

VF203

Bacheloroppgave

Bachelor i Osteopati

Antall ord: 10583

Vår 2021

«Osteopatisk tilnærming til pasienter med spedbarnskolikk»

Høyskolen Kristiania

«Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdannelsen ved Høyskolen Kristiania. Høyskolen er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.»

Sammendrag

Bakgrunn for oppgaven

På bakgrunn av vår interesse for spedbarn ønsket vi å se på problematikk relatert til den første fasen av livet. Nysgjerrigheten og motivasjonen for temaet oppstod da hele 20 % av spedbarn rammes av kolikk og ambisjonen om å utvikle en bred forståelse for hvordan osteopater undersøker og behandler spedbarn med denne problematikken. Det finnes derimot få studier som baserer seg på hvordan osteopater tilnærmer seg pasienter med kolikk. Basert på dette ønsket vi å innhente kunnskap om den kliniske resonneringsprosessen osteopater gjør i møte med pasienter med spedbarnskolikk.

Problemstilling

“Hvordan tilnærmer osteopater seg pasienter med spedbarnskolikk?”.

Metode

I denne studien ble det benyttet kvalitativ tilnærming og for å komme direkte inn på osteopaters erfaring ble det anvendt semistrukturert intervju. Det ble utviklet en intervjuguide og etter intervjuene ble informasjonen transkribert, analysert og diskutert.

Utvalget inkluderte fire informanter som bestod av damer og menn i et variert aldersspenn. Det ble bearbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier for å bidra med relevant erfaring innenfor tema. Selv om kriteriene og utvalget er marginale håper vi studien kan skape en nysgjerrighet og økt kunnskap rundt temaet, samt inspirasjon til hvordan osteopater kan bidra til symptomlette hos spedbarn med kolikk.

Resultater og konklusjon

Hvordan osteopater tilnærmer seg pasienter med spedbarnskolikk er varierende. Osteopatene i studien har fokuset i anamnesen og baserer tilnærmingen sin på det – noe som igjen påvirker den videre konsultasjonen. Osteopatene avdekker de signifikante dysfunksjonene hos spedbarnet ved å anvende en minimalistisk tilnærming, og behandler disse ved å benytte seg av skånsomme teknikker for å oppnå ønsket respons. Studien viser tendens til at osteopatene bruker de fem osteopatiske modellene på ulike vis da enhver pasient er individuell og perspektivet rundt pasienten formes deretter. Selv om osteopatene anvender ulike modeller og tilnærminger, forventer samtlige respons på behandlingen etter tre behandlinger.

Forord

Dette prosjektet har vært en reise som har bydd på utfordringer, men også gitt oss mye kunnskap innenfor valgt tema. Det har vært en bratt læringskurve med ny og økt forståelse, som har bygget videre på vårt personlige engasjement rundt spedbarn og kolikk.

En stor takk til vår flinke veileder, Line Rølvaag, for gode tips og råd underveis, og som har gitt oppmuntrende ord og motivert oss fra start til slutt. Vi setter i tillegg pris på ditt engasjement rundt tema og for at du stilte opp som pilotinformant.

Tusen takk til alle de dyktige informantene som har gjort det mulig å gjennomføre dette prosjektet. Dere er store forbilder og har inspirert oss med deres tenkemåte og erfaringer innen osteopati.

Vi ønsker også å takke Kari B. Rasmussen som har finlest og gitt oss konstruktive tilbakemeldinger på prosjektet.

Oslo, April 2021

Ingrid Bjørklund og Elise Fosse Vederhus

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	5
1.2 BAKGRUNN OG TEMA	5
1.2.1 Drivkraft bak prosjektet.....	5
1.2.2 Utarbeidelse av problemstilling.....	5
1.3 AVGRENSNINGER	6
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	6
2. TEORI	6
2.1 OSTEOPATI	6
2.2 DE FEM OSTEOPATISKE MODELLENE.....	7
2.2.1 Den biomekaniske modellen	8
2.2.2 Den respiratoriske og sirkulatoriske modellen	8
2.2.3 Den nevrologiske modellen.....	8
2.2.4 Den metabolske modellen	8
2.2.5 Den biopsykososiale modellen	8
2.3 OSTEOPATISK TILNÆRMING	9
2.3.1 Symptombasert tilnærming	9
2.3.2 Minimalistisk tilnærming	9
2.3.3 Maksimalistisk tilnærming	9
2.4 KOLIKK.....	10
2.4.1 Definisjon av kolikk	10
2.4.2 Symptomer	10
2.4.3 Osteopatisk undersøkelse og behandling.....	11
3. METODE	12
3.1 VALG AV METODE OG LITTERATURSØK	13
3.2 KVALITATIV METODE.....	14
3.3 UTVALG OG KRITERIER	14
3.4 REKRUTTERING AV INFORMANTER.....	15
3.5 UTVIKLING AV INTERVJUGUIDE.....	16
3.6 INFORMASJONSSKRIV MED SAMTYKKESKJEMA	17
3.7 PILOTINTERVJU.....	17
3.8 HOVEDINTERVJU	17
3.9 TRANSKRIBERING	18
3.10 ANALYSE	19
3.11 EVALUERING AV STUDIEN	19
3.11.1 Reliabilitet	20

3.11.2 Validitet og generaliserbarhet.....	20
3.11.3 Objektivitet.....	21
3.12 Etiske hensyn.....	21
3.12.1 Retningslinjer	21
3.12.2 Meldeplikt	22
3.12.3 Samtykke	22
3.12.4 Taushetsplikt og anonymitet.....	22
4. PRESENTASJON AV RESULTATER	22
4.1 PRESENTASJON AV INFORMANTER.....	23
4.2 ANAMNESE.....	24
4.2.1 Viktige spørsmål å avdekke.....	24
4.2.2 Symptomer	25
4.3 UNDERSØKELSE.....	26
4.3.1 Osteopatisk undersøkelse	26
4.3.2 Dysfunksjoner som går igjen.....	27
4.4 BEHANDLING.....	28
4.4.1 Osteopatisk tilnærming.....	28
4.4.2 Valg av teknikker	28
4.4.3 Alder på barn	29
4.4.4 Respons på behandling	30
4.4.5 Behandlingsmål i samarbeid med foreldre	30
4.5 Andre behandlingstiltak	31
5. DISKUSJON	32
5.1 ANAMNESE.....	33
5.2 OSTEOPATISK UNDERSØKELSE.....	33
5.3 BEHANDLING.....	35
5.3.1 Osteopatisk tilnærming og valg av teknikker	35
5.3.2 Alder på barn og respons på behandling	35
5.3.3 Behandlingsmål i samarbeid med foreldre	36
5.4 ANDRE BEHANDLINGSTILTAK	36
5.5 EVALUERING AV STUDIEN	37
6. KONKLUSJON.....	39
REFERANSELISTE	40
VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE.....	42
VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV MED SAMTYKKESKJEMA	43

1. INNLEDNING

Innledningsvis vil vi presentere bakgrunn og tema hvor vi går inn på definisjon, etiologi, symptomer og drivkraften bak prosjektet. Vi trekker også inn osteopatiske betraktninger i dette hvor problemstillingen til prosjektet blir brakt frem.

1.2 BAKGRUNN OG TEMA

1.2.1 Drivkraft bak prosjektet

Kolikk rammer cirka 20% av spedbarn, barn i alderen 0 - 12 måneder, og er en av de vanligste presentasjonene i primær helsesektor i den første fasen av livet (1). Etiologien til kolikk blir betegnet som både multifaktoriell og ukjent. Det finnes flere teorier og påstander om at endring i fordøyelseskanalen kan være en potensiell årsak, men dette støttes ikke opp av forskning (2).

Osteopatisk manuell behandling viser en tendens til symptomlette på gråt hos barn med kolikk (3), men disse betegnes som svake studier for denne oppgaven, da den inkluderer kiropraktorer og få deltakere. Tre av fire av studiene omhandlet kiropraktorer og spinal manipulasjon og selv om osteopater benytter seg av manipulasjoner, blir ikke helheten sett fra et osteopatisk perspektiv. Basert på lite eksisterende forskning og vår indre nysgjerrighet innenfor osteopati opp mot spedbarnskolikk er dette drivkraften bak prosjektet. Vi synes det er lite søkelys på spedbarnskolikk og vi vil med dette prosjektet være med å bidra til å bringe tilstanden mer fram i lyset. Dette vil være både relevant og vesentlig for oss som fremtidige osteopater da dette er et interessefelt for oss begge. Vi håper og ønsker at dette prosjektet kan ha en positiv innvirkning på andre osteopater ved å åpne for interesse rundt temaet.

1.2.2 Utarbeidelse av problemstilling

På bakgrunn av vår nysgjerrighet om hvordan osteopater møter pasienter, samt vårt ønske om å innhente kunnskap om tema, forsøkte vi gjøre problemstillingen spesifikt inn mot osteopaters tilnærming. Vi ønsker å vite hvordan osteopater tilnærmer seg spedbarn med kolikk og grunnet vår nysgjerrighet for spedbarn og relatert problematikk har vi utarbeidet problemstillingen: *“Hvordan tilnærmer osteopater seg pasienter med spedbarnskolikk?”*. Med tilnærming menes det utdypelse i anamnesen, hvilken undersøkelse og behandling blir gitt, samt om det finnes en rød tråd i disse.

1.3 AVGRENSNINGER

Da det er vanskelig å stille diagnosen kolikk, har vi valgt å avgrense pasientgruppen til spedbarn som har blitt behandlet for kolikk-lignende symptomer. Dette utelukker altså pasienter som er over ett år og pasienter som ikke lider av utrøstelig gråt utover det normale.

På grunn av tidsrammen til prosjektet har vi satt en avgrensning på maksimum fem informanter for å gjøre prosjektet optimalt for oss. Spørsmålene i intervjuguiden skal være åpen, men konkrete, slik at svarene til informantene blir begrenset.

1.4 BEGREPSAVKLARING

Anamnese: Sykehistorie (4).

Somatisk dysfunksjon: Inkluderer endringer i knokler, muskler, fascier, ledd og deres assosierte nevrane, vaskulære og lymfatiske komponenter (5, s. 670).

Homeostase: Evnen til å regulere interne ressurser som oppstår ved smerte (5, s. 257).

Allostatisk last: Er summen av adaptive reaksjoner som hjelper å opprettholde homeostase i møtet med fysisk og psykisk stress (5, s. 257).

Osteopat D.O M.N.O.F: Osteopat som har utført diplomoppgave og er medlem av Norsk Osteopatforbund (6).

PRM: "Primær Respiratorisk Mekanisme" - en total kroppsfenomen som kan palperes i hele kroppen beskrevet gjennom fem anatomiske og fysiologiske fenomener, opparbeidet av Sutherland (5, s. 279).

SSB: Anatomisk landemerke i kraniet: Spheno-basilar synkondrose.

Direkte teknikker: Teknikker hvor en restriktiv barriere blir identifisert og en kraft mot denne barrieren utføres for å bedre mobiliteten og bedre vevet rundt området (5, s. 669).

Indirekte teknikker: Teknikker hvor vevet blir posisjonert bort fra den restriktive barrieren og et lett trykk blir holdt eller styrt av vevet til fri bevegelse er oppnådd (5, s. 669).

2. TEORI

2.1 OSTEOPATI

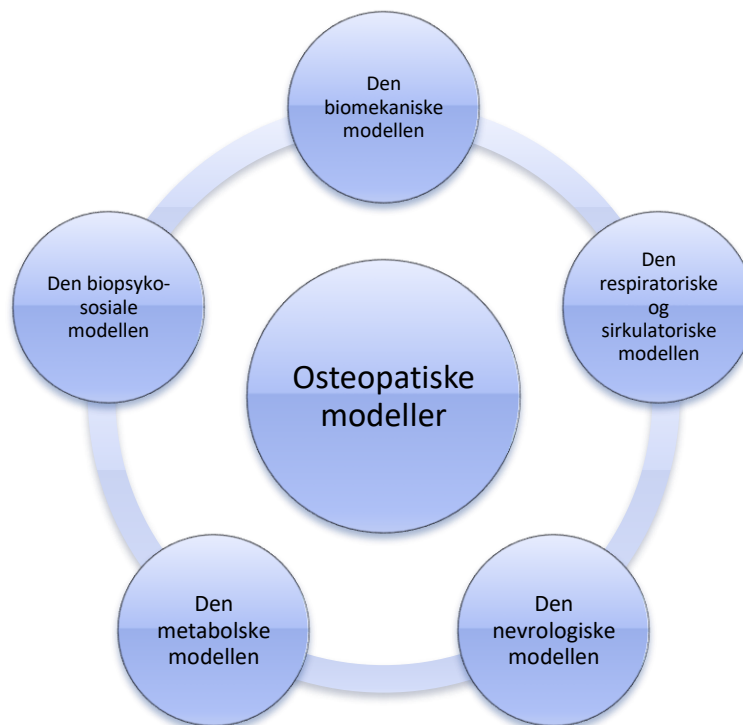
En osteopat ser sammenhengen mellom pasientens plager, kropp og hverdag basert på en grundig anamnese, manuell undersøkelse og behandling (7). Osteopati er organisert i relasjon til alle aspekter av helse; fysisk, psykisk, emosjonelt og spirituel. Et pasientsentrert fokus sammen med prinsipper for pasientomsorg, samt unike praktiske, manuelle undersøkelser og behandling former fundamentet for osteopati (5, s. 3).

En osteopatisk konsultasjon består av en grundig anamnese, hvor en inkluderer smertebilde og symptomer, tidligere sykehistorie, systemene i kroppen, samt de sosiale og de psykiske faktorene til pasientene. Sammenhengen mellom de fysiske, psykiske og sosiale faktorer vektlegges gjennom de fem osteopatiske modellene.

Dette setter grunnlaget for videre individuell undersøkelse og behandling. Det foretas en klinisk undersøkelse hvor målet er å utelukke alvorlig patologi og ta stilling til om det er trygt å behandle videre. Deretter blir det gjort relevante osteopatiske undersøkelser av kroppen hvor man kommer fram til den behandlingen en mener er best for pasienten, basert på anamnesen, funnene og de fem osteopatiske modellene (7).

2.2 DE FEM OSTEOPATISKE MODELLENE

De fem osteopatiske modellene er ofte brukt i klinisk evaluering, diagnose, behandling og pasient tilpasning. Modellene er ulike perspektiv en kan se pasienten på for å finne den best mulige tilnærmingen til hver enkel pasient. Ved å gjøre dette kartlegger en hvor hovedfokuset skal være hos pasienten for å best mulig opprettholde helsen til pasienten, samt få god effekt av den manuelle behandlingen. Disse modellene påvirker hverandre og spiller en nøkkelrolle i tilpasning til stressfaktorene hos pasienten for å bedre plagene (5, s. 4).



Figur 1. De fem osteopatiske modellene og hvordan de påvirker hverandre

2.2.1 Den biomekaniske modellen

Den biomekaniske modellen ser pasienten fra et strukturelt eller mekanisk perspektiv. Den tar for seg strukturelle restriksjoner som er forårsaket av dysfunksjoner i muskler, ligamenter, ledd og fascier. Ved å bedre disse funksjonene ved hjelp av osteopatisk behandling vil disse komponentene fremme metabolske, vaskulære, og nevrologiske strukturer og dermed påvirke den metabolske prosessen til pasienten for å optimalisere pasientens tilpasningsdyktighet (5, s. 5).

2.2.2 Den respiratoriske og sirkulatoriske modellen

Den respiratoriske og sirkulatoriske modellen fokuserer på respirasjons- og sirkulasjonskomponenter gjennom patofysiologiske prosesser for å oppnå homeostase. Dette inkluderer blant annet arteriell tilførsel, væskestrøm og venøs- og lymfatisk drenering. Ved å adressere respiratoriske og sirkulatoriske funksjoner vil osteopatisk behandling være rettet mot å maksimere kapasiteten og effektiviteten til disse funksjonene, samt bedre gjennomstrømming av væske i kroppen (5, s. 5, 6).

2.2.3 Den nevrologiske modellen

Den nevrologiske modellen tar for seg pasientens plage når det gjelder svekkelser i nevralt funksjoner som er forårsaket av patofysiologiske responser. Dette innebærer proprioseptiv funksjon, det autonome nervesystemet og aktiviteten til nociseptorer. Målet med osteopatisk behandling er å gjenopprette normal nevralt funksjon gjennom reduksjon av mekaniske spenninger og balansere nevralt input, samt eliminere nociseptiv firing (5, s. 6).

2.2.4 Den metabolske modellen

I den metabolske modellen settes fokuset på den metabolske og energiomsetningens aspekter av den homeostatiske adaptive responsen for å opprettholde en balanse mellom energiproduksjon, distribusjon og utgifter i kroppen. Dette inkluderer immunologiske, ernæringsmessige og psykologiske faktorer som kan gi negativ energiomsetning og dermed økt allostatisk last. Osteopatisk behandling vil være med på å få pasientens kropp i balanse ved å tilpasse seg disse forskjellige stressfaktorene (5, s. 6).

2.2.5 Den biopsykososiale modellen

Den biopsykososiale modellen anerkjenner vurderingen av pasientens mentale, følelsesmessige og åndelig tilstand. Helse påvirkes av miljømessige, sosioøkonomiske, kulturelle og arvelige faktorer, samt de forskjellige følelsesmessige og psykiske påkjenningene pasienten kjemper mot. Dette er med på å redusere pasientens tilpasningskapasitet, noe som predisponerer for dysfunksjoner i kroppen. Dette perspektivet viser at muskel og skjelettsystemet reflekter følelser og stress, og gir økt nevro-muskulær spenning. Osteopatens rolle er å hjelpe pasienter til å maksimere deres mestringsevner ved å tilby helsekunnskap, sykdoms- og livsstilsvalg, mentale syn og forebyggende omsorg (5, s. 7).

2.3 OSTEOPATISK TILNÆRMING

I møte med pasienten tilnærmer man med tre overordnede behandlingsmetoder; symptombasert tilnærming, minimalistisk tilnærming og maksimalistisk tilnærming. Nedenfor er det redegjort for de ulike tilnærmingene.

2.3.1 Symptombasert tilnærming

Den symptombaserte tilnærmingen baserer seg på smerte og symptomreduksjon. Den består hovedsakelig av å behandle symptomene lokalt og regionalt da hensikten er å påvirke smertegeneratorer. Denne måten å tilnærme seg pasienten på har som mål å bedre pasientens plager ved å redusere smerter og symptomer som de presenterer (8, s. 179).

2.3.2 Minimalistisk tilnærming

Ved en minimalistisk tilnærming er hensikten å påvirke helheten ved å avdekke de somatiske dysfunksjonene som betegnes som signifikante. For å avdekke de somatiske dysfunksjonene starter man gjerne med en global osteopatisk undersøkelse. Den globale osteopatiske undersøkelsesrutinen består av et utvalg av tester som gjør det mulig å avdekke disse dysfunksjoner i flere plan med klinisk signifikans. Terapeuten behandler dermed funnene som kan ha størst påvirkning for pasientens plager. Den minimalistiske tilnærmingen forutsetter at pasient har fysiologiske reserver til selv-regulasjon (8, s. 179)

2.3.3 Maksimalistisk tilnærming

Den maksimalistiske tilnærmingen tar utgangspunkt i å behandle store deler av kroppen i en og samme rutine. Zink modellen og Total Body Adjustment er eksempler på undersøkelses-

og behandlingsrutiner som kan benyttes i en maksimalistisk tilnærming. Denne tilnærmingen innebærer gjerne mye behandling og har som mål å optimalisere og normalisere funksjonene i kroppen. Den maksimalistiske tilnærmingen egner seg godt for pasienter med høy allostatisk last og for pasienter med mindre vellykket kompensasjoner som påvirker den hverdagslige respirasjon- og energiomsetningen (8, s. 179)

2.4 KOLIKK

Begrepet kolikk stammer fra det greske ordet *kblikos* som betyr “i relasjon til tykktarm”. På listen av de vanligste gastrointestinale dysfunksjoner hos spedbarn ligger kolikk tett opp etter sure oppstøt og er en av de vanligste grunnene til at foreldre søker profesjonell hjelp.

Gastrointestinale systemet er under flere påvirkninger - arv, iboende utvikling, endogene reguleringsmekanismer og miljø. Etiologien til kolikk er derfor multifaktoriell og flere teorier har blitt foreslått, slik som allergi mot kumelk, laktoseintoleranse, hyperperistaltikk tarm eller psykologiske vanskeligheter mellom foreldre-barn forholdet (8, s. 281).

2.4.1 Definisjon av kolikk

I gjennomsnitt er det antatt at spedbarn gråter 2,2 timer per dag gjennom de to første månedene i livet. “Rule of 3” er en referanse foreslått av *Wessel et al.* som blir brukt til å identifisere kolikkbarn (9, s. 281). Disse referansene tar for seg gråt som pågår mer enn tre timer i løpet av dagen, i mer enn tre dager i uken, i en periode over tre uker. I nyere tid går man gjerne bort fra denne definisjonen og går heller ut fra den nye, utarbeidet definisjonen «Rome IV» som definerer spedbarnskolikk som «tilbakevendende og langvarige perioder med spedbarnsgråt, urolighet eller irritabilitet rapportert av omsorgspersoner som oppstår uten åpenbar årsak som ikke kan forhindres eller løses» (2). På bakgrunn av Rome IV definisjonen er det utarbeidet kriterier i tillegg til denne definisjonen: Barnet må være under fem måneder fra symptomene oppstår til de forsvinner -og ingen form for feber eller sykdom kan være til stedet (10).

2.4.2 Symptomer

Kolikkbarn er beskrevet med gråt uten identifiserbar årsak og vanskelig å berolige, til tross for sunne barn som ikke viser noen tegn til å mistrives (9, s. 281). Det er nettopp dette som er hovedsymptomet hos spedbarn med kolikk - utrøstelig gråt utover det normale. Det oppstår vanligvis når barnet er noen uker gammel og stopper når barnet er mellom tre og fire måneder. Barnets gråt kjennetegnes ofte som høylytt og intens gråting, samt at barnet ofte

trekker opp bena og knytter nevene sammen under gråting. Dette kan være en mekanisme som skjer hos barnet ved smerter i fordøyelseskanalen, noe som viser til teorien hvor endring i fordøyelseskanalen kan være en potensiell årsak til smertene (11). Det er heller ikke uvanlig med rap, gulp, tarmgass og forstyrret søvn hos barnet (2).

2.4.3 Osteopatisk undersøkelse og behandling

Det er viktig å behandle disse barna og hjelpe foreldrene da vedvarende atferdsproblemer, slik som gråt, er forløper for hyperaktivitet og akademiske vanskeligheter i barndommen.

For å utelukke eventuelt annen patologi som kan forårsake den vedvarende gråtingen er det nødvendig å utføre en grundig undersøkelse, før osteopatisk behandling kan gis (9, s. 283).

Det er ingen gitt rutine på undersøkelse og behandling av spedbarn med kolikk-lignende symptomer, men litteraturen viser til hva komponentene av den osteopatiske undersøkelsen og behandlingen bør inneholde. Det refereres til hvordan observasjon av abdomen og spedbarnets holdning, samt PRM i kraniet og gjennom kroppen bør undersøkes. Det bør videre kartlegges somatiske dysfunksjoner i områdene: posterior nevro-kranium, occiput-cervicale overgang, øvre cervical, thoracalcolumna, ribber, øvre lumbalcolumna, diafragma, abdomen, sacrum og pelvis (9, s. 284).

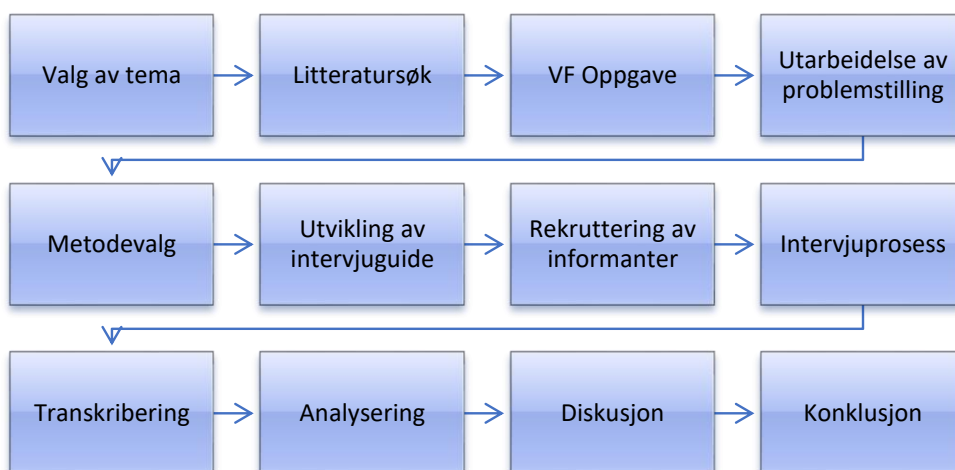
Osteopatisk behandling kan brukes for å redusere den somatiske afferente belastningen av somato-viscerale reflekser i sentralnervesystemet, samt lindre den mekaniske effekten somatiske dysfunksjoner kan ha på mage-tarmkanalen. Nicette Sergueef opplyser om dette; behandlingen bør adresseres av somatiske dysfunksjoner, men involvere forholdet mellom temporale og occiput grunnet koblingen til foramen Jugulare, samt occiput-cervical overgang og øvre cervical grunnet påvirkningen til nervus Vagus og de parasymatiske somato-viscerale refleksene. Dysfunksjoner av thoracalcolumna, ribber og diafragma bør også tas til betraktning grunnet dens påvirkning på den lymfatiske og venøse drenasjen av hele abdomen. I tillegg bør abdomen og pelvis dysfunksjoner behandles da dette påvirker fascielle restriksjoner på det gastrointestinale systemet (9, s. 284). Studien av Pizzolorusso og Cerritelli støttes av teorien om dysfunksjoner i pelvis-området på spedbarn da den høyeste forekomsten av dysfunksjoner ble funnet i denne regionen. Studien presenterer også en høy rate av blant annet restriksjoner i lumbo-sacral overgang og occiput, samt dysfunksjoner i SSB (12).

Sergueef beretter i tillegg om bruken av indirekte prinsipper og hvordan det kan avspenne det periumbilikale området og tarmene. I hver behandlingsprosedyre bør en være oppmerksom på motiliteten til PRM da denne mekanismen påvirker det autonome nervesystemet. Terapeuten bør skape en komfortabel og rolig atmosfære for spedbarnet, ved å forsiktig palpere nevrokraniet. Til slutt forteller Sergueef om andre behandlingstiltak hvor mor bør oppfordres til å amme, samt informeres om å eventuelt kutte kumelk ved behov (9, s. 284).

3. METODE

Det finnes to forskjellige hovedtyper metoder; kvalitativ og kvantitativ - hvor formålet med begge er å samle inn relevant data til problemstillingen som skal besvares. Forskjellen i disse er utførelsen av nettopp dette - kvalitativ metode består av tekst og dybdeforståelse innenfor fenomenet som skal studeres, mens en kvantitativ metode bygger på data i form av tall (13, s. 30) Underveis i dette kapitlet redegjøres det for framgangsmåten til forskningsmetoden i prosjektet, fra start til slutt. Dette inkluderer hvordan og hvorfor vi har kommet fram til valgt forskningsmetode, samt hvordan vi har innhentet og behandlet dataene i studien.

Nysgjerrigheten for temaet åpnet seg allerede i emnet Vitenskapelig metode og statistikk (VF) som fungerte som “pilot” på selve bacheloroppgaven. Vi studerte temaet spedbarnskolikk opp mot osteopatisk behandling og fant raskt ut at dette var noe vi ønsket å lære mer om. I figuren under beskrives veien fra dette emnet til prosjektslutt av bacheloroppgaven.



Figur 2. Prosessen bak bacheloroppgaven

Det er tilbakelagt et grundig metodekapittel i denne studien slik at lesere og eventuelle andre forskere kan vurdere og stille seg kritiske til valg som er gjort underveis.

3.1 VALG AV METODE OG LITTERATURSØK

For å innhente kunnskap om spedbarnskolikk gjorde vi søk i databasene Pubmed og MedLine med prinsippene bak PICo - modellen (14). PICo er en modell som gir struktur for kvalitativt litteratursøk, og er med på å kritisk vurdere litteraturen.

(P): Populasjon/Problem

(I): Interessefelt

(Co): Kontekst

(P) representerer osteopatens tilnærming og (I) tilsvarer pasienter med (Co) spedbarnskolikk.

(P) og (ICo) ble satt sammen av “and” under søkestrengen, som vist i tabellen nedenfor.

Populasjon/Problem (P)	Pasienter (I), Spedbarnskolikk (Co)
<i>Osteopathic</i>	<i>Infantile colic</i>
OR	OR
<i>Osteopathy</i>	<i>Colic</i>
OR	OR
<i>Osteopath</i>	<i>Infant Colic</i>
OR	
<i>Manual therapy</i>	
OR	
<i>Manual treatment</i>	
OR	
<i>Osteopathic treatment</i>	

Figur 3. Søkestreng

Etter søkene i databasene viste det seg derimot at det var lite studier og forskning på nettopp dette temaet. Valget falt da naturlig på en kvalitativ metode. Vårt ønske om å komme direkte inn på osteopater og deres individuelle erfaring innenfor dette temaet forsterket valget vårt om tilnærmingen for en kvalitativ forskningsmetode.

3.2 KVALITATIV METODE

I kvalitative studier har ofte datainnsamlingen en personlig karakter med en dialog mellom deltaker og forsker (13, s. 133). En kvalitativ tilnærming baserer seg hovedsakelig på intervju eller observasjon for å undersøke menneskers opplevelser og erfaringer (15). På bakgrunn av dette er det viktig å ivareta personvern til alle som deltar i studien og anerkjenne at de er mennesker med egne erfaringer og livshistorier.

Intervjuer med individuelle deltakere kalles semi-strukturert intervju, hvor spørsmålene er delvis strukturert, men samtidig gir tid og rom for å hente frem erfaringer fra deltakerne (13, s. 133).

For oss ble det både relevant og naturlig å velge semi-strukturert intervju da vi ønsket å møte osteopater på tomannshånd. Dette gir mulighet til å få- og utarbeide deres personlige tanker, meninger og ikke minst erfaring innenfor temaet vårt. Grunnet den pågående pandemien og restriksjonene i forbindelse med Covid-19 vil samtlige intervju utføres digitalt. Det vil bli gjort pilotintervju i forkant av intervjuene for å teste og eventuelt bedre intervjuguiden.

Intervjuet er avhengig av prosjektets problemstilling, og da målet med prosjektet er å se på osteopatens tilnærming var det fordelaktig å gå rett til kilden gjennom en kvalitativ metode.

3.3 UTVALG OG KRITERIER

Kjennetegn ved utvalg i en studie påvirkes av våre egne tolkninger og funn, samt bestemmer hvilke sider av saken vi kan si noe om. Utvalget og datamaterialet burde inneholde tilstrekkelig og varierte data slik at problemstillingen kan ses fra ulike sider og bidra til informasjonsstyrke (13, s. 57).

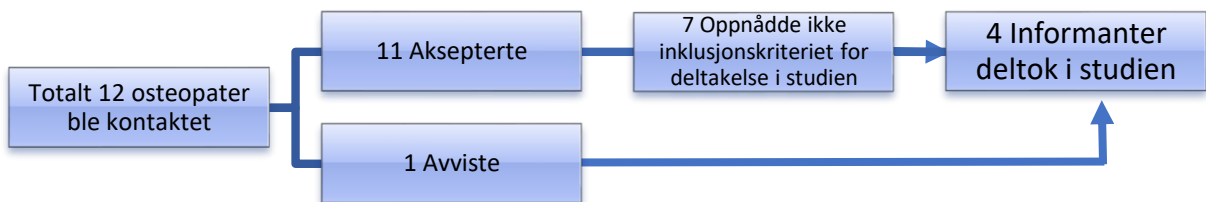
For å styrke datamaterialet satte vi oss et mål om å inkludere både damer og menn i variasjonsbredden, samt unge og eldre. I samråd med veileder, utarbeidet vi også følgende kriterier for å styrke datamaterialet ytterligere:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Osteopat D.O M.N.O.F	Ikke osteopat D.O M.N.O.F
Minst 20 førstegangskonsultasjoner av spedbarn i året	Mindre enn 20 førstegangskonsultasjoner av spedbarn i året

3.4 REKRUTTERING AV INFORMANTER

I denne studien er det brukt et strategisk utvalg hvor målsetningen er å belyse problemstillingen på best mulig måte, basert på dataene (13, s. 58). Vi startet med å kontakte fire osteopater; to damer og to menn i en variert aldersgruppe. Disse ble kontaktet gjennom “judgement sample”, kjent som målrettet utvalg hvor forskeren aktivt velger det mest produktive utvalget for å besvare problemstillingen (16). Tre av disse fire godtok forespørselen. Den fjerde oppnådde ikke inklusjonskriterien med 20 førstegangskonsultasjoner av spedbarn i løpet av ett år, og kunne dermed ikke delta i studien. Den siste informanten ble rekruttert gjennom en “snøballteknikk” - deltakere det er mulig å få tak i ved å benytte seg av nettverket til informantene som allerede deltar i studien (13, s. 60). Alle som ble kontaktet var osteopater som vi visste belyste kunnskap innenfor temaet vårt, og stod oppført med D.O grad på Osteopatforbundet sine nettsider.

Vi hadde et mål om å ha fem informanter, men det bød på problemer. Vi kontaktet sju osteopater for å rekruttere den siste informanten. Den ene takket nei og de seks andre oppfylte ikke inklusjonskriterien med 20 førstegangskonsultasjoner av spedbarn i løpet av ett år. Dette gjorde at vi vurderte å senke inklusjonskriterien ned fra 20 til 10 for å oppnå fem informanter. Dette ble derimot kun diskutert, men ikke gjennomført da vi ønsket informanter hvor spedbarn er en vesentlig del av deres pasientgruppe. Vi vil poengtere at dette var en personlig preferanse og er derfor åpen for endring på denne avgjørelsen for eventuelle fremtidige forskere. På bakgrunn av dette og tidspress, endte vi opp med å intervju fire hovedinformanter, i tillegg til en forhåndsbestemt pilotinformant.



Figur 5. Rekrutteringsprosessen

3.5 UTVIKLING AV INTERVJUGUIDE

Når en bruker intervju som data i metoden må det settes sammen en intervjuguide på forhånd, spesielt viktig er dette når en anvender semi-strukturerte intervju (17, s. 35). Vi valgte å benytte oss av semi-strukturerte intervju for å dekke konkrete tema og spørsmål av relevans knyttet opp mot problemstillingen vår, slik at den ble besvart på best mulig måte.

I utarbeidelsen av intervjuguiden (vedlegg 1) fulgte vi “traktprinsippet”. Dette prinsippet går ut på å begynne med perifere spørsmål for å få informantene til å føle seg avslappet og komfortable i settingen, før man innsnevrer “trakten” for de mer sentrale spørsmålene til temaet. Mot slutten kan “trakten” åpnes igjen så spørsmålene omhandler mer generelle temaer (17, s. 35). Dette løste vi ved å begynne intervjuet med innledende spørsmål hvor informanten får presentert seg selv, før vi deretter kom inn på hovedtemaene våre anamnese, undersøkelse og behandling opp mot spedbarnskolikk. Avslutningsvis la vi inn et åpent spørsmål til informantene, slik at de eventuelt kunne komme med andre tanker og temaer rundt problemstillingen vår. Vi brukte den samme intervjuguiden til alle informantene under intervjuene.

3.6 INFORMASJONSSKRIV MED SAMTYKKESKJEMA

I forkant av intervjuene sendte vi ut et informasjonsskriv i henhold til retningslinjene hos NSD, Norsk Senter for Forskningsdata (vedlegg 2). Dette ble sendt på e-post til informantene som inneholdt detaljert informasjon om hva det ville innebære å delta i studien. Dette skrevet opplyste om formålet med studien, informantens rettigheter til å trekke seg når som helst og hvordan personopplysningene ville bli ivaretatt. Videre ble det informert om hvordan det blir gjort lydopptak, og datamaterialet ville kun være tilgjengelig for oss og veileder.

Informasjonsskrivet inneholdt et samtykkeskjema som måtte signeres for deltakelse i studien før intervjuene ble utført. Samtykkeskjema skal inneholde retningslinjer som beskriver hvordan datamaterialet blir behandlet og oppbevart. På grunn av retningslinjene til Covid-19, måtte informanten selv skrive ut og signere samtykkeskjemaet. Deretter sendte informanten det signerte eksemplaret på e-post eller tekstmelding til en av oss. Det var viktig for oss å vise forståelse for at denne måten kunne virke tidkrevende for informantene, men fikk utelukkende forståelsesfulle tilbakemeldinger på situasjonen.

3.7 PILOTINTERVJU

I en kvalitativ studie må man alltid gjøre en eller flere pilotintervju for å teste intervjuguiden, tekniske utstyr, og seg selv som intervjuere (17, s. 40). Etter intervjuguiden var ferdigstilt utførte vi et pilotintervju med veileder da hun selv meldte interesse til å stille opp og hadde bred kunnskap innenfor temaet vårt. På denne måten fikk vi tilbakemelding på spørsmålene, samt testet digitale plattformer og tidsrammen vår på 30 minutter. I etterkant av intervjuet fikk vi bekreftet at Zoom og lydopptak fungerte meget bra, men vi endte derimot opp med å fjerne ett spørsmål fra intervjuguiden da vi allerede fikk svar på dette i andre spørsmål. Vi gjorde også finjusteringer på andre spørsmål for å gjøre de enda mer spesifikke inn mot temaet.

Grunnet vesentlige endringer av intervjuguiden bestemte vi oss for å utføre et nytt pilotintervju. Det forekom ingen feilmarginer i dette intervjuet og vi endte dermed med å inkludere denne informanten som et av de fire hovedintervjuene i studien.

3.8 HOVEDINTERVJU

Alle hovedintervjuene ble utført straks etter godkjenning av NSD, i februar og mars 2021. Vi sendte informasjonsskriv og samtykkeskjema på e-post og ringte deretter de aktuelle kandidatene for å få fortlgang i prosessen. På telefon henviste vi til e-posten vi hadde sendt i

forkant slik at de kunne lese om prosjektet. Deretter ble all videre kommunikasjon gjort over e-post og tekstmelding. Her ble det avtalt tidspunkt for intervju når det passet informantene best.

Grunnet Covid-19 ble alle hovedintervjuene fullført digitalt, på forskjellige digitale plattformer. Etter eget ønske fra en informant foregikk et av intervjuene på Skype. En annen informant hadde tekniske problemer, og vi valgte da å gjennomføre intervjuet over FaceTime. De andre intervjuene ble derimot gjort på Zoom.

Vi var begge til stede under alle intervjuene, men på hver vår PC og i forskjellige rom, slik at lyden ble best mulig. Vi deltok sammen i intervjurollen og la opp til å spørre om hvert vårt tema for å få en fin struktur i intervjuet, samt skape en tilhørighet mellom alle tre over nett. Vi hadde derimot et avvik fra denne strukturen. Da det ikke var mulighet for lydopptak i intervjuet over FaceTime snakket samme person mens den andre tok lydopptak av seansen.

For å få informanten til åpne seg, må det vises interesse gjennom blick, non-verbal kommunikasjon og verbale kommentarer (17, s. 42) Dette så vi på som nødvendig, men utfordrende da det ble utført digitalt. Vi løste dette med nysgjerrige og interesserte blick, samt bekreftende nikking.

3.9 TRANSKRIBERING

Den kvalitative forskningen omformer tanker og erfaringer fra blant annet samtale til tekst. Transkripsjonen skal ivareta denne samtalen på best mulig måte, slik nettopp informantenes tanker og erfaringer ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen (13, s. 78)

Vi valgte å utføre transkripsjonen selv manuelt, da det er flere gode grunner til dette. Vi som deltakere i samtalen, husker gjerne momenter som kan oppklare uklarheter, eller som er av betydning for meningen i teksten. En får også se innholdet på en ny side da transkripsjon åpnes for et nytt møte med teksten, samt gir oss en detaljert og systematisk gjennomgang av innholdet (13, s. 80). Formålet med transkriberingen er nemlig å fange opp samtalen i en form som best mulig formidler det som deltakeren ville meddele. Da vi selv var til stede under intervjuet så vi på nettopp dette som fordelaktig for oss og kvaliteten til studien.

Vi valgte å transkribere fortløpende etter hvert intervju, og ha det foregående intervjuet fullført før neste intervju skulle utføres. Dette så vi på som hensiktsmessig da vi hadde

intervjuet friskt i minne og for unngå å samle en mengde uferdig data som kan føre til at innholdet blir ferdigstilt under unødvendig tidspress.

På grunn av Covid-19 befant vi oss i ulike byer, og vi så oss nødt til å dele opp transkriberingen slik at vi gjorde to hver. Transkribering ble likevel utført på nøyaktig samme måte av oss to. For å ivareta personvern ble lydopptaket spilt av med ørepropper, samtidig som vi detaljert skrev det som ble sagt. Dette ble repetert flere ganger for å få fram nøyaktige ord. Deretter byttet vi og gikk gjennom hverandres transkribering på samme måte for å unngå feiltolkninger og eventuelt endre eller fylle ut ord som av ulike grunner ble misset. Selv om vi i utgangspunktet måtte gjøre dette individuelt, løste vi det på en god måte slik at begge hadde god kjennskap til datamaterialet. Dette så vi på som fordelaktig for prosessen videre da all data skal organiseres i ulike tema og klargjøres for analyse.

3.10 ANALYSE

For å analysere startet vi med å lese grundig gjennom transkripsjondokumentene hver for oss. Vi noterte hvilke emner som ofte gikk igjen som et mønster, samt hvilke hoved- og underemner informantene nevner i intervjuet. Dette kalles tematisering og er hensiktsmessig for å skape en strukturert fremstilling og samtidig knytte opp tilgjengelig teori. Med hoved- og underemner menes alle emner som har som mål å besvare deler av problemstillinger. Senere gikk vi sammen for å diskutere og ferdigstille de endelige emnene (17, s. 86).

For å få en strukturert oversikt valgte vi å tildele hvert hovedemne en egen fargekode slik at den innsamlede dataen fra intervjuene lett kunne deles inn i de forskjellige temaene. Dette er en form for koding og gjennomføres ved å sortere svarene etter hvilket tema de tilhører. Videre analyserte vi de ulike svarene og satt de opp mot hverandre. På denne måten ble det enklere å få oversikt over hva hver enkelt informant hadde svart under de forskjellige temaene (17, s. 78). Ved å bruke koding som et verktøy hjelper det oss å stryke ut innholdsløs informasjon og organisere dataene fra de ulike informantene (18).

3.11 EVALUERING AV STUDIEN

For best mulig kvalitet av studien er det viktig å se på reliabiliteten, validiteten og objektiviteten som er gjort i studiet. Nedenfor har vi beskrevet hvordan nettopp dette er gjort i denne studien.

3.11.1 Reliabilitet

Reliabilitet har med påliteligheten til dataene i studien å gjøre (19, s. 36). I en kvantitativ studie vil dataene kunne gjentas flere ganger og testes ut flere ganger. Det kan derimot ikke la seg gjøre i en kvalitativ studie grunnet subjektive meninger og erfaringer. Vi har prøvd å møte forventningene til reliabiliteten så godt det lar seg gjøre ved å beskrive metodebruk grundig og detaljert, slik at det blir mest mulig troverdig, samt lettere for andre å eventuelt teste ut studien på nytt.

Reliabiliteten i intervjuguiden er styrket ved at alle informanter fikk nøyaktig samme spørsmål, samt at alle spørsmålene er forsøkt å gjøres mest mulig åpne. Noen spørsmål er gjort mer konkrete, men samtidig minst mulig ledende, for å få mer klare svar. Vi stilte ingen oppfølgende spørsmål, kun bekreftende spørsmål for å vite at vi har forstått rett og for å minske mulige feilkilder ved å stille oppfølgende spørsmål. Andre mulige feilkilder som kan forekomme under intervjuet kan tenkes å være blant annet usikkerhet og egne meninger. På bakgrunn av dette forsøkte vi å opptre så nøytrale som mulig og holdt oss god for subjektive meninger, til tross for vår egen interesse for spedbarnskolikk.

3.11.2 Validitet og generaliserbarhet

Ved forskningsstudier må man ta stilling til metodens gyldighet, altså om metoden undersøker det den skal undersøke. Validitet i kvalitative studier dreier seg om i hvilken grad forskerens fremgangsmåte og funn reflekterer formålet og representerer virkeligheten (19, s. 66, 67).

I denne studien har vi gjennom vår fremgangsmåte undersøkt hvordan osteopater tilnærmer seg pasienter med spedbarnskolikk. Utvalget i denne studien er ikke stort nok til at resultatene kan generaliseres og gjelde alle osteopater, da informantene i denne studien ble valgt etter tilgjengelighetsprinsippet. Hadde det derimot vært flere informanter med i studien, ville det vært med på å styrke validiteten i oppgaven. Alle intervjuene ble gjennomført med en intervjuguide for å sørge for at informantene ble stilt nøyaktig de samme spørsmålene. I tillegg ble det tatt lydopptak slik at viktig informasjon ikke ble borte eller misforstått. Dette mener vi er med på å styrke validiteten til resultatene.

Som skrevet tidligere, ble alle intervjuene gjennomført digitalt. Grunnet tekniske problemer hos noen av informantene ble intervjuene utført på ulike digitale plattformer. Det å utføre intervjuene digitalt kan by på flere utfordringer og kan blant annet være med på å svekke

oppgavens validitet. Det kan blant annet forekomme tekniske problemer slik at viktig informasjon blir utelatt. Vi opplevde nemlig til en viss grad at internettet stoppet opp og tidvis dårlig lyd, men dette gikk derimot ikke utover budskapet i innholdet da de tekniske problemene ble oppfattet som minimale og ubetydelige for prosjektet. For å ytterligere forsøke å minske risikoen ved å overse viktig informasjon, benyttet vi oss av bekreftende spørsmål for å sikre at informasjonen ble oppfattet riktig. I ettertid tar vi selvkritikk for å ha gitt for lite informasjon til informantene om hvordan man bruker den valgte digitale plattformen i forkant av intervjuet.

3.11.3 Objektivitet

Det er forventet at forskere som bruker kvalitativ tilnærming bringer særegne perspektiver inn i forskningen, men det er viktig at funnene er et resultat av den aktuelle studien og ikke et resultat av forskerens forståelse eller subjektive meninger. Objektiviteten skal sikre at nettopp dette blir ivaretatt (19, s. 51).

Gjennom hele studieprosessen har det vært viktig for oss å beskrive alt som utføres slik at leseren eller eventuelle forskere kan bedømme og stille seg kritisk til beslutningene vi har tatt underveis. I intervjuene stilte vi åpne spørsmål slik at informantene fikk snakke åpent og fritt. På den måten unngikk vi at spørsmålene ble vinklet mot et spesifikt svar og påvirket av eventuelle subjektive meninger. I forkant av studiet oppbygget vi oss bakgrunnskunnskap ved å gjøre litteratursøk på tema for å ha litteratur til å støtte opp problemstillingen. Begge disse mener vi har vært med på å styrke objektiviteten i studien (19, s. 51).

3.12 Ethiske hensyn

Som nevnt tidligere, er det viktig å ta hensyn til personvern i oppgaveskriving. Grunnet valget av kvalitativ metode ser vi på det som spesielt viktig da dette innebærer livserfaringer og personlige tanker hos informantene. For å ivareta dette har vi hatt en kontinuerlig prosess gjennom hele prosjektet med klare retningslinjer hvor deltakerne er fullstendig anonyme og kan velge å trekke seg fra prosjektet når som helst.

3.12.1 Retningslinjer

Gjennom informasjonsskrivet informantene fikk tilsendt på e-post ble de i god tid kjent med hvordan vi ønsket å gjennomføre intervjuet, og deres rettigheter som deltaker. Til tross for informasjon som ble gitt på forhånd, så vi viktigheten av å ha et detaljert informasjonsskriv

som stor. På denne måten ble deltakeren informert om hvordan data skal innsamles og håndteres, samt muligheten om å trekke seg fra studien uten å stille de i en vanskelig situasjon (13, s. 214).

3.12.2 Meldeplikt

Grunnet bruk av lydopptak, og mulig sensitiv informasjon av deltakerne, så vi nødvendigheten av å søke tillatelse fra personvernombudet, NSD, til å gjennomføre prosjektet (13, s. 218).

3.12.3 Samtykke

For at informantene skulle ha kjennskap til temaet og problemstillinger i studien, sendte vi ut et informasjonsskriv med samtykkeskjema i god tid før intervju-start. På denne måten fikk informantene tid til å reflektere over tema, og ta stilling til om de ville bidra med sin kunnskap eller ikke (13, s. 214).

Når man skal utføre en studie hvor enkeltpersoner kan identifiseres stiller personopplysningsloven krav om samtykke fra deltakerne. Dette kan skje muntlig eller skriftlig. Vi ba om skriftlig samtykke fra samtlige deltakere for å skape en trygghet for både oss og deltakerne.

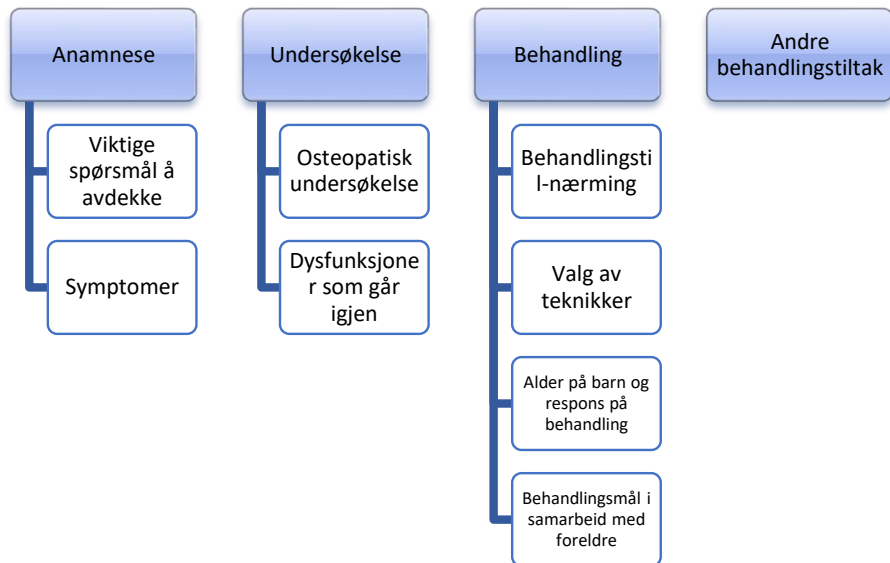
3.12.4 Taushetsplikt og anonymitet

Deltakere i prosjektet skal føle seg trygg på at personvern og anonymitet ble tilfredsstillende ivaretatt uten risiko for gjenkjenning. En av utfordringene knyttet til gjenkjenning er blant annet dialektuttrykk og deltakernes alder. Vi benyttet oss derfor av bokmål i siteringen og utelukket alder, samt omgjorde språket fra muntlig til skriftlig ved å fjerne små-ord som «altså» og «hmm». Dette ble gjort slik at informasjonen ikke kunne tilbakeføres til deltakerne (13, s. 215).

4. PRESENTASJON AV RESULTATER

I dette kapitlet ønsker vi å svare på problemstillingen vår: “*Hvordan tilnærmer osteopater seg pasienter med spedbarnskolikk?*”. Dette gjøres ved å presentere og sitere resultatene fra intervjuene, delt inn i temaer. Det ble utført noen få justeringer i sitatene slik at det ble enklere for leseren å forstå innholdet. Vi har valgt å dele inn i fire hovedtemaer hvor tre av disse har undertemaer, da vi så det som hensiktsmessig for det store bilde å gå i dybden på disse temaene. De fire hovedtemaene er anamnese, undersøkelse, behandling og andre

behandlingstiltak.



Figur 6. Hovedtemaer og undertemaer.

4.1 PRESENTASJON AV INFORMANTER

	Praktisert som osteopat*	Utdanning	Førstegangskonsultasjoner av spedbarn i løpet av en måned**
Informant 1	16 - 20 år	Utland	11 - 15
Informant 2	0 - 5 år	Norge	11 - 15
Informant 3	16 - 20 år	Utland	16 - 20
Informant 4	21 - 25 år	Utland	6 - 10

*Vi har delt inn i en skala fra 0 - 25 år for å bevare anonymiteten til informantene.

**Dette er et cirka gjennomsnitt vi fikk som svar av informantene, delt inn i en skala fra 0 - 20.

Figur 7. Presentasjon av informantene.

4.2 ANAMNESE

Den første delen omhandlet anamnese og hvordan informantene gikk frem for å avdekke viktige spørsmål og symptomer relatert til spedbarnskolikk.

4.2.1 Viktige spørsmål å avdekke

Tre av fire informanter fortalte viktigheten av å innhente informasjon om svangerskap og fødsel til mor. De ønsket spesielt å vite om svangerskap og fødsel skjedde naturlig eller om andre faktorer spilte inn.

Informant 3

“Jeg må vite hvordan svangerskapet har vært - er det et naturlig svangerskap, er det en kunstig befruktning, er det en kunstig inseminasjon, har det vært en hormonbehandling?”

“Jeg kan spørre om moren gikk fulltid ut hele svangerskapet, eller ble barnet født for tidlig, kom fødselen av seg selv i gang? Alt dette er relevant for å vite litt om hvordan barnet har det. Var det en stressfull fødsel eller var moren veldig stresset?”

Informant 4

“Det er viktig å vite om barnet ble forløst vanlig vaginalt eller om det ble tatt med tang eller sugekopp. Om mamma er klippet eller måtte sys på grunn av at hun sprakk og ungen kom i stor fart. Så er det viktig å vite om første forløpet da, de første ukene og om barnet legger på seg som forventet i forhold til persentilen i forhold til alder og hvorvidt de spiser og sover og gjør de vanlige normale refleksene som ungene må gjøre for å få i seg næring. Så må jeg vite noe om det er urolighet, altså om barnet for eksempel ikke klarer å legge seg med hodet ned på puten og gråter ekstremt når de legger seg ned.”

Informant 2 skilte seg derimot ut fra de andre da denne informanten vektla amming til mor og reflux symptomer. Informanten understreket viktigheten av å spørre om reflux da noen nødvendigvis ikke kjenner til denne problematikken.

Informant 2

“Jeg spør de mye om amming. Hvordan ammingen er. Jeg spør blant annet om hvor lang tid

det tar, hvor ofte, hvordan sugetaket er - om de faller av mye, om de svelger luft, om de søler ut av munnen og om de setter i halsen, og om vektoppgang.”

“Fordøyelsen spør jeg mye om og reflux spør jeg en del om. Det er ikke sikkert de vet hvordan de skal plukke det opp så da stiller jeg en del spørsmål rundt reflux symptomer som de nødvendigvis ikke vet er reflux symptomer.”

4.2.2 Symptomer

Samtlige informanter nevner gråt og urolighet som hovedsymptom hvor foreldrene begynner å bli bekymret for barnet. I tillegg til dette gikk favorittside, amme- og fordøyelses problematikk igjen som symptomer.

Favorittside

I tillegg til gråt og uro hadde Informant 1 kun favorittside som symptom da dette var en vanlig presentasjon i informantens kliniske praksis. Informant 3 og 4 nevnte også favorittside som symptom, men sammen med andre symptomer.

Informant 1

“Det er akkurat det symptomet med favorittside. Det er veldig veldig vanlig.”

Informant 3

“De har en favorittside, de ammes bedre fra det ene brystet enn det andre brystet.”

Informant 4

“Det er en del barn som for eksempel bare ligger med hodet på den ene siden og vil ikke rotere andre veien.”

Amme- og fordøyelses problematikk

Informant 2, 3 og 4 forteller om symptomer rundt amming og fordøyelses problematikk. Her understreker informant 2 på nytt om viktigheten om uoppdaget reflux.

Fordøyelsesproblematikk går igjen hos alle disse tre informantene.

Informant 2

“Gråtingen er jo en ting, men også amming. Mange med magen, at de sliter med fordøyelsen.”

“Det er ikke så mange i det offentlige som kan så mye om reflux heller. Så det er veldig mange som har uoppdaget reflux og stramt tungebånd.”

Informant 3

“De klarer ikke å holde brystvorten, eller hvordan de styrer og du ser på brystvorten at de får luft og da får de vondt i magen fordi de må rape litt mer, det bobler litt mer, avføringen blir litt mer grønn fordi de fordøyer ikke godt nok.”

Informant 4

“Det er noen som kommer med oppgulp, litt mer enn bare vanlig gulp av overskuddet de har fått når de spiser. Som betyr at de kaster opp mye og gulper veldig mye mer enn normalt. Så er det noe med avføring også, noen barn som ikke får tømt seg.”

4.3 UNDERSØKELSE

For å besvare problemstillingen vår på best mulig måte er det viktig å innhente kunnskap om den osteopatiske undersøkelsen og vi spurte dermed informantene om hvordan de utførte denne.

4.3.1 Osteopatisk undersøkelse

Informant 1 og 4 legger stor vekt på cervicalen og kraniet i den osteopatiske undersøkelsen. Informant 1 er mest opptatt av øvre del av cervicalen da dette erfaringsmessig er det området som er problemet. Informant 4 legger mer vekt på asymmetri i kraniet og har fokus på det viscerele.

Informant 1

“Jeg er veldig fokusert på området som har fått juling og det er kraniet og øvre del av nakken. Komplekset C0 til C1-C2 og særlig rotasjon på Atlas, og eventuelt sidebøy. Erfaringsmessig etter 20 år med slike pasienter så er det øvre del som er problemet.”

Informant 4

“Palpasjon av OAA området - det skal jo være en likhet der. Også er det den viktigste delen, å palpere symmetrien i kraniet systemet. Å se at SSB er i sentrum og teste alle retningene og du må teste vanlig CRI rytme og se om du får forskjell på høyre og venstre side eller om du får den anterior og posterior. Og da leter du etter asymmetri funn.”

“... palpasjon av hele abdomen, spesielt lakkemuskel systemet som jeg er på jakt etter, og da Cardia, sphinkter of Oddi, ileosecal-klaffen og forsåvidt, ligament Treitz.”

Hele kroppen

I motsetning til informant 1 og 4, hadde informant 2 og 3 fokus på å undersøke hele kroppen til barnet, og særlig diafragma.

Informant 2

“Med babyer så starter jeg alltid med føttene og jobber meg oppover, så går behandling og undersøkelse litt over i hverandre. Så bare sjekker jeg mobilitet i ankel, knær, hofter, bekken og opp langs ryggen - sidebøy og rotasjon, og også spesifikt inn på leddene der. Sjekker og palperer magen - om de er ømme, diafragma, sternum, skulder mobilitet og rotasjon, og også nakke - rotasjon og sidebøy, fleksjon og ekstensjon.”

4.3.2 Dysfunksjoner som går igjen

Flere fellestrekk går igjen som dysfunksjoner, men informant 2 skiller seg ut blant disse.

Denne informanten opplever mange pasienter med stramt tungebånd.

Stramt tungebånd

Informant 2

“Mange av de jeg jobber med har stramt tungebånd. Der er det ofte mye spenning framside hals og mye kjeve. Sternum, diafragma, men det kan sitte hele veien ned i bekkenet og føtter.”

Kraniet og cervical

Fellestrekkene som går igjen og vi gjerne vil trekke fram er dysfunksjoner på Atlas i tillegg til asymmetri i kraniet. Informant 1, 3 og 4 poengterer dette. Informant 1 fremhever også problematikk i forbindelse med foramen Jugulare.

Informant 1

“Det er rotasjon dysfunksjon på Atlas og det er et problem på Os Temporale og Sphenoid. Og problematikk i forbindelse av foramen Jugulare går også igjen. Der ligger mye av hemmeligheten til disse barna og som gjør at det er morsomt å behandle for de responderer.”

Informant 3

“Det er Occiput Atlas, SSB, den lille broen fra Occiput, liten torsjon. Du ser at øret står litt ut, det andre er litt mer fram, at øyet er litt større og kan være litt langt inn i.”

Informant 4

“Det er ofte jeg finner T4 ekstensjon og SSB lesjoner - det er veldig ofte lateral strain og lateral suction rotation strains. I tillegg gjerne noe på Atlas.”

Som opplyst om tidligere er visceralt en del av den osteopatiske undersøkelsen til informant 4. I sammenheng med dette opplever informanten å finne viscerale dysfunksjoner hos en del barn.

Informant 4

“Synes også jeg har en del barn med lukkemuskel tonus økning i abdomen og det ligger gjerne nedenfor cøkal klaffen på høyre side mellom tynntarm og tykktarm, i overgangen.”

4.4 BEHANDLING

Under behandling har vi valgt å inkludere osteopatisk tilnærming, alder på barn og responsen av behandlingen, behandlingsmål og behandlingstiltak for å oppnå et helhetlig bilde av problemstillingen.

4.4.1 Osteopatisk tilnærming

Samtlige av informantene benytter seg av en minimalistisk tilnærming hvor de undersøker for AGR, area of greatest restriction, og ser sammenhengen mellom dysfunksjonene og symptomene barna presenterer med. Deretter behandles de signifikante dysfunksjonene for å prøve å oppnå symptomlette hos pasienten.

Informant 1

“Det må være en logisk sammenheng mellom funnene jeg gjør i den osteopatiske undersøkelsen og symptomene, det er det jeg er ute etter. Og hvis jeg finner en logisk sammenheng der så er det verdt å prøve å behandle.”

Informant 4

“Det dreier seg om å finne de hovedlesjonene du har oppdaget, også behandler du de.”

4.4.2 Valg av teknikker

To teknikker går igjen i behandlingen hos informantene - både direkte og indirekte teknikker. Informant 1 og 3 anvender direkte teknikker, informant 4 indirekte og informant 2 bruker begge disse teknikkene.

Informant 1

“Jeg bruker mest direkte teknikker, det vil si jeg går mot grensen, men med veldig stor varsomhet.”

Informant 3

“Jeg går av og til direkte fordi jeg vil ha en direkte reaksjon og jeg vil ikke sitte der å vente”

Informant 2

“Mye rolige teknikker som indirekte teknikker og rolig artikulering. Jeg er veldig opptatt av at det skal ikke være ubehagelig. Inhibisjon, indirekte og direkte artikulering er kanskje de tre jeg bruker mest.”

Informant 4

“Hvis de er innen fem-seks-syv måneder så bruker jeg vanlige indirekte teknikker i det vi kaller “side of ease”, altså den retningen hvor bevegeligheten er bra”

Samtlige informanter er enig om årsaken til valg av teknikker er grunnet skånsomhet for barnet og effektiviteten av teknikkene. Informantene poengterer også at spedbarna reagerer veldig fort på behandling.

Informant 3

“Jeg ser jeg får en rask reaksjon fordi de reagerer ofte utrolig fort.”

Informant 4

“Fordi de er skånsomme og effektive og barn trenger ikke mye trykk i det hele tatt.”

4.4.3 Alder på barn

Alderen på pasientene med kolikk-lignende symptomer varierer, men de fleste er mellom en og tre måneder når de oppsøker informantene for første gang.

Informant 1

“De kan være fra en til to uker til opp imot ett år.”

Informant 2

“De er kanskje stort sett mellom to og fire måneder.”

Informant 3

“fire-fem uker.”

Informant 4

“De fleste kommer gjerne mellom seks uker og tre måneder.”

4.4.4 Respons på behandling

Samtlige informanter opplever at det trengs få behandlinger før pasientene responderer på gitt behandling. Informant 1 og 4 mener antall behandlinger ikke bør overstige to og tre behandlinger før det tas en ny vurdering.

Informant 1

“Jeg har inntrykk av at de får effekt helst etter ett døgn. Det skjer vanligvis umiddelbart. Jeg er også veldig nøye med å si to behandlinger, ikke mer.”

Informant 2

“en-to behandlinger.”

Informant 3

“De er ferdig etter tre eller fire ganger.”

Informant 4

“Det skal og bør være effekt på tre behandlinger ellers så må du gjøre noe annet.”

4.4.5 Behandlingsmål i samarbeid med foreldre

Tre av fire informanter valgte å sette behandlingsmålene sammen med foreldre ettersom det er foreldrene som må svare for spedbarnet. Informant 4 valgte derimot å ikke involvere foreldrene i behandlingsmålene da dette var verken vesentlig eller hadde påvirkning på behandlingsprosessen.

Informant 1

“Jeg er jo veldig opptatt av hva problemstillingen er og da er det foreldrene som må svare for det, spedbarnet kan jo ikke svare for seg selv. Så jeg er veldig opptatt av hva de ser på som problemet og det er på en måte målestokken.”

Informant 3

“Målene blir gjort i samsvar med foreldrene og målet til foreldrene er jo at babyen skal slutte å gråte.”

Informant 4

“Målet er å fjerne funksjonsforstyrrelsene. Foreldrene skjønner ikke noe av det så jeg må forklare på norsk hva jeg gjør og jeg behandler etter den planen som er lagt opp i forhold til

journalen. Også tar jeg foreldrene gjennom hva vi har gjort, også ser de forskjellen og barnet blir jo bedre hver gang så det er ikke så mye involvering av foreldrene egentlig.”

4.5 Andre behandlingstiltak

Alle informantene nevner behandlingstiltak som en viktig del av behandlingsplanen. Dette kan inkludere øvelser, råd og veiledning. Når det kommer til spedbarn opplyser informantene at dette kan være hensiktsmessig for både foreldre og barnet. Informantene vektlegger ulike behandlingstiltak, men amming og samarbeidspartnere går igjen hos to av informantene.

Amming

Informant 2 og 3 inkluderer amming som et behandlingstiltak hvor de observerer barnet og veileder mor ved behov.

Informant 2

“Ammeveileder hvis de sliter med amming.”

Informant 3

“Jeg ser hvordan hun ammer. Da henter jeg en ammepute om hun vil ha det. Jeg vil se hvordan mor holder, hvordan hun legger til og hvordan barnet suger. Fordi vi ser ganske mye og du hører når babyen suger godt - hvordan melken går godt ned.”

Samarbeidspartnere

To av informantene ser på det som nødvendig å ha gode samarbeidspartnere for å komplementere hverandres goder.

Informant 3

“Vi er en del av helsesystemet, men vi har ikke hele visdommen så du må ha dine samarbeidspartnere.”

Informant 4

“Jeg synes det er viktig å samarbeide med helsestasjon eller barneavdelingen på sykehuset.”

Favorittside

Informant 1 har gjennom hele prosessen gjennomgående fokus på favorittside. Som en del av behandlingen velger informanten å også implementere dette som et behandlingstiltak.

Informant 1

“Hvis de har en favorittside, for eksempel hvis Atlas står i rotasjon til høyre slik at de har en favorittside mot høyre og selv om jeg kanskje lykkes med å løsne på den, så er det ikke sikkert at barnet begynner å bruke venstre side like mye. De har fått en vane, allerede etter en uke, to eller tre. Og derfor sier jeg til foreldrene at nå skal dere prøve å stimulere barnet til å se mer mot venstre, ikke tøyne det fysisk, men dere skal henvende dere til barnet fra venstre side - hvis det er noe barnet liker å se på, for eksempel en lys av et vindu så legg de på venstre side slik at de blir stimulert til å vri hode til venstre rett og slett. Det er litt viktig fordi det handler om en vane som er knytter seg veldig fort.”

Reflux

Informant 2 hadde også et gjennomgående fokus på reflux under hele prosessen. Informanten legger vekt på dette og gir råd mot det som et behandlingstiltak.

Informant 2

“Jeg spurte jo blant annet om reflux og fordøyelse, hvis jeg ser at de har mange reflux symptomer så vil jeg anbefale de å kutte melk og soya fordi for mange er det stor innvirkning på refluxen. Og da ber jeg de teste det ut imellom fire til seks uker før de introduserer igjen.”

5. DISKUSJON

I dette kapittelet diskuterer vi resultatene og teorien innsamlet i studien for å best mulig besvare vår problemstilling: *“Hvordan tilnærmer osteopater seg pasienter med spedbarnskolikk?”*

Vi har valgt å dele inn de samme temaene som tidligere presentert i resultatene, men valgte å trekke sammen noen av undertemaene inn i hovedtemaene de tilhører. Hensikten med dette var å danne et helhetlig bilde av resultatene uten at det ville påvirke konteksten i diskusjonen.



Figur 8. Hovedtemaer og undertemaer i diskusjonsprosessen.

5.1 ANAMNESE

Spedbarn med kolikk har ofte gjennomgående symptomer som utrøstelig gråt, uroligheter og problemer i fordøyelseskanalen (2). Dette symptombildet var også noe som gikk igjen hos denne pasientgruppen til informantene, i tillegg til favorittside, ammeproblematikk og problemer i fordøyelseskanalen. Selv om dette er symptomene spedbarna presenterer med, er det kun en informant som avdekker symptomene rundt amme- og fordøyelsesproblematikk. Denne informanten ønsker å avdekke spørsmål rundt uopptatt reflux da flere av informantens pasienter presenterer med denne problematikken. Dette kan være koblet opp mot teorien hvordan fordøyelseskanalen kan være en potensiell årsak til plagene hos spedbarna (11). Det er en felles enighet for de resterende informantene om å vite detaljer rundt svangerskap og fødsel. Informantene begrunnet dette valget da det kan være relevant for hvordan barnet har det i etterkant av fødselen. I databasene fant vi ingen litteratur rundt denne teorien, men det kunne vært interessant å se nærmere på da tre av fire informanter nevnte dette.

5.2 OSTEOPATISK UNDERSØKELSE

Som skrevet i teori er det ingen fasit på hvordan undersøke en pasient med kolikkliknende symptomer, men litteraturen viser derimot hva den osteopatiske undersøkelsen bør inneholde (9, s. 284). Sergueef nevner spesielt forholdet mellom kraniet og øvre cervical grunnet påvirkningen til foramen Jugulare og nervus Vagus. Dysfunksjonene i denne regionen går

igjen hos flertall av informantene, til tross for ulik osteopatisk undersøkelsestilnærming. Vi stiller oss nysgjerrige til at informantene som finner disse dysfunksjonene har gjennomført osteopati studiene i utlandet. Det kan tenkes at dette kan baseres på ulikheter i osteopati utdanningen avhengig av utdanningsinstitusjon. Fokuset i læringen kan være på et annet område i kroppen hos de forskjellige utdanningsinstitusjonene i utlandet, kontra utdanningen som ble utført i Norge. I tillegg bemerker vi oss at mennene i studien hadde mer fokus på kraniet og øvre cervical, mens kvinnene derimot var mer opptatt av å undersøke hele kroppen. Den osteopatiske undersøkelsen hos kvinnene inkluderer pelvis i rutinen. Dette kan være hensiktsmessig da studien av Pizzolorusso og Cerritelli viser at den største prosentdelen av dysfunksjonene finner sted i nettopp pelvis. Ingen av mennene valgte å inkludere denne regionen i deres osteopatiske undersøkelse, men studien støtter likevel også opp dysfunksjonene i kraniet og øvre cervical (12). Dette er derimot noe mennene prioriterer og inkluderer i sin osteopatiske undersøkelse.

Selv om utdanningsforløpet og litteraturstudiene i avsnittet over forteller om hensikten med valgt undersøkelse har vi i tillegg de fem osteopatiske modellene som ubevisst kan påvirke den osteopatiske undersøkelsen. Med ubevisst mener vi vår tolkning av informantenes tilnærming til modellene, da dette ikke var et fokus under intervjuet.

Ved å undersøke øvre cervical og kraniet kan det tyde på bruk av den nevrologiske og den biomekaniske modellen da disse områdene har blitt utsatt for mest traume under fødselen. Den nevrologiske modellen blir spesielt anvendt av informant 1 da informanten har et særegent fokus på foramen Jugulare. På en annen side kan det tenkes at informantene som undersøker hele kroppen anvender den respiratoriske-og sirkulatoriske modellen hvor de ønsker å bedre sirkulasjon ved å behandle de signifikante dysfunksjonene gjennom kroppen. I tillegg til dette vektla informant 3 å inkludere foreldrene ved å berolige og vise omsorg overfor dem. Dette kan spores tilbake til den biopsykososiale modellen som kan virke hensiktsmessig for å berolige foreldrene slik at deres stress ikke påvirker spedbarnet på en negativ måte. Ved å anvende de fem osteopatiske modellene i klinisk praksis kan det bidra til en bedre forståelse av pasienten og en utvidet tilnærming.

5.3 BEHANDLING

5.3.1 Osteopatisk tilnærming og valg av teknikker

Informantene anvendte en minimalistisk tilnærming ved bruk av både indirekte og direkte teknikker i håp om å gi symptomlette til pasienter med spedbarnskolikk. Alle informantene ønsker å finne hovedlesjonene basert på symptomene for så å behandle disse. Dette kalles en minimalistisk tilnærming, noe litteraturen også beskriver (8, s. 179).

Sergueef forteller om indirekte prinsipper og hvordan disse teknikkene kan hjelpe å avspenne vev i kroppen, samt viktigheten av en rolig og avslappet atmosfære for barnet som behandles (9, s. 284). Samtlige informanter hadde stort fokus på nettopp skånsomme teknikker med lite kraft, til tross for ulike valg av teknikker. Selvom Sergueef understreker valget av indirekte teknikker, utførte flertallet av informantene direkte teknikker. Valget til direkte teknikker begrunnes av effektiviteten teknikkene har på spedbarn og tidsbruken - de reagerer veldig fort på behandling og har nødvendigvis ikke like god tid med spedbarnspasienter kontra andre pasienter, da barn ofte er urolige. En informant anvendte derimot mest indirekte teknikker da informanten mener disse teknikkene er de mest effektive hos spedbarn. Måten alle informantene bruker forskjellige teknikker, men med samme begrunnelse kan understreke hvordan osteopater har ulike preferanser og ser hver pasient fra et individuelt perspektiv. Til tross for ulike teknikker anvendt av informantene, hadde alle samme fokus på skånsomhet under behandlingen. Ut fra litteraturen kan skånsomme teknikker ofte være hensiktsmessig da det kan være med å balansere det sympatiske og parasympatiske innenfor det autonome nervesystemet, noe som igjen kan bidra til smertelette (5, s. 136).

5.3.2 Alder på barn og respons på behandling

Spedbarnskolikk betegnes ofte som “tremånederskolikk” da plagene som oftest er over ved tre - fire måneders alder. Tendenser til tilstanden starter allerede rundt tre uker etter fødselen og forløpet i tilstanden når en topp rundt seks - åtte ukers alderen etter fødselen (2). Dette kan påvirke responsen av behandling da denne tilstanden normalt går over av seg selv over tid, uten behandling. Tilfeller hvor pasientene oppsøker behandling på toppen av forløpet kan dermed gi en falsk respons på den osteopatiske behandlingen da tilstanden er i sin slutfase. Basert på resultatene fra informantene er de fleste pasientene mellom en og tre måneder gammel første gang de oppsøker osteopatisk behandling for denne problematikken. Alle informantene samsvarte om den raske responsen på behandlingen, uavhengig av alderen på

spedbarna og når i forløpet de oppsøker osteopatisk behandling. Hvor spedbarna var i behandlingsforløpet hadde derfor ingenting å si for responsen av behandlingen. Dette kan bidra til teorien om hvordan osteopatisk behandling kan gi symptomlette for spedbarnskolikk (3).

5.3.3 Behandlingsmål i samarbeid med foreldre

Behandlingsmål er mål terapeuten setter for å oppnå ønsket resultat. Dette kan virke hensiktsmessig slik at pasienten opplever at behandlingen har verdi og ser en fremgang i behandlingen. Behandlingsmålene kan gjøres alene eller i samarbeid med pasient. I tilfeller hvor pasientgruppen er spedbarn og ikke kan kommunisere er det ikke mulig å samarbeide om behandlingsmålene sammen med pasienten. Da vi spurte om informantene satte behandlingsmål i samarbeid med foreldre, var samtlige informanter bestemte og tydelige om de enten inkluderte eller ekskluderte foreldrene i målene. Basert på dette valgte tre av fire informanter å sette målene sammen med foreldre, hvorimot en informant foretrakk å sette målene alene. Til tross for at den ene informanten ekskluderte foreldrene valgte denne informanten derimot å presentere fremgangen til spedbarna i behandlingen til foreldrene.

Fordelen med å inkludere foreldrene i behandlingsmålene er mange. For det første er det foreldrene som kommer med problemet, og det er viktig at de føler seg sett og hørt. Når et barn har kolikk-lignende symptomer er det til plage for barnet, men også spesielt for foreldrene på grunn av den utrøstelige gråtingen og bekymringene de har rundt plagene til barnet. For det andre blir de aktivt en del av behandlingsprosessen av den grunn at de inkluderes. På den måten kan foreldrene oppnå måloppnåelse og kjenne på en mestringsfølelse sammen med osteopaten ved å se fremgang i prosessen. Dette kan være fordelaktig slik at foreldrene ser en hensikt i å gjennomføre eventuelle behandlingstiltak, i tillegg til den manuelle behandlingen som blir gitt (20). Alle informantene ønsker, i tillegg til å hjelpe barnet, også å hjelpe foreldrene. Dette gjøres på forskjellige måter, men informant 1, 2 og 3 velger å gjøre dette i samarbeid med foreldrene fra begynnelsen.

5.4 ANDRE BEHANDLINGSTILTAK

Tverrfaglig samarbeid og ammeveiledning var noe som utpekte seg som nødvendige behandlingstiltak hos informantene. The World Health Organization (WHO) anbefaler å amme spedbarnet i minst to år (21), og to av informantene opplyste om behovet for veiledning rundt amming. Vi biter merke i at det kun er kvinnene i denne studien som gir

ammeveiledning som et behandlingstiltak. Dette kan tenkes er basert på egne erfaringer og interessefelt hos kvinnene i denne studien. I tillegg til amming, fremhevet to av informantene også tverrfaglig samarbeid med blant annet helsestasjon og barneavdelingen på sykehuset.

“Osteopater arbeider i tett samarbeid med annet helsepersonell for å kunne gi et faglig godt tilbud til pasientene, i førstelinjetjenesten. Osteopater arbeider sammen med blant annet fysioterapeuter, kiropraktorer og leger. Osteopater blir derfor i stor grad sammenlignet og likestilt med annet helsepersonell.” (22).

Informant 3 påpekte viktigheten med samarbeidspartnere da osteopater er en del av et større helsevesen og har mye kunnskap, men sitter ikke på hele visdommen. Vi har inntrykk av at de ulike helseprofesjonene utfyller hverandre og kan være til fordel for å finne den profesjonen tilpasset for de aktuelle plagene for pasienten. Videre kan det å være en del av et tverrfaglig samarbeid være både tidsbesparende og lærerikt - det er andre profesjoner i umiddelbar nærhet og det gir rom for å utveksle kunnskap og erfaringer med hverandre. En studie gjort i Canada viser også til hvordan leger og osteopater ser på det som en positiv faktor å samarbeide på tvers av hverandre (23).

5.5 EVALUERING AV STUDIEN

Metodevalget i en studie gir ingen garanti for vitenskapelig kvalitet, uavhengig om valget faller på en kvalitativ eller kvantitativ metode. Når en bruker kvalitativ tilnærming gir det rom for å få vite mer om menneskelige egenskaper som blant annet erfaring, opplevelser, tanker og forventninger, samt gi en forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (13, s. 31, 219) Vi så på det som hensiktsmessig å velge en kvalitativ tilnærming da problemstillingen vår inkluderer disse menneskelige egenskapene ved å gå i dybden til hver enkelt osteopaters tilnærming til spedbarnskolikk.

Malterud poengterer viktigheten av å unngå hastverksarbeid når man ønsker å utføre en anerkjent forskning (13, s. 219). Omfanget og tidsperspektivet på dette prosjektet var begrenset og dermed så vi på det som utfordrende å inkludere et representativt utvalg for studien. Utvalget i denne studien består kun av fire informanter og er dermed ikke generaliserbart for hele populasjonen. Til tross for dette har vi prøvd å styrke utvalget ved å

utarbeide strategiske inklusjonskriterier som tar for seg informanter med bred erfaring innenfor temaet.

Vi valgte å utføre pilotintervju for å teste og eventuelt forsterke intervjuguiden. Vi så på det som hensiktsmessig å inkludere to pilotinformanter for å stille forberedt til hovedintervjuene. Pilotinformant 2 ble derimot inkludert i studien da vi så på intervjuguiden som ferdigstilt. Underveis i analyseprosessen ble vi likevel oppmerksom på en forbedring som burde vært gjort på forhånd i intervjuguiden. Dette gjaldt spørsmålet som omhandlet responsen på behandling. Her kom det frem at noen av informantene kun behandlet barna to til tre ganger. Dette kan mistolkes for leseren da det ikke kom godt nok frem om informantene endret behandling, avsluttet behandling eller henviste videre til andre helseprofesjoner etter disse tre behandlingene. Intervjuguiden burde inneholdt et oppfølgende spørsmål som besvarte og tydeliggjorde dette.

På grunn av restriksjonene i forbindelse med Covid-19 så vi oss nødt til å tenke i nye baner rundt bachelorprosessen. Dette gikk spesielt utover transkriberings- og analyseringsprosessen hvor vi måtte løse dette hver for oss. Utførelsen av transkriberingen og analyseringen individuelt førte til en skjevfordeling i kjennskapen til rådataene og er en potensiell svakhet i studien. Vi prøvde å løse dette ved å bytte om på hverandres transkribering, slik at begge fikk kjennskap til materialet og kunne endre eventuelle mistolkninger. Da vi ikke forstod fordelene med å gjøre dette på daværende tidspunkt ble ikke denne vekslingen utført under analyseringsprosessen. På den andre siden så vi dette som tidsbesparende og effektivt. Ved å dele intervjuene oss imellom, halverte vi tiden i intervju- og analyseringsprosessen. Dette effektiviserte tidsbruken som igjen gjorde at vi kunne disponere tid på andre punkter i bacheloroppgaven.

Når vi reflekterer over prosessen til utførelsen av intervjuene erkjenner vi mangelfull veiledning til den digitale plattformen Zoom. Flere av informantene hadde problemer med den valgte plattformen som måtte tas hånd om i den avsatte tiden til intervjuet og som førte til forsinkelser. I etterkant ser vi dermed viktigheten med å gi veiledning i Zoom på forhånd av intervjuene, slik at disse problemene ikke oppstår under selve intervjuet. Vi er klar over at dette gikk utover tidsrammen som ble satt til intervjuet og som dermed påvirket noen av informantenes fritid. Dette er med på å understreke viktigheten med veiledning på forhånd da vi respekterer og setter pris på informantenes avsatte tid til studien.

6. KONKLUSJON

På grunn av få informanter og varierende resultater er det vanskelig å komme med en fast konklusjon for hvordan osteopater tilnærmer seg pasienter med spedbarnskolikk.

Det foreligger likheter hos noen av osteopatene i måten de tilnærmer seg spedbarn med kolikk-lignende symptomer, men tross dette har alle osteopatene i denne studien til syvende og sist fire ulike tilnærminger. Resultatene basert på osteopatene i studien viser tendenser til forskjellig fokus allerede fra anamnesen. På denne måten kan det tyde på at den osteopatiske undersøkelsen og behandlingen påvirkes ved å sette et hovedfokus i anamnesen. Det er to gjennomgående fellestrekk hos samtlige under hele konsultasjonen hos spedbarn med kolikk-lignende symptomer. Alle osteopatene i studien ser på det som nyttig å anvende en minimalistisk tilnærming for å avdekke de signifikante dysfunksjonene hos spedbarnet, samt skånsomme teknikker da spedbarn ikke har behov for kraftfulle teknikker for å oppnå rask respons.

Til tross for lignende kolikk symptomer hos pasientene er enhver pasient individuell og fokuset til osteopaten kan tilpasse seg deretter. Det kan tenkes at dette forklares gjennom de fem osteopatiske modellene hvor osteopatene har et ulikt fokus og perspektiv på disse pasientene. For eksempel viser det tendenser til at en osteopat anvender hovedsakelig den nevrologiske modellen og en annen vektlegger den biopsykososiale modellen. Alt tatt i betraktning, forventer samtlige osteopater i studien symptomlette etter tre behandlinger, uavhengig av hvilken modell og tilnærming de benytter seg av.

Osteopatens tilnærming til spedbarnskolikk er et lite belyst tema med få studier og vi ser på det som nødvendig å forske videre på dette. Underveis i denne studien oppdaget vi mangelfull forskning på om svangerskap og fødsel har relevant påvirkning til kolikk-lignende symptomer. Dette anser vi som tankevekkende og hadde derfor vært spennende å se på studier om sammenhengen mellom svangerskap, fødsel og kolikk hos spedbarn. Det kunne i tillegg vært interessant å se på foreldrenes perspektiv rundt denne tematikken da det er foreldrene som oppsøker osteopatisk behandling for kolikk-lignende symptomer hos barn.

REFERANSELISTE

1. Lucassen PL, Assendelft WJ, van Eijk JT, Gubbels JW, Douwes AC, van Geldrop WJ. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child*. mai 2001;84(5):398–403.
2. Spedbarnskolikk [Internett]. NHI.no. [sitert 7. februar 2021]. Tilgjengelig på: <https://nhi.no/sykdommer/barn/magetarm/spedbarnskolikk/>
3. Lim KW. Infantile colic: A critical appraisal of the literature from an osteopathic perspective. *Int J Osteopath Med*. september 2006;9(3):94–102.
4. Malt U. anamnese – medisin. I: Store medisinske leksikon [Internett]. 2020 [sitert 25. april 2021]. Tilgjengelig på: http://sml.snl.no/anamnese_-_medisin
5. G. Chila A. *Foundations of Osteopathic Medicine*. Third Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. 1131 s.
6. Norsk Osteopatforbund [Internett]. Norsk Osteopatforbund. 2015 [sitert 25. april 2021]. Tilgjengelig på: <https://osteopati.org/norsk-osteopatforbund/>
7. Hva er osteopati [Internett]. Norsk Osteopatforbund. 2015 [sitert 25. april 2021]. Tilgjengelig på: <https://osteopati.org/hva-er-osteopati/>
8. Parsons J, Marcer N. *Osteopathy: Models for Diagnosis, Treatment and Practice*. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingstone; 2006. 341 s.
9. Sergueef N. *Cranial Osteopathy for Infants, Children and Adolescents*. Churchill Livingstone: Elsevier Health Sciences; 2007. 336 s.
10. Banks JB, Rouster AS, Chee J. *Colic*. I: StatPearls [Internett]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [sitert 7. februar 2021]. Tilgjengelig på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK518962/>
11. Helsebiblioteket.no R. Kolikk hos spedbarn [Internett]. Helsebiblioteket.no. BMJ Publishing Group; [sitert 7. februar 2021]. Tilgjengelig på: </pasientinformasjon/barn-og-unge/kolikk-hos-spebarn>

12. Pizzolorusso G, Cerritelli F, D’Orazio M, Cozzolino V, Turi P, Renzetti C, mfl. Osteopathic evaluation of somatic dysfunction and craniosacral strain pattern among preterm and term newborns. *J Am Osteopath Assoc.* juni 2013;113(6):462–7.
13. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for Medisin og Helsefag.* 4. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2017. 254 s.
14. Coleman J. *Help and Support: Systematic Reviews - Research Guide: Using PICO or PICO* [Internett]. [sitert 25. april 2021]. Tilgjengelig på: <https://libguides.murdoch.edu.au/systematic/PICO>
15. *Kvalitativ metode* [Internett]. Helsebiblioteket.no. Helsebiblioteket.no; [sitert 7. februar 2021]. Tilgjengelig på: [/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode](https://helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode)
16. Marshall MN. *Sampling for qualitative research.* :4.
17. Dalen M. *Intervju som metod.* 2. Uppl. Malmö: Gleerups Utbildning; 2015. 148 s.
18. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* januar 2006;3(2):77–101.
19. Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* 5. Utgave. Oslo: Abstrakt; 2016. 458 s.
20. Bialosky JE, Bishop MD, Cleland JA. Individual Expectation: An Overlooked, but Pertinent, Factor in the Treatment of Individuals Experiencing Musculoskeletal Pain. *Phys Ther.* september 2010;90(9):1345–55.
21. *Infant and young child feeding* [Internett]. [sitert 25. april 2021]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
22. *Osteopati er ikke alternativ behandling* [Internett]. Norsk Osteopatforbund. 2020 [sitert 25. april 2021]. Tilgjengelig på: <https://osteopati.org/osteopati-er-ikke-alternativ-behandling/>
23. Morin C, Desrosiers J, Gaboury I. Descriptive study of interprofessional collaboration between physicians and osteopaths for the pediatric population in Quebec, Canada. *BMC Health Serv Res.* 14. november 2017;17(1):726.

VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE

Intervjuguide

Semistrukturert intervju

Spørsmål

Innledning

1. Hvor har du tatt utdanningen din?
 - a. Er det fulltids- eller deltidsutdanning?
2. Hvilket år ble du uteksaminert?
3. Hvor lenge har du jobbet som osteopat?
4. Hvor mange førstegangskonsultasjoner av spedbarn har du i løpet av en måned?
5. Hva vil du si definerer spedbarnskolikk?
6. Hvor mange av pasientene du får inn til behandling har kolikk-lignende symptomer?

Anamnese

1. Hvilke spørsmål er det viktig for deg å få svar på under anamnesen hos barn som kommer med kolikk lignende symptomer?
2. Hvilke symptomer er det som oftest går igjen hos dine pasienter som presenterer med kolikk-lignende symptomer?

Undersøkelse

1. Hvordan undersøker du disse pasientene klinisk?
2. Hvordan undersøker du disse pasientene osteopatisk?
 - a. Er det noen dysfunksjoner eller noe annet som du vil påpeke som går i igjen som et mønster i undersøkelsen? Isåfall, hvilke?

Behandling

1. Hvordan osteopatisk tilnærming bruker du ofte? Med osteopatisk tilnærming mener vi symptombasert, minimalistisk eller maksimalistisk.
 - a. Hvorfor bruker du denne tilnærmingen?
2. Hvilke type teknikker bruker du ofte på pasientene med kolikk-lignende symptomer?
 - a. Hvorfor akkurat disse teknikkene?
 - b. Er det noen teknikker som du føler er bedre enn andre?
3. Hvordan legger du opp mål for behandlingen din med disse pasientene?
 - a. Blir dette gjort i samsvar med foreldrene?

VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV MED SAMTYKKESKJEMA

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Osteopatisk tilnærming til spedbarnskolikk»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om osteopatisk tilnærming til spedbarnskolikk. Vi er to osteopati studenter ved Høyskolen Kristiania som ønsker å lære mer om hvordan osteopater tilnærmer seg pasienter med spedbarnskolikk. For å kunne delta i prosjektet må du:

- Ha minst 20 førstegangskonsultasjoner av spedbarn i løpet av ett år
 - Osteopat D.O M.N.O.F

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med oppgaven er å finne ut hvordan tilnærming osteopater har i møte med pasienter med spedbarnskolikk. Med tilnærming menes det anamnese, undersøkelse og behandling. Dette vil foregå gjennom digitalt intervju av osteopater som har erfaring innenfor fagfeltet, og derfor får du denne mailen. Dette prosjektet er en bacheloroppgave av to studenter innen osteopati på Høyskolen Kristiania.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høyskolen Kristiania Institutt for Helsevitenskap er ansvarlig for dette prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har veldig lyst å snakke med deg for å høre dine tanker rundt denne problemstillingen. Vi planlegger å intervju 4 osteopater, og ut fra egen research og anbefalinger virker du som en terapeut vi har mye å lære av, samt at du har både kunnskap og erfaring innenfor spedbarn og kolikk. Vi ønsker derfor å spør deg om du vil delta i dette prosjektet om spedbarn med kolikk.

Vi vil gi denne henvendelsen til flere terapeuter for å sikre at vi har nok informanter. Vi hadde vært veldig takknemlig om du sier ja og vil hjelpe oss i dette prosjektet!

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller til et intervju. Gitt dagens situasjon med koronapandemien, blir dette utført digitalt. Vi har forståelse for din dyrebare tid, og vil derfor prøve å effektivisere intervjuet så godt som mulig. Vi prøver å holde oss til ca 30 minutter start til slutt. Det vil være spørsmål og andre opplysninger om hvordan du går frem som terapeut i møte med et spedbarn med kolikk. Vi tar lydopptak og noterer fra intervjuet for å sikre dine svar, som senere blir slettet. Du vil være anonymisert i selve prosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke

samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi (2 studenter) og prosjektveileder vil ha tilgang til opplysningene du oppgir, og de blir kun brukt til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Lydopptakene blir tatt opp på privat mobil og slettet etter prosjektslutt. I prosjektet vil du være anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres i prosjektet og etter prosjektslutt vil disse bli slettet. Prosjektslutt er etter planen 28. April.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høyskolen Kristiania har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Høyskolen Kristiania ved studenter *Ingrid Bjørklund* [redacted] *Elise Fosse Vederhus* [redacted] eller prosjektveileder *Line Rølvaag* [redacted]
- Vårt personvernombud: personvernombud@kristiania.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektveileder

Studenter

Line Rølvaag

Ingrid Bjørklund og Elise Fosse Vederhus

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Osteopatisk tilnærming til spedbarnskolikk*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i digitalt intervju
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)