



**INNLEVERING AV BACHELOROPPGAVEN VED**  
**OsloMet – storbyuniversitetet**  
**Fakultet for helsevitenskap**

<b>STUDIEPROGRAM:</b>	Bachelor i fysioterapi
<b>EMNEKODE OG EMNENAVN:</b>	FYB3900 Bacheloroppgave
<b>KULL / KLASSE:</b>	2020 / A2
<b>INNLEVERINGSDATO:</b>	14.10.22
<b>VEILEDER:</b>	Siri Tessem
<b>EMNEANSVARLIGE:</b>	Christin Waage Kristi Elisabeth Heiberg
<b>NORSK TITTEL:</b>	En kvalitativ oppgave om fysioterapeuters erfaringer ved behandling av Osgood-Schlatter
<b>ENGELSK TITTEL:</b>	A qualitative study about physiotherapists' experiences with treatment of Osgood-Schlatter
<b>KANDIDATNUMMER:</b>	110, 124
<b>ANTALL ORD:</b>	6523

## Sammendrag

**Tittel:** En kvalitativ oppgave om fysioterapeuters erfaringer ved behandling av Osgood-Schlatter

**Problemstilling:** «Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av unge med Osgood-Schlatter, og hvordan tilnærmer de seg denne pasientgruppen med hensyn til smerte og aktivitet?»

**Metode:** Et kvalitativt forskningsintervju ble gjennomført. Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide i forkant. Datamaterialet ble analysert med inspirasjon fra Braun & Clarkes tematiske analysemetode. Oppgaven ble utarbeidet i henhold til OsloMets retningslinjer og forskningsetikkloven.

**Resultat:** Begge informantene har erfart at individualisering av behandlingen er viktig. Det kommer frem at aktivitetsjusteringer og smerte henger sammen. De har erfart at samtlige ikke-forskningsbaserte tiltak fungerer for enkelte. Informasjon er viktig i behandling der begge gir informasjon til pasient og foreldre. Alternativ trening og målsettinger står sentralt, med hensikt for å holde på motivasjonen og bevegelsesgleden til pasientene.

**Konklusjon:** Informantene baserer hovedsakelig behandlingen på klinisk erfaring og brukermedvirkning. Det rapporteres at flere OS-pasienter har aktivitetsbegrensende smerter i flere måneder. Dette kan indikere et behov for videre forskning på smertelindrende tiltak. Et mål bør være å motivere pasientene til å opprettholde idrettsdeltakelse.

**Nøkkelord:** Osgood-Schlatter, smertelindrende behandling, fysioterapi, erfaringer, knesmerter, aktivitet

## Abstract

**Title:** A qualitative study about physiotherapists' experiences with treatment of Osgood-Schlatter

**Research question:** *"Which experiences do physiotherapists have with treating Osgood-Schlatter, and how do they approach the patient group regarding pain and activity?"*

**Method:** A qualitative interview was conducted with assistance from a semi-structured interview guide prepared prior to the interview. The data material was analyzed with inspiration from Braun & Clarke's thematic analysis method. The assignment was prepared according to OsloMet's guidelines and the Research Ethics Act.

**Results:** Both informants have experienced that individualization is important. It appears from their experiences that activity adjustments and pain are correlated. Further, they have experienced that all non-research-based measures have effect. Providing information, to both patients and parents, is considered important. Alternative training and goals are central for maintaining the patients' motivation and physical well-being.

**Conclusion:** The informants mainly base their treatment on clinical experience and patient values. It is reported that several patients have pain that limits activity for several months. This may indicate a need for further research of pain-relieving interventions. A goal should be motivating patients to participate in sports.

**Key words:** Osgood-Schlatter, pain-relieving treatment, physiotherapy, experiences, knee pain, activity

## Forord

Å jobbe med bacheloroppgaven har gitt oss mye ny kunnskap. Ingen av oss har lært så mye på en gang, som de 10 ukene med bachelorskriving. Vi tror vi kommer til å få god nytte av hva vi har lært i fremtiden, og begge har blitt nysgjerrige og interesserte på temaet.

Vi ønsker å takke vår veileder Siri Tessem for å ha hjulpet oss i bachelorperioden, og for å utfordre oss på områder slik at vi kunne strekke oss lengre. Vi ønsker også å takke Solveig Veshovda for å ha svart på mange e-poster med spørsmål om kvalitativ metode.

Til slutt ønsker vi å takke våre informanter som takket ja til intervju, og presset inn en halvtime i sine travle hverdager, for å bidra med sin kunnskap rundt temaet.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>3</b>
<b>Forord</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Introduksjon</b> .....	<b>7</b>
<i>Bakgrunn for valg av tema</i> .....	7
<i>Bakgrunn for valg av problemstilling</i> .....	7
<b>2. Teori</b> .....	<b>9</b>
<i>Ungdom i vekst og trening</i> .....	9
<i>Osgood-Schlatter</i> .....	9
Risikofaktorer .....	9
Patofysiologi .....	9
Kliniske manifestasjoner .....	10
Symptomforløp .....	10
Fysioterapeutisk behandling .....	10
<i>Motivasjons- og mestringsteorier</i> .....	10
<i>Modellen til kunnskapsbasert praksis</i> .....	11
<b>3. Metode</b> .....	<b>12</b>
<i>Valg av metode</i> .....	12
<i>Rekruttering av informanter</i> .....	12
<i>Datainnsamling</i> .....	12
Intervjuguide .....	12
Intervjugjennomføring.....	13
<i>Kandidatenes forforståelse</i> .....	13
<i>Analysen</i> .....	14
Teoretisk og empirisk forankring .....	14
Analyseprosessen .....	14
<i>Forskningsetiske betraktninger</i> .....	17
<b>4. Resultater</b> .....	<b>19</b>
<i>Presentasjon av informanter</i> .....	19
<i>Erfaringer med behandling</i> .....	19
Bevisstheten rundt forskningsmangelen .....	19
«Alle er forskjellige» - viktigheten av individualisering .....	19
Aktivitetsjustering og smerte henger sammen.....	20
Ikke-forskningsbaserte tiltak fungerer for noen.....	21

<i>Informasjon og kommunikasjon</i> .....	22
Å trene med smerter er ikke farlig .....	22
Kommunikasjon med støtteapparatet .....	22
<i>Motivasjon og bevegelsesglede</i> .....	23
<b>5. Diskusjon</b> .....	<b>24</b>
<i>Metodediskusjon</i> .....	24
Metodevalg .....	24
Utvalget .....	24
Intervjuets kvalitet .....	25
Analysen .....	25
Ivaretagelse av informanter .....	25
<i>Resultatdiskusjon</i> .....	26
Individualisering av øvelsesprogram og compliance .....	26
Ikke-forskningsbaserte tiltak .....	27
Styrker og svakheter ved ulike måleredskaper for smerte .....	28
Å ta de helt ut av idrettsaktivitet versus en delvis reduksjon .....	29
Resultater i lys av motivasjons- og mestringsteorier .....	29
<i>Implikasjoner for fysioterapi og videre forskning</i> .....	30
<b>6. Konklusjon</b> .....	<b>32</b>
<b>7. Litteraturliste</b> .....	<b>33</b>
<b>8. Vedlegg</b> .....	<b>39</b>
<i>Vedlegg 1: Intervjuguide</i> .....	39
<i>Vedlegg 2: Samtykkeskjema</i> .....	41
<i>Vedlegg 3: ROS-analyse</i> .....	44

# 1. Introduksjon

## Bakgrunn for valg av tema

Knesmerter er den hyppigste formen for muskelskjelettsmerter hos ungdom (1), og en av de vanligste ikke-traumatiske diagnosene innenfor feltet er Osgood-Schlatter (OS) (2). OS er en overbelastningsskade på fremsiden av kneet hos unge i vekst (3). Debut er for gutter i alderen 10-15 år og jenter 8-13 år (2). Symptomene opphører ofte i forbindelse med skjelettmodenhet (4, s.1318). Samtidig er ikke dette alltid tilfellet (5,6).

Prevalensen på OS blant ungdom er på 9,8% med en større hyppighet blant idrettsaktive ungdommer (2). I en studie av Lucena et al (7), fant de en signifikant assosiasjon mellom OS og idrettsaktivitet. Aktiviteter som involverer hopping, knebøy og sparring er forbundet med OS (8). Det rapporteres at pasienter opplever smerter under eller etter slike typer aktiviteter (9). Ettersom OS er en vanlig skade hos idrettsaktiv ungdom, er det viktig for fysioterapeuter å ha god kunnskap om denne skaden, slik at de kan behandles for å lindre smertene under aktivitet.

Etter et søk i Helsebiblioteket (10) og Guidelines International Network, GIN (11) fant vi ut at det per nå verken finnes nasjonale eller internasjonale retningslinjer for behandlingstiltak for Osgood-Schlatter. Fysioterapeutiske behandlingstiltak for OS er hovedsakelig basert på observasjonelle kohortstudier, samt kliniske eksperimenter av ulik kvalitet (12). Det finnes ingen randomiserte kontrollerte studier som ser på smertelindrende effekt av fysioterapeutiske tiltak (12). Det store kunnskapshullet rundt behandling, gjør det vanskelig for fysioterapeuter å ha gode retningslinjer å forholde seg til ved behandling av pasientgruppen.

## Bakgrunn for valg av problemstilling

Etter å ha lest samtlige nasjonale og internasjonale forskningsartikler som domineres av kohortstudier, ser vi at det er flere behandlingstiltak som kan fungere for unge med OS (5,6,13). Ettersom studiene ikke gjennomfører en randomisering av deltakerne, slik som i et randomisert kontrollert forsøk, kan man ikke med sikkerhet si noe om effekten av behandlingen (14, s.120). I en systematisk oversiktsartikkel fra 2021 (12) som ser på konservativ behandling av Osgood-Schlatter, ser vi at enkeltstudiene den baserer seg på er

eldre. Samtidig er det få studier i oversiktsartikkelen som ser på fysioterapeutiske behandlingstiltak.

Redusert idrettsdeltakelse er en vanlig konsekvens hos pasienter med Osgood-Schlatter. Det rapporteres i en studie av Rathleff et al. (15) at nesten halvparten av deltakerne med OS måtte redusere sin idrettsdeltakelse på grunn av knesmerter. Deltakelse i idrett er viktig for unge, blant annet fordi det bidrar til sosialisering og læring (16). Kunnskap om smerte i sammenheng med aktivitet kan bidra til at fysioterapeuter kan skreddersy et behandlingsprogram med mål om økt idrettsdeltakelse.

Ettersom det ikke finnes studier som med sikkerhet kan si noe om effekten av fysioterapeutisk behandling for unge med OS, ønsker vi derfor å undersøke hva slags erfaringer fysioterapeuter har med behandling av OS. Vi ble også nysgjerrige på hvordan fysioterapeuter behandler denne pasientgruppen, slik at knesmertene i minst mulig grad skal begrense ungdommene under aktivitet. Følgende problemstilling ble dermed valgt: *«Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av unge med Osgood-Schlatter, og hvordan tilnærmer de seg denne pasientgruppen med hensyn til smerte og aktivitet?»*



## 2. Teori

### Ungdom i vekst og trening

Inn i puberteten oppstår en vekstspurt, hvor skjelettet i løpet av en kort periode begynner å vokse raskere i høyde (17). For gutter oppstår vekstspurten normalt mellom 10-15 år, og for jenter mellom 8-14 år (18). Denne vekstfasen kan påvirkes positivt av trening, hvor blant annet vektbærende trening er en viktig stimulator for beinvekst (19). Derimot vil en overdreven belastning på senen før fullstendig ossifikasjon av tibias vekstplate, føre til en irritert sene og gi smerter (20, s.384, 4, s.1317).

### Osgood-Schlatter

#### Risikofaktorer

I en studie rapporteres det at gutter er mer utsatt for å utvikle OS (21). Andre ikke-modifiserbare risikofaktorer er tidligere skader, vekststadium, høyde og kroppsstørrelse (22,23). De modifiserbare risikofaktorene innebærer blant annet stivhet i quadriceps, samt økt muskelstyrke i denne under kneekstensjon (23,24).

#### Patofysiologi

Før ble OS sett på som en osteokondritt, men nyere forskning mener det handler mer om den mekaniske belastningen på ekstensormekanismen i patellarsenen. Det har dermed gått fra å være en degenerativ skade på beinet, til en form for tendinopati av patellarsenen (4, s.1316).

Prosessen ved OS innebærer avulsjon av ossifikasjonssenteret i tuberositas tibiae (4, s.1317). Det vil si at et repetitivt stress vil føre til at mikrofibre fra patellarsenen løsrives og en begynnende tendinopati skapes. Mikrofibrene fra senen vil dra små biter av umodent ben fra vekstsenteret på tuberositas tibiae. På grunn av tibias lengdevekst, skapes en longitudinell traksjon som aggregerer tilstanden (4, s.1317).

## Kliniske manifestasjoner

Unge med OS rapporterer ofte konstante smerter på kneets fremside over tuberositas tibiae. Disse smertene forverres ved økning i aktivitet, da spesielt ved løping og hopping på grunn av gjentatte belastninger på patellarsenens feste (4, s.1317,22). Tilstanden er oftest bilateral (18). Klinisk observerer man tydelig hevelse, samt palpasjonsømheter over senefestet. Hos noen kan det oppstå en økt fortykkelse av patellarsenen (22), samt økt tetthet i muskulaturen (4, s.1317).

## Symptomforløp

Symptomdebut skjer gradvis (25), og opphører ofte av seg selv etter 12-24 måneder, hvor det korrelerer med ossifikasjon av vekstsenteret ved tibia og skjelettmodenhet (4, s.3818,26,27). Det rapporteres også lengre symptomvarighet i samtlige kohortstudier som undersøker symptomforløp hos unge med OS. En studie av Gulddammer et al (6) rapporterte en gjennomsnittlig symptomvarighet på 90 måneder. I en annen studie kom de frem til at 37% av deltakerne fremdeles hadde knesmerter ved 24 måneders oppfølging (5).

## Fysioterapeutisk behandling

I en systematisk oversikt av Neuhaus et al. (12) oppsummeres anbefalinger for fysioterapeutiske behandlingstiltak av OS. Anbefalingene inkluderer blant annet styrking og tøying av underekstremitet, kontroll av smerte og hevelse, smertelindrende aktiviteter og pasient- og foreldreopplæring. Studier fra oversiktsartikkelen viser videre til ulike anbefalinger angående idrettsdeltakelse. Blant annet anbefales det opprettholdelse av idrettsdeltakelse med hensyn til smerter, hvile og aktivitetsbegrensning (28,29).

## Motivasjons- og mestringsteorier

Motivasjon kan ifølge Deci & Ryan (30, s.3) beskrives som energien og retningen for handling, hvor energi er fundamentale behov, og retning er prosesser som fører til oppnåelse av disse behovene. En teori innenfor dette er Deci & Ryans (30) selvbestemmelsesteori. Denne teorien beskriver tre grunnleggende behov for motivasjon og personlig velvære: autonomi, relasjoner og kompetanse. Autonomi handler om valgfrihet, og relasjoner om å ha

en sosial tilhørighet og følelse av ivaretagelse med andre (31, s.39 og s.48). Kompetanse er summen av ens interaksjoner med miljøet; ens opplevelser, læring og tilpasninger (30, s.27).

Tanker og vurderinger man gjør i bestemte situasjoner påvirker motivasjonen (31, s.133). Banduras (32) teori om mestringsforventning kan baseres på dette. Mestringsforventning defineres som troen på at en kan gjennomføre de krav som ventes å kunne for å få et ønsket resultat (32). Ifølge Bandura (32) har mestringsforventning en sentral rolle for en persons oppførsel; om man har en unngående eller tilnærmende atferd til handling. En viktig faktor som kan påvirke mestringsforventningen er tidligere mestringsopplevelser. Her vil suksessfulle opplevelser øke den, mens gjentakende, dårlige opplevelser vil redusere den (32).

## Modellen til kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis (KBP) handler om at helsefaglige avgjørelser baseres på den beste tilgjengelige, valide og relevante evidensen (33). Det har blitt utarbeidet en norsk modell for KBP som inneholder 3 elementer: «*Forskningsbasert kunnskap*», «*erfaringsbasert kunnskap*» og «*brukerkunnskap og -medvirkning*» (34). Modellen inneholder også «*kontekst*». Jamtvedt (14, s.23-29) beskriver disse elementene i detalj:

*Forskningsbasert kunnskap* omhandler informasjon produsert gjennom forskning, der man observerer fenomener under bestemte betingelser. *Erfaringsbasert kunnskap* er kunnskap utviklet gjennom refleksjonsprosesser hvor fysioterapeuter lærer fra erfaring. *Brukerkunnskap og -medvirkning* handler om å involvere pasientene i behandlingen, ved å invitere de til å bidra med deres kunnskap og preferanser under valg og utforming av tiltak. Modellen inkluderer en kontekst som avspeiler miljøet eller situasjonen der kunnskapsbasert praksis blir satt ut i livet, og knyttes blant annet til kultur, politikk og prioriteringer. Konteksten påvirker alle de tre elementene i modellen. Selv om modellen illustrerer elementene som «like store», vil elementene i modellen vektlegges ulikt i praksis, avhengig av situasjonen man står i (14, s.30). For eksempel vil vektleggingen av forskningsbasert kunnskap avhenge av tilgjengelig forskning og kvaliteten på denne.

## 3. Metode

### Valg av metode

For å besvare oppgavens problemstilling; «*Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av unge med OS, og hvordan tilnærmer de seg denne pasientgruppen med hensyn til smerte og aktivitet?*», ble det gjennomført et kvalitativt intervju. Denne metoden har blant annet som mål å skape mening og forståelse om et tema som kan føre til ny kunnskap (35, s.68). Dette kan være med på å åpne opp for ny kunnskap på et felt der kunnskapsgrunnlaget fra før er tynt (36, s.29), som i dette tilfellet gjelder behandling av OS.

### Rekruttering av informanter

Rekrutteringen var strategisk, som vil si at informantene som velges ut, har kompetanse til å kunne belyse oppgavens problemstilling (35, s.79,36, s.56). Kriterier for inkludering av informanter var at de måtte være fysioterapeuter, og behandlet pasienter med OS. Gjennom kjennskap fra kandidatenes fysioterapi-nettverk, ble to fysioterapeuter kontaktet med SMS. For å forsikre at de oppfylte kriteriene, inneholdt tekstmeldingen et spørsmål om de hadde behandlet unge med OS, og hvis ja; forespørsel om å stille til et intervju.

### Datainnsamling

#### Intervjuguide

Før intervjuet ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 1). I et semistrukturert intervju blir samtalen fulgt av en intervjuguide med bestemte temaer og forslag til spørsmål (35, s.68), og det er mulighet til å kunne stille andre spørsmål relevant for problemstillingen (36, s.129). Intervjuguiden ble delt inn i faser og temaer for å ha en god struktur gjennom intervjuet. Fasene ble delt inn i; «*introduksjon*», «*intervju*», og «*oppsummering*». Under introduksjonsfasen ble det satt av ca. fem minutter til en uformell, innledende samtale. Intervjufasen ble prioritert med hensyn til tid, og ca. 20 min ble satt av. Det ble satt av et par minutter til oppsummering hvor deltakerne fikk mulighet til å komme med ønskede tilføyinger.

Spørsmålene under intervjufasen ble kategorisert inn i følgende hovedtemaer: «*Generell bakgrunn*», «*Erfaringer med OS*», «*Behandling*» og «*Smerte og aktivitet*». Hensikten med valg av temaer var å starte bredt, og deretter gå dypere inn på temaer som nærmere forsøker å besvare forskningsspørsmålet. Innenfor de ulike temaene ble spørsmålene delt inn i hovedspørsmål, og tilleggsspørsmål. Hovedspørsmålene ble formulert åpent for å invitere til bredere svar og beskrivelser (37, s 202), eksempelvis: «*Hvilke erfaringer har du med unge og Osgood-Schlatter?*». Dersom kandidatene ikke følte spørsmålet ble besvart i ønsket grad, ble det forberedt noen tilleggsspørsmål slik som «*Hvor mange pasienter med OS har du behandlet?*».

### Intervjugjennomføring

Det ble gjennomført to intervjuer med en gjennomsnittlig varighet på 30 minutter. Det ene fysisk på arbeidsplassen til vedkommende, og det andre via telefon ettersom det ikke kunne la seg gjøre fysisk. En hadde rollen som intervjuer med hovedansvar for stilling av spørsmålene. Den andre var referent, der svarene ble notert med penn og papir. Like etter intervjuet satt intervjueren og referenten seg sammen for å gå gjennom rådataen sammen, og notere ned eventuelle innspill fra intervjueren. Dette for å få sitte igjen med mest mulig utfyllende rådata før analyse.

### Kandidatenes forforståelse

Før intervjuet ble det utført en refleksjonsprosess over egen forforståelse. Forforståelse er blant annet erfaringer og faglige perspektiver rundt forskningstemaet som forskere sitter med, og påvirker måten man samler og leser data på (36, s.40). Kandidat én har blant annet erfaringer gjennom observasjoner fra ett familiemedlem som tidligere har hatt OS. Kandidat to har også erfaringer gjennom kjennskap av noen som har hatt OS, og har noen forkunnskaper om tilstanden. Begge kandidatene har et faglig ståsted gjennom fysioterapi-utdanningen, med et perspektiv og forventning om at blant annet pasientaktiv behandling står sentralt.

## Analysen

### Teoretisk og empirisk forankring

Ved analyse av oppgavens datamateriale ble det brukt en kombinasjon av teoretisk og empirisk tilnærming. Ettersom hensikten er å besvare en konkret problemstilling, vil analysering av datamaterialet rette seg mer mot en teoretisk tilnærming (38). Ved teoretisk tilnærming styres analysen mer av forskerens teoretiske interesse på feltet (38). I forkant ble det lest i relevant litteratur for å få en økt kunnskap innenfor temaet og for å kunne skreddersy en problemstilling. Utarbeiding av spørsmål i intervjuguiden hadde dermed et teoretisk preg. På en annen side, spør oppgavens problemstilling etter fysioterapeuters erfaringer. For at resultatene skal belyse informantenes perspektiver og erfaringer, vil en empirisk forankring i analyseprosessen også være naturlig. Empiri handler om å basere seg på observerte fenomen, og frembringer kunnskap fra erfaringer (39). For å analysere datamaterialet, ble det hentet inspirasjon fra Braun & Clarkes (38) seks faser i tematisk analyse. Tematisk analyse er en metode for identifisering, analysering og rapportering av temaer innenfor data (38).

### Analyseprosessen

#### Fase 1: Gjøre seg kjent med datasettet

Ved begynnelsen av analyseprosessen ble datasettet nøye lest hver for oss for å få god oversikt over datamaterialet. Parallelt med lesingen, ble interessante trekk ved datamaterialet notert ned.

#### Fase 2: Kode data

Interessante trekk fra datasettet ble kodet hver for oss i tabell med relevant data samlet innunder hver kode. Kandidat én kom frem til 13 koder, og kandidat to til 10 koder (tabell 1). Kodene ble videre diskutert sammen, og det ble felles notert ned til sammen 19 koder på et tankekart (figur 1). «*Belastningsstyring*» er et eksempel på en kode som begge kandidatene hadde notert ned. En begrunnelse for hvorfor dette var en relevant kode, var at informantene gjentatte ganger hadde nevnt begrepet under intervjuet. Litteratur ble også diskutert i sammenheng med denne koden, hvor begge hadde lest i forskningsartikler der belastningsstyring var en intervensjon for pasienter med OS.

**Tabell 1: Kandidatenes koder**

Kandidat 1	Kandidat 2
Belastningsstyring og smerte	Bevegelsesglede
Uvitenskapelige tiltak/tiltak til de færre tilfellene – det viktigste er å gjøre noe	Belastningsstyring
Kommunikasjon	Individualisering – Alle er forskjellige
Smerte og motivasjon – tilnærming for å holde motivasjonen oppe for å unngå frafall fra idrett	Aktivitets styres av smerte
Individualisering	Informasjon er viktig (pasientinformasjon)
Viktig å gjøre noe for å holde på bevegelsesleden	Alternativ trening
Smertetilnærming: det å konkretisere smerten, hva er innafor, klare retningslinjer	Det viktigste er bare å gjøre noe
Oppfølging, lengde på behandling, hvor tett på skal man være?	Alltid være i full trening?
Være i aktivitet fra start versus å ha en hvileperiode	Dosere lavt i starten
Smerter under aktivitet er ikke farlig	Foreldre skal være støttespillere
Bruken av smerteskalaer for å måle smerte	
Treningsmengde: idrettsaktive ungdom har vanligvis en høyere aktivitetsmengde, vil aktivitetsjusteringer dempe motivasjonen?	
Kontakt med trenere	

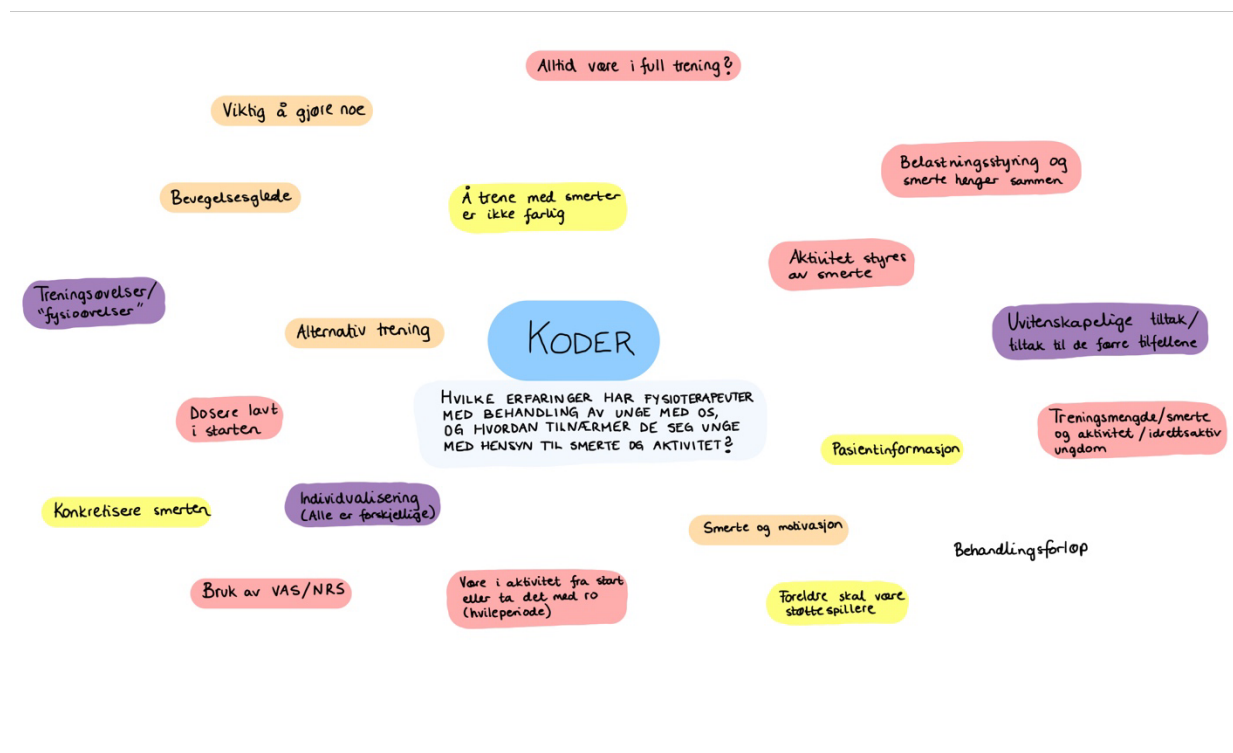
### Fase 3: Danne temaer

Først ble kodene skrevet ned på et tankekart og kategorisert med hjelp av farger for å finne mulige temaer. Etter å ha fargelagt alle kodene, ble det kommet frem til fire farger som mulige temaer. For å komme med et eksempel fant begge kandidatene fellestrekk mellom kodene «*viktig å gjøre noe*», «*bevegelsesglede*» og «*alternativ trening*». Det ble lagt merke til en sammenheng mellom disse blant annet fordi begge tenkte de var relevant til oppgavens problemstilling, med henhold til tilnærminger for smerte og aktivitet. Under disse kodene kom også motivasjon tydelig frem i intervjuet, som førte til temaet: «*motivasjon og*

*bevegelsesglede*». Følgende koder ble markert med oransje for å gjøre det visuelt lettere å ha oversikt. Det samme ble gjort med de andre kodene, med bruk av andre farger.

Det ble videre lagt merke til sammenheng mellom temaene farget i rød og lilla (figur 1). Disse ble slått sammen til et hovedtema med de inkluderte temaene som undertemaer. Til slutt ble følgende hovedtemaer notert ned: «*Terapeutenes erfaringer med behandling*», «*Informasjon og kommunikasjon*» og «*motivasjon og bevegelsesglede*». Innunder samtlige hovedtemaer ble også undertemaer med relevant datamateriale inkludert.

**Figur 1: Fargekodet tankekart**



#### Fase 4: Gjennomgang av temaer

Kodene ble først validert opp mot inkluderte temaer. I valideringen ble koden «*behandlingsforløp*» forkastet da den ikke passet innunder de andre temaene, samt ikke var tilstrekkelig å ha som eget tema. Videre ble det gjennomført validering av temaer opp mot problemstilling, som ble gjort ved å fargekode problemstillingen i samme farger som inkluderte temaer. Ingen temaer ble ekskludert. Til slutt ble validering av datamaterialet opp mot temaene gjennomført. Her ble koden «*viktig å gjøre noe*» flyttet fra undertemaet «*aktivitetsstyring og smerte henger sammen*» til «*motivasjon og bevegelsesglede*», fordi datamaterialet innenfor denne koden passet bedre innunder motivasjon.



### Fase 5: Navngi temaer

Hovedtemaene ble navngitt basert på innholdet fra de inkluderte kodene. Eksempelvis ble hovedtemaet «*terapeutenes erfaringer med behandling*» navngitt på bakgrunn av kodene: «*individualisering*» og «*uvitenskapelige tiltak*». Disse kodene er behandlingstilnæringer informantene hadde erfaring med.

### Fase 6: Skrive resultater

Resultatdelen ble skrevet hvor både parafraaser og sitater fra intervjuet ble inkludert. Ettersom intervjuet ble notert med penn og papir, ble det begrenset med sitater, og hoveddelen av informantens utsagn ble dermed parafrasert.

## Forskningsetiske betraktninger

Oppgaven ble utarbeidet i henhold til OsloMet sine retningslinjer som bygger på universitets- og høyskoleloven, samt forskningsetikkloven utarbeidet av de nasjonale forskningsetiske komiteer (40). Før oppstart av bacheloroppgave ble det også gitt en felles godkjenning fra nasjonale senter og arkiv for forskningsdata (41) til utførelse av kvalitative intervjuprosjekter. Det er videre tatt utgangspunkt i fire etiske områder som er sentrale å ta stilling til for å ivareta informantene ved gjennomføring av intervju; informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle (42, s.102).

Et skriftlig og informert samtykke, godkjent av NSD ble signert og samlet inn i forkant av intervjuet (vedlegg 2). Skjemaet tok for seg blant annet informasjon om formål med intervju, personvern, informantens rettigheter og frivillig deltakelse. Det ble også gitt tilleggsinformasjon om denne oppgavens tema, problemstilling og formål. I henhold til det etiske området om konfidensialitet, ble det gitt informasjon om hvordan datamaterialet fra intervjuet blir behandlet. Informantene ble aidentifisert i oppgaven ved at deres navn ble erstattet med koder, og det ble ikke inkludert informasjon om deres arbeidsplass. For å avdekke mulige konsekvenser før, under og etter intervjuet ble det i startfasen av prosjektet utført en risiko- og sårbarhetsanalyse (vedlegg 3). Analysen oppklarte hvilke uønskede hendelser som kan oppstå og hvordan en kan forhindre disse, samt sikre at det ikke oppstår

unødvendige påkjenninger hos deltakerne. Med henhold til forskerens rolle, er integritet en avgjørende faktor, innunder her blant annet kunnskap, erfaringer, ærlighet og rettferdighet (42, s.108). Med dette tatt i betraktning ble kandidatenes forforståelse redegjort, samt en grundig beskrivelse av analyseprosessen slik at leserne får et godt innblikk i hvordan resultatene ble til.

## 4. Resultater

### Presentasjon av informanter

Tabell 2: Utdannelse og erfaring

	<b>Informant 1 - Mann</b>	<b>Informant 2 - Kvinne</b>
Utdannelse og generell erfaring	Utdannet fysioterapeut. Jobbet både offentlig og privat, men største deler av sin praksis privat.	Utdannet fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi. Jobbet i hovedsak kun i privat praksis.
Erfaring med barn	Aktive barn og unge er en stor andel av pasientgruppen.	Har regelmessig behandling av barn 9-18 år. Mesteparten er idrettsaktiv ungdom.
Erfaring med Osgood-Schlatter	Ca. 20-30 pasienter hvert år.	Ca. 10 pasienter hvert år.

### Erfaringer med behandling

#### Bevisstheten rundt forskningsmangelen

Begge informantene er klar over at det er mangel på forskning angående fysioterapeutisk behandling for OS-pasienter.

*«Det er lite dokumentert forskning på feltet, så mine behandlingstiltak baseres hovedsakelig på egen erfaring»* - Informant 1

Informant 2 forteller at hun bruker «klinisk skjønn» og trekker frem at hun loggfører hvordan ulike behandlingsalternativer fungerer for pasientene.

#### *«Alle er forskjellige»* - viktigheten av individualisering

*«Alle historier er individuelle og man må tilpasse individuelt, uavhengig av skade og pasient».* -Informant 1

Begge informantene har erfart at pasientgruppen er ganske bred og variert. Variasjoner er blant annet i form av alder, symptomer og smertevarighet før de oppsøker behandling. Informant 1 har behandlet alt fra 9 til 15 åringer med tilstanden. Med tanke på smertevarighet, har informant 2 erfart at noen av pasientene har hatt smerter i alt fra et halvt til to år før de oppsøker fysioterapeut. Ettersom pasientgruppen er så bred, understreker informantene at individualisering i behandlingen er ekstra viktig.

Med tanke på å gi pasientene et øvelsesprogram, trekker begge frem at tilpasning er viktig. Alder og modenhet er noe informant 2 tilpasser etter ved utvikling av øvelsesprogrammer. Informant 1 trekker også frem dette, i tillegg til at pasientens individuelle preferanser og ressurser også vektlegges. Oppfølging av pasientene i behandling, er også noe informant 1 understreker at er viktig:

***«En tett oppfølging av pasientene i starten er viktig, men også å tørre å følge de opp over tid»*** - Informant 1

### Aktivitetsjustering og smerte henger sammen

Informantene har erfart at hvor mye man må tilpasse aktivitetene som pasientene gjør, kommer an på hvor mye smerter de har.

***«Aktivitet styres av smerte»*** - Informant 1

***«Smerte og dosering går proporsjonalt»*** - Informant 2

Ved behandlingsstart doserer begge som regel lavt, ettersom de erfarer at pasientene oftest har mest smerter i denne perioden. Dersom smertene er svært intense, har informant 2 erfart at pasientene opplever mindre smerte dersom de blir tatt ut av aktivitet i en periode.

Ved dosering av aktivitetstype forteller informant 1 at man hele tiden må se an hvordan pasientene responderer på doseringen. For å måle dette benytter informantene ulike metoder, eksempelvis bruk av smerterespons. Informant 1 bruker også funksjonelle tester med ulike øvelser. Informant 2 benytter hovedsakelig smerte som mål, blant annet til de mindre barna en FPS-R skala<sup>1</sup>. Til de større barna belyser informant 2 at ikke-standardiserte spørsmål med smertebeskrivelser, slik som «*hvor vondt gjør det når du gjør sånn og sånn...?*» fungerer bra.

### Ikke-forskningsbaserte tiltak fungerer for noen

Begge informantene har hatt pasienter med ekstra intense smerter i behandling. Ved slike tilfeller nevner informant 1 at laserbehandling og trykkbølgebehandling fungerer for noen av pasientene.

***«Jeg er klar over at dette er ikke-forskningsbaserte tiltak, men jeg gjør det i samråd med både pasientene og foreldrene»*** - informant 1

Informanten understreker også at disse behandlingsalternativene er en slags «siste utvei», hvor han har prøvd ut de andre behandlingsalternativene uten effekt.

***«Det viktigste er å gjøre noe»*** - Informant 1

Informant 2 trekker frem at hun kan teste enkelte metoder som ikke er forskningsbaserte, og notere seg en egen «logg» om hvordan utprøvde tiltak fungerte. Metoder hun har prøvd ut er knestøtte, spesialsåler og manuell behandling på benk. Ved utprøving av metodene forteller hun at: «*for noen funker det, for andre ikke*». I likhet med informant 1, er dette også tiltak hun prøver, dersom ingen andre alternativer har fungert.

---

<sup>1</sup> Et selvrapporteringsinstrument for måling av smerteintensitet hos barn ved hjelp av ansikter (43)

## Informasjon og kommunikasjon

### Å trene med smerter er ikke farlig

Begge informantene har erfart at smerteopplæring er en viktig del av behandlingen. Informant 1 understreker at denne pasientgruppen alltid vil oppleve noen grad av smerter under behandlingen. Han har erfart ved å gi informasjon om konkrete retningslinjer på ulike smertegrenser, aksepterer pasientene lettere situasjonen de befinner seg i. Han forteller pasientene sine at det ikke er farlig å trene med smerter dersom det går over dagen etter, og bruker konkrete tall og verdier inspirert av NRS for å beskrive smertegrensene:

**3-4 er OK (gult lys)**

**5-6 (oransje lys)**

**6-7 (rødt lys – stopp aktiviteten)**

Informant 2 trekker frem at hensikten med informasjon om smerte både er for å trygge pasientene, men også for undervisning:

*«Jeg prøver å lære de å regulere aktiviteten etter smerte»*

Hun praktiserer dette ved å bevisstgjøre pasientene på hvilke aktiviteter som trigger mer smerte enn andre. Ved gjennomføring av disse aktivitetene gir hun noen egendefinerte referanserammer som pasientene kan tenke over, eksempelvis: *«hvis smerten øker og øker..»* eller *«hvis smertene er så intense at man ikke får sove om natta»* eller *«har store smerter dagen etter»*. Dersom pasientene opplever dette, skal de redusere aktivitetsmengden.

## Kommunikasjon med støtteapparatet

*«Informasjon til foreldre og støtteapparatet er det viktigste»* - Informant 1

Det fremheves hos begge informantene at kommunikasjon med støtteapparatet er en viktig del av behandlingen. Informant 2 legger vekt på at foreldre skal være støttespillere, og peker på at det er viktig å «*holde foreldre tilbake*» da hun har erfart ivrige foreldre som har presset barna på trening. Denne informanten kommuniserer ikke direkte med trenere, men kan sende et informasjonsskriv dersom pasienten ønsker det. Informant 1 tar direkte kontakt med blant annet skole, gymlærer og trener for å forklare situasjonen pasienten står i. Hensikten med dette er for at støtteapparatet kan tilrettelegge for: «*mest mulig aktivitet med minst mulig smerte*».

## Motivasjon og bevegelsesglede

**«Det er opp til terapeuten å stimulere motivasjon. For eksempel ved å gi de alternative, konkrete målsettinger de kan nå» - Informant 1**

Han forteller at dersom pasienten for eksempel ikke kan spille fotball på en stund, er det viktig å finne andre alternative målsettinger som motiverer de. Eksempelvis å forbedre seg på pushups, eller teknikk i en spesifikk øvelse. Han begrunner dette med at de er idrettsaktive, som gjør at det er viktig å motivere de til å være i aktivitet i perioder med intense smerter.

Hos informant 2 kommer det frem at det er viktig med variert og allsidig trening. En erfaring hun har gjort seg er at dersom pasientene gjør aktiviteter som fremprovoserer smerte over lengre tid, kan dette påvirke motivasjonen. Hun understreker at det er «*viktig å holde på bevegelsesgleden*», og anbefaler pasientene å finne aktiviteter som ikke fremprovoserer smerte. Her trekker hun frem eksempler som sykling eller bassengtrening.

## 5. Diskusjon

I diskusjonskapittelet vil først styrker og svakheter i oppgavens metode diskuteres. Deretter drøftes resultatene i oppgaven opp mot eksisterende forskning og samtlige teorier med hensikt å belyse problemstillingen: «*Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av unge med Osgood-Schlatter, og hvordan tilnærmer de seg denne pasientgruppen med hensyn til smerte og aktivitet?*». Til slutt reflekteres det over implikasjoner for fysioterapi og videre forskning.

### Metodediskusjon

#### Metodevalg

Validiteten til en metode kan fortolkes som «i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke» (42, s.276). Oppgavens problemstilling etterspør fysioterapeuters erfaringer, og et kvalitativt intervju kan derfor egne seg godt til å besvare dette. På en annen side er også problemstillingen ute etter terapeutenes tilnærminger til pasienter med OS, med hensyn til smerte og aktivitet. I denne sammenheng kan tilnærmingene ses på som en samhandlingsprosess, noe som kunne blitt bedre undersøkt ved hjelp av observasjon. Observasjon kan gi et fullstendig bilde av det som studeres, og brukes blant annet for å samle inn data relatert til samspill mellom mennesker (35, s.106).

#### Utvalget

Oppgavens utvalg kan påvirke både resultatets og metodens validitet og reliabilitet. Validiteten kan blant annet påvirkes av informantenes troverdighet (42, s.278). Ettersom begge informantene har erfaring og kunnskap om Osgood-Schlatter, kan dette bidra til å styrke troverdigheten, som videre kan styrke validiteten. Noe som kan ha påvirket datainnsamlingens reliabilitet er kjennskapet mellom kandidatene og informantene. Reliabilitet behandles ofte i sammenheng med reproduserbarhet av resultater (42, s.276). En kan diskutere om informantene ville svart annerledes dersom de ble intervjuet av personer uten noen relasjon til dem. Andre erfaringer kunne kommet frem, som ville ført til et annerledes resultat.



## Intervjuets kvalitet

Kvaliteten på et intervju er av betydning for hvorvidt en kan belyse problemstillingen (35, s.90). En faktor som kan ha styrket intervju kvaliteten i oppgaven er at intervjuet var semistrukturert, med en utarbeidet intervjuguide. En intervjuguide er en oversikt over temaer som skal dekkes, med forslag til spørsmål (42, s.162). Med hjelp fra intervjuguiden, kan man sikre seg at sentrale temaer relevant til problemstillingen ikke utelates.

Kandidatenes kvalifikasjoner kan i denne oppgaven både vært en styrke og en svakhet. Kvaliteten på intervjuet avhenger av kvaliteten på både intervjuferdigheter og kunnskaper om temaet (42, s.84). En styrke her er at begge kandidatene har lest seg godt opp på oppgavens tema. På en annen side kan en svakhet være uerfarenhet i gjennomføring av intervjuer. Som Kvale & Brinkmann (42, s.84) skriver; «*omfattende trening er nødvendig for å bli en høyt kvalifisert intervjuer*». Begge kandidatene har lite erfaring med gjennomføring av forskningsintervjuer.

## Analysen

Forskerens forforståelse påvirker hele veien måten man samler inn og bearbeider data (36, s.40). En viktig fallgrube i kvalitativ forskning er å tillate forforståelsen å overdøve den kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha levert (36, s.41). I henhold til dette, kan en styrke være kandidatenes begrensede erfaring med målgruppen. Det kan reflekteres over hvorvidt den begrensede erfaringen vil overdøve den empiriske dataen. På en annen side kan forforståelse i form av teoretisk kunnskap hatt en innvirkning på analysen. Ettersom begge kandidatene har lest seg opp på temaet i forkant, kan den teoretiske kunnskapen ha blitt vektlagt og påvirket tolkningen av dataene i stor grad, slik at det empiriske overdøves.

## Ivaretagelse av informanter

Forskningsetikklovens (44) intensjon er å beskytte forskningsdeltakerne, og det er lovpålagt at en skal ta hensyn til deltakerne og personvernmessige forhold (45,46). Derfor står ivaretagelse av informanter sentralt i denne oppgaven. Signering av et informert samtykkeskjema, vil bidra til å ivareta informantens rett til å bestemme over egne personopplysninger. Samtidig står det i Helseforskningsloven at et samtykke skal bygge på spesifikk informasjon om det konkrete forskningsprosjektet (46). Ettersom samtykkeskjemaet kun inneholder generell informasjon,

kan en diskutere om signering av dette alene vil være tilstrekkelig. Ved å gi tilleggsinformasjon om oppgavens tema, problemstilling og formål, kan en i større grad oppfylle kravet om informert samtykke.

En annen styrke som kan diskuteres er manuell notering på ark, fremfor lydopptak under intervjuet. Lydopptak vil fange opp alt av informasjon, men samtidig er det større risiko for å inkludere personidentifiserbar data (47). Et eksempel er dersom informantene beretter personlige opplysninger, vil lydopptaket fange dette opp. Derimot kan man unnlate å skrive ned denne informasjonen ved notering på ark.

Gjennomføring av ROS-analyse vil være med å ivareta informantene, blant annet gjennom kartlegging av uønskede situasjoner, slik at en kan foreslå forebyggingstiltak (48). En kan diskutere kandidatenes manglende erfaring opp mot ROS-analysens gyldighet. Ettersom kandidatene aldri har gjennomført en ROS-analyse før, kan en diskutere om analysen er grundig nok gjennomført med tanke på inkludering av situasjoner som kan oppstå, samt risikoforståelsen for disse. Derimot kan en styrke være at ROS-analysen måtte godkjennes før oppstart av intervju, som vil si at en mer kompetent person har gjennomgått analysen.

## Resultatdiskusjon

### Individualisering av øvelsesprogram og compliance

Individualisering i behandlingen sto sentralt hos begge informantene, og var viktig ved blant annet utvikling av øvelsesprogrammer. I en studie av Rathleff et al (15), ble det gitt identiske knestyrke-programmer til deltakere med OS, og det ble rapportert at kun 23% gjennomførte programmet fullt ut. Et av utfallene i studien var knesmerter ved 12 måneders oppfølging, og det ble rapportert at 45% fortsatt hadde knesmerter. Her kan man diskutere om den lave graden av compliance<sup>2</sup> er en faktor som kan ha påvirket utfallet. Det kan videre stilles spørsmål til hvorfor compliance er så lav. Som sagt var øvelsesprogrammet i studien lik for alle. I motsetning til studien, individualiserer informantene øvelsesprogrammene. Her kan en reflektere om individualisering av øvelsesprogrammer kan påvirke compliance.

---

<sup>2</sup> I hvor stor grad et behandlingsprogram gjennomføres av pasienten (49)

I en studie hvor de så på faktorer som påvirker compliance i fysioterapi, kom de frem til at relasjonen mellom pasient og terapeut var en av de viktigste (49). Informant 1 følger sine pasienter tett opp og over tid, og inkluderer både deres preferanser og ressurser i behandlingen. I en kvalitativ systematisk undersøkelse, så de blant annet på pasienters meninger om hvilke faktorer som påvirker pasient-terapeut-interaksjonen (50). Her kom de frem til at inkludering av pasienters preferanser i behandlingsprosessen var en faktor som styrket båndet mellom terapeut og pasient. De kom også frem til at tid i behandling er en faktor som kan påvirke relasjonen. Basert på studiens funn, kan det antydes at informanten har gode relasjoner med pasientene sine med tanke på oppfølging og inkludering av pasientens preferanser. Ettersom relasjon er en viktig faktor som innvirker på compliance, kan dette tyde på at compliance hos informantens pasienter er god.

### Ikke-forskningsbaserte tiltak

Et overraskende funn var at informantene inkluderte ikke-forskningsbaserte tiltak som behandlingsalternativer, innunder her blant annet trykkbølgebehandling. Mangel på forskning gjør at det kan stilles spørsmål til effekten av trykkbølgebehandling. Ifølge modellen om kunnskapsbasert praksis som består av de tre elementene: «*forskningsbasert kunnskap*», «*erfaringsbasert kunnskap*» og «*brukermedvirkning og -kunnskap*», illustreres de som tre likegyldige elementer (14, s.29). I praksis vil vektleggingen disse avhenge av situasjonen man står i (14, s.30). Siden det ikke er mye forskning på trykkbølgebehandling, vil det være naturlig å vektlegge brukermedvirkning og erfaringer i større grad ved vurdering av dette som intervensjon. I en studie som undersøkte terapeuters erfaringer på undersøkelse og behandling av OS-pasienter, ble det rapportert at en av deltakerne hadde god erfaring med trykkbølgebehandling. (51). Siden funnet er basert på erfaringer, kan dette bidra til å styrke elementet «*erfaringsbasert kunnskap*» i modellen. Det kan også poengteres at informant 1 gjennomfører trykkbølgebehandling i tett samråd med både pasienten og foreldrene. Dermed inkluderes også «*brukermedvirkning- og kunnskap*» i hans praksis.

## Styrker og svakheter ved ulike måleredskaper for smerte

Begge informantene erfarer at å bruke referanserammer for smerteintensitet fungerer bra i forbindelse med pasientopplæring. Det som skiller seg ut er at den ene informanten tar i bruk NRS-skala, mens den andre benytter egendefinerte referanserammer. Her kan styrker og svakheter med bruken av disse drøftes.

NRS-skala står for Numeric Rating Scale og er en av de mest brukte selvrappporterte smerteskalaene i klinisk praksis (52). En styrke med NRS er at den ikke krever utstyr og tar kort tid å gjennomføre (53). Dersom protokollen til NRS følges likt fra gang til gang, kan en styrke også være test-retest reliabiliteten. Test-retest reliabilitet er måleredskapets evne til å reproducere like resultater over tid (54). Terapeuten kan med det bruke denne skalaen til å måle endring i smerteintensitet over tid. Derimot er det svake anbefalinger for bruk av NRS-skala på unge med langvarige smerter (smerter >3 måneder), blant annet på grunn av begrenset evidens (55). Det er en mulig fare for at dersom pasientene har hatt smerter over en lengre tidsperiode, kan de tilvennes disse smertene. (56). Dette kan føre til utfordringer med å forholde seg til et spesifikt tall på smerteintensitet. Basert på dette, kan det være vanskelig å vite om svaret pasienten oppgir er gyldig. For eksempel dersom pasienten oppgir smerteintensitet fire på NRS-skala, kan en med sikkerhet si at dette faktisk er en firer?

Med egendefinerte referanserammene menes beskrivelser av ulike smertesituasjoner som informant 2 bruker. Som tidligere nevnt kan det være utfordrende for unge å holde seg til spesifikke tall på smerteintensitet. Det kan dermed diskuteres om bruken av egendefinerte referanserammer er hensiktsmessig med tanke på at pasientene slipper å forholde seg til tall. Eksempelvis om det vil være lettere for pasienten å svare på «forstyrrer smertene nattesøvnen?» fremfor å oppgi et tall mellom 1-10. En svakhet med egendefinerte referanserammer kan være en begrensende mulighet til å måle fremgang i behandlingsforløpet, da den ikke følger en standardisert protokoll. Med henhold til test-retest reliabilitet vil den ikke-standardiserte protokollen øke sjansen for uønskede variasjoner i måleredskapet (54).

## Å ta de helt ut av idrettsaktivitet versus en delvis reduksjon

Informantene har ulike perspektiver på hvor aktive pasientene bør være i idretten under behandling. Den ene informant har som mål å ha de mest mulig i idrettsaktivitet, og tar de sjelden helt ut av idretten. Derimot tar den andre informanten pasienter med intense smerter helt ut av idrett. I en studie gjort på ungdom med OS, var en av intervensjonene total reduksjon av smerteprovoserende aktiviteter i fire uker (15). Etter 12 uker rapporterte 80% av deltakerne bedring i smerteintensitet. En kan her diskutere om den totale reduksjonen av idrettsdeltakelse er en faktor som har bidratt til forbedret smerteintensitet.

Etter å ha ledd i databaser som PubMed, Cochrane og SportDiscus ble det ikke funnet studier som både ser på delvis reduksjon av aktivitet og smerteintensitet. Dette begrenser muligheten til å kunne diskutere styrker og svakheter med delvis reduksjon opp mot total reduksjon av aktivitet. Det rapporteres i en studie at en femtedel av OS-pasienter faller ut av idretten på grunn av knesmerter (5). Ettersom idrett er en arena for unge med tanke på sosialisering, læring og tilhørighet (16), er det viktig å opprettholde idrettsdeltakelsen så langt det lar seg gjøre. Det ville derfor vært interessant om det i fremtiden kunne bli gjort en RCT-studie som sammenligner total reduksjon og delvis reduksjon av idrettsdeltakelse, med smerteintensitet som utfall.

## Resultater i lys av motivasjons- og mestringsteorier

Det kom frem hos informantene at pasientinformasjon er en viktig del i behandlingen. Å gi pasientinformasjon er å formidle kunnskap som pasienten har behov for (37, s.217-218). Motivasjon er ifølge Deci & Ryan (30, s.3) retning for handling. Langvarige smerter kan påvirke motivasjonen negativt (57). Med tanke på at smerter under aktivitet er et typisk symptomtilstand på Osgood-Schlatter, kan det være en risiko for at smertene kan påvirke motivasjonen i den grad at det går utover idrettsdeltakelsen. I henhold til selvbestemmelsesteorien vil økt kompetanse føre til økt motivasjon (30, s. 58). Hos informant 2 var hensikten med pasientinformasjon blant annet å lære de å justere aktivitetene basert på smerter. Den økte kompetansen vil dermed ikke bare lære de, men også motivere de til aktivitetsjusteringer. Dette kan videre bidra til opprettholdelse av idrettsdeltakelse.

Informantene har gode erfaringer med alternative målsettinger og trening som ikke fremprovoserer smerte. Ifølge Banduras mestringssteori, vil en persons mestringsforventning påvirke ens tilnærming mot en handling, og en viktig faktor som påvirker dette er tidligere mestringsopplevelser (32). Basert på denne teorien, kan trening som ikke fremprovoserer smerte føre til positive mestringsopplevelser for pasientene, som igjen kan bidra til økt mestringsforventning. Dette kan videre påvirke om pasientene har en tilnærmende eller unnvikende atferd til en aktivitet.

## Implikasjoner for fysioterapi og videre forskning

Medisinsk praksis er forankret i vitenskapelig kunnskap, og utvikling av slik kunnskap krever blant annet relevans og overførbarhet (36, s.210). Denne kvalitative oppgaven har tatt for seg fysioterapeutisk behandling av OS, og smertetilnærminger med hensyn til aktivitet.

Med hensyn til relevans, er det et kunnskapshull blant annet innenfor forskning på effekt ved fysioterapeutisk behandling for OS-pasienter (12). Erfaringene informantene har med behandling av denne pasientgruppen, kan danne grunnlag for videre forskning. For eksempel var en av erfaringene at trykkbølgebehandling fungerer for noen. Et utgangspunkt for videre forskning, er at fenomenet som skal studeres bør være godt kjent, slik at man kan definere tydelige og meningsfylte hypoteser (36, s.29). Erfaringene med trykkbølgebehandling kan gi et utgangspunkt for videre forskning, der man kan studere om tiltaket faktisk har effekt, ved gjennomføring av en RCT-studie på pasienter med OS.

Overførbarhet i kvalitativ forskning, handler om at resultatene kan overføres til flere sammenhenger enn der de opprinnelig ble hentet ut fra (36, s.55). En kan diskutere om en direkte overførbarhet til fysioterapeutisk praksis er tilstrekkelig, basert på et utvalg av to fysioterapeuter. Funnene er basert på klinisk erfaring og brukermedvirkning, ettersom det er en forskningsmangel på fysioterapeutiske behandlingstiltak. Oppgavens informanter har lang og bred erfaring, da de behandler omtrent 10-30 OS-pasienter i året, noe som kan styrke oppgavens overførbarhet. Når det er sagt, er målet i kvalitative oppgaver ikke å generalisere resultatet til et populasjons-nivå, men å belyse kunnskap om og skape bredere forståelse om

menneskers meninger og opplevelser (36, s.22 og s.27). Funnene i denne oppgaven kan bidra til å skape en bedre forståelse for behandlingstiltak som kan fungere for enkelte OS-pasienter.

Når det kommer til forskning på mennesker, er det lovpålagt å vurdere, samt overveie fordeler opp mot belastninger for deltakerne (46). Det kan diskuteres hvor mye tid og ressurser en skal bruke på forskningsprosjekter, ettersom Osgood-Schlatter er en tilstand som ofte går over av seg selv (27). På en annen side har flere studier rapportert symptomvarighet på 24-90 måneder, hvor flere deltakere fremdeles har knesmerter ved oppfølging (5,6). Det kan også nevnes at smertene går utover barn og unges aktivitet og livskvalitet (6). Dermed kan det være en fordel med videre forskning på feltet på smertelindrende tiltak.

## 6. Konklusjon

Et kvalitativt intervju ble gjennomført med formål om å undersøke hvilke erfaringer fysioterapeuter har med behandling av unge med Osgood-Schlatter, og hvordan de tilnærmet seg pasientgruppen med hensyn til smerte og aktivitet.

Sentrale erfaringer informantene formidlet var individualisering av behandlingsopplegget med tanke på en bred pasientgruppe, aktivitetsjusteringer henger sammen med smerte og viktigheten av pasientopplæring for å fremme aksept og trygghet. Noe som skilte seg ut, var at en av informantene brukte egendefinerte referanserammer for måling av smerteintensitet fremfor et standardisert måleverktøy. Et overraskende funn var at informantene benyttet seg av ikke-forskningsbaserte tiltak ved behandling av enkelte pasienter.

Ettersom informantene har erfart at pasientene i perioder kan ha intense smerter, var det interessant hvordan de tilnærmet seg pasientene med tanke på dette. Tilnærmingene besto av å utvikle alternative målsettinger, og å finne aktiviteter som ikke fremprovoserer smerte. Begge hadde som hensikt å motivere pasientene til å være aktive.

Til tross for at dette er en skade som ofte går over av seg selv, rapporteres det at flere pasienter har aktivitetsbegrensende smerter i flere måneder. Funnene i oppgaven er hovedsakelig basert på klinisk erfaring og brukermedvirkning. Dette kan indikere et behov for videre forskning på smertelindrende tiltak for OS-pasienter. Et viktig mål bør være å motivere pasientene til å opprettholde idrettsdeltakelse.



## 7. Litteraturliste

1. Rathleff MS, Roos EM, Olesen JL, Rasmussen S. High prevalence of daily and multi-site pain—a cross-sectional population-based study among 3000 Danish adolescents. *BMC pediatrics*. 2013; 13(1): 1-10.
2. Smith JM, Varacallo M. Osgood Schlatter’s disease (tibial tubercle apophysitis) [Internett]. StatPearls; 2022 [12. Februar 2022; Hentet 21. August 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441995/>
3. Kienstra AJ, Macias CG. Osgood-Schlatter disease (tibial tuberosity avulsion) [Internett]. UpToDate; 2022 [oppdatert 18. august 2022; Hentet 25. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/osgood-schlatter-disease-tibial-tuberosity-avulsion>
4. Helgeson K, Shelly E, Dommerholt J, Mayberry N. Soft Tissue, Joint, and Bone Disorders. I: Goodman CC, Fuller Ks, red. *Goodman and Fuller’s Pathology: Implications for the Physical Therapist*. 5 utg. Missouri: Elsevier; 2021. s. 1247-1318.
5. Holden S, Olesen JL, Winiarski LM, Krommes K, Thorborg K, Hölmich P, Rathleff MS. Is the Prognosis of Osgood-Schlatter Poorer Than Anticipated? A Prospective Cohort Study With 24-Month Follow-up. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*. 2021; 9(8):23259671211022239
6. Guldhammer C, Rathleff MS, Jensen HP, Holden S. Long-term prognosis and impact of Osgood-Schlatter disease 4 years after diagnosis: a retrospective study. *Orthopaedic journal of sports medicine*. 2019; 7(10): 2325967119878136.
7. de Lucena GL, dos Santos Gomes C, Guerra RO. Prevalence and Associated Factors of Osgood-Schlatter Syndrome in a Population-Based Sample of Brazilian Adolescents. *The American Journal of Sports Medicine*. 2011; 39(2):415–420.
8. Chang GH, Paz DA, Dwek JR, Chung CB. Lower extremity overuse injuries in pediatric athletes: clinical presentation, imaging findings, and treatment. *Clinical imaging*. 2013; 37(5):836-846
9. Gaulrapp H, Nührenbörger C. The Osgood-Schlatter disease: a large clinical series with evaluation of risk factors, natural course, and outcomes. *International Orthopaedics*. 2021; 46(2): 197-204.

10. Listevising med nasjonale retningslinjer, veiledere og faglige råd [Internett]. Oslo: Helsebiblioteket; uå. [Hentet: 13. oktober 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer-og-veiledere/retningslinjer>
11. GIN. guidelines international network [Internett]. EBSCO; 2020 [Hentet 12. oktober 2022]. Tilgjengelig fra: <https://guidelines.ebmportal.com/guidelines-international-network?search=schlatter&type=search>
12. Neuhaus C, Appenzeller-Herzog C, Faude O. A systematic review on conservative treatment options for OSGOOD-Schlatter disease. *Physical Therapy in Sport*. 2021; 49(1): 178-187.
13. Kaya DO, Toprak U, Baltaci G, Yosmaoglu B, Ozer H. Long-term functional and sonographic outcomes in Osgood–Schlatter disease. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy*. 2012; 21(5): 1131-1139.
14. Jamtvedt G, Hagen KB, Bjørndal A. Kunnskapsbasert fysioterapi: metoder og arbeidsmåter. 2. utg. Oslo: Gyldendal; 2015.
15. Rathleff MS, Winiarski L, Krommes K, Graven-Nielsen T, Hölmich P, Olesen JL, Thorborg K. Pain, sports participation, and physical function in adolescents with patellofemoral pain and Osgood-Schlatter disease: a matched cross-sectional study. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2020; 50(3):149-157.
16. Norges idrettsforbund. Hvorfor inkludere? [Internett]. Oslo: Norges idrettsforbund; u.å. [hentet 1. oktober 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.idrettsforbundet.no/tema/inkludering/Hvorfor-inkludere/>
17. Soliman A, Sanctis VD, Elalaily R, Bedair S. Advances in pubertal growth and factors influencing it: Can we increase pubertal growth? *Indian J Endocrinol Matab*. 2014; 18(1): 53-62.
18. Blankstein A, Cohen I, Heim M, Salai M, Chechick A, Ganel A, Diamant L. Ultrasonography as a diagnostic modality in Osgood-Schlatter disease. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*. 2001; 121(9):536-539.
19. Weaver CM. The growing years and prevention of osteoporosis in later life. Cambridge University Press. 2000; 59(2): 303-306.

20. Engebretsen L, LaPrade RF, Pierce CM, Cook J, Arendt E, Mohtadi N. Knesmerter. I: Bahr R, red. *Idrettsskader: Diagnostikk og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget, 2014. s. 372-385.
21. Kujala UM, Kvist M, Heinonen O. Osgood-Schlatter's disease in adolescent athletes: Retrospective study of incidence and duration. *The American Journal of Sports Medicine*. 1985; 13(4):236-241.
22. Ladenhauf HN, Seitlinger G, Green DW. Osgood–Schlatter disease: A 2020 update of a common knee condition in children. *Current Opinion in Pediatrics*. 2020; 32(1):107–112.
23. Watanabe H, Fujii M, Yoshimoto M, Abe H, Toda N, Higashiyama R, Takahira N. Pathogenic Factors Associated with Osgood-Schlatter Disease in Adolescent Male Soccer Players: A Prospective Cohort Study. *Orthop J Sports Med*. 2018; 6(8): 232596711879219
24. Nakase J, Goshima K, Numata H, Oshima T, Takata Y, Tsuchiya H. Precise risk factors for Osgood–Schlatter disease. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*. 2015; 135(9):1277–1281.
25. Gholve PA, Scher DM, Khakharia S, Widmann RF, Green DW. Osgood Schlatter syndrome. *Current Opinion in Pediatrics*. 2007; 19(1): 44–50.
26. Circi E, Atalay Y, Beyzadeoglu T. Treatment of Osgood–Schlatter disease: review of the literature. *Musculoskeletal Surgery*. 2017; 101(3): 195-200.
27. Meisterling RC, Wall EJ, Meisterling MR. Coping with Osgood-Schlatter Disease. *The Physician and Sportsmedicine*. 1998; 26(3): 39-40.
28. Lipman R, John RM. A review of knee pain in adolescent females. *The Nurse Practitioner*. 2015; 40(7):28-36
29. Wall EJ. Osgood-Schlatter Disease: Practical Treatment for a Self-Limiting Condition. *The Physician and Sportsmedicine*. 1998; 26(3), 29–34.
30. Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Boston: Springer; 1985.
31. Diseth Å. *Motivasjons-psykologi: Hvordan behov, tanker og emosjoner fremmer prestasjoner og mestring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2019.

32. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*. 1977; 84(2): 191-215.
33. Dawes M, Summerskill W, Glasziou P, Cartabellotta A, Martin J, Hopayian K et al. Sicily statement on evidence-based practice. *BMC medical education*. 2005; 5(1): 1-1.
34. Folkehelseinstituttet, Høgskulen på Vestlandet, Universitetet i Oslo. Kunnskapsbasert praksis [Internett]. Oslo: Helsebiblioteket; uå [oppdatert: 02. september 2022; hentet: 12. oktober 2022]. Tilgjengelig fra: [www.kunnskapsbasertpraksis.no](http://www.kunnskapsbasertpraksis.no)
35. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 7. utg. Oslo: Gyldendal; 2020.
36. Malterud, K. Kvalitative metoder I medisinsk forskning: En innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
37. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017
38. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006; 3(2): 77-101.
39. Lasalle University. Qualitative and Quantitative Research: What is “Empirical Research”? [Internett]. Philadelphia: Connelly Library; 2022 [oppdatert 1. august 2022; Hentet 4. oktober 2022]. Tilgjengelig fra: <https://library.lasalle.edu/c.php?g=225780&p=3112085>
40. OsloMet Storbyuniversitet. Etske retningslinjer for forskning ved OsloMet [Internett]. Oslo: OsloMet; 9. august 2022 [oppdatert 23. september 2022; hentet 20. september 2022]. Tilgjengelig fra: <https://ansatt.oslomet.no/etske-retningslinjer-for-forskning-ved-oslomet>
41. NSD. Norsk senter for forskningsdata [Internett]. Bergen; NSD; uå. [hentet 11. oktober 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.nsd.no>
42. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015.
43. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale – Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*. 2001; 93(2): 173-183
44. Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven). LOV-2017-04-28-23 [hentet 12. oktober 2022]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>

45. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). Helseforskningslovens saklige virkeområde [Internett]. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene; 17. november 2021 [hentet 12. oktober 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helseforskningslovens-saklige-virkeomrade/>
46. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). LOV-2008-06-20-44 [hentet 11. oktober 2022]. Tilgjengelig fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_2)
47. Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag [Internett]. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer; 23. mai 2019 [hentet 1 oktober 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
48. MF vitenskapelig høyskole. Risiko- og sårbarhetsanalyse [Internett]. Oslo: MF vitenskapelig høyskole; u.å. [hentet 20. september 2022]. Tilgjengelig fra <https://www.mf.no/bibliotek/forskerstotte/praktisk-info-forskere/risiko-og-sarbarhetsanalyse>
49. Østerås H, Haaland, K. Compliance i fysioterapi [Internett]. Oslo: Fysioterapeuten; 2001 [oppdatert 20. august 2001; hentet 29. september]. Tilgjengelig fra: <https://www.fysioterapeuten.no/compliance-i-fysioterapi/124861>
50. O’Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O’Sullivan PB, O’Sullivan K. What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*. 2016; 96(5): 609-622.
51. Lyng KD, Rathleff MS, Dean BJF, Kluzek S, Holden S. Current management strategies in Osgood Schlatter: A cross-sectional mixed-method study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2020; 30(10): 1985-1991.
52. Jacob E, Puntillo KAA. Survey of Nursing Practice in the Assessment and Management of Pain in Children. *Pediatric Nursing*. 1999; 25(3): 278.
53. Holdgate A, Asha S, Craig J, Thompson J. Comparison of a verbal numeric rating scale with the visual analogue scale for the measurement of acute pain. *Emergency Medicine (Fremantle, W.A.)*. 2003; 15(5-6):441-446

54. Fitzner K. Reliability and validity: A quick review. *The Diabetes Educator*. 2007; 33(5): 775-780
55. Birnie KA, Hundert AS, Lalloo C, Nguyen C, Stinson JN. Recommendations for selection of self-report pain intensity measures in children and adolescents: a systematic review and quality assessment of measurement properties. *Pain*. 2019; 160(1): 5-18
56. Ruskin D, Lalloo C, Amaria K, Stinson JN, Kewley E, Campbell F et al. Assessing pain intensity in children with chronic pain: Convergent and discriminant validity of the 0 to 10 numerical rating scale in clinical practice. *Pain Research & Management*. 2014; 19(3): 141-148
57. Schwartz N, Temkin P, Jurado S, Lim BK, Heifets BD, Polepalli JS et al. Decreased motivation during chronic pain requires long-term depression in the nucleus accumbens. *Science*. 2014; 345(6196): 535-542

## 8. Vedlegg

### Vedlegg 1: Intervjuguide

<p><b>Formell informasjon</b> -- &gt; dette har blitt <u>sendt skriftlig</u> til informantene ettersom tiden vi har til disposisjon er begrenset</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tema, bakgrunn, formål<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Tema:</b> Fysioterapeuters erfaringer med Osgood-Schlatter</li><li>○ <b>Problemstilling:</b> «Hvilke erfaringer har fysioterapeuter med behandling av unge med Osgood-Schlatter, og hvordan tilnærmer de seg denne pasientgruppen med hensyn til smerte og aktivitet?»</li><li>○ <b>Bakgrunn:</b> Vi ble interessert i denne skaden – kjenner til mange som har/har hatt, søkte rundt, og fant ut at det ikke fins så mye god forskning på feltet</li><li>○ <b>Formål:</b> få mer kunnskap rundt det å behandle OS-pasienter når det finnes så lite forskning innenfor feltet, og hvordan de tilnærmer seg de unge med hensyn til smerte og aktivitet ettersom smertene ofte begrenser aktivitetsnivået til de unge</li></ul></li><li>• Taushetsplikt og anonymitet i oppgaven</li><li>• Informer muntlig om at det blir skriftlig tatt notater (penn og papir)</li><li>• Om informant har spørsmål før start</li><li>• Informert samtykke før start – utlevere skjema før intervju</li></ul>	
FASE 1 - Introduksjon	<p>Uformell prat</p> <p>Introdusere oss selv</p> <p>Estimert tid &lt;5 minutter</p> <p>Påminnelse om at formell informasjon om oppgaven, samt samtykkeskjema ble sendt skriftlig på e-post</p>
FASE 2 - Intervju	<p>Estimert tid 20 minutter</p> <p><u>Tema 1 Generell bakgrunn:</u></p> <p><b>Hovedspørsmål 1:</b> Kan du fortelle litt om din generelle bakgrunn/karriere?</p> <p>- <b>Tilleggsspørsmål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hvor mange år har du jobbet som fysioterapeut?</li><li>- Hvor mye erfaring har du med behandling av unge?</li></ul> <p><u>Tema 2 Erfaring med Osgood-Schlatter:</u></p> <p><b>Hovedspørsmål 2:</b> Hva slags erfaringer har du med unge med Osgood-Schlatter?</p> <p>- <b>Tilleggsspørsmål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Er det noen fellestrekk som går igjen?</li><li>- Ca. hvor mange pasienter med OS har du behandlet?</li><li>- Hvor lenge har pasientene hatt smerter når de kommer til deg?</li></ul> <p><u>Tema 3 Behandling:</u></p> <p><b>Hovedspørsmål 3:</b> Hvordan behandler du denne pasientgruppen?</p> <p>- <b>Tilleggsspørsmål:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hvordan doseres tiltakene (opp eller ned). Følger du noen kriterier? Hvordan dosere når det ikke er retningslinjer?</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan måle fremgang? Måler du på flere ICF nivåer (kroppsstruktur, aktivitet og deltakelse)?</li> <li>- Med tanke på at det ikke er noen kliniske retningslinjer, hvordan utfordrer det behandlingen?</li> </ul> <p><b>Hovedspørsmål 4:</b> Hvordan responderer pasientene på behandlingen de får hos deg?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilleggsspørsmål: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvor lenge i snitt er de i behandling hos deg? (varierende?)</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Tema 4 Smerte og aktivitet:</u></p> <p><b>Hovedspørsmål 5:</b> Et symptom hos disse unge med OS er at de får smerter under aktivitet. Hvordan går du frem med hensyn til dette i behandlingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tilpasning i form av dosering</li> <li>- Alternativ trening – hvilke aktiviteter anbefales? Noen idrettsaktiviteter som er bedre/verre, evt. Hvorfor?</li> </ul> <p><b>Hovedspørsmål 6:</b> Hvilke tanker har du rundt det å trene/være i aktivitet med smerter?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvor mye smerter mener du man bør tillate (NRS)? Hvorfor?</li> </ul>
FASE 3 - Oppsummering	<p>Estimert tid et par minutter</p> <p>Avrunding – eventuelle oppklaringer</p> <p>«Er det noe du ønsker å tilføye?»</p> <p>Takke for intervjuet</p>



## Vedlegg 2: Samtykkeskjema

### **Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi OsloMet - storbyuniversitetet** **12.08.2022**

#### **Forespørsel om deltagelse i et studentprosjekt ved Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi OsloMet – storbyuniversitetet**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et studentprosjekt med intervju som resulterer i en bacheloroppgave. Temaet for denne oppgaven er valg av fysioterapitiltak i praksis.

Studentene vil intervju fysioterapeuter om bakgrunnen for valg av deres metode og tiltakene de gjennomfører i ulike sammenhenger. Noen studenter vil også intervju lærere, barnehagepersonell eller andre ansatte om valg av helsefremmende og forebyggende tiltak.

I dette informasjonsskrivet gir vi deg informasjon om hva deltagelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

I prosjektet ønsker vi å finne ut om valg av tiltak er kunnskapsbasert. Vi ønsker også å finne ut om faglige avgjørelser bygger på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og/eller brukermedvirkning.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Vi henvender oss til deg fordi du er en leder som bestemmer eller en fagperson som utøver tiltakene.

#### **Spørsmål om personopplysninger**

Du kan bli spurt om din og/eller arbeidsplassens erfaring med valg av tiltak. Det vil kunne bli stilt spørsmål som omhandler brukeres erfaringer med tiltakene, men ikke på en slik måte at man kan identifisere enkeltpersoner.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, signerer du på samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger.

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi samler inn følgende opplysninger om deg:

Kontaktinformasjon (navn, epost, telefonnummer og arbeidsplass) i forbindelse med intervjuet.

Dine meninger og refleksjoner rundt temaet i intervjuet.

Det blir tatt notater av intervjuet. Det er bare studenten og veileder som har tilgang til notatene.

Notater fra intervjuet blir lagret og bearbeidet i skyløsning ved OsloMet (Office 365). I bacheloroppgaven blir personopplysninger om deg pseudonymisert og aidentifisert. Det betyr at navn blir skiftet ut med en kode, og identifiserende data blir slettet eller grovkategorisert, slik at det blir vanskelig for utenforstående å identifisere enkeltpersoner. Bacheloroppgaven blir lest av medstudenter, veiledere og vurdert av en sensor.

Kontaktinformasjonen, samtykkene og notater fra intervjuet slettes når klagefristen for eksamen er utgått. Etter dette kan noen av bacheloroppgavene bli publisert og/eller benyttet i undervisningssammenheng, dersom du samtykker til det. **Dine rettigheter**

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i *formålet* med studentprosjektet. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysningene om deg,
- å få slettet personopplysningene 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 kontaktinformasjonen om deg basert på personvernforordningen artikkel 6 Behandlings lovlighet, 1f. behandlingen er nødvendig for formål knyttet til de berettigede interessene som forfølges av den behandlingsansvarlige. Kontaktinformasjonen trenger vi for å kunne rekruttere deltagere i prosjektet, avtale og veilede underveis og i etterkant av prosjekter der det er nødvendig med fysiske respondenter.

Vi behandler opplysninger om deg i intervjuet basert på ditt samtykke i henhold til personvernforordningen artikkel 6 Behandlings lovlighet 1a) den registrerte har samtykket til behandling av sine personopplysninger for ett eller flere spesifikke formål.

## **Ansvarlig**

OsloMet er ansvarlig for behandlingen av dine personopplysninger.

## **Kontaktopplysninger**

Hvis du har spørsmål eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med emneansvarlig Christin Waage. E-post: [christin.waage@oslomet.no](mailto:christin.waage@oslomet.no).

Hvis du har spørsmål til personvernombudet, kan du ta kontakt på følgende E-post: [personvernombudet@oslomet.no](mailto:personvernombudet@oslomet.no).

Med vennlig hilsen

.....  
.....  
Student Student Student

**Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet og er villig til å delta i et intervju om

.....

Jeg samtykker til at informasjonen jeg bidrar med vil bli brukt i en skriftlig bacheloroppgave hvor resultatene formidles. Informasjonen vil være aidentifisert. Bacheloroppgaven blir lest av medstudenter, veiledere og sensorer.

Jeg samtykker til at den ferdige bacheloroppgaven kan publiseres på internett og brukes i undervisning.

Jeg er informert om at jeg kan trekke meg fra studien uten begrunnelse.

Signatur: ..... Dato: .....

Navn (trykte bokstaver):  
.....

Telefon: ..... E-post: .....

## Vedlegg 3: ROS-analyse

Nr	Risikoelement	Sårbarhet/svakheter	Sårbarhet/svakheter	S (sannsynlighet)	K (konsekvens)	Risiko	Forslag til risikoreuserende tiltak	Ansvarlig	Tidfrist
	Hva kan skje?	Hvordan kan det skje?	Hvilke tiltak er allerede iverksatt?	Hva er sannsynligheten for at hendelsen inntreffer?	Hva er konsekvensene hvis hendelsen inntreffer?	Samlet vurdering av sannsynlighet og konsekvens	Hvilke tiltak kan innføres for å redusere sannsynligheten for at hendelsen skal inntreffe eller konsekvensen av hendelsen om den inntreffer?	Hvem er ansvarlig for å følge opp foreslåtte tiltak (rolle/person)	Når (Dato/periode) skal tiltak være gjennomført
1	Kontakter via SMS, telefonen kan bli stjålet eller hacket etter å ha tatt kontakt	Uvedkommende får tilgang på oppl. i form av telefonnummer til informantene.	Sletter SMSene like etter bekræftet intervju.	1	1	2	Ringes vedkommende fremfor SMS.	Kandidater	07.09.22
2	Papirene kan bli stålet	Uvedkommende kan få tilgang til personopplysninger	Papirene oppbevares til enhver tid på et sikket sted. Skal ikke ligge åpent og tilgjengelig for andre.	1	1	2	Ikke skriver navn på arkene. Overfører data til sikket system, makulerer papirene.	Kandidater	
3	Intervju via telefon, mobilen kan hækkes under intervjuet	Uvedkommende kan avlytte telefonintervjuet våres	Laste ned virusprogram for å hindre hacking.	1	2	3	Intervjuer fysisk	Kandidater	11.09.22
4	Intervju fysisk, uvedkommende kan lytte bøk døra	Uvedkommende kan få innblikk i personopplysninger	Sikre at vi sitter i et (relativt) lydtett rom	2	1	3	En intervjuer og noterer, mens den andre står utenfor og holder vakt.	Kandidater	13.09.22
5	Skjer en glipp i systemet (onedrive)/systemet hækkes	Uvedkommende (både internt OsloMet studenter/lærere og eksternt) får tilgang til opplysningene	OsloMet har økt sikkerhetsnivået på systemet.	1	2	3	Umgår å skrive navn i dokumentene	Kandidater	
6	Oppretting av slettende opplysninger fra papir	Uvedkommende kan samle sammen biter fra søpla og linne de sammen	Rive papirene godt fra hver andre og kaste de dyp i søpla.	1	1	2	Høre med skolen om å låne en makuleringsmaskin.	Kandidater	15.10.22

## Skalaer ifm. ROS-analysen:

### Risikoskala

Risikonivået utledes ved å addere konsekvens (1-4) med sannsynlighet (1-4)  
 Risikonivå over 5 skal normalt ikke aksepteres, som vist i «risikonivå» matrisen

### Konsekvensskala

Svært lite alvorlig	Mindre alvorlig	Alvorlig/høy	Svært alvorlig/høy
Har ubetydelige konsekvenser for studentene/tilsatte eller OsloMet, kan føre til tap av anseelse eller integritet eller økonomisk tap – men det kan gjenopprettes	Har visse konsekvenser for studentene/tilsatte eller OsloMet, kan føre til tap av anseelse eller integritet eller økonomisk tap	Har store konsekvenser for studentene/tilsatte eller OsloMet, kan føre til alvorlig tap av anseelse og integritet eller uopprettelig økonomisk tap	Har betydelige/katastrofale konsekvenser for studentene/tilsatte eller OsloMet, eller kan medføre betydelig og uopprettelig økonomisk tap, eller kan føre til alvorlig tap av anseelse eller integritet som påvirker liv, helse eller økonomi.

### Sannsynlighetsskala (sannsynligheten kan vurderes ut ifra hyppighet)

	Liten	Medium	Stor	Veldig stor
Hyppighet	En gang per 5 år eller sjeldnere	En gang per år eller sjeldnere	En gang per måned eller sjeldnere	Ukentlig

