



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.:	441
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7958
----------------------	------

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:	27
Andre medlemmer i gruppen:	451

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



BACHELOROPPGAVE

“Unge utøveres retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd”

“Young Athletes Return to Sport after Anterior Cruciate Ligament Reconstruction”

Kandidatnummer: 441 og 451

Bachelor i fysioterapi

Fakultet for helse og sosialvitenskap/institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 16.05.22

Antall ord: 7958

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Arbeidsprosessen med denne bacheloroppgaven har vært både utfordrende og lærerikt. Å skrive denne oppgaven har vært krevende, men vi har lært mye om oppgaveskriving og bruk av metode. Samtidig har vi fått innblikk i hva fysioterapeuter vektlegger i møte med unge pasienter. Arbeidet har gjort oss bedre rustet til å møte denne pasientgruppen i praksis.

Vi ønsker å uttrykke vår takknemlighet til våre tre informanter som var villige til å stille til intervju og dele sine erfaringer med oss. Denne bacheloroppgaven hadde ikke blitt gjennomført uten dem, og vi setter enorm stor pris på deres engasjement og positivitet. Vi vil også takke vår veileder som har gitt oss nyttige tilbakemeldinger og god veiledning i skriveprosessen. Avslutningsvis vil vi også takke hverandre for et godt samarbeid. Partnerskapet som var bygget på støtte og kjærlighet ga rom for faglig diskusjon og refleksjon.

Bergen, 15. Mai 2022

Sammendrag

Tittel: Unge utøveres retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd.

Problemstilling: "Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med å behandle og teste unge idrettsutøvere for retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd".

Metode: Vi har benyttet kvalitativ metode for å besvare problemstillingen.

Datainnsamlingen ble utført med semistrukturert intervju. Vi intervjuet tre fysioterapeuter. En av fysioterapeutene jobber på sykehus, og de to andre jobber i kommunen med driftstilskudd. Intervjuene ble transkribert ord for ord, og analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Alle informantene fremhever informasjon som en del av deres rolle i behandlingsforløpet frem mot retur til idrett. Informantene følger en rehabiliteringsprotokoll med tre faser, der en fokuserer på individets funksjon fremfor tid. For å vurdere om utøverne er klar for å returnere til idrett benytter de testbatteri. Det blir nevnt av samtlige informanter at det foreligger et forbedringspotensial av dette. I tillegg blir det psykologiske aspektet fremhevet som en viktig faktor for suksessfull tilbakegang til idrett.

Konklusjon: Gjennom arbeidet med dette prosjektet kan det se ut til at det ikke finnes entydige tiltak og retningslinjer for denne pasientgruppen. Resultatene våre viste at informantene, fra forskjellige deler av helsetjenesten, hadde flere likhetstrekk i sine erfaringer med pasientgruppen uavhengig om de hadde ulike yrkeserfaringer. Funnene kan tyde på at nyere forskning gjenspeiler informantene sine erfaringer om forbedringspotensialet i dagens testbatteri og rehabiliteringstilbud. Det må poengteres at funnene våre kunne vært annerledes dersom vi hadde intervjuet flere informanter og sammenlignet med flere studier. For å bekrefte om funnene våre er reliabel vil det være nødvendig med ytterligere undersøkelser.

Abstract

Title: Young Athletes Return to Sport after Anterior Cruciate Ligament Reconstruction

Research question: “What experience does physiotherapists have with treating and testing young athletes for return to sport after anterior cruciate ligament reconstruction?”

Method: We chose to use a qualitative method to answer our research question. The data was collected using a semi structured interview. We interviewed three physiotherapists, where one of the informants works in a hospital, while the others work in a municipality with an operating agreement. The interviews were transcribed word for word and analysed using systematic text condensation.

Results: All the informants highlight information as a part of their role during treatment towards return to sport. The informants follow a rehabilitation protocol with three phases, where one focuses on the individual's function rather than time. They use test batteries to evaluate if the athlete is ready to return to sport. It is mentioned by several informants that there is a potential for improvement in these batteries. The psychological aspect is also emphasised as a key factor for a successful return to sport.

Conclusion: Through working with this project, it seems that there is no unambiguous evidence on measures or guidelines for this patient group. Our results showed that the informants from various parts of the health services had similarities in their experiences with the patient group even though they had different work experience. Our findings indicate that recent research reflects with our informants' experiences that there is a potential for improvement in today's test batteries and rehabilitation. It must be pointed out that our findings could have been different if we had a bigger selection of informants and compared with more research. To confirm if our results are reliable, further research is necessary.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	7
1.1. Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling	8
1.3 Oppgavens oppbygging	8
2.0 Teori	9
2.1 Kneleddets anatomi og fremre korsbånd sin funksjon	9
2.2 Korsbåndskader	9
2.2.1 Kirurgi	9
2.3 Rehabilitering av fremre korsbåndskader	10
2.4.1 Tester for retur til idrett og risiko for nye skader	11
3.0 Metode	12
3.1 Valg av metode	12
3.1.1 Kvalitativt intervju	12
3.2 Valg av informanter	13
3.3 Forberedelse til intervju	13
3.4 Gjennomføring av intervju	14
3.5 Gjennomgang av materialet	14
3.5.1 Transkribering	14
3.5.2 Analyse	15
3.5.3 Etisk aspekt	16
3.6 Vitenskapsteori og forforståelse	17
3.7 Diskusjon av metoden	17
3.7.1 Valg av metode	17
3.7.2 Valg av informanter	18
3.7.3 Diskusjon av gjennomføring av intervju og analyse	18
3.7.4 Refleksivitet	19
4.0 Resultat	20
4.1 Presentasjon av informantene	20
4.2 Informasjon og utfordringer knyttet til dette	21
4.2.1 Fysioterapeutens rolle	21
4.2.2 Sannsynligheten for retur til idrett	21

4.3 Funksjonsbasert rehabilitering og retur til idrettsarenaen	22
4.3.1 Funksjon fremfor tid.....	22
4.3.2 Utfordringer for fysioterapeuter i rehabiliteringen	23
4.4 Dagens testbatteri	24
4.4.1 Tester som anvendes av informantene.....	24
4.4.2 Det finnes forbedringspotensiale av dagens testbatteri.....	25
4.5 Det psykologiske aspektet	25
5.0 Diskusjon	26
5.1 Informasjon og utfordringer knyttet til dette.....	26
5.1.1 Informasjon er en av de viktigste oppgavene	26
5.1.2 Utøverne har høye forventninger	27
5.2 Funksjonsbasert rehabilitering og retur til idrettsarenaen	28
5.2.1 Funksjon fremfor tid.....	28
5.2.2 Utfordringer i overgangen til idrett.....	28
5.3 Dagens testbatteri	29
5.3.1 Det psykologiske aspektet bør inkluderes i klargjøringen for retur	29
5.3.2 Hvordan fatigue kan påvirke resultatet på de funksjonelle testene	30
5.3.3 Å være sterk i låret sier ikke noe om utøvernes evne til å spille fotball.....	31
6.0 Konklusjon	32
7.0 Litteraturliste	33
Vedlegg 1 - Forespørsel om deltakelse i bachelorprosjekt	38
Vedlegg 2 - Samtykkeerklæring	41
Vedlegg 3 - Intervjuguide	42
Vedlegg 4 - Transkripsjon A	44
Vedlegg 5 - Transkripsjon B.....	56
Vedlegg 6 - Transkripsjon C.....	66
Innholdsliste for tabeller	
Tabell 1 - Presentasjon av informanter	20

1.0 Innledning

I oppgaven vår har vi valgt å skrive om unge idrettsutøvere sin retur til idrett etter fremre korsbåndsskade. Rehabiliteringen etter en slik skade er en lang og vanskelig prosess for utøverne, og tett oppfølging av treningsprogram er viktig for at pasientene skal oppnå optimal funksjon (Engebretsen et al., 2014, s. 363). "Fysioterapeuter har inngående kunnskap om opptrening og veiledning av personer med ortopediske sykdommer, skader og operasjoner. De kan kartlegge problemer som virker inn på funksjon, sette opp mål sammen med pasienten, og hjelpe til å bedre bevegelighet, styrke og funksjon" (Norsk fysioterapiforbund, u.å).

I Norge er det anslagsvis 4000 årlig som pådrar seg skade på korsbånd (Helse Bergen, 2021). Ifølge årsrapporten fra 2020, publisert av det nasjonale korsbåndregisteret, ble det utført 1 640 primære korsbåndoperasjoner i 2020. Vridningsidretter som håndball og fotball står for det største volumet av pasienter (Visnes & Kroken, 2021, s. 10). Dette tallet må derimot sees i sammenheng med at disse idrettene er de største i Norge (2021, s. 10). Lege i spesialisering Line Lindanger, har i en nyhetssak på Haraldsplass Diakonale Sykehus sin nettside, uttalt at relativt mange returnerer til idrett etter korsbåndsskade. Likevel viste det seg at kun halvparten av disse returnerte til samme nivå som før skaden (Færøyvik, 2020).

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å skrive om fremre korsbåndsskader hos unge idrettsutøvere fordi dette er et tema vi synes er interessant. Basert på statistikk fra nasjonalt korsbåndregister vil vi ta utgangspunkt i unge utøvere, ettersom det kommer frem i rapporten at de under 20 år utgjør en stor andel av de som blir operert. (Visnes & Kroken, 2021, s. 10). Selv har vi begge vært unge idrettsutøvere som har vært utsatt for idrettsskader. Vi har begge kjent på hvordan skader kan medføre fravær over lengre tid og hvordan det kan være vanskelig å returnere etter en lang pause fra idretten.

I rollen som fysioterapeut er dette en pasientgruppe vi ikke har møtt i praksis. Vi synes det kan virke utfordrende, men også spennende å behandle unge mennesker som skal gjennom

en lang og krevende opptrening for retur til idrett. Vi ønsker å undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter, fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten, har med denne pasientgruppen med særlig fokus på gjenopptagelse av idrett.

1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling

Hensikten med vår oppgave blir da å få innblikk i fysioterapeuters erfaringer med rehabiliteringsprosessen for unge utøvere som ønsker å returnere til idrett. Det vi ønsker å få mer informasjon om er hvordan fysioterapeuter behandler disse utøverne, hvilke tester de anvender og hvilke utfordringer de møter på. Basert på bakgrunn og hensikt har vi utarbeidet følgende problemstilling:

“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med å behandle og teste unge idrettsutøvere for retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd?”.

1.3 Oppgavens oppbygging

Kapittel 2 tar for seg relevant teori knyttet til problemstillingen. I kapittel 3 beskriver og begrunner vi valg av metode. I kapittel 4 presenterer vi resultatene våre, og i kapittel 5 blir disse diskutert i henhold til relevant litteratur og teori. Avslutningsvis kommer konklusjon, og til slutt presenteres litteraturlisten og vedlegg.

2.0 Teori

2.1 Kneleddets anatomi og fremre korsbånd sin funksjon

Kneleddet er et av de største og mest innviklet bygde leddene i kroppen (Dahl og Rinvik, 2010, s. 466). "Det må være innrettet slik at hele underekstremiteten (...) kan utgjøre en sammenhengende stiv søyle til støtte for kroppen når vi står. Samtidig må det ha stor bevegelse når vi beveger oss" (Dahl & Rinvik, 2010, s. 466). I kneleddet artikulere femur med tibia og patella. Leddflatene på femurkondylene artikulere med leddflatene på tibiakondylene, og inkongruensen mellom dem utlignes delvis av to menisker (s. 467). I kneleddet er det også to intraartikulære ligamenter som kalles korsbåndene (Bahr et al., 2014, s. 4). Ligamentenes primære funksjoner er passiv stabilisering av leddene. I alle stillinger av kneleddet vil det fremre korsbåndet hindre at tibia glir fremover i forhold til femur, og det vil også bidra til rotasjonsstabilitet (Dahl & Rinvik, 2010, s. 469). En avrivning av ett eller begge korsbåndene vil føre til at det oppstår en abnormal bevegelse i kneleddets sagittalplan (s. 469).

2.2 Korsbåndskader

"Kneet er et av leddene som skades mest, sannsynligvis på grunn av de tidvis ekstreme funksjonelle kravene som stilles til leddet og den komplekse anatomien" (Engebretsen et al., 2014, s. 349). Menisk og fremre korsbåndsruptur er blant de vanligste akutte skadetyper. "Tre av fire korsbåndskader er idrettsrelatert" (Engebretsen et al., 2014, s. 349). Typisk skademekanisme for ruptur av fremre korsbånd er finte eller landing etter hopp på et nesten strakt kne i lett valgusstilling. Ofte forekommer en slik skade uten direkte kontakt med en motspiller (Engebretsen et al., 2014, s. 351).

2.2.1 Kirurgi

Uten rekonstruksjon vil de fleste utøvere med fremre korsbåndsruptur føle det som om kneet er ustabil og vil gi etter, og risikoen for nye menisk- og/eller bruskskader blir

betydelig økt (Engebretsen et al., 2014, s. 363). Rekonstruksjon av fremre korsbånd innebærer å utføre en "anatomisk rekonstruksjon", der en plasserer graftet innenfor korsbåndets opprinnelige utspring og feste. Vanligst i Norge er bruk av hamstrings- og patellarsenegraft, som er konstruert av et utsnitt fra patellar- eller hamstringssenen (Inderhaug, 2018).

Ifølge nasjonalt korsbåndregister ble patellarsenegraft brukt i 77% av korsbåndrekonstruksjonene i 2020 (Visnes & Kroken, 2021, s. 10). Fordelene med patellarsenegraft er at høstingen er sikrere, graftet sin tilheling er bedre og kneets fleksjonskraft blir ikke påvirket. Ulempen er derimot at pasienter kan ha smerter på fremsiden av kneet og problemer med å stå på knærne (Inderhaug, 2018). Det finnes ingen dokumentasjon for at kirurgisk rekonstruksjon forebygger artrose; over 50% av pasienter med fremre korsbåndskade har røntgenologiske tegn på artrose etter ti år, uavhengig om de er operert eller ikke (Engebretsen et al., 2014, s. 363). Om man gjennomgår rekonstruksjon eller konservativ behandling av korsbåndsruptur, er prinsippene for rehabiliteringen relativt like. Den største forskjellen er at de som velger konservativ behandling ofte fullfører rehabiliteringen i et kortere tidsrom (Filbay & Grindem, 2019).

2.3 Rehabilitering av fremre korsbåndskader

I rehabiliteringsfasen er det viktig med fysioterapi som vektlegger styrke, bevegelighet og nevro-muskulær funksjon (Engebretsen et al., 2014, s. 363). Fysioterapeuter får ofte umiddelbar troverdighet og tillit fra pasienter ettersom de har kunnskap og ferdigheter knyttet til postoperativ rehabilitering (Eide & Eide, 2017, s. 25). Rehabiliteringen har utviklet seg fra å være tidsbasert til å ha en mer funksjonsbasert tilnærming (van Melick et al., 2016). Dette innebærer at fasene er basert på ulike mål, der det er en gradvis progresjon i kriteriene som skal lede opp til at utøveren kan returnere til idrett. Postoperativ rehabilitering etter fremre korsbåndsruptur blir delt inn i tre faser (van Melick et al., 2016). For at en utøver kan gå over til neste fase må de ha oppnådd målene i den forrige fasen. Eksempelvis er et av målene i første fase å gjenvinne quadriceps kontroll, mens i andre fase er noen mål å øke muskelstyrke og aktivitetsnivå. I den siste fasen er målet å returnere til

idrett eller fysisk krevende arbeid (van Melick et al., 2016). Et idrettsspesifikt rehabiliteringsprogram kan bidra til å nå målet om retur til idrett (Bizzini et al., 2012).

2.4 Kriterier for retur til idrett.

Vellykket retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd krever optimal gjenvinning av fysisk og psykisk funksjon (Sadeqi et al., 2018). I studien som ble utført av Lindanger et al. (2019) viste det seg at 83% av utøvere i lagidrett, som gjennomgikk en rekonstruksjon av fremre korsbånd, returnerte til idrett. Likevel var det kun 53% av disse som returnerte til samme aktivitetsnivå (Lindanger et al., 2019). En annen studie fra 2019, fant ulike kriterier som kunne estimere når det var trygt for utøvere å returnere til idrett (Kaplan & Witvrouw, 2019). Disse var blant annet funksjonelle tester, styrketester og psykologiske faktorer.

2.4.1 Tester for retur til idrett og risiko for nye skader

De siste årene har psykologiske faktorer ved retur til idrett fått økende interesse. Fra et psykologisk perspektiv er returneringsfasen spesielt utfordrende da negative følelser som angst og frykt øker i det utøveren er meldt klar for retur til idrett (Webster et al., 2018). "Anterior Cruciate Ligament- Return to Sport After Injury scale" (ACL-RSI) er et kartleggingsverktøy som er utviklet spesifikt for å vurdere om utøverne føler seg psykologisk klar for retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd (Webster et al., 2018).

Funksjonelle tester som hinketester og testing av muskelstyrke har blitt sentrale komponenter i klargjøringen for retur til idrett. For å returnere bør man ha score på $\geq 90\%$ når man sammenligner operert og ikke operert side ved testing av muskelstyrke (Webster & Feller, 2019). Et annet verktøy som er hyppig brukt for å måle knefunksjon etter rekonstruksjon av fremre korsbånd er "The International Knee Documentation Committee 2000 Subjective Knee Form" (IKDC 2000), som gir subjektive mål på utøverens knefunksjon (Logerstedt et al., 2014). Dette spørreskjemaet brukes også for å vurdere om pasienten er klar for å gjenoppta idrett.

Disse testene er rettet mot å identifisere de som har risiko for nye skader etter retur til idrett. Forskning viser at score på 85% eller høyere på styrketesten er forbundet med lavere risiko for skade og at høy score på ACL-RSI er forbundet med større sjanse for å gjenoppta idrett (Faleide, 2020). Mindre er kjent om de personlige erfaringene til fysioterapeuter mens de følger pasientene gjennom opptreningen og frem mot retur til idrett. Hensikten med denne oppgaven er derfor å utforske fysioterapeuters opplevelser og erfaringer med opptrening og testing av unge utøvere som har fått nytt korsbånd, med tanke på gjenopptak av idrett.

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

For å belyse vårt interesseområde har vi valgt å benytte kvalitativ metode. Kvalitative metoder blir fremstilt av Malterud (2021, s. 30) som forskningsstrategi for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk, eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. De kvalitative metodene kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2021, s. 30). Ved å benytte denne metoden vil vi kunne samle inn data angående fysioterapeuters erfaringer og opplevelser knyttet til unge idrettsutøvere med rekonstruksjon av fremre korsbånd.

3.1.1 Kvalitativt intervju

For å hente informasjon som kan belyse problemstillingen vår benyttet vi kvalitativt intervju. Gjennom et slikt intervju forsøker forskeren å forstå verden sett fra intervjupersonens side. Målet med samtalen er ikke bare å utveksle synspunkter om temaet, men å skape mening og forståelse som igjen fører til kunnskap (Dalland, 2021, s. 68). Vi valgte å bruke semistrukturert intervju da det gir deltakerne tid og rom for å hente fram erfaringene sine med pasientgruppen (Malterud, 2021, s. 133).

3.2 Valg av informanter

Det er viktig at utvalget av informanter settes sammen slik at vi får tilstrekkelig rikt og variert materiale om det vi ønsker å si noe om (Malterud, 2021, s. 58). I vår oppgave ønsket vi å intervju tre informanter. Om vi oppnådde et tilstrekkelig rikt datagrunnlag med tre informanter er usikkert, men innenfor rammene av bacheloroppgaven så vi dette som mest realistisk. Inklusjonskriterier for informantene var blant annet at de har erfaring med unge utøvere som har gjennomgått en rekonstruksjon av fremre korsbånd, samt at de er yrkesaktive på det nåværende tidspunkt. Inklusjonskriteriene er valgt for å bringe klarhet i hvordan rehabiliteringen for retur til idrett foregår i dag. Vi har gjennomført et strategisk utvalg av informanter, der vi har valgt å intervju fysioterapeuter i både kommune- og spesialisthelsetjenesten, for å oppnå større variasjonsbredde i datamateriale. Dette kunne gi oss mulighet for å beskrive flere nyanser av samme fenomen (Malterud, 2021, s. 59).

3.3 Forberedelse til intervju

Vi kontaktet alle informantene våre via e-post før intervjuene. I e-posten sendte vi en forespørsel som inneholdt fysioterapiutdanningens orientering om bacheloroppgaven, samt informasjon om oppgaven vår. I forkant av intervjuet utarbeidet vi en intervjuguide som bestod av en liste med tema og eventuelle spørsmål som skulle belyses i løpet av samtalen (se vedlegg 3). Spørsmålene var da forhåndsbestemt, men vi kunne velge oppfølgingsspørsmål ut i fra det informantene fortalte. På denne måten kunne vi åpne opp for nye spørsmål angående problemstillingen. I vår intervjuguide valgte vi å fokusere på tre hovedtema. Disse var organisering, tiltak og klargjøring, samt erfaringer knyttet til pasientgruppen. Vi inkluderte også spørsmål angående den faglige bakgrunnen til informantene. Intervjuguiden hadde også et par spørsmål avslutningsvis som angikk hvorvidt informantene ønsket å tilføye noe som ikke var blitt snakket om underveis. Vi utarbeidet også et skriv om informert samtykke, der det ble oppgitt informasjon om formål med prosjektet og hva deltakelse innebar for informantene.

3.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i uke 13 og 14. Vi møtte alle informantene våre på deres arbeidsplass hvor de fikk lese gjennom forespørsel om deltakelse i prosjektet, samt samtykkeerklæring i forkant av intervjuet (se vedlegg 1 og 2). Felles for intervjuene var at de varte i ca. 30 min. To av intervjuene var preget av forstyrrelser underveis som kan ha påvirket flyten i samtalen og hvordan informantene svarte på spørsmålene. Vi brukte en mobiltelefon som var i flymodus for å ta opptak av samtalene. Lydopptak er et godt hjelpemiddel fordi det tar vare på alt som blir sagt (Dalland, 2021, s. 91) Informantene ble i forkant av intervjuet informert om at samtalen ble tatt opp. Lydopptaket ble lagret på en lokal harddisk og slettet etter det var ferdig transkribert.

Informantene våre tilhørte ulike deler av helsetjenesten. Dermed reviderte vi intervjuguiden etter første intervju, hvor vi la til flere oppfølgingsspørsmål, slik at vi kunne innhente mer spesifikke erfaringer knyttet til informantenes felt i helsetjenesten. Under intervjuene forsøkte vi å komme med naturlige oppfølgingsspørsmål for å skape en god flyt. Vi responderte også med kroppsspråk og ord til det informantene delte for å skape en god relasjon.

3.5 Gjennomgang av materialet

3.5.1 Transkribering

Ifølge Malterud (2021, s. 77), omformer den kvalitative forskningsprosessen erfaringer og hendelser til tekst og mening fra observasjon eller samtaler. Etter gjennomført intervju utførte vi transkripsjon av råmaterialet, slik at det ble sammenfattet til en tekst som kunne bli benyttet til analyse. Vi startet transkribering samme dag som vi utførte intervjuene. Dette førte til at vi kunne huske momenter som kunne oppklare eventuelle uklarheter i formuleringer. Vi transkriberte intervjuene ord for ord der vi inkluderte både lydord og latter. Dette for å ivareta det opprinnelige materialet så lojalt som mulig slik deltakernes erfaringer og meninger ble formidlet og oppfattet under datainnsamlingen (Malterud, 2021, s. 77).

Etter utført transkripsjon bearbeidet vi materialet, der vi anonymiserte identifiserbar informasjon slik som navn, utdannings- og arbeidssted. Stedsnavn ble anonymisert med "(sted)" og arbeidssted ble anonymisert med eksempelvis "(sykehus A)". Enkelte steder i materialet avbryter vi informantenes respons med lydord som "Mhm" og "Hm". Vi har dermed valgt å utelukke enkelte av disse lydordene hvor de skaper redusert leservennlighet og flyt i teksten. Komma og punktum har vi inkludert der det virket naturlig og lengre pauser ble markert med "...".

3.5.2 Analyse

Vi valgte å benytte systematisk tekstkondensering for å analysere datamaterialet, som beskrevet i Malterud (2021, s. 97-116). Dette er en tverrgående analyse av kvalitative data. Analysen gjennomføres i fire trinn: 1) få et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsbærende enheter, 3) abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og 4) sammenfatte betydningen (Malterud, 2021, s. 98).

I første trinn av analysen ble vi kjent med materialet og dannet oss et helhetsinntrykk ved å lese gjennom transkripsjonene individuelt. Vi noterte oss foreløpige temaer som kunne belyse vår problemstilling. I andre analysetrinn organiserte vi materialet som vi ville studere nærmere. Vi kom frem til fire hovedtemaer som dannet grunnlaget for kodegruppene våre. Kodegruppene ble som følger: informasjon og kommunikasjon, tiltak og organisering, det psykologiske aspektet, samt testbatteri og forbedringspotensialet. Videre markerte vi meningsbærende enheter i materialet med ulike farger, der hver farge representerte en kodegruppe.

I tredje trinn av analysen utførte vi kondensering. Vi abstraherte den sorterte informasjonen vi hadde etablert i forrige analysetrinn, ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. I hver kodegruppe sorterte vi materialet i to til tre subgrupper. Dette for å kunne ta stilling til hvilke hovedaspekter i kodegruppen som dataene best kunne fortelle om (Malterud, 2021, s. 106). I dette trinnet systematiserte vi også de meningsbærende

enhetene i tabeller for å sammenligne utsagn fra informantene og se etter likheter og forskjeller. Videre skrev vi kondensat og fant gullsitat for hver subgruppe.

Det siste og fjerde trinnet i analysen går ut på å rekontekstualisere materialet. Vi brukte kondensatene til å lage en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe. Disse ble illustrert med et treffende gullsitat som kunne konkretisere våre hovedfunn (Malterud, 2021, s. 108). De analytiske tekstene ble så satt sammen og dannet grunnlaget for resultat og diskusjon i oppgaven vår. Vi har fjernet enkelte muntlige ord i gullsitatene for å forbedre leservennligheten.

3.5.3 Etisk aspekt

For å sikre at vi ivaretar personvernet til deltakerne i forskningsprosjektet, har vi fulgt retningslinjer for behandling av personopplysninger og helseforskningsdata. Disse er utarbeidet av Høgskulen på Vestlandet og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). Retningslinjene er i tråd med Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven og personvernforordningen) og Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven).

I Helseforskningsloven kapittel fire om samtykke, står det beskrevet at “det kreves samtykke fra deltakere i medisinsk og helsefaglig forskning” (2008, §13). Deltakerne i vårt prosjekt mottok et skriv med informasjon om samtykke som de skrev under på før vi gjennomførte intervjuene. Skrivet inneholdt blant annet informasjon om hva det innebar for de å delta og at de når som helst kunne trekke samtykke tilbake.

I personopplysningsloven, under Europaparlaments- og rådsforordning, står det beskrevet i kapittel II om prinsipper, at personopplysninger skal lagres slik at det ikke er mulig å identifisere de registrerte i lengre perioder enn det som er nødvendig (2016, art. 5, §1-e). Vi slettet dermed lydopptakene fra intervjuene etter de var blitt transkribert for å sikre at vi ikke beholdt disse lengre enn nødvendig.

3.6 Vitenskapsteori og forforståelse

Den vitenskapsteoretiske bakgrunnen for valget av kvalitativ metode er inspirert av fenomenologi. Fenomenologi er en vitenskapstradisjon hvor erfaring er sentralt, og hvor oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for subjektet (Thornquist, 2018, s. 22). Vi har valgt å la oss inspirere av fenomenologi ettersom vi ønsker å undersøke fysioterapeuters subjektive erfaringer med vår problemstilling.

Forforståelse er "individuelle forutsetninger og erfaringer som mennesker har med seg som bevisste eller ubevisste deler av sitt tolkningsgrunnlag" (Malterud, 2021, s. 44).

Forforståelsen er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, og som påvirker måten vi samler, leser og tolker våre data på (s. 44). På studiet har vi hatt forelesninger om ortopediske diagnoser, der vi har fått informasjon angående korsbåndskader, rekonstruksjon av disse og tiltak som iverksettes i opptreningsfasen. Utenom studiet har vi ulikheter i vår forforståelse. En av oss har gjennomgått rekonstruksjon av fremre korsbånd ved to anledninger, og er dermed godt kjent med rehabiliteringsprosessen og retur til idrett. Den andre av oss har aldri hatt alvorlige idrettsskader, men har derimot observert andre som har opplevd dette og ikke returnert til idrett i etterkant. For å unngå at vi går inn i prosjektet med skylapper og begrenset horisont, er det viktig at vi har et aktivt og bevisst forhold til vår forforståelse (Malterud, 2021, s. 45). Dette kan også hindre at forforståelsen vår overdøver budskapet fra det empiriske materialet (s. 45).

3.7 Diskusjon av metoden

I dette kapittelet skal vi diskutere styrker og svakheter ved vår metode.

3.7.1 Valg av metode

Vi har valgt kvalitativ metode for å belyse problemstilling vår da denne metoden kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer (Malterud, 2021, s. 30). Vi gjennomførte semistrukturerte intervju med informantene for å kunne gi dem tid og rom til å fortelle om sine erfaringer og tanker, noe som en gjerne ikke ville ha oppnådd ved å utføre

blant annet et gruppeintervju. En annen styrke ved å bruke semistrukturert intervju er at det ga oss muligheten for å stille naturlige oppfølgingsspørsmål underveis som kunne åpne opp for ny kunnskap og flere erfaringer.

3.7.2 Valg av informanter

Vi valgte å inkludere tre informanter i oppgaven vår. Disse informantene er yrkesaktive i ulike deler av helsetjenesten, der informant A jobber i spesialisthelsetjenesten, mens informant B og C jobber i kommunen med driftstilskudd. De to sistnevnte informantene har også noe erfaring fra spesialisthelsetjenesten. Vi ønsket å intervju informanter fra ulike deler av helsetjenesten for å kunne innhente erfaringer knyttet til hele opptreningsfasen til utøverne. Vi føler at vi fikk god informasjon fra informantene, og at vi dermed klarte å skape oss et bilde over hvordan den lange opptreningsfasen utføres. Vi har kun intervjuet tre kvinnelige informanter, og vi kan dermed ikke si at funnene våre er noe andre fysioterapeuter kan relatere til. Hadde vi intervjuet flere fysioterapeuter, blant annet av det motsatte kjønn, kunne vi gjerne fått annen informasjon som informantene ikke ga oss.

3.7.3 Diskusjon av gjennomføring av intervju og analyse

Intervjuene våre ble gjennomført på arbeidsstedene til informantene. En svakhet med våre intervju var at informantene var tilgjengelig i korte tidsrom, noe som gjorde at vi gjerne ikke stilte så mange oppfølgingsspørsmål som vi ønsket. I tillegg presiserte vi ikke tydelig hvilken aldersgruppe som tilhørte betegnelsen “unge idrettsutøvere”, som kan ha ført til at vi fikk resultater som ikke var knyttet til aldersgruppen vi så for oss. To av intervjuene var også preget av lydforstyrrelser som kan ha skapt en urolighet i rommet og forhindret en avslappende atmosfære.

Datamaterialet vårt ble analysert ved å benytte systematisk tekstkondensering som beskrevet av Malterud (2021, s. 97-116). Vi har analysert datamaterialet sammen. Vi anser dette som en styrke ettersom det skaper rom for flere nyanser i diskusjonen, samt at vi kan få øye på detaljer som vi ikke hadde sett alene (Malterud, 2021, s. 100). Originalt hadde vi i andre fase av analysen seks ulike kodegrupper. Vi innså at dette ble for mye materiale og

valgte dermed å justere en av disse kodegruppene til å bli en subgruppe innenfor to av de andre kodegruppene. Begrensninger på antall ord i bacheloroppgaven førte til at vi måtte fjerne en kodegruppe som vi følte var mindre relevant for problemstilling. Etter gjennomført analyse valgte vi å bytte ut ordet «veilede» med «teste» i problemstillingen. Vi følte at ordet «teste» gjenspeilet resultatene i oppgaven på en tydeligere måte uten å endre konteksten.

3.7.4 Refleksivitet

Som forsker skal man vise vilje og evne til å stille spørsmål til egne fremgangsmåter og konklusjoner (Malterud, 2021, s. 19). For at forskningsprosessen skulle trekke frem noe annet enn det vi visste på forhånd, hadde vi et åpent sinn med plass for tvil og ettertanke. Vi har vært innstilt på at vi gjerne måtte forkaste resultater og konklusjoner som vi forestilte oss i forkant av prosjektet (s. 19). "Refleksivitet innebærer også at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen" (Malterud, 2021, s. 21). Ved å redegjøre for vår forforståelse ble det tydelig for oss hvilket ståsted vi hadde i prosessen, og hvordan dette kunne påvirke analyse og tolkning av funn.

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil vi presentere resultatene fra de tre intervjuene med informantene. Analysen vår resulterte i fire kategorier som vi har tatt utgangspunkt i når vi skal presentere funnene våre. Kategoriene er informasjon og kommunikasjon, tiltak og organisering, testbatteri og forbedringspotensialet og det psykologiske aspektet. Disse har vi omformulert til nye overskrifter for å gi et bedre bilde av resultatene våre.

4.1 Presentasjon av informantene

Tabell 1 - presentasjon av informantene

Informant A	Informant A jobber i spesialisthelsetjenesten. Hun har vært yrkesaktiv i 18 år som fysioterapeut. Det første halvannet året jobbet hun i kommunehelsetjenesten, og har etter dette kun jobbet i spesialisthelsetjenesten, først med palliasjon og deretter med ortopedi. Informanten har erfaring med kontroller og funksjonstester av fremre korsbåndskader. Hun har også tatt master i klinisk fysioterapi med fordypning i ortopedi og revmatologi. Foreløpig skriver hun en doktorgrad som har gjort at hun ikke har jobbet så mye klinisk de siste to årene.
Informant B	Informant B har arbeidet som fysioterapeut siden 1995 og har jobbet veldig variert siden det. Hun har erfaringer fra ortopedisk avdeling på sykehus og revmatologisk avdeling på et rehabiliteringssenter, før hun valgte å ta videre utdanning i utlandet. Der tok hun master i idrettsfysioterapi. Da hun flyttet tilbake til Norge jobbet hun to år for et kompani med dansere før hun fikk jobb på legevakten. Først etter 20 år som praktiserende fysioterapeut fikk hun egen driftshjemmel.
Informant C	Informant C var ferdig utdannet i utlandet i 1999, og jobbet der på institutt og i rehabilitering. Deretter flyttet hun til Norge og jobbet i spesialisthelsetjenesten hvor hun hovedsakelig har jobbet med traumepasienter og ortopedisk poliklinikk. Nylig har hun begynt å jobbe som privatpraktiserende fysioterapeut med driftstilskudd fra kommunen. Informanten har flere år med erfaring knyttet til kontroller og funksjonstester av pasienter med fremre korsbåndsskade.

4.2 Informasjon og utfordringer knyttet til dette

4.2.1 Fysioterapeutens rolle

Flere av informantene beskriver fysioterapeutens rolle som å være en som gir informasjon og veiledning til utøverne. Informant A forklarer sin rolle som fysioterapeut slik:

Min rolle er jo å gi de informasjon i forkant. Hvis vi får mulighet for det, forberede de på at det er et langt forløp etterpå som krever mye av de, av systematisk trening, og at det vil gå opp og ned og fram og tilbake (...).

Flere av informantene uttrykker at pasientene mottar mye informasjon på kort tid, og at de ikke alltid får besøk av fysioterapeut etter operasjon. Informant C forteller om erfaringer der noen pasienter har fått informasjon fra lege og operatør etter operasjon, men at fokuset da er om pasienten er tilstrekkelig smerte-lindret og om operasjonen var vellykket. Hun forteller at pasientene som kommer til henne i kommunen har fått med seg et informasjonsark fra sykehuset, men at de gjerne ikke husker så mye av det de er blitt informert om. Informant B uttrykker:

Jeg tror jo liggetiden på en måte på sykehusene nå, altså det er jo inn og ut sant. (...) det er veldig kort tid, mye info på kort tid, så jeg tror jo oss fysioterapeuter ute, det er der (...) hovedjobben er rett og slett.

Informanten forteller at hennes hovedjobb er å gi pasientene en ny gjennomgang av informasjon når de skal begynne opptreningen etter operasjonen. Hun forbereder dem på et langt forløp som vil ta rundt et år, der hyppigheten av besøk hos fysioterapeuten gjerne vil minke og eget ansvar vil øke.

4.2.2 Sannsynligheten for retur til idrett

I materialet vårt er det flere av informantene som påpeker at de største utfordringene knyttet til informasjon er hvor ærlig man skal være med pasienten angående sannsynligheten for retur til idrett. Informant A forteller:

(...) veldig mange blir operert fordi de tenker at de skal tilbake til idrett, og det er ofte det de blir informert om, at hvis du skal satse på fotball, satse på håndball, så bør du få et stabilt korsbånd, og da bør vi operere deg. (...) Og så møter de en fysioterapeut på kontrollen etterpå som sier "men skal du tilbake? Er det så lurt? Er det andre ting du kan drive med?", og så blir de kjempe frustrert fordi det spriker i informasjon.

Hun utdyper at hun synes det er vanskelig å informere pasientene om de skal returnere eller ikke fordi de er så unge. Hun uttrykker blant annet at hun er usikker på om utøverne er modne nok til å ta en avgjørelse som kan påvirke helsen deres i lang tid fremover. Samtlige informanter forteller at man i dag vet at ikke alle returnerer, og at det dermed er utfordrende å vite hvor mye en skal fortelle til utøveren. Informant A tror at vi vil se en endring i den informasjonen pasientene får i forkant av operasjon med de nyutdannede ortopedene. Dette begrunner hun med at disse er mer klar over hvor få som faktisk returnerer, og at de vil bli flinkere til å informere pasientene om dette. Dette tror hun vil føre til variasjon i hvor mange som velger å bli operert.

I intervjuene er det også flere av informantene som uttrykker at det er utfordrende å få pasientene til å forstå at dette er en lang prosess som krever mye og hard trening. De påpeker at det er viktig å gi pasientene god informasjon slik at de kan ta en velinformert avgjørelse.

4.3 Funksjonsbasert rehabilitering og retur til idrettsarenaen

4.3.1 Funksjon fremfor tid

Informant A forteller at de har laget retningslinjer som de bruker både på sykehuset og til fysioterapeutene ute på klinikkene. Både informant B og C uttrykker at de følger en mal for rehabiliteringen. Det kommer frem at de jobber mer funksjonsbasert enn tidsbasert, der de har fokus på individ og funksjon, samt ser på hva utøveren mestrer og hvordan kneet reagerer på behandlingen. Begge informantene forteller at malen er delt inn i ulike faser, der det er funksjonelle milepæler som man skal oppnå før man går over til neste fase.

Informant C forklarer det postoperative forløpet slik:

(...) først er det bevegelighet og å få ned hevelse og få muskelkontroll på plass, og så etter hvert når de tåler mer og kan gå uten å halte, så skal de begynne med styrke og stabilitet (...) hvis funksjon blir enda bedre så kan de begynne med mer spenst og hopp. De må utfordres tenker jeg, men det skal passe til den fasen de er i.

Ved spørsmål om rekonstruksjonene av fremre korsbånd behandles ulikt, svarer informantene at det er lite forskjell i tiltak og restriksjoner på disse. Flere nevner derimot at de med patellarsenegraft gjerne har mer plager på fremsiden av kneet og at dette er noe som må tas i betraktning under behandlingen. De nevner også at de får inn flest utøvere med denne form for rekonstruksjon.

4.3.2 utfordringer for fysioterapeuter i rehabiliteringen

Informantene uttrykker forskjellige utfordringer når det kommer til ulike deler av rehabiliteringen. Informant A, som jobber på sykehus, forteller at det hun synes er mest utfordrende er det å få fysioterapeutene ute til å følge opp tett nok. Hun forteller det slik:

Dette er jo ofte unge freshe folk som fysioterapeuten ute tenker kan trene selv i stor grad, og det kan de sikkert. Men de trenger jo å bli pushet og øke doseringen og utfordret mye mer...enn å stå alene og trene styrke.

De to andre informantene forteller at deres største utfordring er i overgangen hvor utøverne skal tilbake til idrettsarenaen sin. Informant B forteller at hun synes det er utfordrende å dosere hvor mye de skal delta i starten og hva de skal gjøre i overgangen. Hun forteller også at elitelag og regionslag har fysioterapeuter som følger dem, mens de som gjerne spiller på et lavere nivå ikke har de samme ressursene. Dermed er man avhengig av de fysioterapeutene som følger de opp på instituttene (Informant B). Informant C syntes også det er utfordrende å få godt samarbeid med trenere hvis utøverne spiller på hobbynivå. Hun forteller også at hun ideelt sett skulle sett utøverne spille på den arenaen de hører til og ikke bare gjøre øvelser på klinikk eller i et styrkerom. Informant A forteller at

utøvere på elitenivå har et apparat rundt seg og returnerer da ofte i større grad, der gjerne opp mot 80-90% returnerer.

4.4 Dagens testbatteri

4.4.1 Tester som anvendes av informantene

Ved spørsmål angående hvilke tester informantene anvender i dag opplyser samtlige at de benytter tester for muskelstyrke og spenst. Derimot forteller de om ulike fremgangsmåter ved utførelse av testene. Informant A opplyser at hun benytter hinketest og test av isokinetisk muskelstyrke for å sammenligne operert kne med motsatt side. Hinketesten utfører de på hvert ben før de regner ut hvor mye pasienten presterer på operert bein sammenlignet med friskt ben. Informant A informerer videre at hun benytter Biodex-maskin for å teste isokinetisk muskelstyrke i quadriceps- og hamstringsmuskulatur. Hun opplyser om at de benytter disse testene fordi det er de som er mest brukt i Norge på de klinikkene som utfører testing.

Informant B og C arbeider i kommunen. De forteller at de tester muskelstyrke ved å observere om pasientene har sidelik styrke ved utførelse av øvelser. Informant B utdyper at hun jobber mye med ensidige øvelser og at hun bruker legextension og hamstringcurl som markører til å se forskjell på høyre og venstre side. Hun beskriver at hun alltid utfører hinkedriller og observerer om det er sideforskjell knyttet til hopplengde, antall hopp og tid. Informant C forteller at hun er vant til å bruke hinketestene som benyttes på sykehusene, og at hun derfor bruker det i sin praksis. Hun utdyper at testene gjerne sier noe om hvor mye pasientene tør å satse på hver side.

Informant A og C forteller også at de benytter IKDC 2000, et spørreskjema der man kartlegger pasientens subjektive kneopplevelse. Informant A opplyser om at mange av pasientene peker fingeren til hodet og sier "*det sitter her*". Hun beskriver at hun dermed begynte å undersøke et spørreskjema på 12 spørsmål som heter «Anterior Cruciate Ligament Return to Sport after Injury scale» (ACL- RSI), og at dette handler om hvor

psykologisk klar man føler seg for retur. Hun informerer at de har inkludert dette spørreskjemaet i deres testbatteri på arbeidsplassen.

4.4.2 Det finnes forbedringspotensialet av dagens testbatteri

Informant A gjennomfører jevnlige tester på utøverne underveis i rehabiliteringen, og ved spørsmål angående hva som eventuelt kan endres ved testbatteriene svarer hun slik:

(...) vi har lenge hatt en mistanke om at vi på en måte ikke (...) dekker alt med de testene vi gjør da (...) hvor mye sier det at du kan sitte i en stol og være sterk i låret? Hva sier det egentlig om evnen din til å spille fotball?

Videre forteller hun at hun tror det vil være fordelaktig å teste mer sports-spesifikt og i situasjonen utøverne skal prestere, men hun forklarer at det er veldig ressurskrevende og det vil nok eventuelt bli et tilbud for en liten elite av de som virkelig satser. Informant C syntes det kunne være interessant å utføre enkelte testbatteri, for eksempel hoppetest, når pasientene er mer utslitt. Hun forteller at utøvere gjerne ryker korsbånd når de er sliten og ikke etter de første minuttene. Informanten sier at hun kunne tenke seg å sammenligne resultatene på testene før og etter utøverne har slitt seg ut, for å se om dette utgjør en forskjell.

4.5 Det psykologiske aspektet

Informant A forteller at de har analysert hva som kan hjelpe fysioterapeuter å forutse om utøverne klarer å returnere til idrett eller ikke. Hun opplyser at: *“(...) interessant nok, så slår ikke hoppetester eller styrketester ut, men ACL-RSI slår ut (...)”*. Videre utdyper hun at dette har hjulpet dem i å kunne forutse at de som scorer lavt på spørreskjemaet har problemer med å returnere til idrett 2 år etter operasjon. Hun informerer om at utøverne ikke føler seg mentalt klare for å returnere etter 9 måneder. Dette er noe hun uttrykker som interessant ettersom hun erfarer at mange forventer at de skal være klare da, og at de dermed synes det er tøft å trene systematisk så lenge og likevel ikke være klar ved 9 måneder.

Ved spørsmål angående hva som skal til for å kunne returnere til idrett responderer informant B:

(...) det viktigste som jeg tenker er jo at man har troen selv. At man liksom stoler på kneet, ikke har noe liksom frykt, ikke trekker seg, (...) men så er det jo og selvfølgelig at man må ha god funksjon, god styrke, god stabilitet, men det psykologiske aspektet tenker jeg kanskje nesten er det viktigste (...).

Informant C forteller også at det er viktig at utøverne stoler på kneet sitt før de kan returnere til idrett. Hun forklarer at det er veldig vanlig at utøverne eksempelvis ikke helt stoler på kneet sitt når de skal starte med øvelser som innebærer hopp. Hun opplyser derimot at det ofte går seg til og blir bedre når de gir det et forsøk. Informanten pleier å si til utøverne at de skal kunne utføre en hel trening uten å tenke på kneet. Videre forteller hun at hvis utøverne ikke stoler på kneet, så skal de ikke tilbake til idrett ettersom de da kanskje ikke er helt klar.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet skal vi diskutere de mest interessante funnene fra resultatene våre. Vi har valgt å beholde de originale hovedoverskriftene, men har sortert funnene i nye underkategorier. Vi har valgt å plassere funnene fra kapittelet om det psykologiske aspektet under forbedringspotensialet av testbatteri.

5.1 Informasjon og utfordringer knyttet til dette

5.1.1 Informasjon er en av de viktigste oppgavene

Informantene våre nevner det å gi informasjon som en av de viktigste oppgavene de har som fysioterapeuter. Informant A forteller at hun gjerne ikke gir like mye informasjon i starten av forløpet lenger, dette er det fysioterapeutene i kommunene og klinikkene som tar ansvaret for. Informant B og C syntes det er utfordrende å velge hvor realistiske man skal

være med utøverne i forhold til sannsynligheten for retur til idrett, samt hvor lang og tøff rehabiliteringen er. Informasjon er viktig for at ungdommer kan kjenne på selvstendig kontroll og mestring (Eide & Eide, 2017, s. 303). Dette stemmer med det informantene forteller om at informasjon er den viktigste rollen de har i behandlingen av unge utøvere. Fysioterapeuter blir møtt med umiddelbar troverdighet og tillit av utøverne og de må dermed være forsiktig med hvordan de formulerer seg og informerer dem om denne lange rehabiliteringsprosessen, som krever mye tid og arbeid (Eide & Eide, 2017, s.25). Dersom utøverne ikke får tilstrekkelig med informasjon er det muligheter for at de kan få for høye forventninger, oppleve skuffelser og tap av motivasjon underveis i opptreningen.

5.1.2 Utøvere har høye forventninger

Informant A sier at hun synes det er utfordrende å vite om hun skal informere pasientene om sannsynligheten for retur. Hun stiller spørsmål til om utøverne er modne nok til å ta avgjørelsen om å returnere til idrett eller ikke, og sier hun er usikker på om de forstår hvordan et slikt valg kan påvirke kneets funksjon i fremtiden. I en studie gjennomført av Feucht et al. (2014), viste det seg at 98% av utøverne forventet lite eller ingen økning i risiko for utvikling av artrose ti år postoperativt. Derimot viser det seg at 50% av utøvere som skader korsbåndet har tegn på artrose ti år etter skade, uavhengig om de er operert eller ikke (Engebretsen et al., 2014, s. 363). Klinikere bør gjerne dele realistiske forventninger med pasientene og forklare at uansett om man opererer eller ikke, så kan man ikke garantere gode resultater i form av retur til idrett eller unngåelse av artrose (Zadro et al., 2019).

Informant B delte at mange av utøverne har en oppfatning om at en operasjon vil reparere kneet, som dermed gjør at de raskt kan returnere til idrett. Feucht et al. (2014), fant ut at 90% av pasientene hadde høye forventninger for resultatene etter operasjon, spesielt de som var unge og aktive. Det kommer frem i konklusjonen til studiet at dersom flere kirurger vet om disse forventningene, så kan det bidra til å forbedre preoperativ informasjon og at flere pasienter blir tilfreds etter en slik rekonstruksjon (Feucht et al., 2014).

5.2 Funksjonsbasert rehabilitering og retur til idrettsarenaen

5.2.1 Funksjon fremfor tid

Det kommer frem at informantene bruker en rehabiliterings-protokoll som er delt inn i tre faser. De forteller at de arbeider mer funksjonsbasert enn tidsbasert, som gjør at enkelte utøvere gjerne oppnår en milepæl før andre. Rehabiliteringsprotokollen som informantene nevner samsvarer med en studie gjennomført av van Melick et al. (2016). I studiet kommer det frem at det tidligere var et større fokus på når graftet var tilhelet fremfor individets funksjon. De trekker frem at det er relevant å ha en mer funksjonsbasert rehabilitering fremfor tidsbasert. Dette begrunner de med at det er individuelle forskjeller i en utøvernes nevro-muskulære læring og bevegelse etter rekonstruksjonen. Dette gjør at det er relevant å inkludere funksjon og målbare kriterier i protokollen (van Melick et al., 2016). Disse målene eller milepælene bør være nådd før utøveren går over i neste fase. Videre skriver van Melick et al. (2016), at dette er et nytt konsept innen rehabiliteringen som sikrer en individuelt tilpasset opptrening. Dette samsvarer også med studiet av Filbay & Grindem (2019). De skriver at i løpet av det siste tiåret, har rehabilitering gått fra tidsbaserte protokoller til individualisert og kriteriebasert innhold og progresjon. I likhet med van Melick et al., utdyper Filbay & Grindem (2019) at progresjon fra en fase til den neste kun skal gjennomføres dersom pasienten oppfyller spesifikke kliniske milepæler. Videre blir det forklart at en slik kriteriebasert tilnærming vil sikre at progresjon i rehabiliteringen ikke overgår den funksjonelle og biologiske kapasiteten til kneet (Filbay & Grindem, 2019).

5.2.2 Utfordringer i overgangen til idrett

Flere av informantene forteller om utfordringer vedrørende overgangen til idrett. Informant C forteller at hun ideelt sett gjerne skulle ha observert utøvere på idrettsarenaen de hører til og ikke bare gjøre øvelser i et styrkerom. En studie undersøkte fordelene med idrettsspesifikk trening for fotballspillere før retur til idrett (Bizzini et al., 2012). Det kommer frem i studiet at idretten har ulike fysiske krav og at målet er å sakte, men sikkert integrere utøvere i spill. Studiet sier at det å utføre funksjonell trening, som kan etterligne situasjoner som takling og fysisk kontakt, er et nøkkeelement for utøveren. Likevel skriver de ingenting om at denne form for trening må gjennomføres på idrettsbanen (2012). Det som kommer

frem i studiet til Bizzini et al. (2012), samsvarer med studiet til Buckthorpe (2019). Buckthorpe (2019) uttrykker at utøverne bør kombinere styrketrening og øvelser med idrettsspesifikk trening, derimot mener han at det er en fordel å gjennomføre disse på utøverens idrettsarena. Ved å inkludere idrettsspesifikk trening kan man forberede utøverne på belastningen og spesifikke bevegelsesmønstre som de vil oppleve når de returnerer til idretten sin.

Informant A forteller at flere studier sier at opp mot 80-90% av utøvere på elitenivå returnerer fordi de har det riktige apparatet rundt seg. Dette støttes også av flere studier som viser en tendens til at de på elitenivå returnerer til samme nivå i større grad enn de på lavere nivå (Webster & Feller, 2019 ; Lindanger et al., 2019). En av disse studiene er utført av Lindanger et al. (2019), som skriver at 73% av eliteutøvere returnerer til samme nivå. Det kommer frem i studiet at årsaken til dette er at disse utøverne har den riktige fysiske formen og ferdighetene, samt de har en sterk indre motivasjon og psyke. I likhet med det informant A forteller, fremkommer det også i studien at flere eliteutøvere returnerer ettersom de har tilgang på bedre fasiliteter, dedikerte terapeuter, samt mer tid tilgjengelig under rehabiliteringsprosessen (Lindanger et al., 2019).

5.3 Dagens testbatteri

5.3.1 Det psykologiske aspektet bør inkluderes i klargjøringen for retur

Flere av informantene forteller at det psykologiske aspektet er det viktigste for retur til idrett. De uttrykker at flere av utøverne har utfordringer med å stole på operert kne. Informantene fremhever tiltro til seg selv og operert kne, samt mangel på frykt som faktorer for å kunne returnere til idrett. Ifølge en studie fra 2019, viste det seg at noen av hovedgrunnene til at utøverne ikke vendte tilbake var fordi de enten ikke stolte på kneet (28%) eller at de fryktet ny skade (24%) (Kaplan & Witvrouw, 2019).

Informant A forteller at flere av utøverne ikke føler seg mentalt klare for å returnere til idrett etter 9 måneder. Hun og forskningsteamet hennes har analysert hva som kan hjelpe fysioterapeuter med å forutse om utøverne returnerer til idrett eller ikke. Det de har funnet

ut er at det ikke er funksjonelle tester som hoppetester eller styrketester, men spørreskjemaet ACL-RSI som slår ut. Hun erfarer at de som scorer lavt på ACL-RSI har utfordringer med å returnere til idrett 2 år etter operasjonen. ACL-RSI har vist at de som returnerer til samme aktivitetsnivå som før skaden skårer høyere enn utøvere som ikke returnerte (Faleide et al., 2020).

På den andre siden kan ikke ACL-RSI forutse hvem som eventuelt kommer til å skade seg på nytt ved retur til idrett. For mange utøvere er det å returnere til idrett på en trygg måte, uten å pådra seg nye skader, en stor bekymring (Faleide et al., 2021). Sannsynligheten for hvem som kan skade seg på nytt, må sees i sammenheng med hvilket nivå utøveren returnerer til. En vanlig forventning er at man skal klare å returnere til samme nivå som før skaden (Faleide et al., 2021). Dette er ofte i krevende aktiviteter som involverer både hopp og vendinger. For dem som returnerer til slik vridningsidrett er det høy risiko for å skade seg på nytt, og opp mot 30% vil pådra seg en ny fremre korsbåndsskade (Faleide et al., 2021). Dette må dermed tas i betraktning når pasienten skal bestemme seg for å returnere til idrett. Skal utøveren gå tilbake til vridningsidrett på samme nivå som før skaden, eller burde de returnere på et lavere nivå for å prøve og unngå re-skade?

5.3.2 Hvordan fatigue kan påvirke resultatet på de funksjonelle testene

Ved spørsmål om hva som kunne endres med dagens testbatteri svarte informant C at hun syntes det kunne vært interessant å utføre de funksjonelle testene når pasientene var mer utslitt. Hun fortalte også at utøvere sjeldent ryker korsbåndet i løpet av de første minuttene i idrettssammenheng. I studiet til Buckthorpe (2019), kommer det frem at flertall av skader på underekstremiteter i sportssammenheng skjer i siste halvdel av kamp eller konkurranse. Han sier også at fatigue er en konsekvens av sportsaktiviteter og resulterer i endret nevrologisk funksjon og kontroll, som igjen kan sette korsbåndet i fare. På den andre siden har enda ikke fatigue blitt bevist som en direkte risiko for skade på fremre korsbånd (Buckthorpe, 2019).

Informant C syntes også at det kunne vært interessant å gjennomføre testene før og etter utøverne har slitt seg ut for å se om det kan utgjøre en forskjell på resultatene. Dette støtter

Buckthorpe (2019), som skriver at fatigue er noe som bør undersøkes mer i forbindelse med kontroll og testing av korsbånd. Videre utdyper han at det kan reflektere den akutte innflytelsen fatigue har på musklernes anaerobiske arbeid, som igjen påvirker utførelsen av testene. Et annet studie fant ut at bevegelseskvaliteten blir lavere hos fotballspillere med fatigue sammenlignet med de uten (van Melick et al., 2018). Studiet konkluderte med at spillerne burde bli testet under fatigue. De argumenterte med at utøverne presterer bedre på testene når de ikke er slitne og at dette kan gi falske positive svar på om hvor godt de vil mestre de fysiske kravene idretten stiller. På den andre siden skriver Bourne et al. (2019), at utøvere under fatigue lander med større fleksjonsvinkler og lavere landings kraft, noe som er sett på som en mer gunstig bevegelsesstrategi for å unngå korsbåndsskade. De fremhever at ingen av de publiserte protokollene viser at fatigue har en konsekvent effekt på fremre korsbåndsskade (Bourne et al., 2019).

5.3.3 Å være sterk i låret sier ikke noe om utøvernes evne til å spille fotball

Informant A uttrykker at de lenge har hatt en mistanke om at dagens testbatteri ikke er tilstrekkelig for å kunne vurdere om en utøver er klar for retur til idrett. Hun fremhever styrketester utført med isokinetisk testutstyr (i sittende), og at resultatene gjerne ikke sier noe om utøverne sin evne til å spille fotball. På bakgrunn av dette sier hun at det vil være fordelaktig å utføre tester som er mer sports- spesifikke, og at man kan teste utøverne i situasjonen de er i. Dette er et forslag som Buckthorpe (2019) har nevnt i sin studie. Han antyder at testbatteri for retur til idrett blant annet bør inneholde en vurdering av utøveren sin bevegelseskvalitet i realistiske sportsscenarioer (Buckthorpe, 2019). Videre grunngir han at utøvere kan anses å være "bevegelses-klare" for retur til idrett, dersom de beveger seg optimalt på banen under realistiske forhold (Buckthorpe, 2019). Dette forslaget kan fremstå som et godt supplement for å kunne vurdere om utøverne er klar for retur eller ikke. På den andre siden forteller informant A at dette vil være et ressurskrevende tiltak som gjerne kun blir et tilbud for en liten elite av de som virkelig satser.

6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å få innblikk i fysioterapeuters erfaringer med behandling og testing av unge idrettsutøvere etter rekonstruksjon av fremre korsbånd. Vi intervjuet tre informanter som er yrkesaktive i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. I våre resultater kan det se ut til at fysioterapeutene har fellestrekk i hva de vektlegger i rehabiliteringen, derimot har de ulike oppgaver ut i fra hvor de arbeider i helsetjenesten. Det tyder til at det foreligger et forbedringspotensial i dagens testbatteri, der fokus på sportsspesifikk testing og kartlegging om utøveren er psykologisk klar for retur blir trukket frem som viktige faktorer. Gjennom arbeidet med dette prosjektet kan det se ut til at det ikke finnes entydige tiltak og retningslinjer for denne pasientgruppen. Oppgaven har gitt oss et innblikk i hvordan informasjon kan være et godt virkemiddel for å hjelpe utøverne med å ta et velinformert valg og forstå de langsiktige konsekvensene som følger av dette. Det vil være interessant å følge med på videreutviklingen av dagens testbatteri og retningslinjer. Kanskje kan dette gi et bedre bilde på hvilke utøvere som er klare for å returnere til idrett. For å bekrefte om funnene våre er reliabel vil det være nødvendig med ytterligere undersøkelser.

7.0 Litteraturliste

- Bahr, R., Alfredson, H., Järvinen, M., Järvinen, T., Khan, K., Kjær, M., Matheson, G. & Mæhlum, S. (2014). Skadetyper og - årsaker. I R. Bahr (Red.), *Idrettskader— Diagnostikk og behandling* (s. 1-24). Fagbokforlaget
- Bizzini, M., Hancock, D. & Impelizzeri, F., (2012). Suggestions From the Field for Return to Sports Participation Following Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: Soccer. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 42 (4), s. 304-312
DOI: 10.2519
<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2012.4005>
- Bourne, M.N., Webster, K.E. & Hewett, T.E. (2019). Is Fatigue a Risk Factor for Anterior Cruciate Ligament Rupture? *Sports Medicine*. 49, 1629–1635.
<https://doi.org/10.1007/s40279-019-01134-5>
- Buckthorpe, M. (2019). Optimising the Late-Stage Rehabilitation and Return-to-Sport Training and Testing Process After ACL Reconstruction. *Sports Medicine*. 49, 1043–1058.
<https://doi.org/10.1007/s40279-019-01102-z>
- Dahl, H. A. & Rinvik, E. (2010). *Menneskets funksjonelle anatomi* (3.utg.) Cappelen Damm.
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Engebretsen, L., LaPrade, R.F., Pierce, C. M., Cook, J., Arendt, E. & Mohtadi, N. (2014). Akutte kneskader. I R. Bahr (Red.), *Idrettskader- diagnostikk og behandling* (s. 349–391). Fagbokforlaget.
- Eide, T. & Eide, H. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.) Gyldendal akademisk.

Faleide, A.G.H., Inderhaug, E., Vervaat, W., Breivik, K., Bogen, B.E., Mo, I.F., Trøan, I., Strand, T. & Magnussen, L.H. (2020). Anterior cruciate ligament—return to sport after injury scale: validation of the Norwegian language version. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*. 28, s. 2634-2643.

<https://doi.org/10.1007/s00167-020-05901-0>

Feucht, M.J., Cotic, M., Saier, T., Minzlaff, P., Plath, J.E., Imhoff, A.B. & Hinterwimmer, S. (2016). Patient expectations of primary and revision anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy*. 24, s. 201–207.

<https://doi.org/10.1007/s00167-014-3364-z>

Filbay, S.R. & Grindem, H. (2019). Evidence-based recommendations for the management of anterior cruciate ligament (ACL) rupture. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 33 (1), s. 33-47.

<https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.01.018>.

Færøyvik, I.L (2020). *Retur til idrett etter korsbåndskirurgi*. Haraldsplass Diagonale Sykehus.

<https://www.haraldsplass.no/om-haraldsplass/nyheter/retur-til-idrett-etter-korsbandskirurgi>

Helseforskningsloven (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*

(LOV-2008-06-20-44). Lovdata

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helse Bergen (2021). *Nasjonalt Korsbåndregister*.

<https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-leddproteser-og-hoftebrudd/nasjonalt-korsbandregister>

Inderhaug, E. (2018). Rekonstruksjon av fremre korsbånd—Kirurgiske strategier og nye strømninger. *Kirurgen*.

<https://kirurgen.no/fagstoff/rekonstruksjon-av-fremre-korsband/>

Kaplan, Y. & Witvrouw, E. (2019). When Is It Safe to Return to Sport After ACL Reconstruction? Reviewing the Criteria. *American Orthopaedic Society for Sports Medicine*. 11(4), s. 301-305.

<https://doi.org/10.1177%2F1941738119846502>

Lindanger, L., Strand, T., Mølster, A.O., Solheim, E. & Inderhaug, E. (2019). Return to Play and Long-term Participation in Pivoting Sports After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *The American Journal of Sports Medicine*. 47(14), s. 3339-3346.

<https://doi.org/10.1177%2F0363546519878159>

Logerstedt, D., Stasi, S. D., Grindem, H., Lynch, A., Eitzen, I., Engebretsen, L., Risberg, M. A., Axe, M.J. & Snyder-Mackler, L. (2014). Self-Reported Knee Function Can Identify Athletes Who Fail Return-to-Activity Criteria up to 1 Year After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Delaware-Oslo ACL Cohort Study. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 44 (12), s. 914-923.

<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2014.4852>

Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

NORCE (u.å) *Anterior Cruciate Ligament - Return to Sport after Injury Scale (ACL-RSI):*

Oversettelse til norsk og vurdering av psykometriske egenskaper.

<https://www.norceresearch.no/prosjekter/anterior-cruciate-ligament-return-to-sport-after-injury-scale-acl-rsi-oversettelse-til-norsk-og-vurdering-av-psykometriske-egenskaper>

Norsk Fysioterapiforbund (u.å.) *Fysioterapi for nevrologi, ortopedi og revmatologi.*

<https://fysio.no/Pasientinfo/Pasientbrosjyrer/Fysioterapi-for-nevrologi-ortopedi-og-revmatologi>

Personopplysningsloven (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*

(LOV-2018-06-15-38). Europaparlaments- og rådsforordning (2016), kapittel II, art. 5, §1-e). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/KAPITTEL_gdpr-2#KAPITTEL_gdpr-2

Sadeqi, M., Klouche, S., Bohus, Y., Herman, S., Lefevre, N. & Gerometta, A. (2018).

Progression of the Psychological ACL-RSI Score and Return to Sport After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Prospective 2-Year Follow-up Study from the French Prospective Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Cohort Study (FAST). *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 6 (12).

<https://doi.org/10.1177/2325967118812819>

van Melick, N., van Cingel, R.E.H., Brooijmans, F., Neeter, C., van Tienen, T., Hullegie, W. &

Nijhuis-van der Sanden, M.W.G (2016). Evidence-based clinical practice update: practice guidelines for anterior cruciate ligament rehabilitation based on a systematic review and multidisciplinary consensus. *British Journal of Sports Medicine*. 50 (24), s. 1506-1515

<http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2015-095898>

van Melick, N., van Rijn, L., Nijhuis-van der Sanden, M.W.G., Hoogeboom, T.J. & van Cingel,

R.E.H (2018). Fatigue affects quality of movement more in ACL-reconstructed soccer players than in healthy soccer players. *Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy*. 27 (2), s. 549–555.

<https://doi.org/10.1007/s00167-018-5149-2>

Visnes, H. & Kroken, H. (15. juni, 2021). Årsrapport for 2020 med forbedringstiltak.

Nasjonalt korsbåndregister. Haukeland Universitetssykehus, Helse Bergen HF.

<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-06/Nasjonalt%20Korsb%C3%A5ndregister%20%C3%85rsrapport%202020.pdf>

Webster, K.E. & Feller, J.A. (2019). A research update on the state of play for return to sport after anterior cruciate ligament reconstruction. *Journal of Orthopaedics and Traumatology*. 20 (10).

<https://doi.org/10.1186/s10195-018-0516-9>

Webster, K.E., Nagelli, C.V., Hewett, T.E., Feller, J.A. (2018). Factors Associated With Psychological Readiness to Return to Sport After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Surgery. *The American Journal of Sports Medicine*. 46 (7), s. 1545-1550.

<https://doi.org/10.1177/0363546518773757>

Zadro, J.R., Harris, I.A., Abdelshaheed, C., Broderick, C., Barton, C.J., Linklater, J. & Maher, C.G. (2019). Choosing Wisely after a sport and exercise-related injury. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 33 (1), s. 16-32.

<https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.02.002>.

Vedlegg 1 - Forespørsel om deltakelse i bachelorprosjekt

Vil du delta i bachelorprosjektet

“Unge utøveres retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å få større innblikk i fysioterapeuters erfaringer knyttet til unge utøveres retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd. Basert på statistikk fra nasjonalt korsbåndregister vil vi ta utgangspunkt i unge idrettsutøvere ettersom det kommer frem i rapporten at en stor andel av dem som blir operert er under 20 år. Det vi ønsker å få mer informasjon om er hvordan fysioterapeuter veileder disse utøverne, hvilke tester de anvender og hvordan de håndterer etiske dilemmaer som oppstår i prosessen. Prosjektets problemstilling er:

“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med å klargjøre og veilede unge idrettsutøvere for retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd”.

Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi.

Opplysningene som samles inn, skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette prosjektet

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut og har erfaring med kneleddslidelser, samt ulike testbatterier.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema. Vi vil stille spørsmål knyttet til organisering, tiltak og klargjøring samt erfaringer knyttet til pasientgruppen. Det vil ta deg ca. 30-60 min. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun vi som student vil ha tilgang til dataene.

Lydopptaket vil lagres i passordbeskyttet pc, og slettet etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data.

Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (senest ved utgangen av august 2022).

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Bachelorstudent 1
- Bachelorstudent 2
- Veileder
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig førsteamanuensis Mona K. Aaslund, mokra@hvl.no
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, personvernombudet@hvl.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

(Student)

Vedlegg 2 - Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Unge utøveres retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 - Intervjuguide

Intervjuguide

“Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med å behandle og veilede unge idrettsutøvere for retur til idrett etter rekonstruksjon av fremre korsbånd”

TEMA OG SPØRSMÅL

Innledende spørsmål: utdanning og erfaring

1. Kan du fortelle litt om din faglig bakgrunn og erfaringer som fysioterapeut?
 - a. Hvor lenge har du jobbet som fysioterapeut?
 - b. Hvilket felt innen fysioterapi har du mest erfaring med?

Organisering

1. Hvordan er oppfølging etter rekonstruksjon av fremre korsbånd på din arbeidsplass?
 - a. Hva er din rolle og oppgaver i forløpet?
 - b. Hvor ofte ser du pasienten?
 - c. Tanker om pasientens egenansvar i rehabilitering?

Tiltak og klargjøring

2. Hva vektlegger du når du skal velge tiltak for pasienten?
 - a. Individuell tilnærming, prosedyre? Ulik type rekonstruksjon?
 - b. Hva skal til for at en kan returnere til idrett? Er det noen faktorer som spiller inn?
3. Kan du fortelle litt om hvilke prosedyrer/testbatteri som dere benytter for å klargjøre utøvere for retur til idrett?
 - a. Har du tanker om endring av tilbud/testbatteri?

Erfaring knyttet til pasientgruppen

4. Hva er dine erfaringer med utfordringer i forbindelse med retur til idrett for denne pasientgruppen?
 - a. Etske dilemma?
 - b. Tanker om motivasjon og mestring? Forskjell på toppidrett og breddeidrett?
 - c. Har pasientene ofte en forventning om å returnere til idrett?
 - d. Forskjell mellom gutter og jenter?

5. Noe du tenker er spesielt viktig i samhandling og kommunikasjon med denne pasientgruppen?
 - a. Har du noen tanker og erfaringer knyttet til pasientens nærmiljø og hvordan dette kan påvirke pasienten?

Avslutningsvis

6. Er det noe du ønsker å tilføye som vi ikke har snakket om?

7. Hvis det er noe mer vi lurer på, eller noe som er uklart, er det da mulighet for oss å ta kontakt med deg i senere tid?