



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

FYS390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	01-05-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Sluttdato:	15-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 FYS390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	122
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7851
----------------------	------

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:	21
Andre medlemmer i gruppen:	162

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

Fra utøver til pasient: En kvalitativ studie om fysioterapeuters erfaringer med SLAP-lesjon hos idrettsutøvere og retur til idrett.

From athlete to patient: A qualitative study on physiotherapists experiences with SLAP-lesions in athletes and return to play.

Kandidatnummer: 122 & 162

Bachelorutdanningen i Fysioterapi
Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Ord: 7851

Innleveringsdato: 15.05.2024

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

Gjennom arbeidet med denne bacheloroppgaven har vi lært om den kvalitative forskningsmetoden og hvordan fysioterapeuter arbeider med langtidsskadede idrettsutøvere. Vi vil takke informantene som stilte i denne bacheloroppgaven, som gav oss spennende datamateriale og kunnskap til vår forskning. Vi vil også takke lærerne som har bidratt gjennom fysioterapistudiet og gitt oss nyttig og god lærdom. En ekstra stor takk til vår veileder som har hjulpet oss gjennom hele forskningsprosessen.

Vi vil også gi en stor takk til alle våre medstudenter som har bidratt med godt humør og gode samtaler i den krevende, men lærerike bachelorperioden og studietiden. Skolen hadde ikke vært det samme uten dere! Til slutt vil vi takke hverandre for et trygt og godt samarbeid gjennom hele prosessen.

Bergen, 13. Mai 2024

Sammendrag

Tittel: Fra utøver til pasient: En kvalitativ studie om fysioterapeuters erfaringer med SLAP-lesjon hos idrettsutøvere og retur til idrett.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med SLAP-lesjon hos idrettsutøvere gjennom rehabilitering mot retur til idrett?

Bakgrunn: SLAP-lesjon er en vanlig skade hos kastutøvere og idrettsutøvere som arbeider over skulderhøyde, og tar lang tid å rehabiliteres. Forskning viser at en høy andel av utøverne som rammes av SLAP-lesjon ikke returnerer tilbake til idretten. Det finnes lite forskning som forteller hva årsaken til dette kan være, og hvordan idrettsutøvere takler det å være langtidsskadet.

Metode: For å besvare på problemstillingen har vi benyttet kvalitativ metode med semistrukturerte individual intervju. Vi har intervjuet to privat praktiserende fysioterapeuter med erfaring innenfor skulderskader og idrettsutøvere. Vi har brukt systematisk tekst kondensering [STC] i analyseprosessen, slik den står beskrevet i Malterud (2017).

Resultat: Fysioterapeutene ser idrettsutøvere med SLAP-lesjon som behandles både konservativt og operativt. De forklarer behandlingsprinsippene som relativt like for alle pasientene. De legger i tillegg fokus på viktigheten av individualisering og kommunikasjon i rehabiliteringen på bakgrunn av ulike faktorer som kan prege pasientens situasjon, som reaksjon på skaden, pasientens holdninger til smerte og hvilken idrett pasienten skal returnere til. Fysioterapeutene tar også andre personlige faktorer som alder og modenhet i betraktning som grunnlag for individualisering.

Konklusjon: Det finnes ingen fasit på hvordan man best kan behandle en SLAP-lesjon, eller hvem som returnerer til idretten etter en slik langtidsskade. For å tilrettelegge for at pasientene med SLAP-lesjon skal returnere til idrett, er det viktig å se pasienten i et helhetlig perspektiv. Fysioterapeutene trekker på bakgrunn av sine erfaringer, frem viktigheten av god kommunikasjon og individualisering gjennom rehabiliteringsforløpet av SLAP-lesjon hos idrettsutøvere mot retur til idrett.

Abstract

Title: From athlete to patient: A qualitative study about physiotherapists experiences with SLAP-lesion in athletes and return to play.

Research question: What experiences do physiotherapists have with SLAP-lesions in athletes in overhead sports through rehabilitation towards return to play?

Background: SLAP-lesion is a common injury in throwers and overhead athletes and takes long to rehabilitate. Research shows that a high proportion of athletes affected by SLAP-lesion do not return to play. There is limited research that explains why this might be and how athletes cope with being long-term injured.

Methodological approach: To answer our research question, we decided to use a qualitative method with semi-structured individual interviews. We interviewed two privately practicing physiotherapists with experience in shoulder injuries and athletes. We used systematic text condensation [STC] in the analysis process, as described in Malterud (2017).

Results: The physiotherapists meet athletes with SLAP-lesions treated both conservatively and surgically. They explain the principles of treatment as relatively similar for all the patients. They also focus on the importance of individualization and communication in rehabilitation based on various factors that may affect the patient's situation, such as reaction to the injury, their attitudes to pain and which sports the patients will return to. Physiotherapists also take other personal factors such as age and maturity into consideration as a basis for individualization.

Conclusion: There is no one-size-fits-all treatment for SLAP-lesions, or a simple answer to who returns to play after a long-term injury. In order to facilitate the return to play of patients with SLAP-lesions, it is important to see the patient from a holistic perspective. Based on their experiences, the physiotherapists highlight the importance of good communication and individualization throughout the rehabilitation process of SLAP-lesions in athletes towards return to play.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling	7
2.0 Teori.....	8
2.1 SLAP-lesjon.....	8
2.1.1 Skademekanisme	8
2.1.2 Symptomer og diagnostisering	8
2.2.2 Kunnskapsstatus	9
2.3 Behandling.....	9
2.3.1 Konservativ behandling.....	9
2.3.2 Operativ behandling.....	10
2.4 Unngåelsesatferd.....	10
2.5 Kommunikasjon.....	10
2.6 Modeller og teorier	11
2.6.1 ICF-klassifiseringsmodell.....	11
2.6.2 Motivasjon og Selvbestemmelsesteorien.....	11
2.7.2 Biopsykososial modell - sjå på kilder.....	12
3.0 Metode	13
3.1 Valg av metode	13
3.2 Valg av informanter	13
3.3 Vitenskapsteori og forforståelse	13
3.3.1 Vitenskapsteori	13
3.3.2 Forforståelse	14
3.4 Forberedelse til intervju.....	14
3.5 Gjennomføring av intervju	15
3.6 Bearbeiding av data	15
3.6.1 Transkripsjon	15
3.6.2 Analyseprosess	16
3.7 Etske betraktninger	17
4.0 Resultat	19
4.1 Presentasjon av informantene og tema	19
4.2 Behandling.....	19
4.2.1 Innledende behandling.....	19
4.2.2 Spesifikk trening og individualisering.....	20
4.2.3 Tidsrammer.....	21

4.2.4 Kommunikasjon.....	21
4.3 Funksjonsnivå.....	22
4.3.1 Smerte.....	22
4.3.2 Utøverens ressurser og utfordringer.....	22
4.4 Det å være langtidsskadet.....	23
4.4.1 Unngåelsesatferd, avspenning og eksponering.....	23
4.4.2 Psykososialt.....	24
4.4.3 Motivasjon.....	25
4.5 Retur til idrett.....	25
4.5.1 Hva hindrer retur til idrett?.....	25
5.0 Diskusjon.....	27
5.1 Hvordan påvirkes utøveren av SLAP-lesjon?.....	27
5.2 Se pasienten som en helhet.....	28
5.3 Motivasjon.....	28
5.4 Betydningen av kommunikasjon.....	29
5.5 Fra pasient til utøver.....	29
5.6 Metodediskusjon.....	30
5.6.1 Valg av metode.....	30
5.6.2 Valg av informanter.....	31
5.6.3 Gjennomføring av datainnsamling.....	31
5.6.4 Oppgavens nytteverdi.....	32
6. Konklusjon.....	33
7. Litteraturliste.....	34
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	36
Vedlegg 2: Samtykkeskjema.....	38

Liste over tabeller

Tabell 1: Beskrivelse av SLAP type I-IV (Ireland & Hatzenbuehler, 2023).....	8
Tabell 2: Presentasjon av analyseprosessen.....	16
Tabell 3: Utdrag fra analyseprosessen.....	17
Tabell 4: Presentasjon av informanter.....	19
Tabell 5: Presentasjon av tema.....	19

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom vår erfaring som fysioterapistudenter og idrettsutøvere har vi blitt oppmerksomme på hvordan langvarig rehabilitering, uten garanti for tilbakevending til idrett, påvirker det psykososiale, særlig når man for en periode mister tilhørighet og sosiale nettverk knyttet til idrettsaktiviteter. Vårt inntrykk var at Superior Labrum Anterior Posterior [SLAP] lesjon hadde høy forekomst blant idrettsutøvere med skulderskader, etterfulgt av et langt rehabiliteringsforløp og ble derfor grunnlaget for valg av tema. SLAP-lesjon oppstår ofte i kastidretter, som håndball, men også i andre idretter hvor armen belastes med stor kraft over skulderhøyde, som svømming (Ireland & Hatzenbuehler, 2023). Videre har vi lagt merke til det økende fokuset på den biopsykososiale modellen i fysioterapiutdanningen. Fysioterapeuter skal fungere som veiledere for pasientene, og vi ble derfor nysgjerrige på hvordan fysioterapeuter veileder denne pasientgruppen når de går fra å være aktive idrettsutøvere til pasienter (Østerås, 2011, s. 234).

Da vi undersøkte temaet grundigere, ble vi oppmerksom på det begrensede utvalget av forskning på SLAP-lesjon hos idrettsutøvere. Vi opplevde at forskningen var preget av en biomekanisk og biomedisinsk tilnærming. Forskningen fortalte blant annet at for å få best mulig fremgang og resultat i rehabiliteringen, burde SLAP-lesjon rehabiliteres med en fysioterapeut som har kunnskap om teknikk, progresjon og skadeforebygging. Et godt utformet rehabiliteringsprogram utviklet av en fysioterapeut skal gjøre pasientene i stand til å returnere til pre-skade aktivitetsnivå (Ireland & Hatzenbuehler, 2023). Forskning belyser i tillegg at 78% av idrettsutøvere med SLAP-lesjon som gjennomførte et konservativt rehabiliteringsprogram returnerer tilbake til idrett (Steinmetz et al., 2022).

1.2 Hensikt med oppgaven og problemstilling

På bakgrunn av forskningen vi fant på temaet ble vi nysgjerrige på å finne ut mer om hvorfor forskningen kommer frem til tallene vi får opplyst. Ettersom vi ikke lyktes med å finne kvalitativ forskning som forteller hvordan fysioterapeuter arbeider med SLAP-lesjon, og hvorfor 22% av idrettsutøverne ikke returnerte til idretten, opplevdes dette som et kunnskapshull. For å undersøke dette utviklet vi problemstillingen: *Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med SLAP-lesjon hos idrettsutøvere gjennom rehabilitering mot retur til idrett?*

2.0 Teori

2.1 SLAP-lesjon

SLAP-lesjon er blant de vanligste labrumskadene i skulderleddet, som kan føre til skuldersmerter og -instabilitet (Chang et al., 2008). Skaden fremtrer ofte i kombinasjon med andre skulderskader, eksempelvis rift i rotatorcuff eller Bankart-lesjon (Brockmeyer et al., 2016). SLAP-lesjon er en skade på øvre del av leddleppen i skulderen (glenoid labrum) som strekker seg fra fremre (anteriort) til bakre del (posteriort), og er vanlig hos idrettsutøvere og arbeidere som arbeider over skulderhøyde (Ireland & Hatzenbuehler, 2023). SLAP-lesjon graderes vanligvis fra I-IV etter skadens karakteristikk.

Tabell 1: Beskrivelse av SLAP type I-IV (Ireland & Hatzenbuehler, 2023)

Gradering av SLAP-lesjon	Karakteristika
Type I	Degenerativ endringer der øvre del av labrum er “frynsete”. Fortsatt inntakt bicepssene.
Type II	Løsrivning av bicepssenen
Type III	Bøttehåndtaksrift med intakt bicepssenefeste
Type IV	Bøttehåndsrift med løsrivning av bicepssene

2.1.1 Skademekanisme

De fleste SLAP-lesjoner oppstår ved akutte traumer eller gjentatte mikrotraumer (belastningsskade) (Lewis & Fernández-de-las-Peñas, 2022, s. 556-557). Eksempler på akutte traumer er fall på utstrakt arm, fall direkte på skulderen eller et kraftig rykk i armen. Gjentatte mikrotraumer kan forekomme hos kastutøvere og utøvere som arbeider repetitivt over skulderhøyde. Felles for disse utøverne er at skulderen belastes i en rotert og abduert bevegelse, i tillegg til at bevegelsen krever høy eller maksimal kraftutvikling for å utføre hensiktsmessig bevegelse, som kan skape stress på labrum (Ireland & Hatzenbuehler, 2023).

2.1.2 Symptomer og diagnostisering

Utøvere med SLAP-lesjon kan oppleve smerter ved bevegelser over skulder høyde eller når armen krysser midtlinjen. Symptomer som redusert styrke, stivhet og instabilitet kan også forekomme (Chang et al., 2008). SLAP-lesjon kan ikke diagnostiseres alene gjennom kliniske undersøkelser, men pasienter med denne typen skade vil vanligvis ha funn på en rekke provokasjonstester. Ved bruk av billedlig undersøkelse vil mange idrettsutøvere som arbeider over skulderhøyde få påvist en SLAP-lesjon til tross for fravær av symptomer (Abrams &

Safran, 2010). For å diagnostisere SLAP-lesjon er det derfor nødvendig med billedlig undersøkelse kombinert med vurdering av kliniske funn (Chang et al., 2008).

2.2.2 Kunnskapsstatus

Abrams og Safran (2010) viser gjennom sin forskning at symptomatisk SLAP type II er den vanligste av SLAP-lesjonene hos unge idrettsutøvere. De trekker frem at idrettsutøvere rapporterer smerte og gradvis funksjonstap i form av redusert kasthastighet. En systematisk oversikt av Ireland og Hatzenbuehler (2023) viser at rundt 50% av 244 unge voksne idrettsutøvere med SLAP type II som startet opp et konservativt behandlingsforløp, kunne returnere tilbake til idretten. De understreker at 76-78% av utøverne som fullførte det konservative rehabiliteringsforløpet, kunne returnere tilbake til idretten (Ireland & Hatzenbuehler, 2023). Videre viser en annen systematisk oversikt at etter å ha gjennomgått artroskopisk behandling for SLAP-lesjon, kunne 69,6% av pasientene returnere til idretten, med en gjennomsnittlig retur på ni måneder etter operasjon (Thayaparan et al., 2019).

Litteratur viser også at psykologiske reaksjoner og faktorer kan påvirke skaden, rehabiliteringsprosessen og retur til idrett. Pasientens reaksjon på skaden vil i stor grad være individuell (Arvinen-Barrow & Walker, 2013, s. 3). En slik reaksjon kan være at noen utøvere føler at en viktig del av deres identitet går tapt når de mister den kontinuerlige tilhørigheten til idretten (Laver et al., 2018, s. 647).

2.3 Behandling

2.3.1 Konservativ behandling

Konservativ behandling (ikke-kirurgisk) av SLAP er anbefalt som innledende behandling der lesjonen kommer fra repetitivt arbeid over skulderhøyde (Lewis & Fernández-de-las-Peñas, 2022, s. 256). Fordeler med konservativ behandling er at man unngår post-operative restriksjoner, samt at det er vist at utøvere som fullfører et konservativt behandlingsforløp med fysioterapeut oftere returnerer til pre-skadenivå (Ireland & Hatzenbuehler, 2023). Under fysioterapeutisk behandling fokuserer man spesielt på å gjenopprette smertefri og full bevegelse i skulderleddet og scapula, samt å styrke scapula stabilisatorer og rotator cuff (Ireland & Hatzenbuehler, 2023).

2.3.2 Operativ behandling

Ofte er indikasjonen for vurdering av operativ behandling (kirurgisk) manglende resultat fra konservativ behandling (Shin, et.al., 2017). Ofte er det også større indikatorer for operativ behandling hos pasienter med en akutt SLAP-lesjon (Lewis & Fernández-de-las-Peñas, 2022, s. 256). Ettersom at SLAP-lesjon deles inn i fire hovedtyper med variasjon i skademekanisme og omfang, er det ulike behandlinger som må vurderes. Under vurderingen av dette tas blant annet type lesjon, alder, aktivitetsnivå og eventuelle andre skader i skulderleddet i betraktning. (Shin, et.al., 2017). Postoperativt kreves ofte en rehabilitering på 6-12 måneder før retur til idrett (Ireland & Hatenbuehler, 2023).

2.4 Unngåelsesatferd

Unngåelsesatferd er ofte sett i sammenheng med kroniske smertetilstander (Asmundson et al., 2012). Det er den enkeltes emosjonelle reaksjon på sin tolkning av smerten som avgjør om vedkommende danner unngåelsesatferd (Dover & Amar, 2015). Unngåelsesatferd oppstår i tilfeller der man tilegner seg en sikkerhetssøkende atferd mot det som fremkaller smerte. Ytterligere konsekvenser av dette er blant annet at den subjektive opplevelsen av smerte kan forsterkes. (Rogers & Farris, 2022).

2.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon defineres som overføring av informasjon, der én part sender et stimuli til en mottakerpart, hvor vedkommende responderer eller reagerer (Thornquist, 2009, s. 18). Kommunikasjon innebærer mer enn bare dialogen, da alle budskap tolkes og må settes inn i en kontekst. Kontekst omfatter alt som bidrar til å skape mening, som tid og sted, sosiale forhold, deltakernes aktiviteter og bakgrunnskunnskap (Thornquist, 2009, s. 20).

Thornquist (2009, s. 21) diskuterer begrepet «intenderte handlinger», som refererer til senderens viten og vilje for å gjøre noe kjent for mottakeren. Dette kan knyttes til informasjonsutvekslingen mellom fysioterapeut og pasient, hvor helsepersonellet bestemmer hvilken informasjon som formidles til pasient, med hensyn til hva helsepersonellet implisitt anser som relevant (Thornquist, 2009, s. 157). Målet er å bidra til å redusere usikkerhet (Thornquist, 2009, s. 157).

Thornquist (2009, s. 256-257) legger til at individualisering forutsetter kommunikasjon. Det kliniske arbeidet er generelt kjennetegnet av individualisering, tilsvarende tilpasninger til den enkelte pasientens situasjon, tilstand og reaksjon (Thornquist, 2009, s. 256-257). Balansegangen mellom å erfare med kroppen og å informere om kroppen, bør derfor tilpasses den enkelte pasient for å øke forståelsen av egen situasjon og bidra til pasientautonomi (selvbestemmelse) (Thornquist, 2009, s.158).

2.6 Modeller og teorier

2.6.1 ICF-klassifiseringsmodell

International Classification of Functioning, Disability and Health [ICF], utgitt av Verdens helseorganisasjon [WHO] i 2001, er en begrepsmodell som har til hensikt å lette tverrfaglig og internasjonal kommunikasjon innenfor helse (Pran, 2007). Modellen fokuserer på funksjonsområdene som skal vurderes i arbeid med pasienter: kroppsfunksjon og -struktur, aktivitet og deltakelse. Videre vurderes miljøfaktorer og personlige faktorerers hemmende eller fremmende innvirkning på pasienten (Pran, 2007). Disse domene skal fremstille pasientens funksjon og funksjonsnedsettelse i form av en funksjonsdiagnose (Magee & Manske, 2021, s. 39-40).

For fysioterapeuter utgjør ICF en viktig referanseramme i møte med pasienter, ettersom at den belyser hvordan pasientenes utfordringer påvirker deres hverdag (Pran, 2007). Den identifiserer også eventuelle personlige eller miljømessige ressurser og utfordringer som påvirker pasientens evne til å håndtere funksjonsutfordringer (Pran, 2007).

2.6.2 Motivasjon og Selvbestemmelsesteorien

Motivasjon defineres som hva som får mennesket til å handle (Ryan & Deci, 2017, s. 13). Selvbestemmelsesteorien [SDT] er basert på empirisk materiale som tar for seg menneskelig atferd og personlighetsutvikling gjennom et psykologisk perspektiv. Den omhandler skille mellom ulik motivasjon og hvordan sosiale og kontekstuelle faktorer påvirker menneskets trivsel og tilfredsstillelse (Ryan & Deci, 2017, s. 3). SDT tar utgangspunkt i tre psykologiske behov for å sikre menneskelig tilfredsstillelse: autonomi, kompetanse og tilhørighet (relasjon) (Ryan & Deci, 2017, s. 11). Den skiller mellom indre- og ytre motivasjon. Indre motivasjon er atferd som utføres av interesse og følelsen av glede eller effekt som følge av handlingen.

Ytre motivasjon er representert av atferd for å oppnå ekstern belønning, sosial annerkjennelse eller unngåelse av en konsekvens (Ryan & Deci, 2017, s. 14).

SDT tar for seg kortsiktig og langsiktig atferdsendring (Ryan & Deci, 2017, s. 18-19). SDT viser til en indre motivasjon hos mennesker når det gjelder idrett og trening, men påvirkes også av ekstern motivasjon i form av miljø, sosial status, materialistiske belønninger eller lignende (Ryan & Deci, 2017, s. 18). Fysioterapeuten spiller en viktig rolle i å kartlegge pasientens motivasjon. En strategi kan være å la pasienten legge frem sine ønsker for sitt fremtidige liv, og inkludere aktiviteter som skaper glede og verdi (Østerås & Stensdotter, 2011, s. 233-234).

2.7.2 Biopsykososial modell

Den biopsykososiale modellen utgjør en omfattende helsemodell som integrerer biomedisinske, psykologiske og sosiale perspektiver (Lewis & Fernández-de-las-Peñas, 2022, s. 69). Det biomedisinske aspektet av modellen omfatter alle fysiologiske systemer i kroppen. Det psykologiske perspektivet tar for seg indre mentale prosesser og deres innvirkning på atferd, følelser og tanker. Den sosiale dimensjonen refererer til individets rolle i samfunnet og dets interaksjon med ulike sosiale kontekster. Dermed er den biopsykososiale modellen påvirket av en rekke faktorer, inkludert kulturelle, sosioøkonomiske, medisinske og fysiske miljømessige forhold (Lewis & Fernández-de-las-Peñas, 2022, s. 69). Kjernen i den biopsykososiale modellen er å erkjenne at lidelser, tilstander og opplevelser manifesterer seg individuelt, og at de er resultatet av komplekse samspill mellom tidligere erfaringer, ressurser, kompetanse og livsstil (Mårdalen, 2021).

Ved å adoptere denne modellen får klinikere muligheten til å engasjere seg i pasientens situasjon, og til å adressere et bredt spekter av utfordringer. Modellen legger også vekt på pasientens respons på tilstanden, mestringsevner, deltakelse, og involverer pasienten aktivt i behandlingsprosessen (Lewis & Fernández-de-las-Peñas, 2022, s. 69). Den forstår at både det psykologiske og sosiale er integrert i menneskelig erfaring, ikke bare det biomedisinske, som tidligere har vært hovedfokuset innen fysioterapien (Lewis & Fernández-de-las-Peñas, 2022, s. 69; Mårdalen, 2021).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Vår problemstilling søker fysioterapeuters erfaringer med SLAP-lesjon hos idrettsutøvere gjennom rehabilitering mot retur til idrett. Vi har valgt å besvare denne problemstillingen ved bruk av kvalitativ metode, da denne metoden brukes for å innhente data om menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker og holdninger (Malterud, 2017, s. 31). Vi ønsket å intervju fysioterapeuter for å finne likheter og ulikheter i deres erfaringer med behandling og retur til idrett. Vi har valgt å benytte oss av semistrukturert intervju. Et semistrukturert intervju foregår individuelt og gir deltageren tid til å hente frem sine erfaringer, siden intervjuguiden åpner for variasjon i spørsmål og oppfølgingsspørsmål ut ifra hva den individuelle informant forteller (Malterud, 2017, s. 133).

3.2 Valg av informanter

For å undersøke problemstillingen brukte vi utvalgsstrategier, slik at materiale inneholdt data om det aktuelle fenomenet. Dette gjorde vi gjennom strategisk utvalg med vekt på mangfold som kan representere bedre informasjonsstyrke og for å tilegne mest mulig relevant materiale (Malterud, 2017, s. 58-59). Dette skaper variasjonsbredde for å beskrive flere nyanser av ett fenomen (Malterud, 2017, s. 59). På bakgrunn av dette oppsøkte vi fysioterapeuter med erfaring innen skulderskader i idrettssammenheng. Vi sendte en forespørsel med informasjonsskriv om bacheloroppgaven via epost. Vi tok også i bruk tilgjengelighetsutvalg der vi brukte nettverket til de som responderte på forespørselen til å få tak i aktuelle deltakere (Malterud, 2017, s. 59-60). Mange av fysioterapeutene som responderte manglet relevant erfaring, derimot kunne noen foreslå andre fysioterapeuter som kunne være aktuelle deltagere for oppgaven. Som et resultat av denne prosessen satt vi igjen med tre aktuelle kandidater. Etter å ha vurdert kandidatenes erfaringer opp mot tema, satt vi igjen med to informanter med relevant grunnlag for å stille opp til intervju.

3.3 Vitenskapsteori og forforståelse

3.3.1 Vitenskapsteori

Studien tar utgangspunkt i et kvalitativt datamateriale som består av menneskelige egenskaper, opplevelser, erfaringer og tanker. Vi har samlet inn datamateriale gjennom individuelle intervjuer med fysioterapeuter, hvor vi nøye fortolker deres erfaringer. Den metodiske

tilnærmingen har filosofiske røtter i fenomenologi og hermeneutikk (Malterud, 2017, s. 35). Fenomenologisk vitenskapsteori fokuserer på å forstå menneskers subjektive opplevelser og bevissthet, mens hermeneutikken dreier seg om tolkning av meningsinnhold i menneskelige uttrykk for å oppnå innsikt (Malterud, 2017, s. 28). Derfor anses intervju som en passende metode for å innhente informasjon og utforske subjektive erfaringer, i tråd med fenomenologien. I analysen tolkes datamaterialet med utgangspunkt i hermeneutisk vitenskapsteori.

3.3.2 Forforståelse

Forforståelse refererer til hvilken innflytelse våre historiske, individuelle erfaringer og forutsetninger har (Malterud, 2017, s. 44). I prosessen med å samle inn og bearbeide datamateriale, er vår forforståelse, bevisst eller ubevisst, med på å påvirke hvordan vi samler, leser og tolker dataene. Malterud (2017, s. 44) understreker også at forforståelse spiller en betydelig rolle i vår motivasjon for å utføre forskning om et spesifikt tema. Derimot kan forforståelse også begrense vår forståelseshorisont og føre til en ensidig tilnærming dersom vi ikke er bevisste på våre egne forutsetninger (Malterud, 2017, s. 44). Ved å klargjøre vår forforståelse og hypoteser med leseren, viser vi til betydningen av vår forskerrolle og innvirkning på bacheloroppgaven (Malterud, 2017, s. 19). Vår forforståelse er bygget på erfaring og kunnskap fra både fysioterapiutdanningen og deltakelse i idrett. Basert på denne kunnskapen og erfaringen, har vi et inntrykk av at SLAP-lesjon tar lang tid å rehabiliteres, i tillegg til at å være langtidsskadet påvirker mer enn bare det fysiske aspektet hos pasienten. Disse forforståelsene vil trolig påvirke vårt perspektiv på materialet.

3.4 Forberedelse til intervju

Vi forberedte oss til intervju ved å utvikle en semistrukturert intervjuguide. En semistrukturert intervjuguide skal fungere som et verktøy for å minne oss på tema vi ønsker informasjon om (Malterud, 2017, s. 133). Derfor inkluderte vi åpne hovedspørsmål om temaet i guiden for å unngå å søke forventede svar, og legge til rette for at informanten kunne svare utdypende om sine erfaringer rundt temaet (Malterud, 2017, s. 70). For å skape flyt i samtalen og åpne opp for nye spørsmål, var intervjuguiden åpen for omformulering og oppfølgingsspørsmål.

I forkant av intervjuene utførte vi prøveintervju med hverandre, slik at vi kunne vurdere og eventuelt revidere formuleringen av spørsmålene og observere hvordan intervjuet utartet.

Malterud (2017, s. 25) trekker frem at forskeren skal under forskningsprosessen vise evne til å stille kritiske spørsmål ved egen fremgangsmåte på bakgrunn av tvil og ettertanke, for å sikre kvalitet i forskningen i form av refleksivitet. Vi fikk også øvd på å stille oppfølgingsspørsmål basert på informasjonen vi fikk underveis, samt å opprettholde en god flyt i intervjuet. For å sikre at det tekniske fungerte i forkant av intervjuene, utførte vi prøveintervju ved opptak av zoom og lydopptak fra mobil med flymodus.

3.5 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført både ved hjelp av fysisk intervju med taleopptak, og opptak av digitalt intervju over Zoom. Grunnen til dette er informantenes ulike geografiske lokalisasjoner. Ved fysisk intervju ble intervjuet tatt opp med taleopptak på mobil i flymodus. Vi tok høyde for at uforutsette tekniske problemer kunne forekomme, og brukte derfor to mobiler for å sikre at hele intervjuet ble tatt opp. Etter å ha sikret at hele intervjuet ble tatt opp og lagret på en mobiltelefon, ble opptaket slettet fra den andre mobilen. Opptaket ble overført til en passordbeskyttet PC og deretter slettet fra mobilen. Ved gjennomføring av digitalt intervju ble det tatt opp ved hjelp av Zoom sitt opptaksverktøy. Her ble både video og lyd tatt opp og automatisk lagret som to separate filer. Etter å ha sikret at lydfilen var fullstendig ble videofilen deretter slettet.

Intervjuguiden var lik i begge intervjuene med unntak av oppfølgingsspørsmålene. Under intervjuene hadde vi ulike ansvarsoppgaver. En av oss var ansvarlig for selve intervjuet og formulering av oppfølgingsspørsmål, mens den andre hadde ansvar for å sikre at samtalen forble relevant for tema, og eventuelt kunne bidra med supplerende spørsmål ved behov. Ansvarsoppgavene fra første intervju ble byttet på til andre intervju. Ved å utføre nøye datainnsamling og stille spørsmål til kunnskapens gyldighet og relevans, kunne vi sikre validitet i vår kvalitative forskningsprosess (Malterud, 2017, s. 192).

3.6 Bearbeiding av data

3.6.1 Transkripsjon

Etter intervjuene transkriberte vi hvert vårt lydopptak for å konvertere erfaringer og hendelser til tekst. Hensikten med transkripsjonen er å bevare informantenes erfaringer og meninger, det opprinnelige materialet, for å deretter konstruere en avgrenset versjon tilpasset vårt formål (Malterud, 2017, s. 77). Malterud (2017, s. 77-78) fremhever at selv den mest nøyaktige

transkripsjonen bare gir en begrenset versjon av hendelsen, og derfor er det avgjørende at formålet med intervjuet kommer tydelig frem i teksten. Under transkripsjonen tok vi hensyn til kroppsspråk og illustrerende bevegelser som preget intervjuene. Vi redigerte derfor noe av samtalen for å sikre at informantenes budskap kom tydelig frem. Malterud (2017, s. 78-79) påpeker at moderat redigering og verbatim transkripsjon av den muntlige samtalen, kan være nyttig for å oppnå presis skriftlig tekst. Vi oversatte dialektord til bokmål, men beholdt pauser, fyllord og ufullstendige setninger så lenge budskapet forble forståelig. Dette bidro til å gi en helhetlig gjengivelse av dialogen uten risiko for feilfortolkning. Videre anonymiserte vi arbeidsplasser, studiesteder og annet identifiserbart datamateriale for å ivareta informantenes personvern. Til slutt gjennomgikk vi hverandres materiale ved å sammenligne lydopptakene med transkripsjonen for kvalitetssikring.

3.6.2 Analyseprosess

For å analysere datamateriale brukte vi systematisk analyse i form av systematisk tekstkondensering [STC]. Malterud (2017, s. 97) definerer STC som en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av våre kvalitative data. Denne analysestrategien starter med et begrenset antall temaer som deretter videreutvikles til kodegrupper, som gir oss muligheten til et åpent blikk på mønstre man ikke så innledningsvis (Malterud, 2017, s. 96). STC-analysen gjennomføres i fire følgende trinn: 1) Få et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsdannende enheter, 3) abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, og 4) sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017, s. 98).

Tabell 2: Presentasjon av analyseprosessen

Steg i STC-analysen	Hva vi gjorde
1. Helhetsinntrykk	Etter å ha transkribert ferdig intervjuene leste vi begge gjennom transkripsjonen for å danne et helhetsinntrykk. Under lesingen markerte vi sitater vi fant relevante for får problemstilling, i tillegg til å notere oss ideer til temaer.

2. Identifisere meningsdannende enheter	Videre diskuterte vi oss frem til fire hovedtema, og gikk sammen gjennom markeringene vi hadde gjort i transkripsjonen. Som et resultat av dette hadde vi identifisert de meningsdannende enhetene. Dette ga oss grunnlag for å danne subtema.
3. Kondensere det abstraherte innholdet	Vi koblet de meningsdannende enhetene opp til subtema ved hjelp av fargekoder. Videre systematiserte vi dette inn i en tabell for å danne en tydelig oversikt over datamaterialet. Under denne prosessen ble både hovedtema og subtema revidert etter behov.
4. Syntese: Sammenfatte betydning av innholdet	Til slutt kunne vi sammenfatte og tolke datamateriale over til tekst.

Tabell 3: Utdrag fra analyseprosessen

Transkripsjon	Hovedtema	Subtema
Jeg tenker for alle som er langtidsskadet føler de har litt dårlig tid, særlig de yngre, et år virker mye lenger for en 16-åring enn en 22-åring.	Det å være langtidsskadet.	Psykososialt

3.7 Etske betraktninger

For å utføre kvalitativ forskning, har emneansvarlig for bacheloroppgaven søkt og fått godkjent av Sikt for innsamling og bruk av empirisk data. Etter godkjenning av søknaden kunne prosessen med å identifisere informant kandidater begynne. Helseforskningsloven (2009, §5) stadfester at helsefaglig forskning skal utføres på en forsvarlig måte med hensyn til blant annet deltakerens etiske og personvernmessige forhold. I samsvar med dette har vi vedlagt informasjonsskriv til den potensielle deltakeren sammen med forespørsel om intervju. Informasjonsskrivet gir deltakeren informasjon om hvordan vi vil sikre deltakerens personvern i håndteringen av de dataene vi samler inn. Videre fastslår helseforskningsloven (2009, §13) at samtykke fra forskningsdeltakeren er nødvendig for helsefaglig forskning. Derfor blir det gitt

et samtykkeskjema til deltakeren før intervjuet, som de må signere for å gi sitt formelle samtykke til innsamling og behandling av data.

Av hensyn til informantenes personvern har vi anonymisert dataene som kan gjøre informantene gjenkjennbar, ettersom informantens identitet ikke er relevant for oppgavens vitenskapelige formål (Personvernloven, 2018). Informasjon som kan føre til at informantene kan gjenkjennes er erstattet med tegnet "X".

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av informantene og tema

I dette kapittelet vil vi presentere informantene (tabell 4), samt legge ved en presentasjon av tema (tabell 5).

Tabell 4: Presentasjon av informanter

Informant	Fysioterapi praksis	Erfaring og videreutdanning	Erfaring innen skulderskader
Informant 1	Privat praksis.	17 år som fysioterapeut. Trenerutdanning gjennom NIH og Olympiatoppen. Erfaring fra sykehus, deriblant ortopedisk avdeling.	Jobbet mer spesifikt med skulderskader siden 2015. Jobbet med idrettsutøvere som fysioterapeut og trener, deriblant klatrere.
Informant 2	Privat praksis med driftstilskudd.	22 år som fysioterapeut. Videreutdanning innen ortopedisk medisin og ultralyddiagnostikk. Flere kurs innen idrettsmedisin.	Jobbet med idrettsutøvere siden 2006/2007, deriblant håndball og amerikansk fotball.

Tabell 5: Presentasjon av tema

Hovedtema	Behandling	Funksjonsnivå	Det å være langtidsskadet	Retur til idrett
Subtema	Innledende behandling. Spesifikk trening og individualisering. Tidsrammer Kommunikasjon	Smerte Utøverens ressurser og utfordringer.	Unngåelsesatferd, avspenning og eksponering. Psykososialt Motivasjon	Hva hindrer retur til idrett?

4.2 Behandling

4.2.1 Innledende behandling

Informantene følger ikke noen standard protokoll, men tar hensyn til en eventuell inflammasjonsfase og post-operative restriksjoner. Når disse faktorene tillater det, fokuserer

fysioterapeutene på bevegelse i skulderen. I denne fasen forteller informant 1 at hen fokuserer på å bygge videre på bevegeligheten pasienten er “komfortabel” med, og videre eksponere skulderen gradvis for større bevegelsesutslag. Hen forteller også om viktigheten i å oppnå god bevegelighet og styrke i ytterstilling, ettersom at det er her mange av SLAP-lesjonene oppstår.

Informant 2 fokuserer i denne fasen på å oppnå fullt bevegelsesutslag og sidelik bevegelighet. Hen opplever, særlig blant de post-operative pasientene, at de ofte holder skulderen hevet og inntil kroppen. I slike tilfeller, jobber hen også med pasientens avspenningsevne. Hen fokuserer videre på bevegelse og muskulær kontroll i scapula, noe hen har erfart som viktig for denne pasientgruppen i den innledende behandlingen. Informanten understreker viktigheten av bevegelseskvalitet, at det er viktig at fysioterapeuten står ved siden av pasienten og observerer hvordan de utfører de ulike bevegelsene og øvelsene.

4.2.2 Spesifikk trening og individualisering

Begge informantene understreker den betydelige rollen individualisering og spesifikk rettet trening spiller i rehabilitering etter en skade. De påpeker at ingen skulderskader kan rehabiliteres med ett og samme behandlingsopplegg, og de fokuserer på individualisering og betydningen av å unngå et standardprogram. Informant 1 beskriver det slikt:

Og det krever ganske mye av deg som fysioterapeut. Fordi det vil si at du ikke bare kan lese på en protokoll eller ha noen styrkeøvelser i utvalget ditt. Du må forstå den idretten du skal sende folk tilbake til.

Informantene trekker frem de ulike arbeidskravene skulderen skal gjenoppta, avhengig av idretten pasienten skal tilbake til, som et viktig fokus i rehabiliteringen. Samtidig ses også kapasitet, idrettsnivå, og personlighet som sentrale individuelle tilpasninger.

Det er klart at det du utsetter skulderen for i klatring er ganske ulikt håndball eller crossfit, så da ser man på arbeidskrav opp mot kapasitet, og deretter trener man der man har mest behov for å tette det gapet. (Informant 1)

Begge informantene fremhever idrettsspesifikk trening som en sentral del av behandlingsforløpet, der en gradvis progredierer fra de mer lavdoserte øvelsene til “røffere” idrettsspesifikke øvelser. Informant 2 har et inntrykk av at noen utøvere hopper direkte fra de

«basice øvelsene» til full kraft i idretten, og glemmer den «enorme kraftforskjellen». Informant 1 trekker frem viktigheten av å følge en progresjonsstige, og påpeker at rehabiliteringen ikke er fullført før pasienten er bedre enn vedkommende var før skaden oppstod.

4.2.3 Tidsrammer

Informantene er enige om at tidsperspektivet for rehabiliteringen heller bør være for langt enn for kort. Informant 2 ser for seg en rehabiliteringsprosess som strekker seg utover 10-12 måneder ved konservativ behandling, men det er ikke nødvendigvis behov for ukentlig oppfølging.

Informant 1 forteller at hen har erfart at om du gir korte tidsrammer, så kan pasienten bli ganske stresset hvis man går utenfor tidsrammene. Basert på dette foretrekker informant 1 tidsrammer på ni måneder når det gjelder rehabilitering for SLAP-lesjon. Informant 1 fremhever at uten klar operasjonsindikasjon, har vedkommende en grunnleggende tanke om å starte disse ni månedene med konservativ behandling, og heller fokusere på hvor mange prosent under maksnivået utøveren er i den aktuelle idretten, fremfor hvor lang tid man skal forvente at rehabiliteringen tar. Hen tilføyer at dette ikke er en fasit, men gir rom for at utøver kan senke skuldrene og ikke fremskynde rehabiliteringsprosessen for å rekke en eventuell sesongstart, konkurranse eller lignende.

4.2.4 Kommunikasjon

Fysioterapeutene kommer inn på temaet kommunikasjon med ulik vinkling. Informant 2 forteller at hen bruker kommunikasjon under veiledning av pasienten med formål om å skape forståelse rundt skaden og behandlingsforløpet. Behovet for denne typen kommunikasjon varierer mellom pasientene på bakgrunn av deres modenhet, alder og personlighet.

Informant 1 snakker om kommunikasjon mellom helsevesenet og pasienten, og hvordan informasjon uttrykkes kan skape ulike inntrykk hos pasientene. I tillegg mener hen at man bør tenke over hvordan funn skal kommuniseres til pasienten, da funnene som kommuniseres bør settes i kontekst med symptomatikken pasienten kjenner på:

... hvordan helsevesenet kommuniserer betydningen av en labrumskade. Det er klart, det er jo ikke særlig fristende å gå ut på en håndballbane hvis inntrykket ditt er at den labrumen henger som en løs do-ring opp i skulderen og slenger.

Vedkommende snakker også om kommunikasjon i sammenheng med utøverens relasjon til idretten under behandlingen. Hen snakker om at man burde ha en åpen kommunikasjon med utøveren om hvordan ulike faktorer rundt skaden påvirker utøveren, og hva idretten faktisk betyr for dem. Dette mener informanten er en viktig rolle fysioterapeuter bør fylle.

4.3 Funksjonsnivå

4.3.1 Smerte

Informantene forteller om hvordan smerte kan påvirke funksjon og behandling i ulik grad. Informant 1 forteller om pasientene som behandles konservativt, mens informant 2 snakker om post-operativ smerte og behandling. Informant 1 reflekterer over at SLAP-lesjon ikke nødvendigvis er smertefullt, og at smertens påvirkning på funksjon kan avhenge av mer enn bare labrumskaden. Hen forteller at når man får inn en utøver som har en vond skulder, og en SLAP-lesjon, må man spørre seg om SLAP-lesjonen skal relateres til symptomatikken.

Informant 2 forteller om sine erfaringer fra post-operative pasienter. Pasientene opplever smerter i svært varierende grad. Hen har erfart at smerte og pasientens holdninger til smerte kan påvirke den innledende behandlingen, da en pasient som har mye vondt og er engstelig har et annet utgangspunkt for behandlingen enn en pasient som ikke opplever smerte som en hindring.

Hvis en har gått med fatle og har hatt mye vondt, så bruker man kanskje mer tid til å få en full range of motion, og da kommer vi mye saktere i gang med spesifikke øvelser. Men noen har veldig lite vondt når de kaster fatlen, så når de kan kaste den og bruke armen fritt har de ingenting vondt. (Informant 2)

4.3.2 Utøverens ressurser og utfordringer

Informantene belyser faktorer som kan betraktes som ressurser eller utfordringer for utøveren under et behandlingsforløp. De trekker frem hvordan holdninger, motivasjon, personlighet, og

miljø påvirker situasjonen. Informant 1 trekker frem at vi har et sterkt negativt bias i oss som mennesker, som ikke vil komme til fordel når man er skadet.

Vedkommende beskriver et tankesett som heller fokuserer på den delen av situasjonen som er kontrollerbar, der utøverne drar på trening og utfører det vedkommende klarer parallelt med individuell opptrening, og dermed forblir en del av idrettslaget. Informant 2 deler sine erfaringer med utøvere som snur det negative om til noe positivt, ser bort fra skaden og heller konsentrerer seg om å bli dyktig på andre områder. Slike holdninger betraktes som betydelige ressurser av informantene, men de erkjenner at ikke alle har samme forutsetningene til denne optimismen.

Informant 2 påpeker at alder og modenhet kan fungere både som en ressurs og en utfordring for pasienten i behandlingen. Dette kan være på bakgrunn av at alder og modenhet ofte kan henge sammen med ditt kunnskaps- og forståelsesgrunnlag. Hen uttrykker også at om du i utgangspunktet er engstelig, bekymrer deg mye og gjerne er veldig reflektert, skjønner de kanskje at de kan få nye skader senere også. Informant 1 understreker også at det ikke er alle utøvere som har en trener eller foreldregruppe som er like inkluderende, noe som kan gjøre det mer utfordrende å møte opp på trening når man er skadet, ettersom at utøveren mangler det nødvendige støtteapparatet rundt seg.

4.4 Det å være langtidsskadet

4.4.1 Unngåelsesatferd, avspenning og eksponering

Informantene har erfaring med unngåelsesatferd fra ulike settinger og stadier av rehabiliteringen. Informant 1 observerer unngåelsesatferd i forbindelse med belastningsrelaterte- og akutte SLAP-lesjoner. Vedkommende trekker frem eksempelet der utøveren opplever en smertefull skulder hver gang et kast med full kraft blir utført. Dette kan føre til at utøveren begrenser seg i de aktuelle bevegelsene, og utvikler en unngåelsesatferd. Informant 1 har også observert unngåelsesatferd i forbindelse med akutte traumer:

Det er definitivt unngåelsesatferd på de akutte skadene, om du ble taklet så er det skummelt å gå i dueller, eller hengende på strak arm i klatring, så er det skummelt å gjøre den type bevegelser igjen, så kroppen husker jo veldig godt når det skjedde og hvordan det skjedde.

Informant 2 identifiserer ofte unngåelsesatferd hos nyopererte pasienter etter SLAP-lesjon. Vedkommende legger til at de kan oppleve smerte og dermed ønske å beskytte armen sin. Hen arbeider med å senke skuldrene til disse pasientene, og påpeker at de som er mindre redde og tenker at alt vil ordne seg, ofte har en fordel. Informant 1 bruker eksponeringsterapi der han sammenligner unngåelsesatferd med klaustrofobi, og legger til at fysioterapeuter har fordelen i å kunne skape kontroller- og målbare rammer for eksponering:

Hvis du har angst for å være inne i et lite rom, så er ikke det nødvendigvis rasjonelt, men responsen din er helt reell. Og hvis du har lyst til å være inne i små rom, så må du øve deg på å være der. Vi kan jo begynne med et ganske stort rom, med store vinduer, som er lyst.

4.4.2 Psykososialt

Informant 2 sine erfaringer sier at en skade kan oppleves vel så tøft psykisk som fysisk. Informantene er enige om at en skade påvirker pasienten mer enn bare funksjonelt. De trekker frem det å være langtidsskadet innenfor lagidrett. Informant 1 har observert at utøverne kan føle seg sosialt isolert ettersom de ikke kan delta fullt i laget og idretten. I denne sammenheng fokuserer informant 2 på at utøverne fortsatt kan møte på treninger og holde seg aktiv i miljøet på den måten utøveren er i stand til, som å være med å snakke teknikk og taktikk.

Fysioterapeutene er også enig i at alder og modenhet kan ha innvirkning på hvordan utøveren mentalt takler det å være langtidsskadet. Informant 2 beskriver det slik:

Ett år virker mye lenger for en 16-åring enn en 22-åring. Når du er blitt litt modnere forstår du at verden ikke stopper på 22 år. Er du 16 år tror jeg det å få beskjed om at det kanskje er ett år til neste kamp føles fryktelig lenge. Da blir det ganske svart.

Informantene uttrykker at man som fysioterapeut bør gjøre seg noen tanker om mentale faktorer, som for eksempel katastrofetanker og nedstemthet, og at man har evnen til å jobbe med det mentale i tillegg til det fysiske.

4.4.3 Motivasjon

Informantene deler det samme fokuset når de skal motivere langtidsskadede utøvere. Informant 1 har erfart at en SLAP-lesjon ikke vil ødelegge all trening som idrettsutøver, kun noen prosent av den. Vedkommende ønsker å være så optimistisk som mulig og gi utøveren et bilde på hvor mye tid dette egentlig utgjør i en lang idrettskarriere. Informant 2 trekker også frem hvor tøff en langtidsskade kan være, og tillater utøverne sine å være sinte og si at dette er “skikkelig dritt”. Vedkommende legger til at på et eller annet tidspunkt må dette tankesettet endres: man skal faktisk leve videre med dette også. For å endre et slikt tankemønster, ønsker vedkommende å oppmuntre til å flytte fokuset over på om utøveren kan bruke dette til noe positivt. Informant 2 foretrekker kortsiktige og konkrete mål, fremfor langsiktige mål for denne pasientgruppen.

4.5 Retur til idrett

Informantene har varierende erfaring med retur til idrett. Informant 1 har inntrykk av at utøverne kommer tilbake til nivået de ønsker å være på, etter både konservativ og operativ behandling. Hen understreker også at operasjonsteknikk og idretten de skal returnere til kan være varierende faktorer for utøverens retur til idretten. Informant 2 har fokus på at ikke alle kommer tilbake til nivået man hadde før skaden, men trekker frem at om utøveren er dedikert, møter opp på økter og går opp hele progresjonsstigen, er det større sjanse for at man lykkes og kommer tilbake.

Informant 1 forteller at det er vanskelig å vite hvordan det går med pasientene etter endt behandling, ettersom vedkommende er privatpraktiserende fysioterapeut. Når folk slutter å komme til behandling er det derfor vanskelig å vite hvordan det går, med mindre man tilfeldigvis møter på dem.

4.5.1 Hva hindrer retur til idrett?

Informantene deler ulike erfaringer og tanker rundt hva som kan hindre tilbakevending til idrett. Tilbakevendende symptomer pekes på som en faktor. Informant 1 observerer tilbakevendende plager i forbindelse med intrartikulære skader, mens informant 2 opplever at utøverne avslutter behandlingen tidligere enn planlagt, noe som kan resultere i tilbakevendende plager. Informant 2 legger til at man da må «starte på nytt» fordi de ikke fullførte behandlingsforløpet. Hen nevner også at andre distraksjoner fra hverdagen, for eksempel jobb eller skole, som oftest er årsaken til avbruddene. Informant 1 mener at korte tidsrammer er en

fallgruve, da man presser rehabilitering fra en skade som tar lang tid å rehabilitere inn i en kort periode. Informantene trekker også frem eksempler på fallgruver relatert til bevegelsesutslag i skulderen. Informant 1 kommer med et eksempel der utøveren ikke klarer å utføre bevegelsene som er viktigst i den aktuelle idretten.

Informant 2 påpeker at ikke alle forhold kan kontrolleres under rehabiliteringen. Selv om en utøver gjør alt riktig, kan man ha en funksjon etterpå som ikke er fra nok likevel. Motivasjonen pekes på av informant 1 som en sentral faktor for å lykkes, hvor fallgruven blir om utøveren ikke orker å eksponere seg for den type belastning igjen, eventuelt om en blir redd eller lei idretten.

5.0 Diskusjon

5.1 Hvordan påvirkes utøveren av SLAP-lesjon?

Ifølge Chang et al. (2008) opplever ofte pasienter med SLAP-lesjon smerter og utfordringer med enkelte bevegelser og funksjoner i skulderen. Informant 1 understreker derimot at funksjonsutfordringer ikke nødvendigvis er forårsaket av SLAP-lesjonen, men kan påvirkes av flere faktorer eller andre tilstander i skulderen. Én av disse faktorene er unngåelsesatferd. Unngåelsesatferd har ofte sammenheng med kroniske smertetilstander (Amundsson et al., 2012). Informantenes erfaringer tilsier dog at unngåelsesatferd hos pasienter med SLAP-lesjon kan oppstå både ved akutte skader og kroniske plager. Unngåelsesatferd ved akutte SLAP-lesjoner kan ifølge informant 1 oppstå på bakgrunn av at kroppen husker og vil unngå å repetere skademekanismen. Vedkommende legger til at fenomenet også kan opptre blant aktiviteter som kast hos utøverne som har pådratt seg SLAP som et belastningstraume. I dette tilfellet oppstår det på bakgrunn av at kroppen ønsker å unngå bevegelser som forårsaker smerter. I tråd med dette har det ifølge Abrams og Safran (2010) blitt observert et gradvis funksjonstap i form av redusert kasthastighet hos idrettsutøverne med SLAP-lesjon. Unngåelsesatferd vil opptre individuelt hos pasientene, og derav påvirke funksjon i ulik grad.

Med utgangspunkt i ICF kan en SLAP-lesjon påvirke flere av domene, ikke bare kroppsfunksjon og -struktur. Et eksempel på dette er unngåelsesatferd, som vil påvirke utøverens aktivitet. Dersom en kastutøver ikke kan utføre kastebevegelsen, vil dette påvirke deltakelsen på trening. Sett i lys av miljøfaktorer, kan hvordan trenerne eller lagspillerne forholder seg til den skadde utøveren avgjøre om utøveren føler seg inkludert i laget. For eksempel, kan utøveren ha en trener som er kreativ og ønsker å inkludere utøveren i aktiviteter personen i utgangspunktet ikke kan gjennomføre. Til sammenligning, kan utøveren også ha en trener som velger å sette utøveren på sidelinjen under disse aktivitetene.

Sett i lys av personlige faktorer, legger også informantene vekt på at faktorer som alder, modenhet og holdninger kan være sentralt i hvordan pasienten håndterer det å være langtidsskadet, samt rehabiliteringsprosessen som følger med. Informant 2 bruker eksempelet at en 16-åring kan oppleve en langtidsskade som tøffere, sammenlignet med en 22-åring. Det kan tenkes at en 16-åring sannsynligvis ikke har samme grunnlag av kompetanse, ressurser og tidligere erfaringer, som Mårdalen (2021) peker på som avgjørende faktorer for hvordan tilstanden opptrer hos den enkelte pasient. Disse faktorene, som kan påvirke hvordan pasienten

håndterer skaden, kan settes i sammenheng med at informantene mener det er viktig å ha en tanke om de mentale faktorene som kan føre til katastrofetenkning, at det “svartner” for utøverne.

5.2 Se pasienten som en helhet

Mårdalen (2021) trekker frem at den biopsykososiale modellen erkjenner individuelle forskjeller hos mennesket og det komplekse samspillet som tar del i vår livsstil. Dette gjenspeiles i hvordan pasienten individuelt håndterer og opplever skaden. Informantene konstaterer at de fleste vil la seg påvirke av en skade, både som en psykisk og fysisk påkjenning. Det å være langtidsskadet vil i ulik grad påvirke pasientens hverdagsrutiner og livsstil. Lewis og Fernández-de-las-Peñas (2022, s. 69) påpeker gjennom den biopsykososiale modellen at det psykologiske og sosiale integreres i de menneskelige erfaringene. For en utøver som er daglig aktiv med trening og en del av et miljø, kan det derfor være en psykisk påkjenning og ikke kunne delta på aktiviteten som er viktig for deres livsstil. Dette kommer også frem gjennom informantenes erfaring, der utøvere har følt seg sosialt ekskludert når de ikke kan delta på treninger som før, som blir en psykisk påkjenning for utøveren.

5.3 Motivasjon

Ryan og Deci (2017, s. 3) understreker hvordan sosiale og kontekstuelle faktorer påvirker menneskets trivsel. Om en aktiv idrettsutøver får beskjeden at det er mange måneder til neste gang vedkommende kan spille kamp, vil de sosiale og kontekstuelle faktorene som påvirker trivsel, endres over en periode. Menneskets trivsel kan ha stor innvirkning på motivasjon, som kan påvirke pasientens motivasjon til rehabilitering. Som informant 1 hevder, vil ikke en SLAP-lesjon ødelegge for all trening som idrettsutøver. Begge informantene understreker at det derfor er viktig å oppfordre til å møte på treninger og delta på det du tross alt kan gjøre. Ved å delta i idrettsmiljøet øker trivselen til utøveren ved at de psykologiske behovene blir dekket (Ryan & Deci, 2017, s. 11). Å delta i miljøet vil opptre som ekstern motivasjon, og dermed bidra til et større grunnlag for motivasjon til rehabiliteringsforløpet (Ryan & Deci, 2017, s. 14).

Motivasjon drives også av indre faktorer. Indre motivasjon er atferd som drives av interesse eller effekten som følger av handlingen (Ryan & Deci, 2017, s. 14). Dette kan sees i sammenheng med motivasjon til å fullføre et rehabiliteringsforløp. Effekten av rehabiliteringen

vil gi utøveren mulighet til å returnere til idretten. Dette gjenspeiles i erfaringen til informant 2. Hen har observert at utøverne som fullfører rehabiliteringen, kan ha større kjangs for å returnere til idretten på ønskelig nivå.

Det er derimot tenkelig at ikke alle idrettsutøvere har samme grunnlag av indre og ytre motivasjon til å gjennomføre rehabiliteringsforløpet. Å la utøveren legge frem sine ønsker for fremtiden, kan være en strategi for å skape motivasjon (Østerås & Stensdotter, 2011, s. 233-234). Dette vil også fremme det psykologiske behovet for autonomi (Ryan & Deci, 2017, s. 11). Strategien går igjen i informantenes utsagn om motivasjon, at de ønsker å oppmuntre pasientene sine til å tenke på hvordan rehabiliteringsperioden kan ha en positiv innvirkning for pasientens fremtid, både som idrettsutøver og individ.

5.4 Betydningen av kommunikasjon

Informantene bruker kommunikasjon som et verktøy til å formidle informasjon. Ifølge Thornquist (2009, s. 20) er ikke dialogen alene den essensielle delen av kommunikasjon, men også at budskapet kan tolkes på ulike måter ut ifra konteksten det kommuniseres. Dette gjenspeiles i hvordan informantene reflekterer rundt kommunikasjon. De har gjort seg tanker om at hvordan de kommuniserer informasjon har innvirkning på pasientens inntrykk av situasjonen. Informant 1 påpeker viktigheten av hvordan helsetjenesten velger å informere betydningen av funn, slik at pasienten ikke sitter igjen med feil inntrykk. Eksempelvis at utøveren sitter igjen med et bilde av at skaden er alvorligere enn realiteten, fordi helsepersonellet ikke har vært tydelig i forklaringen av situasjonen. Thornquist (2009, s. 157) trekker frem at helsetjenesten har et overordnet ansvar for å sørge for at pasient har tilstrekkelig informasjon som skal bidra til autonomi og innblikk i egen helsesituasjon. Informant 2 sitt inntrykk er at yngre utøvere har større behov for veiledning, noe som stiller større krav til fysioterapeutens evne til å tilpasse kommunikasjonen. For at informasjonen ikke skal mistolkes, må kommunikasjonen derfor individuelt tilpasses på bakgrunn av pasientens forutsetninger til å forstå og tolke budskapet.

5.5 Fra pasient til utøver

Forskning viser at 78% av utøverne som gjennomfører et konservativt rehabiliteringsforløp returnerer til idrett (Steinmetz et al., 2022), i tillegg viser Ireland og Hatzenbuehler (2023) til at konservativ behandling oftere resulterer i retur til pre-skadenivå for utøverne. Prevalensen

viser til en relativ stor andel som ikke returnerer tilbake til idretten, noe informantene har ulike erfaringer og tanker rundt. Informant 2 mener man bør ha en tanke om at ikke alle vil kunne returnere til pre-skadenivå. Informant 1 mener derimot at nesten alle vil kunne returnere til nivået de ønsker, uavhengig av om pasienten har hatt konservativ eller operativ behandling. Derimot understreker vedkommende at det kan være større utfordringer med kastutøvere, som ifølge Ireland og Hatzenbuehler (2023) er blant de mest utsatte utøverne for SLAP-lesjon. Utfordringene som nevnes her er bevegelseskrav i idretten, som kan være avgjørende faktorer for retur til idrett. Informantene belyser også tilbakevendende plager som en utfordring for noen av utøverne. Dette kan være et følge av at SLAP-lesjon er en intra-artikulær skade ifølge informant 1, eller ifølge informant 2 et resultat av at rehabiliteringen ikke fullføres.

Selv om tidligere forskning forteller om prevalensen i forbindelse med retur til idrett, sier den lite om hva som kan avgjøre om utøverne returnerer. Informantene har heller ikke noe fasit på hva som avgjør retur til idrett, men har gjort seg noen tanker rundt tema. Informant 1 reflekterer rundt motivasjon som en avgjørende faktor. Vedkommende trekker blant annet frem eksponering for skademekanismen som en potensiell fallgrube, der utøveren kan være redd for å eksponere seg for en slik belastning igjen. Informant 1 nevner også utøverens motivasjon for idretten som en fallgrube, både før skaden, under og etter fullført rehabilitering. I tillegg diskuterer vedkommende rundt hvordan man kommuniserer tidsrammer som en potensiell fallgrube, slik at utøver ikke får urealistiske forventninger. Hen drøfter rundt konsekvensene av å skape korte tidsforventinger, da SLAP-lesjon tar lang tid å rehabiliteres. I denne sammenheng ønsker vedkommende å flytte fokuset fra tidsrammer i rehabiliteringen over til hvor utøveren befinner seg i forhold til funksjon og hvor langt under maksnivå utøveren er.

5.6 Metodediskusjon

5.6.1 Valg av metode

Under forberedelse til bacheloroppgaven opplevde vi at det hadde blitt gjennomført lite forskning og ikke tilstrekkelig teori rundt tema SLAP-lesjon. Forskningen vi fant tok for seg prevalens på retur til idrett etter SLAP-lesjon. Vi ble nysgjerrige på hvorfor relativt mange pasienter ikke returnerte til idretten. På bakgrunn av dette bestemte vi oss for å velge kvalitativ metode til vår bacheloroppgave, ettersom denne metoden brukes for å innhente menneskelige erfaringer og tanker (Malterud, 2017, s. 31). For å undersøke informantenes erfaringer, valgte

vi en semistrukturert intervjuguide, som åpner for oppfølgingsspørsmål basert på informasjonen som kommer underveis (Malterud, 2017, s. 133).

5.6.2 Valg av informanter

Etter innhenting av informanter, var det tre fysioterapeuter som hadde mulighet til å stille til intervju. Tredje informant hadde erfaring med SLAP-lesjon, men ikke i idrett sammenheng. Vi valgte derfor å intervju to av informantene på bakgrunn av deres kompetanse og erfaringer. Avgjørelsen tok vi på bakgrunn av det strategiske utvalget, der Malterud (2017, s. 58-59) belyser viktigheten av å tilegne mest mulig relevant materiale for å besvare problemstillingen, for å forsterke intern validitet. Derimot hadde vi utfordringer med å innhente informanter med tilstrekkelig variasjonsbredde for å beskrive flere nyanser av samme fenomen (Malterud, 2017, s. 59). Fysioterapeutene vi valgte å intervju hadde nokså lik arbeidserfaring, som kan begrense variasjonsbredden i datamaterialet.

5.6.3 Gjennomføring av datainnsamling

Gjennomføringen av datainnsamling kan farges av våre tidligere erfaringer og forutsetninger (Malterud, 2017, s. 44). Vi har under forskningsprosessen vært oppmerksom på vår forforståelse, og har reflektert over hvordan vi kan hindre at datainnsamlingen blir begrenset og ensidig (Malterud, 2017, s. 44). For å sikre at intervjuguiden vår ikke var begrensende for ny informasjon, spurte vi informantene om de ønsker å tilføye noe utenom spørsmålene i intervjuguiden. For å sikre refleksivitet, har vi redegjort for vår forforståelse slik at leseren skal få et innblikk i våre forutsetninger som forskere på tema. I tillegg styrkes refleksiviteten i oppgaven vår av at vi er to forskere, ettersom vi kan reflektere over hverandres tilnærming til oppgaven og fremgangsmåte. Dette har gjort at vi kunne diskutere og reflektere over utførelsen av alle stegene i forskningsprosessen, som bidrar til å styrke oppgavens validitet.

Underveis har vi identifisert noen svakheter med oppgaven. Vi er uerfarne med kvalitativ forskning, som kan utfordre kvaliteten av oppgaven. Av denne grunn har vi vært oppmerksomme gjennom arbeidsprosessen og reflektert grundig gjennom alle stegene i forskningen. I tillegg belyser informant 1 at vedkommende som privat praktiserende fysioterapeut, ikke nødvendigvis hadde kunnskap om pasientens tilstand i etterkant av avsluttet fysioterapioppfølging. Siden begge informantene er privat praktiserende fysioterapeuter, ser vi på dette som en begrensning i form av manglede kunnskap om retur til idrett. En motsetning

kan være kunnskapen vi kunne ha innhentet fra fysioterapeuter som arbeider på for eksempel toppidrettsgymnas, der de følger utøverne tettere og kontinuerlig.

5.6.4 Oppgavens nytteverdi

I oppgaven har vi sett viktigheten av å individualisere behandlingen av SLAP-lesjon til hver enkelt utøver. Dette har bakgrunn i de varierende faktorene som individuelt kan påvirke utøverne gjennom rehabiliteringen, og videre kan påvirke hvor mange av utøverne som returnerer til idretten. Det finnes forskning på retur til idrett rate for denne pasientgruppen, men lite studier som forteller oss noe om hvorfor en andel av pasientene ikke returnerer til idretten. Selv om vi har få informanter med lite variasjonsbredde, mener vi likevel at vi har relevant data for å besvare vår problemstilling, og at denne oppgaven kan bidra til refleksjon rundt hvordan fysioterapeuter rehabiliterer slike pasienter. I tillegg mener vi oppgaven belyser behovet for videre kvalitativ forskning, både fysioterapeutenes samt pasientenes erfaringer, for å kunne legge til rette for at en større andel av utøverne kan returnere til idretten.

6. Konklusjon

I denne oppgaven har vi ved å intervjuer to fysioterapeuter med erfaring innenfor idrett og skulderskader, forsøkt å besvare problemstillingen: *Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med SLAP-lesjon hos idrettsutøvere gjennom rehabilitering mot retur til idrett?* Temaer vi fant som essensielle fra datamaterialet er tidsrammer, kommunikasjon, spesifikk trening, ressurser, utfordringer, hva det innebærer å være langtidsskadet, alt dette mot retur til idrett.

Vi fant ingen konkret protokoll eller fasit for hvordan fysioterapeutene rehabiliterer denne pasientgruppen. Tross dette er det et nøkkelord vi ser går igjen uavhengig av temaets innhold, som kommer frem som det viktigste funnet i vår oppgave; individualisering. Fysioterapeuten bruker individualisering gjennom kommunikasjon, tidsperspektiv, behandlingsforløp og hvordan de motiverer pasientene. Vi finner at individualiseringen ofte baserer seg på faktorer som hvordan pasienten reagerer på skaden og ser på tiden fremover, hvordan pasienten velger å håndtere den lange rehabiliteringsperioden og hva de ulike pasientene skal rehabiliterer tilbake til. I tillegg ser vi at andre personlige faktorer som modenhet og alder spiller inn på hvordan fysioterapeutene individualiserer rehabiliteringen for pasienten, da informantene trekker frem at yngre utøvere ofte kan ha behov for tettere veiledning gjennom rehabiliteringen.

Vi spurte oss selv i begynnelsen av prosjektet hvorfor en relativt stor andel av utøverne ikke returnerer til idrett etter å ha fått påvist en SLAP-lesjon. Vi fant ingen fasit på hvorfor pasientene ikke returnerer til idretten, eller konkrete tiltak som kan tilrettelegge for retur. Dersom vi skal finne årsaken bak hvorfor den store andelen av idrettsutøver ikke returnerer tilbake til idretten, må vi sette skaden i et større perspektiv der vi belyser flere arenaer som spiller inn samtidig i pasientens situasjon, noe som gjenspeiler viktigheten av den biopsykososiale modellen. Med dette mener vi at vi har avdekket et større behov for kvalitativ forskning på hva som fremmer eller står til hinder for om pasienten kan returnere til rollen som idrettsutøver.

7. Litteraturliste

- Abrams, G. D., & Safran, M. R. (2010). Diagnosis and management of superior labrum anterior posterior lesions in overhead athletes. *British Journal of Sports Medicine*, 44(5), 311–318. <https://doi.org/10.1136/bjism.2009.070458>
- Asmundson, G. J., Parkerson, H. A., Petter, M. & Noel, M. (2012). What is the role of fear and escape/avoidance in chronic pain? Models, structural analysis and future directions. *Pain Management*, 2(3), 295-303. <https://doi.org/10.2217/pmt.12.15>
- Arvinen-Barrow, M. & Walker, N. (2013). Introduction to the psychology of sport injuries. I M. Arvinen-Barrow (Red.), *The Psychology of Sport Injury and Rehabilitation* (s. 2-5). Taylor & Francis Group.
- Brockmeyer, M., Tompkins, M., Kohn, D. M. & Lorbach, O. (2016). SLAP lesions: a treatment algorithm. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 24(2), 447-455. <https://doi.org/10.1007/s00167-015-3966-0>
- Chang, D., Mohana-Borges, A., Borso, M., & Chung, C. B. (2008). SLAP lesions: Anatomy, clinical presentation, MR imaging diagnosis and characterization. *European Journal of Radiology*, 68(1), 72–87. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2008.02.026>
- Dover, G. & Amar, V. (2015). Development and Validation of the Athlete Fear Avoidance Questionnaire. *Journal of Athletic Training*, 50(6), 634-642. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-49.3.75>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20 44). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Ireland, M. L., & Hatzenbuehler, J. R. (2023). Superior labrum anterior to posterior (SLAP) rifter. *UpToDate*.
- Laver, L., Landreau, P., Seil, R., & Popović, N. (Red.). (2018). *Handball sports medicine: Basic science, injury management and return to sport*. Springer.
- Lewis, J. & Fernandes-de-lals-Peñas, C. (2022). *The shoulder: theory and practice*. Handspring publishing.
- Magee, D. J. & Manske, R. C. (2021). *Orthopedic physical assessment* (7. Utgave). Elsevier.
- Malterud, K. (2007). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. Utgave). Universitetsforlaget.

- Mårdalen, I. (2021, august 30). *Mener biopsykososialt trumfer biomedisinsk*.
<https://www.fysioterapeuten.no/biomedisinsk-biopsykososial-fysioterapeut/mener-biopsykososialt-trumfer-biomedisinsk/135358>
- Personvernloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3
- Pran, F. (2007). ICF – et felles språk for funksjon. *Fysioterapeuten*, 2007(7), 24-26.
https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/518/5228/version/3/file/0707_Fagartikkel.pdf
- Rogers, A. H. & Farris, S. G. (2022). A meta-analysis of the associations of elements of the fear-avoidance model of chronic pain with negative affect, depression, anxiety, pain-related disability and pain intensity. *European Journal of Pain*, 26(8), 1611-1635.
<https://doi.org/10.1002/ejp.1994>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. The Guilford Press.
- Shin, S.-J., Lee, J., Jeon, Y.-S., Ko, Y.-W & Kim, R.-G. (2017). Clinical outcomes of non-operative treatment for patients presenting SLAP lesions in diagnostic provocative tests and MR arthrography. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 25(10), 3296-3302. <https://doi.org/10.1007/s00167-016-4226-7>
- Steinmetz, R. G., Guth, J., Matava, M. J., Brophy, R. H. & Smith, M. V. (2022). Return to play following nonsurgical management of superior labrum anterior-posterior tears: a systematic review. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 31(6), 1323-1333.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35063641/>
- Thayaparan, A., Yu, J., Horner, N. S., Leroux, T., Alolabi, B., & Khan, M. (2019). Return to Sport After Arthroscopic Superior Labral Anterior-Posterior Repair: A Systematic Review. *Sports Health*, 11(6), 520–527. <https://doi.org/10.1177/1941738119873892>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Østerås, H., & Stensdotter, A.-K. (2011). *Medisinsk treningslære* (2.utg.). Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1: Intervjuguide

Før intervjuet: Signering av samtykkeskjema. Før opptaket startes blir informanten informert om intervjuets gjennomføring.

Semistrukturelt intervju

Introduksjonsspørsmål	Hvor lenge har du arbeidet som fysioterapeut? Hvilke erfaringer har du fra tidligere? Har du noen tilleggsutdannelse?
Hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål	<ol style="list-style-type: none">1. Hvilke erfaringer har du med skulderskader hos idrettsutøvere?<ol style="list-style-type: none">a. Hvordan opplever du at SLAP-lesjon representeres hos disse utøverne?2. Hvilke utøvere opplever du at pådrar seg SLAP-lesjon og hvordan?3. Kan du beskrive et typisk behandlingsforløp for SLAP med deg som fysioterapeut?4. Hva kan pasienter forvente av resultat i forhold til prognosen etter behandling av SLAP-lesjon?<ol style="list-style-type: none">a. Hvordan opplever du resultatet etter endt behandling i forhold til smerte og funksjon?b. Hva opplever du kan være fallgruver/utfordringer med behandlingsforløpet?5. Hvordan opplever du at SLAP-lesjon og behandlingsforløpet påvirker utøveren/pasientens sosiale arena/idrettsdeltakelse?6. Møter du pasienter med utfordringer psykisk relatert til denne rehabiliteringsprosessen?<ol style="list-style-type: none">a. Hvordan motiverer du som fysioterapeut disse pasientene? FEAR of Avoidance – skal spør om da

	<ol style="list-style-type: none">7. Hva er dine erfaringer i forhold til retur til idrett underveis/etter behandlingsforløpet?8. Hva ville du rådet andre fysioterapeuter til i rehabiliteringsprosessen med denne pasientgruppen? (hva har du lært)
Avsluttende spørsmål	Er det noe du føler vi mangler informasjon om eller burde spurt om ila. Intervjuet?

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Vil du delta i bachelorprosjektet

«Veien tilbake til banen: En kvalitativ studie om fysioterapeuters erfaringer med behandlingsforløp av SLAP-lesjon og retur til idrett»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med behandling av SLAP-lesjon hos idrettsutøvere og retur til idrett. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å undersøke fysioterapeutisk behandling av SLAP-lesjon hos idrettsutøvere og retur til idretten. Dette er på bakgrunn av at SLAP-lesjon er en vanlig skulderskade hos idrettsutøvere og har et relativt langt rehabiliteringsforløp. Hvordan påvirker psykososiale faktorer rehabiliteringen og hva kan vi som fysioterapeuter bidra med for å sikre best mulig resultat.

Problemstilling: Hvordan behandler fysioterapeuter SLAP-lesjon hos idrettsutøvere, og hva er deres erfaringer med retur til idrett?

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 skulderskader.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at jeg/vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema: Behandlingsforløp, prognose, forekomst, psykososiale faktorer og retur til idrett. 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 2024).

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 Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

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.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Bachelorstudent: _____ epost: _____, tlf.: _____
- Veileder: _____, epost: _____, tlf.: _____
- 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 vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via: · Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

(Veileder og lærer ved fysioterapeututdanningen)

(Studenter)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Veien tilbake til banen: En kvalitativ studie om fysioterapeuters erfaringer med behandlingsforløp av SLAP-lesjon og retur til idrett*, 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)