INSTITUTIONEN FÖR KOST- OCH IDROTTSVETENSKAP

Tre professioners syn på ländryggsskador inom idrott: En multidisciplinär studie av vård och rehabilitering

Alexandro Bellgard Delgado

John Olsson Modigh

Kristian Zdravkovski

Kandidatuppsats 15 hp

Program:	Sports Coaching
Huvudområde:	Idrottsvetenskap
Termin:	vt 2025
Handledare:	Åsa Andersson
Examinator:	Vassilis Sevdalis

Tre professioners syn på ländryggsskador: En multidisciplinär studie av vård och rehabilitering

Kandidatuppsats 15 hp	
Författare:	Alexandro Bellgard Delgado, John Olsson Modigh, Kristian Zdravkovski
Program:	Sports Coaching
Termin:	vt 2025
Handledare:	Åsa Andersson
Examinator:	Vassilis Sevdalis
Nyckelord:	Diskursanalys; Idrott; Ländryggsskador; Rehabilitering; Roll

---

Sammanfattning

Syfte: Syftet med detta arbete är att jämföra hur rehabilitering och behandling vid ländryggsskador framställs av tre olika professioner: läkare, fysioterapeut och tränare, samt att diskutera vilka effekter och implikationer dessa representationer/framställningar producerar.

Metod: Studien är byggd på en diskursanalytisk ansats med stöd i Michel Foucaults diskursteori och Carol Bacchis modell "What's the problem represented to be?". Urvalet utfördes strategiskt och inkluderade totalt fyra respondenter: En läkare, två fysioterapeuter varav en med idrottsmedicinsk inriktning och en tränare. Intervjuerna var semistrukturerade och analyserades med fyra centrala frågor i Bacchis modell.

Resultat: Resultaten visade att professionerna har olika perspektiv smärta, skada och behandling. Läkaren hade större fokus på smärtlindring och avlastning genom sjukskrivning medan fysioterapeuterna såg aktiv rehab, helhetssyn och individanpassning som centralt. Tränaren ansåg att det viktigt att förstå sin roll och hänvisa till professionell behandling. Samarbetet mellan professionerna framhävdes som viktigt men ansågs vara organisatoriskt problematiskt.

Slutsats: Olika utbildningar och erfarenheter påverkar hur professioner och individer representerar ländryggsskador, vilket präglar både behandlingsmetoder och samarbetsmöjligheter. Ökad förståelse för dessa faktorer kan bidra till ökad kunskap och bättre vård för patienten.

Förord

Vi vill ge ett stort tack till Åsa Andersson (våran handledare) som har varit till stor hjälp genom hela arbetet och som har varit stöttande genom alla delar. Vi vill även tacka våra deltagare som har möjliggjort studien genom deras deltagande och intressanta synpunkter. Arbetet var jämnt fördelat mellan oss studenter genom alla delar.

Uppgift	**Procent utfört av arbetet** Alexandro Bellgard Delgado, John Olsson Modigh och Kristian Zdravkovski
Planering av studien	33/33/33
Litteratursökning	33/33/33
Datainsamling	33/33/33
Analys	33/33/33
Skrivande	33/33/33
Layout	33/33/33

Tabell 1. Författarnas bidrag

Innehållsförteckning

Introduktion 5
Syfte och frågeställningar 6
Bakgrund 6
Rehabilitering från ländryggskador 7
Tidigare Forskning 8
Fysioterapeutens roll i behandlingen 8
Tränarens roll i behandlingen 8
Läkarens roll i behandlingen 9
Sammanfattning: Bakgrund 10
Teoretiskt ramverk 11
Metod 11
Urval 12
Datainsamling 12
Analysmetod 12
Forskningsetiska överväganden 13
Resultat 14
Tränare intervju 14
Fysioterapeut idrottsmedicin intervju 15
Allmänläkare intervju 16
Fysioterapeut primärvård intervju 17
Gruppintervju (allmänläkare och fysioterapeut primärvård) intervju 18
Sammanfattning 18
Analys 19
Diskussion 21
Metoddiskussion 21
Resultatdiskussion 21
Slutsatser och implikationer 23
Referenser 25
Bilagor 28
Bilaga 1 28
Bilaga 2 29
Bilaga 3 29
Bilaga 4 30
Bilaga 5 30

Introduktion

Ländryggsskador är vanligt förekommande såväl inom idrotten som i den generella befolkningen (Farra m.fl., 2022). Beroende på om man går till en läkare, fysioterapeut eller en tränare kan man dock få väldigt olika svar på hur man ska gå tillväga för att komma till rätta med dessa skador. Olika professioner har med andra ord olika idéer och tankar (sanningar) gällande hur rehabiliteringsprocessen bör se ut (Rojas-Valverde m.fl., 2019). Denna uppsats kommer därför undersöka olika professioners perspektiv på ländryggsskador. Enligt Farra m.fl. (2022) har ländryggssmärta en global prevalens på 38,9%. Den vanligaste formen av ländryggs skada är så kallad "ospecifik ländryggs skada" (NS-LBP, non specific low back pain). Deras studie visar på att idrott i 67,5% av fallen visar sig vara en riskfaktor för att utveckla NS-LBP. Det kan leda till begränsningar i vardagslivet eller att idrottskarriären drabbas negativt. Skadorna kan skilja sig åt mycket från person till person, och innehåller många olika varianter. Problemet framförallt som idrottare när man får ländryggsproblem är att det är svårt att veta vad det kan bero på och hur man bör gå tillväga. Eftersom ländryggskador inom idrotten är ett vanligt förekommande problem och den skadade individen då ställs inför olika steg för att behandla skadan är det intressant att undersöka hur samarbetet kan se ut mellan discipliner och hur åsikter kan skiljas åt.

Denna uppsats kommer därför att dyka djupare in på olika professioners syn på ländryggsskador och de förutfattade meningarna bakom åsikterna. Tre olika professioner kommer att undersökas; läkare, fysioterapeut och tränare. Inom dessa kommer en kampsporttränare, en allmänläkare, en fysioterapeut inom primärvården och en fysioterapeut med inriktning idrottsmedicin att intervjuas. Inom idrottsmedicin betonas vikten av samarbete mellan dessa professioner för att optimera rehabilitering och återhämtning, samt för att kunna återgå till sin idrott (Singh m.fl., 2018). Vissa hävdar att smärta är dåligt och bör undvikas helt medan andra säger att det är ett bra verktyg och är bra i lagom mängder, smärta bör vara en del av läkningen och kroppen ska få tid till att anpassa sig. Ska man som idrottare sätta sig i positioner med risker eller vara passiv i sitt förhållningssätt? Att få en djupare förståelse för dessa olika perspektiv är viktigt för att kunna hitta en individanpassad behandling och rehabilitering för ländryggsskador inom idrott.

Bendiksen m.fl. (2024) undersökte vilka perspektiv tränaren har på sin roll när det gäller att bemöta sin idrottare vid en idrottsskada. Det visade sig att tränare generellt sett känner ett stort ansvar vid rehabiliteringen av sin idrottare. Rollen innefattar bland annat att kommunicera transparent med idrottaren, och vara en stödperson. Tränare ansåg att relationen till idrottaren var en betydande del av processen. Ett problem enligt tränarna var att de upplevde en begränsad kompetens för rehabiliteringen. Denna uppsats kan därför bidra till att öka kunskapen mellan de olika disciplinerna. Utöver att öka kunskapen mellan disciplinerna ämnar studien därför även att bidra med en djupare kunskap av möjliga behandlingar hos de olika professionerna.

Syfte och frågeställningar

Syftet med detta arbete är att jämföra hur rehabilitering och behandling vid ländryggsskador framställs av tre olika professioner: läkare, fysioterapeut och tränare, samt att diskutera vilka effekter och implikationer dessa representationer/framställningar producerar.

Frågeställningar

- Vad skiljer de olika professionernas syn på ländryggsskador vid behandling och rehabilitering?

- Vilka antaganden och förutfattade meningar ligger bakom de olika professionernas syn på behandling av ländryggsskador?

- Vad lämnas oproblematiserat och/eller osagt i deras sätt att prata om ländryggsskador?

- Vilka effekter produceras genom de olika professionernas uttalanden om ländryggsskador?

Bakgrund

Generella ryggskador och ländryggsproblematik utgör ett enormt problem för vårt samhälle. Enligt Farra m.fl. (2022) har ländryggssmärta en global prevalens på 38,9% och är idag den orsak som ligger högst upp på listan av funktionsnedsättningar i hela världen (WHO, 2023). Enligt WHO uthärdar cirka 619 miljoner människor ländryggssmärtor dagligen och ju mer tiden går, desto mer kommer den siffran att stiga exponentiellt. 90 % av dessa 619 miljoner lider av ospecifik ländryggssmärta (NS-LBP) (WHO, 2023). Det är den vanligaste formen av ländryggsskada (NS-LBP). Deras studie visar på att idrott i 67,5% av dessa fall visar sig vara en riskfaktor för att utveckla NS-LBP (Farra m.fl., 2022). Så ryggskador är inte bara förekommande hos äldre och människor med osunda vanor, utan det är också tydligt att idrott är en stor anledning till varför man kan ha en risk att utveckla ryggskador/ländryggsskador. För ungdomar som är i tillväxtfasen är det speciellt problematiskt med ländryggsskador (Karlsson m.fl., 2007).

När man växer tillkommer också en större risk för att belastning och trauma på ryggen skulle bidra till att en skada uppkommer. Det är mycket vanligt i sådana situationer att det handlar om överbelastningsskador, förslitningar i disken eller att det sker en skada i tillväxtzonen i kotorna, speciellt när det kommer till idrotter som belastar ryggen mer än andra, och i den kategorin har vi bland annat tyngdlyftning och gymnastik. Mycket tyder på att dessa ungdomar med ländryggsproblematik utvecklat det i tidig ålder (Karlsson m.fl., 2007). Det finns också signifikanta skillnader mellan olika idrotter i hur ofta deras idrottare får ryggsmärtor. Mer belastning på ryggen kan likställas med att man får mer ryggsmärta (Bahr, 2015). När man pratar om ryggskador inom idrott är det främst akuta ryggsmärtor man talar om. De smärtor som främst har med muskel och diskar att göra och som ofta också kan tillföra en del smärta kräver oftast inte någon form av behandling alls utan går bort av sig självt inom två veckor. Skulle smärtan kvarstå bortom dessa två veckor kan det vara tecken på något allvarligare, eller något som kommer att kräva behandling (Bahr, 2015).

Akut lumbago är också en vanlig anledning till att man har ryggsmärta i vuxen ålder (Bahr, 2015). Lumbago, likt akuta ryggsmärtor, är smärta som härstammar från diskarna, vertebraterna och från musklerna men här sker smärtan ofta i någon form av kombination. Vanliga symptom inkluderar smärtor i ländryggen, som också har tendens att stråla ut till benen och höften, vilket också gör det svårare för personen att röra på sig. Kronisk lumbago kan innebära att en person har muskler som inte funkar som de ska i området, vilket kan bero på svaghet, trötthet eller skador i nerven. Det kan också

bero på att disken förlorar sin normala funktion eller att det har skett ett diskbråck. Även facettledsartros beskrivs som en av anledningarna. Symptom för kronisk lumbago är att smärtan blir värre när man gör inaktiva aktiviteter som att sitta still och stå upp längre perioder, samt att man har morgonstelhet som påverkar rörelsemönstret. Smärta som bara kommer från en sida är också vanligt (Bahr, 2015).

Spondylolys, som också kan identifieras som en stressfraktur på kotbågen, är en annan vanlig diagnos för idrottare (Bahr, 2015). Denna typ av skada uppkommer på grund av upprepad belastning som gör att benet spricker som följd snarare än att det skett trauma på kotbågen. Inom idrott kan en sådan skada bero på hyperextension, det vill säga när ryggen ofta böjs, men också genom rotation och torsion med kraft och motstånd. Idag används också styrketräning som en komplettering till den vanliga träningen, men eftersom det kan vara en stor belastning på ryggen kan det också leda till en utmattningsfraktur och Spondylolys. Symptomen inkluderar smärta i ländryggen som strålar ut till sätesmuskeln och till låret (Bahr, 2015).

Rehabilitering från ländryggskador

Muskler i bålen så som transversus abdominis, obliquus internus, diaphragma, multifidus och quadratus lumborum, arbetar enligt Karlsson m.fl. (2007) med att möjliggöra och iscensätta ländryggens funktioner. De bidrar till en stabiliserande effekt som är viktig, och för patienter med ländryggsproblematik så har man sett att det finns en korrelation mellan friska och skadade individer när det kommer till dessa bålmuskler. Hos dem med ländryggsproblematik så är musklerna försvagade. Enligt Bahr (2015) borde rehab startas direkt efter skadans uppkomst för bästa möjliga utfall. Det kan också vara bra att man som idrottare gör en psykologisk utredning för att lista ut om det kan komma att finnas hinder för en fullständig återhämtning som kan komma att påverka funktion och prestation. Gör man detta tidigt in i rehabiliteringen så minskar risken för ofullständig återhämtning. När det kommer till ryggskador generellt sett så kan rehabilitering i sig vara en onödig aktion för en idrottare på grund av det simpla faktumet att de återhämtar sig vanligtvis mycket snabbt efter en sådan skada på ryggen och att de flesta är tillbaka till träning redan efter en vecka. Så oftast kommer man inte behöva större åtgärd än att påbörja styrketräning (Bahr, 2015).

Om problem återstår eller återkommer ofta för idrottaren krävs ytterligare behandling och bedömning. Man kommer behöva göra en funktionsbedömning som utförs av en legitimerad fysioterapeut eller läkare som har bra insikt över idrottarens specifika idrott. Alla idrotter har olika krav på sina idrottare, och med dessa olika krav tillkommer olika belastningar och rörelsemönster så det är viktigt att fysioterapeuten eller läkaren i fråga har bra koll på idrotten för att kunna skapa den bäst anpassade rehabiliteringsplanen. Det är också viktigt i det här steget av rehabiliteringen att det sker kommunikation mellan vårdpersonalen som gör den här rehabiliteringsplanen, och tränaren för att reda ut vad som är realistiska mål och vad som behöver korrigeras i planen samt att tränaren ska veta vad som behöver göras för att kunna ha ett öga på idrottaren då hen följer de närmast och även kan vara där som ett stöd för eventuella psykiska problem. Detta är nyckeln till full återhämtning och rehabilitering (Bahr, 2015).

När man ska välja hur man vill behandla ryggsmärtor och till vilken profession man ska gå till är det viktigt att ha i åtanke att olika professioner som har befogenhet att behandla samma skada kan skilja sig åt. Professioner är jobb som kräver en specifik kunskap de ådragit sig från en utbildning. Med den utbildningen kommer högre ansvarstagande och för att behålla den professionen krävs legitimitet (Svensson, 2016). I den här studien undersöks olika åsikter från olika professioner, och för att förstå de bättre kommer nedan en sammanställning av hur det hade kunnat se ut i vardera profession när det kommer till ländryggskador. De professioner som undersöks är fysioterapeut, tränare och läkare.

Tidigare Forskning

Fysioterapeutens roll i behandlingen

En fysioterapeut är någon som arbetar med att förbättra sina patienters hälsa kopplat till skador samt förebygga möjliga problem i framtiden med hjälp av träning och rörelse som verktyg. Som fysioterapeut arbetar man med information om smärta och skador för att sedan göra en bedömning om vad som behöver åtgärdas i rehabiliteringsprocessen. Man gör en klinisk bedömning genom verbala och manuella tillvägagångssätt och jobbar mycket efter patienternas behov av vård och efter de diagnoser man identifierar (Broberg & Linné, 2019). Fysioterapeuter anses vara väldigt viktiga i behandling av ryggsmärtor. När vi pratar om ryggsmärtor är målet med fysioterapi att minska smärta och öka kroppens rörelseförmåga (Tikhile & Patil, 2024). Enligt Trompeter m.fl. (2017) är fysioterapeuternas roll att ansvara för att ta fram ett hållbart upplägg som har i uppgift att förebygga skador, som man också lätt kan lägga till med den nuvarande träningen utan att förvärra skadan, istället ska rehab-träningen stärka upp kroppen och därmed lindra skadan. Som fysioterapeuter inom idrott är det också viktigt att förstå att man är en del av teamet som ska höja idrottarens prestationer men också hjälpa till med att främja spelarens generella hälsa med hjälp av kollaborerande personal.

När det kommer till akuta lumbago i den akuta fasen är det rekommenderat att man inte utövar manuell fysioterapi (ex. massage), utan istället riktar in sig på att man kan få råd av en fysioterapeut. Då hade fysioterapeuten sagt att ingen vanlig träning som involverar det skadade området rekommenderas samt att flexion och extension avråds från att göras tills förbättringar sker vilket vanligtvis görs relativt snabbt. Men det betyder inte att man ska vara i total vila när man har akut lumbago, utan stillasittande är något man också starkt avråder från. Det är viktigt att starta rörlighetsträning och träning för styrka i de andra kroppsdelarna relativt tidigt och hålla sig aktiv och progressivt öka belastningen för bästa möjliga resultat (Bahr, 2015). Bahr (2015) menar också att man behandlar kronisk lumbago ur en holistisk synvinkel, där gruppträning rekommenderas, vilket tillåter idrottarna att motiveras av tillvaron av att det finns möjligheter till socialisering. Kvotprincipen används också, där intensiteten i träningen anpassas efter individen. Fysioterapeuten kan också använda sig av manuell terapi för att behandla leder och muskler, öka rörelseförmågan och minska smärtan.

Med kronisk smärta, som är kopplad till den psykiska hälsan, betonas vikten av att ha en positiv relation mellan patienten och fysioterapeuten för den framtida utvecklingen av behandlingen. Ju mer idrottaren känner sig trygg med fysioterapeuten, desto bättre blir utfallet. Idrottaren lär sig lita på fysioterapeutens planer och motiveras därmed (Šajnovic m.fl., 2024). Däremot menar Cowell m.fl. (2018) att fysioterapeuter inte känner sig redo att vara den trygghetsfaktorn och vara där för idrottaren på en psykologisk nivå på grund av brist på resurser. Den vanligaste behandlingen för Spondylolys i det tidiga stadiet är av en fysioterapeut (Kou & Tadi, 2023). Spondylolys behandling som överses av en fysioterapeut tar cirka 1–4 månader att slutföra, och kräver en konservativ approach. En viktig aspekt i en spondylolysbehandling är att man inte fokuserar på ökning av antalet repetitioner som en form av framstegs mätare utan att man snarare väljer att progressivt belasta kroppen med mer komplexa rörelser i idrottarnas träning som också aktiverar stabiliserande muskler i närheten av det skadade området. (Bahr, 2015).

Tränarens roll i behandlingen

Forskning visar att tränaren också har en viktig roll i en idrottares rehabilitering från skada. Framförallt pratar man om att det speciellt är de psykologiska delarna av rehabiliteringsprocessen som tränaren kan bidra mycket till. Man pratar om socialt stöd som ett centralt begrepp i studien (King

m.fl., 2023). En tränare har ett ansvar att förbereda spelarna fysiskt för en återgång till idrott och skapa en återhämtningsplan som resulterar i prestation. Men att ha en god relation till den skadade spelaren skulle hjälpa de att handskas med eventuella psykologiska problem, som oron att missa träning eller matcher, och hur det påverkar deras framtid inom sporten. Det är något som anses som en viktigare kvalitet i studien, och något som hade kunnat hjälpa de skadade spelarna att överkomma psykologiska spärrar och komma tillbaka i spelet bättre. Tyvärr så är stödet från tränare i den här befattningen lägre än vad man hade hoppats på i verkligheten och spelarna fann istället det sociala stödet de sökte hos lagkamrater och externa personer i de flesta fall. Vilket tyder på tränares preferens att ha kontroll över prestationen och lämna över de psykologiska delarna till rehabiliteringsexperter, som exempelvis fysioterapeuter (King m.fl., 2023).

En tränare kan också bidra med rådgivning utifrån sina egna erfarenheter och kunskaper inom sporten för att förhindra skador på sina idrottare. De anses vara mellanhanden som faktiskt får spelarna att agera och utföra handlingar som rekommenderas av experter. Alltså att skapa sunda vanor och rutiner som hjälper med återhämtning (Kempe m.fl., 2023). Däremot kunde man konstatera att tränarna uppfattade att de hade en begränsad kompetens för att möjliggöra en effektiv rehabilitering för sina idrottare (Bendiksen m.fl., 2024). Detta är något som King m.fl. (2023) också antyder och bygger vidare på det resonemanget med att mycket som pekar på att problemet som uppstått istället handlar om strukturella brister som kan prägla utvecklandet av föreningen, där främst bristen på resurser är det som påverkar kompetensen. Att tränaren är med i kommunikationen med läkare och fysioterapeut anses också som en viktig del för en idrottares rehabiliteringsprocess. (Bahr, 2015)

Läkarens roll i behandlingen

En läkares roll vid ländryggskador är central i början av skadeförloppet då det kan hända att patienten väljer att gå till en läkare först. Här kommer man i första hand att mötas av en klinisk bedömning där läkaren försöker få en uppfattning om patientens symptom för att kunna utesluta att orsaken till läkarbesöket inte har med något allvarligare hälsotillstånd att göra. När denna initiala bedömning är över kommer läkaren ha en befogenhet att avsluta behandlingen om det anses att patienten inte har något seriöst som inte läker av sig självt. Läkaren kan också i detta steg ge en remiss till en fysioterapeut. Skulle man misstänka allvarligare problem kan man skicka patienten till att ta röntgenbilder eller vidare till en specialist, givet att läkaren själv inte är en specialist (Region Örebro län, 2023). Det är också så det ser ut i bedömningen och behandlingen av kronisk ryggsmärta. Samt att man ska se till att ha patientens historik och psykologiska faktorer i åtanke (Bahr, 2015).

Vid akut smärta är det vanligt att läkare använder sig av åtgärder som kommer från farmaka. Man anser att medicinering har en hög evidens när det kommer till akuta smärtor och menar på att antiinflammatoriska läkemedel hjälper med att dämpa smärtorna i det tidigare skedet (Casazza, 2012). Vissa smärtstillande och febernedsättande läkemedel som Ipren och Naproxen (utifrån svensk kontext) är antiinflammatoriska (1177 vårdguiden, 2025). Har man fortsatt ont eller att smärtan har en såpass hög tröskel så kan en läkare skriva ut opioder. Detta rekommenderas inte utifrån forskning. Det visar på att om man fortsätter äta dem kan man utveckla smak för dem och börja bli beroende av känslan, som kan leda till missbruk. Men också att det kan leda till kognitiva problem (Qassem m.fl., 2020). En läkare tycker också att man vid akut ryggsmärta bör hålla igång och undvika att ligga i sängen eller sitta ner under längre perioder. Akut lumbago innefattar liknande behandling (Bahr, 2015).

När vi kommer till Spondylolys kan det rekommenderas att man bär en korsett trots att bevisen inte är speciellt tydliga på positiv inverkan av korsetten på den skadade. Men det ger en lättnad för ryggen och minskar då belastningen. Läkaren kan också skicka patienten vidare till operationssalen om det skulle behövas (Bahr, 2015). Det kan dock vara svårt att definiera en ryggskada (Farra m.fl., 2022). Men till skillnad från läkare så är fysioterapeuter bättre anpassade och mer nischade att hantera

ospecifika ryggsmärtor på premissen att läkare inte kan behandla något de inte kan definiera som en allvarligare skada eller sjukdom (Rolving m.fl., 2024).

Sammanfattning: Bakgrund

Vanliga ryggskador innefattar akuta ryggsmärtor som främst sitter i disk och muskler men som inte behöver vidare behandling och blir oftast bättre av sig självt inom två veckor. Akut lumbago härstammar också från diskarna, vertebraterna och musklerna men till skillnad från akut ryggsmärta brukar akut lumbago innebära strålningar ut till benen och höfterna vilket gör det svårt för patienten att röra sig ostört. Kronisk lumbago innebär att en person har muskler som inte funkar som de ska vilket kan bero på svaghet eller skador i nerven. Det kan också bero på diskbråck och facettledsartros. Sen har vi Spondylolys som är en stressfraktur på kotbågen, och för många med ländryggsproblematik så visade det sig att musklerna i bålen var tydligt försvagade. Rehabiliteringen av ryggskador behöver man oftast inte ens göra då ryggskador oftast går bort av sig själva, men för bästa möjliga utfall borde man starta direkt med rehabilitering (ex. styrketräning) efter att skadan uppkommit. En psykologisk utredning i tidigt skede för att minska chansen för mentala barriärer, visade sig också vara gynnsamt. Men skulle problemet kvarstå behöver man göra en funktionsbedömning hos en läkare eller fysioterapeut för att sedan kunna sätta upp en behandlingsplan som passar patienten.

En fysioterapeut har en roll i både förebyggande och behandling av ryggskador. De använder sig utav träning och rörelse för att minska smärta och återställa patientens rörlighet. Vid första mötet sker en klinisk utvärdering som lägger de första byggstenarna för hur rehabiliteringen kommer att ske. Vid akut lumbago behandlas det oftast utan direkt behandling utan snarare med hjälp av råd och vägledning. De prioriterar tidig aktivitet framför vila. Vid kronisk lumbago rekommenderas en kombination av gruppträning och individuell träning. Likaså visar det sig att ett psykologiskt stöd från fysioterapeuten är avgörande. Spondylolys behandlas genom progressiv träning över en lång tid. Tränarens viktigaste roll i en rehabilitering är att vara ett psykologiskt stöd för idrottarna. En tränare som har en god relation till sina idrottare är bättre anpassade att hantera oron och stressen som kommer med att vara skadad och missa speltid, vilket hjälper rehabiliteringen. Forskning menar dock att många tränare inte utnyttjar den här fördelen och spelarna får istället det stödet från lagkamraterna. Tränaren visade sig också vara en viktig länk mellan vårdpersonal och spelare, där de kan framföra kunskap och övervaka rehabilitering från nära håll. Läkarens roll är att i första hand kunna utesluta att ryggsmärtan inte beror på något allvarligare hälsotillstånd. Vid behov så kan läkare remittera patienten till röntgen eller till annan vårdpersonal, som fysioterapeut eller specialistläkare. Läkare är mer benägna att rekommendera och skriva ut läkemedel till sina ryggskadade patienter. Antiinflammatoriska läkemedel sägs vara bra för att dämpa smärta, opioder borde man undvika. Läkare tycker också att man borde hålla igång vid akuta smärtor och undvika att bli stillasittande. Vid Spondylolys kan patienten rekommenderas att bära korsett. I bakgrunden och den tidigare forskningen försöker man förstå materialet ur en teoretisk synvinkel, som visar på att de olika professionerna tydligt har olika sätt att se, och behandla ryggskador. För att undersöka detta vidare, och få fram ett praktiskt resultat har Michel Foucaults diskursteori använts som ett teoretiskt ramverk.

Teoretiskt ramverk

Användningen av Michel Foucaults diskursteori innebär att det är en poststrukturalistisk förståelse av språk och makt som ligger till grund för den undersökningsmetod som har använts.

Diskurs är ett begrepp som används i enlighet med Michel Foucaults (1972) poststrukturalistiska förståelse. En diskurs är inte bara att tala om ett visst ämne utan ett sätt att strukturera verkligheten och skapa mening. Vad som sägs, vad som kan sägas och av vem, i vilket sammanhang och med vilken auktoritet som definieras av diskurser. Diskurser formar på detta sätt kunskap och agerande i hur man behandlar ryggskador. Diskurser är beroende av sociala miljöer och historiska sammanhang och kan förändras över tid. Inom rehabilitering av ländryggsskador innebär detta att hur behandling framförs inte är något permanent eller objektivt men skapas av professionella samtal, riktlinjer, utbildningar och praktiska erfarenheter. Att analysera diskurser inom ämnet handlar därför om att undersöka hur olika sätt att förstå ett problem synliggörs och hur andra sätt att se på problem osynliggörs i detta fall vid behandling av ländryggsskador inom professionerna; läkare, fysioterapeut och tränare.

Begreppen makt/kunskap utvecklades av Foucault (1980) med syftet att beskriva hur makt inte bara utövas genom tvång eller kontroll men även i hur produktionen av kunskap framställs. Kunskap är alltid sammankopplad med olika maktrelationer, alltså är den aldrig objektiv eller neutral. Viss kunskap får status och annan kunskap försvinner genom makt. I behandling av ländryggsskador kan det visa sig genom att vissa professioners förståelse av behandlingen väger tyngre än vad andras gör. Att analysera makt innebär att leta efter vilka professionella perspektiv som ges tolkningsföreträde, och påverkan de har på hur problem definieras och hanteras. I detta fall används makt/kunskap för att undersöka hur sätten att prata om ländryggsskador bestämmer vilka behandlingar som konstrueras som legitima, vilka professioner som får inflytande i rehabilitering och vilken påverkan detta har på samarbetet mellan professionerna (Foucault, 1980).

Subjektivering är ett begrepp som enligt Foucault (1977) handlar om hur personer formar sin identitet efter de diskurser som finns runtomkring. Det är inte enbart en fråga om hur de uppfattas av andra, men även hur de uppfattar sig själva, exempelvis hur de tror att de är, vad de förväntas göra och hur de "ska" agera. Språk, rutiner, regler och professionella uttalanden formar inte enbart kunskap men även personens identitet och vilket utrymme de har att agera. Ett exempel på subjektivering i behandling av ryggskador kan vara att patienter får en identitet som aktiva, motiverade eller ansvarstagande eller tvärtemot som passiva, beroende och i behov av styrning. Subjektivering används i denna kontext för att analysera hur professionernas sätt att prata skapar förväntningar på patienter och vårdpersonal. Språk beskriver inte bara rehabiliteringsprocessen utan är med och formar den också.

Metod

För att undersöka hur tre olika professioner i behandlingscykeln framställer behandling och rehabilitering av ländryggsskador genomfördes en diskursanalys. Analysen görs utifrån Carol Bacchis metodologiska ramverk "What's the problem represented to be?" (WPR). Detta innebär att analysen görs genom att analysera hur uttalanden skapar specifika problem, antaganden, effekter och aspekter som lämnas oproblematiserat/osagt vilket i sin tur kan leda till positiva/negativa konsekvenser.

Carol Bacchis WPR-ansats "What's the problem represented to be?" (2009). Består av sex frågor:

- Vad är problemet representerat?
- Vilka antaganden eller föreställningar ligger till grund för denna representation?
- Hur har denna representation vuxit fram?

- Vad lämnas oproblematiserat eller osagt?
- Vilka effekter får denna representation?
- Hur har denna representation producerats och hur kan den ifrågasättas eller förändras?

”What’s the problem represented to be?” ansatsen är en kombination av teori och metod, vilket innebär att det inte bara är ett verktyg för analysen utan även styr hur det som undersöks förstås. Detta möjliggör en analys av hur ländryggsskador förstås och problematiseras av respektive professioner och för att förstå de underliggande antaganden och vilka effekter som produceras av dessa konstruktioner

Urval

Urvalet av respondenter har gjorts strategiskt för att få tre olika centrala professioner i behandlings- och rehabiliteringsprocessen av ländryggsskador inom idrott. Urvalet gjordes för att fånga in olika perspektiv utifrån samma typ av problem. Inklusionskriterier för deltagarna var en yrkesverksamhet inom vård, rehabilitering eller inom idrott men också en erfarenhet av ländryggsskador. Idrottsrelaterad erfarenhet var särskilt meriterande. Totalt genomfördes fem intervjuer med totalt fyra deltagare: en läkare, två fysioterapeuter och en tränare. Deltagarna valdes för att representera mötet mellan professioner som sker i rehabiliteringskedjan. Syftet med urvalet var inte att uppnå statistisk generalisering utan att nå en djupare analys av hur diskurserna inom professionerna konstruerar och problematiserar ländryggsskador. Rekryteringen av deltagare skedde genom e-postutskick till vårdinstanser och genom personliga kontakter. Deltagarna fick skriftlig och muntlig information om syftet för studien och gav ett informerat samtycke för intervjuerna. Mer om detta står under forskningsetiska överväganden.

Datainsamling

Empirin samlades in genom fem semistrukturerade intervjuer: fyra enskilda intervjuer varav en med läkare, två intervjuer med olika fysioterapeuter, en intervju med en tränare och en gruppintervju med en av fysioterapeuterna (inriktning primärvård) och läkaren (allmänläkare). Fyra intervjuer genomfördes fysiskt och en genomfördes via telefon. Totalt fem intervjuer och fyra deltagande för intervjuerna som varade mellan 30–60 minuter. Frågorna handlade om synen på ländryggsskador, rehabilitering, professionernas roll och samarbetet mellan varandra. Samtliga intervjuer spelades in och transkriberades noggrant med hjälp av Words transkriberingsfunktion och renskrivning av denna transkription.

Analysmetod

Analysen är en diskursanalys med stöd av Bacchis modell "What’s the problem represented to be?” (WPR) (Bacchi, 2009). Och med en diskursteoretisk förståelse i enlighet med (Foucault, 1972). WPR har en utgångspunkt i en postkonstruktionalistisk syn på språk och problemformulering, med fokus på hur det talas om ett område och hur det bildar ett problem till skillnad mot en objektiv beskrivning av fenomenet. Ansatsen passar särskilt väl till syftet att undersöka hur ländryggsskador förstås och representeras av olika professioner och effekterna dessa får.

Analysen startade under transkriberingen, sedan en genomgång av transkriberingen genom att lyssna på ljudfilen och korrigera eventuella misstag i texten. Detta hjälpte för att få en utökad förståelse av helhetsbilden för varje intervju. Därefter genomfördes en kodning där repeterande och relevanta

begrepp, meningar och uttryck markerades. Med fokus på att identifiera orsaker, ansvar, behandling och samarbete. Detta material användes sedan för att svara på fyra av Bacchis frågor i WPR-modellen. De fyra frågor som användes var följande:

- Vad är problemet representerat? (1)
- Vilka antaganden eller föreställningar ligger till grund för denna representation? (2)
- Hur har denna representation vuxit fram? (3)
- Vilka effekter får denna representation? (5)

Efter transkriberingen delades de viktigaste resultaten in i olika huvudkategorier, ex roll, rehabilitering och syn på ländryggskador. Därefter följdes Bacchis modell där endast de fyra frågorna som presenteras ovan användes. Anledningen till att vi valde att använda dessa fyra frågor var dels att vi ansåg att inkludering av alla sex frågor skulle leda till förvirring hos läsaren då det enligt oss skulle bli för omfattande. De två frågorna som exkluderas var följande; "Vad lämnas oproblematiserat eller osagt?" och "Hur har denna representation producerats och hur kan den ifrågasättas eller förändras?" Vad som oproblematiseras besvaras redan i frågan om vilka effekter som produceras (fråga fyra) genom att inte ta upp ett problem ofta innebär att man får en inkomplett uppfattning som ett resultat av detta. Frågan om hur representationen har producerats och hur den kan ifrågasättas eller förändras kan besvaras i både fråga två och tre eftersom de tar upp både antagande bakom representationerna och hur dessa har vuxit fram. Sedan är det viktigt att nämna att det möjligtvis hade kunnat bli ett mer komplett resultat om alla sex frågor inkluderas och att man eventuellt missar viktiga perspektiv genom att utelämna två av dessa. Däremot ansågs det bli tydligare och enklare för läsaren att få en övergripande bild av resultatet genom att endast inkludera de fyra frågorna som presenteras ovan.

Forskningsetiska överväganden

Alla deltagare har fått både muntlig och skriftlig information om studiens syfte, deras rätt att avbryta intervjun när som helst och genomgång av hur materialet kommer att behandlas. Samtliga deltagare lämnade informerat samtycke.

Allt material är avidentifierat och har hanterats i enlighet med Vetenskapsrådets riktlinjer för god forskningssed (2024) det innebär att forskningsprocessen genomsyrats av ärlighet, omsorg, ansvar och respekt. Inspelat material är förvarat säkert och är bara tillgängligt för forskarna. Uppsatsen har inte etikprövning då det inte innehåller känsliga personuppgifter eller behandling som kan innebära fysiskt eller psykiskt obehag. Materialet är presenterat så att deltagarnas anonymitet är försäkrat.

Resultat

Nedan presenteras alla intervjuer som genomfördes. Resultaten analyseras genom "What's the problem represented to be?" (WPR) (Bacchi, 2009). Fyra av sex frågor i modellen används för att presentera och kategorisera de viktigaste resultaten.

Tränare intervju

Vad är problemet representerat?

Tränaren betonar starkt problemet av att många andra tränare och personer överlag ger okvalificerade råd när det gäller skador. "Folk som har varit läkare i 20 år vet inte svaret på frågan, men du med din sju veckors utbildning ska jag gissa dig till det? Det, ja, det är väldigt dumt alltså". Tränaren menar att Dunning-Kruger effekten appliceras här, alltså kortfattat förklarat att folk som kan lite tror att de kan mycket och att folk som kan mycket tror att de kan lite. Tränaren menar att det är viktigt att som tränare veta sin roll, men också att man som idrottare ska tänka på det när man söker vägledning vid skador. Det är också viktigt att förstå att folk ser det de letar efter på grund av deras utbildning, och att man får större förståelse och uppskattning för professionerna när man inser det. När det gäller skador anser hen att orsaken oftast är att folk lyfter för tungt med dålig teknik. Ett annat problem är upplevda fördomar från läkare. "Det är inte ovanligt framförallt att läkare bara säger ja, du har skadat dig i kampsport, du är dum i huvudet, du får skylla dig själv". Däremot anser hen att många olika perspektiv är fördelaktigt, även från läkare. Två andra faktorer som tränaren tar upp är när man är utbildad och därmed uppdatering i forskning, och att den mentala aspekten vid skador förbises.

Vilka antaganden eller föreställningar ligger till grund för denna representation?

Tränaren pratar om läkarens fördomar mot idrottare (speciellt kampsport) och att fysioterapeuter har bättre förståelse då de ofta är idrottande människor själva. I intervjun är det vanligt förekommande att tränaren pratar om komplexiteten kopplat till skador och att varje vårdgivare ger en "kvalificerad gissning" vid skador. Smärta pratas om som en subjektiv uppfattning, det finns ingen sanning, detsamma gäller återhämtning. Allt är relativt och det är därför viktigt att få insikt i sina uppfattningar och att vara öppensinnad. Tränaren pratar mycket om hur viktigt det är att vara utbildad när man ger råd, och att man annars ska vara ärlig med att man inte kan någonting.

Hur har denna representation vuxit fram?

Tränaren har själv varit aktiv och haft många skador. I sin tränarroll har hen också observerat många skador. Utbildning inom idrottsvetenskap, psykologi och vetenskapsforskning påverkar också subjektiviteten i bedömningen. Särskilt vetenskapsforskning då det vidgar synen på att det finns olika sätt att se på vetenskap och att skador och människokroppen är oerhört komplext. Dock har tränaren ingen medicinsk utbildning vilket leder till att hen oftast hänvisar till vården. Eftersom tränaren själv är och har varit fysiskt aktiv kan man tänka sig att det finns en partiskhet mot fysioterapeuter. "Skadorna är ofta av en sådan natur att jag har uppmuntrat till sjukgymnaster eller fysioterapeuter heter de ju nu för tiden. Därför att jag tycker att det ofta är bättre för en person att få höra att dom ska röra sig än att dom inte ska röra sig. Och jag vet vad en läkare kommer säga. Du ska inte röra dig och en fysioterapeut kommer säga du ska röra på dig och det är ett svar som jag gillar bättre".

Vilka effekter får denna representation?

Dessa problemformuleringar och tillvägagångssätt som beskrivs uppmanar folk till att få en ökad förståelse för andras roller och utbildningar. Och varför världen och forskningen ser ut som den gör. Att förstå hur andras bakgrund och profession påverkar deras bias till skador. Tränaren använder här

ofta uttrycket: “För en hammare är allting en spik”. Alltså att alla har olika perspektiv beroende av sin bakgrund. Också att man inser hur viktigt det är att ge kvalificerade råd och att man inte ska gissa sig till forskning. Detta kan dock leda till en överdriven rädsla för att som tränare ge råd eller som idrottare våga testa sig fram. Däremot är det generellt sett ett bra tillvägagångssätt för att inse betydelsen av forskning och förhindra eventuella felaktiga rådgivningar som kan leda till negativa konsekvenser. Tränaren påstår att “det är bäst att söka hjälp av så många som möjligt för att få många olika perspektiv på problematiken”. Det kan leda till ökad kunskap men också förvirring beroende på individen.

Fysioterapeut idrottsmedicin intervju

Vad är problemet representerat?

Fysioterapeuten beskriver tydligt i intervjun vad de olika rollerna (fysioterapeut, tränare och läkare) tillför när det gäller skador generellt och kopplat till ländryggsproblematik. Ett problem som inte beskrivs direkt men som man kan anta mellan raderna är att tränare och läkare har mindre viktiga roller enligt fysioterapeuten. “Sen är det ju mer då mitt samarbete med tränaren är ju viktigt för att en tränare vill ju alltid få tillbaka sin idrottare så snabbt som möjligt medan jag vill få tillbaka en idrottare när de är redo för att gå tillbaka”. Läkaren pratas gott om men är enligt hen oftast inte en viktig pusselbit. Undantaget är om något ska opereras eller skickas till ytterligare undersökning som magnetröntgen, annars är det rehab-träning som gäller och då gör fysioterapeuten det mesta av jobbet. En skada beskriver fysioterapeuten som “enkel matematik, om en struktur belastas med mer belastning än vad den har hållfasthet att tåla, då går den ju sönder”. Så en skada beskrivs som en strukturell påverkan. Antingen sker detta över tid eller av ett akut trauma. Ländryggsproblematik innefattar oftast diskproblematik längst ner i ländryggen, kota L fyra och L fem. Det orsakas av mycket stillasittande vilket belastar diskarna och av tunga lyft med fel teknik. Ibland förekommer diskproblem ihop med nerv och ischiasproblem vilket också är värt att skilja på. Smärta och skada är också värt att skilja på. Enligt fysioterapeuten är oftast lite smärta bra vid rehab (“3/10”), men är ett luddigt svar då smärta är subjektivt.

Vilka antaganden eller föreställningar ligger till grund för denna representation?

Fysioterapeuten pratar återgående gott om sin egen roll när det gäller skador och rehabilitering. Hen beskriver sig själv som “spindeln i nätet” eftersom skador oftast behandlas direkt med rehabilitering vilket är fysioterapeutens roll. Skador pratas om ur ett helhetsperspektiv. Det är viktigt att identifiera orsakerna, få så mycket information som möjligt och lägga upp en bra plan där träning och vila balanseras optimalt, och att skräddarsy utifrån varje individ. Hen liknar rehabilitering vid KBT, alltså att man gradvis ökar belastningen och hela tiden utmanar kroppen och blir starkare samtidigt som man låter kroppen vänja sig. Fysioterapeuten ser allt som en helhet, både det fysiska och psykiska. Skador är komplext och det är viktigt att se det ur ett holistiskt perspektiv (helhetssyn).

Hur har denna representation vuxit fram?

Fysioterapeutens bakgrund är relevant för att förstå problemformuleringen som används. “Jag har ju själv idrottat jag, framförallt har jag tränat kampsport och det blir man ju lite lite skadad mentalt. Det är så här vad fan så jävla farligt är det inte bit ihop lite det”. Att vara aktiv, och kanske speciellt inom kampsport som anses vara en tuff sport, där kan man tänkas få en annan bild på träning och skador. Det kan vara en anledning till att fysioterapeuten har en bias till rörelse över vila. Att människokroppen tål mer än vad man tror och att rörelse är nödvändigt för att få cirkulation i kroppen och för att stärka strukturerna. Utöver en idrottsbakgrund har hen en specialistutbildning inom fysioterapi, vilken hen påstår har gett en större förståelse för smärtmekanismer och strukturer.

Vilka effekter får denna representation?

Detta sätt att se på skador och rehabilitering leder till att man som idrottare / person, vågar belasta kroppen och därmed ökar sannolikheten till en snabbare rehabilitering. Att se skador ur ett helhetsperspektiv, livsstil, skapar en bra struktur i vardagen där träning och återhämtning balanseras och där även psykologiska faktorer tas i åtanke. Fysioterapeutens argument ger en ökad kunskap om vad en skada är och att det kan skilja sig från smärta, och att smärta inte alltid är farligt. Däremot kan man tänka sig att det finns undantag eller situationer där denna approach kan överanvändas och att man därmed överbelastar kroppen. Det beror på hur man tillämpar informationen och på individen. Den tydliga förklaringen om rollerna leder till en bättre insikt och förståelse för vad de olika rollerna (fysioterapeut, tränare och läkare) kan tillföra när det gäller skador.

Allmänläkare intervju

Vad är problemet representerat?

Läkaren pratar mycket om att rollen främst innebär att ge ut läkemedel till skadade patienter och att skriva sjukskrivningar för att bidra till avlastning hos patienten. Ett problem som presenteras är att läkaren anser att många är rädda för läkemedel och att det ses som en motpol mot rehab. Läkaren menar att läkemedel och smärtstillande behandling ska främja rehabiliteringsprocessen. Hen menar också att det bidrar till bättre mental hälsa, vilket är något som ofta förbises vid skador. Orsak till skador anser läkaren vara bland annat folk som är stillasittande under långa perioder. Hos idrottare anser hen att tunga lyft i ändlägen och särskilt med axialt våld och vridvåld är problematiska. “Alltså, jag tänker generellt att det aldrig är bra och göra tungt belastade övningar i ändlägen. Det, det tänker jag. Man kanske är rimligt att förhålla sig till för att det sliter mer på på allting”. Dessa “högenergiskador” sker främst hos yngre. Ett annat problem är att vården är hårt belastad och att det inte finns tillräckligt med tid för att exempelvis samarbeta med tränare.

Vilka antaganden eller föreställningar ligger till grund för denna representation?

Läkaren pratar mycket om smärta som något dåligt och som man ska bli av med. Smärta anses vara den viktigaste guiden i träning och i vardagen. Om en patient kommer med smärta vill läkaren se till att patienten blir frisk så snabbt som möjligt och att hen ska kunna återgå till sin vardag utan problem. Däremot pratas smärta inte om som en skada, en skada är istället “ett akut trauma” som ofta kräver en större insats än bara smärtstillande läkemedel. Läkaren nämner också att hen oftast hanterar patienter som är icke-idrottare och äldre personer. Därmed kan man anta att det krävs mer försiktighetsåtgärder för dessa personer än för idrottande individer.

Hur har denna representation vuxit fram?

Läkarens utbildning grundar sig på att förstå orsaken till skador ur ett helhetsperspektiv och hur kroppen fungerar. En annan viktig del av det är att få kunskap om läkemedel. “Alltså, jag är ju bra på läkemedel. Jag är inte bra på att instruera patienten i vad för typ av aktiviteter den ska undvika eller göra med träning och så så fysioterapeuten har ju en jätteviktig roll i det”. Läkaren är som nämnt innan, hårt belastad och har inte tillräckligt med tid och resurser för att jobba långsiktigt med individen. Hens jobb är därför ofta att göra en undersökning, ge generella råd om rörelse i vardagen, skriva ut läkemedel och eventuellt sjukskrivningar. Eftersom en läkare ofta inte träffar en patient flera gånger blir det därför mer av en kortsiktig undersökning från läkarens sida, som ofta uppföljs av en fysioterapeuters vägledning för en långsiktig approach. Därmed blir det en enkel lösning för läkaren att ofta avråda från fysisk aktivitet och att fokusera på läkemedel, vila och undersökningar för att säkerställa att patienten blir frisk snabbt. Då ökar sannolikheten att patienten blir nöjd över besöket.

Läkare är ofta inte idrottande människor vilket också kan vara en bidragande faktor till tillvägagångssättet.

Vilka effekter får denna representation?

Patienter utan en tydlig skadedefinition (ett akut trauma) kan få en mindre effektiv behandling eller endast behandlas med smärtstillande läkemedel. Detta kan leda till att eventuella undersökningar förbises på grund av att man har "allvarligare fall" att hantera. Läkaren fokuserar mycket på smärta och undersökningar, men djupdyker inte i träning och rehab. Det kan leda till att patienten får okunskap om rehabilitering och blir alltför "försiktig" i sin vardag. Läkaren pratar gott om samarbetet med fysioterapeuter och hur man har olika roller vid skador. Att man är bra på olika saker och att det är bättre att lämna rehabilitering till fysioterapeuten. Detta skapar mer tydliga roller vilket är bra, men kan vara problematiskt om patienten inte väljer att gå till en fysioterapeut. Ur en positiv synvinkel lindras smärta och en tydlig orsak till skadan identifieras. Samt att den mentala aspekten tas hänsyn till vilket kan vara motiverande för patienten.

Fysioterapeut primärvård intervju

Vad är problemet representerat?

Fysioterapeuten presenterar problemet med ländryggsskador som att det är ett varierande tillstånd med många olika anledningar till problemet "Det behöver ju inte vara kota disk utan det kan ju vara mycket muskulära problem också." Men problemet framställs även som att det är en bred definition på begreppet ländryggsskador: "Min definition av det är ju liksom lumbala smärtor i ryggen". Fysioterapeuten beskriver en rad olika anledningar till ryggsmärtor, men i grunden är det ett muskuloskeletalt funktionsproblem hen menar är vanligast. De flesta skador går att behandla metodiskt om de klassificeras rätt.

Vilka antaganden eller föreställningar ligger till grund för denna representation?

De flesta ryggproblem är ofarliga och rörelserelaterade. Smärta är en naturlig del av läkningsprocessen "Det är en naturlig del att känna ökad smärta under tiden du gör övningarna". Aktiv behandling är betydligt bättre än passiv behandling; "Jag tycker ju att det är oftast till 90 % så är det ju aktivitet som gäller". Fysioterapeuter har kunskapen som krävs för att behandla majoriteten av fallen.

Hur har denna representation vuxit fram?

Fysioterapeuten är utbildad och skolad enligt Mckenzie metoden (MDT), så naturligt är detta en stark bidragande faktor för hur representationen har vuxit fram. Den kliniska erfarenheten kommer från primärvården inte idrottsmedicin. Utgångspunkten är att det ska vara evidensbaserat. Fysioterapeuter är dessutom första instansen när det kommer till muskuloskeletala problem vilket är ett resultat av den historiska strukturen och evidens.

Vilka effekter får denna representation?

Fysioterapeuten har en central roll för ländryggsproblematik. Klassificering och rörelse framställs som nödvändiga metoder. En tydlig rollfördelning mellan läkare och fysioterapeut där läkare ansvarar för mer akuta skeenden medan fysioterapeuten ansvarar mer för rehab. Fall som inte passar in i MDT modellen riskerar att underskattas.

Gruppintervju (allmänläkare och fysioterapeut primärvård) intervju

Vad är problemet representerat?

Problemet som representeras i gruppintervjun är att ländryggssmärta är svår att definiera, behandla och förbättra eftersom alla patienter är olika och reagerar olika beroende på faktorer som identitet och smärttröskel. Läkare och fysioterapeut har också olika perspektiv på behandling, skada och smärta. Fysioterapeut: "Det är ju smärta som har dykt upp, men behöver inte ha hänt något speciellt, liksom bara fått ont i ryggen". Vilket i sig inte är ett problem men kan skapa situationer där det blir otydligt. Problemet är alltså inte själva ryggskadan utan hur den ska kategoriseras, hur den ska bemötas i vården. Läkare: "Men om jag bara skulle definiera skada så hade jag nog sagt att det innefattar någon form av trauma. Men snarare mer fokus på smärta." Vem tar vilket ansvar. Problemen som framstår är då samarbetsprocessen, kunskapsbegränsningar och patientbeteenden.

Vilka antaganden eller föreställningar ligger till grund för denna representation?

Det finns flera underliggande föreställningar, att smärta är något som är svårdefinierat och komplext och att det inte alltid har en tydlig anledning. Läkare är mer medicinsk inriktade och fysioterapeuter fokuserar mer på funktion och rörelse. Samarbete mellan professionerna är nödvändig eftersom ingen har hela informationen själv. Patienternas egen attityd till faktorer som smärta, medicin påverkar resultatet av behandlingen. Att ha tillgång till information om patienten påverkar utfallet.

Hur har denna representation vuxit fram?

Läkare och deras utbildning är dominerade av den biomedicinska modellen där stort fokus läggs på läkemedel, diagnos och uteslutning. Fysioterapeuternas utbildning bygger på en mer funktionell rörelsebaserad modell. Det har också växt fram över tid och är på det sättet för att det har varit så historiskt sett med uppdelningen av kunskap och yrkesroller. Primärvården har ett arbetssätt som innefattar mycket tidspress och logistiskt arbete med journaler, vilket begränsar möjligheten till en mer holistisk vård. De har en medvetenhet om att samarbetet är bra för vården men har inte de historiska och logistiska strukturerna för att det ska fungera effektivt.

Vilka effekter får denna representation?

Effekter som kan produceras med att individer framställs som mer eller mindre kapabla att hantera smärta är att det finns en risk att ansvaret landar på individen och mindre på systemet. En annan effekt som uppstår är att det kan bli otydligt vid gränsfall när läkaren ska utesluta och fysioterapeuten ska behandla patienten, hur ska patienten behandlas? Att ta bort smärta med hjälp av läkemedel kan hjälpa fysioterapeuten att öka rörelsen hos individen, men kan missvisa delar av rehabiliteringsprocessen där det är nödvändigt att veta vilken smärta patienten har i rehabiliteringsprocessen.

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka hur tre olika professioners (tränare, läkare och fysioterapeut) syn på generella skador och ländryggsskador skiljer sig åt, hur samarbetet ser ut mellan professionerna och vilka effekter / implikationer de förutfattade meningarna producerar. Tränaren ansåg att rollen som tränare innebar att ge generella tips men att annars hänvisa idrottaren till vården. Tränaren var väldigt tydlig med att man bör vara ärlig med sin utbildning, och att det är bättre att hänvisa till experter snarare än att gissa sig fram till fakta. Det är fördelaktigt att samla så mycket information om skadan som möjligt för att individualisering i rehabiliteringsprocessen ska vara möjlig.

I övrigt ansåg tränaren att rörelse nästan alltid är bättre än vila när det gäller ländryggsskador, men att progression bör ske gradvis över tid så att kroppen hinner anpassa sig. Fysioterapeuten (idrottsmedicin) resonerade likartat. Att det är viktigt med att hålla igång träningen men att också planera vardagen utifrån skadan och att ta hänsyn till de psykologiska faktorerna. Fysioterapeuten på primärvården beskrev också liknande tillvägagångssätt. Aktiv rehab är bättre än passiv rehab och att smärta är en nödvändig del av processen.

Båda fysioterapeuterna ansåg deras roll som den absolut viktigaste när det gäller skador i de allra flesta fallen. Fysioterapeuten med inriktning idrottsmedicin beskriver rollen som "spindeln i nätet". Läkaren höll med om att rörelse är viktigt för rehabilitering men hade en mer passiv approach. Läkaren hävdade att smärta är dåligt och att det är viktigt att behandla med läkemedel, eventuellt ytterligare undersökning/operation och eventuell sjukskrivning så att man kan få avlastning från jobbet. Däremot ansåg läkaren att medicinering och rehabilitering inte behöver vara två ytterligheter utan att smärtbehandlande läkemedel kan underlätta rehab-träning. Alla deltagare höll med om att de kompletterar varandra och att de alla har viktiga roller. Samarbetet ansågs dock inte alltid komplett, men de resonerade också för att ett samarbete oftast inte är nödvändigt och att det dessutom är orealistiskt då vården är hårt belastad. Dessa förutfattade meningar och uppfattningar skapar tydliga roller och ger insikt i vad de olika professionerna tillför i rehabiliteringsprocessen vid skador och ländryggsskador. Och att man som idrottare bör ha i åtanke att individers bakgrund, utbildning och personligheter påverkar förhållningssättet i rehabiliteringsprocessen och behandlingen.

Analys

Nedan beskrivs en analys av alla intervjuer sammankopplat och de viktigaste resultaten

Vad är problemet representerat?

Problemen som representeras är i övergripande drag kopplade till komplexiteten inom ländryggsskador och rehabilitering. Tränaren beskriver hur det mer eller mindre är en kvalificerad gissning när det gäller människokroppen, på grund av dess komplexa struktur och att alla kroppar är olika. Båda fysioterapeuterna instämmer här och argumenterar för att det är viktigt att samla så mycket information som möjligt för att kunna individanpassa. Att endast skylla på en sak är ofta problematiskt. Alla deltagare var överens om att rollfördelningen är en viktig del i rehabiliteringsprocessen och att ett problem är att folk annars riskerar att sprida falsk information genom att stiga ur sina roller. Läkaren argumenterar för att många är för rädda för läkemedel, och att det ska ses som ett komplement till rehabilitering och inte en motpol. Fysioterapeuterna ansåg att ett problem är att många är för passiva i sin rehabilitering, ländryggsskador uppkommer oftast av stillasittande och / eller för tunga lyft med dålig teknik. De hävdar att rörelse med en lagom progression alltid är bättre än att endast vila.

Vilka antaganden eller föreställningar ligger till grund för denna representation?

Subjektivering är en betydande faktor i de olika professionernas (och individernas) syn på ländryggsskador och rehabilitering. Eftersom de alla är inom olika diskurser och har olika bakgrund och utbildning formas deras kunskaper och synsätt på olika sätt. Läkaren pratar mycket om smärta som något negativt vilket kan tänkas bero på deras subjektsposition till läkemedel eftersom det är en stor del av yrket. Man kan också tänka sig att de flesta patienter inte är idrottare och att de därför får en mer passiv behandling, därmed har läkarens synsätt formats därefter. Båda fysioterapeuterna och tränaren skapar sin egen subjektivering kring aktiv rehabilitering i form av träning som behandling. Det kan tänkas bero på att de ofta är inom en annan diskurs än läkare. De är ofta mer fysiskt aktiva själva och är formade av idrottsvärlden vilket gör att de ser rehabilitering ur en annan bild än en läkare.

Hur har denna representation vuxit fram?

Utbildningen har också en central roll i de olika professionernas synsätt på ländryggsskador. Detta kan skapa olika maktförhållanden när det gäller kunskap. Läkare har oftast högre utbildning än både fysioterapeuter och tränare vilket kan ge dem en högre status. Däremot i denna studie, så märktes det tydligt att det var fysioterapeuten som tog ordet i rummet vid gruppintervjun. Detta kan bero på att rehabilitering oftast har en bias mot fysioterapeuter och att det är lättare att relatera till dem eftersom de ofta är fysiskt aktiva själva. Det är också möjligt att frågorna är vinklade till fördelen av fysioterapeuten då de flesta handlar om hur man behandlar ländryggsskador. Som fysioterapeuten med inriktning på idrottsmedicin hävdade, innebär ofta rollen "spindeln i nätet" då de står för det mesta kring rehabiliteringsprocessen. Detta kan ha lett till att fysioterapeutens (primärvård) kunskap värderades högre och därmed gav hen en högre makt i rummet.

Vilka effekter får denna representation?

Dessa maktförhållanden kan leda till att man ser ner på läkarens roll och att man därmed missar en viktig del i pusslet. En djupundersökning hos en läkare till följd av läkemedel kan vara en bra start som kan underlätta rehabiliteringsprocessen med fysioterapeuten. Därefter underlättas tränarens belastning vilket gör att tränaren kan fokusera på sin roll, vilket är att få tillbaka en stark och frisk idrottare. Om man i stället ignorerar fysioterapeutens perspektiv kan det leda till att man aldrig rehabiliteras ordentligt från skadan och att man inte heller förebygger fler skador. Alla roller kompletterar varandra och att endast ta in ett av dessa perspektiv riskerar att vilseleda idrottaren och att ge en inkomplett bild. Inser man rollernas betydelse kan man få en större uppskattning av den hjälpen man får.

Diskussion

Metoddiskussion

I det här avsnittet diskuteras styrkor och svagheter med arbetet och dess tillvägagångssätt.

En styrka med arbetet var att intervjuerna möjliggjorde en mer nyanserad och djupgående analys av professionernas syn på behandling av ländryggsskador. Att kombinera enskild och gruppintervju gav möjlighet till mer dynamik i arbetet. Gruppintervjun gav möjlighet till spontana reflektioner och kontraster som inte hade skapats i en enskild intervju vilket stärker den diskursiva analysen i enlighet med Kvale och Brinkmanns (2014) idé om att intervjun blir ett socialt samspel och ny kunskap bildas. En svaghet som tydliggjordes under analysen var att vissa intervjuer var mer styrda av respondenterna än andra intervjuer, vilket kan påverka jämförbarheten eftersom teman inte alltid blev täckta systematiskt. Att två fysioterapeuter intervjuades och endast en av de andra professionerna intervjuades kan också gjort att fysioterapeutens diskurser fick mer utrymme vilket kan medföra en viss snedfördelning i resultatet. Detta är ett vanligt problem i kvalitativa studier med strategiskt urval, där djup eftersträvas mer än representativitet (Bryman, 2018).

Antalet deltagare var dessutom begränsat, något som också är vanligt inom kvalitativa studier men påverkar mängden perspektiv som ges plats. Fyra personer var delaktiga i totalt fem intervjuer. En styrka med detta är att varje intervju kunde analyseras mer djupgående men svagheten blir då att varierande åsikter inom professionen inte helt gavs utrymme. Med fler deltagare och framförallt jämnt antal deltagare hade analysen fått mer nyans och blivit mer jämnt fördelad. Att endast använda fyra av frågorna i WPR-modellen gjordes för att skapa en tydligare struktur och göra texten mer lättillgänglig, men det gör också att resultatet kan missa vissa nyanser, speciellt i det som lämnas oproblematiserat (Bacchi, 2009). Att använda hela modellen kunde medfört ett mer omfattande resultat men med risken att göra presentationen svårare att följa.

Intervjuguiden för tränaren skiljde sig från guiden som användes under intervjuerna för läkaren och fysioterapeuterna. Detta kan vara en påverkande faktor i hur de svarar och vad som lyfts fram. Eftersom att tränaren inte har en medicinsk utbildning ansågs det relevant att anpassa frågorna för att tränaren skulle ha möjlighet att ge mer relevanta svar utifrån sin roll. Eftersom gruppintervjun gjordes efter de enskilda intervjuerna med samma deltagare (läkare och fysioterapeut primärvård), anpassades frågorna därefter. Detta för att det inte skulle bli allt för repeterande frågor från de enskilda intervjuerna och för att gruppintervjun skulle fokusera mer på samarbetet och skillnaderna mellan professionerna.

En vanlig svaghet i diskursanalys är att tolkningen av resultaten kan påverkas av forskarens förförståelse för ämnet. Att välja citat, teman och relevanta ämnen blir inte neutrala utan påverkas av syftet och forskarens position (Winther Jørgensen & Phillips, 2000). Vissa citat kan därför få större betydelse på grund av att de är lätta att förstå eller att de bekräftar den bild som redan finns hos forskaren. I sin helhet fungerade metodvalen för att svara på frågeställningarna på ett insiktsfullt sätt. Det är värt att nämna att studien inte har som mål att nå ett representativt resultat utan ska ses som en tolkning som kan öppna dörrar för fler idéer att forska vidare kring.

Resultatdiskussion

I denna diskussion kommer de tre professionernas perspektiv på ländryggsskador att diskuteras och jämföras. Syftet var att se hur uppfattningarna skiljer sig åt, hur samarbetet ser ut mellan professionerna och vilka effekter / implikationer de förutfattade meningarna producerar. Studiens

styrkor och svagheter kommer också belysas. De övergripande resultaten kommer också att kopplas till tidigare forskning.

Tränaren hävdar att ett stort problem hos tränare är att de överskattar sin kunskap när det gäller skador och rehabilitering. En tränare bör istället hänvisa till vården eller någon annan med expertis inom skador. Att gissa sig fram kan leda till negativa konsekvenser. Canady och Larzo (2022) beskriver samma problem i sin artikel. Det visade sig att personer med lägre hälsokompetens upplevde samma eller högre självförtroende inom ämnet än personer med hög hälsokompetens. Detta påvisar Dunning - Kruger effekten som tränaren refererar till. Att ge okvalificerade råd kan leda till negativa konsekvenser vid skador och en felaktig rehabilitering. Alla deltagare är överens om att långvarigt stillasittande eller inaktivitet är dåligt för ländryggen, men att för tung belastning med dålig teknik också är problematiskt. Båda fysioterapeuterna påstår att rörelse alltid är bättre än att endast vila, men att träningen bör ske med en lagom progression, så att kroppen hinner anpassa sig. De hävdar också att det är viktigt att våga belasta kroppen med tyngre vikter. Läkaren är mer passiv när det gäller rehabilitering och pratar om smärta som något dåligt. Hur man som idrottare ställer sig kring detta har stor påverkan på rehabiliteringsprocessen.

Om man endast lyssnar på fysioterapeuter är risken att man missar viktiga detaljer om den specifika ländryggsskadan. Det är möjligt att det behövs ytterligare undersökning, läkemedel eller operation. Där tar läkaren den viktigaste rollen. Om man däremot endast lyssnar på läkaren är risken att man blir för passiv i sin rehabilitering och aldrig ger sig själv möjligheten att rehabilitera och stärka upp ländryggen ordentligt. Alla deltagare är överens om att alla dessa roller fyller sin funktion och att det optimala är att söka rådgivning hos alla. Litteraturen stärker dessa resonemang men tyder också på att skador är komplexa och att det inte alltid finns ett svar på frågan. de Sire m.fl. (2021) uttrycker i sin artikel att smärtbehandlande läkemedel vid akuta smärtor kan va fördelaktigt. Det kan leda till att man lättare kan utföra sitt rehabiliteringsprogram. Detta är något läkaren belyser starkt i sin intervju. Däremot beskriver de Sire m.fl. (2021) vidare att läkemedelsbehandling bör ske med varsamhet, speciellt om man är en frisk idrottare. Ofta klarar man sig utan läkemedel, men oavsett ska det kombineras med rehab-träning för optimala resultat.

Dubois och Esculier (2020) ger i sin artikel generella råd när det gäller skador. De hänvisar till en metod som de kallar för “peace and love” där varje bokstav är en förkortning för en specifik rådgivning. A:et står för "avoid anti-inflammatories" och har blivit en central del inom rehabilitering på senare år. Det visar sig att inflammation oftast är en nödvändig del av läkningsprocessen och att läkemedel som minskar inflammation därmed kan hämma rehabiliteringsprocessen. Dubois och Esculier (2020) och de Sire m.fl. (2021) säger därför emot varandra på vissa plan, där läkaren är partisk mot läkemedel. Det har som sagt sina för-och nackdelar, det kan hämma den ofta nödvändiga inflammationen men också underlätta träning (rehab) i vissa fall. Sedrak m.fl. (2021) stärker i sin artikel fysioterapeutens roll vid rehabilitering. De kom fram till att operation vid lumbar diskbråck gentemot ingen operation inte visade på någon signifikant skillnad på rehabiliteringsprocessen. Operation kan till och med leda till negativa utfall. Eftersom meta-analysen påvisar dessa resultat återstår rehabiliteringsträning som den ofta viktigaste faktorn, där fysioterapeuten har den viktigaste rollen.

Hsu m.fl. (2017) beskriver i sin artikel betydelsen av mentala aspekter vid skador. Det visar sig att personer med rädsla för återfall ofta återhämtar sig sämre och långsammare än personer med mindre rädsla. De föreslår att implementera mental träning som ett verktyg som kan bidra till en bättre återhämtning. Den mentala aspekten är något alla deltagare belyser i intervjuerna. Att ta hänsyn till det kan leda till att man dels återhämtar sig snabbare men också mår bättre under rehabiliteringsprocessen och har högre motivation vid återgång till idrott. Tränaren påstod att det mentala ofta förbises vid skador. Eftersom en idrottare oftast har mer kontakt med sin tränare än exempelvis en läkare kan tränaren möjligtvis ta rollen som en mentor där de mentala aspekterna stöds. Tränaren beskriver hur det är viktigt att som idrottare ha i åtanke att individers bakgrund, utbildning, yrke och egna

upplevelser har stor betydelse för vilket tillvägagångssätt den individen har. Tränaren refererar till uttrycket: “För en hammare är allting en spik”. Förstår man detta kan man få en större uppskattning för den hjälpen man får, och att alla har sina viktiga roller när det gäller skador. Att ta individer med en nypa salt och att samla så mycket information som möjligt för att sedan kunna individanpassa kan vara fördelaktigt när det gäller rehabilitering.

Denna uppsats för relevanta resonemang och resultat men har också sina begränsningar. Som styrkor kan man argumentera för att olika perspektiv på ländryggsskador är ett intressant och relevant ämne. Syftet besvaras tydligt i resultatet, där det tydligt framgår för de olika professionernas syn på ländryggsskador och rehabiliteringsprocessen. Samarbetet mellan professionerna framgår men hade kunnat beskrivas tydligare. Däremot fanns det inte mycket av ett samarbete mellan professionerna, med undantag för fysioterapeuten på primärvården och läkaren. Resultaten visar tydligt tränarens roll vid skador och hur de skiljer sig åt gentemot läkaren och de båda fysioterapeuterna. Av dessa resultat kan relevanta implikationer göras genom att man som idrottare ser på helheten inom skador och att det är viktigt att söka många olika perspektiv för att sedan kunna individanpassa. Några nackdelar med studien är bland annat att det är få deltagare. Fem intervjuer är inte tillräckligt för att kunna framställa generaliserbara resultat, dock är detta orimligt på grund av ett kort tidsspann och faktumet att detta är en kvalitativ studie.

Det är också värt att nämna att resultaten var lite otydliga ibland och att det uppfattades som att deltagarna sa emot sig själva vid vissa tillfällen. Till exempel att läkaren beskriver smärta som något negativt men ansåg att det inte klassificeras som en skada. En skada refererades istället till som ett “akut trauma”. I gruppintervjun tog fysioterapeuten mer plats och hade betydligt mer makt i rummet, detta kan bero på en del faktorer. Dels handlade de flesta frågor om rehabilitering vilket mestadels är fysioterapeutens roll och att få frågor gav “fördel” till läkaren. Det kan i sin tur bero på att forskarna i detta fall ofta är partiska mot fysioterapeutens roll gentemot läkaren då vi alla kommer från en idrottsbakgrund och föredrar en aktiv rehabilitering kontra passiv. Sammanfattningsvis kan man konstatera att studien producerar relevanta och intressanta resultat som direkt svarar på syftet men att det också finns begränsningar.

Slutsatser och implikationer

Syftet med studien var att se hur synen på ländryggsskador och rehabiliteringsprocessen skiljer sig mellan läkare, fysioterapeuter och tränare. Målet var också att undersöka vilka effekter och implikationer som de olika representationerna producerar. Resultaten som framställdes i studien svarade tydligt på syftet och frågeställningarna. Möjligtvis det viktigaste man kan ta med sig med den här studien är att både läkare, fysioterapeuter och tränare har sina egna unika roller vid rehabiliteringsprocessen och att de alla uppfyller sin funktion. Det kan vara missvisande att endast ta in ett av dessa perspektiv eftersom de alla är experter inom olika områden. Läkaren fokuserar i övergripande drag på läkemedelsbehandling, sjukskrivning, vidare undersökningar som magnetröntgen och gör remiss om skadan kräver operation. Båda fysioterapeuterna hävdar att träning oftast är svaret eftersom en ländryggsskada oftast inte kräver operation och att den viktigaste kvarstående faktorn då blir rehab-träning, där fysioterapeuten utgör den viktigaste rollen.

Tränaren beskriver sin roll vid skador som att i första hand hjälpa i det akuta skedet och att därefter hänvisa till vården. Tränaren anser att ett stort problem är att många tränare tror att de kan rådgiva inom skador, och att det är bättre att istället hänvisa till någon med faktisk expertis inom området. Däremot kan en tränare ge generella råd och anpassa träningen utefter idrottarens skada. Både fysioterapeuterna och tränaren hade en mer aktiv approach till rehabilitering än läkaren. Läkaren pratade om smärta som något negativt och att läkemedel kan underlätta både vardagen men också rehabträning. Om man har så pass ont att man inte kan utföra rehabövningar, kan läkemedel därför

vara ett bra hjälpmedel till att komma igång. I stora drag kan man konstatera att det oftast är bäst att söka rådgivning hos alla dessa professioner då de alla har sin egen unika expertis. Om man sammanfattar alla dessa perspektiv skulle man kunna beskriva processen på följande sätt; att först vara transparent med sin tränare, söka rådgivning hos en fysioterapeut och en läkare, starta rehabträning så snabbt som möjligt med gradvis belastning i kombination med eventuell smärtbehandling (läkemedel) och följ därefter upp progression med fysioterapeuten.

Resultaten är inte generaliserbara då studien endast hade tillgång till fem intervjuer. Men det öppnar upp till en intressant diskussion och ger möjlighet till framtida forskning att fortsätta inom detta område. För framtida studier rekommenderas att man testar fler deltagare inom dessa professioner och att man utför fler gruppintervjuer, då det är en metod som kan underlätta att man får fram skillnaderna tydligare genom en debatt, eller att man ser vem som har makten i rummet och om det går att knyta till andra faktorer. Det hade också varit intressant att djupdyka lite mer i de olika typer av ländryggsskador och om rehabiliteringsprocessen skiljer sig åt däremellan. Sammanfattningsvis kan man konstatera att även om resultaten inte är generaliserbara, öppnar studien en ny väg inom forskningen och ger vägledning till framtida studier. Resultaten som producerats ger generella och tydliga riktlinjer i hur en idrottare bör agera vid en ländryggsskada och hur en rehabiliteringsprocess i generella drag ser ut.

Referenser

Bacchi, C. (2009). Analysing policy: *What's the problem represented to be?* Pearson Education.

Bahr, R. (Red.). (2015). *Idrottsskador: en illustrerad guide*. SISU Idrottsböcker i samverkan med Internationella olympiska kommittén.

Bendiksen, S., Lind-Olsson, J., & Strandberg, E. (2024). *Återgång till idrott efter skada - tränarens perspektiv.; Uppfattningen av sin egen roll, samt dess möjligheter och hinder* [Kandidatuppsats, Göteborgs universitet/Institutionen för kost- och idrottsvetenskap]. Göteborgs Universitets Publikationer – Elektroniskt Arkiv. https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/83458/VT24_IKG376_kand_SB_JLO_ES_sc.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Broberg, C., & Lenné, R. (2019). *Fysioterapi: Profession och vetenskap*. Fysioterapeuterna. https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/dokument-fasta-sidor/fysioterapi-som-profession-och-vetenskap.pdf

Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (3:e uppl.). Liber.

Canady, B. E., & Larzo, M. (2023). Overconfidence in Managing Health Concerns: The Dunning–Kruger Effect and Health Literacy. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 30*(2), 460–468. https://doi.org/10.1007/s10880-022-09895-4

Casazza B. A. (2012). Diagnosis and treatment of acute low back pain. *American family physician, 85*(4), 343–350.

Cowell, I., O'Sullivan, P., O'Sullivan, K., Poyton, R., McGregor, A., & Murtagh, G. (2018). Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective: A qualitative study. *Musculoskeletal science & practice,* 38, 113–119. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.10.006

Dal Farra, F., Arippa, F., Carta, G., Segreto, M., Porcu, E., & Monticone, M. (2022). Sport and non-specific low back pain in athletes: a scoping review. BMC Sports Science, *Medicine & Rehabilitation, 14*(1), 216–216. https://doi.org/10.1186/s13102-022-00609-9

de Sire, A., Marotta, N., Lippi, L., Scaturro, D., Farì, G., Liccardi, A., Moggio, L., Letizia Mauro, G., Ammendolia, A., & Invernizzi, M. (2021). Pharmacological Treatment for Acute Traumatic Musculoskeletal Pain in Athletes. *Medicina (Kaunas, Lithuania), 57*(11), 1208. https://doi.org/10.3390/medicina57111208

Dubois, B., & Esculier, J.-F. (2020). Soft-tissue injuries simply need PEACE and LOVE. *British Journal of Sports Medicine, 54*(2), 72–73. https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101253

Foucault, M. (1972). *The archaeology of knowledge* (A. M. Sheridan Smith, Trans.). Pantheon Books. (Original work published 1969).

Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: The birth of the prison* (A. M. Sheridan Smith, Trans.). Pantheon Books. (Original work published 1975).

Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings.* 1972–1977 (C. Gordon, Ed. & Trans.). Pantheon Books.

Hsu, C.J., Meierbachtol, A., George, S. Z., & Chmielewski, T. L. (2017). Fear of Reinjury in Athletes: Implications for Rehabilitation. *Sports Health, 9*(2), 162–167. https://doi.org/10.1177/1941738116666813

Karlsson, J., Renström, P., Holmström, E. B., & Forsberg, A. (Eds.). (2007). *Idrottsskador - frontlinjen inom behandling och rehabilitering*. Centrum för idrottsforskning.

King, J., Burgess, T. L., Hendricks, C., & Carson, F. (2023). The coach's role during an athlete's rehabilitation following sports injury: A scoping review. *International Journal of Sports Science & Coaching, 18*(3), 928–944. https://doi.org/10.1177/17479541221150694

Kuo, D. T., & Tadi, P. (2023). Cervical Spondylosis. *In StatPearls*. StatPearls Publishing.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl.). Studentlitteratur.

Qaseem, A., McLean, R. M., O'Gurek, D., Batur, P., Lin, K., & Kansagara, D. L. (2020). Nonpharmacologic and Pharmacologic Management of Acute Pain From Non–Low Back, Musculoskeletal Injuries in Adults: A Clinical Guideline From the American College of Physicians and American Academy of Family Physicians. *Annals of Internal Medicine, 173*(9), 739–748. https://doi.org/10.7326/M19-3602

Region Örebro Län. (2023). *Ryggsmärta*. https://vardgivare.regionorebrolan.se/globalassets/media/dokument/platina/riktlinjer/ryggsmarta.288218.pdf

Rojas-Valverde, D., Gutiérrez-Vargas, J. C., & Sánchez-Ureña, B. (2019). Sport Readaptation: Where Do We Draw the Lines Between Professionals? *Frontiers in Sports and Active Living, 1*, 62–62. https://doi.org/10.3389/fspor.2019.00062

Rolving, N., Kræmmer, J., & Rafaelsen, C., & Jørgensen, CK., & Andersen, ED., & Sauer, AT., & Riis, A. (2024). Effect of involving physiotherapists in the management of low back pain at emergency departments: a systematic review. *Physiotherapy, 127*. 101454. http://doi.org/10.1016/j.physio.2024.101454

Šajnovic´, U., Kokol, P., Završnik, J., Vošner, H.B. (2024). Trends in Physiotherapy of Chronic Low Back Pain Research: Knowledge Synthesis Based on Bibliometric Analysis. Healthcare, 12(16), 1676. https://doi.org/10.3390/healthcare12161676

Sedrak, P., Shahbaz, M., Gohal, C., Madden, K., Aleem, I., & Khan, M. (2021). Return to Play After Symptomatic Lumbar Disc Herniation in Elite Athletes: A Systematic Review and Meta-analysis of Operative Versus Nonoperative Treatment. *Sports Health, 13*(5), 446–453. https://doi.org/10.1177/1941738121991782

Singh, R., Küçükdeveci, A. A., Grabljevec, K., & Gray, A. (2018). The role of Interdisciplinary Teams in Physical and Rehabilitation Medicine. *Journal of Rehabilitation Medicine, 50*(8), 673–678. https://doi.org/10.2340/16501977-2364

Svensson, L. G. (2016). Profession, organisation, kollegialitet och ansvar. *Socialvetenskaplig Tidskrift, 18*(4). https://doi.org/10.3384/SVT.2011.18.4.2464

Tikhile, P., & Patil, D. S. (2024). Unveiling the Efficacy of Physiotherapy Strategies in Alleviating Low Back Pain: A Comprehensive Review of Interventions and Outcomes. *Cureus, 16*(3), e56013. https://doi.org/10.7759/cureus.56013

Trompeter, K., Fett, D. & Platen, P. Prevalence of Back Pain in Sports: A Systematic Review of the Literature. *Sports Med 47*, 1183–1207 (2017). https://doi.org/10.1007/s40279-016-0645-3

Vetenskapsrådet. (2024). *God forskningssed*. https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html

Winther Jørgensen, M., & Phillips, L. (2000). *Diskursanalys som teori och metod*. Studentlitteratur.

World Health Organisation. (2023). *Low Back Pain*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/low-back-pain

1177 Vårdguiden. (2025). *Receptfria läkemedel vid tillfällig smärta - vad ska jag välja?* https://www.1177.se/Gavleborg/undersokning-behandling/behandling-med-lakemedel/lakemedel-utifran-diagnos/receptfria-lakemedel-vid-tillfallig-smarta---vad-ska-jag-valja/

Bilagor

Bilaga 1–3 - Intervjuguide

Bilaga 4 - Informationsbrev

Bilaga 5 - Samtyckesformulär

Bilaga 1

Intervjuguide

Individuell intervju, Läkare / Fysioterapeut

1. Definition och syn på ländryggsskador

- Hur definierar du en ländryggsskada inom din profession?
- Vilka typer av ländryggsskador ser du oftast i din yrkesroll?
- Vad anser du är de vanligaste orsakerna till ländryggsskador hos idrottare?
- Hur har din utbildning påverkat ditt sätt att behandla ländryggsskador?

2. Behandling och rehabilitering

- Vilka är de viktigaste stegen i behandling och rehabilitering av ländryggsskador?
- Hur behandlar du en ospecifik ländryggsskada?
- På vilket sätt skiljer sig rehabiliteringen vid andra typer av ländryggsskador?
- När bör man undvika smärta, och när är smärta en del av läkningsprocessen?
- Hur brukar du bedöma en ländryggsskada?

3. Vila kontra träning

- Hur ser du på balansen mellan vila och träning vid rehabilitering?
- Finns det situationer där du anser att träning är bättre än vila, eller tvärtom?

4. Professionens roll och samarbete

- Vilken roll har du i rehabiliteringsprocessen?
- Hur upplever du skillnaden i synen på rehabilitering i din roll kontra en läkare / fysioterapeut / tränare?
- Hur tror du att din profession uppfattas av andra yrkesgrupper inom idrottsmedicin?
- Hur ser samarbetet mellan din profession och tränare ut i praktiken? Hur kan ni komplettera varandra?
- Hur kan samarbetet förbättras?
- Är det något du ofta tycker förbises i samtalet om ländryggsskador inom idrott?

Bilaga 2

Intervjuguide

Individuell intervju – Tränare

1. Tränarens perspektiv på ländryggsskador

- Hur går ni tillväga när en idrottare kommer till er med ländryggsbesvär?
- Vad tror du är de vanligaste orsakerna till ländryggsskador?
- Hur ser du på din roll när det gäller att hantera ländryggsskador?
- I generella drag, hur ser du på rehabilitering kontra återgång till idrott?
- På vilket sätt har ditt perspektiv på skador formats?
- Vilka effekter produceras genom att uppfattningarna mellan en tränare, fysio och en läkare skiljer sig åt?

2. Gränsen mellan träning och medicinsk behandling

- I vilken utsträckning ger du själv råd om rehabilitering kontra hänvisar till en fysioterapeut eller läkare?
- Anser du att tränare bör utbilda sig inom skador, eller bör de enbart hänvisa idrottaren vidare?
- Hur anser du att en idrottare som är osäker på sin rehabilitering bör agera?

3. Samarbete och kommunikation

- Hur upplever du samarbetet mellan tränare, läkare och fysioterapeuter?
- Hur involveras du i rehabiliteringsprocessen?
- Skulle samarbetet kunna förbättras, och i så fall hur?

4. Återgång till idrott

- Hur ser du på återgång till idrott efter en ländryggsskada?
- Finns det faktorer som du anser ofta förbises vid rehabilitering av ryggskador?
- Vad har du för tips till en idrottare som är skadad och vill återgå till sin idrott?

Bilaga 3

Intervjuguide

Gruppintervju, Läkare & Fysioterapeut

1. Perspektiv på ländryggsskador

- Hur definierar ni en ländryggsskada inom era respektive professioner?
- Finns det skillnader i hur ni ser på orsakerna till ländryggsskador?
- Varför tror ni att uppfattningar kan skilja sig åt mellan professionerna och mellan individer?
- Vilka effekter produceras genom att man har olika syn på skador?
- Finns det andra sätt att se på ländryggsskador än de vi använder idag?

- Vad problematiseras inte när det gäller att ta sig an en skada?

2. Behandling och rehabilitering

- Vad anser ni vara viktigast i den tidiga fasen av en ländryggsskada?
- Hur lägger ni upp en rehabiliteringsplan, vem tar ledningen?
- Hur ser ni på smärtans roll i rehabiliteringsprocessen?

3. Kommunikation och samarbete

- Hur kommunicerar ni med varandra i praktiken? (Möten, journaler, telefonsamtal etc.)
- Hur upplever ni att ansvarsfördelningen ser ut mellan era professioner?
- Har ni varit med om situationer där ni haft olika åsikter om behandling? Hur hanterades det?
- Hur ser samarbetet ut och på vilket sätt är detta bra?

4. Förbättringsområden

- Finns det något ni upplever att den andra professionen missar?
- Om ni fick ändra något i hur samarbetet fungerar, vad skulle det vara?
- Vad är fördelaktigt i att perspektiven kan skilja sig åt?

Bilaga 4
Informationsbrev

Hej, mitt namn är ___. Jag skriver tillsammans med två andra studenter en kandidatuppsats. Den kommer att handla om olika professioners uppfattning om skador och rehabiliteringsprocessen, dels vad professionerna har gemensamt men också vad som skiljer sig åt i uppfattningen. Jag kontaktar därför er för att vänligt fråga om ni skulle vilja vara delaktiga i en intervju. Intervjun kommer att göras enskilt med er och eventuellt tillsammans med andra individer från andra professioner (det är såklart valfritt om ni vill delta på en enskild intervju / båda / ingen av dem). Vi kommer bland annat att jämföra fysioterapeuters, läkares och tränares uppfattning om skador. Vi tror att detta arbete kommer att tillföra mycket till forskningen eftersom det inte enligt oss pratas nog om. Mer info om intervjuerna tilldelas vid behov. Intervjuerna skall helst i så fall göras inom en månad. Hör gärna av er om ni har någon / några som är intresserade av detta!

MVH ___
Göteborgs Universitet
Program: Sports Coaching

Bilaga 5
Samtyckesformulär

Göteborgs Universitet
Program: Sports Coaching
Kandidatuppsats

Kurskod	IKG376 V25 Kandidatuppsats
Titel/benämning på studentens arbete	Tre professioners syn på ländryggsskador: En multidisciplinär studie av vård och rehabilitering
Studentens namn	John Modigh, Kristian Zdravkovski och Alexandro Bellgard Delgado
Studentens e-post	xxxx

OBS! Inga personuppgifter behandlas i arbetet. Vi använder oss av anonyma namn, det enda som nämns är era professioners titlar. Nedan skriver ni på samtycke till intervjuerna och att era professioners titlar används i arbetet. Ni godkänner också att ni har blivit informerade om syftet med arbetet, och att intervjuerna blev inspelade samt information om hur de skulle gå till. Bara vi har tillgång till intervjuerna, ni är försäkrade om att dessa inte sprids.

Samtycke till deltagande

Det är frivilligt för dig delta i studentens arbete och du kan närsomhelst återkalla ditt samtycke fram till dess att arbetet har lämnats in. Vänligen läs igenom informationen ovan innan du samtycker till deltagande. Om du har frågor om informationen ovan eller studentens arbete kan du kontakta studenten. Studentens kontaktuppgifter finns på första sidan i informationen samt nedan.

Samtycke

Jag samtycker till deltagande i ovanstående arbete som utförs av studenten.
Jag har tagit del av informationen som presenterades tillsammans med denna samtyckesblankett.

_____

_____
Underskrift

Datum

_____

_____
Namnförtydligande

Kontaktuppgifter (E-post och/eller telefonnummer)