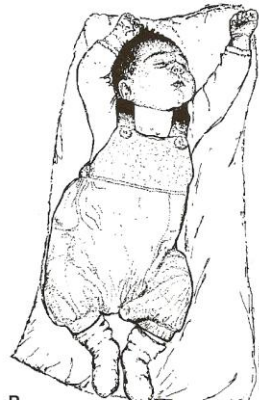


Spedbarnsasymmetri, kjært barn med mange navn?

- Hvilke erfaringer har barnelege, barnefysioterapeuter og manuellterapeuter med begrepsbruk, diagnostisering og behandling?



(Kilde: Biedermann)

Kandidatnr.:50639

Manuellterapi teori: MANT395

Masterprogram i helsefag

Klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter

Institutt for samfunnsmedisinske fag,

Universitetet i Bergen

Høst 2010

Antall ord: 11023



Innholdsfortegnelse

1 Innledning	8
2 Teori	9
2.1 Begrepsbruk	9
2.1.1 Torticollis	10
2.1.2 Funksjonsforstyrrelse i øvre nakkeledd.....	11
2.1.3 Plagiocephalgi	12
2.2 Diagnostisering	13
2.3 Tidligere forskning på effekt av behandling	14
2.4 Mulige problemer knyttet til spedbarnsasymmetri.....	15
2.4.1 Reguleringsproblemer	15
2.4.2 Motorisk utvikling og kognitive ferdigheter	15
3 Hensikt og problemstilling.....	17
3.1 Hensikt	17
3.2 Problemstilling	17
4 Metode	17
4.1 Begrunnelse for valg av metode.....	17
4.2 Utvelgelse av informanter	18
4.2.1 Fokusgruppene	18
4.2.2 Nøkkelinformantene.....	19
4.3 Datainnsamling	20
4.3.1 Fokusgruppeintervjuene.....	20
4.3.2 Dybdeintervju med nøkkelinformantene.....	21
4.4 Dataanalyse	22
5 Resultat.....	23
5.1 Forståelse av tilstanden spedbarnsasymmetri	23
5.1.1 Asymmetribegrepet	23

5.1.2	Hvilke betegnelser/begreper brukes?	24
5.1.3	Årsaksforhold.....	26
5.1.4	Er reguleringsproblemer en del av bildet?	27
5.2	Hvordan begrunner forskjellige terapeuter sin diagnose og valg av behandling	27
5.2.1	Undersøkelse	27
5.2.2	Behandling	28
5.2.3	Mageleie.....	30
5.2.4	Samarbeid med andre yrkesgrupper	31
5.3	Hvilke konsekvenser mener behandlerne det kan ha om barnet ikke blir behandlet?.....	32
6	Diskusjon	34
6.1	Diskusjon av resultatene	34
6.1.1	Begrepsbruk	34
6.1.2	Årsaksforklaring.....	35
6.1.3	Reguleringsproblemer	36
6.1.4	Undersøkelse	37
6.1.5	Behandling	37
6.1.6	Mageleie.....	38
6.1.7	Hvilke konsekvenser mener behandlerne det kan ha om barnet ikke blir behandlet?	39
6.2	Diskusjon av metoden.....	39
6.2.1	Validitet og reliabilitet	39
6.2.2	Forskerrollen	40
7	Konklusjon.....	41
7.1	Veien videre	42
8	Referanseliste.....	42
9	Vedlegg	46
9.1	Forespørsel om deltagelse i et forskningsprosjekt	46
9.2	Samtykkeerklæring	49
9.3	Intervjuguide	50
9.4	Forkortelser	52

FORORD

Etter 17 år som manuellterapeut i klinikken, var nettopp ønsket om å fordype meg i temaet Spedbarnsasymmetri, min begrunnelse for igjen å sette meg på skolebenken. Jeg hadde de siste årene engasjert meg innenfor barnemanuellterapi, og så at vitenskapelig forankring for behandlingsformen og tilstandene vi behandlet, var mangelfulle. Det var derfor flott å få muligheten til oppgradere min manuellterapi til mastergrad som deltidsstudent på manuellterapistudiet ved Universitetet i Bergen. Veien fram til innleveringen av denne oppgaven ble nok mer svingete og slitsom enn jeg hadde forventet, og det er derfor med glede og lettelse jeg nå leverer.

Underveis har jeg fått solid støtte fra mange kollegaer som har bidratt med gode innspill og diskusjoner, takk skal dere ha. Tusen takk til min veileder Liv Heide Magnussen for metodisk støtte gjennom alle ups and downs og til alle dere informantene som velvillig stilte opp og delte deres erfaringer om temaet med meg. Takk også til Liv Signe Davidsen som var ko-moderator for den ene fokusgruppen og til min venninne Gro Hegdal for korrekturlesing.

Jeg vil spesielt få takke Monika Ullrich og Synnøve Iversen for inspirasjon og gode innspill. Vi tre søkte i 2008 Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter om midler til å undersøke nettopp det emnet som til slutt ble min masteroppgave. Synnøve var så glad for at ”prosjektet vårt” ble en realitet og gledet seg til å se resultatet, men døde dessverre i august 2010.

Til slutt fortjener min mann Øyvind og mine fire ungdommer, Iselin, Bendik, Eirik og Jakob en stor takk for støtte og tålmodighet gjennom to altfor travle år.

Sammendrag

Bakgrunn: Det hersker forvirring omkring hvordan forskjellige helseprofesjoner oppfatter begrepene torticollis og spedbarnsasymmetri. Tradisjonelt har tilstanden blitt kalt torticollis og årsaksforklaringen har vært skade eller forkorting av muskelen sternocleidomastoideus, og behandlingen har vært tøyninger. KISS eller funksjonsforstyrrelse i øvre nakkeledd er et annet begrep for spedbarnsasymmetri og forklares som nedsatt bevegelse i barnets nakkeledd, og behandles med bevegelsesfremmende teknikker.

Hensikt: Undersøke hvordan barnefysio- og manuellterapeuter og barnelege oppfatter begrepet spedbarnsasymmetri, årsaksforhold og oppfølgingen av dette problemområdet, samt om de tror det finnes subgrupper av spedbarnsasymmetri.

Materiale og metode: To fokusgruppeintervju, en med manuellterapeuter (n=7) og en med barnefysioterapeuter (n=7) og dybdeintervju med to nøkkelinformanter, en manuellterapeut og en barnelege, ble benyttet for å belyse problemstillingen. Alle informantene hadde bred erfaring med spedbarnsasymmetri.

Resultat: Resultatene viste at forskjellige begrep og diagnoser ble brukt og at informantene hadde forskjellig syn på behov for oppfølging av spedbarnsasymmetri. Forskjellig oppfatning ble hevdet å kunne føre til misforståelser og frustrasjon blant foreldre og fagfolk. Informantene mente spedbarnsasymmetri må klassifiseres i undergrupper for optimal diagnostisering og behandling og hevdet at tøyning ble brukt i mindre grad i dag.

Konklusjon: Studien indikerte at helsepersonell oppfattet at spedbarnsasymmetri kan deles i flere subgrupper og at mer forskning trengs for å sikre hvert barn optimal diagnostisering og behandling. Det bør jobbes for felles begrepsbruk.

Nøkkelord: Torticollis, KISS, dysfunksjon, klassifisering, ammeproblemer, søvnproblemer manuellterapi, fysioterapi. favoritt side, plagiocephali.

Abstract

Background: There is confusion about how different health professions understand the concepts of infant asymmetry and torticollis. Traditionally, the condition is called torticollis and the causal explanation has been damage or shortening of the sternocleidomastoid muscle, and the treatment has been stretching. KISS or dysfunction in the upper cervical spine is another term used recently, and the treatment is suggested to be mobility-enhancing techniques.

Aim and objectives: To investigate how pediatric physiotherapists, manual therapists and a pediatrician interpret the term infant asymmetry, the causes and management of this condition, and whether subgroups may be defined.

Material and method: Two focus group interviews, one with manual therapists (n = 7) and one with pediatric physiotherapists (n = 7) and in-depth interviews with two key informants, a manual therapist and a pediatrician. All respondents had extensive experience with infant asymmetry.

Results: The results indicated that different concepts and diagnoses were used to describe this condition. The respondents had different views on the need for follow-up and treatment of infant asymmetry. Different opinions were claimed to lead to confusion and frustration among parents and professionals. The informants believed infant asymmetry must be classified into subgroups for optimal diagnosis and treatment and they underscored that stretching was not widely used presently.

Conclusion: The study indicated that health professionals perceived that the infant asymmetry can be divided into subgroups. More research is needed to ensure each child optimal treatment. Common terminology should be standardized

Keywords: torticollis, KISS, dysfunction, classification, breastfeeding problems, manual therapy, physiotherapy. positional preference, plagiocephaly .

Spedbarnsasymmetri, kjært barn med mange navn?

- Hvilke erfaringer har barnelege, barnefysioterapeuter og manuellterapeuter med begrepsbruk, diagnostisering og behandling?

1 Innledning

Som manuellterapeut har jeg jobbet med spedbarnsasymmetri siden 2003. Med det mener jeg barn som på folkemunne sies å ha en favorittside eller skjev hodefasong. Innenfor medisinsk terminologi brukes diagnosene torticollis eller plagiocephalgi, og i den senere tid har også et nytt begrep dukket opp, nemlig Kopfgelenk Induzierte Symmetrie Störung (KISS). Tradisjonelt har mange av disse barna fått diagnosen medfødt muskulær torticollis (MMT), og behandlingen har bestått av tøyninger og bevegelsesstimulering. Dette har vært en krevende og langvarig behandlingsform, både for barnet, foreldrene og fysioterapeutene.

Det kan stilles spørsmål ved det ensidige fokuset på muskulatur som årsak til skjev nakkestilling. Hvordan kan dette skyldes en stram, forkortet muskulatur når det ikke finnes en blødning, tumor eller annen patologi i muskulaturen? Kan det tenkes at årsaken til skjevstillingene har en biomekanisk eller nevrofysiologisk forklaring? Kan kolikk, gupling, ammeproblemer, uro og søvnvansker (ofte kalt reguleringsproblemer) knyttes til asymmetriproblemet? Spørsmålene er mange, og ett av dem er om helsepersonell forholder seg forskjellig til begrepet spedbarnsasymmetri, til årsaksforholdene og til oppfølgingen av problemområdet, og om de arbeider ut fra at det finnes forskjellige subgrupper?

Ut fra teorier om at årsaken til spedbarnsasymmetri hos noen kan tilskrives funksjonsforstyrrelse i nakkeleddene, har fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi (manuellterapeuter) engasjert seg i behandlingen av disse barna. Noen få manuellterapeuter har jobbet med dette siden år 2000, men i dag er det i Norge ca 80 manuellterapeuter som har deltatt på kursrekken som gir kompetanse i behandling av

barn med aktuell problemstilling (Mathisen, 2010)¹Mange manuellterapeuter samarbeider tett med barnefysioterapeuter om behandlingen av disse barna. Manuellterapi som behandlingsform er fortsatt ikke fullt ut anerkjent i det norske helsevesenet, og skaper derfor debatt. Overlege Kåre Danielsen ved barnesenteret på Sørlandet sykehus skrev høsten 2009 en artikkel i avisen Dagens Medisin² der han hevdet at manuellterapi som behandling for spedbarnsasymmetri ikke var forsvarlig, og inntil videre bare burde utføres som del av et forskningsprosjekt. Dette skapte en debatt som viste at fagfolk bruker forskjellige begreper, og at det foreligger en del misforståelser når det gjelder hva manuellterapibehandling av spedbarn innebærer. Mange av debattantene etterlyste mer vitenskapelig dokumentasjon om emnet (Danielsen, 2009).

Jeg opplever at det har blitt et økt fokus på spedbarnsasymmetri. Det har ikke lyktes meg å finne prevalensen av dette problemet i Norge i dag. Jeg kontaktet Fysioterapitjenesten i Oslo, Bergen, Stavanger og Trondheim kommune som bekreftet at det brukes mye ressurser på spedbarnsasymmetri, og mente henvisningene har økt relativt kraftig de siste 5-10 årene (Ullrich, Iversen, Bjarkøy, & Strate, 2009). I Nederland har studier vist at 8,2 % av 7609 spedbarn under seks måneder hadde "positional preference of head". De fant dette hos 10 % av barna under to måneder, synkende til 3 % hos barna mellom fire og seks måneder (Boere-Boonekamp & van der Linden-Kuiper LT LT, 2001). Van Vlimmeren (2008) viser til at hele 17,9 % av 380 barn hadde positional preference ved syvukersalder.

2 Teori

2.1 Begrepsbruk

Spedbarnsasymmetri kan ha flere årsaker og symptomer. Den kan være generell eller lokal, og kan gi seg utslag i uvanlig form eller stilling av en kroppsdel eller gjennom ujevne bevegelser (van Vlimmeren, Helders, van Adrichem, & Engelbert, 2006).

¹ Tilgjengelig fra www.manuellterapi.no

² Tilgjengelig fra www.dagensmedisin.no

Innenfor fysioterapi er symmetri et viktig begrep. Med symmetri menes en lik og jevn utvikling av de to kroppshalvdelene og at disse er samkjørte (Steine, 2010). Begrepene asymmetri, torticollis og plagiocephalgi er betegnelser som beskriver det vi ser, men som ikke klart definerer noen årsak. I litteraturen brukes begrepene til dels om hverandre, og ofte er de oppført med samme symptomer og årsaksforklaring. Dette kan forståelig nok skape en del misforståelser og usikkerhet.

I tillegg til asymmetri, torticollis og plagiocephalgi er begreper som Sternocleidomastoid Imbalance og Positional preference of head, begreper som ofte brukes i litteraturen (Golden, 1999; Karmel-Ross, 2006). I mellomeuropeisk litteratur beskrives KISS som er knyttet til funksjonsnedsettelse i øvre nakkeledd, som forklaring på spedbarnsasymmetri (Biedermann, 2004). På norsk omtales dette som funksjonsforstyrrelse i øvre nakkeledd (Mordt, 2008). Videre har flere oversiktsartikler tatt for seg definisjonen av asymmetri og torticollis, og konkluderer med at det ikke finnes noen konsensus verken på definisjon, nomenklatur, klassifikasjon eller etiologi (Nuysink, van Haastert, Takken, & Helders, 2008; van Vlimmeren, Helders, van Adrichem, & Engelbert, 2004). Jeg velger heretter i denne oppgaven å bruke begrepet spedbarnsasymmetri.

2.1.1 Torticollis

Tilstanden torticollis er hyppig beskrevet i internasjonal medisinsk litteratur. Oversatt fra latin betyr torticollis vridd nakke (twisted neck) og er en beskrivelse av at hodet holdes rotert til én side og lateralflektert til motsatt side. Ofte ses også en forøket ekstensjon (reklinasjon) av nakken, og bolen kan ligge i en C-form eller i tydelig overstrekk. I tillegg kan ansikts- og hodeskalleasymmetri og asymmetrisk bruk av ekstremiteter forkomme (Karmel-Ross, 2006; Mordt, 2008).

Medfødt muskulær torticollis (MMT) er den vanligste betegnelsen, og årsaken beskrives som en forkortning av den ene sides Sternocleidomastoideus-muskel (SCM). I boken *Physical Therapy for Children* (Karmel-Ross, 2006) som er pensum på videreutdanning i fysioterapi for barn ved Høyskolen i Oslo, vises det til at det er liten enighet om etiologien til forkortningen i SCM. Ifølge forfatteren er de mest aksepterte

årsaksteoriene til forkortning av muskelen ischemi, fødselsskade og intrauterine feilstillinger eller tvillingsvangerskap. Det beskrives at rotert hodestilling kan føre til en kompresjonsskade av muskelen enten før eller under fødselen, som igjen kan resultere i ischemi, ødem eller nevrologisk skade. (Karmel-Ross, 2006). MMT deles inn i følgende 3 undergrupper:

- Sternocleidomastoideus-tumor hvor man kan palpere en fortykning i muskulaturen
- Muskulær torticollis hvor det er en forkortning men ingen palpabel fortykning
- Postural torticollis hvor det ikke er noen forkortning eller palpabel fortykning (Cheng, Tang, Chen, Wong, & Wong, 2000; Karmel-Ross, 2006).

Videre beskriver Karmel-Ross (2006) at hos 1 av 5 barn med torticollisstilling er årsaken ikke muskulær, men skyldes differensialdiagnoser som skjelettanomalier, plexusskader, øyeproblematikk, Sandifer syndrom, benign paroxymal torticollis, dystoniske syndromer og bakre skallegrupspatologi. Forfatteren beskriver videre at ansiktsskjevhet, plagiocephalgi, skoliose, bekkenasymmetri, medfødt hoftedysplasi og klumpfot, ofte er assosierte tilstander sammen med MMT.

2.1.2 Funksjonsforstyrrelse i øvre nakkeledd

På begynnelsen av år 2000 ble en annen mulig forklaringsmodell til torticollis og asymmetri hos spedbarn kjent (Biedermann, 2004). Det ble hevdet at en funksjonsforstyrrelse i de øvre nakkeleddene kunne forårsake torticollis og noen ganger også ulike ledsagende symptomer, både i form av autonome reaksjoner som gulping, kolikk, svelgeproblemer og kraftig gråt, samt forsinket motorisk utvikling. Den tyske legen Biedermann beskrev dette på 1990 tallet og gav det betegnelsen KISS. I engelsk litteratur brukes Kinetic imbalance due to suboccipital strain (ibid). I Norge brukes betegnelsen funksjonsforstyrrelse i øvre nakkeledd (Mordt, 2008).

Biedermann (2004) viser til at nedsatt funksjon i øvre nakkeledd som årsaksforklaring til spedbarnsasymmetri ofte oppstår i forbindelse med fødselen. Gynekologen Ritzmann beskriver i boken *Manual Therapy for Children* (2004) hvordan fostervannet sørger for

at kreftene fra riene blir fordelt slik at barnet ikke utsettes for dem direkte. Når ”vannet går”, enten naturlig eller ved en intervensjon, vil kreftene fra livmorkontraksjonene virke direkte på fosterets nakke og hode. Dersom fosteret snur seg normalt gjennom morens bekken, vil det fortsette rolig nedover, men dersom det er oppstår problemer enten pga bekkenets størrelse, form eller mobilitet, eller at riene uteblir, kan barnets nakke få et ugunstig press mot det suboccipitale området. Ved en såkalt normal fødsel kommer bakhodet først, og nakken er dermed i flektert stilling. Hos nyfødte er de cervicale fasettleddene horisontaltstilte, noe som gjør dem godt egnet for å tåle det aksiale trykket som er det normale gjennom fødselen (Sacher, 2004). Ved bruk av fødselshjelpemidler som vakuumpompe eller tang, samt ved setefødsel eller ansiktspresentasjon, hevder forfatteren å ha god dokumentasjon for at barnets nakke kan utsettes for unormalt sterke krefter i en uhensiktsmessig retning (Ritzmann, 2004). En mulig forklaring på asymmetrisk stilling av nakken hos nyfødte kan dermed være negativ påvirkning av dette suboccipitale området som er et svært sentralt område for proprioepsjon (Biedermann, 2004; Sacher, 2004).

Nedsatt bevegelighet i et ledd påvirker hele segmentet (ledd, muskler og nerver), og den økte aktiviteten i forskjellige reseptorer kan føre til endret spenning i muskulatur som innerveres fra det involverte segment (Cyriax, 1982; Salter, 1983). Det beskrives videre at det er ca 100 ganger flere muskelspinner i de dype nakkemusklene enn i muskulaturen i ekstremitetene. Dette forklarer at området har en viktig funksjon som sanseorgan (Biedermann, 2004; Sacher, 2004). I tillegg ligger de øvre nakkeleddene i umiddelbar nærhet til flere av hjernenervene, samt det autonome nervesystemet (Brodal, 2007; Dahl, Holter, Rinvik, & Olsen, 1976; Sacher, 2004). Spesielt viktig i denne forbindelse er hjernenervene vagus, glossopharyngus, hypoglossus og accesorius, samt at SCM innerveres av accesorius og C2-nerven. Dette kan være med på å forklare spedbarnsasymmetri samt sammenhengen mellom reguleringsproblemer og asymmetri (Biedermann, 2004; Mordt, 2008).

2.1.3 Plagiocephalgi

Ordet plagiocephalgi brukes hyppig i litteraturen når spedbarnsasymmetri beskrives. Flatt bakhode benevnes ofte som brakencephalgi. På norsk brukes begrepet skjev

hodefasong. Det hevdes at omfanget av plagiocephalgi har økt betraktelig etter at regelen om at spedbarn bør sove på ryggen for å forhindre krybbedød ble innført (de Chalain, 2005; Peitsch, 2002). I litteraturen er det beskrevet sammenfallende etiologi og årsaksforhold for plagiocephalgi og torticollis, men det er ikke enighet om plagiocephalgi fører til torticollis eller om det er motsatt (de Chalain & Park, 2005; Golden, Beals, Littlefield, & Pomatto, 1999; Karmel-Ross, 2006).

2.2 Diagnostisering

Det er viktig å skille spedbarnsasymmetri som skyldes forandringer eller skade i muskel- og skjelettsystemet, fra asymmetri som skyldes nevrologiske tilstander eller annen patologi (Nuysink, 2008). Øhman og medarbeidere (2008) viser til at friske barn under 1 år har mer enn 100 grader cervical rotasjon og 65 grader lateralfleksjon. Målene ble fortatt med vinkelmål. Når det gjelder metoder for å måle nakkebevegelighet hos barn, viser andre studier til bruk av goniometer og videoanalyse (Klackberg, E. 2005; Philippi, 2006). Andre viser til ultralyd for å verifisere skade i SCM (Dudkiewicz, 2005).

Det foreligger lite forskning som støtter antagelsen om at nedsatt funksjon i øvre nakkeledd kan forårsake spedbarnsasymmetri. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten publiserte i 2009 en rapport som konkluderte med at det i dag ikke finnes en rådende diagnostisk gullstandard for å avdekke om det foreligger funksjonsforstyrrelse i øvre nakkeledd ved spedbarnsasymmetri (Brurberg, 2009). Mordt (2008) viste i sin studie at diagnostiske tester som i dag brukes av manuellterapeuter for å bedømme funksjonsforstyrrelse i nakken hos spedbarn, hadde god intertester reliabilitet mellom to manuellterapeuter. En barnefysioterapeut klassifiserte de samme barna som ”friske”, eller til å ha funksjonsnedsettelse i nakken kun ut fra observasjon av barnets spontanmotorikk. Det ble funnet at intertester reliabilitet mellom en manuellterapeut og en barnefysioterapeut var middels god. Hun pekte videre på at det som i klinikken kalles funksjonsforstyrrelser i øvre nakkeledd, kanskje er en subgruppe av det som tidligere ble kalt torticollis.

2.3 Tidligere forskning på effekt av behandling

Litteratur som i dag er pensum i fysioterapi både på bachelorutdanningen og innen videreutdanningen i fysioterapi for barn, omhandler i all hovedsak behandling av MMT (Beckung, 2002; Karmel-Ross, 2006). Det legges vekt på å øke nakkens passive bevegelighet samt bevegelsesstimulering for å fremme postural kontroll. Den passive bevegeligheten fremmes via tøyninger (ibid). Det legges vekt på opplæring av foreldrene som er de som til daglig skal utføre tøyningene og legge til rette for riktig bevegelsesstimulering og gode leiebetingelser. Hvor ofte og hvor langvarige tøyninger som anbefales er varierende. Når det gjelder behandlingseffekt, viser flere studier til god effekt (Celayir, 2000; Cheng, 2000; Cheng, 2001).

En litteraturstudie som evaluerte effekten av fysioterapi på barn med MMT, fant at flere studier viste god eller svært god effekt av fysioterapitiltak. Forfatterne konkluderte med at studiene ikke ga klare nok svar på hvilke fysioterapeutiske tiltak som var igangsatt (Heidal et al., 2001). I en RCT-studie fant van Vlimmeren og medarbeidere (2008) at barn med "positional preference of head", som gjennomgikk et 4 måneders langt fysioterapiprogram, hadde signifikant bedre resultater enn kontrollgruppen som ikke fikk behandling. Fysioterapitiltakene i denne studien besto hovedsakelig av bevegelsesstimulering og motorisk trening, samt foreldreveiledning i håndtering av barnet for å motvirke ensidig bruk av kroppen. Tøyninger var ikke en del av behandlingsopplegget. I de senere år har effekten av tøyninger generelt vært mye diskutert. En nylig publisert studie har vist at muskellengden øker ved tøyning pga muskelens viskoelastiske egenskaper, men at dette bare er forbigående. Denne studien viste til at den økte muskellengden som kan registreres etter utført tøyning, har med økt toleranse for muskelstrekk å gjøre, ikke at muskelen faktisk har blitt lengre (Weppler & Magnusson, 2010).

Manuellterapi som behandling for spedbarnsasymmetri er en relativt ny behandlingsform, og består av lette mobiliserende og muskelrelakserende teknikker for å normalisere funksjonen i segment med funksjonsforstyrrelse (Biedermann, 2004; Sacher, 2004). For å normalisere spedbarnsasymmetri, samarbeider mange manuellterapeuter med barnefysioterapeuter. Nasjonalt Kunnskapssenter viste i sin

rapport (2009) til at det foreligger få vitenskapelige studier om behandlingsformen, og de fant ikke dokumentasjon for at behandling av nedsatt funksjon i barnets nakke fører til bedring av barnets aktuelle plager (Brurberg, 2009). Når det gjelder behandling av plagiocephalgi, viser Karmel-Ross (2006) til at det i enkelte land brukes hjelmer eller liggeformer for å påvirke hodets form. På internett selges en spesiell hodepute som har til hensikt å stabilisere barnets hode i en så ideell stilling som mulig for å motvirke plagiocephalgi,³ men så vidt jeg vet er bruk av slik pute ikke vanlig i Norge. Forskere fra New Zealand publiserte nylig en RCT-studie som viste at det ikke var forskjell i bedring av hodefasjonen hos barn med plagiocephalgi der foreldre fikk råd om posisjonering sammenlignet med barn som i tillegg ble lagt i en spesiell liggeform (Hutchison, Stewart, de Chalain, & Mitchell, 2010).

2.4 Mulige problemer knyttet til spedbarnsasymmetri

2.4.1 Reguleringsproblemer

Uro, intens gråt, kolikk og ammeproblemer er symptomer som spesielt tysk litteratur knytter til spedbarnsasymmetri. Dette forklares ut fra antagelser om at nedsatt funksjon i øvre cervical kan påvirke det autonome nervesystem og enkelte hjernenerver (Biedermann, 2004; Sacher, 2004). Når det gjelder kolikk, viser to oversiktsartikler til at årsak og virkning er vanskelig å finne, men de hevder at enkelte forfattere forklarer kolikksymptomene med gastrointestinal overfølsomhet (Cohen-Silver, 2009; Gupta, 2007). Dette støttes av Den Norske Lægeforenings veileder om spedbarnskolikk som oppgir at prevalensen for kolikk varierer fra 8-40 % og at symptomene forsvinner hos 90 % innen firemånedersalder (Størdal, 2010). Veilederen viser videre til at foreldrene til barn som gråter intenst, trenger veiledning. En oversiktsartikkel har sett på hvordan det går med mødre til barn som gråter og framhever at tidlig hjelp og støtte er viktig for familiens helse (Kurth, 2009).

2.4.2 Motorisk utvikling og kognitive ferdigheter

I fysioterapi er det tradisjon for å behandle spedbarnsasymmetri fordi man frykter at tilstanden ubehandlet kan føre til asymmetriske muskeldrag, skoliose og

³ Tilgjengelig på <http://www.barnepute.no>

kompensatoriske bevegelsesmønstre som igjen kan påvirke utviklingen av motorisk kontroll (Karmel-Ross, 2006). Den normale interaksjon mellom de forskjellige subsystemene (visuelle, vestibulære, somatosensoriske og muskelskjelett) kan bli forstyrret og påvirke barnets utvikling og vekst (ibid). I litteratur og undervisningen i fysioterapi legges det vekt på at god motorisk kompetanse er viktig for barns utvikling (Beckung, 2002; Fadnes, 2010; Karmel-Ross, 2006; Schjetlein, 1997; Steine, 2010).

I boken *Jeg er meg og du er deg* (2010) viser fysioterapeut og forfatter Arnlaug Steine til professor Per Brodal som beskriver hvordan barnehjernen tar imot, tolker og prøver å lage systemer for å forstå verden omkring seg, og at dette gjelder både for bevegelser, følelser og tanker. Steine (2010) viser videre til forskning og litteratur som peker på at barnets første år er en sensitiv og viktig periode hvor det skjer et stort samspill mellom sansene og kroppen. Dette bekreftes av spesialist i barnefysioterapi Inger Grøntoft som i boken *Balansekoden* (2006) beskriver viktigheten av at barnet først etablerer bøyemønstre og symmetri i ryggleie som et grunnlag for dets utvikling, og hevder at de motoriske og kognitive ferdighetene barnet jobber med før det begynner å gå, er særlig sentrale for kroppslig og mental balanse (Fadnes, 2006 s:61).

Når det gjelder sammenheng mellom spedbarnsasymmetri og nedsatt motorisk kompetanse, viste en prospektiv oppfølgingsstudie av barn med torticollis i aldersgruppen 8-15 måneder, at disse barna hadde en økt risiko for forsinket grovmotorisk utvikling, men at torticollis ikke var assosiert med forsinkelse av tidlige kognitive ferdigheter (Schertz et al., 2008). I en evalueringsrapport vedrørende verdi og effekt av motorisk screening av 6-åringer, viste Iversen (1997) til at av barna med middels til store motoriske vansker, hadde mange vært i kontakt med fysioterapeut i løpet av sitt første leveår pga asymmetri/torticollis. Sammenheng mellom motoriske og kognitive ferdigheter forstås ikke fullt ut, men forskjellige fagfolk framholder at barnets mestringssevne gir økt motivasjon som igjen kan påvirke innlæringen av ferdigheter (Steine, 2010). Andre viser til at barn som har dårlig motorikk tåler lite stress før handlingsmønsteret bryter, og hevder videre at god motorisk kompetanse gir status og dermed er viktig for barnas selvbilde (Haga & Sigmundsson, 2004).

3 Hensikt og problemstilling

3.1 Hensikt

Det er knyttet mange spørsmål til årsaksforholdene når det gjelder spedbarnsasymmetri, og dette kan muligens føre til økt frustrasjon både hos fagfolk og foreldre som opplever at helsepersonell forholder seg så ulikt til denne problemstillingen. Jeg ønsker å belyse hvordan lege, manuellterapeuter og fysioterapeuter forholder seg til begrepet spedbarnsasymmetri, årsaksforholdene og oppfølgingen av dette problemområdet. Jeg ønsker også å undersøke om de forskjellige helseprofesjoner deler spedbarnsasymmetri inn i flere undergrupper, og dermed tilbyr forskjellig behandling, eller om de bruker forskjellige betegnelser på samme barn.

3.2 Problemstilling

Hvilke erfaringer og oppfatninger har lege, manuellterapeuter og barnefysioterapeuter når det gjelder begrepsbruk, diagnostisering og behandling av spedbarnsasymmetri?

4 Metode

4.1 Begrunnelse for valg av metode

Jeg opplever problemområdet spedbarnsasymmetri for å være lite beskrevet. For å få fram et bredt spekter av opplevelser og erfaringer var det naturlig å velge en kvalitativ forskningsdesign. De kvalitative metodene bygger ifølge Malterud (2003) på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Hun sier videre at den kvalitative forskningstradisjon støtter seg til teorier der forskeren anses som aktiv deltager i kunnskapsutviklingen og at metoden egner seg for beskrivelse og analyse av det fenomen som skal studeres.

Jeg valgte fokusgruppeintervju fordi det er en velegnet forskningsmetode til å få fram erfaringer som forskjellige behandlerne sitter inne med. Hallkier (2010) sier at fokusgrupper kan gi deltagerne mulighet til å uttrykke meninger som ellers er tause eller tas for gitt, og at fokusgrupper egner seg for å produsere data som kan belyse normer for

grupperes tolkninger og praksis. Malterud (2003) peker på at fokusgrupper egner seg godt når man vil lære om erfaringer, holdninger og synspunkter der mange mennesker samhandler, og Kvale (1997) viser til at et forskningsintervju kan gjenspeile alternative oppfatninger av samfunnsvitenskapelige emner. For å belyse problemstillingen min ytterligere, ønsket jeg å stille flere konkrete spørsmål og valgte derfor i tillegg strukturerte dybdeintervjuer med to nøkkelinformanter. Malterud (2003) viser til at de fleste menneskelige fenomener har motsigelser, paradokser og dilemmaer og at et godt kvalitativt dybdeintervju kan få fram denne flertydigheten.

4.2 Utvalgelse av informanter

I studien ble det gjennomført 2 fokusgruppeintervjuer og 2 dybdeintervjuer.

- Fokusgruppe A besto av 7 barnefysioterapeuter med bred erfaring innenfor behandling av spedbarnsasymmetri.
- Fokusgruppe B besto av 7 erfarne manuellterapeuter som til daglig jobber med spedbarnsasymmetri.
- Dybdeintervju av en erfaren barnelege.
- Dybdeintervju av en erfaren manuellterapeut.

Jeg ønsket å innhente informasjon fra dem som til daglig jobber med spedbarnsasymmetri. Det ble derfor gjort et strategisk utvalg av informanter. Informasjonsrikdommen var et viktigere kriterium enn representativiteten. Det er ikke gitt at alle barnefysioterapeuter og manuellterapeuter har nevneverdig kunnskap om emnet. Et tilfeldig utvalg ville i mitt prosjekt true kunnskapens gyldighet og overførbarheten ville da være av begrenset verdi (Malterud, 2003).

4.2.1 Fokusgruppene

Inklusjonskriteriet for deltagelse var arbeid innenfor det aktuelle fagfeltet i minimum 3 år, og det var en fordel om deltageren hadde arbeidet ved samme institusjon over tid. Intensjonen med dette var at disse terapeutene da ville ha erfaring fra tradisjonell fysioterapibehandling, samt at de hadde hatt mulighet til å følge opp barn over en lengre

periode og forhåpentligvis satt inne med erfaringer om hvordan barn med spedbarnsasymmetri utvikler seg.

Fokusgruppen med barnefysioterapeuter ble rekruttert fra Bergensområdet, noe som var praktisk i forhold til mine studier ved UiB og samtidig ga det meg mulighet til å rekruttere deltagere som jeg ikke samarbeidet med i Oslo. Jeg tok kontakt med en helsestasjonsfysioterapeut som var behjelpelig med en navneliste over erfarne fysioterapeuter som jobbet enten på helsestasjon, sykehus eller i habiliteringstjenesten. Jeg sendte mail med informasjonsskriv (Vedlegg 1) til 15 fysioterapeuter. 7 kvinner i alderen 43-56 år meldte at de var interesserte og samtykket til deltagelse. De hadde jobbet med barn over en periode på 13-30 år, i gjennomsnitt 19 år. 5 av deltagerne jobbet på intervjuetidspunktet i kommunehelsetjenesten og 2 i habiliteringstjenesten. Det var ingen som jobbet på sykehus eller i privat praksis som hadde anledning til å delta. Gruppen var homogen i forhold til kjønn, men var heterogen når det gjaldt alder, antall år i arbeid, og forskjellig arbeidserfaring med barn underveis.

Fokusgruppen med barnemanuellterapeuter ble rekruttert fra Oslo-området. Det ble sendt mail med vedlagt informasjonsskriv til 15 manuellterapeuter som hadde erfaring med denne pasientgruppen. De 7 første som henvendte seg og skrev under samtykkeerklæringen (Vedlegg 2) ble inkludert i studien. Gruppen besto av 4 kvinner og 3 menn i alderen 32-57 år. I gjennomsnitt hadde de vært manuellterapeuter i 13 år og hadde jobbet med barn i 3,5-10 år. Alle jobbet i privat praksis og behandlet fra 5-35 barn pr uke.

4.2.2 Nøkkelinformantene

Jeg ønsket å intervju en barnelege som hadde lang og bred yrkeserfaring med barn både fra sykehus og kommunehelsetjenesten. Jeg sendte mail med informasjonsskriv og studiens prosjektplan til 3 pediatere som oppfylte disse kriteriene. Den første som henvendte seg og samtykket til deltagelse, ble inkludert i studien. Informanten jobber i kommunehelsetjenesten og med forskning, men har også lang erfaring fra barneavdeling og er spesialist i nyfødttmedisin.

Nøkkelinformanten for manuellterapi ble valgt fordi vedkommende har erfaring fra forskning på fagfeltet spedbarnsasymmetri og som ansees som ekspert på området. Denne informanten har vært manuellterapeut i 12 år og har jobbet med barn i 10 år og behandler ca 10 barn pr uke.

4.3 Datainnsamling

En intervjuguide (Vedlegg 3) ble utarbeidet og testet ut i en pilotstudie på to barnefysioterapeuter som ikke hadde anledning til å delta i fokusgruppeintervjuet. Deretter ble intervjuguiden justert i henhold til tilbakemelding fra forsøkspersonene. Samme intervjuguide ble brukt som mal i samtlige intervjuer fordi jeg ønsket å få belyst alle emnene. Jeg valgte følgende tre hovedemner:

- Forståelse av begrepet spedbarnsasymmetri.
- Diagnostisering og behandling av spedbarnsasymmetri.
- Hvilke konsekvenser mener behandlerne det kan ha dersom barnet ikke blir behandlet?

I tillegg hadde jeg formulert oppfølgings spørsmål dersom jeg ønsket at informantene skulle utdype utsagnet sitt. Gruppedynamikken avgjorde hvilke spørsmål som ble stilt. Jeg prøvde i intervjusituasjonen å være spesielt bevisst min tette tilknytning til feltet og det at jeg kjente til flere av deltakerne i manuellterapi miljøet fra før.

4.3.1 Fokusgruppeintervjuene

Intervjuet med barnefysioterapeutene ble gjennomført i Bergen i august 2010 i UiBs lokaler, som var en nøytral arena for alle informantene. Jeg var moderator og min veileder var ko-moderator. Innledningsvis presenterte jeg meg og utdypet studiens hensikt. Det ble lagt stor vekt på at jeg anså informantene for å være ekspertene, at jeg ønsket at de skulle beskrive hvilke tanker og opplevelser de hadde med spedbarnsasymmetri og at jeg ikke var ute etter hva som i dag ble ansett som riktig eller galt. Ko-moderators rolle var å skrive feltnotater og eventuelt stille utdypende spørsmål ved behov. Deretter presenterte deltagerne seg med navn, alder og arbeidserfaring. Det

ble informert om at intervjuet ble tatt opp på lydbånd, men at dette ville bli slettet etter transkriberingen. Det ble også informert om at det ville bli brukt koder i stedet for navn i den transkriberte teksten for å aidentifisere deltakerne. Deltagerne i denne fokusgruppen var svært engasjerte og virket oppriktig interesserte i emnet. Alle deltok i diskusjonen og det var en fin flyt i samtalene og en avslappet stemning. De kommenterte og stilte spørsmål ved hverandres utsagn på en positiv og respektfull måte. Etter hver av de tre hoveddelene i intervjuet oppsummerte ko-moderator, og deltagerne kunne komme med utfyllende opplysninger. Intervjuet varte i 2 timer. I etterkant hadde jeg en oppsummerende prat med ko-moderator.

Intervjuet med barnemanuellterapeutene ble gjennomført i begynnelsen av september 2010 på min arbeidsplass. Dette var geografisk og tidsmessig praktisk for alle deltagerne. Jeg var moderator i intervjuet og ko-moderator var en fysioterapeut som til daglig jobber med ledelse og som også hadde tidligere erfaring fra prosjektarbeid med spedbarnsasymmetri. Innledning til intervjuet var tilsvarende barnefysioterapigruppen. Også i denne gruppen var stemningen lett og avslappet, og terapeutene kjente til hverandre fra før. Denne gruppen var også engasjerte og opptatt av emnet. Deltagelsen fra hver enkelt var noe mer ujevn enn i fokusgruppen med barnefysioterapeuter, men ingen var likevel spesielt dominerende eller påfallende tause. Ko-moderator oppsummerte sine inntrykk etter hver av de tre emnedelene. Intervjuet varte i ca 2 timer. Sammen med ko-moderator oppsummerte jeg intervjuet.

4.3.2 Dybdeintervju med nøkkelinformantene

Intervjuet med manuellterapeuten ble gjennomført på vedkommendes arbeidsplass. Informanten var på forhånd godt informert om prosjektet og hadde lest prosjektbeskrivelsen. Jeg fulgte samme intervjuguide som til fokusgruppeintervjuet og intervjuet varte 45 minutter. Informanten var oppriktig i sine svar, svarte kort og konsist og uttrykte et personlig ønske om å snakke om emnet.

Intervjuet med legen ble gjennomført i et lokale der informanten ofte har møte. Informasjon om prosjektet ble sendt på mail der jeg formidlet ønske om å få innsikt i

hvordan pediater oppfattet tilstanden spedbarns asymmetri. Informanten fortalte at han både via sin jobb og privat hadde engasjert seg i dagens debatt om forskjellige behandlingsalternativer for denne gruppen barn. Jeg fulgte samme intervjuguide, bortsett fra det som var spesifikt for fysioterapi. Intervjuet varte i 40 minutter. Informanten var engasjert og sa om seg selv: ”*snakket en del med store bokstaver og var den fødte skeptiker, men åpen for det meste bare det kunne bevises vitenskapelig.*”

4.4 Dataanalyse

Intervjuene ble transkribert like etter at alle 4 intervjuene var gjort. Ifølge Malterud (2003) er transkriberingsprosessen en del av analysen og jeg valgte derfor å transkribere selv. Videre fulgte jeg hennes anbefaling for ferske intervjuere om å bruke systematisk tekstkondensering og fenomenologisk analyse som er inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud.

I første trinn leste jeg gjennom de 84 sidene med transkribert tekst og forsøkte å danne meg et helhetsinntrykk. Jeg hørte også gjennom lydfilene en ekstra gang. Med utgangspunkt i dette, samt intervjuguiden, vurderte jeg kritisk hvilke data som skulle være med og hva jeg kunne utelate uten å miste det informantene hadde til hensikt å formidle. Jeg lette etter temaer (meningsbærende enheter) som gikk igjen i alle intervjuene og som jeg mente ville gi svar på mine spørsmål (Malterud, 2003).

I andre trinn analyserte jeg teksten og plasserte utsagnene under det temaet jeg mente den passet. Antall tema og navn på disse, endret seg flere ganger etter hvert som teksten ble dekontekstuert. Dette fordi flere av utsagnene kunne sorteres under flere tema.

I trede trinn ble teksten under de forskjellige meningsbærende enhetene igjen sortert i undergrupper. Som anbefalt av Malterud (2003) ble utsagn i de forskjellige meningsbærende tema sammenfattet til kunstige sitat som jeg videre brukte som arbeidsnotat sammen med de mest beskrivende sitatene for den aktuelle undergruppen.

I fjerde trinn sammenfattet jeg teksten i hver kategori. Deretter ble teksten rekontekstualisert, og jeg prøvde systematisk å lete etter data som motsa de konklusjonene jeg mente å ha kommet fram til (Malterud, 2003). Jeg ønsket å få frem både enighet og uenighet hos informantene. Underveis i hele analysen hadde jeg masteroppgaven i tankene og prøvde å være meg bevisst at den skulle bli leservennlig (Kvale, 1997).

5 Resultat

Analysen av mitt datamateriale førte til inndeling i følgende tre hovedtemaer og undergrupper:

<u>Hovedtema</u>	Forståelse av tilstanden spedbarnsasymmetri	Hvordan begrunner forskjellige terapeuter sin diagnose og valg av behandling?	Hvilke konsekvenser mener behandlerne det kan ha om barnet ikke blir behandlet?
<i>Undergrupper</i>	Asymmetribegrepet	Undersøkelse	
	Hvilke betegnelser/ begreper brukes?	Behandling	
	Årsaksforhold	Mageleie	
	Er reguleringsproblemer en del av bildet?	Samarbeid mellom fagfolk	

5.1 Forståelse av tilstanden spedbarnsasymmetri

5.1.1 Asymmetribegrepet

Manuellterapeuter og fysioterapeuter som jobber med barn gav uttrykk for at de er svært opptatt av begrepet asymmetri og opplever at symmetri er noe av fundamentet innefor fysioterapeutisk praksis. En av barnefysioterapeutene sa:

”Vi er jo innprentet med at det er etisk uforsvarlig ikke å undersøke, og at vi skal prøve å finne årsaken til den manglende motorikken eller til asymmetrien vi ser hos barnet.”

Begge gruppene var enige om at det finnes ulike varianter av asymmetri og at dette ikke bare dreier seg om asymmetri i nakken. Noen barn kan også ha en utpreget C form i hele kroppen, andre kan ha reklinert nakke og , virke veldig stive og ha vansker med å innta fleksjonsstilling av nakke og rygg . Gruppen av barnefysioterapeuter hadde ulik oppfatning av om barna som virket veldig stive i kroppen skulle defineres som spedbarnsasymmetri, men ville heller kalle det for en ubalanse. Manuellterapeutene og fysioterapeutene uttrykte dog at de i den senere tid var blitt mer observant på barna som slet med å finne et stabilt leie pga den økte strekken i kroppen. De opplevde at dette var et svar på noe som irriterte barnet. En manuellterapeut sa:

”Asymmetri er det samme som ubalanse og dermed må forøket strekk også defineres som spedbarnsasymmetri.”

Manuellterapeutene var klare på at det er kvaliteten på barnets funksjon som er det viktigste, ikke asymmetrien i seg selv. Barnelegen i denne studien framholdt at i pediatrien er det en oppfatning av at det er store forskjeller på tonus hos spedbarn og at den ”ikke-nevrologiske” asymmetri langt på vei anses som et normalfenomen. Nøkkelinformanten fra manuellterapi var mer opptatt av om barnet har et funksjonsproblem enn å karakterisere barnet som friskt eller sykt og sa:

”Forskjellen er vel at innen medisinen så tenker de frisk eller syk, men innen fysioterapi er vi opptatt av funksjon, og den er ikke enten eller”.

5.1.2 Hvilke betegnelser/begreper brukes?

I denne studien var manuellterapeutene og fysioterapeutene enige om at det i dag ofte blir brukt asymmetri på tilstanden som tidligere ble kalt torticollis og mente at hverken torticollis eller asymmetri er en diagnose, men heller en beskrivelse av det som observeres hos barna. Det var enighet om at mange oppfattet at torticollis var det samme som MMT med palpabel fortykning eller forkortning i SCM. En barnefysioterapeut sa det slik:

”Da jeg begynte som barnefysioterapeut, snakket vi veldig lite om asymmetrier, bare om torticollis og da muskulær torticollis. For noen år siden leste jeg artikler hvor bl.a. Cheng kategoriserte torticollis inn i tumor, muskulær og

postural. Jeg tenker at mange av de som jeg ser nå, kanskje er disse posturale torticollis, og at disse er litt annerledes enn de som ble beskrevet før. Så har det blitt mer snakk om dette etter at man har innført ryngleie når barnet sover, og da snakkes det om plagiocephalgi”.

Plagiocephalgi og torticollis er kjente diagnoser i diagnosesystemet ICPC og barnelegen bekreftet at dette var de vanligste begrepene innenfor norsk pediatrik miljø. Når manuellterapeutene ut fra sin undersøkelse fant endret mobilitet i barnets ledd, brukte de betegnelsen *dysfunksjon* eller *funksjonsnedsettelse*. Når funnene var i nakken brukte de ofte ICPC-diagnosen *Nakkesymptom/plager*. For barn med utpreget strekkemønster ble gjerne betegnelsen *strekkbarn* brukt. Alle informantene påpekte at de ikke oppfattet KISS som en anerkjent diagnose. Begrepet har lenge vært i bruk blant manuellterapeuter og fysioterapeuter, men det var enighet om at begrepet ikke burde brukes fordi det kunne føre til misforståelser. Men som en av manuellterapeutene uttrykte:

*”KISS er jo et ganske godt beskrivende ord, for det beskriver jo bare hvor man mener årsaken sitter, nemlig **Kopfgelenk Induziert Symmetrie Störung**, altså en funksjonsforstyrrelse i øvre nakkeledd. Men det er jo det at det har blitt en sånn halleluja rundt det, det er jo det som er problemet.”*

Informantene mente at KISS og *favorittside* er begrep som foreldre og helsesøstre bruker. Flere av informantene nevnte at noen foreldre var blitt skremt av ordet KISS og alle de konsekvenser som det påstås at spedbarnsasymmetri kan føre til. Likevel opplevde de at diskusjonene de siste årene hadde skapt et økt fokus på postural kontroll og nakkestabilitet, samt hva asymmetri eventuelt kan bety for barna på et senere tidspunkt. For eksempel fortalte de om 4-5 åringer som strever med motoriske ferdigheter og balanse, og de antydte at dette kunne skyldes ubehandlet asymmetri i tidlig alder. Manuellterapi nøkkelinformanten mente at utviklingen hadde gått i riktig retning i form av å lage mer nyanserte behandlingstilbud rettet mot den spesifikke funksjonsforstyrrelsen som foreligger og sa:

”Jeg tenker at denne spedbarnsasymmetrien alltid har vært der, men at man nå har en annen eller mer tydelig årsaksforklaring og at sekkediagnosen torticollis er blitt mer nyansert, det liker jeg. Men vi har nok en jobb å gjøre i forhold til begreper, at vi blir enige om noe som gjør at vi forstår det samme.”

5.1.3 Årsaksforhold

Det var stor enighet om at intrauterine forhold, slik som tvillingsvangerskap og ugunstig leie, kan være risikofaktorer for å utvikle en asymmetri, men det var dissens når det gjaldt selve fødselsforløpet som mulig årsak. Barnefysioterapeutene hadde en opplevelse av at de som var vanskeligst å stimulere til symmetri også ofte hadde en ”tøff” fødselshistorie. De mente at tang, vakuump, keisersnitt og langvarige eller svært raske fødsler, kunne være mulige årsaker. Dette ble langt på vei støttet av manuellterapeutene, men de oppfattet i enda større grad at langvarige fødsler, og da spesielt lang utdrivningstid, hadde sammenheng med asymmetri hos barn. Nøkkelinformanten fra manuellterapi sa:

”Jeg har ikke funnet noe overhyppighet på keisersnitt, tang og vakuump som mange hevder, tja jeg tror ikke det er halvparten en gang. Jeg synes derimot at mange har hatt veldig lange fødsler.”

Skade i SCM hadde fysio- og manuellterapeutene bare sett noen få ganger og trodde at dette bare svært sjelden var årsak til spedbarnsasymmetri. Likeledes trodde de heller ikke at innføringen av at barn skal sove på ryggen var årsaken til asymmetriene, men at det nok kunne forsterke og vedlikeholde eventuelle problemer. Barnelegen var opptatt av at rift i SCM kunne være årsak, og at spedbarnskallen er så plastisk og myk at det er naturlig at en del barn får skjev hodeskalle dersom foreldrene ikke er påpasselig med å variere barnets leie. Han påpekte videre at årsak og virkning kun kan undersøkes gjennom studier, og at erfaringsbasert kunnskap ikke er tilstrekkelig.

Manuellterapeutene var derimot opptatt av at endret hodefasong som igjen kan gi asymmetri i nakke eller kropp, har sin årsak i at noe hindrer den frie bevegelsen. De pekte igjen på den inkonsekvente begrepsbruken og en av informantene sa:

”Det er så mye forvirring og misforståelse, og ordet låsning og sublurasjon bruker jeg hvert fall ikke for å forklare en spedbarnsasymmetri. Vår forklaringsmodell er at denne asymmetrien skyldes en påvirkning av segmentet (ledd, muskler og nerver) og at proprioepsjonen igjen påvirker den muskulære tonus som kan føre til spedbarnsasymmetri.”

5.1.4 Er reguleringsproblemer en del av bildet?

Reguleringsplager som gulping, uro, ammeproblemer, intens gråt syntes ikke barnefysioterapeutene var et veldig vanlig problem. Flere hadde dog en følelse av at når de så slike reguleringsproblemer, så var det gjerne hos de såkalte strekkbarna og hos dem som de opplevde hadde et problem i nakkeleddene. Manuellterapeutene gav derimot uttrykk for at reguleringsproblemer var hyppig til stede ved spedbarnsasymmetri. De var i sin årsaksforklaring inne på at det sympatiske nervesystem, flere hjernenerver og segmentene i cervical- og thoracalcolumna gjensidig kan påvirke hverandre, men syntes det var vanskelig å si hva som var ”høna og egget.” Barnelegen mente at klassisk kolikk har noe med overfølsomhet i magen å gjøre, og ikke med funksjonsforandringer i nakken, og sa:

”Det er viktig å huske at 20-30 % av alle barn i denne alderen har kolikk eller er ekstra irritable og at det er en Gausskurve på alt.”

Han nevnte videre at noen strekkbarn nok kunne være ”sprutgulpere”, men synes at mange av barna som er påfallende irritable ofte har en bakenforliggende tilstand som kan forklare dette.

5.2 Hvordan begrunner forskjellige terapeuter sin diagnose og valg av behandling

5.2.1 Undersøkelse

Spontanmotorikk gikk igjen som det aller viktigste diagnostiske verktøyet både for manuellterapeutene og fysioterapeutene. Det ble lagt stor vekt på denne observasjonen, og det kom frem at dette var det essensielle i enhver undersøkelsessituasjon. De brukte også mye tid på å snakke med foreldrene både om fødsel og barnets trivsel og var spesielt observante i forhold til om asymmetriholdning ble bibeholdt i alle stillinger. En av barnefysioterapeutene oppsummerte det slik:

”Mange av disse barna kan du se er litt anspent på mors arm og du kan kanskje se en hårløs flekk og litt skjev hodefasong. Jeg ser både på aktive og passive bevegelser, tar ut den bevegelsen de har og kjenner litt på stoppfølelsen. Kan ofte lokke dem til å se begge veier, men ser at de sliter mye mer den ene veien og så spretter de tilbake andre veien, og i mageleie sliter de ofte mye.”

Barnefysioterapeutene var enige om at de i mindre grad enn tidligere fokuserte på rotasjon når de skulle bedømme nakkens bevegelighet, men var mer opptatt av tilting (sidebøyen) av hodet i forhold til nakken, og dette ble oppfattet som noe annet enn lateralfleksjon av hele nakken. Barnets evne til å flektre nakken mente de hadde stor betydning for utvikling av hodekontroll, og de uttrykte at de var spesielt observante på forøket reklinasjon(ekstensjon) av hodet i forhold til nakken.

Manuellterapeutene fortalte at de brukte sin kompetanse i spesifikk testing av ledd til å bedømme om den endrete spontanmotorikken kunne forklares ut fra nedsatt bevegelighet, først og fremst i øvre nakkeledd, men også ellers i columna samt iliosacral- og hofteledd. Nøkkelinformanten for manuellterapeutene framhevet betydningen av å bruke standardiserte tester og å gjøre det samme på alle barn, for bedre å kunne sammenligne. Videre mente informantene de forskjellige testene kunne indikere hvilket vev som forårsaket spedbarnsasymmetri, eller om det forelå annen patologi. Det ble fremhevet at det var viktig å være oppmerksom på avvik i det som forventes ved undersøkelse, og i slike tilfeller henvise barnet til barnelege:

”Hvis jeg har et barn til behandling og opplever at ting ikke passer sammen, da tenker jeg at det kan være noe helt annet og da tar jeg kontakt med legen med en gang. Først ringer jeg kanskje barnefysioterapeuten hvis de har vært der, for å høre om de har sett noe av det samme.”

5.2.2 Behandling

Informantene fra alle tre yrkesgruppene mente det aller viktigste i behandling av disse barna var å trygge foreldrene og veilede dem i håndtering og stimulering av barnet. Barnefysioterapeutene mente oppfølging av barnet skulle være individuelt tilrettelagt i henhold til hvordan både foreldrene og barna responderte. Å stimulere barnet til å oppnå midtstilling var oppfattet som viktig. Barnefysioterapeutene omtalte tiltakene som oppfølging og ikke behandling siden de i liten grad ga ”hands on”-behandling, men heller oppmuntret foreldrene til å stole på sin egen kompetanse i forhold til barnets ve og vel slik at de selv så nytten av variasjon i leie og stimulering av barnet. En av informantene sa:

”Det kan virke som at foreldre i dag stoler så mye på helsepersonell at de slutter å bruke nedarvet kunnskap og sunt vett.”

Barnefysioterapeutene opplevde at mange av disse barna lot seg stimulere til mer symmetrisk bruk av kroppen. De var samstemte i at hvis ikke barnet var bedre etter 2-3 konsultasjoner, ville de henvise barnet videre til manuellterapeut eller osteopat. Barnefysioterapeutene mente den store forskjellen når det gjelder behandling av spedbarnsasymmetri i dag kontra for ca 10 år, siden var at de hadde sluttet å tøyne. Denne oppfatningen ble støttet av manuellterapeutene. En barnefysioterapeut uttrykte det slik:

”Den største forandringen er jo at vi har sluttet å tøyne, det gjorde vi mye før, tøyde og tøyde. Det tror jeg ikke så mange gjør nå, på årsmøteseminaret kom det folk fra hele landet og da snakket vi om det. Jeg tror at tøyninger kanskje tok slutt da dette KISS-begrepet dukket opp, men også fordi vi i dag ser på barn som aktive vesener helt fra de er bitte små, i forhold til før, et passivt menneske som du kunne påføre ting. Behandlingen i dag er jo å få fram deres initiativ.”

Nøkkelinformanten fra manuellterapeutene uttrykte at behandlingstilbudet til disse barna i dag er mer variert sammenlignet med tidligere behandlingsmetoder:

”Ikke alle har forkortet muskulatur og ikke er det vitenskapelig belegg for at tøyning virker, og det er veldig ubehagelig og tidkrevende både for barnefysioterapeuten og foreldrene å gjøre dette, og da er det jo viktig at man bare gjør dette på riktig pasientgruppe.

Manuellterapeutene ønsket at barna helst skulle være 2 mnd før de ble henvist til dem, men gjorde unntak dersom barnet var spesielt urolig. Som barnefysioterapeutene poengterte de viktigheten av at foreldrene forsto hvordan de skulle håndtere barnet. Spesielt gjaldt dette de minste barna der foreldrenes endrede håndtering relativt raskt kunne gi god effekt. Manuellterapeutenes behandling besto i å normalisere nedsatt bevegelse med lett mobilisering/artikulering i tillegg til spenningsdempende teknikker og bevegelsesstimulering. De framhevet at behandlingen de ga ikke hadde noen likhetstrekk med det man hos voksne pasienter kaller manipulasjon.

”Mobiliseringsteknikkene vi bruker er en rask impuls mot leddet og kraften kan sammenlignes med den du bruker når du ringer på en dørklokke.”

Manuellterapeutene mente det optimale var å vente tre-fire uker mellom behandlingene dersom behandlingstiltak involverte barnets nakke. De anså dette området for å være sensibelt og mente det somatosensoriske systemet trengte tid for å tilpasse seg endringene som deres behandling iverksatte. Unntak fra denne regelen var hvis barnet var svært urolig. I slike tilfeller kunne de behandle på nytt etter kortere tid, men kun dersom barnet hadde hatt tydelig effekt av siste behandling. Hos disse barna fant de ofte nedsatt funksjon i thoracalcolumna, og de uttrykte at de hadde mindre betenkeligheter med å behandle hyppigere thorakalt enn cervicalt. Manuellterapeutene hevdet at reguleringsproblem ikke var et hovedpoeng, men opplevde det som positivt hvis behandlingen hadde effekt på disse plagene også. En i manuellterapigruppen uttrykte det slik:

”Det er viktig å si at det absolutt ikke bare er denne kolikken og spedbarnsuroen som er problemet. Det vi uroer oss mest for er hva som skjer dersom asymmetriene består.”

5.2.3 Mageleie

Under diskusjonen om hvilken behandling barna ble tilbudt, ble det i begge fokusgruppene engasjerte debatter om hvor mye barn burde legges i mageleie i våken tilstand. Det ble hevdet at barn med spedbarnsasymmetri ofte var ukomfortable når de ble lagt på magen og at mange fysioterapeuter var inkonsekvente når de plasserte barnet i mageleie før barnet selv kunne innta posisjonen. En av manuellterapeutene sa:

”Vi er jo alltid så nøye med at barnet selv skal kunne innta en posisjon og ikke bli tillært verken å sitte eller stå, men hvorfor sier vi ikke det når det gjelder mageleie?”

Begge gruppene trakk fram viktigheten av at barnet fikk variasjon i leie og stimulering, men opplevde at betydningen av mageleie var overdrevet. Flere av informantene opplevde at foreldre i dag er så opptatt av å følge alle anbefalinger om riktig spedbarnsstell, at de i mindre grad tør stole på sin egen kompetanse i forhold til stimulering og variasjon av barnets stilling/leie. Terapeutene pekte på at barnet selv må innta en symmetrisk midtstilling i ryggleie før det kan forventes at de skal klare mer

avanserte stillinger. For barn med spedbarnsasymmetri opplevde terapeutene ofte at mageleie kunne forsterke barnets asymmetri. En av barnefysioterapeutene sa:

”Jeg er veldig tydelig på at det ikke haster med mageleie, det har jeg også sagt til helsesøstrene. Det er altfor mye stress om dette. Barna ligger gjerne i spenn med haken fram uten å støtte seg på armene. Jeg ber mødre selv legge seg slik og kjenne hvor fort det blir ubehagelig, og da forstår de bedre.”

Gruppen av manuellterapeuter var spesielt opptatt av at begrunnelsen for hvorfor barnet trenger mageleie må være mer nyansert. De opplevde at foreldre, og ofte også helsepersonell, begrunnet dette med styrking av nakke- og ryggmuskulaturen. Både fysioterapeutene og manuellterapeutene mente mange barn, og da spesielt de med spedbarnsasymmetri, ofte hadde en økt tonus i kroppens strekkemuskler og at overdrevent mageleie derfor gjorde det vanskelig for barnet å finne balansen i midtlinjen, samt å utvikle kroppens bøyemuskler. En av manuellterapeutene sa:

”At de trenger mageleie for økt sanseintegrasjon, det er jeg ikke i tvil om men da skal det være i en situasjon hvor det er naturlig for barnet, og at det blir ledet til å komme dit og ikke snus som en pannekake. De skal være der kun så lenge som det er akseptabel kvalitet, ellers så stresser de inn enda mer postural muskulatur.”

5.2.4 Samarbeid med andre yrkesgrupper

Alle barnefysioterapeutene uttrykte at de samarbeidet med manuellterapeuter. De henviste oftest til manuellterapeut fordi de tilhører samme yrkesgruppe og kjenner dermed deres kompetanse. Dessuten har begge grupper samme oppfatning av at det er viktig med bevegelsesstimulering hos disse barna. De mente det er viktig å henvise barnet til en behandler de vet hva står for. De trakk fram at det noen ganger formidlet ulike behandlere ulike tilnærminger, og at en bedre kommunikasjon mellom behandlere var ønskelig for å sikre en enhetlig tilnærming. Dette ville også gjøre foreldrene tryggere. En av informantene trakk fram en opplevelse fra egen praksis:

”Manuellterapeuten hadde sagt til foreldrene at dette barnet trengte mye oftere fysioterapi og stimulering enn det fikk. Jeg syntes barnet trengte ro og tenkte at

obs her må vi snakke sammen. At foreldre får så forskjellige beskjeder blir så dumt.”

Denne gruppen av informanter var opptatt av at det burde finnes klarere rutiner for samarbeid og fortalte at den lokale interessegruppen for barnefysioterapeuter for tiden utarbeider en veileder for rutiner og kriterier for behandling og samarbeid for barn med spedbarnsasymmetri. En barnefysioterapeut fortalte:

”Vi har f.eks. foreslått noen kriterier for å henwise til manuellterapi: ingen bedring etter 2-3 ganger med veiledning/behandling. Dette gjelder for eksempel ved reklinasjon i nakken og mye strekk i kroppen som er vanskelig å løse opp eller hvis barnet er sensibel for håndtering, skriker mye og har vegetative reaksjoner.”

Manuellterapigruppen var veldig godt fornøyd med samarbeidet med barnefysioterapeutene, og de ønsket at barna skulle ha konsultasjon hos barnefysioterapeuten 2-3 uker etter deres behandling. En av informantene hadde sågar ansatt en barnefysioterapeut på instituttet sitt. De var opptatt av at barnefysioterapeutene hadde bedre kompetanse i bevegelsesstimulering enn dem selv. De mente videre at barnefysioterapeutenes tiltak alltid skulle være et førstevalg. En av informantene sa det slik:

”Tanken bak da vi startet med kursing av helsepersonell var at dersom tiltak satt i gang av barnefysioterapeuten ikke førte fram, så kunne vi som spesialister i ledd- og muskelproblematikk komme på banen. Litt for mange ble henvist en periode, men nå er det bedre.”

5.3 Hvilke konsekvenser mener behandlerne det kan ha om barnet ikke blir behandlet?

Barnefysioterapeutene trakk frem at fysioterapeuter har tradisjon for å ville fremme symmetri og fryktet at spedbarnsasymmetri på sikt kunne gi funksjonsproblemer. De mente derfor at det var viktig å stimulere spedbarn med asymmetri. Samtidig uttrykte de en viss frustrasjon over at det tidvis var veldig mange barn som ble henvist til dem pga dette. En informant sa:

”Hvis 20 % av barna vi får henvist er pga asymmetri, så bruker vi ganske mye resurser på det. Så er det jo veldig variabelt hvor lenge disse blir fulgt opp. Synes det blir vanskeligere og vanskeligere, spesielt når kritikken kommer om at vi behandler for mange, da synes jeg absolutt at noe må gjøres. Hvordan skal vi angripe dette videre, hvilke råd skal vi gi?!”

Også legen var opptatt av at altfor mange barn på helsestasjonen ble henvist til behandling for litt skjevheter og mente at dette bidro til å sykeliggjøre et normalt fenomen. Han sa:

”Hvor mye sykeliggjør vi normalfenomener og hvor mye hysteri kan vi skape? Jeg tror ikke disse skjevhetene består, det tror jeg er ekstremt sjeldent.”

Han viste til at det ikke er godt nok dokumentert at spedbarnsasymmetri eller nedsatt motorisk kompetanse har noen betydning for barnets framtid. Han trakk paralleller til barn med lette hofteladdsdysplasier hvor studier har vist at det går like bra med disse barna uansett om man legger dem i abduksjonspute eller ikke. Han mente videre at nedsatt motorikk hos litt større barn har en genetisk årsaksforklaring og at for mye fokus på behandling kan gi barna en negativ mestringsfølelse.

Manuellterapeutene var opptatt av at spedbarnsasymmetri som begrep ikke var det viktigste, men at barnet skulle ha så kvalitativt god funksjon som mulig. De støttet seg til sin lære innen manuellterapi og medisin som sier at feilbelastning og overbelastning i vevet er to hovedårsaker til smerter i muskel- og skjelettsystemet, og feilbelastning oppstår når det er en ubalanse i systemet, for eksempel en asymmetrisk posisjon eller endret tonus. Når det gjaldt sammenhengen mellom spedbarnsasymmetri og motoriske og kognitive ferdigheter, sa en av manuellterapiinformantene det slik:

”Asymmetri kan på et senere tidspunkt resultere i manglende kvalitet på motorikken. Dette kan føre til at muskler og ledd og dermed proprioepsjonen ikke fungerer optimalt. Før har vi nok tenkt at det er en direkte sammenheng mellom nedsatt motorikk og andre kognitive ferdigheter, men det er jo den store diskusjonen nå de senere årene. Fagfolkene finner ingen klar årsakssammenheng, men de mener det høyst sannsynlig er dette med mestringssevnen som er så viktig for motivasjonen til å lære ferdigheter.”

Manuellterapigruppen trakk fram at barnets uro, gråt og urolige søvn over tid kunne slite på familiens generelle samliv og trivsel, og dersom deres behandling kunne hjelpe på dette, var det god nok indikasjon i seg selv. At behandling ofte hjalp på ammeproblemer, så de også som et viktig argument for å behandle barna mens de var små. En av manuellterapeutene sa:

”Jeg tenker på at mange av disse sliter fælt med gråt og kolikk, så hvis jeg kan løse et problem som gjør at barnet kanskje sover bedre, så hjelper jeg også disse stakkars foreldrene. De har jo dårlig samvittighet for alt og alle og prøver alt. Da mener jeg dette er god terapi.”

6 Diskusjon

6.1 Diskusjon av resultatene

Hensikten med min studie var å finne ut hvilke erfaringer og oppfatninger forskjellig helseprofesjoner har når det gjelder begrepsbruk, diagnostisering og behandling av spedbarnsasymmetri. Studien viste et stort samsvar mellom fysioterapeutene og manuellterapeutene både når det gjelder begrepsbruk, diagnostisering og oppfølgingstiltak. Informantene så på kvalitativt god funksjon og motorikk som det viktigste og forholdt seg mindre til begreper som frisk kontra syk. Studien gir også indikasjoner på at det er et etablert samarbeid mellom mange barnefysioterapeuter og manuellterapeuter når det gjelder diagnostisering og behandling av spedbarnsasymmetri. Pediateren i studien brukte andre begreper og forklaringsmodeller og hadde et annet syn på behovet for oppfølging av denne gruppen barn.

6.1.1 Begrepsbruk

Fysioterapeutene og manuellterapeutene i denne studien bruker i dag begrepet spedbarnsasymmetri på det de tidligere ville kalt torticollis. De mente torticollis kun ga assosiasjoner til MMT med skade i muskulaturen, mens asymmetribegrepet ble oppfattet som et beskrivende begrep der diagnosen ble satt på bakgrunn av funn i undersøkelsen. De mente det var viktig å identifisere undergrupper av denne tilstanden slik at riktig behandling kunne skreddersys hvert enkelt barn. Der manuellterapeutenes undersøkelse konkluderte med endret mobilitet i barnets nakkeledd, ble begrepene

funksjonsforandring eller dysfunksjon brukt. Disse funnene er i samsvar med Mordt (2008) og Biedermann (2004) som hevdet at funksjonsnedsettelse i øvre nakkeledd kunne være en subgruppe innenfor torticollis/spedbarnsasymmetri. Begrepet KISS ble sjeldnere brukt fordi det knytter seg stor grad av usikkerhet og misforståelser til hva som egentlig ligger i begrepet. Det ble kommentert at KISS, samt begrepet favorittside, i dag brukes mest av foreldre og helsesøstre. Forøket strekk mente de fleste fysioterapeutene og alle manuellterapeutene burde defineres som spedbarnsasymmetri, og de brukte da betegnelsen strekkbarn. Barnelegen som ble intervjuet brukte ikke begrepet asymmetri ved skjevhet i nakke og hode i det hele tatt, og mente at plagiocephalgi er den vanligste benevnelsen.

Informantene uttrykte frustrasjon over varierende begrepsbruk og opplevde at helsepersonell, også innefor samme yrkesgruppe, bruker forskjellige begreper og har ulik oppfattelse av hva som ligger i begrepene som omfattes av spedbarnsasymmetri. Dette er funn som samsvarer med aktuell litteratur om emnet (ref. kap.2.1) og som støttes av funn i to oversiktartikler der definisjon av begrepene asymmetri og torticollis diskuteres, og der det konkluderes med at det ikke finnes noen konsensus verken på definisjon, nomenklatur eller klassifikasjon (Nuysink, van Haastert, Takken, & Helders, 2008; van Vlimmeren, Helders, van Adrichem, & Engelbert, 2004).

6.1.2 Årsaksforklaring

Barnelegen som ble intervjuet i studien mente at tilstanden oftest oppsto intrauterint, enten i form av trange forhold eller ved en rift i SCM. Videre mente han at barnets myke hodeskalle lett kunne føre til spedbarnsasymmetri ved ensidig leie.

Manuellterapeutene og fysioterapeutene trodde i mindre grad at spedbarnsasymmetri oppsto pga ensidig leie, men heller som svar på manglende bevegelse, men at allerede oppstått problem kunne bli forsterket samt vedlikeholdes av at barna nå sover på ryggen. Disse informantene framholdt videre at de svært sjeldent så skade i SCM, men støttet likevel legens opplevelse av at spedbarnsasymmetri for mange oppsto intrauterint. De hadde derimot et større fokus på tøffe fødsler som årsaksforklaring, og flere trakk spesielt fram langvarige fødsler.

Ifølge pensumlitteratur ved videreutdanning i fysioterapi for barn, er palpabel fortykning og forkortet SCM pga kompresjon eller ischemi, oppstått intrauterint eller under fødselen, oppgitt som vanligste funn ved medfødt muskulær torticollis (Karmel-Ross, 2006). Dette er ikke i samsvar med utsagn fra fysioterapeutene og manuellterapeutene i min studie, som framholdt at de svært sjeldent hadde kjent en palpabel fortykkelse i SCM. Manuellterapeutene framholdt at hele segmentet, altså muskler, ledd og nerver er en enhet og at endret proprioceptiv aktivitet kan forklare endret spenning i SCM ved spedbarneasymmetri. Innenfor behandling av voksne er dette en akseptert forklaringsmodell for nedsatt funksjon av columnas ledd (Cyriax, 1982; Salter, 1983) og i tråd med teoriene til Biedermann (2004), som peker ut barnets suboccipitale område som spesielt sårbart og at ugunstig påvirkning av dette området kan forklare spedbarnsasymmetri. Kanskje er det Cheng kaller postural torticollis uten forkortning eller palpabel fortykning av SCM (Cheng, Tang, Chen, Wong, & Wong, 2000) det samme som manuellterapeutene i studien beskriver som endret spenning i SCM pga endret proprioceptiv aktivitet, som svar på funksjonsnedsettelse i øvre nakkeledd?

6.1.3 Reguleringsproblemer

Barnefysioterapeutene hadde bred erfaring med behandling av spedbarnsasymmetri, og syntes i liten grad at reguleringsproblemer (uro, kolikk, gulping) var fremtredende symptom. Dette ble forklart med at barn som hadde slike reguleringsforstyrrelser ofte ble henvist videre til manuellterapi. Manuellterapeutene opplevde derimot at mange av barna med spedbarnsasymmetri også hadde reguleringsproblemer. En mulig forklaring på dette kan være at reguleringsproblem er til stede hos barn med funksjonsnedsettelse i øvre nakkeledd. En slik sammenheng bekreftes i Biedermanns teorier (Biedermann, 2004). Legen på sin side mente at reguleringsproblem ikke hadde sammenheng med asymmetri, men at slike symptomer var normale for ca 20 % av spedbarna. Dette støttes av Den Norske Lægeforenings veileder for kolikk (2009) som viser til en prevalens på 8-40 % for kolikksymptomer, men påpeker videre at årsaksammenhengen ikke er klarlagt (Størdal, 2010).

6.1.4 Undersøkelse

Informantene var opptatt av at spedbarnsasymmetri krevde grundig undersøkelse for å sikre at riktig behandling ble iverksatt. Observasjon av barnets spontanmotorikk samt foreldrenes anamnese ble framholdt av både fysioterapeutene og manuellterapeutene som det aller viktigste. Barnefysioterapeutene var spesielt opptatt av om asymmetrien ble bibeholdt i alle stillinger, deres undersøkelse besto i forfølgelse av funn og de framholdt at de ikke hadde kjennskap til klare diagnostiske kriterier for bedømming av spedbarnsasymmetri. Studier viser til testmetoder ved bruk av goniometer, vinkelmål og videoanalyse (Klackberg,E; Ohman,2008; 2005; Philippi, 2006) for å bedømme nakkens bevegelse hos spedbarn, men informantene i denne studien brukte ikke slike hjelpemidler. Manuellterapeutene brukte spesifikke tester (Mordt, 2008) i sin undersøkelse av barna, og var spesielt observante på hodets mobilitet i forhold til nakken. De presiserte også viktigheten av å undersøke hele barnet og ikke bare nakken. Studien viste at manuellterapeutene og barnefysioterapeutene var samstemte i sine undersøkelser og at helheten i barnets motoriske ferdigheter var viktigere enn hvert spesifikt funn. Informantenes utsagn peker på viktigheten av å utvikle veiledere og diagnostiske kriterier for å bedømme spedbarnsasymmetri. På tross av Kunnskapscenterets konklusjon om at det ikke foreligger rådende diagnostisk gullstandard for å avdekke om det foreligger funksjonsforstyrrelse i øvre nakkeledd ved spedbarnsasymmetri trakk rapporten fram Mordts studie (2008) om intertester-reliabilitet av manuellterapeutisk klassifisering som spesielt interessant (Brurberg, 2009).

6.1.5 Behandling

Alle informantene mente at det å trygge foreldrene var det viktigste i arbeidet med spedbarnsasymmetri. Flere uttrykte bekymring over at mange foreldre i dag i mindre grad enn tidligere stoler på sin egen kompetanse når det gjelder håndtering av spedbarn, og i mindre grad kan støtte seg til nedarvet kunnskap. Barnefysioterapeutene hadde erfaring med at mange barn raskt fikk innarbeidet symmetri ved hjelp av relativt enkle stimuleringstiltak og gjennom veiledning av foreldrene. Dette samstemmer med funn fra van Vlimmeren og medarbeidere (2008) der fysioterapiintervensjonen besto av foreldreveiledning og bevegelsestrening, og ble avsluttet når barnet oppnådde symmetri. For flere av barna i denne studien var behandlingstiden kortere enn forventet. Studien

viste også at fysioterapitiltakene hadde signifikant bedre effekt på ”positional preference” enn for gruppen som bare fikk råd via en brosjyre (van Vlimmeren, 2008).

Dersom tiltakene ikke gir resultater etter 2-3 konsultasjoner velger barnefysioterapeutene ofte å henvise barna videre til manuellterapeut. Ved nedsatt funksjon i columnas ledd valgte manuellterapeutene å bruke lette mobiliserende og muskelrelakserende teknikker. Det finnes i dag ingen retningslinjer eller forskning som støtter manuellterapi som behandling for spedbarnsasymmetri (Brurberg,2009). Likevel kan det synes som om samarbeidet mellom barnefysioterapeuter og manuellterapeuter har økt i omfang. Barnefysioterapeutene fortalte at den lokale interessegruppen for barnefysioterapi jobber med å utarbeide en veileder for rutiner, og kriterier for behandling og samarbeid for barn med spedbarnsasymmetri. De hevdet videre at i løpet av den tiden de hadde jobbet med barnefysioterapi, hadde de sluttet å bruke tøyeteknikker for å påvirke bevegelighet. Dette er i tråd med forskning de siste årene som viser at tøyning generelt ikke har effekt på muskelens lengde (Weppler, 2010). Lærebøker som er pensum innenfor fysioterapi (Beckung, 2002;Karmel-Ross, 2006) hevder derimot at det er god effekt av tøyning ved muskulær torticollis. Informantenes utsagn og van Vlimmerens studie (2008) kan likevel tyde på at spedbarnsasymmetri kan normaliseres uten å benytte langvarige og ofte smertefulle tøyingsopplegg.

6.1.6 Mageleie

Spørsmålet om barnet skal ligge i mageleie i våken tilstand var gjenstand for engasjert debatt blant informantene i denne studien. Det var enighet om at det var viktig å variere barnets leie, men at den ensidige vektleggingen av mageleie var overdrevet. Manuellterapeutene var spesielt opptatt av at begrunnelsen for å ligge på magen var sanseintegrasjonen i denne stillingen, ikke at de skulle bli sterke i rygg- og nakkemusklene. For mye mageleie kunne i enkelte tilfeller forsterke en økt tonus i kroppens strekkemuskler og forsinke fleksormuskelenes utvikling og dermed vanskeliggjøre et flektert og stabilt ryggleie. som hevdes å være basis for utvikling av god motorisk kontroll (Fadnes, 2006). Informantene kommenterte at fysio- og manuellterapeuter ofte er inkonsekvente når de anbefaler at spedbarn skal ligge mye på magen før de selv kan innta posisjonen, samtidig som de forfekter at barn generelt ikke

skal plasseres i en posisjon de ikke kan innta på egen hånd. Umiddelbart kan informantenes skepsis mot mageleie virke motstridende i forhold til van Vlimmerens (2008) anbefalinger om minimum fem minutter mageleie minst tre ganger om dagen ved spedbarnsasymmetri. Terapeutenes fokus på overdrevent mageleie kan tolkes som at de er opptatt av kvaliteten i barnets mageleie og at det ved spedbarnsasymmetri ofte kan være vanskelig å få dette til. Dette samsvarer med Grøntoft som sier det er viktig å vente på barnets egenutvikling og at bøyemønster, symmetri og ro i ryggeleie gir det grunnlaget som trengs for at barnet kan mestre mageleie (Fadnes, 2006). Legen var opptatt av at mageleie var en naturlig del av barnets varierte leie, men at viktigheten av det nok var noe overdrevent.

6.1.7 Hvilke konsekvenser mener behandlerne det kan ha om barnet ikke blir behandlet?

Pediateren mente at lett asymmetri er et normalfenomen som for de aller fleste retter seg uten andre tiltak enn foreldreveiledning, og at fokuset på dette skaper ubegrunnet redsel og hysteri hos foreldrene. I van Vlimmerens randomiserte kontrollerte studie (2008) ble det derimot konkludert at barn som får fysioterapitiltak for sin ”positional preference of head” oppnår symmetri raskere enn de som bare får foreldreveiledning. Spesielt manuellterapeutene i min studie hadde en klar oppfattelse av at ubehandlet spedbarnsasymmetri kan føre til problemer som kvalitativt dårlig motorikk, som igjen kan gi muskel- og skjelettplager på sikt. Informantenes antagelser om at god motorisk kompetanse for mange barn gir økt motivasjon og mestringsevne, noe som igjen kan påvirke barnet både sosialt og kognitivt, støttes av flere forfattere (Haga & Sigmundsson, 2004; Steine, 2010; Fadnes, 2006). Når det gjelder nødvendigheten av å behandle barnas reguleringsproblemer, mente manuellterapeutene det var viktig å ivareta familiens samliv, noe som er i tråd med en studie som så på hvordan mødre til spesielt urolige barn mestret livet sitt (Kurth, 2009).

6.2 Diskusjon av metoden

6.2.1 Validitet og reliabilitet

Malterud (2003) framhever at enhver kunnskapsutvikling handler om å få fram en mest mulig relevant versjon av den virkeligheten vi vil undersøke. Resultatene i denne

studien bygger på utsagn fra 16 informanter og studiens gyldighet må sees i lys av dette. Det kan tenkes at fokusgruppene i min studie var representative for sitt lokale miljø og at grupper i andre byer ville gitt andre svar. I studien var det også bare én representant for det pediatrike miljøet og det er tenkelig at en fokusgruppe med barneleger ville gitt andre svar. Utvikling av kunnskap i kvalitative studier skal videre være systematiske og refleksive og prosessen skal være åpen for innsyn (Malterud, 2003). For å sikre at informantenes erfaringer var riktig gjengitt, ble som Malterud (2003) anbefaler, resultat- og diskusjonsdelen diskutert med to av barnefysioterapeutene og to av manuellterapeutene. Det hadde vært ønskelig at alle deltagerne hadde lest dette, men det ble for tidkrevende.

Halkier (2010) viser til Goffmans teorier om samhandling der det hevdes at folk prøver å opprette en fortelling om seg selv. Jeg var derfor oppmerksom på at deltagerne sa kanskje vel så mye dreide seg om posisjonering i gruppen som selve innholdet i utsagnet. Videre sier Hallkier (2010) at når en gruppe diskuterer seg fram til enighet om noe, så kan dette like gjerne dreie seg om et ønske om å gjenopprette en del av de sosiale relasjonene i gruppen. Spesielt i fokusgruppen med manuellterapeuter prøvde jeg å være dette bevisst ettersom jeg hadde kunnskap om at noen informanter var erfarne både som kursledere og i arbeid med spedbarnsasymmetri mens andre var litt mindre erfarne terapeuter.

6.2.2 Forskerrollen

Målet ved kvalitative forskningsdesign er å komme fram til ny kunnskap. Gjennom analysen skal materialet kunne lede fram til nye beskrivelser, nye begreper eller nye teoretiske modeller. Det vesentlig for meg var å få fram informantenes budskap og legge til side min egen forforståelse av temaene og bruke de innsamlede data til å utvikle nye beskrivelser av et fagfelt som foreløpig er lite beskrevet (Malterud, 2003). Siden jeg både var uerfaren som intervjuer og sterkt faglig engasjert i problemområdet, innser jeg at det kan ha vært vanskelig å innta den distansen som er viktig både under intervjuene og gjennom analysearbeidet. Malterud (2003) sier dog at innen moderne vitenskapsteori så er forestillingen om en nøytral forsker umulig, og videre at det ikke er et spørsmål om hvorvidt en forsker påvirker prosessen, men hvordan. Jeg prøvde å

være bevisst mitt kroppsspråk og framstå som en nøytral og interessert lytter. Jeg innser at informantene kan ha svart slik de tenkte var mest korrekt og at jeg ved spørsmål som ble stilt eller ikke stilt kan ha provosert fram en bestemt type data. Wibeck (2000) viser til at selv ved sitt blotte nærvær vil moderator påvirke fokusgruppen på en eller annen måte.

Siden jeg selv behandler barn i mitt yrke som manuellterapeut, var jeg i intervjuene med barnefysioterapeutene og legen særlig oppmerksom på egne følelser som kunne fremkomme dersom informantene reiste kritikk mot min egen yrkesgruppe. Dette mener jeg ble ivaretatt ved at jeg valgte deltagere som jobbet i en annen by enn meg selv og hvor jeg ikke kjente fagmiljøene så godt. Det hadde vært ønskelig at også manuellterapeutene var ukjente for meg, men dette lot seg ikke gjøre på grunn av tidsrammen for et mastergradsprosjekt og for at dette miljøet er lite og oversiktlig. På den annen side kan min kunnskap om feltet ha bidratt til at jeg stilte relevante spørsmål og dermed kunne få frem relevant kunnskap.

7 Konklusjon

Denne studien bekrefter inntrykket av at spedbarnsasymmetri er et *”kjært barn med mange navn”*. Informantene opplevde at det i dag hersker forvirring i forhold til begrepsbruk og hva de forskjellige profesjonene og ulike behandlere legger i begrepet. De mente at spedbarnsasymmetri er et beskrivende begrep som krever diagnostisering i undergrupper ut fra hvilke årsaksforhold som forårsaker symptomene. Begrepet KISS mente de satte i gang viktige diskusjoner, men betegnelsen har også skapt forvirring og misforståelser, og informantene bruker i mindre grad denne betegnelsen nå.

Barnefysioterapeutene erfarte at mange barn lot seg stimulere til symmetri gjennom enkle tiltak, men dersom tilfredsstillende effekt ikke var oppnådd etter 2-3 konsultasjoner, henviste de barnet oftest til manuellterapeut. Videre pekte de på at et etablert samarbeid mellom fysioterapeuter og manuellterapeuter er i ferd med å vokse frem, og framholdt at deres behandling av spedbarnsasymmetri de siste årene har endret seg. De framholdt spesielt at de ikke lenger bruker tøyeteknikker for å bedre nakkens bevegelighet. Informantenes behandlingspraksis for denne gruppen barn er dermed ikke lenger i samsvar med pensumlitteratur på dagens fysioterapiutdanning, verken på

bachelornivå eller innen videreutdanning i fysioterapi for barn. Legen som ble intervjuet i studien, mente at det forelå for lite forskning som støtter nødvendigheten av å behandle spedbarnsasymmetri, og han var av den oppfatning at mye av dette var normalfenomener og at dagens fokus ikke er av det gode, men skaper unødig redsel og hysteri blant småbarnsforeldre.

Begrunnelsen for å behandle spedbarnsasymmetri var for manuellterapeutene og fysioterapeutene forankret i at de opplevde asymmetri som selve fundamentet innefor fysioterapeutisk praksis, og at de hadde en forståelse av at ubehandlet spedbarnsasymmetri på sikt kunne føre til dårlig motorikk og mulige muskel- og skjelettplager.

7.1 Veien videre

Denne studien viser at det er behov for å kategorisere spedbarnsasymmetri i subgrupper. Samt og enes om begrep og diagnoser som forstås likt av alt helsepersonell. Det bør derfor nedsettes en tverrfaglig konsensusgruppe som kan utarbeide en felles begrepsforståelse og en diagnostisk gullstandard. Dette anser jeg som en viktig basis og nødvendighet for videre forskning som igjen kan avdekke om og når spedbarnsasymmetri er et behandlingstrengende fenomen, samt hvilke behandlingstiltak som skal iverksettes.

8 Referanseliste

- Biedermann, H. (2004). *Manual therapy in children*. Edinburg: Churchill Livingstone.
- Boere-Boonekamp, M. M. & van der Linden-Kuiper LT LT (2001). Positional preference: prevalence in infants and follow-up after two years. *Pediatrics*, 107, 339-343.
- Brodal, P. (2007). *Sentralnervesystemet*. (4. utg ed.) Oslo: Universitetsforl.
- Brurberg, K. G., Reinar, L. M., Myrhaug, H. T., & Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten medisinsk metodevurdering, S. f. h. n. o. d. a. D. f. k. (2009). Diagnostikk og behandling av spedbarn med mistanke om funksjonsforstyrrelser i øvre nakkeledd.
- Celayir, A. C. (2000). Congenital muscular torticollis: early and intensive treatment is critical. A prospective study. *Pediatr.Int.*, 42, 504-507.
- Cheng, J. C., Tang, S. P., Chen, T. M., Wong, M. W., & Wong, E. M. (2000). The clinical presentation and outcome of treatment of congenital muscular torticollis in infants--a study of 1,086 cases. *J.Pediatr.Surg.*, 35, 1091-1096.
- Cheng, J. C., Wong, M. W., Tang, S. P., Chen, T. M., Shum, S. L., & Wong, E. M. (2001). Clinical determinants of the outcome of manual stretching in the treatment of congenital muscular torticollis in infants. A prospective study of eight hundred and twenty-one cases. *J.Bone Joint Surg.Am.*, 83-A, 679-687.
- Cyriax, J. (1982). *Diagnosis of soft tissue lesions*.
- Dahl, H. A., Holter, A., Rinvik, E., & Olsen, B. R. (1976). *Menneskets anatomi med hovedvekt på bevegelsesapparatet*. Oslo: J. W. Cappelen.
- Danielsen, K. (9 A.D.). Manipulasjonsbehandling på nakkeledd hos spedbarn. <http://www.dagensmedisin.no/debatt/2009/11/03/manipulasjonsbehandling-pa/index.xml> [Electronic version].
- de Chalain, T. M. & Park, S. (2005). Torticollis associated with positional plagiocephaly: a growing epidemic. *J.Craniofac.Surg.*, 16, 411-418.
- Golden, K. A., Beals, S. P., Littlefield, T. R., & Pomatto, J. K. (1999). Sternocleidomastoid imbalance versus congenital muscular torticollis: their relationship to positional plagiocephaly. *Cleft Palate Craniofac.J.*, 36, 256-261.
- Haga, M. & Sigmundsson, H. (2004). *Motorikk og samfunn en samfunnsvitenskapelig tilnærming til motorisk atferd*. Oslo: Sebu forl.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Heidal, S., Dancke, E., & Martinsen, M. (2001). Har fysioterapi effekt på medfødt muskulær torticollis hos barn fra null til to år? *Fysioterapeuten* 14.

Ref Type: Abstract

Hutchison, B. L., Stewart, A. W., de Chalain, T. B., & Mitchell, E. A. (2010). A randomized controlled trial of positioning treatments in infants with positional head shape deformities. *Acta Paediatr.*

Iversen, S. (1997). *Evaluering av motorisk screening for 6 åringer i Stavanger kommune.*

Karmel-Ross, K. (2006). Congenital Muscular Torticollis. In *Physical therapy for children*. (3 ed., pp. 359-380). **Philadelphia**: Elsevier Saunders.

Klackenberg, E., Elfving, B., Haglund-Åkerlund, Y., & Carlberg, E. (2005). Intra-rater reliability in measuring range of motion in infants with congenital muscular torticollis. *Advances in Physiotherapy* 7, 84-91.

Ref Type: Abstract

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Littlefield, T. R., Kelly, K. M., Pomatto, J. K., & Beals, S. P. (2002). Multiple-birth infants at higher risk for development of deformational plagiocephaly: II. is one twin at greater risk? *Pediatrics*, 109, 19-25.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning en innføring*. (2. utg ed.) Oslo: Universitetsforl.

Mathisen, E. (2010). Manuellterapeuter som behandler barn. <http://www.manuellterapi.no/default.aspx?sid=85> [Electronic version].

Mordt, A. C. (2008). Hva kjennetegner spedbarn med KISS?

en intertester-reliabilitet av manuellterapeutisk klassifisering [Computer software]. Bergen: A.C. Mordt.

Nuysink, J., van Haastert, I. C., Takken, T., & Helders, P. J. (2008). Symptomatic asymmetry in the first six months of life: differential diagnosis. *Eur.J.Pediatr.*, 167, 613-619.

Postholm, M. B. (2005a). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ritzmann, D. (2004). Birthing interventions and the newborn cervical spine. In *Manual Therapy in Children* (pp. 75-84). Churchill livingstone.

Sacher, R. (2004). [The postnatal development of the frontal axial angle of the occipitoatlantal complex]. *Rofo*, 176, 847-851.

Salter, R. B. (1983). *Textbook of disorders and injuries of the musculoskeletal system an introduction to orthopaedics, fractures and joint injuries, rheumatology, metabolic bone disease and rehabilitation*. (2nd ed ed.) Baltimore: Williams & Wilkins.

Schertz, M., Zuk, L., Zin, S., Nadam, L., Schwartz, D., & Bienkowski, R. S. (2008). Motor and cognitive development at one-year follow-up in infants with torticollis. *Early Hum.Dev.*, 84, 9-14.

Schjetlein, E. E. & Mossige, H. (1997) *Fra menneskekryp til gående barn : observasjon og forståelse av barns bevegelsesutvikling fra 0-15 måneder*, 2. . utg. Oslo, Universitetsforlaget.

Sergueef, N., Nelson, K. E., & Glonek, T. (2006). Palpatory diagnosis of plagiocephaly. *Complement Ther.Clin.Pract.*, 12, 101-110.

Slate, R. K., Posnick, J. C., Armstrong, D. C., & Buncic, J. R. (1993). Cervical spine subluxation associated with congenital muscular torticollis and craniofacial asymmetry. *Plast.Reconstr.Surg.*, 91, 1187-1195.

Stellwagen, L., Hubbard, E., Chambers, C., & Jones, K. L. (2008). Torticollis, facial asymmetry and plagiocephaly in normal newborns. *Arch.Dis.Child*, 93, 827-831.

Ullrich, M., Iversen, S., Bjarkøy, T., & Strate, A. (1-10-2009). Omfang av henvisning av spedbarns asymmetri til enhet for fysioterapi.

Ref Type: Personal Communication

van Vlimmeren, L. A., Helders, P. J., van Adrichem, L. N., & Engelbert, R. H. (2004). Diagnostic strategies for the evaluation of asymmetry in infancy-a review. *Eur.J.Pediatr.*, 163, 185-191.

van Vlimmeren, L. A., Helders, P. J., van Adrichem, L. N., & Engelbert, R. H. (2006). Torticollis and plagiocephaly in infancy: therapeutic strategies. *Pediatr.Rehabil.*, 9, 40-46.

van Vlimmeren, L. A., van der Graaf, Y., Boere-Boonekamp, M. M., L'Hoir, M. P., Helders, P. J., & Engelbert, R. H. (2008). Effect of pediatric physical therapy on deformational plagiocephaly in children with positional preference: a randomized controlled trial. *Arch.Pediatr.Adolesc.Med.*, 162, 712-718.

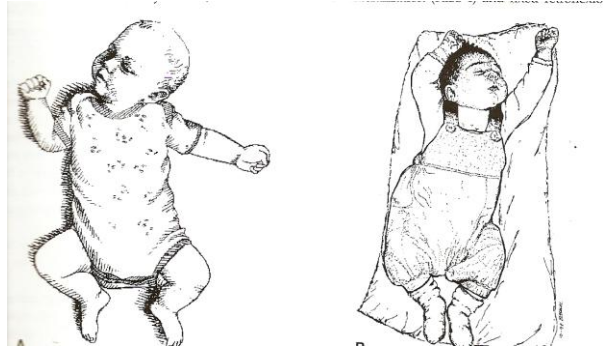
Weppler, C. H. & Magnusson, S. P. (2010). Increasing muscle extensibility: a matter of increasing length or modifying sensation? *Phys.Ther.*, 90, 438-449.

9 Vedlegg

Vedlegg 1

9.1 Forespørsel om deltagelse i et forskningsprosjekt

Tittel: Spedbarnsasymmetri, kjært barn mange navn?



Bakgrunn

I forbindelse med min mastegradsstudie ved Universitetet i Bergen ønsker jeg å undersøke hvilke erfaringer barnelege, barnefysioterapeuter og barnemanuellterapeuter har med begrepsbruk, diagnostisering og behandling av spedbarnsasymmetri.

Tradisjonelt har de fleste med spedbarnsasymmetri fått diagnosen muskulær torticollis og behandlingen har bestått av tøyninger og bevegelsesstimulering.

I den senere tid har flere stilt spørsmål om det kan være andre årsaker til asymmetriene. Biomekaniske og nevrofysiologiske forklaringsmodeller har blitt nevnt. Begrepet KISS (Kopfgelenk Induzierte Symmetrie Störung) som oversatt til norsk vil bety funksjonsforstyrrelse i øvre nakkeledd brukes av enkelte behandlere og av mange foreldre. Behandlingen består av lette mobiliserende og spenningsdempende teknikker utført av manuellterapeuter med videreutdanning innen behandling av barn. De aller fleste barna behandles samtidig med bevegelsestimulering av helsestasjonens fysioterapeuter. Jeg har siden 2003 jobbet med manuellterapibehandling av

”ikke-nevrologisk” spedbarnsasymmetri, og har i hele denne perioden hatt et tett, lærerikt og faglig utviklende samarbeid med mange barnefysioterapeuter.

Hensikten

Hensikten med dette studiet er å få økt kunnskap om hvilke begreper, diagnostiske kriterier og behandling som brukes på barn med asymmetri/ torticollis i Norge i dag. Har vi flere benevnelser på samme barn eller snakker vi om forskjellige subgrupperinger? Har vi forskjellige forklaringsmodeller på problemet, eller observerer og vektlegger vi forskjellige ting. Hvordan begrunner de forskjellige fysioterapeutene sitt valg av behandling? Hva er det som gjør at det selv innen området barnefysioterapi finnes så forskjellige holdninger og erfaringer med disse barna? Er spedbarnsasymmetri et problem for barnas videre utvikling?

Jeg opplever at erfarne barnefysioterapeuter, barnemanuellterapeuter og barneleger sitter inne med bred kompetanse om det aktuelle problemområdet og jeg ønsker derfor å intervju disse yrkesgruppene.

Hva innebærer studien?

Studien skal gjennomføres som 2 fokusgruppeintervju samt et dybdeintervju av en erfaren barnelege og en manuellterapeut som kunne anses som ekspert på feltet spedbarnsasymmetri.

Gruppe A vil bestå av 6-8 barnefysioterapeuter med bred erfaring innenfor behandling av spedbarnsasymmetri. Intervjuet vil finne sted i Bergen.

Gruppe B av 6-8 manuellterapeuter med erfaring innenfor aktuelt problemområde. Intervjuet vil finne sted i Oslo

Du er aktuell som deltager i studiet dersom du har bred erfaring innen diagnostisering og behandling av barn med asymmetriproblemer. Det er ønskelig at du i minimum 3 år har jobbet med barn under skolealder og at du har jobbet over en lengre periode ved samme institusjon.

Til denne gruppen søker vi både fysioterapeuter som benytter tradisjonell fysioterapibehandling av asymmetriske barn uten samarbeid med manuellterapeuter samt fysioterapeuter som har et tett samarbeid med manuellterapeuter.

Fokusgruppemøtet vil vare ca 1,5 timer. I tillegg til undertegnede og de andre deltagerne vil min veileder være tilstede som ko-moderator. For å ivareta all informasjon som framkommer vil intervjuet bli tatt opp på bånd.

Tidspunkt: August-september 2010

Dersom du ønsker å delta i prosjektet:

Ta kontakt med undertegnede hos

Informasjonen som samles inn vil bli aidentifisert og oppbevart på forsvarlig vis. Lydopptak slettes etter studiets slutt.

Ansvarlig for studien er

Prosjektet planlegges avsluttet høsten 2010

Frivillig deltagelse

Det er helt frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta, underskriver du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du sier ja til å delta kan du senere trekke tilbake samtykket uten å oppgi grunn

Flere spørsmål?Dersom dere har flere spørsmål kan dere kontakte undertegnede

Vennlig hilsen

9.2 Samtykkeerklæring

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og lest informasjon om studien ” *Spedbarnsasymmetri, kjært barn med mange navn?* og forstår hva deltagelse i prosjektet innebærer.

Jeg samtykker i å delta i prosjektet.

Sted og dato:

Signatur:.....

Opplysninger:

Navn:

Mail:

Telefon;

9.3 Intervjuguide

INTERVJUGUIDE til bruk ved fokusgruppeintervju og dybdeintervju

Tenker å diskutere rundt disse tre hovedemnene. Prøve at de kommer innom de fleste av underpunktene.

A) Årsaksforhold, begrepsbruk og diagnostisering

- Hva tenker dere kan være årsaker til spedbarnsasymmetri?
- Hvilket vev tenker dere er involvert?(lokale muskulære forhold, nevroanatomy, biomekanikk, skjev skalle,)
- Hvordan forklarer dere at dette kan gi spedbarnsasymmetri?
- Hvilke begreper/betegnelser eller diagnoser er dere kjent med at det brukes du på disse barna?
- Hvilke betegnelser bruker dere selv?
- Hvordan vil dere beskrive typisk spedbarnsasymmetri.
- Noen barn virker veldig sterke og har mye strekk, hva tenker dere om årsaken til det? Bruker dere begrepet spedbarnsasymmetri her?
- Har dere noen tanker rundt innføringen av ”sove på ryggen kampanjen” med tanke på utvikling av spedbarnsasymmetri?
- I en del litteratur beskrives det at barn med asymmetri har andre vansker/problemer i tillegg. Hvilke erfaringer har dere med det? (reguleringsvansker i form av gråt, uro, søvn, ammeproblemer)
- Hva tenker dere kan være årsakene til reguleringsproblemene/ hvordan forklare det?
- Hvordan går dere fram i undersøkelsen av disse barna, hva legger dere vekt på?(anamnese, tester, motorisk funksjon?)

B) Behandling /oppfølging av barna?

- Hvilke typer behandling tilbyr dere spedbarnsasymmetri?
- Kjenner dere til om det finnes veiledere og standardprosedyrer for behandling av denne problemstillingen hos forskjellige helsepersonell som jobber med spedbarn? (eller varierer behandlingene mye?)
- Hvilken rolle har foreldrene?(håndtering og samspill)
- Mange som jobber med spedbarn sier at barnet skal legges så tidlig som mulig på magen i våken tilstand. Hvilke tanker har dere om dette?
- Hvilke andre fagpersoner samarbeider dere med vedr oppfølging av disse barna.
- Kan dere si noe om hvilken erfaring dere har vedrørende samarbeid om oppfølgingen av disse barna (positive-negative, for foreldrene)

C) Asymmetri et problem?

- Hva tenker dere om behovet for å behandle spedbarnsasymmetri?
- Hva tenker dere om at man innenfor fysioterapi/manuellterapi er så opptatt av symmetri og derfor vil behandle asymmetrier?
- Hvilke erfaringer har dere om hvordan det går med disse barna på sikt.
- Deres tanker rundt omfanget av behandling av spedbarnsasymmetri?(for mange ,for få ,blir noen bra av seg selv?)
- Hva tenker dere rundt innføringen av begrepet KISS/KIDD?
- Hvordan opplever dere at foreldrene påvirkes av dagens diskusjoner og nye begreper?

9.4 Forkortelser

KISS: Kopfgelenk Induzierte Symmetrie Störung

MMT: Medfødt muskulær torticollis

SCM: M.Sternocleidomastoideus