



SAHLGRENSKA AKADEMIN ENHETEN FÖR FYSIOTERAPI

UPPLEVELSEN AV DEN FYSIOTERAPEUTISKA BEHANDLINGEN HOS PATIENTER MED MIGRÄN

Josefin Collbo, Rebecca Petersson

Examensarbete:	15 hp
Program och kurs:	Fysioterapeutprogrammet, FYS 304
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Termin 6 VT/2017
Handledare:	Med. Dr, Legitimerad Sjukgymnast Emma Varkey
Examinator:	Docent, Legitimerad Sjukgymnast Carin Willén

Abstrakt

Examensarbete:	15 hp
Program:	Fysioterapeut
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Termin 6 VT/ 2017
Handledare:	Med. Dr, Legitimerad Sjukgymnast Emma Varkey
Examinator:	Docent, Legitimerad Sjukgymnast Carin Willén
Nyckelord:	Migrän, Fysioterapi, Kvalitativ innehållsanalys

Bakgrund: Migrän är ett av världens vanligaste hälsoproblem. Fysioterapeutisk behandling har visats ha viss effektivitet för att förebygga migrän. I dagsläget är det däremot inte klarlagt vilka mekanismer i behandlingen som är verksamma. En kunskapslucka om hur patienterna själva upplever den fysioterapeutiska behandlingen finns.

Syfte: Att undersöka hur patienter med migrän upplever fysioterapeutisk behandling.

Metod: Studien genomfördes med kvalitativ ansats. Sex semistrukturerade intervjuer genomfördes med deltagare som haft/har kontakt med en fysioterapeut för migrän. Kvalitativ innehållsanalys användes vid bearbetning av data.

Resultat: Resultatet ger en överblick på hur den fysioterapeutiska behandlingen kan upplevas. Deltagarnas upplevelse av den fysioterapeutiska behandlingen visade sig variera beroende på bemötandet de får. Patienten upplevde sig bli reducerad till enbart *En diagnos* istället för *En hel människa*. Dessa blev studiens huvudkategorier.

Konklusion: Studien visade att deltagarnas uppfattning om behandling av migrän hos fysioterapeut grundar sig i hur de blir sedda och bemötta. Att bli sedd och bekräftat som *En hel människa* med diagnosen migrän och inte bara behandlad utifrån *En diagnos* uppfattades positivt. Behandlad som en hel människa blir möjligt då fysioterapeuten tar tid till patienten, lyssnar på vad denne har att komma med samt inte riktar in sig för mycket på en standardbehandling. Utan dessa variabler riskerar patienter med migrän att uppfatta sin behandling och sig själv enbart som en diagnos vilket kan leda till att patienterna känner sig reducerad.

Abstract

Bachelor thesis: 15 hp
Program: Physical therapist
Level: Bachelor
Term/year: Term 6, Spring 2017
Supervisor: RPT, PhD, Emma Varkey
Examiner: APT, Carin Willén
Key words: Migraine, Physiotherapy, Qualitative content analysis

Background: Migraine is one of the world's most common health problems. Physiotherapeutic treatment has been shown to have a certain effect on preventing migraine for patients with migraine. However, which mechanisms that are active in the treatment are not known. A knowledge gap can be seen, about how the patients themselves experience the physiotherapeutic treatment.

Aim: To investigate how patients with migraine experience the given physiotherapeutic treatment.

Methods: The study was conducted with a qualitative approach. Six semi structured interviews were conducted with participants who have / had contact with a physiotherapist because of migraine. Qualitative content analysis was used in data processing.

Results: The result gives an overview on how physiotherapeutic treatment can be experienced. The participants' experience of the physiotherapeutic treatment depends on the response they receive from the therapist. The patient may risk being reduced to *only a diagnosis*, instead of being seen as *a whole human being*. These two are the study's main categories.

Conclusion: The study showed that the patients' perception about the treatment given by the physiotherapist is based on how they are perceived and treated. Being seen and confirmed as *a whole person* diagnosed with migraine, and not just treated from a diagnosis, was perceived positively. Treated as a whole human being becomes possible when the physiotherapist takes time for the patient, and listens, and does not focus too much on a standard treatment. Without these variables, patients with migraine risk perceiving their treatment and themselves as *a diagnosis*, which may cause patients to feel reduced.

Bakgrund

Migrän är ett stort problem

Huvudvärk är den vanligaste formen av smärta och klassas därför till ett av världens vanligaste hälsoproblem och är en vanlig specifik orsak till funktionsnedsättning (1). Ungefär en tredjedel av Sveriges befolkning har huvudvärk en gång i veckan. De vanligaste formerna av huvudvärk är huvudvärk av spänningstyp och migrän (2). I en svensk epidemiologisk studie har man visat att var åttonde vuxen svensk har migrän (3). Migrän klassas som en neurologisk sjukdom. Det finns flera olika former av migrän. Den vanligaste formen är migrän utan aura, men hos ungefär en femtedel föregås migränattacken av en så kallad "migränaura". Detta innebär helt reversibla neurologiska symtom (4). Migrän utan aura karakteriseras av svår pulserande huvudvärk som har sin lokalisering på en sida av huvudet. Det är inte heller ovanligt med illamående, eventuella kräkningar samt ljud- och ljuskänslighet. Migrän med aura kännetecknas oftast av visuell aura. Auran inträffar oftast först som sedan åtföljs av huvudvärk med migränsymtom. Attackerna med smärta brukar vara mellan 4-72 timmar individuellt från individ till individ (5). En migränattack med symtom som listas ovan, kan utlösas av en eller flera så kallade triggers. De vanligaste triggerfaktorerna är stress, utebliven måltid, väder, sömnstörning, nacksmärta, alkohol och/eller träning (6, 7).

Epidemiologiska studier har visat att migrän har en stor negativ koppling till det socioekonomiska inflytandet (8). Det har tydligt visats att kvinnor i arbetsför ålder är hårdare drabbade av migrän. Detta kan ses i den ökade migrändiagnostiseringen runt om i världen (9). Studier har visat att närmare två tredjedelar av alla med migrän i Sverige har rapporterat frånvaro från sitt jobb eller skola på grund av sin smärta. Förutom detta påverkas familjrelationer och det sociala livet negativt (10). En kvalitativ studie gjord på patienter med migrän, visade att en kronisk sjukdom konstant gör sig påmind i vardagen där sjukdomen är mittpunkten i livet och allt kretsar runt denna (11). WHO rankar svår migrän som likvärdigt med förlamning i någon av kroppens extremiteter, psykos eller demens gällande förlust av ett meningsfullt liv (12). Inte heller är det ovanligt med ökad incidens för depression, panikattacker samt ökad stressnivå (13). Samhällskostnaderna för individer med migrän ökar allt mer och i större takt än någon annan neurologisk sjukdom (14). Detta visar att huvudvärk, och framförallt migrän därför inte bara är ett problem för privatlivet utan även

ur ett samhällsekonomiskt perspektiv (15).

Behandling av migrän

I dagsläget finns det inget botemedel mot migrän. För akut behandling av uppkommande migränattack kan läkemedel användas för att lindra eller häva symtomen tillfälligt. Denna typ av läkemedel kan dock ge ett flertal biverkningar. Vid en överkonsumtion kan dessa läkemedel även utveckla huvudvärk i sig (16). Profylax av migrän behandlas vanligast med betablockerare (propranolol och metoprolol), vilket har visat sig vara det bästa preventiva läkemedlet (17, 18). Rekommendationer från European Federation of Neurological Societies (EFNS) är att samråda med patienten under utprovning av läkemedel. Detta görs då medicineringen ska fungera för individen själv samt att eventuella bieffekter inte ska påverka individen negativt (17). I en kvalitativ studie framkom det önskemål hos patienter med migrän att inte behöva använda förebyggande mediciner, utan att hitta andra alternativ (19). Forskare har även kunnat se att icke-farmakologisk behandling har stor hjälp för patienter med migrän. Studier visar att det har likvärdig effekt med förebyggande läkemedel. Största delen av denna kategori är utbildning av problemet, där man tar upp vad migrän är samt vilka triggerfaktorer som finns i patientens liv. För att se mönster och kunna identifiera triggers är dagbok ett vanligt hjälpmedel som kan ligga till grund för en viktig behandlingsåtgärd (20). Det finns en avsaknad av kunskap och förståelse gällande patofysiologi. Generella behandlingsriktlinjerna är inriktade mot att minska frekvens och/eller svårighetsgrad av attackerna samt att ha som mål att öka livskvalitén. I dagsläget vet man dock inte exakt vilka mekanismer i behandlingen som är verkningsfulla (18).

Fysioterapi vid migrän

Tidigare studie visar att personer med migrän är mindre fysiskt aktiva (21). En annan studie visar på att aerob träning kan ha effekt som förebyggande migränbehandling (22). Många patienter vill inte ha, eller svarar inte på den förebyggande medicineringen och därför kan fysisk träning vara ett intressant alternativ för dessa (23). Ökad fysisk aktivitet har setts haft en positiv effekt både psykiskt och fysiskt för dessa patienter. Sedan tidigare har det visats att träning ger ökat självförtroende, som på sikt därför kan hjälpa till att hantera sin migrän bättre (22). I dagsläget finns det relativt lite evidens om fysioterapi och migrän. Det är få patienter som vet om att de kan söka sig till en fysioterapeut för att få hjälp (24). Migrän kan även vara

kopplad till nacksmärta. Med fysioterapeutens kompetens av specifik nackträning, manipulation, stretching samt ergonomi, kan patienterna få hjälp med detta (25). Andra fysioterapeutiska behandlingar som används vid smärta relaterad till huvudvärk är exempelvis avslappning, stresshantering, akupunktur och mobilisering (26). Utvecklingen av fysioterapi vid migrän är relativt nytt, vilket gör att forskning kring träning som behandlingsmetod utvecklas ständigt. För en patient med migrän kan den fysioterapeutiska behandlingen komma till hjälp. Dock anses det att mer evidens behövs avseende vilka metoder som är mest effektiva samt vilka komponenter i behandlingen som är viktiga för patienten (24, 27).

Migrän är ett växande hälsoproblem i dagens samhälle där farmakologin står som den dominerande behandlingen. Dessa läkemedel kan tyvärr i sin tur ge en rad olika biverkningar. Patienter har därför önskat kompletterande alternativ på denna behandling. Fysioterapeutiska behandlingsmetoder har visats vara effektiva vid behandling av migrän (25, 26). I dagläget är det dock oklart vilka verkningsmekanismer som är effektiva i behandlingen (18). Vidare saknas kunskap om hur patienterna själv upplever den fysioterapeutiska behandlingen.

Studiens syfte

Syftet med studien är att beskriva hur patienter med migrän upplever fysioterapeutisk behandling.

Metod

Forskningsansats och val av design

Denna studie genomfördes som en kvalitativ intervjustudie. Intervjustudie valdes då författarna ville få ett bredare perspektiv på problemet samt på ett enklare sätt kunna djupdyka i frågeställningen. En kvalitativ studie har som syfte att undersöka människors åsikt eller uppfattning om ett ämne som författarna vill beskriva, tolka och få en förklaring till (28). I denna form av studie utgår man ifrån att världen kan tolkas och uppfattas på många olika sätt. Det finns alltså ingen objektiv sanning som man kan eller behöver följa. Kvalitativ forskning blir därför mer subjektiv och forskarens egen roll är av stor betydelse för tolkningen av studiens resultat (29). Målsättningen för den valda metoden var att allt material, på bästa sätt, skulle reflektera deltagarnas individuella åsikter och tankar. Stor vikt behövde därför ligga på att författarna enbart höll sig till syftet för denna studie. Resultatet kommer däremot att oundvikligt påverkats av författarnas egen uppfattning och kunskap. Kunskap sägs vara en produkt av människans uppfattning, tolkning och samspel där denna kunskap växer fram i relationen mellan forskare och deltagare (28). Forskaren är därför inte enbart den som tolkar resultatet utan använder sig själv som instrument för att ta fram den kunskap som skall tolkas. Den förkunskap som ligger till grund för intervjuerna är av stor vikt, så även i genomförandet av denna studie (29).

Deltagare

Inklusionskriterier för att ingå i studien var följande: Vara diagnostiserad med migrän innan studiens start, ålder mellan 18 och 60 år samt haft kontakt med en fysioterapeut minst en gång innan intervjutillfället. Exklusionskriteriet var oförmåga att förstå det svenska språket i skrift och tal. Önskvärt var spridning av ålder, kön, folkbokföringsort samt intensitet på migrän bland deltagarna. Detta, då författarna ville uppnå en bredd i urvalet samt djup i materialet. Inga manliga deltagare hittades och därav deltog endast kvinnor.

Förfrågan om deltagande i studien gavs till patienter från en klinik i Västra Götalandsregionen och genom skribenternas sociala medier. Två fysioterapeuter som jobbade på den valda kliniken informerades om studien genom ett mail (Bilaga 1). De har även varit ansvariga för klinikens deltagare under studien. Handledaren för studien var därför ansvarig för resterande

deltagare då dessa fysioterapeuter inte kontaktades. Kontakt med frivilliga deltagare togs via mail eller per telefon. Varje tillfrågad deltagare fick ta del av ett informationsbrev (Bilaga 2). För väl utformat informationsbrev och samtycke till deltagarna har hjälp tagits från Etikprövningsnämnden i Göteborg. För att uppnå god konfidentialitet tilldelades varje deltagare varsin individuell kod. Totalt inkluderades sex stycken i studien där samtliga deltagare var mellan 26 och 60 år. Se vidare information i figur ett. Efter utförd intervju gavs även en förfrågan om deltagaren ville ta del av den färdigställda studien.

Tabell över deltagarna	
Kön, Man/Kvinna	0/6
Ålder	26-60
Bokförda, Västra Götalands län/Jönköpings län	4/2
År med migrän	3-40

Fig.1 Bilden illustrerar deltagarna i studien.

Datainsamling

Samtliga intervjuer inleddes med en kortfattad presentation av studiens syfte samt ett skriftligt samtyckesformulär (Bilaga 3) som fylldes i av deltagarna. Intervjuerna genomfördes semistrukturerade med ledning av en framarbetad intervjuguide (Bilaga 4) som författarna gemensamt arbetat fram utifrån studiens syfte och vilka relevanta frågeområden som studien skulle beröra. Intervjuguiden gjorde att samtliga intervjuer innehöll samma grund samt hade förutsättning att kunna hålla sig till ämnet och syftet. Följdfrågor tillkom för en djupdykning i ämnet. Genom denna teknik framkom viktig information om de punkter författarna ville beröra. Vägen dit såg dock olika ut beroende på individ. Syftet med framtagna frågor var att få så grundliga svar som möjligt (30). Författarna såg stor vikt i att inte färga deltagarna för att få ett så korrekt resultat som möjligt. Deras roll under intervjun var att leda samtalet framåt till adekvata svar gällande forskningsfrågan utan att ställa ledande frågor om detta. Semistrukturerade intervjuer har utgångspunkt i frågeområden istället för specifika frågor, detta med syfte att fånga upp deltagarnas verklighetssyn samt undvika att samtalet styrs av författaren (29).

Intervjuplats valdes utifrån patientens egna villkor där ostörd miljö och trygghet spelar en viktig roll (31). Samtliga intervjuer varade mellan 25 till 35 minuter vardera. Dessa intervjuer spelades in med hjälp av författarens telefon. Författarna av svarade för tre intervjuer vardera där intervjun skedde mellan en intervjuare och en deltagare. Intervjuaren transkriberade även intervjun under samma dag. I transkriberingarna noterades även icke verbal kommunikation såsom skratt och tystnad. Analysarbetet för varje enskild intervju genomfördes först individuellt av båda författarna för att sedan analyseras tillsammans. Detta gjordes för att god validitet skulle uppnås. Första intervjun som genomfördes ansågs som en pilotintervju som analyserades ihop av författarna, senare även med handledaren. Efter genomgång av denna pilotintervju ansågs den hålla god standard och kunde därför inkluderas i studien.

Databearbetning och analys

För att få en överblick av resultatet lästes samtliga intervjuer igenom ett flertal gånger. Efter transkriberingen plockades meningsbärande enheter ut ur transkriptet. Meningsbärande enheter plockades ut för att korta ner materialet samtidigt som syftet och kärnan i texten bibehölls (32). Därefter kunde individuella koder tillskrivas varje enhet. Genom kodning kunde nyckelord plockas ut, som underlättade för författarnas senare orientering i materialet. Graneheim och Lundman menar att en kod kan beskrivas som en etikett på den meningsbärande enheten och ett redskap i analysarbetet (32). Efter att samtliga intervjuer var genomförda samlades koder på ett bord. Koderna jämfördes för att hitta likheter och olikheter som sedan kunde delas in i kategorier och underkategorier. Studiens två kategorier skapades efter att författarna sett texten, koderna och underkategorierna som en helhet. Den egna känslan för de underliggande betydelsen togs även med i analysen. Totalt skapades två huvudkategorier för att belysa helheten och fem underkategorier som förstärker detta (33).

Etiska överväganden

Kvale beskriver sju steg av etiska aspekter av en intervjustudie. Under planeringsfasen bör det tänkas över vilka konsekvenser som kan följas av studien. Den information som deltagarna uppger ska inte kunna skada deras välmående eller status. Hänsyn ska tas till hur intervjusamtalet påverkar deltagaren. Frågor som är mer personliga kan även leda till påverkan på självförtroendet (29). Utifrån detta ansåg dock författarna att riskerna med studien var relativt liten. Trots att deltagarna gett sitt godkännande för publicering samt

undertecknat ett samtyckesformulär innan intervjun har författarna ansvaret över risker som kan förekomma. Detta innebär att deltagarna inte kan identifieras och på det sättet kan komma till skada. Forskarna använde därför inte namn, personuppgifter eller ålder i studien, de fick istället en personlig kod vid intervjutillfället. För eventuell kontakt med deltagarna vid avslutad studie kopplades denna kod ihop med en mailadress. Denna information lades sedan på ett säkert ställe där enbart författarna kunde ta del av informationen. Säkerhet och konfidentialitet hade stor vikt vid utförandet av studien då den omfattar ett specifikt område. Om detta inte skulle följas skulle deltagarna eventuellt kunna identifieras. Efter transkriberingen av den enskilda intervjun raderades inspelningen omgående.

Studiens frågor syftade på djupgående svar, vilket gjorde att personliga tankar och uppfattningar delgavs. Uppstod det information som inte behövdes inkluderades i materialet respekterades detta noga.

Resultat

I samtliga intervjuer framkom det att deltagarna upplever sin migrän som ett stort handikapp i livet. Livet planeras runt diagnosen då patienten hela tiden behöver ligga ett steg före. Detta genom att individen stänger av från omvärlden, har en konstant oro då ett anfall kan bryta ut i en opassande situation och inte veta hur nästa dag kommer att bli. Att leva med migrän är problematiskt, smärtan får styra livet samt den konstanta frustrationen över att det inte finns något direkt botemedel. Med diagnosen följer även mycket eget ansvar samt att det är svårt för omgivningen att förstå vad det innebär att leva med migrän. Migränen påverkar således individen negativt både fysiskt och psykiskt.

Utifrån samtliga sex analyser kunde två övergripande huvudkategorier urskiljas. De två huvudkategorierna symboliserar hur studiens deltagare upplever att de som patienter blivit sedda. En kategori handlade om att patienten upplevde sig bli reducerad till ”*En diagnos*” och den andre kategorin om upplevelsen att bli sedd och behandlad som ”*En hel människa*”. Till dessa två huvudkategorier kunde fem underkategorier tydas i resultatet. Se figur två. Respektive kategori följs av en kort beskrivning om dess innehåll, för att sedan djupgående presentera varje underkategori med syfte att visa den variation och omfattning som

framkommit under intervjuerna. Varje underkategori förstärks med belysande citat där ID-nummer på intervjupersonerna anges inom parentes efter varje citat.

Underkategori	Huvudkategori
<i>Den glömda diagnosen</i> <i>Gömd kompetens</i> <i>Osäkerhet till fysioterapi</i>	En diagnos
<i>Det viktiga mötet</i> <i>Det lilla ger mycket</i>	En hel människa

Fig.2 Bilden illustrerar studiens två huvudkategorier med dess underkategorier. Det är dock inte säkert att patienten uppfattar hela behandlingen som en huvudkategori. Det kan vara delar av behandlingen som kanar i vardera motpol. Dessa två kategorier visar att upplevelsen kan vara skiftande beroende på situation och bemötande.

En diagnos

Denna huvudkategori innehåller deltagarnas upplevelse om att ibland bli behandlad och reducerad till enbart sin diagnos, där helhetsynen på dem som människor saknades. Detta bemötande kan föra med sig motgångar, orkeslöshet samt att förväntningar på den fysioterapeutiska behandlingen uteblir. Deltagarna beskriver utebliven uppföljning samt att de känner sig lämnade åt sitt eget öde som följd. Detta bemötande kan påverka upplevelsen av den fysioterapeutiska behandlingen negativt. De underkategorier som kunde urskiljas under denna kategori var *Den glömda diagnosen*, *Gömd kompetens* och *Osäkerhet till fysioterapi*

Den glömda diagnosen

Samtliga intervjuer innehöll en komponent där diagnosen migrän upplevs otacksam att leva med. Deltagarna upplevde att de ibland reducerades till att enbart bli en diagnos, en glömd diagnos utan prioritet. Några beskrev även att de någon gång blivit ifrågasatta över sin diagnos och några att vården patienten blir erbjuden upplevs bättre med högre ålder. Detta kan leda till sen diagnostisering samt att mycket energi går åt till att ständigt behöva försvara det patienten lever med.

“ Jag tycker som sagt att åldern har nog gjort lite till. Att man står på sig mer. Blir lite tuffare så att säga. Jag har alltid haft skinn på näsan på min tekniska sida men mot sjukvården har jag ju alltid känt mig underlägsen ... de måste ju veta vad de håller på med ” (06)

“ Kommer man som ny patient och man inte har ett läkarintyg på att du har migrän så har jag väl mött viss ifrågasättande i att ... Eh, är det verkligen migrän du lever med?...” (03)

Deltagarna i denna studie framförde att de upplever en tidspress från vårdens sida under behandlingarna. Inte heller har de fått tips på annan alternativ behandling. Den fysioterapeutiska behandlingen riskerar att bli inriktad mot exempelvis tio akupunkturbehandlingar som standard vid migrän.

“Det känns som att det är lite pressat, man orkar inte lägga tiden på oss som faktiskt har migrän, man får sina mediciner och sedan får man sköta sig själv... Jag hade velat ha svar på liksom, vad ska jag göra mer för att kunna hantera detta? Kan jag göra något överhuvudtaget? Eller finns det något annat..”(01)

Kopplat till föregående citat beskriver deltagarna att det råder ett kortvarigt tänk under behandlingen. Upplevelsen grundas i att det sällan förekommer någon form av uppföljning efter avslutad behandling vilket kan leda till obesvarade frågor och frustration av att bli lämnad till sitt eget öde.

“Ehm, däremot hade jag kanske önskat att det var en bättre uppföljning på det, kanske efter någon månad eller så.. eller att man, om man upplever att det har förvärrats eller om det blev bättre, kanske mer frekvent.. för man får ju faktiskt migrän igen, jag lever ju fortfarande med det” (01)

“Det kanske.. asså jag kände väl mer att jag blev släppt till att göra lite vad jag vill. Så det är kanske också något jag hade velat ha... För nu vet man inte riktigt. Ja ska det va såhär eller?” (02)

Trots att patienterna blir äldre och bör kunna hantera och kartlägga sin migrän på ett bättre sätt uppstår det alltid nya frågor. Något som deltagarna upplever missas på grund av den uteblivna uppföljningen.

“Och man kan tycka att jag är så pass gammal nu och jag borde ha lärt mig men det gör man inte riktigt, man blir betydligt bättre på det absolut men man behöver alltid den där extra hjälpen från någon.” (02)

Deltagarna upplever att det råder brist på hjälp och råd kring migränen. Detta gör att patienten själv får ta ansvar för att rätt kartläggning av triggerfaktorer sker. Något som de hade önskat få hjälp med då detta kan vara svårt.

“...Utan dom (fysioterapeuten) säger: att det får du prova dig själv fram” (06)

“Det får jag nog säga att det var dåligt med (Tips och råd). Både då från sjukgymnasten men även från läkaren.” (01)

Gömd kompetens

Hos patienter finns det en stor längtan att få hjälp med sin migrän samt hitta andra alternativ parallellt med medicinerna. Deltagarna beskriver att det finns en vilja att bli sedd för den de är, men även få hjälp med att hitta alternativ behandling. Upplevelsen bland studiens deltagare är dock att fysioterapeuter är dåliga på att marknadsföra sin kompetens. Inte heller är det vanligt att andra professioner vet om eller tipsar om den fysioterapeutiska behandlingen. Då det inte ges information om detta kommer patienten själv söka informationen på exempelvis internet. Där står det inte mycket om fysioterapi som behandlingsmetod vid migrän.

“Ehm.. nä men jag har som sagt googlat ganska mycket på migrän och inte hittat något... inte fått så många förslag till förbättring, heller.” (05)

I och med att information om den fysioterapeutiska behandlingen uppfattas som utebliven hör patienterna talas om kompetensen på annat håll. Som patient får du själv söka vart hjälpen kan finnas. En process som kan vara krånglig.

“Det var förmodligen att någon började prata om det, eller att jag hört att det fanns då den här tjejen som kunde hjälpa till med den biten, som gjorde att jag sökte mig just

dit då för det. ” (04)

“Och det har varit svårt att hitta en sjukgymnast igen, efter den jag hade i XXX...” (03)

Söker patienterna efter informationen själv kommer inga resultat på behandlingar upp. Om information hittas står det inget om resultat av fysioterapeutisk behandling. Det är därför inte självklart att patienten skapar förhoppningar om den behandling en fysioterapeut kan erbjuda.

“För då trodde jag lösningen skulle vara typ betablockerare. Jag sökte på internet, desperat efter annan behandling förutom medicin, på grund av alla dessa bieffekter.. Men asså det står inte så mycket och det man läser är liksom lite.... jaha och?... Så jag hade liksom inga förhoppningar om att sjukgymnasten skulle hjälpa mig” (05)

Det framkom även att kommunikationen mellan läkare och fysioterapeuten inte fungerar optimalt. Läkaren säger en sak medan fysioterapeuten säger en annan. Detta gör att stor förvirring kan råda bland patienter.

“Läkarna säger snarare till mig att motionera medans sjukgymnasten säger att “aa motionera men inte när du mår dåligt, för det förvärrar. ” (06)

Något som många patienter vill hitta är andra alternativ än mediciner och kanske även som komplement. Trots den förhoppningen och längtan får patienten sällan alternativ utöver detta.

“Jag tänker liksom.. man är ju ändå inne i det och man har en diagnos.. Varför inte ge lite alternativ på vad man kan testa utöver medicin då? Men det får man inte..” (02)

“...och det pratas ju bara om mediciner. Det är ju liksom inga andra lösningar, att du kan gå och få akupunktur, att du kan gå och få något annat, utan det är liksom mediciner, och mediciner och funkar inte den medicinen så tar vi en ny medicin. Så man kände ju sig nästan som en försökskanin” (04)

Osäkerhet till fysioterapi

Denna underkategori handlar om osäkerheten som finns hos patienten när behandlingen blir standardiserad, det vill säga inte individualiserad efter den enskildes behov. Deltagarna tyckte att den fysioterapeutiska behandlingen kunde vara svårkopplad då den vanligtvis inte inträffar

under anfallet. Bland deltagarna fanns även en orkeslöshet som eventuellt bidrar till att behandlingen uteblir. Orkeslösheten kan även leda till att de inte tar kontakt med fysioterapeuten alls.

”Man orkar ju inget helt enkelt... och det kanske är därför man inte får så mycket hjälp från sjukvården. För när man orkar gå dit då är man ju inte sjuk på det viset”(01)

“... och då hade jag ju inte ont så det var ju väldigt svårt att koppla...” (01)

Deltagarna upplever att den fysioterapeutiska behandlingen kommer något i skymundan då den inte kan appliceras i akutskedet. Skulle denna kompetens och behandlingsmetod finnas mer lättillgänglig skulle eventuellt fler sökt sig till denna typ av behandling.

“Eh, och det klart att hade jag haft tillgång till att gå till en sjukgymnast inom loppet av 20 minuter när jag känner att migränen kommer så hade det kanske kunnat hjälpa...” (03)

Utifrån samtliga intervjuer har patienterna i någon form beskrivit den givna behandlingen som skrämmande, obehaglig samt att vissa bieffekter råder vid given behandling.

“ Väldigt, väldigt trött. Fruktansvärt trött. Eh, kunde vart lite sådär, lite yr, och lite illamående och sådär. Att den påverkade mig, att man bara ville gå hem och lägga sig efter varje behandlingen. Att man kände så ” (04)

“Eh.. Ibland har jag haft mycket huvudvärk så kan det eskalera i ett migränanfall för att jag just fått behandling i nacken med värme eller massage eller tryck eller har gjort vissa övningar eller muskelavslappande övningar eller så så kan det ju eskalera i migrän” (03)

Läkarna är alltid första insatsen för patienter med migrän då läkemedel i dagsläget är det som har mest evidens för lindring av smärta. Detta gör att processen stoppas och patienterna blir lämnade med enbart mediciner.

“För många... dem (Läkarna) skriver bara ut recept så är det bra med det liksom.” (06)

“Även fast man varit inne i systemet så får man ju inte reda på.. ehm.. men nya läkemedel eller andra metoder som är beprövade, typ sjukgymnastik.. Vad fungerar bäst, liksom.. så att

ah man får ju pröva sig själv fram.. Och värktabletter är ju inget man vill ta hela tiden liksom.. Lite lämnad och göra vad jag vill...”(04)

En hel människa

Denna kategori kan ses som den första huvudkategorins motpol. Trots att deltagarna någon gång blivit bemött som sin diagnos och upplevt besvikelse över detta bekräftar de även att själva behandlingen som fysioterapeuten ger, kan leda till en annan upplevelse. Deltagarna upplever att den fysioterapeutiska behandlingen samt bemötandet de får i vissa fall leder till att ett hopp tänds inom dem. Även finns upplevelsen att de äntligen får känna sig som en hel människa. I sin tur kan detta synsätt påverka den fysioterapeutiska behandlingen positivt.

Det viktiga mötet

Deltagarna upplever att det är viktigt att bli sedd och bekräftad i mötet med fysioterapeuten. Under samtliga intervjuer upplever deltagarna att fysioterapeuten lägger ner mycket tid till att utreda dem samt lyssnar på vad de har och säga. Detta kan ge en uppfattning om att fysioterapeuten tar migränen på allvar.

“Hon frågade en del om hur mitt liv var och berättade att min liksom...liksom att anledningen till att du får migrän kan vara olika saker... Och att hon sa att vi måste försöka förlänga det här steget innan du får anfällen, och det kan bero på sömn, det kan bero på arbete och det kan bero på spänningar och ah.. medicin åh allt möjligt. Så hon sa att vi måste försöka jobba med de bitarna som gör att du får attackerna så fort ehm, genom att kunna kontrollera det själv då.”(05)

“Jag tror.. eh, det känns på ett sätt lättare att bli tagen mer på allvar hos en sjukgymnast för att dom har lättare att se rent fysiskt om det ligger så att säga fysiska grejer bakom. Eh, och ah har blivit väldigt väl bemött i och liksom bli utredd om man kan säga så.. ordentligt. med att klämma och känna, vrida och vända och se vart det kommer ifrån” (03)

Det framkommer även uppfattningar om att fysioterapeuten inte alltid behöver se mötet som en behandling. Patienter uppskattar att någon tar sig tid till att prata ut om migränen.

“Sedan var det väldigt skönt faktiskt att man fick prata med någon som brydde sig. Dels att hon bara frågade direkt, om jag hade migrän nu? ehm och jag sa ja. Så sänkte hon

belysningen, och att hon faktiskt liksom var intresserad, det tycker jag va jätte skönt. För jag har aldrig pratat med någon om migränen på det sättet förut.” (05)

Deltagarna upplever att den fysioterapeutiska behandlingen fokuserar mer långsiktigt trots utebliven behandling. Behandlingen får ta tid för att sedan eventuellt ge effekt. Deltagaren har kommit till insikt att behandlingen får riktas till ett långsiktigt mål.

“För mig har ju skillnaden varit i att sjukgymnastiken har varit en långsiktig mål av att få mindre migränanfall och sådär. Medans mediciner är ju tyvärr mer när man väl är där.” (03)

“Det som var bra när jag pratade med henne (fysioterapeuten) var att hon hade lite såhär.. om inte det här fungerar så kör vi på det här och om det inte fungerar så ska du få kontakt med en läkare , och då är det viktigt att du får en remiss till en neurolog. Så hon hade ändå liksom såhär, lite framtid ja, hon, hon hade liksom en plan, typ såhär så att det kändes hoppfullt ändå.” (05)

Det finns en konstant önskan om alternativ behandling, då medicinerna oftast ger starka bieffekter. Deltagarna i studien söker sig till en fysioterapeutisk behandling för att få detta komplement.

“Jag kom dit för att få bort min migrän ... eller ja... förstå vad den berodde på och varför den kom och sådant. Få bort den på mer än... än andra sätt än mediciner. Men jag vill inte bli av med mina mediciner, för de är min livlina till mitt liv liksom, det är oundvikligt.” (02)

“Framförallt hade det väl varit att slippa ta medicinen, att manipulera kroppen på det sättet, för jag är nog en sån här som tänker att fysisk behandling är bästa behandlingen, eh för kroppen klarar av ganska mycket själv.” (03)

“..och jag kände att sitter man där och är XXX och ska ha migrän hela livet så är, asså för mig att äta mediciner under den här tiden... jag vill ju hitta andra lösningar.” (04)

Upplevelsen om behandling i grupp har varit positiv. Att arbeta i grupp har upplevts bra då patienterna får träffa personer i samma situation, vilket gör att ögonen öppnas samt att patienten inte är ensam. Detta ger i sig en trygghet i diagnosen.

“Den sjukgymnasten hon hade även en grupp för hos med huvudvärk. Att jag fick möta många andra personer som sitter i samma situation som mig, det var fantastisk! Att få

känna, åh det är inte konstigt att jag känner så, "aha, du känner så.." och det blev liksom mycket det här att det var accepterat. Så man förstod att okej, det jag säger är begripligt liksom. Men det var ändå ganska skönt att känna att jag inte är ensam" (06)

Det lilla ger mycket

Samtliga deltagare uppgav att den givna behandlingen har givit effekt. Många upplever dock att denna effekt är kortvarig då den bevarats max upp till ett halvår efter avslutad behandling. Deltagarna upplevde även att de inte fått samma effekt av upprepade behandlingar.

"När jag fick... akupunktur så blev jag betydligt bättre. Ehm, under en viss tid där ehm i början men sedan så kom det tillbaka igen som det varit tidigare..."(02)

"Och då tog jag behandlingar igen, men då hjälpte det inte på samma sätt igen. Jag tror jag testade en omgång till men det blev inte samma verkan. Så att, så upplevde jag det.. att första omgången var riktigt bra och sen så hjälpte det inte alls på samma sätt i fortsättningen då tyvärr." (04)

Trots den tappade effekten så upplever patienterna en lättnad över den behandling/hjälpen de har fått. Bara den kortvariga lindringen ger en känsla av friskhet. Behandlingen har hjälpt på något i livet.

"Och det var lite så jag kände med behandlingen jag fick.. man släpper spänningarna lite. Jag tror att det är en tacksamhet att man ... åh... jag är typ frisk och har inte ont i huvudet. Man blir lite friskförklarad." (02)

"Jag är väldigt mycket gladare. Det är en total ändring, på hela livskvaliteten. Jag har liksom orkat saker. Asså jag kan vara så tacksam varje dag för att jag inte har migrän på samma sätt liksom. Ah, nej mycket gladare och ah orkar mer och mer positiv till allt runt om. Ah det är så himla skönt asså, det är verkligen. Det känns som att man varit kronisk sjuk liksom och nu blivit av med den delvis." (05)

En dag där patienten får känna sig frisk och delvis fri från migränen kan upplevas som något positivt enligt dem själva.

“Jag tror det blev att målet var att bara försöka mildra det något. Om det bara skulle bli en liten skillnad så blev ju det ändå en väldigt stor skillnad för mig.” (04)

“För mig är färre dagar fler dagar som jag mår bra. Och då är det värt mycket liksom.”
(06)

Deltagarna vet dock inte själva vad som gett dem den goda effekten. I samband med behandlingen har även fysioterapeuten poängterat att livssituationen borde förändras.

“Asså jag tyckte inte att jag fick lika många attacker just då när jag höll på att få akupunktur.. Ehm , men mitt liv såg lite annorlunda ut för ungefär ett år sedan också än vad det kanske gör nu efter behandlingen.” (02)

“Men jag tror faktiskt inte det har med behandlingen att göra. Utan det är mer hur hela min livssituation har förändrats..” (02)

Diskussion

Resultatdiskussion

Resultatet av denna studie ger en överblick på hur fysioterapeutisk behandling kan upplevas av patienter med migrän. Detta kan öka förståelsen över hur patienterna upplever hela behandlingssituationen vilket också gör att utvecklingsområden kan lyftas från resultatet. En stor spridning beroende på hur patienten upplever situationen kunde tolkas. Denna spridning grundade sig i huruvida patienterna blivit bemötta samt den individuella tolkningen av situationen. Syftet med studien var att beskriva upplevelsen av den fysioterapeutiska behandlingen som sådan. Under analysen sågs ett mönster som tycktes spegla två olika uppfattningar beroende av bemötandet under behandlingen. Utifrån detta formulerades två huvudkategorier; *En diagnos* och *En hel människa*.

Kvalitativa studier inom samma område har tidigare beskrivit vad som kan underlätta samråd och minska användningen av akuta läkemedel. Där kunde ses en kunskapslucka över hur patienter själva upplever behandlingen samt hur det är att få en behandling när diagnosen tar upp mycket av patientens dagliga liv (34,35).

En diagnos

Vid analysen av materialet kunde författarna se en likhet mellan samtliga deltagare, då de någon gång blivit bemötta som den diagnos de har och inte som den människa de är. Förutom detta uppgav patienterna att migränen oftast är det som får styra livet vilket gör att orkeslösheten sätts in och de inte söker sig till en fysioterapeut. Liknande resultat har setts i en studie gjord på samma patientgrupp. Resultatet där visade att en kronisk sjukdom oftast blir mittpunkten i patientens vardag (11). Det händer även att patienter med migrän inte söker den vård de behöver. Detta leder till att migrän är en underdiagnostiserad och även underbehandlad diagnos (36). I denna studie uppgav intervjupersonerna att diagnosen sattes sent vilket ledde till att de inte sökt den behövda hjälpen. Detta blir tillsammans med att patienterna upplever ett bemötande som en diagnos, en risk till sämre livskvalité. Faran med ett diagnosbaserat tänk är att standard för dessa patienter exempelvis blir tio akupunkturbehandlingar. Det kan därför glömmas bort att två personer med samma diagnos inte behöver ha samma behov till lika behandling. Författarna tycker därför att vikten måste ligga utifrån den person som söker hjälp, vilket innebär en personcentrerad vård. Viktigt blir då att inte möta kroniskt sjuka patienter enbart som en diagnos utan kunna se bortom detta. Bemötandet påverkar oftast patienten mer än vad behandlaren tänker.

Patienterna uppgav även känslan om att ingen vill ta tag i deras problem när de söker vård. Oftast utgår behandlingen från ett x antal tillfällen och sedan blir patienten släppt med obesvarade frågor, utan uppföljning eller vidare utredning vid behov. Patienterna upplever då att de blir lämnade till sitt eget öde. Kanske har detta bemötande sin grund i den tidspress som råder i vården eller helt enkelt på okunskap inom området. Okunskap kring vilka mekanismer i behandlingen som är verkningsfulla för patienter med migrän vilket också kan vara en faktor till problemet (18). Deltagarna i denna studie upplevde att fysioterapeuten gjort ett bra jobb men att det kan missas viktig information kring tips och råd som hade varit av värde.

Att leva med migrän är väldigt jobbigt och klassas som en kronisk sjukdom (1). När patienten enbart blir bemött som sin diagnos kan orkeslöshet och förtvivlan uppkomma. Deltagarna uppgav att de enbart ville hitta något som kunde ge dem hopp, detta i form av smärtlindring, hitta alternativa vägar men även att bli förstådda och lyssnade på. Detta skulle den

fysioterapeutiska behandlingen kunna bidra med. Det behövs mer forskning kring ämnet där syftet fokuserar på den fysioterapeutiska behandlingen samt vilka mekanismer som påverkas vid behandling. Författarna anser att denna studie kan ses som ett steg i den riktningen. Dock råder fortfarande ett stort forskningsgap som måste fyllas.

Det framkom att deltagarna hade svårt att hitta hjälp för sina besvär samt att det inte alltid varit självklart att hitta en fysioterapeut med kunskap för migränbehandling. Inte heller ska upplevelsen om den sämre fysioterapeutiska marknadsföringen glömmas. Författarna anser detta som en svaghet då fysioterapeuter har mer kompetens än den som marknadsförs. Okunskap om att fysioterapi kan hjälpa vid huvudvärksbesvär har rapporterats i tidigare studier (24).

Samtliga patienter uttryckte att den orkeslöshet som råder ofta gör att dessa inte orkar söka hjälp. I tidigare studier har liknande uttryck förekommit, där patienter menar på att man behöver vara frisk för att orka vara sjuk och delaktig (36). Under intervjuerna upplevde deltagarna även att den fysioterapeutiska behandlingen var svår att koppla till den diagnos de har. Patienterna får oftast sin behandling under den tid då migränen inte är verksamt vilket kan leda till att svårigheter att förstå varför och hur den fysioterapeutiska behandlingen ska hjälpa uppstår. Det upplevdes även att mycket information, råd och stöd missades under behandlingen. Detta kunde eventuellt undvikas om fysioterapeuten lagt mer vikt i förklaring kring problemet. Därför anses den pedagogiska aspekten viktig och ett område att utveckla.

Tidigare forskning belyser att patienter med migrän ofta har en stark önskan om att hitta andra alternativ utöver mediciner (37). Deltagarna i denna studie har sökt sig till fysioterapeuten för just den önskan. Den fysioterapeutiska behandlingen kan därför tända hoppet inom dem. Kanske är detta en dold önskan om att få en behandling som är mer aktiv samt i sin tur kan göra att patienten känner sig mer bekräftad som människa.

Några av patienterna uppgav att behandling i grupp varit betydelsefullt med positiv effekt. Genom att vara i en grupp gavs möjlighet till att träffa människor i samma situation samt gav en kunskap deltagarna emellan. Behandling i grupp skulle kunna skapa trygghet och gemenskap hos denna typ av patientgrupp samt att en ökning av omhändertagandet skulle ske.

Ett uppmärksammande som detta skulle kunna möjliggöra större roll för fysioterapi som behandlingsmetod samt genom tydligare riktlinjer skapa bättre uppföljningar.

Gruppbehandling i kombination med individuell behandling kan vara en lösning på den upplevda tidsbristen hos fysioterapeuterna och därmed undvika tänket kring quick-fix.

Behandling i grupp kan anses bra i den aspekten då patienterna kan lära av varandra, något som patienterna i denna studie upplever som betydelsefullt. Det har visat sig att behandling i grupp är kostnadseffektivt samt har resulterat i ökat livskvalitet och arbetsförmåga hos patienterna (38).

En hel människa

Trots att patienterna upplevde besvikelse över att bli sedda som en diagnos vid behandlingen kunde författarna även se en motsats i materialet. Resultatet visade att behandlingen kan upplevas på två olika vis beroende på vilken situation patienten befinner sig i. Patienterna kan i vissa fall, uppleva att den fysioterapeutiska behandlingen leder till att ett hopp tänds inom dem. Behandlingen gjorde i denna studie så att deltagarna upplevde sig sedda som en hel människa. Tack vare denna syn och upplevelse kan den fysioterapeutiska behandlingen ses som positiv oavsett resultat. Det framkom även i materialet då patienterna upplever att fysioterapeuten tar sig tid till utredning och behandling, inte enbart behandlar en diagnos utan att alla individer är olika. Detta resultat kan kopplas till tidigare studie som gjordes på denna patientgrupp. Forskare fick fram att ett misslyckande av att förstå patienten och dess förväntningar av behandlingen kan leda till att patienten avskräcks till fortsatt behandling och kanske även får uteblivet resultat (39). Detta belyser vikten i att lyssna på patienten samt låta behandlingsperioden ta tid. Patienterna i denna studie upplever att detta varit inkluderat i den fysioterapeutiska behandlingen.

Samtliga patienter hade en önskan om alternativ utöver mediciner. Detta fynd överensstämmer med en tidigare kvalitativ studie som gjordes på migränpatienter. Resultatet för detta visade att patienterna hade önskemål om att slippa användning av förebyggande mediciner (19). Dock ska det understrykas att mediciner är det enda forskare sett god effekt av i nuläget (16, 17, 18). Resultatet visar även på att medicinerna upplevs ge stora bieffekter, vilket leder till att individen har önskan om andra alternativ. Trots detta uppger deltagarna även att de inte skulle vilja leva utan medicinerna då detta i nuläget är enda akuta hjälpen.

Detta gav önskan om fysioterapi. Författarna kunde även tyda att patienterna i någon form blivit bra av sin behandling. Detta resultat anses som positivt då detta kan öppna upp möjligheter för appliceringen av fysioterapi för patienter med migrän. Kanske kan detta resultat var ett steg i rätt riktning gällande fortsatt forskning om fysioterapi som behandlingsalternativ för migränpatienter.

Vid en studie på annan patientkategori kunde snarlika resultat påträffas. Vissa möjliggörande faktorer gjorde att fysioterapeuten kunde behandla hela människan trots att det fanns begränsade faktorer som reducerade deras roll i behandlingen. Liknande som denna studie kunde detta skifta mycket vart man hamnar mellan deras två huvudkategorier. Trots att behandlaren hade viljan att behandla patienten som en hel människa fanns det brister i form av tid, kunskap och bristfälligt samarbete mellan andra yrkesprofessioner. Olika omständigheter kan därför påverka fysioterapeutens möjligheter att se patienten i ett vidare perspektiv (40). Detta kan appliceras på denna studie då patienten ibland upplever sig bli reducerad som en diagnos och ibland mött för den människa individen är.

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva migränpatienters upplevelse av den fysioterapeutiska behandlingen. Detta fick sedan ligga till grund för den kvalitativa ansatsen som tillämpades. För att skapa ett djup i beskrivningen ansåg författarna att intervjustudie överensstämde bäst. Semistrukturerade intervjuer genomfördes vilket gav deltagarna möjlighet att själva styra samtalet samt att prata fritt under slutet av intervjun. Trovärdigheten i en studie beräknas utifrån dess datainsamling, storlek, analys och spridning (32). Detta har författarna försökt ta största möjliga hänsyn till under projektets gång.

Förarbete och bearbetning av intervjuguide, genomförandet av pilotintervju, diskussion och analys gjordes för att skapa en gemensam grund för den kommande datainsamlingen. Detta har stor betydelse då det finns mer än en intervjuare i studien (28). För -och nackdelar med att intervjua tillsammans övervägdes och ledde till att författarna intervjuade tre personer var. En svaghet med denna metod kan vara att olika fokus under intervjuerna påträffades samt att författarna ställer olika och individuella följdfrågor. Då författarna hade olika erfarenheter om

ämnet sedan tidigare kan detta leda till att olika djup uppstått. Detta ses dock som en styrka, då detta lett till större djup och spridning i materialet. Vid fler än en intervjuare är det av vikt att författarna är samspelta samt tillsammans arbetat fram intervjuguiden (28). Etiska överväganden om individuella intervjuer gjordes då författarna ansåg ämnet som känsligt, där deltagarna kunde uppleva situationen som mer bekväm och säker med enbart en intervjuare i rummet.

Denna typ av kvalitativ forskning är subjektiv då det inte finns någon objektiv sanning. Tolkning av resultat sker därför av forskarna själva (29). Under datainsamlingen var det värdefullt med nära kontakt för att hela tiden kunna jämföra insamlat material och tillvägagångssätt (32). Ett aktivt val att analysera varje intervju enskilt skedde för att författarna senare gemensamt skulle kunna jämföra det de fått fram. Denna strategi valdes för att undvika mycket av de feltolkningar som kan uppstå. Åtgärden kan ses som kvalitetsfrämjande då författarna kunde komplettera och ifrågasätta varandras analyser samt tolkningar av data (41). Forskare menar att trovärdigheten ökar när intervjuerna analyseras av fler individer enskilt (42). Vid sammanställningen visade det sig att författarnas analyser överensstämde bra, vilket gör att trovärdigheten på tolkningarna ökar. Data tolkades även av en tredje part, författarnas handledare. Detta för att ytterligare förstärka tolkningen.

I studien inkluderades sex patientintervjuer vilket författarna upplevde som tillräckligt för att arbeta ihop materialet till ett tydligt resultat. Detta val gjordes med hänsyn till studiens storlek och författarnas kunskapsnivå. Trots storleken på studien upplever författarna att resultatet kan kännas trovärdigt och till viss del överförbart.

Variation på migränens svårighetsgrad var stor bland patienterna i studien. Från författarnas sida var detta önskvärt då en så stor bredd på det insamlade materialet eftersträvades. Studiens storlek begränsades av det geografiska området där deltagarna var belagda. Valet att endast inkludera deltagare från Västra Götalandsregionen samt Småland var av praktiska skäl samt att få en spridning på frivilliga patienter. Författarna anser dock att en god spridning på deltagarna rådde då de representerade olika kliniker. Ingen manlig deltagare deltog i studien vilket anses som en svaghet då detta kunde bidragit till ytterligare variation. Begränsningar som kan grundas i studiens storlek var den begränsade tiden för insamling av data,

svårigheten med tillräckligt många frivilliga deltagare samt författarnas förkunskap inom ämnet. Trots dessa brister uppnåddes en god spridning av urvalet. Studiens resultat är inte nödvändigtvis överförbart till andra delar av Sverige med hänsyn till skillnader i vård mellan regionerna. Då studien innefattar ett fåtal deltagare kan inte heller en säker generaliserbarhet samt överförbarhet göras. Trots fler inkluderade deltagare är det inte säkert att generaliserbarheten stigit då studien omfattar individuella upplevelser.

Författarna strävade efter att intervjua patienter de inte tidigare hade någon relation till. Detta mål uppnåddes trots att förfrågan om deltagande gick ut på sociala medier. Tidigare relation mellan intervjuare och deltagare kan ses som en begränsning och därmed möjligen påverka kvaliteten på den insamlade data. Deltagarna valde själva intervju lokalisation, vilket ansågs som positivt då de kände sig säkra i den valda miljön. I vissa miljöer vistades andra människor vilket inte ansågs som optimalt. Detta kan ha påverkat patienten till att de inte valt att säga all den information denna sitter på. En begränsande faktor kan även varit att de aktivt kunnat undanhålla information för att skydda sig själva samt platsen de fått behandling på. Att samtliga deltagare fick möjlighet att välja lokalisation anses dock som lika villkor.

Den förkunskap och utveckling författarna genomgått under studiens gång kan ha påverkat datainsamlingen. Intervjutekniken utvecklades i takt med utförda intervjuer samt att en utveckling vid transkribering och analysering av materialet skedde. Detta kan ha lett till att data som tillkom senare i studiens skede nådde ett större djup. Studiens pålitlighet kan därför påverkats under processens gång då författarna blev mer säkra i sina roller. Det upplevdes att en skillnad kunde ses från första till sista intervjun i form av den plats författarna tog under intervjun. Påverkan av detta kan blivit att andra följdfrågor ställdes som gav annat djup i intervjuerna.

Målet för den valda metoden var att allt material på bästa sätt reflekterade patientens egna individuella åsikter och tankar. Stor vikt lades därför på att författarna enbart skulle hålla sig till kunskapen i bakgrunden som ligger till grund till studien. Resultatet har dock oundvikligt påverkats av författarnas egen uppfattning och kunskap inom området. Förförståelsen behöver inte innebära att författarna är partiska (28). Vid studiens början var förförståelsen något författarna jobbade mycket runt då denna innefattar viss kunskap om ämnet samt att en är

diagnostiserad själv. Förkunskap kan därför bli en risk då det kan färgat och undermedvetet styrt studiens resultat. Intervjuerna är däremot inte utförda av lekmän då förkunskaperna är av vikt för rätt ställda frågor utifrån syftet samt att få ut mycket av materialet. Intresset för ämnet kan även gjort resultatet mer trovärdighet och ökat överförbarheten. Ämnet var ett genuint intresse för författarna vilket gjort de varit drivna att uppnå ett varierat urval. Samtliga patienter fick information om författarnas framtida yrke vilket kan ha gjort att deltagarna aktivt valt att berätta en viss del.

Intern och extern etik

Författarna ansåg att det inte förelåg risker med studien. Detta följdes under hela processen då säker konfidentialitet rådde då ingen av deltagarna kan identifieras med såväl namn, personnummer samt vart patienten fått sin behandling. Även tystnadsplikt om det patienten inte ville ha inkluderat i materialet rådde då studien kan ha berört ett känsligt område för patienterna. Författarna har även jobbat aktivt med att inte färga materialet utan istället försökt framställa samtliga åsikter med såväl positiva som negativa citat.

Tillämpning av resultaten

Studien belyser hur patienter med migrän upplever den givna fysioterapeutiska behandlingen. Med kunskap om denna uppfattning kan nya förutsättningar för den fysioterapeutiska behandlingen inom denna patientgrupp förbättras. Ytterligare forskning på större grupper behövs dock för att helt fastställa hur situationen kan se ut.

Förslag på fortsatt forskning

För att få en större spridning över materialet är det önskvärt om en liknande studie som denna genomfördes, kanske även se hur fysioterapeuter upplever den behandlingen de ger. Det är önskvärt med vidare forskning kring fysioterapi och migrän. I början bör stor vikt läggas på vad patienterna känner och upplever för att utveckla området. Detta genom både kvalitativ och kvantitativa studier för att få en större kunskap och eventuellt mer marknadsföring. Att ytterligare fortsätta belysa patienter med migrän's uppfattning om behandlingen kan möjliggöra att fysioterapin får en mer självklar roll i behandlingen.

Konklusion

Studien visade att patienters, uppfattning om behandling av migrän hos fysioterapeut grundar sig i hur de blir sedda och bemötta. Att bli sedd och bekräftat som *En hel människa* med diagnosen migrän och inte bara behandlad utifrån *En diagnos* uppfattades positivt och då kunde även lite hjälp betyda mycket. Dessa två huvudkategorier kan ses som varandras motpoler. Behandlad som en hel människa blir möjligt då fysioterapeuten tar tid till patienten, lyssnar på vad denne har att komma med samt inte riktar in sig för mycket på en standardbehandling. Utan dessa variabler riskerar patienter med migrän att uppfatta sin behandling och sig själv enbart som en diagnos vilket kan leda till att patienterna känner sig reducerad.

Acknowledgements

Tack till de deltagare som ställde upp på intervjuer som gjort denna studie möjligt. Författarna vill även rikta ett stort tack till Emma Varkey för all handledning och pepp när det känts tungt och svårt under processens gång.

Referenslista

1. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher AI, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007; 27:193–210.
2. WHO Media centre. Headache disorders [Internet]. Geneva: World Health Organisation; 2014 [Uppdaterad April 2016; citerad 22 April 2017] Hämtad från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>
3. Dahlöf C, Linde M. One-year prevalence of migraine in Sweden: a population-based study in adults. *Cephalalgia* 2001; 21: 664–71.
4. Ashina. M. Neurobiology of chronic tension- type headache. *Cephalalgia*. 2004;24: 161-72.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). International Headache Society 2013; *Cephalalgia* 33(9) 629–808.: [Citerad 19 december 2016] Hämtad från: http://www.ihs-headache.org/binary_data/1437_ichd-iii-beta-cephalalgia-issue-9-2013.pdf
6. Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia* 2007; 27:394–402. London. ISSN 0333-1024
7. Fukui PT, Gonçalves TR, Strabelli CG, Lucchino NM, Matos FC, Santos JP etc. Trigger factors in migraine patients. *Arq Neuropsiquiatr*. 2008 Sep;66(3A):494-9.
8. Menken. M, Munstat. TL, Toole. JF. The global burden of disease study: implications for neurology. *Arch Neurol*. 2000;57(3):418-20.
9. Lipton. RB, Stewart. WF, Diamond. S, Diamond. ML, Reed. M. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache*. 2001,41(7):646-57.
10. Linde M, Dahlöf C. Attitudes and burden of disease among self-considered migraineurs a nation wide population based survey in Sweden. *Cephalalgia*. 2004 Jun;24(6):455-65.
11. Eklind E, Linda Pettersson L. Personers erfarenheter av hur livet påverkas av att leva med migrän - en litteraturstudie. Gävle 2016 [Citerad 21 december] Hämtad från: <http://www.diva-portal.se/smash/get/diva2:921783/FULLTEXT01.pdf>
12. WHO Media centre. Headache disorders [Internet]. Geneva: World Health organization: 2004 [Uppdaterad mars 2015: Citerad 18 december 2016] Hämtad från: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>
13. Lipton. RB, Liberman. JN, Kolander. KB, Bigal. ME, Dowson. A, Stewart. WF. Migraine headache disability and health-related quality of life: A population based case- control study from England. *Cephalalgia*. 2003 Jul;23(6):441-50.
14. Berg. J, Stovner. LJ. Cost of migraine and other headaches in Europe. *Eur J Neurol*. 2005 Jun; 12(1):59-62.
15. Bendtsen. L, Evers. S, Linde. M, Mitsikostas. DD, Sandrini. G, Schaenen J. EFNS guideline on the treatment of tension- type headache - Report Of Neurology. 2010 Mar;17:1318-25

16. Katsarava Z, Jensen R. Medication. Overuse headache: where are we now? *Curr Opin Neurol*. 2007 Jun;20(3):326-30
17. Evers S, Afra J, Frese A, Goadsby PJ, Linde M, May A etc. EFNS guideline on the drug treatment of migraine--revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 2009 Sep; 16(9):968-81
18. Loder E, Biondi D. General principles of migraine management: The changing role of prevention. *Headache*. 2005 Apr;45 Suppl 1.S33-S48
19. Varkey E, Linde M, Henoch I. "It's a balance between letting it influence life completely and not letting it influence at all" - a qualitative study of migraine prevention from patients perspective. *Disability and Rehabilitation* 2013;35(10):835-44
20. Nicholson RA, Buse DC, Andrasik F, Lipton B. Nonpharmacologic Treatments for Migraine and Tension-Type Headache: How to Choose and When to Use. *Curr Treat options Neurol*. 2011 feb; 13(1):28-40
21. Varkey. E, Hargen. K, Zwart. J-A, Linde. M. Physical activity and headache: results from the Nord- Trondelag Health Study (HUNT). *Cephalalgia*. 2008;28:1292-97.
22. Irby MB, Bond DS, Lipton RB, Nicklas B, Houle TT. Aerobic Exercise for Reducing Migraine Burden: Mechanisms, Markers, and Models of Change Processes. American Headache Society. 2015; ISSN 0017-8748
23. Varkey E, Cider Å, Carlsson J, Linde M. Exercise as migraine prophylaxis: A randomized study using relaxation and topiramate as controls. *Cephalalgia*. 2011 Oct; 31(14): 1428–1438.
24. Johansson A-M, Vikingsson H. Fysioterapeuten, en outnyttjad resurs vid huvudvärk - en enkätstudie på universitetsstudenter. Göteborg 2015.
25. Biondi DM. Physical treatments for headache: A structures review. *Headache*. 2005 Jun;45(6): 738-46
26. Campbell JK, Penzien DB, Wall EM. Evidenced-Based Guidelines For Migraine Headache: Behavioral and Physical Treatments. US Headache Consortium. 2000. (Citerad 21 december 2016)
Hämtad från: <http://tools.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0089.pdf>
27. Luedtke K, Allers A, Schulte LH, May A. Efficacy of interventions used by physiotherapists for patients with headache and migraine-systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2016;36(5):474-92.
28. Malterud. K. Kvalitativa metoder i medicinsk forskning. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2014.
29. Kvale. S ,Brinkman. S. Den kvalitativa forskningsintervjun. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.
30. Starrin B, Rench B. Den kvalitativa Intervjun.Utvärdering av kvalitativa metoder i hälso -och sjukvården: En handbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SUB); 2014.
31. Trost J. Kvalitativa intervjuer. 4 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2010
32. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12
33. Coffey A, Atkinson P. Making sense of qualitative data: complementary research strategies. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 1996

34. Peters M, Abu-Saad HH, Vydellingum V, Dowson A, Murphy M (2003) Patients' decision-making for migraine and chronic daily headache management. A qualitative study. *Cephalalgia* 23(8):833–41
35. Peters M, Abdu-Saad VV, Dowson A, Murphy M (2004) Migraine and chronic daily headache management: a qualitative study of patient perceptions. *Scand J Caring Sci* 18:294–303
36. Lipton R, Stewart W, Reed M, Diamond S. Migraine's impact today. Burden of illness, patterns of care. *Postgrad Med* 2001; 109:38–45
37. Morgan M, Cousins S, Middleton L, Warriner-Gallyer G, Ridsdale L. Patients' experiences of a behavioural intervention for migraine headache: a qualitative study. *The Journal of Headache and Pain*. 2016; 17:16
38. Perski A, Grossi G. Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser. Resultat från en interventionsstudie. *Lakartidningen*. 2004;101(14):1295-8.
39. Lipton R, Stewart W. Acute migraine therapy: do doctors understand what patients with migraine want from therapy? *Headache* 1999; 39 Suppl. 2:20–6
40. Ström, E. Håkansson J. Fysioterapeutens upplevda roll vid behandling av stressrelaterad ohälsa i närhälsan - En kvalitativ intervjustudie. Sahlgreńska akademien; Göteborg: 2016
41. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001;358(9280):483-8



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Sahlgrenska akademien
Institutionen för neurovetenskap och fysiologi
Fysioterapeutprogrammet

Information till enhetschef

Vi är två studenter som läser vår femte termin på fysioterapiprogrammet vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet. Under vår sista termin i vår kommer vi att skiva ett kandidatsarbete på 15 hp. Vårt arbete har som syfte att få patientens perspektiv samt få reda på vad patienter med migrän själva har för tankar och uppfattningar om den fysioterapeutiska behandlingen. Resultat av studien kommer därför förhoppningsvis ge en grund till vidare forskning och förståelse av hur utvecklingen av fysioterapin vid migrän på bästa sätt kan tillämpas.

För att utföra detta önskar vi komma i kontakt med patienter på din arbetsplats för att göra en intervju. Vi skulle vara tacksamma om du som fysioterapeut informerar patienterna om vår studieförfrågan. Vi vidarebefordrar deltagarinformation som skrivs ut till berörda patienter.

Tack på förhand!

Rebecca Petersson

guspeter@student.gu.se

Josefin Collbo

guscolljo@student.gu.se

Emma Varkey (Handledare)

emma.varkey@neuro.gu.se



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Sahlgrenska akademien
Institutionen för neurovetenskap och fysiologi
Fysioterapeutprogrammet

Migränpatienters uppfattning om den fysioterapeutiska behandlingen.

Bakgrund och syfte:

Migrän ett vanligt och allt växande hälsoproblem i dagens samhälle där mer forskning krävs inom området för utveckling samt att kunna ge patienter så optimal behandling som möjlig. Fysioterapeutisk behandling har visats kunna vara effektiv för att förebygga migrän, men det är i dagsläget inte helt klarlagt vilka mekanismer i behandlingen som är verksamma. I den här studien kommer vi därför att ha som syfte att få patientens perspektiv samt få reda på vad patienter med migrän själva har för tankar och uppfattningar om den fysioterapeutiska behandlingen.

Förfrågan om deltagande:

Du har fått den här förfrågan om deltagande på grund av att du är sedan tidigare diagnostiserad med migrän och har/har haft kontakt med en fysioterapeut. Du har även goda kunskaper i tal och skrift inom det svenska språket.

Hur går studien till?

Du kommer att medverka i en intervju där vi pratar om Dina personliga tankar och upplevelser kring din givna fysioterapeutiska behandling vid migrän. Intervjun kommer att spelas in för att vi ska kunna ta med oss så mycket av Dina tankar som möjligt, och för att sedan applicera detta på vår studie. Platsen och tid för intervjun kommer Du själv, i samråd med oss, att få välja själv. Av praktiska skäl rekommenderar vi att intervju platsen är i en lugn och trygg miljö för Dig.

Vilka är riskerna?

Författarna anser att det inte föreligger några risker med att delta i den här studien.

Finns det några fördelar?

Det är relevant att få ökad uppfattning om den givna behandlingen utifrån patientens perspektiv. Resultat av studien kommer därför förhoppningsvis ge en ökad förståelse för hur patienter med migrän uppfattar fysioterapeutisk behandling och kan ge värdefull information till behandlande klinik men även för vidare forskning inom området.

Sekretess och behandling av data:

Din inspelade intervju kommer att behandlas på ett sätt där ingen obehörig kan ta del av det aktuella materialet. I den färdiga studien kommer din identitet förbli anonym. Detta görs genom ett deltagarnummer samt att vi inte nämner den klinik Du tillhör.

Information om studiens resultat:

När studien är granskad och klar kommer Du att erbjudas att ta del av resultatet. Vid intervjutillfället kommer därför intresseanmälan tas.

Frivillighet:

Medverkan i studien är helt frivilligt och det är möjligt att när som helst under studiens gång avbryta fortsatt deltagande utan att behöva ange en förklaring.

Ansvariga:

Vid frågor kring studien och/ eller ditt deltagande får du gärna kontakta någon av följande ansvariga för studien:

Josefin Collbo

Fysioterapeutstudent, Göteborgs Universitet
guscolljo@student.gu.se

Rebecca Petersson

Fysioterapeutstudent, Göteborgs Universitet
guspeterere@student.gu.se

Emma Varkey (Handledare)

Leg.sjukgymnast, Med. Dr.
Göteborgs universitet
emma.varkey@neuro.gu.se



GÖTEBORGS UNIVERSITET
Sahlgrenska akademien
Institutionen för neurovetenskap och fysiologi
Fysioterapeutprogrammet

Skriftligt informerat samtycke till att delta i studien: Migränpatienters uppfattning om den fysioterapeutiska behandlingen.

Jag har skriftligen informerats om undersökningen och dess syfte. Jag har även fått möjlighet att ställa frågor och få dessa besvarade. Jag samtycker till att delta i undersökningen och mitt deltagande är frivilligt samt att sekretess gäller. Jag är medveten om undersökningens syfte och genomförande och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Deltagarens underskrift

Datum

Namnförtydligande

Information given av

Datum



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Sahlgrenska akademien
Institutionen för neurovetenskap och fysiologi
Fysioterapeutprogrammet

Studiens syfte: *Beskriva hur patienter med migrän uppfattar fysioterapeutisk behandling.*

Kan du kunna berätta för mig vad din migrän betyder för just dig?

- Hur påverkas du av detta?
- Har din syn förändrats sedan du fått din fysioterapeutiska behandling?

Hur kom det sig att du sökte dig till en fysioterapeut/sjukgymnast?

När du tänker tillbaka till ditt första möte med fysioterapeuten: vad var ditt främsta mål med hjälpen du skulle få?

- Nu i efterhand, vad har du fått för hjälp/-och behandling?

Kan du ge mig exempel på hur din behandling här hos fysioterapeuten har gått till?

Hur uppfattar du din givna behandling?

- Upplägg men även behandling?

Vad har din fysioterapeutiska behandling gett dig jämfört med andra professioner tex. Läkare?

Finns det något i din behandling som du saknar?

- Dina egna tankar om vad som skulle kunna vara värdefullt.
- Har du några önskemål om annan behandling?

Vad ger din behandling dig rent fysiskt?

- Har du påverkats mer på ett personligt plan av den givna behandlingen?
- Vad får du ut av fysioterapin?

Tycker du att din hjälp varit värdefull för dig (migränmässigt men även på livskvalitén)?

- Om inte, vad hade kunnat behövas för att göra detta?

Vad har du för känsla i kroppen efter att du varit hos din fysioterapeut?

- Och gällande din huvudvärk.. Ser du någon förbättring med hjälp av din behandling?

Och avslutningsvis; Finns det något mer som jag inte frågat dig om som du tänker på?