviste han til det. Og han hadde en svulst i hjernen og døde (...) I de tilfellene jeg har funnet noe så har jeg hatt en mistanke, men i de tilfellene jeg har mistanke så har jeg 99% feil. Når du mistenker noe, så er det veldig sjelden med alvorlige ting.” – Kiropraktoren.

Osteopater og fysioterapeuter har ikke mulighet til å henvise direkte til bildediagnostikk. De ble spurt om de derfor føler et større ansvar for å utføre en mer detaljert anamnese.

Osteopaten mener dette kan være en fordel, han utdyper sitt utsagn slik: *”Ja. Og jeg synes jo nesten at det er en fordel (...) det er bedre å vite hva man kjenner.”* – Osteopaten. Han forteller også at det er viktig å høre på hva pasienten sier og ikke støtte seg for mye på bildediagnostikk.

Fysioterapeuter kan i utgangspunktet ikke henvise direkte til videre utredning, men fysioterapeuten i dette studie benytter seg til en viss grad av sitt uformelle kontaktnettverk.

”Ikke direkte med papir og alt det der, men jeg ringer leger, ringer andre steder (...) Jeg føler at jeg kan ikke være noe mer nøye med min diagnostisering. Men bildediagnostisering har jeg ofte henvist til. Men jeg er ikke så glad i bilder heller (...) ...jeg veldig glad for second opinions fra kollegaer.” – Fysioterapeuten.

Informantene ble til slutt spurt om hvor stor grad av sikkerhet de mener at de kan avdekke alvorlig patologi ved bruk av anamnese og røde flagg. Her er de splittet i sin oppfatning. Kiropraktoren konstaterer at han med ganske stor sikkerhet kan dette, men presiserer at

objektive funn fra undersøkelser også er av stor betydning. Fysioterapeuten synes dette er et vanskelig spørsmål å svare på, men til tross for dette er han opptil 80 % sikker. Dette begrunnes med at erfaring og mønstergjenkjennelse kan avdekke mange tilstander, men enkelte akutte pasienter kommer utenfor dette. I tillegg benytter han en såkalt diagnostiseringspyramide. Den kartlegger ulike vevsstrukturer som muligens kan forklare pasientens symptomer. *”Utrolig nøye måte å gjøre det på. Det er dritkult for da er du veldig nøyaktig og da avdekker du en del ting.”* – Fysioterapeuten.

Osteopaten har derimot en annen oppfattelse av sikkerheten rundt dette:

”Du kan ikke avdekke, du kan aldri være sikker, på den måten kan man aldri avdekke. Men du kan jo få tydelig indikasjon på om det er noe som må undersøkes næyere før vi kan gjøre noe, fordi i visse situasjoner kan vår behandling være skadelig hvis det er kontraindikasjon mot vår behandling må man finne ut av det først.” – Osteopaten.

Han understreker opptil flere ganger at det uansett vil være en usikkerhet. Men at han spesielt ut ifra alder og tidligere sykehistorie utført av annet helsepersonell er medvirkende for å avdekke alvorlig patologi.

8.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven har vi reflektert over terapeutenes beskrivelser for å avdekke røde flagg under anamnesen. Videre har vi diskutert mulige årsaker til resultatene og eventuelle konsekvenser dersom røde flagg neglisjeres. Som avslutning har styrker og svakheter ved studie blitt diskutert.

8.1 Hovedfunn

Som presentert under resultater viser det seg at terapeutene har relativ lik oppfatning vedrørende betydningen av anamnesen og rutiner ved utførelsen av denne. Anamnesen er essensiell for å avdekke røde flagg. Alle informantene uttalte at anamnesen er det viktigste redskapet for å diagnostisere pasienter, ved at man får muligheten til å bli kjent med pasientens problemer og livssituasjon.

I følge Bondage (1) stilles en komplett diagnose i 90 til 95 % av tilfellene gjennom en kombinasjon av anamnese og kliniske undersøkelser. Osteopaten medelte at den kliniske undersøkelsen absolutt er viktig, men at det er anamnesen som fremhever de relevante diagnosene. Osteopaten i vår studie mener dermed at en klinisk undersøkelse ikke kan gjennomføres uten en anamnese i grunn, og hans oppfatning kan derfor sies å være i overenstemmelse med Bondages funn. Dette er oppfatninger som også Fysioterapeuten og Kiropraktoren deler.

Kiropraktoren medelte at han tidligere utførte langt flere nevrologiske undersøkelser, men at han etter hvert endret sin kliniske praksis ettersom han ikke alltid har friskt i minne hva en positiv test innebærer. Dessuten er det en viss usikkerhet tilknyttet validiteten til testene (45). Han benytter derfor ofte MR, som han mener er mer treffsikker, og forklarer at henvisningen stort sett baseres på informasjon fra anamnesen. Kunnskap om pasienten tilegnet gjennom anamnesen brukes til å vurdere eventuelle røde flagg og videre utredning. Dette illustrerer hvor essensiell anamnesen er i den daglige praksisen til Kiropraktoren. Videre tilføyer informanten at enkelte nevrologiske tester ikke alltid er tilstrekkelige, men gjøres

hovedsakelig for å ha noe å skrive på henvisningen. At mange nevrologiske tester kun ble utført for å underbygge en henvisning er noe vi stilte oss undrende til. Derfor ønsket vi å undersøke hvorvidt henvisningene er rasjonelle og velbegrunnede. Selv om det vanligvis er liten sannsynlighet for alvorlig patologi er Kiropraktoren avhengig av fornøyde pasienter og ønsker av den grunn å unngå alt for store diskusjoner angående henvisninger. Kiropraktoren setter med andre ord pasientens behov fremfor de medisinske anbefalingene dersom det fremkommer som nødvendig i løpet av anamnesen. Utfra den biopsykososiale modellen kan det tenkes å være egnet dersom pasienten frykter noe alvorlig og ikke stoler på terapeutens forklaring på smerteopplevelsen. På den annen side medfører dette samfunnet enorme kostnader.

Kiropraktoren er den eneste av informantene som kan som henviser direkte til bildediagnostikk. Det var derfor av stor interesse å høre hvor ofte han får tilbakemelding på at det var en alvorlig tilstand. Våre resultater fra Kiropraktoren viser at alvorlige tilstander sjeldent oppstår i klinisk praksis, noe som også er positivt for de andre informantene. Kiropraktoren kan fortsette sin behandling relativt raskt dersom det ikke er noen alvorlige radiologiske funn. Fysioterapeuten og Osteopaten må derimot ta i bruk indirekte kanaler slik som å be pasienten selv ta kontakt med sin fastlege, noe som kan medføre lengre utredning.

Osteopaten på sin side mener at palpasjon i enkelte tilfeller er nyttigere enn muligheten for å henviser til bildediagnostikk. Senere i intervjuet fortalte informantene imidlertid om en episode der en alvorlig tilstand inntraff som omhandlet en pasient med korsryggsmerter. En behandlingsplan ble utarbeidet basert på anamnesen. Da behandlingen ikke gav de ønskede virkningene, gav dette indikasjoner på at noe ikke stemte. Osteopaten anbefalte at pasienten kontaktet lege, men da blodprøvene ikke viste noe mistenkelig fortsatte Osteopaten med sin behandling. I ettertid viste det seg at ryggsmertene skyldtes metastaseringer i leveren. Dette kunne blitt avdekket på et tidligere tidspunkt dersom Osteopaten hadde hatt mulighet til å henviser direkte til bildediagnostikk. Dette tilfellet illustrerer at anamnesen og respons på tilhørende behandling kan være viktig for å identifisere mulige røde flagg. Og videre at muligheten for direkte henvisning kan være viktig for å avdekke alvorlig patologi i tide.

Når det gjelder tidsbruk er Osteopaten den informantene som gjennomsnittlig bruker minst tid på utførelsen av anamnesen. Dette er noe overraskende ettersom vi gjennom studieførsløpet har fått inntrykk av at osteopater gjennomfører en detaljert, omfattende og grundig anamnese som er tidskrevende. På det samme spørsmålet forklarte Fysioterapeuten at han kan bruke opp mot en time dersom det er nødvendig. Dette kan muligens forklares med at han interesserer seg for kompliserte pasienter som ofte har høy allostatisk belastning. Fysioterapeuten bruker i likhet med Kiropraktoren en mal bestående av spørsmål som stilles under anamnesen. Men Fysioterapeuten bruker altså ved enkelte tilfeller dobbel så lang tid på utførelsen. Det kan tenkes at informantene stiller lite relevante spørsmål som ikke direkte omhandler pasientens aktuelle problem. Manuelle terapeuter skal nødvendigvis bruke god tid på anamnesen, men tidsbruken bør baseres på skjønn. Informantene betraktes alle som manuelle terapeuter, der klinisk undersøkelse og behandling bør utøves allerede ved førstegangskonsultasjonen. Hvor alvorlig en tilstand er bør avdekkes tidlig i anamnesen, og raskt gi en indikasjon på hvorvidt en kan behandle selv eller må henviser til spesialist. Lettere psykiske og emosjonelle symptomer som katastrofetanker, fear avoidance behavior og stress er fagområder alle informantene må ha kunnskap om. Tilstander som alvorlig depresjon, angst og selvmordstanker bør derimot overlates til profesjoner med høyere ekspertise.

På spørsmål om hvor ofte det avdekkes alvorlig patologi gjennom røde flagg og pasienten må henvises videre har informantene ulike opplevelser. For Osteopaten forekommer dette omtrent en gang annenhver måned, mens Kiropraktoren og Fysioterapeuten opplever dette henholdsvis en gang i året og fem ganger i måneden. Det kan tenkes at Kiropraktoren sjeldent opplever denne situasjonen, ettersom han kan henvide til bildediagnostikk før en endelig vurdering foretas. Denne muligheten har ikke de andre informantene, som kan forklare årsaken bak hyppigere forekomst av henvisning til videre utredning. Vi oppfatter det som normalt å henvide annenhver måned, men er mer betenkelige vedrørende henvisningsfrekvensen til Fysioterapeuten. Det fremkommer at han som en del av førstelinjetjenesten opplever et stort ansvar ovenfor pasientene sine. *"Heller en gang for mye enn en gang for lite"*. Denne betraktningssmåten har vist seg å være fornuftig fordi han er den eneste informanten som aldri har oversett røde flagg som har indikert alvorlig patologi. Vi anser det som svært lite kostnadseffektivt å henvide fem ganger i måneden. En kan dermed stille seg spørsmålet om hvorvidt det er forsvarlig å henvide 60 ganger i året. På den andre siden må dette vektas opp mot risikoen for å ikke oppdage patologi som i verste fall kan ta livet av pasienten. Dessuten kan det være tilfellet at pasienter som oppsøker Fysioterapeuten i studie er grunnleggende forskjellig fra andre pasienter, ved at de har mer alvorlige sykdomsbilder, og derfor oftere må sendes til videre utredning.

To av informantene er samstemte vedrørende sikkerheten for å avdekke alvorlig patologi ved bruk av røde flagg under anamnesen. En av disse er Fysioterapeuten, som følte seg svært sikker og begrunnet dette med at erfaring og mønstergjenkjennelse kan avdekke mange tilstander. Informanten understreket likevel at enkelte akutte pasienter kommer utenom dette. Vi mener at i noen tilfeller må det aksepteres en viss usikkerhet, men at denne bør være så lav som overhodet mulig. Osteopaten har en annen oppfattelse: *"Du kan ikke avdekke, du kan aldri være sikker, på den måten kan man aldri avdekke"*. På spørsmål om han har oversett en alvorlig tilstand og om det fikk konsekvenser for pasienten senere, fortalte han at blodprøver eller røntgenbilder ikke alltid er pålitelige. Det kan tenkes at usikkerheten skyldtes dårlig erfaring med undersøkelsesmetodene, fordi tilfellet med metastaseringer i leveren ikke ble oppdaget.

8.2 Implikasjoner

De ulike profesjonene bruker ulik tid på utførelsen av anamnesen. Osteopaten bruker i gjennomsnitt 20 minutter, mens Kiropraktoren og Fysioterapeuten bruker henholdsvis 30 og 30-60 minutter. Betyr dette at Osteopaten får mindre informasjon enn de andre terapeutene? Osteopaten i vår studie har lang fartstid i klinisk praksis, og bruker i stor grad sin erfaring til å stille konkrete spørsmål, fremfor å bruke en ferdigoppsatt mal. Kiropraktoren informerte om at han lar pasientene prate relativt fritt, og tilføyde at det er mye irrelevant informasjon som kommer frem. Han satte likevel av god tid til pasient *"monolog"* da han ønsket høy pasienttilfredshet ved at pasientene sitter igjen med en følelse av å bli hørt. Han understreket imidlertid at den første delen av anamnesen ble brukt til å stille avdekkende spørsmål i forhold til alvorlig patologi. Fysioterapeuten nevnte at kompliserte pasienter var hans interesseområde, og kan tenkes å være grunnen til at han bruker lenger tid enn de øvrige terapeutene. Dersom det brukes for mye tid på anamnesen kan pasienten føle at forventningen om manuell behandling ikke inntreffer. Det bør derfor gjøres en forventningsavklaring relativt tidlig i konsultasjonen om at mesteparten av tiden kommer til å brukes på samtale. Kiropraktoren legger ikke skjul på at han henviser pasienter til bildediagnostikk alt for hyppig. Dersom trenden fortsetter vil det oppstå lengre ventelister som kan føre til at pasienter diagnostiseres på et sent stadie i sykdomsforløpet. Henvisningen bør derfor bygge på gode

medisinske argumenter slik at en negativ trend kan forebygges. Terapeuten kan selv bidra til å forebygge overforbruk av bildediagnostikk ved å informere pasienten om at alvorlig patologi sjeldent forekommer.

Vår studie viser, i samsvar med teori på området, anamnesens viktige funksjon for å avdekke røde flagg og alvorlig patologi. Studien har vist både likheter og ulikheter på tvers av profesjonene, når det gjelder praksis både under og etter anamnesen. Alle informantene var imidlertid enige om at anamnesen er det viktigste diagnostiske verktøyet de har i klinisk praksis. Det er derfor viktig at utdanningsinstitusjonene fortsetter å ha et økt fokus på anamnesen i fremtiden. Det kan etter endt utdanning være lett å avvike fra anamneserutiner laget av utdanningsinstitusjoner og utvikle egne rutiner. Årsaken kan være et ønske om tidsbesparende praksis og/eller at alvorlig patologi sjeldent forekommer. Andre årsaker kan være at terapeuten selv mener at enkelte spørsmål ikke er velutviklede, og derfor ikke er relevant for pasientens symptomatologi. Det kan tenkes at anamnesen blir ustrukturert og mangelfull noe som kan resultere i at røde flagg overses.

8.3 Sammenligning med eksisterende forskning

I følge Cutler vil 70-90 % av den patoanatomiske diagnosen stilles på bakgrunn av anamnesen. Sandler's studie viser at en komplett diagnose kan stilles i 73-74 % av tilfellene etter en kombinasjon av anamnese og klinisk undersøkelse, mens Bondage i 1986 beregnet det til 90-95 %. Vektingen gjort av Peterson et al. er hypotetisert til å være anamnese 76 %, kliniske undersøkelser 12 % og laboratoriske tester 6 % (1). Funnene i vår studie støtter opp under studiene om at anamnesen er det viktigste verktøyet for å stille en komplett diagnose. Studien er etter vårt kjennskap den eneste som viser hvor viktig anamnesen er sammenlignet med andre diagnostiske undersøkelser.

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) gjennomførte i 2010 en analyse om samlede utgifter til polikliniske radiologitjenester for offentlige og private aktører. Det anslås at utgiftene har steget fra om lag 1,1 mrd. kroner i 2002 til nærmere 1,6 mrd. kroner i 2008 (46). Analysen utført av HELFO viser at dette er svært lite kostnadseffektivt for samfunnet. Kiropraktikkutdannelsen bør derfor vektlegge økt fokus på retningslinjer og anbefalinger vedrørende henvisning til bildediagnostikk. Dersom osteopatene og fysioterapeutene ønsker samme rettigheter bør utdanningsinstitusjonene ta dette til ettertanke.

8.4 Styrker og svakheter

I denne delen av kapittelet har studiets svakheter og styrker blitt diskutert. Oppgaven styrkes ved at tre klinikkere har avgitt detaljerte og utfyllende svar på spørsmål vedrørende problemstillingen. Dette har gitt et bredt og innholdsrikt datamateriale som tillater forfatterne å gå i dybden i temaet. På den andre siden kunne studien med fordel ha bestått av flere deltakere fra hver profesjon og av begge kjønn, i ulike aldre og informanter fra hele landet, for å sikre et mer representativt utvalg. Resultatet kan dermed ikke sies å være representativt og kan derfor ikke generaliseres til populasjonen.

Til tross for at alle informantene oppfylte inklusjonskriteriene, er erfaringen i ettertid at kravet om sammenhengende klinisk erfaring kunne ha vært lengre. Dette kan begrunnes med at spørsmål fire og seks i intervjuguiden angående forekomst av alvorlig patologi, henvisning og eventuelle konsekvenser for pasienten, stiller krav om at terapeutene både alders- og erfaringsmessig har opplevd nok for å kunne analyseres og diskuteres best mulig. Dette er spesielt viktig når det kun er en deltaker fra hver profesjon.

Etter oppfordring fra osteopaten i prøveintervjuet ble et oppfølgingsspørsmål lagt til intervjuguiden. Spørsmålet ble lagt til spesifikt for Kiropraktoren omhandlende henvisning til bildediagnostikk, og var derfor ikke et aktuelt spørsmål å stille i prøveintervjuet. Endringene i intervjuguiden har derfor ikke påvirket validiteten til resultatene. Intervjuet med prøveinformanten var svært nyttig. Et prøveintervju med en informant fra hver profesjon kunne imidlertid ha styrket intervjuguiden og økt mangfoldet i resultatet ytterligere. Forfatterne valgte personlig å være tilstede under intervjuene for å begrense eventuelle feilkilder og dermed opprettholde høy validitet. Det gir også et godt utgangspunkt for god kommunikasjon mellom intervjuer og informant. Forfatterne anvendte båndopptaker under alle intervjuene samt oppfølgings- og bekreftende spørsmål for å optimalisere datasikkerheten.

8.5 Anbefaling for videre forskning

Dersom utvalget hadde bestått av flere deltakere ville det vært interessant å i større grad undersøke likheter og ulikheter blant profesjonene. Man kunne også fått et bedre inntrykk av hvordan kiropraktorer og osteopater på generelt grunnlag praktiserer anamnesen, ettersom de er en liten gruppe i det norske fagmiljøet. Antall fysioterapeuter dominerer blant terapeutene og derfor ville resultatene være vanskeligere å gjøre kategorirepresentative (47). Dersom det ønskes et mer representativt og generaliserbart resultat er en kvantitativ forskning å anbefale.

9.0 Konklusjon

Ulike tilnæringer benyttes på tvers av profesjonene for å avdekke røde flagg under anamnesen. Samtlige terapeuter mener at anamnesen er det viktigste diagnostiske verktøyet, men samtidig er den gjennomsnittlige tidsbruken svært varierende. Fysioterapeuten brukte desidert lengst tid ved enkelte pasientkasuistikker, men var samstundes den eneste terapeuten som aldri har opplevd å overse en alvorlig tilstand som har fått konsekvenser for pasienten i ettertid. Kiropraktoren og Fysioterapeuten bruker begge et skjema med spørsmål som stilles under anamnesen, mens Osteopaten tilpasser spørsmålene individuelt. Til tross for dette kartlegger han røde flagg på lik linje med de andre terapeutene.

Terapeutene uttrykker at det ikke kun er spørsmål angående muskel- og skjelettplager som er viktig for å avdekke røde flagg, men at pasienten også er nødt til å bli tilfredsstillt og evaluert fra et biopsykososialt perspektiv. Spørsmål vedrørende medikamentbruk, familiære disposisjoner og andre kroppssystemer er også viktig for informantene å kartlegge. Dersom usikkerhet vedrørende alvorlig patologi foreligger må Osteopaten og Fysioterapeuten som begge arbeider privat ta i bruk uformelle kanaler, mens Kiropraktoren gjennom formelle kanaler kan henvisne til henholdsvis MR eller samarbeide med annet helsepersonell.

For å få et bedre datainnhold kunne et prosjekt med et større utvalg av informanter blitt benyttet. Metoden som er anvendt kan derimot stimulere til mulige hypotesedannelser og eventuelt vekke interesse hos andre forskere.

Referanseliste

1. Fossum, C. (2014). Klinisk Undersøkelse Thorax. Upublisert manuskript. Høgskolen Kristiania, Oslo.
2. Historikk – Norsk Kiropraktorforening [Internett]. [hentet 2016-01-18]. Tilgjengelig fra: <http://www.kiropraktikk.no/?pageID=17&ItemID=10>
3. Malt, U. Sykehistorie [Internett]. Oslo: SML; [hentet 2016-02-16]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sykehistorie>
4. Underwood F. Lowe R. Buxton S. et al. The Flag System. PP [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-02-16]. Tilgjengelig fra: http://www.physio-pedia.com/The_Flag_System
5. Smeby J. Profesjon og ekspertise s. 1-9 [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-02-26]. Tilgjengelig fra: <http://docplayer.no/6793151-Profesjon-og-ekspertise-1.html>
6. Hva er fysioterapi – utdypet – Norsk Fysioterapeutforbund [Internett]. [hentet 2016-02-26]. Tilgjengelig fra: <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>
7. Hva er osteopati – Norsk Osteopat Forbund [Internett]. [hentet 2016-02-26]. Tilgjengelig fra: <http://www.osteopati.org>
8. Definisjon av kiropraktikk – Norsk Kiropraktorforening [Internett]. [hentet 2016-02-26]. Tilgjengelig fra: <http://www.kiropraktikk.no/?pageID=17&ItemID=4534>
9. Importance of Obtaining a Detailed Medical History in Diagnosing Emphysematous Cystitis – JAOA [elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-08]. Tilgjengelig fra: <http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2093900>
10. Anna von der Lippe. Det kliniske intervjuet Bind II. 2. Utg. Praksis med ulike klientgrupper. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2011. s. 79-83.
11. Douglas G, Nicol F, Robertson C. Macleod's Clinical Examination. 12. Ed. Churchill Livingstone; 2009. s. 2-6.
12. Red flag – The free dictionary [Internett]. [hentet 2016-03-03]. Tilgjengelig fra: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/red+flag>
13. Definition of Risk factor – MedicineNet [Internett]. [hentet 2016-03-03]. Tilgjengelig fra: <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=5377>
14. Gardner A, Gardner E, Morley T. Cauda equina syndrome: a review of the current clinical and medico-legal position [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-03]. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3082683/>
15. Underwood M. Diagnosing Acute Nonspecific Low Back Pain: Time to Lower the Red Flags – Editorial. [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-09]. Tilgjengelig fra:

<http://www.udel.edu/PT/PT%20Clinical%20Services/journalclub/caserounds/10-11/March/Red%20Flag%20in%20LBP.pdf>

16. Ferguson A, Griffin E, Mulcahy C. Patient self-referral to physiotherapy in general practice: A model for the new NHS? *Physiother.* [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-09]. Tilgjengelig fra: [http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(05\)66059-2/abstract](http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(05)66059-2/abstract)
17. Patel AT, Ogle AA. Diagnosis and management of acute low back pain. *Am Fam Phys.* [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-10]. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10750882>
18. Deyo RA, Diehl AK. Cancer as cause of back pain: Frequency, clinical presentation, and diagnostic strategies. *J Gen Intern Med.* [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-10]. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2967893>
19. DiIorio D, Henley E, Doughty A. A survey of primary care physician practice patterns and adherence to acute low back problem guidelines. *Arch Fam Med.* [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-10]. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11115201>
20. Acheson RM, Chan YK, Payne M. New Haven survey of joint diseases: The interrelationships between morning stiffness, nocturnal pain and swelling of the joints. *J Chronic Dis.* [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-12]. Tilgjengelig fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0021968169900496>
21. Bratton RL. Assessment and management of acute low back pain. *Am Fam Phys.* [elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-12]. Tilgjengelig fra: <http://www.aafp.org/afp/1999/1115/p2299.html>
22. Della-Giustina DA. Emergency department evaluation and treatment of back pain. *Emerg Med Clin North Am.* [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-12]. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10584107>
23. Foldes K, Balint P, Gaal M, Buchanan WW, Balint GP. Nocturnal pain correlates with effusions in diseased hip. *J Rheumatol.* [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-14]. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1491397>
24. Hall CM, Thein-Brody L, editors. *Therapeutic Exercise: Moving Toward Function.* 1st ed. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, PA; 1999.
25. Underwood M. Diagnosing Acute Nonspecific Low Back Pain: Time to Lower the Red Flags – Editorial. [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-09]. Tilgjengelig fra: <http://www.udel.edu/PT/PT%20Clinical%20Services/journalclub/caserounds/10-11/March/Red%20Flag%20in%20LBP.pdf>

26. Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, et al. Prevalence of and screening for serious spinal pathology in patients presenting to primary care settings with acute low back pain. *Arthritis Rheum.* [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-09]. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19790051>
27. Grasdal A. Hva er kreft – Kreftforeningen [Internett]. [hentet 2016-03-10]. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
28. Boissonnault WG, editor. *Examination in Physical Therapy Practice: Screening for Medical Disease.* 2nd ed. New York, NY: Churchill Livingstone; 1995.
29. Jonsson B, Stromqvist B. Symptoms and signs in degeneration of the lumbar spine: A prospective, consecutive study of 300 operated patients. [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-11]. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8496204>
30. Siegmeth B, Noyelle RM. Night pain and morning stiffness in osteoarthritis: A crossover study of flurbiprofen and diclofenac sodium. *J Int Med Res.* [Elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-15]. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3044870>
31. Solheim K. Benbrudd [Internett]. Oslo: SML; [hentet 2016-03-12]. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/benbrudd>
32. Sand O, Sjaastad Ø, Haug E, Bjålie J. *Menneskekroppen.* 2. Utg. Fysiologi og anatomi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2012. s. 334
33. Primær peritonitt (bukhinnebetennelse) – Norsk Helseinformatikk [Internett]. [hentet 2016-03-10]. Tilgjengelig fra: <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/kirurgi/bukhinnebetennelse-peritonitt-primer-7328.html?page=2>
34. Kroniske infeksjoner dreper flere enn kreft – forskning.no [elektronisk artikkel]. [hentet 2016-03-11]. Tilgjengelig fra: <http://forskning.no/medisinske-metoder/2011/11/kroniske-infeksjoner-dreper-flere-enn-kreft>
35. Low Back Pain Red Flag – familypractice notebook [Internett]. [hentet 2016-03-17]. Tilgjengelig fra: <http://www.fpnotebook.com/ortho/sx/LwBckPnRdFlg.htm>
36. Cauda Equina and Conus Medullaris Syndromes – Medscape [Internett]. [hentet 2016-03-14]. Tilgjengelig fra: <http://emedicine.medscape.com/article/1148690-overview>
37. Cervical Spondylotic Myelopathy – The Spine Hospital [Internett]. [hentet 2016-03-14]. Tilgjengelig fra: <http://columbiaspine.org/condition/cervical-spondylotic-myelopathy/>
38. Dalen M. *Intervju som forskningsmetode.* 2. Utg. En kvalitativ tilnærming. Universitetsforlaget; 2011. s. 25-102.
39. Mamen A. (2015). *Kvalitativ metode.* Upublisert manuskript. Høgskolen Kristiania, Oslo.

40. Andersen G. Ndla. Kvalitative intervjuundersøkelser [Internett]. [hentet 2016-02-20]. Tilgjengelig fra: <http://ndla.no/nb/node/57095>
41. Lindvåg, D. Hvor mange – og hvor [Internett]. [hentet 2016-02-18]. Tilgjengelig fra: <http://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Hvor-mange-og-hvor>
42. Tidsskrift for Den norske legeforening. Kiropraktorutdanning i Norge nå [Internett]. [hentet 2016-02-18]. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/3153114>
43. Norsk Osteopat Forbund [Internett]. [hentet 2016-02-18]. Tilgjengelig fra: <http://www.osteopati.org/Norsk-Osteopat-Forbund.aspx>
44. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Generelle forskningsetiske retningslinjer [Internett]. [hentet 2016-02-23]. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
45. Klinisk undersøkelse av bevegelsesapparatet [Internett]. [hentet 2016-04-20]. Tilgjengelig fra: https://kliniskundersokelse.portfolio.no/read_container/85348f74-f13d-4ad6-b714-01f3f93b1995
46. Helsebiblioteket. Kostnader og utvikling i bruk av bildediagnostikk [Internett]. [hentet 2016-04-12]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/bilediagnostikk/kostnader-og-utvikling>
47. Kunnskapssenteret. Intervjumetoden som datainnsamlingsmetode [Internett]. [hentet 2016-04-20]. Tilgjengelig fra: <http://kunnskapssenteret.com/intervjumetoden/>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Anamnese

1. Hvor viktig mener du anamnesen er som et diagnostisk verktøy?
2. Hvor lang tid benytter du gjennomsnittlig på utførelsen av anamnesen?
 - Hvorfor ikke lengre/kortere tid
3. Har du faste rutiner ved avdekkelse av røde flagg gjennom anamnesen, i såfall hvilke?

Røde flagg

4. Hvor ofte forekommer det at du avdekker alvorlig patologi gjennom røde flagg og må henvise videre?
5. Manuelle behandlere undersøker oftest muskel og skjelettsystemet, hvordan forsikrer du deg om at andre systemer ikke er involvert? Som for eksempel hjerte- og karsystemet.
6. Har det noen gang hendt at du har oversett en alvorlig tilstand, og fikk det konsekvenser for pasienten senere?
7. F og O: Fysioterapeuter/Osteopater har ikke mulighet til å henvise direkte til bildediagnostikk, føler du dermed at du har ansvar for å utføre enn mer detaljert anamnese?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?

K: Kiropraktorer har muligheten til å henvise direkte til ulike bildediagnostikk, hender det at du henviser selv om det er liten sannsynlighet for alvorlig sykdom, men bare for sikkerhetsskyld?
8. Hvor ofte får du tilbakemelding på at det var en alvorlig tilstand?
9. Med hvor stor sikkerhet mener du at du kan avdekke alvorlig patologi ved bruk av anamnese og røde flagg?

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Våre navn er Eirik Kristiansen og Sanpreet Singh og vi er studenter ved Høyskolen Kristiania. Vi er i startfasen og er på utkikk etter deltakere til vårt kvalitative studie. Dette er en invitasjon til deg om du er interessert i å delta i vårt prosjekt. Problemstillingen er som følger: ”**Hvordan benytter ulike profesjoner anamnesen til å avdekke røde flagg?**”

Dette vil for deg innebære deltakelse i et intervju som vil ha en varighet på inntil 20 minutter. Vi skal intervju en kiropraktor, fysioterapeut og osteopat. Hensikten vil være å øke forståelsen rundt ulikheter blant terapeutene i forhold til utførelsen av en anamnese. Vi er ettergivende med tanke på intervjuets lokalisasjon og tid. Forskningsprosjektet vil finne sted i perioden februar/mars 2016.

Inklusjonskriterier for deltakelse i studie er at det forventes at terapeut har vært medlem av sitt fagforbund i minimum tre år, samt ha minst tre års sammenhengende klinisk erfaring.

Av etiske hensyn er undersøkelsen anonym, og lydfilene vil slettes etter endt studie. Det vil derfor ikke være mulig og bli gjenkjent etter publisering. Dette er en frivillig undersøkelse, og du kan når som helst trekke deg fra studie uten og måtte oppgi begrunnelse. Dersom ytterligere spørsmål skulle oppstå, hører vi gjerne fra deg.

Vennlig hilsen

Eirik Kristiansen
Osteopatistudent ved Høyskolen Kristiania
E-post: eirik1357@gmail.com
Telefon: 975 88 306

Sanpreet Singh
Osteopatistudent ved Høyskolen Kristiania
E-post: sanpreet_93_singh@msn.com
Telefon: 954 70 934

Pål Andre Amundsen
Høyskolelærer
E-post: PalAndre.Amundsen@kristiania.no
Telefon: 945 44 151

Jeg bekrefter herved at jeg har lest forespørselen om deltakelse i studie og samtykker til å delta:

Dato/signatur deltaker:

Det bekreftes herved at informasjon om studie er gitt:

Dato/signatur prosjektleder:

Dato/signatur prosjektleder:
