



Norges Helsehøyskole  
Campus Kristiania

# Bacheloroppgave

**Et kvalitativt studie av norske nyutdannede osteopaters kliniske resonnering og terapeutiske tilnærming på pasienter med migrene**

av

Anja Kristiane Wikhaug Andersen  
Elsa Patricia Ruz Rojas  
Innleveringsfrist: 18.05.2015

VF200 – Vitenskapsfilosofi

Bachelor i Osteopati

Antall ord: 11540

Mai, 2015

Norges Helsehøyskole – Campus Kristiania

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

## **Forord**

Det har vært en utfordrende og ikke minst lærerik prosess å jobbe med dette studiet. Vi har valgt å fordype oss i et spennende tema innenfor vårt utdanningsløp, og som har gitt oss tanker og erfaringer vi vil ta med oss videre i ut i den kliniske hverdagen.

Vi ønsker å benytte anledningen til å takke alle som har hjulpet og støttet oss i løpet av denne prosessen. Det har vært mange diskusjoner og harde stunder, men vi har likevel klart å holde hodet hevet.

Vi ønsker spesielt å takke:

Vår veileder, Anbjørn Ree, som har gitt oss råd, vært tilgjengelig for spørsmål gjennom hele prosessen og gitt oss konstruktive tilbakemeldinger på disse. Takk for ditt engasjement i forhold til denne oppgaven og lært oss å tenke ut av boksen.

Osteopatene som har stilt opp som intervjuobjekter i dette studiet. Takk for at dere har satt av tid til oss og har ønsket å dele deres erfaringer med oss. Uten deres deltakelse ville ikke denne oppgaven blitt ferdigstilt!

Familie og venner for all motivasjon og energi dere har gitt oss underveis i prosessen, i tillegg til konstruktive tilbakemeldinger på gjennomlesning av oppgaven og korrekturlesning. Takk til Mille som til tider har vært mottaker for frustrasjon. Mari, takk for gjennomlesning av oppgaven, gode råd og verdifulle tilbakemeldinger på struktur og språkbruk, selv om studiets tema ikke er ditt fagfelt.

Anja Kristiane Wikhaug Andersen og Elsa Patricia Ruz Rojas  
Oslo, 12.05

# Sammendrag

## Tema, bakgrunn og formål

Tema for dette studiet er nyutdannede osteopaters kliniske resonnering og terapeutiske tilnærming på pasienter med migrene. Bakgrunnen for valg av tema er at det er lite tilgang på kvalitative studier som undersøker osteopater sin kliniske resonnering og terapeutiske tilnærming i møte med pasienter, og enda færre som har undersøkt fenomenet rettet mot pasienter med migrene. Det er en sykdom som stadig rammer flere pasienter, samtidig som osteopati er en profesjon i utvikling og vil bli en viktig del av fremtidens Norske helsevesen. Formålet med studiet er å få innsikt i og kunnskap om hvordan de nyutdannede osteopatene i Norge benytter den kliniske resonneringen i sin hverdag og hvordan de som terapeuter undersøker og behandler pasienter med migrene.

## Problemstilling

*"I hvilken grad benytter norske nyutdannede osteopater seg av klinisk resonnering, og hvilken terapeutisk tilnærming benytter de på pasienter med migrene?"*

## Metode

Problemstillingen blir besvart ved å benytte et kvalitativt dybdeintervju hvor vi har intervjuet fem nyutdannede osteopater. Intervjuguiden ble utviklet på bakgrunn av tidligere forskning på området, i tillegg til den kliniske resonneringsprosessen og hvordan en osteopatisk konsultasjon er bygget opp. Intervjuguiden inneholdt fem hovedtemaer. To intervjuer ble gjennomført via Skype, men ellers ble intervjuene gjennomført etter informantens ønske om lokalisasjon. Lengden på intervjuene varierte fra 25-30 minutter. Transkripsjonen av intervjuene er det som utgjør datamaterialet våres og danner grunnlaget for analyse, resultater og diskusjon.

## Resultater

Semistrukturert dybdeintervju åpner for subjektive og varierte svar, men likevel er det noen fellestrekk som gjentar seg i alle intervjuene. Disse fellestrekkene belyser den kliniske resonneringen og den terapeutiske behandlingstilnærmingen på migrenepasienter. Informantene har delte meninger når det gjelder hvorvidt en har forventninger til fokusområder og somatiske dysfunksjoner i disse områdene før de møter pasienten, men et flertall forventer funn i nakke og skulder hos pasienten både av artikulært og myofascielt opphav. Under anamnesen er det viktigst for de å kartlegge pasientens psykososiale aspekt i forhold til hva som kan trigge migreaneanfallet og de ønsker opplysninger om pasientens symptomer i henhold til ICHD-3 sine krav. Sikkerhetstester er en viktig del av deres undersøkelsesrutine, i tillegg til en generell undersøkelse av kroppen, men med hovedfokus på nakke og skulder. De ønsker å undersøke pasienten i sin helhet og ikke kun diagnosen. Dermed er det funn fra undersøkelsen som danner deres grunnlag for behandling, men den suboccipitale regionen utpeker seg som den hyppigst behandlede regionen. Et flertall av informantene tar i bruk flere ulike tilnærminger, og det er den biopsykososiale, posturale-biomekaniske og sirkulatoriske modellene som utpeker seg. Overordnet mål ved behandling er optimal funksjon og symptomreduksjon hos pasienten. Teknikkmodalitetene som benyttes er individbetonet, men vi kan se hyppig bruk av myofasciell behandling, samt bruk av manipulasjonsteknikker på dysfunksjoner i nakke og øvre del av ryggen.

## **Konklusjon**

På bakgrunn av informantenes tanker og handlinger gjennom konsultasjonen gir de inntrykk av at de som nyutdannede osteopater mestrer evnen til klinisk resonnering og at de i stor grad tar det det i bruk. De tar gjennomtenkte og bevisste valg for å tilby den behandlingen som er tilpasset pasienten og deres problematikk. De viser evnen til å tenke osteopatisk og benytter i størst grad en kombinasjon av den biopsykososiale, posturale-biomekaniske og den respiratoriske-sirkulatoriske modellen i deres behandlingstilnærming til pasienter med migrene.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Kapittel 1: Innledning</b>	<b>7</b>
1.1 <i>Bakgrunn</i>	7
1.2 <i>Problemstilling</i>	7
1.2.1 <i>Avgrensning og presisering av problemstillingen</i>	8
1.3 <i>Begrepsavklaring</i>	8
1.4 <i>Oppgavens oppbygning</i>	8
<b>2. Kapittel 2: Teoretisk bakgrunn</b>	<b>10</b>
2.1 <i>Klassifikasjon</i>	10
2.2 <i>Migrenens semiologi</i>	10
2.3 <i>Det komplette migreaneanfallet</i>	11
2.4 <i>Omdiskuterte årsaks mekanismer</i>	12
<b>3. Kapittel 3: Metode, gjennomføring og analyse</b>	<b>13</b>
3.1 <i>Kvalitativ tilnærming</i>	13
3.2.1 <i>Kvalitativt dybdeintervju</i>	13
3.2.2 <i>Utvikling av intervjuguide</i>	14
3.3 <i>Utvalg og presentasjon av informanter</i>	14
3.3.1 <i>Utvalg</i>	14
3.3.2 <i>Rekruttering av informanter</i>	15
3.4 <i>Gjennomføring av intervjuene og analyse av datamaterialet</i>	15
3.4.1 <i>Prøveintervju</i>	15
3.4.2 <i>Hovedintervjuer</i>	16
3.4.3 <i>Transkribering av datamaterialet</i>	16
3.4.4 <i>Informasjonsskriv og samtykke</i>	17
3.4.5 <i>Analyse av datamaterialet</i>	17
3.5 <i>Kvalitet i studiet</i>	18
3.5.1 <i>Validitet</i>	18
3.5.2 <i>Reliabilitet</i>	18
3.5.3 <i>Objektivitet</i>	18
3.5.4 <i>Etiske hensyn</i>	19
<b>4. Kapittel 4: Presentasjon av resultater</b>	<b>20</b>
4.1 <i>Før møtet med pasienten</i>	20
4.1.1 <i>Fokusområder</i>	20
4.1.2 <i>Forventede funn</i>	21
4.2 <i>Anamnese</i>	21
4.2.1 <i>Viktige spørsmål</i>	21
4.2.2 <i>Symptompresentasjon</i>	22
4.2.3 <i>Psykososiale faktorer</i>	22
4.3 <i>Undersøkelse</i>	22
4.3.1 <i>Sikkerhetstester</i>	22
4.3.2 <i>Generell undersøkelse</i>	23
4.4 <i>Behandling</i>	23
4.4.1 <i>Årsaks mekanismer</i>	23
4.4.2 <i>Klinisk integrasjon og osteopatiske modeller</i>	24
4.4.3 <i>Teknikkmodaliteter og virkningsmekanismer</i>	25
4.5 <i>Ettertanke</i>	26
4.5.1 <i>Osteopati som behandlingsform</i>	26
4.5.2 <i>Ulike behandlingstiltak</i>	26
<b>5. Kapittel 5: Drøfting av datamaterialet og metodekritikk</b>	<b>27</b>
5.1 <i>Drøfting av resultater</i>	27
5.2 <i>Styrker og begrensninger ved den metodiske tilnærmingen</i>	30

<b>6. Kapittel 6: Avslutning</b>	<b>32</b>
6.1 <i>Oppsummering og konklusjon</i>	32
6.1.1 Oppsummering	32
6.1.2 Konklusjon	33
<b>REFERANSELISTE</b>	<b>34</b>
<b>VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV</b>	<b>37</b>
<b>VEDLEGG 2: SAMTYKKESKJEMA</b>	<b>38</b>
<b>VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE</b>	<b>39</b>

# 1. Kapittel 1: Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Migrene er på mange måter en sykdom som skjules for offentligheten, men for de den rammer, kan den være med på å redusere deres livskvalitet. 10-15% av verdens befolkning lider av denne sykdommen (1) og migrene ble i en rapport fra World Health Organization (WHO) fra 2000 rangert som nummer 19 over sykdommer som fører til uførhet for begge kjønn. Når det gjelder kvinner i alle aldre havnet migrene på en 12. plass (2). Den debuterer som oftest under puberteten eller i tidlig voksen alder, og er mest intens i de mest aktive årene av menneskers liv, altså mellom 35- og 45-årsalderen (1).

Studier innenfor området viser til at medikamentell behandling (3) og manuellterapi (4) dominerer behandlingsbildet når det gjelder håndtering av migrene. Chaibi, Tuchin og Russel belyser at *"Migraine is usually managed by medication, but some patients do not tolerate migraine medication due to side effects or prefer to avoid medication for other reasons"* (4). Det er en sannhet i det de legger frem, og de viser til manuelle behandlingsformer som blant annet fysioterapi, kiropraktikk og massasjeterapi som kan være like gode alternativer til medikamentell behandling på disse pasientene. Det finnes også studier som viser at akupunktur kan ha effekt på behandling av pasienter med migrene (5). Det finnes noe forskning på området om hvorvidt osteopati kan benyttes som et godt alternativ til symptomreduserende behandling på disse pasientene (6). I 2011 gjennomførte Voigt et.al (7) et intervensjonsstudie av kvinner med minst tre migreaneanfall per måned, og resultatene viser at osteopatisk behandling bidrar til smertereduksjon, anfallsfrekvens, samt reduksjon av uførhet i arbeidslivet.

Klinisk resonnering er en dynamisk prosess som foregår under evaluering og håndtering av pasienten, og bygger blant annet på terapeutens kunnskap og erfaringer (8). Klinisk resonnering er en integrert del av en osteopats kliniske hverdag (9).

I 2014 utforsket Thomson et.al (10) fenomenet klinisk resonnering innenfor osteopati på erfarne osteopater i UK. Resultatene fra studiet viser at osteopatene tar i bruk to ulike tilnærminger av diagnostisk resonnering: hypotetisk-deduktiv og mønstergjenkjennelse.

## 1.2 Problemstilling

Formålet med dette studiet er å få innsikt i og kunnskap om den kliniske resonneringsprosessen og den terapeutiske tilnærmingen de nyutdannede osteopatene i Norge benytter seg av i møte med pasienter med migrene. Med utgangspunkt i dette og på bakgrunn av relevant litteratur på dette området har vi kommet frem til følgende problemstilling:

*"I hvilken grad benytter norske nyutdannede osteopater seg av klinisk resonnering, og hvilken terapeutisk tilnærming benytter de på pasienter med migrene?"*

### 1.2.1 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Fokuset i dette studiet faller på norske nyutdannede osteopater fordi det er stor variasjon i klinisk erfaring når det gjelder norske osteopater. Som tidligere nevnt finnes det forskning som gjør rede for problemstillingen klinisk resonnering, men det er likevel svært få eller ingen forskning som spesifiserer osteopatisk klinisk resonnering og den terapeutiske tilnærmingen på pasienter med migrene. Vi ønsker å belyse dette tema for å bidra til å øke forståelsen, samt å bidra til mer forskning på området.

### 1.3 Begrepsavklaring

De sentrale begrepene som blir vektlagt i denne oppgaven er *migrene*, *klinisk resonnering* og *osteopatiske behandlingstilnæringer*. Dette er begreper som er nødvendig for å kunne forstå problemstillingen vi ønsker å undersøke i dette prosjektet.

*Migrene* vil i denne oppgaven defineres som en tilbakevendende hodepine som opptrer i anfall som varer alt fra 4-72 timer. Typiske kjennetegn for denne typen hodepine er unilateral lokalisasjon, pulserende kvalitet, moderat til sterk smerteintensitet, kan bidra til å svekke den daglige rutinen for fysisk aktivitet og assosieres med kvalme og/eller fotofobi og fonofobi (ubehagelig opplevelse av lys- og lydstimulering)(11).

*Klinisk resonnering* vil i dette prosjektet refereres til den kognitive prosessen eller tankegangen som benyttes i evalueringen og håndteringen av en pasient (12).

*Den osteopatiske behandlingstilnærmingen* bygger på fem ulike modeller: den posturale og biomekaniske-, den nevrologiske og autonome-, den respiratoriske og sirkulatoriske-, den metabolske- og den biopsykososiale modellen. Osteopaten ser sammenheng mellom de ulike modellene og behandlingen legges opp på bakgrunn av deres innvirkning av hverandre. Deretter velges tilpassede teknikker til det enkelte individ, for å oppnå bedring av problemet (13).

*Somatisk dysfunksjon* defineres som: "Impaired or altered function of related components of the somatic system (body framework); skeletal, arthrodiagonal and myofascial structures; and related vascular, lymphatic, and neural elements (40)

### 1.4 Oppgavens oppbygning

I dette første kapittelet har vi beskrevet bakgrunnen for vårt valg av tema som favner nyutdannede osteopater sin kliniske resonnering og deres terapeutiske behandlingstilnærming til pasienter med migrene. Vi definerer sentrale begreper som er relevant for forståelse av problemstillingen vi har utviklet og som vi ønsker å besvare i denne oppgaven.

Kapittel 2 gir et innblikk i relevant teori rundt migrene som sykdom, dens semiologi, hvordan det komplette migreaneanfallet foregår og litt om de omdiskuterte mekanismene som ligger til grunn for migrenens opphav.

I kapittel 3 er det hovedvekt på metode, altså fremgangsmåten vi har benyttet for å kunne gjennomføre dette studiet. Her følger en kort innføring i de sentrale delene et kvalitativt dybdeintervju består av, hvordan vi beregnet utvalget og rekrutterte osteopater til å delta i



studien, hvordan intervjuguiden ble utviklet, samt kort om viktigheten av validitet, reliabilitet og objektivitet i denne typen studie.

Temaet for kapittel 4 er presentasjon av resultater og analysen av disse.

Kapittel 5 inneholder diskusjonsdelen, hvor vi kritisk vurderer vårt eget arbeid gjennom hele forskningsprosessen. Vi stiller spørsmålstegn ved fremgangsmåten vi har benyttet oss av for å finne svaret på problemstillingen vår. Samtidig gjør vi en vurdering og drøfter våre resultater opp mot problemstillingen og opp mot relevant litteratur og tidligere forskning på området.

Kapittel 6, som er det siste og avsluttende kapittelet, inneholder en oppsummering av de foregående kapitlene. Vi skal prøve å samle alle trådene i oppgaven og komme frem til en konklusjon som svar på våres problemstilling.

## 2. Kapittel 2: Teoretisk bakgrunn

### 2.1 Klassifikasjon

The International Classification of Headache Disorders (ICHD-1) ble utarbeidet av International Headache Society første gang i 1988, men en ny og revidert tredjeutgave utkom i 2013, og benyttes per dags dato (14). Det benyttes som et diagnostisk verktøy for å skille mellom de flere hundre ulike hodepinetyper som finnes. ICHD-3, det reviderte systemet deles opp i tre hovedkategorier av hodepine.

- Primære hodepiner
- Sekundære hodepiner
- Kranial nevrergi, ansiktssmerter og andre hodepiner (14)

Et viktig kriterium som er felles for alle primære hodepinetyper er at det ikke skal kunne påvises en underliggende tilstand som forårsaker hodepinen. De primære hodepinetyperne deles videre inn i fire kategorier, hvorav migrene er en av de viktigste. Om ønskelig finnes det full oversikt over de primære hodepinetyperne på nettsidene til International Headache Society (14).

Det er viktig å stille korrekt diagnose for å kunne tilby riktig behandling til pasientene. Dermed er ICHD-3 sitt klassifikasjonssystem avgjørende og det er i tillegg utarbeidet diagnostiske kriterier som må ligge til grunn for at sykdommen kan bekreftes som diagnose.

Migrene deles inn i to hovedgrupper, migrene med aura og migrene uten aura. Under disse igjen finnes det flere undergrupper som står oppført i ICHD-3 (14). For å kunne skille mellom de to migrenehovedtypene viser klassifikasjonen at migrene med aura vil pasientene få syns- og/eller sanseforstyrrelser eller lammelser som er fullt reversible symptomer. Disse symptomene oppstår ikke under migrene uten aura.

### 2.2 Migrenens semiologi

Symptomene migrenepasienter presenterer varierer i henhold til hvilken migrenetype de er diagnostisert med. Det er de uregelmessige symptomene som skaper forvirring rundt diagnosen. Symptomene kan komme både før og under et anfall, men det er viktig å vite at det ikke er disse som trigger et migreaneanfall. Det å kunne få en nøyaktig beskrivelse av migreaneanfallet er svært nødvendig for å kunne diagnostisere pasienten med migrene. Den typiske migrenehodepinen er ofte unilateral og den bygger seg som regel opp over flere timer, men likevel kan den ved få tilfeller opptre plutselig og vare i kun noen sekunder. Smerteintensiteten er moderat til sterk, og hodepinen karakteriseres som pulserende eller bankende. Pasientene vil som regel presentere med et bredt spekter av symptomer, og derfor er det viktig at helsepersonell er sikre på hvilke tegn og symptomer en man må se etter for å kunne diagnostisere pasientene. Dette vil igjen være nødvendig for å kunne tilby riktig behandling som kan bidra til å redusere symptomene og anfallshyppigheten av migrenen. Videre vil vi presentere noen av symptomene som ofte har blitt rapportert av migrenepasienter og som er gjenkjennelig for denne pasientgruppen.

De diagnostiske kriteriene som ligger til grunn for å stille diagnosen migrene har bestemt at hodepinen må opptre med minst to av de fire kriteriene. Et av kriteriene viser til at hodepinen enten forverres ved fysisk aktivitet eller skaper unngåelse av pasientens daglige rutiner (14).

Store deler av hverdagen består av bevegelse og det å røre på seg, så det blir en svært hemmende faktor for de pasientene som er diagnostisert med migrene. Derfor vil disse pasientene foretrekke å ligge eller sitte i ro. Lundberg beskriver denne overfølsomheten for bevegelse som en overdreven, irrasjonell og begrensende frykt for fysisk bevegelse og aktivitet som et resultat av en følelse av sårbarhet for smerte (15).

Noen pasienter vil presentere med gastrointestinale symptomer, det vil si symptomer som er knyttet til de viscerale organene i abdomen. De fleste av disse vil oppleve kvalme og/eller oppkast, og/eller blekhet (11). Den største gruppen som vil presentere med disse symptomene er barn og unge. Det er uvisst om disse symptomene skyldes medikamentene som inntas i den forebyggende fasen eller de som inntas i anfallsfasen. Kvalmheten debuterer ofte før hodepinen og oppkast kan forekomme rett før opphørsfasen (16).

Andre autonome påvirkninger har også blitt dokumentert hos migrenepasienter, men disse er kontroversielle. Det finnes noen rapporter som viser til det autonome nervesystemets funksjon hos pasienter med migrene, men det er likevel mangelfull forskning på dette området (17). Yakinci et.al (17) hevder at disse pasientenes autonome nervesystem inneholder en dysfunksjon med hyperaktivitet i både det parasympatiske og det sympatiske nervesystemet. Symptomer som kan forekomme er unilateral tåreflod hvor hodepinesmerter ligger, nesetetthet, liten pupille, ansiktsrødme, blekhet og kaldsvette er noen symptomer som man dukke opp før eller under et migreaneanfall (16).

Intoleranse for ulike typer lukt kalles osmofobi (16). Intoleransen oppstår hos enkelte pasienter, men det er ikke en trigger for et migreaneanfall. Den oppstår under et anfall, og flere studier viser at 27-28 % av migrenepasienter opplever dette ubehaget (18,19). Osmofobi har blitt inkludert som et diagnostisk kriterium for migrene med aura i ICHD-2 (16). Fotofobi og fonofobi kan benevnes som de vanlige og klassiske symptomer for migrene. De forekommer blant tre av fire migrenepasienter (20). ICHD-2 stiller krav at begge symptomene skal være til stedet under et anfall for at pasienten skal bli diagnostisert med migrene og disse symptomene kan oppstå lenge før hodepinefasen. Disse symptomene benyttes for å kunne skille migrene fra andre primære hodepinetyper (16).

Svimmelhet og vertigo ser ut til å være vanlig blant pasienter som har migrene med aura (21). Svimmelhet er en generell følelse av ustabilitet og vertigo er en undertype av svimmelhet som er definert som en illusjon av bevegelse på grunn av asymmetrisk involvering av det vestibulære systemet. Flere pasienter melder også smerter i huden under et anfall. Lett berøring i på huden i områdene hvor hodepinen sitter kan være nok til å provosere smerter hos pasienten. Dette fenomenet kalles allodyn. Dette er ikke spesifikt for migrenetilstanden, men har blitt kartlagt hos flere migrenepasienter (16).

### **2.3 Det komplette migreaneanfallet**

Det komplette migreaneanfallet består av fem ulike faser: interiktalfasen (normalfasen), prodromalfasen, aurafasen, hodepinefasen og postdromalfasen (normaliseringsfasen) (16, s.18).

Prodrom betyr tidlig symptom eller tegn på sykdom eller anfall som enda ikke har brutt ut (22). Det er klinisk erfart at mange pasienter med migrene gjerne får en fornemmelse av og

kan ”kjenne det på kroppen” at et migreaneanfall vil bryte ut. Dette kalles den prodromale fasen og kan oppstå alt fra to timer til to dager før hodepinen bryter ut (16, s.21)

Starten på et migreaneanfall markeres ofte av en aura. Aura kan beskrives som en gruppe symptomer som vanligvis utvikler seg i løpet av 5-20 minutter og varer mindre enn 60 minutter forut av hodepine av typisk karakter for migrene. Opplevelsen er individuell, men det er normalt å ha flere ulike symptomer i denne fasen. Auraen karakteriseres av reversible fokalnevrologiske symptomer, som blant annet inneholder visuelle forstyrrelser, sensoriske forstyrrelser eller problemer med språk og tale (16, s.21).

Hodepinefasen kan variere fra 3-72 timer og hodepinens karakter står beskrevet under kapittel 1.3. Denne hodepinen setter mange ut av daglige gjøremål, og mange opplever at de må legge seg inn i et mørkt rom, på grunn av overfølsomhet for blant annet lys, lyd og i mange tilfeller lukt. Hodepinefasen vil avta og forsvinne av seg selv (16, s.22).

## 2.4 Omdiskuterte årsaksmekanismer

Flere forskere har i mange år prøvd å finne ut hva som ligger til grunn for utviklingen av migrene. Foreløpig er det eneste en vet med sikkerhet er at migrene er et nevrovaskulær sykdom, med kompleks patofysiologi liggende til grunn (23).

Teorien om dysfunksjon i det vaskulære systemet i hjernen er den som har blitt mest studert. Det finnes flere bevis på at det kan være en årsak til migrene, men det er fremdeles mangel på forskning i dette området som kan fastslå denne dysfunksjonen som en konkret årsaksmekanisme (24).

Et annet fenomen som har blitt studert er Cortical Spreading Depression (CDS), som er en kortvarig depolariseringsbølge i cortex. Charles og Baca hevdet i 2013 at denne endringen kan trigge migrenehodepinen (25).

Det trigeminovaskulære system består av nevroner i nervus trigeminus som innerverer cerebrale blodkar. Det oppstår en interaksjon mellom nervene og blodkar som kan føre til blodkarendring og deretter en følelse av smerte. Studier har vist at aktivering av det trigeminovaskulære systemet kan resultere i et migreaneanfall (26).

De patofysiologiske årsaksmekanismene er mye omdiskutert. Likevel er det grunn til å tro at det finnes en rekke ytre faktorer som kan være med å trigge et migreaneanfall. Det vil så klart variere fra person til person hva som vil være den utløsende triggerfaktoren, men det kan eksempelvis være:

- stress
- tretthet
- psykisk belastning
- hormonelle forandringer (p-piller, menstruasjonssyklus, graviditet)
- matvarer og nytelsesmidler (f.eks. sjokolade, alkohol, nitrittholdige matvarer) (27).

### **3. Kapittel 3: Metode, gjennomføring og analyse**

Metode er et verktøy som benyttes for å finne veien frem mot svaret på problemstillingen. Problemstillingen for studiet har vært: *I hvilken grad benytter norske nyutdannede osteopater seg av klinisk resonnering, og hvilken terapeutisk tilnærming benytter de på pasienter med migrene?* I dette kapittelet redegjøres og begrunnes de metodiske valgene som er tatt både før oppstart og underveis i studien. Dette omhandler grunnlaget for utvalg og rekruttering av informanter, hvilke innsamlingsverktøy som er tatt i bruk for å samle nødvendig informasjon, samt bearbeiding av datamateriale. Det redegjøres også for viktigheten av troverdighet og pålitelighet knyttet til studiet, i tillegg til hvilke etiske hensyn som må tas. Kort sagt oppsummeres forskningsprosessen fra begynnelse til ferdigstilt oppgave.

#### **3.1 Kvalitativ tilnærming**

For å kunne svare på problemstillingen som nevnes over har vi benyttet oss av en kvalitativ tilnærming. Hovedmålet er å utvikle forståelsen av fenomener som er knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet, altså den subjektive opplevelsen av noe (28). Vi ønsker å forstå informantenes tanker og opplevelser, altså den nyutdannede osteopatens kliniske resonnering og dermed få innsikt i hvordan de benytter sin terapeutiske tilnærming på pasienter med migrene.

#### **3.2 Innsamling av datamateriale**

##### **3.2.1 Kvalitativt dybdeintervju**

Dalen skriver at det kvalitative intervjuet er spesielt godt egnet for å få innsikt i informantenes egne erfaringer, tanker og følelser (28). Ved å benytte et kvalitativt dybdeintervju i dette studiet ønsker vi å hente ut utfyllende og beskrivende informasjon fra informantene om deres resonneringsprosess frem til valg av den terapeutiske tilnærmingen til pasienter med migrene. Et intervju kan ses på som en utveksling av synspunkter mellom personer (26, s.32). Det er viktig med god kommunikasjon mellom intervjuer og informant for å skape trygge rammer slik at den som intervjuer får god tilgang på informasjon og beskrivelser av informantens handlinger og subjektive opplevelse av situasjonen.

Et semistrukturert intervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver. Denne formen for intervju søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og særlig fortolkninger av mening med fenomenene som blir beskrevet (27, s.47). Denne intervjuypen er verken en åpen samtale eller lukket spørreskjemasamtale, men man har forhåndsbestemte temaer og spørsmål man ønsker å utdype, samtidig som man er åpen for spontane spørsmål til det informanten har å si hvis det skulle være nyttig for å belyse problemstillingen ytterligere (27, s.47).

### **3.2.2 Utvikling av intervjuguide**

Utforming av intervjuguiden er en viktig forberedelse før gjennomføring av intervjuene. Dette er et hjelpemiddel for oss som skal intervjuer og den inneholder spørsmål som er formet slik at svarene kan gi oss nok informasjon til å svare på vår problemstilling. I vårt tilfelle ønsket vi å komme frem til spørsmål som gjorde det mulig for de nyutdannede osteopaterne å dele deres erfaringer og meninger når det gjelder undersøkelse og behandling av pasienter med migrene.

Thagaard skriver at en velegnet start på et intervju er spørsmål om informantens bakgrunn, utdanning og yrkeserfaring (30). Målet er å sette trygge rammer for intervjuet og dermed vise respekt og interesse overfor informanten, samt å vinne tillit. Første del av intervjuet omhandlet nettopp det Thagaard beskriver. Videre valgte vi å dele opp intervjuet i fem adskilte, men samtidig integrerte deler, med utgangspunkt i en førstegangskonsultasjon (se figur 1). Vi ønsket å innhente informasjon om informantens tanker før møtet med pasienten, den kliniske resonneringen rundt pasienten under anamnese, undersøkelse og behandling, deres meninger om osteopatisk behandling for pasienter med migrene, samt nødvendigheten av andre behandlingstiltak i kombinasjon med osteopatisk behandling. De fem delene inneholdt sentrale spørsmål innenfor den aktuelle delen av konsultasjonen, og spørsmålene ble stilt i en åpen spørsmålsform som ga informantene rom til å dele sine tanker, meninger og tilegnede erfaringer. Den samme intervjuguiden ble benyttet i alle de fem intervjurundene med våre informanter.

## **3.3 Utvalg og presentasjon av informanter**

### **3.3.1 Utvalg**

Kvalitativ forskningsmetode kjennetegnes ved at det er få deltakere som undersøkes, men det rettes fokus mot innhold med dybde og mening (31). I denne studien ønsker vi å fokusere på populasjonen nyutdannede osteopater i Norge. Vi vet at kvalitative studier i mindre grad er ute etter å generalisere funnene til en populasjon, sammenlignet med kvantitative studier. Likevel må studiet ha en overføringsverdi og et mål om å fremme kunnskap som senere kan benyttes av andre (32). For å kunne velge ut et representativt utvalg fra denne populasjonen ble vi nødt til å legge visse kriterier til grunn for deltakelse i studien. De fire kriteriene informantene måtte oppfylle var:

- Fullført fire års fulltidsutdanning (Diplom i Osteopati) ved Norges Helsehøyskole
- Maksimum tre års klinisk erfaring utenom skolepraksis
- Klinikkarbeid i Norge
- Ha vært i kontakt med pasienter med migreneproblematikk i sin praksis etter endt utdanning
- Medlem av Norsk Osteopat Forbund (MNOF)

Vi benyttet oss av et tilgjengelighetsutvalg for å finne våre informanter. Det betyr at vi bestemte oss for å intervjuer de osteopaterne som var lettest tilgjengelig for intervju (30). Dette utvalget er samtidig strategisk ved at informantene representerer egenskaper som er relevante for vår problemstilling, altså de kriteriene vi har lagt til grunn for deltakelse i studiet.

### 3.3.2 Rekruttering av informanter

Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg (28, s.55). Som nevnt over har vi valgt å basere dette studiet på et strategisk utvalg, noe som betyr at våre informanter er valgt ut strategisk i forhold til deltakelseskriterier og ikke minst i forhold til at de kan bidra med informasjon som kan belyse vår problemstilling. Vi hadde i første omgang et ønske om å intervju seks osteopater på ulike klinikker og som tidligere har hatt eller som per dags dato har pasienter med migrene til behandling i sin praksis. Av praktiske årsaker valgte vi å kontakte Norsk Osteopat Forbund for å få oversikten over aktuelle informanter. Et av våre krav til deltakelse sier at informanten ikke skal ha hatt mer enn tre års erfaring i klinisk praksis etter endt utdanning. Det å være nyutdannet er et tema for diskusjon. Siden Norges Helsehøgskole Campus Kristiania startet med sin fulltidsutdanning på osteopatiutdanningen i 2008, ble det naturlig for oss å sende ut invitasjon om deltakelse i studiet til nyutdannede fra kull 2008, 2009 og 2010. Det viste seg at det skulle bli vanskeligere enn forventet å komme i kontakt med aktuelle informanter, men etter flere henvendelser kom vi i mål med fem informanter fra ulike steder i Norge som ville stille til intervju (tabell 1).

Tabell 1: Bakgrunnsinformasjonen til informantene som intervjues.

Informant	Kjønn	Utdannelse	Erfaring fra klinisk praksis	Antall pasienter i mnd. med migrene
1	M	Fulltid, NHCK	1,5 år	Færre enn 5 per mnd.
2	M	Fulltid, NHCK	2,5 år	Færre enn 5 per mnd.
3	K	Fulltid, NHCK	8 måneder	Færre enn 5 per mnd.
4	M	Fulltid, NHCK	1,5 år	Færre enn 5 per mnd.
5	M	Fulltid, NHCK	7 måneder	Færre enn 5 per mnd.

## 3.4 Gjennomføring av intervjuene og analyse av datamaterialet

### 3.4.1 Prøveintervju

Før gjennomføring av et kvalitativt dybdeintervju er det viktig å gjennomføre et eller flere prøveintervjuer. Dette er nødvendig for å teste ut intervjuguiden som er utformet, men også for å teste ens egen rolle som intervjuer. Tilbakemeldingene fra den som intervjues gir rom for å endre uklare spørsmål, lukkede spørsmål og å vurdere om det vil være nødvendig å legge til flere tilleggsspørsmål for å hente ut de svarene man ønsker. Det blir ofte redigering

av spørsmål etter et gjennomført prøveintervju. Det er også en god læring å få tilbakemeldinger på intervjuerens væremåte under intervjuet (28). Etter å ha fått godkjenning fra veileder på intervjuguiden, gjennomførte vi et prøveintervju få dager før første hovedintervju. På bakgrunn av praktiske årsaker valgte vi å intervju en medstudent som kun har klinisk erfaring fra arbeid i skolens studentklinik. Vår medstudent ga oss konstruktive tilbakemeldinger, både når det gjaldt formulering av spørsmålene og intervjuerens atferd. Gode tilbakemeldinger hjalp oss godt på vei mot den endelige intervjuguiden, og det var kun nødvendig med få justeringer i de allerede skrevne temaområdene.

### **3.4.2 Hovedintervjuer**

Intervjuene ble gjennomført i løpet av to uker i mars 2015. Å kontakte aktuelle informanter via e-mail viste seg å være den mest praktiske metoden og det var også her de fleste intervjuene ble avtalt, med unntak av én informant som ble kontaktet gjennom Facebook. For å gjøre deltakelsen enklest mulig for våre informanter, gjennomførte vi intervjuene på deres arbeidsplass og på det tidspunktet de selv bestemte. På grunn av store avstander, ble to av de til sammen fem intervjuene gjennomført via Skype. Dette var en god løsning for både intervjuer og informanten, og vi sparte oss for reise og kostnader. Intervjuene hadde alle en varighet på mellom 25-30 min.

Før vi satt i gang intervjuet fikk informanten en del informasjon rundt oppgaven vår, blant annet om tema for oppgaven, hva vi ønsket å undersøke, og om måten intervjuguiden var bygd opp. Informantene skrev alle under på et samtykkeskjema, hvor de godtok vilkårene for deltakelse i studiet. De ble gjennom samtykkeskjemaet informert om at intervjuet ble tatt opp på lydbånd og at datamaterialet ville bli slettet etter endt forskningsprosess. De fikk også opplyst at alt datamateriale ville bli behandlet konfidensielt, at alle gjenkjennelige detaljer om informantene ville bli anonymisert, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten noen nærmere begrunnelse. For de to informantene som ble intervjuet via Skype, ble samtykkeskjema for deltakelse sendt via e-mail og vi mottok et signert samtykke tilbake. Under gjennomføringen av alle intervjuene valgte vi å ha én intervjuer som holdt styringen. Vi tok dette valget i håp om å redusere eventuelle feilkilder og forskjeller det gir ved å ha flere intervjuere. Informanten har også kun én person å forholde seg til under intervjuet, noe som gir informanten en større trygghet og samtalen bedre flyt. Dalen beskriver at noe av det viktigste er å ha evnen til å kunne vise oppriktig interesse for det informanten forteller (28). Denne typen interesse vises ved blick, ikke-verbal kommunikasjon og gjennom verbale tilbakemeldinger. Å lytte og la informanten få tid til å fortelle er helt nødvendige forutsetninger for at intervjuet skal kunne brukes i forskningssammenheng. Til syvende og sist er det informantens verbale fortellinger i form av ytringer og utsagn som utgjør forskerens datamateriale (28).

Etter gjennomføring av første intervju, så vi oss nødt til å ta et kritisk blick på intervjuguiden vår. Vi så det nødvendig å omformulere et par av spørsmålene, samt å tilføre noen nye spørsmål. På tross av endringene holdt vi oss innenfor samme tema og de fem delene vi hadde valgt å dele intervjuet opp i. Endringene ble gjort for å forsikre oss om at informanten ikke gjentok seg selv ved flere anledninger, og for at vi skulle få maksimalt utbytte fra hvert spørsmål.

### **3.4.3 Transkribering av datamaterialet**

Datagrunnlaget for vår oppgave er lydfilene fra intervjuene som er gjennomført. Transkriberingen ble utført av oss begge fordi vi på den måten kunne bli kjent med



datamaterialet vi hadde innhentet. Transkriberingen foregikk samme dag eller dagen etter at intervjuene ble gjennomført, slik at vi hadde intervjuet ferskt i minne og for å huske informantenes kroppsspråk og selve intervjusituasjonen. Kvale sier at det å transkribere betyr å transformere, å skifte fra en form til en annen (29). Informantenes samtale ble altså gjort om til skriftlig tekst. Lydopptaket av intervjuet innebærer en første abstraksjon fra de samtalende personers direkte fysikalske tilstedeværelse, og det medfører tap av kroppsspråk, for eksempel kroppsholdning og gester (27, s.187). Det ble i tillegg til lydopptak tatt notater i løpet av intervjuet, nettopp for ikke å "miste" eller glemme kroppsspråket eller andre uttrykk til informanten.

Før transkripsjonene ble gjennomført ble vi enige om hvordan det skulle utføres. Vi bestemte oss for å skrive ned transkripsjonen ordrett. Etter tredje intervju bestemte vi oss for å fjerne unødvendige småord som for eksempel "eh" og "mhm" da vi innså at disse ikke ville være relevant for analysen av datamaterialet. Dette gjorde at vi satt igjen med mer strukturerte setninger, uten at meningsinnholdet ble endret. Transkripsjonen ble gjort på bokmål, da noen informanter snakket med en annen dialekt enn bokmål. Dette er også et tiltak for å anonymisere de informantene det gjelder, selv om det vil ligge en feilkilde i det å oversette fra talemål til skriftspråk. For å redusere feilkildene ble lydfilene lyttet til og transkripsjonene lest gjennom flere ganger. Kvale og Brinkmann sier at transkripsjoner er kort sagt svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervjusamtaler (27, s.186).

#### **3.4.4 Informasjonsskriv og samtykke**

Alle våre deltakere mottok et skriv som inneholdt generell informasjon om studien, samt det overordnede målet med studien og hvordan det skulle gjennomføres (se vedlegg 1). For at vi skulle sikre oss at informantene deltok frivillig og at de når som helst uten grunn kunne trekke seg fra studien, var det viktig at vi fikk en underskrift av dem på et samtykkeskjema (se vedlegg 2). Ved å signere på dette papiret aksepterte de også at all informasjon de formidler behandles konfidensielt, altså at alt som kan identifisere informanten anonymiseres. Det var også svært viktig for oss å formidle fortrolighet ved å informere om at det kun er vi som forskere som vil ha tilgang på informantens opplysninger og rådatamateriale før det anonymiseres og benyttes i den ferdige studien.

#### **3.4.5 Analyse av datamaterialet**

Organisering av datamaterialet etter at intervjuene er gjennomført og transkribert, er for å skape oversikt og struktur. De innsamlede dataene skal videre kodes og kategoriseres for å kunne rette dette mot teori. Det er forskjellige måter å kode datamaterialet, som enten kan være begrepsstyrt eller datastyrt. Begrepsstyrt bruker koder som forskeren har utviklet i forkant ved å rådføre seg med eksisterende litteratur på området. Datastyrt koding innebærer at forskeren begynner uten koder og utvikler dem ved å lese materialet (29). Vi har valgt å bruke begrepsstyrt koding ved at vi på forhånd hadde bestemt hvilke temaer som skulle belyses gjennom intervjuguiden. Når man koder datamaterialet brytes lange intervjuer ned og settes sammen til ulike kategorier (29). Vi har brukt fargekoding, men man kan også benytte navn eller andre tegn på kodene. Til slutt sitter vi igjen med kodene som deretter knyttes opp mot temaene som er forhåndsbestemt. Kategoriene før møtet med pasienten, anamnese, undersøkelse, behandling og ettertanke hadde vi tatt med i intervjuguiden og kodene som ble satt opp etter transkriberingen ble rettet mot disse kategoriene.

## **3.5 Kvalitet i studiet**

### **3.5.1 Validitet**

Validitet i studiet vårt dreier seg om vi gjennom vår metode faktisk undersøker norske nyutdannede osteopaters kliniske resonnering og terapeutiske tilnærming på pasienter med migrene. Validitet er definert som uttalelsessannhet, riktighet og styrke (29). Validitet i samfunnsvitenskapene dreier seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (29).

I dette studiet var det kun fem osteopater som ble intervjuet og dette begrensede utvalget kan være med å svekke validiteten til resultatene, selv om de ga oss innholdsrike og fyldige svar. På den andre siden vil vi påstå at de få osteopatene vi intervjuet gir studiet den validiteten vi ønsker, med tanke på at de oppfyller inklusjonskriteriene som er satt for å undersøke det aktuelle fenomenet. Ved å intervju flere osteopater ville vi ha fått flere ulike syn på fenomenet vi ønsker å undersøke og dette ville vært med å styrke validiteten til resultatene ytterligere.

Dårlig kvalitet på lydopptakene fra intervjuene vil spille inn på transkriberingen og kan føre til svekkelse i validiteten (28). Dette opplevde vi under noen omstendigheter i intervjurundene. Likevel var ikke de påvirkede utsagnene med å danne grunnlag for våre resultater i dette studiet og dermed har ikke transkripsjonen i dette studiet vært med å svekke validiteten.

### **3.5.2 Reliabilitet**

Reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens, troverdighet og etterprøvbarhet å gjøre (29). En nøyaktig og grundig beskrivelse av de ulike stegene i prosjektet skal kunne gi andre forskere muligheten til å etterprøve et studie (28). Det har vært viktig for oss å ha dette i bakhodet i vår fremstilling av oppgaven og med bakgrunn i våre beskrivelser kan andre forskere følge de ulike prosedyrene som har blitt gjort under vår metodiske tilnærming.

Vi har blant annet utviklet en semistrukturert intervjuguide for å forsikre oss om at alle informantene svarer på de samme spørsmålene. Dette er noe som er med å styrke studiets reliabilitet. Vi unnlot å stille informantene spørsmål som ledet dem mot "rett svar", men lot de heller tenke selv. Spørsmålene ble omformulert og stilt igjen om informantene var usikre på hva vi mente. Dette er tiltak som er med å gi resultatene våre troverdighet.

Det vil være utfordrende å stille krav om reliabilitet til et kvalitativt studie, på grunn av forskerens rolle som formes i samspillet mellom den aktuelle informanten og den situasjonen en befinner seg i (28). Studiet vårt vil være reliabelt på bakgrunn av den detaljerte beskrivelsen av fremgangsmåten vi har benyttet, men forskerens rolle har en stor påvirkning og vil variere fra studie til studie.

### **3.5.3 Objektivitet**

Objektivitet har forskjellige betydninger, men vi skal se nærmere på hvilke av disse betydningene som har relevans til vår oppgave. Som forskere har vi reflektert over vårt bidrag

til produksjon av kunnskap. Denne formen for objektivitet kalles refleksiv objektivitet (29). Det som menes med dette begrepet er at man streber etter objektivitet om det subjektive. Kvale og Brinkmann sier at det å være objektiv også kan bety å avspeile forskningsobjektets natur, å la objektet snakke, og videre gi et uttrykk for lojalitet ovenfor fenomenet som uttrykker forskningsgjenstanden egentlige natur (29). Vår intensjon med intervjuene var nettopp å la forskningspersonene snakke oss gjennom og avspeile deres møte med migrenepasienter. Ved et kvalitativ tilnærming vil nettopp det å avspeile forskningsobjektets sanne natur være det mest sentrale i forskningen.

#### **3.5.4 Etiske hensyn**

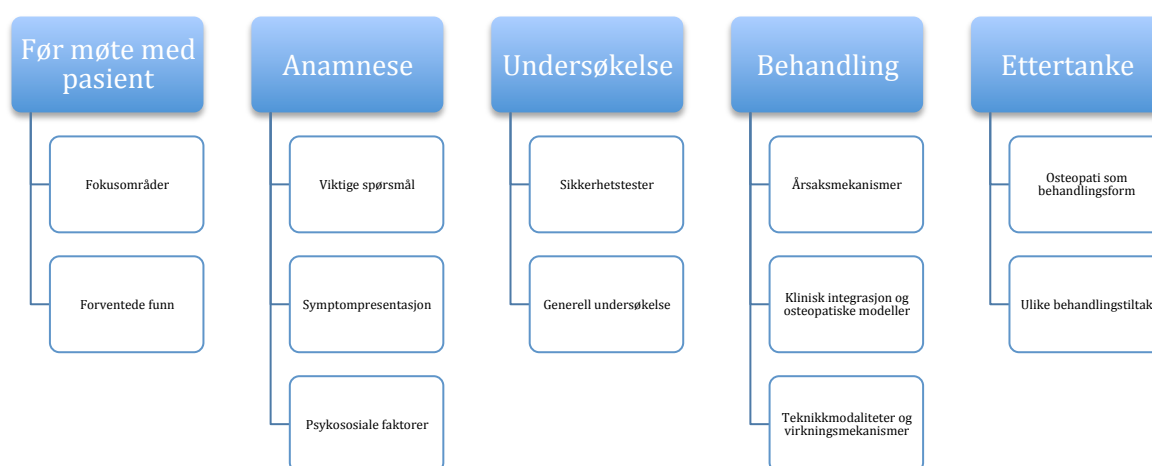
Etiske problemer i intervjuforskningen oppstår spesielt på grunn av de komplekse forholdene som er forbundet med å ”utforske menneskers privatliv og legge beskrivelsene ut i det offentlige” (29). I dette kvalitative forskningsprosjektet hvor vi ønsker å få en dypere innsikt i de nyutdannede osteopatenes arbeidsmetode, er det flere etiske hensyn vi må ivareta. Samtykkeskjema ble sendt ut til deltakere i forkant av intervjuene. Våre deltakere har rett på utfyllende informasjon om hva prosjektet dreier seg om, og de har også ha muligheten til å trekke seg når de selv måtte ønske, uten å oppgi grunn. Gjennom et slikt kvalitativt forskningsprosjekt som vi gjennomfører, vil personlige opplysninger komme frem. Opplysningene som kommer frem i lydopptak og transkripsjoner behandles konfidensielt og anonymiseres og dette oppbevares på en datamaskin med passord, slik at ingen andre enn forskerne har tilgang til informasjonen.

Kvale og Brinkmann hevder at den kunnskap som kommer ut av forskningsintervjuet avhenger av den sosiale relasjonen mellom intervjueren og informanten (29). Derfor vil det også være viktig at informanten føler en trygghet i intervjusituasjonen og at intervjueren viser respekt overfor informanten og den personlige informasjonen som utleveres i fortrolighet.

## 4. Kapittel 4: Presentasjon av resultater

Resultatene i denne studien er presentert gjennom sitater fra informantene og de er markert i kursiv. Vi har gjort små endringer på noen av sitatene for lettere å se en sammenheng i hva informanten prøver å si, samtidig som deres anonymitet bevares. Drøftingen av datamaterialet vil presenteres som ulike kategorier og disse vil holde samme struktur som i intervjuguiden vi utviklet i forkant av intervjuene (se vedlegg 3). Hovedkategoriene vi har tatt for oss er ”Før møtet med pasienten”, ”Anamnese”, ”Undersøkelse”, ”Behandling” og ”Ettertanke” (se figur 1). Under hver kategori følger det ulike underkategorier som er teoristyrte. Dette er kategorier vi som dekker formålet vi ønsker å finne svar på, nemlig det å få et innblikk i en nyutdannet osteopats kliniske resonneringsprosess og terapeutiske tilnærming til pasienter med migrene.

Figur 1: Grunnstammen i intervjuguiden



### 4.1 Før møtet med pasienten

#### 4.1.1 Fokusområder

På spørsmål om hvilke områder hos pasienten informantene vil fokusere på under konsultasjonen er svarene fra informantene ganske entydige, i alle fall hos de som gjør seg opp tanker rundt dette. Tre av fem informanter viser til nakke og skulder, samt tilknyttet muskulatur som det området de vil ha hovedfokus under undersøkelse og behandling. Én av disse nevner i tillegg at den vil ha fokus på ansikts- og kjevemuskulatur. De to siste informantene er tydelige på at de i utgangspunktet ikke gjør seg opp noen mening om spesielle områder, men mener at det fastsettes ut fra anamnese og undersøkelse.

*”Det er å undersøke nakke, muskulatur, bevegelse i ledd, spenninger opp i nakkerosetten. Også litt i ansiktsmuskulatur, kjeve, typisk kjevemuskulatur som masseter og temporalis”*  
(Informant 4)

*”Nei, i utgangspunktet ikke. Det er vel mer fastsatt fra anamnesen uansett. Føler jeg ikke har noen satt holdning til pasientene før de kommer”. (Informant 5)*

#### **4.1.2 Forventede funn**

De samme informantene som ikke gjør seg opp noen direkte formening om fokusområder, forteller at de heller ikke har noen forventninger til spesielle funn hos disse pasientene. De tre andre informantene har en liten forventning til å finne anspent muskulatur i nakkerosetten, kjevemuskulatur og generelt i nakke- og skulderområdet. En informant forventer ved siden av dette at pasienten er plaget med generell hodepine i tillegg.

*”Altså, jeg forventer vel ikke. Kanskje en liten forventning å finne spent muskulatur i nakkerosetten, at man er veldig anspent og generelt i nakken og kanskje i disse kjevemuskulaturene, men det trenger ikke å være sånn, så jeg har vel begynt å ikke forvente det. Så jeg går ganske åpent inn”. (Informant 4)*

*”Ja, jeg forventer ofte at de er plaget med generell hodepine i tillegg, spenningshodepine eller cervicogen type hodepine. De fleste har mye hodepine, også går det plutselig en sikring, også kommer migreneanfallet”. (Informant 2)*

## **4.2 Anamnese**

### **4.2.1 Viktige spørsmål**

De fleste informantene har samme mening om hvilke spørsmål som er essensielle å få svar på i anamnesen. Alle nevner at det er nødvendig å få svar på informasjon som bygger på IHS sine diagnostiske kriterier for migrene, som blant annet omfatter hodepine, hyppighet og frekvens. De ønsker også å få pasientens subjektive oppfatning av hodepinen, triggerfaktorene og i hvilken grad plagene hemmer hverdagen og de tingene de ønsker å gjøre. En av informantene ønsker å få svar på sikkerhetsspørsmål som kan gi en indikasjon på blant annet VBI, mens en annen informant forteller at han synes det er viktig å få svar på om pasientene plages av svimmelhet.

*“Det er jo sikkerhetsspørsmål, spørsmål som kan indikere VBI og sånne ting som jeg vil være sikker på at jeg ikke holder på med, der migrene kan ha litt halvsidige lammelser og litt nevrologiske utfall, så den er viktig. Også er det litt egen tro og oppfatning av smertene, er det farlig er jeg interessert i hva slags utredning de har hatt tidligere, familiehistorie med lignende plager og hvordan de beskriver sin egen helse. Og selvfølgelig i hvilken grad plagene hemmer hverdagen og de tingene de ønsker å gjøre. Så det er det første, så blir det videre inn på de diagnostiske kriteriene for migrene og tilleggssymptomer.” (Informant 2)*

*“Jeg synes det er veldig viktig å få svar på om de har noen idé på hva som trigger migrenen og om de har skrevet en eller annen dagbok på når de har migrene.” (Informant 3)*

## 4.2.2 Symptompresentasjon

Mange av informantene forteller om pasienter som har de typiske migrenesyptomene som ensidig pulserende hodepine, lys- og lydskyhet, kvalme og oppkast. I tillegg så har noen av pasientene presentert med svimmelhet, sløret syn og at de føler seg immobilisert av hodepinen, samtidig som de har plager i nakke, skulder og øvre del av rygg. Noen av informantene nevner pasienter som har diagnostisert seg selv med migrene, og det vil være nødvendig og få disse til å forstå forskjellen på migrene og andre hodepiner.

*“Det vanlige er jo at de har ca. et døgn med intense hodesmerter der de blir immobilisert og de bare må ligge og er lyd- og lyssky, oppkast, kvalme, smerter på ene siden av hodet, trøtt, svimmelhet, blurrete syn – den pakka.” (Informant 2)*

## 4.2.3 Psykososiale faktorer

Definisjonen på psykososial er at det er en fellesbetegnelse på forhold som angår sosiale situasjoner av psykologisk betydning (33). Det vil inkludere påvirkning fra miljø, som blant annet fra arbeidsplass eller fra hjemmet. De fleste informantene er enige i at psykososiale faktorer spiller en stor og viktig rolle hos pasienter med migrene, og de forteller om triggerfaktorer som finnes i miljøet. En informant mener at det psykososiale kan spille inn på symptomenes omfang og intensitet.

*“Jeg tror stress og påvirkning av miljø har en stor betydning hos mange migrenepasienter. Jeg tror nok det spiller en stor rolle på hvordan stress over tid påvirker kroppen.” (Informant 1)*

*“Det vi vet om migrene er at det er veldig mange triggere, det er kosthold, det er stress, søvn, og hele pakka av det psykososiale aspektet” (Informant 2)*

*“Jeg har ingen stor formening, men kanskje det psykososiale spiller inn på hvor store symptomene er eller hvor sterke symptomene er. At det kanskje er med på å gjøre det vanskelig for personen, så er det fort gjort at det blir sterke symptomer. Jeg tror symptomene er ganske reelle uansett personlighet” (Informant 4)*

## 4.3 Undersøkelse

### 4.3.1 Sikkerhetstester

Det er stor enighet blant informantene at det er viktig og nødvendig å gjennomføre sikkerhetstester på pasienter som presenterer med hodepine, og det er som regel en fast del av deres undersøkelsesrutine uansett hvordan hodepinen fremstår. Noen velger å ta hodepinens karakter og debut i betraktning før de vurderer å gjennomføre enkelte sikkerhetstester, mens andre kun utfører sikkerhetstester på pasienten før bruk av manipulasjonsteknikker. Alle informantene gjennomfører sikkerhetstester som kan indikere VBI, selv om validiteten til disse testene er diskutabel (34)(35). De benytter seg av Hautant's test og De Kleyn's test, hvor posisjoneringen av nakken har som formål å påvirke blodtilførselen til hjernen. Ortopediske tester som kan avdekke nerverotsaffeksjon i nakke og test av ligamentære strukturer i øvre nakke, nevrologiske screen av hjernenerver og generell nevrologisk

undersøkelse av nakke er også nevnt. Informantene er klare på hvilke pasienter de kan behandle og hvem som bør henvises.

*“Å utføre sikkerhetstester er ofte en verdifull del av behandlingen og forklare de at når man tester dette og det indikerer sånn og sånn, og ut i fra det jeg kan finne så er dette her noe vi kan jobbe med sammen” (Informant 2)*

*“Jeg gjennomfører Spurling, Traksjonstest, De Kleyn’s – selv om de ikke er så veldig bra. Sjekker alltid de øverste ligamentene. Også er det i forhold til anamnesen, om det har vært et traume involvert så henvises den pasienten nesten alltid. Hvis det er starten på hodepinehistorikken” (Informant 5)*

### **4.3.2 Generell undersøkelse**

Nesten alle informantene har viser samme mening når det gjelder gjennomføring av en generell undersøkelse av hele kroppen, men med hovedfokus på nakke og skulder. Flere av informantene nevner palpasjon som en viktig del av den generelle undersøkelsen. Som en del av det unike ved osteopatien er det en informant som forteller at den ville hatt fokuset rettet mot vicerale strukturer, for å se om dette har noen sammenheng med nakke, rygg eller bekkenplager hos pasienten. Flere deler tankegangen om å se på pasienten som et ”blankt ark” og i sin helhet, i motsetning til å fokusere på diagnosen pasientene presenterer med. Informasjon fra pasienten under anamnesen vil som regel være grunnlaget for hvordan den generelle undersøkelsen bygges opp.

*“Jeg undersøker som regel kroppen generelt, men under en førstegangskonsultasjon hvor det ofte er gjort en grundig sikkerhetsundersøkelse og den slags, så konsentrerer jeg meg om ett område, sånn at det ikke blir for mye første gang. Da er det ofte jeg finner funn i øvre del av nakke, øvre thoracal og fra skulder.” (Informant 1)*

*“Jeg tenker at vicerale ting påvirker og veldig både spenninger bak i rygg, i forhold til ribbene, og påvirker ofte bevegelse i bekkenet...sånn at ofte så behandler jeg viceralt før jeg tar det strukturelle da, i bekkenet. Uansett om pasienten har migrene, så prøver jeg å glemme litt at den har migrene, men å behandle det jeg finner. Med fokus på nakke og skulder selvfølgelig”. (Informant 3)*

*“Jeg gjør egentlig en full ortopedisk undersøkelse av nakke og rygg. Nevrologisk undersøkelse, jeg tar ofte med hjernenervetest på disse hodepinepasientene, selv om de sier at de er diagnostisert med migrene. Men så syns jeg palpasjon er kanskje spesielt viktig på dem, men vanskelig å si om det er mer viktig enn på andre pasienter”. (Informant 4)*

## **4.4 Behandling**

### **4.4.1 Årsaksmekanismer**

Årsaksmekanismene til migrene er diskutert fra tid til annen, og tross ulike teorier er det fremdeles usikkerhet rundt disse. Våre informanter legger svært lite vekt på de ulike

årsaksmekanismene til migrene, og de fleste har valgt å behandle ut i fra dysfunksjoner som kommer til syne under undersøkelsen.

*“Jeg har lagt meg på en linje der hvor jeg behandler funn uavhengig hva jeg tror egentlig. Ting som skiller seg ut, som kanskje er unormalt i forbindelse med pasienten eller som ikke passer inn i med bildet jeg får av pasienten, behandler jeg... så henger jeg meg ikke så veldig opp i forskjellige årsaksbeskrivelser”. (Informant 5)*

Likevel er det enkelte informanter som har mye fokus på årsaker som trigger frem migreaneanfallet. Blant annet nevnes antagelsen om den fysiologiske årsaksmekanismen med en vasokonstriksjon av hjernens arterier etterfulgt av en plutselig vasodilatasjon, de psykososiale årsakene i livet som påvirker pasienten og de mer mekaniske årsakene som kan påvirke sirkulasjonen til hjernen.

*“... men det er at det skjer en plutselig økt nerveaktivitet i, tror jeg er bakre del av hjernen på den ene siden, som brer seg kjapt frem og da er det en- først vasokontraksjon av arterier der og så plutselig en vasodilatasjon etterpå, som gjør at du får mye blod og nerveaktivitet plutselig, som da trigger frem et anfall. Det er sånn konkret årsakssammenhenger som trigger migrene, etter mitt inntrykk”. (Informant 2)*

*“... en vet jo ikke helt typiske årsaker, men jeg merker at ofte ting i livet deres og er med å påvirker migrenen... , i tillegg til det som kan påvirke sirkulasjon til hjernen da, som spent muskulatur, låsninger og sånn, da i nakken spesielt”. (Informant 3)*

#### **4.4.2 Klinisk integrasjon og osteopatiske modeller**

Pasientene presenterer ofte med ulike symptomer og plager, og funn fra undersøkelsen er ofte veldig individuelt. Informantene rapporterer om forskjellige tilnærminger med bakgrunn i hva de ønsker å oppnå med behandlingen. De osteopatiske modellene som gjentar seg flest ganger blant våre informanter er den biomekaniske, sirkulatoriske og biopsykososiale. De regionene i kroppen som man fokuserer behandlingen på er ofte nakke og rygg, men som tidligere nevnt, behandles ofte det som kommer til syne i undersøkelsen.

*“Jeg prøver også å kartlegge litt hverdagslivet, hvor mye påkjenninger det er via jobb, familie og den slags. Prøver å dra inn det psykososiale og for mange går med høyt press og med mye stress over tid. Jeg behandler cervicalen, thoracal og columna, også behandler jeg eventuelt hypertone muskler fra skulder til nakke og sentralt. Ofte sjekker jeg også diafragma og den slags for å se om de puster optimalt”. (Informant 1)*

*“Jeg behandler ofte etter den biomekanisk-posturale modellen, med tanke på nedsatt mobilitet i ledd, og generelt skjevheter og låsninger i kroppen. Den sirkulatoriske modellen er jo og en effekt du får når du jobber med den biomekaniske modellen, også er det jo veldig viktig å øke sirkulasjonen, både i spesielt nakke, skuldre. Og så den biopsykososiale er jo og veldig viktig. På grunn av det som skjer i livet til pasienten, i forhold til stress i jobb og familie. Ja, deres livssituasjon da”. (Informant 3)*

*“Det blir jo den sirkulatoriske og den psykososiale. Ja, prøver egentlig med dette å redusere stressnivået og da det psykososiale tenker jeg”. (Informant 4)*



#### 4.4.3 Teknikkmodaliteter og virkningsmekanismer

Osteopatens valg av teknikmodaliteter varierer fra pasient til pasient og tilpasses ut fra individet, deres problematikk og de funnene som kommer frem under undersøkelsesrutinen. Alle informantene har et stort fokus på å få pasienten til å slappe av, både mentalt og i muskulaturen. Behandling av den suboccipitale muskulaturen er et naturlig valg hos alle informantene, og teknikkenemodalitetene som hyppigst blir benyttet på disse strukturene er skånsom myofasciell behandling, som inhibisjon og artikulasjon, samt balanced ligamentous tension. Noen informanter velger også å inkludere bløtvevsbehandling, counterstrainbehandling og lett triggerpunktbehandling på muskulatur som trapezius, levator scapula, sternocleidomastoideus, samt ansiktsmuskulatur.

*“... jobbe med de funnene jeg har, som type muskelspenninger og lette behandlinger. Ikke ting som gir dem et veldig stort fysiologisk ubehag etterpå. Det er en ganske skånsom behandling på de som jeg har der. Fokus på velbehag”. (Informant 4)*

*”Mye ren bløtvevsbehandling. En del counterstrainbehandling på tapezius, levator og sternocleido, alt etter hva man finner egentlig”. (Informant 5)*

Informantene forteller at manipulasjonsteknikker benyttes i stor grad på dysfunksjoner i cervicalcolumna og i thoracalcolumna, da de føler dette er svært effektivt. Videre kan vi oppsummere med at våre informanter tar i bruk et bredt spekter av teknikmodaliteter.

*“Jeg manipulerer sikkert 3 av 5, mye øvre cervical, også øvre thoracal... Jeg bruker manipulasjon for lokal bevegelse og fordi pasienten føler de får en følelse av bedre frihet i området jeg ønsker at de skal bevege”. (Informant 5)*

De aller fleste informantene har i bakhodet hva de ønsker å oppnå ved bruk av den aktuelle teknikmodaliteten under utførelsen av behandlingen. Som nevnt over, blir den suboccipitale muskulaturen hyppigst behandlet, og det kommer frem at de ønsker å påvirke muskulaturens tonus slik at de lettere kan komme inn til andre strukturer, samt senke aktiviteten i det parasympatiske nervesystemet slik at pasienten slapper godt av. Overordnede mål hos alle informantene er å øke lokal bevegelse, skape lavere tonus i muskulatur som kan være med å trigge hodepine, samt å øke sirkulasjonen slik at smertereduksjon oppnås.

*“... Det jeg gjør er å påvirke mekanoreseptorer i leddet ved å få en kavitasjon, og dermed å få muskulatur rundt leddet til å kanskje gi meg litt mer rom med litt mindre spenning som jeg kan jobbe ut i fra” (Informant 2)*

Alle informantene arbeider mot samme mål, å bedre samspillet i pasientens muskel-skjelett-system og sørge for en optimal funksjon.

*“Jeg går ikke så veldig dypt inn på virkningsmekanismene verken for meg selv eller for pasientene. De vil ikke forstå noe av det jeg prøver å formidle, så for meg selv og pasienten snakker jeg om bevegelsesrestriksjoner og en såkalt optimal funksjon. Så det er det jeg prøver utbedre der og da, og i håp om at pasienten responderer på å få en fri bevegelsesgrad og få det bedre i muskel-skjelett-systemet”. (Informant 1)*

## 4.5 Ettertanke

### 4.5.1 Osteopati som behandlingsform

Osteopati som behandlingsform vil i følge informantene være skånsomt og verdifullt for migrenepasienter. Det unike med osteopatien er at man tar for seg hele kroppen og ser pasienten fra et annet perspektiv. Alle informantene er opptatt av å informere pasienten om at denne typen behandlingsform vil kunne bidra til redusere symptomene de opplever, men at de ikke kan hjelpe pasienten å bli kvitt sykdommen.

*”...Ikke forvent deg en helbredelse. Det er viktig å få frem til pasienten. Så kanskje jobbe med symptomene og ikke sykdommen”. (Informant 4)*

### 4.5.2 Ulike behandlingstiltak

Alle informantene er enige om at andre behandlingstiltak kan gi god effekt på pasienter med migrene. Hvilke behandlingstiltak som bør iverksettes mener de må være opp til hver enkelt pasient, og bestemmes ut fra hvordan de opplever sykdommen og hva de føler de har behov for, enten det er medikamentelt, manuelt eller fysikalsk.

*“Det er absolutt nødvendig. Mine tanker om det er at det medikamentelle er det absolutte, og så får du velge disse andre type behandlinger hvis du syns det hjelper”. (Informant 4)*

*“Jeg tror en tverrfaglig tilnærming til mange av disse problemene her er en god løsning for pasienten. Alt fra ofte fysioterapi med litt korrigerende av muskulære ubalanser, samtidig som, jeg vil ikke kalle det akupunktur, men ofte dry needling og nålebehandling, har også gitt god effekt på pasientene... håper jo også at den manuelle behandlingen vil redusere medisinbruken, noe som det ofte gjør i de som responderer på behandlingen”. (Informant 1)*

## 5. Kapittel 5: Drøfting av datamaterialet og metodekritikk

I dette kapittelet skal vi drøfte funnene som kom frem under intervjuene. Videre vil vi trekke slutninger fra våre resultater og koble det opp mot tidligere forskning som er gjort på området og som er relevant for vår problemstilling.

### 5.1 Drøfting av resultater

Alle informantene er enige om at osteopati som behandlingsform vil være et godt valg for pasienter med migrene. De fleste informantene legger mye vekt på, både for seg selv og for pasienten, at de som terapeut ikke kan helbrede sykdommen, men at de kan hjelpe pasienten med å redusere symptomer og forhåpentligvis anfallsfrekvensen. Dette er utsagn som kan kobles opp mot nyere forskning om osteopatisk behandling (6,7). Fremdeles finnes det lite forskning om effekten av osteopatisk behandling, og om det fungerer eller ikke. Informantene forklarer samtidig at osteopatisk behandling ikke nødvendigvis er den rette behandlingsformen for alle. Alle individer vil respondere ulikt på ulike behandlingsformer, og alle informantene oppfordrer sine pasienter til å benytte seg av den behandlingsmetoden de føler gir effekt på deres kropp. De nevner både medikamentell behandling og tverrfaglige tilnærminger. Som nevnt i *kapittel 1.1* er det blant annet gjennomført studier på effekten av ulike manuelle behandlinger (4), samt medikamentell behandling (3) for migrene, som har vist seg å ha en effekt på sykdommens symptomer.

Det informantene uttrykker i anamnesedelen tolker vi som at de i første omgang ønsker å få svar på pasientens subjektive opplevelse av plagene, altså triggerfaktorer, hva som kan gi symptomlindring og generelt hvordan det sosiale livet deres ter seg. Basert på informantenes svar sitter vi igjen med den oppfatningen at en grundig anamnese er viktig når det kommer til migrenepasienter, for å avdekke eventuelle alvorlige patologiske tilstander, såkalte røde flagg og det psykososiale aspektet ved sykdommen. Vi tolker deres svar som at de jobber for å se pasienten i sin helhet, som er et viktig aspekt ved osteopaten som profesjon.

Fokuseres det kun på pasientens symptomer i anamnesen, vil mange av de psykososiale faktorene falle bort, og en vil miste vesentlig informasjon om pasientens opplevelse av en hverdag med migrene (16). Dette er noe Holmes et.al (36) belyser i sin artikkel, og deres resultater samsvarer ikke med svarene fra våre informanter. I motsetning til resultatene fra deres studie, trekker våre informanter særlig frem hvor viktig det er å belyse det psykososiale aspektet ved diagnosen. Holmes et.al (36) mener det er behov for en mer utfyllende konsultasjon, hvor det rettes fokus på hvordan migrenen påvirker det psykososiale livet og uførhet for pasientene. Dette kan det gjøres med Migraine Disability Assessment Questionary (MIDAS) (37) som har blitt satt sammen for å måle hvordan migrenehodepinen påvirker livet til pasienten. Det er et viktig diagnostisk verktøy for å kunne gi den beste behandlingen og håndtering av migrene.

Våre informanter viser god klinisk resonnering rundt valg av undersøkelser tilrettelagt deres pasienter og deres problematikk. Undersøkelsen kan gi terapeuten en indikasjon på hvilke faktorer som kan være med å trigge hodepinen, og igjen hva som kan være verdifullt å behandle. Ut fra svarene informantene har gitt oss, forstår vi det som at de har en logisk tankegang når det gjelder valg av nødvendige tester som må gjennomføres på deres pasient ut fra deres symptompresentasjon. Informant 4 mener at palpasjon er en viktig og nødvendig del av undersøkelsen, som kan gi terapeuten verdifull informasjon, både i forbindelse med

undersøkelse og behandling. Studien til Sorrell forteller oss nettopp dette, at palpasjon er en viktig del av undersøkelsesrutinen på pasienter (38). Han belyser at palpasjon kan bidra til å dempe pasientens frykt for mer alvorlige tilstander. Når palpasjonen i de spesifikke muskelgruppene reproduserer pasientens symptomer, viser det at disse symptomene kan reduseres ved behandling i det gitte området. Han nevner blant annet trapezius, levator scapula, sternocleidomastoideus og de suboccipitale musklene. Dette er muskulatur som flere av våre pasienter viser til at de vil behandle senere i konsultasjonen, og vi kan da tolke det som at de mest sannsynlig har palpert disse strukturene i sin undersøkelse i forkant av behandling.

Alle informantene påpeker at de vil inkludere undersøkelse av nakke og øvre del av ryggen i sin rutine, noe som er i tråd med studiet til Vernon et.al (39) hvor det konkluderes med at de aller fleste migrenepasienter presenterer med nakkesmerter og øvre ryggsmarter. Dette er ikke nødvendigvis smerteområdene pasientene til våre informanter presenterer med hovedsakelig, men etter endt undersøkelse finner som regel våre informanter somatiske dysfunksjoner i disse områdene, samt i skulderregionen.

Som nevnt tidligere, undersøkte Thomson et.al i 2014 (10) osteopatens diagnostiske resonneringsprosess, og studien konkluderte med at det benyttes to ulike prosesser: hypotetisk-deduktiv og mønstergjenkjennelse. Han beskriver videre at osteopaterne som regel veksler mellom disse to prosessene gjennom en konsultasjon. Denne arbeidsmetoden ser vi også tendenser til hos våre informanter. Før møtet med migrenepasienten viser tre av fem informanter at de tenker på hvilke områder de vil legge fokus på gjennom undersøkelsen og at de i tillegg har forventninger til hvor de vil finne somatiske dysfunksjoner hos pasienten. Videre i konsultasjonen ser vi at de aller fleste vil undersøke hele kroppen generelt, men de ønsker likevel å ha størst fokus på nakke og skulder. Dette samsvarer med fokusområdene som nevnes som før møtet med pasienten. Ved å sammenligne disse svarene mot konklusjonen til Thomson et.al (10) kan vi se at flesteparten av våre informanter i stor grad benytter seg av mønstergjenkjennelse i første del av konsultasjonen. Likevel kan vi se at denne trenden endres når konsultasjonen nærmer seg slutten, og de går over i behandlingsdelen.

Det å klare å se en sammenheng mellom funnene fra undersøkelsen og relatere dem til pasientens problem, altså klinisk integrasjon, kan påstås å være en viktig del av den kliniske resonneringsprosessen. Ved å forkaste hva som kan være den patofysiologiske årsaken til migrene, og heller basere sin terapeutiske tilnærming på informasjon fra anamnese og funn fra undersøkelsen, viser våre informanter tendenser til at de i behandlingsdelen ikke fokuserer på mønstergjenkjennelse. Funnene vil naturligvis være varierte fra pasient til pasient og avhenge av deres totale påkjenning både i form av det fysiske og mentale. På spørsmål om informantene ser noen kliniske sammenhenger oftere enn andre er det tydelig noen områder som utheves. Informantene trekker frem nakke, øvre del av rygg og skulder som områder de oftere knytter opp mot pasientens problem. Som tidligere nevnt, beskriver Sorrell at nettopp nakke og øvre del av rygg er områder hvor migrenepasienter presenterer med plager (38). Dette gir oss en indikasjon på at våre informanter mestrer det å se kliniske sammenhenger.

Som nevnt kan vi på bakgrunn av informantenes svar fra den første delen av konsultasjonen, se at det i stor grad benyttes mønstergjenkjennelse. Trenden endres når informantene entrer behandlingsdelen, hvor de velger å legge fokus på behandling av de somatiske dysfunksjonene fra undersøkelsen og ikke på bakgrunn av de patofysiologiske årsakene, som nevnt over. Dette fokusområdet kan sammenlignes med det Thomson et.al (8, s.215) kaller

*Treater* i en oversikt hvor de ulike behandlingstilnærmingene defineres og sammenlignes gjennom ulike karakteristika (figur 2). Denne tilnærmingen har hovedfokus på kroppen. videre

Figur 2: "Comparison of the constructed therapeutic approaches" (8)

Characteristic	Therapeutic approach		
	Treater	Communicator	Educator
Conception of practice	Technical rationality	Professional artistry	Professional artistry
View of osteopathy	Practitioner-centred	Collaborative	Empowerment
Focus of interaction	Body	Person	Patient
Approach to clinical decision-making	Practitioner-led	Shared	Patient-led
Patient involvement	Low	Equal	High
Therapeutic goal	Practitioner takes control and responsibility	Practitioner shares control and guides patient	Practitioner facilitates learning and control with patient

Denne trenden gir oss et inntrykk av at våre informanter viser en god evne til klinisk resonnering, samtidig som vi kan tolke dette som et samsvar med Thomson et.al (10) sin teori om at osteopater veksler mellom de ulike resonneringsprosessene underveis i en konsultasjon. Det er vanskelig å si om de gjør dette bevisst eller ubevisst.

De fem osteopatiske modellene danner grunnlaget for den terapeutiske behandlingstilnærmingen som benyttes på pasienter. Som terapeuter forstår osteopater at pasientens kliniske tegn og symptomer er konsekvensene av et samspill mellom mange fysiske og ikke-fysiske faktorer. Som regel benyttes de osteopatiske modellene i kombinasjon av hverandre for å oppnå den ønskede effekten av behandlingen (40).

Den biopsykososiale modellen tar for seg hvordan ulike reaksjoner og psykologisk stress kan påvirke pasientens helsetilstand og velvære. Denne modellen kobles som oftest opp mot faktorer som miljø, sosioøkonomisk status, kulturelle, samt fysiske og psykiske faktorer som kan ha en innvirkning på sykdom(40, s.4). Dette er en modell som alle våre informanter setter høyt når de resonnerer seg frem til den behandlingstilnærmingen de vil benytte på pasienter med migrene. De ønsker å kunne kartlegge pasientens hverdag, hvor det da er nærliggende å tro at de bruker sin kliniske resonnering for å se hvilken effekt stress kan ha på pasientens symptomer og plager. Som informant 1 påpeker så er det mange i dagens samfunn som går med høyt press og mye stress over lang tid, og vi kan tolke dette som en mulig triggende faktor til disse pasientenes migreaneanfall. Dermed ser informantene på den biopsykososiale modellen som en viktig brikke i deres tilnærming til pasienter med migrene.

Som nevnt i analysen av undersøkelsen viser informantene at de som regel finner somatiske dysfunksjoner knyttet til nakke, øvre del av rygg og skulderregionen. Derfor er det flere av informantene som i tillegg til den biopsykososiale modellen, også benytter seg av den

posturale-biomekaniske modellen. Denne modellen ser på kroppen som en integrasjon av somatiske komponenter og som en biomekanisk enhet med optimal funksjon (40, s.4) Kroppen fungerer som en enhet, og det vil være naturlig å tro at alle kroppens strukturer vil være med å påvirke hverandre. Dermed vil somatiske dysfunksjoner som kommer til syne under undersøkelsen være med å utfordre kroppens mobilitet og tensegritet (39, s.69). Enkelte informanter trekker også inn den respiratoriske-sirkulatoriske modellen i sin behandlingstilnærming, og vi kan tolke dette som at det sirkulatoriske systemets funksjon begrenses på bakgrunn av de somatiske dysfunksjonene som har oppstått.

Osteopatens valg av teknikkmodaliteter varierer fra pasient til pasient og tilpasses individet, deres problematikk, de funnene som kommer frem under undersøkelsesrutinen samt på bakgrunn av de osteopatiske modellene som velges som tilnæringsmetode. For de fleste av informantene er det viktig å gi pasienten en skånsom behandling i tillegg til en behandling som ikke gir fysiske ubehag i etterkant eller som kan være med å trigge et nytt migreneanfall. Derfor benytter alle informantene seg av bløtvevsbehandling, særlig på nakkemusklatur samt muskulatur som forbinder skulderbladet med nakken. De ønsker å kunne oppnå lokal bevegelse, redusere tonus i hypertone muskulatur, som igjen vil være med å øke sirkulasjonen til områdene. Disse valgene kan sees i sammenheng med Sorrell (42) sine funn som konkluderer med at myofasciell lengdetøyning er effektivt i behandling av migrenepasienter når det gjelder symptomlindring. I 2012 ble det gjennomført et studie av Noudeh et.al (43) hvor deres resultater i mindre grad kan sammenlignes med Sorrell sine funn fra 2010. I denne studien undersøkte de kombinasjonen av myofasciell behandling på strukturer i nakke, øvre thoracal, samt skulder og spinal manipulasjon i nakke og øvre torakal. Denne kombinasjonen av behandlingsteknikker viste seg å ha en god effekt på intensiteten på migrenehodepinen hos disse pasientene. I samsvar med Noudeh et.al sine resultater, benytter et flertall av informantene våre seg av spinal manipulasjon i disse områdene. Informantene ønsker å kunne oppnå lokal bevegelse ved bruk av disse teknikkene, som igjen kan bidra til symptomlindring hos deres pasienter. På den andre siden viser et litteraturstudie fra 2011 at spinal manipulasjon ikke har noen effekt på pasienter med migrene og motbeviser dermed flere studier gjort i dette feltet (44).

Informantenes tanker rundt valg av teknikker og deres bevissthet når det gjelder teknikkens formål, gir oss klar indikasjon på deres evne til klinisk resonnering rundt migrenepasienter og deres valgte behandlingstilnærming.

## **5.2 Styrker og begrensninger ved den metodiske tilnærmingen**

Denne studien er et forsøk på å gi et innblikk i hvordan nyutdannede osteopater benytter seg av klinisk resonnering og terapeutisk tilnærming på pasienter med migrene. Ved å benytte en kvalitativ tilnærming og et semistrukturert dybdeintervju gir informantene oss utfyllende svar som kan bidra til å øke forståelsen rundt temaet osteopati og migrene.

På bakgrunn av informantenes svar i intervjuene, sitter vi igjen med nok informasjon om deres tanker rundt den kliniske resonneringen og den terapeutiske tilnærmingen til å kunne svare på den stilte problemstillingen. Dette på tross av vårt begrensede utvalg og informantenes begrensede tilgang på pasienter med migrene.

I og med at Norges Helsehøgskole Campus Kristiania er den eneste institusjonen i Norge som utdanner osteopater, og fordi alle våre informanter er uteksaminert fra denne skolen, gjør det

utvalget vårt til en homogen gruppe. Dette er også et av inklusjonskriteriene i denne studien. Derfor vil dette være med å styrke besvarelsene til informantene opp mot vår problemstilling, siden vi kun har valgt å fokusere på norske nyutdannede osteopater i vårt studie.

For å styrke studien ytterligere, kunne vi blant annet ha benyttet oss av et større utvalg, og vi kunne rettet mer fokus på lik kjønnsfordeling i utvalget, men på grunn av tilgjengeligheten av informanter ble dette en utfordring. Vi kunne samtidig valgt å intervju osteopater som har jobbet flere år i klinisk praksis, og som har vært i kontakt med og behandlet flere pasienter med migrene. Dette ville vært med på å styrke besvarelsene og resultatene i studien, men da måtte ville problemstillingen blitt annerledes og fokusert på norske osteopater generelt og ikke vært rettet mot nyutdannede osteopater.

Vi gjennomførte kun ett prøveintervju før hovedintervjuene og i etterkant ser vi at det kunne vært hensiktsmessig å ha gjennomført flere. For å styrke intervjuguiden kunne vi ha testet den ut på en osteopat som har erfaring fra klinisk praksis, og som kanskje kunne gitt oss mer utfyllende svar. Vi følte likevel at tilbakemeldingene fra prøveintervjuet var verdifulle og de gjorde oss mer forberedt til møtet med de aktuelle informantene. Likevel så vi oss nødt til å gå tilbake til intervjuguidens oppsett etter første gjennomførte hovedintervju. Noen endringer ble gjort, men tema, oppbygning og formålet med spørsmålene forble det samme.

Vi er begge osteopastudenter, noe informantene fikk opplyst i informasjonsskrivet om studien. Vi tror at dette kan ha påvirket informantenes svar. Sannsynligvis kan de ha tatt høyde for at vi skjønner fagspråket og diverse kliniske sammenhenger i kroppen, og dermed forenklet svarene i noen grad.

To av fem intervjuer måtte gjennomføres via Skype grunnet stor avstand mellom informant og intervjuer. Vi benyttet fremdeles båndopptakeren, men lyd kvaliteten på intervjuet ble dårligere enn ved et personlig møte. Dette ga oss noen ekstra utfordringer når intervjuene skulle transkribes. I tillegg var vi to personer som gjennomførte transkriberingen av intervjuene, og i første omgang fordelte vi intervjuene mellom oss. Vi korrekturleste hverandres arbeid, og da forstod vi at en feilkilde ved denne arbeidsmetoden var vår individuelle tolkning av hva som ble sagt i intervjuene. Derfor valgte vi å lytte til alle intervjuene sammen, slik at de ble tolket på best mulig måte.

## 6. Kapittel 6: Avslutning

Gjennom denne oppgaven har vi forsøkt å skaffe et bilde av hvordan de nyutdannede osteopater benytter sin kliniske resonnering og terapeutiske behandlingstilnærming på pasienter med migrene. For å samle trådene fra vårt analysekapittel vil vi i denne avslutningen oppsummere resultatene fra intervjuene, og dermed kunne svare på vår problemstilling: *I hvilken grad benytter norske nyutdannede osteopater seg av klinisk resonnering, og hvilken terapeutisk tilnærming benytter de på pasienter med migrene?*

For å besvare på denne problemstillingen har vi tatt i bruk forskning som kan gi oss en forståelse av fenomenet som har blitt undersøkt. I tillegg har vi fokusert på osteopatens beskrivelser som har gitt oss ny og interessant kunnskap om temaet. Videre i vår avslutning vil vi legge frem våre konklusjoner, i tillegg til å se på behovet og interessen for videre forskning på området.

### 6.1 Oppsummering og konklusjon

#### 6.1.1 Oppsummering

I denne studien vises det gjennom kvalitativt dybdeintervju hvordan nyutdannede osteopater bruker sin kliniske resonnering for å kunne komme frem til hvilken terapeutisk tilnærming som er velegnet og tilpasset til pasientene med migrene. Gjennom beskrivelser fra informantene viser flere av de tendenser til den samme tankegangen og klinisk resonnering, og i stor grad samme håndtering av pasienter med migrene.

I våre funn ser vi at de informantene som er blitt intervjuet har delte meninger når det gjelder hvilke områder de vil fokusere på under konsultasjonen. Flertallet av deltakerne gjør seg opp en mening om at de vil rette fokus på nakke og skulder, og da både myofascielle og artikulære strukturer i området. Likevel er det også noen av deltakerne som ikke har noen formening om hvilke områder de vil fokusere på før møte med pasient og mener at det blir bestemt ut fra informasjon som kommer frem under anamnesen og i undersøkelsesrutinen.

Videre ser vi at informantene deler den oppfatningen om at en grundig anamnese vil være relevant for å få et innblikk i pasientens subjektive oppfatning av migrenehodepinen, og samtidig se et helhetlig bilde av pasientenes symptomer. Dette vil også inkludere det psykososiale aspektet hos pasienten, noe informantene mener er vesentlig for å kunne behandle disse pasientene på en god og effektiv måte.

Informantene velger å gjennomføre en generell undersøkelse av hele kroppen, samtidig som de fleste legger mye av fokuset sitt på spesifikke områder som nakke og skulder. Dette er fordi mulige myofascielle og artikulære triggere til pasientens symptomer kan finnes i disse områdene. Deltakerne viser at de har evne til god klinisk resonnering ved valg av nødvendige tester ut i fra hvilke symptomer pasientene presenterer med. Sammenhenger fra undersøkelsen og pasientens problemer gir så indikasjoner på hva som bør behandles. Våre deltakere beveger seg inn i flere osteopatiske modeller og det er nettopp disse som danner grunnlaget for deres behandlingstilnærming. Informantene har beskrevet at de i størst grad jobber mot den biopsykososiale-, posturale –biomekaniske -, og den respiratoriske-sirkulatoriske modellen for å behandle deres migrenepasienter. Det er et jevnt samspill mellom disse modellene.



I behandlingen velges teknikkene, samt modalitetene ut fra hvilken pasient som behandles og deres problematikk. De vil med andre ord si at den varierer fra person til person. På pasienter med migrene er det de skånsomme og rolige bløtdelsteknikkene som benyttes hyppigst, men manipulasjonsteknikker blir også ofte benyttet. Informantene viser til et stort repertoar av osteopatiske teknikkmodaliteter. Osteopatene resonnerer rundt teknikkmodalitetens formål, og dette er de bevisste på, nettopp for å kunne oppnå best mulig resultat for deres pasient.

Vi har også sett at de nyutdannede osteopatene veksler mellom ulike resonneringsprosesser gjennom konsultasjonen. De viser tendenser til å benytte seg av mønstergjenkjennelse i første del av konsultasjonen, mens de likevel mot behandlingdelen sier at de behandler etter funn, og ikke tenker så mye på pasientens diagnose. Dette fenomenet har også vist seg i tidligere forskning. Vi kan ikke med sikkerhet si om våre informanter veksler mellom de ulike resonneringsprosessene og behandlingstilnærmingene bevisst eller ubevisst.

Det å benytte seg av osteopati som behandlingsform for pasienter med migrene vil i følge våre informanter være skånsomt og verdifullt, men det er ikke nødvendigvis sikkert at alle har effekt av denne behandlingsformen. Selv om det er svært få studier som viser at osteopati har en betydelig effekt på migrenepasienter, legger informantene vekt på at de kan hjelpe pasientene å redusere symptomer, men ikke kurere diagnosen. Det kommer i tillegg frem at en kombinasjon av ulike behandlingsformer også vil være et godt alternativ for disse pasientene.

I dette studiet kan vi se hvordan den kliniske resonneringsprosessen starter ved terapeutens første møte med pasienten, hvordan den utvikler seg videre ut i konsultasjonen, og hvordan den terapeutiske tilnærmingen bestemmes på bakgrunn av informasjonen fra konsultasjonen. Dette gir oss et tydelig bilde på at den kliniske resonneringsprosessen er kontinuerlig og dynamisk. Den osteopatiske kliniske resonneringen er nødvendig for å forstå profesjonen og videre kunne utvikle den.

### **6.1.2 Konklusjon**

På bakgrunn av informantenes tanker og handlinger gjennom konsultasjonen gir de inntrykk av at de som nyutdannede osteopater mestrer evnen til klinisk resonnering og at de i stor grad tar det i bruk. De tar gjennomtenkte og bevisste valg for å tilby den behandlingen som er tilpasset pasienten og deres problematikk. De viser evnen til å tenke osteopatisk og benytter i størst grad en kombinasjon av den biopsykososiale, posturale-biomekaniske og den respiratoriske-sirkulatoriske modellen i deres terapeutiske tilnærming til pasienter med migrene.

Likevel er det nødvendig med flere og bredere forskning på dette temaet. Det kunne vært interessant å undersøke den kliniske resonneringsprosessen til norske erfarne osteopater og deres terapeutiske behandlingstilnærming på migrenepasienter i fremtidig forskning. Videre studier på dette området ville gitt oss et større innblikk og et tydeligere bilde av fenomenet.

## REFERANSELISTE

1. WHO | Headache disorders [Internet]. WHO. [cited 2015 May 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>
2. whr01\_en.pdf [Internet]. [cited 2015 Apr 27]. Available from: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1)
3. Silberstein SD, Consortium for the UH. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. 2000 Sep 26;55(6):754–62.
4. Chaibi A, Tuchin PJ, Russell MB. Manual therapies for migraine: a systematic review. *J Headache Pain*. 2011 Apr;12(2):127–33.
5. Linde K, Streng A, Jürgens S, et al. Acupuncture for patients with migraine: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 May 4;293(17):2118–25.
6. Cerritelli F, Caprari E, Di Vincenzo M, Ginevri LR, Messi G, Renzetti C, et al. Is osteopathic manipulative treatment effective in migraine? *Int J Osteopath Med*. 2013 Mar;16(1):e1–2.
7. Voigt K, Liebnitzky J, Burmeister U, Sihvonen-Riemenschneider H, Beck M, Voigt R, et al. Efficacy of Osteopathic Manipulative Treatment of Female Patients with Migraine: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Altern Complement Med*. 2011 Mar 1;17(3):225–30.
8. Thomson O. Clinical decision making and therapeutic approaches of experienced osteopaths [Internet] [doctoral]. University of Brighton; 2013 [cited 2015 May 1]. Available from: <http://eprints.brighton.ac.uk/12152/>
9. Thomson OP, Petty NJ, Moore AP. Clinical reasoning in osteopathy – More than just principles? *Int J Osteopath Med*. 2011 Jun 1;14(2):71–6.
10. Thomson OP, Petty NJ, Moore AP. Diagnostic reasoning in osteopathy – A qualitative study. *Int J Osteopath Med*. 2014 Jun;17(2):83–93.
11. IHS - International Headache Society» Migraine without aura|1.1|G43.0 [Internet]. [cited 2015 Apr 27]. Available from: [http://ihs-classification.org/en/02\\_klassifikation/02\\_teil1/01.01.00\\_migraine.html](http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation/02_teil1/01.01.00_migraine.html)
12. Jones MA. Clinical Reasoning in Manual Therapy. *Phys Ther*. 1992 Dec 1;72(12):875–84.
13. Behandling - Norsk Osteopat Forbund [Internet]. [cited 2015 Apr 27]. Available from: <http://www.osteopati.org/Behandling.aspx>
14. (ihs) HCC of the IHS. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013 Jul 1;33(9):629–808.
15. Lundberg M. Kinesiofobi : teori och tillämpning. Studentlitteratur; 2008. 184 p.
16. Alstadhaug KB. Migreneboken : en medisinsk og kulturhistorisk innføring. Fagbokforl; 2011. 402 p.
17. Yakinci C, Mungen B, Er H, Durmaz Y, Karabiber H. Autonomic nervous system function in childhood migraine. *Pediatr Int*. 1999 Oct 1;41(5):529–33.
18. Carlo DD, Zotto LD, Perissinotto E, Gallo L, Gatta M, Balottin U, et al. Osmophobia in migraine classification: A multicentre study in juvenile patients. *Cephalalgia*. 2010 Dec 1;30(12):1486–94.
19. Kelman L, Tanis D. The Relationship between Migraine Pain and Other Associated Symptoms. *Cephalalgia*. 2006 May 1;26(5):548–53.
20. Schulte LH, Jürgens TP, May A. Photo-, osmo- and phonophobia in the

- premonitory phase of migraine: mistaking symptoms for triggers? *J Headache Pain*. 2015 Feb 15;16(1):14.
21. Calhoun AH, Ford S, Pruitt AP, Fisher KG. The point prevalence of dizziness or vertigo in migraine--and factors that influence presentation. *Headache*. 2011 Oct;51(9):1388–92.
  22. Gjerstad L. prodrom [Internet]. Store medisinske leksikon. 2014 [cited 2015 Apr 27]. Available from: <http://sml.snl.no/prodrom>
  23. Silberstein SD. Migraine Pathophysiology and its Clinical Implications. *Cephalalgia*. 2004 Nov 1;24(2 suppl):2–7.
  24. Dalkara T, Nozari A, Moskowitz MA. Migraine aura pathophysiology: the role of blood vessels and microembolisation. *Lancet Neurol*. 2010 Mar;9(3):309–17.
  25. Charles AC, Baca SM. Cortical spreading depression and migraine. *Nat Rev Neurol*. 2013 Nov;9(11):637–44.
  26. Pietrobon D, Moskowitz MA. Pathophysiology of Migraine. *Annu Rev Physiol*. 2013;75(1):365–91.
  27. Migrene - Felleskatalogen [Internet]. [cited 2015 Apr 27]. Available from: <http://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/migrene>
  28. Dalen M. Intervju som forskningsmetode. 2. utg. Universitetsforl; 2011. 121 p.
  29. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Gyldendal akademisk; 2009. 344 p.
  30. Thagaard T. Systematik og indlevelse : en indføring i kvalitativ metode. 4. opl. Akademisk Forlag; 2010. 224 p.
  31. Olsson H. Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver. Gyldendal akademisk; 2003. 191 p.
  32. 2010 TD nasjonale forskningsetiske komiteene S oppdatert: 15 januar. 3. Utvalgsstrategi [Internet]. Etikkom. [cited 2015 Apr 27]. Available from: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/3-Utvalgsstrategi/>
  33. psykososial – Store norske leksikon [Internet]. [cited 2015 May 6]. Available from: <https://snl.no/psykososial>
  34. Licht PB, Christensen HW, Høilund-Carlsen PF. Carotid artery blood flow during premanipulative testing. *J Manipulative Physiol Ther*. 2002 Nov;25(9):568–72.
  35. Bowler N, Shamley D, Davies R. The effect of a simulated manipulation position on internal carotid and vertebral artery blood flow in healthy individuals. *Man Ther*. 2011 Feb;16(1):87–93.
  36. Holmes WF, MacGregor EA, Sawyer JPC, Lipton RB. Information About Migraine Disability Influences Physicians' Perceptions of Illness Severity and Treatment Needs. *Headache J Head Face Pain*. 2001 Apr 4;41(4):343–50.
  37. Migraine Disability Assessment Test insert.doc - assessment.pdf [Internet]. [cited 2015 May 6]. Available from: <http://www.uhs.berkeley.edu/home/healthtopics/pdf/assessment.pdf>
  38. Sorrell MR. The physical examination of migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2006 Sep 1;10(5):350–4.
  39. H V, I S, C H. Cervicogenic dysfunction in muscle contraction headache and migraine: a descriptive study. *J Manipulative Physiol Ther*. 1992 Sep;15(7):418–29.
  40. Microsoft Word - Benchmarks for Training in Osteopathy\_20101110.doc - s17555en.pdf [Internet]. [cited 2015 May 6]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17555en/s17555en.pdf>
  41. Plüger C. The Meaning of Tensegrity Principles for Osteopathic Medicine

[Internet]. 2008. Available from: [http://www.osteopathic-research.com/paper\\_pdf/Pflueger.pdf](http://www.osteopathic-research.com/paper_pdf/Pflueger.pdf)

42. Sorrell MR. Myofascial Examination Leads to Diagnosis and Successful Treatment of Migraine Headache. *J Musculoskelet Pain*. 2010 Mar 1;18(1):31–7.

43. Noudeh YJ, Vatankhah N, Baradaran HR. Reduction of Current Migraine Headache Pain Following Neck Massage and Spinal Manipulation. *Int J Ther Massage Bodyw*. 2012 Mar 31;5(1):5–13.

44. Posadzki P, Ernst E. Spinal manipulations for the treatment of migraine: A systematic review of randomized clinical trials. *Cephalalgia*. 2011 Jun 1;31(8):964–70.

## VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

*” Et kvalitativt dybdeintervju som undersøker norske nyutdannede osteopaters behandlingstilnærming på pasienter med migrene ”*

Vi er to tredje års studenter som skal skrive en bacheloroppgave i Osteopati ved Norges Helsehøgskole Campus Kristiania. Temaet for oppgaven er osteopatisk behandling av migrenepasienter.

Vi ønsker gjennom et kvalitativt dybdeintervju å undersøke norske nyutdannede osteopaters behandlingstilnærming på pasienter med migrene. For å finne ut av dette ønsker vi å intervjuer nyutdannede osteopater i Oslo-området som behandler denne typen pasienter. Det er viktig at du som terapeut ikke har andre behandlingsrelaterte utdannelser i tillegg til osteopaten (fysioterapi, kiropraktikk, naprapat, akupunktur osv.).

Intervjuet vil gjennomføres i løpet av mars 2015 og vil ta omtrent 30 minutter. Vi vil ta hensyn til dine ønsker om hvor og når intervjuet finner sted. Intervjuet vil bli tatt opp med båndopptaker og vi vil også ta egne notater under intervjuet. Spørsmålene vil blant annet omhandle hva du som osteopat legger til grunn for valg av behandlingstilnærming, hvilke osteopatiske modeller og kroppssystemer du beveger deg inn på under behandling, og hvilke teknikker som blir tatt i bruk.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert. All informasjon som innhentes under intervjuet vil kun være tilgjengelig for intervjuerne og veileder i dette prosjektet.

Innlevering av bacheloroppgaven finner sted i mai 2015 og alt materialet vil da slettes. Informanter som ønsker en kopi av oppgaven etter innlevering vil få det.

Vi trenger seks osteopater til vårt studie, og vi hadde vært takknemlig om du ville tatt del i dette prosjektet.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, svar snarest mulig. Ta kontakt med Anja W. Andersen og Elsa R. Rojas på telefonnummer: [REDACTED] eller [REDACTED], eller send en epost til: [kristiane.andersen2@gmail.com](mailto:kristiane.andersen2@gmail.com) eller [elsaroru@gmail.com](mailto:elsaroru@gmail.com). Du kan også ta kontakt med vår veileder: Anbjørn Ree på telefonnummer: [REDACTED] eller send en epost til: [anbjorn.ree@nhck.no](mailto:anbjorn.ree@nhck.no).

## VEDLEGG 2: SAMTYKKESKJEMA

### Samtykke til deltakelse i studien:

*” Et kvalitativt dybdeintervju som undersøker norske nyutdannede osteopaters behandlingstilnærming på pasienter med migrene”*

Jeg har mottatt informasjon om studien, og har forstått hva deltakelsen går ut på. Jeg er inneforstått med at det er frivillig deltakelse og at jeg kan trekke meg når jeg vil uten å oppgi grunn. Jeg godkjenner at informasjonen som kommer frem under intervjuet vil anonymiseres.

Jeg ønsker å stille til intervju.

-----  
(Signert av informant, dato)

-----  
(Signert av forsker, dato)

-----  
(Signert av forsker, dato)

## VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE

### *Spørsmål til intervjurunde – bacheloroppgave 2015*

#### *” Et kvalitativt dybdeintervju som undersøker norske nyutdannede osteopaters behandlingstilnærming på pasienter med migrene ”*

Det osteopatiske behandlingskonseptet bygger på fem ulike modeller: den posturale og biomekaniske-, den nevrologiske og autonome-, den respiratoriske og sirkulatoriske-, den metabolske- og den biopsykososiale modellen. Osteopaten ser sammenheng mellom de ulike modellene og behandlingen legges opp på bakgrunn av deres påvirkning av hverandre. Deretter velges tilpassede teknikker til det enkelte individ, for å oppnå bedring av problemet

#### **Overgangsspørsmål**

- Hvilket år er du født?
- Hvor lenge har du jobbet som osteopat i klinisk praksis?
- Når og hvor ble du uteksaminert?
- Er du medlem av Norges Osteopati Forbund?
- Kan du fortelle meg litt om hvordan du jobber som osteopat i din kliniske praksis?
- Behandler du flere eller færre enn 5 pasienter per mnd.?
  - Er disse pasientene diagnostisert av lege?
  - Medikamenter
  - Behandler du flest kvinner eller menn med migrene? Hvilken aldersgruppe?
- Har du deltatt på noen kurs etter endt utdanning som er relevant til dette tema (migrene)?

#### **1. Før møte med pasient:**

- Du er på vei til å møte en ny pasient i din klinikk. De eneste opplysningene du har fått er at pasienten sliter med migrene. Hvilke tanker gjør du deg om pasienten før dere møtes?
  - Gjør du deg opp noen tanker om hvilke områder du vil legge vekt på under undersøkelse og behandling?
- Er det noen spesielle “funn” du forventer å finne på denne pasienten under undersøkelsen?

#### **2. Anamnese:**

- Hvilke spørsmål/del av anamnesen føler du det er viktigst å få svar på hos denne pasienten?
- Hvilke symptomer er det dine migrenepasienter presenterer med?
- På hvilken måte tror du at det psykososiale (stress) spiller inn på pasientens symptomer?

#### **3. Undersøkelse:**

- Gjennomfører du sikkerhetstester for å finne ut om osteopatisk behandling er passende for denne pasienten eller om han/hun må henvises videre?

- Og hvilke tester gjør du og hva ønsker du å utelukke?
- Du finner ingen indikasjon for å henvise pasienten, kan du forklare oss hvordan du nå ville gått frem og undersøkt pasienten videre?
  - Områder?
  - Kliniske funn relatert til problemet?

#### 4. **Behandling:**

- Årsaksmekanismen for migrene er mye omdiskutert. Hvilke tanker gjør du deg rundt dette?
- Hvilke forbindelser i kroppen fokuserer du på basert på årsaksmekanismen?
- Hvilke regioner behandler du, og hvorfor?
- Hvilke teknikkmodaliteter valgte du i størst grad å benytte deg av i de ulike behandlingsområdene?
  - Forklar virkningsmekanismene du ønsket å oppnå med akkurat den typen teknikkmodalitet, relatert til problemet.
- Hvilken/hvilke av de osteopatiske modellene føler du at du oftest beveger deg innenfor når det gjelder behandling av dine migrenepasienter?

#### 5. **Ettertanke:**

- Hva er dine tanker om osteopati som behandling for migrene?
- Hvordan er prognosen til dine migrenepasienter?
- Hvilke tanker har du om nødvendigheten av andre behandlingstiltak (medisinbruk, andre manuelle behandlingsformer) kombinert med den osteopatiske behandlingen?
- Har du noe ekstra å tilføye med tanke på din behandling av migrenepasienter, som du mener kan være relevant for vår oppgave?