



Linnéuniversitetet

Institutionen för pedagogik, psykologi och idrottsvetenskap

Masteruppsats i
idrottsmedicin/idrottsvetenskap 30 hp

Ansvar för barn och ungdomars psykosociala stöd i samband med allvarlig idrottsskada



Författare: Charlotte Wedenberg
Handledare: Ulrika Tranaeus
Termin: VT12
Kurskod: 4IM01E



Abstrakt

Vården och idrottsledarens sätt att agera och uttala sig om behandling och prognos påverkar idrottaren på ett sätt som både kan stärka, men även minska tilltron till sin egen förmåga varför vikten av optimalt stöd och omhändertagande av omgivningen genom hela rehabiliteringen har stor betydelse, särskilt hos barn och ungdomar vars reaktioner på trauma är starkare än hos vuxna. **Syfte:** Syftet med studien var att ta reda på vem som har ansvaret för att barn och ungdomar får det psykosociala stöd som behövs i samband med en allvarlig idrottsskada, vilken kunskap som finns hos tränare, föräldrar och fysioterapeuter samt om det finns någon handlingsplan för de som inte lyckas återgå. **Metod:** Kvalitativa intervjuer med tränare, föräldrar och fysioterapeuter med erfarenhet av allvarliga idrottsskador hos barn och ungdomar i åldern 12-16 år från olika idrotter i Stockholmsregionen analyserades med innehållsanalys. **Resultat och diskussion:** Alla informantgrupper oberoende av varandra ansåg att kommunikationen var det största problemet och att rollen som koordinator saknades. De förmedlade en känsla av kognitiva, emotionella och beteendemässiga reaktioner hos barnen, som i likhet med tidigare studier ansågs större ju yngre barnen var. Tränarna upplevde brist på utbildning och tid, föräldrarna beskrev sin besvikelse på vården samt personlighetsförändringar hos sina barn i samband med skadan. Fysioterapeuterna upplevde att rehabiliteringen ofta fungerade som substitut för idrotten och att de därför tvingades bära ett större ansvar än de ansåg sig ha utbildning för. Resultaten är tänkta att förmedlas till aktiva inom barn och ungdomsidrott i Sverige för att öka kunskapen och därmed kunna ge våra barn och ungdomar bästa möjliga förutsättningar oavsett om de lyckas återgå till idrott eller inte.

Sökord: *unga, idrottsskador, rehabilitering, tränare, föräldrar, fysioterapeut*



Abstract

Medical staff and trainer's way to act and decide on treatment and prognosis influencing the athlete in a way that both can strengthen, but also reduce confidence in his or her own ability, why the importance of optimal support and care of the environment throughout the entire rehabilitation are of great importance, particularly among children and young people whose reactions to trauma is stronger than in adults. **Purpose:** the aim of this study was to determine who is responsible for children and young people receive psychosocial support needed in connection with a serious sports injury and the knowledge held by coaches, parents and physiotherapists. **Method:** Qualitative interviews with coaches, parents and physiotherapists with experience of serious sports injuries in children and young people aged 12-16 years old from different sports in the Stockholm region were analysed using content analysis. **Results and discussion:** all categories independently thought that communication was the major problem and that the role of a coordinator was missing. They imparted a sense of cognitive, emotional and behavioural reactions in children, as with previous studies were considered more with younger children. Coaches felt a lack of education and time, parents described their disappointment on care and personality changes with their children in connection with the injury. The physiotherapists felt that rehabilitation is often served as a substitute for sport and that they therefore had to bear a greater responsibility than they believed they had the education for. Results should be communicated to active in the children's and youth sport in Sweden in order to increase the knowledge and thus be able to give our children and young people the best position, regardless of whether they manage to return to sport or not.

Keywords: *young people, sports injuries, rehabilitation, coaches, parents, physioterapeut*

Innehåll

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Tilltro till sin egen förmåga	2
Barn och ungdomars behov av stöd.....	3
Idrottsskador hos barn och ungdomar i Sverige	3
Utbildning inom svensk idrott.....	4
Problemformulering.....	4
Syfte	5
Frågeställningar.....	5
Material och metod	5
Forskningsdesign	5
Datainsamling	5
Informanter	6
Dataanalys	7
Trovärdighet.....	8
Etiska aspekter	8
Resultat och diskussion.....	8
Tränare.....	10
<i>Kommunikation</i>	10
Samarbete.....	10
Socialt stöd.....	11
<i>Utbildning</i>	14
Emotionella reaktioner.....	14
Föräldrar	15
<i>Kommunikation</i>	15
Medicinskt stöd.....	16
Ansvar	16
<i>Personlighet</i>	18
Idrottsidentitet	18
Fysioterapeuter	19
<i>Kommunikation</i>	19
Samarbete.....	19
Organisation.....	20
<i>Socialt och medicinskt stöd</i>	21

Rehab som substitut för idrotten	21
Ansvar	22
Sammanfattande analys	22
Metoddiskussion	24
Konklusion	26
Implikationer och fortsatt forskning	26
Tillkännagivelse	26
Referenser	27
Bilagor	

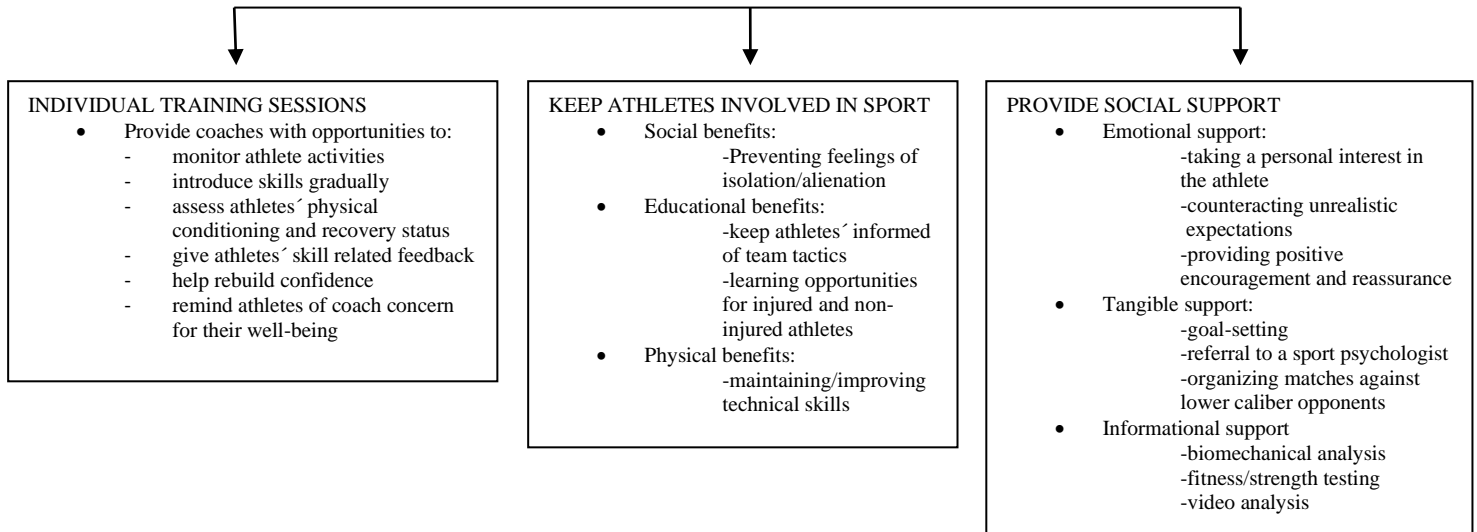
Inledning

Barn och ungdomars ökade behov av stöd i samband med en idrottsskada är sedan tidigare väl känt. Efter mångårig erfarenhet både som tränare och sjukgymnast till barn och ungdomar och efter att tidigare genomfört en kvalitativ studie angående barn och ungdomars upplevelser i samband med en idrottsskada, föddes tanken att ta reda på vilken kunskap som finns hos tränare, fysioterapeuter samt föräldrar till dessa barn och ungdomar beträffande behovet av psykosocialt stöd.

Bakgrund

Det förekommer endast fåtal studier beträffande kunskap och förståelse för vilket psykosocialt stöd idrottare behöver i samband med en allvarlig skada. Studier som finns har refererat till tränare på VM och OS-nivå i stora etablerade nationer, där man som tränare är anställd och idrottarna i allmänhet är något äldre (Podlog & Eklund, 2007). Idrottare som börjar tävla efter en allvarlig skada försöker återfå sin tekniska förmåga (Taylor & Taylor, 1997) samt lägger mer fokus på det skadade området (Williams & Roepke, 1993) och upplever därmed större oro (Bianco, 2001; Gould, Udry, Bridges & Beck, 1997; Kvist, Ek, Sporrstedt & Good, 2005; Rotella, 1985) vilket kan öka risken för återfallsskada (Williams & Andersen, 1998). Erfarenheten hos tränare är därför av stor vikt när det gäller idrottares återgång till idrott (Bianco, 2001; Gould et al, 1997; Johnston & Carroll, 1998) och de har enligt Podlog och Eklund (2007) en betydelsefull roll för att återgången ska bli så bra som möjligt. Figur 1.

COACHES ROLE IN ASSISTING ATHLETES WITH THE RETURN TRANSITION



Figur 1. Tränarnas roll i samband med idrottarens återgång till idrott efter skada (Podlog & Eklund, 2007).

Tilltro till sin egen förmåga

Begreppet tilltro (self-efficacy) introducerades av psykologiprofessorn Albert Bandura 1977 och syftar på hur individen bedömer sin kapacitet att planera och genomföra sin plan för att nå sina mål i olika situationer. Bandura (1977) beskriver fyra källor till self-efficacy som tidigare sammanfattats enligt följande:

1. *Enactive Mastery Experience; Individen har tidigare erfarenhet av att ha klarat uppgiften/beteendet i den specifika situationen.*
2. *Vicarious Experience; Individen ser att någon annan person med liknande besvär eller i liknande situation, har klarat av uppgiften/beteendet.*
3. *Verbal persuasion; Individen blir övertalad av en trovärdig person som säger "jag är säker på att det här kommer att gå bra för dig".*
4. *Physiological and Affective States; Individens positiva fysiska och psykiska upplevelser av beteendet. (Vid negativa upplevelser av att utöva beteendet, exempelvis att fysisk aktivitet är smärtsamt, sjunker ofta self-efficacy). (Åsenlöf, 2009, s. 17).*

Enligt Thomeé et al. (2010), påverkar vården och idrottsledarens sätt att agera och uttala sig om behandling och prognos idrottaren på ett sätt som både kan stärka, men även minska tilltron till sin egen förmåga.

Barn och ungdomars behov av stöd

Av alla barn och ungdomar som idrottar kommer 1/3 råka ut för skada som kräver vård (Adirim & Cheng, 2003). Dessa barn och ungdomar ska rehabiliteras och förhoppningsvis återgå till sin idrott, men en del kommer inte att lyckas på grund av olika faktorer. Enligt Brewer, Linder och Phelps (1995), är barn och ungdomars reaktioner på trauma starkare än hos vuxna och Williams och Andersen (1998), menar att stor hänsyn även bör tas till utvecklingsmässiga skillnader, inte bara mellan individer, utan även inom en individ. De beskriver att det föreligger stora variationer mellan tankar, känslor och beteenden under olika perioder i livet. Ungdomar i åldern 12- 15 år förlitar sig på sina klasskamrater samt föräldrar och är i behov av socialt stöd och fysisk kompetens från sin tränare. Äldre ungdomar utgår mer från sig själva och jämlika personer (Williams & Andersen, 1998). Utvecklingsmässig idrottspsykologi visar att barn och ungdomar skiljer sig åt beträffande motivation, emotionell respons och förmåga till självbehärskning vad gäller fysisk aktivitet och idrottsengagemang (Hanson, McCullagh & Tonymon, 1992). Vikten av optimalt stöd och omhändertagande av omgivningen genom hela rehabiliteringen har därför stor betydelse. Åldersrelaterade skillnader och konsekvenserna av skada är ett av de mest försummade områdena inom idrottspsykologin (Andersen & Williams, 1999).

Idrottsskador hos barn och ungdomar i Sverige

Idrott är en aktivitet som ungefär 90 % av Sveriges barn och ungdomar någon gång under sin uppväxt ägnar sig åt (Riksidrottsförbundet [RF], 2011). Drygt 140 000 ungdomar deltar en vanlig dag i organiserade idrottsaktiviteter (RF,

2010). Idrott är förenat med många positiva effekter som förbättrad fysisk och psykisk hälsa samt förbättrad inlärnings- och koncentrationsförmåga (Berg, 2008), men föranleder även mycket skador. Genom en internationell databas, Injury Data Base [IDB], kan antalet skadade barn i åldern 0-17 år i Sverige utläsas. I senaste sammanställningen, gjord 2011, från åren 2007-2009 uppskattades att 3.4 % (60 000) av alla barn i Sverige drabbades av en idrottsskada årligen och tonåringar var mest utsatta. Av alla idrottsskador inträffade 88 % på arenor som är avsatta just för idrottsutövningar och vanligaste idrotterna var i ordning fotboll, ishockey, ridning, slalom, innebandy, handboll, gymnastik och motorsport, där fotboll utgjorde 28 % av de barn som skadade sig under idrottsutövning. Exponeringsdata går dock inte att erhålla. Av alla idrottsskadade barn vårdades 7 % inom slutenvård och 93 % inom öppen vård. Pojkarna stod för 60 % av skadorna. (Socialstyrelsen, 2010).

Utbildning inom svensk idrott

Det finns ingen specifik utbildning eller handlingsplan beträffande psykosocialt stöd i samband med skada hos idrottare inom de olika förbunden. För landslagsaktiva kan RF tillhandahålla sådant stöd genom sitt resursteam. Det är ovanligare att klubbar och föreningar har motsvarande kompetens inom sitt kontaktnät men det förekommer allt oftare i takt med att fler yrkesutbildade rådgivare finns tillgängliga. Någon speciell handlingsplan för barn och ungdomar som råkar ut för en allvarlig idrottsskada finns inte. Idrottare som inte tillhör landslag eller någon form av elitsatsning får i de allra flesta klubbarna sköta sin rehabilitering på egen hand.

Problemformulering

Eftersom barn och ungdomars reaktioner på skada är större jämfört med vuxna (Brewer et al, 1995), är vikten av optimalt stöd och omhändertagande av omgivningen genom hela rehabiliteringen av särskilt stor betydelse för barn och ungdomar. Finns kunskapen för att dessa barn och ungdomar ska få

det psykosociala stöd de är i behov av i samband med en allvarlig idrottsskada? För de barn och ungdomar som inte lyckas återgå bör det även finnas en handlingsplan.

Syfte

Det primära syftet med studien var att ta reda på vem som har ansvaret för att barn och ungdomar får det psykosociala stöd som behövs i samband med en allvarlig idrottsskada och vilken kunskap som finns hos tränare, fysioterapeuter samt föräldrar. Det sekundära syftet var att ta reda på om det finns någon handlingsplan för de barn och ungdomar som inte lyckas återgå till sin idrott samt implementera kunskapen till berörda inom barn och ungdomsidrott i Sverige.

Material och metod

Forskningsdesign

Studien är en kvalitativ design där intervjuer har genomförts med tränare, föräldrar samt fysioterapeuter med semistrukturerade intervjuguides, specifika för respektive grupp (bilaga 1-3). De semistrukturerade intervjuguiderna tillåter intervjuaren att klargöra frågor och ställa följdfrågor för att hjälpa deltagaren att delge mer information (Carter, Lubinsky & Domholdt, 2011) samt ge forskaren större möjlighet att lära sig mer om problemet från deltagarna (Creswell, 2009).

Datainsamling

Författaren vände sig till klubbar och fysioterapikliniker i Stockholmsregionen och bad om förslag på tränare, fysioterapeuter samt föräldrar som innefattade inklusionskriterierna för studien. Författaren kontaktade tilltänkta informanter och informerade om studien och dess syfte

samt tillfrågade om deltagande. Alla informanter fick underteckna informerat samtycke (bilaga 4-6). Provintervjuer för varje kategori genomfördes för att säkerställa att frågorna formulerats väl. Provintervjuerna ingår inte i studien. Informanterna kallades både skriftligt och muntligt till sina respektive intervjutillfällen. Intervjuerna genomfördes på lämplig plats för respektive grupp. Föräldrar och fysioterapeuter intervjuades i två homogena fokusgrupper med sju informanter i föräldragruppen, sex informanter i fysioterapigruppen. Tränarna intervjuades i fem enskilda intervjuer. Alla intervjuer inleddes med inledningsfrågor i syfte att nå huvudfrågorna (Podlog & Eklund, 2007). Intervjuerna bandades och transkriberades ordagrant av författaren. Valet av både fokusgrupper och enskilda intervjuer berodde på att författaren av egen erfarenhet känner till att tränare kan ha svårighet att uttrycka egna erfarenheter i grupp medan fysioterapeuter och föräldrar förhoppningsvis upplever ökat stöd av varandra.

Informanter

En fokusgrupp med sju föräldrar, en fokusgrupp med sex fysioterapeuter (fem sjukgymnaster, en naprapat) och fem enskilda intervjuer med barn- och ungdomstränare ingick i studien för att få svar på frågorna. Informanterna rekryterades inom handboll, fotboll, trupp gymnastik, artistisk gymnastik och innebandy inom Stockholmsregionen. Informanterna skulle ha nära anknytning till barn och ungdomar mellan 12 – 16 år som råkat ut för en allvarlig idrottsskada, antingen som förälder, tränare eller fysioterapeut. Definitionen av en allvarlig skada är två månaders frånvaro från deltagande i idrott (Podlog & Eklund, 2007), i linje med tidigare undersökning (Hallquist & Hermelin, 2011).

Inklusionskriterier

- Ett strategiskt urval av tränare och föräldrar till barn och ungdomar i åldern 12 – 16 år med erfarenhet av minst en allvarlig idrottsskada samt fysioterapeuter med yrkesmässig erfarenhet av behandling och

rehabilitering av barn och ungdomars (i åldern 12 – 16 år) allvarliga idrottsskador.

Exklusionskriterier

- Ingen erfarenhet av allvarlig skada hos barn och ungdomar i åldern 12 – 16 år.

Bortfall

Åtta föräldrar tillfrågades att delta i studien och alla tackade ja, men själva intervjudagen lämnade en återbud på grund av sjuka barn. Sju tränare tillfrågades, två ansåg inte att de hade något att bidra med och de övriga fem var mycket positiva till intervju. Fysioterapeuter från fyra stora idrottsskadekliniker tillfrågades, men ingen hade möjlighet att delta i intervju. Ytterligare fem sjukgymnaster från olika kliniker tillfrågades som tackade ja och en naprapat tillfrågades som tackade ja.

Dataanalys

Data analyserades med innehållsanalys vilket är en process som extraherar intressant data och utöver det manifesta innehållet även omfattar dolt och underliggande innehåll, det vill säga mer djupliggande struktur. Innehållsanalysen delas in i olika steg enligt Graneheim och Lundman (2004).

- Hela texten läses igenom ett flertal gånger för att få en helhet av innehållet.
- Meningsbärande enheter, det vill säga meningar eller fraser som innehåller adekvat information för syftet, plockas ut. Omgivande text tas även med för att sammanhanget ska kvarstå.
- Kondensering (textreducering) av de meningsbärande enheterna utförs för att korta ner texten, men med bibehållit innehåll.

- Kodning av de kondenserade meningsenheterna i kategorier, som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna. Kategorierna utgör sedan det manifesta innehållet. Teman formuleras där det latenta innehållet i intervjuerna framgår och författarens känsla för det underliggande budskapet. Temat växer fram som en process som pågår under hela arbetet.

Trovärdighet

Trovärdigheten säkrades genom att författaren lyssnade på och transkriberade materialet och läste igenom flertalet gånger för att bilda sig ett helhetsintryck. Under processen från meningsbärande enheter till analysering av kategorier och teman var handledaren (UT) behjälplig.

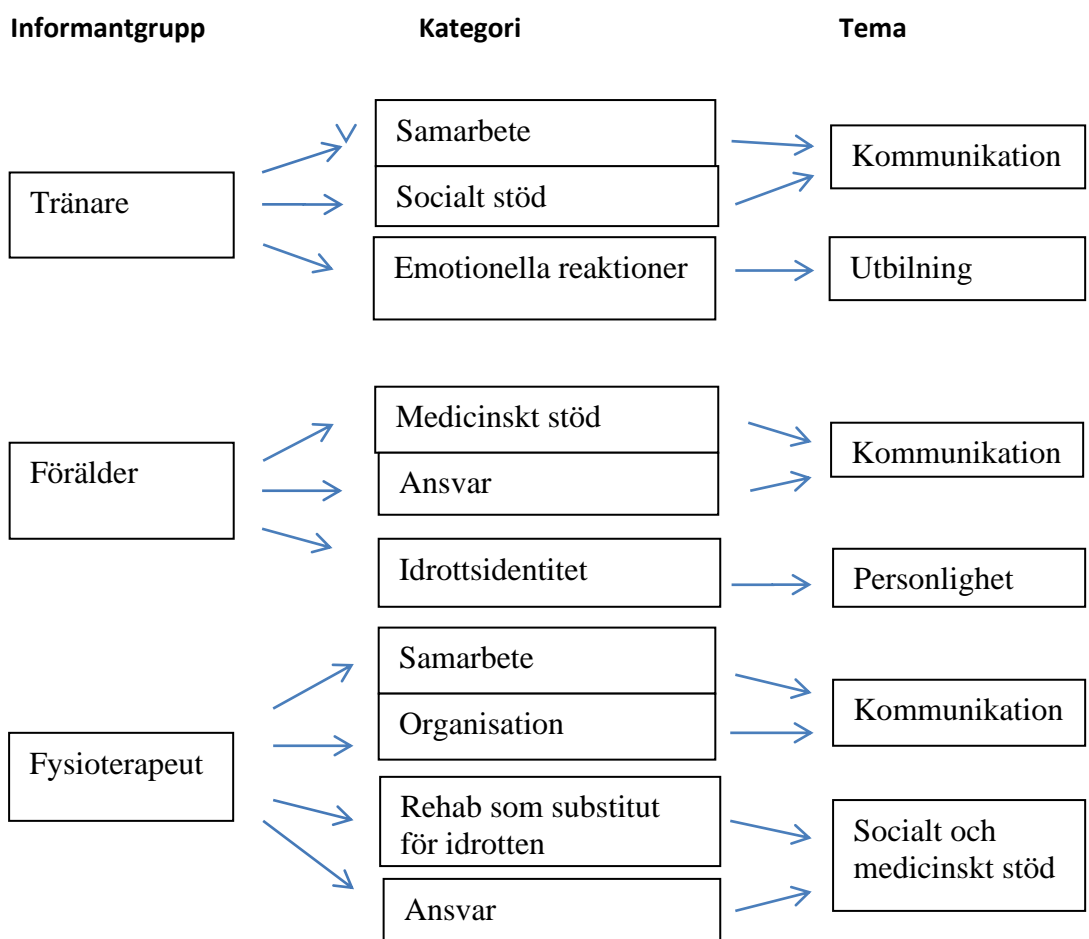
Etiska aspekter

Skriftligt tillstånd och godkännande har inhämtats från samtliga informanter som accepterat deltagande i studien. De informerades om att de har rätt att när som helst avbryta sin medverkan i studien utan att ange anledning. Allt material förvaras i låst skåp och är kodat. Endast författaren och handledaren har tillgång till materialet. Deltagarna i fokusgrupperna hade tystnadsplikt gentemot varandra. Kodade uppgifter om informanternas uttalanden användes för att inte kunna härleda några uttalanden. Citat förekommer, men går inte att referera till någon speciell informant. Informanterna delgavs studiens resultat på gruppnivå och gavs möjlighet till informantvalidering. Inget beroendeförhållande mellan författare och informanter. Studien är godkänd av Etikkommittén Sydost, Sverige.

Resultat och diskussion

Eftersom beskrivning och tolkning är nära besläktat inom kvalitativ forskning, föll valet på att integrera resultat och diskussion för att undvika repetition och öka läsbarheten. Resultatet av studien genererade två teman

med tre kategorier för tränarna, två teman med tre kategorier för föräldrarna samt två teman med fyra kategorier för fysioterapeuterna. Gemensamt tema för samtliga kategorier var kommunikation. Ytterligare teman som benämndes var utbildning, personlighet samt socialt och medicinskt stöd. Temana och kategorierna besvarade frågeställningarna: vem har ansvaret för att barn och ungdomar får det psykosociala stöd som behövs i samband med en allvarlig idrottsskada och vilken kunskap finns hos dem som kommer i kontakt med dessa barn och ungdomar samt om det finns någon handlingsplan för dem som inte lyckas återgå till sin idrott. Teman och kategorier presenteras i Figur 2.



Figur 2. Analyschema för kategorisering av information till teman för respektive informantgrupp.

Tränare

Kommunikation

Tränarna i denna studie upplevde en form av frustration. De är ofta ensamma med många barn och ungdomar som var och en ska få uppmärksamhet efter sina förutsättningar. Ett barn eller ungdom som skadas kräver mer uppmärksamhet, vilket tränarna känner att de inte kan ge på grund av en rad olika faktorer som till exempel brist på tid och kunskap.

Samarbete

Tränarna förväntar sig att vårdpersonal som framförallt sjukgymnaster och naprapater ska kontakta dem för att ge upplysningar och instruktion hur man går vidare med det skadade barnet. De får i de flesta fall söka information själva via föräldrarna, vilket de inte anser sig ha tid med. De är ofta tränare på sin fritid på kvällar och helger när inte vårdpersonalen är i tjänst. De visar samtidigt förståelse för att inte sjukgymnasterna har möjlighet att kontakta dem. Att få kontakt med läkarna anser tränarna vara fullkomligt omöjligt. Läkarna är svåra att kontakta och tar aldrig själva kontakten med tränaren, inte ens, som en tränare uttrycker det:

”Jag kom ju in på akuten som tränare med ett barn som hade brutit nyckelbenet på en match och det enda de var upprörda över var att jag inte var förälder, istället för att ta mitt namn och mina kontaktuppgifter och återkoppla till mig som kom in med barnet. Men hela samhället bygger på att du har en familj och att det är föräldrarna som har ansvaret.” (Tränare)

Tränarnas önskan är att de ska få hjälp av läkarna istället för att de, som tränarna upplever det, klagar på verksamheten som bedrivs och i många fall anser att den är farlig.

”Det är synd att den medicinska sidan är så kritiska, hjälp oss istället! Hur ska vi göra?” (Tränare)

”Vi fick ingen kontakt med läkare eller sjukgymnaster eller någonting!” (Tränare)

Socialt stöd

Tränarna förmedlar vikten av att barnen känner sig välkomna och får alla kallelser även om de är skadade samt att barnen bör få tränarnas fulla förståelse om hur de upplever sin skada. Barnen får inte bli bortglömda, vilket tränarna samtidigt medger lätt händer på grund av tidsbrist. Tränarna upplever att vissa barn är svårare att prata med än andra och tror att de förhoppningsvis söker mer stöd hos sina lagkamrater, men inte alltid, då de istället väljer att dra sig undan och kanske till och med slutar med idrotten. Redan här visar tränarna att de inte vet om någon tar ansvar, utan bara tror att någon annan tar ansvar. Brewer et al (1995) beskriver i sin studie att unga akut skadade som saknar självförtroende och kontroll över sin rehabilitering är känsligare för känslomässig ångest på grund av skadan, vilket återigen speglar betydelsen av att unga idrottare är i behov av större socialt stöd i samband med en idrottsskada jämfört med vuxna, eftersom de reagerar på trauma starkare jämfört med vuxna. Tränarna beskriver att de inte sällan upplever att barnen mår sämre vid återgången till idrotten jämfört med under själva rehabiliteringen. Det blir då mer påtagligt för dem hur mycket de ligger efter. Tränarna upplever att barnen lätt får prestationsångest och försöker prestera mer än de egentligen är mogna för i likhet med Taylor och Taylors resultat (1997). Tränarna i den här studien anser att föräldrarna fyller en viktig funktion genom att stötta sina barn, vilket inte alltid är fallet, ofta i brist på kunskap om hur barnet egentligen mår. Det har i tidigare studier även visats att idrottare kan sluta med sin idrott på grund av för höga förväntningar från tränare och föräldrar vilket kan vara en av orsakerna till ”burnout” – ett multidimensionellt syndrom (Gustafsson, Hassmén, Kenttä & Johansson, 2008; Creswell & Eklund, 2006; Gould, 1996; Gould, Tuffey, Udry & Loehr, 1996). Av svenska idrottande ungdomar beräknas 1 – 2 % sluta med idrott på grund av ”burnout” (Gustafsson, Kenttä, Hassmén & Lundqvist, 1997) och

siffran väntas stiga med ökad träning och fler tävlingar i yngre åldrar (Gould & Dieffenbach, 2002). För att underlätta för barnen ger några av tränarna förslag på att det kan vara bra med någon form av mentor i samma ålder som barnet. Någon som tidigare varit med om i princip samma skada, som barnet kan få möjlighet att prata med och ventilerat sina känslor med. Det kan vara skönt för barnet att prata med någon helt utomstående. Det är även något som Podlog och Dionigi (2010) har tagit upp i sin studie under benämningen ”förebilder”. Under intervju med tränare inom artistisk gymnastik framkom det att man har börjat föra diskussioner om hur man ska ta hand om de som slutar med sin idrott på bästa sätt, både på grund av en idrottsskada eller av annan anledning. De tappar ofta kontakten med idrotten om man inte lyckas involvera dem som tränare. Någon typ av efterkarriärsplan med till exempel en kamratförening skulle kunna vara uppskattat då de fortfarande kan känna en tillhörighet och förhoppningsvis få behålla sin identitet som idrottare. Slutet på karriären utgör en unik typ av övergång i livet som alla idrottare går igenom (Wylleman, Alfermann & Lavalley, 2004). Övergångarna kan delas in i normala och icke-normala (Schlossberg, 1984). Normala övergångar inträffar när idrottaren beslutar sig för att lämna idrotten och icke-normala inträffar oförutsett, till exempel när idrottaren drabbas av en idrottsskada (Blinde & Greendorfer, 1985). Fler forskare bekräftar att en idrottares reaktion på ett karriärslut kan omfatta en rad känslor som sorg, identitetsförlust, ensamhet, ångest och rädsla, förlust av självförtroende, depression, alkoholmissbruk och även självmord (Alfermann, Stambulova & Zemaityte, 2004; Lally, 2007; Pearson & Petitpas, 1990). Enligt Stoltenburg, Kamphoff och Lindstrom (2011), blir reaktionerna när idrottaren slutar med en idrott starkare om man har en stark idrottskaraktär eftersom idrotten betyder mycket för dig som idrottare. De flesta idrottarna utvecklar inte ”Plan B”, det vill säga ett liv efter idrotten. Skulle de göra det skulle övergången när de slutar med sin idrott bli mjukare, likaså om någon annan, till exempel

fysioterapeuten eller tränaren tar det avgörande beslutet att man måste sluta idrotta, följer en smidigare övergång till ett liv utan idrott. Med kunskapen om att barns reaktioner på skada är större jämfört med vuxna (Brewer et al, 1995), är det av stor betydelse att fånga upp barnen när de slutar med sin idrott oavsett anledning och på det sättet förhoppningsvis förhindra att barnen mår dåligt och få dem att känna att de har någon form av tillhörighet även utan sin idrott.

”Jag har faktiskt ett fall som slutat på grund av pressen hemifrån. Det var precis som att han slappnade av och vågade misslyckas om hans pappa inte var med, utan att känna typ att jag får ingen mat hemma.”(Tränare)

”De får en mental motivationsskada. Får de inte rätt stöttning hemifrån så går det ofta snett.”(Tränare)

Det finns olika uppfattningar bland tränarna i denna studie hur man på bästa sätt ska få tillbaka barnen till idrotten. En del anser att det vore bra att samla dem i speciella grupper under en period, medan andra anser att det inte är bra, utan att den gruppen istället lätt kan få stämpeln som ”mongogruppen”. Alla tränarna är dock överens om att något bör göras för att underlätta barnens återgång till idrott. Tränarna i lagidrotterna har en känsla av att det verkar vara jobbigare för flickor att återgå till idrott jämfört med pojkar. Dels har flickorna i allmänhet lättare att tappa sin fysik och dels upplever de att flickor kan vara ojustare mot varandra och inte ge samma stöd som pojkarna oftast gör. Att flickor skulle vara ojustare mot varandra jämfört med pojkar är dock inget som tränarna i artistisk gymnastik har noterat som har erfarenhet av att träna både flickor och pojkar, men däremot håller de med om att flickorna har det jobbigare vid återgång till idrott jämfört med pojkarna rent fysiskt.

”Skulle vi få välja skulle vi vilja ha henne som lagledare för det är en sån bra tjej. Jag tror nog att hon tycker det är jobbigt. Många har varit så jävla elaka mot henne.”(Tränare)

Utbildning

Alla som intervjuats upplever att det föreligger brist på utbildning. Någon form av psykologisk utbildning förekommer sällan. Flera av tränarna inom ungdomsidrotten är föräldrar och på de lite högre nivåerna finner man före detta idrottare som övergått till att vara tränare. De har gått olika kurser som anordnas av de olika förbunden, men delen som berör skador handlar om akut omhändertagande och berör inte de psykologiska aspekterna av en idrottsskada. Några tränare uppger dessutom att de saknar kompetens i det akuta omhändertagandet, detta gäller framför allt "föräldratränarna". Det finns dock tränare i studien som har gedigen kunskap om idrottsskador från olika utbildningar från både Gymnastik och Idrottshögskolan samt Bosön, som anser att man inte ens där tar upp idrottsskadornas emotionella påverkan och tycker att det är en svårt bit, särskilt hos barn, som de gärna vill ha mer kunskap och förståelse för. Barn behandlas ofta som små vuxna och inte som barn. Sjukgymnaster och naprapater anser också att utbildningsnivån hos många tränare borde förbättras inom området då de stöter på stor okunskap hos både tränare, föräldrar och aktiva.

"Generellt ledarskap på de utbildningar man går är kopplade till action på plan och inte hur man mår. Där har jag mer nytta av de utbildningar jag gått i arbetslivet, det tror jag...och sen erfarenhet naturligtvis." (Tränare)

Emotionella reaktioner

Alla som intervjuats beskriver känslan av att barn som drabbas av en idrottsskada genomgår ett stort trauma. De ser att barnens emotionella reaktioner är mycket starka ju yngre de är och visar stor förståelse för detta. Detta är i likhet med tidigare studier (Brewer et al, 1995). Alla är också överens om att familj och vänner är mest betydelsefulla under skadeperioden, samtidigt som föräldrarna beskriver att de inte förrän i efterhand har förstått

hur mycket skadan egentligen påverkat deras barn och känner sig besvikna att ingen från klubben hört av sig för att stötta. Tränarna är överens om att det helt beror på dem om barnen behåller sitt intresse för idrotten under skadeperioden eller inte, men att det naturligtvis även handlar om vilket stöd de får hemifrån och vilken egen inre vilja de har, detta i linje med vad som framkommit i tidigare studie av Podlog och Dionigi (2010) där de beskriver att idrottare måste komma över psykologiska barriärer så som förlorat självförtroende, rädsla för återfallsskada, känsla av isolering från laget och tidspressen att återgå till idrott. Det är enligt Podlog och Dionigi (2010) tränaren som fyller den största funktionen i detta hänseende. Eftersom de är tonåringar behöver de troligen ännu mer stöd och pushning jämfört med äldre idrottare för att de ska orka hela vägen. Tränarna känner också att de kan hjälpa barnen mycket bättre om de har tidigare erfarenhet av skadade barn och ungdomar. Flera av tränarna har något fall att referera till där det inte har gått bra och har nu det i åtanke när de står inför samma situation igen. Eftersom utbildningsnivån är låg beträffande de psykologiska aspekterna anser tränarna i studien att erfarenheten har stor betydelse.

"De psykologiska aspekterna kan nog ha att göra med okunskap hos tränarna. Med rätt medicinsk backning så tror jag att förståelsen och närmare kontakt kan göra det mycket enklare."(Tränare)

"Det som skiljer de som orkar ta sig igenom rehabiliteringen är de som har trygghet till sig själva, tilltro till sin egen kropp, sunda värden och stöttande föräldrar. De är ofta lite goa och softa."(Tränare)

Föräldrar

Kommunikation

Föräldrarna i studien upplever stor brist på kommunikation både inom och mellan vården och idrotten. De får ofta söka mycket information själva och

belyser vikten av kvalificerade personer med erfarenhet i barnens närhet, hos både tränare och vårdpersonal.

Medicinskt stöd

Föräldrarna förmedlar en uppgivenhet mot framförallt vården. De får inga besked vem de ska kontakta och vikten av att hamna rätt verkar vara avgörande. De beskriver att en del läkare har svårt att förstå betydelsen av snabba besked då det handlar om idrottsskador hos barn och ungdomar och några har även blivit misstrodda beträffande barnens smärtor. Att hamna hos en läkare med stort intresse och kunskap om idrottsskador beskriver de som helt avgörande för att deras barn ska få rätt vård. De beskriver däremot lite olika upplevelser vad gäller kommunikation. Några är mycket nöjda med kommunikationen inom vården, medan andra tycker den är under all kritik. De har t ex fått till svar från sjukgymnasterna att de inte har tid att kontakta föräldrarna. Några beskriver även att deras barn haft jobbigare när det är dags att återgå till idrotten än under själva rehabiliteringen. Det anser de beror på att tränarna inte haft kunskapen om hur de ska återfå barnet till idrotten och att tränarna varit osäkra på hur mycket barnet får belasta sin kropp. Föräldrarna upplever att barnen själva har svårt att prata om sina känslor, detta gäller framför allt pojkar, medan flickor ofta finner sin trygghet hos sina vänner som fyller en stor funktion.

”Vi kom rätt direkt. Gud vilken tur!”(Förälder)

”Hon kunde knappt gå och då gick vi till vår vårdcentral. Så vår lilla vårdcentral gjorde det (upptäckte skadan).”(Förälder)

”Tillslut efter mycket tjat så såg de att det var en kraftig broskskada och det kan tydligen göra rätt ont.”(Förälder)

”Ingen vill tala om för henne varför hon har smärta efter så lång tid. Jag är så less på vården så att jag e...” (Förälder)

Ansvar

Föräldrarna i studien är helt överens om att det är de som vårdnadshavare

som har det yttersta ansvaret för sina barn. Eftersom föräldrarna upplever att kommunikationen tycks vara ett stort problem, är föräldrarnas förslag att någon form av skriftlig rehabiliteringsplan skulle kunna underlätta. Ett dokument som utfärdas av behandlande vårdpersonal tillsammans med barnet där det tydligt framgår vilka mål som ska uppnås, vad som krävs av barnet, tränaren, föräldern och sjukgymnasten samt en tidsplan. Planen bör även vara formulerad med ett språk som alla förstår, vilket borde kunna underlätta för alla parter, inte minst beträffande kommunikationen. Det är dessutom mer konkret för ett barn att titta på ett papper och följa en plan samt ökad trygghet med vetskap att alla involverade har samma information och mål att jobba mot. De flesta är överens om att stödet som deras barn borde få i samband med framför allt återgång till idrotten skulle kunna bedrivas på ett annat sätt än det nuvarande, men de är också överens om att det handlar mycket om vilken tränare man har och vilket engagemang den tränaren har. Här skiljer sig de individuella gymnasterna jämfört med övriga idrottare, där föräldrarna till gymnasterna upplever att deras barn får ett fantastiskt stöd av tränarna. Föräldrarna är rörande överens om att det borde finnas en struktur på förbunds nivå för att stötta klubbarna i sitt arbete att kunna rekommendera idrottsläkare och sjukgymnaster. Det torde dock vara en omöjlighet för förbunden och kanske istället borde ligga på klubb nivå där man förhoppningsvis har bättre lokal kunskap om vart man kan vända sig.

”Däremot i laget tycker jag INTE ALLS de har tagit hand om henne när hon nu kommer tillbaka. De gör absolut ingenting extra. De snarast nonchalerar henne liksom.”(Förälder)

”Stödet var mest från oss hemma. Det var vi som stöttade. Man fick ingenting, det var ju inte så att klubbens tränare ringde och frågade: Hurru hur mår du? Det hörde man ingenting av.”(Förälder)

”Vår förening och ledare har varit underbara och hon är fortfarande i hallen mellan 25-27 timmar och klämmer på

klossar och är med i gänget och får vara med på allting och hon vill ju vara där.”(Förälder)

”Vi är ju vårdnadshavare här. Vi har ju det slutliga ansvaret på något sätt och det går nu inte att ändra på. När det går till elitsatsning då blir det mer allvarligt och då borde det finnas ett rehabansvar.”(Förälder)

Personlighet

Föräldrarna i studien upplever stora personlighetsförändringar hos sina barn under tiden som skadade och de beskriver stor variation i barnens copingförmåga och hur det kommer att påverka deras personlighet och förmågan att återgå till idrott.

Idrottsidentitet

Föräldrarna känner sig otillräckliga och har svårare att bemöta sina tonåringar när de är skadade och inte kan få utlopp för sin energi via sin idrott, vilket de är vana vid. De flesta anser inte heller att tränarna kontaktar deras barn och undrar hur det går och hur de mår, vilket gör att barnen tappar sin identitet som idrottare. Idrottsidentitet är att bara vara idrottare och när ”mattan dras undan” vet man inte vem man är, för i skola och hem har allt cirkulerat kring resultat och prestation inom idrotten. Familjen fyller här en stor funktion för att på bästa sätt stötta barnen. Föräldrarna beskriver det som att barnen verkar uppleva en tomhet, de blir lätt irriterade, får svårare att koncentrera sig och försämrar därmed sitt skolarbete, vilket går helt i linje med vad barnen själva har beskrivit i tidigare studie om barn och ungdomars upplevelser av en idrottsskada (Hallquist & Hermelin, 2011).

”Först då fattade jag vad det handlade om. Jag fattade inte att han var deprimerad. Han var längst nere på botten utan att vi hade fattat det.”(Förälder)

Vad som framkommit i den här studien som inte berörts i tidigare studier är föräldrarnas upplevelser när deras barn råkar ut för en idrottsskada. Föräldrarna tycker det är jobbigt att se sina barn vara skadade, jobbigt att kämpa sig fram i vården och några anser inte heller att deras barn får rätt bemötande från idrotten när de återgår till sin idrott efter skadan.

”Hon älskar fotboll och det är otroligt jobbigt och hon kan inte gå ut på plan så det är skitjobbigt för oss. Det är det verkliga. Mentalt jobbigt.” (Förälder)

”Vi har, vi känner, vi kämpar för att komma vidare i vården. De vill inte ta tag i det.” (Förälder)

Fysioterapeuter

Kommunikation

Fysioterapeuterna i studien upplever att mycket ansvar ligger hos dem, som de kanske inte alltid har kunskap för, och att kommunikationen har en central betydelse för att barnen ska få så säker rehabilitering och återgång till idrott som möjligt.

Samarbete

Fysioterapeuterna anser till skillnad från tränarna att ansvaret ligger hos tränarna att kontakta dem för att få upplysningar, vilket sällan görs även om de lämnar kontaktuppgifter via barnen och föräldrarna. Detta gäller både under rehabiliteringen och framförallt i samband med återgång till idrotten. Flera av fysioterapeuterna uppger att de aldrig pratat med någon tränare. De som har kontakt med tränare upplever att samarbetet fungerar om det redan finns en etablerad kontakt samt att man måste arbeta upp sina kontakter under lång tid för att skapa förtroende hos tränarna. Fysioterapeuterna upplever att mycket information går förlorad när förmedlingen sker via barn och föräldrar och att det därför lätt uppstår missförstånd. De beskriver även att det

föreligger kommunikationssvårigheter med läkarna samt problem att få hjälp med snabb diagnostik.

”Om samarbetet finns så fungerar det, men om det är nya kontakter så fungerar det inte. Det är sällan som tränaren kontaktar mig, det är oftast så att tränarna kan det här så bra själva. Man måste jobba upp sina kontakter.” (Fysioterapeut)

”Det handlar mest om kommunikationsproblem för att få tillbaka dem till sin idrott. Samarbetet med läkarna vid större skador är också ett problem.” (Fysioterapeut)

Organisation

Sjukgymnasterna i studien beskriver att de dras mellan två skilda världar, landstinget å ena sidan och idrotten å den andra. (Det är inget som naprapaten i studien berörs av). De har svårt att känna var gränsen går när det gäller rehabilitering och återgång till idrott. Både sjukgymnaster och naprapat saknar någon som kan ta över i klubbarna när rehabiliteringen börjar bli färdig och barnet redo för återgång till idrott. En anledning till att kommunikationen ofta inte fungerar kan vara att fysioterapeuter jobbar dagtid och tränare kvällstid. Tränarna har ofta ett annat jobb dagtid, vilket gör att de inte kan sköta kontakter beträffande sin idrott på dagtid. När tränarna har tid har fysioterapeuterna och läkarna avslutat sin arbetsdag. Klubbarna som har en fysioterapeut knuten till sig som deltar på träningar har det betydligt lättare. Det framgick även under intervjuerna att det hos alla är ett högt uppsatt önskemål att ha en anställd fysioterapeut som tränarna kan sitta ner och prata med i anslutning till träningen. Tränarna skulle då känna sig lugnare och tryggare, vilket även smittar av sig på barnen. Detta finns även beskrivet av Podlog och Dionigi (2010) där tränarna poängterar vikten av en direkt kommunikation med behandlingspersonal för att idrottaren ska lyckas med sin återgång till idrott så bra som möjligt.

”Vi får inte betalt för att sitta och ringa tränare. Och det kanske inte de förstår.” (Fysioterapeut)

”Vi är landstingsanslutna. Ska vi hålla på med idrott och tränarkontakt? Det handlar mycket om tränarna, vilken kontakt de har. Det ligger oftast inte på klubbnivå, men det kan vara bra att det finns en kontaktperson.” (Fysioterapeut)

Socialt och medicinskt stöd

Fysioterapeuterna i studien upplever att de ofta får en väldigt bra kontakt med barnen och ungdomarna eftersom de träffas under långa perioder, ofta flera gånger i veckan, och får dela mycket känslor med dem under tiden som skadade. De tycker sig känna att barnen oftast känner stor tilltro och tillit till deras erfarenhet och kunskap, men att det är en svår balansgång att arbeta med skadade barn och ungdomar eftersom man måste vara mycket lyhörd över hur de mår från gång till gång.

Rehab som substitut för idrotten

Fysioterapeuterna upplever att de fyller en stor funktion beträffande barnens identitet som idrottare. De upplever att barnen verkar hitta en ny identitet under sin rehabilitering. De träffar andra i samma situation som de upplever gemenskap med och fysioterapeuten får rollen som deras nya tränare och någon de ofta vänder sig till för att diskutera sin situation med. De märker även att barnen börjar fundera mer över vilka risker och konsekvenser en återgång till idrotten kan föra med sig ju äldre de blir och om det verkligen är värt det. De tycker sig se att andra intressen även får större betydelse och att några även kan uppleva sin skada som en befrielse. Däremot tycker inte fysioterapeuterna att de har den rätta kunskapen för att ta hand om allt som barnen upplever och berättar. De önskar fördjupad kunskap inom kognitiv beteende terapi (KBT) för att kunna bemöta barnens behov på bästa sätt.

”Det är smärtsamt att säga hur lång tid det tar. De vill ju börja spela imorgon och man säger att det här funkar ju inte. Det gör så ont att säga det. Det är väldigt tråkigt att som medmänniska

*säga något negativt till någon som bara brinner för sin idrott".
(Fysioterapeut)*

*"Identiteten påverkas mycket av en idrottsskada. Jag är
hockeyspelare!" (Fysioterapeut)*

Ansvar

Fysioterapeuterna i studien är fullt medvetna om att de har det medicinska ansvaret för att rehabiliteringen ska gå rätt till, men de anser även, i likhet med föräldrarna, att det är föräldrarna som har det totala ansvaret när det gäller vad som är bäst för barnet. De upplever att de barn som lyckas bäst med rehabiliteringen är de som får det bästa stödet hemifrån, har stor trygghet och tillit till sig själva och tilltro till sin egen kropp, vilket även Thomeé et al. (2010) beskriver i sin studie. De tillfrågade fysioterapeuterna beskriver även att de tycker sig märka att de barn vars föräldrar inte pushar på för mycket och låter rehabiliteringen ta sin tid, även lyckas återgå till idrotten på bästa sätt och förhoppningsvis även kommer att må bättre i framtiden. Fysioterapeuterna har även en känsla av att ungdomar i övre tonåren har svårast att återgå till idrotten efter en skada, men ser ingen könsskillnad, till skillnad från tränarnas upplevelser.

*"Föräldrarna är väldigt engagerade ibland, så ibland får man
be dem stanna utanför. De pushar ibland för mycket. Det är
lättare att prata med barnet om man är själv, men första
gången kan det vara bra att ha föräldern där". (Fysioterapeut)*

*"Ofta säger man att du är alltid välkommen att höra av dig vid
behov. Det känns bättre att lämna över bollen till patienten. Då
har de ansvaret." (Fysioterapeut)*

Sammanfattande analys

Alla informanter är rörande överens om att det saknas någon som fyller en funktion som "spindeln i nätet", det saknas någon man kan vända sig till vid

skada som fungerar som en koordinator. Hela vuxenvärlden runt barn och ungdomar som råkat ut för en idrottsskada förmedlar en känsla av kognitiva, emotionella och beteendemässiga reaktioner hos barnen, som i likhet med tidigare studier är större ju yngre barnen är (Brewer et al, 1995). Eftersom barnen inte har så mycket att referera till upplever alla olika informantgrupper att barnen inte verkar vara rädda för att få smärta igen, utan rädslan att gå sönder igen och inte kunna träna dominerar. Det kan vara ett uttryck för att barnen tål relativt mycket smärta, men har upplevt sin rehabilitering och tid som skadad som en mycket emotionellt ansträngande period.

Hur man på bästa sätt ska kunna förbättra för våra barn och ungdomar återstår att lösa. Önskemål om någon form av idrottsteam för barn och ungdomar har diskuterats bland de olika informanterna oberoende av varandra. En klinik som fokuserar på idrottande barn och ungdomar med samlad kunskap inom området skulle kunna underlätta kommunikationen och därmed ge barnen ökad trygghet, dels för att de vet att det finns kunskap och effektiv hjälp på ett och samma ställe samt att de kan känna samhörighet med andra i liknande situation och därmed stärka sin identitet som idrottare. Ett komplement skulle kunna vara att gymmen öppnar sin verksamhet för yngre åldrar, då naturligtvis med tillgängliga instruktörer, för att lära ut hur träningen ska bedrivas på bästa sätt för att lägga en bra grund för fortsatt fysisk aktivitet. I USA har man löst det med ”Athletic trainer”, certifierad sjukvårdspersonal som arbetar inom idrottsmedicin. De har funnits sedan 1950 och har en egen organisation; National, Athletic Trainers’ Association [NATA]. Deras uppgift är att optimera aktivitet och delaktighet hos patienter och klienter, såväl förebyggande som akut samt vid återgång till aktivitet. Genom sin organisation håller de en etisk linje som gör att alla får ett kvalitativt omhändertagande och en bra övergång mellan vård och idrott. Det är även av stor vikt att idrottsrörelsen tar sitt ansvar och inte fokuserar på

kronologisk ålder när det gäller uttagningar, utan istället tittar på biologisk ålder eftersom barnen utvecklas oerhört olika. Något som också diskuterats i intervjuerna är föreningarnas inställning till skadade barn och ungdomar. Ett system som bygger på att du även som skadad måste erlägga full avgift trots att du inte kan träna fullt upplever många orättvist. Förslag finns att införa någon form av rehabiliteringstaxa för att underlätta för de som är drabbade. Föreningarna har ett stort ansvar. Det är av största vikt att tänka kvalitet före kvantitet när det gäller barn- och ungdomsidrott. Fångar man upp barn och ungdomar i idrotten måste man som förening ta sitt fulla ansvar hela vägen. Det gäller även, eller till och med särskilt, om barnet drabbas av en idrottsskada eller av annan anledning väljer att sluta som aktiv.

Hela vuxenvärlden måste ta sitt ansvar för att på bästa sätt hjälpa våra idrottande barn och ungdomar. Det måste finnas klara riktlinjer för vem som har vilket ansvar och dessa linjer måste följas, annars blir det barnen som hamnar i kläm. Syftet med idrott är fysisk aktivitet åt våra barn för att lägga en bra och positiv grund för framtiden.

Metoddiskussion

En kvalitativ ansats användes för att få ökad kunskap om mänskliga fenomen som uppfattningar, erfarenheter, upplevelser och tankar (Granskär & Höglund-Nielsen, 2009) och därmed belysa och beskriva hur ansvaret omkring barn och ungdomar ser ut som råkat ut för en idrottsskada, vilket var syftet med studien. Författaren har tagit del av kurser och utbildning av kvalitativa studier och har dessutom gjort en liknande studie.Handledaren har erfarenhet av kvalitativa studier.

Åtta olika sjukgymnastkliniker tillfrågades som arbetar med barn och ungdomar, men informanter rekryterades slutligen endast från tre olika kliniker samt en naprapat som tillfrågades och tackade ja till deltagande

direkt. Anmärkningsvärt var att ingen informant från någon av de större klinikerna valde att delta i studien. Föräldrarna tillfrågades via olika klubbar och fysioterapeuter i Stockholmsregionen. Klubbarna och fysioterapeuterna fick förfrågan om de kände till någon som varit skadad minst två månader och gav författaren, efter tillåtelse, deras kontaktuppgifter. Föräldrarna rekryterades inom artistisk gymnastik (2 flickor), fotboll (pojke, 2 flickor), trupp gymnastik (flicka) och innebandy (pojke). Tränarna rekryterades från artistisk gymnastik (flickor, pojkar), fotboll (flickor, pojkar), innebandy (pojkar) och handboll (flickor, pojkar). Ett strategiskt urval med variation i idrotter beträffande lagidrott och individuell idrott samt olika kön hos både tränare och dess idrottare eftersträvades för att kunna erhålla så variationsrik information som möjligt. Fokusgrupper valdes för föräldrar och fysioterapeuter med förhoppning att de skulle finna ökat stöd av varandra och diskutera sina olika upplevelser och tankar. Individuella intervjuer valdes för tränarna då författaren av egen erfarenhet tror sig veta att tränare inte gärna vill förmedla sina kunskaper och erfarenheter i en stor grupp. Utfallet av intervjuerna föll väl ut bland de olika informantgrupperna och alla informanter deltog aktivt i intervjuerna och tyckte samtidigt att det var värdefullt för dem själva att delta. Nackdel med denna studie kan vara att man bara når en begränsad skara och frågan är om resultaten speglar hur det ser ut i allmänhet eller mer är ett storstadsfenomen. Det är därför av stor betydelse att klargöra att resultaten är relaterade till svenska barn och ungdomar i Stockholmsregionen på olika nivåer och kanske därför inte är applicerbara på andra individer som till exempel äldre idrottare eller barn som inte bor i storstäder. Å andra sidan är styrkan i kvalitativ forskning att man får rik och känslig data med målet att producera lokal kunskap (Marecek, 2003). Vissa delar kan nog tänkas skilja sig ute i landet där man är färre som arbetar inom de olika områdena och därför kanske naturligt samlar kunskapen på ett ställe.

Konklusion

Tränare, föräldrar och fysioterapeuter intervjuades angående barn och ungdomars psykosociala stöd i samband med en idrottsskada. Alla tre kategorier var rörande överens om att det förelåg brist på kommunikation. Det saknas någon som kan fungera som koordinator. Tränarna förmedlade dessutom brist på utbildning och tid, föräldrarna besvikelse på vården samt en upplevelse av personlighetsförändringar hos sina barn i samband med skadan. Fysioterapeuterna upplevde att de fungerade som ett stort socialt och medicinskt stöd för dessa barn och ungdomar.

Implikationer och fortsatt forskning

Resultatet av studien är tänkt att förmedlas till aktiva inom barn- och ungdomsidrott i Sverige för att öka kunskapen genom att belysa och beskriva våra idrottande barn och ungdomars situation och därmed på bästa sätt ge dem det stöd som behövs i samband med en idrottsskada och vid återgång till idrott eller om de inte lyckas återgå. Om dessa resultat tas på allvar borde mer av detta ingå i utbildningar för sjukgymnaster, naprapater och tränare. Fysioterapeuter skulle kunna göra praktik hos idrottsklubbar som efter några år utvärderas genom enkäter hur barn, föräldrar och tränare upplever länken mellan idrott och rehabilitering.

Tillkännagivelse

Först av allt vill jag tacka alla arton informanter som välvilligt ställde upp på intervju. Utan er hade studien aldrig varit genomförbar. Jag vill även tacka min handledare Ulrika Tranaeus som hela tiden varit behjälplig med snabb och värdefull återkoppling.

Referenslista

- Adirim, T. A., & Cheng, T. L. (2003). Overview of injuries in the Young Athletes. *Sports Medicine*, 33, (1), 75-81.
- Alfermann, D., Stambulova, N., & Zemaityte, A. (2004). Reactions to sport career termination: A cross-national comparison of German, Lithuanian, and Russian athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, 5, 61-75.
- Andersen, M.B., & Williams, J.M. (1999). Athletic injury, psychosocial factors, and perceptual changes during stress. *Journal of Sports Sciences*, 17, (9), 735-741.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Berg, U. (2008). Barn och unga. I Statens folhälsoinstitut, Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA). *FYSS 2008 - Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling* (s.152-169). Hämtad april, 21, 2012 <http://fyss.se/wp-content/uploads/2011/02/11.-Barn-och-unga.pdf>
- Bianco, T. (2001). Social support and recovery from sport injury: Elite skiers share their experiences. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 72, 376–388.
- Blinde, E. M., & Greendorfer, S. L. (1985). A reconceptualization of the process of leaving the role of competitive athlete. *International Review for the Sociology of Sport*, 20, 87-94.
- Brewer, B. W., Linder, D.E., & Phelps, C.M. (1995). Situational correlates of emotional adjustment to athletic injury. *Clinical Journal of sport medicine*, 5, 241 – 245.
- Carter, R.E., Lubinsky, J., & Domholdt, E. (2011). *Rehabilitation Research: Principles and Applications (4th ed.)*. Missouri: Elsevier Saunders.
- Creswell, J.W. (2009). *Research design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (3rd ed)*. Los Angeles: Sage.
- Cresswell, S.L., & Eklund, R.C. (2006). The nature of player burnout in rugby: Key characteristics and attributions. *Journal of Applied Sport Psychology*, 18, 219-239.
- Gould, D. (1996). Personal motivation gone awry: Burnout in competitive athletes. *Quest*, 48, 275-289.

- Gould, D., & Dieffenbach, K. (2002). Overtraining, underrecovery, and burnout in sport. In M. Kellmann (Red.), *Enhancing recovery: Preventing underperformance in athletes* (s. 25–35). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Gould, D., Tuffey, S., Udry, E., & Loehr, J. (1996). Burnout in competitive junior tennisplayers: II. A qualitative analysis. *The Sport Psychologist*, *10*, 341-366.
- Gould, D., Udry, E., Bridges, D., & Beck, L. (1997). Coping with season-ending injuries. *The Sport Psychologist*, *11*, 379–399.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*, (2), 105-112.
- Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (2009). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Gustafsson, H., Hassmén, P., Kenttä, G., & Johansson, M. (2008). A qualitative analysis of burnout in elite Swedish athletes. *Psychology of Sport and Exercise*, *9*, 800-816.
- Gustafsson, H., Kentta, G., Hassmén, P., & Lundqvist, C. (2007). Prevalence of burnout in adolescent competitive athletes. *The Sport Psychologist*, *20*, 21–37.
- Hanson, S. J., McCullagh, P., & Tonymon, P. (1992). *Journal of Sports & Exercise Psychology*, *14* (3), 262-272.
- Johnston, L. H., & Carroll, D. (1998). The provision of social support to injured athletes: A qualitative analysis. *Journal of Sport Rehabilitation*, *7*, 267–284.
- Kvist, J., Ek, A., Sporrstedt, K., & Good, L. (2005). Fear of re-injury: A hindrance for returning to sports after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, *13*, 393–397.
- Lally, P. (2007). Identity and athletic retirement: A prospective study. *Psychology of Sport and Exercise*, *8*, 85-99.
- Marecek, J. (2003). Dancing through minefields: Toward a qualitative stance in psychology. I P. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Red.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (s. 49-69). Washington, DC: American Psychological Association.

- Pearson, R. E., & Petitpas, A. J. (1990). Transitions of athletes: Developmental and preventive perspectives. *Journal of Counseling & Development, 69*, 7-10.
- Podlog, L., & Dionigi, R. (2010). Coach strategies for addressing psychosocial challenges during the return to sport from injury. *Journal of Sports Sciences, 28*, (11), 1197-1208.
- Podlog, L., & Eklund, C.R. (2007). Professional Coaches' Perspectives on the Return to Sport Following Serious Injury, *Journal of Applied Sport Psychology, 19*, (2), 207-225.
- Riksidrottsförbundet (RF), (2010). *Idrottssverige- en presentation av Riksidrottsförbundet. Idrottssverige2011.pdf*. Hämtad april, 21, 2012 http://rf.se/ImageVault/Images/id_20039/scope_0/ImageVaultHandler.aspx
- Riksidrottsförbundet (RF), (2011). *Forum för barn- och ungdomsidrott (2011)*. Hämtad april, 21, 2012 <http://www.rf.se/RFdistrikt/Skane/Forledare/Forumforbarn-ochungdomsidrott>
- Rotella, R. J. (1985). The psychological care of the injured athlete. I L. Bunker, R. J. Rotella, & A. S. Reilly (Eds.), *Sport psychology: Psychological considerations in maximizing sportperformance* (s. 273–287). Ithaca, NY: Movement.
- Schlossberg, N. K. (1984). *Counseling adults in transition: Linking practice with theory*. New York: Springer.
- Socialstyrelsen. (2010). *Statistik från socialstyrelsen Injury Database (IDB) – Skaderegistrering, Sverige, 2010*. (s.70-75). Hämtad april, 21, 2012 <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18491/2011-11-18.pdf>
- Stoltenburg, A. L., Kamphoff, C. S., & Lindstrom Bremer, K. (2011). Transitioning out of sport: The psychosocial effects of collegiate athletes' career-ending injuries. *Athletic insight – The online Journal of sport psychology*. Hämtad april, 21, 2012 <http://www.athleticinsight.com/Vol13Iss2/Feature.htm>
- Taylor, J., & Taylor, S. (1997). *Psychological approaches to sports injury rehabilitation*. Gaithersburg, MD, US: Aspen Publishers.
- Thomeè, P., Währborg, P., Börjesson, M., Thomeé, R., Eriksson, B. I., & Karlsson, J. (2010). Tilltro till den egna förmågan – viktig för återgång till idrott. *Svensk Idrottsforskning 19*, (3), 64-66.

- Wedenberg, C., & Hermelin, M. (2011). *Children and adolescents experiences of a sports injury and its progress: From trauma to possible return to sports*. (Manuscript Kandidatexamen i sjukgymnastik). Karolinska institutet. Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, 141 83 Huddinge).
- Williams, J. M., & Andersen, M. B. (1998). Psychosocial antecedents of sport injury: Review and critique of the stress and injury model. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, (1), 5-25.
- Williams, J. M., & Roepke, N. (1993). Psychology of injury and injury rehabilitation. I R. N. Singer, M. Murphy, & K. Tennant, (Red.), *Handbook of research on sport psychology* (s. 815–839). New York: MacMillan.
- Wylleman, P., Alfermann, D., & Lavallee, D. (2004). Career transitions in sport: European perspectives. *Psychology of Sport and Exercise*, 5, 7-20.
- Åsenlöf, P. (2009). Self-efficacy – Ett begrepp på modet? *Fysioterapi*, 12, 17.



Intervjuguide tränare

Inledningsfrågor:

1. Vad fick dig att börja som tränare?
2. Hur länge har du varit tränare?
3. Vilken nivå på idrottande barn/ungdomar tränar du och vilken idrott?

Frågor:

1. Har du själv råkat ut för någon idrottsskada och kan du beskriva vilket stöd du fick under din rehabilitering?
2. Hur många idrottande barn/ungdomar har du tränat som ådragit sig en allvarlig skada? Har de lyckats återgå och hur har det gått? Finns det de som inte lyckats återgå? Vad händer med dem?
3. Vilken roll har du haft från det att barnet/ungdomen skadar sig och genom rehabiliteringen? Vilken kontakt har du haft med idrottaren?
4. Har det förekommit någon dialog mellan dig, föräldrar och fysioterapeut under den här tiden? Kan du beskriva?
5. Hur upplever du att din idrottare mår under tiden som skadad? Känner du att du kan ge det stöd som du tror att de behöver?
6. Hur bestäms det att ett barn/ungdom är färdig att återgå till idrott efter en allvarlig skada? Samarbetar du med någon angående barnets/ungdomens färdigheter för återgång?
7. Har du några kriterier för att avgöra om barnet/ungdomen är färdig för återgång till idrott?
8. Vilken typ av bekymmer har barnet/ungdomen när de återgår till idrotten?
9. Vad gör du för att hjälpa barnet/ungdomen med dessa bekymmer?
10. Vilken roll har du som arbetar med barn/ungdomar som ska återgå till idrott efter skada?
11. Kan du beskriva hur ett barn/ungdom beter sig vid återgång till idrott efter en allvarlig skada. Förändras det över tid?
12. Kan du nämna några faktorer som skiljer en idrottare som klarar att återgå till idrotten kontra dem som misslyckas.

13. Finns det några positiva konsekvenser av skada när barnet/ungdomen väl har återgått till idrott? Hur skulle du önska att förloppet var?

14. Bedriver du någon förebyggande träning i dina träningspass för att undvika skador?

15. Vem tycker du har ansvaret för barn och ungdomars psykosociala stöd i samband med en idrottsskada? Vem önskar du skulle ha ansvaret?

16. Är det något viktigt som rör ett barn/ungdom som råkar ut för en allvarlig skada som vi inte har diskuterat?



Intervjuguide föräldrar

Inledningsfrågor:

1. Hur många barn/ungdomar har du?
2. Utövar alla någon idrott? Vilken idrott?
3. Vilken typ av skador har de haft?

Frågor:

1. Vilken erfarenhet har du från egna idrotter och ev idrottsskador?
2. Vilken reaktion fick ditt barn/ungdom vid skada? Hur förändras det över tid?
3. Hur upplever du som förälder när ditt barn/ungdom drabbas av en skada?
4. Vilka funderingar har du angående framtiden?
5. Beskriv om barnet uppför sig annorlunda när de råkar ut för en skada. Förändras det över tid? ?
6. Vad kan du som förälder göra när ditt barn/ungdom råkar ut för en skada? Vilken typ av stöd kan du ge?
7. Hur ser kommunikationen med tränaren ut?
8. Hur ser kommunikationen med ditt barn ut beträffande skadan?
9. Hur ser kommunikationen ut med fysioterapeuten?
10. Har du några förslag hur man kan göra det bättre för ditt skadade barn/ungdom?
11. Kontaktar klubben dig eller ditt barn för att diskutera situationen?
12. Pratar någon med dig när det är dags för ditt barn/ungdom att återgå till idrott?
13. Vem tycker du har ansvaret för barn och ungdomars psykosociala stöd i samband med en idrottsskada? Vem önskar du skulle ha ansvaret?
14. Hur ser du själv på att ditt barn ska fortsätta med samma idrott?
15. Är det något väsentligt angående barnets skada som vi inte har diskuterat?



Intervjuguide fysioterapeuter

Inledningsfrågor:

1. Hur länge har du arbetat med idrottsskadade barn/ungdomar?
2. Vad fick dig att börja arbeta med idrottsskadade barn och ungdomar?
3. Har du egna erfarenheter från en allvarlig idrottsskada, dvs frånvaro minst två månader?

Frågor:

1. Kan du beskriva din kontakt med tränare och/eller föräldrar under rehabiliteringsperioden? Kontaktar klubben/tränaren/föräldrarna dig? Kontaktar du dem?
2. Hur upplever du att barnet/ungdomen mår genom rehabiliteringsperioden och hur hanteras eventuella motgångar?
3. Upplever du att barnet/ungdomen får stöttning från tränare/förälder? Vilken typ av stöd?
4. På vilket sätt kan du stötta barnet/ungdomen genom rehabiliteringen? Finns det något som kan underlätta för barnet/ungdomen som du ser det?
5. Vilka kriterier används för att ta reda på om en idrottare är klar att återgå till idrott?
6. Vilka bekymmer har en idrottare när de ska återgå till idrotten?
7. Vad gör du för att hjälpa idrottaren med dessa bekymmer?
8. Vilken är din roll när det gäller att arbeta med idrottare som ska återgå till idrott efter en skada?
9. Ser du några skillnader mellan idrottare som är kapabla att återgå utan problem till skillnad från de som har bekymmer vid återgången?
10. Ser du några skillnader beträffande kön, ålder vad gäller behov av stöd?
11. Gör du någon form av uppföljning? Hur, var, när?
12. Vem tycker du har ansvaret för barn och ungdomars psykosociala stöd i samband med en idrottsskada? Vem önskar du skulle ha ansvaret?

13. Hur skulle ett drömscenario se ut i fråga om samarbete kring barn och ungdomar vid långvariga skador?

14. Är det något vi inte tagit upp idag med tanke på barn/ungdomars reaktioner/stöd i samband med allvarlig idrottsskada?



Förfrågan till tränare om deltagande i studie:

”Ansvar för barn och ungdomars psykosociala stöd i samband med allvarlig idrottsskada.”

Det finns idag väldigt lite forskning på vem som har ansvaret för hur och när ett barn eller ungdom som råkat ut för en idrottsskada ska komma tillbaka till sin idrott på bästa sätt och vilken kunskap som finns bland dem som kommer i kontakt med barnen/ungdomarna. Aktuell forskning visar att personer som råkar ut för idrottsskada även får många känslomässiga reaktioner. Man vet att barn och ungdomar får starkare reaktioner jämfört med vuxna, men lite hänsyn tas till detta både i praktisk verksamhet och i utbildning inom de olika förbunden. Förhoppningen är att en förbättrad förståelse och kunskap hos personer som kommer i kontakt med dessa barn och ungdomar skulle kunna förbättra omhändertagandet av dem. För att kunna hjälpa dem på bästa sätt är syftet med denna studie att ta reda på vem som har ansvaret för att de får det psykosociala stöd som behövs i samband med en allvarlig idrottsskada och vilken kunskap som finns hos dem som kommer i kontakt med barnen och ungdomarna. Definitionen på en allvarlig idrottsskada är frånvaro från idrott minst två månader. En intervjubaserad studie kommer genomföras med två gruppintervjuer; en med fysioterapeuter och en med föräldrar och fem individuella intervjuer med tränare till barn och ungdomar. Studien görs som ett examensarbete inom ramen för kurs i Examensarbete för Magisterexamen i Idrottsmedicin på Linnéuniversitetet, Kalmar. Om Du väljer att delta kommer Du att kallas till enskild intervju. Intervjun tar ungefär 60 minuter och kommer utföras av Charlotte Hallquist i ett avskilt, ostört rum i lämplig lokal som passar så bra för dig som möjligt. Intervjun ljudinspelas för att sedan kunna analyseras. Att delta i denna studie är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan att ange varför. All data förvaras i låst skåp. Endast intervjuaren och handledaren har tillgång till materialet. Citat kommer användas, men ingen individ kommer kunna härledas när resultaten presenteras. Efter avslutat arbete kommer du få ta del av resultaten och lämna en egen utvärdering.

Student:

Charlotte Wedenberg, leg sjukgymnast, charlotte@primafysik.se

Handledare:

Ulrika Tranaeus, Doktorand Karolinska Institutet/Högskolan i Hamlstad,
Centrum för idrottsskadeforskning och utbildning
ulrika.tranaeus@ki.se



Jag har tagit del av informationen, förstått syftet med studien samt vad medverkan innebär och samtycker till att delta i denna studie.

Namnteckning

.....

Namnförtydligande

.....

Ort och datum

.....



Förfrågan till föräldrar om deltagande i studie:

”Ansvar för barn och ungdomars psykosociala stöd i samband med allvarlig idrottsskada.”

Det finns idag väldigt lite forskning på vem som har ansvaret för hur och när ett barn eller ungdom som råkat ut för en idrottsskada ska komma tillbaka till sin idrott på bästa sätt och vilken kunskap som finns bland dem som kommer i kontakt med barnen/ungdomarna. Aktuell forskning visar att personer som råkar ut för idrottsskada även får många känslomässiga reaktioner. Man vet att barn och ungdomar får starkare reaktioner jämfört med vuxna, men lite hänsyn tas till detta både i praktisk verksamhet och i utbildning inom de olika förbunden. Förhoppningen är att en förbättrad förståelse och kunskap hos personer som kommer i kontakt med dessa barn och ungdomar skulle kunna förbättra omhändertagandet av dem. För att kunna hjälpa dem på bästa sätt är syftet med denna studie att ta reda på vem som har ansvaret för att de får det psykosociala stöd som behövs i samband med en allvarlig idrottsskada och vilken kunskap som finns hos dem som kommer i kontakt med barnen och ungdomarna. Definitionen på en allvarlig idrottsskada är frånvaro från idrott minst två månader. En intervjubaserad studie kommer genomföras med två gruppintervjuer; en med fysioterapeuter och en med föräldrar och fem individuella intervjuer med tränare till barn och ungdomar. Studien görs som ett examensarbete inom ramen för kurs i Examensarbete för Magisterexamen i Idrottsmedicin på Linnéuniversitetet, Kalmar. Om Du väljer att delta kommer Du att kallas till intervju i en grupp med 5 - 6 andra föräldrar till barn/ungdomar som råkat ut för en allvarlig idrottsskada. Intervjun tar ungefär 60 minuter och kommer utföras av Charlotte Hallquist i ett avskilt, ostört rum i lämplig lokal som passar så bra för dig som möjligt. Intervjun ljudinspelas för att sedan kunna analyseras. Att delta i denna studie är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan att ange varför. All data förvaras i låst skåp. Endast intervjuaren och handledaren har tillgång till materialet. Deltagarna i gruppen har tystnadsplikt gentemot varandra. Citat kommer användas, men ingen individ kommer kunna härledas när resultaten presenteras. Efter avslutat arbete kommer du få ta del av resultaten och lämna en egen utvärdering.

Student:

Charlotte Wedenberg, leg sjukgymnast, charlotte@primafysik.se

Handledare:

Ulrika Tranaeus, Doktorand Karolinska Institutet/Högskolan i Halmstad
Centrum för idrottsskadeforskning och utbildning,
ulrika.tranaeus@ki.se



Jag har tagit del av informationen, förstått syftet med studien samt vad medverkan innebär och samtycker till att delta i denna studie.

Namnteckning

.....

Namnförtydligande

.....

Ort och datum

.....



Förfrågan till fysioterapeuter om deltagande i studie:

”Ansvar för barn och ungdomars psykosociala stöd i samband med allvarlig idrottsskada.”

Det finns idag väldigt lite forskning på vem som har ansvaret för hur och när ett barn eller ungdom som råkat ut för en idrottsskada ska komma tillbaka till sin idrott på bästa sätt och vilken kunskap som finns bland dem som kommer i kontakt med barnen/ungdomarna. Aktuell forskning visar att personer som råkar ut för idrottsskada även får många känslomässiga reaktioner. Man vet att barn och ungdomar får starkare reaktioner jämfört med vuxna, men lite hänsyn tas till detta både i praktisk verksamhet och i utbildning inom de olika förbunden. Förhoppningen är att en förbättrad förståelse och kunskap hos personer som kommer i kontakt med dessa barn och ungdomar skulle kunna förbättra omhändertagandet av dem. För att kunna hjälpa dem på bästa sätt är syftet med denna studie att ta reda på vem som har ansvaret för att de får det psykosociala stöd som behövs i samband med en allvarlig idrottsskada och vilken kunskap som finns hos dem som kommer i kontakt med barnen och ungdomarna. Definitionen på en allvarlig idrottsskada är frånvaro från idrott minst två månader. En intervjubaserad studie kommer genomföras med två gruppintervjuer; en med fysioterapeuter och en med föräldrar och fem individuella intervjuer med tränare till barn och ungdomar. Studien görs som ett examensarbete inom ramen för kurs i Examensarbete för Magisterexamen i Idrottsmedicin på Linnéuniversitetet, Kalmar. Om Du väljer att delta kommer Du att kallas till intervju i en grupp med 5 - 6 andra fysioterapeuter. Intervjun tar ungefär 60 minuter och kommer utföras av Charlotte Hallquist i ett avskilt, ostört rum i lämplig lokal som passar så bra för dig som möjligt. Intervjun ljudinspelas för att sedan kunna analyseras. Att delta i denna studie är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan att ange varför. All data förvaras i låst skåp. Endast intervjuaren och handledaren har tillgång till materialet. Deltagarna i gruppen har tystnadsplikt gentemot varandra. Citat kommer användas, men ingen individ kommer kunna härledas när resultaten presenteras. Efter avslutat arbete kommer du få ta del av resultaten och lämna en egen utvärdering.

Student:

Charlotte Wedenberg, leg sjukgymnast, charlotte@primafysik.se

Handledare:

Ulrika Tranaeus, Doktorand Karolinska Institutet/Högskolan i Halmstad
Centrum för idrottsskadeforskning och utbildning
ulrika.tranaeus@ki.se



Jag har tagit del av informationen, förstått syftet med studien samt vad medverkan innebär och samtycker till att delta i denna studie.

Namnteckning

.....

Namnförtydligande

.....

Ort och datum

.....