

FYSIOTERAPEUTERS BESKRIVNING AV SITT ARBETE MED REHABILITERINGEN AV PATIENTER MED MEDIALA KOLLATERALLIGAMENT-SKADOR

En kvalitativ intervjustudie

JONATHAN ALEXANDERSSON

FREDDY WIMAN

*Huvudområde: Fysioterapi med
beteendemedicinsk inriktning
Nivå: Kandidat
Högskolepoäng: 15
Program: Fysioterapeutprogrammet
Kursnamn: Examensarbete inom fysioterapi
Kurskod: FYSO10*

*Handledare: Caroline Eklund
Examinator: Maria Sandborgh*

*Seminariedatum: 2019-03-13
Betygsdatum: 2019-04-26*

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Skada på det mediala kollateralligamentet (MCL) är en av de vanligast förekommande knäskadorna och drabbar främst yngre idrottande personer. En av fysioterapeutens roller i rehabiliteringen är att se till människans helhet där biomedicinska, psykiska och sociala aspekter ingår, detta för att patienten ska få ett bra omhändertagande.

Syfte: Att undersöka hur fysioterapeuter beskriver sitt arbete med rehabilitering av patienter med MCL-skador.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med deskriptiv design utfördes. Data insamlad från sex intervjuer av fysioterapeuter bearbetades med hjälp av en induktiv ansats i en kvalitativ innehållsanalys. Ett ändamålsenligt bekvämlighetsurval användes vid valet av intervjupersoner.

Resultat/slutsats: Studiens resultat mynnade ut i fyra kategorier med två underkategorier inom varje. Kategoriernas namn var "Identifierar behov av och arbetar med att ge patienterna stöd", "Anpassar rehabilitering efter patientens träningsmöjligheter och olika aktiviteter", "Arbetar med att minska rädsla, oro och öka tillit till knät hos patienterna" och "Arbetar med patienternas motivation". Det visade sig i studiens resultat att hänsyn togs av intervjupersonerna till såväl biomedicinska som psykosociala faktorer i sitt arbete med denna patientgrupp.

Nyckelord: Beteendemedicin, fysioterapi, mediala kollaterala ligamentet, rehabilitering.

ABSTRACT

Background: Injury to the Medial Collateral Ligament (MCL) are one of the most common knee injuries and mainly affect younger athletes. One of the physiotherapists' roles in rehabilitation is to look at the whole of the human being, which includes biomedical, psychological and social aspects, in order to ensure a good medical care.

Purpose: To investigate how physiotherapists describe their work with rehabilitation of patients with MCL injuries.

Method: The design of the study was a qualitative interview study, with an inductive approach. Data collected from six interviews of physiotherapists was analysed using a qualitative content analysis. An appropriate convenience sample was used in the selection of interviewees.

Result / conclusion: The study's results consisted of four categories with two sub-categories within each. The names of the categories were "Identifying need of and work with supporting biopsychosocial factors", "Adapting rehabilitation to the patient's possibilities regarding training and various activities", "Working with reducing fear, worry and increasing the patient's confidence regarding their knees" and "Working with the patients' motivation". It was shown in the results that consideration was taken by the interviewees regarding the patient's biomedical and psychosocial factors.

Keywords: Behavioral medicine, physiotherapy, medial collateral ligament, rehabilitation.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	BAKGRUND	1
1.1	Mediala kollaterala ligamentet (MCL).....	1
1.2	Förekomst av MCL-skada	1
1.3	Fysioterapeutens roll	2
1.4	Undersökning och gradering av MCL-skada	2
1.5	Rehabilitering	3
1.6	Biopsykosociala modellen.....	4
1.7	Socialkognitiva teorin	4
1.8	Rädsla-undvikande modellen	5
2	PROBLEMFÖRMULERING	5
3	SYFTE	6
4	METOD OCH MATERIAL	6
4.1	Design	6
4.2	Urval	6
4.2.1	<i>Inklusionskriterier</i>	7
4.3	Datinsamling	7
4.4	Tillvägagångssätt	7
4.5	Dataanalys	8
4.6	Etiskt övervägande.....	9
5	RESULTAT	10
5.1	Identifierar behov av och arbetar med att ge patienterna stöd	10
5.1.1	<i>Samverkan med kurator</i>	11
5.1.2	<i>Tillvägagångssätt för att stötta patienter</i>	11
5.2	Anpassar rehabiliteringen efter patientens träningsmöjligheter och olika aktiviteter	12
5.2.1	<i>Anpassar utifrån återgång till idrott och arbete</i>	12
5.2.2	<i>Patientens förutsättningar för träning beaktas</i>	12

5.3	Identifierar och arbetar med att minska rädsla och oro.....	13
5.3.1	<i>Tillvägagångssätt för att minska rädsla och oro.....</i>	13
5.3.2	<i>Identifierar rädsla och oro</i>	14
5.4	Arbetar med patienternas motivation	14
5.4.1	<i>Tillvägagångssätt för att uppmuntra ökad motivation</i>	15
5.4.2	<i>Motivation är viktigt för lyckad rehabilitering.....</i>	16
6	DISKUSSION.....	16
6.1	Resultatsammanfattning.....	16
6.2	Resultatdiskussion.....	17
6.3	Metoddiskussion	19
6.4	Etisk diskussion	22
7	SLUTSATS.....	22
8	KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING.....	23
	REFERENSLISTA	25

BILAGA A – INTERVJUGUIDE

BILAGA B - INFORMATIONSBREV

1 BAKGRUND

1.1 Mediala kollaterala ligamentet (MCL)

Mediala kollateral ligamentet (MCL) har en central roll i att mekaniskt stabilisera knät (Chen, Kim, Ahmad & Levine, 2007). Ligamentet är uppbyggt av mestadels kollagena fibrer och av en mindre portion elastiska fibrer, vilket förhindrar att överdrivna rörelser uppstår. Dessutom har det en proprioceptiv funktion vilket ökar medvetenheten om knäledens position. Vidare kan ligamentet delas in i en ytlig del och en djupgående del där den ytliga delen går från femurs mediala kondyl och fäster på insidan strax nedanför pes anserinus. Den djupa delen har sitt ursprung på undersidan av mediala femurkondylen och fäster på den mediala tibiaplatån. Dessa djupgående fibrer går längs med ledkapseln, där mittendelen fäster in på den mediala menisken. Att skapa stabilisering som nämns ovan sker genom att det mediala kollateralligamentet förhindrar valgusställning ifrån krafter på knäledens utsida, överdriven utåtrotation av underbenet samt hjälper Anterior Cruciate Ligament (ACL) i att begränsa en anterior förskjutning av underbenet (Chen et al., 2007). MCL är den främsta stabilisatorn av både dynamisk och statisk karaktär (Marchant et al., 2010). Utöver MCL roll i att förhindra medial valgus instabilitet så är även ACL bidragande i att stabilisera knät, framförallt vid inåtrotation av underbenet (Matsumoto et al., 2001).

1.2 Förekomst av MCL-skada

MCL-skada drabbar främst idrottande yngre individer och är en av de vanligaste förekommande knäskadorna som ofta inträffar i kombination med ACL-skada (Chen et al., 2007). MCL-skada är vanligast vid kontaktsporter som exempelvis rugby, brottning, hockey och judo (Roach et al., 2014). Inom de populära sporterna fotboll och skidåkning är belastning i valgusställning vanligt vilket bidrar till att MCL-skador är så vanligt förekommande (Phisitkul, James, Wolf & Amendola, 2006). I en observationsstudie under 10 år av Andrews, Lu, Mckean & Ebraheim (2017) visade det sig att 7,9% av alla knäskador, var en skada på MCL. Uppkomsten av MCL-skador sker vanligtvis vid trauma på laterala sidan av knät, eller vid landning som skapar en stor valgusvinkel i knäleden (Laprade & Wijdicks, 2012). Om knät utsätts för direkt valguskraft är det vanligast att den ytliga delen av MCL blir skadad, men om det även samtidigt sker en rotation är det vanligare att ACL skadas mer än MCL vilket är ett exempel på en vanligt förekommande kombinationsskada. Det förekommer även att ligamentet lossnar från den femorala infästningen (Laprade & Wijdicks, 2012).

1.3 Fysioterapeutens roll

En betydande patientgrupp som vanligtvis besöker fysioterapeuter är bland annat individer med funktionsnedsättningar i rörelse- och stödjeorganen (Broberg & Tyni-Lenné, 2010). En viktig uppgift för fysioterapeuten är att visa sambandet mellan rörelse- och hälsa för att uppnå en god livskvalité, samt att tillsammans med patienten sätta mål som är av betydelse för de. Oavsett funktionsnedsättning är fysioterapeutens roll att se till människans helhet (Broberg & Tyni-Lenné, 2010) vilket kan kopplas till den biopsykosociala modellen (BPS), (Borrell-Carrió, 2004). I denna modell beskrivs att man bör ta hänsyn till en patients sociala, psykologiska samt biomedicinska förutsättningar för att få så goda hälsoreultat som möjligt (Borrell-Carrió, 2004). Till följd är fysioterapeutens roll av yttersta betydelse då en individs funktion, delaktighet och aktivitet begränsas av skador sjukdomar eller andra fysiska och eller psykosociala omgivningsfaktorer (Broberg & Tyni-Lenné, 2010). Vidare arbetar fysioterapeuter med utredning, diagnos och behandling i samtycke med patient för att exempelvis upprätthålla eller öka rörelseomfånget (Broberg & Tyni-Lenné, 2010).

Beteendemedicin förklaras som en intergration av psykosociala, beteendemässiga och biomedicinska faktorer i syfte att öka samt tillämpa kunskap vid exempelvis rehabilitering och behandling (International Society of Behavioral Medicine, 2011). Många fysioterapeuter arbetar med att få patienten att utföra en beteendeförändring i syfte att bidra till en bättre hälsa för patienten (Denison & Åsenlöf, 2012). En beteendemedicinskt inriktad fysioterapeut arbetar mer med att öka patientens aktivitetsförmåga samt fysiska aktivitet istället för att utföra passiva behandlingar (Denison & Åsenlöf, 2012). Rehabiliteringen av MCL-skada innefattar träning (Phisitkul et al., 2006) och detta träningsbeteende hos patienterna är något som fysioterapeuten kan påverka för att en beteendeförändring ska ske (Denison & Åsenlöf, 2012). Vidare arbetar fysioterapeuter med denna inriktning med att nyttja patientens egna resurser för att hen ska bli så självständig som möjligt (Denison & Åsenlöf, 2012). Där hänsyn endast tas till biomedicinska aspekter vid behandling, uteblir exempelvis patientens mål, psykologiska förutsättningar samt omgivningsfaktorer vilket kan ses som ett problem (Turk & Okifuji, 1998).

1.4 Undersökning och gradering av MCL-skada

För att undersöka en misstänkt skada på MCL kan värdefull information erhållas utifrån anamnestagning där patienten beskriver skadans uppkomst samt ömhetens lokalisation och intensitet (Chen et al., 2007). Manuella tester som görs är vacklingstest i cirka 20° flexion, samt i full extension i knäled (Laprade & Wijdicks, 2012). Om den mediala ledspringan ökar i cirka 20° flexion men ej i full extension tyder det på en isolerad MCL-skada, det betyder alltså att om ledspringan ökar även i full extension tyder det på en kombinationsskada. Andra tester som genomförs är undersökning av svullnad och stabilitet i knät samt röntgen. Magnetisk Resonans Tomografi (MRT) används vanligen för att säkerställa den fysiska

examinationen då den kan producera en visuell överblick av knäts uppbyggnad och eventuella skador i leden. Det är av stor vikt att jämföra eventuella fynd i det skadade knät med det friska knät (Laprade & Wijdicks, 2012). Skador på MCL delas in i 3 olika grader som avgörs beroende på den mediala ledspringans mellanrum samt ömhetens omfattning, detta illustreras nedan (Chen et al., 2007).

Grad 1: En minimal skada på kollagenfibrerna i ligamentet, ömhet kring det och ingen påtaglig knäledsinstabilitet. Medial ledspringa: 0-5mm.

Grad 2: Något större skada på kollagenfibrerna, mer utspridd ömhet samt en måttlig valgusinstabilitet. Medial ledspringa: 5-10mm.

Grad 3: En fullständig ruptur av ligamentet med en påtaglig valgusinstabilitet. Medial ledspringa: >10mm.

Vid misstanke om förekomst av grad 2 och grad 3 skador bör vidare undersökning av kombinationsskador göras (Wijdicks et al., 2010). Skador på MCL har enligt Edson (2006) visat sig ha ett relativt förutsägbart förlopp där det först uppstår en blödning och därefter en inflammation, följt av spridning och remodelering av kollagena fibrer. Enligt Edson (2006) har skador av typen grad 1 och 2 god prognos gällande konservativ behandling.

1.5 Rehabilitering

Det inledande målet är att minska patientens smärta och svullnad (Chen et al., 2007). Rehabiliteringen av MCL-skador fortsätter därefter med övningar som fokuserar på att öka rörelseomfång samt med viktbärande träning för quadriceps (Edson, 2006). Därefter fortsätter behandling med ökad styrke- och stabilitetsövningar (Edson, 2006). En studie av Phisitkul et al., (2006) visar att träningen av quadriceps kan öka styvheten av MCL med upp till 164% och därmed minska ledlaxitet och instabilitetskänsla. Stärkandet av quadriceps i en sluten rörelsekedja har enligt Seidenberg, Beutler, Anthony och Elsevier, (2008) visat sig vara fördelaktigt gentemot i en öppen rörelsekedja, då flera muskelgrupper kan arbeta samtidigt. En sluten kedja innebär att den distala delen är förankrad i underlaget vilket förhindrar delen från att röra sig (Jewiss et al. 2017). Ett exempel på detta är knäböj där baksida lår hjälper till att stabilisera rörelsen och öka ledstabiliteten. Vidare visar denna studie att detta hjälper rörelsen att bli mer funktionell då det efterliknar aktiviteter med fixerade fötter, vilket ofta förekommer hos denna patientgrupp (Seidenberg et al., 2008). Rehabiliteringen av MCL anpassas beroende på skadans omfattning utifrån de tre olika grader men upplägget är sig likt (Edson 2006). Det som skiljer sig mellan de olika delarna är främst att ju lindrigare skadan är desto snabbare kan man påbörja de tidiga momenten som nämns ovan (Edson 2006). Under rehabiliteringens inledande skede styrs träningsupplägget efter patientens smärttolerans (Chen et al., 2007).

1.6 Biopsykosociala modellen

BPS-modellen utvecklades av George Engel (1977) och kom till som ett svar på tidigare biomedicinska modeller. Då tidigare biomedicinska modeller fokuserade på patofysiologin och andra biologiska aspekter av sjukdom, utvecklade Engel BPS-modellen för att bättre kunna förstå hälsa och sjukdom ur ett helhetsperspektiv. En studie gjord av Wade & Halligan (2017) beskriver att BPS-modellen hade syftet att ge en mer omfattande bild av sjukdom och sjukvård, den var aldrig tänkt att ersätta biomedicin utan att fungera som ett komplement där bio utgör en viktig och lika stor del som det psykosociala i BPS-modellen. Modellen är både en filosofi om den kliniska vården men också en praktiskt klinisk guide (Borrell-Carrió 2004). I modellen beskrivs vikten av att kunna agera adekvat kring en patients lidande samt för att få de att känna sig förstådda och förstå deras situation för att kunna göra bästa möjliga insatser, krävdes att man simultant tog hänsyn till de biologiska, psykologiska och sociala aspekterna av sjukdomen. Under det praktiska utförandet beskrivs BPS -modellen som ett sätt att förstå att patientens subjektiva upplevelse är starkt bidragande till en humanistisk vård, goda hälsoresultat samt diagnos (Borrell-Carrió 2004).

BPS-modellen utgjorde ett teoretisk ramverk för utformandet av International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Socialstyrelsen, 2016). ICF används inom många vårdområden däribland fysioterapi. Exempel på några av dessa användningsområden inom fysioterapi är koppling av åtgärder, utvärdering av resultat, målsättning, habilitering och rehabilitering. ICF fokuserar på tre komponenter, aktivitet och delaktighet, kroppsfunction och kroppsstruktur samt omgivningsfaktorer. Dessa tre komponenter samspelar och är av yttersta betydelse för en individs hälsa (Socialstyrelsen, 2016).

I en kvalitativ intervjustudie gjord på fysioterapeuters erfarenheter av att rehabilitera patienter med ACL-skador kom man fram till att den psykologiska komponenten är av vikt vid återgång till sport eller arbete (von Aesch, Perry & Sole 2015). Vidare beskrivs i samma studie att för att uppnå ett positivt utfall vid rehabiliteringen kan det vara värt att bibehålla, förbättra eller erhålla ett biopsykosocialt perspektiv för fysioterapeuterna (von Aesch et al., 2015). Att anamma den BPS-modellen leder till en patientcentrerad vård, som i sin tur kan förbättra utfallet för patienterna (Wade & Halligan, 2017). I sökning av litteratur inom området MCL-skador och rehabilitering framkom en övervägande del med biomedicinska frågeställningar och få som behandlade det psykosociala aspekterna för patienter med skador på MCL.

1.7 Socialkognitiva teorin

Enligt Bandura (1986) samverkar individers beteende, individfaktorer och omgivning med varandra och är därmed av betydelse för att kunna skapa en fullständig bild av patienten och ett så bra resultat av rehabiliteringen som möjligt. En studie av Mangine, Minning, Eifert-Mangine, Colosimo, & Donlin, (2008) som belyser omhändertagandet av MCL/ACL-skador visar att ett positivt utfall av rehabilitering inte styrs av enbart fysiska faktorer utan även av yttre faktorer som exempelvis sociala vanor och omgivningssituationer. Vidare säger Mangine et al., (2008) att vid rehabiliteringen krävs det att fysioterapeuten tar hänsyn till

flera av dessa faktorer. I en studie gjord av Lentz et al. (2014) på patienter med ACL-skador kan man se att den psykiska faktorn ”rädsla för att skada sig igen” har betydelse för rehabiliteringen samt förutsättningen för återgång till idrott.

En beteendeförändringsprocess är en produkt av interaktion mellan beteende, individ och omgivning (Bandura, 1986). Som exempel skulle detta kunna innebära att en patient som har en MCL-skada (individfaktor) eventuellt utvecklar en rädsla eller undvikande av att utföra vissa aktiviteter (beteende). Beteenden är beroende av vilka konsekvenser som kan tänkas förekomma, så kallade resultatförväntningar, men även hur viktigt det är att nå ett visst resultat, så kallade värdeförväntningar. Ett annat centralt begrepp inom SCT är self-efficacy vilket definieras som en individs tilltro till sin egen förmåga att utföra en specifik uppgift i en given situation Bandura (1986). I en studie gjord av Thomeé et al. (2006) på patienter med liknande knäskada visas att om en patient har en högre tilltro till sin förmåga ökar chansen att rehabiliteringen blir lyckad.

1.8 Rädsla-undvikande modellen

Smärtproblematik är komplext där flera psykosociala komponenter är av största vikt (Linton, 1995). Att förstå smärtans olika komponenter om hur akut smärtproblematik övergår i långvarig smärta har länge varit svårt därav presenterades rädsla-undvikande modellen som en förklaring (Vlaeyen & Linton, 2000). Denna modellen baseras på undvikandet av rörelser och aktiviteter som en konsekvens av rädsla. Modellen består av två olika grenar av konfrontations- och undvikandebeteenden. Undvikande-beteenden styrs bland annat av rädsla för ökad smärta i en given aktivitet, vilket kan leda till att personen helt undviker den. Genom ett långvarigt undvikande kan smärtproblematiken förvärras och en avsaknad av positiva förstärkare kan inträffa. Denna avsaknad har visat sig kunna resultera i frustration och depression som en konsekvens i form av sämre smärttolerans, (Vlaeyen & Linton, 2000). Denna modellen är från början utvecklad för patienter med långvarig smärtproblematik i nedre delen av ryggen (Linton, 1995). En senare studie visar även stöd för att denna modell går att applicera på knäskador som liknar MCL, i detta fall ACL-skadade patienter där smärtrelaterad rörelserädsla kan vara ett hinder för återgång till idrott (Lentz et al., 2014). Vidare beskrivs i resultatet av en studie Lentz et al. (2014) att fysisk skada bidrar till en tidig funktionsnedsättning medan psykologiska faktorer kan bidra till en långvarig funktionsnedsättning, vilket korrelerar med rädsla-undvikande modellen.

2 PROBLEMFÖRMULERING

MCL-skador utgör en av de mest förekommande knäskadorna ute i klinisk verksamhet. Patientgruppen är främst yngre aktiva, men kan drabba alla. Fysioterapeuter utbildas idag med kompetens inom BPS-modellen för att se patienten som en helhet. Litteraturen gällande

rehabilitering av MCL-skador har ett övervägande fokus på biomedicinska faktorer även om det visat sig vid andra liknande knäskador att psykosociala faktorer spelar roll vid behandlingen, samt påverkar utfallet av rehabiliteringen. Inom rädsla-undvikande modellen beskrivs det att psykologiska faktorer som rädsla kan påverka en patients träningsbeteende. Det är därför intressant att studera hur fysioterapeuter beskriver sitt arbete med patienter med MCL-skada för att förstå vilken problematik de ser hos gruppen och hur de i så fall bemöter problematiken.

3 SYFTE

Att undersöka hur fysioterapeuter beskriver sitt arbete med rehabilitering av patienter med MCL-skador.

4 METOD OCH MATERIAL

4.1 Design

Studiens design var av deskriptiv karaktär i form av en kvalitativ intervjustudie. Studiens design motiverades av att författarna undersökte hur fysioterapeuter beskrev sitt arbete, detta genom semistrukturerade intervjuer som möjliggjorde målade svar (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

4.2 Urval

Ett ändamålsenligt bekvämlighetsurval med sex fysioterapeuter som vid intervjutillfället arbetade med rehabilitering av MCL-skador. Utav dessa fysioterapeuter var det tre män och tre kvinnor och fem av dessa arbetade inom sjukhusverksamhet i mellersta Sverige och en på privat sjukgymnastmottagning. Antal år av erfarenhet gällande rehabilitering av patienter med MCL-skador sträckte sig från 3,5 - 20 år. En av fysioterapeuterna hade beteendemedicinsk utbildning medan de övriga hade olika utbildningar som saknade beteendemedicinsk inriktning.

4.2.1 Inklusionskriterier

Fysioterapeuter som vid intervjutillfället hade mer än 1 års erfarenhet av att arbeta med rehabilitering av patienter med MCL-skador samt var svensktalande.

4.3 Datainsamling

Sex fysioterapeuter intervjuades enskilt för att samla in data kring hur de beskrev sitt arbete vid rehabilitering av patienter med MCL-skada. Den första intervjun var en provintervju men valdes att ha med i studien då intervjuguiden inte ändrades efter att denna intervjun hade genomförts. Intervjuguiden var semistrukturerad vilket innebar att öppna bredare frågor samt tänkta och anpassade följdfrågor användes, se Bilaga A (Hedin, 2011). Vid utformandet av intervjuguiden utgick författarna ifrån SCT (Bandura, 1986). Frågorna berörde intervjupersonernas beskrivning av sitt arbete. Intervjuguidens fyra inledande frågor handlade om intervjupersonens bakgrund, resterande sex intervjufrågor var öppna i sin karaktär och syftade till att besvara studiens syfte. Till de öppna frågorna fanns det följdfrågor och några exempel på detta var ”Kan du utveckla?” och ”Kan du ge ett exempel?”. För att insamla data fick intervjupersonerna först ett informationsbrev om studien, se Bilaga B.

4.4 Tillvägagångssätt

Kontakt togs med verksamhetschef som vid tillfället arbetade på ett regionsjukhus om godkännande av att tillfråga fysioterapeuter. Intyg hämtades från verksamhetschefen som sedan föreslog sex potentiella intervjupersoner. Alla arbetade på samma arbetsplats och tillfrågades genom ett mail innehållandes informationsbrev om studiens innehåll och medverkan. En person i fråga hade inte arbetat med rehabilitering av MCL-skador på lång tid och valde att tacka nej medan resterande fem tackade ja. Vidare mailkontakt hölls tills vi kunde enas om datum och tid för intervjuerna. Enligt överenskommelse genomfördes de första 5 intervjuerna på dessa fysioterapeuters arbetsplats. Innan påbörjandet av intervjuerna gav intervjupersonerna muntligt samtycke. Intervjuerna leddes av en och samma författare vid samtliga intervjutillfällen och där den andra författaren kunde flika in med följdfrågor. Då författarparet fick ett återbud på den sjätte deltagaren som först hade tackat ja, sökte författarna vidare. Genom en vårdcentral blev författarna rekommenderade att ta kontakt med en person som kunde tänkas ställa upp. Därefter togs kontakt med dennes verksamhetschef som gav medgivande och då kontaktades den sjätte intervjupersonen via mail. Då denna person arbetade i en annan region valde författarna att utföra intervjun över telefon. Samtliga intervjuer spelades in.

4.5 Dataanalys

För att analysera den insamlade datan i studien användes en kvalitativ dataanalys där en induktiv ansats tillämpades, detta med en förutsättningslös bearbetning av det transkriberade intervjumaterialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Det inspelade materialet lyssnades på i flera omgångar för att skapa en helhetsbild över intervjun. De ljudinspelade intervjuerna transkriberas ordagrant av författarna och därefter valdes centrala fraser som relaterade till syftet ut ifrån intervjuerna. Dessa var så kallade meningsbärande enheter, som valdes ut från materialet och var relevant för studiens syfte. Dessa meningsbärande enheter kondenserades och kodades för att minska textinnehållet. Kodningen innebar att nyckelord s.k. kodord identifierades vilket utfördes digitalt. Sorteringen av dessa kodord utfördes manuellt i pappersformat där de sedan indelades i olika kategorier som verkade höra samman. Några mindre kategorier som liknade varandra sammanställdes till fyra större kategorier där de tidigare kategorierna nu istället blev underkategorier. Under dataanalysarbetet gick författarna fram och tillbaka mellan den transkriberade texten och kategoriseringen, ett så kallat iterativt analysarbete. Dessutom diskuterades kodning och kategorisering med handledaren och andra fysioterapeutstudenter i handledningsgruppen. Koderna var specifika så att de enbart kunde falla under en kategori vilket gjordes för att reflektera det centrala budskapet i intervjumaterialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Nedan visas exempel på analysprocessen i en tabell (Tabell 1).

Tabell 1: Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Kod	Underkategori	Kategori
jag brukar göra en gradvis exponering att man testat någonting väldigt simpelt först och är det så att det är att den inte vågar stå på ett ben så ställer man sig på två ben och för över tyngden mer och mer, är det så att man inte vågar hoppa så gör man något som liknar det man kanske går upp på en pall och sen ner från den och så	jag brukar göra en gradvis exponering att man testat någonting väldigt simpelt först, vågar man inte stå på ett ben ställer man sig på två först och för över tyngden mer och mer. Vågar man inte hoppa gör man något som liknar, kanske gå upp och ner från en pall och sen med högre och högre hastighet, så att det blir närmare en landning. Man testat att	Gradvis exponering vid rädsla	Tillvägagångssätt för att minska rädsla och oro	Arbetar med att minska rädsla, oro och öka tillit till knät hos patienterna

gör man de med högre och högre hastighet så att det blir närmare och närmare en landning, att man testat att pressa närmare och närmare mot en aktivitet som inte vågas utföras	pressa närmare aktiviteten som inte vågar utföras			
Jag försöker att peppa och kanske liksom penetrera lite vad är det som är jobbigt med motivationen är det att man tycker att liksom upplägget är trist, alltså rent hur träningen ser ut, då försöker jag ju variera träningsformerna mycket.	Jag försöker peppa och penetrera vad som är jobbigt med motivationen, är det att upplägget är trist, hur träningen ser ut, försöker jag variera träningsformerna	Peppa och penetrera vad som är jobbigt med motivationen	Tillvägagångssätt för att uppmuntra ökad motivation	Arbetar med patienternas motivation

4.6 Etiskt övervägande

Studien utgick från Helsingforsdeklarationen gällande etiska principer kring humanitär medicinsk forskning (Världsläkarförbundet, 2016; Vetenskapsrådet, 2016). De fysioterapeuter som intervjuades fick skriftlig information gällande deltagande i studien. Vidare informerades studiedeltagarna om att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst med omedelbar verkan. Intervjupersonerna var inte anonyma då författarna träffade dem vid intervjutillfället, men deras uppgifter hanterades konfidentiellt, (SFS 1998:204). Det insamlade datamaterialet från intervjuerna förvarades inlåst så att icke-behöriga ej kunde ta del materialet. För att säkerställa deltagarnas konfidentialitet avidentifierades deras personuppgifter genom att de tilldelades ett alias istället, vilket beskrevs i dataskyddsförordningen (Datainspektionen, 2018). Materialet raderades så snart studien var godkänd och arkiverad.

5 RESULTAT

Intervjumaterialet ifrån intervjupersonernas beskrivning av sitt arbete av rehabilitering hos patienter med MCL-skador beskrivs nedan i *Tabell 2* i fyra kategorier med vardera två underkategorier.

Tabell 2: Kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori
Identifierar behov av och arbetar med att ge patienterna stöd	Samverkan med kurator
	Tillvägagångssätt för att stötta patienter
Anpassar rehabilitering efter patientens träningsmöjligheter och olika aktiviteter	Anpassar utifrån återgång till Idrott och arbete
	Patientens förutsättningar för träning beaktas
Identifierar och arbetar med att minska rädsla och oro	Tillvägagångssätt för att minska rädsla och oro
	Identifierar rädsla och oro
Arbetar med patienternas motivation	Tillvägagångssätt för att uppmuntra ökad motivation
	Motivation är viktigt för lyckad rehabilitering

5.1 Identifierar behov av och arbetar med att ge patienterna stöd

Rehabilitering av MCL-skador beskrevs av intervjupersoner som att den påverkades av sociala och psykologiska faktorer exempelvis hemsituation, sömnbrist och risk för utbrändhet. Vidare beskrev intervjupersonerna att förmågan att kunna se vilka som var i behov av stöd var essentiellt för att kunna erbjuda en god rehabilitering, vare sig det var intervjupersonerna själva som stod för stödet eller om ett övervägande om att skicka vidare till kurator var aktuellt.

5.1.1 Samverkan med kurator

Intervjupersonerna beskrev att en del av sitt arbete kring denna patientgrupp, var att kunna informera patienterna och hjälpa de i vart de kunde vända sig om de behövde stöd. Vidare beskrev de hur kontakt med kurator initierades och på olika sätt hur några av dessa intervjupersoner samarbetade med denna profession. Något som beskrevs var att patientens besök hos kurator var sammanlänkat i tid med besöket hos fysioterapeuten så att mötena överlappade och gav en gemensam stund för de tre inblandade parterna.

”...är lite ehm ah bollplank dels vart man kan vända sig att få hjälp, eh ibland tar man ju kontakt med vår kurator ifall om att det behövs.”

(Intervjuperson E)

”Sen brukar jag ofta göra så att man kan ah försöka samboka besöken ifall om patienten vill, att man träffas efter varandra och då kan man också liksom överlappa lite, i slutet av hennes besök att jag går in eller tvärtom att hon kommer in i slutet av mitt besök. Så att man också liksom kan prata ihop sig lite, alla tre liksom. Så brukar jag jobba med kuratorn.” (Intervjuperson E)

5.1.2 Tillvägagångssätt för att stötta patienter

Det framkom att intervjupersoner hade olika tillvägagångssätt i hur de arbetade med att stödja patienter som var i behov av det. Vidare beskrevs samtal, att intervjupersoner pratade med patienterna mycket och att det var av stor vikt. En annan bild som gavs var att samtal användes för att det var en metod som intervjupersoner upplevde som tryggt och att det saknades kunskap och utbildning för andra tillvägagångssätt. Att ägna mer tid till patienter som var i behov av stöd förekom och rollen i att kunna stödja patienterna beskrevs vara av vikt.

”När man hade tänkt att man skulle göra dehär i gymmet, då kan det bli så att man hamnar på ett rum och bara för ett samtal istället.”

(Intervjuperson E)

”tar upp olika problem liksom antingen hemma eller att den känner att den är på väg att gå in i väggen är väldigt vanligt att man inte sover om natten och sådär då får man ju liksom fortsätta fråga liksom om den har nån samtalskontakt, önskar den det?”

” Eh kan det vara att man behöver mera stöd för att det finns andra psykosociala hinder eller vad man ska säga eller diagnoser då är jag med den patienten mer alltså så.” (Intervjuperson F)

5.2 Anpassar rehabiliteringen efter patientens träningsmöjligheter och olika aktiviteter

Det framkom under intervjuerna att anpassa rehabiliteringsupplägget är centralt i deras sätt att arbeta med rehabilitering av MCL patienter. Denna anpassning kunde täcka flera aspekter men det viktiga enligt intervjupersonerna var att ta hänsyn till vem man hade framför sig. Några av dessa aspekter var vad patienten hade för möjligheter att träna, dess tidigare erfarenheter av träning och vad just den ville komma tillbaka till.

5.2.1 Anpassar utifrån återgång till idrott och arbete

Intervjupersoner beskrev att de i sitt arbete arbetar mycket med att anpassa rehabiliteringen utifrån återgång till idrott och arbete. Det beskrevs bland annat att intervjupersonerna i samverkan med patienten, tog hänsyn till om det fanns möjlighet att anpassa ergonomin och arbetsuppgifterna på jobbet. Vidare beskrevs att upplägg av rehabilitering anpassades utifrån olika moment som förekom inom eventuell idrott samt tillvägagångssätt för en snabbare återgång till sin idrott.

”man försöker väl å tillsammans klura ut om man kan ändra ergonomin på nått sätt eller om man liksom ah om man kan anpassa arbetsuppgifterna på nått sätt, asså såna här saker.” (Intervjuperson F)

”ska du tillbaks till en tvåbensidrott eller till en enbensidrott...då kanske jag lägger mycket fokus på det eller är det aa ni vet, hopp och landning är det på ett ben eller, spelar man ishockey så kanske man står mer i squatposition då är det där man vill träna.” (Intervjuperson F)

”...är det nån som vill tillbaks till fotboll, de kan man ju ofta hjälpa till med en stödjande tejp tex till en början för att kunna börja springa i ett tidigare skede än nån som inte ska tillbaks till en sån aktivitet.” (Intervjuperson D)

5.2.2 Patientens förutsättningar för träning beaktas

För en lyckad rehabilitering ansåg intervjupersoner att det var viktigt att identifiera och ta hänsyn till hur patientens förutsättning för träning såg ut. Om det fanns saker i patientens vardag som kunde vara ett hinder för att träningen skulle bli utförd så ansåg vissa av intervjupersonerna att fokus skulle läggas på att uppnå träning av bra kvalitet vid de tillfällen som blev av. Vidare beskrevs det av intervjupersonerna att förutsättningar hos olika patienter kan se olika ut, men att det var bra att beakta dessa oavsett vad. Olika sociala aspekter exempelvis familj, vänner och jobb beskrevs vara en förutsättning för träning.

”alla har ju olika förutsättningar både fysiskt vad man har i bagaget och har tränat med, vad man har hållit på med och sådär.” (Intervjuperson A)

”tex med småbarn eller nått som att man måste hämta och lämna så att man missar träning då får man anpassa efter det och kanske ha färre träningstillfällen med bättre kvalité de gångerna.” (Intervjuperson D)

5.3 Identifierar och arbetar med att minska rädsla och oro

Något som återkom flertalet gånger under de olika intervjuerna var hur intervjupersonerna beskrev sina upplevelser om patienters problem gällande oro samt rädsla och tillit till sitt skadade knä. Vidare beskrev intervjupersonerna vikten av att kunna identifiera rädsla och oro samt deras tillvägagångssätt i hur de tacklade dessa upplevda svårigheter inom patientgruppen. Dessa upplevda svårigheter bemöttes med olika tillvägagångssätt exempelvis genom gradvis exponering, ortoser och framförandet av tydlig information om skadan.

5.3.1 Tillvägagångssätt för att minska rädsla och oro

Under intervjuerna framkom det att intervjupersonerna träffade på patienter med rädsla och oro kring sin knäskada. Intervjupersoner beskrev olika sätt som de arbetade för att minska patienternas rädsla genom att tex gradvis öka

exponeringen i de momenten i rehabiliteringen som patienterna kände oro eller rädsla kring. Vidare togs det upp att instabilitetskänsla var vanligt hos patienterna och det kunde tacklas på olika sätt av intervjupersonerna där ortoser kunde användas för att minska på instabilitetskänslan och därav få patienten att våga utföra saker den annars inte skulle. Ofta kunde en rehabilitering inledas just med syftet att minska oron hos patienten för att på så vis förbättra träningsmöjligheterna och öka chansen till en lyckad rehabilitering.

”jag brukar göra en gradvis exponering att man testat någonting väldigt simpelt först och är det så att det är att den inte vågar stå på ett ben så ställer man sig på två ben och för över tyngden mer och mer, är det så att man inte vågar hoppa så gör man något som liknar det man kanske går upp på en pall och sen ner från den och så gör man de med högre och högre hastighet så att det blir närmare och närmare en landning, att man testat att pressa närmare och närmare mot en aktivitet som inte vågas utföras.” (Intervjuperson D)

”den här ena tjejen som ja prata om va ju verkligen tvungen att ta hänsyn till att hon va rädd för knät...så där va de ju eh som jag sa innan var jag verkligen tvungen å utgå asså min rehabilitering fick eh styra det fick va mera uhm övningar till att hon skulle bli mer säker i gången mera säker å va ute.” (Intervjuperson C)

”det som många patienter kan uppleva är från första början är instabilitetskänsla, så beroende på också i början så ibland får man ortoser från mig, en syncroortos för att våga cykla, för att våga gå ut och

gå, eh så det är väl egentligen så behandlingen börjar att få igång eh mm rörligheten att våga gå, att våga röra på benet.” (Intervjuperson C)

Ett annat tillvägagångssätt som beskrevs var att använda information på olika sätt för att tydliggöra för och få patienten förstå sin skada bättre. Att arbeta med informations beskrevs som ett användbart sätt av intervjupersonerna för att minska oro. En av intervjupersonerna uttryckte sig såhär:

” man kan använda även anatomisk figur som gör att hon får en bättre förståelse för vad det är för skada som finns, det är en sak som gör att man kan lugna delar av oron.” (Intervjuperson D)

5.3.2 Identifierar rädsla och oro

Det framkom att flera intervjupersoner arbetade med att identifiera rädsla och oro men det skiljde sig något i deras syn på hur det var representerat inom denna patientgrupp. Det beskrevs att oro samt rädsla och tillit till sitt knä av att man inte riktigt vågade var återkommande i intervjupersonernas beskrivning gällande rehabiliteringen av MCL-skada. Även misstanke om att det var en allvarligare skada som hörde samman med MCL-skadan beskrevs av intervjupersoner vara en bidragande faktor till att oro och rädsla förekom inom denna patientgrupp.

”... att våga gå, att våga röra på benet, att eh å sen när det börjar släppa den här instabilitetskänslan så kan man gå på lite hårdare, för oftast det som är svårast tycker jag för dem att lita på knät.” (Intervjuperson C)

” man tror att det kanske är nått annat att det är menisken att det måste göras nånting åt det så att man då som patient kan ha en oro att man gärna vill gå vidare liksom och ha vidare undersökningar som MR eller ultraljud eller vad det nu kan va, eh så att det är en svår skada så och att det är mycket oro och så helt enkelt.” (Intervjuperson E)

Å andra sidan beskrevs det även på ett annat sätt som menade på att de inte upplevde att rädsla och oro förekom särskilt ofta.

” man kan ju asså bli rädd och så om man tänker på de, men det tycker jag inte är så vanligt bland MCL.” (Intervjuperson F)

5.4 Arbetar med patienternas motivation

Patienternas motivation till att utföra träning vid sin rehabilitering var något som ofta togs upp av intervjupersonerna och det framkom tydligt att intervjupersonerna upplevde att detta påverkade rehabiliteringen i hög grad. Intervjupersoner beskrev flertalet olika metoder som de använde för att uppmuntra till ökad motivation hos patienterna. Detta genom att

exempelvis mäta framstegen de gjort samt att uppmuntra patienterna när de hade det kämpigt.

5.4.1 Tillvägagångssätt för att uppmuntra ökad motivation

Flera intervjupersoner pratade om vikten av patienternas motivation till träning och hur det spelar in på rehabiliteringens upplägg. Ett sätt kunde vara att tydliggöra för patienten vilka förbättringar som skett under den tiden som man rehabiliterat hittills om det var så att patienten hade svårt för att själv se dessa, att hjälpa dem förstå att det var värt mödan de lagt ner. Vidare togs det upp exempel på där patienten själv fick fundera kring varför de kanske inte fått resultaten de önskat eller varför de känner att de stod stilla sin rehabilitering. Det beskrevs även sätt där man bemötte omotiverade patienter genom att säkerställa patientens förståelse för skadan genom att tydligt förklara vad den innebar, och därefter förklara vilka krav som ställdes på patienten själv för att skadan skulle läka.

” då kan de va viktigt att man mäter att man känner aah att hjälpa dem se framstegen och kanske påtala men du kommer ihåg när du va här för två veckor sedan då kunde du knappt stödja på benet när du gick och nu kanske du går lite bättre och så man får påtala framstegen också, vad man ser, vad man uppfattar med mera.” (Intervjuperson A)

”de får sätta ord på vad som gör att de inte kommer framåt, eller vad de känner kring att det går bättre eller vad de känner kring att det inte blir bättre.” (Intervjuperson D)

” utan om det är så att den är ja omotiverad till träning som det oftast är, då brukar jag liksom förklara att det är det här som gäller att det är de här skadorna du har, att man visar på knämodell och att man liksom pedagogiskt förklarar vad det är liksom. Och sen så du behöver göra det här för att bli bättre, och ifall du inte gör det då kommer du inte bli bättre.” (Intervjuperson E)

Ett annat exempel på hur intervjupersoner beskrev hur de gick till väga för att öka motivationen hos en patient var att ta reda på vad patienten upplevde som jobbigt med motivationen och sedan anpassa arbetet utefter det. Sådär sa en av intervjupersonerna:

” jag försöker att peppa och kanske liksom penetrera lite vad är det som är jobbigt med motivationen är det att man tycker att liksom upplägget är trist, alltså rent hur träningen ser ut, då försöker jag ju variera träningsformerna mycket.” (Intervjuperson F)

5.4.2 Motivation är viktigt för lyckad rehabilitering

Intervjupersoner upplevde att motivationsgraden hos patientgruppen hade en avgörande roll i hur deras rehabiliteringsprocessen utvecklades. Där beskrev intervjupersoner att patienter med hög motivationsgrad ofta blev bättre snabbare. Det beskrevs även att de med låg motivation hade svårare att påverka sin rehabiliteringstid då de enbart fick den progression som den naturliga läkningsprocessen stod för och inga ytterligare framsteg som rehabiliteringsträningen hade kunnat bidra med. Dock framkom det att synen på förekomsten av motiverade patienter skilde sig där vissa beskrev att just denna patientgrupp hade hög motivation.

”det är dels motivationsgrad de som är mer motiverade att vilja komma tillbaks blir bättre snabbare.” (Intervjuperson D)

”det kan ju bara vara att de blir nedstämda kanske av att de har skadat sig och inte kan göra det de vill göra tex, att man, det blir nån nedåtgående spiral med motivationen tex.” (Intervjuperson B)

”är det nån som inte är motiverad då märker man det rätt snart för knät är inte bättre än förra gången mer än det som tiden ändå skulle göra.” (Intervjuperson D)

6 DISKUSSION

6.1 Resultatsammanfattning

Syftet i denna studie var att undersöka hur fysioterapeuter beskrev sitt arbete med rehabilitering av patienter med MCL-skador. Det insamlade intervjumaterialet resulterade i fyra olika kategorier med totalt åtta tillhörande underkategorier. Den första kategorin *Identifierar behov av och arbetar med att ge patienterna stöd* handlade om att intervjupersoner beskrev att de samarbetade med kuratorer och använde sig av olika tillvägagångssätt för att stödja patienter om det fanns behov. Den andra kategorin *Anpassar rehabiliteringen efter patientens träningsmöjligheter och olika aktiviteter* handlade om att rehabiliteringen anpassades utifrån hur mycket tid och möjlighet patienterna hade att ägna åt sin rehabilitering samt deras kravbild, det vill säga vad patienterna skulle tillbaka till. Den tredje kategorin *Arbetar med att minska rädsla och oro* handlade om att intervjupersoner identifierade rädsla och oro samt hur de gick tillväga för att minska den. Den sista kategorin handlade om intervjupersoners syn på patienternas motivation vid rehabilitering av MCL-skada och hur de arbetade med att uppmuntra till ökad motivation, denna kategori fick namnet *Arbetar med patienternas motivation*.

6.2 Resultatdiskussion

I resultatet som framkom beskrevs olika aspekter gällande rehabiliteringsarbetet som kunde ses ur ett biomedicinskt, psykologiskt och socialt perspektiv. Intervjupersoner beskrev hur patientens förutsättningar för träning beaktades, att hänsyn togs till vad patienten skulle tillbaka till samt patientens behov av stöd. Detta fokus på patienten kan kopplas till studien gjord av Wade & Halligan (2017) där det beskrivs att ett biopsykosocialt perspektiv ledde till en patientcentrerad vård och även ett bättre utfall för patienten.

Exempel på samverkan med kurator togs upp av intervjupersoner som beskrev att vissa patienter som verkade vara i behov av extra stöd erbjöds samtalskontakt. Vidare berättade intervjupersonen att anledningen till att skicka vidare var för att kuratorns kompetens lämpade sig mer i vissa fall för att tillgodose patientens behov av stöd. Detta tyder på att de tog hänsyn till psykosociala aspekter och inte enbart biomedicinska (Borell-Carrió, 2004). Det framkom även under samtalen kring stöttning att intervjupersonerna försökte samboka besöken om patienten kände att det skulle underlätta. Besöken kunde överlappa så att alla tre parter kunde ha en gemensam stund tillsammans, vilket beskrivs i 5 kap. 1 § i Hälso- och sjukvårdslagen med att en god vård skall uppfyllas genom att främja goda kontakter mellan patient och vårdpersonal (SFS 2017:30). Att ge stöd när patienterna upplevdes ha en psykologisk påverkan av skadan kan kopplas till BPS-modellen som tar upp att psykologiska faktorer kan ha betydelse för rehabiliteringen av skadan (Borrell-Carrió 2004).

Intervjupersoner berättade under intervjuerna att ibland när de hade en patient som de upplevde var i behov av stöd så gjordes en övervägning om det var av större nytta för patienten att ha ett samtal under det bokade mötet istället för att utföra det planerade passet på gymmet, även detta tyder på att hänsyn togs till andra faktorer än det rent biomedicinska (Wade & Halligan, 2017). Vidare beskrevs det av intervjupersoner att i de fall där psykologiska hinder för att utföra den tänkta träningen fanns, så kunde man genom samtal och omhändertagande av dessa hinder öka möjligheten att förbättra den fortsatta rehabiliteringen. Detta kan kopplas till vad Wade & Halligan (2017) anser, där användandet av BPS-modellen förbättrar utfallet för patienten. Ett annat tillvägagångssätt som togs upp var att när intervjupersoner hade en patient med större behov av stöd valde man att vara mer närvarande med patienten under den inbokade träningen på gymmet för att få patienten att känna att den hade stöttning. Detta kopplas till Borrell-Carrió (2004) som beskrev att det var av vikt att få patienten att känna sig förstörd och att förstå patientens upplevda situation.

I underkategorin *"Patientens förutsättningar för träning beaktas"* beskriver intervjupersoner att flertalet olika faktorer påverkar om träningen utförs. En av dessa faktorer handlar om sociala aspekter så som familj vilket kan påverka en patients möjligheter att utföra ett träningsprogram. Vidare togs det upp av intervjupersoner att en patients fysiska förutsättningar spelade roll för hur upplägget av rehabiliteringen blev vilket kan kopplas till den biomedicinska aspekten inom BPS-modellen (Wade & Halligan, 2017). Dessa två exempel kan dessutom förstås utifrån studien av Borrell-Carrió (2004) som tar upp att sociala och fysiska aspekter var av betydelse att ta hänsyn till.

"Identifierar och arbetar med att minska rädsla och oro samt öka tillit" var en kategori som innehöll underkategorierna *"Tillvägagångssätt för att minska rädsla och oro"* samt

"identifierar rädsla och oro" inom dessa underkategorier togs det upp att många patienter med MCL-skador upplever rädsla för att skada sig igen, oro kring huruvida dem ska bli bra i knät igen samt en låg tillit till att använda knät i de olika övningar som en rehabilitering kunde innehålla. Flertalet intervjupersoner uttryckte att dessa psykologiska faktorer var av stor vikt för utförandet av rehabiliteringen vilket styrks av Broberg & Tyni-Lenné (2010) som säger att fysioterapeutens roll är att inte bara se de fysiska faktorerna utan att ta hänsyn till människans helhet där även sociala och psykologiska aspekterna ingår. Även von Aesch et al. (2015) menar att för att uppnå ett positivt utfall av rehabiliteringen kan det vara värt att använda sig av ett biopsykosocialt perspektiv. Något som beskrevs av intervjupersoner var att de erbjöd patienter olika hjälpmedel, exempelvis syncroortoser i syfte att bland annat få patienter våga cykla eller våga gå (beteenden). Syftet med detta var att minska de negativa konsekvenser som skulle kunnat förekomma (rädsla, oro) vilket kan kopplas till SCT där det beskrivs att ett beteende är beroende av dess konsekvenser (Bandura, 1986). Vidare berättade även intervjupersoner hur de arbetade med patienters tilltro till knät i utförandet av olika övningar, där upplägget hade fokus på att patienten skulle klara av övningen för att därav känna att det faktiskt gick trots att patienten kanske hade tvivlat och därav öka patientens self-efficacy (Bandura, 1986). Detta är även något som tas upp i en studie av Thomeé et al (2006) där det visat sig att patienter med högre tilltro till sin förmåga har en ökad chans till en lyckad rehabilitering. Genom ett upplägg med successivt stegrande exponering av något som patienter upplevde obehagligt kunde man enligt intervjupersoner öka patientens tilltro till knät, vilket stärks i studien av Hsu, Meierbachtol, George & Chmielewski (2016) där det beskrivs att graderad exponering är ett användbart tillvägagångsätt för återgång till idrott. Denna anpassning av upplägget som intervjupersonerna berättar om kan kopplas till Rädsla-undvikande modellen (Vlaeyen & Linton, 2000) där ett undvikande av ett beteende (rehabiliteringsövningen) kan leda till dysfunktion, depression och därefter en negativ spiral av smärtproblematik. Vidare kan intervjupersonernas anpassning av rehabiliteringsupplägget kopplas till BPS där det beskrivits vara av vikt att kunna agera adekvat kring en patients lidande, vilket skulle kunna innefatta depression och dysfunktion (Borrel-Carrió, 2014).

Underkategorin *"Anpassar utifrån återgång till idrott och arbete"* som hittas under kategorin *"Anpassar rehabiliteringen efter patientens träningsmöjligheter och olika aktiviteter"* beskrevs av intervjupersonerna som namnet antyder om hur de anpassade sin rehabilitering utifrån vad patienterna ville tillbaka till. Intervjupersoner beskrev att återgång till olika aktiviteter i synnerhet olika idrotter som en stor del av hur deras anpassning skedde. I anpassningen beskrev intervjupersonerna hur olika moment infördes för att det skulle efterlikna aktiviteten patienten hade som mål att komma tillbaka till, detta beskrivs i studien av Mangine et al., (2008) där exempelvis hopp- och landningsövningar ingår om detta är av vikt för återgång till tidigare aktivitet.

"Motivation är viktigt för lyckad rehabilitering" var en underkategori till kategorin *"Arbetar med patienternas motivation"*. Där beskrevs det i det stora hela att motivationen var en viktig komponent för en lyckad rehabilitering. Intervjupersonerna beskrev att de som hade en hög motivation oftast hade en mer lyckad rehabiliteringsprocess med snabbare framsteg än de som hade en låg motivationsgrad. Hur motivationsgraden spelar roll kan kopplas till

patientgruppen ACL, där Christino, Fantry & Vopat (2015) beskriver att de som hade en hög grad av självmotivation utförde träning som de fått ordinerad och där det omvända gällde för omotiverade patienter där motivation utgör en individfaktor vilket tas upp av Bandura (1986) som en av delarna i SCT. Den andra underkategorin hette ”*Tillvägagångssätt för att öka motivation*” och i den beskrevs olika sätt de arbetade på. Att intervjupersoner beskrev detta som en del i deras arbete tydde även det på att de tyckte motivationsgraden hade en betydande roll för rehabilitering och utfallet vilket också kopplas till Christino, Fantry & Vopat (2015) om att en högre grad motivation hos patienterna resulterade i ett bättre utfall.

I studien gjordes flera kopplingar mellan patientgruppen för ACL-skador och MCL-skador på grund av att författarna inte lyckades hitta studier på MCL-skador som fokuserade på de psykosociala aspekterna. Även om dessa två knäligament primärt har olika funktioner gällande att förhindra överdriven rörelse i olika riktningar så samarbetar dessa ligament för att stabilisera knät (Matsumoto et al., 2001). Då det även beskrevs att dessa två olika skador ofta förekom i kombination med varandra ansåg därför författarna att det fanns fog för kopplingen mellan patientgrupperna (Chen et al., 2007).

6.3 Metoddiskussion

Då syftet i denna studie var att undersöka hur fysioterapeuter beskriver sitt arbete vid rehabilitering av patienter med MCL-skador valdes en induktiv ansats. Motiveringen till varför den induktiva ansatsen skulle lämpa sig byggde på att författarna förutsättningslöst kunde tolka materialet som besvarades ifrån intervjuguidens öppna frågor (Patel & Davidson, 2011). Intervjuguiden i studien hade en låg grad av strukturering vilket innebar att öppna frågor användes vilket är en förutsättning för att intervjupersonerna skulle få en möjlighet att svara fritt, något författarna ansåg vara möjligt (Patel och Davidson, 2011). En deduktiv ansats koncentreras enligt Granskär & Höglund-Nielsen (2012) till en modell eller teori, vilket hade medfört att analysen inte blivit förutsättningslös. Bedömningen av trovärdigheten i en kvalitativ studie sker utifrån tillförlitlighet, överförbarhet samt giltighet vilket tas upp i denna metoddiskussion (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Studien hade ett ändamålsenligt bekvämlighetsurval där bekvämligheten var att kontakten med enhetscheferna gjordes i nära anslutning till författarnas bostadsort.. Ändamålsenligt då syftet var att undersöka fysioterapeuters beskrivning av sitt arbete med rehabiliteringen av patienter med MCL-skador, eftersom författarna ansåg att de besatt den kunskap och erfarenhet som krävdes för att kunna besvara intervjufrågorna (Carter & Lubinsky, 2016). Både män och kvinnor fanns med i urvalet där intervjupersonerna hade olika lång erfarenhet, vilket kan bidra till olika kunskaper och infallsvinklar som i sin tur ökar studiens giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

För att öka tillförlitligheten i studien har författarna valt att diskutera kring aspekter av undersökareffekten (Jacobsen, 2012). Vid intervjuer spelar framförandet, personlighet och

vilka frågor som ställs stor roll. Detta påverkar den som svarar och kallas undersökareffekt vilket därmed med största sannolikhet har påverkat resultatet i denna studie. Hade två andra fysioterapeutstudenter genomfört intervjuerna är det sannolikt att svaren hade varit annorlunda (Jacobsen, 2012). Fejes & Thornberg (2015) menar på att det ställs höga krav på erfarenhet gällande intervjuer. En av studiens svagheter var att författarparet saknade erfarenhet gällande att intervjua. Genom att samma författare stod för intervjuandet och erhöll allt mer erfarenhet minskade en av studiens svagheter. En svaghet med att en och samma författare utförde intervjun var dock att variationen av intervjupersonernas beskrivning av sitt arbete kan ha minskat (Granskär & Höglund-Nielsen, 2012). På frågan om ”vilken hänsyn tar du till patientens sociala samt psykologiska förutsättningar?”, märkte vi svagheter i att ställa frågor om flera saker samtidigt vilket medförde att svaren varierade mycket och att fokus lätt hamnade på en av sakerna. Detta i sin tur ledde till att den intervjuades upplevelser kring en av aspekterna i frågan glömdes bort vilket kan ha lett till utebliven information. Följdfrågor användes och blev mer slutna än originalfrågan som var öppet ställd, vilket motiverades av trätt-tekniken och beskrivs av Patel & Davidson (2011) som öppna frågor till en början och sedan mer specifika, vilket sägs öka motivation och aktivering hos intervjuperson. Författarparet upplevde i efterhand att vissa följdfrågor av vikt kan ha missats vid intervjutillfället. Vid valet och formulerandet av frågorna försökte författarna i högsta grad undvika långa, ledande, negerande, dubbelfrågor och förutsättande frågor vilket rekommenderas av Patel och Davidson (2011) för att dels kunna besvara frågorna samt vara så förutsättningslöst som möjligt. Detta var något som författarna ansåg efterföljdes i största möjliga mån. Dock fanns frågor som kan anses ledande, exempelvis ” Vilken hänsyn tar du till patientens sociala samt psykologiska förutsättningar?” vilket kan ha medfört att intervjupersonerna försökt hitta svar för att vara författarna till lags (Trost, 2010). Om frågorna hade varit mindre ledande så hade studien varit ännu mer förutsättningslös vilket kan ha påverkat studiens tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Å andra sidan kan detta ha medfört att intervjupersonerna tolkade frågorna på liknande sätt vilket stärker studiens giltighet. Vidare kan även syftets formulering i informationsbrevet anses ledande mot biopsykosociala faktorer och det hade varit mer förutsättningslöst om det inte var så, vilket också kan anses minska studiens tillförlitlighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Angående frågan vad fysioterapeuter anser sig ha för roll vid rehabilitering av MCL-skador, så var det sannolikt att svaren skulle skilja sig då frågan hade en sådan bred och öppen karaktär. Om frågan hade formulerats annorlunda exempelvis ”vad anser du att du har för roll gällande upplägget av rehabilitering för patienter med MCL-skador”, hade svaret blivit mer styrda kring just upplägget och kanske inte varierat lika mycket.

Författarparet ansåg att det fanns en svaghet med att alla intervjuer inte genomfördes på ett likartat sätt med liknande kvalité då de första fem intervjuerna genomfördes kring ett bord i ett ledigt behandlingsrum medan den sista intervjun genomfördes från vår sida över telefon med deltagaren. Svårigheter kring utförande av intervjun över telefon var att det upplevdes svårare att tajma följdfrågor och sämre ljudkvalité ifrån telefonhögtalaren som försvårade vårt lyssnade och transkriberingsprocessen. I och med att telefonintervjun var den sista som genomfördes så hade intervjuaren erhållit mer erfarenhet gällande intervjuprocessen vilket ses som en styrka och trots svårigheterna ansågs det inte som ett hinder att använda sig av en

sådan intervju. Saker som kan ha skiljt sig vid dessa olika typer av intervjuer är enligt Patel & Davidson (2011) att författarna omedvetet kan ha påverkat intervjupersonerna med kroppsspråk och ansiktsuttryck. Om författarna påverkade intervjupersonerna genom kroppsspråk och ansiktsuttryck kunde det ha lett till att de intagit en försvarsställning inför fortsatta frågor (Patel & Davidson, 2011). Dock ansåg författarparet att ingen försvarsställning intogs av intervjupersonerna och i sista intervjun fanns inte dessa faktorer då den skedde över telefon. I övrigt utfördes de andra intervjuerna på ett likartat sätt och författarparet ansåg därav att studien och intervjuerna till stor del var replikerbara.

Meningsbärande enheter valdes ut enskilt av de båda författarna vilket gjordes i syfte att inte påverka varandras olika perspektiv. Därefter jämförde författarna resultaten med varandra och kunde konstatera att de flesta meningsbärande enheterna till stor del var överensstämmande. I de fall där resultatet inte var överensstämmande diskuterades vad som skulle ingå för att bäst besvara syftet. Tillsammans kategoriserades och kodades materialet flera gånger för på så vis få ett mer tillförlitligt resultat. För att i största grad säkerställa objektiviteten i analysprocessen har kondensering och kodning gjorts så textnära den meningsbärande enheten som möjligt, vilket stärker studiens giltighet. Om samma analysprocess hade utförts av enbart en författare hade tillförlitligheten minskat (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). För att vidare stärka studiens giltighet använde författarna citat för att på så vis låta läsaren avgöra hur väl tolkningen stämmer överens med resultatet. Under studiens analysarbete påminde författarna varandra om att hålla det förutsättningslöst och på så sätt inte låta egna erfarenheter eller tankar påverka resultatet. Något som också påverkade tillförlitligheten i studien var att utomstående personer så som handledare och andra studenter i handledningsgruppen bidrog med infallsvinklar och feedback (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Studiens mättnad är enligt Olsson & Sörensen (2011), det tillfälle då svaren vid eventuella fortsatta intervjuer inte bidrar med nya data till dataanalysen (mönster & kategorier). Mättnaden i denna studie ansåg författarparet till viss del vara fylld då svaren på frågorna påminde om varandra och trots att svaren varierade så kunde författarna se liknande mönster i dessa. Någon fullständig mättnad kan inte garanteras då ytterligare studier skulle kunna få annorlunda svar.

Angående studiens överförbarhet till andra grupper och situationer är det något en forskare ensamt inte kan bedöma utan det görs även utav läsaren. I denna studie har författarparet försökt att beskriva studiens tillvägagångssätt noggrant för att hjälpa läsaren i sin bedömning. Studiens resultat grundar sig på hur sex fysioterapeuter beskriver sitt arbete med patienter med MCL-skador och det går att argumentera för att resultatet möjligtvis skulle kunna föras över på andra fysioterapeuter som arbetar med samma typ av patientgrupp. Dock är intervjupersonerna samt hur intervjuerna gick till unikt vilket talar för att resultatet inte är överförbart (Carter & Lubinsky, 2016).

6.4 Etisk diskussion

Enligt författarna uppkom inte några etiska problem under utförandet av studien. Vid intervjufrågor där fysioterapeuterna gav konkreta exempel om patienter gavs inte några specifika uppgifter ut som hade kunnat kopplas till dem. I studien presenterades antal år av arbetserfarenhet och tidigare utbildning hos fysioterapeuterna på ett sätt som förhindrar att det skulle kunna kopplas specifikt tillbaka till dem. Eftersom fem av intervjupersonerna arbetade på samma arbetsplats fanns risken att de skulle kunna påverka varandra kring förberedelser eller liknande som hade med intervjuerna att göra. Intervjupersonerna svarade på hur de beskrev sitt arbete vilket skulle kunna innebära att information om andra kollegor kunde ha uppkommit, detta skedde dock inte. I frågan vilka svårigheter upplever du vid rehabiliteringen gällande psykiska, fysiska och sociala aspekter skulle intervjupersonerna möjligtvis kunna tolka det som att det finns brister hos dem själva vilket gör rehabiliteringen svår. Författarna ansåg dock att frågan inte tolkades så utan svaren som gavs fokuserade kring patienternas svårigheter snarare än intervjupersonernas. Om frågan skulle ha tolkats som att den gällde intervjupersonernas egna brister skulle de ha kunnat känt obehag av att bli utfrågad om deras kompetens. Information om deltagandet och intervjupersonernas möjligheter att avbryta när som helst under studiens gång ansåg författarna att de var väl medvetna om, och inga avhopp förekom. Då det inspelade materialet förvarades på en diktafon först och sedan fördes över till ett USB-minne fanns alltid en risk att materialet skulle bli stulet eller tappas bort, detta bedömdes dock som osannolikt av författarna eftersom det förvarades inlåst i hemmet hos en av författarna.

7 SLUTSATS

I denna kvalitativa studie har det visat sig i resultatet att intervjupersonerna inte enbart använt sig av ett biomedicinskt synsätt vid rehabilitering av patienter med MCL-skador, utan även tagit hänsyn till psykosociala faktorer. Enligt författarparet applicerades ett biopsykosocialt perspektiv av intervjupersonerna där hänsyn togs till psykologiska aspekter som rörelserädsla, motivation och sociala aspekter som familj och återgång till idrott och arbete. Även en patients motivation att utföra träning behövdes enligt intervjupersoner beaktas för att öka chanserna för en lyckad rehabilitering. Beteende utgör en del av SCT och att främja patienternas träningsbeteende genom att stärka individfaktorer så som motivation visade sig vara betydelsefullt utifrån studiens resultat. En av de största svårigheterna som beskrevs av intervjupersonerna var att flertalet patienter upplevde rädsla att utföra vissa övningar och låg tillit till sitt knä. Vidare beskrev intervjupersonerna att det var av vikt att bemöta dessa faktorer hos patienterna för att öka deras tillit till knät i syfte att minska deras rädsla för att utföra vissa övningar.

8 KLINISK BETYDELSE OCH VIDARE FORSKNING

Studiens kliniska betydelse är att den kan bidra till ökad kunskap om och förståelse för rehabiliteringen av patienter med MCL-skador, där exempelvis psykosociala aspekter som motivation och rädsla utgjorde en stor del av fysioterapeuternas beskrivning av arbetet. Författarna anser även att resultatet i studien kan ligga till grund för vidare forskning på dessa psykosociala aspekter eftersom intervjupersonerna beskrev vikten av att ta hänsyn till dem för att öka chansen till ett fördelaktigt utfall av rehabiliteringen. Det skulle även kunna vara av intresse att göra en liknande studie fast där intervjuer görs med patienter med MCL-skador, vid en sådan studie hade intervjuguiden istället handlat om patientens upplevelse av rehabiliteringen. Sex fysioterapeuter intervjuades som utgjorde underlag för denna studie och kan ses representera en liten grupp av fysioterapeuter som arbetar med rehabilitering av MCL-skador. Det kan därmed vara av intresse att studera området vidare genom nya intervjuer med andra fysioterapeuter.

REFERENSLISTA

- Andrews, K., Lu, A., Mckean, L., & Ebraheim, N. (2017). Review: Medial collateral ligament injuries. *Journal of Orthopaedics*, 14(4), 550–554. doi:10.1016/j.jor.2017.07.017
- Aesch von, A V., Perry, M & Sole, G. (2015). Physiotherapists' experiences of the management of anterior cruciate ligament injuries. Center for Health, Activity and Rehabilitation Research, School of Physiotherapy, University of Otago, New Zealand. doi:10.1016/j.ptsp.2015.08.004
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New Jersey: Pearson education.
- Borrell-Carrio, F. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. doi:10.1370/afm.245
- Broberg, C. & Tyni-Lenné, R. (2010). *Sjukgymnastik som vetenskap och profession*. Stockholm: Legitimerade sjukgymnasters riksförbund.
- Carter, R.H. Lubinsky, J. (2016). *Rehabilitation Research: Principles and applications*. St Louis, Missouri: Elsevier.
- Chen, L., Kim, P. D., Ahmad, C. S., & Levine, W. N. (2007). Medial collateral ligament injuries of the knee: current treatment concepts. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 1(2), 108–113. doi:10.1007/s12178-007-9016-x
- Christino, M. A., Fantry, A. J., & Vopat, B. G. (2015). Psychological Aspects of Recovery Following Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*
- Datainspektionen (2018). *Dataskyddsförordningen (GDPR)*. Hämtad 2018-05-30 från: <https://www.datainspektionen.se/lagar--regler/dataskyddsförordningen/>
- Denison, E. & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB
- Edson, C. J. (2006). Conservative and Postoperative Rehabilitation of Isolated and Combined Injuries of the Medial Collateral Ligament. *Sports Medicine and Arthroscopy Review*, 14(2), 105–110. doi:10.1097/01.jsa.0000212308.32076.f2
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. doi:10.1126/science.847460
- Feijes, A & Thornberg, R. (2015). *Handbok I kvalitativ analys*. Stockholm: Liber AB.

- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (2012). Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Hsu, C.-J., Meierbachtol, A., George, S. Z., & Chmielewski, T. L. (2016). Fear of Reinjury in Athletes. *Sports Health: A Multidisciplinary Approach*, 9(2), 162–167. doi:10.1177/1941738116666813
- International Society of Behavioral Medicine. (u.å.). About IBSM. Hämtad 18 mars, 2019, från ISBM, <https://www.isbm.info/about-isbm/>
- Jewiss, D., Ostman, C., & Smart, N. (2017). Open versus Closed Kinetic Chain Exercises following an Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Sports Medicine*, 2017, 1–10. doi:10.1155/2017/4721548
- Laprade, R. F., & Wijdicks, C. A. (2012). The Management of Injuries to the Medial Side of the Knee. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 42(3), 221–233. doi:10.2519/jospt.2012.3624
- Lentz, T. A., Zeppieri, G., George, S. Z., Tillman, S. M., Moser, M. W., Farmer, K. W., & Chmielewski, T. L. (2014). Comparison of Physical Impairment, Functional, and Psychosocial Measures Based on Fear of Reinjury/Lack of Confidence and Return-to-Sport Status After ACL Reconstruction. *The American Journal of Sports Medicine*, 43(2), 345–353. doi:10.1177/0363546514559707
- Linton, S. J. (1997). *Psychology of Pain*. By Suzanne M. Skevington. Chichester. British Journal of Health Psychology, 2(2), 187–187. doi:10.1111/j.2044-8287.1997.tb00534.x
- Lundman, B och Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (red). I: *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) (s. 187-201). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälsooch sjukvård*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Mangine, R. E., Minning, S. J., Eifert-Mangine, M., Colosimo, A. J., & Donlin, M. (2008). Management of the Patient with an ACL/MCL Injured Knee. *North American journal of sports physical therapy : NAJSPT*, 3(4), 204-11.
- Marchant, M. H., Tibor, L. M., Sekiya, J. K., Hardaker, W. T., Garrett, W. E., & Taylor, D. C. (2010). Management of Medial-Sided Knee Injuries, Part 1. *The American Journal of Sports Medicine*, 39(5), 1102–1113. doi:10.1177/0363546510385999

- Matsumoto, H., Suda, Y., Otani, T., Niki, Y., Seedhom, B. B., & Fujikawa, K. (2001). Roles of the anterior cruciate ligament and the medial collateral ligament in preventing valgus instability. *Journal of Orthopaedic Science*, 6(1), 28–32. doi:10.1007/s007760170021
- Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (4., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Phisitkul, P., James, S. L., Wolf, B. R., & Amendola, A. (2006). MCL injuries of the knee: current concepts review. *The Iowa orthopaedic journal*, 26, 77-90.
- Roach, C. J., Haley, C. A., Cameron, K. L., Pallis, M., Svoboda, S. J., & Owens, B. D. (2014). The Epidemiology of Medial Collateral Ligament Sprains in Young Athletes. *The American Journal of Sports Medicine*, 42(5), 1103–1109. doi:10.1177/0363546514524524
- Seidenberg, Peter H & Beutler, Anthony I & Elsevier (2008). *The sports medicine resource manual* (1st ed). Elsevier Saunders, Philadelphia, Pa.; Edinburgh
- SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet
- SFS 2017:30. *Hälso- och Sjukvårdslag*. Stocholm: Socialdepartementet
- Socialstyrelsen.se. (2019). Hämtad 12:05, 2019-02-27, <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20074/2016-2-18-del-1.pdf>.
- Thomeé, P., Währborg, P., Börjesson, M., Thomeé, R., Eriksson, B. I., & Karlsson, J. (2006). Self-efficacy, symptoms and physical activity in patients with an anterior cruciate ligament injury: a prospective study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 0(0), 061120070736038–??? doi:10.1111/j.1600-0838.2006.00557.x
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (1998). Treatment of Chronic Pain Patients: Clinical Outcomes, Cost-Effectiveness, and Cost-Benefits of Multidisciplinary Pain Centers. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 10(2), 181–208. doi:10.1615/critrevphysrehabilmed.v10.i2.40
- Vetenskapsrådet (2016). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Vlaeyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85(3), 317–332. doi:10.1016/s0304-3959(99)00242-0

Världsläkarförbundet. (2013). *World Medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad: (20180521)
Från: <https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/Etikochansvar/Etik/WMA-dokument/Helsingforsdeklarationen/>

Wade, D. and Halligan, P. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), pp.995-1004

Wijdicks, C. A., Griffith, C. J., Johansen, S., Engebretsen, L., & LaPrade, R. F. (2010). Injuries to the Medial Collateral Ligament and Associated Medial Structures of the Knee. *The Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume*, 92(5), 1266–1280.
doi:10.2106/jbjs.i.01229

BILAGA A

Intervjuguide

Konservativ behandling som gäller angående frågorna nedan

Bakgrundsfrågor

- Antal år av erfarenhet inom fysioterapi?
- Antal år av erfarenhet gällande MCL-skador?
- Beteendemedicinsk utbildning, högskola/fristående kurser?

Intervjufrågor

- Kan du beskriva hur ett upplägg av rehabilitering av MCL kan se ut utifrån hur du jobbar?
- Kan du beskriva några svårigheter du upplevt vid rehabilitering av MCL-skador?
o Följdfrågor om de inte kommer in på alla områden: Finns det några psykologiska/sociala/fysiska aspekter som kan försvåra?
o Hur bemöter du dessa svårigheter?
- Vilken roll anser du att du har som fysioterapeut gällande rehabilitering av MCL.
- Kan du beskriva om och i så fall hur du anpassar rehabiliteringsupplägget och progressionen utifrån en enskild patient?
- Kan du beskriva ett patientfall där rehabiliteringen gick bra alternativt ett som inte gick bra?
Följdfrågor: Varför tror du att det gick bättre/ sämre den gången? Vad gjorde du annorlunda?
- Vilken hänsyn tar du till patientens sociala samt psykologiska förutsättningar?
Följdfråga: Hur?

Följdfrågor

Kan du utveckla?

Beskriv hur?

Hur kommer det sig tror du?

BILAGA B

Informationsbrev

Bakgrund och syfte med studien.

Vi är två fysioterapeutstudenter från Mälardalens Högskola som skriver ett examensarbete på kandidatnivå. Syftet med studien är att undersöka fysioterapeuters erfarenheter och upplevelser av att integrera ett biopsykosocialt perspektiv i konservativ behandling av patienter med mediala kollateral ligament-skador. Syftet kommer att undersökas genom ljudinspelade intervjuer.

Förfrågan om deltagande.

Du tillfrågas härmed att delta i studien. Medverkan i studien innebär att en ljudinspelad intervju kommer äga rum med frågor utformade efter studiens syfte. Du som fysioterapeut med mer än ett års erfarenhet av att arbeta med rehabilitering av MCL-skador och som är verksam på ett sjukhus tillfrågas om deltagande i studien. Genomförandet av studien har godkänts av verksamhetschefen på din arbetsplats.

Konfidentialitet

Det inspelade materialet kommer att förvaras på ett usb-minne som förvaras på en säker plats då det inte används och data kommer att raderas då studien är godkänd och arkiverad. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt så att det inte kan återkopplas till dig som individ i det färdiga arbetet. För att undvika att din identitet avslöjas kommer vi inte namnge din arbetsplats utan endast att intervjun har skett vid sjukhus i Sverige. Full anonymitet kan inte garanteras då författarna till examensarbetet kommer veta att just du svarat på ett visst sätt men i det färdiga arbetet kommer dock inga svar att kunna härledas till dig som person eller någon annan som medverkat i studien.

Studiens praktiska genomförande

Vid deltagande i studien kommer vi att intervjua dig vid ett för dig lämpligt överenskommet datum. Intervjun kommer att äga rum avskilt och det står dig fritt att välja plats för tillfället, exempelvis på ett rum på sjukhuset. Intervjun beräknas ta cirka 45 minuter.

Vi kommer att följa upp denna kontakt med ett telefonsamtal och tillfråga dig om att delta i studien.

Praktiskt genomförande

Slutgiltig version av uppsatsen kommer presenteras vid Mälardalens Högskola och vid intresse kan du få ta del av den godkända uppsatsen.

Frivillighet gällande deltagande

Medverkan i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas oavsett anledning.

Ansvariga.

Studenter: Freddy Wiman, fwn16005@student.mdh.se, 0763288085.

Jonathan Alexandersson, jan16023@student.mdh.se, 0734355757.

Handledare: Caroline Eklund, adjunkt, fysioterapeutprogrammet, Mälardalens högskola (caroline.eklund@mdh.se).



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se