

Bacheloroppgave

Behandling av benhinnebetennelse

Osteopaters og fysioterapeuters perspektiv

av

Linn Johansen 101656 og Elisabet Kristiansen 101797

VF 201

Osteopati

12234 ord

April 2016 – Høyskolen Kristiania

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

Forord

Oppgaven som følger er en bacheloroppgave utarbeidet av osteopatistudentene Elisabet Kristiansen og Linn Johansen. Oppgaven har fulgt Retningslinjer for oppgaveskriving – Bacheloroppgave, institutt for helsefag, studieåret 2015-2016, utarbeidet av Høyskolen Kristiania (revidert 08.01.16). Vi har under studiene fått inntrykk av at det er mange som sliter med belastningslidelsen benhinnebetennelse. Vi ville derfor undersøke dette nærmere og rette fokuset mot hvordan fysioterapeuter og osteopater behandler pasienter med denne lidelsen ved å sammenlikne disse profesjonene. Deretter ville vi finne ut hvordan terapeutene opplever at pasientene responderer på behandlingen de gir. Arbeidet rundt denne oppgaven har vært utfordrende, spennende og lærerik. Vi har igjennom oppgaven lært mye om benhinnebetennelse som en lidelse og hvordan de to profesjonene går frem for å undersøke og behandle disse pasientene. Dette er noe vi vil ta med oss videre som osteopater. Vi vil takke Martin Engedahl for veiledning gjennom hele prosessen. Vi vil også takke Sigbjørn Hannevik, Marit Hansen og Lars Fredrik Aulie Hestsveen for god hjelp underveis.

Linn Johansen og Elisabet Kristiansen.

Oslo, 29.04.16

Sammendrag

Bakgrunn

Per dags dato finnes det ingen evidensbaserte studier som viser at noen behandlingsformer har god effekt på benhinnebetennelse. Benhinnebetennelse er en av de vanligste kroniske belastningsskadene hos idrettsutøvere. Flere studier konkluderer med at forskning på dette området er viktig for å kartlegge etiologien, før man kan finne ut av hva slags behandling som fungerer. Målet med denne oppgaven var å finne ut hvordan osteopater og fysioterapeuter behandler benhinnebetennelse og hvordan de opplever at pasientene responderer.

Problemstilling

”Hvordan utfører osteopater og fysioterapeuter behandling av benhinnebetennelse og hvordan opplever de at pasienter responderer på behandlingen”.

Metode

I oppgaven benyttes en kvalitativ metode hvor informasjonen blir innhentet i form av semistrukturerte intervjuer. Det ble rekruttert fire informanter, to osteopater og to fysioterapeuter, med erfaring fra klinisk praksis. Intervjuene ble transkribert og deretter analysert og drøftet opp mot annen teori innenfor samme område.

Resultater og konklusjon

Fysioterapeutene og osteopatene har tydelige forskjeller i behandlingsmetoder for benhinnebetennelse. Begge fysioterapeutene bruker ofte trykkbølgebehandling og tilpasset treningsopplegg som behandlingsmetoder, mens osteopatene bruker manuelle osteopatiske teknikker for behandling av lidelsen. Samtlige informanter har inntrykk av at pasientene er fornøyde og opplever smertereduksjon etter behandling. I denne oppgaven ble det kartlagt at informantene har forskjellige oppfatninger av hvilke behandlinger som fungerer i praksis. Resultatene tyder på at vi ikke kan konkludere med hvor vidt noen behandling fungerer bedre enn andre. Det viser seg også at ytterligere forskning på området er nødvendig.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaring.....	3
1.4 Oppgavens oppbygning og avgrensing.....	3
2.0 Teori.....	4
2.1 Benhinnebetennelse	4
2.2 Osteopati.....	6
2.3 Om fysioterapi	7
3.0 Metode	9
3.1 Valg av metode	9
3.2 Kvalitativ tilnærming.....	9
3.3 Rekruttering	10
3.4 Utvalg - Inklusjons og eksklusjonskriterier	11
3.5 Intervjuguide.....	11
3.6 Prøveintervju	12
3.7 Gjennomføring av hovedintervju	12
3.8 Transkribering	14
3.9 Analyse av datamaterialet	14
4.0 Kvalitetssikring.....	15
4.1 Reliabilitet.....	15
4.2 Validitet	16
5.0 Etiske momenter	17
6.0 Resultater	17
6.1 Presentasjon av informanter.....	18
6.2 Erfaring om temaet	19
6.3 Kausalitet.....	20
6.4 Undersøkelse.....	22
6.5 Behandlingsmetoder	23
6.6 Råd og veiledning	25
6.7 Respons på behandling	26
8.0 Diskusjon.....	27
8.1 Drøfting av resultater	27
8.2 Metodekritikk	33
8.3 Oppsummering og veien videre	36
9.0 Konklusjon.....	37

Referanseliste

- Vedlegg 1: Intervjuguide
- Vedlegg 2: Informasjonsskriv
- Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

1.0 Innledning

Temaet i denne bacheloroppgaven er belastningslidelsen benhinnebetennelse, hvor sammenlikning av to profesjoner står i fokus; osteopati og fysioterapi. I denne oppgaven ønsker vi å undersøke hvordan profesjoner som osteopati og fysioterapi går fram for å behandle denne lidelsen og hvordan de opplever at pasientene responderer på gitt behandling.

Etter omfattende litteratursøk viser det seg at det finnes en god del studier om benhinnebetennelse. Det finnes derimot ingen validerte pasient-rapporterte målbare effekter, til tross for at benhinnebetennelse er et hyppig problem blant mennesker som er i mye fysisk aktivitet (1). Siden det ikke finnes noen evidensbasert behandling som fungerer, er dette et tema som både er samfunnsnyttig og interessant å forske mer på (1).

1.1 Bakgrunn

Benhinnebetennelse er en belastningslidelse som forbindes med smerter medialt på leggen ved fysisk aktivitet (1). Dette er en smertefull lidelse som ofte oppstår hos idrettsutøvere og den er heller ikke uvanlig i den militære leiren (2). Hvorfor benhinnebetennelse oppstår er ikke ekspertene helt enige om, men det antas at det blant annet oppstår i forbindelse med plutselig endring i treningsfrekvens og biomekaniske faktorer (2,3).

Det er gjort en rekke studier av benhinnebetennelse, hvorfor det oppstår og hvilke behandlingsmetoder som kan ha effekt (4–8). Behandlingsmetoder som gjentok seg i litteraturen var trykkbølgebehandling, lavenergilaser, pulserende elektromagnetisk feltterapi, kirurgi, kompresjonsstrømper, tilpasset trening med løpeprogram, tøyning og styrkeøvelser og manuell behandling. To av disse studiene kunne ikke konkludere med hvilke behandlinger som viser seg å fungere på benhinnebetennelse(4,8).

Per dags dato er det ingen statistikk over hvor mange som lider av benhinnebetennelse i Norge. Forfatterne av denne bacheloroppgaven utførte derfor en pilotstudie høsten 2015 hvor det ble gjort en spørreundersøkelse blant studenter på Norges Helsehøgskole. Der ble det kartlagt hvor mange som har eller har hatt disse plagene. Resultatene viste at over 50 prosent av de som deltok i studien har slitt med denne belastningsskaden, dette ga mersmak for videre forskning på temaet.

1.2 Problemstilling

Hvordan utfører osteopater og fysioterapeuter behandling av benhinnebetennelse og hvordan opplever de at pasienter responderer på behandlingen?

1.2.1 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Problemstillingen er delt opp i to deler:

Del 1: *"Hvordan utfører osteopater og fysioterapeuter behandling av benhinnebetennelse..."* Med denne delen av problemstillingen ønsker forfatterne å kartlegge hvordan osteopater og fysioterapeuter behandler pasienter med benhinnebetennelse. Under dette punktet vil det være naturlig å trekke frem hvordan terapeutene undersøker pasientene, hvilke teknikker de benytter seg av, hva de tenker om prognosen og hvilke behandlingsmål de setter seg. I tillegg vil det være viktig å undersøke hva de tenker denne lidelsen kommer av og som mest sannsynlig vil påvirke behandlingstilnærmingen.

Del 2: *"...og hvordan opplever de at pasienter responderer på behandlingen?"*

I begrepet oppleve legger forfatterne terapeutenes subjektive erfaring på den effekten de mener å ha på pasientene sine. Med begrepet respondere mener forfatterne om pasientene blir bedre etter behandlingen terapeutene har utført. I denne delen ønsker forfatterne å kartlegge hvilke profesjoner som mener de kan ha en positiv innvirkning på benhinnebetennelse.

1.3 Begrepsavklaring

Benhinnebetennelse: Dette blir beskrevet i kapittel 4.1 Benhinnebetennelse.

Osteopati: Dette blir beskrevet i kapittel 4.2 Osteopati.

Fysioterapi: Dette blir beskrevet i kapittel 4.3 Fysioterapi.

Opplever: *”Opplevelse, innholdet av en persons subjektive erfaring” (9).*

Responderer: *”Respondere, svare”(10).*

1.4 Oppgavens oppbygning og avgrensning

I første del av oppgaven, (kapittel 1) er det beskrevet bakgrunn for valg av tema som omfatter fysioterapeuters og osteopaters behandlingstilnærming av benhinnebetennelse. Etter at problemstillingen og dens avgrensninger er presentert, defineres nøkkelbegrepene som er viktig for forståelse av hva vi ønsker å besvare.

I kapittel 2, (teorikapittelet) er det relevant teori vedrørende benhinnebetennelse som belastningslidelse, samt studier som forsøker å belyse den ukjente etiologien og behandlingsmetoder som er forsket på. Siden oppgaven fokuserer på to profesjoners behandlingstilnærming av benhinnebetennelse, har vi også valgt å ta med teori om fysioterapi og osteopati for å gi et innblikk i profesjonenes ulikheter. Her er det kun gitt beskrivelser av et utvalg teknikker og behandling som er relevant for denne oppgaven.

Kapittel 3 gir en beskrivelse av metoden som er brukt for innhenting av data. Her gis detaljerte beskrivelser av hvordan resultatene innhentes og hva som er viktig å ta stilling til ved et kvalitativt dybdeintervju.

Kapittel 4 og 5 omhandler kvalitetssikring og etiske momenter i forhold til oppgaven, mens det i kapittel 6 gis en presentasjon av informantene som ble intervjuet.

I resultatkapittelet, (kapittel 7) presenteres resultatene og hvordan vi har gått fram for å analysere informasjonen.

Tema for kapittel 8 er diskusjon som omhandler drøfting av resultatene og metodekritikk.

Resultatene ses i lys av relevant teori og drøftes opp mot problemstillingen. Metodekritikken

inneholder en kritisk vurdering av de metodene som er brukt. Vi har drøftet hva som kunne vært gjort annerledes, men også hvorfor metoden anses som god nok for denne oppgaven.

I kapittel 9 fremgår konklusjonen hvor problemstillingen blir besvart.

2.0 Teori

2.1 Benhinnebetennelse

Benhinnebetennelse er en av de mest forekommende kroniske belastningsskadene hos idrettsutøvere. Løpere og atleter som driver mye med hopp, i tillegg til militært personell, er spesielt utsatt (1,2). Tilstanden defineres som en smerte langs den posteromediale kanten av tibia under anstrengelser ved trening, i tillegg til palpasjonssmerter over et område på fem centimeter langs den distale delen av tibia (1). Patofysiologien til benhinnebetennelse er ukjent. Tidligere ble det sett på som periostitt; en inflammasjon i benhinnen, men senere ble det funnet ut at det ikke var inflammasjon til stede (7,11). Tibialis posterior har tidligere blitt ansett som å være årsaken til belastningsskaden. Nyere studier viser at muskler som soleus, tibialis anterior, fleksor digitorum longus og den dype crurale fascien også kan assosieres med symptomene på benhinnebetennelse, på grunn av deres plassering i forhold til tibia (3,12).

I en studie publisert i 2010 ble det forsket på risikofaktorer forbundet med benhinnebetennelse (7). Her var faktorer som nedsatt innad- og utadrotasjon av hofta, dorsal- og plantarfleksjon av ankel og nedsunken naviculare forbundet med skaden. I tillegg ble høy kroppsmasse-indeks (KMI) assosiert med en lengre tilhelingsfase (7). Forskere forbinder også hyperpronasjon som en risikofaktor for benhinnebetennelse (12,13). Det er foreslått andre risikofaktorer som kan resultere i benhinne-problematikk; rask endring i treningsintensitet, sko-type, muskeldysfunksjoner, utmattelse, nedsatt fleksibilitet og strukturelle og biomekaniske faktorer (2,3). Flere studier trekker også frem at risikoen for benhinnebetennelse er størst blant kvinner (6,7).

Benhinnebetennelse er kjent for å være omdiskutert blant terapeuter og det er blandede meninger om hva det egentlig er, hva det kommer av og hva som er riktig navn for denne smertelidelsen. Det finnes lite norsk litteratur på området, men på engelsk varierer det mellom ulike betegnelser hvor medialt tibialt stress syndrom, shin splint, periostitt og medial traksjonsperiostitt er terminologier som gjentas (4,6,12,14). I denne oppgaven har vi valgt å bruke den norske betegnelsen benhinnebetennelse.

I forskjellige forskningsstudier er det beskrevet en rekke behandlingsmetoder, men det er uklart hvilke som er de mest effektive. Det er blant annet undersøkt behandling i form av lavenergilaser, tøyning og styrkeøvelser, kompresjonsstrømper og pulserende elektromagnetisk feltherapi. Disse behandlingsmetodene viste seg å ikke ha effekt på benhinnebetennelse (4). I alvorlige tilfeller hvor pasienter ikke har respondert på annen behandling, har kirurgiske inngrep blitt gjort (6). Det er likevel ikke fastslått at kirurgiske inngrep har vist seg å ha noen effekt. Det nevnes også behandlinger som ising, anti-inflammatoriske medikamenter og biomekaniske faktorer som kan korrigeres med såler, men det er få bevis som støtter disse tiltakene. American College of Sports Medicine anbefaler minst en uke hvile fra aktiviteter som trigger smerten som behandling for benhinnebetennelse (6).

Trykkbølge har også blitt sett på som en potensiell behandlingsmetode for benhinnebetennelse (6). Siden 80-tallet har metoden blitt brukt suksessfullt på andre tilstander som plantar fasciitt, achilles tendinopati, skulder tendinitt og lateral epicondylitt. Det er få studier som sier noe om trykkbølge fungerer mot benhinnebetennelse, men det anses som en trygg og effektiv behandling som er med på å opprettholde en forbedring av tilstanden over tid (6). En studie fra 2012 ble det forsket på to typer behandlingsprotokoller; et løpe-program og trykkbølge (5). Her kom det fram at deltakerne som fikk trykkbølge etter løpeprogrammet hadde signifikant raskere restitusjon. For å fastslå om trykkbølgebehandling alene, eller kombinert med andre typer behandling er effektiv for benhinnebetennelse, må flere forskningsstudier gjennomføres på området (5,6).

I 2013 ble det gjort en oversiktsstudie hvor det ble sett på forskjellige typer behandling av benhinnebetennelse (4). Her ble det konkludert med at det ikke er bevist effekt av noen behandlingsformer, hvor laser, tøyning, styrkeøvelser, kompresjonsstrømper og pulsert

elektromagnetisk felt var metoder som ble nevnt. Mange av studiene de hadde undersøkt var ikke tilstrekkelig fri for metodiske skjevheter og behandlingene kan derfor ikke anbefales. Ising og trykkbølge ble sett på som mest lovende (4). Det ble i 2014 gjort en lignende studie, hvor det ble gjort en kritisk gjennomgang av behandlingsmetoder for benhinnebetennelse (8). Flere typer behandlinger har blitt vurdert; løpe- og treningsprogrammer, trykkbølge og kirurgiske inngrep. Det kan ikke sies med sikkerhet at noen av disse intervensjonene er effektive, men de anser på lik linje som studien over, at trykkbølge er en lovende behandlingsmetode (8).

2.2 Osteopati

Den amerikanske legen Andrew Taylor Still grunnla osteopatien mot slutten av 1800-tallet (15). A. T. Still ønsket å utvikle et nytt behandlingskonsept der han ville fokusere på å normalisere funksjonen i kroppen ved å behandle mennesker med redusert helsetilstand. Det var John Martin Littlejohn som brakte Osteopatien til Europa i 1898. I USA undervises det i osteopatisk medisin i tillegg til et fullverdig medisinstudium, det vil si at alle osteopater i Amerika også er utdannet som leger. I England er osteopati også i primærhelsetjenesten, hvor profesjonen har vært lovregulert som vitenskapelig medisin siden 1993. Osteopater i England har rett til å henvise pasienter samt skrive sykemelding. En liknende ordning har også land som Australia og New Zealand. I Norge betraktes osteopati som alternativ medisin, i motsetning til Amerika, England, Australia og New Zealand, hvor det betraktes som en komplementær behandlingsform til andre behandlinger og medisinske intervensjoner (15).

Osteopati er en helseprofesjon som bygger på naturvitenskaplige og kliniske fag (15). I lys av anatomi og fysiologi ser osteopater på alle aspekter ved kroppen, mer enn kun de områdene pasienten presenterer med symptomer eller smerte. Osteopater ser på hele mennesket og tar til betraktning at alle faktorer kan spille inn på symptom bildet til pasienten. Norsk Osteopatforbund beskriver at osteopatien bygger behandlingen ut i fra fem osteopatiske modeller: Den biomekaniske posturale, (hvorav muskel og skjelett, holdning og biomekanikk), nervesystemet, det metabolske systemet, det respiratoriske og sirkulatoriske system og det biopsykososiale. God funksjon slik at disse systemene kan fungere optimalt sammen er noe osteopater fokuserer på (15).

En osteopatisk behandling består av en grundig undersøkelse og en samtale med pasienten. Her kan det kartlegges eventuelle problemer som kan ha innvirkning på smertebildet og det kan sies noe om hvor fort pasienten blir bra (15). I samarbeid med pasienten vil osteopaten lage en plan for behandlingene, slik at pasienten er oppmerksom på hva han/hun kan forvente seg av terapeuten og hva han/hun må ta ansvar for selv (15).

I dette avsnittet gjøres det rede for et utvalg osteopatiske teknikker. Muscle Energy Technique (MET) er en osteopatisk behandlingsform hvor pasientens muskler er med aktivt under teknikken. Pasienten samarbeider med å aktivere/kontrahere en eller flere muskler, trekke pusten inn eller ut, eller bevege et ben/ledd i en kontrollert spesifikk retning (16). Mekanismen bak teknikken oppfattes å være en re-balansering av signalene til og fra ryggmargen (17).

Counterstrain (CS) er en skånsom behandlingsteknikk hvor pasientene ikke trenger å tilføre noen form for ekstern kraft, annet enn milde posisjoneringer (16). Teknikken er basert på å identifisere tender/triggerpunkter som er assosiert med somatiske dysfunksjoner og posisjonere pasienten for å minske eller fjerne ømheten eller sensitiviseringen på dette området. Balanced Ligamentous Tension (BLT) er i hovedsak en indirekte behandlingsmetode som også kan brukes som en direkte teknikk eller en kombinasjon av begge metodene. Ved å føre leddet i en posisjon mellom den somatiske dysfunksjonen og den normale funksjonelle posisjonen, altså i den retningen med minst motstand, skal kroppen rebalansere bindevevet rundt dysfunksjonen og trekke den tilbake til sin normale fysiologiske funksjon (16). Chila beskriver High Velocity/Low Amplitude (HVLA) som en osteopatisk teknikk hvor man bruker en hurtig kraft av kort varighet for å bryte en restriktiv bevegelses-barriere i ett eller flere plan for å fremkalle frigjørelse i ledd. Dette er også kjent som en "thrust" eller impuls, som mange forbinder med "knekk" eller "pop" (16).

2.3 Om fysioterapi

Historisk sett har fysioterapien sin opprinnelse fra Kina (18). Slik som vi kjenner til fysioterapi i dag, har den sitt opphav i metoder som ble brukt i London i 1896, hvor de mente at tilstrekkelig bevegelse og mobilitet i muskulatur måtte opprettholdes ved å bli massert jevnlig (18). Siden da har fysioterapi stadig blitt utviklet og er i dag en av de mest anerkjente behandlingsformene for plager i muskel- og skjelettsystemet.

I motsetning til osteopati er fysioterapi en autorisert helseprofesjon(19). Fysioterapeuter undersøker, behandler og forebygger skader som kan oppstå i bevegelsesapparatet. Det fysioterapeutiske fagfeltet, som innebærer kropp, bevegelse og funksjon, har sin teoretiske forankring i naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humanistisk kunnskap og bygger på forståelsen i hva som bidrar til smerte, sykdom og funksjonsnedsettelse.

Norsk Fysioterapeutforbund beskriver de mest sentrale elementene i undersøkelses- og vurderingsprosessen som pasientens sykehistorie, kartlegging av hvordan dagliglivets aktiviteter og funksjoner mestres, detaljerte bevegelsesanalyser og spesifikke undersøkelser og tester(19). Her er vurdering av ressurser, begrensninger, mulige sammenhenger, samt pasientens funksjonsproblemer og livssituasjon relevant. Ut i fra dette fastslås det på hvilken måte fysioterapi kan være til hjelp for pasientene.

Behandlingen som fysioterapeuter utfører er både spesifikke teknikker og øvelser, men de bruker også tid på informasjon og veiledning (19). En stor del av behandlingen omfatter også at pasientene selv deltar aktivt, som for eksempel ved tøyingsøvelser som kan utføres hjemme. Et fokusområde for fysioterapeuter er habilitering og rehabilitering. Ofte samarbeides det med annet helsepersonell for å gi hjelp til hvordan pasientene selv, gjennom egen innsats, kan oppnå bedret funksjons- og mestringsevne. Forebygging av fremtidige helseplager er noe som det legges stor vekt på, samt helsefremmede tiltak som kan hindre ledd- og muskelplager hos utsatte grupper, som for eksempel i arbeidslivet(19).

3.0 Metode

Før en skal begynne å jobbe med en oppgave må det bestemmes hvilke metoder som skal benyttes. Metode kommer av det greske ordet methodos, som betyr å følge en bestemt vei mot et mål (20, s.29). I hovedsak går dette ut på hvordan forskere skal gå fram for å innhente informasjon og hvordan denne informasjonen skal bearbeides.

3.1 Valg av metode

I denne delen av oppgaven har vi tatt for oss metodiske tilnærminger som er gjort før og underveis i prosjektet. Fordi det finnes lite foreliggende data om effektive behandlingsmetoder av benhinnebetennelse (8), vil det være interessant å gå ut i felten og utvikle nye data. Spesielt siden osteopatiststudiet har en stigende vekstkurve hvor interessen for faget stadig blir større, på grunnlag av at flere ønsker å utdanne seg som osteopater i Norge (21). Fysioterapi derimot, har vært en anerkjent profesjon i mange år (19).

Metode deles inn i to hovedformer; kvalitativ og kvantitativ. Thagaard beskriver i boken ”Systematikk og innlevelse” at kvalitative metoder vektlegger betydning hvor forskeren går i dybden, mens den kvantitative metoden har utbredelse og antall i fokus. En annen måte å si det på er at den kvalitative metoden baseres på ord, i motsetning til den kvantitative metoden som benytter seg av tall.

3.2 Kvalitativ tilnærming

I dette forskningsprosjektet benyttet vi oss av den kvalitative metoden hvor informasjonen ble innhentet i form av intervjuer. Askheim og Grenness beskriver i boken ”Kvalitative Metoder” at kvalitative forskere er mer opptatt av menneskets tanker og adferd, enn store innsamlinger av data. Det blir mer en måte å beskrive virkeligheten på, ved å finne ut andre menneskers meninger om et tema (22, s.13). Materialet i kvalitative studier kan være informasjon fra intervjuer, observasjoner eller tekst fra dokumenter og bilder som er analysert (23, s.11). Intervju som innsamlingsmetode egner seg godt til å få informasjon om personers egne opplevelser og erfaringer (22, s.12).

3.2.1 Semistrukturert intervju

For å innhente beskrivende og utfyllende informasjon om hvordan terapeutene tilnærmer seg pasienter med benhinnebetennelse, ble det i denne oppgaven gjennomført et kvalitativt, semistrukturert intervju med hver terapeut. Et semistrukturert intervju kjennetegner en samtale hvor forskerne søker en forståelse av intervjupersonenes egne perspektiver i forhold til temaet. Som i andre profesjonelle intervjuer har også det semistrukturerte intervjuet et formål, men spørsmålsstillingen er ikke lukket og nøyaktig formulert som ved et strukturert intervju (23, s.21). Som forberedelse til intervjuene ble det laget en intervjuguide (vedlegg 1); en plan for hvordan intervjuene skulle gjennomføres. Intervjuguiden var et supplement på hvert enkelt intervju slik at gjennomføringen skulle skje på en ryddig måte, samtidig som intervjuformen ga oss muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål ved behov.

3.3 Rekruttering

Rekruttering av deltakere kom tidlig i prosessen. Det ble opprettet en mal som ble sendt på mail til aktuelle fysioterapeuter og osteopater i Oslo og Akershus. Valget med å intervju fysioterapeuter og osteopater ble gjort på grunnlag av at forfatterne hadde et inntrykk om at disse profesjonene behandler tilsynelatende forskjellig. Det mest optimale ville vært å intervju seks deltakere som har yrkeserfaring og som er praktiserende terapeuter i Norge. Tre fra hver profesjon. Forfatterne var klare over at dette kunne bli vanskelig å oppnå og kunne eventuelt se seg fornøyd med fire informanter.

Ved et kvalitativt studie med intervju vil både gjennomføringen og bearbeidingen av data være tidkrevende (24, s.45). På grunnlag av tidsrammen rundt dette prosjektet tok forfatterne til betraktning at utvalgsstørrelsen måtte begrenses til et gjennomførbart antall informanter. Det ble bestemt at fire til seks deltakere med to eller tre terapeuter fra hver profesjon skulle inkluderes.

Av de totalt 35 tilfeldige terapeutene som fikk tilsendt mail, svarte seks terapeuter at de var interesserte, hvorav alle var menn. Valg av deltakere ble gjort på bakgrunn av et bekvemmelighetsutvalg/egnede utvalg, hvor de som var tilgjengelige ble valgt som intervjudeltakere (24, s.45). Intervjutiden ble satt til cirka 30 minutter og det ble avtalt med hver

enkelt deltaker hvor og når intervjuene skulle foregå. Senere i prosessen var det to deltakere som ikke lenger ønsket å delta i prosjektet av ukjent årsak.

3.4 Utvalg - Inklusjons og eksklusjonskriterier

Terapeutene som ble intervjuet er praktiserende osteopater og fysioterapeuter med yrkeserfaring i Norge. For å få et godt datagrunnlag ønsket forfatterne terapeuter som har lang erfaring gjennom mange år i klinisk praksis.

Inklusjonskriteriene for deltakelse i dette prosjektet er:

- Osteopater/fysioterapeuter med godkjent utdanning kun innenfor sin profesjon.
- Medlem av sitt respektive forbund.
- Kvinnelige og mannlige terapeuter i alderen 27-60 år.
- Jobber på klinikk i Oslo eller Akershus.
- Har hatt pasienter med benhinnebetennelse.

Eksklusjonskriteriene for deltakelse i dette prosjektet er:

- Terapeuter som kun jobber teoretisk.
- Terapeuter som kommer rett fra studiet med lite klinisk erfaring.
- For å få mest mulig dagsaktuelle svar som baseres på behandling som er gjort de siste årene ekskluderes også terapeuter som har vært borte mange år fra praktiserende klinisk arbeid.

3.5 Intervjuguide

Intervjuguiden fungerte som et manus som skulle strukturere intervjuforløpet og guide forfatterne til å komme gjennom alle temaene slik at ikke noe ble glemt (25, s.143). Særlig er det påkrevd å opprette en intervjuguide når en utfører semistrukturerte intervjuer (24, s.26). Under arbeidet med intervjuguiden ble det opprettet et forslag til spørsmål og temaer. Det var viktig for forfatterne og lage en god intervjuguide med relevante spørsmål som kunne være med på å besvare problemstillingen i forskingsprosjektet. For å ha en oversikt over emnene ble intervjuguiden delt i

tre faser: Rammesetting, fokusering og tilbakeblikk. Fase en, rammesetting, var mest for forfatterens egen del for ikke å glemme viktig informasjon som skulle gis til informantene. Fase to, fokusering, var en oversikt over temaene og spørsmålene som skulle stilles, hvor det ble inkludert oppfølgingsspørsmål etter behov. Fase tre, tilbakeblikkfasen, ble brukt slik at forfatterne kunne oppsummere informantenes informasjon for å forsikre seg om at de hadde blitt forstått riktig (25, s.143). Intervjuguiden for dette prosjektet er lagt som vedlegg.

3.6 Prøveintervju

Ved et kvalitativt dybdeintervju kan det være fornuftig å gjennomføre et eller flere prøveintervjuer for å teste den utformede intervjuguiden, men også det å føre et intervju (24). (s.30). På grunn av både praktiske årsaker og tid, valgte forfatterne å gjennomføre et prøveintervju på en treårig osteopartistudent. Prøveintervjuinformanten hadde ikke like mye informasjon om temaet som informantene, men dette var en mulighet til å teste intervjuet, se om spørsmålene var forståelige og en øvelse på selve gjennomkjøringen av intervjuet. Rekkefølgen på noen av spørsmålene ble endret for å få et mer sammenhengende intervju. Dette er ofte nødvendig etter et prøveintervju (24, s.31). Et av spørsmålene ble også omformulert, da det ikke kom klart nok fram for prøveintervjuinformanten. Båndopptakeren på iphonen (applikasjonen: taleopptak) fungerte bra, og stemmene var klare og tydelige. Noe som ble observert i etterkant av prøveintervjuet, når lyd kvaliteten på iphonen ble testet, var at mikrofonen nederst på telefonen måtte være vendt i retning mot informantene, da det vil være større sjanse for å høre hva som ble sagt dersom deltakeren skulle si noe uklart. Lyden på iphonen fungerte bra og forfatterne tok derfor valget om å ta denne i bruk under hoved-intervjuene.

3.7 Gjennomføring av hovedintervju

Alle fire hoved-intervjuene foregikk i uke 8, februar 2016, etter avtale via mail med alle informantene. Begge forfatterne deltok under alle intervjuene. For å unngå store ulikheter og eventuelle feilkilder, tok en ansvaret for å stille spørsmålene, mens den andre styrte opptakeren og skrev notater underveis. Som i prøveintervjuet ble applikasjonen ”taleopptak” benyttet. Etter ønske fra deltakerne ble intervjuene gjort på arbeidsplassene deres, slik at de kunne fortsette med jobb da intervjuene var ferdig. En annen fordel med å ha intervjuene på deltakernes egne klinikker er at det er en kjent plass for informantene og trygge omgivelser med lite støy og

forstyrrende momenter. Reiseavstanden til informantene varierte, og den lengste turen var en togtur på 30 minutter for å komme seg til deltakerens klinikk. Forfatterne følte ikke at dette påvirket intervjuene alene eller i forhold til hverandre.

Til å begynne med ga forfatterne en kort introduksjon om temaet og formålet med oppgaven, samt hva som var ønskelig å finne ut av. Deretter startet intervjuene med en uformell samtale for å komme i gang før informantene ble ledet inn på temaet som intervjuet omhandlet. Intervjuene hadde en varighet på cirka 20-30 minutter. Etter endt intervju fikk samtlige informanter en liten oppmerksomhet som takk for at de stilte opp.

3.7.1 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Før gjennomføringen av intervjuene ble det sendt ut et informasjonsskriv til informantene. Her fikk de informasjon om formålet med bacheloroppgaven, problemstillingen og hvordan intervjuene skulle foregå. I tillegg ble det opplyst om at det ville bli brukt båndopptaker og at opptakene kom til å bli fjernet ved endt transkribering. Datamaterialet fra intervjuet ville også bli makulert etter at forfatterne hadde analysert ferdig. Deretter ble det informert om at informantene er anonyme i oppgaven og at de når som helst kunne trekke seg fra oppgaven uten å oppgi grunn (26). Det ble også opplyst om at all personlig informasjon om vedkommende ble behandlet konfidensielt (26, s.101). Før bacheloroppgaven leveres skal delen hvor informantene har uttalt seg sendes til vedkommende for godkjenning hvis ønskelig. Dette gjøres for å unngå misforståelser og for å ta hensyn til informantenes meninger og integritet.

Til slutt fikk informantene kontaktinformasjon slik at de hadde muligheten til å kontakte oss ved eventuelle spørsmål.

I begynnelsen av alle intervjuene ga forfatterne informantene en samtykkeerklæring hvor de signerte på at de hadde mottatt informasjon om oppgaven og at opplysninger om dem selv blir behandlet konfidensielt og anonymisert. Det ble også lagt vekt på at sensitiv informasjon om pasienter blir ivaretatt slik at ikke informasjonen kan spores tilbake til enkeltpersoner.

Samtykkeerklæringsmalen som var vedlagt i ”retningslinjer for oppgaveskriving” ble benyttet og tilpasset oppgaven. I ”*Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*” beskriver Monica Dalen ”informert samtykke” hvor informanten på forhånd skal orienteres om alt som

angår hans eller hennes deltagelse i forskningsprosjektet (24, s.100). Både informasjonsskrivet (vedlegg 2) og samtykkeerklæringen (vedlegg 3) ligger som vedlegg.

3.8 Transkribering

Straks i etterkant av at intervjuene var avsluttet begynte transkriberingen. Transkribering er en måte å gjøre om muntlig tale til skriftlig form (25, s.189). Dette gjøres for å lettere kunne analysere dataen og trekke konklusjoner fra resultatene. I forkant må en bestemme seg for om ord som: "eh", "um" og liknende skal inkluderes. I dette forskningsprosjektet ble slike ord og pauser inkludert i transkriberingen. Dette fordi man i ettertid kunne se om noen av informantene var usikre før de svarte, nølte, og så videre. Forfatterne brukte cirka fem timer per intervju, hvor intervjuene hadde en varighet på cirka 20-30 minutter. En erfaren skribent ville kanskje brukt fem timer på et intervju som varer i en time (25, s.189). Forfatterne byttet på å transkribere. Den ene forfatteren skrev ned ord for ord på datamaskinen, mens den andre styrte opptaket ved å spole og trykke på start og stopp. Noen forskere velger å la andre gjøre denne prosessen for dem. Forskere som transkriberer selv, lærer mye om sin intervjustil og blir bedre kjent med informantens svar og reaksjoner, i tillegg til at det er kostnadsbesparende. Dette er noen av grunnene til at vi i denne oppgaven valgte å transkribere selv. Forfatterne valgte å gjennomføre prosessen sammen for å styrke reliabiliteten, selv om påliteligheten til transkripsjon sjeldent blir nevnt i samfunnsvitenskapelige intervjuer (25, s.189). Dette for å redusere sannsynligheten for å gå glipp av, - eller mistolke viktig informasjon og av respekt for informanten.

3.9 Analyse av datamaterialet

Etter at intervjuene og transkriberingen var ferdig, organiserte vi datamaterialet for å skape oversikt og struktur. Denne prosessen ble delt opp i to faser: kategorisering og binde sammen (22, s.146). Kategorisering fungerer på samme måte som overskriftene i en bok hvor forfatterne gjør det enklere for leseren å forstå hva hver tekstdel handler om (20, s.167). Forfatterne valgte å bruke fargekoding, hvor all transkripsjon av datamaterialet ble skrevet ut og organisert i koder fra intervjuguiden. Hver kode hadde sin individuelle farge. Kodene ble som følger: informantenes erfaring på temaet, undersøkelse og funn, behandling og prognose. Under hver overskrift ble det opprettet underoverskrifter som gjorde det lettere å få med seg viktig data. Ettersom kodene fra intervjuguiden ble benyttet, anvendtes en begrepsstyrt koding; Man bruker koder på grunnlag av

noe man har skrevet eller lest fra før. Den andre metoden som kan benyttes er datastyrt koding hvor en utvikler koder underveis i analysen av materialet (22, s.209). Videre i fase to, binde sammen, ble datamaterialet systematisert ved å sette sammen de forskjellige kodene fra alle intervjuene.

3.9.1 Fremstilling av intervjudata

Det finnes et bredt utvalg av ulike fremstillingsformer (24). I denne oppgaven ble metoden ”tematisering” benyttet. ”Tematisering” er en vanlig metode som blir mye brukt. Her tar en ofte utgangspunkt i de samme temaene fra intervjuguiden, som også kan bli brukt til koder i resultatdelen (24, s.69). Det ble derfor naturlig å benytte de samme temaene også i fremstillingen av intervjudata, for å belyse problemstillingen på best mulig måte.

4.0 Kvalitetssikring

4.1 Reliabilitet

Er resultatene til å stole på? Dette er et vanlig spørsmål å stille seg etter at resultatene er presentert (22, s.22). For å kunne svare på dette må en vite noe om reliabilitet. Et annet ord for reliabilitet er pålitelighet, som ofte handler om graden av reproduserbarhet; har andre forskere mulighet til å gjennomføre et tilsvarende prosjekt og oppnå samme resultat?. Derfor kan man si at reliabilitet er viktig for forskningsresultatenes troverdighet (25, s.250). "En nøyaktig og grundig beskrivelse av de ulike stegene i prosjektet skal kunne gi andre forskere muligheten til å etterprøve et studie" (25, s.251). På bakgrunn av dette har forfatterne valgt å beskrive de ulike prosedyrene nøye, slik at andre potensielle forskere kan gjøre liknende studier med hjelp av vår oppgave.

Et annet grep som ble gjort for å styrke reliabiliteten eller påliteligheten, var å utvikle en semistrukturert intervjuguide som forfatterne benyttet i hvert intervju. Dette for å være sikker på at alle informantene fikk like spørsmål med samme oppfølgingsspørsmål. Hvis ikke informantene

forstod spørsmålet eller svarte lite utfyllende, unngikk forfatterne å lede vedkommende inn på det svaret forfatterne "ville" ha. Istedenfor omformulertes spørsmålet slik at det var lettere å forstå.

Likevel vil krav om reliabilitet til kvalitativ forskning være lite hensiktsmessig, fordi forskere ofte bruker seg selv som "instrument" og derfor vil en annen forsker umulig kunne tolke resultatene på nøyaktig samme måte (20, s.229).

4.2 Validitet

Ved et forskningsstudie tas det stilling til metodens gyldighet, altså om metoden undersøker det den skal undersøke (25, s.250). I boken "Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode" forklares validitet i kvalitative undersøkelser, i hvilken grad forskernes framgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med oppgaven og representerer virkeligheten (20, s.230). I denne oppgaven dreier validiteten seg om metoden faktisk undersøker hvordan fysioterapeuter og osteopater behandler pasienter med benhinnebetennelse og hvordan terapeutene opplever at responsen på behandlingen er.

Ved kvantitative undersøkelser kan man generalisere funn fra et utvalg til en større populasjon. I kvalitative studier er ikke alltid formålet å generalisere resultatene, men heller å overføre kunnskapen man samler inn (20, s.231). På grunn av at informantene i denne oppgaven ble valgt etter tilgjengelighetsprinsippet, kan derfor ikke utvalget generaliseres til å gjelde alle osteopater og fysioterapeuter (25, s.266). Hadde det derimot vært flere informanter ville det vært med på å styrke validiteten av oppgaven. Alle intervjuene ble gjennomført med en intervjuguide for å sørge for at informantene ble stilt de samme spørsmålene, samtidig som de ble tatt opp på båndopptaker slik at viktig informasjon ikke ble borte. Dette mener forfatterne er med på å styrke validiteten til resultatene. Mange av osteopatene som hadde vært lenge i klinisk praksis hadde utdannelse innenfor fysioterapi. Dette kan svekke validiteten i oppgaven fordi det kan være vanskelig å vite om behandlingen terapeutene utfører er et resultat av begge profesjonene eller ikke. Dette ser vi på som en svakhet, til tross for at de utga seg selv for å være rene osteopater.

5.0 Etiske momenter

Ved utførelse av forskningsintervjuer er det spesielle etiske og metodiske utfordringer som kan oppstå (24, s.19). Forfatterne valgte derfor å skrive om relevante etiske problemstillinger som dukket opp underveis i prosessen.

Denne bacheloroppgaven tar for seg osteopater og fysioterapeuter som har direkte tilknytning til pasienter. Sensitiv informasjon om pasienter skulle ikke formidles og direkte kontakt mellom pasient og forfatter skulle ikke forekomme. Det var derfor ikke nødvendig å sende søknad om godkjenning til Regional Etisk Komite (27). Under intervjuet ble terapeutene spurt om type behandlinger som ble gjort på pasienter med symptomer på benhinnebetennelse. Det var da viktig at informantene opprettholdt taushetsplikten (28, s.51) slik at sensitiv informasjon ble ivaretatt og at informasjon ikke kunne bli sporet tilbake til enkeltpersoner.

Et annet etisk hensyn forfatterne tok stilling til var å utlevere et informasjonsskriv (vedlegg 2) og en samtykkeerklæring (vedlegg 3). Her ble det nevnt at datamaterialet ble oppbevart på en iphone 5S hvor maskinen var beskyttet med passord. Det ble også nevnt at alt datamateriale skulle bli makulert.

6.0 Resultater

I dette kapittelet fremstilles resultatene fra intervjuene som er relevante for problemstillingen: *”Hvordan utfører osteopater og fysioterapeuter behandling av benhinnebetennelse og hvordan opplever de at pasienter responderer på behandlingen?”*.

Alle fire informanter er etnisk norske menn i alderen 27-41 år. Det er viktig at det kommer klart frem at Informant 1 og Informant 2 jobber som osteopater mens Informant 3 og Informant 4 jobber som fysioterapeuter. Selv om Informant 1 og Informant 2 også har bakgrunn som fysioterapeuter, har de så godt det lot seg gjøre, besvart spørsmålene som osteopater og ikke fysioterapeuter.

6.1 Presentasjon av informanter

Informant 1 er 41 år gammel og var ferdig utdannet osteopat i 2004. I tillegg har han en utdanning som fysioterapeut som han var ferdig med i 1997. Det vil si at han snart har jobbet som terapeut i underkant av 20 år og har derfor lang erfaring med pasienter. I tillegg til å jobbe på klinikk, underviser Informant 1 i osteopati. Selv om han er utdannet som både fysioterapeut og osteopat forklarer han at han ikke blander mellom profesjonene. Det er rett og slett fordi han tenker på pasientens beste og vil derfor kun bruke osteopati forklarer han. Informant 1 har en god del erfaring på temaet, han har behandlet mange med benhinnebetennelser gjennom årene som terapeut. Han har gjennom et nært samarbeid med både idrettslag, fysioterapeuter, helsestasjoner og leger, fått tilsendt mange pasienter med benhinnebetennelse og innehar derfor en lang kliniske erfaring knyttet til personer med belastningslidelser.

Informant 2 er 45 år gammel og utdannet osteopat, med bakgrunn som fysioterapeut. Han har jobbet 21 år som terapeut og startet sin osteopati-utdanning i Oslo i 1996. Siden osteopati-studiet har han jobbet heltid som osteopat og føler ikke at det er noe problem å skille mellom profesjonene under behandling, selv om noe kan være overlappende. Informant 2 presiserer at han utfører den behandlingen pasienten trenger mest. Det er den osteopatiske tankegangen om at symptomer er noe som oppstår globalt, og ikke noe som behandles lokalt, som gjør at han ser på seg selv som en ren osteopat. I løpet av de siste årene har Informant 2 hatt i gjennomsnitt fem til ti pasienter som har presentert med benhinnebetennelse, men han har tidligere jobbet mer med denne lidelsen gjennom idrettslag.

Informant 3 er 28 år og har en syv års utdanning som fysioterapeut fra Høyskolen i Oslo og fysisk aktivitet- og helserådgiver fra Norges Idrettshøyskole. Han var ferdig med utdannelsen i 2014 og har jobbet som terapeut i snart to år. Han jobber heltid på klinikk, men holder i tillegg foredrag og kurs innen helse og trening. Han forteller at han har fulgt omtrent 20 tilfeller av pasienter med benhinnebetennelse som en naturlig årsak av at han jobber på en idrettsmedisinsk klinikk. Informant 3 forklarer at han samarbeider med Idrettens helsesenter og får tilsendt flere pasienter med idrettsskader, hvorav en del benhinnebetennelse-problematikk. Informant 3 hadde mange tanker rundt behandling av denne belastningslidelsen og hvor tilpasset treningsopplegg ble nevnt som en viktig del av rehabiliteringsfasen.

Informant 4 er 28 år gammel og jobber som fysioterapeut. Han tok utdannelsen sin på Charles University i Tsjekkia i 2009 og har jobbet som terapeut i snart to år. I dag jobber han heltid som fysioterapeut, men jobber også et par timer i uken som personlig trener. Informant 4 forteller at han har fått presentert flere pasienter med symptomer på lidelsen. Som fysioterapeut er han en del av teamet som er medisinsk ansvarlig for et av fjorårets (2015) OBOS-liga lag, og jobber derfor mye med idrettsrelaterte skader. Siden Informant 4 jobber tett med aktive idrettsutøvere forteller han at smertereduksjon er et viktig mål for å returnere de tilbake til idretten.

6.2 Erfaring om temaet

Etter at forfatterne hadde dannet et generelt inntrykk av informantenes kompetanse på området ble de spurt om hvordan de ser på begrepet benhinnebetennelse.

Informant 1 fortalte at definisjonen på benhinnebetennelse er en irritasjon i festepunktene. Som osteopat synes han ikke det er en god nok forklaring. Videre stilte han spørsmålet: *"Hvorfor får man da irritasjon i fasciens feste inn mot benhinnen?"* - Informant 1. Han mente at osteopater er unike med å få effekt på det området, siden de ikke nøyer seg med den definisjonen av patofysiologien. Informant 3 sa som Informant 1 at det er mer en irritasjon, og han la til at det kommer av overbelastning. Informant 4 mente også at det kommer av overbelastning, mens Informant 2 mente at det kommer av en ubalanse i sirkulasjon og drenering av bindevev og muskulatur.

På fagspråket brukes ulike terminologier om benhinnebetennelse. Samtlige av informantene var enige om at det er noe som ikke helt stemmer med terminologien, likevel bruker Informant 1 og Informant 4 ordet benhinnebetennelse til sine pasienter.

Informant 1 ga dette svaret: "... Jeg synes egentlig ikke det er riktig bruk av terminologi. Sånn vi tenker i osteopatien så blir det en feilbelastning av muskulatur som gjør at det blir for mye drag gjennom fascien eller losjen til festet, som gjør at du får en irritasjon som kan føre til mikrotraumer eller nedsatt av sirkulasjon og drenasje."

Han la til at han synes det er greit å bruke betegnelsen benhinnebetennelse til pasienter, fordi det er et enkelt begrep å forholde seg til.

Informant 2 synes like godt det kan hete bindevevsbetennelse. Navnet betydde ikke så mye for han, siden han ser på det mer som en irritasjon enn en betennelse, eller en ”uekte” betennelse. Han kalte det en ”uekte” betennelse fordi man ikke har alle fire tegnene på betennelse: rødhet, varme, smerte og hevelse. Informant 2 var en av de to som ikke bruker ordet benhinnebetennelse til pasientene. Hvis pasienten er diagnostisert med benhinnebetennelse av lege, prøver han å forklare hva det egentlig er som skjer i vevet. Han mente det bare er et navn man har valgt å benytte seg av slik at det blir enklere for terapeutene. Han prøver å komme bort i fra diagnosekriteriene når det gjelder tilstander som ikke er klare patologiske sykdommer eller lidelser. Informant 3 prøver å være litt tilbakeholden med ordet benhinnebetennelse, og vinkler det heller mot en overbelastnings-problematikk.

Informant 4 forklarte at i forhold til litteraturen fysioterapeutene bruker er det en betennelse som skjer. Om det er i benhinnen eller strukturer rundt, var han usikker på. Siden Informant 4 var den eneste som påsto at det faktisk er en betennelse som skjer, spurte forfatterne han om han tenker at en kan ha en slik betennelse over lengre tid, som ved kroniske tilfeller. Da endret Informant 4 sitt tidligere svar til at man ikke kan ha en betennelse over så lang tid, ettersom det da er en annen reaksjon som skjer i vevet. Han avsluttet med å si at det ikke er en betennelse, men at han bruker ordet benhinnebetennelse til sine pasienter fordi alle vet hva det er.

6.3 Kausalitet

Informantene hadde flere tanker om årsaken til hvorfor benhinnebetennelse oppstår. Informant 1 mente at en tydelig posterior vektbering, hvor tibialis anterior anstreges for å ikke øke vekten på hælene førte til for mye drag i fascien. Han la derfor til at han alltid justerer en posterior vektbering som en del av behandlingen. Informant 2 forklarte at årsaken kan ligge i alle områdene som leggene påvirkes av hvor han nevnte både ankel, kne og rygg. I tillegg mente han at det må ligge en ubalanse i grunn, som påvirker det muskeloskeletale systemet, som igjen ville påvirke drenering og sirkulasjon. Han fortalte at han ofte kommer med en annen bemerkelse i arbeidet med sine pasienter:

”En annen årsak kan være i forbindelse med for høyt inntak av sukker. Dette er fordi sukker er betennelsesfremmende og kan føre til en økt syrebalanse i kroppen. I tillegg kan for mye sukker gjøre at man får dårligere immunforsvar i og med at man senker basen i kroppen og betennelsessymptomer vil derfor lettere oppstå.” –Informant 2.

Fysioterapeutene delte de samme tankene om at benhinnebetennelse oppstår i sammenheng med fotstilling og overbelastning over for kort tid. Informant 3 mente at den mest utsatte perioden er i overgangsfasen; pasientene går fra feriemodus til fullt kjøør på idrettsbanen. Informant 4 forklarte at det kan være større sjanse for å utvikle benhinnebetennelse hvis man pronerer eller har roterte leggben, samtidig som man øker belastningen. Han konkluderte med at høy belastning kombinert med ulike feilstillinger var en vanlig årsak.

Videre stilte forfatterne informantene spørsmål om faktorer som vekt, alder, kjønn og treningsmengde kunne ha sammenhenger med smertelidelsen. Her mente samtlige informanter at det var flest ungdommer, gjerne i alderen 12-18 år som presenterte slike smerter. Alle var enige om at håndballspillere var spesielt utsatt og det var stor enighet om årsak. De forklarte på hver sin måte at dette mest sannsynlig var fordi de trente på hardt underlag, fikk mye støt i bena når de finter, løper og hopper hvor kraftutviklingen og kraftoverføringen er stor, som igjen kan føre til overtråkk og andre skader.

I tillegg mente samtlige informanter at det er flest jenter som har denne lidelsen. Osteopatene svarte at treningsmengde var en viktig faktor, men at det måtte ligge en ubalanse i grunn. Informant 2 presiserte: *”I prinsippet kan man begynne å trene masse uten at det skal være et problem, så langt man ikke har noen skader som overtråkk, kneskade eller en feilbelastning i grunn. Man er mye mer sårbar for belastningsskader hvis man har en form for ubalanse i kroppen.”* Informant 3 la til at det ofte var en sammenheng mellom treningsmengde og belastningsslidelsen, men at det var mer knyttet opp til hvordan man trente; om man trente ensformig med lite variasjon. Informant 4 så ofte at det var pasienter som løp og trente mye generelt som hadde disse symptomene.

Osteopatene og den ene fysioterapeuten, Informant 3, var enige om at det ikke er en sammenheng mellom benhinnebetennelse og vekt. *”... man kan være veldig overvektig, men fortsatt ha en mer riktig belastningsfordeling på hæl og forfot og derfor ikke slite med benhinnebetennelse.”* – Informant 1. Informant 4 var den eneste som mente det kunne være en sammenheng mellom vekt og benhinnebetennelse: *”Selv har jeg ikke sett at det er en sammenheng, men hvis man pronerer i utgangspunktet, og får 10-20 kg ekstra oppå proneringen vil det kreve mer stabilisering av muskulatur.”*

6.4 Undersøkelse

Begge osteopatene fortalte at de starter med å undersøke sine pasienter globalt, ved en full osteopatisk undersøkelse, for å få et innblikk i hvor problemet ligger. Dette gjøres i stående, sittende og liggende stilling, for å fastslå om det er tydelig funn i alle plan. Informant 1 forklarte hvordan osteopatene kan gå fram i undersøkelsen. *”Osteopater skiller mellom klinisk og osteopatisk undersøkelse. Ved den kliniske undersøkelsen er det ingen gode undersøkelser som bekrefter eller avkrefter akkurat denne lidelsen, derfor blir palpasjon og funksjonstesting på muskulatur viktig.”* – Informant 1. Informant 2 presiserte at plantarfleksjon og passiv dorsalfleksjon ofte er smertefullt fordi fascien ikke glir optimalt i forhold til hverandre.

Fysioterapeutene forklarte at de først bruker god tid på å prate med pasientene og stille de spørsmål. Deretter gjør de en grundig undersøkelse hvor de prøver å se en sammenheng mellom ankel, kne og hofter. Fysioterapeutene skiller ikke på klinisk og fysioterapeutisk undersøkelse som osteopatene gjør, men det var viktig for fysioterapeutene å få frem at de også ser helhetlig på alle pasienter.

Informantene svarte variert om hvilke symptomer pasienter med benhinnebetennelse presenterer med, og hva de forventer av funn i undersøkelser. Informant 1 fortalte at han forventer å finne noe i rygg, bekken og hofter, samt endringer i subtalar- og talocrural-ledd.

Informant 2 mente å huske at en fellesnevner hos sine pasienter var nedsatt bevegelse mellom fibula og tibia, hvor årsaken kan komme både oven- og nedenifra. Informant 3 ser i mange tilfeller nedsunken fothvelv, mens Informant 4 synes at pronasjon ofte går igjen hos sine pasienter.

Både Informant 2 og Informant 4 mente at symptomer som palpasjonsømheter og klumpefølelse på framsiden av leggen er vanlige i forbindelse med tilstanden. Informant 3 fortalte at ubehag ved løping, hopp tester, samt smerter og nedsatt stabilitet ofte er symptomer som går igjen hos pasienter med benhinnebetennelse.

6.5 Behandlingsmetoder

I denne delen av intervjuet ble informantene spurt om hvordan de gikk fram for å behandle pasienter med benhinnebetennelse, målene og effekten de hadde fått av de type behandlinger som ble brukt. Dette ble gjort for å få innblikk i deres kliniske resonnering rundt benhinneproblematikk.

Fysioterapeutene nevnte at de brukte trykkbølgebehandling, massasjeteknikker og treningsopplegg som pasientene kunne følge på egenhånd, og de var samstemte i at en kombinasjon av ulike typer behandling hadde best effekt. *"En kombinasjonsbehandling, med tilpasset treningsopplegg føler jeg er veldig viktig, hvor trykkbølgebehandling kan ha god effekt"*.

-Informant 3

Informant 1 ønsker å fjerne nærliggende dysfunksjoner i fot og ankel, mens Informant 2 leter etter det han kalte for primære årsaker, altså et område som har mer betydning enn det sekundære. Han mente at det viktigste var å behandle det primære og ha hovedfokus på det han fant. *"Når det er i foten bruker jeg stort sett HVLA behandling, som innebærer kraftigere teknikker. Jeg pleier å kombinere med lettere teknikker for å roe ned etter å ha irritert. Det kan være CS, BLT eller MET"*. - Informant 1. Han fortalte at det var annerledes fra det han lærte på fysioterapiskolen. Der anvendte de mye passiv tøyning av tibialis anterior, noe han var "kronisk" motstander av. Han forklarte det med at man ikke burde bruke harde passive teknikker som tøyning når fascien og beinhinnen er irritert og der man har eventuelle mikrotraumer. Derfor syntes han også at osteopati var en profesjon som egnet bedre til denne belastningslidelsen i forhold til for eksempel fysioterapi. *"Ja, det er nesten stygt å si det, men her vinner osteopatene 100-0"*. - Informant 1

På lik linje med Informant 1 syntes Informant 2 at osteopati er en profesjon som egnet seg godt til denne smertetilstanden. *”Jeg kan manipulere talus, tøyne leggmuskulaturen eller mobilisere calcaneus for å frigjøre subtalar-leddet for å få mer frihet i achillessenen, som kanskje kan avlaste litt av fleksjonen og ekstensjonen. Det er en helhetlig tilnærming som fører til pasientens bedring.”* - Informant 2

Fysioterapeutene svarte at deres mål med behandlingene var mindre smerter, men også total smertefrihet. Informant 2 hadde sammen med Informant 1 også et mål om funksjonsbedring i ankelen. *”Målet er å få en funksjonsbedring veldig raskt”* – Informant 1. Han forklarte at man må være oppmerksom på at det er veldig vanlig å ha smerter i området i en til to uker etter behandling. Dette kom av at festet og utspringet til tibialis anterior nærmet seg og skapte et drag i fascien på grunn av en endring fra posterior til anterior vektbæring.

Informant 3 svarte at målet var å fjerne årsaksforholdene til hva som skapte problemene. Et annet mål var å få trent opp mest mulig for å unngå nye skader eller lignende problemer i fremtiden. Han brukte også mye tid på veiledning for å få de til å forstå viktigheten av å forebygge. *”Hvis man behandler og ikke gjør noe med årsakene, så kommer de tilbake om et halvt år igjen”* - Informant 3

Da det kom til spørsmålet om antall behandlinger, varierte svarene fra tre til ti behandlinger, hvor det viste seg at fysioterapeutene ga flest behandlinger. Informant 3 utfører cirka fem til syv behandlinger per pasient, med tre til fem trykkbølgebehandlinger med en ukes mellomrom. Deretter ble behandlingene gjennomført sjeldnere og pasienten arbeidet mer selvstendig. Informant 4 fortalte at han brukte trykkbølgebehandling fem ganger på sine pasienter, med oppfølging i etterkant og at det da ville være egeninnsatsen som spilte en stor rolle. *”De kan jo gå her så mange ganger de vil, men uten å gjøre noe selv vil det ikke bli noe stor forskjell.”* - Informant 4. Han avsluttet med å si at det ofte var tilstrekkelig med totalt syv behandlinger.

Osteopatene var nokså enstemmig i antall behandlinger de mente var optimalt for sine pasienter. Informant 1 mente at det ikke var så mange behandlinger som skulle til for å få en rask bedring, og for at effekten skulle holde seg, gjennomførtes det alt i fra tre til seks behandlinger, maks en

gang i uken. *”Da forventer jeg at pasienten skal være symptomfri.”* -Informant 1. Informant 2 svarte kort og konsist at han vanligvis ikke behandlet mer enn tre til fem ganger, men la til at antall behandlinger kom an på responsen pasientene hadde på behandlingen han ga.

Informant 2 la til at noe han selv erfarte i tiden han kun jobbet som fysioterapeut var at han måtte behandle alle de timene pasienten hadde fått innvilget i rekvisisjonen, selv om de ikke hadde behov for det. Dette førte til at han fikk mer kritiske tanker rundt profesjonen og måten det var organisert på. *”Vi skal jo bli kvitt pasientene, ikke beholde dem”* – Informant 2. Han understreket at dette ikke var på grunn av fysioterapeuter i seg selv, men rett og slett systemet.

6.6 Råd og veiledning

Ikke all behandling er manuelle teknikker som terapeutene utfører på pasienter. Deler av en behandlingen kan også være i form av kommunikasjon og informasjon som terapeutene gir. En del av intervjuene omhandlet derfor råd og veiledning. Osteopatene og den ene fysioterapeuten, Informant 3, gir sine pasienter råd om å ikke løpe for mye på hardt underlag og heller trene alternativt. Informant 1 utdypet at for mye kraft ikke er bra i lengden. Desto hardere underlag man løper på jo mer kraft må fordeles oppover i leggmuskulatur. Informant 2 la til at terapeutene likevel ikke burde skape et inntrykk hvor pasientene aldri skal gå på hardt underlag. Han mener det skaper frykt i stedet for å skape trygghet.

Fysioterapeutene gir sine pasienter råd om trening og øvelser de kan gjøre på egenhånd for å styrke leggmuskulatur, sammen med utvalgte tøyeteknikker. Begge tenker også at såletilpasning kan være aktuelt. Informant 3 gir også noen pasienter tips om å bruke skumrulle (foam roll). Han trekker også fram viktigheten av gode sko.

Informant 2 forklarte at det er viktig å ikke anbefale såler til alle som har en feilstilling i foten. Han mente at hvis fotbuen er relativt normal i liggende stilling, men ikke i stående vil det si at det er en funksjonell problemstilling og det vil derfor ikke være gunstig med en innleggsåle. Hvis man derimot er tverrplattfot både i liggende og stående stilling kan det være aktuelt.

Informant 1 anbefaler ikke såler til noen av sine pasienter *”Veldig ofte gjør jeg det mye enklere ved å få i gang mobiliteten i subtalar- og talocrural leddene og cuneiforme mediale.”* Han forsvarte utsagnet med at man vil få en mer lik kraftfordeling, slik at kraften fordeles mot stortåen istedenfor lilletåen, som er en mer økonomisk kraftavvikling. Som Informant 3 trekker han også fram at godt skotøy vil være viktig.

6.7 Respons på behandling

Fysioterapeutene svarte at pasientene stort sett responderer bra og at behandlingen har god effekt. Informant 3 la til at det kommer an på utgangspunktet til pasientene. Desto lengre tid betennelsen har sittet, jo lengre tid tar det å bli bra.

Osteopatene opplevde i likhet med fysioterapeutene at pasientene responderer bra etter behandlingene. *”De fleste kjenner nesten bestandig en endring etter førstegangsbehandling”* – Informant 1. Han forklarte at det de først og fremst vil merke er en endring i vektbæringen. Hvis det har vært stivhet i ankelen, som det ofte er, vil man også merke at det området kjennes mye lettere ut etter endt behandling.

8.0 Diskusjon

8.1 Drøfting av resultater

"Den gode oppgaven" beskriver drøfting ved at man belyser et tema ved å sette ulike synspunkter og argumenter fra flere hold opp mot hverandre (29, s.222). Formålet vil gjerne være å nå fram til et nytt synspunkt gjennom kombinasjon og syntese. I dette kapittelet skal vi drøfte informantenes svar og sette det opp mot annen forskning innenfor samme området som vil være relevant for vår problemstilling. For å gjøre resultatene og diskusjonen så oversiktlig som mulig har vi valgt å dele inn i tre ulike temaer; kausalitet basert på egne erfaringer, undersøkelse og behandling. På denne måten forsøker vi å gjøre det mer tydelig for leseren å se hva de ulike informantene mener om temaene.

8.1.1 Kausalitet basert på egne erfaringer

Innledningsvis fikk vi inntrykk av at samtlige informanter hadde en god del kompetanse på området. Det varierte hvor mange pasienter informantene hadde hatt med denne belastningslidelsen, ettersom informantene ikke hadde jobbet som terapeuter like lenge.

Informantene hadde mange tanker og meninger rundt temaet benhinnebetennelse. Samtidig virket det som fysioterapeutene hadde en enklere måte å forholde seg til hva benhinnebetennelse egentlig er og hva som forårsaket lidelsen. I følge Informant 4 så fysioterapeuter på tilstanden som en betennelse. Siden benhinnebetennelse anses som å være en hyppig kronisk belastningslidelse (1), forhørte vi oss om hva slags tanker han hadde i forhold til at en betennelse kunne være så langvarig. Dette virket han funderende over og konkluderte med at det ikke kunne være en betennelse, men heller en irritasjon. Osteopatene nøyde seg ikke med forklaringen om at det er en irritasjon som et resultat av overbelastning. Begge osteopatene trakk inn flere faktorer som sirkulasjon, drenering, vektbæring og kroppslige ubalanser. Hvorfor benhinnebetennelse oppstår, er som nevnt tidligere, omdiskutert i litteraturen (4,6,12,14) . Uenigheten blant informantene med deres ulike tanker om "diagnosen" var derfor ikke uventet.

Samtlige informanter mente at det er noe som ikke stemmer med terminologien. To av informantene bruker ordet benhinnebetennelse til pasientene fremdeles. På engelsk har

betegnelsene ”shin splins” og ”medial tibial stress syndrome” gjentatt seg (4,6,14), mens i Norge har vi oppfattet at navnet benhinnebetennelse benyttes. To av informantene bruker denne terminologien fordi det er et ord pasientene kjenner til og vet hva er.

Osteopatene hadde ulike tanker om årsaken til hvorfor benhinnebetennelse oppstår. Informant 2 opplyste oss, kanskje litt uventet, at en mulig årsak kunne være i forbindelse med for høyt inntak av sukker. Det var vanskelig å finne gode studier som kunne støtte opp under denne påstanden, men vi oppfatter det som en interessant bemerkelse han har gjort i arbeidet med sine pasienter. Informant 1 var spesielt opptatt av posterior vektbering under hele intervjuet, hvor tibialis anterior i stor grad må anstrenge for å forhindre mer vekt på hælene. Han mente at dette var ekstremt viktig å få gjort noe med som en del av behandlingen.

Fysioterapeutene hadde de samme tankene om at benhinnebetennelse oppstår i sammenheng med fotstilling og for stor belastning over for kort tid, en utsatt periode er når pasientene går fra ferie-til treningsmodus. I litteraturen og andre forskningsstudier er etiologien uklar, så det var vanskelig å si om informantenes oppfatninger av hvorfor benhinnebetennelse oppstår stemmer overens med teorien på området. Ut i fra dette antar vi at terapeutene baserer sine tanker om lidelsen fra sin kliniske hverdag med pasienter, i vente på nyere forskning som kan fastslå hvorfor denne leggsmerter faktisk oppstår.

8.1.2 Undersøkelse

Fysioterapeutene og osteopatene går fram på forskjellige måter når de undersøker sine pasienter. I forhold til fysioterapeutene skiller osteopatene mellom en klinisk og en osteopatisk undersøkelse. Det var fremdeles enighet om at det kunne være sammenhenger mellom ankel, kne, bekken og hofte knyttet opp mot leggsmertene. Fysioterapeutene la vekt på at de brukte god tid på å prate med pasientene i forkant av undersøkelsen og det virket som om de ville få frem viktigheten av å se pasienten i sin helhet. Osteopatene la vekt på at de starter med å undersøke sine pasienter globalt i forskjellige posisjoner for å fastslå tydelige funn. Dette tyder på at de valgte å gå bort fra en symptombasert tilnærming, hvor de heller undersøker om andre faktorer kan være med å skape smerten. I teorikapittelet ble det blant annet beskrevet at nedsatt innad- og utadrotasjon av hofte var knyttet til benhinnebetennelse og en global undersøkelse vil derfor være

viktig for å plukke opp disse faktorene i forbindelse behandling av denne lidelsen. For å bekrefte/avkrefte tilstanden nevnte begge palpasjon og funksjonstesting i ankelen som viktige tester. Dette er noe som samsvarer med tidligere studier forbundet med palpasjonsømheter og nedsatt ankelbevegelighet med belastningsskaden (1,3,7).

Tre av informantene har erfart at det er flest jenter som presenterer med benhinnebetennelse. Dette er også beskrevet i andre studier (6,7). Blant annet skriver en studie at jenter har dobbelt så stor sjanse for å utvikle lidelsen, særlig hvis de har en KMI på under 21 (6). Informant 4 mente det var en sammenheng mellom belastningsskaden og høyere vekt. Dette er noe flere andre studier har vært inne på. Det er derimot gjort ulike funn på om det er høy eller lav KMI som assosieres med lidelsen. Høy KMI har eksempelvis vist seg å ha en sammenheng med at det tar lengre tid for å bli kvitt symptomene (7). De tre andre informantene var enige om at vekt ikke hadde betydning for å utvikle benhinnebetennelse. En av osteopaterne forklarte det med at fordelingen av kraft og belastning kunne være riktig selv om personen er overvektig. Gitt ovennevnte vurderinger omkring mulig årsakssammenheng ville det vært interessant å forske på om høy KMI er en potensiell risikofaktor eller om KMI er en faktor som er med på å utsette restitusjonen.

8.1.3 Behandlingstilnærming

Resultatene viser at informantene til en viss grad var enige på området om behandlingstilnærming. Samtlige ønsker å se pasientene i sin helhet, hvor det å se sammenhenger mellom nærliggende strukturer er elementært. Dette er et viktig aspekt ved osteopatien som profesjon (15). Som osteopatistudenter har forfatterne i forkant av prosjektoppgaven oppfattet at fysioterapeuter ikke har et like helhetlig syn på pasientene, som osteopaterne har. Forfatterne har oppfattet at fysioterapeutene fokuserer mer på symptomer der pasientene presenterer med smerte. Forfatterne oppfattet gjennom intervjuene at det var viktig for fysioterapeutene å få frem at de har et helhetlig syn på pasientene og at de jobber for å se sammenhenger og kjeder. Det at forfatterne hadde denne oppfatningen i forkant av oppgaven kan tolkes som en bias; en potensiell feilkilde. En slik oppfatning om fysioterapeuter kan forbindes med stigmatisering, det vil si at enkeltmennesker eller grupper blir stemplet i lang tid, selv etter at forholdene har endret seg (24,

s.19). Forfatterne vurderte i ettertid at det er viktig å ikke forhåndsdomme en terapeut på bakgrunn av fordommer mot en profesjon.

8.1.4 Behandlingsmetoder

Osteopatene beskriver sine fremgangsmåter veldig forskjellig i forhold til fysioterapeutene. Resultatene viser at fysioterapeutene setter opp behandlingene sine ganske likt til sine pasienter med benhinnebetennelse. Begge fysioterapeutene nevnte trykkbølge som en behandling de benytter seg mye av og som de mener har god effekt. Trykkbølgebehandling overfører energi/pulser fra et trykkbølgeapparat til pasientens hud via en "trykkhammer" (30). Deretter spres trykkbølgene til omkringliggende vev som skal behandles, og styrken på pulsene som gis avhenger av pasientens respons på smerte (30).

Det er tidligere forsket på trykkbølge som behandling for benhinnebetennelse med positive resultater, men det er nødvendig med flere studier som kan støtte disse påstandene. Det viste seg også at trykkbølgebehandling er en trygg og effektiv behandlingsform for pasienter med kronisk benhinnebetennelse (5,6). I motsetning til studien fra 2013 som forklarer at man ikke kan konkludere med at trykkbølgebehandling er en effektiv behandlingsform (4). Fysioterapeutene nevnte at i tillegg til trykkbølgebehandling er det viktig med en aktiv tilnærming. Vi tolker en aktiv tilnærming som at pasienten er delaktig i sin egen behandlingsprosess, i form av uttøying og øvelser

Osteopatene benytter seg av manuelle osteopatiske teknikker hvor direkte teknikker som MET, HVLA og mobiliseringer i foten, ofte er kombinert med indirekte teknikker som BLT og CS. Det er lite evidensbasert forskning på osteopatiske teknikker. Det var derfor nødvendig å benytte seg av lærebøker som beskriver hvordan de ulike teknikker kan ha en påvirkning i forhold til antatte virkningsmekanismer. "Greenman's Principles" beskriver at MET er en av de mest verdifulle formene for manuell medisin, fordi det kan oppnås flere effekter av en enkelt prosedyre (31, s.108). I tillegg er det en sikker behandlingsform, fysiologisk og anatomisk. Den beskriver også at indirekte teknikker som BLT og CS er skånsomme behandlingsmetoder (31, s.154).

Virkningsmekanismene bak metodene er å redusere strømmen av abnormale afferente impulser inn til sentralnervesystemet for å oppnå en mer normal funksjon.

Informant 1 forklarte at han ønsker å fjerne dysfunksjoner i fot og ankel. Fra teorikapittelet ser vi blant annet at nedsatt dorsal og plantarfleksjon er forbundet som en mulig risikofaktor for benhinnebetennelse det vil derfor være et viktig område å behandle (7). Informant 2 nevnte en rekke teknikker han bruker i fot/ankel komplekset, som HVLA i talus og mobilisering av calcaneus for å frigjøre subtalar-leddet. Mobilisering med og uten impuls (HVLA) er ifølge "Greenman" verdifulle teknikker som krever nøyaktighet av diagnose og presisjon av terapeuten(31, s.113). En studie fra 2015 konkluderer med at HVLA forbedrer dorsalfleksjon i ankel-leddet (33). Siden hyperpronasjon også sees i sammenheng med benhinnebetennelse, anser vi at disse behandlingsteknikkene kan påvirke fotstillingen på en positiv måte (12,13).

8.1.5 Antall behandlinger

Det fremstod stor uenighet blant profesjonen om antall behandlinger de utfører på sine pasienter, samtidig som det var enighet mellom osteopatene innad, på lik linje som det var enighet mellom fysioterapeutene. I forbindelse med dette spørsmålet kom det også frem noe interessant som informant 2 opplevde da han jobbet som fysioterapeut før han ble osteopat, som gjorde at han begynte å tvile på fysioterapi som profesjon. Han opplevde på det tidspunktet at han var "tvunget" til å behandle et gitt antall ganger, selv om han ikke nødvendigvis følte at det var hensiktsmessig for pasienten. Det var vanskelig å finne studier omkring antall behandlinger som anbefales. Ved å se an progresjonen til pasienten og ikke bestemme et fast antall behandlinger på forhånd, kan virke som en positiv tilnærming.

8.1.6 Råd og veiledning

Deler av en behandlingen kan også være i form av kommunikasjon og informasjon som terapeutene gir. En del av intervjuene omhandlet derfor råd og veiledning. Forfatterne anså dette som fysioterapeutenes "felt" ettersom de har stort fokus på rehabilitering og skadeforebygging (se kapittel 4.3) Dette kan også vurderes som en bias, hvor forfatterne hadde en oppfatning om fysioterapi i forkant av oppgaven. Fysioterapeutene benytter seg av uttøying og styrkeøvelser pasientene skal utføre selv, for å redusere smerter, samt forebygge. Winters konkluderte i deres systematiske oversikt-studie at uttøying og styrkeøvelser ikke viste behandlingseffekt på benhinnebetennelse (4).

Osteopatene og den ene fysioterapeuten, informant 3, gir sine pasienter råd om å ikke løpe for mye på hardt underlag. Likevel la informant 2 til at terapeutene ikke burde skape et inntrykk hvor pasientene aldri skal gå på hardt underlag. Han mente dette kan skape frykt i stedet for å skape trygghet. På den andre siden poengterte en av fysioterapeutene at dette kan være vanskelig for enkelte pasientgrupper, for eksempel håndballspillere, da de ikke kan variere underlaget de trener på.

Fysioterapeutene fortalte at såletilpassing kan være aktuelt for mange pasienter, dette var osteopatene mer skeptiske til. Informant 1 påsto rett og slett at han kan gjøre enklere og mere effektive endringer som mobilisering av ledd. Han la til at godt skotøy selvfølgelig vil være viktig. Informant 2 sa at det er viktig å ikke anbefale innleggsåler til pasienter som har et funksjonelt problem, fordi det ikke vil være til noe hjelp. Et "funksjonelt problem" tolker vi som problemer som blir påvirket av vektbæring. Det var vanskelig å finne studier på om såler kan redusere smertene til pasienter med benhinnebetennelse, men en studie publisert av "Journal of Athletic Training" konkluderer med at ingen evidensbaserte studier støtter opp under forebyggende tiltak på benhinnebetennelse (32). De mener likevel at den mest lovende metoden er bruk av sjokk-absorberende såler. Thacker beskriver i sin studie at før man kan konkludere med gode effektive forebyggende tiltak, må man først forske mer på etiologien til benhinnebetennelse (2). Det hevdes også at gode studier er svært nødvendig for å redusere forekomsten av denne vanlige lidelsen (2).

8.1.7 Forskjeller mellom profesjonene

I og med at informantene på forhånd var klar over at dette var en sammenlikningsstudie, kom man ikke bort i fra diskusjonen av profesjonene opp mot hverandre. Basert på informantenes svar på respons på behandlingen de utfører sitter vi igjen med den oppfatning at osteopatene ser på sin egen profesjon som et tiltak som egner seg godt til denne smertetilstanden. Vi fikk inntrykk av at osteopatene hadde gode tanker om sitt eget yrke gjennom begge intervjuene. Informant 1 mente til og med at de fleste av hans pasienter nesten bestandig kjenner en endring etter første behandling. Han understreket at osteopater er unike med å få effekt på området benhinnebetennelse. I likhet med osteopatene svarte fysioterapeutene at de også opplever at

pasientene responderer bra og at behandlingen har effekt. Likevel fremstod det som at fysioterapeutene hadde en mer objektiv synsvinkel, hvor de fortalte at hvilken profesjon som egner seg best til denne belastningslidelsen avhenger av tilnærmingen fysioterapeuten/osteopaten velger og hva undersøkelsen viser, uavhengig av profesjon.

8.2 Metodekritikk

I problemstillingen fokuserte vi på hvordan terapeutene opplevde at pasientene responderte på behandlingene de hadde gitt. Under optimale omstendigheter ville vi ha intervjuet pasientene for å få et klarere innblikk i hvordan smertereduksjonen var etter endt behandling. En mulig feilkilde ved å intervju terapeutene er at pasientene kanskje ikke er helt ærlige med terapeuten sin og forteller at behandlingen har gjort dem bedre, selv om det ikke stemmer. En annen mulighet er at terapeutene ikke vil tape ansikt og forteller at alle deres pasienter responderer bra på den behandlingen de gir, for å styrke sin egen profesjon eller seg selv som terapeut.

I dette tilfellet lot det seg dessverre ikke gjøre å intervju pasienter av etiske grunner. Likevel fant vi det positivt å intervju terapeuter fordi de kan gi en mye mer detaljert beskrivelse på hvordan behandling de gir, hvor ofte og hvilke teknikker de tror har best effekt.

Det bør nevnes at det finnes en mulig feilkilde ved at intervjuer, forskere og forfattere er osteopapistudenter som intervjuet to osteopater og to fysioterapeuter. Dette kunne potensielt ført til at forfatterne hadde en subjektiv synsvinkel hvor de ønsket at osteopatene skulle fremstilles på en best mulig måte. Dette kalles solidaritetsproblemer, hvor forfatterne har studert noe han eller hun selv blir berørt av. Dette kan utgjøre metodiske problemer under selve intervjuet, ved tolkning og formidling av data. Spesielt vil det være fare for å bli påvirket av solidaritet når man skriver en oppgave basert på dybdeintervjuer, fordi det forutsetter nærhet til informantene. Problemet ligger i hvordan resultatene blir formidlet og derfor hvordan resultatene blir oppfattet av leserne. En mulighet hadde vært å bruke blinding, hvor man hadde fått en ekstern objektiv person som hverken var osteopat eller fysioterapeut til å gjennomføre intervjuene og på denne måten ikke hadde hatt mulighet til å forme oppgaven. Vi ser at dette hadde blitt vanskelig å utføre praktisk i en bacheloroppgave da den eksterne personen ikke har samme forståelse for spørsmålene og ikke ville klart på samme måte å lede informantene inn på relevant tema hvis vedkommende skulle spore av. Et annet alternativ til intervju kunne vært å benytte seg av en

kvantitativ tilnærming i form av spørreskjema. Da kunne man ha brukt statistiske målemetoder for å se om det var statistisk signifikante forskjeller mellom profesjonene.

8.2.1 Diskusjon av utvalg

Basert på inklusjonskriteriene var det ønskelig å intervjuere fysioterapeuter og osteopater som kun er utdannet i sin profesjon, med erfaring i klinisk praksis. Dette viste seg å bli vanskelig å gjennomføre av flere grunner. På grunn av lite tid til å rekruttere informantene og dårlig respons fra terapeuter måtte vi ha med to osteopater som begge har fysioterapibakgrunn. Dette kan være en svakhet til tross for at de så på seg selv som rene osteopater og ikke blandet mellom profesjonene. Likevel mener vi at dette kan ha en innvirkning på resultatene i form av at det kan være vanskelig å skille kunnskap. Osteopatene hadde derimot mange års erfaring i klinikk, noe vi også fikk inntrykk av under intervjuene gjennom den kliniske resonneringen og svarene de gav. Under rekrutteringen var det vanskelig å få tak i fysioterapeuter som ville stille til intervju. Det endte med at vi måtte gjøre et bekvemmelighetsutvalg hvor vi valgte to fysioterapeuter som kun hadde to års praktiserende arbeid i klinikk, noe som kan påvirke resultatene i oppgaven på grunn av deres manglende erfaring. Vi følte likevel at de var engasjert under intervjuene, men at de i forhold til osteopatene virket litt mer usikker i enkelte spørsmål som ble stilt.

En feilkilde det er verdt å nevne er at forfatterne måtte bruke bekjenskaper i rekrutteringen. Det er derfor mulig at kommunikasjonen med den ene informanten vi hadde bekjenskaper med kan ha vært litt bedre og at det ubevist kan ha ført til at han svarte litt annerledes enn de andre siden vi muligens stilte spørsmålene med mindre usikkerhet. Likevel vurderte vi graden av bekjenskap mellom forfatter og en av informantene som ubetydelig og at forholdet mest sannsynlig ikke vil påvirke resultatene i oppgaven.

Etter å ha rekruttert informanter satt vi igjen med to fysioterapeuter og to osteopater. Dette mener vi er en svakhet med oppgaven. Med mer tid til disposisjon hadde det optimale vært å hatt et større antall informanter som potensielt kunne gitt et mer representativt utvalg og et rikere og bredere datainnhold. For å styrke oppgaven ytterligere, kunne et større utvalg informanter gitt en større kjønnsfordeling og man kunne benyttet seg av informanter innenfor et større geografisk område. I rekrutteringen fikk de potensielle informantene informasjon om at intervjuene skulle

vare i en time. Vi oppdaget gjennom bearbeidingen med intervjuguiden at en time ble alt for lenge å ha et intervju og ble endret til 30 minutter. Denne feilinformasjonen mener vi kan ha påvirket terapeutene til å ikke ville delta i oppgaven.

8.2.2 Diskusjon av intervjuteknikk

Vi ser også at det er flere forbedringspotensialer ved gjennomføringen av intervjuene. Vi satt i gang med intervjuer tidlig i prosjektet. På grunn av tidsrammen rundt prosjektet satt vi ikke av mye tid til forberedelse av selve gjennomføringen av intervjuene. Det ble gjennomført et prøveintervju, men det ble ikke satt av tid til å lese nok om intervjuteknikk. Hvis dette hadde blitt utført, kan det potensielt ha gjort at informantene hadde gitt bedre svar rettet mot problemstillingen. Vi opplevde at del to av problemstillingen; respons på behandling, ikke ble besvart godt nok. Her ser vi at det kunne lønnet seg med flere oppfølgingsspørsmål knyttet til dette spørsmålet. Vi burde ikke ha ”godtatt” korte svar som: *”De responderer bra på behandlingen”*. Det var også et annet spørsmål vi burde fulgt bedre opp. For fysioterapeuter er treningsprogram og øvelser en viktig del av behandlingen, vi ser i ettertid at vi burde spurt mer spesifikt om hvilke øvelser de anbefaler til pasientene sine og hvordan denne prosessen foregår. Samtidig ønsket vi ikke å lede informantene på noen måte, men at det heller skulle være helt opp til informantene hva de ville dele av erfaring.

8.2.3 Styrke ved metoden

Ettersom det ble valgt en kvalitativ tilnærming og utført semistrukturerte intervjuer, opplevde vi at vi fikk samlet inn mye datamateriale som inneholdt utfyllende beskrivelser av de ulike temaene som ble belyst. Som det har blitt skrevet om tidligere i oppgaven er det flere ulike teorier omkring årsak til hvorfor lidelsen oppstår og hvilke type behandlingsform som bør benyttes. Forfatterne anså det derfor som en fordel å innhente mest mulig informasjon og slik at man lettere kunne kartlegge hvilke områder det var stor grad av kollektiv enighet.

En annen styrke ved oppgaven er at den går i dybden på temaet, ved dybdeintervjuene har terapeutene svart utfyllende på en rekke spørsmål som er relevant for problemstillingen. Det har blitt nevnt at en svakhet ved oppgaven er at fysioterapeutene har kortere arbeidserfaring enn

osteopatene, samtidig ser vi på dette også som en styrke, ved at utvalget har et større mangfold. I tillegg har informantene ulik alder, noe som også gir et større mangfold.

8.3 Oppsummering og veien videre

Tidligere studier har ikke kunne fastslå effekt av noen behandlingsmetoder for benhinnebetennelse (4,8). Arbeidet med bacheloroppgaven har gitt oss et innblikk i hvordan fysioterapeuter og osteopater undersøker og behandler denne belastningslidelsen. Funnene i undersøkelsen ga oss også noen svar på hvordan de opplever at pasienter responderer på behandlingen. Resultatene kan ikke si noe om effekten av de behandlingene som terapeutene bruker på benhinnebetennelse, men dette var heller ikke formålet med oppgaven. Derimot kan resultatene muligens få frem fysioterapeuters og osteopaters rolle i diagnostisering og behandling av denne lidelsen. Informantene viste god klinisk resonnering rundt tilstanden med forskjellige behandlingstilnæringer rettet mot benhinneproblematikk. Informantene fremstod som selvsikre og hadde tro på at deres behandling kan ha effekt på denne lidelsen.

Studier som dette kan være til hjelp for pasienter. Den kan også ha en innvirkning på motivasjonen til andre terapeuter som kan utvikle et bredere behandlingstilbud på dette område i sine klinikker.

Både osteopatene og fysioterapeutene hadde ulike tanker og kunnskap om benhinnebetennelse, samt forskjellige framgangsmåter å behandle pasientene på. Vi mener et bredere tverrfaglig samarbeid, bør være noe å strekke seg etter for å muligens kunne gi pasienter som sliter med benhinnebetennelse et bedre behandlingstilbud.

Siden det allerede finnes en god del studier om benhinnebetennelse, men ikke nok til å kunne trekke konklusjoner, ville forskning på etiologi og behandlingsmetoder vært spennende. Dette ville bidratt til økt kunnskap på området. Flere evidensbaserte studier kan forhåpentligvis være med på å belyse lidelsen slik at kunnskapsnivået blir høyere.

9.0 Konklusjon

Osteopati og fysioterapi er to forskjellige profesjoner og dette medførte store variasjoner i de foreslåtte behandlingsmetodene som ble innhentet i den kvalitative undersøkelsen. Hensikten med oppgaven var å kartlegge profesjonenes behandlingstilnærminger og hvordan de opplever at pasientene responderer, fremfor å konkludere hvilke behandlingsmetoder som har effekt.

"Hvordan utfører osteopater og fysioterapeuter behandling av benhinnebetennelse?". Basert på informantenes svar sitter vi igjen med en oppfatning av at det er viktig med en kombinasjon av aktiv og passiv tilnærming. Fysioterapeutene bruker trykkbølgebehandling kombinert med tilpasset treningsprogram. Osteopatene benytter seg av osteopatiske teknikker som mobilisering med og uten impuls, MET, CS og BLT. Med disse metodene behandler de dysfunksjoner i ankel, fot og nærliggende strukturer som kan være opprettholdende for pasientens plager. De fokuserer på å ha en global behandlingstilnærming.

Samtlige informanter har en felles forståelse om at redusert belastning i form av aktivitet og trening er viktig som en del av behandlingen. Det var likevel ulike meninger om tiltak for å bli symptomfri. I motsetning til osteopatene anbefaler fysioterapeutene blant annet såler til sine pasienter. Før det kan sies noe om hvorvidt disse metodene er effektive tiltak mot benhinnebetennelse, må det forskes mer på etiologien og slik at man får en forståelse av hvorfor lidelsen oppstår.

"...Og hvordan opplever de at pasienter responderer på behandlingen?" Det kan virke som at osteopatene ser på sin egen profesjon som et tiltak som egner seg godt til denne smertetilstanden. Fysioterapeutene opplever at pasientene responderer bra og at behandlingen de gir har effekt på pasientene.

Mer forskning på området er nødvendig for å trekke ytterligere konklusjoner.

Referanseliste

1. British Journal of Sports Medicine. The medial tibial stress syndrome score: a new patient-reported outcome measure. *Br J Sports Med* doi:10.1136/bjsports-2015-095060 [Internet]. [cited 2016 Feb 18]; Available from: <http://bjsm.bmj.com/content/early/2015/10/28/bjsports-2015-095060.full>
2. Thacker SB, Gilchrist J, Stroup DF, Kimsey CD. The prevention of shin splints in sports: a systematic review of literature. *Med Sci Sports Exerc* [Internet]. 2008 [cited 2016 Feb 9]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2386425/>
3. Bennett J, Reinking MF. Factors Contributing to the Development of Medial Tibial Stress Syndrome in High School Runners. *J Orthop Sports Phys Ther* [Internet]. 2001; Available from: <http://www.jospt.org/doi/pdf/10.2519/jospt.2001.31.9.504>
4. Marinus Winters, Michel Eskes. Treatment of Medial Tibial Stress Syndrome: A Systematic Review. 2013 [cited 2016 Apr 11]; Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=13ff3684-8609-4937-8c0d-197168ae4369@sessionmgr4001&hid=4212>
5. Moen MH, Rayer S, M S. Shockwave treatment for medial tibial stress syndrome in athletes; a prospective controlled study. 2012 [cited 2016 Apr 11]; Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=62abcea3-7516-43a2-89e3-b20c4fa26c14@sessionmgr113&hid=128>
6. D. Rompe J, Angelo Cacchio M. Low-Energy Extracorporeal Shock Wave Therapy as a Treatment for Medial Tibial Stress Syndrome - *Am J Sports Med*. 2010 Jan [cited 2016 Apr 11]; Available from: <http://ajs.sagepub.com/content/38/1/125.full.pdf+html>
7. Moen M., Bongers T. Risk factors and prognostic indicators for medial tibial stress syndrome. *Scand J Med Sci Sports* [Internet]. 2012; Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=eba1db64-fa99-4cf1-b063-38333b5d251f@sessionmgr4002&hid=4212>
8. Winters K, Kostishak N. Treatment of Medial Tibial Stress Syndrome: A Critical Review. 2014 [cited 2016 Apr 18]; Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=40dfa10e-5188-454a-a5ea-509140f3fec5@sessionmgr4005&hid=4206>

9. Store Norske Leksikon - Opplevelse [Internet]. snl.no. [cited 2016 Feb 10]. Available from: <https://snl.no/opplevelse>
10. Store Norske Leksikon - Responderer [Internet]. Store Norske Leksikon. [cited 2016 Feb 10]. Available from: <https://snl.no/responderer>
11. Store Medisinske Leksikon - Periostitt [Internet]. sml.no. [cited 2016 Apr 28]. Available from: <https://sml.snl.no/periostitt>
12. Rachel Biber Brewer, Andrew J. M. Gregory. Chronic Lower Leg Pain in Athletes A Guide for the Differential Diagnosis, Evaluation, and Treatment. 2012; Available from: <http://sph.sagepub.com/content/4/2/121.full>
13. Elias J. Case Study: Medial Tibial Stress Syndrome. 2012 [cited 2016 Apr 11]; Available from: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=eba1db64-fa99-4cf1-b063-38333b5d251f@sessionmgr4002&vid=4&hid=4212>
14. Tyrrell Burrus M, Werner BC. Chronic Leg Pain in Athletes. Am J Sports Med [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 11]; Available from: <http://ajs.sagepub.com/content/43/6/1538.full.pdf+html>
15. Hva er Osteopati [Internet]. Norsk Osteopatforbund. [cited 2016 Feb 10]. Available from: <http://www.osteopati.org/>
16. Chila AGC, Carreiro JE. Foundations of Osteopathic Medicine. Third Edition. 2010. 1131 p.
17. Hartman L. Handbook of Osteopathic Technique. Third Edition. Chapman & Hall; 1997. 280 p.
18. Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund [Internet]. Fysioterapeuters forbund. Available from: <http://fysioterapi.org/>
19. Hva er fysioterapi [Internet]. Norsk Fysioterapeutforbund. [cited 2016 Feb 10]. Available from: <https://fysio.no/>
20. Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L. Introduksjon til Samfunnsvitenskaplig metode. 4. Utgave. Abstrakt forlag AS;
21. My News Desk Høyskolen Kristiania [Internet]. mynewsdesk. [cited 2016 Apr 22]. Available from: <http://www.mynewsdesk.com/no/campus-kristiania/pressreleases/rekordmange-soekere-1149762>
22. Askeheim OGA, Grenness T. Kvalitative Metoder - For markedsføring og

organisasjonsfag. Universitetsforlaget; 2008. 189 p.

23. Thagaard T. Systematikk og innlevelse En innføring i kvalitativ metode. Polen: Fagbokforlaget; 1998. 121 p.
24. Monica Dalen. Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming. 1st ed. Universitetsforlaget;
25. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utgave. Otta: Gyldendal Norsk forlag AS; 2009. 296 p.
26. NESH [Internet]. Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humaniora. Den nasjonale forskningsetiske komitè for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). 2006 [cited 2016 Apr 5]. Available from:
<https://www.etikkom.no/Sok/?q=informert%20samtykke>
27. REK - Regionale Komiteer For medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk [Internet]. REK - Regionale Komiteer For medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk. [cited 2016 Apr 4]. Available from: https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?_ikbLanguageCode=n
28. Åge Wifstad. Helsefagenes Etikk - En innføring. 1st ed. Universitetsforlaget; 2013. 150 p.
29. Reinecker L, Jørgensen PS. Den Gode Oppgaven. 2nd ed. Fagbokforlaget; 2013. 310 p.
30. Lohrer H, Schöll J, Arentz S. Achillodynia and Patellar Tendinopathy. Results of Radial Schockwave Therapy in Patients with Unsuccessfully Treated Tendinoses. Ergomove [Internet]. [cited 2016 Apr 22]; Available from:
http://www.ergomove.no/pdfs/achillodynia_and_patellar_tendinopathy.pdf
31. DeStefano L. Greenman's Principles Of Manual Medicine. Fourt. Edition. 2011.
32. Craig DI. Medial Tibial Stress Syndrom: Evidence-Based Prevention. J Athl Train [Internet]. 2008 [cited 2016 Apr 20]; Available from:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8497ebc7-80e5-4665-b931-3ab37af76fe3%40sessionmgr115&vid=4&hid=124>
33. Journal of Orthopaedic Surgery: Forefoot flexibility. [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 20]; Available from: <http://www.josonline.org/pdf/v23i3p357.pdf>

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide

Fase 1: Rammesetting

1. Løs prat: uformell prat, «smalltalk»
"Takk for at du kunne stille til dette intervjuet"
2. Informasjon:
 - Informerer informant om prosjektet; bakgrunnen for temaet og formålet med oppgaven.
 - Problemstilling: Hvordan utfører osteopater og fysioterapeuter behandling av benhinnebetennelse og hvordan opplever de at pasienter responderer på behandlingen?
 - Det er viktig at vi ikke får noen sensitiv informasjon om pasienten.
 - Taushetsplikt
 - Anonymitet
 - Skrive under på samtykkeskjema
 - Informasjon om at samtalen tas opp på lydopptaker, og ber om samtykke til å gjøre dette.
 - Spør informanten om han/hun har spørsmål før vi starter.
 - For osteopater med fysioterapiutdanning: Prøv å svar som osteopat.
 - Start opptak.

Fase 2: Fokusering

Faktaopplysninger

- Hvilket år er du født?
- Hvor lenge har du jobbet som terapeut?
- Når og hvor tok du utdannelsen din?
- Har du noen annen jobb ved siden av denne jobben?
 - Heltid/deltid
- Til osteopatene: Du er utdannet som fysioterapeut og osteopat, klarer du å skille mellom når du behandler som den ene terapeuten og den andre?

Erfaring på temaet

- Hva slags erfaring har du med temaet, benhinnebetennelse?
- Hva mener du benhinnebetennelse er?
 - Mener du benhinnebetennelse er riktig bruk av terminologi?
 - Hvis du ikke bruker benhinnebetennelse, hvilket ord bruker du da og hvorfor?
- Hva tenker du er grunnen til at man får benhinnebetennelse?
- Har du hatt noen pasienter som har presentert med symptomer på benhinnebetennelse?
- Hva er de vanligste symptomene på benhinnebetennelse?
- Er det noe som kjennetegner de som sliter med slike plager? Kjønn, alder, idrett osv.
 - Føler du det er noen sammenheng mellom treningsmengde og denne typen belastningsskade? (Type, metode, belastning).
 - Føler du det er noe sammenheng mellom vekt og denne belastningsskaden?

Undersøkelse

- Hvordan går du frem for å undersøke disse pasientene?
- Hva forventer du av funn i undersøkelsene (Klinisk/osteopatisk/fysioterapeutisk)?
 - Ser du noen felles funn som går igjen hos flere?
- Hvordan tolker du de funnene? (For eksempel en feilstilling i benet eller en dysfunksjon).

Behandling

- Hvordan går du frem for å behandle denne/disse pasientene?
 - Hva var målene dine når du starter behandlingene?- kortsiktig langsiktig virkning?
- Cirka hvor mange ganger behandler du pasienten(e)?
- Hvilke typer behandlinger som fysioterapeut/osteopat mener du har best effekt på pasienter med benhinnebetennelse?
- Hvilken form for osteopatiske/fysioterapeutiske tilnærming(er) mener du har best effekt på pasienter med benhinnebetennelse?
 - Tilnærming: minimalistisk, maksimalistisk, symptombasert - lokale regioner.
- Er det andre ting du mener kan hjelpe pasienter med benhinnebetennelse enn behandling? Kompresjonsstrømper, sko, løpe underlag og så videre.
 - Ga du pasienten(e) noen andre råd og tips som hun/han kan gjøre selv?
- Hvordan opplevde du at pasientene responderer på behandlingen?
 - Ble pasienten bedre?

Prognose

- Hva fortalte du pasienten(e) om prognosen?
- Hva er dine egne tanker om prognosen?
 - Sier du dette til pasienten?

Fase 3 Tilbakeblikk

- Oppsummering: oppsummere funn
- Har jeg forstått deg riktig?
- Er det noe du vil legge til?
- Vil du at vi skal sende deg det i oppgaven du har deltatt i, før vi leverer oppgaven?

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Behandling av benhinnebetennelse – Osteopaters og fysioterapeuters perspektiv

Vi er to osteopatistudenter ved Høyskolen Kristiania i Oslo som er i gang med en bacheloroppgave som omhandler belastningslidelsen benhinnebetennelse. Målet med oppgaven er å finne ut hvordan osteopater og fysioterapeuter går frem for å hjelpe pasienter som presenterer med dette i klinikk. Problemstillingen vår er som følger: *”Hvordan utfører osteopater og fysioterapeuter behandling av benhinnebetennelse og hvordan opplever de at pasienter responderer på behandlingen?”*

Prosjektet innebærer å delta på et intervju med en varighet på cirka 30 minutter. Vi skal intervju seks osteopater og fysioterapeuter, tre fra hver profesjon. Hensikten er å kartlegge forskjeller mellom profesjonene i forhold til behandling og tanker rundt denne mye omtalte smertelidelsen.

Spørsmålene vil gå ut på dine erfaringer og opplevelser rundt dette temaet. All informasjon fra intervjuet vil bli anonymisert slik at du ikke blir gjenkjent. Opplysninger som omhandler navn, kjønn, alder og bosted vil bli fjernet. Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker og deretter transkribert. Opptakene slettes etter at studien er gjennomført. Før intervjuet starter gjøres en samtykkeerklæring hvor begge parter signerer.

Som frivillig med på studien vil vi opplyse om at du når som helst kan trekke ditt samtykke til å være med uten å oppgi noen grunn. Vi håper likevel at du ønsker å bidra i vår bacheloroppgave. Hvis du har noen spørsmål angående undersøkelsen eller publisering av resultater, er det bare å kontakte en av oss på mail eller telefon.

Med vennlig hilsen

Linn Johansen

Osteopatistudent

Tlf: 93408689

E-post: linn.johansen@live.no

Elisabet Kristiansen

Osteopatistudent

Tlf: 90500860

E-post: elikri@hotmail.no

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring



SAMTYKKEERKLÆRING

Bacheloroppgavens tittel: _____

Student(er): _____

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet om formålet med bacheloroppgaven. Jeg er også gjort kjent med at opplysninger om meg vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert, slik at det ikke kan etterspores. Jeg er videre kjent med at den ferdige, beståtte bacheloroppgaven i fremtiden kan bli gjort tilgjengelig for studenter i Høyskolen Kristianas bibliotek.

Jeg samtykker i å delta som intervjuobjekt i prosjektet. Jeg er gjort kjent med at jeg når som helst kan trekke meg fra å delta, uten å måtte oppgi noen grunn til det.

Det er viktig at jeg som intervjuobjekt opprettholder taushetsplikten, slik at sensitiv informasjon blir ivaretatt og at informasjonen vi får ikke kan bli sporet tilbake til enkeltpersonen.

Navn: _____

Sted: _____

Dato: _____

Signatur: _____