



Norges Helsehøyskole
Campus Kristiania

Bacheloroppgave

Hvilke holdninger har terapeutene i Ski kommune til behandling av spedbarn, og hvordan samarbeider disse terapeutene om spedbarnsbehandling?

Av

Christin Torp 101394/Axel Reimblad 101425
18/5-2015

VF200

Osteopati kull 2012

12037 ord

Mai, 2015

Norges helsehøyskole - Campus Kristiania

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

Forord

Denne bacheloroppgaven er skrevet av to osteopatiststudenter ved Norges Helsehøyskole. Oppgaven er en fordypningsoppgave hvor vi har brukt tilegnet kompetanse fra studie til å løse en valgt problemstilling. Bacheloroppgaven har en vitenskapelig tilnærming til problemstillingen og det er lagt vekt på metodisk kunnskap og ferdigheter. Oppgaven er profesjonsrettet.

Mange har spilt en viktig rolle for oss i denne prosessen. I perioder har det vært en vanskelig, men lærerik vei. Vår veileder Torill har bidratt med gode råd og kyndig veiledning. Takk til Kristin som hjalp oss med de første famlende stegene, og ikke minst Lene som hjalp oss å komme i mål med ett viktig intervju.

En stor takk til alle deltagerne som har latt seg intervjuet. Vi er takknemlige for all velvilje vi har møtt fra både deltagere og tilhørende klinikker.

Det er to mennesker som fortjener en ekstra anerkjennelse, Birgitte og Rolf-Otto. Vi setter stor pris på tiden dere har brukt på å sette røde streker i teksten.

Christin Torp og Axel Reimblad, Ski 9/5-2015

Innhold

1. Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Teori om Ski kommune og terapeuttilbudet.....	6
1.3 Valg av problemstilling	6
1.3.1 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	6
1.4 Oppbygning og begrepsavklaring	7
1.4.1 Samfunnsvitenskap	7
1.4.2 Samarbeid.....	7
1.4.3 Holdning	7
1.4.4 Spedbarn	7
1.4.5 Yrkesgruppene.....	7
2. Metode	9
2.1 Design	9
2.2 Metodevalg.....	9
2.3 Fremgangsmåte.....	10
2.3.1 Utarbeidelse av intervjuguide	10
2.3.2 Intervjuguide	11
2.3.3 Gjennomføring	12
2.4 Utvalg.....	12
2.4.1 Inklusjon/eksklusjons kriterier for utvalget:	12
2.5 Analyse	13
2.6 Metodekritikk	14
2.7 Reliabilitet, validitet og generalisering.....	15
2.7.1 Validitet	15
2.7.2 Reliabilitet.....	16
2.7.3 Generalisering	16
3.8 Etske betraktninger	17
3. Resultater og diskusjon	18
4. Konklusjon	29
Referanseliste.....	31
Vedlegg 1	34
Vedlegg 2	35

Sammendrag

Dette er en samfunnsvitenskapelig studie om holdninger til behandling av spedbarn i Ski kommune, og om samarbeidet mellom ulike profesjoner/ terapeuter i kommune når det gjelder spedbarnsbehandling. Vi har tatt utgangspunkt i en nyhetsartikkel som omhandler en debatt som foregår i Stavanger angående nettopp holdninger og samarbeid i spedbarnsbehandling. Vi sammenfatter deler av denne artikkelen for leseren underveis.

Forskningsspørsmålet vi ønsker å belyse er: *"Hvilke holdninger har terapeutene i Ski kommune til behandling av spedbarn, og hvordan samarbeider disse terapeutene om spedbarnsbehandling?"* Vi kan dele spørsmålet opp i to hovedtemaer: 1) Hvilke holdninger har terapeutene til behandling av spedbarn? 2) Hvordan er samarbeidet i kommunen mellom terapeuter, helsestasjonen og leger/sykehus?

Vi har valgt eksplorerende design med kvalitative intervjuer for å finne svar på problemstillingen. "Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem (2, s19)?" Vi intervjuet tre kiropraktorer, tre osteopater, en fysioterapeut/osteopat og en fysioterapeut. Intervjuene var semistrukturerte og ga rom for å stille mer dyptgående spørsmål underveis.

Det ser ut til å være en åpen holdning til spedbarnsbehandling blant terapeutene. Blant deltagerne vi intervjuet er det lite som tyder på store konflikter i Ski kommune når det gjelder behandling av spedbarn, men det er uenigheter om nødvendigheten av spedbarnsbehandling. Terapeutene kjenner seg igjen i tematikken fra Stavanger, men opplever ikke at det er noen form for profesjonskamp i kommunen. Det er derimot enighet om at et samarbeid i Ski kommune ikke er tilstrekkelig angående behandling av spedbarn.

Selv om det er en åpen holdning blant terapeutene i kommunen, så er det mangel på samarbeid. Det er velvilje, men mangelen på kommunikasjon ser ut til å være den største hindringen. De mest sentrale punktene i artikkelen gjenspeiler ikke situasjonen i Ski kommune blant deltagerne vi har intervjuet.

1. Innledning

Vi vil først presentere bakgrunnen for valg av oppgave. Som tredje års osteopatistudenter på Norges Helsehøyskole skulle vi skrive en bacheloroppgave. Tematikken sto vi fritt til å velge, men det var naturlig å velge et tema innenfor helse og behandling. Pediatri, behandling av spedbarn, var et tema som sto på undervisningsplanen for siste semester i 3. klasse, og noe vi begge syntes var interessant.

Ski kommune er utgangspunktet for oppgaven fordi vi begge bor og jobber i Ski. Vi har god kjennskap til mange av terapeutene i Ski, og det var derfor naturlig for oss å benytte oss av det. Om vi etter endt utdanning ønsker å skape en arbeidsplass i kommune, kan denne oppgaven bidra til et større nettverk og bedre innsikt i markedet.

Utgangspunktet for oppgaven var å tilnærme oss hvilke holdninger de ulike terapeuter i Ski kommune har til behandling av spedbarn. Vi spurte om synspunkter rundt tilsynssaken i Rogaland fra januar 2013 for å danne et bilde av deres egne holdning. Temaer som påstått overbehandling, senplager uten behandling, og frykten for å overse diagnoser ble tatt opp. Vi spurte også om hvordan de opplever samarbeidet seg i mellom og mellom helsestasjoner, leger og sykehus når det gjelder behandling av spedbarn. Henviser helsepersonell til hverandre, og utnyttes den tverrfaglige kompetansen som er i kommunen? Og ikke minst, er det nødvendig med behandling av spedbarn?

1.1 Bakgrunn

<http://www.nrk.no/livsstil/bekymret-for-behandling-av-spedbarn-1.11359218> (1)

De senere årene har det vært flere debatter i media om behandling av spedbarn. Spesielt i Stavanger har én sak fått mye oppmerksomhet. Der har det vært full strid mellom en del private fagmiljøer og Stavanger universitetssykehus. «Vi ser en tendens til at helt normale spedbarn sykeliggjøres», uttaler Trond Markestad (1), som er leder av rådet for legeetikk. Han er bekymret for at det er en medikalisering av normalfenomener hos barn, og at foreldre søker etter behandling som lover langt mer enn det som er dokumentert. «Vi er kritiske til at tilsynelatende friske og normalfungerende barn får det vi mener er unødvendig behandling», sier spesialist i barn- og ungdomsfysioterapi Charlotte Sindig Larsen ved klinikken på Ullevål. De mener spedbarn blir utsatt for massiv behandling de ikke trenger. Fysioterapeut Henriette Tokvam Larsen ved sykehuset i Stavanger uttaler at de opplever at alvorlige diagnoser overses. Det private fagmiljøet oppfattet dette som grove anklager, og mente sykehuset skjøv disse barna foran seg i en profesjonskamp (1).

Foreldre med spedbarn som er urolige, sover lite og gråter mer enn gjennomsnittet, prøver det meste for å få et mer tilfreds barn. Er spedbarnsbehandling kynisk utnyttelse av bekymrede foreldre? Er det å behandle spedbarn nødvendig, eller ville det "gått seg til" uansett? Hvilke faktorer er avgjørende for at de ender opp hos ulike terapeuter? Vi ønsker å se nærmere på hva de ulike terapeutene i Ski kommune mener om samarbeidet i kommunen, om debatten og behandling av spedbarn. Er situasjonen i Stavanger unik eller kan dette være et problem i flere regioner i Norge?

1.2 Teori om Ski kommune og terapeuttilbudet

Ski er den mest folkerike og sentrale kommunen i Follo og ligger i Akershus. Kommunen ligger i umiddelbar nærhet til hovedstaden. Kommunen hadde 1.1.13 et innbyggertall på 29 307 og et samlet areal på 166 km² (3). Det er to tverrfaglige klinikker og flere profesjonsklinikker i kommunen.

Alle norske kommuner er lovpålagt å tilby gratis helsestasjons og skolehelsetjeneste (4). Helsestasjonen skal gi helsefremmende og forebyggende tilbud til gravide, barn og unge i alderen 0-20 år og deres foresatte. Brukerne skal ikke betale egenandel når de er i kontakt med helsestasjon.

Kommunene skal ha et tilbud om fysioterapi. Fysioterapitjenesten består av kommunalt ansatte fysioterapeuter og private fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunen. Barn under 12 år er fritatt for egenandel etter spesielle regler. Manuellterapeuter er fysioterapeuter med spesialisert tilleggstudanning i manuellterapi. Noen er spesialister på barn (5).

Litt under én av tre voksne nordmenn har oppsøkt en alternativ behandler i løpet av de siste 12 månedene, 26,3% av disse oppga at de oppsøkte en alternativ behandler utenfor helsevesenet mens 7,2 % oppga at de hadde oppsøkt en alternativ behandler fra helsepersonell innenfor helsevesenet. Det var flest kvinner. Høyest andel er mellom 15-24 år og det er flest som bor på Østlandet. Overført til den norske befolkningen brukte vi om lag 2,9 milliarder kroner hos alternative behandlere i løpet av de siste 12 måneder (6).

HELFO gir stønad til behandling av muskel- eller skjelettplager hos kiropraktor. Kiropraktorene fastsetter selv sine priser, og HELFO dekker bare en del av kostnaden. Utgiftene til kiropraktor behandling gir ikke rett til frikort. HELFO dekker 126 kroner av førstegangskonsultasjon og 61 kroner på oppfølgende behandling (7).

1.3 Valg av problemstilling

1.3.1 Avgrensning og presisering av problemstilling

Problemstillingen er justert underveis i arbeidet med oppgaven. Vi fattet etter hvert interesse for terapeutenes holdninger og overbevisninger. Utgangspunktet for oppgaven var å gjøre rede for hvordan samarbeidet var i kommunen for pasientgruppa spedbarn. Vi valgte å beholde den delen av problemstillingen, samtidig har vi utvidet den til også å gjelde holdninger til spedbarnsbehandling.

Vil forskjellig utdanning og ulike erfaringer være avgjørende for hvilke holdninger deltagerne har utviklet? Hva med miljø/omgivelser? Kan det være en sammenheng mellom yrke og/eller arbeidsplass og deres holdninger?

Hvilke holdninger har terapeutene i Ski kommune til behandling av spedbarn, og hvordan samarbeider disse terapeutene om spedbarnsbehandling?

1.4 Oppbygning og begrepsavklaring

Oppgaven er bygd opp på følgende måte: forside, forord, innholdsfortegnelse, sammendrag, innledning (bakgrunn/teori/problemstilling), metode, resultater/diskusjon, referanseliste og vedlegg. Det er i kvalitativ forskning vanlig og presentere resultat og diskusjon under et kapittel. Kapitlet presenterer fortløpende sitater fra intervjuene, diskusjon og teori for å underbygge temaet.

1.4.1 Samfunnsvitenskap

Samfunnsvitenskap er vitenskapen om hvordan mennesker og sammenslutninger av mennesker utvikler seg i forhold til hverandre (8). Samfunnsvitenskap kan til en viss grad plasseres mellom de humanistiske vitenskapene og naturvitenskapene.

1.4.2 Samarbeid

”Hvis du har et eple og jeg har et eple og vi bytter, har vi begge fortsatt to epler. Men hvis du har en ide og jeg har en ide og vi bytter, vil vi begge ha to ideer” (Ukjent). Samarbeid bygger på ulik, men likeverdig kunnskap. Ulike fagpersoner er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne, i dette tilfelle, gi pasienten den beste behandlingen. ”Innsats fra flere aktører og bruk av flere virkemidler innenfor en egentlig strategi, definert ut fra en felles målsetning” (9). Tverrfaglig samarbeid betyr at flere yrkesgrupper samarbeider om å ivareta pasienten som helhet hvor resultatet forventes å bli bedre enn om oppgaven hadde vært løst individuelt. For å kunne ha et samarbeid, er vi avhengig av kommunikasjon.

Godt samarbeid er viktig på de aller fleste områder. Om det er innad på en arbeidsplass eller mot andre bedrifter. Noen ganger vil konkurransesituasjonen hindre samarbeid, men det kan også være mangel på kommunikasjon som er årsaken.

1.4.3 Holdning

En holdning er en mening, oppfatning eller innstilling en person har, og som gjerne sitter dypere enn en mening. Holdninger omfatter både handlinger, tanker og følelser og påvirkes av omgivelser og erfaringer. Holdninger kan endres gjennom bevisstgjøringer, ny kunnskap og erfaringer (10). Dette betyr at miljøet kan være avgjørende for holdningene. Holdning inngår i en sosial sammenheng og blir lett en del av en persons selvoppfatning. En holdning er også ofte med å bestemme hvordan man forholder seg til ny informasjon. Forskning viser imidlertid at endret holdning ikke nødvendigvis fører til endret adferd (11).

1.4.4 Spedbarn

Et spedbarn eller en baby er et barn i alderen fra nyfødt inntil 12 måneder (av og til hevdet 24 måneder) gammelt (12). Vi har valgt å forholde oss til definisjonen barn mellom 0-12 måneder.

1.4.5 Yrkesgruppene

Under er det en kort beskrivelse av yrkesgruppene vi har intervjuet eller omtalt. Beskrivelsene er hentet fra gruppene egne nettsider. Dette er dermed hvordan de presenterer seg selv, og ikke vår tolkning av profesjonen.

Kiropraktikk

Helseprofesjon som befatter seg med diagnostikk, behandling og forebygging av biomekaniske feilfunksjoner i bevegelsesapparatet samt vurderer effekten av dette på

nervesystemet og individets generelle helsetilstand. Behandlingen baseres i stor grad på manuelle metoder (13).

Manuell terapeut

Manuellterapeuter er eksperter på muskel- og skjelettsystemet. Manuellterapeuter undersøker, vurderer og behandler plager i muskel-/skjelettsystemet for å gjenopprette eller bedre kroppens funksjoner. De kan differensialdiagnostisere, det vil si skille mellom sykdommer i muskel- og skjelett og andre farlige sykdommer med samme symptomer (for eksempel brudd, skader, kreft eller inflammasjon). I undersøkelsen kan manuellterapeuten rekvirere bildediagnostikk (røntgen/MR/CT) og henvise til spesialist. Som del av behandlingen kan manuellterapeuten henvise til fysioterapi. Du trenger ikke henvisning fra lege for å få trygderefusjon hos manuellterapeut. Manuellterapeut kan også sykmelde. Manuellterapeuter behandler barn med forstyrrelser i muskel- og skjelettapparatet, f.eks. asymmetri (14).

Fysioterapi

Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell og har et selvstendig vurderings- og behandlingsansvar i pasient-/klientsituasjoner. Fysioterapeuters kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon. Fysioterapeuter har bred kunnskap om bevegelsessystemets oppbygning og funksjon hos frisk og syk og om hvordan fysiske, psykiske og sosiale faktorer bidrar til helse og sykdom. Det teoretiske grunnlaget for fagutøvelsen er forankret i naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humanistisk vitenskap. Fysioterapeuter kan legge til rette for – og yte tjenester som bidrar til at individer og befolkningsgrupper utvikler, opprettholder og gjenvinner optimal bevegelses- og funksjonsevne gjennom livsløpet. Hensikten med fysioterapi er å optimalisere livskvalitet og bevegelsespotensial innenfor helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende/habiliterende virksomhet. Valg av fysioterapeutiske tiltak er basert på en grundig fysioterapeutisk funksjonsvurdering, en kritisk gjennomgang av forskningskunnskap og systematisert erfaringskunnskap om tiltakets virkninger, samt brukerens egne preferanser. Fysioterapeuter anvender kroppslige innfallsvinkler og en rekke metoder og tilnærminger for å stimulere til lærings- og endringsprosesser som kan bidra til best mulig funksjon (15).

Osteopati

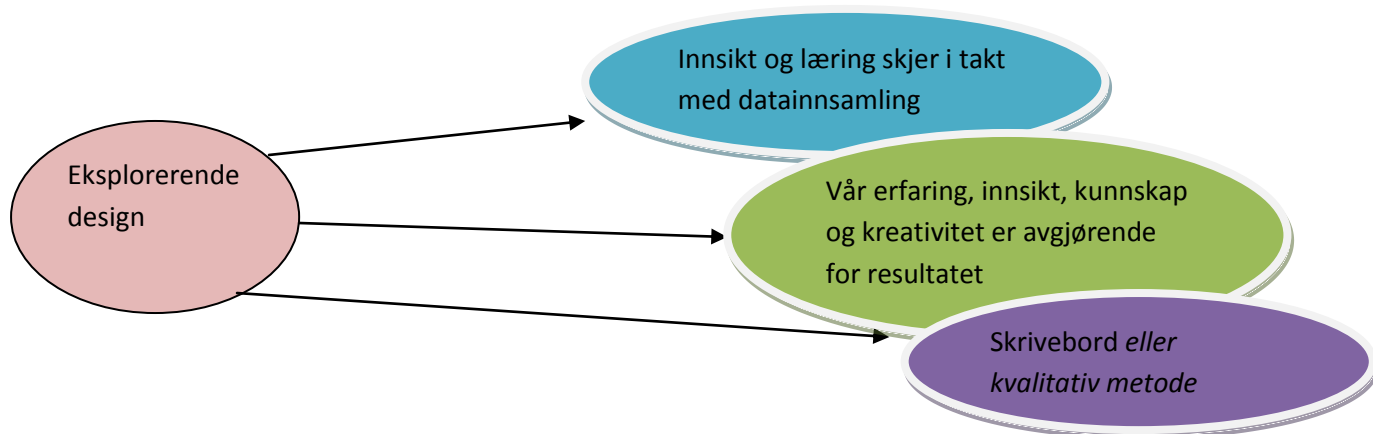
Osteopati bygger på medisinske fag som anatomi, fysiologi, biomekanikk og patologi. Osteopati fokuserer på å se sammenhenger i hele kroppen, ikke bare muskel-skjelettsystemet, for å finne årsaken til plagene. Årsaken til plagene kan være et annet sted enn der smerten oppleves. Enkeltdelene påvirker helheten og helheten påvirker enkeltdelene. Osteopaten har høy medisinsk kompetanse og samarbeider med annet helsepersonell når det er nødvendig. Osteopaten er spesielt interessert i å finne årsakssammenhenger til dine plager. Osteopaten behandler derfor ikke bare muskler og ledd, men også bindevevsnettverket i kroppen. Osteopaten behandler derfor ofte et annet sted enn der smertene sitter (16).

2. Metode

Den opprinnelige betydningen av ordet metode er ”veien til målet” (2, s121). De tematiske spørsmålene ”hva” og ”hvorfor” må besvares før man kan stille spørsmålet ”hvordan”.

2.1 Design

Forskningsdesign er en overordnet plan for hvordan en undersøkelse skal gjennomføres. Det er tre hovedformer av forskningsdesign: eksplorerende, beskrivende og kausalt. Eksplorerende design er spesielt anvendelig når man står ovenfor en problemstilling man ønsker å vite mer om, men man ikke har noen klare formening om hvordan fenomenet eller problemet skal analyseres. Denne type design har som formål å produsere kvalitative data som igjen gir oss innsikt i et fenomen. Oppgaven starter med at vi har et problem som vi må definere. Deretter må vi kartlegge databehovet, hva må vi vite noe om? Når alle data er registrert, analysert og tolket, kan vi begynne å trekke konklusjoner ut av undersøkelsen vi har gjort. Fordi eksplorerende design baserer seg på ustrukturerte observasjoner oppnår vi en kontinuerlig læringsprosess (17). Et nøkkelord ved eksplorerende design er fleksibelt, ny informasjon kan endre opplegget. Valget av design har betydning for hvilke data som skal innhentes og hvordan de skal innhentes, med andre ord hvilken forskningsmetode vi skal bruke.



2.2 Metodevalg

Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi). Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side (2, s21). Denne metoden er også velegnet på områder det finnes lite forskningsbasert kunnskap fra før. Vi hadde i denne studien ingen formening om hva, hvorfor eller hvordan. En kvantitativ spørreundersøkelse ville dermed ikke vært en god metode fordi vi mangler innsikt på området.

Kvalitative studier tar ofte utgangspunkt i enkeltmiljøer hvor målet er å gi en helhetlig beskrivelse av særtrekk og erfaringer rundt akkurat dette miljøet. Kvalitative studier gir ofte et grunnlag for å forstå en type miljø, men man kan ikke ukritisk overføre funn til liknende miljøer (13). Bruk av intervjuer er den vanligste metoden under kvalitativ forskning. Denne metoden gir svar i form av bilder og ord istedenfor tall og subjektive meninger.

Det er stor forskjell på et kvalitativt intervju og en normal, hverdagslig samtale. Vår oppgave vil være å gå dypere i de temaene som vi kanskje hadde unngått i en hverdagslig samtale. Dette er temaer objektet kanskje synes det er ubehagelig å snakke om (18, s14).

2.3 Fremgangsmåte

Kvale og Brinkmann skriver i sin bok ”Det kvalitative forskningsintervju” fra 2008 om de 7 stegene i kvalitativ forskning. De beskriver i boken hvordan man må ha et overblikk over alle de ulike stegene og legge merke til den innbyrdes avhengigheten mellom fasene. Alle de 7 stegene vil overlappes hverandre, og man må hele tiden ha undersøkelsens mål for øye. Forskerne vil bli klokere i løpet av prosessen og det er derfor viktig ikke å låse seg til rekkefølgen (2, s124).

De syv stegene fra ”det kvalitative forskningsintervjuet” (2, s125):

1. Tematisering: formulering av hypoteser om samarbeidet i Ski kommune når det gjelder behandling av spedbarn og holdninger på bakgrunn av artikkel fra Stavanger og annen forskning.
2. Planlegging: Utsending av forespørsler og avtale tider for gjennomføring av intervjuer.
3. Intervju: En intervjuguide ble brukt til hvert intervju, intervjuet varte i underkant av 30 minutter og alt ble tatt opp på bånd.
4. Transkribering: Alle intervjuene ble skrevet av ordrett og gav cirka 30 sider med tekst.
5. Analysering: Intervjuene ble delt inn i hovedkategorier og underkategorier. Hovedkategorier var holdning til behandling av spedbarn og samarbeidet i Ski kommune om denne pasientgruppen. Underkategorier omhandler blant annet overbehandling, nødvendighet av behandling, spille på frykt og økonomiske spørsmål.
6. Verifisering: Verifisering og reliabiliteten var forsøkt holdt i fokus gjennom hele prosjektet.
- 7: Rapportering: Studien ble fremstilt som bacheloroppgave ved Norges Helsehøgskole Campus Kristiania.

2.3.1 Utarbeidelse av intervjuguide

Det er to typer kvalitative intervjuer: Semistrukturert intervju og ustrukturert intervju. Semistrukturert betyr at vi på forhånd har laget spørsmålene, men at disse spørsmålene kan utdypes og man kan stille ekstra spørsmål underveis. Det ustrukturerte intervjuet er mer en samtale uten noen spesifikke spørsmål (2, s47).

Vi valgte en semistrukturert intervjuvariant. Vi hadde noen forhåndsbestemte spørsmål for å kunne sammenlikne svarene, og valgte dermed oppfølgingsspørsmål som tok utgangspunkt i informasjonen vi fikk under intervjuet. Spørsmålsstillingene var noe ulik mellom deltagerne som jobber privat og de som jobbet i den offentlige delen. Selv om intervjuene vil pense inn på mange av de samme temaene, vil det likevel bli ulike utfall. Dette skyldes hovedtrekket i kvalitativ forskning, nemlig aktørens egen virkelighetsoppfatning (18, s64).

Vi satte først opp hvilke temaer vi ønsket å belyse i intervjuene. Temaene tok utgangspunkt i to hovedkategorier, og hadde samtidig flere underkategorier.

To hovedkategorier:

*Holdninger til behandling av spedbarn

* Samarbeid i Ski kommune

Deretter arrangerte vi et testintervju med en terapeut som jobber utenfor kommunen. Vi foretok så enkelte justeringer av noen spørsmål før vi startet studien. Etter å ha utført intervju 1 og 2, gjorde vi flere justeringer. Det ligger også i metodens fleksibilitet at intervjuguiden kan og noen ganger bør endres mellom intervjuer. Noe informasjon utelukkes, og ny informasjon legges til. I et kvalitativt intervju kan selv de aller første, famlende samtalene være nyttige og trekkes inn i analysen (18, s65).

2.3.2 Intervjuguide

1) Innledning

Fortelle om oss

Fortelle om oppgaven vi skriver

Fylle ut samtykkeskjema

Redegjøre for opptak og anonymitet

2) Opplysninger om intervjuobjektet

- Alder
- Kjønn
- Utdanning
- Hva er din totale erfaring som terapeut?
- Hva er din spesifikke erfaring med behandling av spedbarn?
- Hvor stor andel av pasienter du behandler er under 1 år?
- Hvor langt er et normalt behandlingsforløp for spedbarn?

3) Holdning til behandling av spedbarn

- Hvordan er holdningene til spedbarnsbehandling innenfor ditt yrke?
- Hva slags holdninger møter du fra annet helsepersonell?
- Du har lest artikkelen fra NRK som omhandler en debatt som foregår i Stavanger. Var det noe du kunne relatere deg til?
*Hva tenker du om at leder for legeetikk mener **at en del private fagmiljøer og alternative aktører spiller på foreldrenes frykt for at barna skal få vansker senere i livet?**
- Tror du at de vil få vansker senere i livet om de ikke får behandling?
- Hva tror du om uttalelsen om at spedbarn blir overbehandlet?
- I artikkelen så var det også en uttalelse om at de fryktet at alvorlige diagnoser skulle bli oversett, hva tenker du om det?
- Hvilke forklaringsmodeller bruker du ovenfor foreldrene?

4) Samarbeid i Ski Kommune

- Hvordan opplever du at samarbeidet er i Ski kommune, mellom klinikker/helestasjon/leger?
- Har du/dere gjort tiltak for å få til et samarbeid med de ulike enhetene?
- Vet du hvorfor de velger å oppsøke deg? Hvem anbefaler/henviser?
- Har du noen utvalgte du bruker hvis du henviser videre?
- Hvor mye betyr penger når foreldre velger behandling for sine barn?
- Opplever du at det er noen forskjell på ressurser blant de foreldrene som oppsøker deg?

2.3.3 Gjennomføring

Vi ønsket å møte deltagerne i deres naturlige miljø. Bortsett fra ett intervju, ble samtlige intervjuer gjennomført på klinikkene der deltagerne arbeidet. Vi ba om at de satt av 30 minutter til gjennomføringen. De hadde på forhånd fått artikkelen fra NRK (1) tilsendt, men det var bare et fåtall av deltagerne som hadde lest igjennom. Vi startet dermed de fleste intervjuene med at de fikk lese igjennom artikkelen. Båndopptakeren sto i snitt på i 18 minutter, og vi var dermed ferdige i løpet av de tilmålte 30 minuttene. Etter at båndopptakeren var skrudd av ønsket flere av deltagerne å diskutere ulike temaer ”off the record”. Vi drøfter dette i metodekritikk og etiske betraktninger.

2.4 Utvalg

Hvor mange personer bør intervjues? Svaret på dette vanlige spørsmålet er enkelt: ”Intervju så mange personer som trengs for å finne ut det du trenger å vite” (2, s129). I vanlige intervjuundersøkelser ligger antall intervjuer ofte på rundt 15 +/-10. Dette antallet kan skyldes en kombinasjon av hvor mye tid og ressurser som er tilgjengelig for undersøkelsen, og loven om fallende utbytte. Økt antall respondenter utover et visst punkt, tilføre stadig mindre ny kunnskap (2, s129).

Hovedkriteriet for å komme med i utvalget vil være om vi mener det er en ”god informant”. Har deltageren relevant informasjon for oppgavens problemstilling (18, s67)? Vi gjorde dermed en skjønnsmessig utvelgelse.

I arbeidet med å finne utvalget vårt forsøkte vi å kontakte alle terapeutene i kommunen. Dette gjorde vi for å kartlegge hvilke terapeuter som tar imot spedbarn til behandling. Vi satte ingen begrensinger på antall deltagere, men sendte forespørsel (vedlegg 1) til alle deltagerne vi mente var representative. Vi fikk totalt åtte deltagere som ønsket å delta i vår studie. Vi gjorde noen justeringer på kriteriene underveis etter hvert som problemstillingen endret seg. Det var færre terapeuter i kommuner som behandlet barn jevnlig enn først antatt.

2.4.1 Inklusjon/eksklusjons kriterier for utvalget:

- Arbeidsplassen er i Ski kommune.
- Deltagerne må ha noe erfaring med behandling av spedbarn.
- Deltagerne jobber enten som kiropraktor, osteopat eller manuell terapeut/fysioterapeut.
- Kjønn: Begge kjønn skal være representert.

Vi ønsket også at utvalget skulle ha ulik erfaringsbakgrunn. Utvalget varierer fra 2,5 års erfaring og opp mot 20 års erfaring i respektive yrker. Alder spenner fra 25 år til 48 år. 37,5% menn og 62,5 % kvinner.

(tabell 1)

Person	Yrke	Spedbarnserfaring
1	Osteopat	Lite
2	Kiropraktor	Mye
3	Osteopat	Mye
4	Fysioterapeut/osteopat	Lite
5	Kiropraktor	Lite
6	Osteopat	Lite
7	Kiropraktor	Middels
8	Spesialfysioterapeut	Mye

Vi ønsket å kunne se om erfaring med pediatri hadde påvirkning på svarene og delte derfor deltagerne inn i 3 ulike kategorier (tabell 1).

Lite: mindre enn 30 konsultasjoner

Moderat: Mellom 30-100 Konsultasjoner

Mye: over 100 konsultasjoner

2.5 Analyse

Ved bruk av kvalitativ metode er forskerens referanseramme av betydning under fortolkning, og analyse av datamaterialet (2, s198). Det er derfor viktig å si noe om vårt eget utgangspunkt, og hvilke tanker vi har gjort oss om emnet. Dette vil også være viktig med hensyn til reliabiliteten.

Vi har den samme faglige bakgrunnen, men ulik livserfaring. Det skiller seks år og ikke minst to barn mellom oss. Allikevel er utgangspunktet vårt relativt likt. Vi har først denne våren blitt introdusert for pediatri i undervisning, og har ingen egen erfaring med spedbarn som pasienter. Vi kjenner til teoriene bak behandling av spedbarn. Vi har ingen negative tanker om behandling av spedbarn, men vi er heller ikke sikre på om vi mener det er nødvendig. Vi er derimot overbevist om at tverrfaglig samarbeid er viktig og riktig for mange pasienter. Å kunne samarbeide med annet helsepersonell kan være nøkkelen til den beste behandlingen for mange pasientgrupper.

Det er trolig skrevet mer om hvordan man driver kvalitativ datainnsamling enn om hvordan man beveger seg fra "rådata" til rapport. Det er klart at analyse, tolkning og rapportskrivning til dels er et spørsmål om personlig stil, og mye et spørsmål om personlig kreativitet (13, s94).

Innholdsanalyse er basert på en antagelse om at det en person sier i for eksempel et intervju kan reduseres til et sett med temaer eller kategorier (19, s185). Vi tok utgangspunkt i tematikken fra intervjuguiden. Vi delte intervjuene opp i kategorier hvor vi kunne klippe og lime inn informasjonen. I første runde ble all informasjonen inkludert. Deretter tok vi for oss hver enkel kategori og reduserte informasjonen til stikkord. Vi laget deretter tabeller for hvert tema.

Eksempel: (Tabell 2)

Holdninger

Blå= Negativt ladet ordlyd

Rosa= Positivt ladet ordlyd

Lilla= Begge

(tabell2)

Deltager	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Varierende		X		X	X				
Positive							X		
Sjenerøs			X						
Åpne						X		X	
Mangel på erfaring = skeptisk					X	X			
Nøytrale		X							
Fascinert		X							
Delt	X								

Dette ga oss en enkel oversikt over de ulike kategoriene. Hensikten er å kunne sammenlikne data fra de ulike intervjuene. Både likheter og ulikheter mellom deltagerne er interessant. Under punkt 4. *Resultater og diskusjon* vil vi presentere de ulike kategoriene. Vi drøfter der de temaene vi mener er de viktigste å belyse videre.

2.6 Metodekritikk

Kan resultatet bli påvirket av at vi kjenner flere av objektene? Vår nærhet kan gjøre oss nærsynte (18, s23). Det er viktig å understreke at vi har kjennskap til mange av deltagerne i studien. Det er bekjente, kollegaer og venner blant deltagerne. Det er også deltagerne vi møtte for første gang. Vår opplevelse er at dette ga oss både fordeler og ulemper. Det ga en naturlig samtale med en god tone underveis. Det merkes også at noen av deltagerne svarte ”politisk korrekt” på spørsmål når båndopptakeren var satt på. Etter at opptakeren var skrudd av, fikk vi flere svar som dreide seg om effekt av behandling på bakgrunn av erfaring og noe personkritikk. Vi ønsker ikke å benytte oss av den informasjonen, men at deltagerne ikke opplevde at de hadde full anonymitet under selve intervjuet er kritikkverdige. Vi vil diskutere dette videre under punkt 3.8 *Etiske betraktninger*.

Optimalt skulle vi hatt flere deltagere til vårt prosjekt. Av den gruppen som arbeidet i privat sektor var det ”nok” deltagere. Vi var i kontakt med flere i offentlig sektor som ikke ønsket å stille opp. Dette ble begrunnet med mangel på tid. Vi gjorde også flere forsøk på å få intervjuet en spesialist. Det lyktes ikke. Begrunnelsen ble som nevnt under punkt 3.8 *Etiske betraktninger* vanskeligheten med full anonymitet.

Vårt valg om å bruke kvalitative intervjuer som metode kan ha påvirket resultatet. På den annen side hadde vi ingen forutsetninger for å velge en kvantitativ spørreundersøkelse jmfør punkt 3. *Metode*.

2.7 Reliabilitet, validitet og generalisering

Spørsmål om reliabilitet og validitet strekker seg utover tekniske og begrepsmessige problemer. Det er også et spørsmål om intervjumetoden kan være objektiv. Objektivitet som frihet fra ensidighet viser til pålitelig kunnskap som er systematisk kontrollert og verifisert. Et faglig velutført intervju kan i prinsippet være en objektiv forskningsmetode i den forstand at det ikke er ensidig (2, s247).

2.7.1 Validitet

I vitenskapelig forskning er validitet eller gyldighet en betegnelse på hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle eller undersøke. En sikker måte å få dårlig validitet på er å intervju folk om ting de ikke vet noe om.

Begrepsvaliditet går på hvor godt samsvar det er mellom den variabelen vi ønsker å måle og det vi faktisk måler. Begrepsvaliditet er derfor nødvendig for at resultatene skal være tolkbare og generaliserbare.

Validering er aktuelt i hele forskningsprosessen. Gjennom alle de 7 stegene (se punkt 3.4 *Fremgangsmåte*) er det viktig å ha validering i tankene. Validiteten er avhengig av kvaliteten på undersøkelsen, hvor funnene kontinuerlig sjekkes, utspørres og fortolkes (2, s253).

1. Tematiseringen: Undersøkelsens gyldighet handler om samsvaret mellom teori og forskningsspørsmålet.
2. Planlegging: Er rett metode benyttet for å finne svar på problemstillingen? Etikken kommer også inn i bilde i denne fasen. Er studien fordelaktig menneskene i Ski kommune, og er det minimalt med skadelige konsekvenser? Dette diskuterer vi under punkt 3.8 *Etiske betraktninger*.
3. Intervju: Under dette punktet handler det om intervjupersonenes troverdighet og kvaliteten på forskerens intervjuferdigheter. Deltagerne våre anser vi som relevante og troverdige. Våre intervjuferdigheter har vi ingen tidligere erfaring med. Den grundige utspørringen rundt meningen av svarene vi fikk var ikke tilstrekkelig. Vi burde stilt flere oppfølgingsspørsmål for å sikre at vi hadde forstått svarene til deltagerne.
4. Transkribering: Hva er en gyldig overføring av muntlig til skriftlig form? Dette punktet var utfordrende på flere måter. Ikke bare selve transkripsjonen, men hvordan få frem deltagerens meninger på best mulig måte? Vi var ikke forberedt på at det muntlige språket kunne avvike så drastiske fra det skriftlige. For å sikre validiteten har vi i et par tilfeller måtte inkludere deltageren i omskrivingsprosessen.
5. Analyseringen: Er vår tolkning av intervjuene gyldige? Analyse vil bære preg av personlige erfaringer. Vår uerfarenhet med også denne delen av forskningsprosessen gjør at vi ikke har styrket validiteten utover det at vi har tolket svarene hver for oss.
6. Validering: Som beskrevet i disse 7 punkter.

7. Rapportering: Har vi en valid beskrivelse av hovedfunnene i studien? Målsetningen med beskrivelsen av hovedfunnene er å besvare problemstillingen. Leseren inviteres til å ta en egen rolle i validitetsbedømming av resultatene (2, s253-254).

2.7.2 Reliabilitet

Reliabilitet har med forskningsresultatene troverdighet å gjøre og behandles ofte i sammenheng med spørsmål om andre forskere kan reprodusere resultatet ved et annet tidspunkt (2, s250). Det er flere steder under et prosjekt hvor man kan vurdere reliabiliteten: under intervjuet, i transkripsjonen og i analysedelen. Under intervjudelen dreier det seg om hvordan man stiller spørsmålene. Hvordan er ordlyden i spørsmålet? Er det ledende eller åpne spørsmål? Ville objektet endret sitt svar om det var en annen forsker som hadde stilt spørsmålet? Diktafon gjør at man får en mer nøyaktig utskrift av intervjuene og mindre påvirkning av dataene. Selv med båndopptaker vil det være individuelle forskjeller på hvordan ulike forskere tolker informasjonen som skal omformes til tekst. I fortolkning og analysen vil det til større grad være en usikkerhet rundt reliabiliteten. Ulike forskere vil tolke resultatene forskjellig. En for sterk fokusering på reliabilitet motvirker kreativ tenkning og variasjon. Disse komponentene blir bedre om man følger sin egen intervjustil, improviserer underveis og følger opp fornemmelser man får.

Vi ønsker at intervjuguiden skulle inneholde mest åpne spørsmål. Målsetningen var å stille spørsmål eller referere til påstander andre har uttalt for så å spørre hva de mener om dette. Etter transkripsjonen av de to første intervjuene oppdaget vi at vi stilte flere ledene spørsmål og endret derfor oppsettet. Vi valgte å bruke en intervjuteknikk hvor vi satt tause helt til objektet virket ferdig med å svare før eventuelle oppfølgingsspørsmål. Vi tillot dermed intervjuobjektet å få snakke mer fritt rundt temaet. Vi var begge til stede på 7 av 8 intervjuer.

Transkripsjonen ble gjort ordrett. Vi kunne styrket reliabiliteten ved at begge hadde vurdert de samme intervjuene. Det kunne vært lagt mer vekt på å markere i teksten ulike følelsesmessige sider. Vi valgte å holde oss til "latter", "stillehet" og varianter av "hm". På bakgrunn av tidsfristen på denne oppgaven ble ytterligere presisering ikke prioritert.

Begge var delaktige i prosessen med å tolke og analysere data. En kunne ytterligere styrket reliabiliteten ved å la flere tolke og analysere dataene.

I kvalitativ forskning kan det uansett være vanskelig å etterprøve dataene. Selv om nye forskere hadde intervjuet den samme deltageren med de samme spørsmålene. Hvordan er ordlyden i spørsmålet? Hvordan er forskerens kroppsspråk? Hvilke forventinger har forskeren til svarene han/hun vil få? Og hvordan er forskerens referanseramme under analysen?

2.7.3 Generalisering

Hvis resultatene av en intervjuundersøkelse vurderes som rimelig pålitelige og gyldige, gjenstår spørsmålet om resultatene primært er av lokal interesse eller om de kan overføres til andre intervjupersoner og situasjoner. Er funnene generaliserbare (2, s264)?

Om vi ønsker å generalisere må vi spørre oss selv om kunnskapen som produseres kan overføres til andre relevante situasjoner. Vi tok utgangspunkt i de tre former for generalisering som Kvale presenterer i sin bok (2, s266). En naturalistisk generalisering som er basert på personlige erfaringer, en statistisk generalisering som er formell og basert på et tilfeldig utvalg i befolkning, og den vi valgte å forholde oss til, en analytisk generalisering. Analytisk generalisering begrunner vurderingen på likhetene og forskjellene mellom to

situasjoner. Forskeren kan her basere sin generaliseringspåstand på logikk. Ved å spesifisere bevisene og gjøre argumentene direkte tillater forskeren leseren å bedømme selv om generaliseringen er holdbar.

På bakgrunn av at vi tok utgangspunkt i tematikken fra Rogaland så har vi fått understreket at det er vanskelig å generalisere fra region til region. Det er også vanskelig å generalisere innenfor området Ski kommune, fordi temaet er personavhengig. Det er fullt mulig at vi tilfeldigvis har intervjuet de eneste åtte terapeutene i kommunen som er positive til samarbeid og har åpne holdninger til spedbarnsbehandling. Resultatet hadde kanskje blitt annerledes om vi intervjuet terapeuter som ikke tok i mot spedbarn til behandling?

3.8 Etiske betraktninger

Etikk eller morallære er å undersøke hva som er rett og galt og hva som setter normer og prinsipper for riktig handling. En etikk er et sett normer og prinsipper til veiledning for menneskers handlinger. Skal man forme en etisk teori må man først vite formålet, folk handler for å oppnå noe de betrakter som en gode, en verdi (20).

Bevaring av anonymitet er viktig i kvalitative studier. Deltagerne har mulighet til å trekke tilbake eventuelle sitater og om ønskelig hele sin deltagelse. Dette vil påvirke deler av hvordan vi kan presentere resultatet. Som nevnt i punkt 3.5 *Metodekritikk*, vil utsagn som er sagt etter båndopptakeren er skrudd av ikke være en del av resultatet. Deltagerne har på det tidspunktet oppfattet intervjuet som ferdig, og det ville være uetisk om vi dermed inkluderte informasjonen i studien.

Hvordan vi presenterer funnene vil være avgjørende for hvordan vi klarer å bevare anonymiteten til deltagerne. Studien er utført på et geografisk avgrenset område og muligheten for at deltagerne kan bli gjenkjent er tilstede. Vi må underveis vurdere om informasjonen vi velger å presentere bryter med de etiske retningslinjene. Alle navn, klinikk navn og stedsnavn er fjernet fra sitatene. Spesifikk informasjon om deltagerne slik som alder, kjønn og utdanningssted er fjernet fra presentasjonen av utvalget. Det er dermed kun yrke og mengde spedbarnsbehandling som binder deltagerne til deltager nummer. Den eneste deltageren som jobber offentlig lar seg ikke anonymisere mer enn det vi har gjort uten å miste for mye relevant informasjon. Det er viktig å påpeke at det er flere helsestasjoner i kommunen og det er derfor ingen selvfølge hvem vi har fått muligheten til å intervju.

Alle deltagerne fikk tilsendt vedlegg 1 "Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt" før intervjuet. Før intervjuet startet fikk de utlevert vedlegg 2 "Samtykkeskjema" for signering.

Det er strenge regler for lagring av personopplysninger, og vi var dermed avhengig av å ha signaturer på alle samtykkeskjemaer. Dette var uproblematisk. I transkripsjonen fjernet vi personnavn, klinikk navn og andre detaljer som ble nevnt. Det eneste som binder deltagerne til studien er signatur på samtykkeskjema. Disse blir dermed holdt separat fra det skriftlige arbeidet og innelåst sammen med diktafonen.

Et annet viktig spørsmål er om studien er fordelaktig for menneskene i Ski kommune og er det minimalt med skadelige konsekvenser? Vi hadde ingen intensjon om å skape en konflikt. Det er en mulighet for at vi startet diskusjoner i etterkant av intervjuene, men vi håper disse da omhandlet hvordan man kan skape et samarbeid. Hvordan vi presenterer resultatene vil også være preget at vi ikke ønsker å skape konflikter, men heller presentere løsninger.

3. Resultater og diskusjon

I kvalitativ forskning er det akseptert å slå sammen resultat og diskusjon. Dette gjør det enklere for leseren å forstå innholdet. Vi har også valgt og presentere alle sitatene deltagerne gir på samme måte. Alle sitatene står med innrykk i teksten og deltager nummer først. Dette er gjort for at det skal være enkelt for leser å følge diskusjonen. Sitat under tre linjer er derfor også presentert på samme måte.

Det første temaet vi skal oppsummere er holdninger. Vi spurte terapeutene om hvilke holdninger de møter, og vi stilte spørsmål rundt ulike temaer for å skape et bilde av deres egen holdning. Alle deltagerne hadde lest artikkelen fra NRK, og mange av spørsmålene tok utgangspunkt i konflikter som ble lagt frem i artikkelen.

Deltager 4: Jeg synes for det første at artikkelen presenterer generaliserende utsagn, men det må man gjøre for å skape en debatt. Men jeg tror at alle terapeuter som jobber med barn er veldig enig i mye som står i artikkelen, med tanke på det at man kan sykeliggjøre friske barn. Men man må generalisere.

Hvilke holdninger møter du fra terapeuter med samme yrke som deg når det kommer til behandling av spedbarn?

Deltager 7: Positiv, jeg tror det er veldig mange som ønsker å hjelpe spedbarn.

Deltager 5: Det er veldig varierende. Mange tar videreutdanning i pediatri og jobber mye med barn og gravide. Jeg tror de som er skeptiske gjerne er de med minst erfaring med spedbarnsbehandling. Det er annerledes enn å behandle voksne, derfor er det mange som overlater spedbarnsbehandlingen til de som har videreutdanning innen pediatri.

Det var flere som refererte til det de hadde lest i media, men hadde ingen egen erfaring med negative holdninger. Det var kun én deltager som nevnte at det var ”hete” diskusjoner innenfor sitt yrke. Dette var i hovedsak snakk om teknikkvalg på spedbarn. Et flertall av terapeutene mener at grunnen til at noen er skeptiske er uvitenhet og mangel på erfaring.

En person som er ignorant er ofte uvitende, særlig i faglige spørsmål som han/hun burde kjenne til (21). Er man da uvitende i en spørsmålsstilling blir man fort skeptisk og tvilende (22) til det som blir fortalt. ”Det er umulig å slå en uvitende mann i en diskusjon” (William Gibbs McAdoo).

Hvilke holdninger møter du hos annet helsepersonell?

Deltager 6: Angående leger så har jeg ikke mye å komme med, men jeg får veldig mye positivt fra mine kollegaer, fysioterapeuter og andre fysikalske medisinere.

Deltager 5: Stort sett så er de fleste positive. Du har jo selvfølgelig mange motstandere også. Personlig har jeg ikke opplevd noe spesifikk motstand, men man følger jo med i medier og ser hva som skjer rundt omkring. Spesielt med tanke på den tilsynssaken. Jeg vet at det er en del problemstillinger rundt temaet.

Ingen av deltakerne refererer til personlige erfaringer med negative holdninger til spedbarnsbehandling. Alle nevner dog at det er pågående debatt om emnet. Kan dette ha noe med det faktum at de nettopp har lest en artikkel om emnet? På bakgrunn av dette fremstår det som om terapeutene i Ski kommune ikke møter mye negativitet når de diskuterer spedbarnsbehandling med annet helsepersonell. Vi opplever ikke at det er noen sammenheng mellom terapeutens yrke og hva de svarer på dette spørsmålet.

«Vi ser at det av og til sies at hvis barna ikke får behandling, så vil de tape på det senere. For eksempel at de vil få dårlig motorikk og lære vansker og slike ting. Det mener vi er uetisk så lenge det ikke finnes dokumentasjon for disse påstandene» (1).

Hva mener du om uttalelsen fra leder for legeetikk som mente at en del private fagmiljøer og alternative aktører spiller på foreldrenes frykt for at barna skal få vansker senere i livet om de ikke får behandling?

”Frykt er uvitenhetens lange skygge” (Arnold H. Glasow). Å spille på frykt er ikke noe nytt. Mye av forbrukermarkedet drives av angst, stress og redsel. Treningsbransjen, forsikringsbransjen, helsekost og legemiddelindustrien, er bare noen eksempler. Å skape frykt blant mennesker for deretter å kunne selge inn hvordan man kan løse problemet, er et av de eldste salgstriksene i boka. Hvis vi vender oss til politikken så vil eksemplene være mange. De peker på frykt for deretter å fortelle oss hvordan de skal løse problemet. Og hva gjør denne redselen egentlig med mennesker? Det er et menneskelig instinkt å beskytte barna våre. Hvis det er noe som foreldre opplever som en trussel for barnets velferd vil de umiddelbart prøve å løse det.

Deltager 3: Jeg forstår den skepsisen og frykten for at barn/spedbarn generelt kan bli en kommersiell handelsvare - spesielt for usikre førstegangsførelde. Hvorfor er babyen urolig og gråter, eller hvorfor snur barnet seg til den ene siden? Jeg har forståelse for at helsemyndighetene dermed er skeptiske til spedbarnsbehandling. Det er nok viktig at vi har en kontroll på det, og at vi har en debatt om dette. For å forhindre misbruk eller i det minst gjøre risikoen for misbruk mindre.

Flere av deltagerne er enige i at det å skape frykt ikke er ukjent og at det er meget uheldig hvis noen gjør det med vilje.

Deltager 4: Jeg mener han er inne på noe viktig, men det er ikke kun relatert til barn, men også til voksne og hvordan vi ordlegger oss når vi diskuterer en tilstand. Jeg tror det er fort gjort også innenfor pediatri, og spesielt når det er barna våre det gjelder. Vi skal veie ordene våre nøye for at det ikke skal bli sånn som du sier, at man skaper en frykt. Dersom de ikke får behandling så kan det få konsekvenser senere. Jeg tror ikke det nødvendigvis er en bevisst handling fra terapeutens side å skape frykt, men jeg tror at det blir en i overkant bastant uttalelse som terapeuten ikke nødvendigvis klarer å underbygge.

Det er flere av deltagerne som nevner kommunikasjon som et nøkkelord. Vi ønsker å se mer på dette under spørsmålet om forklaringsmodeller. Hva oppfatter egentlig pasientene av det som blir sagt?

Deltager 2: Jeg mener det er uheldig om det blir kommunisert at barnet kan få senplager uten behandling. På en annen side så er det ganske variabelt hva en terapeut sier, og hva pasienten får med seg. Det er viktig å være klar og ærlig om det skulle være funn som kan skape problem før eller senere.

Noen av dem med mest erfaring knyttet til behandling av spedbarn, uttaler at det også er viktig å være tydelig om de funnene som kan gi problemer senere. De resterende, spesielt de med mindre erfaring, understreker at det ikke foreligger forskning som tilsier at det kan bli senplager uten behandling.

Deltager 7: Det blir som å se i krystallkula. Man kan jo ikke vite, og jeg vet ikke om noe forskning som tyder på det. Muskeleddforskning har ikke akkurat vært i vinden, så det er ikke gjort veldig mye forskning på det. Den forskningen som er gjort i England på spedbarnsbehandling har vist en grei effekt, men overhodet ikke sånn at man kan si at man får lærevansker. Jeg tror når man behandler barn, er viktig å opplyse om hva tilstanden er nå, og jeg syntes ikke man skal mene så mye om framtidige plager, utover muskel- og leddrelaterte problemer. Jeg vet det foreligger enkelte studier på at barn med nakkeplager kan få lese og skrivevansker. Hvor gode de studiene er, vet jeg ikke. Jeg har valgt og ikke fokusere på det i min praksis, og snakker heller om nåværende tilstand. Har jeg oppnådd det jeg skal med behandlingen, så avslutter jeg den. Er det ting foreldrene oppdager senere, så kan de selvsagt få lov til å ta kontakt.

Kort oppsummert kan vi med utgangspunkt i svarene fra deltagerne konkludere med at det å spille på frykt nok forekommer innenfor spedbarnsbehandling. Deltagerne er klare på at det ikke er deres intensjon å spille på foreldres frykt, men at det kan oppstå misforståelser på grunn av kommunikasjon. Terapeutenes holdning til dette temaet fremstår som lik. Det er kun små forskjell på yrke, erfaring eller miljø. De er alle enige i at å spille på frykt ikke er akseptert. Det er en liten forskjell på erfaringer og uttalelser om hvorvidt det kan oppstå senplager, dette kommer vi tilbake til under neste spørsmål.

-Vi kan ikke dokumentere omfanget av behandling for KISS, men har inntrykk av at mange spedbarn får behandling av ledd i nakken, blant annet av manuellterapeuter. Vi er kritiske til at tilsynelatende friske og normalfungerende barn får det vi mener er unødig behandling, sier spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi Charlotte Sinding Larsen ved klinikken på Ullevål(2).

Tror du spedbarn kan få problemer seinere i livet om de ikke får behandling?

Den kjente betegnelsen Kiss-Kidd er en diagnose flere av deltagerne påpeker at de ikke vil settes i sammenheng med. Begrepet KISS dukket opp på starten av 1900-tallet. Det var den tyske ortopedkirurgen Biedermann som da beskrev en årsakssammenheng mellom en feilfunksjon i spedbarnets nakkevirvler og regulasjonsforstyrrelser (Kopfgelenke Induziert Symetrie Stoerung eller på engelsk Kinetic Imbalance due to Suboccipital Strain). I Norge snakker man om KISS som nakkeleddsindusert funksjons forstyrrelse eller funksjonsforstyrrelse i øvre nakkeledd. KISS-terminologin brukes også til å beskrive en antatt sammenheng mellom ubalanse i de øvre nakkeleddene og forstyrrelse i ulike reguleringsmekanismer. Dette gjør at KISS blir ofte brukt som en diagnose for å forklare ulike symptomer hos spedbarn slik som kolikkliknende uro, søvn – og spiseforstyrrelser (25).

For å behandle barn med KISS-syndrom er det viktig med en helhetlig diagnostikk og et tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell som lege, helsesøster, barnefysioterapeut og manuellterapeut. En kombinasjon med homeopati og Nevrofeedback (eeg-styrt hjernetrening) samt utredning med hensyn til matintoleranse/proteinintoleranse, vil være gunstig for dem som sliter med konsentrasjon eller adferdsproblematikk som følge av Kiss-syndrom.(26)

Det er spesielt slike uttalelser som gjør at deltagerne tar avstand fra denne type diagnose. Kiss-Kidd er en diagnose benyttet av manuellterapeutene, ingen av deltagerne har denne tileggsutdannelsen.

Ifølge Biedermann kan KISS opphøre omkring 1-årsalderen, uten behandling. Men at det vil oppstå nye problemer i 4-6 års alderen i form av klossethet og forsinket motorisk utvikling hos barna. De vil fungere dårligere motorisk, sammenliknet med jevnaldrende. De vil utvikle tegne- og skrivevansker, ha vansker med å sitte i ro. Før tenårene oppstår vansker med sosial interaksjon og motvilje mot skolearbeid. Hodepine er vanlig. Problemene som hevdes å komme av ubehandlet KISS, går under betegnelsen KISS-indusert dysgnosi og dyspraksi (KIDD) (27). Etter at Biderman i 1900 kom med sin opprinnelige litteratur som beskriver sammenhengen mellom funksjonsforstyrrelser i øvre nakkeledd, symptomer og tegn som omfatter KISS finnes ingen nyere litteratur på emnet. Det finnes altså ingen senere litteratur som stiller spørsmål ved mekanismen bak eller om det eksisterer funksjonsforstyrrelser i øvre nakkeledd eller om det kan ha sammenheng med reguleringsforstyrrelser (26).

Deltager 3: Ja, både og. I de tilfellene der det foreligger funn som samstemmer med både nevrologi, mekanikk, og eventuelle andre assosierte funn. Jeg tror det kan bli en unødvendig hindring i utviklingen om man ikke retter på noen av funnene. Men, for å understreke, dette med å diagnostisere barn er vanskelig. Jeg vet ikke hva de som hevder noe annet begrunner dette med.

Deltager 2: Nei, man kan ikke si det, for det er ikke noe forskning som underbygger det. Hva erfaring forteller, er jo noe annet. Men det er ikke noe man kan uttale seg om. Heller ikke til pasienten. Jeg vil jo sjekke hva jeg finner der og da, og si hva jeg finner. Også vil jeg informere om jeg skal gjøre noe med funnene eller ikke.

Den allment aksepterte definisjonen av evidensbasert medisin er å ta faglige avgjørelser ved å integrere: systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (23). Det betyr at erfaringsbasert kunnskap er en viktig del av evidensbasert forskning. Erfaring er en fellesbetegnelse på den informasjonen individet erverver gjennom sansing og handling (24).

Deltager 1: Har barnet fått skader under fødsel, hvor de har fått lammelser av nerver for eksempel, synes jeg naturligvis at de kan få behandling. Men her er det snakk om diagnoser, medisinske diagnoser. Er det skjevhet i bekkenet tror jeg at alle klarer å leve veldig fint med.

Deltager 7: Jeg tror det å bli født kan være en ganske hard start på livet. Hvis barnet må få hjelp på vei ut med vakuumpompe, tang eller keisersnitt, kan det medføre at de blir røsket litt hardt i. Da kan de få plager i nakke, midtrygg og bekken. Disse barna ser man ofte er utrøstelige og gråter mye. De kan ha nedsatt nakkefunksjon og dermed få en favorittside, som kan gi en avflating av hodet. Kan man gå inn å gjøre noe med nakkefunksjonen på et tidlig stadium, vil man kunne minske eventuelle ansikt asymmetri og liknende senere i livet.

Det var flere av deltagerne som på dette direkte spørsmålet svarte at mangel på forskning gjør at dette er det ikke noe hold i. De med mest erfaring rundt behandling av spedbarn vedgir at det kan være senplager. På den annen side er de relativt moderate i uttalelsene sine. Det vil også være et spørsmål om hvor stor tiltro de har til anonymiteten de er gitt (se etikk og metodekritikk). I andre spørsmål har deltagerne lettere for å referere til asymmetri og hindring av utvikling. Noe av selvmotsigelsene vil være på grunn av uklar definisjon av senplager. Det var ingen av deltagerne som ba oss utdype spørsmålet. Utgangspunktet vårt var artikkelen fra NRK. Der refereres det til ”eksempel at de vil få dårlig motorikk og lærevansker og slike ting” (1).

Vi mener det er et stort sprang fra hindret motorisk utvikling hos spedbarn til konsentrasjonsproblemer og lærevansker hos skolebarn. Motorisk bevegelse er enkelt sagt den trinnvise bevegelsesutviklingen som foregår fra det første hodeløftet og frem til full beherskelse (automatisering) av omfattende og nyanserte bevegelsesferdigheter. Undersøkelser viser at 6-10 % av norske barn i alderen 7-10 år har motoriske problemer (28). Flere studier viser sammenhenger mellom motoriske problemer og andre problemer som sosiale problemer, dårlig selvbilde og angst. Noen form for kausalitet er ikke påvist, mest sannsynlig fordi årsaksforholdene er for sammensatte.

Begrepet «hindret motorisk utvikling» forbinder vi med forsinkelser i normal spedbarnsutvikling. Øye-hånd koordinasjon, rulle mage-rygg og omvendt, åling og krabbing. Ville svarene vi fikk vært annerledes hvis vi definerte senplager på forhånd? De fleste barn tilegner seg mental og fysiske ferdigheter i samme rekkefølge. Det er derimot varierende når stegene tas. Aldersangivelsene for når barnet behersker de ulike trinnene må derfor tas med en klype salt (29). Vi havner dermed tilbake på et definisjonsspørsmål, hva er egentlig forsinket motorisk utvikling?

Dette var et interessant spørsmål, men på grunn av manglende definisjon på ordet senplager er det vanskelig å tolke svarene. Deltagerne fremsto dermed til tider som selvmotsigende.

”Spedbarn utsettes for massiv behandling de ikke trenger” (1)

Tror du spedbarn blir overbehandlet?

Overbehandling som isolert begrep har mange elementer felles med feilbehandling. Bruk av en prosedyre eller et medikament på en ikke alminnelig akseptert indikasjon, er eksempler. Det kan være at sykdommen ville gått over av seg selv, at effekten av behandlingen er liten, eller at nytten er mindre enn ulempene. John E Wennberg har studert overbehandling i USA og konkludert med at en betydelig andel av helsetjenester som tilbys ikke bedrer helsen, og at overbehandling faktisk øker dødeligheten. Det er ingen grunn til å tro at forholdene er annerledes i Norge (30). Vi har valgt å definere overbehandling som behandling som gir liten eller ingen effekt på forløpet av de prosesser man søker å påvirke. Dette er den samme definisjonen som helse- og omsorgsdepartementet bruker. Det betyr at hvis man tror behandlingen har lite eller ingen effekt, så er det overbehandling fra første konsultasjon.

I en rapport gjort av Kunnskapssenteret i 2009 gikk de systematisk gjennom eksisterende forskningslitteratur for å undersøke nøyaktigheten ved ulike diagnostiske testmetoder, og for å studere effekten av tiltak som benyttes for å behandle øvre nakkeleddsindusert symmetriforstyrrelser (28). De konkluderte med at behovet for mer forskning er stort, både

rundt effekt og diagnostikk. De understreker at det hadde vært mest lønnsomt og først få på plass diagnostiske kriterier, for deretter enklere kunne se på effekten. De refererer også til en studie gjort i 2001.

Norsk barnelegeforening sendte 15. desember 2014 et brev til Helsedirektoratet der de ba om at det skal utarbeides faglige nasjonale retningslinjer for undersøkelse, behandling og oppfølging av spedbarn som er urolige og utilpasse, har vansker relatert til ernæring og/eller er asymmetriske i sin holdning eller hodeform. (32)

Om vi velger å se det fra dette utgangspunktet, ikke gyldige diagnoser og ingen effekt av behandling, da vil alt bli overbehandling.

Deltager 4: Ja, det tror jeg varierer fra terapeut til terapeut. Jeg tror det har med egen overbevisning å gjøre. Tror du at du har en effekt av behandlingen eller ikke? Har du ikke det, overbehandler man alle barn selv om det bare er tre ganger. Jeg mener at hvis man ikke har effekt på tre behandlinger, da er det kanskje et annet sted problemet ligger.

Deltager 3: Jeg tror behandling av spedbarn egentlig styres mer av terapeutens interesse og fascinasjon enn av behovet. Det er en fantastisk opplevelse å holde et så lite barn i armene. For de som ikke bare jobber mekanisk så er det jo en fascinerende opplevelse å jobbe med spedbarn. Jeg tror at den opplevelsen og det ”kicket” som behandleren får av å behandle en sånn fysiologisk nukleærreaksjon, gjør at mange vil behandle barn. Jeg tror ikke de blir overbehandlet sånn at de har vondt av det. Men jeg tror det er unødvendig og jeg tror det ligger mer i terapeutens interesse og kommersiell interesse enn i nødvendigvis barnets behov.

Deltager 8: Det er mange foreldre som er helt fortvilet over at barnet gråter og er utilpass. De har skiftet morsmelkerstatning og gjort andre tiltak uten at det har gitt effekt. Jeg kan da anbefale manuell terapi. Det er vanskelig å vite på forhånd hvem som får effekt, og hvem som ikke får effekt før de har vært til behandling. Noen opplever at barnet blir som et nytt barn, og andre opplever ingen endringer. At noen får en behandling som ikke har hatt effekt, det gjør de nok. Men så er det de barna som da har effekt. Noen opplever en effekt kun minutter etter behandlingen. Barn som kun har snudd hodet til en side kan plutselig snu hodet fritt. Det er vanskelig å si at det ikke har sammenheng når de ser det bare minutter etter behandlingen.

Holdningen til dette temaet var litt delt. Terapeutene var derimot enige om at 2-6 behandlinger var et normalt behandlingsforløp på spedbarn og presiserer at det vil være avhengig av problemet. Noen terapeuter nevnte dette med mangel på effekt av behandlingen, og at de da avslutter behandlingen etter tre konsultasjoner. Flere av deltagerne tror noen spedbarn får mer behandling enn nødvendig. Men som deltager 8 her påpeker, man vet ikke på forhånd hvem som har effekt av behandlingen. Når man er fortvilet og ønsker å hjelpe barnet sitt som gråter, da prøver man gjerne en gang for mye enn en gang for lite. I rapporten fra helse- og omsorgsdepartementet blir det konkludert med at det ikke ble identifisert dokumentasjon som tyder på at manuellterapeutiske, osteopatiske eller kiropraktiske tiltak er forbundet med fare (33). Vi påpeker at dette gjaldt øvre nakkeledd og det presiseres at dokumentasjonsstyrken er svært lav.

Hvilke forklaringsmodeller bruker du overfor foreldrene?

Forklaringsmodell er en presisering av hvordan et fenomen kan forklares. Det vil omfatte de variablene som en forsker tenker seg inngår i en årsakssammenheng, samt hvordan disse variablene påvirker hverandre (34). Vi ønsket å få et bilde av hvordan terapeutene kommuniserte med foreldrene, hvordan de forklarer funnene og behandlingen. Vi har tidligere nevnt hvordan kommunikasjon kan være en årsak til at det kan oppstå frykt.

Forstår pasienten hva terapeuten sier og skjønner terapeuten hva pasienten mener? I en behandlingssituasjon mellom terapeut og pasient er kanskje det viktigste verktøyet god kommunikasjon for å oppnå tilfredsstillende behandlingseffekt. God og effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er ekstremt viktig og kan være forskjell på en god og dårlig konsultasjon. Det kan også ha stor innvirkning på pasientens opplevelse av behandling (35). I dette tilfellet hvilken opplevelse forelderen sitter igjen med etter en konsultasjon og behandling av deres barn. I en kvalitativ studie som ble publisert i 2009 av Barker, Reid og Minns Lowe forsket de på språket helsepersonell bruker, og hvilken innvirkning det har på pasienten. De grupper som var inkludert i studien var kiropraktorer, allmennleger, osteopater og fysioterapeuter. Studien tok for seg hvilke ord som ofte ble brukt av klinikerne, og hvilken effekt ordene hadde. Eksempler på ord som hadde positiv effekt var "mobilisering", "manipulasjon", "bløtvevsteknikk" og "muskelspasme". På andre siden så det ut som at biomekaniske-begreper som "nevrologisk involvering", "leddgikt", "ustabilitet", "uspesifikk LBP" og "muskelsvakhet" var mer problematiske (36).

Deltager 1: Å forklare en mor som ikke har helsefaglig bakgrunn om hva jeg finner i undersøkelsen er vanskelig. Jeg prøver å forklare på en enkel måte hva funnene mine er, eller hva tankene mine er rundt problemet. Det er viktig som helsepersonell å forklare foreldrene om de ulike utviklingsstråkene alle spedbarn har. Babyen er nå i den og den måned og si til moren at det er veldig vanlig at babyen er sutrete i denne perioden. Alle undersøkelsene jeg har gjort viser normal utvikling og full motorisk kontroll. Jeg finner ingenting galt, så se om gråten går over av seg selv. Du kan ringe meg senere eller snakke med dem på helsestasjonen hvis det vedvarer, og du fortsatt er bekymret.

Deltager 2: Jeg bruker muskel og skjelettsystemet når jeg forklarer hva jeg finner. Jeg forteller at det like gjerne kan være plager i nakken som at det kan være kolikk. Har babyen noen låsninger i ryggen som påvirker muskulatur og lager skjevheter og sårne ting, og så forklarer jeg det.

Deltager 3: Det er avhengig av hva funnene er. Er det mekaniske restriksjoner som ved provokasjon helt tydelig forsterker de problemene som foreldrene kommer for? Da foreligger det en aktivitet og beskyttelse rundt en inflammatorisk prosess i det området. Hvis det ikke retter seg selv så kommer det til å forstyrre barnets og nervesystemets muligheter til å utvikle seg normalt. Vi vet at nervesystemet utvikler seg med en såkalt lateralisering i barneårene. Det betyr at alt som foregår sentralt, om det bare utvikler seg på en side, vil det bli et utviklingsrelatert problem. En utfordring som følger barnet videre om det ikke blir kompensert på et tidspunkt. Så i de tilfellene mener jeg man gjør naturen en god tjeneste gjennom å skape mulighet for bilateral fyring. Til foreldrene sier jeg: Bruker du bare høyre hånd til å pusse tennene, så blir det veldig vanskelig å pusse tennene med venstre hånd.

Deltager 4: Jeg prøver å bruke minst mulig begrep og definisjoner. Jeg sier at nå jobber jeg med stress og prøver å få et mye mer rolig og avslappet system. Jeg begir meg ikke ut på noen forklaringsmodeller hvis de ikke spør helt konkret hva jeg gjør. Nettopp fordi det med kommunikasjon kan være vanskelig, så jeg prøver på en måte å bagatellisere det litt.

Deltager 5: Ofte er det foreldre som kommer med et urolig barn. Jeg er ærlig på at jeg ikke vet om dette er en terapiform som kan fungere, men jeg finner for eksempel spenninger i ryggen. Jeg forklarer at det kan gjøre at ungen spenner seg, og mye gråt kan øke spenningene. Babyen kan da havne i en ond sirkel og få mer smerter, jeg er nøye på å forklare det. Vi behandler kortsiktig, og får vi resultater i løpet av et par ganger, så kan vi fortsette med det, men får vi ikke resultater, så er ikke det årsaken til at ungen gråter. Jeg presiserer at jeg behandler kun muskel- og skjelettplager. Ikke noe mer enn det.

Deltager 7: Egentlig bruker jeg helt vanlige forklaringsmodeller, de samme som jeg bruker på en voksen person. Jeg ser ikke at barn skal være noe annerledes enn det voksne er. Jeg tror at et barn krever mindre behandling og mindre intens behandling fordi nervesystemet deres er under utvikling og de har mye lettere for å motta stimuli enn det vi voksne har. Forklaringsmodell er relativt lik, jeg snakker om funksjonsnedsettelse i eventuelt de områdene jeg finner noe. Om det er nakke, midtrygg, bekken eller korsrygg. Det er hovedprinsippet mitt for forklaringsmodell. Jeg bruker også tid på å instruere.

Deltager 8: Jeg palperer og tester bevegeligheten i nakken. Kjenner jeg at bevegelsen stopper raskere den ene veien enn den andre, at jeg foreksempel kjenner en litt hard stopp. Da forklarer jeg hva jeg kjenner, og at det kan være at leddene ikke står helt riktig stilt ovenfor hverandre og at jeg ønsker en "second opinion". Jeg anbefaler da å få en vurdering hos en manuell terapeut. Jeg har også barselgrupper hvor jeg prøver å forklare at det er ganske vanlig at barna har nakkeasymmetri til de er rundt tre måneder gamle. De er ofte asymmetriske opp til 3 måneders alder fordi de er svake i starten, og det er da lett å falle med hodet den ene veien for å finne balansen.

Ordbruk og beskrivelser vil ofte by på problemer i kommunikasjon med pasienter, noe deltagerne er bevisste på. De vanligste forklaringsmodellene terapeutene bruker omhandler muskel og skjelettsystemet. Det er kun osteopatene som bruker nervesystemet i sine forklaringer. De bruker derimot ikke ordet "nevrologisk involvering" som ble omtalt som et problematisk uttrykk (36). Som fagpersoner opplever vi at forklaringsmodellene som blir brukt ikke "skaper frykt". Vi har derimot ingen forutsetning for å uttale oss om hvordan foreldre uten helsefaglig bakgrunn vil oppleve de samme forklaringene. Konklusjonen er at terapeutene er bevisst sin egen rolle og påvirkningen kommunikasjonen og ordbruk har på pasienter/pårørende.

– Vår hovedbekymring er at det er en mangelfull vurdering av andre diagnoser. Vi opplever at vurderingene som blir gjort i disse fagmiljøene er for ensidige. Vi ser at andre diagnoser overses, eller hvis de blir oppdaget så kommer de sent til vurdering hos oss, sier fysioterapeut Henriette Tokvam Larsen ved sykehuset i Stavanger(1).

I artikkelen er det også nevnt en frykt for at alvorlige diagnoser blir oversett, hva mener du om det?

Både sykehuset i Stavanger og Oslo gir uttrykk for bekymring for at alvorlige diagnoser skal overses hos barn som undersøkes og behandles i private fagmiljøer. Hjerneskader og betydelige avvik i sentralnervesystemet er tilstander som nevnes, men det er oftest snakk om matallergier, spisevansker og liknende. Ved sykehuset i Oslo mener man at barn som blitt behandlet for KISS senere har fått diagnoser som Cerebral Parese (1).

En normal undersøkelse av spedbarn består av anamnese, motorisk nevrologisk orienterende undersøkelse og en medisinsk undersøkelse. Nyfødte barn fødes med en del primitive reflekser: søke-, suge-, og svelgereflexen, gripereflex hender og føtter, mono-refleksen. Disse refleksene testes som en del av motorisk og nevrologisk undersøkelse.

Betegnelsen røde og gule flagg handler om tegn og symptomer som kan indikere at det finnes underliggende sykdom. På hvert utviklingstrinn er det ulike røde flagg. Det kan for eksempel være hvordan de reagerer på lyd og lys, hvordan de beveger seg eller ikke følger normal utvikling.

Deltager 2: Ja, det er en grunn til at vi har seks års utdanning nettopp for å kunne plukke opp alvorlige diagnoser. Det er noe av det vi undersøker. Er det noe vi tror er alvorlig, henviser vi videre og får det undersøkt.

Deltager 3: Ja, det har alltid vært min store frykt. Jeg er usikker på om alle som behandler barn faktisk har adekvat utdanning når det gjelder akkurat dette (rød flagg).

Deltager 1: Det er jo den største frykten selvfølgelig. Jeg mener at vi som terapeuter burde bli flinkere til å ta med den delen av undersøkelsen, nevromotoriske utvikling og milepæler for spedbarn når vi velger å behandle spedbarn.

Deltager 8: Jeg har veldig tiltro til de fagpersonene jeg har et samarbeid med. Manuellterapeutene er jo fysioterapeuten i bunn, så jeg har tiltro til deres utdanning. Jeg regner med at de gjør en grundig vurdering før de starter behandlingen.

Det er ingen tvil om at terapeutene kjenner på ansvaret av og potensielt kunne overse diagnoser. Det gjelder alle pasientgrupper. Men som de påpeker, hvorfor skal det være større sannsynlighet for at de overser noe kontra helsestasjonen, sykepleiere osv?

Hvordan opplever du samarbeidet i Ski kommune?

Dette er temaet vi i utgangspunktet ønsket å undersøke. Vi spurte de om samarbeidet mellom klinikkene, helsestasjonen og leger/sykehus omkring spedbarn.

Helsestasjonen er et frivillig og gratis tilbud til alle barnefamilier. I det første året er det tett oppfølging, nesten hver måned (tabell 3).

(Tabell 3)

0-2 uker	7-8 mnd
2-4 uker	10 mnd
6 uker	11-12 mnd
3 mnd	15 mnd
4 mnd	17-18 mnd
5 mnd	2 år
6 mnd	4 år

Konsultasjonene varierer mellom individuelle og gruppe. Innholdet består både av foreldreveiledninger og en somatisk helseundersøkelse.

Deltager 8: Vi har et ganske godt samarbeid. Jeg er på helsestasjon, og der har vi et tett samarbeid med helsesøster og helsestasjonslege. Jeg får henvisninger fra helsesøster, lege eller foreldrene ringer og bestiller en time selv. Vi har ikke noe fast samarbeid med fastlegene, men det er en del ting vi henviser videre. Jeg opplever at jeg har et godt samarbeid med fysioterapeutene på Ahus. Jeg kan sitte med et barn på helsestasjonen og ta en telefon direkte til en av fysioterapeutene og be om råd og veiledning. Jeg har veldig mange barn som har vært hos kiropraktor eller osteopat, men jeg vil jo si at de fleste har valgt kiropraktor. Jeg vet ikke om det er noen spesielle her, men de går til kiropraktorbehandling samtidig som de går hos meg for oppfølging og får øvelser. Men jeg har ikke hatt noe kontakt med kiropraktorer. Det hadde sikkert vært nyttig og hatt kontakt med den kiropraktoren, spesielt hvis det er et behandlingsforløp som er over flere ganger og barnet samtidig går hos meg. Jo mer samarbeid, jo bedre. Det er det beste når det gjelder barn, så lenge foreldrene samtykker til at vi samarbeider. Hvis vi har en felles holdning og et felles mål å jobbe mot, mener jeg det er det beste for barnet. Det gjør jeg ofte med manuell terapeuten, eller kanskje ikke ofte, men det skjer i alle fall at vi samarbeider. De forteller hva de har funnet, og jeg forteller hva jeg jobber med videre. Så det hadde vært nyttig med noe liknende med en kiropraktor eller osteopat eller hvem det er som jobber med disse barna, for å kunne diskutere funn og videre oppfølging.

Det er viktig å påpeke at det er flere helsestasjoner i Ski kommune. Vi fikk ikke mulighet til å snakke med terapeuter fra alle helsestasjonene og uttalelsene vil derfor ikke kunne veies direkte opp mot hverandre.

Deltager 2: Det er ikke noe spesifikt samarbeid, men vi skriver epikriser og tar en telefon til helsestasjonen hvis det er noe vi lurer på eller ønsker at fysioterapeuten skal gjøre. Enten det eller så ringer vi helsestasjon bare for å informere. Vi prøver å samarbeide med de andre aktørene, men det er litt vanskelig fordi det kommer så veldig an på fysioterapeuten som jobber der. Regelen er "på en måte" sånn at helsesøster henviser til fysioterapeut, fysioterapeut henviser da videre, men de henviser alltid til manuell terapeut. Vi har hatt en liten diskusjon på dette også, men de er jo åpne om det. Så årsaken ligger jo der, at de ønsker å henvise til sine egne. Så lenge det er de som er på helsestasjonene blir det sånn. Det er nok veldig mange som velger manuellterapeut fordi det er gratis. Jeg syntes at det absolutt burde vært mye bedre kommunikasjon, spesielt mellom det private og det offentlige.

For å kunne ha et samarbeid er vi avhengig av kommunikasjon. Det er vanskelig å si om det bare er mangel på kommunikasjon som gjør at det er lite samarbeid mellom helsestasjonen og de private aktørene. Som nevnt kan noe av årsaken til mangel på kommunikasjon være personavhengig.

Deltager 4: Det er liten eller ingen kommunikasjon. Jeg tror det er fordi man har gjort alt for lite for å opplyse om hva man selv gjør. Jeg har ikke veldig god oversikt, jeg bare vet at jeg har lite kommunikasjon direkte med helsestasjon.

Deltager 5: Dårlig, det er ikke mye kommunikasjon i det hele tatt. Det kommer noen barn, og da kan det være lege, helsesøster eller jordmødre som har kommet med en anbefaling om å oppsøke en kiropraktor, men det er ikke noen spesifikke navn som stadig dukker opp. Det er lite kommunikasjon oss behandlere, leger og jordmødre i mellom.

Deltager 7: Dårlig. Jeg hører ikke noe fra helsestasjonen. Jeg hører ikke noe fra andre fastleger. Jeg hører ikke noe fra andre klinikker. Så det er dårlig. Nå skal det sies at jeg har heller ikke vært noe ute og prøvd å ta kontakt med andre klinikker.

Deltager 8: Jeg har ikke mye erfaring med andre fagpersoner som osteopater og kiropraktorer. Jeg har ikke noe samarbeid med dem. På helsestasjonen opplever jeg vel at de stoler på oss og våre vurderinger. Det er ingen som har satt spørsmålsteget ved om vi henviser videre til manuellterapeut eller anbefaler det. Vi henviser jo ikke, men vi kan anbefale eller tipse foreldrene om det. Jeg opplever at foreldre kommer til meg med en forventning om å bli henvist videre til manuellterapeut eller andre. De er kanskje åpne for andre, men jeg henviser som regel bare videre til manuellterapeut. De velger ofte kiropraktor eller osteopat hvis de har vært innom der først. Det kan være fordi de ikke vet at manuellterapi er gratis. For noen så tror jeg ikke det spiller noen rolle, men for andre så tror jeg det betyr litt. Jeg vet det er noen som blir overrasket når jeg sier at manuellterapi er gratis hos de som har driftstilskudd. Når jeg har barseltreff så har jeg forklart litt av grunnen til at jeg henviser dit, at det er en del av det offentlige og dermed ikke koster noe. En del foreldre blir litt overrasket og vet ikke om tilbudet. Jeg og fysioterapeuten på helsestasjonen, har vært inne på www.manuellterapi.no og funnet de barnefysioterapeutene som er nærmest. Vi gir foreldrene en liste over de manuellterapeutene som er i nærheten, og så sier jeg at jeg har god erfaring med de som jobber på (utenfor kommunen) og det er også de manuellterapeutene som ligger nærmest. De er flinke til å gi meg tilbakemelding, og jeg får ofte epikriser. Det virker som de gjør gode vurderinger, og at de ikke behandler alle barna de får. Det syntes jeg er et godt tegn da på at de gjør sine egne vurderinger. Jeg snakker med de på telefon og jeg har vært med på noen behandlinger, jeg hadde senest i dag en telefon fra dem. Så jeg mener vi har et godt samarbeid om de barna. De har ikke så lang ventetid, for de prioriterer de minste. Men jeg har erfart at hvis foreldrene ringer selv, uten å ha vært innom helsestasjonen, så har de noen ganger fått beskjed om å ta kontakt med fysioterapeuten på helsestasjonen først. De ønsker at vi har gjort en vurdering først. Når vi har gjort en vurdering og anbefaler vurdering hos manuellterapeut så har jeg inntrykk at de har kommet inn i løpet av en 2-3 ukers tid.

Som vi skriver i innledningen er det viktig å presisere den økonomiske siden av emnet. Alle barn følges opp gratis på helsestasjonen, og har dermed tilgang til fysioterapeut og manuellterapeut gratis. Kiropraktikk er en godkjent helseprofesjon i Norge og HELFO dekker deler av behandlingen. Det er viktig å understreke at egenandeler er betydelig større enn

beløpet som blir tilbakebetalt. Spørsmålet er om dette egentlig betyr noe? I en situasjon hvor foreldre opplever desperasjon vurderer de da det økonomiske aspektet? Hvis det er 2-3 ukers ventetid hos en offentlig fysioterapeut, og like lang hos en manuell terapeut, hva da? Deltagerne svarer temmelig unisont på dette, og de mener økonomi ikke er avgjørende. Mangel på søvn og økt frustrasjon veier tyngre enn penger for de som har mulighet.

Det er ingen av deltagerne som legger hele skylden for manglende samarbeid på helsestasjonene (Ski kommune). Mange av terapeutene som jobber privat er enig i at de ikke har gjort nok for ”å selge sin tjeneste”. Det er flere av deltagerne som tror det er jungeltelegrafene som er årsaken til at foreldre oppsøker dem. ”Word of mouth” eller ”jungeltelegrafene ” er en uformell kommunikasjonsprosess der et budskap spres muntlig fra en person til den neste. Dette er en kosteffektiv markedsføring som har blitt enda mer vanlig med sosiale medier (37).

Deltager 2: Jeg har ikke kjempet hardt ennå, men det er en prosess. Det er absolutt noe jeg kunne vært mer «på», men helsestasjonen er ikke alltid veldig imøtekommende. Da har ikke jeg gidde å bruke noe energi på det. Jeg kunne jo absolutt jobbet mer for et samarbeid, men da satser jeg heller på andre arenaer. Jeg mener at det er veldig personavhengig hvem man møter, og det er stadig nye mennesker på helsestasjonen.

Deltager 7: Jeg har vært i kontakt med helsestasjonen et par ganger og prøvd å få til et møte med dem. Hver gang har jeg fått beskjed om at de driver og omorganiserer og det er fint om jeg kan ta kontakt om et halvt år (”latter”). Jeg har fortsatt veldig lyst til å få en prat med dem for å informere om hva vi gjør, og høre hva de mener om det vi holder på med. Jeg tror at vi kan hjelpe ganske mange der ute som ikke får hjelp.

Hvis vi oppsummerer temaet samarbeid, sitter vi igjen med nøkkelordet kommunikasjon. Mangel på kommunikasjon vel å merke. Det handler ikke om noen form for konflikt, men rett og slett at de involverte parter ikke snakker sammen. De vet ikke hvem som jobber hvor, eller hvem de kan kontakte. Vår egen opplevelse av kommunen gjenspeiles. De hadde ikke tid til å snakke med oss. Kan det faktisk medfører riktighet at de som jobber på helsestasjonen er så presset på tid at det setter en stoppe for samarbeid? Deltagerne som jobber privat var alle interessert i økt samarbeid, og kanskje denne oppgaven kan bidra til å sette i gang en prosess for nettopp det?

4. Konklusjon

Debatten om spedbarnsbehandling bærer preg av mangel på forskning. Dette er også tilfelle i Ski kommune. Terapeutene i kommunen fremstår som åpne til behandling av spedbarn, men på grunn av manglende forskning blir uttalelsene vage og forsiktige. Dette gjør også at deltagerne framstår noe selvmotsigende. Det er ingen av yrkesgruppene som er negative til spedbarnsbehandling, men det var delte meninger om nødvendigheten av behandlingen. Det er ingen klar sammenheng mellom holdningen til spedbarnsbehandling og yrke, miljø eller erfaring. Ifølge deltagerne vi har intervjuet er det ingen profesjonskamp i kommunen og artikkelens hovedpoeng gjelder ikke i Ski kommune.

Per i dag er det minimalt med samarbeid utover egen arbeidsplass. Terapeutene er åpne og positive til tverrfaglig samarbeidet, og ønsker det velkommen. Det fremstår som om helsestasjonen er meget presset på tid, og har manglende kjennskap om kiropraktikk og

osteopati. Det er ingenting som binder helsestasjonen til å anbefale manuellterapeut, men de velger å gjøre det fordi det er en del av helsevesenet.

Det er en svakhet med studien at kun en fra det offentlig hadde tid til å delta. Kan det være et mer betent tema enn vi sitter med inntrykk av? Er de så presset på tid eller ønsker de ikke å ta del i debatten? Dette er noen av spørsmålene vi sitter igjen med.

Vi har fortsatt et ønske om å få svar på disse spørsmålene, og håper at det etter hvert åpner seg en mulighet for kommunikasjon på tvers av terapeuter innenfor Ski kommune.

Referanseliste

- (1) Tine Sletbak-Akerø. NRK: Spedbarn utsettes for massiv behandling de ikke trenger (internett). Oslo, NRK; 2013 (hentet 05-01-2015). Tilgjengelig fra: <http://www.nrk.no/livsstil/bekymret-for-behandling-av-spedbarn-1.11359218>
- (2) Kvale, S og Brinkmann, S Det kvalitative forskningsintervju.2. utgave. Oslo: Gyldendal akademiske. 2008. 344s.
- (3) Statistisk sentralbyrå (internett). Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2015 (hentet 02-05-18). Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar/2015-02-19?fane=tabell&sort=nummer&tabell=218730>
- (4) Helsenorge (internett). Oslo, Helsedirektoratet; 2014(hentet 20-03-15). Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/helsestasjon>
- (5) Helsenorge (internett). Oslo, Helsedirektoratet; 2014(hentet 20-03-15). Tilgjengelig fra : <https://helsenorge.no/behandlere/fysioterapi-og-manuellterapi>
- (6) Nifab (internett). Tromsø: Nasjonal forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin;2014 (hentet 08-04-15). Tilgjengelig fra: http://nifab.no/hva_er_alternativ_behandling/tall_og_fakta/nafkam_undersokelsen_2014
- (7) Helsenorge (internett). Oslo, Helsedirektoratet; 2015(hentet 20-03-15). Tilgjengelig fra: <https://helsenorge.no/betaling-for-helsehjelp/betaling-hos-kiropraktor>
- (8) Ole T. Berg. Store Norske Leksikon: samfunnsvitenskap (internett). Norge: Foreningen SNL; 2015 (hentet 04-04-15). Tilgjengelig fra: <https://snl.no/samfunnsvitenskap>
- (9) Glavin, K. og Erdal, B., 2. utg. (2007):Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i Kommune-Norge. Oslo: Kommuneforlaget.
- (10) Karl Halvord Teigen. Store Norske Leksikon: holdning (internett). Norge: Foreningen SNL; 2012 (hentet 04-04-15). Tilgjengelig fra: <https://snl.no/holdning>
- (11) Tove Bostad, Trine Merethe Paulsen. National Digital Læringsarena: Holdning (internett). Norge, National Digital Læringsarena; 2015 (hentet 04-04-15). Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/nb/node/25440>
- (12) Sverre O.Lie. Store Medisinske Leksikon: Spedbarn (internett). Norge: Foreningen (hentet 15-03-15) Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/spedbarn>
- (13) Norsk Kiropraktikk Forening (internett). Oslo, Norsk Kiropraktikk Forening; 2015(hentet 20-03-15). Tilgjengelig fra: <http://www.kiropraktikk.no/?PageID=17&ItemID=4534>
- (14) Manuellterapi (internett). Narvik, Foreningen Manuellterapeutenes Servicekontor BA; 2015(hentet 20-03-15). Tilgjengelig fra: <http://www.manuellterapi.no/default.aspx?sid=85>

- (15) Norsk Fysioterapi Forbund (internett). Oslo, Norsk Fysioterapi Forbund; 2012 (hentet 30-03-15). Tilgjengelig fra: <http://www.fysio.no/FAG/Hva-er-fysioterapi>
- (16) Norsk Osteopat Forbund (internett). Oslo, Norsk Osteopat Forbund; 2015(25-0315) Tilgjengelig fra: <http://www.osteopati.org/Hva-er-osteopati.aspx>
- (17) Kjetil Sander. Eksplorerende Design (internett). 2014 (hentet 15-04-15). Tilgjengelig fra: <http://kunnskapsenteret.com/eksplorerende-design/>
- (18) Repstad, P : Mellom nærhet og distanse.3. utgave Universitetsforlagets metodebibliotek 1998, 145 sider
- (19) Dag I Jacobsen, hvordan gjennomføre undersøkelser, 2 utgave, høyskoleforlaget 2005, 400 sider.
- (20) Filosofi (internett). 2015 (hentet 04-04-15). Tilgjengelig fra: <http://filosofi.no/etikk/>
- (21) Store Norske Leksikon (Internett). Norge: Foreningen SNL; 2009(hentet 15-03-15) Tilgjengelig fra: <https://snl.no/ignorant>
- (22) Store Norske Leksikon (Internett). Norge: Foreningen SNL; 2009(hentet 15-03-15) Tilgjengelig fra <https://snl.no/skeptisk>
- (23) P O Vandvik, Ø Eiring, G Jamtvd, M Nylenna. Tidsskrift for den norske legeforening: Ja til kunnskapsbasert praksis (internett). Oslo, Tidsskrift for den norske legeforening; 2011 (hentet 04-04-15). Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/2129760>
- (24) Store Norske Leksikon (Internett). Norge: Foreningen SNL; 2009(hentet 15-03-15). Tilgjengelig fra: <https://snl.no/erfaring>
- (25) Kåre Danielsen, Katinka Aslaksen. Innstilling til Norsk barnelegeforening om KISS syndrom (internett). Oslo, Den Norske Legeforening; 2010 (hentet 04-04-15). Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/fagmed/norskbarnelegeforening/medlemsinformasjon/dokumenter-og-rapporter/innstilling-til-norsk-barnelegeforening-om-kiss-syndrom/>
- (26) Marc De Decker. Balderklinikken : Hva er KISS-KIDD? (internett). Oslo, Balderklinikken;2014 (hentet 04-04-15). Tilgjengelig fra: <http://www.balderklinikken.no/artikler/13/article/item/null/hva-er-kiss-kidd>
- (27) C Sinding-Larsen, R Bjørnstad, J Grøgaard. Kiss - Forklaring på mange plager hos barn? Tidsskrift for den norske legeforening (elektronisk artikkel). 2011 Feb (hentet 02-05-15);131:338-9. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/2075994>
- (28) H Sigmundsson, M Haga. Barn og motorisk kompetanse (internett). Oslo, Tidsskrift for den norske legeforening; 2000(hentet 30-03-15). Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/197914/>

- (29) Norsk helseinformatikk (internett). Trondheim, Norsk helseinformatikk AS; 2014(hentet 30-03-15). Tilgjengelig fra: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/barn/livsstil/barns-utvikling-milepeler-10230.html>
- (30) Regjeringen (internett). Oslo, Helsedirektoratet; 2013(hentet 30-03-15).
Tilgjengelig fra:
https://www.regjeringen.no/contentassets/44fdf47da7d24f01baa55cc11cf8aafa/rapport_overbehandling.pdf?id=2159706
- (31) Brurberg KG, Myrhaug HT, Reinart LM. Diagnostikk og behandling av spedbarn med mistanke om funksjonsforstyrrelser i øvre nakkeledd.. Rapport fra Kunnskapscenteret - Systematisk oversikt nr. 17 - 2009. ISBN 978-82-8121-279-4 ISSN 1890-1298.
- (32) Jan Petter Odden. Norsk Barnelegeforening: Uttalelse fra Norsk barnelegeforening om behov for avklaring av faglige normer for undersøkelse, behandling og oppfølging av spedbarn (internett). Oslo, Helsedirektoratet; 2014 (hentet 04-04-15). Tilgjengelig fra <http://fido.nrk.no/2fe0e0984211eee2408c293b6737314075bacf62d9febd6dc6ba5bc376fe226c/Brev%20til%20Helsedir%20avklaring%20av%20faglige%20normer%20for%20unders%C3%B8kelse%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20pedbarn.pdf>
- (33) Olafsdottir E, Forshei S, Fluge G, et al. Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. Arch Dis Child 2001 Feb;84:138–41
- (34) Sirianne Dahlum. Store Norske Leksikon: forklaringsmodell (internett). Norge, Foreningen SNL; 2014 (04-04-15). Tilgjengelig fra: <https://snl.no/forklaringsmodell>
- (35) Emily C. Chester, Natalie C. Robinson, Lisa C. Robertson. Opening clinical encounters in an adult musculoskeletal setting. NCBI (elektronisk artikkel). 2014 Aug (hentet 30-03-15);19(4):(5 s.). Tilgjengelig fra:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4077240/>
- (36) Karen L. Barker, Margaret Reid, Catherine J. Minis Lowe. Divided by a lack of common language? - a qualitative study exploring the use of language by health professionals treating back pain. PMC (elektronisk artikkel). 2009 Oct (hentet 30-03-15);10:123. Tilgjengelig fra :<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2765953/>
- (37) Roger Phil. Store Medisinske Leksikon: Word of Mouth (internett). Norge: SNL; (hentet 15-03-25).Tilgjengelig fra: https://snl.no/Word_of_Mouth

Vedlegg 1

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

«Hvordan er samarbeidet mellom ulike profesjoner i Ski kommune når det gjelder behandling av spedbarn?»

Bakgrunn og formål:

Studien tar utgangspunkt i mediedebatten som blant annet har vært i Stavanger mellom ulikt helsepersonell med beskyldninger om overbehandling av spedbarn.

<http://www.nrk.no/livsstil/bekymret-for-behandling-av-spedbarn-1.11359218>

Vi ønsker å se om dette er en generell problemstilling eller kun en situasjon som har oppstått i et geografisk område. Denne studien gjøres som en bacheloroppgave i osteopati på Norges Helsehøyskole.

Inklusjon/eksklusjons kriterier for utvalget:

Arbeidsplassen er i Ski kommune

Deltagerne må ha erfaring med behandling av spedbarn.

Deltagerne jobber enten som kiropraktor, osteopat eller manuell terapeut/fysioterapeut.

Kjønn: Begge kjønn skal være representert

Hva innebærer deltagelse i denne studien?

Dette er en kvalitativ studie som baserer seg på intervjuer som metode. Deltagere vil på forhånd bli tilsendt en oversikt over hovedspørsmålene som blir stilt under intervjuet slik at det vil være mulig å stille forberedt. Det vil bli gjort lydopptak. Intervjuene er estimert til å ta 30 min.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil kun være prosjektgruppen (2 studenter) samt veileder som har tilgang til informasjonen.

Studien er basert på et lite geografisk område og selv med anonymisering er det en risiko for gjenkjennelse. Alle deltagere vil få mulighet til å lese igjennom ferdigstilt oppgave og dermed muligheten til å trekke tilbake utsagn.

Ferdigstilling av oppgave:

Opgaven skal være ferdigstilt 18.05.2015.

2015-2016 skal vi skrive en profesjonsoppgave (D.O). Lydopptak og annen informasjon vil bli beholdt til etter innlevering av denne oppgaven. D.O oppgaven skal bygge videre på resultatet av denne studien.

Frivillig deltagelse:

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 fjernet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Axel Reimblad 41 25 18 98 eller Christin Torp, 95 77 29 99.

Studieveileder er Torill Hafskolt 95 10 91 09.

Vedlegg 2

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

- Jeg samtykker til å delta i intervju
- Jeg samtykker til at opplysninger om meg kan hentes fra offentlig register
- Jeg samtykker til at personopplysninger kan lagres til etter prosjektslutt