



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BFY330-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|-------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 09-05-2022 09:00 | Termin: | 2022 VÅR |
| Sluttdato: | 16-05-2022 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Bacheloroppgave | | |
| Flowkode: | 203 BFY330 1 O 2022 VÅR | | |
| Intern sensor: | (Anonymisert) | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|-----|
| Kandidatnr.: | 464 |
|---------------------|-----|

Informasjon fra deltaker

| | |
|----------------------|------|
| Antall ord *: | 7937 |
|----------------------|------|

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

| | |
|-----------------------------------|---------------|
| Gruppenavn: | (Anonymisert) |
| Gruppenummer: | 7 |
| Andre medlemmer i gruppen: | 453 |

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

«Fysioterapeuters erfaringer med behandling av stressfraktur i pars interarticularis hos unge idrettsutøvere - mer enn en biomedisinsk tilnærming»

«Physiotherapists` experiences with treatment of stress fracture of the pars interarticularis in adolescent athletes - more than a biomedical approach»

Kandidatnummer: 453 og 464

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 16.05.2022

Antall ord: 7937

Forord

I løpet av arbeidet med denne bacheloroppgaven har vi fått mulighet til å fordype oss på et tema vi hadde lite forkunnskaper om. Vi har opplevd arbeidet som svært lærerikt og engasjerende, samtidig som vi på en god måte har fått utfordret kunnskapen vi har opparbeidet oss gjennom tre år på fysioterapiutdanningen. Videre har det vært spennende å arbeide med et tema som har hatt lite fokus i fagmiljøet inntil nyere tid. Vi har fått en bredere forståelse for idrettsfysioterapi som fagfelt og fått øynene opp for viktigheten av å inkludere psykososiale faktorer også ved behandling av idrettsskader. Oppgaven har gjort oss ytterligere oppmerksomme på hvor vesentlig god kommunikasjon og pasientrelasjon er for gode behandlingsresultat, og dette er erfaringer vi skal ta med oss videre i arbeidslivet.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder som har gitt oss gode tilbakemeldinger og stilt opp i tide og utide. Vi ønsker også å takke våre dyktige informanter som har delt deres erfaringer med oss. Til slutt ønsker vi å takke hverandre for et meget godt samarbeid, god støtte og mye latter som har gjort arbeidet med bacheloroppgaven til en positiv og minnerik opplevelse.

Bergen, 14. mai 2022

Sammendrag

Tittel: “Fysioterapeuters erfaringer med behandling av stressfraktur i pars interartikularis hos unge idrettsutøvere – Mer enn en biomedisinsk tilnærming”

Problemstilling: *Hvilke tilnærminger har fysioterapeuter til behandling av stressfraktur i pars interartikularis hos unge idrettsutøvere og hva er deres erfaring med disse?*

Metode: Det er benyttet kvalitativ metode for å besvare problemstillingen. Datainnsamling ble gjort gjennom semistrukturerte intervjuer. Det ble gjennomført intervjuer med tre privatpraktiserende fysioterapeuter som har erfaring med pasientgruppen. Intervjuene ble transkribert ord-for-ord og analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Informantene oppgir at de i større eller mindre grad forholder seg til Olympiatoppens (OLT) forslag til behandling av pasientgruppen. De trekker frem avlastning og gradvis progresjon som sentrale deler i behandlingen, men at det også er mye usikkerhet knyttet til behandlingstilnærmingen. Informantene forteller at tydelighet og tillit ved formidling av behandlingsplanen er viktig for å sikre compliance. Utover OLT sitt forslag gjør de individuelle tilnærminger. Informantene peker på at det også er viktig å følge opp utøverne i forhold til deres mentale helse under et skadeopphold. Videre formidler de at det kreves oppfølging for å sørge for at utøverne føler på sosial tilhørighet og utvikling mens de står på stedet hvil.

Konklusjon: Ut ifra våre funn er OLT sitt forslag til behandling egnet som veileder ved behandling av pasientgruppen. Sentrale elementer er tilstrekkelig avlastning og gradvis progresjon, i tillegg til individuelle tilpasninger ut fra utøverens behov. Det viser seg at en psykososial tilnærming parallelt med OLT sitt forslag skaper et helhetlig behandlingsforløp. Det innebærer å ta vare på utøverens mentale helse gjennom samtale, alternativ trening og sosial deltakelse. Dette indikerer at ICF-modellen med fordel kan anvendes i arbeid med pasientgruppen. Ferdigheter innen kommunikasjon er vesentlig for en god pasient-terapeut relasjon, og viktig for å sikre compliance og et vellykket behandlingsresultat. Informantenes erfaringer tilsier at pasientene har god effekt av tre måneders behandlingsforløp, men at det fremdeles er usikkerhet når det gjelder behandlingsforløpets lengde og restriktivitet.

Abstract

Title: Physiotherapists' experiences with treatment of stress fracture of the pars interarticularis in adolescent athletes - more than a biomedical approach.

Research question: *What approaches do physiotherapists have to treat stress fractures of the pars interarticularis in adolescent athletes, and what are their experiences?*

Method: To answer the research question a qualitative method, where data was collected through semi-structured interviews, was used. The subjects were three physiotherapists with experience with the specific patient group. The interviews were transcribed verbatim and analyzed using systematic text condensation.

Results: The subjects state that they to a greater or lesser extent follow Olympiatoppen's (OLT) proposed treatment guidelines for the patient group. They emphasize that unloading and gradual progression are key parts of the treatment, and that individual adjustments during the treatment process are used. They also highlight that there is some uncertainty associated with the treatment approach. The subjects state that clarity and trust when communicating in dissemination of the treatment is important to ensure compliance. Beyond OLT's proposal, they make individual approaches. The subjects also point out that it is important to follow up the athletes in relation to their mental health during an injury stay. Furthermore, they convey that follow-up is required through conversation and ensure that the athletes feel a sense of social belonging and development while standing on the spot

Conclusion: Based on our findings, OLT's proposed treatment guidelines are suitable as treatment of the patientgroup. Central elements include unloading and gradual progression, and that individual adjustments should be implemented based on each athletes' needs. It emerges that a psychosocial approach in parallel with OLT's proposal is necessary for a comprehensive course of treatment. This means taking care of the practitioner's mental health through conversation, alternative training and social participation. This indicates that the ICF-model can be used to advantage in treatment of the patientgroup. Good communication skills are essential for a good patient-therapist relationship, and important for ensuring compliance and a successful treatment outcome. The subject's experiences indicates that patients have a good effect of a three-month long course of treatment, but that there is still uncertainty about the duration and restrictiveness of the course of treatment.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1.0 Innledning | 7 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 7 |
| 1.2 Hensikt med oppgaven | 8 |
| 1.3 Problemstilling | 8 |
| 1.4 Begrepsavklaring | 8 |
| 2.0 Teori | 9 |
| 2.1 Stressfraktur i pars interarticularis | 9 |
| 2.1.1 Gradering | 9 |
| 2.1.2 Prognose | 10 |
| 2.1.3 Behandling | 10 |
| 2.2 Kommunikasjon og pasient-terapeut relasjonen | 11 |
| 2.2.1 Compliance og mestringstro | 12 |
| 2.2.2 Helsekompetanse | 12 |
| 2.3 Biopsykososialt perspektiv og ICF-modellen | 13 |
| 3.0 Metode | 13 |
| 3.1 Vitenskapsteori og forforståelse | 13 |
| 3.2 Valg av metode | 14 |
| 3.3 Valg av informanter | 14 |
| 3.4 Forberedelse og gjennomføring av intervjuene | 15 |
| 3.5 Bearbeiding av datamateriale | 15 |
| 3.6 Analyseprosessen | 15 |
| 3.7 Ethiske aspekter | 16 |
| 4.0 Resultater | 17 |
| 4.1 Presentasjon av informantene | 17 |
| 4.2 Bruk av Olympiatoppens forslag til treningsprogresjon | 17 |
| 4.2.1 Tilstrekkelig avlastning og gradvis opptrapping | 17 |
| 4.2.2 Utdfordringer knyttet til forslaget | 18 |
| 4.3 Fysioterapeutens rolle er essensiell for compliance | 19 |
| 4.3.1 - Tillit og tydelighet | 19 |
| 4.3.2 - Kommunikasjon med trenere og pårørende | 20 |
| 4.3.3 - Kunnskapsformidling og forståelse | 20 |
| 4.4 Mer enn en biomedisinsk tilnærming | 20 |
| 4.4.1 Mental helse i et skadeopphold | 21 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4.2 Smertens rolle i behandlingstilnærmingen | 22 |
| 4.4.3 Opprettholdelse av sosial- og idrettslig tilhørighet i behandlingsforløpet | 22 |
| 5.0 Diskusjon | 23 |
| 5.1 Bruk av Olympiatoppens forslag til treningsprogresjon | 23 |
| 5.1.1 Tre måneder behandlingsforløp - for defensivt? | 23 |
| 5.1.2 Utdfordringer med å forholde seg til begrepet "hverdagsaktivitet" | 24 |
| 5.2 Fysioterapeuten er essensiell for compliance | 25 |
| 5.3 Mer enn en biomedisinsk tilnærming | 26 |
| 5.3.1 Mental helse i et skadeopphold | 26 |
| 5.3.2 Symptomfrihet skaper utålmodighet | 27 |
| 5.3.3 Sosial tilhørighet gir helsegevinst | 28 |
| 6.0 Metodediskusjon | 28 |
| 6.1 Valg av metode | 28 |
| 6.2 Valg av informanter | 29 |
| 6.3 Forberedelse og gjennomføring av intervju | 29 |
| 6.4 Bearbeiding av data | 30 |
| 6.5 Analyse av data | 30 |
| 6.6 Reliabilitet og validitet | 31 |
| 7.0 Konklusjon | 31 |
| 8.0 Referanseliste | 33 |
| Vedlegg 1 - Forespørsel om deltakelse i bachelorprosjekt | 36 |
| Vedlegg 2 - Samtykkeerklæring | 39 |
| Vedlegg 3 - Intervjuguide | 40 |
| Vedlegg 4 Transkripsjon – Informant 1 | 44 |
| Vedlegg 5 Transkripsjon – Informant 2 | 68 |
| Vedlegg 6 Transkripsjon – Informant 3 | 93 |

Innholdsliste for tabell:

| | |
|--|----|
| Tabell 1 - Presentasjon av informanter | 17 |
|--|----|

1.0 Innledning

Stadig flere barn og unge deltar i organisert sport, samtidig som treningsintensiteten og -mengden øker. Det er en stigende trend hvor barn og unge tidligere spesialiserer seg i en enkelt sport (Jayanthi et al., 2015). Det er bekymring rundt hvilke konsekvenser dagens treningskultur hos barn og unge kan få med tanke på idrettsrelaterte skader. Når de også skal balansere alt annet i livet; skole, venner, mat etc. kan totalbelastningen bli stor og veien til idrettsskadene kort (Moseid, 2020).

Stressfraktur i pars interarticularis har tidligere hatt liten plass i søkelyset, men har den siste tiden fått en oppsving grunnet økt antall diagnostiserte pasienter, spesielt blant unge idrettsutøvere. Sundell (2019) så på sammenhengen mellom lave korsryggssmerter og stressfraktur i pars interarticularis hos utøvere i tenårene. Stressfraktur ble oppdaget hos 14 av 25 idrettsutøvere, noe som er oppsiktsvekkende tall. Ifølge Iversen (2020, s. 277) oppdages stressfraktur i pars interarticularis hos 6% av normalbefolkningen, sammenlignet med 33% hos idrettsutøvere under 18 år med ryggsmertor. Gjennomsnittsalder for diagnosen er 15-16 år og forekomsten er spesielt høy blant fotball- og friidrettsutøvere (53% og 47%) (Iversen, 2020, s. 277).

Fysioterapi anbefales som regel i behandling av denne problematikken hos unge idrettsutøvere (Selhorst et al., 2020), samtidig er det lite konsensus i litteraturen når det gjelder behandling (Iversen, 2020, s. 277–279). Olympiatoppen har utarbeidet et forslag til treningsprogresjon i rehabiliteringsfasen for pasientgruppen (Iversen et al., 2021), og dette forslaget danner i stor grad utgangspunkt for denne oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi var tidlig sikre på at vi ønsket å basere vår oppgave på noe innenfor muskel og skjelett, da vi brenner ekstra for dette fagfeltet. I tillegg tok vi oss stadig i å falle tilbake på idrettsrelatert litteratur i letingen etter et aktuelt og spennende tema. Valg av tema innenfor idrettsfysioterapi ble derfor naturlig for oss.

I det brede søket etter mulige kunnskapshull i litteraturen kom vi over doktorgradsavhandlingen til Sundell fra 2019. Denne avhandlingen har i stor grad

lagt grunnlaget for vår interesse rundt problematikken, og ønske om å tilegne oss bredere kunnskap på område.

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å få større forståelse og innsikt i fysioterapeuters erfaringer med behandling av stressfraktur i pars interarticularis hos unge idrettsutøvere. Vi ønsker at oppgaven kan bidra til økt kunnskap rundt behandling av diagnosen og hva fysioterapeutens rolle i behandlingen innebærer, for å sikre best mulig behandlingsforløp og oppfølging av utøverne. Til slutt håper vi at oppgaven kan bidra til økt oppmerksomhet rundt diagnosen.

1.3 Problemstilling

I henhold til hensikt og bakgrunn har vi landet på følgende problemstilling:

Hvilke tilnærminger har fysioterapeuter til behandling av stressfraktur i pars interarticularis hos unge idrettsutøvere og hva er deres erfaring med disse?

1.4 Begrepsavklaring

Ung idrettsutøver: Ung idrettsutøver er et vidt begrep og aldersspennet som blir brukt i litteraturen varierer. Perioden er utfordrende å definere på grunn av den individuelle variasjonen i tidspunkt for begynnelse og avslutning. I engelsk litteratur brukes ofte begrepet “adolescent” når det skrives om unge idrettsutøvere, og det defineres som perioden man utvikler seg fra barn til voksen (World Health Organization, u.å.). Hos jenter settes aldersintervallet ofte mellom 8 - 19 år, og hos gutter 10 - 22 år, men det anses viktigere å ta hensyn til idrettsutøverens modningsstadium enn deres kronologiske alder (Micheli & Purcell, 2018, s. 11). Med bakgrunn i ovennevnte velger vi å ikke sette et direkte aldersspenn for unge idrettsutøvere, men henviser oss til denne perioden.

Stressfraktur i pars interarticularis: Stressfraktur eller stressreaksjon i rygg, stressfraktur eller stressreaksjon i pars interarticularis og spondylolyse er begreper som blir benyttet om hverandre. I vår oppgave har vi valgt å forholde oss til begrepet

stressfraktur i pars interartikularis, og benevnelsen stressfraktur henviser til stressfraktur i pars interartikularis.

2.0 Teori

2.1 Stressfraktur i pars interartikularis

Når et negativt mønster med mye belastning og lite avlastning strekker seg over tid, kan det resultere i en stressfraktur. Stressfrakturen oppstår i den kaudoventrale delen av pars interartikularis, oftest lokalisert i L5, og kan være både unilateral og bilateral. Hos barn og unge er ikke beinvevet fullt utviklet og pars interartikularis er mer utsatt for belastningsskader (Iversen et al., 2021). Det rapporteres om et høyt antall tilfeller blant utøvere som bedriver idretter med stor eksponering for ekstensjonsbevegelser i kombinasjon med lateralfleksjon og rotasjon til samme side (Iversen, 2020, s. 277).

For å sikre tilheling av stressfraktur kreves tilstrekkelig avlastning gjennom remodelleringsprosessen. Da brytes ødelagt beinvev ned og friskt beinvev rekonstrueres. I denne prosessen gjenopprettes vevets funksjon til å tåle større belastning enn før skaden (Iversen et al., 2021). Andre faktorer som kan påvirke remodelleringen er aktivitetstypen, alder, kjønn, beintetthet, geometri og hormonell status (Iversen, 2020, s. 271).

Per dags dato finnes ingen kliniske tester som avdekker stressfraktur i pars interartikularis. Magnetresonanstomografi (MR) er foretrukket billeddiagnostisk undersøkelse ved mistanke om skade i aktuelt område (Iversen, 2020, s. 278).

2.1.1 Gradering

I litteraturen finnes ulike måter og klassifisere eller gradere stressfrakturer i pars interartikularis. Olympiatoppen forholder seg til Hollenbergs klassifikasjon. Denne graderer hvor alvorlig eller langtkommen stressfrakturen er, samtidig gir den en prognose for tilheling (Iversen, 2020, s. 278):

- Grad 1: Beinmargsødem som første tegn på stress i bein

- Grad 2: Beinmargsødem og spalte i kortikalis på en side i pars interartikularis, forenlig med resorpsjon
- Grad 3: Beinmargsødem, og fraktur gjennom begge kortikalis i pars interartikularis
- Grad 4: Fraktur gjennom begge kortikalis, uten beinmargsødem, kronisk non-union stressfraktur

(Iversen, 2020, s. 278)

2.1.2 Prognose

I følge Iversen (2020, s. 278) er det sprikende opplysninger om prognose i litteraturen. En studie av stressfraktur i pars interartikularis blant pediatriske pasienter (alder 6-17 år) viste at stor grad av benteilheling i løpet av korte behandlingsperioder er oppnåelig (Sakai et al., 2017). Etter en behandlingsperiode på gjennomsnitt 2,5 måneder hadde pasientene med grad 1 fullstendig tilheling. Pasientene med grad 2 hadde etter 2,6 måneder tilhelingsrate på 93,8%, mens de med grad 3 hadde etter 3,6 måneder 80% tilhelingsrate. Tilbakefallsraten var på 26.1%, men samtlige oppnådde full tilheling med tiden (Sakai et al., 2017)

Prognosen for tilheling er dårligere ved tilstedeværelse av bilateral spalte eller spalte i andre segment, og kan trenge ytterligere avlastning (Iversen, 2020, s. 279; Selhorst et al., 2020). Ved rask utredning og diagnostisering gir det bedre forutsetninger for tilheling og dermed bedre prognoser (Iversen, 2020, s. 277–278).

2.1.3 Behandling

Selv om det ikke er konsensus i litteraturen om verken behandling av stressfraktur eller det optimale tidspunktet for oppstart av aktiv behandling og fysioterapi, er konservativ behandling den foretrukne behandlingstilnærmingen for stressfraktur hos unge idrettsutøvere (Bouras & Korovessis, 2015). Pause fra idrettsaktivitet i minimum tre måneder er dog anbefalt og indikerer godt resultat (Iversen, 2020, s. 279; Selhorst et al., 2020). Iversen (2020, s. 279) oppgir at Olympiatoppen praktiserer avlastning i minimum 3 måneder, og viser til en tidslinje utarbeidet for behandling av stressfraktur i pars interartikularis:

- Grad 1: 12 - 14 uker

- Grad 2 og 3: 14 - 16+ uker
- Grad 4: Redusert belastning etter symptomer, ellers ingen begrensninger

I forslag til treningsprogresjon er normal hverdagsaktivitet (ADL) tillatt fra dag én. De første 4 ukene tas utøverne med grad 1 - 3 ut av all trening. Tidlig trening av bekkenkontroll ved siden av tiltak for økt bevegelsesutslag i underekstremiteter praktiseres ved behov. Videre innføres ergometersykkel på moderat intensitet i kombinasjon med styrketrening, som ikke involverer ekstensjon- eller rotasjonsbevegelser av ryggstøtten. Fra uke 12 (grad 1) og uke 14 (grad 2-3) praktiseres gradvis opptrapping av treningsmengde med maksimum 20% økning per uke (Iversen, 2020, s. 279).

Målsetting for behandling av pasientgruppen er tilhelning av frakturen (Iversen, 2020, s. 279). Utfall eller effekt av behandling bør vurderes ut fra klinisk resonnement om behandlingsprogresjon og funksjonsevne (Selhorst et al., 2020).

2.2 Kommunikasjon og pasient-terapeut relasjonen

Ferdigheter og kunnskap innenfor kommunikasjon og relasjonsbygging er essensielt og vesentlig for fysioterapeuter (Hanstvedt & Løken, 2016, s. 34). Thornquist (2009, s. 17) skriver at kommunikasjon dreier seg om å dele, meddele og gjøre noe kjent eller felles mellom aktuelle parter. Føringene for kommunikasjonen påvirkes blant annet av institusjonelle og organisatoriske ordninger, samt arenaen partene møtes i. I tillegg vil sosiale og kulturelle forhold bevisst eller ubevisst påvirke hvordan deres handlinger blir tolket og forstått av motparten (Thornquist, 2009, s. 17–19).

Vi kommuniserer indirekte hvem vi er for hverandre. Thornquist (2009, s. 26–29) kaller dette rolle- eller relasjonsaspektet, og innebærer hvordan den enkelte anser sin relasjon i forhold til motparten. Relasjonen mellom helsepersonell og pasient er en asymmetrisk relasjon, da det er ulikheter i kompetanse og situasjon (Thornquist, 2009, s. 26–29). I tillegg har de myndighet i form av autorisasjonen som er styrt etter lover og regler. Dette skaper en formell status, tillit og makt (Fagforbundet, u.å.). Helsepersonellet inntar en rolle i tråd med statusen, og sammen med relasjonen

påvirkes den av hvordan helsepersonellet forvalter statusen og handlingsrommet sitt (Thornquist, 2009, s. 29–32).

2.2.1 Compliance og mestringstro

Begrepet “compliance” brukes i helsesammenheng for å si noe om i hvilken grad pasienter etterfølger helsepersonellens behandlingsprosedyrer, råd og anbefalinger. Faktorer som kan ha betydning for compliance er pasientens personlighet, type plage, holdninger til seg selv og plagene, samt hindringer pasienten møter på veien. Kommunikasjon mellom terapeut og pasient kan ha en vesentlig rolle for compliance, samt i hvilken grad fysioterapeuten fremmer faktorer med positiv innflytelse (Østerås & Haaland, 2001).

Østerås og Haaland (2001) trekker frem at compliance skjer om pasienten opplever mestringstro til- og nytting av å investere i egen helse. Banduras teori om “self-efficacy” (norsk: mestringstro) understreker at ingenting påvirker menneskers handlingskraft mer enn troen på evnen til å påvirke hendelser i eget liv. Teorien mener at mestringstroen er nøkkelen til menneskers inspirasjon, motivasjon, prestasjoner og følelsesmessig velvære, og har innvirkning på kognitive, motiverende, affiserende og beslutningstakende prosesser (Bandura, 1977). Mestringstro kan være en effekt av god informasjon, mestringsopplevelser, og konstruktive tilbakemeldinger. Videre blir pasienten bedre rustet til å møte motgang dersom de forberedes på dette i løpet av behandlingsforløpet (Østerås & Haaland, 2001).

2.2.2 Helsekompetanse

Helse- og omsorgsdepartementet (2019) anvender helsekompetanse som det norske begrepet for “health literacy”. Det henvender seg til evnen å forstå, anvende og vurdere vesentlig informasjon for å ta kunnskapsbaserte beslutninger angående faktorer som har innvirkning på egen helse. Dette gjelder blant annet evnen til å ta gode valg angående livsstil og forebygging- eller mestring av sykdom. Helse- og omsorgsdepartementet (2019) understreker viktigheten av at tjenester og behandling tilpasses og styrker den enkeltes helsekompetanse. De fremhever at helsepersonellens kommunikasjon med pasientene har stor innvirkning på brukernes helsekompetanse.

2.3 Biopsykososialt perspektiv og ICF-modellen

Den biopsykososiale modellen oppstod som en reaksjon til den biomedisinske modellen (Falkum, 2008). Den biomedisinske modellen er en forståelsesmodell som baserer seg på det vitenskapelige og kvantifiserte. Modellen ser mennesket som et passivt objekt, som vurderes og behandles basert på kunnskap om biologiske og fysiologiske prosesser. Denne måten å behandle eller se helse på er kritisert for å være reduksjonistisk, da det ikke ser hele mennesket eller faktorer rundt som kan påvirke individets helse (Gjernes, 2004). Den biopsykososiale forståelsesmodellen skal bidra til at helsepersonell ser både biologiske, psykologiske og sosiale aspekter når de vurderer og behandler pasienter (Malt, 2019). Selhorst et al. (2020) understreker at stressfraktur i pars interarticularis bør ses og behandles i et biopsykososialt perspektiv, da flere faktorer enn biomekanikk og fysiologi spiller inn ved en idrettsskade.

ICF-modellen er utarbeidet av WHO og er et klassifiseringssystem og kodeverk for funksjon som har en biopsykososial forståelse av mennesket (WHO, 2001). ICF er også en begrepsmodell som skal hjelpe fysioterapeuter å definere funksjon og funksjonsnedsettelse i en kontekst. Ved bruk av denne skal de bevisstgjøres å se pasientens helsetilstand i et bredere perspektiv og i samspill med omgivelsene. Gjennom ICF vurderes organfunksjon i form av kroppsfunksjon og strukturer, deltakelsesfunksjon og aktivitetsfunksjon i lys av miljø- og personlighetsfaktorene til individet (Pran, 2007).

3.0 Metode

I dette kapitlet gjør vi rede for valg av metode, innsamling og analyse av datamateriale. Videre presenterer vi etiske aspekter og avslutningsvis vitenskapsteori og forforståelse.

3.1 Vitenskapsteori og forforståelse

I fenomenologisk vitenskapsteori er menneskers erfaringer regnet som gyldig kunnskap. Vi ønsker med bakgrunn i vår problemstilling å innhente informasjon om menneskers subjektive erfaringer. Intervju er derfor en egnet måte å innhente

datamateriale på. Ved analyse blir datamaterialet tolket. Dette baserer seg på hermeneutisk vitenskapsteori som dreier seg om å tolke meninger i menneskelig uttrykk. Med bakgrunn i dette har vi benyttet oss av en hermeneutisk-fenomenologisk vitenskapsteori i arbeidet med oppgaven (Malterud, 2011, s. 28–29).

Malterud (2017, s. 44–45) beskriver forforståelse som den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, og hos oss er forforståelsen en viktig faktor for motivasjonen til å sette i gang med forskning på aktuelt tema. Vår motivasjon bunner i generell interesse idrettsfysioterapi, og forforståelsen stammer fra litteratur vi har lest. I følge Malterud (2017, s. 44–46) kan vi gjennom vår forforståelse ha blitt farget av det vi har lest og lært, og må være oppmerksomme på å ikke stille oss kritiske til informantenes tilnærminger. Dette har vi etterstrebet gjennom arbeidsprosessen.

3.2 Valg av metode

Problemstillingen er styrende for valg av metode. Når vi ønsker å vite mer om menneskers erfaringer, i tillegg til egenskaper som holdninger, tanker og opplevelser er kvalitativ metode godt egnet (Malterud, 2017, s. 31–32). Med bakgrunn i dette og i lys av vårt vitenskapsteoretiske perspektiv har vi valgt å benytte oss av kvalitativ metode, og gjennomførte semistrukturerte intervjuer med individuelle deltakere.

3.3 Valg av informanter

For å belyse problemstillingen ønsket vi å intervjuer fysioterapeuter med relevant erfaring, og valgte dermed å gjøre et strategisk utvalg. Vi tok kontakt med fysioterapeuter vi hadde fått anbefalt som aktuelle kandidater. Deretter sendte vi e-post med informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Her informerte vi om utvalgskriteriene “fysioterapeut” og “erfaring med behandling av stressfraktur i pars interarticularis hos unge idrettsutøvere”. Ettersom utvalgskriteriene er noe smale og med en begrenset pasientpopulasjon, var det utfordrende å rekruttere et optimalt utvalg. Derfor valgte vi å gjøre et tilgjengelighetsutvalg som Flatval og Malterud beskriver som snøballteknikk (siteret i Malterud, 2017, s. 59). Dette innebar at vi forhørte oss med kandidatene om de hadde kjennskap til andre fysioterapeuter med relevant erfaring, dersom de ikke anså seg som aktuelle. Vi endte opp med tre informanter som oppfylte utvalgskriteriene og ønsket å delta.

3.4 Forberedelse og gjennomførelse av intervjuene

I forkant av intervjuene utarbeidet vi en intervjuguide (Vedlegg 3). Vi strukturerte intervjuguiden i tre deler bestående av innledning-, hoved-, og avslutningsspørsmål i tillegg til oppfølgingsspørsmål. Malterud (2017, s. 133) beskriver at intervjuguiden ikke skal være for detaljert. Ved utarbeidelsen etterstrebet vi å formulere åpne spørsmål, men samtidig spesifisere de mot temaene for vår oppgave. Intervjuguiden ble revidert i samråd med veileder én gang i forkant av intervjuene. Vi forberedte oss ved å gjennomgå intervjuguiden, teste det digitale utstyret og avgjøre ordstyrer og observatør.

Intervjuene ble gjennomført digitalt på Zoom, og det ble tatt lydopptak av intervjuene. Vi forsøkte å la informantene snakke fritt rundt hvert hovedspørsmål uten avbrytelser. Når informantene hadde delt sine erfaringer, stilte vi oppfølgingsspørsmål dersom det var temaer vi ønsket å gå nærmere inn på. Intervjuene hadde en varighet på ca. 60 minutter. På slutten av intervjuene var det rom for å tilføye erfaringer dersom informantene ønsket det.

3.5 Bearbeiding av datamateriale

Etter hvert intervju transkriberte vi det empiriske materialet umiddelbart for å gjøre det tilgjengelig for analyse. Først transkriberte vi ord-for-ord, deretter fjernet vi gjentakelser. Å formidle det informantene ønsker å meddele er formålet med transkriberingen (Malterud, 2017, s. 78). Vi etterstrebet å ikke fjerne noe fra intervjuene som kunne affisere meningsinnholdet. Deretter leste vi gjennom transkribert tekst individuelt for å forsikre oss om at vi ikke hadde forsømt viktig innhold. Vi transkriberte intervjuene til bokmål og anonymiserte personlige identifiserende ord som eksempelvis navn, steds- og institusjonsnavn.

3.6 Analyseprosessen

Vi har benyttet oss av systematisk tekstkondensering (STC) for å analysere datamaterialet, som er en tematisk tverrgående analyse. Hovedstrukturen av STC bygger på fire trinn (Malterud, 2017, s. 97–98). I første trinn satt vi oss inn i transkripsjonene for å få en oversikt og et helhetsbilde. Deretter kartla vi temaer som dannet et representativt bilde over problemstillingen. Andre trinn innebar

identifisering av meningsbærende enheter, som videre ble systematisert etter koder. Tredje trinn foregikk ved abstrahering, som Malterud (2017, s. 105) beskriver som å kode og identifisere de meningsbærende enhetene, og sorterte materialet inn i subgrupper. Følgelig produserte vi kondensat vha. kondensering av de meningsbærende enhetene. I avsluttende trinn gjennomførte vi rekontekstualisering, hvor vi sammenfattet kondensatene til en analytisk tekst i 3. person. Dette er en forutsetning for å kunne gå videre med beskrivelser og tolkning av resultater (Malterud, 2017, s. 108–109).

3.7 Ethiske aspekter

Prosjektet har fulgt Høgskulen på Vestlandets retningslinjer for behandling av personopplysninger og helseforskningsdata, med hensikt om å blant annet ivareta personvern. Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Alle informantene ble tilsendt en samtykkeerklæring i forkant av prosjektet. I tillegg til informasjon om prosjektets tema og formål, ble informantene kjent med deres rett til personvern og rett til å trekke seg fra prosjektet.

Lyddopptakene ble lagret på passord-beskyttet PC, og ble slettet etter gjennomført transkribering. All identifiserbar informasjon om informantene ble anonymisert i transkripsjonene. I henhold til samtykkeerklæringen vil alt av datamateriale senest bli slettet i utgangen av august 2022.

4.0 Resultater

I dette kapittelet skal vi presentere våre resultater. Analysen resulterte i hovedtemaene: bruk av Olympiatoppens forslag til treningsprogresjon, fysioterapeutens rolle er essensiell for compliance og mer enn en biomedisinsk tilnærming.

4.1 Presentasjon av informantene

Tabell 1 - Presentasjon av informantene

| | Informant 1 | Informant 2 | Informant 3 |
|-----------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Alderstrinn | 30-årene | 50-årene | 30-årene |
| Utdanning | Manuellterapeut | Manuellterapeut | Fysioterapeut |
| Arbeidserfaring | Privat praksis, Idrettsfysioterapi | Privat praksis, idrettsfysioterapi | Privat praksis, idrettsfysioterapi |

4.2 Bruk av Olympiatoppens forslag til treningsprogresjon

Samtlige informanter oppgir at de tar utgangspunkt i Olympiatoppens forslag til treningsprogresjon i rehabiliteringsfasen, og at de erfarer gode behandlingsresultater ved bruk av forslaget. Informant 2 sier at han bruker en egen protokoll, som har store likhetstrekk med Olympiatoppens forslag. Informantene legger frem at de i tillegg individualiserer behandlingen gjennom forløpet. Informant 3 legger til at både han, utøvere, foreldre og trenere opplever den som grei å forholde seg til.

4.2.1 Tilstrekkelig avlastning og gradvis opptrapping

Alle informantene forteller at tid og tilstrekkelig avlastning er avgjørende for vellykket behandlingsresultat. Informant 3 understreker at det er vesentlig at utøverne holder aktivitetsnivået lavt nok i en lang periode. Informant 1 forteller at det er avlastningen som gjør at utøverne blir bra igjen. Informant 2 sier:

Så det er jo tiden her som er det viktigste. Utover det så prøver vi å få de smertefri så fort som mulig, og det betyr ikke at vi gir de smertestillende, men at de rett og

slett avlaster helt fra den aktiviteten som har gitt smerte, slik at de første 4 ukene så er anbefalingen at de egentlig ikke skal gjøre noen ting

Informant 1 forteller at gradvis opptrapping av trening til rett tid er viktig. Informant 2 forteller at han individualiserer oppstart av idrettsspesifikke tiltak og retur til idrett ut fra hvor trygg han er på utøveren. Videre forsøker han å ikke øke progresjonen mer enn 10-20% mot retur til idrett. Dette forteller også informant 1 at han gjør. Han sier:

En 20% økning kan jo være veldig mye eller veldig lite. Hvis du bare øker 20% slavisk hele veien der så går det plutselig veldig fort.

4.2.2 utfordringer knyttet til forslaget

Informant 1 og 3 stiller seg noe kritisk til hvor restriktive man skal være i forhold til lengden på behandlingsforløpet. Informant 3 sier:

Og så skal det sies at det fortsatt er en viss usikkerhet rundt rehabiliteringen på hvor lang tid trenger du å ta. Trenger man 12/13/14/15 uker? Eller kunne man gjort det raskere?

Videre forteller informant 3 at han har observert utøvere som selv velger å ikke fullføre rehabiliteringen, og spiller kamp i uke syv uten videre konsekvenser. Han stiller spørsmål til om man kan forkorte behandlingsforløpet noen uker uten å forstyrre beintilhelingen. Videre sier han at det ikke er etisk riktig å utforske på en vilkårlig utøver. Han forteller at han forsøker å praktisere en noe mer aktiv tilnærming, men at denne er individbasert. Informant 1 og 3 understreker likevel betydningen av at dette er et benbrudd som trenger hvile, og informant 1 legger til at han holder seg på den sikre siden ved å følge Olympiatoppens forslag. Informant 2 forteller at han tidligere fulgte en mer offensiv protokoll hvor utøverne fikk være mer aktive i rehabiliteringen, men fikk en følelse av at protokollen var for liberal da flere utøvere returnerte med residiv skade.

Informantene forteller videre at både de og utøverne har utfordringer med å skille på begrepene trening og hverdagsaktivitet i avlastningsperioden. Informantene forteller at de er strenge de fire første ukene for å forhindre at de gjør mer enn de skal.

Informant 1 opplever aktiviteter som for eksempel triksing vanskelig å forsvare som trening. Informant 2 forteller at de antakeligvis kan gjøre mer enn de tror, han sier:

Vi vet jo ikke om det er verre for en å gå opp til tredje etasje på skolen, gå trappene opp der, sammenlignet med å skli ned alpinbakke da

4.3 Fysioterapeutens rolle er essensiell for compliance

4.3.1 - Tillit og tydelighet

Informant 1 trekker frem at hans klinikk og status bringer med seg en del tillit. I tillegg opplever han at utøverne gjerne er "on board" med behandlingsplanen når han nevner Olympiatoppen.

Informant 1 mener noe av det viktigste i behandlingen er tydelighet i forhold til utøveren. Både informant 1 og 2 forteller at de er tydelige gjennom å være litt ekstra streng, og uttrykker at å være vag i formidlingen kan føre til misforståelser eller at noen gjør for mye. Informant 2 sier:

Altså hvis du sier til en eller 15 år gammel fotballspiller at du kan være med på det og det og det, da er det ikke sant - for det første så er det jo dette med compliance; hva er det de får med seg - ehm, hva er risikoen for at de gjør noe mer ikke sant, og plutselig blir ivrig?

Informant 1 forteller at han presenterer behandlingen veldig ryddig og langsiktig ved å lage detaljerte og tydelige ukeplaner til utøverne. Ukeplanen definerer både type økter, mengde, intensitet, og han er tydelig på at planen er sjefen. Han forteller videre at han gjerne legger inn belønninger i form av øvelser som utøverne liker, som insentiv til å følge planen. Informant 3 uttrykker at han gjør mer individuelle vurderinger:

Og så er det noen utøvere som er veldig interessert i å ha en veldig rigid plan, at «mandag gjør du dette, tirsdag gjør du dette», mens noen har litt mer forutsetninger for frihet og ansvar at man sier «okei dette føringene, og så lenge du holder deg innenfor dette så gjør du på en måte det du ønsker» så det varierer litt.

4.3.2 - Kommunikasjon med trenere og pårørende

Informant 2 trekker frem at kommunikasjonen med treneren er vesentlig da de styrer treningen, og at denne sannsynligvis kunne blitt bedre og mer bevisst. Informant 1 opplever tidvis at han må diskutere og overbevise pårørende og trenere litt før de er innforstått med behandlingsplanen. Han pleier å informere og gi kunnskap til pårørende om de langvarige konsekvensene som kan oppstå av et beinbrudd som ikke blir behandlet.

Informant 3 opplever at både trenere og pårørende forstår alvoret og er mottakelig for rehabiliteringen. Han legger til at de ofte kommer med innspill og spørsmål rundt hva de kan gjøre for å fremskynde prosessen. Han sier:

De ønsker at jeg kunne trylle, men det kan jeg ikke

4.3.3 - Kunnskapsformidling og forståelse

Informant 3 opplever at en av de viktigste faktorene for et vellykket behandlingsresultat er å nå inn til utøveren. Dette er informant 2 også enig i. Han sier:

Altså den første konsultasjonen er veldig veldig viktig. At de får nok informasjon, og at de får forståelsen av liksom at dette er et eller annet lerret å bleke da. Uten at det blir for mye dommedagsprofetier.

Informant 2 sier også at det viktigste er at utøverne får et bevisst forhold til trening og lærer seg mer om betydning av variasjon i treningsform, uten at det går på bekostning av prestasjon. På den andre siden forteller informant 3 at denne kunnskapen bør styrkes hos trenerne. Han sier:

man kan ikke forvente at en utøver på 14-15 år skal rekke opp hånden på treningen og si at nå har jeg trent nok server i tennis, eller nok start-stopp fotball.

4.4 Mer enn en biomedisinsk tilnærming

Samtlige informanter formidler at de også har tilnærminger til behandling utover Olympiatoppens forslag.

4.4.1 Mental helse i et skadeopphold

Informantene formidler at utøverne opplever det utfordrende å havne utenfor idretten i en lang periode. Informant 1 forteller at utøverne kan oppleve en form for sorgprosess, og at han alltid tar en sosial anamnese før han begynner å fokusere direkte på ryggen. Han opplever ikke at utøverne er engstelige med tanke på diagnosen, men de kan bli bekymret når han sier at de ikke får lov til å utøve idretten sin. I tillegg understreker han til utøverne at fullfører de behandlingsplanen så blir de bra. Han sier:

Hvis du alltid kun spør om idretten og forteller at de skal være ute av aktivitet i 3 måneder så blir man fort deprimert. Og så spør jeg de alltid egentlig mest hvordan de hankses mest med dette her.

Informant 1 forteller likevel at de fleste utøverne han behandler er del av et satsningslag, og at de er mer motiverte til å stå løpet ut i motsetning til de som ikke bedriver idrett. Informant 2 kommenterer at å stå utenfor idretten er en del av "gamet" og kan være en god erfaring å få som 15-16 åring. Han forteller videre at han prøver å avdramatisere og understreke at det ikke er en farlig skade selv om det krever et lengre behandlingsforløp.

Informant 1 og 3 forteller at de gir alternative tiltak som ikke inneholder fysisk trening. De utdyper at dette kan bestå av teoretiske oppgaver, eksempelvis videoanalyser som presenteres i kampmøte eller å være assistenttrener på feltet. Informant 3 understreker at dette brukes spesielt de første fire ukene i avlastningsperioden, og at disse oppgavene er et hjelpemiddel for at de ikke skal føle at de står på stedet hvil mens vennene utvikler seg videre. Informant 3 understreker at han bruker tid på prat og setter ting i perspektiv for utøveren. Han forteller:

Altså, det er kanskje om 5 år, om 10 år, om 15 år de skal ha sin prime time. Og da er dette på en måte en gylden mulighet til å styrke ryggen, trene på alt det man ikke har så god tid til å trene på ellers. Så prøve å komme styrket ut av det med både en sterkere og mer motstandsdyktig kropp, men og økt kunnskap om idretten og om trening da.

4.4.2 Smertens rolle i behandlingstilnærmingen

Alle informantene uttrykker utfordring med å få utøverne til å forstå viktigheten av å fortsette med avlastning og gradvis opptrapping ettersom de blir smertefri tidlig i behandlingsforløpet. Informant 3 sier:

(...) Og så er de opplært til at hvis ikke man har vondt så er det greit. Og det er jo blant veldig mange skader en god filosofi.

Informant 2 forteller at det er en fallgrube å styre behandlingen ut fra smerter, da det er en risiko for tilbakefall. Han reflekterer videre rundt dette:

Slik at det er jo den store utfordringen for disse utøverne, det er jo at de må på en måte holde igjen selv om de føler at de er helt friske i ryggen. Eller må de det? Ikke sant. Vi vet jo... dette vet vi jo ikke nok om.

Informant 3 har samme tankegang, men er enig i at det ikke er hensiktsmessig å styre behandlingen ut ifra smerter:

Noen uker til og fra, jeg er usikker på om det har noe å si, men de som kommer tilbake og skal spille kamp uke 3 for at da kjente de mindre tror jeg er en dårlig idé (...)

4.4.3 Opprettholdelse av sosial- og idrettslig tilhørighet i behandlingsforløpet

Informantene trekker frem viktigheten av at utøverne får føle på tilhørighet og at de ikke faller utenfor laget eller idrettsmiljøet, verken på trening eller fritiden. Informant 3 sier:

Hvis du sier at «nå de neste 4 ukene så skal du holde deg unna» det tror ikke jeg er gunstig for majoriteten.

Informant 1 oppfordrer trenerne og lagkamerater til å holde kontakten med utøverne, og vil unngå trenere som tar utøvere ut av laget grunnet skader. Han forteller videre at noen avhengig av spillertypen kan delta alternativt på trening i felt eller som assistenttrener, og noen har som tidligere nevnt analysert inn mot kamp.

Informant 2 anbefaler at utøverne kommer på treninger med egne tilpasninger midt i behandlingsforløpet, og forteller at mange klubber har blitt flinke til å ha skadegrupper. Informant 1 opplever at trenere ønsker at utøverne deltar på alle økter, men er redd de kan bli nedstemt av å se hva lagkamerater gjør til enhver tid. Han sier:

Så de må komme inn på noen økter. Gjerne økter som liksom kan tilpasses sånn at de kan være med hvis de har en eller annen styrketrening så kan de møte i garderoben, gå å varme opp felles på sykkel og mens de andre løfter litt tyngre vekter så kan de løfte litt lettere eller er med på noen basistreninger sånn at de prøver å gjøre de tingene.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet skal vi ta for oss de sentrale elementene fra resultatene og se informantenes erfaringer med behandlingsforløpet i lys av relevant teori. På denne måten skal vi få frem ulike nyanser i deres erfaringer.

5.1 Bruk av Olympiatoppens forslag til treningsprogresjon

5.1.1 Tre måneder behandlingsforløp - for defensivt?

Samtlige informanter opplyser som nevnt at de bruker en behandlingstilnærming som i større eller mindre grad er basert på Olympiatoppens forslag. Dette gjør de på tross av at de opplever den som restriktiv, og stiller spørsmål til nødvendigheten av et så langt og defensivt behandlingsforløp. Informant 3 har observert mer offensive behandlingsforløp på utøvere som ikke har fulgt behandlingsplanen, og spilt kamp halvveis i behandlingsforløpet uten videre komplikasjoner. Han stiller spørsmål til om man kan korte ned behandlingsforløpet uten å forstyrre benteilhelingen. Forskning gjort av Sakai et al. (2017) understreker at tilstrekkelig benteilheling kan være mulig ved kortere behandlingsperioder på ca. 2,5 måneder hos grad 1 og 2. På den andre siden har informant 2 erfaring med at utøvere får tilbakefall ved et mer offensivt behandlingsforløp, og i dag individualiserer han retur til idrett ut fra erfaringsbasert kunnskap.

Informantene trekker likevel frem viktigheten av at utøverne holder aktivitetsnivået lavt nok i en lang periode, og at tid og avlastning er avgjørende for et vellykket behandlingsresultat. I følge Iversen (2021) er avlastning over tid nødvendig for å tilhele skaden via remodelleringsprosessen. I tillegg er ryggraden til de unge fremdeles i vekst og skaper et ekstra moment å ta hensyn til i behandling av korsryggsproblematikk (Selhorst et al., 2020). Det er likevel ikke gitt hva som er tilstrekkelig tid. Samtidig trekker informant 3 frem den etiske utfordringen ved at det ikke bare er å teste det ut på en vilkårlig utøver. Informantene erfarer også at det er mye usikkerhet rundt diagnosen og at de derfor velger å være på den sikre siden.

5.1.2 utfordringer med å forholde seg til begrepet “hverdagsaktivitet”

Alle informantene trekker frem at fire uker total avlastning fra idrett er spesielt viktig og fremstilles som den mest kritiske perioden i behandlingsforløpet. Olympiatoppen foreslår at utøvere kan fortsette med normal hverdagsaktivitet i denne perioden (Iversen et al., 2021). Informantene etterstreber dette, men opplever gråsoner og forklaringsproblemer når de skal skille hverdagsaktivitet og trening da marginene kan være små. Det kan være vanskelig for fysioterapeuter å definere eller forsvare om eksempelvis balltriksing i friminuttet er trening eller hverdagsaktivitet for en ung idrettsutøver.

Begrepet må tolkes av fysioterapeutene på egenhånd og kan skape ulik praktisering. Våre informanter forteller at de velger å være ekstra strenge og tydelige i sine restriksjoner for å hindre misforståelser og at utøverne gjør mer enn de skal. Dette kan gi uheldige konsekvenser for utøverne som muligens får strengere aktivitetsbegrensninger enn nødvendig, og kan i lys av ICF- modellen begrense utøvernes funksjon (Pran, 2007). Tap av mulighet til å vedlikeholde fysisk funksjon kan muligens skape en lengre vei tilbake til idretten (Brooks & Hergenroeder, 2021). På den andre siden kan fysioterapeutene gjennom å være strenge forhindre at utøverne gjør for mye, noe som i følge teori om remodelleringsprosessen er avgjørende for at stressfrakturen kan tilheles (Iversen et al., 2021).

5.2 Fysioterapeuten er essensiell for compliance

Informantene erfarer gode behandlingsresultater. Informant 1 trekker frem at han behandler utøvere som er dedikert og motivert til å stå i behandlingsforløpet, noe som kan bidra til at utøverne har god compliance. Dette kan muligens begrunne de gode behandlingsresultatene som informantene opplever, som skiller seg fra statistikk lagt frem av Østerås og Haaland (2001). De viser til studier hvor compliance etter fysioterapeutens anbefalinger kun finnes hos mellom en til to tredjedeler av pasientene.

Informantene forteller at de er opptatt av å nå inn til utøvere, foreldre og trenere og gi de kunnskap som er vesentlig for å få forståelse for sin situasjon. Det er en fordel om det er en god relasjon, kommunikasjon og tillit mellom fysioterapeut og utøver hvis målet er god compliance (Hanstvedt & Løken, 2016, s. 34). Å unngå misforståelser er noe informantene ønsker å forhindre ved å være tydelige blant annet gjennom å lage detaljerte planer for behandlingsforløpet. Thornquist (2009, s. 23–24) beskriver viktigheten av gode kunnskaper og ferdigheter innen kommunikasjon hos helsepersonell, og at ved å skape gjensidighet i mening og opplevelse av det som formidles kan man unngå misforståelser.

Informantene forteller at kunnskapsformidling om selve skaden, treningsbelastning og treningsvariasjon er sentralt i behandlingsforløpet. Østeraas og Haaland (2001) skriver at god compliance krever at utøvere, og eventuelt foreldre og trenere får tilstrekkelig helsekompetanse gjennom kunnskapsformidling. Fysioterapeuten har en fordel når de gjennom å formidle helsekompetanse skal skape forståelse og motivasjon for behandlingsforløpet, grunnet deres status og tillit (Thornquist, 2009, s. 31). Informant 1 bekrefter at dette er noe han erfarer i praksis. Når økt helsekompetanse er oppnådd kan utøverne oppleve mestringstro gjennom at de får ressurser til å ta gode valg for seg selv og egen helse, og videre kan utøverne oppnå tilstrekkelig compliance og et godt behandlingsresultat (Østerås & Haaland, 2001).

Våre informanter har ulike tanker rundt om det er trener eller utøver som har størst behov for økt kunnskap innenfor disse temaene. På den ene siden mener informant 2 det er viktig at fysioterapeuter tar seg tid til å øke kunnskapen blant utøverne. På

den andre siden mener informant 3 at kunnskapen bør styrkes hos trenerne, da det kan være utfordrende for en ung idrettsutøver å ta stilling til de ulike avgjørelsene som må tas. Dette underbygger Herrebrøden som sier at det er fornuftig at trenere får en forståelse om hva utøverne gjennomgår eller forsøker å oppnå (Herrebrøden, 2019, s. 26).

5.3 Mer enn en biomedisinsk tilnærming

Olympiatoppen har ikke inkludert psykososiale faktorer i deres forslag til rehabilitering av denne pasientgruppen, likevel trekker samtlige informanter linjer til at dette er en sentral og viktig del av deres behandlingstilnærming. Stressfraktur i rygg ses gjerne med et biomedisinsk øye da det er en fysisk tilstand på ryggvirvelen som kan observeres. Selhorst et al. (2020) anbefaler derimot å møte utøverne med en biopsykososial behandlingstilnærming da det er en tilstand som også berører de psykologisk og sosialt. Da behandlingen krever en biopsykososial tilnærming kan det indikere at ICF er et fordelaktig verktøy, fordi den involverer en vurdering av hele mennesket (Pran, 2007).

5.3.1 Mental helse i et skadeopphold

Informant 1 forteller at det er mange som opplever en sorgprosess. Sorgprosesser, redusert selvtillit, angst, frustrasjon, isolasjon og depresjon er alle følelser som er vanlig å føle på (Selhorst et al., 2020). Dette kan igjen føre til at det er utfordrende å nå inn til pasienten (Herrebrøden, 2020, s. 352). Dette er faktorer som både informant 1 og 3 tar høyde for og følger opp i behandlingen. I følge ICF-modellen er mentale funksjoner kroppsfunksjoner som må ivaretas så vel som funksjonen i ryggen. Resultatet viser at informantene i tråd med ICF har fokus på psykologiske prosesser så vel som det biologiske (Pran, 2007).

Informant 2 reflekterer rundt at det kan være en fordel å erfare et lengre skadeopphold allerede i ung alder. Å oppleve motgang er en sentral del av det å være en idrettsutøver. Utøverne må lære seg mestringsstrategier i forhold til dette og få forståelse for at motgang er en naturlig del av prestasjonsutviklingen (Olympiatoppen, u.å.).

Videre forteller informant 1 at de understreker for utøverne at de vil bli bra om de følger deres behandlingsplan. Han er altså bevisst på å understreke de positive resultatene og sannsynligheten for en full retur til idrett, noe som også trekkes frem som viktig av Selhorst et al. (2020). Informant 3 hjelper utøverne til å akseptere og mestre situasjonen ved å sette det i et større perspektiv og hjelpe dem til å se mulighetene fremfor begrensningene i situasjonen de står i. Dette kan være med å skape håp for utøverne om at dette er noe de kan komme styrket ut av, og er i tråd med teorien om mestringstro (Bandura, 1977). Blant annet pleier informant 1 og 3 å gi utøverne teoretiske oppgaver for at de skal føle på utvikling selv i en periode med motgang. De teoretiske oppgavene kan også være et virkemiddel for tidsfordriv i den lange behandlingsperioden, samtidig får utøverne mulighet til å utvikle mentale ferdigheter innenfor idretten selv med de restriksjonene de har (Herrebrøden, 2020, s. 354–355).

Informant 1 opplever ikke at utøverne blir engstelige av å ha en stressfraktur i ryggen, mens informant 2 forteller at han bruker tid på å avdramatisere og understreke at skaden ikke er farlig. Selhorst et al. (2020) er tydelig på at utøverne kan oppleve engstelse for at ryggen deres er ødelagt, noe som kan skape akutt og langsiktig bevegelsesfrykt. Dette er aspekter som kan påvirke utøverens psykiske helse og motivasjon for rehabiliteringsforløpet og bør derfor inkluderes i den kliniske vurderingen (Selhorst et al., 2020).

5.3.2 Symptomfrihet skaper utålmodighet

Informantene legger frem at de opplever det utfordrende å holde igjen utøverne når de blir smertefri relativt tidlig i forløpet. Det oppleves som en utfordring både for de som fysioterapeuter men også som en mental påkjenning for utøverne. Tidlig symptomfrihet og utålmodigheten idrettsutøverne opplever grunnet fravær av sammenheng mellom mellom smerte og grad av tilheling bekreftes i litteraturen (Bouras & Korovessis, 2015; Iversen, 2020, s. 279). Samtidig trekkes det frem av informantene at det er en fallgrube å styre etter smerter i behandlingen. Dette understreker Olympiatoppen i sine anbefalinger, da smertene avtar raskere enn tilhelingen og at behandlingen ved grad 1-3 bør være tidsstyrt (Iversen et al., 2021). Vi oppfatter at utfordringen dette medfører er knyttet til compliance. Informantene forteller at de løser dette ved å være litt ekstra streng og holde seg på den sikre

siden. Informant 1 understreker at utøverne skal forholde seg til planen de har laget uavhengig av hvor raskt de blir smertefrie.

5.3.3 Sosial tilhørighet gir helsegevinst

Informantene forteller at de er opptatt av å gi utøverne en følelse av utvikling gjennom teoretiske oppgaver, samt å sørge for at de blir sett og ikke glemt. Dette er faktorer som kan gjøre at behandlingsforløpet er lettere å stå i. Selhorst et al. (2020) poengterer at det kan være en psykisk påkjenning å havne utenfor idretten de brenner for i lang tid, i tillegg til at de mister den daglige kontakten med medspillere. Behov for tilhørighet og fellesskap anses som viktig under et skadeopphold, da det kan bidra til å trekke de i positiv retning (Herrebrøden, 2020, s. 356).

Informantene har fokus på god relasjon og kommunikasjon med utøveren gjennom å stadig følge de opp og sørge for at de får deltatt i idrettsmiljøet der det er mulig. Informantene tar altså aktivitets- og deltakelsesinnskrenkninger i betraktning, noe som trekker linjer mot bruk av ICF-modellen. Selhorst et al. (2020) påpeker at god relasjon og kommunikasjon skaper sosial støtte og er assosiert med bedre helsegevinst. På andre siden forteller informant 1 at dersom utøverne er til stede under hver trening kan det ha motsatt effekt på utøvernes psyke, og erfarer at noen blir mer nedstemt av dette. Herrebrøden (2020, s. 356) anbefaler at utøverne er til stede under deler eller hele treningsøkten til laget selv om de er skadet, da deltakelse i treningsfellesskapet fremmer utvikling og trivsel.

6.0 Metodediskusjon

I dette kapitlet skal vi diskutere oppgavens metode ved å vurdere dens styrker og svakheter. Videre vil vi diskutere oppgavens reliabilitet og validitet.

6.1 Valg av metode

Vi valgte kvalitativ metode da vi har en problemstilling som ønsker å belyse fysioterapeuters erfaringer. Kvantitative metoder bygger på data i form av tall (Malterud, 2017, s. 30), derfor ville ikke denne metoden vært egnet til å besvare vår problemstilling.

For å innsamle data valgte vi å gjennomføre semistrukturerte intervju i stedet for fokusgruppeintervju. På denne måten får informantene mulighet til å dele sine erfaringer med tid og rom til egne refleksjoner. Fokusgruppeintervju kan føre til at informantenes ordvalg og meninger påvirkes av hverandre, og at informantene ikke kommer tilstrekkelig til ordet (Malterud, 2017, s. 133).

6.2 Valg av informanter

Vi ønsket informanter som hadde erfaring med pasientgruppen, men i rekrutteringsprosessen møtte vi på utfordringer. Tilgjengelighetsutvalg med snøballteknikk fungerte til et visst punkt, men etterhvert endte henvisningene opp hos samme kandidat, som førte til at snøballen sluttet å rulle. For å rekruttere den siste informanten landet vi på to informanter fra samme klinikk. Det ønsket vi i utgangspunktet å unngå da dette kunne påvirke variasjonsbredden i resultatet. Vi opplevde likevel at begge informantene bidro med ulike erfaringer, synspunkt og meninger uavhengig av dette.

6.3 Forberedelse og gjennomførelse av intervju

Intervjuguiden var til stor hjelp underveis da vi begge er uerfarne intervjuholdere. Til å begynne med var vi svært avhengige av intervjuguiden. For å være mer forberedt til intervjusituasjonen kunne gjennomførelse av pilotintervju vært fordelaktig, men grunnet begrensninger i tid ble ikke dette utført. Under siste intervju mestret vi å rive oss mer løs fra intervjuguiden. Da fikk vi bedre flyt i intervjusituasjonen, og spørsmålene kom heller som en naturlig forlengelse av samtalen. Ved å være bundet til intervjuguiden fikk vi med sikkerhet stilt planlagte spørsmål, samtidig mistet vi muligheten til å stille gode oppfølgingsspørsmål som utdypet det informantene formidlet.

Tjønndal og Fylling (2021, s. 111) skriver at digitale intervju kan være et godt alternativ til tradisjonelle kvalitative ansikt til ansikt-intervju. I kjølvannet av koronapandemien har de fleste praktisert ulike digitale løsninger. Noe som tidligere var nytt og utfordrende har nå blitt enklere og mindre tidkrevende å gjennomføre. Dessuten legger de til at digitale intervju er en anerkjent forskningsmetode samfunnsforskere har tatt i bruk lenge før koronapandemien brøt ut (Tjønndal & Fylling, 2021, s. 111). Fordelen med å gjennomføre intervjuene på Zoom er at

barrieren for deltakelse kan reduseres da de kan rekrutteres uavhengig av bosted, og at intervjuet kan gjennomføres via egen PC. Et uheldig moment ved bruk av digitalt videointervju kan være tap av den naturlige flyten og non-verbale kommunikasjonen (Tjønndal & Fylling, 2021, s. 114). I vårt tilfelle følte vi ikke dette begrenset gjennomførelsen av intervjuet eller kvaliteten på datainnsamlingen.

Ettersom at to av informantene kun var tilgjengelig for intervju på samme dato imøtekom vi dette. Vi opplevde dette som tidseffektivt og ønsket å opptre ettergivende ettersom de ønsket å delta i vår oppgave. I ettertid ser vi at dette ikke var optimalt da vi fikk begrenset tid til å reflektere over hva som gikk bra og dårlig, samt utføre eventuelle endringer i intervjuguiden.

6.4 Bearbeiding av data

I transkriberingen etterstrebet vi å skrive ord-for-ord fra lydopptakene for å få med hele meningsinnholdet i samtalen. Enkelte ord og setninger i transkripsjonene var ikke like sammenhengende og presise som det kom fram i den muntlige samtalen grunnet informantenes dialekt og språklige særpreg. Etter første transkribering endret vi disse varsomt. Dette ble gjort for å minimere risikoen for latterliggjøring av informantenes formidling (Kvale sitert i Malterud, 2017, s. 78).

6.5 Analyse av data

Ved bruk av STC gjorde vi en grundig analyse og fikk godt kjennskap til materialet. Det som er formålstjenlig med denne metoden begrunner Malterud (2017, s. 97) med at den gir nybegynnere en enkel innføring i analyseprosessen, uten forutsetninger knyttet til kvalitative metodetradisjoner og filosofiske røtter.

Gjennomførelsen av to intervju på samme dag resulterte i at den trinnvise analysen ikke ble tilstrekkelig. Dette medførte at vi begynte med analyseprosessen i etterkant av de to første intervjuene, og deretter analyserte det siste for seg selv. Malterud (2017, s. 137) beskriver at trinnvis analyse som arbeidsmåte kan bidra til en fornuftig avgrensning av materialet, og bedre grunnlag for fokusering og fleksibilitet. I lys av dette var vi ekstra nøyaktig gjennom analysen, og var åpne for å justere kodegrupper, subgrupper og eventuelt problemstilling gjennom hele

analyseprosessen. Justeringer ble gjort underveis da flere av kode-gruppene ikke lenger understøttet materialet vårt godt nok. Vi sammenlignet stadig det analyserte materialet opp mot transkripsjonene, for å sikre at vi beholdt konteksten i datamaterialet og formidlet informantenes erfaringer på en lojal måte. Grunnet begrensning i tid og ressurser hadde vi ikke mulighet til å inkludere mer rådata gjennom intervjurunder, noe som kunne belyst vår problemstilling ytterligere.

6.6 Reliabilitet og validitet

I skriveprosessen har vi etterstrebet transparens og refleksivitet gjennom å synliggjøre valg og samtidig vært årvåken, kritisk og vurderende til disse i alle fasene av oppgaven. I kvalitativ forskning er det utfordrende å gjenskape identiske resultater da det kan påvirkes av våre fortolkninger. Fortolkningene har en betydning for hvilke resultater som trekkes frem, og disse påvirkes blant annet av forforståelsen (Leseth & Tellmann, 2018, s. 16). Ved å redegjøre for vår forforståelse og vårt teoretiske perspektiv kan dette bidra til å øke oppgavens reliabilitet.

Malterud kommenterer at det å validere er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet (2017, s. 192). Vi har utarbeidet en intervjuguide med spørsmål som kan belyse problemstillingen og innhentet datamateriale fra fysioterapeuter med relevant erfaring. I tillegg har vi aktivt forsikret oss om at resultatene representerer det informantene ønsket å meddele og samtidig etterstrebet at de belyser problemstillingen. Dette er faktorer som kan bidra til å ivareta validiteten i oppgaven.

Det som kan redusere oppgavens overførbarhet til klinisk praksis er et lavt antall informanter og lite variasjon i alder og kjønn. Informantene våre er privatpraktiserende fysioterapeuter, noe som kan redusere overførbarheten til fysioterapeuter i primær- og spesialisthelsetjenesten.

7.0 Konklusjon

Det kommer frem i oppgaven at informantene i større eller mindre grad benytter seg av forslag til treningsprogresjon presentert av Olympiatoppen når de tilnærmer seg pasientgruppen. Erfaringene som informantene gjør seg er at disse forslagene er en egnet behandlingstilnærming. Sentrale elementer i behandlingen er tilstrekkelig

avlastning, gradvis progresjon og tydelighet. I tillegg utføres individuelle tilpasninger ut fra utøverens behov. Informantene opplever gode behandlingsresultater ved tre måneders behandlingsforløp, men det reflekteres likevel rundt om dette er lenger enn nødvendig. Videre oppleves det tvetydighet rundt ordet hverdagsaktivitet og hva som kan tillates i avlastningsperioden. Med bakgrunn i dette er det fremdeles en del usikkerhet knyttet til diagnosen, og det er behov for ytterligere forskning for å skape bedre konsensus rundt behandlingen.

Det kommer frem i oppgaven at en psykososial tilnærming i kombinasjon med Olympiatoppens forslag er nødvendig for å danne et helhetlig behandlingsforløp, det kreves altså en biopsykososial tilnærming. Dette innebærer å sørge for at utøverne opplever sosial tilhørighet og å følge opp utøverne på det mentale plan da det kan oppleves psykisk krevende å stå i et skadeopphold. Dette indikerer at ICF med fordel kan anvendes i arbeid med pasientgruppen. Videre er kommunikasjon en viktig bærebjelke i informantenes tilnærminger, både med utøver, pårørende og trenere. Ferdigheter innen kommunikasjon er vesentlig for en god pasient-terapeut relasjon, og et viktig for å sikre compliance og et vellykket behandlingsresultat.

8.0 Referanseliste

- Bandura, A. (1977). *Self-Efficacy*. Albert Bandura. <https://albertbandura.com/albert-bandura-self-efficacy.html>
- Bouras, T. & Korovessis, P. (2015). Management of spondylolysis and low-grade spondylolisthesis in fine athletes. A comprehensive review. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, 25(1), 167–175.
<https://doi.org/10.1007/s00590-014-1560-7>
- Brooks, G. P. & Hergenroeder, A. C. (2021, 7. mai). Musculoskeletal injury in children and skeletally immature adolescents: Overview of treatment principles for nonoperative injuries. I *UpToDate*.
<https://www.uptodate.com/contents/6470?fbclid=IwAR3eZKHCHpAIAvPdZpr1IvITtq5QNGFYfZmaRP5CX5KfxT423NtQVFkY8>
- Fagforbundet. (u.å.). *Autorisasjon*. <https://www.fagforbundet.no/fag/autorisasjon/>
- Falkum, E. (2008). *Den biopsykososiale modellen*. 3(5), 255–263.
- Gjernes, T. (2004, 16. mars). *Helsemodeller og forebyggende helsearbeid*. forebygging.no. <https://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Helsemodeller-og-forebyggende-helsearbeid/>
- Hanstvedt, M. H. & Løken, H. S. (2016). Kommunikasjon gir svar. *Fysioterapeuten*, 16(10), 34–36.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen* [Strategi]. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Herrebrøden, H. (2019). *Ti idrettsutøvere som søkte hjelp—Og fikk det*. Cappelen Damm Akademisk.
- Herrebrøden, H. (2020). Psykologiske utfordringer ved skadeopphold. I I. Eitzen, S. M. Hollekim-Strand & H. Markussen (Red.), *Idrettsfysioterapeuten* (s. 351–360). Cappelen Damm Akademisk.
- Iversen, E. (2020). Prinsipper for undersøkelse og behandling: Bein. I I. Eitzen, S. M. Hollekim-Strand & H. Markussen (Red.), *Idrettsfysioterapeuten* (s. 269–283). Cappelen Damm Akademisk.
- Iversen, E., Larmo, A., Moen, E., Garthe, I. & Røstad, V. (2021, 18. november). Stressreaksjoner i pars interkularis. I *Olympiatoppen*.

<https://olympiatoppen.no/fagomrader/helse/fagstoff/stressfraktur-i-pars-interartikularis/>

- Jayanthi, N. A., LaBella, C. R., Fischer, D., Pasulka, J. & Dugas, L. R. (2015). Sports-specialized intensive training and the risk of injury in young athletes: A clinical case-control study. *The American Journal of Sports Medicine*, 43(4), 794–801. <https://doi.org/10.1177/0363546514567298>
- Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Malt, U. (2019, 26. august). Biopsykososial modell. I *Store medisinske leksikon*. http://sml.snl.no/biopsykososial_modell
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Micheli, L. J. & Purcell, L. (2018). *The Adolescent Athlete: A Practical Approach*. Springer International Publishing AG.
- Moseid, C. H. (2020). *Injury and illness in youth elite athletes* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. Universitetet i Oslo. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/77942>
- Olympiatoppen. (u.å.). [Idrettspsykologi]. Olympiatoppen. Hentet 3. mai 2022 fra <https://olympiatoppen.no/fagomrader/idrettspsykologi/filosofiarbeidsmate/>
- Pran, F. (2007). ICF - et felles språk for funksjon. *Fysioterapeuten*, 74(7). <https://www.fysioterapeuten.no/icf---et-felles-sprak-for-funksjon/124007>
- Sakai, T., Tezuka, F., Yamashita, K., Takata, Y., Higashino, K., Nagamachi, A. & Sairyō, K. (2017). Conservative Treatment for Bony Healing in Pediatric Lumbar Spondylolysis. *Spine*, 42(12), E716–E720. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001931>
- Selhorst, M., Allen, M., McHugh, R. & MacDonald, J. (2020). Rehabilitation considerations for spondylolysis in the youth athlete. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 15(2), 287–300.
- Sundell, C.-G. (2019). *Low back pain in adolescent athletes* [Doktorgradsavhandling, Umeå Universitet]. DUO Vitenarkiv. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-155848>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i*

helsetjenesten (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Tjønndal, A. & Fylling, I. (2021). *Digitale forskningsmetoder*. Cappelen Damm.

World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF.

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241545429.pdf>

World Health Organization. (u.å.). *Adolescent health*. World Health Organization.

<https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>

Østerås, H. & Haaland, K. (2001). Compliance i fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 68(10).