

# Bacheloroppgave

Kiropraktorer og osteopater sin tilnærming til  
migrenepasienter i Norge – et kvalitativt studie

av

102011 og 102039

28. april 2017

VF202 – Bacheloroppgave

Osteopati

10248 ord

April, 2017

Institutt for helsefag – Høyskolen Kristiania

## **FORORD**

Bacheloroppgaven har vært en spennende og lærerik utfordring. Formålet med oppgaven var å få en bredere forståelse for hva vi som kommende manuelle behandlere kan gjøre for den aktuelle pasientgruppa. Ved hjelp fra veileder og informanter resulterte bacheloroppgaven i en ny og dypere forståelse for temaet migrene. Oppgaven har gitt oss kunnskap og erfaringer vi vil ta med oss videre i den kliniske hverdagen.

Vi ønsker å takke våre fire informanter som frivillig deltok på intervju. Takk for at dere satte av tid til oss og delte deres erfaringer. Uten deres deltakelse ville ikke oppgaven blitt ferdigstilt. Videre vil vi takke familie og venner for korrekturlesning av oppgaven og for konstruktive tilbakemeldinger.

Til slutt ønsker vi å takke vår veileder, Pål Andre Amundsen, for faglig hjelp og veiledning.

[Studentenes navn]

Oslo, 04.2017

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Innledning</b>	<b>5</b>
2.1	<i>Tema og formål</i>	5
2.2	<i>Avgrensning og oppbygning</i>	6
2.3	<i>Begrepsavklaring</i>	7
<b>3</b>	<b>Teori</b>	<b>8</b>
3.1	<i>Migrene</i>	8
3.2	<i>Klassifisering av hodepiner</i>	8
3.3	<i>Symptomer og funn</i>	10
3.4	<i>Mulige årsaksmekanismer</i>	10
3.5	<i>Konservativ behandling</i>	12
3.6	<i>Osteopati</i>	13
3.7	<i>Kiropraktikk</i>	14
<b>4</b>	<b>Metode</b>	<b>15</b>
4.1	<i>Kvalitativ tilnærming</i>	15
4.2	<i>Utvalg og rekruttering av informanter</i>	16
4.3	<i>Intervjuguide</i>	17
4.4	<i>Prøveintervju</i>	17
4.5	<i>Hovedintervju</i>	18
4.6	<i>Transkribering</i>	18
4.7	<i>Analyse</i>	19
4.8	<i>Studiets kvalitet</i>	19
4.9	<i>Etiske betraktninger</i>	21
<b>5</b>	<b>Resultater</b>	<b>22</b>
5.1	<i>Den "typiske" migrenepasienten</i>	23
5.2	<i>Antatte årsaksmekanismer</i>	24
5.3	<i>Behandlingstilnærming</i>	26
5.4	<i>Effekt og respons</i>	30
<b>6</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>31</b>
6.1	<i>Hovedfunn</i>	31
6.2	<i>Diskusjon av resultater</i>	32
6.3	<i>Implikasjoner</i>	35
6.4	<i>Metodekritikk</i>	36
6.5	<i>Anbefaling til senere forskning</i>	38
<b>7</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>39</b>
<b>8</b>	<b>Referanseliste</b>	<b>40</b>
<b>9</b>	<b>Vedlegg</b>	

# 1 Sammendrag

## Formål og problemstilling

Bacheloroppgaven tar for seg kiropraktorer og osteopater sin tilnærming til migrenepasienter og hvilken respons behandlerne har fått fra sine pasienter. Bakgrunn for valg av tema er egne interesser og et ønske om å lære mer om hvordan vi som kommende manuelle behandlere kan hjelpe denne voksende pasientgruppen. Dette resulterte i problemstillingen:

*”Hvilken tilnærming har kiropraktorer og osteopater til migrenepasienter og hvordan opplever de at pasienter responderer på behandlingen?”*

## Metode

For å svare på problemstillingen ble det benyttet kvalitativ metode og semistrukturert intervju. Målet med metoden var å få fram meninger, holdninger og erfaringer. Via e-post ble det rekruttert fire informanter - to osteopater og to kiropraktorer. Informantene ble intervjuet på valgfritt lokale hvor det ble brukt båndopptaker. Datamaterialet ble transkribert, kodet og sortert i 11 ulike kategorier. Kategoriene dannet grunnlaget for resultatene, presentert i fire hovedkategorier.

## Resultater

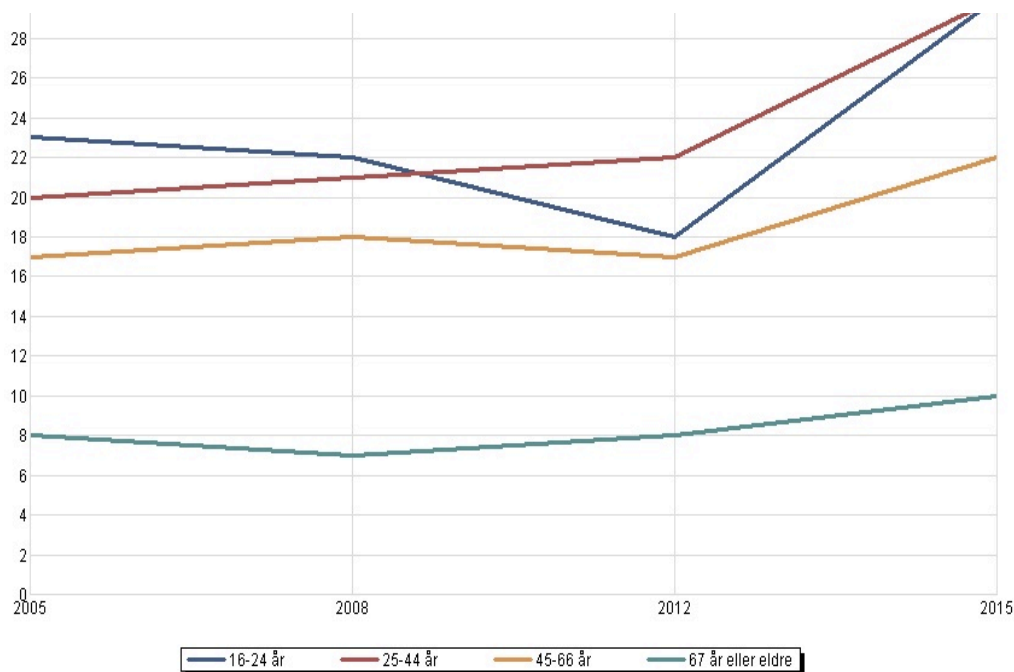
Samtlige informanter evaluerer cervikal- og thorakalcolumna, hvor flere av de også adresserer skuldre og kjeveleddet. I tillegg sjekker osteopatene bekkenringen og viscerale strukturer, men påpeker at det er svar fra den manuelle undersøkelsen som veileder for behandling. Informantene bruker ofte manipulasjonsteknikker, men tilpasser teknikkutvalg etter pasienten. Kiropraktorene påpeker at de ikke behandler selve migrenetilstanden, men at de behandler andre symptomer og tilleggshodepiner for å oppnå smertelette. Samtlige er enige om at adressering av migrenetriggere er viktig, hvor stress er mest gjeldende og dermed blir bevisstgjørelse av respirasjon en del av behandlingstilnærmingen.

## Konklusjon

Både osteopatene og kiropraktorene tilnærmer seg migrene gjennom bruk av manuelle teknikker og rådgivning, med det formål om å redusere assosierte triggere til migrene. Informantene får positiv respons fra pasientene hvor de forteller om redusert smerteintensitet og medikamentbruk, samt økt livskvalitet. Resultatene kan til dels støttes av litteraturen.

## 2 Innledning

Migrene er svært utbredt og migrenepasienter er en stor potensiell pasientgruppe for manuelle behandlere. I Norge er prevalensen på migrene opp mot 15% kvinner og 7% menn, hvor den hyppigste pasientgruppen er kvinner i 40-årsalderen (1). Omtrent 20% opplever ett eller flere migreaneanfall i løpet av livet. Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) vist i figur 1, viser en økning på 10% i antall tilfeller av ulike hodepiner fra 2005-2015 (2). Tall fra 2015 viser at aldersgruppen 16-44 år er den største pasientgruppen, hvor økningen er størst for de mellom 16 og 24 år.



**Figur 1.** Figuren viser i prosent hvor stor andel av aldersgruppene som er plaget med migrene eller hodepine de siste tre månedene. Grafen viser begge kjønn. Kilde: Modifisert etter Statistisk Sentralbyrå (2). Tallene er hentet fra statistikkbanken, tema helseforhold og levekårsundersøkelse. Tabell 04432 - symptomer på helseproblemer og medisinbruk, etter kjønn og alder (prosent). I tabellen brukes variablene "hodepine eller migrene, plaget siste 3 mnd", "begge kjønn", "16-67 eller eldre", "2005-2015".

### 2.1 Tema og formål

Valg av tema er basert på vår interesse for migrene og ønsket om et tema som er relevant for klinisk praksis. Formålet med oppgaven er å få en økt forståelse for hvordan vi som kommende manuelle behandlere kan tilnærme oss migrene, og på den måten kunne utøve den beste kliniske praksisen.

Migrenepasienter er en stor gruppe som er viktig å kunne hjelpe da migrene kan være en funksjonsnedsettende lidelse (1). I følge Norges helseinformatikk (NHI) rapporter enkelte pasienter om følgesymptomer som depresjon, utmattelse, angst og svekket konsentrasjonsevne. Migrene og følgesymptomene kan påvirke hverdagen til migrenepasienter i stor grad, noe som resulterer i spørsmålene om hvordan manuelle behandlere tilnærmer seg migrenepasienter og om de oppnår god respons. Er migrene noe manuell behandling kan påvirke, eller er det konservativ behandling med medikamenter som er det mest optimale? Spørsmålene dannet grunnlaget for følgende problemstilling:

*”Hvilken tilnærming har kiropraktorer og osteopater til migrenepasienter og hvordan opplever de at pasienter responderer på behandlingen?”*

## **2.2 Avgrensning og oppbygning**

I denne oppgaven vil definisjonen av migrene romme alle undergruppene av migrene og fungere som en samlebetegnelse. Basert på litteratursøk var forfatterne i tvil om informantene tok hensyn til de ulike definisjonene av hodepiner under konsultasjon, derfor kunne en samlebetegnelse være lettere for informantene å forholde seg til. Videre kunne samlebetegnelsen hjelpe forfatterne å unngå ekskludering av studier med ulik definisjon av migrene.

Valg av informanter avgrenset oppgaven ytterligere. Valget falt på profesjonene osteopati og kiropraktikk fordi at gjennom litteratursøk fikk forfatterne en oppfatning av at disse profesjonene tilsynelatende behandler migrene likt.

Gjennom oppgavens tittel: *“Kiropraktorer og osteopater sin tilnærming til migrenepasienter i Norge”* ble oppgaven avgrenset til hvordan manuelle behandlere jobber i Norge. Dette valget baserte seg på ønsket om å bruke norskspråklige informanter for å unngå eventuelle kommunikasjonsproblemer og transkripsjonsfeil.

Oppgaven består av syv kapitler, hvor alle er kort introdusert i dette avsnittet.

**Kapittel 1:** Kort oppsummering av oppgavens metode, resultater og konklusjon.

**Kapittel 2:** Innledning med introduksjon til temaet migrene. Formålet og problemstillingen til oppgaven presenteres.

**Kapittel 3:** Presentasjon av relevant teori. Her blir blant annet symptomer, kjennetegn og årsaksmekanismer til migrene belyst, i tillegg til en introduksjon av profesjonene osteopati og kiropraktikk.

**Kapittel 4:** Informasjon om kvalitativ metode og gjennomføring av studiet blir presentert.

**Kapittel 5:** Presentasjon av resultater fra studiet.

**Kapittel 6:** Kapitlet dekker diskusjon av resultater og metodekritikk.

**Kapittel 7:** Oppgavens problemstilling blir besvart og konklusjonen blir presentert.

### **2.3 Begrepsavklaring**

- Vegetative symptomer: Viser til det vegetative nervesystemet, som er en eldre betegnelse for det autonome nervesystemet. Vegetative symptomer styres av det autonome (ikke-viljestyrte) systemet. Eksempler er svimmelhet, skjelving eller kvalme (3,4).
- Fonofobi: Overfølsom for lyd som kan føre til ubehag eller smerte (5).
- Fotofobi: Overfølsom for lys som kan føre til ubehag eller smerte (5).
- Parestesi: Defineres som en hudfornemmelse som ikke skyldes ytre påvirkninger. I forbindelse med migrene kan prikking og nummenhet i hender og ansikt være gjeldende (6).
- Afasi: Defineres som tap i evnen til å bruke og forstå ord selv om både nerveforsyning og muskulatur tilknyttet talefunksjon er intakt (7).
- Mikrobiota: I denne oppgaven defineres mikrobiota som bakterier i gastrointestinalsystemet. Kan også kalles tarmflora (8).
- Prebiotika: Stoffer som gir næring til de gode tarmbakteriene og derigjennom kan hemme kolonisering av sykdomsfremmende bakterier (8).
- Probiotika: Mat eller kosttilskudd som inneholder melkesyrebakterier, kan normalisere bakteriebalansen i tarmen (8)

### 3 Teori

#### 3.1 Migrene

Migrene er en vanlig form for hodepine som kan være funksjonsnedsettende med både sosioøkonomiske og personlige konsekvenser (9). Tilstanden er en tilbakevendende hodepine med vegetative symptomer og hypersensitivitet av ulike funksjonelle systemer i sentralnervesystemet (10). Global Burden of Disease Survey 2010 rangerte migrene som den tredje mest utbredte lidelsen på verdensbasis (9).

#### 3.2 Klassifisering av hodepiner

The International Classification of Headache Disorders (ICHD-1) ble utarbeidet i 1988 av International Headache Society (IHS), og er senere revidert flere ganger (11). ICHD-3 fra 2013 klassifiserer migrene som den vanligste primære hodepinen, vist i tabell 1.

**Tabell 1.** Klassifisering av hodepine (ICHD-3) (11). Viser klassifisering av migrene som primær hodepine med aktuelle sub-typer og underkategorier brukt i denne oppgaven.

Klassifisering av hodepine (ICHD-3)			
Hovedinndeling	Hodepinetyper	Sub-typer	Underkategorier
Primære hodepiner	Migrene	Migrene uten aura	Hormonell migrene
		Migrene med aura	Familiær hemiplegisk migrene
		Kronisk migrene	
		Komplikasjoner til migrene	
		Sannsynlig migrene	
		Episodiske syndromer som kan være assosiert med migrene	
	Tensjonstype hodepine		
Sekundære hodepiner	Trigeminale autonome cephalagier (TACs)		
	Andre primære hodepiner		
	Hodepine knyttet til cervikale tilstander	Cervikogen hodepine	
Kranial nevralgi, ansiktssmerter og andre hodepiner			



En primær hodepine er en hodepine hvor det ikke kan påvises en underforliggende tilstand som forårsaker smerten (9). Migrene kan enten være episodisk eller kronisk. Episodisk migrene er færre enn 15 dager med anfall per måned. Kronisk migrene er over 15 dager med anfall per måned, med varighet på over tre måneder (12). Migrene kan deles i flere sub-typer, hvor migrene med og uten aura er de vanligste (9). Hver sub-type har flere underkategorier hvor blant annet den hormonelle migrenen klassifiseres. For å klassifisere og diagnostisere de ulike hodepinetyperne blir ICHD-3 benyttet. I tabell 2 og 3 er kriteriene for de vanligste migrenevariantene skjematisk framstilt.

**Tabell 2.** *Diagnostiseringskriterier for migrene uten aura (13).*

<b>Migrene uten aura (ICHD-3)</b>	
A	Minst fem anfall som oppfyller kriteriene B-D
B	Hodepineanfall som varer 4-72 timer
C	Hodepine med minst to av følgende fire karakteristikk: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Unilateral lokalisering</li> <li>2. Pulserende kvalitet</li> <li>3. Moderat eller kraftig smerteintensitet</li> <li>4. Forverring ved (eller unngår bevisst) daglig fysiske gjøremål/aktiviteter</li> </ol>
D	Når hodepinen pågår, skal minst én av disse karakteristikkene være tilstede: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kvalme og/eller oppkast</li> <li>2. Fotofobi og/eller fonofobi</li> </ol>
E	Treffer ingen andre kriterier i ICHD-3 diagnosene

**Tabell 3** *Diagnostiseringskriterier for migrene med aura (14).*

<b>Migrene med aura (ICHD-3)</b>	
A	Minst to anfall som oppfyller kriteriene B og C
B	En eller flere av følgende reversible visuelle (aura) symptomer: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visuell</li> <li>2. Sensorisk</li> <li>3. Språkvansker</li> <li>4. Motor</li> <li>5. Hjernestamme</li> <li>6. Retinal</li> </ol>
C	Minst to av følgende fire karakteristikk: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minst én av aurasymptomene spes gradvis over 5 minutter, og/eller to eller flere symptomer i rekkefølge</li> <li>2. Hver av de individuelle aurasymptomene varer i 5-60 minutter</li> <li>3. Minst ett aurasymptom er unilateralt</li> <li>4. Hodepinen kommer enten med auraen eller inntil 60 minutter etter aura-symptomene</li> </ol>
D	Treffer ingen andre kriterier i ICHD-3 diagnosene, og TIA (Transiskemiskanfall) er utelukket

### **3.3 Symptomer og funn**

Ved migrene er smertene ofte lokalisert unilateralt og frontotemporalt, men kan oppstå bilateralt, spesielt hos barn under 18 år (14). Den opptrer som en pulserende smerte og varer alt fra 4 til 72 timer (1). Smertene er ofte ledsaget av kvalme og brekninger, fotofobi og fonofobi. Intensiteten kan variere fra moderat til kraftig og blir ofte forverret ved fysisk aktivitet. 75% av migrenepasientene kan også oppleve ledsagende cervikale smerter.

Hos 10 til 20% av migrenepasientene kan det oppstå aurasymptomer (1). Aura er nevrologiske symptomer som kan fungere som et forvarsel til migreaneanfall. Likevel kan aura forekomme under eller etter hodepinen. Aurafasen varer vanligvis 10 til 20 minutter, men varighet opp til en time kan inntreffe. Den vanligste formen er visuell aura (lysglimt eller mørke flekker i deler av synsfeltet) og forekommer i over 90% av tilfellene (6). Andre aurasymptomer kan være unilateral nummenhet i kropp, ansikt eller tunge, sanseforstyrrelser, parestesier eller afasi (15).

### **3.4 Mulige årsaks mekanismer**

Årsaks mekanismene bak migrene er svært omdiskutert, noe som har resultert i flere komplekse hypoteser. Enkelte hypoteser er rettet mot patofysiologiske årsaker og andre er rettet mot ytre faktorer som kan trigge et anfall. I dette kapitlet vil noen av de eksisterende hypotesene bli beskrevet.

#### **Vaskulær hypotese**

Dette er en gammel hypotese som ble utviklet av Wolff i 1930 og 1940 (16). Wolff uttalte at migrene var en vasospastisk lidelse, hvor smertene skyldtes vasokonstriksjon etterfulgt av vasodilatasjon av kranielle blodkar. En viktig betraktning er at vasodilatasjon alene ikke kan forklare lokal hevelse og affeksjon av kraniet observert ved migrene.

#### **Nevrovaskulær hypotese**

Den nevrovaskulære hypotesen sier at inflammasjon er smertegeneratoren bak migrene, og påstår at først vil det skje en vasokonstriksjon i kraniets blodkar etterfulgt av vasodilatasjon (16,17, s. 402). Denne reaksjonen aktiverer sensoriske deler av nervus trigeminus og fører til utslipp av vasoaktive neuropeptider. Videre resulterer dette i en ytterligere dilatasjon og nevrogen inflammasjon av kranielle smertesensoriske strukturer.

### **Hypotesen om mikrobiota**

Denne hypotesen diskuterer hvordan negativ mikrobiota kan gi økt tarmpermeabilitet og inflammasjon, som igjen kan trigge nevrologiske tilstander som migrene (18). Det er foreslått at gastrointestinalesystemet (GI-systemet) og hjernen har toveis kommunikasjon, kalt "gut-brain-axis", gjennom nerve-, immun- og endokrinsystemet. Ved å tilføre pre- og probiotika til kostholdet vil en kunne forbedre mikrobiota, og på den måten kunne vedlikeholde eller forbedre tarmpermeabiliteten. Dersom mikrobiotaen er optimal vil dette muligens ha en positiv effekt på migrenepasienter. Van Hemert et al. påpeker at det ikke finnes publiserte randomisert kontrollerte studier (RCT) om migrenepasienter som har fått ernæringsterapi med probiotika (18). Denne hypotesen må derfor undersøkes videre.

### **Nevrologisk hypotese**

Det finnes ulike nevrologiske forklaringer på migrene. En hypotese er «cortical spreading depression» (CSD), som er en forklaringshypotese bak aura og en trigger til migreaneanfall (16). CSD er kortvarig depolariseringsbølge i cortex som sprer seg posteriort til anteriort (1,16,19). Depolariseringen skjer på grunn av reduserte nivåer av magnesium og økte nivåer av glutamat og kalsium. Den unormale nevralt aktiviteten aktiverer perivaskulære afferente nervefibre, etterfulgt av vasodilatasjon og nevrogen inflammasjon av meninger. Dette kan resultere i smerte med pulserende kvalitet og aurasymptomer.

En annen nevrologisk hypotese, som er mer i tråd med osteopatiske og kiropraktiske prinsipper, peker på restriksjoner i cervikalcolumna som mulig årsak til migrene (15). Mekanismene er ukjente, men hypotesen peker på den cervikotrigeminnale nucleus som essensiell. Den innnerverer kraniet og smertesensitive strukturer som intra- og ekstrakranielle blodårer. Nucleusen får afferent input fra øvre cervikale segmenter, og spinale problemer kan derfor bidra til nervefasilitering og eventuelt sensitivisere de gjeldende anatomiske strukturene.

### **Hormonell hypotese**

Hypotesen viser hvordan hormoner kan være årsaksmekanismen bak migrene. Svingninger i østrogennivå danner grunnlaget for den hormonelle hypotesen og kan gi en forklaring på hvorfor det er flere kvinnelige migrenepasienter (1,6). Migrene er ofte sett i forbindelse med menstruasjon og graviditet da østrogennivået øker. I puberteten øker forekomsten av migrene og ved menopausen reduseres frekvensen og intensiteten på anfallene.

### **Hypotesen om arv**

Det er ikke påvist entydige genfunn for vanlige migreneformer, men risikoen for å få migrene med aura hos førstegradsslektninger er likevel fordoblet (19,20). Forskning viser at flere loci på ulike kromosomer kan være knyttet til migrene, og ved familiær hemiplegisk migrene er det påvist mutasjoner i enkelte kromosomer. Migrene er derfor sannsynligvis en genetisk heterogen tilstand, og trolig av betydning når det gjelder hvem som utvikler migrene (1,6).

### **Triggere som årsak**

Triggere er faktorer som kan bidra til å utløse migreaneanfall (10,21). Migrenetriggerne er individuelle, hvor de vanligste er listet opp nedenfor.

- Stress (15,21,22)
  - Stress er ansett som den mest gjeldende triggeren, hvor økt stress er forbundet med økt frekvens av hodepine (23)
- Alkohol (mest gjeldende er rødvin) (1,24)
- Matvarer (mest gjeldende er ost, appelsin, sjokolade, med mer) (1,10)
- Uregelmessige måltider eller lite mat (25)
- Utmattelse og søvnmangel (21)
- Sollys (21,26)
- Fysisk aktivitet (26)
- Medikamenter (10,23)

De siste årene er det den nevrologiske hypotesen om CSD, som blir ansett som den mest holdbare og aksepterte av de mulige patofysiologiske årsakene til migrene (1). Til tross for at det foreligger en rekke hypoteser forblir årsaken idiopatisk.

### **3.5 Konservativ behandling**

Det er vanlig med medikamentell behandling for migrene, hvor det finnes ulike medikamenter med dokumentert effekt (21,22). Ved milde til moderate smerter er smertestillende som paracetamol, acetylsalisylsyre eller NSAIDs (Ibux, Naproxen og Voltaren) mest brukt (6,25). Andre medikamenter er betablokkere og triptaner. Betablokkere reduserer frekvens og intensitet på migreaneanfallene, hvorimot triptaner (Imigran, Sumatriptan, Zolmitriptan og

Maxalt) er spesielt utviklet for migreaneanfall da de hindrer vasodilatasjon. I enkelte tilfeller er det nødvendig med kvalmedepende medikamenter.

Overbruk av smertestillende medikamenter kan ha negativ effekt da dette kan forverre hodepinen og gi MOH (Medication-Overuse Headache) (1,13,24). Medikamentell bruk blir derfor viktig å ta hensyn til i behandling.

Andre konservative tiltak blir også hyppig anvendt i behandlingstilnærmingen til migrenepasienter. Dette kan være tiltak som regelmessig mosjon, nok søvn, relaksasjon og atferdsterapi (22). Ofte kan hvile i et svalt, stille eller mørkt rom hjelpe mot fotofobi (1). I tillegg er en stor del av behandlingen og forebyggingen av migrene å unngå migrenetriggerere (21,25).

### **3.6 Osteopati**

Osteopati ble grunnlagt på slutten av 1800-tallet av den amerikanske legen Andrew Taylor Still (1828-1917) (27). Han tok utgangspunkt i kroppens detaljerte anatomi, biomekanikk og forholdene mellom sirkulasjon og drenering. Still konkluderte med at avvik i systemenes normale funksjon kunne føre til redusert helsetilstand. Osteopati ble introdusert i Europa for første gang i 1898 av John Martin Littlejohn (1865-1947). I Norge finnes det per i dag omtrent 300 osteopater fordelt over hele landet.

Osteopati er en manuell helseprofesjon som baseres på vitenskapelige og kliniske fag (28). Norsk Osteopatforbund beskriver osteopaten som opptatt av å finne sammenhengen mellom plagene, kroppen og hverdagen til pasienten. Behandlingen er individualisert, og gjennom bruken av de fem osteopatiske behandlingsmodellene kan behandlingen egne seg for pasienter i alle aldre. En grundig gjennomgang av pasientens sykehistorie, samt hendene til behandleren, er viktig for å kunne gjennomføre undersøkelse og behandling.

Et utvalg teknikker som osteopater ofte bruker, uavhengig av lokalisasjon, er High Velocity Low Amplitude (HVLA), Muscle Energy Technique (MET), Balanced Ligamentous Tension (BLT), bløtvevsbehandling og artikulering (29).

HVLA er en direkte teknikk som implementerer hurtig kraft av kort varighet i den hensikt å

bryte en restriktiv bevegelsesbarriere i ett eller flere plan (30, s. 669). MET er definert som en teknikk hvor behandleren stiller inn ledd og muskulatur i en kontrollert posisjon (30, s. 682). Pasienten skal bruke egen muskulatur i en spesifikk retning med gitt kraft til gitt antall sekunder, for å øke bevegelsesutslag i ledd og redusere eller forsterke muskeltonus. BLT er en indirekte teknikk hvor ledd og vev posisjoneres bort fra den restriktive barrieren i alle bevegelsesplan til spenninger i ligamenter, muskler og fascier er balansert (30, s. 809). Målet med teknikken er å redusere tensjon i bindevevet slik at normal fysiologisk funksjon blir gjenopprettet. Bløtvevsbehandling er en direkte teknikk som vanligvis innebærer lateral eller lineær tøyning av muskulatur, separasjon av feste og utspring eller en myofasciell release (30, s. 763). Artikulering er en repetitiv teknikk med liten kraft, som jobber med ledd i ulike barrierer med mål om å øke bevegelsesutslaget.

### **3.7 Kiropraktikk**

Kiropraktikk ble grunnlagt i Amerika på 1800-tallet av Daniel David Palmer (1845-1913) (31). Palmer utviklet den første kiropraktiske sykdomsteori ved å sette ryggspylenes funksjon i sammenheng med nervesystemets integritet. I Norge har kiropraktikk vært praktisert siden 1922, initiert av den norske kiropraktoren Arthur E. Lund. Kiropraktikk ble ansett som alternativ behandling fram til 1988 da den offentlige godkjenningen var et faktum. Frem til 1988 og den offentlige godkjenningen ble det ansett som alternativ behandling. Kiropraktorer er autorisert helsepersonell i det norske helsevesenet, i motsetning til osteopater. Per 2013 var det 770 registrerte kiropraktorer (32). De har henvisningsrett til røntgen-, kjernemagnetisk resonans (MR),- og computertomografi (CT)-undersøkelser.

Kiropraktikk er en behandlingsmetode som diagnostiserer, behandler og forebygger lidelser i muskel-, skjelett- og nervesystemet (33). Kiropraktikk egner seg for pasienter i alle aldre og spesielt for tilstander som involverer ryggspylen. I likhet med osteopati er behandlerens hender et viktig verktøy i behandling.

Teknikker som ofte blir brukt av kiropraktorer er diversifisert, triggerpunkt myo-terapi og aktivator-metoden (34). Diversifisert-teknikken er en manuell teknikk som bruker hurtig kraft av kort varighet, over et restriktivt ledd (35). Pasientens kropp blir posisjonert i ulike retninger for å optimalisere justeringen av leddet. Triggerpunkt myo-terapi, også kalt nevro-muskulær terapi, benyttes ved muskelspasmer (36). Trykk av ulik karakter blir tilført fra

behandlerens hånd eller albue i spasme-området, og det holdes til gitt tid eller til muskelspasmen har gitt seg. Ved aktivator-metoden bruker behandleren et håndholdt instrument som sender raske og svake impulser til et ønsket område i columna, med formål om å øke bevegelsesutslaget (37).

## **4 Metode**

For å belyse problemstillingen: ”*Hvilken tilnærming har kiropraktorer og osteopater til migrenepasienter og hvordan opplever de at pasienter responderer på behandlingen?*” må det benyttes en metode. Ordet metode kommer fra det greske ordet «methodos», som betyr å følge en bestemt vei mot et mål (38). Det kan sammenlignes med et verktøy eller redskap for å få svar på problemstillingen, og dreier seg om hvordan en innhenter, organiserer og tolker informasjon (39, s. 17). I dette kapittelet vil metoden til studiet bli gjort rede for, hvor metodekritikk henvises videre til kapittel 6.4.

### **4.1 Kvalitativ tilnærming**

For å oppnå en helhetsforståelse for temaet migrene måtte en kvalitativ metode bli benyttet, hvor informasjon ble innhentet i form av semistrukturerte intervjuer (39, s. 22). Kvalitativ metode baseres på datainnsamling med et lite antall individer og fokuserer på meninger, betydninger og tekst (40, s. 27). Dette er en tilnærming som sier noe om de kvalitative, ikke-tallfeste, egenskapene hos informantene.

Intervju som innsamlingsmetode er godt egnet for å få fram informantenes subjektive meninger og erfaringer (40, s. 27). Et kvalitativt intervju kjennetegnes ved at informanten selv formulerer sine svar. På grunn av tidsbegrensning valgte forfatterne å ha et semistrukturert intervju for å gjøre det lettere med kategorisering av datamaterialet, samt fremstilling av resultater og diskusjon (39, s. 83). Ulempen med struktur er risikoen for å miste informasjon, da informanten ikke snakker fritt om temaet, men heller blir ledet inn i en viss retning gjennom spørsmål og oppfølgingsspørsmål.

## 4.2 Utvalg og rekruttering av informanter

### Utvalg

I kvalitative studier blir skjønnsmessige utvalg mye brukt (41, s. 78). Dette er en strategisk utvelgelse, hvor forskerne bevisst velger informanter som kan belyse problemstillingen på best mulig måte. Utvalget kan ikke være for stort da både gjennomføringen av intervjuene og bearbeidningen av disse er en tidkrevende prosess (41, s. 45). Samtidig må datamengden være tilstrekkelig for å kunne svare på problemstillingen gjennom analysering og tolkning.

For å oppnå et strategisk utvalg ble det dannet ulike kriterier for deltagelse i studiet.

Inklusjonskriteriene er presentert nedenfor.

- Klinisk praksis i minimum to år etter endt utdanning
- Hatt migrenepasienter i 2016 / 2017
- Godkjent fulltidsutdanning innenfor sin respektive profesjon
- Medlem av sitt respektive forbund – Norsk Osteopat Forbund (NOF) eller Norsk Kiropraktorforening (NKF)
- Norskspråklig

Grunnlaget for inklusjonskriteriene er basert på ønsket om informanter med klinisk erfaring og oppdatert kunnskap om det aktuelle temaet. Norskspråklige informanter var viktig for å unngå kommunikasjonsproblemer knyttet til gjennomføringen av intervjuet, samt misforståelser og metodefeil ved transkribering.

### Rekruttering

Rekrutteringen startet tidlig i oppgaveprosessen. Det ble utarbeidet og sendt ut et informasjonsskriv (vedlegg 1) på e-post til behandlingssklinikker i Oslo- og Akershus kommune. Skrivet inneholdt en beskrivelse av tema og problemstilling, informasjon om inklusjonskriteriene for deltagelse, hvordan intervjuet skulle gjennomføres og sikre anonymitet for alle parter. E-postadressene ble innhentet via Google med søkeordene *“kiiropraktor Oslo”*, *kiiropraktor Akershus*”, *“osteopat Oslo”* og *“osteopat Akershus”*. Det viste seg å bli vanskeligere enn forventet å innhente frivillige informanter. Til sammen ble 35 klinikker kontaktet. I utgangspunktet var ønsket å ha seks informanter, men kun fem responderte med interesse om å delta. Av praktiske årsaker og tidspress endte studiet opp med



fire informanter, to kiropraktorer og to osteopater. Informantene og deres kliniske erfaring blir presentert i tabell 4.

**Tabell 4.** Presentasjon av informantene med deres kliniske erfaring relatert til migrenepasienter.

Informant	Antall år som praktiserende terapeut	Kurs etter endt utdanning, relatert til migrene	Antall migrenepasienter i måneden
K1	5-10 år	Nei	Mer enn 5
K2	5-10 år	Nei	Mer enn 5
O1	Mer enn 10 år	Nei	Mer enn 5
O2	Mer enn 10 år	Nei	Mer enn 10

### **4.3 Intervjuguide**

Intervjuguide er anbefalt når det anvendes et semistrukturert intervju (41, s. 26).

Intervjuguiden vil inneholde spørsmål og stikkord som skal fungere som en veiledning under intervjuet (39, s. 83). Ved utvikling av intervjuguiden velger forskerne ut ulike emner som er relevante for å belyse studiets problemstilling. I dette studiet var målet å formulere spørsmål som gir informantene mulighet til å reflektere rundt deres erfaringer og tilnærminger til migrenepasienter.

Intervjuguiden (vedlegg 2) ble delt inn i tre deler for å gjøre det enklere med systematisering av datamaterialet. Første del av intervjuguiden var rammesetting og spørsmål om informantens kliniske erfaring knyttet til migrene. Under andre del, om fokusering, ble det stilt spørsmål om migrene som tilstand og hvilken behandling informanten utfører, samt effekt og respons på behandlingen. Siste del av intervjuguiden bestod av en oppsummering slik at det var rom for å kommentere eller legge til mer informasjon på tidligere svar. Den samme intervjuguiden ble benyttet i alle fire hovedintervjuene.

### **4.4 Prøveintervju**

Det ble gjennomført tre prøveintervju med formål å gjøre forfatterne klare for hovedintervjuene. På forhånd delte forfatterne oppgaver seg i mellom, hvor den ene var intervjuer og den andre hadde ansvar for lydopptak og notater. Formålet med å øve på disse

rollene var å framstå profesjonell, lære intervjuetknikker og stille sterkere dersom uventede situasjoner skulle oppstå.

Prøveintervjuene ble utført i uke fire i skolens lokaler. Informantene var tre osteopatiststudenter, to fra tredjeklasse og én fra fjerdeklasse. Studentene fulgte ikke inklusjonskriteriene, blant annet fordi de manglet aktuell klinisk erfaring. Likevel var dette en god måte å kvalitetssikre spørsmålene og beregne tidsbruk for hovedintervjuene. Det ble brukt båndopptaker for å teste funksjon og lyd kvalitet. Gjennomsnittsvarighet på hvert intervju var 10 minutter, dette dekket også tid for tilbakemeldinger. Forfatterens medstudenter ga konstruktive tilbakemeldinger angående formulering av spørsmål, og forslag til oppfølgingsspørsmål som kunne være relevant for problemstillingen. Gode tilbakemeldinger var avgjørende for en god og anvendelig intervjuguide.

#### **4.5 Hovedintervju**

Informantenes kliniske erfaring er presentert i tabell 4. De fire hovedintervjuene ble gjennomført på informantenes respektive klinikker eller annet avtalt lokale i perioden uke 7 til 9, 2017. Det var tydelig at disse intervjuene ville ta lenger tid enn et prøveintervju, da informantene har flere år med klinisk erfaring. Informantene kunne formidle flere opplysninger og erfaringer om det aktuelle temaet. Gjennomsnittsvarighet på hvert intervju var 17 minutter. Denne tiden dekket ikke gjennomgang og signering av samtykkeerklæringen, samt informasjon om tema, anonymisering og taushetsplikt. Til hvert intervju ble det brukt to båndopptakere for å redusere risikoen for å miste relevant data. Lydopptakene dannet grunnlaget for videre transkribering.

#### **4.6 Transkribering**

Intervjuene utgjør datamaterialet i kvalitativ forskning (42, s. 46). Ved transkribering blir lydopptak gjort om til tekst, enten gjennom ordrett transkripsjon eller gjennom oppsummeringer av viktige punkter. En oppsummering inneholder ofte en tolkning og fanger ofte bare det verbale språket og ikke kontekst, kroppsspråk eller blikk-kontakt. I kvalitativ metode hvor tekst blir produsert av forskeren vil teksten aldri gjengi informantens informasjon helt nøyaktig (43, s. 186). Forfatterne valgte å gjennomføre en ordrett transkribering for å unngå for tidlige tolkninger.

Ved ordrett transkribering vil lyduttrykk som «ehm», «um» og «ah» inkluderes (43, s. 192). Forfatterne mener at denne typen transkribering vil være en fordel når datamaterialet skal analyseres, for å fange det verbale språket og muligens bevare konteksten lenger. På den måten vil en kunne unngå feilkilder og datamaterialet kan bli mer nøyaktig.

For å redusere muligheten for feilkilder og sannsynligheten for å gå glipp av eller mistolke viktig informasjon, ble lydfilene og transkriberingene gjennomgått flere ganger.

Transkriberingen av hvert intervju tok i gjennomsnitt 3,5 timer, hvor forfatterne transkriberte to intervju hver for å være mer tidseffektiv. Forfatterne anså det som viktig å transkribere raskt etter gjennomføring av intervjuene, for å huske informantens kroppsspråk og intervjusituasjonen bedre.

#### **4.7 Analyse**

Analysering av datamaterialet er nødvendig for å kunne tolke informasjon. Her er hovedfokuset å komprimere og systematisere datamaterialet (39, s. 98). Det handler om å redusere datamengden ved å utelukke det som ikke er relevant for problemstillingen. For å analysere datamaterialet ble det benyttet en meningsanalyse og delanalyse, også kalt kategorisk inndeling (39, s. 98, 44, s. 165). En kategori er en betegnelse som primært brukes om en gruppe med fellestrekk.

Koding er første steg i prosessen hvor datamateriale blir organisert etter temaer, dimensjoner og kategorier som fanger essensen i materialet (42, s. 82). Datamaterialet ble kodet etter farger som representerer hver sin kategori. Til sammen ble det utarbeidet 11 kategorier. Eksempler fra koding og kategorier er; grønn farge for kategorien “behandlingsteknikker” og grå farge for ”effekt og respons”. For at kategoriene skulle besvare problemstillingen på best mulig måte ble kategoriene delt inn i fire hovedtemaer, fremstilt i tabell 5. Hovedtemaene ligger til grunn for presentasjon av resultater og danner grunnlaget for videre diskusjon.

#### **4.8 Studiets kvalitet**

For å sikre at forskningsprosessen ble gjennomført på en tilfredsstillende måte må kvaliteten vurderes. I dette kapittelet blir validitet, reliabilitet, objektivitet og representativitet belyst og i kapittel 6.4 vil disse bli diskutert og kritisert.

## **Reliabilitet**

Larsen og Kvale uttaler at reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens, troverdighet og etterprøvnbarhet å gjøre (39, s. 80, 43, s. 250). Reliabilitet viser til nøyaktighet og pålitelighet, hvor målet er å kunne reprodusere resultater ved et senere tidspunkt med bruk av samme metode.

Reliabiliteten kan bli svekket ved en dårlig beskrevet metode. Metoden må derfor være åpen og detaljert. I en ufullstendig intervjuguide hvor spørsmålene virker ledende eller bruk av ulike ord og tonefall, kan reliabiliteten svekkes (43, s. 250). For å styrke reliabiliteten var det viktig med lik rammesetting for alle informantene (39, s. 80). Samme spørsmål ble stilt gjennom en kvalitetssikret intervjuguide, intervjusituasjonen var innøvd i forkant og det ble brukt samme opptaksutstyr til alle intervjuene.

Johannessen mener at det er umulig for en forsker å duplisere andres kvalitative forskning fordi forskere tolker ulikt, avhengig av bakgrunn og erfaring (44, s. 231). Reliabilitet i kvalitative studier er ikke lett å påvise, samt lite hensiktsmessig å diskutere fordi formålet med kvalitative studier er å utforske individuelle fenomener og tanker.

## **Validitet**

Validitet handler om gyldighet og hvorvidt en metode undersøker det den er ment å undersøke (39, s. 80, 44, s. 250). Med denne vide definisjonen av validitet mener Johannessen at den kvalitative forskningen i prinsippet kan gi gyldig og vitenskapelig kunnskap (44, s. 250). Validitet handler om å samle inn data som er relevant i forhold til problemstillingen. Dette kan oppnås ved å korrigere spørsmål underveis dersom det dukker opp viktige momenter for problemstillingen. Forfatterne stilte seg derfor kritiske til intervjuguiden, og var åpne for korreksjoner underveis i studiet. For eksempel ble spørsmål rundt diagnostisering gjort om til oppfølgingsspørsmål, og tidligere oppfølgingsspørsmål om migrenetrigger ble gjort om til hovedspørsmål i intervjuguiden, da disse viste seg å være mer relevant for problemstillingen.

I denne oppgaven var det avgjørende å ha en metode som kunne svare på hvordan kiropraktorer og osteopater tilnærmer seg migrenepasienter, og hvilken respons de hadde fått fra pasienter. I forkant satte forfatterne seg inn i definisjonen migrene og opparbeidet seg teoretisk kunnskap om temaet. Problemstillingen og intervjuguiden tok utgangspunkt i den

tillærte kunnskapen, hvor intervjuguiden ble verktøyet for å måle det som var ønsket å undersøke.

### **Objektivitet**

Objektivitet er et metodologisk ideal i vitenskapen, som understreker viktigheten av å være upartisk i studiet (45). Det er omdiskutert hvorvidt det er mulig å være objektiv under kvalitativ metode med bruk av semistrukturerte intervjuer (39, s. 16). Forskernes egne erfaringer, verdier og holdninger kan påvirke objektiviteten i resultatene. Erfaringer og verdier kan påvirke problemstilling, tilnæringsmåte og til en viss grad hvordan svarene tolkes. Larsen sier det er umulig å være helt objektiv i forskning, likevel er objektivitet noe en burde ettertrakte. «*Objektivitet er fruktbart som et ideal, selv om det er uopnåelig*» (39, s. 16).

### **Representativitet**

Et spørsmål som stadig blir stilt om intervjustudier er om funnene er representative (44, s. 264). Representativitet sier noe om overførbarheten av resultatene fra en studie som er gjort på et lite utvalg til en større populasjon, andre intervjupersoner eller situasjoner, og likevel kunne konkludere med det samme (43, s. 233). Det stilles krav til tilfeldig utvalg, noe som ikke var gjennomførbart i denne oppgaven. Etter å ha sendt ut e-post til klinikker med forespørsel om deltagelse, ble alle som ville delta i studiet inkludert. Dermed ble utvalget lite og ikke-tilfeldig. I tillegg blir det lagt vekt på personlige erfaringer under intervjuet, noe som ikke gjør resultatene representative.

## **4.9 Etiske betraktninger**

Ved utførelse av et kvalitativt intervju er det spesielle etiske og metodiske utfordringer som kan oppstå. Skriftlig informasjon og informert samtykke er en forutsetning for forsvarlig forskningsetisk framgangsmåte (46, s. 204). I Helseforskningsloven kapittel 4, §13 (47) står det at samtykket skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Informantene fikk informasjon om oppgaven på forhånd gjennom et informasjonsskriv (vedlegg 1), dette innebar også informasjon om hvordan data skulle bli innhentet og håndtert.

Samtykkeerklæring (vedlegg 3) for informert samtykke ble signert på intervjudagen, hvor informantene godkjente bruk av båndopptaker under intervjuet. Videre ble det påpekt at

informantene måtte opprettholde taushetsplikten vedrørende pasientkasus, slik at sensitiv informasjon ikke kunne gjenkjennes (40, s. 347, 46, s. 204).

På Regional Etisk Komité sine nettsider står det at dersom sensitiv pasientinformasjon ikke videreformidles og det ikke er direkte kontakt mellom pasient og forfattere, er det ikke nødvendig å sende inn søknad om godkjenning av forskningsprosjektet (48). Sensitiv informasjon er opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner. Dette innebærer navn, fødselsnummer og personlige kjennetegn.

Informanten ble opplyst om at det når som helst er lov å trekke seg fra studiet, uten å måtte oppgi årsak. Tilbaketrekking av samtykke står det skrevet om i Helseforskningsloven kapittel 4, §16 (47). Alt datamateriale ble lagret på datamaskiner og telefoner med kodelåser. Det ble aldri skrevet ned navn på informantene, men brukt koder som "O1" og "K1". Etter endt transkribering ble opptakene slettet, og alt av materiale ble makulert. Om ønskelig vil informantene få tilsendt oppgaven når den er ferdig skrevet.

## 5 Resultater

I den tematiske analysen har forfatterne delt inn resultatene i fire hovedtemaer med underkategorier som presenteres i tabell 5. Disse har opphav i de 11 kategoriene som ble utformet under analysen. Resultatene blir presentert som sammendrag, hvor sitater gitt av informantene er inkludert.

**Tabell 5.** Fremstilling av resultater med hovedtemaer og underkategorier.

Den «typiske» migrenepasient	Antatte årsaks mekanismer	Behandlingstilnærming	Effekt og respons
<ul style="list-style-type: none"><li>• Symptomer og funn</li><li>• Diagnostisering</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antatte årsaks mekanismer</li><li>• Migrenetrigger</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Behandlingsområder</li><li>• Behandlingsteknikker</li><li>• Skille mellom ulike hodepiner</li><li>• Psykososial tilnærming</li><li>• Medikamenter</li><li>• Hjemmeøvelser og råd</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antall behandlinger</li><li>• Respons</li></ul>

## 5.1 Den ”typiske” migrenepasienten

### Symptomer og funn

Informantene observerer noen felles symptomer og funn i klinikk. O1 og O2 ser pasienter i alle aldre og begge kjønn. K1 og K2 møter flest kvinnelige pasienter med migrene, hvor K1 ser flest etter endt menstruasjon, mens K2 ser de tydeligste symptomene under selve menstruasjonen. Begge informantene påpeker at disse symptomene kan sees i sammenheng med hormonsystemet.

*”De hormonelle migrenepasientene er gjerne verre rundt menstruasjon. Det er mer kvalmesymptomer og aura, som er veldig tydelig for migrenepasienter. Sånn i forhold til hva jeg finner av funn på dem, så synes jeg det ligner veldig på cervicogenhodepine.” (K2)*

Andre funn og symptomer på migrene som ble nevnt av informantene var økt stressnivå, spenninger i cervikalcolumna og kjeveleddet, kvalme, aura og bilateral eller unilateral smertelokalisasjon.

*”...en av de viktigste tingene å se etter er aura. ...ser også på om de har noen nevrologiske utfall som en ikke ser hos en vanlig hodepinepasient. Ellers er det de karakteristiske tegnene med når man får det, hvor lenge det varer, hvilken karakter det har. ...om det er bilateralt, unilateralt.” (K1)*

Personlig tror K1 at mange av migrenepasientene kun har hyperten muskulatur og leddrestriksjoner.

*”... man vet jo ikke helt årsaken til migrene, men jeg tror nok mye migrene rett og slett bare er spent muskulatur og låsning i leddene. Når jeg trykker på en muskel eller et ledd og pasienten sier: ”å, det der er migrenen min!” - har pasienten egentlig migrene da?” (K1)*

### Diagnostisering

Samtlige informanter forteller at de ikke diagnostiserer selv, men henviser pasienten videre til lege eller nevrolog dersom de mistenker at det er behov for videre utredning eller andre konservative tiltak. O1 nevner at pasientene ofte kan være selvdiagnostisert, hvorimot O2 ofte opplever at pasientene har fått diagnosen hos andre behandlere fra tidligere.

*“...hvis det er en pasient som ikke er diagnostisert og som kommer med hodepine, og du opplever at dette er en mer migrenetype pasient, og som heller ikke blir bedre nødvendigvis av behandling, eller ikke har den progresjonen - så vil jeg sende de tilbake mot fastlege for å undersøke nærmere.” (O1)*

K1 nevner at kiropraktorer ikke har lov å sette enkelte diagnoser, hvor migrene er en av de. I stedet gjør informantene seg opp en tanke om hva smertene muligens skyldes. K2 støtter dette med å fortelle at i følge loven kan de ikke behandle for en ren migrenediagnose. Pasienten må da bli henvist videre. Tilleggshodepiner, som cervikogen hodepine og tensjonshodepine, kan ses i sammenheng med migrene og bli satt som diagnose for å kunne gjennomføre behandling.

*“...vi setter jo diagnoser, men det er sjelden jeg setter migrene som diagnose. Det er uansett ikke en diagnose som jeg kan behandle for, i følge loven. På L-diagnoser så ville jeg satt en cervikogen hodepine i tillegg, for å kunne behandle pasienten. Hvis det er ren migrenediagnose, så skal vi i prinsippet ikke behandle.” (K2)*

K2 legger til at de fleste pasientene med kraftige og tydelige migreaneanfall går til legen og får medikamenter i stedet for å komme til behandler. I tillegg synes informantene det er vanskelig å skille mellom de ulike migrene- og hodepinetyper som finnes, da det ofte er en kontinuitet mellom dem. Informantene ønsker derfor ikke å sette diagnose på ulike hodepinetyper.

*“Jeg synes det er veldig mange av de gråone-pasientene, om det skyldes at jeg ikke ser de som er kraftige migrenepasienter, eller om mine tolkede gråone-pasienter egentlig er migrenepasienter, er vanskelig å si.” (K2)*

## **5.2 Antatte årsaks mekanismer**

### **Årsaks mekanismer**

Informantene har flere refleksjoner rundt årsaks mekanismene bak migrene. Alle trekker frem hyperten muskulatur og restriksjoner i ledd som mulig årsaks mekanismer, og reflekterer rundt stress som den viktigste migrenetriggeren. De fleste informantene reflekterer rundt den hormonelle hypotesen, men få informanter nevner den vaskulære og nevrologiske hypotesen



som en bakenforliggende årsak. Bare O1 trekker fram mikrobiota i GI-systemet, i tillegg til komplisert fødsel og kranielle restriksjoner som eksempler på aktuelle årsaker.

*“Jeg ser at en del som kommer med barnemigrene, som kan fortelle om tøffe fødsler og kranielle ting som har vært fra fødsel. ...det er en observasjon jeg har gjort meg.” (O1)*

### **Migrenetriggere**

Triggere er noe alle informantene tar hensyn til under konsultasjon. Dette blir sett på som svært vesentlig da flere av informantene utdyper at det ofte er en multifaktoriell komponent bak migrene. Triggere som er kartlagt av samtlige informanter er ugunstige livsstilsvaner og kosthold.

*“Jeg tenker at man må på en måte kartlegge matvaner, søvnrytme, stress, aktivitetsnivå. Det er jo ofte en totalpakke.” (O1)*

*”Jeg er av den oppfatningen av at det er mange komponenter i det... både med pust, stressmestring, og spenninger i nakke og kjeve.” (K2)*

Bare O2 reflekterer rundt eksessiv medikamentbruk som en trigger til migrene. K2 observerer matvarer som ost, mørk sjokolade og syrlig mat, i tillegg til emosjonelle påkjenninger og hypersensitivitet mot lyd og lukt, som essensielle triggere. Disse migrenetriggerne er de andre informantene til dels enige i. Videre påpeker K2 at de mest gjeldende migrenetriggerne for sine pasienter er økt stressnivå og rødvin.

To av informantene mener at tung styrketrening kan være triggende, hvor trening av overekstremiteten har blitt observert som mest essensiell.

*“Jeg husker jeg hadde en pasient her nå. ...pasienten hadde knasket piller i 10 år for migrene. I samarbeid med lege fant vi at triggeren hans var å trene tung styrketrening. Så lenge han kuttet ut det, så slapp han å få migrene. ...så det å prøve og grave litt i triggere er kjempeviktig.” (K1)*

### 5.3 *Behandlingstilnærming*

#### **Behandlingsområde**

Samtlige informanter inkluderer kjeve, cervikal og thorakalcolumna i sine undersøkelse- og behandlingsområder. Tre av informantene trekker fram skulderbuen og inkluderer muskulatur tilknyttet området. K1 og K2 ser på respirasjon, men ser sine begrensninger som profesjon, og mener osteopater har mer kunnskap om både respirasjon og behandling av musculus Diafragma.

K2 trekker fram kjevekomponenten og øvre cervikalcolumna, og K1 peker ut segmentene C1 og C2 som de viktigste områdene å adressere i behandling. Videre ønsker K1 å undersøke funksjon av nakke og rygg, og jobbe inn mot underliggende muskel-, skjelett- og nerverelaterte faktorer.

*“Jeg er veldig forsiktig med å si at jeg skal behandle, eller kurere din migrene, men jeg har sagt at jeg kan hjelpe deg med å forbedre muskel- og skjelett systemet, og nervesystemet ditt, som igjen kan gjøre at du får mindre migrene.” (K1)*

O1 og O2 undersøker alltid hele kroppen, hvor det viscerale og bekkenet blir spesielt nevnt.

*“...altså jeg jobber jo i hele kroppen. Så det kan være alt mulig, men selvfølgelig så er det jo mye i øvre del - hode, nakke, skulderbue, columna og kraniet. Det er områder jeg er innom, men det er klart det er viktig å få korrigert andre steder også. ...ofte er det mye på det viscerale i forhold til migrene og hodepine, fordi GI-systemet er såpass viktig i forhold til det her. Dette er områder som man ofte behandler hos migrenepasienter. ...tarmfloraen er viktig.” (O1)*

*“...bekken, ryggen, skulder og nakke. Bruker en del visceralt og jeg undersøker det alltid. Finner ofte spenninger der, som jeg tenker kan være også relatert til migrene. ...spenninger i bekken og bekkenorganer som hos kvinner påvirker det hormonelle.” (O2)*

#### **Behandlingsteknikker**

Begge profesjonene varierer bruken av teknikker som tilpasses til den individuelle pasient.

*“Det kommer an på hva jeg føler for der og da, og hva slags type pasienten er. Jeg veksler mellom teknikker, kan bruke indirekte, direkte... Det er veldig forskjellig fra person til person.” (O1)*

Enkelte av informantene velger å fokusere mer på manipulasjon i cervikalcolumna. K1 fokuserer på å finne underforliggende årsaker i muskel-,skjelett-, og nervesystemet for så å behandle dette gjennom muskel- og leddbehandling.

*”Det blir ofte manipulasjonsteknikker. ...hvis en pasient er inne med akutt migrene, så etter min erfaring: “less is more”- ikke gjøre for mye. Når en har fått ned den akutte biten, så jobbe mer inn mot underliggende muskel-, skjelett-, nerve relaterte faktorer. Da er det selvfølgelig muskel- og leddbehandling.” (K1)*

K2 benytter seg av manipulasjon i cervikalcolumna, i tillegg til mobilisering, ”active release” og ”strain” på kjeveleddet. O1 og O2 velger å inkludere bløtvevsbehandling, mobilisering av kjeveleddet og cervikalcolumna, suboccipital inhibisjon og indirekte teknikker som BLT i tillegg til manipulasjon under sin behandling.

*”Jeg manipulerer ofte thorakalen og bekkenet hvis det er indikasjon for det. Manipulerer lite nakke, jeg liker bedre å mobilisere og løsne opp i nakken på andre måter. CT-overgangen manipulerer jeg mye. Jeg vil si at de fleste får en manipulasjon, men ikke nødvendigvis hver gang.” (O2)*

### **Skille mellom ulike hodepinetyper**

Flere informanter mener at det ofte foreligger en tilleggshodepine relatert til migrene. K2 behandler ganske likt uavhengig om det er migrene eller annen hodepine. Informanten forteller at så lenge spenningshodepinen blir behandlet og det fjerner den «hverdagslige» hodepinen, så vil pasienten kunne håndtere sin migrene bedre.

*“Jeg kom fra skolen og alt var liksom tekstbok. ...sånn funker det jo ikke. De kommer inn med migrene som regel, men de har også en spenningshodepine, som trenger å behandles. ...den jevne hodepinen som de går med hver dag....det er veldig lettelse for mange, for så lenge de har anfall 1 til 2 ganger i måneden så greier de å overleve det. Men når de har den jevnlige hodepinen hver dag, så er det vanskeligere å styre. ...jobber ofte med spenningshodepinen*

*som kommer i tillegg til migreaneanfallene.” (K2)*

Begge osteopatene peker på at det er svar fra undersøkelsen som veileder for behandling, uavhengig om det er en migrene eller en annen hodepinetype.

*“Det som skiller behandlingstilnærmingen min, er primært funnene mine. Det er veldig sjelden å se en migrenepasient som ikke også har tensjonshodepine. Men det er først og fremst funnene fra den globale osteopatiske undersøkelsen og den spesifikke osteopatiske undersøkelsen som er guiden for meg og hva slags behandling som blir gitt.” (O1)*

### **Psykososial tilnærming**

Samtlige informanter inkluderer de psykososiale aspektene i varierende grad. Alle understreker at den psykologiske tilnærmingen består stort sett av stressreduksjon, hvor samtlige er enige om at økt stressnivå er en viktig trigger for migrene. Adressering av dette får derfor størst fokus fra informantene, hvor de har et sammenfallende syn på stressmestring og fokus på respirasjon i behandlingstilnærmingen.

*”Stress er vel kanskje hovedtriggeren vil jeg tro.” (K2)*

*“Tar alltid hensyn til det når stress er en del av faktorene. Det vil være unaturlig å ikke ha det med. Samtidig som det vil være like unaturlig å ikke ha med de manuelle teknikkene og manuelle tilnærmingen.” (O1)*

K1 og K2 fokuserer på god kommunikasjon med sine pasienter.

*”...jeg kommuniserer med pasienten angående stressmestring og endre på hverdagen for å få pusta litt mer ordentlig. ...jeg jobber kanskje noe mer med pust og diafragma enn hva andre kiropraktorer gjør. ...mener jeg at det er en tydelig case på det, så er det osteopaten her jeg henviser til.” (K2)*

K1 har en formening om at dersom pasienten har tillit til sin behandler vil de åpne seg automatisk. Det blir da viktig å lytte og stille gode oppfølgingsspørsmål.

*”Jeg prøver å ikke grave for mye i det psykososiale før pasienten legger opp til det selv. Hvis de sier at det er mye stress eller at de ikke har det så bra om dagen, så kan jeg finne på å stille spørsmål om det er privat eller arbeidsrelatert. Hvis de sier at det er privat og ikke forteller meg noe mer, så graver jeg ikke noe mer i det... men når man får tillit, så har pasienten en tendens til å åpne seg opp automatisk.” (K1)*

### **Medikamenter**

To av informantene sier at det å samarbeide med lege er gunstig for å kunne utrede migrene, samt gi eventuell medikamentell behandling til pasienten.

*”Jeg liker ofte å samarbeide med lege hvis jeg har kompliserte migrene pasienter. ...jeg samarbeider mye med han for at han skal sette riktig diagnose og gi medikamentell behandling ved siden av min behandling. Vi jobber ofte tverrfaglig. Det er en viktig måte å jobbe på som jeg liker.” (K1)*

K2 har observert at betablokkere (Atacand) kan hjelpe på migreneanfallene. For de som opplever kraftig migrene, der ingen annen behandling hjelper, erfarer K2 og O2 at botoxbehandling utført av annet helsepersonell kan lindre pasientens smerter.

### **Hjemmeøvelser og råd**

Alle informantene gir råd som en del av behandlingstilnærmingen. Rådene kan både være individuelle og generelle og kan inneholde alt fra trening, veiledning i ergonomi og mobiliseringsøvelser for å redusere stress og tensjoner. Andre faktorer det gis rådgivning om er; optimale søvnvaner, pusteøvelser, tøyninger, gåturer og bevisstgjørelse rundt pauser i arbeidsdagen.

*“...jeg prøver å finne triggere og prøver å tilrettelegge for optimalisering av pasientens nerve-, muskel- og skjelettsystem. ...det kan godt være med øvelser, trening eller bare med enkle pusteøvelser. ...eller bruke pulsen til å bare roe ned.” (K1)*

K1 og K2 nevner at de ofte får pasientene til å benytte seg av migrenedagbøker. Her blir det notert varighet, intensitet og pasientens subjektive oppfatning av hodepinen. Ved å notere hendelser før og etter anfallet mener informantene at det kan være mulig å avdekke et

mønster. Dette kan være nyttig i bevisstgjørelse av triggere og videre utredning. O1 og O2 trekker videre frem kostholdsråd som en viktig komponent i tilnærmingen av en migrenepasient.

*“...det kan være alt fra å gi en pusteøvelse til å gi råd i forhold til avspenning, det å sette de på sporet av å bli litt mer kjent med seg selv. ...altså, man ser det jo i sin kontekst, skjønner man at her er det problematikk på ett eller annet nivå, så kan det jo være at man forsøker å sende de videre til samtalerapi, eller at man forsøker å motivere de for trening. Eller at man sender de til en ernæringsfysiolog eller gir noen råd selv. ...Kosthold er viktig i forhold til de pasientene her. ...jeg tenker at det er viktig å ha den gode tarmfloraen. ...lite raffinerte sukkerprodukter, ...lite gluten, ...kjøre på med mye probiotika og prebiotika. ...det her kommer veldig an på hva slags type pasient det er snakk om.” (O1)*

#### **5.4 Effekt og respons**

##### **Antall behandlinger**

Det er stor variasjon i antall behandlinger som blir gitt per pasient. Det spriker fra 6 til 10 behandlinger totalt, fra en behandling i uka og ned til en gang i halvåret. Det er et komplekst problem og ofte kronisk, noe som gjør behandlingsløpet individuelt.

*“...det er veldig vanskelig å si, fordi det har noe med hvor raskt de selv klarer å ta de prosessene som de må med blant annet omlegging av kost og omlegging av stress. Noen fortsetter jo å gå nettopp fordi det er enkelte av de tingene her de ikke klarer å la være. De er i en veldig stressende, krevende jobb som ikke de kan si opp.” (O1)*

##### **Respons**

Samtlige informanter mener at manuell behandling innenfor deres profesjon vil ha en god effekt på migrene. O1 hevder at behandlingen har hatt en påvirkning for økt livskvalitet og for å redusere medikamentbruk hos sine pasienter. Flere av informantene har fått god respons og positive tilbakemeldinger fra sine pasienter.

*“...jeg føler at hodepinepasienter får god effekt av osteopati. ...det er de som kommer igjen kanskje mer på regelmessig basis, og har funnet ut at det er dette som hjelper dem og kan gi*

*dem en bedre kvalitet på livet. Jeg føler jeg får gode tilbakemeldinger på den type pasienter.”*  
(O2)

K1 reflekterer rundt inntrykket om god respons og effekt av manuell behandling.

*“...tror at det hjelper for de fleste, men man kan jo ikke være 100% sikker. ...det som er litt av fellen vår, er at pasientene som kommer tilbake til oss og har god virkning av det, er de vi ser igjen, men de som ikke føler det virker, de forsvinner til noen andre.”* (K1)

K2 mener at migrene som skyldes hormonelle årsaker har lite effekt av manuell behandling. Dersom årsaken ligger i muskel-og skjelettsystemet eller skyldes triggerer kan manuell behandling ha positiv effekt. K1 mener kiropraktikk har god effekt for det akutte, men som behandler må en ta tak i alle faktorene rundt migrenen, da dette har den mest varige effekten. Videre legger informanten vekt på viktigheten av tverrfaglighet for å oppnå det beste resultatet.

*“Jeg jobber veldig tverrfaglig. ...og hva som fungerer av det jeg gjør, fysioterapeuten, osteopaten eller massøren gjør, er vanskelig å si ofte, for vi jobber sammen for at pasienten skal bli bra. Vi samarbeider også med legene. ...det er den tverrfaglige behandlingen som jeg føler fungerer best. To hoder tenker bedre enn ett, og sammen kan vi hjelpe pasienten på best mulig måte. Man er gode på forskjellige ting, forskjellige områder...”* (K1)

## **6 Diskusjon**

I dette kapittelet vil forfatterne diskutere resultatene fra datainnsamlingen opp mot teori og problemstilling. Senere vil forfatterne kritisk vurdere og drøfte studiets metode og kvalitet.

### **6.1 Hovedfunn**

Informantene har ulik oppfatning av hva som er årsaksmechanismene bak migrene, hvor patofysiologiske årsaker ikke får mye oppmerksomhet. Om dette er fordi informantene ikke vet eller fordi de har en formening om at manuell behandling ikke kan påvirke dette er uvisst. Informantene er mer opptatt av faktorer som trigger anfall og nevner stress som den viktigste. Dette kan skyldes at pasienter som oppsøker disse formene for behandling, og kanskje spesielt migrenepasienter, i tillegg presenterer med stress. Tuchin et al. støtter dette, og

nevner at manuell tilnærming kan virke stressreducerende og på den måten redusere migrenens frekvens og intensitet (15).

I følge Tuchin et al. er flere forskere enige om at det er en kontinuitet mellom de ulike hodepinetypene; migrene, tensjonshodepine og cervikogen hodepine, hvor de utløsende og forverrende faktorene ofte kan være de samme (15). Dette gjenspeiler seg i hva informantene erfarer, hvor de ser at hodepinetypene ofte glir over i hverandre. K2 ønsker derfor ikke å sette diagnoser på enkelthodepiner. Videre skiller informantene minimalt på de ulike hodepinetypene under behandlingstilnærmingen. Det kan diskuteres om dette skyldes manglende kunnskap eller følelsen av liten klinisk verdi, da flere av informantene blir veiledet av funn fra undersøkelsen til videre behandling.

## **6.2 Diskusjon av resultater**

### **Den ”typiske” migrenepasienten**

Informantene ser flere symptomer og funn på migrenepasienter som får støtte fra litteraturen. Her er aura, kvalme, unilateral- og bilateral lokalisasjon fellestrekk, i tillegg til spenninger i cervikalcolumna og pasienter med økt stressnivå (18,22). Både litteraturen og informantene beskriver pasientgruppas majoritet som kvinner, og videre kan det diskuteres om det er den hormonelle hypotesen som kan ligge til grunn for dette.

Ingen av informantene diagnostiserer pasientene sine selv. K1 og K2 er tydelige på at en migrenediagnose ikke er noe de kan behandle for, og pasientene må derfor henvises videre til utredning dersom symptombildet er tydelig. K1 uttaler at det ikke skal formidles at migrene er en diagnose som kan behandles, men gjennom å forbedre muskel-, skjelett, og nervesystemet til pasienten kan det være med på å redusere smertene. Ved tilleggshodepiner eller funn i områder, som cervikalcolumna eller kjeveleddet, vil de kunne sette en diagnose og behandle for å oppnå smertelette. O1 og O2 opplever som oftest at pasientene er diagnostisert på forhånd. Videre nevner O1 at pasienter som har tegn på migrene og som ikke blir bedre av behandling vil bli sendt til fastlegen for nærmere undersøkelse.

To av informantene ble stilt spørsmål om de brukte ICHD-3 kriteriene for å stille migrenediagnosen ved mistanke om migrene. Da ingen av informantene diagnostiserer migrene selv eller bruker kriteriene aktivt, ble disse spørsmålene fjernet fra intervjuguiden.



Det kan diskuteres om hyppigere bruk av disse veiledningskriteriene kunne gjøre det enklere å oppdage de antatte “gråsome”- eller migrenepasientene, da enkelte av informantene erfarer at det er en kontinuitet mellom ulike hodepinetyper.

### **Antatte årsaks mekanismer**

Anvendt litteratur viser at migrene er en multifaktoriell og idiopatisk tilstand, noe som gjenspeiler seg i informantenes svar. Informantene hadde ulik kunnskap og flere refleksjoner rundt årsaks mekanismen til migrene, hvor de fleste reflekterte rundt mekanismer sett i sammenheng med pasientene. Flere av informantene diskuterte den hormonelle hypotesen som vesentlig ved migreaneanfall hos kvinner, hvor én informant reflekterte videre rundt effekten av manuell behandling. Informanten erfarer at behandling vil ha liten eller ingen effekt dersom den hormonelle hypotesen er gjeldende. Videre uteble den nevrovaskulære-, den vaskulære- og den arvelige hypotesen fra informantenes resonnementer. Bare én informant tok for seg hypotesen om mikrobiota, men til gjengjeld evaluerer informanten mikrobiota og kosthold som essensielt når det kommer til håndtering og behandling av migrene. Det kan diskuteres om de vage uttalelsene fra informantene skyldes at hypotesene ikke har en klinisk signifikans, eller fordi informantene har en formening om at dette ikke kan påvirkes gjennom manuell behandling.

Den nevrologiske hypotesen har flere mindre hypoteser, hvor CSD er en av dem. Ingen av informantene nevner denne, til tross for at den er ansett som den mest holdbare patofysiologiske årsaksforklaringen i dag (1). Videre er det ingen av informantene som direkte nevner den nevrologiske hypotesen som omhandler cervikotrigeminale nucleus. Likevel forklarer samtlige informanter indirekte at restriksjoner i cervikalcolumna kan ha en innvirkning på migreaneanfall. Det kan tolkes at samtlige informanter ubevisst anvender den nevrologiske hypotesen i klinisk praksis. Muligens ser de det som irrelevant å ta hensyn til hypotesen som en årsaksforklaring, hvor det er funnene fra undersøkelsen som er relevant for videre behandling.

Samtlige informanter trekker fram ulike faktorer som kan være med på å trigge migreaneanfall. De er enige om at adressering av migrenetrigger er viktig i tilnærming og behandling av migrenepasienter. Både litteraturen og informantene trekker fram økt stressnivå som mest gjeldende trigger, men også faktorer som matvarer, matvaner og aktivitetsnivå blir utpekt som essensielle (10,15). Selv om flere av informantene reflekterer rundt bruken av medikamenter

er det bare én informant som peker på medikamenter som en eventuell trigger. I litteraturen står det beskrevet at MOH kan oppstå av eksessiv bruk av medikamenter (24). Det settes spørsmål ved om bruk av medikamenter og oppfølging av disse burde få mer oppmerksomhet i klinisk praksis, da dette kan trigge hodepine.

### **Behandlingstilnærming**

Medikamentell behandling er den mest utbredte behandlingsformen for migrene (25). Chaibi et al. belyser at *"Migraine is usually managed by medication, but some patients do not tolerate medication due to side effects... or prefer to avoid medication for other reasons."* (49). Videre viser de til at manuelle behandlingsformer som fysioterapi, kiropraktikk og massasjeterapi kan være like gode alternativer som enkelte medikamenter. Dette kan derfor være et alternativ til pasienter som ikke ønsker konservativ behandling.

Informantene deler meninger om psykososial tilnærming til pasienten. Som nevnt i tidligere avsnitt er stress som migrenetrigger, noe informantene legger stor vekt på i sin behandlingstilnærming. Denne observasjonen stemmer overens med studiet fra Tuchin et al. hvor det rapporteres at over 80% av pasientene opplever stress (15). Videre kan det legges til at Schramm et al. beskriver at migrenepasienter opplever mer stress enn pasienter med tensjonshodepine (23).

O1 snakker med pasientene om at søvn og hvile er to viktige faktorer å ta hensyn til i hverdagen. Haque et al. støtter påstanden som en forbedrende faktor for hodepine (21). I følge Voigt et al. og Bryans et al. vil relaksasjonsterapi og trening kunne hjelpe på stressreduksjon, som igjen kan forbedre migrenen pasienten opplever (12,22). Dette kan overføres til de fleste informantene, da rådene som blir gitt inkluderer trening, pusteøvelser, tøyning og avbrekk i hverdagen. Informantene ser flere migrenepasienter hvor stress er en viktig trigger. I tilfeller hvor stress er den eneste eller en del av årsakene til migrenen, vil stressreduksjon i form av stressmestring og håndteringsråd om triggere hatt positiv effekt.

### **Effekt og respons**

Det diskuteres om manuell behandling har en effekt på migrenepasienter eller ikke. Litteraturen er svært begrenset når det gjelder kiropraktorer og osteopater sin behandlingstilnærming for migrenepasienter. Voigt et al. og Cerritelli et al. konkluderer med en signifikant effekt av manuell behandling (20,22). Disse viser til en reduksjon i intensitet og

frekvens av anfall i tillegg til en reduksjon i medikamentbruk og funksjonsnedsettelse. Dette støtter flertallet av informantene, hvor blant annet O2 rapporterer om økt livskvalitet og reduksjon i medikamentbruk hos sine pasienter.

I følge Posadzki et al. har ikke manuell behandling, ved bruk av manipulasjon, noen signifikant effekt på migrene (50). Tuchin et al. og Bryans et al. derimot, fastslår en positiv effekt av manipulasjon. Dette er noe informantene også erfarer, da manipulasjonsteknikker blir hyppig brukt i deres behandlingstilnærming (12,15). Andre teknikker som regelmessig blir brukt av informantene er mobilisering- og bløtvevsteknikker. Dette støtter Chaibi et al. som konkluderer med at disse teknikkene kan ha positiv effekt på migrenepasienter (49).

Pasientene er individuelle og har variasjoner i symptomatikk og behandlingsrespons. O1 peker på viktigheten av å være en aktiv mottaker av behandling for å oppnå effekt. Derfor vil antall behandlinger variere fra pasient til pasient. K2 trekker fram erfaringer med migrene av hormonelt opphav som en tilstand hvor behandling har liten effekt, men at årsaker med opphav i muskel- og skjelettsystemet, samt triggere vil kunne ha en positiv effekt. K1 anbefaler tverrfaglighet for å oppnå den beste effekten hos pasientene, da to hoder tenker bedre enn ett. Dette kan være hensiktsmessig da ulike profesjoner tilnærmer seg migrene på ulik måte.

Flere av informantene reflekterer rundt effekt og respons fra pasienter, der effekt blir sett i sammenheng med hvilken respons pasienten gir. K1 og O2 trekker fram et viktig synspunkt om at respons og effekt er vanskelig å måle på grunn av at de som kommer tilbake for videre behandling, er de som allerede er fornøyd. Informantene får sjelden tilbakemelding fra de som ikke kommer tilbake.

### **6.3 Implikasjoner**

Oppgaven kan være av klinisk betydning for manuelle behandlere, da den belyser viktigheten av å se pasienten i et helhetsperspektiv. Anvendt litteratur og informantene forklarer migrene som en multifaktoriell tilstand, hvor migrenetriggere er av stor betydning (10,21).

Migrenetriggere observert av informantene var blant annet økt stressnivå, søvnmangel og utmattelse, i tillegg til mulige følgesymptomer. Dette kan relateres til den psykososiale tilstanden til pasienten. Det er derfor viktig å evaluere psykososiale årsaker på lik linje som

biomekaniske og patofysiologiske årsaksforklaringer. Ut fra informantenes observasjoner og respons fra pasientene kunne prognosen for migrene vært bedre, dersom de psykososiale faktorene hadde fått større fokus i utdanningen til de ulike profesjonene. To av informantene trekker fram bruk av migrenedagbøker, som et verktøy for å kartlegge migrenetriggerne. Det fremmes et forslag om å inkludere bruken og analyseringen av migrenedagbøker i utdanningen, for å få fokus på de psykososiale- og fysiologiske triggerne.

Det har blitt diskutert om det er relevant og av klinisk betydning å skille mellom ulike hodepiner ved manuell behandling, da både informantene og Tuchin et al. erfarer at det er en kontinuitet mellom ulike hodepiner (15). Forfatterne mener likevel at det kan være av klinisk betydning å kjenne til symptomer og funn på migrene, for å kunne henvise til videre utredning og for en eventuell medikamentell behandling.

Det burde forskers mer på forholdet mellom faktorene GI-systemet, mikrobiota, kosthold og migrene, da dette viser seg å kunne påvirke hverandre via ”brain-gut-axis” (18). Hvis mikrobiota og kartlegging av kosthold hadde fått et større fokus i klinisk sammenheng, kunne prognosen for migrenepasienter vært bedre.

#### **6.4 Metodekritikk**

Formålet med studiet var å få økt forståelse for temaet migrene, hvor kvalitativ metode ble benyttet. Det er både positive og negative sider ved å benytte denne metoden. En fordel er at forfatterne møtte informantene i person, noe som kunne hindre frafall av informanter i studiet. En annen faktor som kunne hindre frafall var at intervjuene ble holdt på informantene sine respektive klinikker, slik at deres jobbhverdag i minst mulig grad ble forstyrret.

En ulempe med metoden er at det er en tidkrevende og omfattende prosess å forenkle datamengden og kategorisere datamaterialet. Forfatterne var innforstått med hvor viktig det var å unngå for tidlige tolkninger, og betydningen av å forholde seg nøytral til datamaterialet. Det viste seg å være en utfordring å forholde seg objektiv under hele prosessen, da forfatterne er osteopapistudenter og informantene var osteopater og kiropraktorer. Automatisk ble det trukket fram erfaringer fra osteopapistudiet inn i spørsmålene. Informantene var klar over studieretningen til forfatterne og til stadighet ble dette nevnt. Spesielt pekte kiropraktorene på hva osteopater har mer erfaring med, når det kommer til enkelte behandlingstilnærminger for

migrene. Dette kan eksemplifiseres med sitatet: «*Objektivitet er fruktbart som et ideal, selv om det er uoppnåelig.*» (39, s. 16).

En mulig fallgrube var at informasjonen kunne bli tatt ut av kontekst, slik at den mistet sin mening. Derfor var det krevende å plassere informasjonen under analysearbeidet, da noen sitater passet inn under flere kategorier. Feil i analysen vil kunne utvikle følgefeil over til resultatene. Til tross for at analysearbeidet og resultatdelen var krevende, ble konteksten i datamaterialet bevart på best mulig måte.

Reliabiliteten avhenger av at informanten er ærlig, noe som kan være krevende når intervjuer er tilstede. Det kan være at informantene svarer med hensyn til hva de tror intervjueren vil høre eller mener er allment akseptert. Det er også mulig at intervjueren eller gjennomføring av metoden kan påvirke intervjuresultatene. Forfatterne ble gjort oppmerksom på at ulike ordvalg kan gi ulike svar, noe som gjør at svarene avhenger av intervjuer (44, s. 250). Gjennom prøveintervjuene ble spørsmålene i intervjuguiden kvalitetssikret, da de skulle være presise, men samtidig gi mulighet for oppfølgingsspørsmål og informantens egne refleksjoner.

Det å transkribere sammen eller at begge forfatterne transkriberer alt, for så å sammenligne svarene, kunne ha vært med på å styrket reliabiliteten av resultatet. Larsen uttaler: "*Jo flere på jobben, jo høyere reliabilitet.*" (39, s. 81). Likevel valgte forfatterne å transkribere to intervju hver for å være tidseffektiv.

For å øke validiteten på studiet var det viktig med en fleksibel prosess. Det var derfor mulig å foreta korreksjoner, hvor intervjuguiden ble revidert underveis. Intervjuguiden var valid og målte det som var ønsket å undersøke, til tross for at den ble revidert. I tillegg kunne informantene snakke fritt og ta opp emner de selv anså som viktige. Med mulighet for å be om oppklaringer og rydde opp i misforståelser vil en kunne få en bredere forståelse for temaet.

Rekruttering av informanter via e-post ga liten respons, noe som resulterte i at studiet inkluderte tre informanter som forfatterne allerede hadde kjennskap til. Det kan diskuteres om responsen på e-post hadde vært bedre om forfatterne hadde unngått feilen som ble gjort i utsendelsen, der informasjonsskrivet ikke ble lagt med i den opprinnelige e-posten. Dette

kunne virke uprofesjonelt og dermed svekke interessen til mottaker. Flere informanter kunne gjort studiet mer representativt og overførbart.

En burde også sette av mer tid til intervjuet, da forfatterne oppdaget at mangel på tid ville påvirke svarene til informantene. Noen av informantene var under tidspress da forfatterne møtte de ute på deres respektive klinikker, fordi de måtte tilbake til sine konsultasjoner. Dette gjorde at enkelte spørsmål gikk fort, noe som ga større mulighet for misforståelser av hva som egentlig ble spurt om. I tillegg ble det liten tid til oppfølgingsspørsmål. Det ble observert at når informanten hadde dårlig tid ble svarene rotete, tatt ut av kontekst og svarene var tydelig preget av et høyt stressnivå.

### **6.5 *Anbefaling til senere forskning***

Det ble gjort et litteratursøk i forkant av studiet, men forfatterne så i ettertid at enkelte artikler har dårlig metodekvalitet og er utdaterte. Om artiklene er utdaterte fordi forfatterne gjorde et mangelfullt litteratursøk, eller fordi det ikke finnes nyere forskning om temaet, er uvisst. Videre kan det noteres at formålet med denne oppgaven ikke var å utføre et systematisk litteratursøk. For senere forskning vil det anbefales å utarbeide en systematisk oversiktsartikkel for å belyse temaet migrene ytterligere. Selv om oppgaven styrkes ved at den går i dybden av det aktuelle temaet, har oppgaven store svakheter med et lite og ikke-tilfeldig utvalg. For videre forskning vil det anbefales et tilfeldig og større utvalg i håp om et mer representativt utvalg med mål om en mer solid datainnsamling.

Det kunne vært interessant å koble inn flere profesjoner for å se hvordan de ulike tilnærmer seg temaet. Kanskje kan en se sammenheng i behandlingstilnærming mellom profesjonene kiropraktikk, osteopati, naprapati og fysioterapi. Det kunne også vært interessant å undersøke om kranio-sakralterapeuter og osteopater har de samme erfaringene, perspektivene og tilnærmingene til migrenepasienter.

For å gjennomføre et studie må en søke godkjenning av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (51). Forfatterne ble gjort oppmerksom på dette for sent i studiet. I følge testen på NSD sine nettsider skal det ikke være nødvendig å søke om godkjenning for dette studiet. For videre forskning vil det være etisk forsvarlig å søke om godkjenning på forhånd.

## 7 Konklusjon

Forfatterne kan konkludere med at informantene reflekterer forholdsvis likt rundt pasienter med migrene. En stor del av tilnærmingen til pasientene er å gi råd som går ut på å redusere assosierte migrenetriggere. Områdene som blir undersøkt og behandlet av informantene, samt adresseringen av triggere og psykososiale faktorer samsvarer i stor grad. Det kan understrekes at osteopater inkluderer flere områder som kan assosieres med migrene, som viscerale strukturer, men påpeker at det er funn fra undersøkelsen som veileder for behandling. Kiropraktorene er mer konkret på hvor de ønsker å undersøke og behandle migrenepasientene.

Samtlige informanter mener at respons er vanskelig å måle og de bruker ordene effekt og respons om hverandre. Dersom pasienten kommer tilbake og gir positiv respons på at de har færre anfall, eller at de opplever mindre smerte i hverdagen, vil informanten tolke dette som positiv effekt av behandlingen. I følge informantene responderer flere pasienter med en positiv effekt av manuell behandling og deres tilnærming til migrene. Det blir rapportert om reduksjon i frekvens og intensitet av migreaneanfallene, samt økt livskvalitet og redusert medikamentbruk.

Resultatene i dette kvalitative studiet må tolkes med forsiktighet, grunnet få deltagere og mangel på et systematisk litteratursøk. Det konkluderes derfor med at det kreves ytterligere forskning før en valid og reliabel slutning kan presenteres om temaet.

## 8 Referanseliste

1. Migrene, oversikt [Internett]. NHI.no. [sitert 26. mars 2017]. Tilgjengelig på: <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/hodepiner/migrene-oversikt/>
2. Statistikkbanken [Internett]. ssb.no. [sitert 26. januar 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.ssb.no/statistikkbanken>
3. Vegetativt nervesystem. I: Store norske leksikon [Internett]. 2014 [sitert 27. april 2017]. Tilgjengelig på: [http://snl.no/vegetativt\\_nervesystem](http://snl.no/vegetativt_nervesystem)
4. Malt U. autonome symptomer. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2016 [sitert 27. april 2017]. Tilgjengelig på: [http://sml.snl.no/autonome\\_symptomer](http://sml.snl.no/autonome_symptomer)
5. Fotofobi og fonofobi ved primære hodepiner [Internett]. Tidsskrift for Den norske legeförening. [sitert 27. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://tidsskriftet.no/2000/03/doktoravhandlinger/fotofobi-og-fonofobi-ved-primaere-hodepiner>
6. Gjerstad L, Nyberg-Hansen R. migrene. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2016 [sitert 26. mars 2017]. Tilgjengelig på: <http://sml.snl.no/migrene>
7. Gjerstad L. afasi. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2016 [sitert 27. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://sml.snl.no/afasi>
8. Mikrobiota | BINDEVEVSSYKDOMMER.NO [Internett]. [sitert 27. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://bindevessykdommer.no/mikrobiota/>
9. Ihsclassification. 1. Migraine - ICHD-3 Beta The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (Beta version) [Internett]. ICHD-3 Beta The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (Beta version). [sitert 26. mars 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.ichd-3.org/1-migraine/>
10. Schürks M, Buring JE, Kurth T. Migraine features, associated symptoms and triggers: A principal component analysis in the Women's Health Study. Cephalalgia. 1. mai 2011;31(7):861–9.
11. Ihsclassification. ICHD-3 Beta - The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (Beta version) [Internett]. ICHD-3 Beta The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (Beta version). [sitert 26. mars 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.ichd-3.org/>
12. Bryans R, Descarreaux M, Duranleau M, Marcoux H, Potter B, Ruegg R, mfl. Evidence-Based Guidelines for the Chiropractic Treatment of Adults With Headache. J Manipulative Physiol Ther. 2011;34(5):274–289.
13. Ihsclassification. 1.1 Migraine without aura - ICHD-3 Beta The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (Beta version) [Internett]. ICHD-3 Beta The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (Beta version). [sitert 26. mars 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.ichd-3.org/1-migraine/1-1-migraine-without-aura/>



14. Ihsclassification. 1.2 Migraine with aura - ICHD-3 Beta The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (Beta version) [Internett]. ICHD-3 Beta The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (Beta version). [sitert 13. januar 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.ichd-3.org/1-migraine/1-2-migraine-with-aura/>
15. Tuchin PJ, Pollard H, Bonello R. A randomized controlled trial of chiropractic spinal manipulative therapy for migraine. *J Manipulative Physiol Ther.* 2000;23(2):91–95.
16. Silberstein S. Migraine Pathophysiology and its Clinical Implications. *Cephalalgia.* 1. november 2004;24(2\_suppl):2–7.
17. Per Brodal. Sentralnervesystemet. 5. utg. Oslo: Universitetsforl; 2013. 646 s.
18. van Hemert S, Breedveld AC, Rovers JMP, Vermeiden JPW, Witteman BJM, Smits MG, mfl. Migraine Associated with Gastrointestinal Disorders: Review of the Literature and Clinical Implications. *Front Neurol* [Internett]. 2014 [sitert 22. april 2017];5. Tilgjengelig på: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fneur.2014.00241/full>
19. Migrenesmerte – mekanismer og konsekvenser for behandling [Internett]. Tidsskrift for Den norske legeförening. [sitert 26. mars 2017]. Tilgjengelig på: <http://tidsskriftet.no/2007/11/oversiktsartikkel/migrenesmerte-mekanismer-og-konsekvenser-behandling>
20. Cerritelli F, Ginevri L, Messi G, Caprari E, Di Vincenzo M, Renzetti C, mfl. Clinical effectiveness of osteopathic treatment in chronic migraine: 3-Armed randomized controlled trial. *Complement Ther Med.* april 2015;23(2):149–56.
21. Haque B, Rahman KM, Hoque A, Hasan AH, Chowdhury RN, Khan SU, mfl. Precipitating and relieving factors of migraine versus tension type headache. *BMC Neurol.* 2012;12:82.
22. Voigt K, Liebnitzky J, Burmeister U, Sihvonen-Riemenschneider H, Beck M, Voigt R, mfl. Efficacy of Osteopathic Manipulative Treatment of Female Patients with Migraine: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med.* 1. mars 2011;17(3):225–30.
23. Schramm SH, Moebus S, Lehmann N, Galli U, Obermann M, Bock E, mfl. The association between stress and headache: A longitudinal population-based study. *Cephalalgia.* 1. september 2015;35(10):853–63.
24. Ihsclassification. 8.2 Medication-overuse headache (MOH) - ICHD-3 Beta The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (Beta version) [Internett]. ICHD-3 Beta The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (Beta version). [sitert 26. mars 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.ichd-3.org/8-headache-attributed-to-a-substance-or-its-withdrawal/8-2-medication-overuse-headache-moh/>

25. Migrene, behandling [Internett]. NHI.no. [sitert 26. mars 2017]. Tilgjengelig på: <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/migrene/migrene-behandling/?page=2>
26. Ulrich V, Olesen J, Gervil M, Russell M. Possible Risk Factors and Precipitants for Migraine with Aura in Discordant Twin-Pairs: A Population-Based Study. *Cephalalgia*. 1. november 2000;20(9):821–5.
27. Norsk Osteopatforbund [Internett]. Norsk Osteopatforbund. [sitert 27. mars 2017]. Tilgjengelig på: <http://osteopati.org/norsk-osteopatforbund/>
28. Hva er osteopati [Internett]. Norsk Osteopatforbund. [sitert 29. januar 2017]. Tilgjengelig på: <http://osteopati.org/hva-er-osteopati/>
29. Fawkes CA, Leach CMJ, Mathias S, Moore AP. A profile of osteopathic care in private practices in the United Kingdom: A national pilot using standardised data collection. *Man Ther*. 2014;19(2):125–130.
30. Chila AG. *Foundations of Osteopathic Medicine*. 3.utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 1131 s.
31. Kiropraktikk. I: Store norske leksikon [Internett]. 2014 [sitert 18. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://snl.no/kiiropraktikk>
32. Personer autorisasjon eller lisens helsepersonellkategorier [Internett]. [sitert 23. mars 2017]. Tilgjengelig på: <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Oversikt-over-helsepersonell/Personer-autorisasjon-lisens-helsepersonellkategorier/>
33. Kvam AM, Journalist. Kiropraktikk [Internett]. NHI.no. [sitert 21. mars 2017]. Tilgjengelig på: <https://nhi.no/livsstil/alternativ-medisin/kiiropraktikk/?page=1>
34. Gleberzon B, Stuber K. Frequency of use of diagnostic and manual therapeutic procedures of the spine taught at the Canadian Memorial Chiropractic College: A preliminary survey of Ontario chiropractors. Part 1 -- practice characteristics and demographic profiles. *J Can Chiropr Assoc*. mars 2013;57(1):32–41.
35. DC SGY. Spinal Manipulation: High-Velocity Low-Amplitude (HVLA) [Internett]. Spine-health. [sitert 1. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.spine-health.com/treatment/chiropractic/spinal-manipulation-high-velocity-low-amplitude-hvla>
36. Trigger Point Myotherapy [Internett]. Spine-health. [sitert 1. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.spine-health.com/glossary/trigger-point-myotherapy>
37. DC SGY. Activator Method Chiropractic Technique [Internett]. Spine-health. [sitert 1. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://www.spine-health.com/treatment/chiropractic/activator-method-chiropractic-technique>
38. Tranøy KE. metode. I: Store norske leksikon [Internett]. 2014 [sitert 27. mars 2017]. Tilgjengelig på: <http://snl.no/metode>

39. Ann Kristin Larsen. En enklere metode: veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode. Bergen: Fagbokforl; 2007. 122 s.
40. Langdridge D. Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnæringer. Trondheim: Tapir; 2006. 388 s.
41. Monica Dalen. Intervju som forskningsmetode. 2. utg. Oslo: Universitetsforl; 2011. 121 s.
42. Nilssen VL. Analyse i kvalitative studier: den skrivende forskeren. Oslo: Universitetsforl; 2012. 190 s.
43. Steinar Kvale, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009. 344 s.
44. Asbjørn Johannessen, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 4. utg. Oslo: Abstrakt; 2010. 436 s.
45. objektivitet. I: Store norske leksikon [Internett]. 2014 [sitert 27. april 2017]. Tilgjengelig på: <http://snl.no/objektivitet>
46. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011. 238 s.
47. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) - Kapittel 4. Samtykke - Lovdata [Internett]. [sitert 13. januar 2017]. Tilgjengelig på: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL\\_4#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4)
48. REK – Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk [Internett]. [sitert 13. januar 2017]. Tilgjengelig på: [https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p\\_d im=34999](https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_d im=34999)
49. Chaibi A, Tuchin PJ, Russell MB. Manual therapies for migraine: a systematic review. J Headache Pain. 1. april 2011;12(2):127–33.
50. Posadzki P, Ernst E. Spinal manipulations for the treatment of migraine: A systematic review of randomized clinical trials. Cephalalgia. 1. juni 2011;31(8):964–70.
51. Meldeplikttest [Internett]. [sitert 25. april 2017]. Tilgjengelig på: [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meldeplikttest.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meldeplikttest.html)

## 9 Vedlegg

### Vedlegg 1

#### INFORMASJONSSKRIV

Kiropraktorer og osteopater sin tilnærming til migrenepasienter i Norge - et kvalitativt studie.

Vi er to osteopatistudenter fra Høyskolen Kristiania i Oslo, som er i gang med en bacheloroppgave som omhandler migrene. Målet med oppgaven er å finne ut hvilken måte du som praktiserende behandler tilnærmer deg migrenepasienter. Problemstillingen vår er:

*“Hvilken tilnærming har kiropraktorer og osteopater til migrenepasienter og hvordan opplever de at pasienter responderer på behandlingen?”*

Prosjektet går ut på å delta på et intervju som har en varighet på maksimalt 30 minutter. Intervjuet vil skje i perioden uke 6-8, hvor du selv kan komme med forslag til tid og sted som passer for deg. Spørsmålene vil inneholde dine tanker og erfaringer rundt temaet migrene, samt hvordan du gjennom behandling tilnærmer deg pasienten og hvordan pasienten responderer på behandlingen.

For at du skal være innenfor vår målgruppe må du ha en godkjent utdanning som osteopat eller kiropraktor, jobbet i klinisk praksis i minst to år og være medlem av ditt respektive forbund. Du må være norskspråklig, jobbe i Oslo- eller Akershus kommune og hatt migrenepasienter i 2016/2017. En samtykkeerklæring signeres av begge parter før intervjuet starter. All informasjon om deg fra intervjuet vil bli anonymisert, og vil ikke kunne gjenkjennes. Intervjuet foregår med båndopptaker og skal deretter transkriberes. Alle opptak vil bli slettet etter studiet er avsluttet.

Som frivillig med på studiet vil vi opplyse om at du når som helst kan trekke ditt samtykke, uten å måtte oppgi en grunn. Dersom du ønsker å delta, og/eller har noen spørsmål om intervjuet eller publisering av resultater, må du gjerne kontakte oss på e-post eller telefon.

Håper du har lyst til å hjelpe oss!

Med vennlig hilsen

[Studentenes navn og kontaktinformasjon]

## **INTERVJUGUIDE – semistrukturert intervju**

Tema: Kiropraktorer og osteopater sin tilnærming til migrene i Norge.

Problemstilling: *”Hvilken tilnærming har kiropraktorer og osteopater til migrenepasienter, og hvordan opplever de at pasienten responderer på behandlingen?”*.

### **1. Rammesetting**

#### Presentasjon av oss

- Presentasjon av vår bacheloroppgave med problemstilling og tema.
- I løpet av samtalen vil vi stille spørsmål rundt følgende temaer:
  - Manuell tilnærming til migrene
  - Hvordan respons har informantene fått fra pasientene

#### Etikk

- Anonymitet: ønsker bruk av båndopptaker
- Taushetsplikt: ingen sensitiv informasjon om pasienten eller informasjon som kan avsløre behandlerens identitet
- Skrive under samtykkeerklæring

Har informant noen spørsmål før vi starter?

### **2. Overgangsspørsmål**

#### Erfaring

- Hvor lenge har du jobbet som kiropraktor/osteopat i klinisk praksis?
- Har du deltatt på noen kurs etter endt utdanning som er relevant for migrene?
- Omtrent hvor mange pasienter ser du med migrene i løpet av en måned?
- Har du noen tanker om hva som kan være årsaksmekanismen bak migrene?
- Er det noen symptomer eller kjennetegn som ofte går igjen hos dine pasienter?
  - Eksempler: arv, kjønn, alder, muskel- og skjelettplager, psykososiale faktorer eller annen problematikk?

- Hvor mange behandlinger regner du med å ha per pasient?
- Pleier pasientene stort sett å være diagnostisert av lege før de kommer til deg?
  - Hvis nei: diagnostiserer du pasienten selv?
- Kjenner du til hodepine kriteriene for diagnostisering av migrene (ICHD-3)?
  - Hvis ja: har du anvendt disse i klinisk praksis?

### **3. Fokusering**

#### Tilnærming

- Er det noen regioner som du behandler oftere hos migrenepasienter?
- Hvilke manuelle teknikker utfører du oftest på migrenepasienter?
- Gir du hjemmeøvelser og/eller råd til pasienten for forebygging av migreneanfall?
  - Hvis ja: hvilke øvelser/råd gir du pasienten?
- Tar du hensyn til triggere hos pasientene?
  - Hvis ja: hvilke triggere ser du?
- Tar du hensyn til psykososiale aspekter i din behandling? (for eksempel stress)
  - Hvis ja: på hvilken måte?

#### Effekt

- Hvordan opplever du at pasienten responderer på behandlingen?
- Hva slags tilbakemelding har du fått fra pasienter om effekt av din behandling?

### **4. Tilbakeblikk**

- Oppsummering og avklaring
- Spørre om vi skal ettersende oppgaven til informanten før vi leverer den
  - E-post adresse må skrives på samtykkeerklæring

## SAMTYKKEERKLÆRING

Kiropraktorer og osteopater sin tilnærming til migrenepasienter i Norge - et kvalitativt studie.

Studenter: [Studentenes navn]

---

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 bacheloroppgaven i fremtiden kan bli gjort tilgjengelig for andre studenter i Høyskolen Kristianias 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 studentene får ikke kan bli sporet tilbake til pasienten.

Jeg har godkjent bruk av båndopptaker under intervjuet. Lydklippet vil bli slettet etter transkripsjon.

Om ønsket kan oppgaven ettersendes før innlevering 28. april 2017.

Epost: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Sted: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Signatur: \_\_\_\_\_