

Bacheloroppgave

Osteopatisk behandling av psykisk utviklingshemmede

av

101698
101701
29.04.16



VF200 - Bacheloroppgave
Bachelor i osteopati

10 944 ord
April 2016

Høgskolen Kristiania

FORORD

Denne bacheloroppgaven er et av de siste leddene i vår fullførelse av en bachelorgrad i Osteopati ved Høyskolen Kristiania. Arbeidet med oppgaven har underveis vekket et stort personlig engasjement og det har vært en svært spennende prosess. I overgangen fra studiehverdagen til arbeidslivet tar vi med oss ny kunnskap og erfaring, og som kommende osteopater stiller vi med åpent sinn for alle pasienter vi måtte møte på vår vei. Det har vært lærerikt, nyttig og til tider utfordrende å skrive denne oppgaven. Vitenskapelige metoder er brukt i utformingen og i arbeidet, og oppgaven har vært rettet mot vårt yrke, Osteopati.

Det rettes en stor takk til vår veileder Christian Fossum for god hjelp fra start til slutt og inspirerende samtaler samt konstruktive tilbakemeldinger. Vi ønsker også å takke osteopatene som tok seg tid til å dele sin erfaring og kunnskap med oss, og dermed gjorde gjennomførelsen av denne bacheloroppgaven mulig.

Innholdsfortegnelse

1 Sammendrag	4
2 Innledning	4
2.1 Bakgrunn og presentasjon for valg av tema	4
2.2 Nyttighet knyttet til denne studien	5
2.3 Teoretisk forankring	5
2.3.1 Psykisk utviklingshemming	5
2.3.2 Osteopatisk filosofi	7
2.3.3 Osteopatiske modeller	7
2.3.4 Osteopatiske tilnærminger	8
2.3.5 Osteopatiske prinsipper som kliniske retningslinjer	9
2.4 Problemstilling	9
2.4.1 Presisering av problemstilling	9
2.5 Begrepsavklaring	9
2.5.1 Psykisk utviklingshemmet	9
2.5.2 Erfaring	9
2.5.3 Osteopati	10
3 Metode	10
3.1 Kvalitativ metode	10
3.2 Pilotstudie	10
3.3 Fremgangsmåte	10
3.4 Utvalg	11
3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
3.6 Gjennomføring av intervju	12
3.6.1 Intervjuguide	13
3.7 Analyse og tolkning av data	15
3.8 Studiens kvalitet	17
3.8.1 Validitet	17
3.8.2 Reliabilitet	17
3.8.3 Representativitet	18
3.8.4 Intervjuereffekten	18
3.9 Etikk	18
3.9.1 Etske retningslinjer	18
3.9.2 Kommentarer til de etiske retningslinjene	19
4 Resultater og diskusjon	19
4.1 Intervjuobjektets bakgrunn	19
4.2 Pasientgruppen	20
4.3 Behandlingstilnærming	22
4.4 Kommunikasjon	25
4.0.1 Svakheter ved studien	27
5 Konklusjon	27
6 Referanseliste	28
7 Vedlegg	30
	31

1 Sammendrag

Denne bacheloroppgaven vil omhandle osteopatisk behandling av psykisk utviklingshemmede. Bakgrunnen for valg av tema er personlige erfaringer med denne pasientgruppen og genuin interesse for arbeid med dem. I oppgaven har det nærmere blitt undersøkt hvilke erfaringer osteopater har gjort seg med behandling av denne pasientgruppen. Problemstillingen er derfor som følgende: *"Hvilke erfaringer har osteopater med behandling av psykisk utviklingshemmede?"*

For å kunne besvare problemstillingen var det nødvendig å innhente informasjon fra osteopater og tydeliggjøre hvilken informasjon vi var ute etter. Med erfaring menes det osteopatenes opplevelser og kunnskap fra behandling med psykisk utviklingshemmede. I intervjuene ble det spurt om elementer som osteopatens bakgrunn, typiske plager hos denne pasientgruppen, behandlingstilnærming og kommunikasjon.

Besvarelsen av problemstillingen har fremkommet ved å foreta dybdeintervjuer med osteopater. Dette er en kvalitativ metode som fokuserer på beskrivelsen av de ulike elementene fra behandling og tilnærming til disse pasientene. Intervjuobjektene ble kontaktet personlig og via epost. I denne oppgaven er det to intervjuobjekter, hvorav et ble intervjuet ved personlig oppmøte og det andre intervjuobjektet ble intervjuet ved bruk av Skype.

I analysen av resultatene kom det frem at intervjuobjektene til dels hadde lik utdanning og flere like opplevelser og erfaringer med psykisk utviklingshemmede. Typiske plager som denne pasientgruppen ofte presenterte med var muskel- og skjelettplager, viscerale plager og i stor grad spastisitet. Kommunikasjon var ofte en utfordring, men ved bruk av kreative tilnærminger var det allikevel mulig å gjennomføre gode behandlinger. Det ble vektlagt av intervjuobjektene at man som terapeut må være åpen for utfordringer og våge å behandle plager man antar at osteopatisk behandling kan ha en god effekt på.

Vår konklusjon etter arbeidet med denne bacheloroppgaven er først og fremst at det ikke nødvendigvis er markante og store forskjeller i behandlingen av denne pasientgruppen sammenlignet med andre. Det kom frem at mange av osteopatiens teknikker egner seg og blir godt tatt i mot av denne pasientgruppen. Effekten av behandling oppleves å være god og pasientene liker svært godt å komme tilbake til ny konsultasjon.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn og presentasjon for valg av tema

I vår bacheloroppgave valgte vi å skrive om osteopatisk behandling av psykisk utviklingshemmede. Grunnen til at vi valgte dette temaet er personlige erfaringer med psykisk utviklingshemmede og at vi fra vårt ståsted har observert at det er flere individer i denne pasientgruppen som har eller kan ha plager i muskel-skjelettsystemet. Vi har bemerket oss at det er få som mottar behandling for plagene de ser ut til å ha.

Det var i utgangspunktet selve behandlingen av denne pasientgruppen som vekket vår interesse. Det har vært nysgjerrighet rundt behandlingen av psykisk utviklingshemmede kontra andre pasientgrupper, spesielt da med tanke på utfordringer som kommunikasjon og hvordan man kan behandle pasientene. Vi antok på forhånd at kommunikasjon kunne være utfordrende i mange tilfeller da noen ikke har et tilstrekkelig godt nok utviklet språk. Det var av interesse å se nærmere på hvilke teknikker som blir mest brukt og hvordan pasientene

responderer på behandling. Det er ikke uten relevans å legge til at individene i denne pasientgruppen kan være ute av stand til uttrykke symptomer eller smerte, og at det har vært et viktig moment i forarbeidet vårt(1).

I oppstartsfasen forventet vi å måtte bruke mye tid på å finne gode og relevante artikler. Det har kommet frem ved noen enkle søk før oppstarten med denne bacheloroppgaven at det har vært gjort få lignende studier. Dette har derimot ikke vært en begrensning for dette arbeidet, men snarere en motivasjon for å rette oppmerksomhet mot psykisk utviklingshemmede og hvordan de kan inkluderes i osteopatisk arbeid.

2.2 Nyttighet knyttet til denne studien

Det er ikke nødvendigvis slik at pasientgruppen i denne studien vil kunne dra direkte nytte av resultatene fra studien. Hvordan man skal behandle og håndheve rettigheter for sårbare grupper innen forskning omtales i Helsinkideklarasjonen (2). Helsinkideklarasjonen omtaler at det er uetisk å inkludere ”Befolkninger eller samfunn som ikke vil dra direkte fordeler av deltagelse i forskning”. Med denne studien er det ønskelig at det blir rettet et større fokus mot psykisk utviklingshemmede og deres helse, og ikke minst hvordan man kan bidra til at livskvaliteten bedres. Et annet ønske er at flere skal våge å behandle og bli inspirert til å inkludere osteopatisk behandling i helsetiltakene for denne pasientgruppen.

2.3 Teoretisk forankring

2.3.1 Psykisk utviklingshemming

For denne oppgaven er Verdens helseorganisasjons definisjon brukt for psykisk utviklingshemming; hvor det vektlegges forsinket eller mangelfull utvikling av ferdigheter og funksjonsnivå som manifesterer seg i utviklingsperioden, og i ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået. Når det snakkes om ferdigheter og funksjonsnivå er det som oftest det kognitive, språklige, motoriske og sosiale det refereres til(3). Forekomsten av psykisk utviklingshemmede i Norge er etter tall fra 2008 totalt 21.052 (under 16 år: 4732, over 16 år: 16317)(4). Verdens helseorganisasjon (WHO) viser derimot til et mye større antall. De viser til at det kan være fra 1-3% av verdens befolkning som antas å ha en psykisk utviklingshemming. Dersom dette skulle stemme vil det i følge WHO være mellom 48.000 og 124.000 psykisk utviklingshemmede i Norge.

Årsakene til at noen individer diagnostiseres med en psykisk utviklingshemming kan deles inn i to hovedgrupper, en biopatologisk eller en uspesifikk årsak(3). De biopatologiske årsakene kan skyldes kromosomfeil og metabolske sykdommer. En psykisk utviklingshemming deles i tillegg til de to hovedgruppene for årsaker inn i ulike grader av utviklingshemming. De ulike gradene fremkommer i tabellen nedenfor.

Grad	IQ	Beskrivelse
Lett psykisk utviklingshemming	IQ – 50-69	Hos voksne, mental alder fra 9 til under 12 år. Fører vanligvis til lærevansker i skolen. Mange voksne er i stand til å arbeide, ha gode sosiale forhold og gjøre en samfunnsnyttig innsats.
Moderat psykisk utviklingshemming	IQ – 35-49	Hos voksne, mental alder fra 6 til under 9 år. Fører vanligvis til markert

		utviklingshemming i barndommen, men de fleste kan læres opp til å utvikle noen av uavhengighet i det å sørge for seg selv, oppnå adekvat kommunikasjon og noen skoleferdigheter. Voksne vil trenge varierende grad av støtte for å kunne leve og arbeide ute i samfunnet.
Alvorlig psykisk utviklingshemming	IQ – 20-34	Hos voksne, mental alder fra 3 til under 6 år. Fører vanligvis til kontinuerlig omsorgsbehov.
Dyp psykisk utviklingshemming	IQ – Under 20	Hos voksne, mental alder under 3 år. Fører til alvorlige begrensninger av egen omsorg, kontinens, kommunikasjon og bevegelighet.
Annen psykisk utviklingshemming		Vanskelig registrerbar psykisk utviklingshemming. IQ-område 70-85 er ekskludert.
Uspesifisert utviklingshemming		Inkluderer psykisk mental retardasjon, psykisk oligofreni og psykisk utviklingshemming.

Tabell 1 De ulike gradene av psykisk utviklingshemming. Modifisert etter ICD-10(5), (F70-F79).

Det kommer frem i tabellen ovenfor (Tabell 1) at det er ulike utfordringer knyttet til de ulike gradene av en psykisk utviklingshemming og basert på dette kan det være vanskelig å knytte symptomer til sykdom. Det kan være vanskelig å forstå egne helseproblemer samt opplevd smerte og ikke minst kan det være vanskelig å formidle disse plagene til omgivelsene(1). Dette kan omfatte både psykiske og somatiske plager. Desto mer alvorlig en psykisk utviklingshemming er, desto høyere er risikoen for å utvikle psykiske lidelser i tillegg; f.eks. schizofreni, depresjon, selvsykdom, utagering og angst. Det er ikke uvanlig at denne pasientgruppen har mange komorbiditeter (flere sykdommer samtidig hos en og samme person(6)). Personer med en psykisk utviklingshemming har økt risiko for å utvikle flere diagnoser. Dette kan være tilstander og diagnoser som epilepsi, hudsykdommer, søvnproblemer, muskel- og skjelettplager og fedme/overvekt. Pasientgruppen er mer utsatt for å utvikle alvorlig overvekt på bakgrunn av at de ofte har utfordringer knyttet til fysisk aktivitet og kosthold(7). Dette temaet er svært aktuelt i det norske samfunnet i 2016 da det er vist at fysisk aktivitet (spesielt hverdagsaktivitet) har gått drastisk ned og at forekomsten av muskel-skjelettplager har økt(8). Dette er også gjeldende for den andelen av den norske befolkningen som er psykisk utviklingshemmede(9). Studier viser at nedgangen i fysisk aktivitet er stor og at psykisk utviklingshemmede barn er mindre aktive enn gjennomsnittet

for sin aldersgruppe. I 2016 vet vi at inaktivitet og overvekt kan disponere for flere sykdommer, samt plager i muskel-skjelettsystemet. Fysisk aktivitet kan være med på å forebygge livsstilssykdommer, og ikke minst er fysisk aktivitet en viktig del av et behandlingsløp for å bli bedre(10).

Kommunikasjon kan være utfordrende med og for denne pasientgruppen, og det er som tidligere nevnt vanskeligere for psykisk utviklingshemmede å forstå egne helseproblemer(1). Enda vanskeligere kan det være å ytre eller fortelle om disse plagene til menneskene de omgås. I en studie gjort av McGuire, B. E. kommer det frem at psykisk utviklingshemmede er både underdiagnostiserte og underbehandlet(11). Det kommer ikke frem på en detaljert måte hvilke type behandlinger eller behandlingsformer som blir tilbudt og benyttet av denne pasientgruppen. Osteopati er ikke nødvendigvis en behandlingsform alle kjenner til og blir heller ikke nevnt i litteraturen som omtaler de ulike helsetilbudene for psykisk utviklingshemmede.

2.3.2 Osteopatisk filosofi

Det var på slutten av 1800-tallet at Andrew Taylor Still, som en konsekvens av at han mente datidens medisinske tilnærming til mennesket ikke var tilstrekkelig nok, introduserte sine egne tanker som ble til det vi i dag kjenner som osteopati(12, s. 12). A.T. Still regnes som osteopatens grunnlegger. Osteopatisk filosofi er basert på flere prinsipper som sier noe om hvordan individer kan betraktes og tilnærmes samt hvordan man kan behandle dem. Mennesket er ikke en uforanderlig enhet som aldri endrer form, derimot er mennesket en dynamisk enhet av ulike funksjoner. I tillegg har menneskekroppen selv-regulerende mekanismer som er selvhelbredende. Struktur og funksjon er beslektet på alle nivåer, det vil si at ingen av kroppens systemer fungerer isolert, men i samarbeid med de andre systemene. Innen osteopatisk filosofi blir kroppen betraktet som en enhet og ingen av kroppens systemer blir evaluert isolert fra de andre systemene. Dersom en skade oppstår vil andre deler av kroppen potensielt sett kunne bli affektert; dette omtales som tensigritetsprinsippet. Menneskekroppen er avhengig av at alle dens komponenter fungerer for at hele kroppen skal fungere optimalt og for at integriteten skal bevares. Videre er det viktig at det ikke bare er kroppen som blir evaluert. Det er viktig å ta hele pasienten i betraktning, pasienten er et produkt av genetiske faktorer, pasientens fortid og i de miljøene pasienten har vokst opp i. Mennesket er ikke to separate deler som består av kropp og sjel, men en kombinasjon av disse komponentene. De ulike plagene vil kunne bli påvirket av kontekst og i hvilket miljø pasienten befinner seg i.

2.3.3 Osteopatiske modeller

Innen osteopatisk tankegang finnes det fem modeller som åpner for å betrakte pasienten fra ulike ståsteder(12, s. 4-7). Disse fem modellene er beskrevet nedenfor:

Postural biomekanisk modell

Denne modellen betrakter pasienten fra et strukturelt og mekanisk ståsted. Nedsatt funksjon i posturale mekanismer, bevegelser og vev kan påvirke vaskulære, lymfatiske og nevrologiske funksjoner. Sentralt i denne modellen er at de nedsatte funksjonene kan ha opphav i somatiske dysfunksjoner i muskel-, ledd- og bindevev. Dersom pasienten ikke innehar evnen til å adaptere til disse forandringer kan det føre til at andre funksjoner i kroppen, så vel som mentale, blir påvirket og nedsatt. Dette kan videre føre til at pasientens kapasitet til bedring blir dårligere. Målet med denne modellen er å bedre pasientens potensiale gjennom å bedre strukturell integritet og funksjon.

Respiratorisk-sirkulatorisk modell

Denne modellen vektlegger de respiratorisk-sirkulatoriske komponentene. God funksjon av disse komponentene er vesentlig for arteriell, venøs og lymfatisk strømming samt for pulmonal og kardiovaskulær aktivitet. Å betrakte pasienten gjennom denne modellen kan være viktig for å maksimere potensialet kroppen innehar da det respiratorisk-sirkulatoriske systemet gir næring til vevet og transporterer bort avfallsstoffer. Fokuset er rettet mot dysfunksjoner som påvirker pustemekanismer, sirkulasjon samt forsyning og drenering av kroppsvæsker.

Metabolsk modell

Denne modellen betrakter de prosessene som sørger for energiproduksjon, distribuering og absorpsjon av ulike stressorer som påvirker kroppens homeostase. Disse stressorene kan være faktorer som ernæring samt immunologiske og psykologiske komponenter. Kroppens evne til bedring avhenger av gode energieffektive responser til inntrengere og reparasjon av skadet vev. Målet er å adressere dysfunksjoner som potensielt kan dysregulere produksjon, distribuering og absorpsjon av energi som kan øke den allostatisk belastningen eller påvirke immunologiske og endokrinologiske funksjoner.

Nevrologisk modell

Denne modellen baserer seg på den integrerte funksjonen til det autonome nervesystemet med det somatomotoriske og det neuroendokrine systemet. Nedsatte nevralt funksjoner kan være et resultat av patofysiologiske responser i strukturelle, respiratorisk-sirkulatoriske strukturer og funksjoner, metabolske prosesser og adferd. Modellen betrakter innflytelsen av spinal fasilitering, proprioepsjon, det autonome nervesystemet og nocisepsjon opp i mot det neuroendokrine nettverket. Målet er å redusere mekanisk stress, balansere nevralt stimuli og eliminere nociseptiv aktivitet.

Adferds modell

Denne modellen kartlegger biologiske, psykologiske og sosiale faktorer og forhold. Pasientens mentale, emosjonelle og spirituelle aspekter tas i betraktning. Helse blir gjerne påvirket av miljø, sosioøkonomiske, kulturelle eller arvelige faktorer. Negativ påvirkning fra disse faktorene kan gi pasienten nedsatt evne til bedring og ta ansvar for egen helse. Somatiske dysfunksjoner i muskel-skjelett systemet kan påvirkes av biopsykososiale faktorer. Ved å adressere det biopsykososiale aspektet hos pasientene kan kroppens evne til å takle, kompensere og adaptere til disse faktorene bedres. Målet er å optimalisere pasientens potensiale til å ta ansvar for egen helse og gjøre de tiltakene som er nødvendige for at en behandling skal kunne ha effekt. Det kan være nødvendig å gi pasienten undervisning som kan øke forståelse for opplevde plager og endre holdning til nødvendige tiltak.

2.3.4 Osteopatiske tilnærminger

Utover de osteopatiske modellene er det tre ulike former for pasienttilnærming. Osteopaten kan jobbe symptomrettet, hvor det utføres en lokal og regional behandling av symptomene pasienten presenterer med(13). Denne måten å tilnærme seg pasienten på baserer seg på at man ønsker å redusere smerter og symptomer. I tillegg har man en minimalistisk og maksimalistisk tilnærming. En minimalistisk tilnærming starter gjerne med en global osteopatisk undersøkelse. Under den globale osteopatiske undersøkelsen undersøker osteopaten pasienten i flere plan og avdekker signifikante dysfunksjoner. Terapeuten lokaliserer de signifikante dysfunksjonene og behandler de funnene han/hun mener kan ha størst påvirkning for pasientens plager. Den minimalistiske tilnærmingen krever at pasienten har fysiologiske reserver til selvregulasjon. Den maksimalistiske tilnærming tar utgangspunkt

i å behandle store deler av kroppen gjennom flere teknikker satt sammen i en rutine. Zink-modellen med fokus på den respiratorisk-sirkulatoriske modellen og Total body adjustment (TBA) er eksempler på undersøkelses- og behandlingsrutiner som blir benyttet i en maksimalistisk tilnærming. Maksimalistisk tilnærming innebærer gjerne mye behandling og har som mål å optimalisere og normalisere funksjonene i kroppen.

2.3.5 Osteopatiske prinsipper som kliniske retningslinjer

Osteopaten bruker de osteopatiske prinsippene som en grunnmur i sitt kliniske arbeid. Dette vil innebære at pasienten, fremfor osteopatens antatte diagnoser, er det mest sentrale. Osteopaten bør stille en kompetent differensialdiagnose og all klinisk aktivitet bør inneholde realistiske forventninger og ha målbare resultater. Ideelt sett bør behandlingen være pasientrettet og gi pasienten innsikt i egen helse da det er pasienten selv som innehar dette ansvaret.

2.4 Problemstilling

”Hvilke erfaringer har osteopater med behandling av psykisk utviklingshemmede?”

2.4.1 Avgrensning av problemstilling

Det vi ønsker å undersøke er hvilke erfaringer osteopater har med behandling av psykisk utviklingshemmede. Oppgavens problemstilling har blitt avgrenset via intervjuguiden. Spørsmålene ble utformet på en slik måte at vi fikk svar på det vi mente var relevant for besvarelsen av problemstillingen. I denne studien er det erfaringene basert på lengre tids arbeid med denne pasientgruppen og ikke enkelte pasienter som er av interesse. Det er de generelle tilnærmingene og erfaringene osteopatene har gjort seg som er relevante i henhold til besvarelsen av problemstillingen. Funnene vil kunne gi et bilde på hva disse pasientene typisk får behandling for, hvilke tilnærminger man velger og hvordan man effektivt og forståelig kan kommunisere med denne pasientgruppen.

2.5 Begrepsavklaring

2.5.1 Psykisk utviklingshemmet

” Tilstand av forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå, som spesielt er kjennetegnet ved hemming av ferdigheter som manifesterer seg i utviklingsperioden, ferdigheter som bidrar til det generelle intelligensnivået, f eks kognitive, språklige, motoriske og sosiale. Utviklingshemming kan forekomme med eller uten andre psykiske og somatiske lidelser.”((5), kap V)

I følge en rapport fra Helsedirektoratet om levekår, tjenestetilbud og rettssikkerhet for personer med psykisk utviklingshemming fremkommer det fra NFU (Norsk Forbund for Utviklingshemmede) at de benytter seg av begrepet utviklingshemmet fremfor psykisk utviklingshemmet. Årsaken til dette er at de ikke ønsker at en person med en psykisk utviklingshemming skal forveksles med en person med en psykisk lidelse. Uavhengig av NFUs preferanse er det i denne oppgaven begrepet psykisk utviklingshemmet som er blitt brukt(3). For å bli diagnostisert med en psykisk utviklingshemming blir det foretatt mange tester, deriblant en omfattende medisinsk, pedagogisk, sosial og psykologisk utredning(3).

2.5.2 Erfaring

Med erfaring mener vi oppnådd kunnskap og viten gjennom egne opplevelser(14).

2.5.3 Osteopati

”Osteopati er en selvstendig klinisk disiplin og profesjon som bygger på prinsipper om at menneskekroppen er en enhet, den orkestrerte funksjonen til det somatomotoriske, autonome og nevroendokrine immunsystemet samt sirkulasjons-systemene er viktig for god helse og adaptasjonsmuligheter, og at muskel – skjelett systemets struktur og funksjon gjennom smerte og dysfunksjon spiller en sentral rolle som et grensesnitt mellom den osteopatiske behandlingen og en forbedring av pasientens tilstand.” (15)

3 Metode

3.1 Kvalitativ metode

Denne studien er basert på en kvalitativ metode. En kvalitativ metode vil gi en beskrivelse av et tema med ord, og ikke med tall og statistikker slik en kvantitativ metode vil. Etersom det er osteopatenes erfaring med behandlingen av psykisk utviklingshemmede som blir undersøkt er det passende med en kvalitativ metode. For å få tak i disse erfaringene ble det foretatt dybdeintervjuer med noen utvalgte osteopater. Et intervju er en adekvat måte å bruke når det er komplekse og mindre komplekse fenomener som skal beskrives. En beskrivelse av erfaringene i form av et intervju vil gi oss innsikt i intervjuobjektets meninger, følelser og opplevelser med denne pasientgruppen(16, s. 174). Dybdeintervjuer hvor intervjuer og intervjuobjektet møtes personlig vil gi god innsikt og mulighet til å utforske følsomme og sensitive temaer. Intervjuobjektene får muligheten til å danne en relasjon til intervjuer/-ere slik at deling av en slik type informasjon føles mer komfortabelt, i motsetning til å måtte besvare et spørreskjema hvor det ofte må settes begrensninger til hvor mye respondentene kan utbrodere deres svar samt at utførelsen blir upersonlig(16, s. 175). For å kunne utføre intervjuer er det essensielt at det er mulig å få tak i intervjuobjekter som innehar den kunnskapen man søker, og dette var avklart på forhånd at skulle la seg gjøre på bakgrunn av informasjonen som ble innhentet i en pilotstudie som ble utført høsten 2015.

3.2 Pilotstudie

Høsten 2015 ble det utført en pilotstudie i emnet VF100. Pilotstudien hadde som formål å undersøke om det faktisk var terapeuter som behandlet psykisk utviklingshemmede. Det ble inkludert flere yrkesgrupper enn bare osteopater ettersom det var usikkerhet knyttet til hvor stor responsen ville være. Et spørreskjema ble utformet og sendt ut til 50 stk utvalgte terapeuter (10 stk for hver yrkesgruppe) via epost. De som ble kontaktet ble tilfeldig utvalgt fra forbundssider/klinikkhjemmesider o.l. Det ble inkludert osteopater, naprapater, fysioterapeuter, kiropraktorer og manuell terapeuter. Resultatene viste til at minst én terapeut i hver yrkesgruppe (av de som besvarte undersøkelsen) behandlet psykisk utviklingshemmede. Pilotstudien gav oss den bekreftelsen som var nødvendig for videre arbeid med dette temaet i denne bacheloroppgaven.

3.3 Fremgangsmåte

Det ble i denne bacheloroppgaven foretatt dybdeintervjuer hvor intervjuobjektene var praktiserende osteopater. Fremfor å kontakte hver og én osteopat som står oppført på Norsk Osteopat Forbund sine sider ble det etter anbefalinger fra fagstaben på Høyskolen Kristiania tatt kontakt med noen enkelte osteopater som de på forhånd antok eller visste behandlet denne pasientgruppen. Eposten som ble sendt til osteopatene ligger som vedlegg (vedlegg 4). I eposten som ble sendt til de utvalgte osteopatene ble det kort fortalt om hvorfor de ble kontaktet, studiens hensikt og hvordan den skulle utføres.

Dersom de som ble kontaktet ønsket å delta i studien ble det avtalt et tidspunkt for når og hvor intervjuet skulle finne sted. Intervjuguiden og samtykkeskjemaet ble på forhånd sendt via epost til intervjuobjektene. Det var fortrinnsvis osteopater i Oslo og omegn som ble kontaktet da det var bestemt at intervjuobjektene skulle slippe å reise til et eventuelt avtalt sted. Grunnet lav respons ble andre mulige intervjuobjekter utenfor Oslo og omegn kontaktet. Det ble i alt sendt ut ti mailer og svar-responsen var lav. Kun fire av de ti som ble kontakt svarte på henvendelsen, og kun én av de fire som svarte ønsket å la seg intervju. Det andre intervjuobjektet i studien ble kontaktet personlig ved en undervisning på Høyskolen Kristiania. Dette intervjuet måtte foregå via Skype da intervjuobjektet ikke befant seg i Oslo ved ønsket tidspunkt for intervjuet. Prosessen med organiseringen av intervjuene ble påbegynt tidlig i oppstartsfasen for at det skulle være tilstrekkelig nok med tid dersom det oppstod uventede hendelser. Ved å starte denne prosessen tidlig ville det være mulig å bruke mer tid til å komme i kontakt med andre mulige intervjuobjekter dersom responsen skulle være for lav og om de som ble kontaktet ikke var tilgjengelige i perioden som ble satt av til intervjuene.

Fordeler ved intervju	Ulemper ved intervju
Personlig oppmøte, mulighet for å skape relasjoner.	Tidkrevende, både selve gjennomførelsen av intervjuet og etterarbeid med intervjumaterialet.
Kan fremstå som mer profesjonelt enn et spørreskjema da vi tar oss til å besøke intervjuobjektene.	Kan være problematisk for intervjuobjektet å finne nok tid til et intervju i timeplanen.
Intervjuobjektet for mulighet til å demonstrere.	Intervjuobjektet kan bli distraheret av omgivelsene (telefoner, kollegaer etc.).
Kan få dybdeinformasjon ved at man har tid og mulighet til å utbrodere flere spørsmål.	Intervjuere kan ubevisst påvirke intervjuobjektet til å svare noe han/hun forventer at han/hun ønsker å høre, eller stille ledende spørsmål.
Trenger lite utstyr for å gjennomføre intervju. Båndopptaker og gode intervjuferdigheter er som regel det som kreves.	Datamateriale fra intervjuer kan være vanskelig å analysere da det ikke er data i form av tall og enkle formater.
Ettersom intervjuer avtales på forhånd er det også stor sannsynlighet for at de gjennomføres, altså at responsraten er høy.	Intervjumaterialet er eksklusivt forbeholdt et individ, dette vil påvirke reliabiliteten.
	Intervjuobjekt kan være nervøs/påvirkes av at intervjuet tas opp på båndopptaker.

Tabell 2 Modifisert etter Denscombe, *The Good Research Guide for small-scale social research projects* (16, s. 202-204).

3.4 Utvalg

I de aller fleste studier som skal utføres beregnes det et utvalg, et tall på hvor mange som må delta eller besvare en undersøkelse for at man skal kunne generalisere funnene til en større populasjon (17, s. 214). Det har ikke vært mulig å beregne utvalgsstørrelse i denne studien da det finnes få lignende studier vi kunne hente informasjon fra, samt at det var knyttet usikkerhet til antall osteopater som behandler psykisk utviklingshemmede. På bakgrunn av dette ble det ikke for denne studien beregnet utvalgsstørrelse. Bakgrunnen for valg av antall intervjuobjekter var av tidsmessige årsaker da gjennomgang og transkribering av

intervjumateriale er svært tidkrevende(16, s. 196). Det ble forsøkt å få tre intervjuobjekter, noe som ikke lot seg gjøre og derfor er det inkludert to intervjuobjekter i denne studien.

3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I denne delen er inklusjon- og eksklusjonskriteriene presentert, hvor kriteriene for både terapeut- og pasientgruppen er lagt frem.

Terapeutgruppe:

Inklusjonskriterier:

- Det var essensielt at intervjuobjektene behandlet psykisk utviklingshemmede, som er pasientgruppen for denne studien. Dersom det ikke var tilfellet ville informasjonen de kom med være uten betydning for denne studien.
- Det ble ikke stilt noen formelle krav til antall behandlinger, men det var allikevel ønskelig (og nødvendig) at de behandlet eller hadde behandlet pasientgruppen ved mer enn et par anledninger.
- Medlemskap i Norsk Osteopat Forbund var et utgangspunkt for at osteopatene som ble anbefalt skulle bli kontaktet. Ved å være medlem i Norsk Osteopat Forbund ligger yrkesetiske retningslinjene til grunnlag for utøvelse av faget og osteopatene er forpliktet til å holde seg faglig oppdatert(18).
 - Det ble gjort et unntak til dette inklusjonskriteriet ved at det ble inkludert et intervjuobjekt som ikke hadde medlemskap i Norsk Osteopat Forbud. Derimot hadde intervjuobjektet medlemskap i GoSC (General Osteopathic Council), som er osteopatiforbundet i England. Det stilles de samme yrkesetiske kravene, om ikke strengere krav til osteopatene som har medlemskap i dette forbundet(19).

Eksklusjonskriterier:

- Dersom osteopaten selv ikke følte at vedkommende hadde nok kompetanse og erfaring med pasientgruppen ble de ekskludert.

Pasientgruppe:

Inklusjonskriterier:

- Pasientene er, etter den definisjonen som ble brukt i denne studien, psykisk utviklingshemmede.
- Det ble ikke satt noen øvre eller nedre grense for alder, alle ble inkludert.
- Alle ulike grader av psykisk utviklingshemming ble inkludert.

Eksklusjonskriterier:

- Alvorlig patologi ble satt som et eksklusjonskriterie, da vi først og fremst ønsket å høste erfaringer omkring muskel-skjelettplager o.l. Det ble antatt at de fleste av pasientene ikke hadde noen form for alvorlig patologi da de hadde mottatt osteopatisk behandling og skal være undersøkt for alvorlig patologi ved en førstegangskonsultasjon.

3.6 Gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuene ble det utformet en intervjuguide, med både lukkede og åpne spørsmål. Kombinasjonen av åpne og lukkede spørsmål er det man kaller et semistrukturert intervju(16, s. 176). Et semistrukturert intervju benyttes i de tilfellene hvor man ønsker å la intervjuobjektet resonnerer rundt spørsmålene intervjueren stiller. De lukkede spørsmålene gjorde det mulig å se eventuelle sammenhenger mellom utdanning, utdanningssted, antall år som praktiserende osteopat og erfaringene fra behandling. I utgangspunktet var det ikke de lukkede spørsmålene som var av størst interesse, men de var allikevel viktige for analysen og tolkningen av dataene. De åpne spørsmålene gav intervjuobjektet mulighet til å fritt dele av

sin kunnskap og erfaring med intervjueren. Til de åpne spørsmålene ble det ikke stilt tilleggsspørsmål, kun oppklarende spørsmål dersom intervjuobjektet kom med uklare uttalelser. Intervjuguiden som ble utformet i forkant er beskrevet i sin helhet under punkt 3.6.1 *Intervjuguide*.

Før selve intervjuet ble utført var det på forhånd bestemt hvem som skulle lede intervjuet og hvem som skulle observere. Den som fikk hovedansvaret for intervjuet stilte spørsmålene og intervjuobjektet henvendte seg til intervjueren. Dette ble gjort for at den som observerte skulle få muligheten til å lytte og ta notater underveis samt at intervjuobjektet skulle kunne forholde seg til en person.

Det første intervjuet ble utført ved personlig oppmøte hos intervjuobjektet og det andre intervjuet foregikk ved bruk av Skype. Intervjuobjekt nummer to befant seg ikke i Oslo-området og det er årsaken til at dette intervjuet måtte utføres på en annen måte. Dette intervjuet ble utført på samme måte som intervjuet med personlig oppmøte med tanke på utspørringen og fordelingen av arbeidsoppgaver. Begge intervjuene ble spilt inn slik at det var mulig å transkribere intervjuene i etterkant. Intervjuet med personlig oppmøte ble tatt opp på telefon, en iPhone 6S med applikasjonen *Taleopptak*. Telefonen ble valgt fremfor en taleopptaker på bakgrunn av at kvaliteten på opptaket opplevdes bedre enn ved bruk av de taleopptakerene som var tilgjengelig. Intervjuet som ble utført over Skype ble tatt opp ved bruk av QuickTime player sammen med Skype på en MacBook Air (Os X El Capitan).

Fremgangsmåten ved opptak av intervjuene ble utført på samme måte for begge intervjuene. Opptaket startet da intervjuobjektene var klare og ble avsluttet da intervjuobjektene hadde svart tilstrekkelig nok på spørsmålene som ble stilt. Utsagn og materiale som var relevant, men som ble sagt før eller etter opptak ble ekskludert. Det er kun utsagn som ble tatt opp som er inkludert i resultatene.

3.6.1 Intervjuguide

Under følger spørsmålene som ble utformet i forkant av intervjuene. Spørsmålene til intervjuguiden ble utformet etter anbefalinger i boken ”The Good Research Guide for small-scale social research projects” skrevet av Martyn Denscombe. Boken anbefaler å starte med enkle spørsmål om intervjuobjektets bakgrunn og relasjon til temaet for intervjuet, samt at det å begynne med et forholdsvis enkelt spørsmål gjøres for å få en naturlig start på intervjuet (16, s. 193).

Til hvert av spørsmålene i intervjuguiden nedenfor er det lagt ved en kommentar om hvorfor spørsmålet ble inkludert og hva som ville være ønskelig å avdekke med spørsmålet.

Lukkede:

1. Hvor lenge har du jobbet som osteopat?
 - a. *Dette vil gi en indikasjon på hvor lenge osteopaten har hatt mulighet til å opparbeide seg erfaring.*
2. Hvor har du tatt din utdanning?
 - a. *Dette kan være relevant da ulike skoler kan ha inkludert/ekskludert behandling av denne pasientgruppen i pensum.*
3. Hvor mange års erfaring har du med denne pasientgruppen?
 - a. *Dette vil gi en indikasjon på i hvilken grad osteopaten har fått erfaring med denne pasientgruppen.*

4. Hvor stor er denne pasientgruppen i din praksis?
 - a. *Dette vil på samme måte som antall år i praksis si noe om i hvilken grad osteopaten har kunnet tilegne seg erfaring med denne pasientgruppen.*
5. Har du tatt kurs/annen utdanning som har vært fordelaktig i arbeid med denne pasientgruppen?
 - a. *Dersom osteopaten har et interesseområde eller en spesiell pasientgruppe han/hun liker å behandle kan det føre til at vedkommende behandler disse hyppigere og at erfaringene samtidig vil øke med hyppigheten.*

Åpne:

6. Hva slags plager, symptomer eller problemer behandler denne pasientgruppen for?
 - a. *Det er relevant å vite hva slags plager pasientene blir behandlet for, om det er muskel-skjelettplager, viscerale plager o.l. pasientene kommer med, om det er noen plager som forekommer hyppigere enn andre.*
7. Er det spesielle utfordringer du støter på? Individuelle særegenheter?
 - a. *Det er av interesse å se hva slags utfordringer osteopaten støter på. Det er i tillegg relevant hvordan de tilnærmer seg ulike pasienter med tanke på at det kan være individuelle særegenheter, f.eks. vansker med å godta berøring, utagering o.l.*
8. Hva synes du selv er mest utfordrende ved å behandle denne pasientgruppen?
 - a. *Dette spørsmålet er et oppfølgende spørsmål til spørsmål 7. Av alle utfordringene de støter på, hvilke oppleves som de mest utfordrende?*
9. Kommunikasjon er en vesentlig del av pasientbehandling – hvordan skiller denne gruppen seg fra andre pasienter i forhold til dette?
 - a. *Dette spørsmålet er basert på egne erfaringer da vi i jobbsammenheng har opplevd at kommunikasjon kan være utfordrende av og til. Våre erfaringer er dog basert på hverdagsaktiviteter og ikke i en pasient-terapeut sammenheng. Hvordan skal man adressere pasienten og deres plager på en måte som er forståelig for pasienten?*
10. Hvordan gjør du det i forhold til samtykke til teknikker og behandling?
 - a. *I følge lov for pasient- og brukerrettigheter (20) har pasienter rett til å samtykke til behandling. Hos psykisk utviklingshemmede kan evnen til å samtykke være fraværende, hvordan løses dette i en klinisksammenheng? Er det teknikker som utelukkes på bakgrunn av dette eller har pårørende fullmakt og tar overveide avgjørelser på vegne av pasienten?*
11. Er det teknikker du erfaringsmessig selv synes er effektive i behandlingen av disse pasientene?
 - a. *Eksempelvis HVLA kontra BLT. Hvorfor er det slik? Er det kontraindikasjoner for enkelte teknikker eller er det pasientpreferanse som avgjør hvilke teknikker som benyttes?*
12. Hva må man være oppmerksomme på i forhold til røde flagg og patologi?

- a. *Er det tilstander hos pasientene som ikke er egnet for osteopatisk behandling, evt. situasjoner hvor tilstander begrenser utvalg av teknikker man kan benytte seg av?*
13. Hvordan sees effekten, samt pasientens tilfredshet av behandling å være?
- a. *Er pasienten i stand til å uttrykke bedring i plagene osteopaten ble oppsøkt for? Er det tilstander som kan begrense effekten av behandling?*
14. Tror du osteopati kan ha en forebyggende effekt, og hvilken rolle bør vi ha som et helsetilbud for denne gruppen?
- a. *Har intervjuobjektet forslag til tiltak osteopater kan bidra med for å fremme bedre helse og redusere mulige fremtidige plager hos denne pasientgruppen?*
15. Samarbeider du med annet helsepersonell om behandlingene?
- a. *For å avdekke om det er områder hvor osteopatien ikke er tilstrekkelig og om annet helsepersonell da kommer til for å supplementere behandlingen.*
16. Hvordan inkluderer og involverer du pasienten i behandlingsopplegget?
- a. *Med tanke på den reduserte evnen til å uttrykke seg og forstå, som kan være tilstede hos noen pasienter, hvordan inkluderes de i behandlingen? Dette er interessant da inkludering av pasienten er et viktig prinsipp i behandlingen.*

3.7 Analyse og tolkning av data

For analysen av dataene er prinsipper og prosesser moderert etter Denscombe, ”The Good Research Guide for small-scale social research projects”. For analysen har følgende prinsipper blitt fulgt:

1. Analyser og konklusjoner har hatt rot i virkeligheten i form av at det ikke har blitt trukket konklusjoner annet enn fra materialet som har vært tilgjengelig i denne studien.
2. Utsagn fra intervjuobjektene har med forsiktighet blitt formidlet, ingenting mer eller mindre er blitt lagt til utsagnene.
3. Personlige forutatte meninger og bias har så godt det har latt seg gjøre blitt utelatt.
4. Analyse- og tolkningsprosessen har blitt utført ved at materialet har blitt gjennomgått flere ganger og prosessen med å komme frem til resultatene har vært gjort ved å gå frem og tilbake i materialet gjentatte ganger.

Videre i arbeidet med materialet fra dybdeintervjuene har prosessen foregått i flere steg. De ulike stegene er som følger:

Forberedelse av datamaterialet

I etterkant av intervjuene ble alt materialet transkribert. Det var beregnet 2-3 timer arbeid for et 60 minutters intervju (16, s. 197). Transkriberingen ble gjort i programmet InqScribe (Versjon 2.2.3.258, QuickTime 7.7.3). Før transkribering ble det laget sikkerhetskopier som ble lagret på ulike steder, kun tilgjengelig for oss selv og veilederen vår. Intervjuene fikk egne nummer, dog uten navn og sted slik at intervjuobjektene ikke kunne identifiseres på bakgrunn av disse opplysningene. Hvert enkelt intervjuobjekt fikk et eget nummer slik at det skulle være mulig å referere til dem. Det første intervjuobjektet fikk navnet #01 og det andre intervjuobjektet fikk navnet #02.

Bli kjent med materialet

Da prosessen med å transkribere intervjuene var fullført og gjennomarbeidet ble det brukt god tid til å gjøre seg kjent med materialet, lese igjennom gjentatte ganger og danne et bilde av hva som ble sagt.

Tolke, analysere, kode og kategorisere data

I dette steget av analysen har materialet (dataene) fra intervjuene blitt ordnet på en ryddig og oversiktlig måte. Datamaterialet fra intervjuene ble kodet for å kunne linke like ideer og tanker sammen. Spørsmålene fra intervjuguiden fikk koder tilsvarende nummeret på spørsmålet, altså spørsmål 1 fikk koden #1, spørsmål 2 fikk koden #2 osv. På denne måten ville det være enkelt å finne like ideer (svarene fra intervjuobjektene) ved å se på koden i margen på materialet. Det ble laget kategorier basert på de ulike temaene intervjuguiden berørte. Videre ble kodene kategorisert, det vil si at spørsmål som dreide seg om samme tema ville være i samme kategori. Noen spørsmål ble kategorisert i to kategorier da spørsmålet og svaret dekket flere områder. Under følger de ulike kategoriene og hvilke spørsmål som ble inkludert hver kategori:

- *Osteopatens bakgrunn*
 - #1, #2, #3, #4, #5
- *Kommunikasjon*
 - #9, #10, #13, #16
- *Pasientgruppen*
 - #6, #7, #8, #9, #12
- *Behandlingstilnærming*
 - #11, #12, #13, #14, #15, #16

Tolkningen av intervjuobjektens svar til de ulike spørsmålene ble gjort ved å gjennomgå hver kategori. Det ble lagt vekt på å kategorisere like og ulike trekk i forhold til de temaene intervjuene tok for seg. Da de forskjellige trekkene og temaene var identifisert ble det hentet ut sitater basert på svarene fra intervjuobjektene.

Validere dataene

Ved kvalitative studier kan og bør det stilles spørsmål til studiens resultater, er de basert på sanne premisser? I denne studien er dette omtalt i kapittel 3.8 *Studiens kvalitet*, dette vil derfor ikke bli diskutert under gjennomgangen av stegene i analyseprosessen.

Presentere dataene

Presentasjon av resultatene fremkommer i kapittel 4 *Resultater og diskusjon*. Materialet er i resultatene strukturert etter kategoriene.

Fordelene ved en kvalitativ analyse er at materialet fra innsamlingen (intervjuene i dette tilfellet) er svært innholdsrike og detaljerte for et spesifikt interessefelt eller fenomen (16, s. 302). Materialet er ofte reelt hvor tanker og ideer som oftest har rot i virkeligheten. Det ble antatt at dette var tilfellet i denne studien da det var snakk om personlige erfaringer som ikke krever at intervjuobjektene må produsere eller gjenfortelle annen kunnskap. Ulempene ved slike analyser er at de mest sannsynligvis er mindre representative enn kvantitative analyser; grunnet utvalgsstørrelsen i de ulike metodene. Tolkningen av dataene kan være vanskelig da forskeren kan legge til egne forutatte meninger eller tanker. Det kan også være vanskelig å trekke konklusjoner som ikke går utenfor dataenes rot i virkeligheten. Ikke minst er det svært tidkrevende med kvalitative analyser.

3.8 Studiens kvalitet

Under de påfølgende punktene er studiens kvalitet blitt omtalt. Validiteten og reliabiliteten knyttet til valgt metode har blitt diskutert, samt at studiens representativitet har blitt inkludert. Styrker og svakheter knyttet til validitet og reliabilitet er fremstilt i hvert punkt.

3.8.1 Validitet

Validitet sier noe om i hvilken grad og hvor pålitelige et sett resultater kan være og hvor vidt resultatene viser det de skal vise (16, s. 296). Formålet med denne studien var å samle inn osteopaters erfaringer med behandling av psykisk utviklingshemmede. For å få tak i disse erfaringene ble noen utvalgte osteopater intervjuet. I forkant av intervjuene ble en intervjuguide utformet. Denne intervjuguiden ble utformet på en slik måte at den skulle gi nok innsikt til å kunne besvare problemstillingen. Spørsmålene var derfor rettet til problemstillingen, videre gjorde dette at intervjuene gav de svarene undersøkelsen var konstruert for å få tak i.

Før intervjuene i det hele tatt startet ble en definisjon for psykisk utviklingshemming og erfaring valgt, samt en forklaring på hva osteopatisk behandling innebærer. Dette ble i tillegg tydeliggjort for intervjuobjektene slik at det ikke skulle være rom for feiltolkninger for det enkelte intervjuobjekt.

Det første intervjuet som foregikk ved personlig oppmøte hos intervjuobjektet ble tatt opp på en mobiltelefon, med en taleopptaker applikasjon som var et passende instrument for å lagre datamateriale fra intervjuet (16, s. 195). Det andre intervjuet som foregikk over Skype ble tatt opp ved bruk av QuickTime player, da bruk av taleopptaker på telefon ikke er en egnet metode for å ta opp lyd fra en datamaskin.

3.8.2 Reliabilitet

Reliabiliteten sier noe om hvor vidt det er mulig å reproduserer resultatene med oppgitt målemetode (16, s. 296). Da det i denne studien ble foretatt intervjuer og formålet med intervjuene var å samle osteopaters personlige erfaringer vil det i alle dataene være skjønsmessige variabler. Ulike intervjuobjekter kan oppfatte ting ulikt og det kan derfor forekomme ulike oppfatninger av ett og samme tema. For å unngå altfor store forskjeller ble de samme spørsmålene stilt til begge intervjuobjektene. Det ble heller ikke stilt oppfølgingsspørsmål underveis, foruten spørsmål som kunne oppklare intervjuobjektets utsagn dersom det fremkom som uklart. Formålet med en kvalitativ studie er å utforske fenomener og tanker, det vil derfor være naturlig at det forekommer individuelle forskjeller.

Vårt måleinstrument for denne studien var en mobiltelefon med en taleopptaker applikasjon og en datamaskin som hadde et taleopptaker program. Begge enhetene ble fulladet før hvert intervju, samt at det ble gjort tilstrekkelig nok plass til opptaksfilen. På den måten var utgangspunktet før hvert intervju likt.

Resultatene ble ikke identiske ved hvert intervju, da personlige oppfatninger preget selve intervjuet, men det ble til enhver tid lagt vekt på å bruke intervjuguiden og båndopptakeren på samme måte. Det ble tatt utgangspunkt i at intervjuobjektene var ærlige i uttalelsene sine, dersom de ikke var det ville det ha påvirket påliteligheten til studien. Da rollene som intervjuer og observatør ble byttet om på ved neste intervju ble intervjuguiden gjennomgått og testet ut på forhånd slik at det ikke skulle forekomme store avvik i utspørringen. Spørsmålene ble lest opp fra intervjuguiden slik at det ikke skulle være mulighet til å legge til egne formuleringer som kunne ha påvirket resultatet.

3.8.3 Representativitet

Representativiteten sier noe om hvor vidt man kan overføre resultatene fra en studie som er gjort på et lite utvalg til en større populasjon og konkludere med det samme (17, s. 223). For at representativiteten skal være optimal kreves et tilfeldig utvalg, det har derimot ikke vært mulig i denne studien. Da det valgte temaet for denne bacheloroppgaven hadde begrensninger i henhold til litteratur og tilgang på osteopater som behandler psykisk utviklingshemmede ble de osteopatene som ønsket å la seg intervjuet inkludert. Resultatene er basert på personlige erfaringer, dette vil gjøre at funnene ikke uten videre kan generaliseres til alle. I denne studien har det derfor ikke vært mulig å forhindre at systematiske forskjeller kan ha inntruffet.

3.8.4 Intervjuereffekten

Det er flere elementer under et intervju som kan påvirke resultatene. Ved intervjuer som foregår ansikt til ansikt kan intervjuobjektet danne seg formeningar om intervjuer som kan bidra til at intervjuobjektet endrer svarene sine. Dette kan forekomme på bakgrunn av kjønn, alder og etnisitet. Intervjuobjektet kan i tilfeller hvor det diskuteres rundt sensitive og følsomme temaer bli påvirket til å svare annerledes (16, s. 184). Det er ikke til å unngå at kjemien mellom intervjuer og intervjuobjekt spiller en vesentlig rolle. Dersom kjemien ikke stemmer kan intervjuobjektet holde tilbake på informasjon eller miste interesse for å dele kunnskapen sin.

I denne studien hvor vi som intervjuere er studenter kan det tenkes at intervjuereffekten har påvirket resultatet. Ettersom vi er under utdanning og intervjuobjektet er ferdig utdannet blir det et skille i kunnskapsnivå. Intervjuobjektet kan ha utelatt informasjon da vedkommende kan ha antatt at informasjonen vedkommende kommer med ikke er forståelig for oss som intervjuere. Alderen kan ha vært en påvirkende faktor da intervjuobjektene befant seg i en annen aldersgruppe. Ettersom begge intervjuobjektene var kvinner er det ikke så stor sannsynlighet at det har hatt noen innvirkning på resultatene, samt at det ikke ble diskutert rundt et spesifikt kjønn og typiske plager basert på kjønnsforskjeller og at det da var et nøytralt utgangspunkt.

3.9 Etikk

I dette kapittelet er det diskutert hvor vidt denne studien overholder de etiske retningslinjene som er gjeldende for pasientgruppen i denne studien.

3.9.1 Etiske retningslinjer

Dette er de etiske retningslinjene som gjelder for sårbare grupper innen forskning.

Belmont-rapporten (1979) (21)

- Etniske minoriteter
- Økonomisk vanskeligstilte
- Kritisk syke
- *Mennesker som lever i institusjoner*

CIOMS (2002) (21)

- *Personer ute av stand til å gi samtykke*

Deklarasjon for bioetikk og menneskerettigheter (UNESCO, 2005) (21)

- *Manglende ressurser*

Helsinki-deklarasjonen (2009) (21)

- *Individer ute av stand til å gi samtykke*
- *Individer mottagelig for tvang eller utilbørlig innflytelse*

- *Befolkninger eller samfunn som ikke vil dra direkte fordeler av deltagelse i forskning*
- Pasienter som deltar i medisinsk forskning i kombinasjon med medisinsk behandling og omsorg

I tillegg til retningslinjene som gjelder for sårbare grupper er det tatt stilling til deltakernes rett til informert samtykke og muligheten til å trekke seg:

Retten til informert samtykke

- ”Participation by individuals capable of giving informed consent as subjects in medical research must be voluntary. Although it may be appropriate to consult family members or community leaders, no individual capable of giving informed consent may be enrolled in a research study unless he or she freely agrees.” (2)

Retten til tilbaketrekking av samtykke

- Et samtykke til å delta i et forskningsprosjekt kan når som helst trekkes tilbake. (22)

3.9.2 Drøfting av de etiske retningslinjene

I denne studien hvor psykisk utviklingshemmede er den valgte pasientgruppen, berøres samtlige av punktene ovenfor i forhold til hvilke etiske retningslinjer som er gjeldende. For å unngå å bryte noen av disse etiske retningslinjene ble ingen intervjuer foretatt direkte med pasientgruppen eller deres pårørende, derimot var det terapeutene som ble intervjuet. På denne måten ble det menneskelige forholdet ivaretatt i vårt arbeid. Som studenter har man heller ikke lov til å få innsyn i pasientjournaler(23). Det er viktig å presisere at det ikke var ønskelig med noen som helst form for sensitiv informasjon som kunne identifisere enkeltindivider. Det var de generelle trekkene og tankene ved tilnærmingen av denne pasientgruppen som var relevant.

Det var ikke bare den valgte pasientgruppen som berørte flere etiske retningslinjer, i tillegg ble det fulgt etiske retningslinjer for deltakerene i studien, i dette tilfellet intervjuobjektene. Dette innebar at de som deltok i studien gjorde dette på bakgrunn av et informert samtykke. De kunne når som helst trekke seg fra studien om ønskelig. I fremleggingen av resultatene ble ikke deltakerne identifisert og på denne måten forble intervjuobjektene anonyme i sine uttalelser(24).

4 Resultater og diskusjon

Basert på intervjuguiden og analysen av resultatene fra intervjuene vil resultatene samt drøfting og diskusjon bli omtalt i dette kapittelet. Materialet fra intervjuene ble i analysen kategorisert etter temaer, i denne delen vil begge intervjuene bli presentert sammen under hvert enkelt tema. Drøfting og diskusjon til resultatene er inkludert innunder hver kategori.

De ulike kategoriene er:

1. Intervjuobjektets bakgrunn
2. Pasientgruppen
3. Behandlingstilnærming
4. Kommunikasjon

4.1 Intervjuobjektets bakgrunn

I studien ble det inkludert to intervjuobjekter. De fem første spørsmålene er lukkede (#1, #2, #3, #4, #5) og dreide seg om intervjuobjektets bakgrunn. Basert på svarene er resultatene/bakgrunnen til intervjuobjektet presentert i tabell 3.

Intervjuobjekt	Antall år som praktiserende osteopat/antall år erfaring med pasientgruppen	Uteksaminert ved	Tilleggsutdannelse/kurs fordelaktig i arbeid med pasientgruppen	Omfang av pasientgruppe i egen praksis
#01 (kvinne)	11 år / 11 år	NAO (Oslo), ESO (Maidstone)	Kraniosakral Pediatri – 2 år	Anslår 4/30 (barn) og et noe større antall for voksne
#02 (kvinne)	6 år / 6 år	ESO (Maidstone), OCC (London)	Pediatri – 2 år (OCC – London)	Anslår mellom 5 og 10 pasienter i sin private praksis

Tabell 3 Intervjuobjektene bakgrunn.

Antall år i yrket skiller med fem år, da intervjuobjekt #01 har praktisert osteopati i elleve år og intervjuobjekt #02 har praktisert i seks år. Det er ikke bare antall år som praktiserende osteopat som skiller de, men det er også en betydelig aldersforskjell (antatt i 50-årene og 30-årene). Begge intervjuobjektene har en tilleggsutdannelse innen pediatri, intervjuobjekt #01 har i tillegg en bakgrunn som fysioterapeut, lymfedrenasjeterapeut og kraniosakralterapeut. Intervjuobjekt #01 har erfaring med pasientgruppen som fysioterapeut, som omfatter arbeid på en døvstum skole hvor hun jobbet med barn i rullestol og syndrombarn. Omfanget av antall pasienter i pasientgruppen er noe ulikt. Intervjuobjekt #02 opplyser at hun har mesteparten av sin erfaring med denne pasientgruppen fra sin turnus på OCC (Osteopathic Center for Children) og at hun nå har færre pasienter fra denne pasientgruppen i hennes nåværende private praksis.

Det kommer frem ved å se på de lukkede spørsmålene fra resultatene at intervjuobjektene i denne studien har til dels lik utdanning innen osteopati faget, men tidligere utdanning er ulik. Med annen utdanning før osteopatiutdannelsen stiller vi spørsmål til *hvor* osteopatiske intervjuobjektene klarer å være i sitt arbeid som osteopat. Det kan tenkes at en osteopat med en annen bakgrunn kombinerer ulike tilnærminger og lar osteopatisk filosofi få en mindre plass i tilnærmingen til pasienten. Det er nærliggende å tro at dersom osteopatisk behandling av psykisk utviklingshemmede har vært inkludert i et emne som har vært undervist ved en enkelt skole, så kan intervjuobjektets utgangspunkt med behandling av denne pasientgruppen være bedre. Det har vært forsøkt å finne emnebeskrivelsene til utdanningen ved ESO (European School of Osteopathy) og NAO (tidligere Nordisk Akademi for Osteopati, nå en del av Høyskolen Kristiania), uten resultater. Vi ser imidlertid at emnebeskrivelsene som gjelder for vårt eget kull ikke inkluderer en egen- eller deler av en modul for behandling av denne pasientgruppen.

4.2 Pasientgruppen

Denne kategorien inneholder spørsmål omfatter typiske plager, utfordringer, ulikheter sammenlignet med andre pasientgrupper og spesielle hensyn som må tas (#6, #7, #8, #9, #12). Når det gjelder hvilke plager som oftest blir behandlet svarer intervjuobjektene noe forskjellig, det være seg hva intervjuobjektet selv opplever som problemet og hva foreldrene/foresatte oppsøker osteopaten for.

Det er ofte angst, spenninger og smerter som de egentlig ikke klarer å ytre selv. (#01)

Flere av pasientene har mye redsel i seg og får spenninger i kroppen fra dette. Videre er det mye generell stivhet, først og fremst i overkroppen, dårlig holdning og ofte magesmerter. (#02)

Intervjuobjekt #01 legger til at det ofte er foreldrene som oppsøker osteopat på vegne av barna deres og at det er atferden til barna foreldrene mener er utilstrekkelig utviklet (f.eks. språk, mimikk og bevegelsesmønster).

Begge intervjuobjektene påpeker da det blir spurt om typiske plager at det ofte er muskel-skjelett- og viscerale plager de behandler dem for. Denne pasientgruppen er predisponert for mange plager som manifesterer seg andre steder enn i muskel-skjelett systemet(1). I en rapport fra NAKU (Nasjonalt Kompetansesenter for Utviklingshemming) kommer det frem at det er en økt forekomst av helseplager, både somatiske og psykiske. Psykisk utviklingshemmede har økt risiko for å utvikle kroniske sykdommer og har ofte flere faktorer som er forbundet med dårlig helse. Dette kan være faktorer som overvekt og inaktivitet(7). Desto mer alvorlig utviklingshemmingen er, desto større er sjansen for at de utvikler komorbiditeter. Det er heller ikke uvanlig at disse komorbiditetene omfatter psykiske lidelser(25).

Det blir nevnt i intervjuet med intervjuobjekt #02 at flere av disse pasientene sliter med overvekt og at dette fører til dårlig holdning og smerter relatert til dette. Intervjuobjektene ble spurt om det var noen spesielle utfordringer de ofte støtte på og om det var noen individuelle særegenheter de måtte ta hensyn til. Begge intervjuobjektene nevner at utagerende oppførsel kan være problematisk. De behandler da ikke disse pasientene alene, men under oppsyn av foresatte eller andre behandlere. Det er viktig å være oppmerksom på dagsform og mental sinnstilstand.

Noen ganger må man være litt forsiktig og se hvordan de reagerer, særlig når de er inne i en ubalanse for å unngå å utløse en reaksjon. (#01)

Noen av barna har aggresjonsproblemer grunnet deres mentale sinnstilstand, da må du være litt forsiktig i tilnærmingen din. Dette gjelder spesielt for tenåringer, ikke så gjeldende for små barn, da tenåringer er sterkere og kan utagere f.eks. dytte unna, slå og alle slags mulige ting. (#02)

En annen utfordring som blir omtalt, men som intervjuobjektet ender opp med å omtale som et positivt moment, er hvordan pasientene selv kommuniserer dersom de ikke liker behandlingen de får.

Det faktum at dersom du gjør noe de ikke liker så vil de gjøre deg oppmerksom/uttrykke misnøye umiddelbart, dette er noe vanlige pasienter ikke gjør. Fra det ståstedet er disse pasientene lettere å behandle. (#02)

En atferd som beskrevet av intervjuobjektene i sitatene ovenfor kan for mange oppfattes som annerledes og truende. Historisk sett har ikke denne pasientgruppen blitt behandlet på en verdig måte. I middelalderen ble psykisk utviklingshemmede (sammen med psykisk syke og funksjonshemmede) sett på som menneskekropper bebodd av en djevel(26, s. 247). Disse menneskene ble ”ivaretatt” på hjem hvor torturering var naturlig del av behandlingen. Et

bedre syn på, og en mer human behandling av denne pasientgruppen skjedde fra midten av 1700-tallet som førte til endringer i tilnærmingen til disse menneskene.

I enkelte tilfeller trenger pasienter flere behandlinger enn hva som er normalt, dette fører igjen til flere kostnader for foreldrene/foresatte. Det kan da være vanskelig å få pasientene inn til behandling så ofte man ønsker (#01). Da det ble spurt om hva som er det mest utfordrende er det gjerne at foreldrene ønsker et svar på hva som feiler barnet deres og at man som terapeut kan bli personlig affektet av tilnærmingen til denne pasientgruppen (#01, #02). Det blir omtalt at foreldrene/foresatte i stor grad er bekymret for barna sine. Som terapeut kan det være emosjonelt krevende å se foreldrene være bekymret for barna sine uten å kunne gi de gode svar eller forsikringer om at barna blir bedre eller alltid kommer til å få den hjelpen de trenger (#02).

I forhold til andre pasientgrupper kan det være at andre hensyn må tas. Det er viktig for terapeutene å ha kjennskap til medisineringen da noen medikamenter kan være en kontraindikasjon for enkelte behandlingsteknikker eller behandling. Det er ofte at pasientene har mange komorbiditeter som må tas i betraktning. Det kan i tillegg til medisinerings være viktig å vurdere dagsformen i forhold til om de bør behandles enkelte dager fremfor andre eller ikke behandles i det hele tatt (#01). Det er ikke alltid at avsatt tid for konsultasjonen er nødvendig da denne type konsultasjoner kan inneholde mindre prat og mer behandling. Enkelte pasienter kan vise interesse for menneskekroppen, men som regel ønsker de bare å komme i gang med behandlingen og bli ferdig (#02). Rammene for selve behandlingen bør bygge på trygge omgivelser og som terapeut bør man kunne være fleksibel og kreativ i tilnærmingen sin (#01).

Noen pasienter vil ikke skilles fra foreldrene og da blir de behandlet på fanget eller i nærhet med foreldrene på behandlingsbenk. De skal ikke oppleve å bli presset. (#01)

Videre for å gjøre rammene for behandling så trygge som mulig kan synging eller nynning virke beroligende nok til at behandlingen kan gjennomføres. Bruk av tepper, dempet belysning og hindre innsyn utenfra er med på å skape avslappende forhold for pasienten (#01).

Et annet element som skiller denne pasientgruppen fra andre, er at de ofte er en glemt eller tilsidesatt gruppe av medisinsk forskning og i litteratur. Dette kommer frem både i arbeid med denne oppgaven og det ble tidlig på 1900-tallet påpekt at inkluderingen av denne pasientgruppen innen medisin var nedslående(27). Selv i dag er denne pasientgruppen oftere utsatt for helsesvikt enn andre i den øvrige befolkningen, da de ofte kommer dårligere ut hva angår ivaretagelse av helsevesenet(1).

4.3 Behandlingstilnærming

Under kategorien behandlingstilnærming er det selve behandlingen og deler av den med tanke på pasientgruppen som er adressert (#11, #12, #13, #14, #15, #16). Det er ikke nødvendigvis at denne pasientgruppen er annerledes å behandle sammenliknet med andre pasientgrupper (#01).

Overraskende nok liker de MET (muskel energi teknikker), de liker å delta og faktisk gjøre noe selv. Absolutt elsker å bruke kranielle og indirekte teknikker. Ikke alle pasientene liker artikulerings teknikker, jeg har ikke helt forstått hvorfor de ikke liker artikulasjon, men de foretrekker ofte indirekte

teknikker og BLT (balanced ligamentous tension), generelle kranielle release teknikker og MET. (#02)

Det er mye bruk av de funksjonelle teknikkene, viscerale teknikker og du må også bruke manipulasjonsteknikker. (#01)

Samtidig som at man som terapeut finner teknikker man ønsker å bruke oftere enn andre så er det viktig å være fortrolig med alle teknikkene man som osteopat kan benytte seg av; man anvender alle typer teknikker man har lært og det er ikke alltid at en bestemt teknikk er løsningen (#01). Et annet verktøy en osteopat kan benytte seg av er interne teknikker. Dersom det blir brukt interne teknikker blir det innhentet skriftlig samtykke og en nøye men forståelig forklaring blir gitt til pasienten og pasientens pårørende (#01).

Uttalelsene i resultatene fra intervjuene omtaler en strukturell tilnærming til pasientene. Osteopatisk filosofi er anerkjent for å betrakte pasienten på flere måter enn bare en strukturell/biomekanisk måte. De fem behandlingsmodellene er en viktig kjerne i osteopatisk filosofi. De åpner for å betrakte pasienten fra ulike ståsteder og osteopaten får samtidig muligheten til velge hvilke(-n) modell(-er) han eller hun måtte mene er den passende tilnærmingen. En slik filosofi vil være passende for møtet med denne pasientgruppen. Da det er vanlig at psykisk utviklingshemmede som oftest har flere typer komorbiditeter vil det være nødvendig å betrakte og behandle pasienten med forskjellige tilnærminger. Eksempelvis kan plager i muskel- og skjelettsystemet behandles gjennom den biomekaniske modellen, men samtidig stedfestes komorbiditetene også i andre systemer. Det kan være viktig å tenke på at denne pasientgruppen av og til er diagnostisert med angst og at det videre kan påvirke respirasjonen som kan betraktes gjennom den respiratorisk-sirkulatoriske modellen. Andre komorbiditeter som psykiske lidelser, hormonplager, fedme og fordøyelsesbesvær kan adresseres via de øvrige modellene. Eksemplet ovenfor er ingen fasit på hvordan de ulike plagene skal betraktes, men er gitt for å illustrere hvordan osteopatien kan tilnærme seg pasientene. Basert på dette mener vi at osteopatien har et unikt verktøy i møtet med denne pasientgruppen da de osteopatiske modellene i stor grad vil omfavne hele pasienten og alle dens komorbiditeter. Innen osteopatisk manuell medisin har dette fem-modells konseptet blitt brukt i over 35 år(12, s. 4). Verdens helseorganisasjon anerkjente i 2006 dette konseptet som et unikt osteopatisk tilskudd til helsevesenet verden over. Det er ikke bare de siste 35 årene at hele mennesket har blitt adressert innen osteopatisk filosofi, psykologi ble tidlig et felt osteopatene utforsket.

Som nevnt i den teoretiske forankringen er disse modellene en måte å betrakte pasienten på. Utover dette er det naturlig å velge en passende tilnærming basert på pasientens plager og kapasitet, det være seg en symptombasert-, minimalistisk- eller maksimalistisk tilnærming. Ingen av intervjuobjektene sier noe bestemt om hvilken tilnærming de oftest benytter seg av, men begge intervjuobjektene påpeker at de tror ved å behandle noen somatiske dysfunksjoner eller plager at pasientene vil bli vesentlig bedre. En slik tanke vil passe inn i en minimalistisk tilnærming, da fokuset er på det som er mest signifikant og at minimal tilførsel vil kunne gi maksimal effekt. Den minimalistiske tilnærmingen vil egne seg da pasientene i noen tilfeller er utålmodige som gjør at gjennomføring av lengre behandlinger kan være vanskelig, og at man da må fokusere og behandle noen få utvalgte funn. Det kan for oss virke som at en minimalistisk tilnærming er det mest brukte, men vi utelukker ikke at en maksimalistisk tilnærming kan være egnet. Det er tenkelig at enkelte av disse pasientene kan ha få fysiologiske reserver, samtidig kan det være vanskelig for terapeuten å finne opphavet til plagene eller at en tilstrekkelig god undersøkelse er vanskelig å gjennomføre. I disse tilfellene

kan det være fornuftig å prøve en maksimalistisk tilnærming og behandle pasienten ved bruk av rutiner som påvirker store deler av kroppen og assisterer kroppens fysiologiske prosesser. Ved at den totale belastningen reduseres antar vi at pasientene i større grad klarer å delta på hverdagslige aktiviteter og at symptomer fra andre plager avtar.

Allerede tidlig på 1900-tallet mente grunnleggeren, Andrew Taylor Still og flere av hans kollegaer at osteopatisk behandling kunne ha en innvirkning på mentale forstyrrelser(27). De mente at sykdom var et resultat av funksjonelle problemer og at en av hovedårsakene til mentale forstyrrelser var nedsatt sirkulasjon og tilstedeværelse av somatiske dysfunksjoner i øvre thorakal og cervikal. Det var med god tro på at osteopati kunne være en passende behandlingsform for denne pasientgruppen (sammen med psykisk syke og funksjonshemmede) at det osteopatiske sanatoriet Still-Hildreth ble opprettet. Sanatoriet var et medisinsk helsesanatorium for pasienter med psykiske og psykiatriske lidelser, som ble åpnet i Macon, Missouri. Allerede her er det mulig å se at osteopatien har lange tradisjoner med å inkludere denne pasientgruppen i praksis. Still-Hildreth sanatoriet ble opprettet i 1914 og stengte dørene for aller siste gang i 1968. I forkant av nedleggelsen hadde nye tanker slått rot i det medisinske verden. Sigmund Freud, som var en nevrolog og psykolog, kom med sine tanker om psykoanalysen(28). Psykoanalysen vektla menneskets følelser og ønsket å bevisstgjøre det ubevisste, og begge disse elementene knyttet opp mot menneskets fortid og oppvekst. Dette var et nytt syn på menneskets psykiske helse og nye tilnærminger for behandling oppstod. Samtidig som disse tankene oppstod kom det nye medikamenter som gjorde at mange ble bedre og hadde færre symptomer. Med dette mistet sanatoriet sin naturlige plass i behandling av denne pasientgruppen og pasientantallet sank sakte men sikkert frem til 1968 hvor de slutt så seg nødt til å legge ned sanatoriet.

Ettersom det viser seg at er lange tradisjoner for behandling av denne pasientgruppen innen osteopati var det relevant under intervjuene å spørre om antatt effekt og tilfredshet hos pasienten. I svarene fra intervjuobjektene er de svært samstemte:

Pasientene elsker å komme tilbake, så absolutt. (#02)

Barna slapper enormt av etter behandling og du føler hele kroppen går inn i en fantastisk form og stemning. Du ser ikke lenger funksjonshemmingen. Det kan ligge et avslappet barn på benken, sirkulasjonen kommer i gang og pusten blir roligere, de gir seg hen. Hos voksne er det egentlig noe lignende, de kan ha smerter og du kan tydelig se når en spasme slipper litt grann, det viktigste er egentlig det du føler, at de kommer tilbake inn i kroppen sin. Kommer du til dette stadiet elsker de å komme tilbake. (#01)

Begge intervjuobjektene er svært overbevist om at osteopater kan være med på å skape gode rammer for forebyggende tiltak og at det burde være mulig å samarbeide med andre helseprofesjoner om dette. Det er ønskelig at osteopatene kan få muligheten til å slippe til tidligere og på andre arenaer enn hva som kanskje er vanlig i dag, gjerne via helsestasjoner, barnehager og skoler (#01, #02). Det er ikke nødvendigvis slik at det er mulig å reversere eller fjerne en psykisk utviklingshemming, men begge intervjuobjektene mener at osteopater helt klart kan være med på å bedre forholdene for utvikling hva angår muskel-skjelett plager, søvnmønster, fordøyelse og andre elementer som kan være med på å skape uro og plager for denne pasientgruppen (#02). Når det gjelder samarbeid med andre helseprofesjoner er det rom for å inkludere mange ulike helseprofesjoner. Et samarbeid med pasientens fastlege er viktig for begge intervjuobjektene og de samarbeider i tillegg med fysioterapeuter, psykomotoriske terapeuter, kiropraktorer, ergoterapeuter, ortopeder og andre osteopater (#01, #02).

Samarbeid med andre helseprofesjoner har lenge vært benyttet innen osteopati, eksempelvis ved Still-Hildreth sanatoriet tidlig på 1900-tallet. På sanatoriet ble pasientene ivaretatt av flere ulike terapeuter, samtidig som de fikk osteopatisk behandling(29). Under intervjuene vi foretok forteller begge intervjuobjektene at de har en bredt samarbeid med andre terapeuter. De ser på dette som både viktig og nødvendig for utbytte av behandlingene. Intervjuobjektene mener også at det er viktig å komme inn tidlig, og de nevner arenaer de gjerne skulle ha vært en del av for å best mulig kunne forebygge plager. Basert på vår egen kjennskap til osteopati i Norge er det ikke vanlig å finne osteopater på arenaer som helsestasjoner, barnehager og skoler, men først og fremst finner vi osteopatene i det private helsevesenet på klinikker, enten tverrfaglige eller rent osteopatiske.

Michael M. Patterson stiller i sin artikkel om psykiatri og osteopati et svært viktig spørsmål; bør vi rette et større fokus mot det psykiske aspektet av mennesket enn hva vi gjør i dag(27)? I litteraturen vi har hatt tilgjengelig kan det se ut til at osteopatien mistet noe av sin sterke posisjon innen psykiatrien når Freud kom med sine nye tanker, uten at vi selv har klart å fastslå dette. Begge intervjuobjektene mener helt klart at man kan redusere noen plager hos psykisk utviklingshemmede, men at det er absurd å tenke at vi kan eliminere den psykiske utviklingshemmingen. Det blir nevnt av intervjuobjekt #02 at hun tror at ved å behandle funksjonelle plager hos psykisk utviklingshemmede så vil kognitive, motoriske og vokabulære funksjoner bedres (#02). Patterson omtaler lignende påstander i sin artikkel. Eldre betraktninger og nåtidens erfaringer samt tanker hos osteopater tilsier at vi burde styrke vår rolle innen behandling av psykiske utviklingshemmede ettersom at vi antar at behandling kan gi god effekt.

4.4 Kommunikasjon

Behandling av denne pasientgruppen kan skille seg fra arbeid med andre pasientgrupper på flere måter, men kommunikasjon kan ansees å være den største forskjellen i våre og intervjuobjektene øyne. I tillegg til at omgivelsene må tilpasses (#01) bør og må ofte kommunikasjonen til og med pasienten tilpasses ytterligere. Det er enighet om at språket må gjøres enkelt, men samtidig forklarende og forståelig for pasienten. Det bør unngås å pakke inn informasjonen, men heller strebe etter å gjøre den så direkte og tydelig som mulig (#01). Det finnes mange måter å tilnærme seg denne pasientgruppen på uten nødvendigvis å måtte benytte seg av et avansert språk.

Jeg snakker enkelt og leker mye. Med barn er det mye lek, mye synging og jeg nynner ofte. (#01)

Da denne pasientgruppen ikke alltid selv er i stand til å ytre seg eller utrykke smerte er det ikke nødvendigvis slik at det er pasientene selv som kommer inn, men det er gjerne foreldrene som bringer barna til en konsultasjon.

Det er ofte foreldrene som kommer inn med barna og påpeker en mangelfull utvikling med tanke på adferden hos barna. (#01)

Personer med en psykisk utviklingshemming har som kjent ulik grad av kognitiv svikt, dette kan medføre at de ikke selv klarer å knytte symptomer til sykdom og på denne måten ikke tar initiativ til å oppsøke hjelp på egenhånd(1). Det er heller ikke alltid slik at menneskene som omgås med den som er psykisk utviklingshemmet klarer å oppfatte tegn eller misnøye som tilsier at vedkommende har smerter eller er syk. Slike utfordringer kan føre til at denne pasientgruppen ikke blir diagnostisert eller at de blir feildiagnostisert. I studien gjort av

McGuire et al kommer det frem at 13% av et utvalg på 156 utviklingshemmede har kroniske plager(11). Dette kom frem ved at pårørende fikk utlevert et spørreskjema som skulle kartlegge kroniske smerter. Det fremkommer at behandlingen av disse plagene baserer seg på reseptfrie smertestillende medikamenter, og ingen av pasientene var tilkoblet spesialhelsetjenesten for behandling av kroniske plager. Det ble i 1992 gjort forsøk på å trene helsepersonell til å kommunisere mer effektivt og sikkert med psykisk utviklingshemmede(30). Det er viktig at helsepersonell med ansvar for denne pasientgruppen kan kommunisere med pasienten og tolke symptomer på smerte på en effektiv og sikker måte slik at pasientene blir forstått, og ikke oversett. Deltakerne i denne studien fikk utlevert en 20-minutters videoforelesning som viste ulike teknikker og tiltak som var effektive og nyttige i kommunikasjon med denne pasientgruppen. Et slikt tiltak viste seg å være svært effektivt og deltakerne var tilfredsstilte med resultatene.

Det er ikke alltid like lett for terapeuten å hente ut tilstrekkelig nok med informasjon som kan være til hjelp under behandling (#02). Det er svært viktig å inkludere foreldrene/foresatte i denne prosessen med å hente ut informasjon om pasienten og videreformidling av funn, råd og tips. Informasjon om pasientens symptomer og plager blir gitt til foreldrene/foresatte og ikke direkte til pasienten. Dersom terapeuten føler det er nødvendig å gi øvelser eller råd som skal utføres mellom behandlinger blir disse instruert og forklart til de som følger pasienten til konsultasjonen (#01, #02). Dersom terapeuten trenger en samtykkeerklæring til behandling er det ofte slik at det er foreldrene/foresatte som skriver under på denne (#01).

Du finner mest sannsynlig ut mindre om deres tilstand og alt annet som foregår i deres liv fra deres egne ord og de klarer nok ikke å fortelle deg så mye, men det viktigste er at de kommuniserer på et enkelt nivå, og at vi tar det i betraktning. (#02)

Det er heller ikke alltid gjennom ord at det fremkommer smerter eller plager. Ved å være oppmerksom på adferd og forandringer i atferd kan man allerede her oppdage misnøye.

Det kan være lyder som grynting eller at de endrer et bevegelsesmønster og det er da viktig at pleiepersonell kan plukke opp slike endringer. For eksempel kan et rotasjonsmønster gå over til å bli en vugging i én retning. (#02)

Vi velger å stille spørsmål ved om det er etisk forsvarlig å behandle pasienter som ikke alltid er i stand til å gi tilstrekkelig nok informasjon om deres plager på egenhånd. Ettersom vi har fått konstatert i våre resultater at det ofte er foreldre eller pårørende som bringer pasientene til en konsultasjon er det ikke på pasientens eget initiativ at de kommer til oss. Smerte er en subjektiv opplevelse og foreldre, pårørende eller vi som osteopater innehar ikke en fasit om presis lokalisasjon, hvor sterke eller hvordan disse smertene oppleves. I disse tilfellene blir det til en viss grad tilbakeholdt denne type informasjon, dog på en ufrivillig måte. Foreldre eller pårørende kan komme med informasjon og svare på spørsmål under anamnesen, men de kan umulig sitte på all informasjonen som blir spurt om i en smerteanamnese, da det blant annet blir stilt spørsmål som går på pasientens egen oppfatning og opplevelse av smertene. Dette gjelder ikke bare denne pasientgruppen, men også for barn som ikke har utviklet språk eller har god nok forståelse samt eldre som kanskje ikke alltid husker (eksempelvis demens) eller klarer å svare på det som blir spurt om. Dersom man ikke vet nok om pasienten eller har nok informasjon om plagene, er det da forsvarlig å starte en behandling?

4.0.1 Svakheter ved studien

Ved denne oppgaven finnes det flere svakheter, først og fremst at det var få lignende studier å finne. Generelt har det vært krevende å finne gode studier som omtaler osteopatisk behandling av psykisk utviklingshemmede. Det har derfor vært brukt andre studier som omtaler deler av en behandling, som for eksempel kommunikasjon eller studier om mentale sykdommer. Et annet problem vi støtte på var at de fleste av referansene (studiene) ikke var skrevet nylig og at nyere forskning kan ha motbevist eller kommet med andre synspunkter som ville ha forandret våre utsagn, uten at vi har klart å finne disse selv. Vi oppdaget at grensen mellom mentale lidelser, psykiske lidelser, utviklingshemming og psykisk utviklingshemming ikke var klar og tydelig. Begreper blir brukt om hverandre og på ulike måter og dette har gjort det vanskelig å skille psykiske lidelser fra en psykisk utviklingshemming i flere av referansene (studiene) som har vært brukt i arbeidet vårt. I denne oppgaven har all relevant informasjon om psykisk utviklingshemming, som stemmer overens med valgt definisjon, blitt benyttet. Grunnet lav respons på henvendelsene våre om deltakelse i studien endte vi opp med få deltakere. Det var ønskelig med flere intervjuobjekter og derfor kan det ansees å være en svakhet ved denne studien da resultatene kun er basert på uttalelser fra to osteopater.

Uttalelser fra intervjuobjektene har blitt moderert og oversatt. Da det ene intervjuet foregikk på engelsk var det nødvendig å oversette disse uttalelsene til norsk. Uttalelser fra intervjuet som foregikk på norsk har blitt moderert da transkribering inneholdt et noe utydelig språk. Lydfilene fra intervjuene ble ikke fullstendig transkribert, de ble avsluttet når intervjuobjektene uttalte seg om andre elementer som ikke var direkte relevant for å besvare problemstillingen i denne bacheloroppgaven.

5 Konklusjon

Våre resultater viser til at det ikke nødvendigvis er markante forskjeller i behandling av psykisk utviklingshemmede sammenlignet med den øvrige befolkningen. Mange av de typiske plagene som sees hos denne pasientgruppen er tilsvarende for resten av befolkningen, men spastisitet og kontrakturer som følge av andre problemer forekommer hyppigere. Behandlingen gjennomføres på samme måte, men rammene rundt og osteopatens tilnærming må tilpasses det enkelte individ da denne pasientgruppen ofte har ulike utfordringer og flere diagnoser samtidig. Rammene for behandling bør skape ro og trygghet hos pasienten og osteopaten må være åpen for nye utfordringer. Intervjuobjektene har erfart at osteopatens mange ulike teknikker egner seg godt; mest brukt er indirekte teknikker, men bruk av MET teknikker synes å være godt likt hos noen av pasientene da det gir de mulighet til å delta i behandlingen. Kommunikasjon med pasienten gjøres ofte enkelt og en god dialog med foreldre/foresatte er essensielt. Sang og lek er et godt alternativ til kommunikasjon når vanlig samtale er utfordrende samt at det har en beroligende effekt hos pasientene. Gode samarbeid er nødvendig da denne pasientgruppen kan ha andre behov enn øvrige pasientgrupper. Samtidig vektlegges det at forebygging er viktig slik at man tidlig skal kunne adressere plager som kan ha stor innvirkning på pasientens livskvalitet. Den totale opplevelsen med behandling av psykisk utviklingshemmede er god og behandling sees å være effektiv. Erfaringsmessig liker denne pasientgruppen å få behandling og de elsker å komme tilbake.

For videre forskning vil det kunne være relevant og interessant å se nærmere på hvilke plager psykisk utviklingshemmede ved Still-Hildreth sanatoriet ble behandlet for, da det er vist i vår studie og i litteraturen at osteopatisk praksis har inkludert denne pasientgruppen i svært mange år.

6 Referanseliste

1. Karl Elling Ellingsen. Helseoppfølging av person med utviklingshemming. NAKU; 2007.
2. WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internett]. 2013 [sitert 22. januar 2016]. Hentet fra: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
3. Torild Jakobsen. Vi vil, vil vil, men får vi det til? Levekår, tjenestetilbud og rettsikkerhet for personer med utviklingshemming. Sosial- og helsedirektoratet; 2007.
4. NAKU. Diagnose: Antall fødsler med utviklingshemming [Internett]. 2010 [sitert 31. januar 2016]. Hentet fra: <http://naku.no/node/203>
5. Helsedirektoratet. (F70-F79) Psykisk utviklingshemming [Internett]. Helsedirektoratet; [sitert 2. januar 2016]. Hentet fra: <https://finnkode.helsedirektoratet.no/#icd10/0/0/0/2596295>
6. Malt U. Komorbiditet. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2014 [sitert 11. mars 2016]. Hentet fra: <http://sml.snl.no/komorbiditet>
7. Siw Ellen Jakobsen. Utviklingshemmede spiser seg syke [Internett]. forskning.no. 2014 [sitert 18. januar 2016]. Hentet fra: <http://forskning.no/funksjonshemming-overvekt-politikk/2014/04/utviklingshemmede-spiser-seg-syke>
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Fysisk aktivitet [Internett]. Regjeringen.no. 2013 [sitert 18. januar 2016]. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/fysisk-aktivitet/id589909/>
9. Jan Erik Ingebrigtsen, Nils Petter Aspvik. Fysisk aktivitet og idrett - en pilotstudie av utviklingshemmedes fysiske aktivitet. NTNU Samfunnsforskning AS, Senter for idrettsforskning; 2009.
10. Norsk helseinformatikk. Muskelskjelettlidelser, fysisk aktivitet [Internett]. NHI.no. 2013 [sitert 18. januar 2016]. Hentet fra: <http://nhi.no/trening/fysisk-aktivitet-og-helse/muskelskjelettlidelser-fysisk-aktivitet-9499.html>
11. B.E. McGuire, P. Daly, F. Smyth. Chronic Pain in People with an Intellectual Disability: Under-recognised and Under-treated? Blackwell Publishing Ltd; 2010.
12. Anthony Chila. Foundations of Osteopathic Medicine. 3rd. edition. Baltimore, U.S: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 1131 s.
13. Ronja Lund. Osteopatisk diagnose og modeller - Kull 2013. Forelesning;
14. Store norske leksikon. Erfaring. I: Store norske leksikon [Internett]. 2014 [sitert 14. januar 2016]. Hentet fra: <http://snl.no/erfaring>
15. Christian Fossum. Hva er osteopati? Bakgrunn, Kunnskap og Forskning [Internett]. [sitert 19. april 2016]. Hentet fra: <http://studylib.net/doc/5606429/somatisk-dysfunksjon>
16. Denscombe M. The Good Research Guide for small-scale social research projects. Third

Edition. England: Open University Press; 2007. 359 s.

17. Aalen OO, Frigessi A, Moger TA, Scheel I, Skovlund E, Veiebrød MB. Statistiske metoder i medisin og helsefag. 1. opplag, 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk;
18. Norsk Osteopat Forbund. Etiske regler for osteopater [Internett]. Norsk osteopat forbund; 2007. Hentet fra:
http://www.osteopati.org/Userfiles/Sites/files/Etiskeregler2007_pdf.pdf
19. General Osteopathic Council. Standards [Internett]. [sitert 3. oktober 2016]. Hentet fra:
<http://www.osteopathy.org.uk/standards/>
20. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasient- og brukerrettigheter.
21. Solbakk JH. Sårbare grupper [Internett]. Etikkom. 2014 [sitert 13. januar 2016]. Hentet fra: <http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Sarbare-grupper/>
22. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningslove.n) [Internett]. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
23. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) [Internett]. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
24. Fangen K. Kvalitativ metode [Internett]. Etikkom. [sitert 22. januar 2016]. Hentet fra:
<http://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>
25. Eirin Lorentzen. Psykoterapi med mennesker med psykisk utviklingshemming. Tidsskr Nor Psykologforening. 2008;45(2):120–6.
26. Robert C. Ward, D.O., F.A.A.O. Foundations for Osteopathic Medicine. 2. utgave. Lippincott Williams & Wilkins; 1259 s.
27. Michael M. Patterson. Psychosis and osteopathy. The Journal of the American Osteopathic Association; 2000.
28. Raaheim K, Skre IB. Psykoanalyse. I: Store norske leksikon [Internett]. 2015 [sitert 9. mars 2016]. Hentet fra: <http://snl.no/psykoanalyse>
29. Cheryl Gracey. Still-Hildreth Osteopathic Sanatorium Records. juni 2005;
30. Harper DC, Wadsworth JS. Improving health care communication for persons with mental retardation. Public Health Rep. 1992;107(3):297–302.

7 Vedlegg

Vedlegg 1

Prosjektoppgave - Osteopati NHCK

1. Hva jobber du som? (Det er mulig å velge mer enn ett alternativ)

- Fysioterapeut
- Osteopat
- Naprapat
- Kiropraktor
- Manuellterapeut

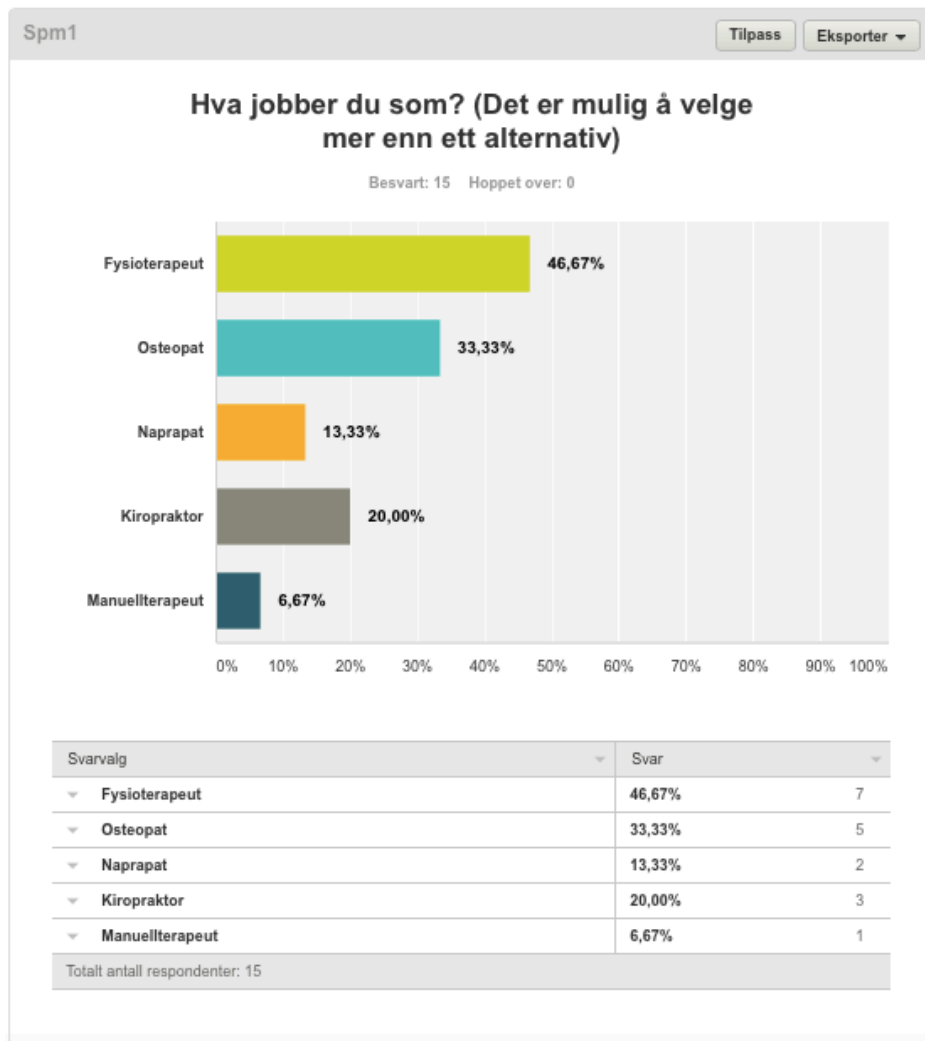
2. Behandler du noen pasienter med en psykisk utviklingshemming? Evt. behandlet tidligere.

- Ja
- Nei

Neste

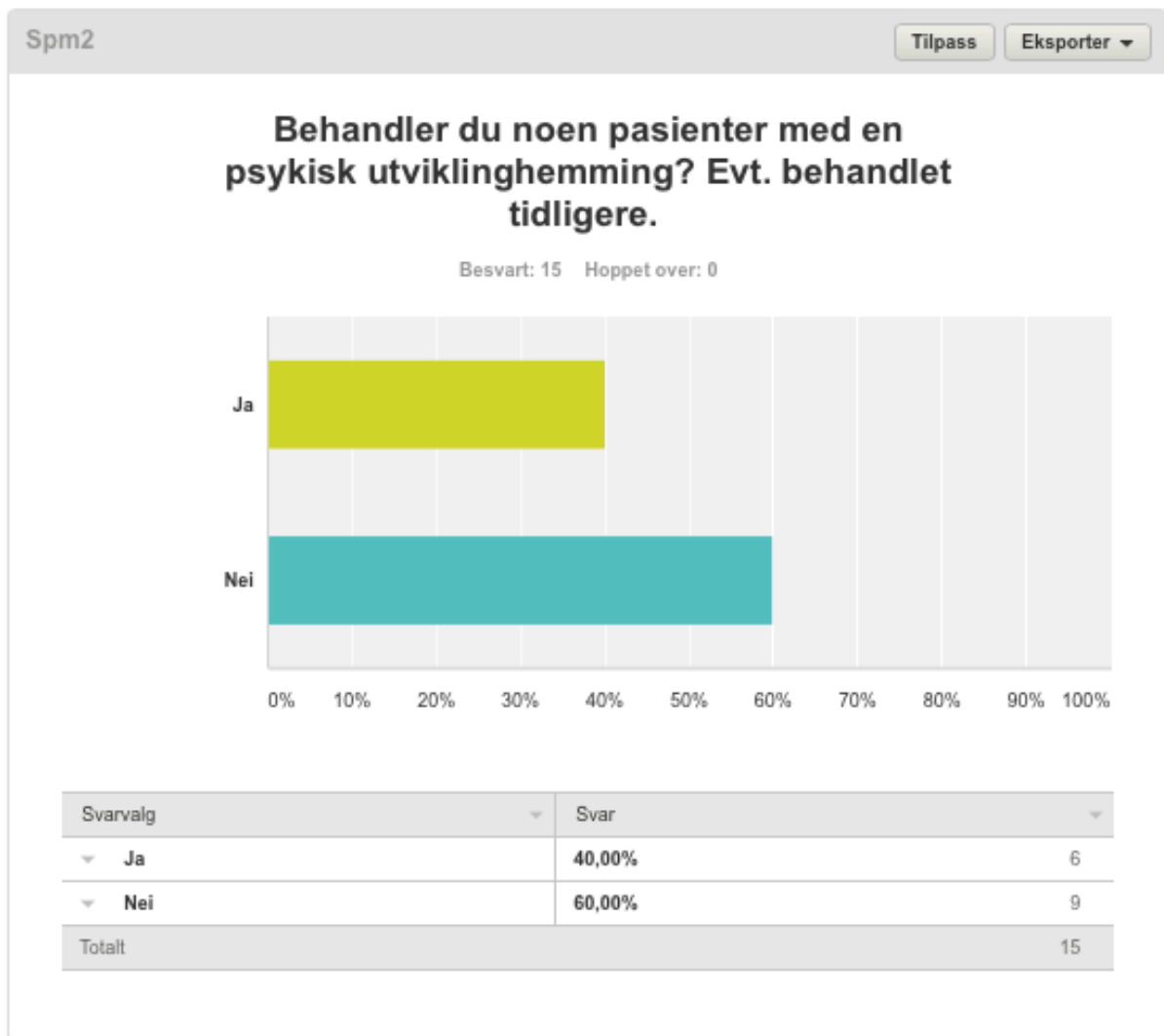
Figur 1 Spørreskjemaet som ble brukt til pilotstudien som ble gjennomført høsten 2015.

Vedlegg 2



Figur 2 Resultater fra pilotstudien.

Vedlegg 3



Figur Resultater fra pilotstudien.

Vedlegg 4

Hei _____

Vi er to osteopatistudenter ved Høyskolen Kristiania. I disse tider skriver vi en bachelor om osteopatisk behandling av psykisk utviklingshemmede. Etter anbefalinger fra fagstaben på skolen (*navn til fagstab som kom med anbefalinger var oppført her*) har vi valgt å ta kontakt med deg, da de mente at du kanskje har den kompetansen vi søker.

Studien vår er basert på en kvalitativ metode og vi ønsker å gjøre dybdeintervjuer med noen utvalgte osteopater for å høre hvilke erfaringer de har gjort seg med behandling av psykisk utviklingshemmede. Grunnen til at vi har valgt dette temaet for vår bacheloroppgave er egne erfaringer fra samlokaliserte boliger hvor beboerne er psykisk utviklingshemmede. Vi har merket oss at flere har plager i muskel-skjelettsystem og at det kan være behov for en form for behandling for å bedre deres hverdag. Derfor har vi i denne oppgaven valgt å fokusere på erfaringene osteopatene har gjort seg og hvordan de tilnærmer seg denne pasientgruppen.

Dersom du føler du kan sitte på kompetansen vi kan dra nytte av håper vi at du er interessert i å dele din kunnskap med oss, slik at vi kan bruke denne informasjonen til å ferdigstille vår bacheloroppgave. Intervjuet vil vare ca. 45 minutter og vi reiser mer enn gjerne til din arbeidsplass eller hva enn som måtte være det beste for deg for å gjennomføre intervjuet.

Skulle du ha anbefalinger om andre osteopater som kan være interesserte i å dele slike erfaringer med oss tar vi gjerne de anbefalingene imot.

Med vennlig hilsen

Figur 3 Mail som ble sendt til osteopater vi ønsket å intervju.

Intervjuguide til bachelor i osteopati:

Her er spørsmålene vi har utformet til intervjuet.

Lukkede:

1. Hvor lenge har du jobbet som osteopat?
2. Hvor har du tatt din utdanning?
3. Hvor mange års erfaring har du med denne pasientgruppen?
4. Hvor stor er denne pasientgruppen i din praksis?
5. Har du tatt kurs/annen utdanning som har vært fordelaktig i arbeid med denne pasientgruppen?

Åpne:

1. Hva slags plager, symptomer eller problemer behandler denne pasientgruppen for?
2. Er det spesielle utfordringer du støter på? Individuelle særegenheter?
3. Hva synes du selv er mest utfordrende ved å behandle denne pasientgruppen?
4. Kommunikasjon er en vesentlig del av pasientbehandling – hvordan skille denne gruppen seg fra andre pasienter i forhold til dette?
5. Hvordan gjør du det i forhold til samtykke til teknikker og behandling?
6. Er det teknikker du erfaringsmessig selv synes er effektive i behandlingen av disse pasientene?
7. Hva må man være oppmerksomme på i forhold til røde flagg og patologi?
8. Hvordan sees effekten, samt pasientens tilfredshet av behandling å være?
9. Tror du osteopati kan ha en forebyggende effekt, og hvilken rolle bør vi ha som et helsetilbud for denne gruppen?
10. Samarbeider du med annet helsepersonell om behandlingene?
11. Hvordan inkluderer og involverer du pasienten i behandlingsopplegget?

Figur 4 Intervjuguiden som ble sendt til intervjuobjektene.

Vedlegg 6

Samtykkeerklæring for intervju til bacheloroppgave ved Høyskolen Kristiania

Beskrivelse av studiet

Vi er to studenter som ved Høyskolen Kristiana skriver en bachelor i osteopati. Veileder for denne oppgaven er førstelektor, Christian Fossum.

Studiens tema er osteopatisk behandling av psykisk utviklingshemmede, mer presist hvilke erfaringer osteopater har gjort seg med behandling av denne pasientgruppen.

Vi ønsker derfor å intervju deg om dette temaet. Formålet med intervjuet er å forstå mer om dette temaet og å høre hvilke erfaringer du har gjort deg. Informasjon som kan identifisere deg i oppgaven vil bli utelatt. Ingen andre enn oss selv og veileder vil kunne vite hvem som har blitt intervjuet. Intervjuet vil bli tatt opp for at vi skal kunne transkribere intervjuet slik at dine uttaler ikke vil bli preget av skjønnsmessige oppfatninger under vår bearbeidelse med intervjumaterialet. Intervjumaterialet vil kun bli behandlet av oss og vår veileder. Om ønskelig kan du få tilsendt transkriberingen i etterkant av intervjuet for å lese igjennom. Dette vil eventuelt skje før materialet vil bli brukt i vår oppgave.

All deltagelse i denne studien er frivillig og du kan trekke deg når som helst.

Før intervju kan finne sted ber vi deg om å samtykke til deltagelse ved å undertegne på at du har lest og forstått informasjonen på dette arket, og ønsker å stille til intervju.

Samtykke

Jeg har lest og forstått informasjonen over og gir mitt samtykke til å bli intervjuet

Sted og dato

Signatur

Figur 5 Samtykkeskjemaet som ble sendt til intervjuobjektene.