

**”Hvilke erfaringer har osteopater, kiropraktorer og  
manuellterapeuter når det gjelder diagnostisering og  
behandling av spedbarn med KISS”**

-en kvalitativ studie-



Kandidatnr: 196169

Masteroppgave i helsefag

Studieretning Klinisk masterstudium i manuellterapi for fysioterapeuter

Seksjon for fysioterapivitenskap

Institutt for samfunnsmessige fag

Universitetet i Bergen

Høst 2010

Antall ord: 10051



## Innholdsfortegnelse

<b>1. INTRODUKSJON.....</b>	<b>8</b>
1.1 BAKGRUNN.....	8
1.2 TEORI.....	9
1.2.1 Torticollis.....	9
1.2.2 Begrepet KISS syndrom.....	10
1.2.3 IISMO.....	11
1.2.4 Hva gjør en osteopat?.....	11
1.2.5 Hva gjør en kiropraktor?.....	12
1.2.6 Hva gjør en manuellterapeut?.....	12
1.2.7 Diagnostisering av KISS.....	12
1.2.8 Behandling av KISS med osteopati, kiropraktikk eller manuellterapi.....	13
1.3 TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET.....	14
<b>2. HENSIKT OG PROBLEMSTILLING .....</b>	<b>15</b>
2.1 HENSIKT .....	15
2.2 PROBLEMSTILLING .....	16
<b>3. METODE .....</b>	<b>16</b>
3.1 VALG AV DESIGN.....	16
3.2 UTVALG.....	16
3.2.1 Inklusjonskriterier.....	17
3.2.2 Eksklusjonskriterier.....	17
3.3 DATAINNSAMLING .....	17
3.4 KORT OM ANALYSE .....	18
<b>4. ETISKE BETRAKTNINGER.....</b>	<b>19</b>
<b>5. ANALYSE.....</b>	<b>20</b>
5.1 BEGREPET KISS/KIDD.....	20
5.2 DIAGNOSTISERING.....	22
5.3 BEHANDLING.....	24
<b>6. DISKUSJON.....</b>	<b>28</b>
6.2 METODE .....	28
6.2.1 Valg av design.....	28
6.2.2 Utvalg.....	29
6.2.3 Datainnsamling.....	30
6.4 STUDIENS GYLDIGHET .....	30
6.4.1 Intern validitet.....	30
6.4.2 Ekstern validitet.....	31
6.5 RESULTATER .....	32
6.5.1 Begrepet KISS/KIDD.....	32
6.5.2 Diagnostisering.....	33
6.5.3 Behandling.....	33
6.6 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING .....	34
<b>7. KONKLUSJON.....</b>	<b>35</b>

## **Litteraturliste**

### **Vedlegg:**

1. Informasjonsskriv
2. Informert samtykke
3. Intervjuguide

## **Sammendrag:**

*Bakgrunn:* Det har i den senere tid vært rettet fokus på diagnostisering og behandling av spedbarn med øvre nakkeledd-induserte symmetriforstyrrelser (KISS) og de symptomene og plagene dette kan medføre. Flere fagmiljø diagnostiserer og behandler spedbarn med KISS. En tidligere gjennomgang av eksisterende forskningslitteratur viste at det ikke finnes standardiserte måter å diagnostisere og behandle disse barna på.

*Hensikt og problemstilling:* Hovedhensikten med studien var å få kjennskap til hvilke erfaringer osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter har med hensyn til å diagnostisere og behandle spedbarn med KISS, og deres oppfatninger av begrepet KISS.

*Material og metode:* Vi gjennomførte 3 fokusgruppeintervju, en gruppe med hver av faggruppene manuellterapeuter, osteopater, kiropraktorer. 13 personer deltok i studien (5 osteopater, 5 kiropraktorer og 3 manuellterapeuter). Hensikten var å oppnå gruppediskusjoner innad i de ulike fagmiljøene for å få økt kunnskap om hvilke diagnostiske kriterier og behandlingsmetoder som brukes.

*Resultater:* Deltakerne var kjent med begrepet KISS, men hadde ulike oppfatninger av begrepet. Det hersket uenighet blant deltakerne med tanke på å bruke standardiserte diagnostiske kriterier. Alle gruppene hadde god erfaring med tanke på respons av behandling av nakken. Behandlingen bestod av ulike teknikker som tøyings-, mobiliserings- og manipulasjonsteknikker.

*Konklusjon:* Dette er den første kvalitative studien gjort på feltet i form av fokusgruppeintervju med deltakere fra ulike fagmiljø. Det fremkom i studien at det ikke finnes en enerådende tankegang mellom de ulike faggruppene i forhold til diagnostisering og behandling av spedbarn med KISS. Det kan derfor synes hensiktsmessig å komme til enighet med tanke på begrepsavklaring, og utvikle en standardisering i forhold til diagnosesetting og behandling av disse barna, og videre forskning i dette fagfeltet anbefales.

*Nøkkelord:* spedbarn, øvre nakkeledd indusert symmetriforstyrrelse, begrepsavklaring, diagnostisering, behandling, fokusgruppe

**Summary:**

*Background:* In recent years, increased attention have been paid to diagnostic criteria and treatment procedures in infants suspected to have Kinematic Imbalance due to Sub occipital Strain ( KISS), and also to the symptoms and complaints related to KISS. Several health professions are offering treatment to these children. A literature search revealed that there is no consensus with respect to diagnostic tools and treatment procedures in infants with KISS.

*Aim and objectives:* The main purpose of this study was to gain increased knowledge about experiences and understanding of the KISS concept, diagnostic criteria and treatment procedures in three health professions: osteopaths, chiropractors and manual therapists.

*Material and method:* Three focus group interviews were conducted, one in each of the three health professions. A total of 13 participants (5 osteopaths, 5 chiropractors and 3 manual therapists) were recruited to the study. We wanted to facilitate group discussions to get information about views regarding diagnostic criteria and treatment procedures in infants with KISS.

*Results:* The results showed that the participants were familiar to the KISS concept, but they interpreted the meaning of the concept differently. The participants expressed different views regarding the usefulness of standardizing of diagnostic criteria. All groups stated that they had experienced positive effects of stretching, mobilization or manipulation techniques in infants with KISS.

*Conclusion:* The study indicated that there are confusions regarding the KISS concept and no consensus with respect to diagnosing and treatment of infants with KISS appeared. Further research into this area is therefore suggested.

*Key words:* infants, kinematic imbalance due to sub occipital strain, conceptual clarification, diagnosis, treatment, focus group

**Forord:**

Det å gjøre en egen studie har vært en spennende og lærerik prosess som har gitt meg ny kunnskap innenfor mitt eget fagområde, samtidig som jeg har fått et innblikk i den kliniske hverdagen til både osteopater og kiropraktorer.

Denne studien hadde ikke vært mulig å utføre uten mange gode hjelpere. Jeg vil først rette en stor takk til min veileder, Liv H. Magnussen, som har vært med gjennom hele prosessen og bidratt med gode ideer og faglige innspill. Jeg vil også takke alle deltakere i fokusgruppeintervjuene som vennlig stilte opp og delte sine tanker og erfaringer. Tusen takk til alle som har kommet med oppmuntrende ord i løpet av denne prosessen!

## 1. Introduksjon

Jeg har i flere år interessert meg for barn med asymmetrier. Selv om ikke dette har vært mitt hovedarbeidsfelt, har jeg i den senere tid fulgt debatten som har vært rundt denne tilstanden. Masterstudiet ved Universitetet i Bergen har gitt meg muligheten til å gjøre en kvalitativ studie av hvordan ulike fagmiljø tenker, diagnostiserer og behandler disse barna. Det er et tydelig behov for å utføre flere studier rundt dette emnet sett i lys av den usikkerheten og uvissheten som fremdeles råder rundt både begrepet asymmetri og hvordan helsepersonell skal forholde seg til det.

### 1.1 Bakgrunn

Torticollis er en tilstand som betyr ”skjev hals”, det vil si at det er en skjev stilling av hodet. Årsakene til dette kan være mange, men i Norge har denne tilstanden tradisjonelt blitt diagnostisert som muskulær torticollis hvor skade og dysfunksjon sitter i musculus sternocleidomastoideus (Heidal et al., 2001). Flere og flere har stilt spørsmål om det er riktig å bare fokusere på muskelskade som årsak til torticollis (Mordt, 2008), og i den senere tid har manuellterapeuter og manuell medisinere begynt å se på om den asymmetriske stillingen hos spedbarn kan skyldes noe annet enn muskulær dysfunksjon. Funksjonsforstyrrelse i øvre nakkeledd som årsak til torticollis er en relativt ny måte å betrakte dette symptombilde på (Mordt, 2008).

Begrepet ”Kopfgelenk Induzierte Symmetrie Störung”, som på norsk oversettes til ”øvre nakkeledd induserte symmetriforstyrrelser” (KISS syndrom) ble først brukt av dr. Heiner Biedermann på begynnelsen av 1990-tallet. Allerede på 1950-tallet beskrev ortopedene Gutmann fenomenet som ”Atlasblokkierungssyndrom”, hvor han observerte at det var en sammenheng mellom funksjonsforstyrrelser i de øvre nakkeleddene og asymmetrisk utvikling hos spedbarn (Biedermann, 2008). Begrepet KISS syndrom ble introdusert i Norge på begynnelsen av 2000-tallet.

Osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter er blant fagmiljøene som behandler barn hvor man mistenker øvre nakkeledd induserte symmetriforstyrrelser. Ved en gjennomgang av eksisterende forskningslitteratur for å undersøke nøyaktigheten ved ulike diagnostiske



testmetoder, og for å studere effekten av tiltak som benyttes for å behandle øvre nakkeledd induuerte symmetriforstyrrelser kom man fram til at det ikke finnes en gullstandard eller standardiserte måter å diagnostisere og behandle disse barna på (Brurberg et al., 2009). Det som jeg synes er interessant i den sammenheng, er å se nærmere på hvordan de ulike fagmiljøene oppfatter begrepet KISS/KIDD, og hvilke kriterier de legger til grunn ved diagnostisering og behandling av spedbarn med øvre nakkeleddsinduserte symmetriforstyrrelser.

Jeg vil i oppgaven bruke begrepet KISS når jeg omtaler barn med øvre nakkeledd induuerte symmetriforstyrrelser.

## 1.2 Teori

### 1.2.1 Torticollis

Torticollis er en deskriptiv diagnose som beskriver karakteristiske skjevheter i hode- og nakkeregionen, men den sier ikke noe om årsaken til at symptomene oppstår. Torticollis er en tilstand som kan være medfødt eller som kan utvikle seg etter fødselen, og det kan være et tegn på for eksempel cervical skjelettanomali, nevrologi, infeksjon, oculær patologi med mer (Heidal et al., 2001). Det kliniske bildet av torticollis er lateralfleksjon av nakken til den ene siden og rotasjon til motsatt side og et reklinert (bakoverbøyd) hode. I tillegg observeres det ofte andre tegn som skalleasymmetri, ansiktsasymmetri og torakal scoliose sekundært til den cervikale asymmetrien. En av de etiologiske teoriene er at det beror på en unormal funksjon i basalgangliene. Basalgangliene består av et komplekst nettverk av kjerner og nervebaner. De deltar i planleggingen av viljestyrte bevegelser, men synes også å være involvert i kontroll av kognitive og affektive funksjoner (Norsk Dystoniforening). Andre teorier som har vært fremmet er blant annet intrauterin feilstilling (seteleie, tverrleie), trange forhold ved tvillingsvangerskap, fødselstraume, keisersnitt og ischemi i musculus Sternocleidomastoideus (Heidal et al., 2001; Biederman, 2005; Mordt, 2008).

Studier har vist at mellom 0,1% og 1,9% av alle nyfødte har medfødt muskulær torticollis (Heidal, Dancke, & Martinsen, 2001). Boere-Bonekamp (2005) viste i en studie at forekomsten av asymmetrisk hodestilling på 2363 undersøkte spedbarn yngre enn 7 mnd var på 12,2%. Hos spedbarn under 4 mnd ble dette funnet gjort hos 17% av barna, og i aldersgruppen 4 til 7 mnd var forekomsten 3,7% (Boere-Bonekamp et al., 2005; Mordt, 2008). I klinikken i Norge har medfødt muskulær torticollis og torticollis i stor grad vært

brukt som synonymer, noe som kan ha ført til en noe unyansert forståelse av, og forvirring rundt dette fenomenet (Heidal et al., 2001; Mordt, 2008).

Barn med medfødt muskulær torticollis har tradisjonelt blitt henvist til barnefysioterapeuter for behandling, hvor målet har vært å oppnå symmetrisk bevegelsesmønster. Passive tøyninger, aktiv stimulering og øvelser for riktig muskelbruk har vært en viktig del av behandlingen, i tillegg til veiledning av foreldre med tanke på håndtering av barnet (Brurberg et al., 2009).

### 1.2.2 Begrepet KISS syndrom

KISS syndrom regnes ikke som en sykdom, men som en indikasjon på en feilfunksjon eller blokkering i de øvre nakkeledd, vanligvis som følge av påkjenninger i forbindelse med svangerskap eller fødsel. Et syndrom beskrives som et kompleks av symptomer med ukjent årsak (Biedermann, 2008). Dette kan resultere i en asymmetrisk utvikling hos barn, en forstyrrelse i den normale bevegelsesutvikling, og/eller en forstyrrelse i styringen av barnets muligheter til fri utfoldelse på forskjellige plan. KISS-terminologien beskriver en antatt sammenheng mellom ubalanse i de øvre nakkeledd og forstyrrelser i ulike reguleringsmekanismer. KISS benyttes dermed ofte som en diagnose som kan forklare funksjonsforstyrrelser som skjevstilling av hodet, ensidig holdning i bolen, umodne hofter og fotfeilstilling og vegetative symptomer, deriblandt kolikkliknende uro, søvn- og spiseforstyrrelser (Brurberg et al., 2009). En rekke andre diagnoser har symptomer som kan ligne symptomer på KISS. Mulige differentialdiagnoser kan være tumorer, intracerebrale skader, vertebrale anomalier, synsforstyrrelser, infeksjoner og betennelser (Biedermann, 2008).

I litteraturen deles KISS inn i to undergrupper: KISS I og KISS II. KISS I beskriver på mange måter de klassiske tilfellene av torticollis med en fiksert lateralflektert nakke. KISS II kjennetegnes ved en ekstrem overstrekking av hodet (Biedermann, 2008).

Dersom en funksjonsforstyrrelse i de øvre nakkeledd ikke blir behandlet kan det gi en forstyrret eller forsinket psykomotorisk utvikling. Dette kalles ”Kopfgelenk Induzierte Dyspraxie Dysgnosie”, på norsk oversatt til øvre nakkeledd induert dyspraksi og dysgnosi (KIDD) (Helgar, B. et al., 2010). I følge Biedermann (2008) er ikke torticollis og KISS synonymer (Biedermann, 2008). Forekomsten av KISS er ukjent (Mordt, 2008).

Barn med KISS syndrom får ofte, i tillegg til behandling av osteopat, kiropraktor eller manuellterapeut, oppfølging av barnefysioterapeut. Barnefysioterapeuten følger med på barnets videre motoriske utvikling, og forsikrer seg om at barnet tar i mot den gjenopprettede bevegelsesfriheten (Helgar, B. et al., 2010)

### 1.2.3 IISMO

Kiropraktoren Joyce Miller introduserte i 2005 begrepet "Irritable Infant Syndrome of Musculoskeletal Origin" (IISMO), hvor hun beskriver en mulig sammenheng mellom tilstedeværelsen av spinale og muskelskjelett irritasjoner, ikke bare begrenset til den øvre delen av nakken (som i KISS), og den irritable oppførselen observert hos mange spedbarn. Begrepet IISMO har karakteristiske trekk som skiller seg fra både KISS og spedbarnskolikk. Spedbarnskolikk defineres som periodevis intens skriking flere ganger om dagen før tre måneders alder hos et friskt barn med normal vektøkning. Spedbarn med IISMO har et uvanlig holdningsmønster, ofte med hyperekstensjon av trunkus, økt spenning i den paravertebrale muskulaturen, utrøstelig gråt og søvnforstyrrelser, og i tillegg oppleves det som om de ikke ønsker å bli tatt på. Det har ikke blitt gjort en systematisk studie av dette fenomenet for å understøtte denne teorien som baseres på personlige erfaringer og observasjoner (Miller et al., 2005).

### 1.2.4 Hva gjør en osteopat?

Osteopatiutdannelsen i Norge er en hel- eller deltidsutdanning som tar 4 -5 år. Studiet har et opptakskrav om generell studiekompetanse og medisinsk basiskunnskap tilsvarende bachelor i fysioterapi. Osteopater behandler ulike tilstander som for eksempel belastningsslidelser, rygg- og nakkeplager, idrettsskader og rehabilitering etter sykdom. Osteopati er basert på vitenskapen omkring muskel- og skjelettsystemet og sammenhenger til andre kroppssystemer. Osteopater jobber med bindevevsnettverket med tanke på å bedre dette systemets funksjon. Enhver stivhet eller nedsatt bevegelse kan forårsake redusert sirkulasjon og påvirker dermed ernæring og innervasjon i det aktuelle området. Svært ofte er hovedproblemet lokalisert til det strammeste stedet og mer sjeldent til der smerten er lokalisert. Osteopater utfører en undersøkelse hvor de ser de enkelte kroppsdelene i sammenheng, og behandlingen utføres med hendene. Behandlingen bygger på medisinske fag som anatomi, fysiologi, biomekanikk og sykdomslære (Norsk Osteopat Forbund, 2010).

### 1.2.5 Hva gjør en kiropraktor?

Det er ingen kiropraktorutdanning i Norge. De fleste kiropraktorer utdanner seg i Danmark, USA, Storbritannia eller Australia. Utdanningen er femårig og fører til en mastergrad. Kiropraktikk omfatter forebygging, diagnostikk, behandling og rehabilitering av lidelser i nerve-, muskel- og skjelettsystemet, og målsetningen med kiropraktisk behandling er å gjenopprette normal funksjon i bevegelsesapparatet og nervesystemet. En kiropraktor stiller sin diagnose på grunnlag av forhistorie, klinisk undersøkelse og eventuelle røntgenundersøkelser. Behandling av barn har fra begynnelsen av 1900-tallet vært en del av kiropraktorstudiet. Barn kommer til kiropraktisk behandling av ulike årsaker. Noen av de vanligste plagene er kolikk, torticollis, asymmetrier, og KISS problematikk (Norsk Kiropraktorforening, 2010).

I 2006 fikk kiropraktorer i Norge rollen som primærkontakter, og fikk dermed utvidete rettigheter med mulighet til å utføre undersøkelse og behandling med rett for pasienten til refusjon fra folketrygden uten henvisning fra lege, henvise pasienter til legespesialist, røntgen eller fysioterapi, og sykmelde pasientene i opptil tolv uker.

### 1.2.6 Hva gjør en manuellterapeut?

I Norge er manuellterapi en offentlig to-årig videreutdanning for fysioterapeuter som fører til en mastergrad i helsefagutdannelsen. Manuellterapeuter er spesialister på muskel- og skjelettsystemet. Manuellterapeuter utfører en grundig undersøkelse, vurderer og behandler plager i muskel-/skjelettsystemet for å normalisere muskel- og skjelettfunksjoner ved hjelp av ulike behandlingsteknikker som for eksempel mobiliserings- og manipulasjonsteknikker. Spesielt for manuellterapeuter er at de i tillegg til de manuelle behandlingsmetodene kan gi målrettet behandling som tar sikte på å trene opp pasientenes reduserte funksjonsevne (Foreningen Manuellterapeutenes Servicekontor, 2010). De fleste manuellterapeuter som behandler barn har tilleggsutdanning i undersøkelse og behandling av barn. På lik linje med kiropraktorer innehar manuellterapeuter rollen som primærkontakt.

### 1.2.7 Diagnostisering av KISS

I følge Biedermann (2008) hevdes det at 70 % av en diagnose kan stilles på grunnlag av forhistorien til pasienten. Hos spedbarn er det viktig å fastlegge faktorer som arv, svangerskap, fødsel og barseltid (Biedermann, 2008). I Tyskland brukes røntgen som en

del av diagnostiseringen, og i ca. 10 % av tilfellene stilles det riktig diagnose på grunnlag av røntgenbilder (Biedermann, 2008). I Norge er det er ikke vanlig praksis å bruke billeddiagnostikk i forhold til å diagnostisere KISS/KIDD, men benyttes primært til differentialdiagnostiske formål (Bruberg et al., 2009). I følge Biedermann (2008) er selve undersøkelsen av barnet avhengig av faktorer som når på dagen undersøkelsen finner sted og om barnet er avslappet eller ikke m.m (Biedermann, 2008). Biedermann (2008) fastslår at det finnes et antall standardiserte testprotokoller, men at det er opp til den enkelte terapeut å velge ut de testene han eller hun håndterer best. I utgangspunktet er det fordelaktig å velge tester som irriterer barnet minst mulig, men som gir mest mulig informasjon (Biedermann, 2008).

A.C. Mordt utførte i 2008 en studie hvor hun undersøkte intertester reliabilitet mellom to manuellterapeuter, og intertester reliabilitet mellom manuellterapeutene og en barnefysioterapeut med hensyn til å klassifisere spedbarn til å ha KISS og ikke ha KISS (Mordt, 2008). Hun fant svært god reliabilitet mellom manuellterapeutene og moderat reliabilitet mellom manuellterapeutene og barnefysioterapeuten. I 2009 gjennomførte Kunnskapssenteret et systematisk litteratursøk i ulike databaser for å finne svar på spørsmål om blant annet diagnostisering av spedbarn med øvre nakkeleddinduserte symmetriforstyrrelser. De kom fram til at det ikke finnes en gullstandard eller standardiserte måter å diagnostisere disse barna på (Brurberg et al., 2009).

#### 1.2.8 Behandling av KISS med osteopati, kiropraktikk eller manuellterapi

For å behandle barn med KISS eller KIDD er det viktig med en helhetlig diagnostikk og et tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell. Behandling kan bestå av spinal manipulasjon, avspennings- og mobiliseringsøvelser/-teknikker (Brurberg et al., 2009).

Forskjellige teknikker brukes i behandling av barn med asymmetrier. Bindevevsteknikker har som mål å normalisere bevegelse og fjerne uønskede spenninger i bindevevet. Bindevev er en tynn hinne som omslutter hele kroppen og inneholder årer og nerver. Bindevev skaper også glideflater mellom strukturene og overfører spenninger. Tøyningsteknikker brukes i behandlingen av disse barna for å påvirke nedsatt elastisitet/strekbarhet i muskulatur og bindevev. Mobiliseringsteknikker har som mål å normalisere leddfunksjonen ved å gjennomføre bevegelser i leddet som påvirker lengden

til de kapsulære fibrene. I tillegg bruker osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter manipulasjon som behandlingsform.. Manipulasjon har som hensikt å gi en lett overstrekking av den leddnære muskulaturen som styrer leddfunksjonen. Dette er en nevromuskulær impuls som skal gi automatisk avspenning i muskulatur og mulighet for en mer balansert funksjon.

Det kan observeres vegetative reaksjoner etter en impulsbehandling på virvelsøylen. Barna kan bli trøtte og kan sove mer enn normalt etter en behandling, eventuelt kan symptomene til barna forsterkes (Helgar, B. et al., 2010).

### 1.3 Tidligere forskning på området

Det foreligger ingen vitenskapelig dokumentasjon på diagnostiseringsverktøy eller behandlingsmetode av denne pasientgruppen. Det har heller ikke blitt identifisert en rådende diagnostisk gullstandard (Brurberg et al., 2009). Det finnes flere bøker som omhandler emnet, men det er ikke publisert noen vitenskapelige artikler. A.C. Mordt (2008) gjennomførte en studie hvor hun så på intertester-reliabilitet av manuellterapeutisk klassifisering med tanke på hva som kjenntegner spedbarn med KISS. Kriteriene som lå til grunn for klassifiseringen var vurdering av spontanmotorikk, antigravitorisk sidevipptest og segmentell bevegelighet i øvre nakkeledd. Forfatteren konkluderte med at de kliniske testene som ble anvendt i studien fungerte etter formålet og at de kan brukes i videre studier.

Olafsdottir et al. (2001) gjennomførte en randomisert kontrollstudie av behandling av spedbarn med kolikk ved bruk av kiropraktisk spinal manipulasjon. Det ble konkludert med at kiropraktisk spinal manipulasjon ikke var mer effektiv enn placebo ved behandling av spedbarn med kolikk. Studien understøtter behovet for kontrollerte og blindede studier for å undersøke alternative metoder for å behandle uforutsigbare tilstander som spedbarnskolikk.

Heidal et al. (2001) har publisert en litteraturstudie hvor hensikten var å undersøke om det fantes studier som kunne dokumentere effekt av fysioterapi ved medfødt muskulær torticollis (MMT) hos barn fra null til to år. Fire artikler tilfredsstilte inklusjonskriteriene. De inkluderte artiklene omhandlet kliniske effektstudier, en prospektiv og tre retrospektive

oppfølgingsstudier. Studiene viste at fysioterapitiltak som aktiv stimulering, passive tøyninger og foreldreveiledning hadde god eller svært god effekt i 70 til 100 prosent av tilfellene når behandlingen startet tidlig i første leveår. Studiene ga ikke klare svar på hvilke fysioterapitiltak som hadde best effekt eller om barn med ulik alvorlighetsgrad av MMT hadde behov for forskjellige tiltak og ulik dosering. Studien konkluderte med at det er behov for ytterligere forskning med randomiserte, kontrollerte studier som nærmere belyser denne problemstillingen.

I Nederland har ca 7500 babyer vært involvert for å gjøre en sammenligning av ”normale barn” og ”KISS – barn” med tanke på hva som kalles en sunn baby. KISS barn var på lik linje med andre barn og var ikke mer eller mindre syk (Saedt, E. et al., 2009).

Haugen et al. (2008) gjennomførte i perioden 2007 - 2008 en randomisert, kontrollert studie av manuellterapi ved torticollis hos spedbarn, hvor hypotesen var at symptomene hos spedbarn reduseres raskere med manuellterapi i tillegg til barnefysioterapi enn ved barnefysioterapi alene. Målsetningen med studien var å finne målemetoder og design, og beregne antall barn til en større studie. Det deltok tilsammen 32 barn i alderen 3 – 6 mnd fordelt på to grupper, og det ble gjort en kartlegging av funksjon og trivsel i hverdagen samt en videovurdering. Resultatene av effektstudien viste at begge gruppene hadde signifikant bedring i mange av de parametrene som var brukt. Studien konkluderte med at det var en for liten studie til å si noe sikkert om effekt, men at det var tendenser til effekt og at det er behov for videre forskning for å finne gode, kvalitative effektmål.

Den Europeiske Arbeidsgruppen for Manuell Medisin (EWMM) utførte i 2006 og 2007 en longitudinell beskrivende undersøkelse av manuellterapeutisk behandling av spedbarn med asymmetri. Artikkelen som omhandler dette temaet er enda ikke ferdigstilt (Saedt et al., 2009).

## **2. Hensikt og problemstilling**

### **2.1 Hensikt**

Det er i dag flere fagmiljø som behandler spedbarn og barn med ulike plager og diagnoser. I den senere tid har det vært rettet fokus rundt diagnostisering og behandling av spedbarn og barn med KISS, og de symptomene og plagene dette kan medføre. Begrepet

KISS/KIDD og behandlingene av denne tilstanden er omdiskutert, og det trengs derfor en felles forståelse i de fagmiljøene som behandler disse barna. Hovedhensikten med studien var derfor å få kjennskap til hvilke erfaringer osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter har med hensyn til å diagnostisere og behandle spedbarn med KISS og hvilke oppfatninger fagmiljøene har med tanke på begrepet KISS/KIDD.

## 2.2 Problemstilling

”Hvilke erfaringer har osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter når det gjelder diagnostisering og behandling av spedbarn med KISS”

## 3. Metode

### 3.1 Valg av design

Utgangspunktet for denne studien var at jeg ønsket å belyse hvilke kriterier osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter bruker for å diagnostisere barn med KISS, hvordan de behandler disse barna og hvilken forståelse de har for begrepet KISS/KIDD. Jeg ønsket å bruke fokusgruppeintervju for å tilegne meg den informasjonen jeg var ute etter. Fokusgrupper er en egnet metode for å undersøke personers erfaringer, meninger, ønsker og bekymringer. Intervju i fokusgruppe kan gjennom gruppedynamikk stimulere deltakerne til å assosiere, utveksle anekdoter og fortellinger, og kommentere hverandres tanker og erfaringer (Barbour og Kitzinger, 1999). Hensikten var å oppnå slike gruppediskusjoner innad i de ulike fagmiljøene for å få økt kunnskap om hvilke diagnostiske kriterier og behandlingsmetoder som brukes. Samtidig var det i denne sammenheng viktig å ta i betrakning at gruppedynamikken i en fokusgruppe kan stenge for avvikende synspunkter eller hindre at følsomme opplysninger kommer frem (Malterud, 2003).

### 3.2 Utvalg

Studien ble gjennomført i perioden mai – juni 2010. Det ble planlagt at 18 personer, 6 osteopater, 6 kiropraktorer og 6 manuellterapeuter, skulle delta i studien. Det ble gjort en telefonisk rekruttering av osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter. Alle deltakerne ble rekruttert fra Hordaland fylke. Tilsammen takket 13 personer fordelt på 6 osteopater, 7



kiropraktorer og 3 manuellterapeuter, ja til å delta i studien. En osteopat og 2 kiropraktorer meldte avbud før intervjuene fant sted. Deltakerne i studien ble telefonisk kontaktet i forkant av fokusgruppeintervjuet hvor de mottok informasjon om formålet med intervjuet, og hvor og når intervjuet ville finne sted. Den samme informasjon ble sendt til deltakerne per post (vedlegg 1).

	<b>Kiropraktorer</b>	<b>Osteopater</b>	<b>Manuellterapeuter</b>
<b>Antall menn (alder)</b>	2 (36, 41)	3 (33, 40, 51)	1(38)
<b>Antall kvinner (alder)</b>	3 (27, 28, 53)	2 (41, 43)	2 (38, 45)

Tabell 3.1. viser fordelingen av kjønn og alder i de ulike faggruppene

### 3.2.1 Inklusjonskriterier

- Osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter som hadde erfaring med å behandle spedbarn og barn med KISS.
- Osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter som arbeidet i Hordaland fylke.

### 3.2.2 Eksklusjonskriterier

- Osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter som ikke hadde erfaring med å behandle spedbarn og barn med KISS.
- Osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter som ikke arbeidet i Hordaland fylke.

### 3.3 Datainnsamling

Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervju hvor to grupper hadde homogen sammensetning med hensyn til hvilken faggruppe de tilhørte. I den tredje gruppen deltok en kiropraktor sammen med tre manuellterapeuter. Grunnen til den homogene sammensetningen var ønske om å vektlegge felles erfaringsgrunnlag for samtalen. Alle gruppene hadde en variasjon i forhold til alder og kjønn, noe som er viktig i forhold til heterogenitet. Jeg ønsket en heterogenitet innenfor den homogene gruppen for å skape en balanse og for å stimulere fram data og nyanser som kunne gi ny kunnskap eller åpne for nye spørsmål (Malterud, 2003). Seks menn og syv kvinner i alderen 28-53 år deltok i studien, og deltakernes kliniske erfaring varierte fra ett til 26 år. Intervjuene som varte fra 100 til 110 minutter fant sted på ettermiddagstid i et undervisningslokale ved Institutt for

samfunnsmedisinske fag i Kalfarveien 31, Bergen. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, transkribert og senere analysert ved bruk av tematisk innholdsanalyse av tekstmaterialet (Robson, 2002). Det ble i forkant av intervjuene laget en intervjuguide som inneholdt de temaene jeg ønsket å belyse nærmere (vedlegg 3). Ved gjennomføringen av intervjuene ble hovedpunktene i intervjuguiden fulgt på en naturlig måte. I en situasjon som denne, hvor formålet er å få vite noe man ikke vet fra før og hvor man ønsker å åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen, er det viktig at ikke intervjuguiden er for detaljert eller at man følger den slavisk (Malterud, 2003). Tekstene ble lest gjentatte ganger og lydopptakene ble lyttet til for å identifisere hovedtemaer. Tekstmaterialet ble lest gruppevis og på tvers for å identifisere gjennomgående emner i alle gruppene.

### 3.4 Kort om analyse

Notater og lydbåndopptak fra fokusgruppeintervjuer er kvalitativt datamateriale som må bearbejdes og analyseres før resultatet kan kalles vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2003). Den transkriberte teksten, som er en omforming av virkeligheten til tekst fra observasjoner eller samtaler, skal på en best mulig måte ivareta det opprinnelige materialet. Formålet mitt med analysen var som Malterud (2003) sier å bygge bro mellom rådata og de resultatene jeg hadde ved å fortolke og sammenfatte det organiserte datamaterialet. Analysen bestod av fire trinn. I det første trinnet tilstrebet jeg å bli kjent med materialet ved å lese gjennom teksten for å få et helhetsbilde, samtidig som jeg noterte meg temaer som representerte deltakerenes meninger og erfaringer om begrepet KISS/KIDD, og hvordan de diagnostiserte og behandlet spedbarn med KISS. Analyse av kvalitative data består av å ”stille spørsmål” til materialet, lese materialet i lys av dette, og organisere og gjenfortelle svarene på en systematisk og relevant måte (Malterud, 2003). I analysens andre trinn organiserte jeg den delen av materialet som skulle studeres nærmere. Denne prosessen utgjør en filtrering, der en betydelig del av materialet legges til side (Malterud, 2003). Relevant tekst ble skilt fra irrelevant, og jeg begynte å sortere den delen av teksten som kunne tenkes å belyse problemstillingen. Dette var tekst som på en eller annen måte bar med seg kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn. Tekstbitene, eller meningsbærende enheter, kunne være korte eller lange, og de var ikke alltid avgrenset i form av setninger eller replikker. De meningsbærende enhetene ble så systematisert (koding). Kodearbeidet tok i utgangspunktet sikte på å fange opp og klassifisere alle de meningsbærende enhetene i teksten som hadde sammenheng med de temaene som jeg noterte meg i det første analysetrinnet. Kodingen innebar en systematisk

dekontekstualisering, der deler av teksten ble hentet ut fra sin opprinnelige sammenheng for å senere kunne leses i sammenheng med beslektete tekstelementer (Malterud, 2003). Funnene jeg gjorde ble vurdert opp mot en komplett versjon av materialet som verken var kodet eller dekontekstualisert. Alle tekstbitene ble merket slik at jeg i etterkant hadde informasjon om hvor de stammet fra. Hovedtema under intervjuene var naturlig nok sammenfallende med hovedtema i intervjuguiden, og jeg fant i tillegg undergrupper som ikke ble introdusert i intervjuene: hvor mange behandlinger som var vanlig og hvor ofte barna blir behandlet, hvilket inntrykk deltakerne hadde med tanke på forekomst og hvordan foreldre har fått kunnskap om at barnet trenger behandling. I analysens tredje trinn ble den kunnskapen som hver kodegruppe representerte abstrahert. Jeg hentet da systematisk ut meningen i teksten ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene. Etter at kodingen var gjennomført, ble det resterende materialet lagt til side. De meningsbærende enhetene i det utvalgte materialet ble sortert i grupper og videre i tilsvarende subgrupper. Innholdet i hver subgruppe ble kondensert og fortettet ved å utvikle et kunstig sitat. I de kunstige sitatene beskrev jeg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene på en mer generell måte. I det fjerde og siste trinnet i analysen ble bitene satt sammen igjen, kalt rekontekstualisering (Malterud, 2003). I dette trinnet laget jeg en sammenfatning av de ulike fagmiljøene sine meninger og erfaringer med tanke på begrepet KISS/KIDD, diagnostisering og behandling av spedbarn med KISS, og validerte de i forhold til den sammenheng jeg hadde hentet de ut fra.

#### **4. Etiske betraktninger**

KISS er et fenomen som har blitt behandlet av manuellterapeuter i Norge siden begynnelsen av 2000-tallet. Det hersker i dag fremdeles ulike oppfatninger av årsaker til dette fenomenet og hvordan disse barna skal behandles. I Norge råder det fremdeles uvitenhet og dermed skepsis til diagnostisering og behandling av disse barna. Det er kjent at flere fagmiljøer (les osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter) utfører behandling av denne gruppen, og jeg anser det som etisk relevant og viktig at det gjøres en studie som kan belyse de diagnostiske kriteriene og behandlingsmetodene som de ulike fagmiljøene opererer med. En tydeliggjøring/oppsummering av kriteriene kan være viktig med tanke på å utvikle en standardisert måte å diagnostisere barn med symmetriforstyrrelser (innenfor de ulike fagmiljøene).

Deltakerne i fokusgruppeintervjuene fikk tilsendt informasjon om hensikten med denne studien (vedlegg 1) før oppstart, og de ble bedt om å skive under på informert samtykke (vedlegg 2) før intervjuene fant sted. Deltakerne skulle dermed ha nok kjennskap til studien i forkant av intervjuene slik at de kunne ta stilling til om de ønsket å bidra med sin kunnskap eller ikke (Malterud, 2003). Informasjon ble gitt angående muligheten til å trekke seg fra studien på et hvert tidspunkt. Dette er i samsvar med Helsinkideklarasjonen om "Ethiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker".

Informasjonen jeg samlet inn ble behandlet på forsvarlig vis. Full konfidensialitet for alle deltakerne var en selvfølge. Deltakerne ble identifisert med et kodennummer og navnelisten ble oppbevart atskilt fra informasjonen. Når studien avsluttes vil personalia bli slettet.

Under et fokusgruppeintervju kan uenighet oppstå mellom deltakerne, noe som i utgangspunktet ikke er ønskelig i en slik setting. Det er derfor en fordel at deltakerne blir opplyst om dette før intervjuet starter for å på den måten unngå at noen av deltakerne trekker seg ut av samtalen. Moderator sine evner til å skape en god atmosfære innad i gruppen og en god gruppedynamikk vil være av stor betydning for kvaliteten på intervjuet (Carron et al, 2000).

Det ble sendt inn en prosjektsøknad til saksportalen for de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk for godkjenning.

## **5. Analyse**

Teksten ble analysert ved bruk av tematisk innholdsanalyse (Robson, 2002), og jeg har vektlagt informasjon som omhandlet begrepet KISS/KIDD, diagnostisering og behandling av spedbarn med KISS. Funnene blir eksemplifisert med utsagn fra fokusgruppedeltakerne. Utsagnene er i kurisiv.

### **5.1 Begrepet KISS/KIDD**

Flere av kiropraktorene fortalte at de ikke var vant til å bruke begrepet KISS/KIDD ovenfor foreldre, men har begrepet i tankene når de behandler barn med asymmetrier. Kiropraktorene var mer opptatt av å lokalisere en feilfunksjon og behandle denne enn

begrepet i seg selv. Flere av informantene gav uttrykk for at de informerte foreldrene om at KISS/KIDD ikke er en etablert diagnose, men at asymmetri oppfattes blant klinikere som en tilstand som har bakgrunn i muskel-, nerve- og skjelettsystemet. En kiropraktor syntet det var vanskelig å forholde seg til selve begrepet eller tilstanden siden det ikke er en etablert diagnose i diagnosesystemet ICPC. Denne usikkerheten rundt begrepet vil ofte resultere i at klinikeren leter etter andre årsaker til de observerte asymmetriene enn bare øvre nakkeledd. Noen oppfattet at det var en genetisk disposisjon til å få KISS.

Kiropraktorene var likevel enig om at plagene som ofte følger med slike funksjonsforstyrrelser ofte er omfattende: barnet gråter ofte mye og har søvnforstyrrelser. Tarmfunksjonen kan være nedsatt og i mange tilfeller har barnet vansker med å svelge i tillegg til at det gulper mye. En mannlig kiropraktor uttrykte det slik:

*Det er for all del ikke sånn at vi ikke tenker på KISS/KIDD begrepet som sådan, men vet hvor vidtspredende problemer det kan gi kroppen generelt (2/A).*

Osteopatene var mer fortrolig med å bruke begrepet KISS, men gav uttrykk for at de synes at begrepet var for lite dekkende. De mente at begrepet beskriver et område, men ikke hva som er galt i det området. I denne gruppen var det uenighet om hva som var årsaken til symmetriforstyrrelsene: Et synspunkt som fremkom var at symmetriforstyrrelsen sekundært skyldtes en funksjonsforstyrrelse i øvre nakkeledd, mens en annen oppfatning var at årsaken var økt tensjon i cranialbasen. Osteopatene var generelt opptatt av å differensiere tilstanden ut i fra funksjonsforstyrrelsene som avdekkes gjennom den kliniske undersøkelsen. En osteopat uttrykte det slik:

*Barna har en nedsatt bevegelse i en eller annen retning på grunn av for mye spenning, i hvertfall nedsatt bevegelse i hodeleddene (8/B).*

Informantene i denne gruppen hadde en oppfatning av at tilstanden KISS og Torticollis var to forskjellige diagnoser, selv om de hadde samme lokalisasjon og lignende funn. Ved Torticollis så osteopatene for seg en pasient med kink i nakken, og assosierte KISS mer med en c-scoliose i kroppen til barnet. En mannlig osteopat uttrykte det slik:

*De fleste KISS/KIDD barn har ikke Torticollis, men alle som har Torticollis har KISS (8/B).*

I fokusgruppediskusjonen blandt manuellterapeutene fremkom det at de ikke likte å bruke betegnelsen ”syndrom” og ønsket å fjerne seg fra KISS-begrepet og heller bruke betegnelsen nakke indusert asymmetri. Dette hadde sammenheng med diskusjoner som har vært i media rundt tilstanden KISS/KIDD samtidig som de ønsket å avdramatisere tilstanden ovenfor foreldrene. Det var enighet i gruppen om at det var et skille mellom KISS og Torticollis. Torticollis fremstod som det medisinske begrepet for skjev nakke, og der barnet ofte hadde en palpabel tumor i sternocleidomastoid og ikke asymmetri alene.

## 5.2 Diagnostisering

Kiropraktorene hadde ulikt syn på behovet for å standardisere diagnostiske kriterier for å kunne stille diagnosen asymmetri eller KISS. En mannlig kiropraktor mente at standardisering er positivt fordi det vil føre til at spedbarn med tilstanden vil kunne få behandling tidligere, men for egen del mente han at standardisering av de diagnostiske kriteriene ikke var en nødvendighet. En kvinnelig kiropraktor var enig i dette og uttrykte at det å få en slik diagnose kunne virke skremmende på foreldrene. Det ville være bedre å forklare foreldrene om hvordan funksjonsproblemet i nakken påvirket barnets tilstand. Hun uttrykte det slik:

*Diagnoser er litt skremmende, poenget er at man har et problem (4/A)*

I diskusjonen kom det frem at fokuset til kiropraktorene var rettet mot dysfunksjonen til barnet, de var opptatt av å finne det lokale funksjonsproblemet slik at de kunne behandle dette. Et annet synspunkt som kom frem under diskusjonen var at standardisering av tester og rutiner ville øke muligheten til å drive med forskning på dette fagfeltet.

Osteopatene hadde en formening om at symmetriforstyrrelse hos barnet i stor grad hadde sammenheng med mor sitt svangerskap og fødsel. Bekkenrelaterte problem i svangerskapet, komplikasjoner under fødselen som bruk av tang, setefødsel, og at hode festet seg tidlig i bekkenet ble av osteopatene sett på som mulige faktorer for utvikling av asymmetri. En osteopat uttrykte det slik:

*Moren har for eksempel hatt bekkenproblematikk og nedsatt bevegelighet, og da regner jeg med at barnet også får et problem (8/B).*

Flere av osteopatene hevdet at anamnese sammen med en god observasjon utgjorde en viktig del av diagnostiseringen. De understreket at hele kroppen ble testet uavhengig av hvor smerten var lokalisert, og at alle funn ble forklart anatomisk. En mannlig osteopat mente at standardisering av tester hadde liten relevans i praksis grunnet utfordringer med å bruke den samme utgangsposisjonen hos barn som var rolig og hos barn som skrek og var urolig, men så at det kunne ha en funksjon i en læringsprosess.

Manuellterapeutene viste stor grad av enighet med tanke på bruk av standardiserte tester ved diagnostisering av øvre nakkeledd induisert symmetriforstyrrelser. På samme måte som kiropraktorer så de en nytteverdi med tanke på forskning. Men de var også opptatt av å bruke slike tester i egen praksis for å kunne diagnostisere og vurdere nytte av tiltak. En manuellterapeut uttrykte det slik:

*Vi utfører stort sett de samme testene på alle for å vurdere om de har asymmetri eller ikke, og vi prøver å standardisere testene mer nå ved å bruke testene som ble bruk i studien til A. Mordt i 2008 slik at det kan bli mer sammenlignbart (12/C).*

Manuellterapeutene opplevde, på linje med osteopatene, at anamnesen og observasjonsdelen har stor betydning i møte med disse barna. God kommunikasjon med foreldrene ble oppfattet som viktig i diagnostiseringsprosessen siden det er foreldrene som kjenner barnet sitt best og som opplever barnet i de ulike situasjonene. En manuellterapeut hevdet:

*Selv om hovedtrekkene kan være like så er det kliniske bilde forskjellig. Det å håndtere barn er ikke bare å gjøre fem tester - ferdig! (13/C).*

Å diagnostisere barn yngre enn en måned gammel ble oppfattet som vanskeligere enn å diagnostisere barn som er seks uker gamle. De kliniske funnene i columna er mindre tydelig hos de minste barna som fremdeles befinner seg i ryggeleie og ikke har kommet i mageleie. En manuellterapeut sa:

*Jo mindre barnet er, jo færre funn i resten av columna - det er en generell betraktning (13/ C)*

En av manuellterapeutene gav uttrykk for at nakken fortrinnsvis ble brukt som utgangspunkt i den kliniske undersøkelsen i de tilfellene hvor barnet var sterkt asymmetrisk.

### 5.3 Behandling

I fokusgruppediskusjonen blant kiropraktorene fremkom det at responsen på behandling av nakken hos barn med asymmetri generelt var svært god. En mannlig kiropraktor illustrerte dette med et eksempel fra praksis:

*Jeg husker godt et veldig konkret eksempel fra en alenemor som hadde et barn på tretten måneder og som aldri hadde sovet mer enn to timer i strekk og med ganske kraftige gråteanfallet i periodene i mellom. Jeg finner en øvre nakkelåsning og gjør egentlig en ganske lett behandling, men det kommer et smell som overrasket meg. Moren kommer tilbake to dager senere og jeg ser at hun begynner å gråte allerede før hun kommer inn i behandlingsrommet. Da tenkte jeg, hva er det som har skjedd nå?, så kom hun inn og sa at første natten sov han åtte timer, andre natten sov han ti timer. Det hadde ikke skjedd før, så moren var bekymret - og det var bare etter en behandling.*

Kiropraktorene var opptatt av å gjenopprette funksjon hos barnet. Dersom problemet til barnet vedvarte etter at funksjonsforstyrrelsen var opphevet var det viktig å være grundig å spørre mor grundigere for å tilegne seg mer kunnskap om blant annet barnet sin hjemmesituasjon og mors matvaner. Kiropraktorene mente at det burde være obligatorisk med en kontroll av muskel- og skjelettapparatet ved to års alder og seks års alder, på lik linje med kontroll som ble utført på helsestasjon. Antall behandlinger som ble gjennomført av kiropraktorene varierte fra å behandle flere ganger i uken til å behandle barna en gang i uken eller en gang hver fjortende dag. En mannlig kiropraktor uttrykte det slik:

*De yngste har ofte raskest respons, det kan være fra to til ti behandlinger på ulike kategorier. Jeg tror det er veldig dumt å låse seg i at de skal være bra etter en til to behandlinger (5/A).*

Noen av kiropraktorene påpekte at de brukte manipulasjonsteknikker med høy hastighet, mens andre brukte mildere metoder som mobiliserings- og tøyningsteknikker i sin



tilnærming. En kiropraktor brukte en mobiliseringsteknikk som bestod av lette bevegelser som utløste en reaksjon hos barnet, hvor barnet selv utøvde trykk mot hendene til kiropraktor. En annen teknikk som ble brukt, spesielt i en tidlig fase, var en "hold and release"-teknikk, som bestod av å gi trykk i et område og holde det samme trykket til det løsnet. En kiropraktor som brukte manipulasjon som behandling uttrykte det slik:

*Jeg gir impulser med hendene. Selvfølgelig mye mildere impuls enn ved behandling av en voksen, jeg vil kalle det normal impuls til alder(2/A).*

Flere av kiropraktorene nevnte at de brukte så liten kraft som mulig, og at de aldri brukte mer kraft enn et lett trykk. Lettheten i trykket ble beskrevet som om det ble påført øyeeplet uten at det gjorde vondt. Kiropraktorene fortalte at de ikke var vant til noen form for oppfølging etter at funksjonsfeilen var eliminert, men at de ba foreldre ta kontakt om symptomene skulle komme tilbake. Noen hadde praksis for å kalle barnet inn til kontroll etter noen måneder og gjerne en kontroll etter et år.

Osteopatene gav uttrykk for at resultatet av behandlingen ble bedre dersom barnet kom tidlig til behandling. En av grunnene til dette var at de oppfattet at muligheten til å gjøre endringer på hodeskallen ble redusert i takt med alderen til barnet. Osteopatene vektla det å ha god tid under selve behandlingen for å skape en trygg atmosfære både for foreldre og barn. En av faktorene for å skape trygghet var å la foreldrene kjenne på kraften som ble brukt under behandlingen. En mannlig osteopat fremhevet at å gjøre testene to ganger, en gang før og en gang etter behandling var viktig som en kontroll på at behandlingen hadde hatt effekt. Osteopatene brukte indirekte eller direkte teknikker i behandlingen av denne pasientgruppen. De gikk fra en myk til en mer intens tilnærming ved å bevege i retning av den frie bevegelsen for å løse spenningen. Dersom det ikke var tilstrekkelig ble barrieren oppsøkt med en form for mobiliseringsteknikk som osteopatene definerte som en vevsteknikk. En av osteopatene fortalte at han i enkelte tilfeller utførte en manipulasjon, men understrekte at dette ikke var vanlig. Flere av osteopatene hevdet at de ofte tok utgangspunkt i bekkenet når de behandlet disse barna, mens andre startet med å behandle føttene og beveget seg opp mot nakken. En mannlig osteopat begrunnet det slik:

*Det er viktig å først opprette kontakt med barnet. Fremgangsmåten min er derfor å avslutte med å behandle bakhodet. Begynner man å behandle bakhodet når*

*problemet sitter der, starter skrikingen med en gang. Hvis det er mulig så tilnærmer jeg meg fra periferien (8/B).*

Det var enighet i gruppen om at suturen mellom occiput og temporalknokkelen var et viktig område som de behandlet fordi det i dette området ofte ble funnet økt stramhet i beinstrukturen. De behandlet ofte flere kroppsdelene, men avsluttet alltid behandlingen i dette området av bakhodet. Begrunnelsen som ble gitt var for å gi bedre gjennomgangen for nerve, vene og andre strukturer i området. Osteopaterne fortalte at de i gjennomsnitt behandlet barna to ganger. Det var enighet om at barna ikke ble behandlet flere ganger i uken. Intervallet mellom behandlingene kunne variere fra en til tre til fire uker. To osteopater uttrykte det slik:

*Systemet må ha en sjanse til å tilpasse seg de endringene som er gjort. Det er viktig at barnet får ro i tiden etter behandling, derfor sier jeg tidligst etter fjorten dager (8/B).*

*Det kan komme reaksjoner etter en behandling som kan være veldig negative, som at de skriker mer samme dagen eller dagen etter de har vært til behandling. Hvis det er har vært slike reaksjoner er det godt å få den tiden i mellom (9/B).*

Informantene hadde en variet praksis med tanke på videre oppfølging. Flere av osteopaterne praktiserte muligheten for åpen retur eller telefonisk kontakt ved tilbakefall, og en mannlig osteopat gav en grundig informasjon til foreldrene med tanke på hva de måtte passe på og at de kunne ta kontakt ved behov. Et synspunkt som fremkom i diskusjonen var at de ønsket å komme i kontakt med barna på et tidligere tidspunkt, fortrinnsvis ved å foreta en screening allerede på barneklubben.

Gruppen av manuellterapeuter fortalte at resultatet av behandlingene var bedre jo tydeligere funn som ble gjort i undersøkelsen. Dersom barnet hadde tydelige funksjonsavvik opplevdes dette som mer konkret å behandle og resultatet ble også bedre. Informantene opplevde at behandlingseffekten kom senere dersom barnet var eldre enn ett år første gang det ble behandlet. Begrunnelsen som ble gitt var at barn som kom senere til behandling hadde utviklet andre funksjonelle problemstillinger, spesielt etter at de hadde begynt å gå. En mannlig manuellterapeut uttrykte det slik:

*Jo eldre de blir, jo mindre kan du behandle bare nakken. Min erfaring er at hvis du gjør det, da kommer de igjen gang etter gang (13/C).*

Det kom frem under diskusjonen at manuellterapeutene behandlet barna en til to ganger med en kontroll i etterkant av behandlingen. Tidsrommet mellom behandling og kontroll varierte. En manuellterapeut uttrykte det slik:

*Jeg behandler første gangen og tar en kontroll etterpå. Hvor lang tid det er i mellom behandling og kontroll avhenger av hvor vellykket jeg føler at behandlingen var og hvor avslappet barnet var. Det kan gå fra en uke til seks uker. Barnet trenger tid til å tilpasse seg endringene som har funnet sted (11/C).*

Behandlingen som manuellterapeutene ga bestod av en lett, rask mobilisering eller lette trykk mot nakken. Noen av manuellterapeutene brukte en rask impuls med liten kraft, men andre mente at det i noen tilfeller var tilstrekkelig å utføre en spesifikk undersøkelse og kjenne på bevegeligheten for å oppnå forbedring. Informantene var likevel enig om at de oppnådde gode resultater med få behandlinger. En manuellterapeut illustrerte det slik:

*En mor kom med en jente på tre måneder. Svangerskapet hadde gått fint og hun hadde sett frem til å få en liten attpåklatt. Barnet var veldig urolig og gråt masse, noe som gikk utover hele familien. De fikk ikke blikkontakt med henne, hun ville ikke ta bryst og hele kroppen var veldig anspent. Jenten ble behandlet en gang og dagen etter ble jeg oppringt av en takknemmelig mor som kunne fortelle at jenten var blitt rolig og at hun både sov og var begynt å spise (11/C).*

Manuellterapeutene var enig om at alder og sensitivitet var faktorer det ble tatt hensyn til i forhold til behandling og kraftbruk. To informanter uttrykte det slik:

*Jeg pleier å vise foreldrene hvor mye jeg trykker og mange blir beroliget når de kjenner hvor lite det er. Jeg tror at når man har behandlet mange barn lærer du deg å vurdere hvor mye kraft du trenger å bruke på det barnet, og det varierer i forhold til hva en kjenner og hvor irritabel de er (11,12/C).*

Det var stor enighet blant manuellterapeutene om at informasjon til foreldre i forhold til håndtering av barnet og hjemmeøvelser utgjorde en viktig del av behandlingen.

Manuellterapeutene fortalte at de samarbeidet med barnefysioterapeuter i forhold til

oppfølgingsbiten. Det var enighet i gruppen om at det var viktig å friskmelde barnet ved behandlingsslutt og at foreldrene da begynte å behandle det som et friskt barn. En kvinnelig manuellterapeut formulerte det slik:

*Mange foreldre har en forestilling om at de må gå til behandling med barnet i en lang periode. Når du etter to eller tre ganger sier at barnet er bra så blir de nesten litt overrasket. Jeg tror det er veldig viktig å kle av de den diagnosen slik at de ikke påtar seg sykerollen (11/C).*

## **6. Diskusjon**

Hensikten med studien var å få kjennskap til hvordan ulike faggrupper forholder seg til spedbarn med KISS, med tanke på KISS - begrepet i seg selv, diagnostisering og behandling. I fokusgruppene var det stor aktivitet og alle deltakerne hadde erfaringer og tanker som de ønsket å dele med resten av gruppen, komoderator og moderator. Fokusgruppedeltakerne viste et engasjement rundt problemstillingen. Analysen av samtalene og diskusjonene i fokusgruppene gav innblikk i de ulike faggruppene sitt syn på begrepet KISS, og diagnostisering og behandling av spedbarn med KISS.

### 6.2 Metode

#### 6.2.1 Valg av design

Ved å velge fokusgruppeintervju som design ønsket jeg å oppnå en balansert gruppediskusjon blant deltakerne, noe som i stor grad er avhengig av en god gruppedynamikk for å stimulere deltakerne til å dele sine kunnskaper. Både moderator og komoderator opplevde at det var god samhandling mellom deltakerne i to av gruppene, men i en av gruppene dominerte de to eldste deltakerne samtalen, spesielt i starten av gruppediskusjonen. De to yngste kom mer på banen etter hvert. Gruppedynamikk kan på den ene siden bidra til å skape assosiasjoner og fortellinger hos deltakerne, men kan også virke som en bremsekloss i forhold til mer sensitive opplysninger (Malterud, 2003). En kan i den sammenheng spørre seg om det var moderator sin manglende erfaring med å lede et fokusgruppeintervju som bidro til dette eller om var det gruppesammensetningen i seg selv som var årsaken. Både moderator og komoderator la imidlertid vekt på at alle skulle komme til orde, så inntrykket var likevel at alle fikk sagt det de hadde på hjertet.

### 6.2.2 Utvalg

Det kreves mye praktisk tilrettelegging for å kunne gjennomføre fokusgruppeintervju. Det var blant annet en utfordring å få det til å passe for alle deltakerne på samme tidspunkt. Det ble gjort et bevisst valg om å utføre intervjuene på ettermiddagstid slik at deltagelse i prosjektet ikke skulle gå ut over arbeidstiden til den enkelte deltaker. Det er vanskelig å si om dette kan ha hatt innvirkning i forhold til rekrutteringsprosessen og muligheten til å delta, og med tanke på at deltakerne kan ha vært slitne etter en lang arbeidsdag. I en situasjon som denne er det vanskelig, om ikke umulig, å sikre seg mot frafall av deltakere. En av deltakerne måtte trekke seg etter ankomst til intervjuet på grunn av en hendelse i hjemmet, men deltok sammen med en annen gruppe på en senere tidspunkt. Dette synes ikke å ha hatt noen negativ konsekvens for gruppen fordi gruppen fremstod med en svært god dynamikk og det var ingen spor til profesjonsmotsetninger .

Det ble i studien foretatt et bevisst valg i forhold til å bruke 3 faggrupper for å belyse problemstillingen. Gruppen var homogen med hensyn til hvilken faggruppe deltakerne tilhørte, men heterogen med hensyn til alder og kjønn, og dermed oppnådde jeg en variasjonsbredde som gav meg mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen (Malterud, 2003). På den andre siden ville 3 grupper med manuellterapeuter sannsynligvis ha gitt oss mer informasjon om akkurat den faggruppen, noe som kunne ha vært en styrke med tanke på å beskrive manuellterapeutenes rolle i forhold til disse barna/barn med KISS. Samtidig kunne det ha ført til begrensninger i forhold til å få frem data og nyanser som gir ny kunnskap eller åpner for nye spørsmål (Malterud, 2003). En heterogen sammensetning, i forhold til faggruppe, i de 3 fokusgruppene ville muligens ført til at informasjonen hadde blitt annerledes som en følge av deltakernes evne til å assosiere og kommentere hverandres tanker og erfaringer. På den andre siden kunne det ha skapt profesjonsmotsetninger eller ført til at deltakerne ikke hadde følt seg komfortable i gruppen. Vi er derfor av den oppfatning at informasjonen ble rikere av å dele deltakerne opp i homogene grupper innenfor hver faggruppe.

Osteopati, kiropraktikk og manuellterapi er i utgangspunktet relativt små fagmiljø, noe som betyr at det er stor sannsynlighet for at deltakerne i de ulike gruppene vil kjenne til hverandre. Dette kan være positivt ved at det kan skape en trygghet som gjør det lettere å fremme sine synspunkter, eller det kan føre til ulike spenninger eller at en oppfører seg

annerledes noe som gjør det til en negativ faktor i denne sammenheng. Det å åpne opp for deltakelse av terapeuter utenfor Hordaland fylke ville kunne bidra til at rekrutteringsprosessen ville ha vært lettere, ”flere å ta av”. Samtidig ville dette ha ført til et dyrere prosjekt, noe som innenfor rammene av masteroppgaven ikke ville ha vært mulig.

### 6.2.3 Datainnsamling

Intervjuguiden ble fulgt på en slik måte at alle tema vi ønsket å få belyst ble presentert og drøftet i gruppene. I tillegg dukket det opp nye spørsmål underveis, spesielt i den første fokusgruppen. Disse synspunktene ble tatt med videre i de neste fokusgruppene og førte dermed til tilføring i intervjuguiden.

For meg som bruker av en kvalitativ forskningsmetode, var det et mål at materiale skal reflektere informantenes erfaringer og meninger. Min person påvirket forskningprosessen og dens resultater, og det ville være naivt å tenke at jeg kunne ha en nøytral rolle i prosessen hvor materialet produseres (Malterud, 2003). Jeg, med min bakgrunn som manuellterapeut, ønsket å finne likheter og ulikheter i forhold til andre faggruppers måter å diagnostisere og behandle barn med KISS. Samtidig ønsket jeg å skape en diskusjon rundt begrepet KISS i forhold ulike meninger som har kommet frem i den senere tid. Under hele forskningsprosessen tilstrebdet jeg det å være så nøytral som mulig og legge min forforståelse til side så godt som mulig. I følge Malterud (2003) er det en god tommelfingerregel for forskeren å lete etter hva man selv må legge til side for å være i stand til å gjengi deltakernes historie på en lojal måte (Malterud, 2003).

## 6.4 Studiens gyldighet

I all forskning bør forskeren spørre seg selv om metoden som er brukt, representerer relevante veier til kunnskap som kan belyse problemstillingen (Malterud, 2003). Hva er den kunnskapen som har kommet frem sant om?

### 6.4.1 Intern validitet

Den interne validiteten blir lav dersom kartleggingen ikke gjennomføres på en måte som er relevant for formålet (Malterud, 2003). Intervjuguiden ble fulgt på en slik måte at alle tema vi ønsket å få belyst ble presentert og drøftet i gruppene, i tillegg ble det stilt relevante oppfølgingsspørsmål av både moderator og komoderator. Det ble gitt god anledning til at alle deltakerne kunne komme til orde. Noen av deltakerne hadde mer på hjertet enn andre,

men dette ble oppfattet kun som individuelle forskjeller. Stemningen under intervjuene var rolig og behagelig og vårt inntrykk er at deltakerne følte seg trygge i den settingen de befant seg i. Selv om intervjuet skal foregå med et åpent sinn, skal forskeren holde fast på sin problemstilling, slik at samtalen blir fokusert og rikest mulig på informasjon som kan brukes til å belyse problemstillingen (Malterud, 2003). Med tanke på spørsmålene i intervjuguiden, var de åpne og gav rom for diskusjon. Noen av oppfølgingsspørsmålene var av en mer lukket karakter, men det var helst i situasjoner hvor et tydelig og mer bekreftende svar var ønsket. Vi opplevde ulikheter mellom gruppene med tanke på samhandling. Utfordrende deltakere (dominerende/forstyrrende/deltakere som ”sporer av”/sky deltakere) kan være forstyrrende for gruppedynamikken og dermed en faktor som kan påvirke den interne validiteten. Noen av de eldste deltakerne dominerte til tider samtalen. Dette førte til at deres erfaringer når det gjelder spedbarn og KISS fikk større plass enn erfaringene til de andre deltakerne i gruppen, til tross for at det ble gitt god anledning til at alle kunne komme til orde. Den homogene sammensetningen i av gruppene i forhold til faggruppe opplevde vi som gunstig i forhold til å skape den synergieffekten som vi var ute etter. Vi er av den formening at vi fikk et rikt datatilfang. Moderator og komoderator er viktige brikker i et fokusgruppeintervju (Malterud, 2003). Ved gjennomføringene av de tre fokusgruppeintervjuene hadde moderator og komoderator et godt samarbeid. Vi hadde en god forståelse av hverandre, og vi er av den oppfatning at vi oppnådde god kontakt med deltakerne i de ulike gruppene. Tidspress under et intervjuet er ikke til fordel verken for deltakerne eller de som styrer intervjuet, og dette vil også kunne påvirke den interne validiteten. De 3 intervjuene hadde en noe lengre varighet enn hva deltakerne hadde blitt informert om på forhånd, men vi føler ikke at dette hadde en negativ innvirkning på deltakerne.

#### 6.4.2 Ekstern validitet

I tillegg til å stille spørsmål i forhold til den interne validiteten er det nødvendig å evaluere den eksterne validiteten. Den eksterne validiteten stiller spørsmål til hvilken sammenheng våre funn kan gjøres gjeldende utover den konteksten der vi har kartlagt dem (Malterud, 2003). Den eksterne validiteten blir lav hvis vi utelukkende forholder oss til den lokale kontekst uten å overveie betingelser for overførbarhet av kunnskapen. I denne studien kunne den eksterne validiteten bli påvirket av om vi hadde oppnådd en god fordeling av de ulike fagmiljøene. Ulike utdanningssteder innenfor det samme fagmiljøet, måten rekrutteringen av deltakerne ble gjort på og størrelsen på utvalget, er alle momenter som

kan ha betydning for studiens eksterne validitet. De ulike fagmiljøene hadde i studien en tilfredsstillende fordeling. Manuellterapeutene var representert med tre deltakere, noe som i utgangspunktet var mindre enn ønsket. Samtidig er vi av den mening at gruppen gav et godt inntrykk av fagmiljøet sine erfaringer og meninger. Kiropraktorene og manuellterapeutene var det en grad variasjon med tanke på utdanningssted. Hos osteopatene så vi ikke den samme variasjonen i forhold til osteopatiutdannelsen, men derimot hadde deltakerne ulik videreutdanning utover grunnutdannelsen som fysioterapeut (manuellterapi, Feldenkrais, akupunktur). Det ble gjort en telefonisk rekruttering av deltakere og det resulterte i et strategisk utvalg som gav et variert og mangfoldig materiale.

Begrepet overførbarhet impliserer at det finnes grenser og betingelser for hvordan våre funn kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger enn der vår studie er gjennomført (Malterud, 2003). Jeg er av den mening at denne studien viser en stor grad av overførbarhet til de ulike faggruppene representert i studien, til helsepersonell generelt og til spedbarnsforeldre som i ulik grad opplever tilstanden KISS.

## 6.5 Resultater

### 6.5.1 Begrepet KISS/KIDD

Kiropraktorene, osteopatene og manuellterapeutene var alle kjent med begrepet KISS/KIDD, men var mer opptatt av funksjon enn selve begrepet. En kiropraktor syntes det var vanskelig å forholde seg til selve begrepet eller tilstanden siden det ikke er en etablert diagnose i diagnosesystemet ICPC. Manuellterapeutene likte ikke å bruke begrepet syndrom og ønsket å fjerne seg fra KISS-begrepet ved å bruke nakkeindusert asymmetri. Osteopatene mente at begrepet var lite dekkende i forhold til de funksjonsforstyrrelsene som de opplevde at barnet hadde. Det var enighet blant gruppene om at det var viktig å avdramatisere tilstanden KISS/KIDD ovenfor foreldrene. KISS/KIDD er et begrep som brukes både innen kiropraktikk, osteopati og manuellterapi, men også i forum som henvender seg spesielt til småbarnsforeldre. Flere som stiller seg skeptisk til begrepet mener at det er en ”motesykdom”, og at det nærmest fungerer som en ”sekkediagnose”. Det at begrepet ikke er dekkende nok i forhold til de funksjonsforstyrrelsene barnet har støttes av Miller (2005). Miller introduserte i 2005 begrepet IISMO, der symptomene ligner symptomene som er typiske for barn med KISS, men som inkluderer mer enn bare den øvre delen av nakken. Biedermann et al. bruker i dag terminologien KISS konsept i stedet



for KISS syndrom, noe som er et uttrykk for at KISS-begrepet har gjennomgått en endring for å oppnå anerkjennelse som et patologisk konsept (Saedt et al., 2009).

### 6.5.2 Diagnostisering

Det hersket uenighet mellom de tre faggruppene når det gjaldt å standardisere de diagnostiske kriteriene i forhold til KISS. Kiropraktorene fremhevet at deres fokus var rettet mot funksjon, samtidig som det kom frem at en standardisering ville føre til at de barn med behov ville få behandling tidligere. De så at en standardisering kunne være nyttig med tanke på forskning. Osteopatene relaterte symmetriforstyrrelsene til barnet i stor grad med mor sitt svangerskap og fødsel. De understreket at hele kroppen ble testet uavhengig av hvor smerten var lokalisert, og at alle funn ble forklart anatomisk. Osteopatene mente at en standardisering av de diagnostiske kriteriene ville være nyttig i en læringsprosess, men at det hadde lite relevans i praksis. Blant manuellterapeutene var det enighet om at bruk av standardiserte tester ville ha en nytteverdi med tanke på forskning. De var også opptatt av å bruke slike tester i egen praksis for å kunne diagnostisere og vurdere nytte av tiltak. Det finnes per i dag ingen diagnostisk gullstandard med tanke på å diagnostisere barn hvor det er mistanke om nakkeledds induserte symmetriforstyrrelser (Brurber et al., 2009), noe som sammenfaller med det som kom frem under fokusgruppeintervjuene. Manuellterapeutene virket i større grad opptatt av å bruke standardiserte tester sammenlignet med de andre fagmiljøene, samtidig som det i litteraturen blir beskrevet at er opp til hver enkelt terapeut å velge de testene som passer det aktuelle barn og terapeut best ut i fra testprotokoller (Biedermann, 2008). Manglende forskning innenfor området i tillegg til skepsis blant helsepersonell generelt kan være en årsak til at det er vanskelig å få til en standardisering av diagnostisk testbatteri. Den Europeiske Arbeidsgruppen for Manuell Medisin (EWMM) fastslår at det er viktig å starte undersøkelsen i nakkeregionen, og ikke føttene eller bekkenet, i tilfeller der de har mistanke til en funksjonsforstyrrelse øvre nakkeledd. EWMM er av den mening at det ikke er mulig å diagnostisere en nedsatt bevegelighet i øvre del av nakken ved å ta utgangspunkt i bekken eller føtter (Saedt et al., 2010). Dette er noe avvikende i forhold til måten osteopatene i stor grad tilnærmet seg disse barna på.

### 6.5.3 Behandling

Alle gruppene hadde god erfaring med tanke på respons på behandling av nakken, og både osteopatene, kiropraktorene og manuellterapeutene var opptatt av å gjenopprette funksjon hos barnet. Behandlingen bestod av mobiliserings- og vevsteknikker, og

manipulasjonsbehandling. Det var enighet blant gruppene at resultatet av behandlingen var bedre dersom barnet kom tidlig til behandling. Manuellterapeutene mente at resultatet av behandlingen var bedre jo tydeligere funn som ble gjort i undersøkelsen. Gruppene praktiserte i varierende grad oppfølging av barnet etter at funksjonsforstyrrelsen var eliminert. Flere kiropraktorer og osteopater hadde muligheten for åpen retur eller telefonisk kontakt ved tilbakefall. Blant manuellterapeutene var kontroll i etterkant av behandling mer vanlig. Manuellterapeutene mente at det var viktig å friskmelde barnet ved behandlingsslutt.

I følge Biedermann (2008) er det ingenting som sier at en behandlingsmetode har bedre effekt enn de andre, men barna trenger ro for å tilpasse seg de endringer som har blitt gjort under behandlingen slik at kroppen kan finne tilbake sin likevekt. Biedermann (2008) anbefaler videre at det skal utrettes så få behandlinger som mulig. I 90 % av tilfellene er det nok med en behandling og hos 10 % av barna vil 2 behandlinger være tilstrekkelig. Hos større barn er det ikke like tydelig hvor mange behandlinger som er nødvendig for å oppnå forbedring, men i fleste tilfellene blir det utført tre behandlinger (Biedermann, 2008). Dette er i tråd med det informantene i studien fortalte. Biedermann og hans kollegaer (2008) slår fast at hos 9 av 10 barn starter undersøkelsen og behandlingen i nakken. Dersom ikke dette gir den ønskede effekten letes det videre etter andre og mindre opplagte årsaker i andre strukturer (Biedermann, 2008). Dette samsvarer godt med den måten kiropraktorene og manuellterapeutene som deltok i studien jobbet på. Hos osteopatene var tilnærmingen noe annerledes. Flere av osteopatene hevdet at de ofte tok utgangspunkt i bekkenet når de behandlet disse barna, mens andre startet med å behandle føttene og beveget seg opp mot nakken. Erfaringsmessig konkluderer Biedermann (2008) at resultatet av behandlingen er bedre hos yngre barn. Dette er mye grunnet vanskeligheter for eldre barn å venne seg av med en tillært holdning (Biedermann, 2008), noe som også deltakerne i studien bekreftet i forhold til egne erfaringer.

## 6.6 Forslag til videre forskning

Jeg har i denne studien beskrevet hvilke erfaringer et utvalg av osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter i Hordaland fylke har med hensyn til diagnostisering og behandling av spedbarn med KISS, og hvilke oppfatninger de har av begrepet KISS. En naturlig fortsettelse av dette arbeidet kan være å lage et spørreskjema basert på mine funn som kan sendes til osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter i resten av landets fylker for å

evaluere om de funn som er gjort i denne studien er representative for de ulike faggruppene i resten av landet.

## **7. Konklusjon**

Jeg har gjort en kvalitativ studie med bruk av fokusgruppeintervju for å få økt kunnskap om hvilke erfaringer osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter har med hensyn til diagnostisering og behandling av spedbarn med KISS, og hvilke oppfatninger de har om begrepet KISS. Det fremkom i studien at de tre faggruppene ikke var helt samstemte i sin tilnærming til og forståelse av spedbarn med KISS eller til bruk av begrepet KISS.

Kiropraktorene mente at det var vanskelig å forholde seg til selve begrepet eller tilstanden siden det ikke er en etablert diagnose i diagnosesystemet ICPC. Osteopatene var av den mening at begrepet var lite dekkende i forhold til de funksjonsforstyrrelsene som de opplevde at barnet hadde, og manuellterapeutene ønsket å fjerne seg fra KISS-begrepet ved å bruke nakkeindusert asymmetri. Kiropraktorene var av den oppfatning at en standardisering av de diagnostiske kriteriene ville føre til at de barn med behov ville få behandling tidligere og at en standardisering kunne være nyttig med tanke på forskning. Osteopatene mente at en standardisering av de diagnostiske kriteriene ville være nyttig i en læringsprosess, men at det hadde lite relevans i praksis. Blant manuellterapeutene var det enighet om at bruk av standardiserte tester ville ha en nytteverdi med tanke på forskning. De var også opptatt av å bruke slike tester i egen praksis for å kunne diagnostisere og vurdere nytte av tiltak. Alle gruppene hadde god erfaring med tanke på respons på behandling av nakken, og det var enighet blant gruppene at resultatet av behandlingen var bedre dersom barnet kom tidlig til behandling.

Det kan være hensiktsmessig at de ulike faggruppene som behandler spedbarn med KISS kommer til en enighet med tanke på begrepsavklaring, og at det utvikles en form for standardisering i forhold til diagnostisering og behandling av disse barna for å kvalitetssikre den behandlingen som blir gitt i de enkelte tilfellene. Jeg er av den mening at dette vil være til god hjelp for spedbarnsforeldre og helsepersonell generelt i forhold til den uvissheten og skepsisen som i dag finnes rundt denne pasientgruppen. Det kan være frustrerende å motta ulik informasjon hos ulike helseprofesjoner.

Litteraturliste

- Barbour, R.S. og Kitzinger, J. (1999) Introduction: the challenge and promise of focus groups i Barbour, R.S. og Kitzinger, J. (1999) Developing focus groups research: Politics, theory and practice. London, SAGE Publications, s. 1 – 20.
- Biedermann, H. (2005). Manual therapy in children: proposals for an etiologic model. J.Manipulative Physiol Ther., 28, e1 - 15.
- Biedermann, H. (2008). Kinderen met KISS-syndroom : oorzaken, gevolgen en manueeltherapeutische benadering. Uitgeverij Acco.
- Boere-Boonekamp, M.M. et al. (2005). Voorkeurshouding bij zuigelingen: prevalentie, preventie en aanpak. Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg, 92 – 97.
- Brurberg, K.G., Myhaug, H.T., Reinar, L.M. (2009). Diagnostikk og behandling av spedbarn med mistanke om funksjonsforstyrrelser i øvre nakkeledd. Rapport fra Kunnskapssenteret, 17 – 2009.
- Carron, A.V., & Brawly, L.R. (2000). Cohesion – conceptual and measurement issues. Small Group Research, 31 (1).
- Foreningen Manuellterapeutenes Servicekontor (2010). Kort om manuellterapi. Internett: <http://www.manuellterapi.no/default.aspx?sid=6> (hentet 13. november 2010).
- Haugen, E. et al. (2007). Spedbarn med funksjonsforstyrrelse i øvre nakkeledd som årsak til torticollis. En randomisert kontrollert studie av manuellterapi ved torticollis hos spedbarn. Ref type: ikke publisert.
- Heidal, S., Dancke, E. B., & Martinsen, M. (2001). Har fysioterapi effekt på medfødt muskulær torticollis hos barn fra null til to år? Fysioterapeuten, 14.
- Helgar, B. et al. (2010). Hva er KISS-KIDD?. Internett: <http://www.kiss-kidd.no/hva-er-kiss-kidd.htm> (hentet 13. november 2010).
- Malterud, K. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning, 2. utgave. Universitetsforlaget.
- Miller, J., Croci, S.C. (2005). Cry baby, why baby? Beyond colic: It is time to widen our views? Journal of Clinical Chiropractic Pediatrics, vol 6 - 3.
- Mordt, A.C. (2008). Hva kjennetegner spedbarn med KISS – En intertester-reliabilitet av manuellterapeutisk klassifisering (Masteroppgave) Universitetet i Bergen.
- Norsk Dystoniforening (2010). Cervikal dystoni/torticollis. Internett: [www.edbkonsulenten.no/ndf-filer/ndf\\_cervikaldystoni.htm](http://www.edbkonsulenten.no/ndf-filer/ndf_cervikaldystoni.htm) (hentet 13. november 2010).
- Norsk Kiropraktorforening (2010). Et liv i bevegelse. Internett: <http://www.kiropraktikk.no/?pageID=17&ItemID=34> (hentet 13. november 2010).

Norsk Osteopat Forbund (2010). Osteopati. Internett: <http://www.osteopati.org/hva-er-osteopati/hva-skjer-hos-osteopaten.html> (hentet 13. november 2010).

Olafsdottir, E., Forshei S., Fluge, G., Markestad, T. (2000). Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation. *Arch Dis Child*, 84, 138-41.

Rienecker, L., Jørgensen, P.S. (2007). Den gode oppgaven, 3. utgave. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole. Fagbokforlaget.

Robson, C. (2002). Real world research, 2. utgave. A Resource for Social Scientists and Practitioner-researchers. John Wiley and Sons Ltd.

Saedt, E., Woude van der, B., Schambergen, T. (2009). Statusrapport om KISS i Nederland. Muskel & Skjelett, 2.

Saedt, E., Woude van der, B. (2010). KISS, kinderfysiotherapie en manueletherapie – de visie van de EWMM. Internett: <http://www.ewmm.net/downloads/standpuntewmm.pdf> (hentet 13. november 2010).

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

**”Hvilke erfaringer har osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter når det gjelder diagnostisering og behandling av spedbarn med øvre nakkeledd induserte symmetriforstyrrelser”**

**Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

**Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å kartlegge hvilke erfaringer osteopater, kiropraktorer og manuellterapeut har når det gjelder diagnostisering og behandling av spedbarn med øvre nakkeledd induserte symmetriforstyrrelser.

Grunnen til at du blir spurt om å delta er at du har erfaring med å behandle spedbarn innenfor det aktuelle området.

Hensikten med studien er å få utdypet kunnskap om hvilke erfaringer de ulike faggruppene har, og hvordan de ulike faggruppene jobber – både innad i faggruppene og gruppene seg imellom, med tanke på diagnostisering og behandling.

**Hva innebærer studien?**

Studien vil være av kvalitativ art, og det skal utføres fokusgruppeintervju av 3 faggrupper – henholdsvis osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter.

Intervjuet vil bli ledet av masterstudent sammen med prosjektkoordinator.

Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd, og vil finne sted ved Institutt for samfunnsmedisinske fag i Kalfarveien 31, 5018 Bergen,

onsdag 05.05.10 kl. 18.

Intervjuet vil vare mellom 60 – 90 minutter.

**Hva skjer med informasjonen som blir gitt?**

Intervjusvarene vil bli behandlet konfidensielt. Intervjuene vil bli transkribert og lydbåndopptakene vil deretter bli slettet.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Om du sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektkoordinator Liv Heide Magnussen, Uni Helse, Bergen.

Vennlig hilsen

Liv Heide Magnussen  
Prosjektkoordinator – daglig ansvarlig  
Uni helse, Bergen  
Ekspedisjon: 5558 3268

Marianne Tol  
Masterstudent i manuellterapi  
Universitetet i Bergen  
e-mail: Marianne.Wie-Tol@student.uib.no

Vedlegg 2: Samtykke til deltakelse i studien

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har lest informasjonen om studien og er på dette grunnlaget villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Vedlegg 3: Intervjuguide fokusgruppeintervju

## **INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPPEINTERVJU**

Oppvarmingsspørsmål:

Jeg vil begynne med en presentasjonsrunde hvor jeg vil be deltakerne fortelle hvor mange års praksis de har, hvor de jobber etc.

Åpningsspørsmål:

Hvordan forstår dere begrepet KISS/KIDD/Torticollis?

Kan dere fortelle om hvilke erfaringer dere har med behandling av KISS-barn?

(Hvilke erfaringer har dere når det gjelder å behandle spedbarn og barn med øvre nakkeledd induserte symmetriforstyrrelser? )

Hvilke kriterier har dere når det gjelder diagnostisering av disse barna?

Hvilke tanker har man gjort seg rundt det å prøve å standardisere diagnostiseringen av disse barna?

Nøkkelspørsmål:

Kan dere fortelle hvordan dere behandler disse barna?

Hva vektlegger dere i behandlingen? – hva er det viktigste?

Kan dere gi konkrete eksempler fra praksis?

Hvilke erfaringer har dere med tanke på resultatet av behandlingen? Blir det bra?

Overgangsspørsmål:

Hvilke erfaringer har dere når det gjelder samarbeid med andre fagmiljø?

Avslutningsspørsmål:

Hvordan kommer dere i kontakt med disse barna?

Hvordan følges barna opp videre?

Utfører dere noen form for etterundersøkelse?

Hvem friskmelder barna?

Har dere noen kriterier for når et barn er ferdigbehandlet/ikke ferdigbehandlet?