

Mads Røgen Noesgaard

Den medisinske innsats i elitefotball

Et kvalitativt studie om opplevelsen av den medisinske innsats og dens påvirkning på fremtidig ferdighet- og prestasjonsutvikling

Masteroppgave i Idrettsvitenskap

Veileder: Stig Arve Sæther

Juni 2021

Mads Røgen Noesgaard

Den medisinske innsats i elitefotball

Et kvalitativt studie om opplevelsen av den medisinske innsats og dens påvirkning på fremtidig ferdighet- og prestasjonsutvikling

Masteroppgave i Idrettsvitenskap
Veileder: Stig Arve Sæther
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Talentudvikling i fodbold er blevet et større og større forskningsområde, hvor blandt andet udviklings- og miljøbeskrivende modeller danner grundlag for at skabe den mest optimale vej til toppen. En gennemgående faktor i samtlige modeller er træning og hermed træningsmængde. I den forbindelse bliver den medicinske indsats essentiel. At kunne sikre spillere minimalt fravær fra træning og kamp ved effektiv skadeforebyggelse, virkningsfuld rehabilitering samt rettidig return-to-play, synes at skabe et fundamentalt grundlag for færdighed- og præstationsudvikling. Til trods for at det teoretiske fagfelt beskriver vigtigheden af kommunikation og samarbejde for at løfte denne opgave på bedst mulig vis, mangler der studier med fokus på, hvordan denne indsats opleves varetaget og hvilke konsekvenser dette har for den enkelte spillers fremtidige færdighed- og præstationsudviklingsmuligheder.

Med udgangspunkt i det teoretiske fagfelt har jeg foretaget fem kvalitative semistrukturerede interviews med medicinske stab, spillere, og en træner med flere års erfaring fra en og samme norske elitefodboldklub. Gennem en induktiv tematisk analyse af det indsamlede datamateriale kom jeg frem til fire temaer: "Eliteklubbens medicinske indsats", "Hierarkiet i en fodboldklub – det optimale for spillerens helbred?", "Fodboldverdens virkelighed - skader som en del af gamet" og "Skaders konsekvenser i fodbold". Holdt op imod det teoretiske bagtæppe har jeg relateret deltagernes oplevelse af den medicinske indsats' overordnede tre faser, skadeforebyggelse, rehabilitering og return-to-play til "Decision-based RTP"-modellen.

Resultaterne af dette studie viser til kompleksiteten i varetagelsen af elitefodboldspillerens helbred og hvordan denne indsats opleves forskelligt alt efter perspektiv, til trods for at alle aktører har samme mål. Der eksisterer et anderkendt og accepteret hierarki, hvori træneren i praksis er den øverst rangerede og endelig beslutningstager også når det kommer til den medicinske indsats. Selvom samarbejdet i denne klub skildres positivt og samstemmende med forskningens anbefalinger, oplever de enkelte aktører et fagligt og sportsligt pres, der i et evigt forandrende miljø påvirker den medicinske indsats. Den medicinske stab oplever det udfordrende at holde en spiller fra at spille, da de medicinske faktorer hverken opleves eller i litteraturen beskrives som en facitliste. Dette skaber sjældne men potentielt karriereafgørende tvivlstilfælde, hvor spilleren føler sig nødsaget til at spille, selvom han ikke føler sig parat. Spillerne beskriver at måtte gamble med deres helbred, hvilket kan resultere i tab af værdifuld trænings- og kamperfaring samt begrænsning af mulighederne for fremtidig udvikling. Når tidligere skade og biomekaniske vurderinger samtidig beskrives at diktere i hvor høj grad en spiller regnes tilgængelige for kamp og træning opleves den skadeforebyggende indsats essentiel men skildres baseret på forskning af lav kvalitet eller evidens.

Fundende i dette projekt afdækker områder i den medicinske indsats som har behov for yderligere forskning. Selvom "Decision-based RTP"-modellen og hermed shared-decision-making antydes at skabe et mere optimalt grundlag for RTP-vurderinger, kræves der et åbent, trygt og forstående rum for diskussion af spillerens parathed for træning og kamp, både før, under og efter skade. Yderligere forskning i spilleres, træneres og den medicinske stabs oplevelser af indsatsen set i lys af en shared-decision-making-proces samt hvordan indsatsen påvirker fremtidig udvikling kan potentielt skabe bedre forudsætninger for at øge spillerens tilgængelighed for træning og kamp.

Abstract

The research on talent development in football has gradually increased in recent years, in which both environmentally descriptive and development models create a basis to structure the most optimal path to an elite level. A constant factor in the previously mentioned models is *training* and thus, the amount of training. In this context, the medical efforts remain essential. To be able to ensure the players experience minimal absence from training and competition through effective injury prevention, both efficient rehabilitation and timely return-to-play seem to form a fundamental basis for skill- and performance-development. Despite the fact that literature describes the importance of communication and collaboration to lift this task in the best possible way, there exists a lack of studies focusing on how this effort is experienced in practice and what consequences this has to the individual player's future skill- and performance-development opportunities.

Based on existing research, I have conducted five qualitative, semi-structured interviews with the medical staff, players and one coach, of whom all have several years of experience from an elite Norwegian football club. Through an inductive thematic analysis of the collected data, this work uncovered four emerging themes through the interpretation of the results: "The elite club's medical efforts", "The hierarchy of a football club – Optimal for the player's health?", "The reality of football - injuries as part of the game" and "The consequences of injuries in football". Using the results together with existing literature, this study applies the Decision-based RTP model to relate the participants' experience of the three major medical interventions in professional sports: injury prevention, rehabilitation and return-to-play.

The results of this study point towards the complexity of managing the health of the elite football player and how this effort is experienced differently depending on perspective, despite the fact that all participants have the same goal. There exists a recognized and accepted hierarchy in which the coach is the top ranked and final decision-maker when it comes to the medical efforts carried out by the team. Although the collaboration in this club is portrayed in a positive lighting, and in accordance to the recommendations of the presented research, the individual actors describe a feeling of pressure of professional and sporting character in an ever-changing environment which challenges the medical effort. The medical staff finds it challenging to keep a player from playing as the medical factors used in the decision making are neither experienced nor described in the literature as a list of facts. This creates rare but potential career-critical situations of doubt where the player feels compelled to play even if they do not feel ready. Players describe feeling forced to gamble with their health, which can result in loss of valuable training and competition experience as well as limiting the opportunities for future development. When earlier injuries and biomechanical assessments are simultaneously described to dictate the extent to which a player is available for competition and training, the injury prevention is perceived as essential but is portrayed based on research of low quality or evidence.

Though the Decision-based RTP model and thus shared-decision-making is suggested to create a more optimal basis for RTP assessments, the results of this project show a requirement for an open, safe and understanding environment for discussion of the player's readiness for training and competition, both before, during and after injury. In addition, this work uncovers areas in the medical effort that require further research into individual experiences of the shared-decision-making-process as well as how the effort affects future development. Such research can potentially create better conditions to increase player availability for training and competition.

Forord

Det synes surrealistisk at tænke på at jeg for 2 år siden sagde mit job op i København. Selvom jeg altid har tænkt, at jeg på et tidspunkt ville tage en mastergrad eller lignende, syntes det vanvittigt at opsiges et job, jeg egentlig var yderst tilfreds med. Jeg havde gode kollegaer, godt forhold til ledelsen og ikke mindst særdeles interessante arbejdsopgaver. I foråret 2019 havde jeg søgt ind på to masterstudium og kommet ind på begge, en mastergrad i idrettsfysioterapi på Norges Idrettshøgskole og en mastergrad i idrettsvitenskap ved Norges Tekniske og Naturvidenskabelig Universitet. Valget var ikke noget let valg og det tog mig flere uger før jeg nåede frem til den endelige beslutning.

At studere på NTNU betød, at jeg fik muligheden for at fordybe i områder af idrætten, som jeg ikke følte jeg havde nok kundskab om. Som en del af den medicinske stab i forskellige idrætter på ulige niveauer, har jeg konsekvent oplevet, at en af de største udfordringer for mig er varetagelsen af den medicinske indsats i en stressende, presset og resultatorienteret kontekst. At udvide min horisont, skabe et større billede og en bedre forståelse af idrætten som helhed og ikke blot fokusere på den medicinske indsats syntes derfor som en oplagt mulighed. En mastergrad i idrettsvitenskap ved NTNU, syntes netop at kunne tilbyde dette. Det har derfor fra start stået klart for mig, hvad mit masterprojekt skulle omhandle. Jeg ville fordybe mig i, hvordan den medicinske stab opleves og udføres på eliteniveauet og hermed også lære om hvordan denne indsats potentielt kan forbedres og optimeres med henblik på færdighed- og præstationsudvikling.

Jeg vil derfor gerne sige tak. Først og fremmest tak til deltagerne i dette projekt som har taget sig tid i en yderst travl hverdag. Tid til at sætte sig ned og fortælle åbent og ærligt om personlige oplevelser, følelser og tanker. Dette projekt havde ikke været muligt uden jeres bidrag. Jeg vil også sige tak til mine medstuderende og forelæsere på studiet. I har givet mig en indsigt, erfaring og forståelse, jeg ikke ville have været foruden. Den sparring og undervisning, jeg har haft igennem de sidste to år, har ændret min måde at anskue idrætten på og gjort mig bevidst om elementer jeg før hverken så eller forstod. Hertil vil jeg gerne takke min vejleder Stig Arve Sæther som har været en støttende og konstruktiv sparringspartner. Du har udvist en stor interesse for mit projekt, som har motiveret mig fra første vejledning. Jeg vil takke dig for dine opmærksomme indspil og kommentarer, konstruktive spørgsmål og ikke mindst faglige samtaler både omkring selve projektet men også andre områder af et komplekst og interessant forskningsfelt. Jeg håber på vi engang i fremtiden igen får mulighed for at arbejde sammen.

Jeg vil derudover rette en stor tak til min største støtte og sparringspartner i livet, min forlovede Runa. Du har været en enorm kapacitet i en turbulent og udviklende tid. Til trods for at du selv har været på en faglig udviklingsrejse, har du altid stået ved min side og givet mig akkurat den vejledning jeg har trængt. Tak fordi, at du er dig. Jeg vil i denne forbindelse også gerne takke dine forældre, som har været en enormt støtte i vores nye tilværelse i en ny by, i en skør tid. Til sidst vil jeg også gerne takke mine egne forældre, som altid har bakket mig op i alt hvad jeg har foretaget mig. Selvom i er 1500 kilometer væk føles det som om, at i altid står lige bag mig, klar til at gribe om jeg skulle falde.

Mads Røgen Noesgaard

Trondheim, 24. juni 2021

Indholdsfortegnelse

Sammen drag	v
Abstract	vii
Forord	ix
1 Indledning	1
1.1 Hensigt og forskningsspørgsmål	2
1.2 Opgavens struktur	3
2 Fagfelt	4
2.1 Den medicinske indsats i fodbold	4
2.1.1 Den skadeforbyggende indsats	4
2.1.2 Rehabilitering af en fodboldspiller	5
2.1.3 Return to play	6
2.2 Shared decision making	7
2.2.1 Kommunikation og samarbejde	8
3 Metode	10
3.1 Metodologisk udgangspunkt og teoretiske ståsted	10
3.2 Interview	11
3.3 Udvalg/informanter	12
3.4 Interviewsituationen	13
3.5 Analyse	14
3.6 Forforståelse og forskerrollen	15
3.7 Kvaliteten i det kvalitative forskningsinterview	16
3.8 Ethiske betragtninger	18
4 Resultat	19
4.1 Eliteklubbens medicinske indsats	19
4.2 Hierarkiet i en fodboldklub – det optimale for spillerens helbred?	21
4.2.1 Pres for at spilleren skal spille	23
4.2.2 Spilleren sin mand	25
4.3 Fodboldverdenens virkelighed - skader som en del af gamet	27
4.4 Skaders konsekvenser i fodbold	28
5 Diskussion	32
5.1 Evaluering af helbredstilstanden	32
5.2 Evalueringen af risikoen ved deltagelse	34
5.3 Beslutningsmodificering	36
5.4 En skadet spiller bliver oftere skadet	38
6 Afslutning	40
6.1 Opsummering	40
6.2 Praktisk implikationer	41
6.3 Studiets styrker og begrænsninger	42
6.4 Videre forskning	43
Referencer	44
Vedlæg	51

1 Indledning

Talentudvikling i fodbold er en yderst kompleks størrelse, der i løbet af de seneste årtier er blevet et større og større forskningsområde. Forskere forsøger ihærdigt at kortlægge, hvordan de store præstationer verden har været vidne til bliver mulige (Güllich, 2017). På baggrund af et tiårs langt forskningsprojekt beskriver Sæther (2017) i sin bog *"De norske fotballtalentene – Hvem lykkes og hvorfor?"* nogle af de udfordringer og årsager, der har potentiale til at påvirke udviklingen af den norske fodboldspiller. Denne jagt på toppræstationer og udviklingen af blandt andet fremtidens fodboldspiller er forsøgt beskrevet af flere forskere igennem forskellige modeller. Disse modeller er blevet revideret, videreudviklet, forkastet og genoptaget i løbet af de sidste mange år både specifikt med fokus på fodbold, men også idræt generelt. Bestående gennem tiden og på tværs af disse forskellige modeller er tanken om at "training makes perfect".

Træning skildres som en af grundstenene i udviklingen af en fodboldspiller, men hvordan denne træning bør udføres og ikke mindst, hvordan tiden, den enkelte spiller besidder, bruges bedst muligt varierer fra model til model. Eksempelvis fokuserer Ericsson et al. (1993) på den planlagte og strukturerede træning ved begrebet *deliberate practice*. Côté & Fraser-Thomas (2007) bidrager med *deliberate play*, som et modstykke og hermed en yderligere individualisering af træning, end hvad de tidligere modeller har gjort. Nyere modeller som eksempelvis *"Foundations, Talent, Elite, Mastery"*-rammeverket (FTEM) forsøger at nuancere billedet med en mere kompleks inddeling og anskuelse af processen fra en aktiv livsstil til eliteniveau (Gulbin et al., 2013). Overordnet kan man sige, at disse modeller hver især forsøger at indkapsle den komplicerede proces, det er at gå fra talent til at præstere på højeste niveau, hvor træning og øvelse er essentielt for mestring. Denne proces eksisterer i et sammensat miljø bestående af forskellige faktorer og aktører med ulige påvirkning på den enkelte spillers udvikling. Henriksen (2010) har med individet i centrum tilstræbt at beskrive denne kompleksitet ved hjælp af sin miljøbeskrivende holistisk og økologisk model *Athlete Talent Development Environment (ATDE)*. Modellen adskiller sig fra de tidligere nævnte ved at skabe et tværsnitsblik af livet til og miljøet omkring en atlet fremfor en longitudinel plan. Miljøet omkring spilleren inddeles i et atletisk og et non-atletisk domæne samt macro- og micromiljø, hvor samarbejde og kommunikation bliver nøgleord (Henriksen et al., 2010; Aalberg & Sæther, 2016). Herudover støtter også denne model op om, at mulighed for træning, spilletid og erhvervet kamperfaring er essentielle faktorer i udviklingen af morgendagens fodboldspiller (Flatgård et al., 2020; Carsten H Larsen et al., 2013; Carsten Hvid Larsen et al., 2020; Aalberg & Sæther, 2016). Uanset model fremmales et billede af, at træning og hermed også træningsmængde er altafgørende for udvikling og præstationer i verdensklasse.

Sæther (2017) peger specifikt på, at træningsmængde spiller en vigtig rolle for at nå topniveauet i fodbold og bakkes yderligere op af studier som det af Hornig et al. (2016). Tilgængeligheden for træning er blandt andet afhængig af individets både fysiske og psykiske tilstand. Spillerne må være skadesfri og parate til at lægge den påkrævede træningsindsats. Her i mellem eksisterer dog et dilemma som følge af, at der med stigende træningsmængde medfølger en øget risiko for skader (Drew & Finch, 2016). Skader på bevægeapparatet som eksempelvis forstrækning, ligamentruptur og

meniskskader beskrives at have både individuel og holdmæssig påvirkning på præstation i holdsport. En påvirkning, der både ses specifikt i europæiske cups og ligaspillet i fodbold, hvor øget kamp- og træningstilgængelighed bliver nøgleord for opnåelse af succes (Drew et al., 2017; Hägglund et al., 2013; Raysmith & Drew, 2016). Forskning henviser herudover til at tidligere skade er tæt associeret med øget risiko for ny skade (Esmæili et al., 2018; McCall et al., 2014; McCall, Davison, et al., 2015; Orchard, 2001; Toohey et al., 2017). Den medicinske indsats, herunder skadeforebyggelse, rehabilitering og "return-to-play" (RTP) synes derfor essentielle fokusområder i varetagelsen af fodboldspillerens helbred i både forskning og praksis. Til trods for denne skadeforebyggende indsats beskrives skader som en uundgåelig realitet i fodboldens virkelighed (Fuller, 2019). Den følgende rehabilitering samt vurdering før, hvornår spilleren igen er klar til at vende tilbage til fodbold forbliver vigtige dele af de medicinske opgaver i elitefodbold (Fuller, 2019).

Det synes altså vanskeligt at konkretisere, hvordan fremtidens fodboldspiller når til tops, men som Sæther (2017) beskriver, er der flere identificerbare betydningsfulde momenter, så som træningsmængde. Som ovenfor rationaliseret, henviser også forskningen til at spillertilgængelighed kan være en afgørende faktor i færdighed og præstationsudvikling (Drew et al., 2017; Hägglund et al., 2013; Raysmith & Drew, 2016). Varetagelsen af den enkelte spillers trænings- og kamptilgængelighed i en elitefodboldklub tilfalder ofte formelt den medicinske afdeling, mens også trænerstaben, den enkelte fodboldspiller umiddelbart bærer et vist ansvar. I tråd med ATDE-modellen forekommer denne opgave derfor ligeledes at have behov for samarbejde og kommunikation de enkelte aktører imellem.

Set i lys af udviklingsmodellernes fællesfundament; træning samt vigtigheden af træningstilgængelighed, synes den medicinske indsats og samarbejdet her omkring at være et fundamentalt grundlag for udvikling. Dog et område i fagfeltet, som kun synes delvist afdækket og undersøgt. Jeg vil derfor i mit mastergradsprojekt først fremlægge tidligere forskning, der fokuserer på den medicinske indsats og varetagelsen af den mandlige elitefodboldspillers helbred. En indsats, som har til hensigt at sikre mest mulig træning- og kamptilgængelighed. I praksis beskrives denne indsats imødekommet ved en skadeforebyggende indsats, en rehabiliteringsproces når uheldet er ude for efterfølgende at vurdere "Return-To-Play". Dog kan denne indsats diskuteres i konflikt med "kravet" om kortsigtet præstation og succes fra både ledelse, supportere, stab og ikke mindst spilleren selv. Med dette dilemma som afsæt vil jeg fokusere på, hvordan den medicinske stabs indsats opleves varetaget i en norsk elitefodboldklub og hvordan dette har påvirkning på den enkelte spillers muligheder for udvikling. Med et fænomenologisk-hermeneutisk udgangspunkt har jeg valgt at undersøge de individuelle oplevelser af denne proces gennem semistrukturerede interviews.

1.1 Hensigt og forskningsspørgsmål

På baggrund af ovenstående synes mest mulig trænings- og kamptilgængelighed ved en effektiv og velfungerende medicinsk indsats teoretisk set at kunne argumenteres for indirekte at bedre forudsætningerne for udvikling. Ved en undersøgelse af områdets fagfelt, findes et overvejende fokus på, hvordan skader bedst mulig behandles og varetages for at minimere konsekvensen på "her og nu"-præstationen, mens dette forskningsprojekts ønskede vinkling på udviklingsprocessen forekommer underrepræsenteret. Hensigten er derfor, at skabe et subjektivt indblik i, hvordan de involverede parter oplever varetagelsen af den medicinske indsats i en elitefodboldklub,

og yderligere hvordan denne indsats opleves at påvirke den individuelle fodboldspillers færdighed- og præstationsudviklingsmuligheder undersøgt ved følgende forskningsspørgsmål:

Hvordan opleves den medicinske indsats varetaget i en norsk elitefodboldklub set i lys af en shared-decision-making-proces og hvilken påvirkning opleves denne proces at have på spillernes færdighed- og præstationsudviklingsmuligheder?

Ved at anskue denne indsats fra de enkelte aktørers subjektive ståsted, tilstræber jeg at fremlægge nuancerede perspektiver på, hvordan denne indsats opleves at påvirke spilleren og dennes fremtid undersøgt i en specifik norsk elitefodboldklub. Fundende i opgaven kan forhåbentligvis bidrage til skabe et indblik i en ellers kompleks verden, hvor man sammen har et fælles mål, men at vejen dertil kan opleves og anskues forskellig. Yderligere håber jeg på, at dette projekt vil kunne danne udgangspunkt for videre forskning og undersøgelse af, hvordan den medicinske indsats i elitesport og herunder specifikt fodbold kan varetages for at facilitere den enkelte atlet og spillers færdighed- og præstationsudvikling bedst mulig.

1.2 Opgavens struktur

Dette studie er inddelt i 6 kapitler. Først har jeg ønsket at aktualisere projektets problemformulering. Ved at præsentere det allerede kendte og velundersøgte fænomen, færdighed- og præstationsudvikling i idræt og sætte dette i kontekst til den moderne fodbold og den medicinske indsats, skaber indledningen præmissen for opgavens fokusområde. Herefter følger en præsentation af tidligere forskning på området. Med dette kapitel ønsker jeg, at læseren får et indblik i det teoretiske fagfelt, som senere vil benyttes i diskussionen af projektets resultater. Det efterfølgende metodiske kapitel udgøres af de videnskabsteoretiske overvejelser samt metodiske valg og fravalg, der ligger forud for og i studiets udarbejdelse. Jeg har tilstræbt at være særdeles konkret og specifik, for at give læseren mulighed for at følge min tankeproces gennem hele projektet. Dette gør sig videre gældende i resultat-kapitlet. Den dybdegående og nøje præsentation af både de metodiske valg og den tematiske analyse, er forankret i ønsket om at give læseren bedst mulige vilkår for at kunne vurdere kvaliteten af projektets fund og studiet som helhed. I kapitel 5 diskutere jeg fundende fra den tematiske analyse op imod den præsenterede forskning med udgangspunkt i "Decision-based RTP"-modellen. Afslutningsvist vil jeg fremhæve studiets fund, mine overvejelser for studiet styrker og udfordringer, de praktiske implikationer samt mine tanker for vejen videre.

2 Fagfelt

I dette kapitel vil jeg præsentere rammen for projektet gennem tidligere forskning på det medicinske apparats rolle og opgaver i elite fodbold, et teoretisk forankret udgangspunkt for beslutningsprocessens i varetagelsen af elite fodboldspillerens helbred samt de forskningsmæssige komplikationer og konsekvenser af den medicinske indsats. Jeg vil beskrive selve rehabiliteringsprocessen i generelle træk med udgangspunkt i forskning omhandlende de mest hyppigt forekommende skader i elitefodbold. Dernæst vil jeg redegøre for det teoretiske værktøj "Shared-Decision Making" (SDM). Et værktøj, der har til formål, at guide spiller, træner og medicinsk apparat i beslutningstagning-processen. Dette teoretisk udgangspunkt vil jeg også benytte til at sætte rammen for opgavens diskussionsafsnit. For at beskrive SDM-processen vil jeg tage afsæt i "Decision-based RTP"-modellen som beskrevet af Creighton et al. (2010), for herefter at redegøre for, hvordan den medicinske indsats i forskningen, antydes at have indflydelse på professionel fodbold.

2.1 Den medicinske indsats i fodbold

I nutidens fodbold består staben omkring et professionelle fodboldhold af næsten flere aktører end der er spillere på holdet (Bech, 2021). Dette er et komplekst miljø bestående af mange interessenter med ulige fokusområder. Den medicinske stabs primære fokus er varetagelsen af holdets og spillernes helbred og hermed mindske fraværet fra idrætten uden at gå på kompromis med atletens langsigtede helbred (Musahl et al., 2018). I praksis foregår dette ved en skadeforebyggende indsats, rehabilitering ved forekomst af skader og en tilbageføring til sporten efter genoptræningsforløbet (Fuller, 2019).

2.1.1 Den skadeforebyggende indsats

Den skadeforebyggende indsats udgøres af, de initiativer træner, medicinsk stab, spilleren og andre interessenter tager for, at spilleren skal undgå skade og sygdom. I praksis beskrives den medicinske stabs indsats i at screene spilleren, strukturere og monitorere træningsbelastningen samt træne øvelsesbaseret skadeforebyggende træning. Identificeringen af individuelle deficit ved at screene spilleren præ eller post skade synes at være almen praksis i mandlig elitefodbold men påpeges samtidig at mangle evidensmæssig opbakning (McCall, Davison, et al., 2015; Read et al., 2018; Van Crombrugge et al., 2019). Angele et al. (2018) anbefaler, at det medicinske team og trænere bør træde varsomt med henblik på identificering af risikospillere og opfordrer til, at man i stedet bør lægge vægt på monitorering af træningsbelastning. Denne pointe bakkes op af studiet af Klein et al. (2018), der påpeger at trænere og spillere efterspørge monitorering som en skadeforebyggende indsats. Forskning på dette område indikerer at monitorering af træningsbelastning og justering af spilletid kan være en potentiel frugtbar skadeforebyggende indsats, hvor både "her og nu"-præstationen kan påvirkes og risikoen for skader og sygdom mindskes (Gabbett & Whiteley, 2017; C. M. Jones et al., 2017; Klein et al., 2018; Owen et al., 2016).

Skadeforebyggende træning er dog nok den mest undersøgte og anvendte indsats for at mindske skadesincidensen og ikke mindst reskadeincidensen på både professionelle elite- og amatørniveau (McCall, Davison, et al., 2015). Denne træning har til

hensigt at give spilleren bedre fysiske forudsætninger og minimere fodboldens høje skadesrisiko (Faude et al., 2017; Ishøi et al., 2019; Musahl et al., 2018; Vitale et al., 2018). Med dette som formål er der udviklet flere forskellige specifikke "Injury Prevention Programmes" (IPP), så som FIFA 11, FIFA 11+, PEP (prevent injury and Enhance Performance) og KIPP (Knee Injury Prevention Program) (Faude et al., 2018; Faude et al., 2017; Musahl et al., 2018). Flere studier påpeger dog, hvordan den skadeforebyggende træning i praksis både tilpasses og justeres blandt andet på baggrund af de tidligere nævnte screeninger, og hermed afviger fra de ellers velundersøgte og evidensbaserede IPP (McCall, Carling, et al., 2015; McCall et al., 2016; O'Brien et al., 2017; Van Crombrugge et al., 2019). Krutsch et al. (2020) beskriver, hvordan specifikke IPP kan reducere skadesincidensen signifikant, men at bæredygtigheden af disse forebyggende tiltag er afhængig af at være tilpasset til kravene fra spilniveauet samt den enkelte træners præferencer. I den forbindelse fandt O'Brien & Finch (2017), at både spillere og trænere i udgangspunktet støtter op om IPP, men at holdning til "hvad der virker", "hvem der er ansvarlig" og "hvornår dette bør udføres" varierer markant. Fanchini et al. (2020) påpeger, at der generelt mangler forskning af videnskabelig højt niveau, der underbygger en øvelsesbaseret skadeforebyggende indsats i en elitefodbold kontekst. Meget af forskningen, der beskriver en effektiv øvelsesbaseret skadesforebyggelse, er i høj eller uklar risiko for bias, hvilket nødsager den kliniske praksis til i højere grad at forholde sig til ekspert udsagn (Fanchini et al., 2020). Mange af de resultater, der for alvor giver vind i sejlene til specifikke IPP er baseret på data foretaget på populationer fra udelukkende eller delvist amatørniveau (Andersen & Bjørneboe, 2018; Faude et al., 2018; Faude et al., 2017; Silvers-Granelli et al., 2017; Thorborg et al., 2017), og hermed ikke direkte overførbare til en mandlig elitekontekst. Forskningen på dette område udfordres af den konstant varierende kontekst, der eksisterer i elitefodbold, en multifaktorel påvirkning på skadesudfaldene samt en udvikling af sporten med et blandt andet tættere kampprogram og mere træning (Tee et al., 2020). Litteraturen indikerer et behov for yderligere forskning på virksomme skadeforebyggende tiltag i en elitekontekst og præciserer hvordan de forebyggende interventioner er utilstrækkelige og i lille grad bæredygtige opmålt med tidsforbruget (Fuller, 2019). Set i relation til den en stigende eller stillestående tendens i skadesincidensen (Bjørneboe et al., 2014; A. Jones et al., 2019; Waldén et al., 2016) synes skader og rehabilitering at forblive en vigtig del af den medicinske indsats i professionel mandlig elitefodbold.

2.1.2 Rehabilitering af en fodboldspiller

Rehabiliteringen af elitefodboldspillere er forskellig fra skade til skade, og som den enorme mængde af forskning på et utal af muskuloskeletale skader også indikerer, er rehabilitering af elitespilleren en kompleks opgave at løfte. Erickson & Sherry (2017) præsenterer, hvordan den medicinske indsats er afhængig af præcis diagnosticering for at få atleten tilbage til sport hurtigst muligt med minimal risiko for reskade.

Behandlingen bør indeholde en patientspecifik tilgang og være et fodboldspecifikt funktionelt faseinddelt forløb (Bizzini et al., 2012; Della Villa et al., 2012; Dingenen & Gokeler, 2017; Gokeler et al., 2020; Zaffagnini et al., 2014). Spilleren bør fra start rehabiliteres med fokus på genvinding af neuromotorisk kontrol og styrke samt en gennemgående genintegrering tilbage til fodbold gennem et progressionskriteriebestemt faseinddelt forløb med en afsluttende on-field-rehabilitering (Bizzini et al., 2012; Della Villa et al., 2012; Dingenen & Gokeler, 2017; Gokeler et al., 2020; Zaffagnini et al., 2014). Et forløb hvor også spillerens psykiske og sociale helbred må tages i betragtning for at opnå et tilfredsstillende resultat (Erickson & Sherry, 2017), men et område, der i

den fremsøgte forskningen, får mindre opmærksomhed end de biologiske faktorer. En mangelfuld rehabilitering kan resultere i vedvarende deficits samt biomekaniske og neuromotoriske forandringer i sportsspecifikke bevægelser (Erickson & Sherry, 2017; Maestroni et al., 2020). Rehabiliteringen kompliceres dog ved en manglende gold-standard og konsensus for RTP (Hickey et al., 2017). Forskningen anbefaler kraftigt, at man benytter sig af kliniske valide, reliable og praktiske test, der guider og målretter behandlingen i genvinding af kontrol og styrke og langsomt men sikkert får spilleren tilbage til fodbold (Erickson & Sherry, 2017; Hickey et al., 2017). Både Shultz et al. (2013) og Dunlop et al. (2019) påpeger dog, at disse biomedicinske kriterier for "Return-To-Play" (RTP) både vægtes og vurderes forskelligt til trods for flere internationale forsøg på at skabe konsensus for definitionen af RTP, terminologi samt medicinske kriterier (Arden et al., 2016; Van Der Horst et al., 2017).

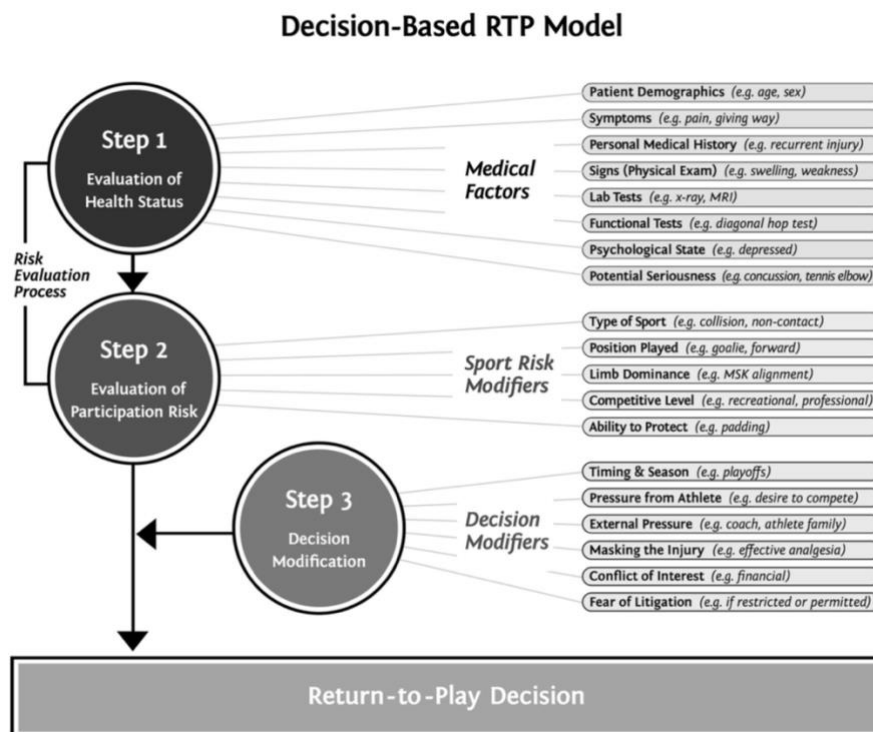
2.1.3 Return to play

For at sikre mest optimal tilbagevending til fodbold efter skade henviser videnskaben overvejende til en kriteriebaseret vurdering fremfor en tidsbaseret vurdering. Dette udfordres som den manglende konsensus og en overraskende store variation i både anvendelsen og vurderingen af kriterier for RTP (Dingenen & Gokeler, 2017; Dunlop et al., 2019). Til trods for at RTP-vurderingen ofte fremstilles som en afsluttende vurdering, er der bred enighed i den fremsøgte forskning om, at vurderingen må ses som et kontinuum eksisterende parallelt med rehabiliteringsforløbet, hvor spilleren langsomt reintegreres i fodboldtræningen (Arden et al., 2016; Bizzini et al., 2012; Dingenen & Gokeler, 2017). Faseintegreringen kan og bør desuden støttes op af en on-field-rehabilitering, der kan give den enkelte kliniker et bedre indblik i spillerens individuelle fysiske kapacitet og hermed bidrage til en mere fyldestgørende RTP-beslutning (Della Villa et al., 2012; Dingenen & Gokeler, 2017). Dog resulterer manglen på gold-standard i, at mange af de benyttede progressionskriterier og RTP-vurderinger bygger på et fravær af smerte samt præstationstest, der udgøres af subjektive parametre og vurderinger (Bizzini et al., 2012; Dingenen & Gokeler, 2017; Gokeler et al., 2020). Vurderinger så som smerteoplevelse og egen oplevelse af fremgang ved "patient reporterede outcomes" (PRO) beskrives, at blive benyttet i samme grad, som mere objektive outcome-measures men at disse PRO mangler sensitiviteten til at kunne identificere ændringer i patientfunktion hos elitefodboldspillere (Zuke et al., 2018). Alternativet ved mere evidensbaseret medicinske kriterier for rehabiliteringsprogressionen beskrives upraktiske i form af krævende og dyrt udstyr, hvilket muligvis er en medvirkende årsag til en hyppigere benyttelse af kliniske og funktionelle tests med lavere prognostisk værdi (Blanch & Gabbett, 2016; Hickey et al., 2017). Sådanne kliniske test anklages for i højere grad at evaluere rehabiliteringen fremfor beskrive den fremtidige risiko for reskade (Blanch & Gabbett, 2016). Endvidere fremhæves træningsmonitorering som et alternativ, der antydes at have prognostisk værdi i RTP-vurderingen for at minimere risikoen for reskade (Angele et al., 2018; Gabbett & Whiteley, 2017). Den overvejende brug af PRO's samt præstationstest, der begge hviler på subjektive parametre og vurderinger, beskrives at skabe et usikkert fundament for RTP-beslutningen og anklages for at mangle den ønskede objektivitet, validitet og reliabilitet (Bizzini et al., 2012; Bizzini & Silvers, 2014; Dingenen & Gokeler, 2017; Gokeler et al., 2020; Hickey et al., 2017; Zuke et al., 2018). Herudover bør reintegreringen af spilleren i sporten også vurderes på baggrund i af psykologiske faktorer, som udfordres af det ydre pres, der eksisterer i sporten. Disse faktorer vægtes højt af det medicinske apparat (Bizzini & Silvers, 2014; Dunlop et al., 2019; Gokeler et al., 2020; Shultz et al., 2013), men er i mindre grad undersøgt i forskningen, hvortil de

ligeledes beskrives udfordret af en manglende objektivitet og oftest vurderet på baggrund af subjektive parametre af enten det medicinske apparat, trænere eller spilleren selv (Dunlop et al., 2019; Zuke et al., 2018).

2.2 Shared decision making

Som beskrevet består en stor del af både forskningen og praksis af RTP i elite fodbold i, hvornår og på hvilken baggrund spilleren vender tilbage til sporten. Hertil kommer spørgsmålet om hvem, der træffer beslutningen. Læger og andre sundhedsprofessionelle, så som fysioterapeuter, kiropraktorer eller lignende beskrives at være de mest kvalificerede, men uden nødvendigvis at besidde autoriteten, til at træffe beslutningen (Dijkstra et al., 2016; Matheson et al., 2011; Shrier et al., 2014; Van Der Horst et al., 2017). Gokeler et al. (2020) pointerer dog, hvordan RTP-beslutningen ikke bør træffes af den medicinske stab alene men i samråd med cheftrener, fysiske træner og spilleren selv, da disse hver især besidder indsigt i spillerens tilstand set i et bio-psyko-socialt rammeværk. I et forsøg på at skabe en holistisk og økologisk baggrund for RTP-vurderinger benytter Creighton et al. (2010) "Decision-based RTP"-modellen som et rammeværk, der har potentiale til inddrage alle interessenter i rehabiliteringen af den professionelle elite fodboldspiller. I dette rammeværk inkorporeres den beskrevne kompleksitet og de præsenterede udfordringer for at skabe et mere optimalt udgangspunkt for at drøfte RTP-vurderinger undervejs i rehabiliteringsforløbet (Creighton et al., 2010; Shultz et al., 2013; Van Der Horst et al., 2017). Modellen består overordnet af tre trin. *Step 1* som udgøres af en evaluering af den individuelle spillers helbredstilstand, baseret på tidligere skader, kliniske vurderinger i form af funktionelle tests og psykologiske vurderinger, laboratorie tests og skadens alvor.



Figur 3.1: "Decision-based RTP"-modellen af Creighton et al. (2010)

Step 2 er en evaluering af risikoen ved deltagelse på baggrund af sportens "risikofaktorer". Her er formålet at sætte skaden i relation til selve sporten, niveauet og

hvordan dette udfordrer den konkrete spiller og dennes mulighed for at tage hensyn til skaden. Sidste step før beslutningen af RTP, *step 3*, sættes skaden i kontekst til miljøet omkring: hvornår i sæsonen forekommer skaden, hvor stor er presset på og fra atleten samt andre interessenter, kan skaden akutbehandles uden risiko for forværring, maskere spilleren skaden med mere. Dette trin omhandler desuden også de etiske udfordringer i sådanne beslutninger, om der eksisterer en interessekonflikt hos det medicinske, træneren eller spilleren selv, presses spilleren til at spille på baggrund af konsekvenser for klubben, så som nedrykning eller lignende.

Shultz et al. (2013) fandt en variationen omkring RTP hos erfarne medicinske teams. Ved at undersøge deres holdninger til "Decision-based RTP"-modellens forskellige faktorer konkluderer de, som også bekræftes af Shrier et al. (2014), at forskellige klinikere vægtlægger de enkelte faktorer forskelligt med hensyn til RTP-beslutninger. Matheson et al. (2011) undersøgte den underliggende evidensen for de tre beskrevne steps i "Decision-based RTP-modellen og fandt at modellens step 1 er relativt forankret i forskning men som tidligere nævnt udfordret på objektivitet, validitet og reliabilitet. Step 2 og 3 har dog behov for yderligere undersøgelse (Matheson et al., 2011). Matheson et al. (2011) understreger yderligere, hvordan modellen, selvom udviklet med hensigten om at støtte den medicinske stab, med fordel kan benyttes som grundlag for samarbejde mellem de involverede parter i en RTP-proces. En proces som i forskningen anbefales, at involvere engagement og samarbejde fra trænerstab, medicinske stab og atleten i en sådan SDM-proces (Burnham et al., 2018; Dijkstra et al., 2016; Niederer et al., 2018; Van Der Horst et al., 2017). De forskellige kompetencer hos trænerstab, medicinsk team og atleten kan tilsammen skabe en optimeret proces, hvor kommunikation, samarbejde og respekt bliver nøgleord (Dijkstra et al., 2016; Van Der Horst et al., 2017). Med udgangspunkt i rammeværket af Creighton et al. (2010) argumenteres der for, at samarbejdet skaber et rum, hvor de forskellige kompetencer blandt de ulige aktører og spilleren selv potentielt kan udfylde hinanden og optimere både rehabiliterings- og RTP-processen (Batty, 2018; Dijkstra et al., 2016; Dingenen & Gokeler, 2017; Dunlop et al., 2019). "De medicinske faktorer" argumenteres for at skabe en basis, hvorpå træner og medicinske stab kan opveje de enkelte "Sport-risiko-faktorer" for tilsammen at fremlægge en plan for spilleren, der i sidste ende selv kan bidrage til at evaluere "beslutnings-modifikatorerne" på et oplyst og velinformeret grundlag i direkte sparring med træner, medicinske stab og eventuelle øvrige relevante interessenter (Batty, 2018; Burnham et al., 2018; Creighton et al., 2010; Dijkstra et al., 2016; Dingenen & Gokeler, 2017; Dunlop et al., 2019).

2.2.1 Kommunikation og samarbejde

En vigtig del af varetagelsen af den mandlige elite fodboldspillers helbred før, under og efter muskuloskeletal skade består i disse beslutninger om spilleren er klar for spil, grundlaget herfor og af hvem denne beslutning træffes. Den største evidensforankret risikofaktor er som beskrevet, en tidligere skade, og sådanne beslutninger har derfor stor betydning for den fremtidige risiko, mens den selvsagt påvirker spillerens generelle fysiske og mentale helbred før, under og efter skade. Niederer et al. (2018) ligger op til, hvordan beslutningen om spilleren skal tages ud af spil for at undgå skade er sammenlignelig med RTP-beslutningerne i forbindelse med rehabilitering. Yderligere henviser den præsenterede forskning til, at sådanne beslutninger med fordel bør foregå som en SDM-proces, hvor træner, medicinske apparat og spilleren selv, finder den mest optimale løsning i samråd (Burnham et al., 2018; Dingenen & Gokeler, 2017; Dunlop et al., 2019). Dog beskrives der, at eksistere uenighed om, hvem der i praksis bør træffe

beslutningen om spilleren er fysisk parat til at spille både i henhold til undgå en skade og RTP (Krutsch et al., 2018; Matheson et al., 2011; Shrier et al., 2014; Shultz et al., 2013; Van Der Horst et al., 2017). Hertil beskriver DeLang et al. (2021), hvordan spillerne underrapporterer smerte, i frygt for at blive sat på bænken. Til trods for at den basal viden om skader og forebyggelse beskrives suffieient på eliteniveau i fodbold, fremlægges overførelsen fra teoretiske viden til praksis kun at være suboptimal (Loose et al., 2018). Udfordringer som disse påvirker samarbejdet og bidrager til at skabe en usund arbejdsgang præget af uenighed, der beskrives at berøre både skadesincidens, træningsfremmødet og sidste ende spillertilgængeligheden (Ekstrand et al., 2019; Ekstrand et al., 2018; Ghrairi et al., 2019). Ekstrand et al. (2018) beskriver en sammenhæng mellem den enkelte træners lederstil og incidensen af alvorlige skader og generel spillertilgængelighed. Kommunikationen mellem træner, medicinsk stab og spiller vurderes som en essentiel grundsten i et givende og ærligt samarbejde (Ekstrand et al., 2019; Ghrairi et al., 2019), men udfordres af den enkelte professions højere tiltro til egne evner end til den øvrige stab omkring holdet og spilleren, specielt når det kommer til belustningsprocessen om spillerens fysiske kapacitet. Dette diskuteres at skabe et dilemma, hvor autoritet og ansvar bliver vigtigere end samarbejdet om at finde den mest optimale løsning for spillerens RTP (Ekstrand et al., 2019; Ekstrand et al., 2018; Ghrairi et al., 2019). Med træneren og spilleren som de vigtigste påvirkningskræfter for effekt af den profylaktiske indsats er de sundsprofessionelle, som oftest holdes ansvarlige for udfaldet, afhængig af velfungerende kommunikation (Loose et al., 2018). Flere af tidligere nævnte artikler diskuterer ligeledes, hvordan samarbejde mellem trænere og medicinsk stab er essentielt for at opnå optimale resultater med hensyn til implementering, compliance og effekt. Eksempelvis fremhæver McCall, Davison, et al. (2015), hvordan den skadesforebyggende indsats kræver et positivt samarbejde og udpejler, at en af de største observerede udfordringer ved implementering af skadesforebyggende træning er manglende kommunikation. Bizzini et al. (2012) og Erickson & Sherry (2017) understreger ligesom Loose et al. (2018) og Gokeler et al. (2020), at en SDM-tilgang potentielt kan bidrage til forbedre den medicinske indsats med henblik på at tilbageholde spilleren fra spil samt RTP og hermed mindske risikoen for både skade og reskade. På trods heraf synes litteraturen at mangle substans med hensyn til, hvordan dette samarbejde praktiseres bedst mulig og ikke mindst, hvordan denne indsats opleves at påvirke den enkelte spiller med henblik på udvikling.

3 Metode

Samfundsvidenskabelig metode omhandler den sociale virkelighed. Ved indsamling analyse og tolkning af data tilstræbes samfundsmæssige forhold og processer forklaret – systematik, grundighed og åbenhed danner tilsammen hjørnestenene i empirisk forskning (Johannessen et al., 2010). Jeg vil i denne masteropgave tilstræbe at forstå, hvordan den medicinske indsats opleves og, hvordan den påvirker mulighederne for færdighed- og præstationsudvikling hos professionelle fodboldspillere. Hertil vil jeg inddrage samarbejdet mellem, den medicinske stab, trænerstaben og ikke mindst spilleren selv. Opgaven bygges på semistrukturerede interviews af enkeltpersoner udvalgt fra én norsk elite fodboldklub. Hermed vil resultaterne af denne opgave bygges på disse individers oplevelser, syn og forståelse af det medicinske apparats rolle og påvirkning på udvikling af morgendagens fodboldspiller med afsæt i én specifik klub i Norge.

Dette afsnit vil fokusere på de metodologiske valg, jeg har truffet undervejs i denne forskningsproces. Først vil jeg fokusere på, hvordan den endelige problemformulering samt den forudgående undersøgelse af forskningsfeltet har dannet grundlag for valget af en kvalitativ tilnærming. Dernæst vil jeg redegøre for, hvorfor semistrukturerede interviews er vurderet som den mest relevante indsamlingsmetode, hvordan interviewguiden er blevet konstrueret, hvorfor og hvordan de enkelte individer er blevet udvalgt samt gennemgå transskriberings- og analyseprocessen. Jeg vil hernæst formidle mine overvejelser omkring rollen som forsker, min forforståelse og hvilke overvejelser det ligger i de etiske og kvalitetsmæssige valg, jeg har foretaget. Hele dette afsnit vil tilstræbes at være så transparent som muligt, for at give læseren mulighed for at følge forskningsprocessen skridt, for skridt, og tydeliggøre de overvejelser det ligger forud for de valg jeg har truffet (Tjora, 2017).

3.1 Metodologisk udgangspunkt og teoretiske ståsted

Samfundsvidenskabelig forskning adskiller sig specielt fra den naturvidenskabelige ved at forskeren er en deltager i samfundet og ikke blot en tilskuer, der observerer det studerede (Johannessen et al., 2010). Den kvalitative forskningsmetode er beskrevet fleksibel og åben og et gunstigt udgangspunkt i forbindelse med forskning, der blandt andet ønsker at udforske et mindre undersøgt område af fagfeltet samt ved et behov for yderligere at udforske og beskrive et fænomen (Creswell & Creswell, 2017).

Fagfeltet på dette område synes primært at være repræsenteret af ønsket om at hypoteseteste frem for at udforske og være empiridrevet. Feltet er dermed også naturligt undersøgt ved hjælp af kvantitative forskningsmetoder (Tjora, 2017). Den præsenterede forskning henviser til en underrepræsentation af kvalitative studier i tråd med dette projekts problemformulering. Ikke ét af de i alt 55 udvalgte referencer i fagfeltsafsnittet er baseret på kvalitativ metode. Flertallet af de inkluderede forskningsprojekter fokuserer på at skabe et overordnet overblik over den medicinske indsats, dens påvirkning på skadesincidens, tid før return-to-play, incidens af reskade, påvirkning på sportsmæssige resultater her og nu og så videre. Hermed synes der at eksistere en manglende indsigt i, hvordan de enkelte individer føler, oplever og påvirkes i dette professionelle, økonomiske tunge og til tider barske miljø. Mit ønske for denne opgave har derfor været at dykke ned

i det beskrevne fænomen og undersøge de subjektive oplevelser af denne indsats i et elitemiljø i Norge. Hvordan dette miljø oplever at skader, skadeforebyggelse og rehabilitering påvirke individets fremtidsmuligheder, hvordan beslutninger træffes i den virkelige verden og hvordan den teoretiske optimale indsats opleves at være udfordret af virkelighedens omstændigheder set i lyset af shared-decision-making.

Ved at tage udgangspunkt i fænomenologien ønsker jeg at skabe en forståelse for, hvordan individerne i et elitemiljø oplever den medicinske indsats, dennes påvirkning på spillerens fremtid og hvordan denne opfattelse kan være forskellig fra individ til individ. Johannessen et al. (2010) skildrer, at den fænomenologiske tilnærming agter at udforske og beskrive mennesket, dets erfaring med og forståelser af et fænomen. Hertil bliver mening essentielt, da et fænomen set gennem andres øjne, må skildres i lyset af den sammenhængende forekomst (Johannessen et al., 2010). Hermed vigtiggøres min evne til at "sætte min egen forforståelse i parentes" og bestræbe mig på at beskrive fænomener så fordomsfrit som muligt (Kvale & Brinkmann, 2009).

Til trods for mit fænomenologiske udgangspunkt og et forsøg på at forholde mig objektiv til data, er jeg som Johannessen et al. (2010) beskriver det, ikke blot en tilskuer i "samfundet" og der vil erkendelsesvist være fortolkende elementer og perspektiveringer i min forskning. Derfor har jeg også fundet inspiration i hermeneutikken. Som fænomenologien, fokuser hermeneutikken ligeledes på at mening opstår i kontekst (Kvale & Brinkmann, 2009), men forskellen ligger i at forskerens forsøg på at forholde sig objektiv er fra et hermeneutisk synspunkt en utopisk tanke (Johannessen et al., 2010). Hermeneutik defineres af Kvale & Brinkmann (2009), som læren om fortolkning af tekster. Forskeren tilstræber at fortolke tekster ved hjælp af helheden og at denne begrundes i fortolkningen af detaljen – altså den dynamiske proces kaldet "den hermeneutiske cirkel" (Johannessen et al., 2010). Det er derfor essentielt at jeg er min forforståelse bevidst og at jeg i forsøget på at sætte denne i "parentes" også sætter denne i relation til data. Jeg har derfor valgt at beskrive min forforståelse yderligere i kapitel 3.6. Hermed vil det videnskabelige ståsted for denne opgave have et fænomenologisk-hermeneutisk udgangspunkt. Det vil være min fortolkning af datamaterialet fra de enkelte interviews med relevante individer med erfaring fra det norske fodbold-elitemiljø og deres perspektiv på den oplevede virkelighed, der danner grundlag for analysen og i sidste ende udfør resultaterne af dette projekt.

3.2 Interview

Interview står som et alternativ til den kvantitative metodes spørgeskemaundersøgelse, der består af lukkede spørgsmål med svaralternativer (Tjora, 2017). Med udgangspunkt i den valgte problemformulering, det videnskabelige ståsted samt den manglende kvalitative tilgang til fagfeltet ser jeg semistruktureret interview som den mest gunstige metode til at indsamle data. Forskningsinterviewet er sammenligneligt med hverdagssamtalen men indeholder en bestemt metode og spørgeteknik (Kvale & Brinkmann, 2009) og har til formål at beskrive den interviewedes verdensbillede med fokus på at danne mening og beskrive et fænomen (Kvale, 1996). Både Thagaard (2013) samt Brinkmann & Tanggaard (2010) beskriver interviewet som virkeliggørelsen af den fænomenologiske videnskab med udgangspunkt i den primære oplevelse af verden, men at interview trods alt er en konstruktion af den specifikke samtaleinteraktion. Ved at benytte en lineære fase proces af det kvalitative interview som beskrevet af Kvale & Brinkmann (2009), har jeg bevæget mig systematisk frem i processen. Med udgangspunkt i en grundig gennemgang af fagfeltet har jeg tematiseret og planlagt det

semistrukturerede interview forud for selve interview-seancen. Hertil er der udformet en interviewguide, der vil gennemgås senere i dette afsnit. Dette er efterfulgt af en transskribering, analyse og verificering af data for til slut at udarbejde en rapportering i form af dette projekt som helhed. En sådan simplificering eller idealisering af forløbet, har støtte mig fra tanke til handling og kan argumenteres for at have påvirket kvaliteten i en positiv retning (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det semi-strukturerede interview er kendetegnet ved at være bygget op omkring en skitse, eller en interviewguide. Denne skitse kan inddrages og udformes på forskellige vis, men bør ifølge Tjora (2017) overordnet gennemgå tre faser – opvarmning, refleksion og afrunding. Jeg har hermed tiltænkt at kravene til refleksion langsomt progredierer undervejs i samtalen og at interviewet tilstræbeligt følger de etiske rammer for vanlig samtale. Interviewguiden kan bidrage til at styrke relationen, skabe et trygt rum samt rette opmærksomheden mod det ønskede tema for interviewet (Johannessen et al., 2010; Tjora, 2017). Ved at benytte en form for afrundings-spørgsmål skabes der mulighed for, at jeg og den interviewede bevæger os ud af de reflektive spørgsmål sammen og afslutningsvist normaliserer situationen (Tjora, 2017). Kallio et al. (2016) beskriver, hvordan en streng struktur og udvikling af interviewguiden kan bidrage til at øge objektiviteten samt troværdigheden af studiet og gøre resultaterne mere plausible. Dette er tilstræbt ved, at benyttet en fem-trins fremgangsmetode, som den Kallio et al. (2016) præsenterer:

Først har jeg, som ovenfor beskrevet, undersøgt og identificeret forudsætningerne for brug af interview som metode ved en nøje gennemgang af fagfeltet og ved hjælp af sparring med vejleder. Efterfølgende har jeg på baggrund af den viden, jeg har oparbejdet gennem min uddannelse på NTNU, udforskningen af fagfeltet, min egen erfaring i miljøet samt tidligere masteropgaver nedskrevet alle relevante spørgsmål jeg så relevant. Dette forarbejde har til slut udmundet i en formulering af en præliminær interviewguide med tematisering og konkrete spørgsmål. I tråd med mit ønske om en hermeneutisk-fænomenologiske tilnærming har jeg valgt primært at inkludere åbne spørgsmål med formål om at udforske fænomenet (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne proces er blevet støttet af et pilotinterview samt sparring med vejleder og kontakter fra fodbold- og idrætsmedicinere i idrætsmiljøet. I tråd med Kallio et al. (2016) er guiden blevet pilottestet, korrigeret og endnu en gang vurderet for tilslut at kunne præsentere den endelige og komplette interviewguide, som beskrevet i vedlæg 1.

3.3 Udvalg/informanter

Informanterne til dette projekt er blevet strategisk udvalgt på baggrund af deres indsigt, erfaring og ekspertise på området (Thagaard, 2013). I tråd med Johannessen et al. (2010) har jeg først tænkt igennem, hvilken målgruppe der måtte deltage for at få indsamlet den nødvendige data, og herefter udvalgt informanter. Først og fremmest var det vigtigste kriterie for målgruppen erfaring med fænomenet (Thagaard, 2013) og mere specifikt erfaringer fra en elitefodboldklub. Jævnfør problemformuleringen, var det essentielt, at få forskellige indfaldsvinkler på fænomenet og jeg rekrutterede derfor informanter med baggrund som spiller, træner, og medicinske stab. Denne strategi beskrives af Johannessen et al. (2010) som intensiv udvælgelse, hvor deltagerne er stærkt præget af kendetegn uden nødvendigvis at være ekstreme. For at ivaretage informanternes anonymitet har jeg valgt at give dem pseudonymerne: David, Niels, Hans, Lars, og Thomas. Spillerne kaldt David og Niels har begge haft en plus 10 års lang karriere som professionel fodboldspiller og spillet i den aktuelle klub i mere end 3 år.

Træneren Lars har lang erfaring i elitefodbold og været ansat i klubben i flere år mens Thomas og Hans henholdsvis fysiske træner og fysioterapeut tilsammen har 20 års erfaring i elitemiljøet og arbejdet i mere end 5 år i den aktuelle klub. Informanterne i projektet har derfor tilsammen stor erfaring fra miljøet men også stor indsigt i den specifikke klubs dagligdag. Jeg fandt det derfor relevant at anskue denne målgruppe som værende elitepersoner beskrevet af Kvale & Brinkmann (2009). En sådan gruppe deltagere kan forskyde det ellers eksisterende asymmetriske magtforhold mellem interviewer og informant og kræver i endnu højere grad forberedelse og indsigt i det omhandlende tema (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har derfor prioriteret, at undersøge forskningsfeltet nøje og studere både de enkelte informanter samt den udvalgte klubs historie. Hertil vil jeg også argumentere for at min baggrund i eliteidrætsmiljøer i Danmark, så som arbejdet med det kvindelige danske landshold håndbold, divisionsfodbold, elitebasketball og klinikarbejde med atleter fra atletik til e-sport, har været en styrke for projektet men samtidig udfordret min fænomenologisk tilnærming til opgaven og derfor yderst betydningsfuld at være bevidst.

I tråd med den specifikke problemstilling, der ligger til grund for dette studie, har det været både vanskeligt og ej heller tilstræbelsesværdigt at opnå "mætningspunktet" (Johannessen et al., 2010; Thagaard, 2013). I kvalitative interviews er det vanligt at inkludere nye informanter, indtil man ikke længere får ny information (Johannessen et al., 2010). Kvale & Brinkmann (2009) beskriver dog, at nyere interviewundersøgelser viser til, at det i undersøgelser af specifikke fænomener med specifikke målgrupper kan være fordelagtigt at have færre interviews og i stedet gå nøje til værks i både forberedelsen og analysen. I afgørelsen af størrelsen på udvalget har både praktik, tid, ressourcer og ikke mindst COVID-19-situationen været en begrænsning. Det har været vigtigt for mig, at interviewe tilstrækkelig mange informanter, men samtidig også begrænse mig, så ikke analyseprocessen ville blive tvunget overfladisk. I tråd med analysemetoden beskrevet i afsnit 3.5 har jeg valgt at foretage 5 dybdegående semistrukturerede interviews for ikke at fortabe mig i en overvældende mængde data.

3.4 Interviewsituationen

Forud for projektets interviews foretog jeg, som også tidligere nævnt, et pilotinterview. Dette var med en fysioterapeut med erfaring fra eliteidrætsmiljøet. Pilotdeltageren blev informeret om settingen for interviewet og underskrev ligeledes en samtykkeerklæring (vedlæg 2). Dette var en yderst brugbar erfaring, der gav mig mulighed for at teste mig selv som interviewer og bidrog også til små men vigtige ændringer i interviewguiden, eksempelvis blev: "*Oplever du at der er forskel på hvordan i samarbejder omkring en spiller alt efter hvem denne spiller er?*" tilføjet, mens: "*Hvordan tror du en spiller kan udvikle sig under et skadesforløb*" blev ændret til: "*Hvordan kan spilleren udvikle sig under et skadesforløb set fra dit perspektiv?*". Jeg erfarede i denne pilotfase, som Kvale & Brinkmann (2009) beskriver, hvordan interviewet næsten i højere grad er et håndværk end en videnskabelig metode. Jeg forsøgte i dette interview at afgrænse interviewet til en times varighed, men lærte at nogle av spørgsmålene i interviewguiden, gav anledning til flere opfølgende spørgsmål, der i sidste ende udfordrede dette forbehold. Jeg besluttede derfor at interviewet ikke skulle have en tidsbegrænsning men i højere grad fokusere på at give deltageren mulighed for at fortælle det, de erfarede relevant i den aktuelle interviewsituation.

Interviewene foregik på norsk og blev foretaget fra medio marts til ultimo april 2021. Tre av de i alt fem interviews blev foretaget på mit kontor efter ønske fra deltagerne,

mens et blev afholdt i deltagerens hjem og et andet på deltagerens arbejdsplads. Det var vigtigt for mig at deltagerne fik muligheden for at vælge, hvor interviewet skulle foretages, så disse var komfortable i omgivelserne (Kvale & Brinkmann, 2009). Alle interviews blev optaget med en diktafon, som jeg placerede midt i mellem deltageren og mig selv. For at minimere de udfordringer som både Kvale & Brinkmann (2009) samt Tjora (2017) beskriver ved brugen af diktafon, var det vigtigt for mig, at diktafonen var synlig og at deltageren også i interviewsituationen gav et mundtlig samtykke at blive optaget. Hertil italesatte jeg bevidst brugen af dette redskab, at deltageren på et hvilket som helst tidspunkt kunne bede mig stoppe optageren og at de kunne få høre optaget om de ønskede det. Dette blev ikke benyttet af deltagerene tvært i mod beskrev to af deltagerne, at de var vant med at blive optaget når de talte med sportsjournalister.

Jeg oplevede undervejs i både pilotinterviewet og i selve dataindsamlingen at min baggrund som fysioterapeut og hermed at både min professionelle og teoretiske forståelse og erfaring med kommunikationsfærdigheder var en styrke i dialogen med deltagerne. Jeg benyttede stilhed aktivt for at give deltageren plads til at reflektere, uddybe og færdiggøre tanker, kommentarer og udsagn (Kvale & Brinkmann, 2009). Derudover brugte jeg også aktive lytte-teknikker i form af anerkendelser og gentagelser af deltagerens udsagn, både for at sikre mig at jeg havde forstået, hvad den enkelte udtrykte samt facilitere til en aktiv deltagelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Hertil bør det nævnes, at jeg samtidig har været min rolle i interviewet bevidst og konsekvent tilstræbt at holde min forforståelse som fysioterapeut med erfaring i eliteidrætsmiljøet i parentes (Johannessen et al., 2010).

Afslutningsvist spurgte jeg deltagerne om de havde yderligere kommentar, spørgsmål eller emner de følte, vi ikke havde talt om i løbet af interviewet, hvor eksempelvis en af deltagerne berettede om situationer vi ikke havde været inde på tidligere i interviewet (Kvale & Brinkmann, 2009). Som sidste spørgsmål inden jeg slukkede diktafonen spurgte jeg deltagerne, hvordan de havde oplevet, at sætte ord på disse temaer i et sådant interview, hvortil samtlige deltagere beskrev interviewet og denne reflektive proces som en positiv oplevelse. Begge disse afslutningsspørgsmål havde til hensigt at debriefe deltageren samt normalisere situationen (Kvale & Brinkmann, 2009; Tjora, 2017).

3.5 Analyse

Jeg har i denne opgave valgt en temacentreret tilgang til analysen, som beskrevet af Braun & Clarke (2006). Denne metode har styrke i sin fleksibilitet, og kan benyttes uafhængig af dataindsamlingsmetode, teoretisk ståsted eller videnskabelige rammeværk (Braun & Clarke, 2013). Formålet i den tematiske analyse er at finde mønstre på tværs af datamaterialet og i dette tilfælde på tværs af de enkelte interviews for at skabe en dybdegående forståelse af hvert enkelt fremtrædende tema (Braun & Clarke, 2006; Thagaard, 2013). Braun & Clarke (2013) beskriver, hvordan tematisk analyse kan benyttes på forskellige måder, hvor jeg i dette projekt har valgt at have et bredt fokus på datamaterialet. En sådan tilgang er særdeles egnet i forskning, der fokuserer på et mindre undersøgt felt, men man risikere samtidig at noget af dybden og kompleksiteten i data kan gå tabt (Braun & Clarke, 2006; Thagaard, 2013). I forlængelse hertil har jeg på baggrund af mit videnskabelige ståsted valgt en induktive tilnærming til analysen af data, dog med bevidsthed om, at min forforståelse, erfaring og forudgående dybdegående undersøgelse af fagfeltet også vil påvirke min opfattelse, analyse og

fortolkning er af det undersøgte materiale (Braun & Clarke, 2006; Johannessen et al., 2010).

Braun & Clarke (2006) inddeler den tematiske analyse i 6 faser: 1. Fortroliggøre sig med data, 2. Generere indledende koder, 3. Søgning efter temaer, 4. Gennemgang af temaer, 5. Definerings og navngivning af temaer og 6. Producere rapporten. Første fase var selve transskriberingen af data, som i gangsatte processen i at blive fortrolig med materialet. Kvale & Brinkmann (2009) beskriver at der findes ingen objektive oversættelser fra mundtlig til skriftlig form. Det talte sprog og nedskrevet tekster har to forskellige sproglige virkemidler (Tjora, 2017). Denne proces kræver en række vurderinger og beslutninger og skaber kunstige konstruktioner, som i sidste ende må anses som en abstraktion fra den helhed, som kommunikationen i interviewet udtrykker (Kvale & Brinkmann, 2009). I den forbindelse synes det relevant at pointere, at disse norske interviews, er blevet nedskrevet i samme sprog, for senere at blive gengivet på dansk. For at minimere denne risikofyldte proces' påvirkning på data, har jeg gjort samtals stilhed, gentagelser og citeringer eksplicit med tegn i selve transskriptionen i de enkelte interviews. Derudover har jeg som en selvfølge foretaget hele transskriptionen selv og valgt at transskribere hvert enkelt interview inden næste interview for ikke at blande de enkelte situationer og oplevelser sammen (Tjora, 2017).

Efter transskriberingsprocessen gennemlæste jeg transskriptionerne flere gange samtidig med, at jeg noterede mig mønstre, potentielle temaer og interessante citater fra deltagerne. I tilfælde hvor jeg oplevede uklarhed gik jeg tilbage til lydoptagelserne og genhørte selve interviewet for at skabe en bedre forståelse af sammenhæng og hvad der konkret blev sagt (Braun & Clarke, 2006). Kodningen af interviewene blev foretaget i flere faser, hvor jeg først fokuserede på at finde meningsbærende enheder med henblik på opgavens problemstilling (Braun & Clarke, 2006). For at skabe overblik i kodningen valgte jeg at benytte mig af data-software programmet NVivo (Alfasoft.com, 2021). Efter denne indledende kodning stod jeg med i alt 53 forskellige koder, hvoraf nogle koder indeholdte citater fra alle 5 interviews, mens andre kun fra et enkelt, nogle havde mange citater mens andre ligeledes kun bestod af få citater. Jeg gennemgik hver enkelt kode, vurderede om de enkelte citater havde relevans til hinanden, om kodenavnet var tilstrækkelig beskrivende og om citaterne fortsat tilhørte de respektive koder eller i højere grad hørte til i en anden kode. Dette resulterede i at i alt 4 koder blev fjernet. Herefter indledte jeg den tredje fase ved at kreere et visuelt tematisk kort for at foretage en visuel anskuelse af de aktuelle koder og bidrage til dannelsen af kodegrupper (Braun & Clarke, 2013). Denne proces resulterede i, at yderligere 2 koder blev fravalgt, da jeg efter flere gennemlæsninger af citater vurderede, at også disse to koder ikke havde stærk nok relevans til opgavens problemformuleringen. Herefter stod jeg igen med i alt 47 koder nu fordelt i 9 grupper. Fase tre og fire blev derfor en flydende proces, hvor jeg benyttede det tematiske kort, spærrede med vejleder og medstuderende, samtidig med at jeg flere gange vendte tilbage til data for at organisere og vurdere essens af det sagte (Braun & Clarke, 2006). Til slut stod jeg igen med opgavens fire temaer, som i tråd med fase fem og seks præsenteres i opgavens kapitel 4.

3.6 Forforståelse og forskerrollen

Forskeren er en selvfølgelig væsentlig faktor i interviewet. Det jeg som forsker, der indhenter, analyserer og fortolker datamaterialet, mens jeg også i selve interviewsituationen kommer med en vis forforståelse, en baggrund og har dermed også i nogen grad en påvirkning på interviewet i sin helhed (Kvale & Brinkmann, 2009;

Thagaard, 2013). Med et fænomenologisk-hermeneutisk ståsted kræves der en præcisering af min forforståelse og samt min rolle som forsker – En bevidstgørelse af hvordan min optræden i interviewsituation, de udvalgte spørgsmål, min baggrund som fysioterapeut i eliteidrætsmiljøer, påvirker deltagerne og interviewsituationen (Johannessen et al., 2010; Kvale & Brinkmann, 2009). Denne subjektivitet bør ikke ses som en svaghed i forskningen, men beskrives og præciseres for læseren, så det er tydeligt, hvordan forskningen har fundet sted, for dermed at kunne forstå analysen, fortolkningen og resultaterne af forskningen (Kvale & Brinkmann, 2009; Tjora, 2017).

Kvale & Brinkmann (2009) beskriver, at rollen som interviewer i grove træk kan beskrives som tre forskellige idealtyper: Opinionsundersøgeren, Udforskeren og Deltageren. Jeg har som udgangspunkt bestræbt mig at tilgå interviewsituationen som udforskeren. Hermed menes, at jeg har ønsket at gå under overfladen og trænge dybere ind i interviewpersonernes erfaringsverden. Dette kan afspejles i interviewguiden (Vedlæg 1), hvor nogle af spørgsmålene, der stilles, ikke synes almindelig for en fremmed at stille. Hertil beskriver Kvale & Brinkmann (2009), at denne tilgang også ofte indebærer en form for "empatisk interviewning", hvor forskeren har en positiv holdning til personerne som studeres. Hertil oplever jeg, at min baggrund som fysioterapeut i det danske eliteidrætsmiljø, bidrager positivt til at skabe en relation som "insider" frem for "outsider" i det der beskrives som "insider-outsider"-dimensionen (Dowling, 2005; Howitt, 2019). Dowling (2005) beskriver, at man som "insider" har kendskab og erfaring til feltet, hvilket kan resultere i en mere åben og ærlig dialog, og hermed beskrives intervieweren samtidig at have umiddelbart lettere til at forstå, hvad informanterne fortæller. Denne positionering kan dog også anses som en ulempe, da en vis distance til forskningsfeltet og hermed positionen som "outsider" i nogle tilfælde kan bidrage med en mere nuanceret og kritisk tilgang til interviewet. Jeg anser derfor min afstand til den pågældende fodboldklub, samt sparsomme erfaring med det norske elitemiljø som en fordel, da jeg hermed har en vis distance til det specifikke miljø i projektet. Dog bør det i sammenhæng nævnes at jeg anser min tilnærming til informanterne som elitepersoner og her medfølgende forudgående undersøgelse af både deltagerens samt den specifikke klubs historie, som påvirkende til at mindske distancen og det potentielle asymmetriske forhold mellem de interviewede og mig selv. Jeg vurderer dette forarbejde, som værende positivt bidragende til en mere ligeværdig samtale, da jeg har haft mulighed for at tilnærme mig et kendskab til både miljøet, klubbens historie og den enkelte spillers baggrund (Kvale & Brinkmann, 2009; Postholm, 2005).

Overordnet ser jeg min position som fysioterapeut med baggrund i det danske idrætsmiljø som en fordel, men jeg er samtidig også bevidst om de udfordringer det bibringer, da min forforståelse og indsigt i den medicinske indsats kan have haft påvirkning på min tilgang til de interviewede. Jeg har som tidligere beskrevet forsøgt "at sætte både mine baggrund og min forforståelse i parentes". Samtidig har jeg som beskrevet i dette afsnit, også gjort mig visse tanker om min subjektivitet og bevidstgjort at denne må ses i relation til data og projektet som helhed.

3.7 Kvaliteten i det kvalitative forskningsinterview

Det kvalitative forskningsinterview har undergået meget kritik. Eksempelvis påpeger Kusenbach (2003) at forskningsinterviewet risikerer at blive opstillet og unaturlig. Silverman (2017) spørger til hvordan forskningsinterviewet adskiller sig fra andre typer interviews og kritiserer analyseprocessen og den typiske fremstilling af data. Med

bevidsthed om kritikken af forskningsinterviewet som metode synes det relevant at beskrive mine overvejelser om kvaliteten ved denne form for dataindsamling.

Kvaliteten i interviewet og den efterfølgende bearbejdelse og analyse af data er essentiel for brugbarheden af denne type kvalitativ forskning. Kvale & Brinkmann (2009) præsenterer ligesom Thagaard (2013) og Tjora (2017) begreberne validitet, reliabilitet og generaliserbarhed men diskuterer og rekonceptualiserer samtidig begreberne specifikt med henblik på det kvalitative forskningsinterview. Jeg vil tage udgangspunkt i Kvale & Brinkmanns (2009) beskrivelser for at præsentere mine overvejelser om studiets kvalitet.

Gyldighed

Gyldighedsprincippet eller validitet i kvalitativ forskning er en relativ kompleks størrelse. Kvale & Brinkmann (2009) gennemgår gyldighedsprincippet detaljeret med fokus på at validitet afhænger af: *Forskerens håndværksmæssige dygtighed, kommunikationens kundskab og den pragmatiske bevisførelse*. Her fokuseres altså på selve forskningsstudiets kvalitet og hvordan gyldigheden tages i betragtning undervejs i processen fremfor at være en afsluttende tilnærmelse. Det har i denne forbindelse været vigtigt for mig at læne mig op ad mere erfarne forskere for at minimere fejl og svagheder i forskningsprocessen lige fra forskningsdesign til analysemetode og tolkning. Jeg har på denne baggrund gjort egne fortolkninger/refleksioner, for som også Kvale & Brinkmann (2009) beskriver, er standardisering og simple retningslinjer ikke en kvalitetssikring i sig selv, men afhænger også af forskerens kommunikative samt refleksive evner. Tjora (2017) beskriver ligeledes, at gyldighed er afhængig af at forskningen foregår med høj faglighed forankret i relevant forskning. Udgangspunktet i problemstillingen og forskningsspørgsmålet må have høj værdi for at skabe metodologisk træfsikkerhed (Tjora, 2017). Jeg har derfor fundet det grundige forarbejde gjort ved undersøgelse af fagfeltet og hermed aktualisering af den valgte problemstilling relevant for at højne kvaliteten af projektet. Hertil har jeg vurderet det relevant at validitetssikre ved citattjek, hvor deltagerne får muligheden til udtale sig om mine beskrivelser og tolkninger af interviewene (Tjora, 2017).

Pålidelighed

Det er fra et positivistisk synspunkt ønskeligt at forskningen kan reproducere og at indsamlingen af datamateriale kan efterprøves, men da omstændigheder og individet er i centrum i den kvalitative forskning må reliabilitet eller pålidelighed angribes anderledes end i den kvantitative forskningsmetode (Dalen, 2011). Kvale & Brinkmann (2009) beskriver at pålideligheden i kvalitativ forskning bør fokusere på forskningsprocessen. I interviewet kan ledende spørgsmål være med til at kompromittere pålideligheden. Med dette i for øje har udformningen og pilottestningen af interviewguiden været essentiel. Derudover kan transskriberingen i den analytiske proces danne grundlag for et reliabilitetsproblem, da denne proces kan være forskellige på grund af denne type forsknings subjektivitet (Silverman, 2017; Tjora, 2017). Transparens har derfor været yderst betydningsfuldt for mig i denne proces og ifølge Tjora (2017) essentielt i forhold til kvaliteten og reproducerbarheden af studiet. I tråd med mit tidligere beskrevne fænomenologiske-hermeneutiske udgangspunkt for opgaven, har jeg fundet det relevant at beskrive mine refleksive tanker undervejs i opgaven, samt inkludere afsnit 3.6, der tydeliggør min for forståelse og bevidstgørelse af denne (Kvale & Brinkmann, 2009).

Generaliserbarhed

Både Kvale & Brinkmann (2009) og Tjora (2017) formulerer problematikken omkring, hvem der i den kvalitative metode kan foretage den analytiske/konceptuelle

generalisering: læseren eller forskeren. Tjora (2017) beskriver begreberne *Naturalistisk generalisering* og *Moderat generalisering*. Førstnævnte består i en grundig redegørelse af de studerede detaljer, så læseren selvstændigt kan vurdere fundenes gyldighed i anden forskning. Ved *Moderat generalisering* ligger bevisbyrden for generalisering hos forskeren, og tænkt i en mere strukturel forstand. I denne opgave har jeg angrebet spørgsmålet om generaliserbarhed således, at det er mit ansvar som forsker at præsentere information, så det for læseren er muligt at foretage en analytisk naturalistisk generalisering (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.8 Etiske betragtninger

Overordnet er der fast sat forskningsetiske retningslinjer ved *Den Nationale Forskningsetiske Komité for Samfundsvitenskap og Humaniora* (NESH, 2018). Disse retningslinjer kan sammenfattes i tre typer: informanternes ret til selvbestemmelse og autonomi, forskerens pligt til at respektere informanternes privatliv og forskerens ansvar for at undgå skade (Johannessen et al., 2010). For at imødekomme informanternes ret til selvbestemmelse og autonomi, har jeg udarbejdet et informationsskriv om projekt med en inkluderet samtykkeerklæring (Vedlæg 2). Dette informationsskriv er som forskrevet blevet godkendt af Norsk senter for forskningsdata (NSD) (se vedlæg 3) og informerer foruden om projektet og dets formål, om fordele og ulemper ved deltagelse samt informanternes mulighed for altid at kunne trække sig fra projektet (Kvale & Brinkmann, 2009). Hertil har jeg valgt at gennemgå informanternes rettigheder forinden hvert enkelt interview, for at sikre mig at alle har fået en god forståelse af, hvad det vil betyde at deltage i projektet. Derudover har jeg inden selve interviewet bedt alle informanter om ikke at benytte navn på tredjepersoner og så vidt muligt forsøge at anonymisere disse, hvis informanterne har fundet det relevant at beskrive individer, der ikke deltager og derfor heller ikke samtykker til deltagelse i projektet.

I den præsenterede interviewguide har jeg tilstræbt mig at undgå spørgsmål og emner der vil kunne afsløre privatlivsinformation eller information informanterne ikke ønsker at videregive. Hertil har jeg anonymiseret alt personfølsom eller personidentificerende information så som navn, specifik information om karriere og lignende, samt givet informanterne fiktive navne. Jeg har derudover bestræbt mig på at gøre transskriptionerne dialektneutrale for igen at anonymisere deltagerne så godt som muligt. I forlængelse heraf har det været vigtigt for mig at reflektere nøje over denne anonymisering, specielt med henblik på at undgå skade ved deltagelse i projektet. Scott (2005) beskriver anonymitet som et kontinuum fra fuld identificerbar til fuldt anonym, og hermed påpeger han kompleksiteten ved en garanti for anonymitet. Der er dog ingen tvivl om at ansvaret for anonymisering og varetagelse af den interviewedes integritet ligger hos mig som forsker (Kaiser, 2009; Tjora, 2017). Dette er en kompliceret proces, der samtidig kan vanskeliggøre den analytiske fase i studiet (Scott, 2005), samt udfordre gyldighedsprincippet og reproducerbarheden/efterprøvelse af resultaterne, og må i et studie som dette, i stedet løftes ved en høj grad af transparens (Tjora, 2017). Jeg har derfor gjort mig nøje overvejelser i forhold til anonymisering af data; eksempelvis har jeg ved publicering af citater valgt at benytte mig af citattjek (se evt. afsnit 3.7) for både at sikre mig et trygt rum for selve interviewet, men også for at yderligere at sikre integriteten hos den interviewede (Tjora, 2017). I tilfælde, hvor vigtige citater potentielt har kunnet identificere informanten, har jeg gjort små ændringer, hvor jeg vurderede det ikke ville kompromittere meningsindholdet. Afslutningsvis har jeg fået indspil fra både medstuderende samt vejleder i forbindelse med anonymiseringen, der har resulteret i at jeg har foretaget småændringer i både citationer og interviewguide.

4 Resultat

I dette kapitel vil jeg præsentere de centrale fund fra den tematiske analyse af det transskriberede datamateriale. Igennem denne induktive analyse kom jeg frem til fire fremtrædende temaer for at belyse opgavens problemformulering: "Hvordan opleves den medicinske indsats varetaget i en norsk elitefodboldklub set i lys af en shared-decision-making-proces og hvilken påvirkning opleves denne proces at have på spillernes færdighed- og præstationsudviklingsmuligheder". De fire temaer er som følgende:

1. Eliteklubbens medicinske indsats
2. Hierarkiet i en fodboldklub – det optimale for spillerens helbred?
3. Fodboldverdenens virkelighed - skader som en del af gamet
4. Skaders konsekvenser i fodbold

Med opgavens problemformulering i fokus vil jeg præsentere de enkelte temaer og tilstræbe mig at fortælle en holistisk historie af oplevelsen af den medicinske indsats gennem informanternes erfaringer i en og samme norske elitefodboldklub. Hvert tema omhandler forskellige aspekter af den medicinske indsats, fra skadeforebyggelse til rehabilitering og videre til "return to play". Jeg vil på baggrund af de 5 interviews fremlægge de forskellige aktørers subjektive perspektiver på, hvordan denne del af fodboldens hverdag opleves samt påvirker mulighederne for præstations- og færdighedsudvikling i denne norske elitefodboldklub.

Jeg vil gennemgå temaerne og bestræbe mig på at skabe en meningsfuld gennemgang med fokus på den tidligere tredeling af den medicinske indsats. For at imødekomme den ønskede transparens for opgaven, har jeg valgt en detaljeret fremlæggelse af analysens tematiske fund. For at tydeliggøre og fremme informanternes perspektiv og rolle i klubben har jeg efter deltagerens pseudonym skrevet S for spiller, T for træner og M for medicinsk stab. Enkelt ord og vendinger, som er benyttet direkte fra det transskriberede materiale, er fremhævet i kursiv mens længere direkte citater er skrevet i blokcitater og beholdt i originalsproget med hensigten om tilsammen at skabe en tydeligere relation til oplevelsen af de enkelte interviews.

4.1 Eliteklubbens medicinske indsats

Dette tema omhandler, hvordan de enkelte deltager oplever den konkrete praksis af den medicinske indsats i den studerede fodboldklub. Flere af deltagerne beskriver en umiddelbar tilfredshed med både den skadeforebyggende indsats og selve rehabiliteringen efter skade, men at denne indsats har gennemgået en markant udvikling undervejs i de enkelte deltagers karriere. Indsatsen har gået fra et kollektivt fokus til en mere *specificeret og individuel tilgang*, hvor den enkelte spillers egenskaber og kvaliteter analyseres på baggrund af fysiske medicinske tests, trænerens vurderinger og spillerens fremtræden. Som Niels beskriver, foretager man en screening igennem et år. Man undersøger for *svagheder, forskel på højre venstre eller tjekker nøje rundt tidligere skader*. Til trods for at være bevidst om forskningen på screening eksisterer der en tro på, at sådanne undersøgelser har visse kvaliteter, som kan bidrage til at *holde spilleren skadefri* samt påvirke præstation:

Hans M: "[...]Om det påvirker akkurat den hamstringen eller den leggen. Det er en annen sak. Men at det påvirker prestasjonen igjen, da sier jeg at: «Ja, din venstre hofte er så stiv at ved en vending så har du lite bevegelighet der. Så du gjør antakeligvis en sånn og sånn» Og det er jo gjerne viktige fasetter."

Lars T: "[...] hvis man henter en spiller så screener man, så vi vet, når vi kjøper han, så vet vi at: «Han har en meniskoperasjon og han har slitt litt med lysken og sånn.» Så må vi jo vurdere med helse: «klare vi å holde det her i sjakk? Tror vi at han er der på grunn av kroppen? Vil det gjøre at han kanskje blir skadet for fullt?». Så må vi ta og vurdere da om vi kjøper han allikevel, så vi hvert fall vet hva vi får."

Denne individuelle tilgang skildres af samtlige deltager som værende en positiv utvikling, hvor der *tages større hensyn til individet sammen med gruppen*. Individualiseringen og hermed også screeningen oppleves at danne grundlag for at kunne tilpasse belastning, intensitet og mengde til den enkelte spillers fysiske kapasitet og hermed potensielt minske risikoen for fremtidige overbelastning samt ruste spilleren mod akutte skader. Både Lars T og Hans skildrer, hvordan et felles opplæg for en spiller kan være skadeforebyggende mens det for en anden kan blive en overbelastning. Fra et spillerperspektiv beskrives opplevelsen af det kollektive opplæg utilstrækkelig, ved at den enkeltes behov tilsidesettes. Tiltros for at være en holdsport er den individuelle spiller forskjellig og bør derfor have individuelle opplæg:

David S: "Du kan ikke plassere typ meg da, på både godt og vondt er x centimeter og x kilo, sammen med en på 160 og 64 kilo og så skal vi have det eksakt samme styrke-rehab-programmet. For kroppen våre er jo forskjellige så det er ulike behov, og jeg føler det er. Øhh. Det er det individuelle som passer best"

Denne individualisering går videre ind i den skadeforebyggende innsats, hvor blandt annet den enkelte spiller *trackes* med GPS-måler, så man har mulighet for at analysere mengden og intensiteten af spillerens trenings- og prestasjonsuge. Deltagerne fortæller, hvordan et sådant værktøj bidrager til aktivitetsstyring og skaber mulighet for at danne et godt fysisk grundlag gjennom pre-season og minske risikoen for overbelastning i kampsæsonen. Datamengden benyttes til at kontrollere, at spillerne prestere på det ønskede niveau. Niels S påpeger at det kan *skabe et større bilde af spilleren*.

Den skadeforebyggende innsats fokuserer ikke blot på fysisk trening. Lars beskriver, hvordan *spillerne om morgenen kan melde, hvordan de føler sig til trenerne* og at man hermed i noen tilfælde justerer treningsmengden herefter. Dog med visse forbehold:

Lars T: "Du kan jo ikke ha 11 sånne spillere. Det kan du kanskje ha med 1 eller 2 for du vet at det kan være en spiller som kan komme med en lille ekstra for eksempel. Så kan man på en måte godta det og det kan igjen føre til andre ting i forhold til eksempelvis gruppedynamikken."

Til trods for den skadesforbyggende innsats er skader fortsatt en naturlig og uundgåelig utfordring i elitefotballen, hvor hurtig diagnostisering og planlægning af forløb er nøglepunkter i klubben. Hovedansvaret i rehabiliteringen ligger hos det medisinske team med et ønske om at få spilleren på felt så hurtigt som muligt, hvor den fysisk trener også bliver involvert i den videre behandling.

Hans M: "Det er hvert fall flere av disse UEFA-"på-top-nivå"-studiene som viser at det er relativt markant forskjell i forhold til reskade i forhold til økter på felt. Sånn at det å få de tidligst mulig på felt å gjøre noe, det er kjempe viktig."

I nogle tilfælde benyttes specifikke rehabiliterings protokoller med funktionskriterier for RTP, i andre tilfælde er tid en afgørende faktor, men i udgangspunkt tilstræbes RTP at foregå som en proces, hvor spilleren fases tilbage ind i fodbolden:

Lars T: "Det er ofte vi kan ha med spillere fra, å ha vært inne og sykle, til å ha styrketrening, til å være på feltet alene med en fysio i en eller annen teknisk løype, til det å komme og kjenne på det sammen med gruppen igjen og være med frem til spill for eksempel. Man er med på passninger og småspill, men man står over selve den økten, hvor man skal ta i. Så man hele tiden tilpasser i forhold til hvor man er på skadekortet da."

Niels fortæller, at denne faseinddelte proces med tilhørende benchmarks er en motiverende faktor i rehabiliteringen, som bidrager til at *pushe spilleren fremover*, men støtten fra det medicinske apparat er essentielt gennem hele processen. Hertil beskriver Hans M vigtigheden i, *at trykke på de rigtige knapper* som gør at spillerne bliver *sultne*. At man udfordrer dem lidt på *"Hvordan skal du spille mere? Hvordan skal du tåle mere? Hvilke ting skal vi ændre for at du ikke bliver skade igen eller for at du bliver brugt mere?"*. Flere af informanterne beskriver, hvordan skadesperioden fordelagtigt kan udnyttes til at fokusere på performanceaspekter som man normalt ikke har tid og mulighed for at prioritere.

Thomas M: "[...] man har, sett eksempler på at spillere som kommer tilbake etter la os si korsbånd. Har blitt raskere, fordi de har fått tid til å trene veldig godt og kanskje tatt igjen den. Hvis de ikke har trent så godt styrke tidligere i karrieren, så har de fått en periode hvor de har trent og har større, la os kalle det, plattform, for å generere kraft, som gjør at de har en ny dimensjon i spillet sitt."

Både spiller og medicinsk stab beskriver skadesperioden som tung og udfordrende, men at *man må snu det rundt og se mulighederne, som ligger i denne periode*. Noget som Lars direkte beskriver må opstå inde i den enkelte spiller men faciliteres og *motiveres af støtteapparatet rundt, så skadesperioden bliver en win-win-situation*.

Som tidligere nævnt beskrives den medicinske indsats positivt, men at kræve konstant refleksion for at præstere bedst mulig, både på og af banen. Lars oplever at klubben *scorer højt på de barometre*, og kan få de spillere *kampklar*, som skal være kampklar. De spillere som ikke er det, klare man *at tage ud af spil*. Han henviser til at det medicinske apparat har de beføjelser, som er nødvendig og at der eksisterer en god kommunikation til trænersteamet, som spillerne også *er trygge på*. I denne sammenhæng påpeger Thomas M, at der har været perioder, hvor trænersteamet har været på *kollisionskurs* med både det medicinske apparat og spillergruppen. Flere deltagere beskriver dette som en naturlig udfordring, når man må præstere på højeste niveau. Når trænerstaben ofte skiftes ud må man konsekvent reflektere over egen indsats.

Denne refleksivitet går igen når en spiller må trækkes ud af træning for at undgå eller på grund af skade. Her beskriver specielt Thomas M og Hans M, hvordan man må *snu hver en sten* og vurdere om skaden er et uheld eller noget *man burde have set komme*. Man må stille spørgsmålet: *"Pusher vi for hårdt nu"*. Her er kommunikation med trænersteamet yderst vigtig. Hans fortæller, at man må vurdere om skaderne skyldes noget på *gruppeniveau*, eller *individniveau*, men uanset må trænersteamet involveres.

4.2 Hierarkiet i en fodboldklub – det optimale for spillerens helbred?

Dette tema handler om, hvordan den oplevede praksis af den medicinske indsats eksisterer *inde i gruppen*. Hvordan de enkelte informanter beskriver samarbejdet omkring den medicinske indsats og hvordan dette udfordres af det *hierarki*, som i talesættes i denne aktuelle fodboldklub. Et hierarki som af samtlige deltager beskrives

som en naturlig dynamik, men ikke desto mindre en udfordring, der til tider besværliggør opgaven om at varetage elitefodboldspillerens helbred, både for det medicinske team, træneren, men også set fra et spillerperspektiv. Øverst i dette hierarki er træneren:

David S: "[...] Men det er jo, den personen (red. træneren) som er sjefen, så da får den personen jo bestemme. [...] Det har jo lidt med treneren sin rolle. Det er jo.. For i sådan et hierarki så vil treneren jo være øverst."

Hans M: "Det er naturligt at en trener som kommer inn og er sjef, vil ha det på sin måte, og så kommer det inn en ny trener som vil ha det på sin måte."

Lars T: "For det er noen ganger at det er caser som er litt sånn, midt i mellom på sitt vis og da er det til syvende og sist vi trenerne som tar beslutningen."

Hierarkiet beskrives dog ikke som et enevælde med en træner, der styre holdet med hård hånd. Samtlige deltagere beskriver, hvordan både spiller og det medicinske apparat spiller en stor rolle, men ligesom Lars T siger i ovenstående citat, beskriver flere af deltagerne, hvordan træneren ofte i praksis tager den endelige beslutning. Hans M problematiserer den enerådige tilgang i forbindelse med "return to play", at man ikke vil have, er en træner som siger skal, medicinsk som mener nej og en spiller siger jeg kan ikke spille. Hierarkiet er mere nuanceret en som så.

At træneren er øverst i hierarkiet beskrives af Lars som værende nærtliggende i og med, at det træneren som må ta *støyten*, hvis ikke holdet lever op til de sportslige forventninger. Dette ansvar kan og skal ikke ligges over på det medicinske team:

Lars T: "Det er vi (red. trænersteamet) som er ansvarlig for om det blir dårlig eller bra fotballresultater, da kan ikke jeg si: «Ja, men det var så mye skader», det er jo ikke noen unnskyldning! Og det er jo ikke det."

Hertil oplever Lars T det vigtigt at *holde det medicinske team på tærne*, og indimellem stille spørgsmålstegn til beslutningen om at holde en spiller fra at spille. Dette bidrager til at *man gør jobbet bedst muligt*. Flere af deltagerne beskriver, at man i klubben har defineret præstation og varetagelse af spillerens helbred som *teamopgaver*. Hvor Lars T i ovenstående citater giver udtryk for, at ansvaret for præstation ligger hovedsageligt hos træneren, uddyber han også, at alle bærer ansvar for resultaterne og dynamikken i gruppen. Den medicinske stabs primære ansvarsområde beskrives dog at være varetagelsen af spillerens helbred mens den fysiske træner varetager belastningsstyring af spillerne generelt. I og med at de enkelte aktører besidder forskellige ansvarsområder, der tilsammen skal bidrage til, bedst mulig holdpræstation, beskriver samtlige deltager tillid, kommunikation og samarbejde som fundamentale elementer for et velfungerende og højt præsterende hold.

Samarbejdet skildres af både træner og medicinsk apparat som værende bygget på tillid. Tillid til hinandens kompetencer og faglighed men også loyalitet. Hans M beskriver, at tilliden til det medicinske blandt andet er bygget på den medicinske stabs erfaring, hvor en nyuddannet fysioterapeut, som kommer direkte ind omkring holdet, vil *udfordre denne tillid*. Samtidig er det vigtigt, at den medicinske stab *tør at sige fra*. I den forbindelse uddyber Hans M desuden, hvordan trænerne udfordrer det medicinske. Lars T pointerer, at det ikke handler om *manglende tillid*, men at begge parter må *udfordre hinandens beslutninger* for at nå det bedste slutresultat. Fra et spillerperspektiv skildres tillid altafgørende, både tilliden til det medicinske apparat men også træneren:

David S: "[...] Der hvor folk er trygge på hverandre. For da vet du det som spiller at «OK, fysioen han gjør det som er best for meg». Hvis du er usikker da: «Faen, gjør han det er som er best for meg, eller gjør han det her for seg selv? Vil treneren det som er best for

meg nå? Eller det som er best for laget, eller best for seg selv? [...] Det er jo kjennetegnet for lag som med en gang er veldig dyktig på det der, og lag som er dårlig på det, da er det all over the place”.

For at opnå tillid og ikke minst bibeholde den, beskriver både Thomas M og Hans M, at man må besidde *høy faglighet og træffe de rigtige beslutninger*:

Thomas M: ” [...] hvis man sier det her bør gå bra og så spilleren må ut etter 45 minutter, da har man et problem. For da har man gjort feilvurdering eller motsatt man kan pushe en spiller som ikke føler seg klar og spilleren må av. Da har man tapt både tilliten til spilleren og gjort en feilvurdering. Så det handler jo om kommunikasjon.”

tilliden styrkes af tæt dialog mellem spiller, trener og medicinsk stab. Som utgangspunkt beskriver Hans, at *man tilstræber* at alle er enige hele tiden, men at det i praksis veldig ofte er *et 2/3 dels flertal* som bestemmer. Til tider utfordres samarbeidet mellom de involverede aktører. Det kan eksempelvis være på bakgrunn af tvivl omkring omfanget og risikoen af den potensielle eller aktuelle skade, kommunikationsmessige utfordringer, *manglende enighet mellom trener og spillere, medicin og trener eller mellom alle parter*.

4.2.1 Pres for at spilleren skal spille

Kommunikasjonen mellom trener, spiller og medicin, beskrives forskjelligt fra perspektiv til perspektiv. Den øverste i *hierarkiet*, treneren, beskriver en velfungerende kommunikation:

Lars T: ” Så jeg synes egentlig sånn som vi har det nå, så... Veldig sånn fin og på en måte sikker tilbakegang for spill igjen. Altså at de kommer tilbake til spill igjen, det synes jeg vi har en ganske sikker vei for dem å gå for å komme tilbake igjen. Vi har tatt alle diskusjonene, vi har tatt bildene og alle har vært involvert, alle er enige. Så er det greit.”

Lars T henviser flere gange til opplevelsen af en åpen kommunikation mellom trener og medicinsk apparat, hvor der ind i mellom kan opstå diskussioner, stilles spørsmål til avgørelser og lignende men at man til slut når til enighet.

Umiddelbart skildrer det medisinske apparat en overordnet tilfredshed med henblik på samarbejde og kommunikation, men med enkelte eksempler på utfordringer i forhold til en ellers ønskelig felles beslutningsprosess:

Hans M: ”det er jo noen ganger så har du tenkt, der og etter mange år, av og til så sier vi: «Han er jo ikke klar. Han er jo på 70%. Han klarer jo ikke å løpe engang» og så sier han «Ja, men vi må ha han på grunn av cornerne» for eksempel, så sier jeg «Ja men da kan. Du får en spiller som løper på 60%?» «Ja men er såpass viktig for oss på set-pieces, så vi må ha han», og da er det jo på en måte det som er vurderingen til treneren.”

Thomas M: ”Jo ferre kamper som er igjen desto større sjans er du villig til å ta med utøverens helse, og da er det vi kommer tilbake til at det spilleren som må få gode råd fra os. Hvis vi tror: «Nei det der, du må ikke gjøre det» og spilleren allikevel spiller, så er det sånn: «Okay, vi sa det til deg, og vi sa det til treneren, men dere valgte ikke å høre på os». Det er veldig sjeldent det er tilfellet.”

Fra et spillerperspektiv fremstilles denne beslutningsprosess mere varierende. Det medisinske apparat opplevs nogle ganger presset til at klarmelde en spiller. David S beskriver, at det krever meget af en fysioterapeut at si «*han er først klar om 3 uger*». I den forbindelse beretter Niels S, hvordan der enkelte ganger er et veldig *kjør på*, at man må bli skadefri, og det ofte resulterer i, at man *starter for tidlig*. Dette beskrives at forekomme både i forbindelse med den skadesforebyggende innsats men også i slutningen af rehabiliteringen og dermed ”return-to-play”-fasene:

Niels S: "[...]Og da, det er den viktigste perioden når man er i et skadeforløp, det er når man kommer til den Return-to-Play-prosessen. At du ikke kommer tilbake for fort, men igjen da er vi litt tilbake til, at trener, fysio og de, de pusher deg veldig inn igjen og da er det vanskelig som spiller og sitt og si: «jeg er ikke frisk», det er vanskelig!"

Foruden at beskrive et vist pres fra staben rundt spilleren, beskrives også et indvendigt pres i spilleren selv. Elementer som økonomi, *frykten for at miste sin plass på holdet* og *selve lysten til at spille*, beskrives at have indflydelse på spilleren, både af trener, medicinsk stab og spilleren selv.

Lars T: " Det er noen som sier alltid: «Nei jeg er klar, jeg klar!», for du skal være med, og du skal spille ikke sant, for du er redd for at du er for lenge bort på sin vis."

Hans M: "Men de blir ikke testet på det, og så har de gått igjennom fordi de vet at gevinsten på den andre siden er så stor ikke sant, at her står det om millioner inn, hvis de bare sier at: «at den skaden min, det går fint». Det er komplekst."

De ovenstående citater underbygger samtidig Hans M's beskrivelse af, at det er vanskelig at *høre på en spiller*, for en spiller vil alltid spille, og det er sjældent at de siger nej. Ikke desto mindre beskriver både det medisinske apparat og trener, at spilleren inkluderes i beslutningen: "*de må se dig ind i øjnene og si at de er klar*", men at nogle spillere også må *pushes lidt*.

Lars T: " Vi spør jo spilleren, det gjør vi, og ser hvordan han er og så er det jo litt, så kjenner vi jo også spilleren, så det er noen gange hvor du må pushe litt og, og det gjør vi egentlig for spilleren sin skyld ikke fordi vi skal absolutt ha.. Vi tar ikke noen sjanser med spillere altså. Men hvis vi ser at han har gjort det som han skal og samtidig er en spiller som er litt mere sånn forsiktig med seg selv, for det også sånn, at da må du kjenne gruppen på sin vis, du må kjenne spilleren godt, i forhold til at det er noen som kan være tøff for tidlig, og så er det noen som egentlig er klar, men som holder litt igjen selv. Så kan du si, at noen gange må vi prøve å pushe dem på en positiv måte også, tenker jeg. Uten at vi gjør noe feil."

Niels S fremhæver, at den enkelte spiller i høyere grad bør inkluderes i *beslutningen om at spille*. Thomas M beskriver, at det for en spiller kan være viktig at delta for at gå ind i en off-season *på lig linje med resten af holdet*. Hertil uddyber han, at det medisinske team aldri har *facit*, og flere deltager erfarer likeledes, hvordan man ved at holde spilleren fra at spille på baggrund af frygt for skade, kan frarøve spilleren muligheten for at utvikle sig, økonomiske gevinster, samt svække holdets præstation. Flere af deltagerne beskriver, at hvis spilleren føler han kan spille, og treneren tror han kan gjøre en forskel, så må det medisinske apparat også være lydhør. For samtidig med at varetage spillerens helbred beskriver deltagerne også, at det medisinske apparat må tenke på, hvad det er bedst for holdet.

Thomas M: "[...] du vet aldri hva du mister når du tar ut noen. Det kan hende at du til og med vet at du får et dårligere lag. Og så er det sånn at på slutningen av sesongen, det er da det avgjøres. Og før eller siden så har du mindre å vinne på å safe."

Lars T: "I utgangspunktet, så bygger vi lag over tid, for at vi skal prestere over tid, så det er det å bygge lag samtidig med resultater som er utfordringen."

Den enhed som tilsammen skal skabe de store præstationer og varetagelsen heraf nogle gange utfordrer, hvad der er bedst for den enkelte spiller både her og nu, men også på lang sigt. Dette sammen med hierarkiet i klubben beskrives til tider, at placere det medisinske apparat i et dilemma.

Thomas M: "[...]så er det litt sånn at man har alltid et dobbeltansvar, man har et ansvar for klubben og man har et ansvar for spilleren."

Hans M: "[...] det (red. jobbet) krever en lojalitet ovenfor hva som er riktig og man har jo ganske mange ganger gjort ting som man tenker: «ja, nu bør han ikke spille», men han spiller allikevel og det klart at hvis man står etterpå og skal mene noe om det, så er det illojalt, så det må man bli enig om"

Hans M uddyber yderligere, hvordan det er naturligt, at det medisinske melder tilbake til treneren og selvom han muligvis træffer den endelige beslutning har denne tilbakemelding en tyngde, som oftest er avgjørende for, hvilket valg som træffes.

Lars T: "Men vi kan ikke slenge inn spillere som vi tror er skadefri, vi må vite at de er skadefri. Og hvordan vi vet det, det er jo målinger, hva de gjør på trening, hva de har vært igjennom og at vi får ok fra fysioen og fra legen, og da, da regner vi jo dem som 100% så fremt at de prestere på feltet også."

Hertil beskriver Lars T dog yderligere, hvordan denne tilbakemelding indimellem utfordres. Dette kan være på baggrund af et ydre pres om præstation, et ønske om at utfordre det medisinske på, hvorvidt spilleren faktisk ikke er klar, men også i tilfælde hvor treneren vurderer, at spilleren må ofre sig for holdet. Lars T understreger samtidig at sidstnevnte er yderst sjældne tilfælde, som træffes i dialog med spilleren og det medisinske. Overordnet beskriver deltagerne, at den medisinske indsats potensielt har den konsekvens, at spillerne får en længere karriere, men Lars T pointerer, at både i forhold til "return to play", rehabilitering og skadeforbyggelse så er fotball en sport, hvor man også *må tåle smerter*.

4.2.2 Spilleren sin mand

Spillerne Niels S og David S beskriver, hvordan de oplever, at dialogen mellom trener, spiller og medisinsk apparat kan være påvirket af hierarkiet i klubben. De oplever ligeledes et dobbeltansvar hos det medisinske. Et ansvar til treneren og et ansvar til spilleren, men at det medisinske team i høyere grad bør *stå med spilleren*:

Niels S: "Mitt synspunkt, må fysioen ta spilleren sitt ståsted. Er spilleren ikke frisk, gå å si det til treneren, det tar nu en 2 minutter overhøving fra treneren, for det tok en uke ekstra kontra det som var forespeilet. Men den relasjonen med spilleren kommer til å gi mye mere gevinst enn hvis du tar det motsatte."

Denne rollekonflikt hos det medisinske apparat er ligeledes nuanceret og kompleks, og beskrives ikke som en gjennomgående tendens i klubben, men i høyere grad som enkelttilfælde, der ikke desto mindre oppleves at have mulig konsekvens for den enkelte spillers utvikling og muligheter. Hans M og Thomas M beskriver begge, hvordan oppgaven til det medisinske i høyere grad er at *præsentere det medisinske synspunkt* for trener og spiller. Herefter må disse på den præsenterte baggrund træffe en beslutning om spilleren skal spille eller ej:

Thomas M: "Oppgaven til medisinsk personell og også meg, som er bindeleddet der da, er egentlig å få kortene på bordet og si «okay, det vi kan vinne med å vente det er at sjansen er bedre for at du kommer deg igjennom uten å bli skadet på nytt og blir du skadet på nytt så ryker neste sesong også.»"

Hans M: "[...]Og det har jeg hørt, som jeg sier, andre steder, så har man hørt situasjoner, hvor medisinsk apparatet blir overkjørt av hovedtrener og sånt, men det tar jeg som regel rett tilbake igjen da, for da er det du som ikke er tydelig nok, fordi på en måte da sier du ikke tydelig nok fra til trenere, og det handler nok mere om det. For treneren skal ta plass og tar plass, og da er det din oppgave også å ta plass."

I ovenstående citater beskriver deltagerne forskjellige opplevelser af både "return-to-play"-fasen og den "skadesforebyggende" indsats, hvor man i begge tilfælde forsøker at minimere enten skadesrisikoen eller reskaderisikoen til det minimale. Niels S og David S beskriver en manglende støtte i *tvivlstillfælde*, mens Thomas M og Hans M beskriver,

hvordan de ser den endelig avgjørelse opp til spilleren og treneren. Yderligere beskriver både Niels S David S en relationmessig gevinst ved, at det medisinske i høyere grad tager spillerens parti, når det er tvil om den endelige beslutning. Begge skildrer, at en vennskabelig relation til det medisinske er betydningsfull mens Thomas M spesifikt påpeger, at han ikke *søker at bli ven* med spillerne. Både trener og medisinsk apparat beskriver, hvordan relationen til spillerne er viktig, men denne er i høyere grad profesjonell enn vennskabelig. Eksempelvis omtaler Lars T, hvordan han ser treneren, som *forældrenes forlængede arm* og at trenerne også har en oppdragende rolle. Endvidere beskriver han, hvordan trenerstaben tilstræber at *tage vare på* spilleren og sikre, at de ikke blir *kørt for hårdt*.

Lars T: "Til tross for å tenke resultatet, så først og fremst, så tenker vi selvfølgelig: «det beste for spilleren». For spilleren prestere jo best når han er 100% frisk, både i kroppen og i sinnet."

Både Lars T og Hans M pointerer, hvordan man til tider trekker en spiller ut av den vanlige trening, for å spare ham, så han kan prestere i den næstkommende kamp, men presiserer begge, at dette er undtagelsestiltak. Samtidig beskriver både medisinsk apparat og trener, hvordan spilleren andre ganger må *pushes* til å spille:

Thomas M: " Fordi de aller fleste spillere skjønner innerst inne hva som er greia. De vet når de ikke bør gå ut på der og så har de andre ting. De vil ha håpet der, på at: «jo, det går fint» og så av og til er jobben våres faktisk bare å si: «Jo det går faktisk fint», selv om det er 50/50, hvis det er siste kamp på sesongen og de mener at den sjansen den tar de uansett. Okay da må vi lese det og så bare si: «Det her går fint»."

Spillerne beskriver begge i høyere grad, at de til tider føler seg presset til å spille og at man i dialogen med trener og medisinsk stab, kan føle seg *alene* og *nøgen*. De opplever det viktig, at det medisinske tager spillerens parti når treneren *pusher* for at spilleren spiller. Hertil beretter Hans M, hvordan fotball kan være ganske sort hvitt og at man indimellom må forsvare spillerens fravær:

Hans M: "En spiller som er flere ganger ute for ofte.. Det kan veldig fort i en fotballklubb, bli svart og hvitt, «han er alltid skadet. Nei han gir vi opp litt», og da er det en utfordring og si at: «Dere må ikke gi han opp, selv om han er litt skadet nå. Det er flere faktorer som gjør at han er skadet og vi må se på os selv, hele gjengen». Det vi ofte har gjort da, det er å se på treneren og si: «Hvis vi skal få han ut av det her, så er vi nødt til å gjøre en endring. Det vi gjør er ikke bra nok. Så da er vi nødt til å ta han ut av treningen her og nødt til å gjøre sånn isteden for sånn. Han kan ikke spille hver kamp og sånt nå»"

Hans M beskriver, hvordan det medisinske må støtte spilleren, og være spillerens mand i dialogen med treneren. Samtidig henviser han likesom øvrige deltager til, at ansvaret for spillerens helse er like såvel en teamoppgave som det å prestere gode fotballresultater. Det medisinske team beskrives av spillerne, at måtte ofre tid og investere seg i den enkelte spiller, fremlægge planen og ha styringen, men at den enkelte spiller har ansvaret for å utføre den konkrete plan. Hertil beskriver samtlige deltager en stor variasjon hos de enkelte spillere, nogle trenger markant styring, andre er særdeles pligtopfyldende, igen kommer det tilbake til individualitet.

Hans M: "Det er ikke en on-size-fit-all her, det er bare individuelle opplegg hele tiden og noen vil gjøre det hjemme og andre vil, har veldig gode erfaringer med å sykle og gjøre det, og andre har veldig dårlige erfaringer og vil ikke på sykkel. Så man må ha den kommunikasjonen på det, men det viktigste er i hvert fall for det medisinske da, er å skape en liten gnist i forhold til det"

Ansvar for både den skadesforebyggende indsats, rehabiliteringen og arbejdet om at komme tilbage på felt beskrives delt, mellem medicinsk apparat, træner stab og spilleren selv. Hvordan opgaven varetages opleves dog forskellige, nuanceret og kompleks.

4.3 Fodboldverdenens virkelighed - skader som en del af gamet

Dette tema omhandler, hvordan den medicinske indsats er udfordret af virkeligheden, rammerne og strukturen rundt nutidens professionelle fodbold. Fodboldtræningen og kampene eksisterer ikke i et vakuum men i en ramme med krav, forventninger og et tidsperspektiv, som beskrives at udfordre varetagelsen af spillerens helbred.

David S: "På det øverste øverste niveauet så balanserer du veldig mye oftere på en knivsegg, fordi du går og pusher grenser hele tiden og da er behovet for medisinsk hjelp desto større enn når du driver ikke så fullt profesjonelt nivå."

Skader skildres af alle deltagerne som en naturlig del af professionel elitefodbold, og at man nogle gange må tage chancer for at være med på dette niveau. Selvom skader skildres som en selvfølge og behovet for medicinsk støtte essentiel, beskriver Lars T, hvordan der efterhånden er blevet lighedstegn mellem smerter og skade.

Lars T: "Jeg synes at når du spiller fotball og det er en mot en, det er duellering, du kan få et kne i siden, du kan få en albue, så etter en fotballkamp kan det hende at du har et blåmerke her og en litt hoven ankel og du kan ha, kjenne at du er stiv i kroppen, hvis du skjønner. Det vil ikke si at du skal ha 2-3 dage for å komme deg fordi at du har vondt, skjønner du?"

Lars T henviser dog også flere gange til, at det er vigtigt, at man *beskytter spilleren* og ikke udsætter ham for unødvendige risici, men udtrykker her også, at han oplever en grænse for, hvor meget hensyn man kan tage. Thomas M henviser blandt andet til, at incidensen af skader i elitefodbold ikke er faldet til trods for, at man aldrig har haft så mange ressourcer i norsk elitefodbold som nu. Skaderne har ændret sig, men man klare fortsat ikke at eliminere skadesincidensen:

Thomas M: "Det er mye mindre overtråkk men det er mere hamstringsskader og lyskeskader fordi der sprintes mere i kampene og kampene kommer tettere. Og det klare man ikke helt å løse. Selv med tilstrekkelig søvn, nok ernæring, tabletter i fusjon av plasma, altså «you name it», game ready – spilleren går i stykker allikevel og så ser du, at hvis du trener sykt bra så, så kanskje går du gjennom sesongen med veldig lite skader."

For at deltage på dette niveau, beskriver samtlige deltager uanset arbejdsopgave og ansvarsområde, at det kræver hårdt arbejde og en målrettet indsats. Man er *fodboldspiller 24/7*, men det samme gør sig gældende for træner og medicinsk apparat. Dette arbejde beskrives dog af deltagerne blandt andet at være udfordret af tid,

Lars T: "Vi må hele tiden tenke, at det aller viktigste for å bli god til å spille fotball, det er å spille fotball! Det må man ha klar for seg, men blir ikke bedre fotballspillere, ved å løfte i benken, benpress eller tøy og bøye og hopp og sprett. Det å spille fotball er det som gjør at man blir god i fotball. Så det ikke bare blir et prep-regime."

Lars T henviser ikke til, at man ikke skal investere i denne indsats, men at tiden brugt på fodboldbanen er afgørende for at skabe de resultater, som kræves. Det tætpakkede kampprogram skildres ligeledes, at udfordrer den medicinske indsats. Eksempelvis beskrives det, hvordan en udekamp, hvor holdet er afsted kan være årsagen til at en spiller som egentlig er klar for træning ikke får den træningsmængde med holdet, han har behov for inden næste kamp. Ligeledes skildres en vigtig kamp, både økonomisk og præstationsmæssigt, at kunne være tyngen på vægtskålen for om en spiller ender med at spille, samtidig med at presset på de medicinske tilbagemeldinger stiger.

Deltagerne beskriver passion og drive for at arbejde med sporten på dette niveau, som er altafgørende. Man må arbejde hårdt hver eneste dag uanset om man forebygger, behandler/behandles eller er på vej tilbage fra en skade, både for sig selv og for holdet.

David S: "Hvis vi ikke havde akseptert å bli skadet, da kan vi ikke drive med toppidrett. På et eller andet tidspunkt da blir du skadet, men da bør du sørge for å bli det så sjeldent som mulig."

Niels S: "Og ha en sult for å bli bedre da, for blir du bedre så vil også bedre fellesskapet og det liksom å jakte de små prosentene og på hvordan man holde to færre spillere skadefri eller på den måten da. At man jakter de små prosentene det er.. Da begynner du å bygge en kultur i en klubb som kan oppnå stort."

Niels S bevæger sig ind på, hvordan man i fællesskab *jagter de små procenter* og hvordan klubkultur er afgørende for præstation. I den forbindelse beskriver Lars T, hvordan det at bygge klub er en af de vigtigste opgaver i klubben. Et byggeprojekt som er udfordret af den stadige ændring i både spillermateriale og trænerstab. Samtlige deltagere pointerer, at trænere er forskellige og som hierarkiets overhoved er det denne som ligger linjen for arbejdsgangen i klubben. Den hyppige udskiftning beskrives blandt andre af Hans M potentielt udfordrende for den medicinske indsats.

Hans M: "Jeg tenker utifra det, den største utfordringen i det her, det er den stadige endringen i spillermateriell, den stadige endringen hvert fall som det har vært i X, at trenere skifter i forhold til, hvor du hele tiden har andre rutiner. Det er naturlig at en trener som kommer inn og er sjef, vil ha det på sin måte, og så kommer det inn en ny trener som vil ha det på sin måte. Så vil det hele tiden være endringer og det gjør at det som du testede på i fjor, det blir testet på en annen måte."

Niels S, David S og Thomas M beskriver, hvordan kontinuitet er vigtig med henblik på at holde spilleren klar for spil og at den hyppige udskiftning af træner er en udfordring, men også, at det potentielt kan føre til noget positivt.

Thomas M: "Ting som fungerer godt også kan bli utvannet ved at man får dårlig gjennomføringskraft på det. Jeg tror vi får til det altså. Det tror jeg. Det er jo det som alltid er med idet man bringer nye ting på bordet. I utgangspunktet skal det være en bra ting og hvis man klare og få de beste ting frem i det, så blir det bra."

Herudover pointerer Lars T hvordan opbygningen af klubkultur til tider kan udfordre enkeltindividet. Lars T beskriver en intern konkurrence om at være en del af holdet og at skader kan skabe en mulighed for spilleren på bænken. En sådan konkurrence beskrives af Niels S og David S, som en sommetider stressende faktor for den skadede spiller. På dette område beskriver Lars T, at konkurrencen skal være der, man skal *pushe hinanden* til at blive bedre, man skal *kæmpe* for at være en del af holdet. Dette pres for at være en del af holdet, beholde sin plads, give de rigtige meldinger, hyppige ændringer i stab og ikke mindst levere gode fodboldresultater, beskrives af samtlige deltagere, at påvirke den medicinske indsats og ind i mellem påvirke, hvordan den enkelte potentielle eller faktiske skade behandles. Træner og det medicinske team understreger, at det påvirker, men aldrig afgør den endelige beslutning om spil, mens spillerne, i højere grad kan opleve presset som en mere bestemmende faktor.

4.4 Skaders konsekvenser i fodbold

Det sidste tema fokuserer på konsekvensen af den medicinske indsats. Hvordan de forskellige deltagere oplever, at den skadesforbyggende indsats, rehabiliteringen, "return-to-play"-fasen og ikke mindst samarbejdet mellem de involverede parter påvirker spillerens muligheder for udvikling og præstation. David S beskriver, hvordan han

oplever at fodboldspilleren er bedst når han får mulighed for at træne og spille så meget som muligt.

David S: "Alle fotballspillere presterer jo best mulig når man får muligheten til å spille fotball på trening hver dag. Spille hver kamp. Det er da du havner inn i en rytme, hvor du handler på intuisjon i kamp og i det øyeblikket. For å gjøre det så må du ha kontinuitet i treningsarbeidet og for å ha det så må du være flink på å ta vare på kroppen din, for å klare og stå igjennom den treningsuken, for igjen å prestere i hver kamp. Så det er jo helt klart det. Man profiterer på å gjøre en god jobb (red. skadeforbygging) for å klare å prestere best mulig måte. Det er jo helt udiskutabelt."

Både spillere og medisinsk team beskriver, at de oplever den skadeforebyggende innsats som en helt afgørende innsats, der giver spilleren større mulighet for at træne mere. Thomas M udpensler, hvordan den skadeforebyggende trening har en direkte præstationsfremmende effekt i form af at kunne *løbe hurtigere, cutte bedre og utvikle mere kraft*. Han uddyber, at vekslingen mellom belastning og trening samt fokuset på at træne spesifikke fodboldrelaterede bevægelser tilsammen over tid bidrager til utviklingen af den enkelte spiller.

Som tidligere nævnt benytter klubben sig i nogle tilfælde af at trække en spiller fra trening eller kampe for at minimere risikoen for en potentiel skade. En beslutning som den medicinske stab oplever vanskelig, da man ikke med sikkerhed kender konsekvensen af den beslutning. Lars T beskriver, hvordan man i sådanne tilfælde må *starte og se hvordan det går*. Dette er som nævnt undtagelsestilstande og Lars påpeger flere gange, hvordan en sådan *forskelsbehandling* har potentiale til at forstyrre gruppedynamikken.

Lars: "At jeg og du spiller på samme plass, og du trener 3 gange i uken men du er litt bedre enn meg. Jeg er på trening hver eneste dag, og så er det du som får spille kampene. Jeg trener mere enn deg og to gange i uken så blir det lagt til rette for at du skal spille. Det kan bli en konflikt."

Både Thomas M og Hans M mener, at strategien om *at holde en spiller fra at spille* for at undgå eller minimere risikoen for skade kan være positivt, men støtter op om citatet fra Lars T. Thomas M beskriver derudover, hvordan dette samtidig ligger pres på de efterfølgende kampe, både for spilleren og for det medicinske team. Hvis holdet taber er man pludselig i *minus* og derfor må neste kamp vindes. Derudover beskrive alle deltagerne som også tidligere nævnt, hvordan en egentlig skade er *en tung proces for en fodboldspiller*.

David S: "Fra man føler at man er en del av noe, så møter du dagen etter du har blitt skadet, så møter du på jobb. Du spiser frokost, du går i garderoben og så går resten av laget ut og gjør det som artigst, de spiller fotball. Men du tusler inn på en mørk gym alene og gjør, altså det som alle fotballspillere synes er den kjedelige jobben med å sykle og gjøre rehab-treningen. Så kjedelig som helst. Men du må gjøre det. Du går inn i sånn en veldig ensom og innesluttet tom mental fase, det er tungt det egentlig."

David S og Niels S henviser til, at der eksisterer en opdeling af holdet: de som er skadet, og de som ikke er det. Denne todeling beskrives forskelligt alt efter perspektiv. Spilleren skildrer en tilværelse som er *ensom, tung og kedelig*, spesielt den akutte fase, og oplever den skadede-gruppe ekskludert fra fællesskabet i klubben.

Niels S: " Men jeg vil jo sige det sånn at du er nede i helvete og så starter du oppturen derfra, og da blir det jo litt sånn tunnelsynet. Man ser ikke lyset i starten men man ser det etterhvert da."

Lars T beskriver ikke denne todeling som en utfordring af fællesskabsfølelsen i klubben. Han skildrer opdelingen af holdet som en naturlig del af dagligdagen i en fodboldklub, men at fællesspisning og felles fremmøde er vigtigt. De medicinske team beskriver en

nuanceret oplevelse af opdelingen, hvor det for individet kan være en udfordring og skabe en følelse af ekskludering, mens det for gruppen kan være positivt, da den *negativitet*, som også spillerne beskriver følger med en skade, ikke *spreders sig i gruppen*. Thomas påpeger, hvordan det har været en udfordring, når denne opdeling har været tydelig i klubben og at det *i norske sammenhænge* kan være yderst *ekskluderende*. Han påpeger dog i denne sammenhæng, at *det skal forblive eftertragtet at være frisk*.

"Return-to-play"-beslutningerne er, som tidligere beskrevet, en fase-inddelte proces, der er udfordret af forskellige faktorer, men opleves ikke desto mindre at have en vis påvirkning på alle parter. Hvis ikke træneren præsterer risikerer han at *få sparket*, hvilket beskrives af nogle af deltagerne at resulterer i, at han lægger ekstra pres på at få vigtige spillere på banen. Den medicinske stab må træffe de "rigtige" beslutninger for at bevare deres autoritet i samarbejdet. Hvad den *rigtige beslutning* er, ses som beskrevet ligeledes forskelligt alt efter perspektiv. Den som dog uden tvivl beskrives at blive mest påvirket af disse beslutninger, er dog spilleren.

Niels S: "Der har jeg kanskje været heldig med at jeg ikke har hatt så mange store skader, men samtidig den ene skaden jeg har hatt, hvor det var utført sånn som det var gjort, er nok til at jeg tenker: «ja, jeg mistet all fall noen gode kamper det året», så kan vi jo tenke da, at de som har været skadet lengre og har hatt flere skader, hvor mye det har påvirket dem."

Hans M beskriver, at når vurderingen, om man er klar til kamp, er forskellige fra medicinske apparat til spiller, så er det ingen tvivl om at spilleren ikke bør *presses til at spille*, men at spillerens beslutning vurderes af både træner og medicinsk team. Dette beskrives af både David S og Niels S som en *ubehagelig situation*, hvor de ikke føler sig *taget på alvor* og deres motivation og *loyalitet* betvivles.

Samtlige deltagere skildrer, at berøvelsen af kampe uden tvivl opleves at have både fodboldspecifik udviklingsmæssig negativ påvirkning, men også at have økonomisk og karrieremæssig påvirkning på spilleren:

David S: "Fotball kan jo være så enkelte som at hvis du, hva skal jeg si, scorer hatrick i den riktige kampen mot det riktige laget så kan du jo bli sånn.. Og lønningene er jo så høye, så havner du den riktige plass da er du, da kan du på en måte forsørge hele familien for resten av livet. Så det er jo helt klart at skader påvirker karriereløpet."

Skader frarøver tid på felt. Deltagerne skildrer en bred enighed i, at tiden brugt på fodboldspecifik træning og kamp er *alfaomega* for den individuelle udvikling som fodboldspiller. Både Lars T og Hans M påpeger, at man alligevel må forsøge at udnytte skadesperioden som et vindue til at fokusere på elementer, man vanligvis ikke har tid til at udvikle. Thomas M oplever det dog vanskeligt for spilleren at udvikle sig markant under rehabilitering af skaden. Hertil skildrer både medicinsk stab og træner en *sort hvid opfattelse i fodbold*, "*at skade følger skade*". Hans M beskriver, at dette kan have en positiv konsekvens, da en spiller som har oplevet skade og konsekvens heraf, ofte arbejder hårdere for at komme tilbage til fodbold, men samtidig at man kan havne i en bås, hvor man bliver *opgivet af træneren*.

Hans M: "Men hvis man først få et rykte på seg at være, at treneren får en feeling at han ikke er tilgjengelig, da kan det ofte være vanskelig. En kamp egentlig. Det er min erfaring."

Lars T: "Altså skade følger skade. Det er litt sånn. Så det er enkelte spillere som du vet omtrent at han ikke kommer til å spille 100% av kampene. La os si det er en eksklusiv spiller som ofte får hamstringproblemer, så vet du at i løpet av sesongen så kommer han til å spille 70% av kampene. Det kan skje at vi har spillere, som vi vet er sånn."

På længere sigt i forhold til spillerens karriere beskriver Lars også, hvordan den enkelte spiller screenes og vurderes inden en klub overvejer at investere. En spiller med stor skadehistorik er mindre interessant.

Lars T: "[...] Men jo flere spillere som ikke har en skadehistorikk da, så hvis du skal bygge lag så må du få minst mulig spillere med skadehistorikk, for ofte så ser du at en del av de plagene du har, spesielt om det er lysken eller hamstring eller sånne typer skader, så kommer de ofte igjen."

Lars T påpeger, at skadeshistorik er en vigtig del i overvejelserne ved indkøb af spillere, og at ofte skadede spillere må arbejde hårdt for at ændre trænerens opfattelse af den aktuelle spiller. En opfattelse som i sidste ende påvirker træneren i hans overvejelser, når han skal *bygge hold* både her og nu og på lang sigt.

5 Diskussion

Hensigten med dette forskningsprojekt er at skabe et nuanceret og subjektivt billede af, hvordan den medicinske indsats opleves varetaget i en elitefodboldklub og yderligere, hvordan denne indsats opleves at påvirke den individuelle fodboldspillers færdighed- og præstationsudviklingsmuligheder. Jeg har i resultatafsnittet tilstræbt at fremlægge de subjektive oplevelser hos de enkelte aktører med minimal påvirkning af min subjektivitet som forsker i tråd med mit fænomenologiske-hermeneutiske ståsted. Ved den induktive tilgang til den tematiske analyse, har jeg fremhævet de datagenerede temaer, som går igen i de 5 interview. Jeg vil i dette afsnit sætte disse subjektive oplevelser af den medicinske indsats i relation til den tidligere præsenterede forskning ved at anskue fænomenet i lys af SDM i form af "Decision-based RTP"-modellen af Creighton et al. (2010). Herfor vil dette afsnit tage en mere deduktiv tilnærming, hvor fundene vil diskuteres op i mod teori og tidligere forskning (Tjora, 2017). Indsatsen vil beskrives i relation til "Decision-based RTP"-modellens tre steps. Først i henhold til evalueringen af spillerens helbred, hvor indsatsen praktiseret i klubben vil holdes op mod forskningens anbefalinger. Dette vil føre videre til diskussion af sportens risikofaktorer, hvor jeg vil sætte de enkelte aktørers risikovurderinger ved deltagelse i perspektiv. Herefter vil jeg med udgangspunkt i det teoretiske fagfelt, diskutere hvordan Beslutningsmodificeringen påvirker beslutningen om at spille, inden jeg afslutningsvist vil drøfte de potentielle konsekvenser og påvirkning på fremtidig udvikling, som både fremhæves i litteraturen og projektets resultatafsnit.

5.1 Evaluering af helbredstilstanden

Deltagerne i dette projekt skildrer en virkelighed, hvor den medicinske stab har et solidt udgangspunkt for at vejlede både trænerne og spillerne i klubben. Med en nøje belastningsmonitorering gennem træning og kamp samt kortlægning af støttet træning har den fysiske træner samt den medicinske stab mulighed for at justere den totale træningsmængde i samsvar med forskningens anbefalinger (Gabbett & Whiteley, 2017; C. M. Jones et al., 2017; Klein et al., 2018; Owen et al., 2016). Den medicinske indsats ses dog udfordret af den beskrevne potentielle oplevelse af forskelsbehandling, som kan forstyrre sammenholdet og dynamikken i holdet. Til trods herfor benyttes træningsjustering som et aktivt værktøj i tilfælde, hvor træner vurderer spilleren nødvendig for "her og nu"-præstationen i næstkommende kamp. Fra et spillerperspektiv beskrives en sådan tilgang at kunne påvirke kontinuiteten i træningsindsatsen, og vigtig for langsigtet udvikling, da træningsbelastningen enten kan blive for høj eller for lav i forhold til enkeltindividet. Dette er et område i fagfeltet, som beskrives at have behov for yderligere undersøgelse (Angele et al., 2018; Gabbett & Whiteley, 2017). Deltagerne beskriver, hvordan nye spillere træningsmæssigt indføres ind i eliteniveauet og at den enkelte spillers tidligere træningsbelastning tages i betragtning, hvilket i tråd med anbefalingerne fra Gabbett & Whiteley (2017) opleves at bidrage til at nedsætte skadesrisikoen og øge præstationsniveauet.

Uanset om spilleren kommer fra ungdomsafdelingen eller en anden professionel eliteklub tages den enkelte spillers forudsætninger og fysisk kapacitet i betragtning i forhold til den ønskede træningsmængde og præstationsniveau. I en sådan vurdering

beskrives screeninger og medicinsk historie at spille en vigtig rolle. Klubben anvender ligesom øvrige eliteinstitutioner screeningsværktøjer til identificering af individuelle risikofaktorer (McCall, Carling, et al., 2015; Van Crombrugge et al., 2019) og bekræfter det eksisterende hul mellem forskningens anbefalinger og praksis, som er beskrevet af blandt andre McCall, Carling, et al. (2015) og Angele et al. (2018). Til trods for at være bevidst om litteraturens fremhævelse af screeningernes manglende prognostiske evner (Angele et al., 2018; McCall, Carling, et al., 2015) beskriver deltagerne alligevel en tiltro til, at screeninger bidrager med en vis værdi blandt andet med henblik på performance optimering, som ikke findes understøttet i fagfeltet. Når screeningen som indsats samtidig har stor tyngde i vurderingsprocessen af nye spillere, synes det relevant at diskutere merit af et sådant værktøj. Herimod synes klubbens vægtning af spillerens skadehistorik og medicinske historie ved indkøb til og udvalg af spillertrup yderst relevant med forståelsen af, at den risikofaktor med størst prognostisk værdi er tidligere skade (Esmaili et al., 2018; McCall et al., 2014; McCall, Davison, et al., 2015; Orchard, 2001; Toohey et al., 2017).

Støtetræningen eller den skadeforebyggende træning bliver hermed en vigtig del af den medicinske stabs opgaver. Denne træning beskrives primært løftet af den fysiske træner i klubben, men med behov for tilslutning fra det resterende trænersteam. Ligesom beskrevet af McCall et al. (2014) og McCall et al. (2016) er indsatsen også i denne klub individualiseret på baggrund af de ovenfor diskuterede screenings og afviger hermed fra de velundersøgte IPP (McCall, Carling, et al., 2015; McCall et al., 2016; O'Brien et al., 2017; Van Crombrugge et al., 2019). Informanterne skildrer en oplevelse af, at kollektiv og generisk skadeforebyggende træning er utilstrækkelig og individualiseringen en nødvendighed for at ramme det enkelte individs niveau (O'Brien & Finch, 2017). På baggrund af det systematiske review af Fanchini et al. (2020) og reviewet af Tee et al. (2020), synes det ikke muligt at konkludere, hvor stor betydning sådanne afvigelser har, men diskutabelt at fremhæve, hvordan forskning og praksis ikke synes at mødes. Forskningen på IPP er primært forankret i studier med semiprofessionelle eller amatør fodboldspillere. Spillerne i dette projekt præsterer og træner på et niveau, som forskningsfeltet kun beskrives at have begrænset adgang til samt yderligere udfordres af at eksistere i en evigt omskifteligt og tidspresset kontekst (Andersen & Bjørneboe, 2018; Faude et al., 2018; Faude et al., 2017; Silvers-Granelli et al., 2017; Thorborg et al., 2017). Hermed kan der diskuteres at være samsvar mellem forskningen og deltagerens oplevelse: en af de potentielt vigtigste faktorer for at undgå skader er fornuftig og velovervejet træningsadaptation samt belastningsstyring i henhold til præstationsniveau, med en tilhørende risiko og chance for påvirkning på fremtidig udvikling. Dog eksisterer der et behov for at forskningen i højere grad imødekommer den virkelighed moderne fodbold eksisterer i (Fuller, 2019; Tee et al., 2020).

For at løfte den krævende opgave det er at få spilleren tilbage til fodbold, når skaden endelig forekommer, beskriver deltagerne præcis og hurtig diagnosticering essentiel. Harmonerende med Erickson & Sherry (2017) skildres dette at være afhængig af flere komponenter, så som billeddiagnostik og funktionelle undersøgelser men herudover også den respektive medicinske stabs erfaring. Erfaring spiller en stor rolle i samspillet mellem spiller, træner og den medicinske stab og vil yderligere beskrives i 5.3. I hovedtræk beskrives indsatsen at være styret af det medicinske team, der tilstræber at få spilleren tilbage på felt så hurtigt som muligt. Rehabiliteringen beskrives, at være opbygget i faser, hvor spilleren kontrolleret reintroduceres til mere og mere fodboldrelevant og -specifik bevægelse som samsvarer med anbefalingerne fra litteraturen (Bizzini et al., 2012; Della Villa et al., 2012; Dingenen & Gokeler, 2017;

Gokeler et al., 2020; Zaffagnini et al., 2014). Dette forløb beskrives af spillerne som tungt og udfordrende og spillerne har et stort behov for støtte gennem hele processen. Denne støtte findes oftest hos det medicinske team, da trænerteamet opleves at skulle fokusere på fodboldresultater og de ikke-skadede spillere. Spillerne beskriver dog en til tider manglende omsorg, som i forskningen pointeres uhensigtsmæssig, ikke blot for spillerens sociale og psykologiske helbred men også den generelle skadesincidens og træningsfremmødet (Ekstrand et al., 2018). Forskningen omkring de psykologiske og sociale faktorer betydning, er et område i fagfeltet, der fortsat har behov for yderligere undersøgelse (Bizzini & Silvers, 2014; Dunlop et al., 2019; Gokeler et al., 2020; Shultz et al., 2013), men, som i lys af fundene i dette projekt, kan have stor indvirkning på rehabiliteringsfasen for den enkelte spiller. Spillerne beskriver et behov for venskab og kammerateri på tværs af rollerne i klubben, hvilket ikke nødvendigvis afspejles hos de øvrige deltagere, der i højere grad ser deres relation til spillerne i et professionelt lys. En sådan venskabelig relation opleves af spillerne både motiverende og betryggende i et ellers usikkert og udfordrende rehabiliteringsforløb, hvor økonomi, jobsikkerhed og præstationsevne skildres at komme på prøve.

Selvom skader er *den værste tid for en fodboldspiller*, beskriver spillerne selv, at det er en pris de er villige til at betale, og en fast del af "jobbet", hvilket skaber et stort behov for en kompetent og effektiv medicinsk stab. Trænerne læner sig op ad de medicinske vurderinger, som eksplicit beskrives at have stor betydning for RTP-vurderingerne, men hertil pointeres det også, hvordan de medicinske faktorer nogle gange *må udfordres*. I forlængelse heraf synes det relevant, at påpege trænerens oplevelse af, at både spiller og medicinske apparat til tider kan "overreagere" på skader og skavanker. Lighedstegnet mellem ømhed og skade er blevet for tydeligt og samsvarer ikke med den individuelle holdning til, hvordan den medicinske indsats bør varetages på eliteniveauet. Dette til trods trænerens bestræbelse på at beskytte spillerens helbred og vægte langsigtet udvikling højt. Det skal dog ikke forstås således, at træneren ikke stoler på spiller og det medicinske team, men at der i nogle tilfælde eksisterer en uenighed om de medicinske faktorer betydning alt efter hvilket perspektivet disse ansues fra. Hermed males et billede af, at trænerne efterspørger en kompetence hos det medicinske team for, godt nok i enkelt tilfælde men uanset vigtigt at pointere, basere deres beslutninger på egne erfaringer og meninger, hvortil det medicinske team oplever ikke at blive hørt (Shrier et al., 2014). Det medicinske team i dette projekt beretter, at sådanne tilfælde kun opstår i situationer, hvor den enkelte medicinske ansvarlige ikke tydeligt præsenterer de medicinske faktorer til både spiller og trænerteam. Dermed synes det yderst relevant at påpege, hvordan disse medicinske faktorer i litteraturen kritiseres for i højere grad at være et målredskab til vurdering af rehabiliteringsprocessen end at besidde egentlig prognostisk værdi (Bizzini et al., 2012; Bizzini & Silvers, 2014; Dingenen & Gokeler, 2017; Gokeler et al., 2020; Hickey et al., 2017; Zuke et al., 2018). Deltagerne beskriver dog umiddelbart en arbejdsgang, der ligger sig tæt op af forskningens nuværende anbefalinger, hvor det medicinske team har ansvar for at fremlægge de medicinske faktorer, for at alle tre parter efterfølgende kan drøfte RTP-vurderingen i fællesskab. En drøftelse som beskrives at være påvirket af adskillig andre momenter end blot de medicinske faktorer.

5.2 Evalueringen af risikoen ved deltagelse

Beslutningen om at holde en spiller fra kamp og træning beskrives foruden at blive bestemt af den medicinske evaluering også at blive påvirket af belastningsgraden samt niveauet af en forestående kamp eller træning. Deltagerne beskriver, at sådanne

overvejelser kan medføre justeringer i selve træningen, spilletid eller placering på banen. Justering, som i tråd med Owen et al. (2016) kan argumenteres for at have positiv effekt på både præstationsniveau og den samlede træningsbelastning på kroppen, men også justeringer eller beslutninger, der beskrives, kun at være acceptable i kortere perioder. Konsekvensen ved i lange perioder at spille til trods for ikke at være parat for træning og kamp, beskrives både i litteraturen samt af informanterne i dette studie, at være mindre tid med fodboldspecifik bevægelse som i sidste ende kan mindske mulighederne for udvikling (Drew et al., 2017; Hägglund et al., 2013; Raysmith & Drew, 2016). Hermed synes det teoretisk at kunne argumenteres for, at både skadesforebyggende træning og monitorering bliver essentielle tiltag, for at minimere længere fravær fra træning og kamp – en indsats som deltagerne umiddelbart skildrer positivt i den undersøgte klub og i overensstemmelse med den præsenterede forskning (Gabbett & Whiteley, 2017; C. M. Jones et al., 2017; Klein et al., 2018; Niederer et al., 2018; Owen et al., 2016). Der ligger derfor et ansvar hos selvfølgelig det medicinske team men absolut også hos den enkelte spiller for at tage vare på spillerens vigtigste redskab, deres krop (Loose et al., 2018; O'Brien & Finch, 2017). Et sådant ansvar synes tiltagende vigtigt, når der i dette projekt skildres en tendens til at anskue en hyppigt skadet spiller som utilgængelig. En utilgængelighed, der beskrives at resultere i at spilleren ikke bliver satset på, og tidligere skade og muskuloskeletale udfordringer kan derfor argumenteres for at være direkte begrænsende for spillerens fremtidige muligheder.

I lys af både fundene i dette studie samt det teoretiske fagfelt synes monitorering og justeringen af trænings- og spilletid, som et fornuftigt tiltag. Et tiltag der dog beskrives at have en potentiel negativ konsekvens, hvor skadestilstanden hverken forbedres eller forværres. Informanterne beskriver dette som en virksom men i praksis kun kortvarig indsats, der yderligere skildres at kunne kreere uenighed mellem træner-team og medicinske stab. Det medicinske team må argumentere for den potentielle risiko ved deltagelse (Batty, 2018; Burnham et al., 2018; Creighton et al., 2010; Dijkstra et al., 2016; Dingenen & Gokeler, 2017; Dunlop et al., 2019), mens træner-teamet oplever at have ansvaret for den potentielle risiko ved manglende deltagelse. Disse diskussioner eller tvivlstilfælde beskrives af spilleren, oftest at resultere i, at spilleren ender med at spille. Med sportens risikofaktorer for øje, kan sådan en beslutning være acceptable for træner og det medicinske team alt efter holdsammensætningen, kampens niveau samt spillerens evne til og hermed også oplevelse af at kunne undgå at forværre skaden. Spillerne oplever derimod, at sådanne tvivlstilfælde oftest er en konsekvens af manglende støtte fra det medicinske team. Spillerne beskriver i praksis ikke at kunne sige fra, mens de oplever at den medicinske stab er bange for, hvilke udfald det kan have for deres karriere at gå imod træner-teamet. En oplevelse der hverken afspejles hos det medicinske team eller træneren i dette projekt.

Sportens risikofaktorer må opholdes med den medicinske evaluering. I og med at denne evaluering hviler på de medicinske faktorer, som fagfeltet henviser til både præges af subjektivitet og mangelfuld validitet og reliabilitet, kan dette dog forstås som en kilde til udfordring (Della Villa et al., 2012; Dingenen & Gokeler, 2017). Fraværet af konkrete og endegyldige medicinske faktorer vanskeliggør evalueringen af de mulige risici, hvilket kan argumenteres for at gøre trænerens tendens til at søge svar i egne erfaringer og overbevisninger mindre kontroversiel. Dog henviser forskning til, at det fortsat er det medicinske team inklusiv den fysiske træner, som besidder kompetencen til at vurdere spillerens fysiske kapacitet (Matheson et al., 2011; Shrier et al., 2014; Van Der Horst et al., 2017). Pointen til Krutsch et al. (2018), om at trænerens autoritet er

forankret i en høj indsigt i spillerens fodboldspecifikke formåen kan diskuteres at skulle være en tilføjelse frem for en afgørende faktor. Det synes derfor også åbenbart at de enkelte parter i samråd bør finde den mest optimale beslutning (Burnham et al., 2018; Dingenen & Gokeler, 2017; Dunlop et al., 2019; Van Der Horst et al., 2017) gennem en proces, hvor åben kommunikation bliver nøglen til et givende og ærligt samarbejde i tråd med den præsenterede forskning (Ekstrand et al., 2019; Ghrairi et al., 2019). Det er netop i disse uklare tvivlstilfælde, at deltagerne oplever RTP-processen mest udfordret og kommunikation og samarbejde bliver essentielt. Det medicinske team henviser til at man må teste spilleren så fodbold- og opgavespecifikt som muligt, så hverken spiller eller træner er i tvivl om den fysiske tilstand. Dog beskrives den tidligere nævnte subjektivitet samt manglende validitet og reliabilitet i RTP-vurderingen, fra et spillerperspektiv som et utilstrækkeligt enerådigt beslutningsgrundlag. Oplevelsen heraf genspejler at testapparatet ikke nødvendigvis samsvarer med fodboldens krav til individets fysiske kapacitet (Blanch & Gabbett, 2016). Der tegnes hermed et billede af, at disse risikofaktorer er vanskelige at konkretisere, men alligevel betydningsfulde for at træffe den endelige beslutningen, om spilleren kan spille eller ej. Herudover beskrives denne evaluering af risiko ved deltagelse tæt forbundet med beslutnings-modifikatorerne og bør altså ses i sammenhæng med den kontekst både spilleren, medicinsk stab og træneren eksisterer i.

5.3 Beslutningsmodificering

Det medicinske team i dette projekt beskriver, hvordan fodboldens virkelighed er en af de store udfordringer i varetagelsen af den enkelte spillers helbred både før, under og efter skade. Skadesincidensen i fodbold har de seneste år været enten stillestående eller let stigende (Bjørneboe et al., 2014; A. Jones et al., 2019; Waldén et al., 2016), en tendens, der bekræfter både behovet for men også kompleksiteten i den medicinske indsats. I samsvar med O'Brien et al. (2017), skildrer informanterne en virkelighed, hvor blandt andet et tætpakket kampprogram udfordrer både den skadeforbyggende indsats samt RTP-processen. Det ønskelige faseinddelt RTP-forløb bliver forstyrret af kravet til "her og nu"-præstation, hvor både træner, spiller og medicinsk team til tider må gå på kompromis med deres individuelle idealer og ønsker.

Litteraturen beskriver, en teoretisk ideel faseinddeling af RTP-processen, der umiddelbart opleves vanskelig at virkeliggøre og til tider må kompromitteres blandt andet på grund af det massive eksterne pres, der hører til sporten. Træneren skildrer ansvaret for præstation som et fællesansvar, men konkludere alligevel med, at det i sidste ende er de, som holdes til ansvar for de fodboldmæssige resultater. Denne ansvarsfølelse kan potentielt bidrage til at forklare, hvorfor også litteraturen beskriver, at autoriten i beslutningsprocessen i højere grad tilfalder træneren end det medicinske team (Matheson et al., 2011; Shrier et al., 2014; Van Der Horst et al., 2017). Det medicinske team beskriver at opleve, at deres anbefalinger enkelte gange negligeres men alligevel efterfølgende at skulle stå til ansvar, for en beslutning, hvor de i praksis ikke havde medbestemmelse. Dog må det pointeres at dette er enkelttilfælde og samtidig afhængig af den enkelte træner. Det er dog i disse tilfælde den enkelte spiller, der oplever den største konsekvens. De beskriver, hvordan de i sådanne tvivlstilfælde ikke føler at blive støttet og til slut føler sig *pushet* til at spille, også i tilfælde hvor de ikke føler sig parate. Dette skyldes ikke kun det eksterne pres rundt om klubben men også en oplevelse af et internt pres inde i klubben. Dette samsvarer med Ekstrand et al. (2019)'s skildring af, hvordan organisatorisk stress kan skabe et miljø, hvor spillerne mister tillid til trænerstab, og i værste fald også det medicinske team. En sådan manglende tillid kan

argumenteres for at føre til en øget maskering af skader, hvor frygten for at *miste sin plads på holdet*, mindre træning- og spilletid samt at blive opfattet som *iloyal* spiller en stor rolle (DeLang et al., 2021). I forlængelse heraf skildrer også spillerne og den medicinske indsats i dette projekt, hvordan en støttende, positive og anerkendende træner har positiv påvirkning på samarbejdet og øger motivationen i både den skadesforebyggende indsats men også rehabiliteringen efter skade (Ekstrand et al., 2018). Hermed kan man diskutere, om den høje udskiftning af trænerstab i elitefodbolden, kan have påvirkning på mere end bare resultater men også den medicinske indsats som helhed. Både det medicinske team og træneren beretter, hvordan de oplever relation og tillid, som vigtige faktorer i et succesfuldt samarbejde – faktorer som beskrives at opbygges over tid, hvor hyppig udskiftning i trænerstaben umiddelbart *må* have negativ påvirkning. Hertil skildrer spillerne, hvordan de oftere oplever manglende støtte og inklusion i beslutningsprocessen i de perioder, hvor det medicinske team og trænerstaben ikke fremstår som en samlet enhed. Her *må* det medicinske team stå fast på deres faglighed og *tage plads* ligesom det forventes af trænerstaben, hvilket beskrives udfordrende for et medicinske team med lille erfaring i sporten.

Presset for at spille beskrives yderligere at bestå af økonomiske faktorer. Økonomien i moderne fodbold erkendes som en udfordring, der spiller en rolle hos spilleren, men en faktor som ikke kan have indflydelse på det medicinske apparat. I varetagelsen af spillerens helbred, *må* den medicinske stab tage udgangspunkt i de medicinske faktorer og sportens risikofaktorer, for at give deres anbefalinger. En objektivitet og et etisk ansvar som ikke altid afspejles, når fokus flyttes til timing i sæsonen og vigtigheden af den forestående kamp. Deltagerne beskriver, hvordan man i specielle tilfælde kan gå på kompromis på baggrund af kampens betydning for de sportslige resultater. Beslutninger som disse skal dog understreges at beskrives af samtlige deltagere som sjældne og træffes hverken let eller uden spillerens samtykke. Dog beskrives sådanne situationer forskelligt alt efter perspektiv. Spillerne omtaler det interne pres i klubben og den beskrevne frygt for de potentielle konsekvenser, som betydningsfulde i deres individuelle vurdering af om de kan spille eller ej. Træneren og medicinske team påpeger, hvordan de tilstræber at lytte til den enkelte spiller og undgå at *pushe* en spiller, der ikke føler sig klar. At den samme hændelse kan stimulere til ulige oplevelser, synes at tegne et billede af en situation, hvor kommunikationen ikke er så vellykket som ønsket.

Disse beslutningsmodifikatorer antydes at have forskellig betydning alt efter perspektiv men skildres af det medicinske team samt trænerstaben at bliver drøftet i samråd med spilleren i tråd med litteraturens anbefalinger (Burnham et al., 2018; Dijkstra et al., 2016; Niederer et al., 2018; Van Der Horst et al., 2017). Til trods for at træner og medicinske stab oplever at beskytte spilleren i både før, under og efter skader samt give ham plads i RTP-processen, er det ikke udelukkende samme oplevelse spilleren står igen med. Det ulige forhold mellem spiller og træner, synes at kunne skabe et miljø, hvor kravet til det medicinske teams opbakningen af spilleren vurderes betydningsfuldt for et positivt resultat (Ekstrand et al., 2019; Ekstrand et al., 2018; Ghrairi et al., 2019). Det medicinske apparat *må tage plads* i dialogen og kan på baggrund af dette projekts fund diskuteres at være nødt til at bidrage med mere end bare fremlæggelse af de medicinske faktorer for herefter at overlade vurderingen af risikofaktorer samt beslutningsmodificeringen til trænerstab og spiller (Batty, 2018; Burnham et al., 2018; Creighton et al., 2010; Dijkstra et al., 2016; Dingenen & Gokeler, 2017; Dunlop et al., 2019). Den medicinske stab skal dog heller ikke være enerådige i vurderingen af om

spilleren er kamp- og træningsklar, men ligeledes benytte sig af de øvrige parterers indsigth i spillerens tilstand set i et bio-psyko-socialt rammeværk (Gokeler et al., 2020). Både litteraturen og fundende i dette projekt henviser til at træneren besidder en stor kompetence med henblik på vurdering af RTP og skadeforebyggende tiltag, som må benyttes af både spiller og det medicinske apparat (Dijkstra et al., 2016; Krutsch et al., 2018; Van Der Horst et al., 2017) men at spillerens psykologiske og fysiske helbred altid bør stå over alle andre faktorer i evalueringen om spilleren kan spille eller ej.

5.4 En skadet spiller bliver oftere skadet

Den høje skadesincidens i fodbold stemmer godt overens med den risikofyldte virkelighed beskrevet af deltagerne. Spillerne udtrykker, hvordan man på dette niveau må acceptere, at man på et eller andet tidspunkt vil blive skadet, men at man må tilstræbe at blive det så sjældent som muligt. Derfor synes den skadeforebyggende indsats at være yderst relevant og en indsats som i korrelation med litteraturen vægtes højt af samtlige deltagere i dette projekt (Klein et al., 2018; O'Brien & Finch, 2017). Dog synes forskningen på området splittet. Effekten af skadeforebyggende træning er i fagfeltet oftest præsenteret med udgangspunkt i specifikke IPP (Faude et al., 2018; Faude et al., 2017; Musahl et al., 2018), mens både fundende i denne opgave og øvrig forskning henviser til hyppig afvigelse herfra. Disse afvigelser er baseret på identificeringen af individuelle deficit ved at screene den enkelte spiller præ eller post skade, men en sådan indsats mangler evidensmæssig opbakning (McCall, Davison, et al., 2015; Read et al., 2018; Van Crombrugge et al., 2019). Problematikken opstår ved at videnskaben ikke finder konsekvent sammenhæng mellem øvrige biomekaniske risikofaktorer end tidligere skade (Angele et al., 2018; McCall, Carling, et al., 2015). Dog forsøger man uanset både i denne klub samt på internationalt og nationalt eliteniveau at optimere den profylaktiske indsats, ved at skræddersy den til enkeltindividet (McCall, Carling, et al., 2015; McCall et al., 2016; Read et al., 2018; Van Crombrugge et al., 2019). Denne individualisering opleves af samtlige deltagere som en positiv udvikling i den skadeforebyggende indsats, hvor kombinationen af træningsmonitorering og screening for risikofaktorer beskrives at optimere indsatsen for at undgå skade. Et fund som bakker op om McCall, Carling, et al. (2015)'s opfordring til yderligere undersøgelse af biomekaniske risikofaktorer. Herudover fremstiller både deltagerne og litteraturen, at denne indsats potentielt kan have en præstationsfremmende effekt i form af øget sprints hastighed, bedre cutting-bevægelser og lignende (Faude et al., 2017; Ishøi et al., 2019; Vitale et al., 2018). Alt i alt opleves den skadeforebyggende indsats, som et essentielt værktøj for at sikre spilleren så høj kamp- og træningstilgængelighed som mulig. En øget tilgængelighed, der i tråd med den indledningsvist præsenterede forskning og udviklingsmodellerne, kan argumenteres betydningsfuld for den spillerens muligheder for færdighed- og præstationsudvikling, men ligesom Fuller (2019) henviser dette projektets fund til, at denne indsats ikke må være på bekostning af den fodboldspecifikke træning. Deltagerne i dette projekt fremhæver, at den medicinske indsats ikke må fjerne fokus fra den specifikke træning og at skade er en risiko man må turde at tage for i fremtiden at være blandt de bedste af de bedste.

Selvom skader frarøver spilleren tid fra felt beskrives disse ikke udelukkende negativt men også at kunne skabe et vindue for udvikling, hvor spilleren får mulighed for at arbejde på fodboldspecifikke egenskaber eller færdigbehandle en tidligere skade eller skavank – elementer de muligvis ikke normalt har tid til. Dette påpeges at være fordelagtigt i den travle hverdag spilleren normalt befinder sig i (O'Brien et al., 2017). Hertil beskriver deltagerne, hvordan tidligere skade kan have den positive konsekvens, at

man i fremtiden arbejder endnu hårdere for at undgå skader. Noget som begge spillere i dette projekt pointerer, er essentielt i optimeringen af de *små marginer*, der i sidste ende opleves at skille toppen fra bunden.

Der er dog ingen tvivl blandt deltagerne om, tiden væk fra den fodboldspecifikke træning frarøver spilleren udviklingsmuligheder, men fundene i dette projekt viser til, hvordan dette er u hensigtsmæssig på flere niveauer end blot spillerens manglende tilgængelighed for træning og kamp. Spillerne beskriver blandt andet, hvordan rehabiliteringen efter skade er et tungt forløb, hvor den enkeltes spillers motivation og tålmodighed kommer på prøve. Samtlige deltager beskriver den udførte praksis i selve rehabiliteringen samsvarende med den fremsøgte forskning. Dog påpeger spillerne, at der sammen med rehabiliteringen følger en følelse af ekskludering og isolation fra resten af holdet. De udtrykker, at dette påvirker deres mentale helbred mens det medicinske apparat og træner tillægger opdelingen mindre negativ værdi. De beskriver opdelingen af skadede og ikke-skadede spillere naturlig og argumenterer for, at det i højere grad kan have positive konsekvenser for holdet som helhed. I tillæg til dette varierer graden og tydeligheden af denne opdeling alt efter den enkelte træner, dennes præferencer og samarbejde med det medicinske team, en foranderlig konstant, der i sidste ende antydes at kunne påvirke både udvikling og præstation (Ekstrand et al., 2019; Ekstrand et al., 2018; Ghrairi et al., 2019).

Følelsen af ekskludering beskrives dog at ekstendere ud over endt rehabilitering. Spillere som er hyppigere skadet, beskrives let at kunne blive opfattet som generelt mindre tilgængelige og bliver derfor satset på i samme omfang som de mindre skadede spillere. En ofte skadet spiller beskrives af deltagerne, at kunne blive fravalgt i både holdudtagelse og købsproces på baggrund af de tidligere argumenteret evidensmanglende screenings (McCall, Davison, et al., 2015; Read et al., 2018; Van Crombrugge et al., 2019). Hvor en ellers lovende spiller kunne fortsætte sin udvikling med flere kampe eller i ny klub, risikerer han at blive begrænset af tidligere skader og biomekaniske risikofaktorer uden evidensmæssig prognostisk værdi. Hermed antyder fundene i dette studie, at den negative konsekvens af skader rækker længere end blot til tab af spilletid under selve rehabiliteringen af skade.

6 Afslutning

Jeg har i dette projekt belyst problemformuleringen "Hvordan opleves den medicinske indsats varetaget i en norsk elitefodboldklub set i lys af en shared-decision-making-proces og hvilken påvirkning opleves denne proces at have på spillernes færdighed- og præstationsudviklingsmuligheder?" For at undersøge dette, valgte jeg en kvalitativ tilgang, hvor data blev indsamlet gennem semistrukturerede-interviews af 5 aktuelle deltager, to spillere, en træner, en fysisk træner og en fysioterapeut fra en og samme eliteklub i Norge. Med en hermeneutisk-fænomenologisk tilnærming har jeg tilstræbt mig på at skildre deltagernes subjektive oplevelser af den medicinske indsats, gennem en induktiv analyse og efterfølgende deduktiv tilgang til diskussionen af projektets fund opholdt mod det teoretisk fagfelt. Jeg vil i dette afsnit opsummere fundene i sin helhed, diskutere deres mulige implikationer, studiets styrker og begrænsninger samt give mine forslag til vejen videre fremover.

6.1 Opsummering

Den medicinske indsats opleves at spille en vigtig rolle i moderne fodbold i form af varetagelsen af spillerens helbred. Som øvrige afsnit beskriver, er denne rolle kompleks og udfordrende i en virkelighed, hvor kravet til sportslige præstationer fastsætter rammerne for en presset og tætpakket hverdag i en elite fodboldklub. Til trods for at indsatsen opleves samsvarende med forskningsfeltets anbefalinger, beskriver deltagerne i dette projekt et anerkendt hierarki, hvori træneren er den højest rangerede og i praksis endelig beslutningstager, også når det kommer til den medicinske indsats. Dog træffer trænerne i denne klub aldrig enerådige beslutninger, men benytter i stedet den medicinske stab og den aktuelle spiller som aktive sparingspartnere i en oftest velfungerende shared-decision-making-proces. Samtlige deltager beskriver kun enkeltstående tilfælde i RTP-processen, hvor træneren går imod de medicinske anbefalinger. Disse tilfælde baseres på velovervejede beslutningsmodificering og altid med spillerens samtykke, hvor de potentielle risici for den enkelte spiller evalueres nøje, men konsekvenserne af deltagelse kan være vanskeligere at gennemskue end som så.

Først og fremmest viser fundene i dette projekt til, at samarbejdsprocessen i varetagelsen af spillerens helbred udfordres af det beskrevne sportslige og faglige pres, der hviler på de involverede parter. I overensstemmelse med den præsenterede litteratur forflyttes beslutningsansvaret i disse tvivlstilfælde til spilleren, men må på baggrund af oplevelserne skildret i dette projekt vurderes uhensigtsmæssig. Spillerne oplever en virkelighed, hvor de oftere er nødsaget til at træffe det forventede valg fremfor det langsigtede og helbredsmæssige fornuftige valg. I praksis resulterer dette i, at træneren bliver den afgørende instans i vurderingen om spilleren kan spille eller ej både før, under og efter skade. I disse situationer søger spillerne støtte hos det medicinske team, som insinueres mangelfuld, da den medicinske stab må leve op til et *dobbelt ansvar* - hvad er bedst for klubben, og hvad er bedst for den enkelte spiller. Hermed opleves holdets succes i enkelttilfælde at være på bekostning af individet, der må deltage med en potentiel øget risiko for ny eller yderligere skade, selvom han ikke føler sig parat for træning og kamp. Fund som disse afspejler et begrænset fokus men også mangel på forskning med henblik på de psyko-soziale faktoreres betydning i den medicinske indsats

forankret SDM. Til trods for en overordnet tilfredshed med det konkrete rehabiliteringsforløb, beskrives dette som en mentalt tung og udfordrende proces, hvor spillerne værdsætter personlige relation og omsorg. Noget som opleves at variere fra træner til træner. Rehabiliteringen beskrives af samtlige deltager som en mulighed for færdighed- og præstationsudvikling, men fraværet fra træning og tabt kamperfaring opleves fortsat, som en naturlig begrænsning. Som en selvfølgelighed beskrives den endelig RTP-vurdering derfor betydningsbærende for det endelige udfald af rehabiliteringen, hvor utidig RTP skildres begrænsende for udvikling, et område som også beskrives at kræve yderligere forskning i den præsenterede litteratur.

Yderligere fremhæver dette studie en udbredte benyttelse af screenings og medicinske vurderinger af den enkelte spillers biomekaniske forudsætninger og hvordan tidligere skader og screenings for risikofaktorer har karrieremæssig betydning, også set i en norsk kontekst. Til trods for bevidstheden om disse screenings manglende prognostiske og funktionelle værdi, benyttes disse medicinske faktorer til vurdering ved køb og holdudtagelse samt til at individualisere den enkelte spillers skadesforebyggende og præstationsfremmende træning. Sidstnævnte, en tendens, der stemmer overens med forskningen på feltet. Selvom denne individualisering ikke understøttes af forskningen, beskrives indsatsen positivt af samtlige deltager i dette projekt. Denne individualisering indikeres at øge motivation for opvarmning, skadesforebyggende træning, støttet træning samt det generelle fokus på spillerens fysiske kapacitet. Dette afspejles også ved en nøje monitorering af den samlede træningsbelastning hos den individuelle spiller, som vejleder både træner, medicinsk indsats og fysisk træner før, under og efter skade – en indsats som både litteraturen beskriver og deltagerne erfarer lovende i den skadeforbyggende indsats og fremtidig udvikling.

Selvom ansvaret for både præstation og spillerens helbred anses som en teamopgave, viser fundene i dette projekt til at autoriteten i praksis ligger hos trænerstaben, hvorfor den moderne fodbolds hyppige udskiftning af træner må ses som en udfordring, hvor den medicinske indsats dikteres af den aktuelle træner, dennes visioner og ønsker. Dette kommer blandt andet til udtryk ved kommunikative udfordringer, der i tråd med forskningen, opleves at have påvirkning på individuel- og holdpræstation, skadesrisiko samt spillertilgængelighed. Uanset træner, beskriver deltagerne beslutningsprocessen angående spillerens fysiske kapacitet forankret i SDM, men det ulige pres, der hviler på de enkelte aktører, modificerer beslutningerne ved uklare medicinske evalueringer og risikovurderinger. Dette resulterer i en suboptimal proces, hvor spilleren må spille med en øget risiko for at sætte sin fremtidige karriere og udvikling på spil.

6.2 Praktisk implikationer

Til trods for den noget sparsomme forankring i forskning af høj kvalitet og evidens opleves den skadeforbyggende indsats, præget af individualitet og monitorering, ikke blot at have positiv effekt på selve skadesrisikoen men også færdighed- og præstationsudvikling. Fundene i dette projekt henviser til, at denne individuelle tilnærming til træning, der hersker i moderne elitefodbold, både øger træneres og spilleres vægning af og compliance til skadesforebyggende tiltag og støttet træning. En tilnærming som, også forskningen antyder, kan være mere fordelagtig i en elitefodboldmæssig kontekst end de restriktive IPP (Angele et al., 2018; Fanchini et al., 2020; Tee et al., 2020).

Den fodboldspecifikke og faseinddelte rehabilitering antydes i tråd med forskningen anbefalingsværdig i også en norsk elitefodboldklub. Ved at specificere indsatsen mod de fremtidige bevægelser, funktioner og belastningskrav, beskrives spillernes motivation for genoptræningsforløbet potentielt at kunne højnes. Dog indikeres der et behov for at øge fokuset på de psykologiske og sociale faktorer. Ved en øget vægtlægning af spillernes psykologiske og sociale velbefindende under rehabiliteringen skildrer fundene i dette projekt, at skabe mere tilfredse og hårdtarbejdende spillere, der i sidste ende føler sig mere parate til at levere boldspil på højeste niveau. I den forbindelse synes det vigtigt at pointere fundene af Ekstrand et al. (2018), der viser til at trænere med en positiv, støttende og anerkendende tilgang til samarbejdspartnere kan påvirke træningsfremme samt mindske skadesrisikoen for alvorlige skader. Fund som samstemmer med skildringerne i dette projekt, hvor trænere, der ser og lytter til holdets spillere, skaber bedre forudsætninger for rehabilitering.

Endvidere synes "Decision-based RTP"-modellen af Creighton et al. (2010) på baggrund af fundene i dette projekt at danne et solidt udgangspunkt for en SDM-proces til at vurdere spilleren klar for træning og kamp både før, under og efter skade. I tråd med den tidligere forsknings anbefalinger danner den medicinske evaluering grundlag for en dialog mellem de tre aktører, der i samråd kan diskutere risikofaktorerne ved deltagelse (Arderne et al., 2016; Burnham et al., 2018; Dingenen & Gokeler, 2017; Dunlop et al., 2019). Dog viser fundene i dette studie til, at beslutningsmodifikatorerne er mere komplekse end, det er fundet tidligere beskrevet. Til trods for at både de medicinske faktorer og risikofaktorerne fraråder deltagelse, ender spillerne alligevel med at gå på banen, da meget af dialogen mellem spiller og de øvrige aktører forbliver usagt. Med tanke på fremtidig færdighed- og præstationsudvikling opleves det ikke tilstrækkeligt, at den medicinske stab blot præsenterer de medicinske faktorer og overlader vurderingen af risikofaktorer og beslutningsmodificeringen til træner og spiller. De enkelte aktører bør tilstræbe at skabe et miljø, hvor ærlig kommunikation muliggøres uden at have konsekvens for spillerens karriere og fremtidig udvikling og hvor de psykologiske samt sociale faktorer vægtlægges sammenligneligt med de medicinske faktorer og sportslig præstation.

6.3 Studiets styrker og begrænsninger

Dette studie baserer sig på kvalitative interviews af individer med flere års erfaring i det norske elitefodboldmiljø. Med udgangspunkt i oplevelser i en og samme norske fodboldklub må det påpeges, at fundene i denne opgave primært gør sig aktuel for netop, denne klub og deltagerne i dette projekt. Ved yderligere at have benyttet observationer for at underbygge eller undersøge udtalelserne fra de enkelte deltagere kunne det have resulteret i en endnu dybere og mere nuanceret indsigt i fænomenet. På grund af flere eksterne faktorer så som tidsperspektivet, COVID-19 og de medfølgende restriktioner, har dette ikke været en egentlig mulighed. Jeg vil dog påpege at transparensen i det metodiske afsnit, samt de gjorte overvejelser og tiltag for at højne kvaliteten af dette studie, sammenlagt hæver både gyldigheden og pålideligheden af de gjorte fund. Herudover vil jeg fremhæve at den detaljerede fremlæggelse af både de metodiske valg og fravalg samt de analytiske fund, giver den enkelte læser mulighed for at vurdere fundenes gyldighed i anden forskning, der dog udfordres af, at der ikke er fundet lignende studier ved undersøgelse af fagfeltet. Dette projekt synes derfor at måtte anses som et eksplorativt studie. Herudover ser jeg både en styrke og en udfordring i, at alle faser i dette studie er foretaget af en og samme person. Dette har medført en stor indsigt i fagfeltet, konkret og detaljeret overblik på data samt et solidt grundlag for

analyse og fortolkning. Konsekvensen af sådant enkelmandsarbejde kan dog være, at jeg til trods for mit hermeneutiske-fænomenologiske ståsted, har vægtlagt specifikke elementer på baggrund af min tidligere erfaring og uddannelse, hvor andre ville have fokuseret anderledes.

6.4 Videre forskning

Det er min forhåbning, at et studie som dette kan bidrage til, hvordan den medicinske indsats i elitesport bedst mulig håndteres. Meget af den forskning, der ligger på feltet, er af kvantitativ metode, hvor biologiske faktorer spiller en tungt vejende rolle. Fundene i dette projekt indikerer i tråd med den præsenterede forskning, at der eksisterer et behov for yderligere undersøgelse af både vurderingen og varetagelsen af spillernes psykologiske og sociale helbred (Dunlop et al., 2019; Zuke et al., 2018). Med en øget forståelse af spillernes oplevede psyko-sociale udfordringer i rehabilitering og RTP-processen kan man potentielt optimere begge processer, således at spillerne står stærkere og mere motiveret efter endt rehabilitering. Hertil kan det argumenteres for, at en sådan tilgang til både behandling og forebyggelse af skader, kan optimere atletens engagement og tryghedsfølelse, som igen vil have potentiale til at fremskynde rehabiliteringsprocessen.

Herudover indikere både fundene i denne opgave men også den fremsøgte litteratur, at det beskrevne hierarki er en naturlig magtstruktur i moderne fodbold (Ekstrand et al., 2018; Krutsch et al., 2018; Matheson et al., 2011; McCall et al., 2016). En magtstruktur som i dette projekt antydes at være udfordrende for en åben og ærlig kommunikation mellem de enkelte aktører. Til trods for at deltagerne overordnet præsenterer samarbejdet i varetagelsen af spillernes helbred både velfungerende og i tråd med forskningen, kan dette billede være markant anderledes i andre klubber, i andre lande og ligaer. Lignende forskning vil derfor kunne bidrage til at danne grundlag for en analytisk naturalistisk generalisering. Med en øget forståelse af enkeltindividernes oplevelser af sportens hverdag, kan vi potentielt øge håndteringen af de udfordringer både spiller, træner og medicinsk stab står overfor. En sådan viden kan i første omgang bidrage til at fremtidig forskning yderligere specificeres imod, hvad der i elitemiljøet opleves essentielt. Hernæst kan det argumenteres for, at forskning af sådan karakter endvidere kan danne grundlag for en optimering af den medicinske indsats og dennes påvirkning på færdighed- og præstationsudvikling.

Referencer

- Alfasoft.com. (2021, 9. maj 2021). What is NVivo. Hentet fra <https://www.alfasoft.com/no/produkter/statistikk-og-analyse/nvivo.html>
- Andersen, T. E., & Bjørneboe, J. (2018). The Experience from the Oslo Sports Trauma Research Center: Injury Prevention. i V. Musahl, J. Karlsson, W. Krutsch, B. R. Mandelbaum, J. Espregueira-Mendes, & P. d'Hooghe (Red.), *Return to Play in Football: An Evidence-based Approach* (s. 885-892). Berlin: Springer.
- Angele, P., Hoffmann, H., & Achenbach, L. (2018). Training Load and Injury Risk. i V. Musahl, J. Karlsson, W. Krutsch, B. R. Mandelbaum, J. Espregueira-Mendes, & P. d'Hooghe (Red.), *Return to Play in Football: An Evidence-based Approach* (s. 873-883). Berlin: Springer.
- Ardern, C. L., Glasgow, P., Schneiders, A., Witvrouw, E., Clarsen, B., Cools, A., . . . Moksnes, H. (2016). 2016 Consensus statement on return to sport from the First World Congress in Sports Physical Therapy, Bern. *British journal of sports medicine*, *50*(14), 853-864.
- Batty, P. (2018). Ethical Issues in Return to Play: RTP in Football: An Evidence-Based Approach. i V. Musahl, J. Karlsson, W. Krutsch, B. R. Mandelbaum, J. Espregueira-Mendes, & P. d'Hooghe (Red.), *Return to Play in Football: An Evidence-based Approach* (s. 819-824). Berlin: Springer.
- Bech, T. (Programleder). (2021, 6. juni). *EM Special med landsholdets chefer: Christian Nørkjær og... [audio podcast episode]*. I *Bech Bag Bolden*. Hentet fra troelsbech.com/podcast/episode/4a744165/em-special-med-landsholdets-chefer-christian-norkjaer-og-henrik-andersen
- Bizzini, M., Hancock, D., & Impellizzeri, F. (2012). Suggestions from the field for return to sports participation following anterior cruciate ligament reconstruction: soccer. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*, *42*(4), 304-312.
- Bizzini, M., & Silvers, H. J. (2014). Return to competitive football after major knee surgery: more questions than answers? *Journal of sports sciences*, *32*(13), 1209-1216.
- Bjørneboe, J., Bahr, R., & Andersen, T. (2014). Gradual increase in the risk of match injury in Norwegian male professional football: A 6-year prospective study. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, *24*(1), 189-196.
- Blanch, P., & Gabbett, T. J. (2016). Has the athlete trained enough to return to play safely? The acute: chronic workload ratio permits clinicians to quantify a player's risk of subsequent injury. *British journal of sports medicine*, *50*(8), 471-475.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, *3*(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: SAGE Publications.

- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2010). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. i S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: en grundbog* (s. 29-53). København: Hans Reitzels Forlag.
- Burnham, J. M., Gasbarro, G., Arner, J., Pfeiffer, T., & Musahl, V. (2018). Ethical Issues in Return to Play: How to Deal with Parents and Coaches. i V. Musahl, J. Karlsson, W. Krutsch, B. R. Mandelbaum, J. Espregueira-Mendes, & P. d'Hooghe (Red.), *Return to Play in Football: An Evidence-based Approach* (s. 841-849). Berlin: Springer.
- Côté, J., & Fraser-Thomas, J. (2007). Play, practice, and athlete development. i *Developing sport expertise* (s. 39-50): Routledge.
- Creighton, D. W., Shrier, I., Shultz, R., Meeuwisse, W. H., & Matheson, G. O. (2010). Return-to-play in sport: a decision-based model. *Clinical journal of sport medicine*, 20(5), 379-385.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*: Sage publications.
- Dalen, M. (2011). Kvalitet i intervjustudier. i M. Dalen (Red.), *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming* (2. udg., s. 91-104). Oslo: Universitetsforlaget.
- DeLang, M. D., Garrison, J. C., & Thorborg, K. (2021). Screening to Detect Hip and Groin Problems in Elite Adolescent Football (Soccer) Players—Friend or Foe? *International journal of sports physical therapy*, 16(2), 591.
- Della Villa, S., Boldrini, L., Ricci, M., Danelon, F., Snyder-Mackler, L., Nanni, G., & Roi, G. S. (2012). Clinical outcomes and return-to-sports participation of 50 soccer players after anterior cruciate ligament reconstruction through a sport-specific rehabilitation protocol. *Sports health*, 4(1), 17-24.
- Dijkstra, H. P., Pollock, N., Chakraverty, R., & Ardern, C. L. (2016). Return to play in elite sport: a shared decision-making process. *Br J Sports Med*.
- Dingenen, B., & Gokeler, A. (2017). Optimization of the return-to-sport paradigm after anterior cruciate ligament reconstruction: a critical step back to move forward. *Sports Medicine*, 47(8), 1487-1500.
- Dowling, R. (2005). Power, subjectivity and ethics in qualitative research. i *Qualitative research methods in human geography*: Oxford University Press.
- Drew, M. K., & Finch, C. F. (2016). The relationship between training load and injury, illness and soreness: a systematic and literature review. *Sports Medicine*, 46(6), 861-883.
- Drew, M. K., Raysmith, B. P., & Charlton, P. C. (2017). Injuries impair the chance of successful performance by sportspeople: a systematic review. *British journal of sports medicine*, 51(16), 1209-1214.
- Dunlop, G., Ardern, C. L., Andersen, T. E., Lewin, C., Dupont, G., Ashworth, B., . . . McCall, A. (2019). Return-to-Play Practices Following Hamstring Injury: A Worldwide Survey of 131 Premier League Football Teams. *Sports Medicine*, 1-12.
- Ekstrand, J., Lundqvist, D., Davison, M., D'Hooghe, M., & Pensgaard, A. M. (2019). Communication quality between the medical team and the head coach/manager is

- associated with injury burden and player availability in elite football clubs. *British journal of sports medicine*, 53(5), 304-308.
- Ekstrand, J., Lundqvist, D., Lagerbäck, L., Vouillamoz, M., Papadimitiou, N., & Karlsson, J. (2018). Is there a correlation between coaches' leadership styles and injuries in elite football teams? A study of 36 elite teams in 17 countries. *British journal of sports medicine*, 52(8), 527-531.
- Erickson, L. N., & Sherry, M. A. (2017). Rehabilitation and return to sport after hamstring strain injury. *Journal of sport and health science*, 6(3), 262-270.
- Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological review*, 100(3), 363.
- Esmaeili, A., Hopkins, W. G., Stewart, A. M., Elias, G. P., Lazarus, B. H., & Aughey, R. J. (2018). The individual and combined effects of multiple factors on the risk of soft tissue non-contact injuries in elite team sport athletes. *Frontiers in Physiology*, 9, 1280.
- Fanchini, M., Steendahl, I. B., Impellizzeri, F. M., Pruna, R., Dupont, G., Coutts, A. J., . . . McCall, A. (2020). Exercise-Based Strategies to Prevent Muscle Injury in Elite Footballers: A Systematic Review and Best Evidence Synthesis. *Sports Medicine*(50), 1653-1666.
- Faude, O., Rommers, N., & Rössler, R. (2018). Exercise-based injury prevention in football. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 48(2), 157-168.
- Faude, O., Rössler, R., Petushek, E. J., Roth, R., Zahner, L., & Donath, L. (2017). Neuromuscular adaptations to multimodal injury prevention programs in youth sports: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Physiology*, 8, 791.
- Flatgård, G., Larsen, C. H., & Sæther, S. A. (2020). Talent development environment in a professional football club in Norway. *Scandinavian Journal of Sport and Exercise Psychology*, 2, 8-15.
- Fuller, C. W. (2019). Assessing the return on investment of injury prevention procedures in professional football. *Sports Medicine*, 49(4), 621-629.
- Gabbett, T. J., & Whiteley, R. (2017). Two training-load paradoxes: can we work harder and smarter, can physical preparation and medical be teammates? *International journal of sports physiology and performance*, 12(s2), S2-50-S52-54.
- Ghraiiri, M., Loney, T., Pruna, R., Malliaropoulos, N., & Valle, X. (2019). Effect of poor cooperation between coaching and medical staff on muscle re-injury in professional football over 15 seasons. *Open access journal of sports medicine*, 10, 107.
- Gokeler, A., Benjaminse, A., & Dingenen, B. (2020). Return to Play After Sport Injuries. i W. Krutsch, H. O. Mayr, V. Musahl, F. Della Villa, P. M. Tscholl, & H. Jones (Red.), *Injury and Health Risk Management in Sports* (s. 91-96). Berlin: Springer.
- Gulbin, J. P., Croser, M. J., Morley, E. J., & Weissensteiner, J. R. (2013). An integrated framework for the optimisation of sport and athlete development: A practitioner approach. *Journal of sports sciences*, 31(12), 1319-1331.

- Güllich, A. (2017). International medallists' and non-medallists' developmental sport activities—a matched-pairs analysis. *Journal of sports sciences*, 35(23), 2281-2288.
- Henriksen, K. (2010). The ecology of talent development in sport: A multiple case study of successful athletic talent development environments in Scandinavia.
- Henriksen, K., Stambulova, N., & Roessler, K. K. (2010). Holistic approach to athletic talent development environments: A successful sailing milieu. *Psychology of sport and exercise*, 11(3), 212-222.
- Hickey, J. T., Timmins, R. G., Maniar, N., Williams, M. D., & Opar, D. A. (2017). Criteria for progressing rehabilitation and determining return-to-play clearance following hamstring strain injury: a systematic review. *Sports Medicine*, 47(7), 1375-1387.
- Hornig, M., Aust, F., & Güllich, A. (2016). Practice and play in the development of German top-level professional football players. *European Journal of Sport Science*, 16(1), 96-105.
- Howitt, D. (2019). *Introduction to qualitative research methods in psychology: Putting theory into practice*: Pearson UK.
- Hägglund, M., Waldén, M., Magnusson, H., Kristenson, K., Bengtsson, H., & Ekstrand, J. (2013). Injuries affect team performance negatively in professional football: an 11-year follow-up of the UEFA Champions League injury study. *British journal of sports medicine*, 47(12), 738-742.
- Ishøi, L., Aagaard, P., Nielsen, M. F., Thornton, K. B., Krommes, K. K., Hölmich, P., & Thorborg, K. (2019). The Influence of Hamstring Muscle Peak Torque and Rate of Torque Development for Sprinting Performance in Football Players: A Cross-Sectional Study. *International journal of sports physiology and performance*, 14(5), 665-673.
- Johannessen, A., Tuft, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (Vol. 4). Oslo: Abstrakt forlag.
- Jones, A., Jones, G., Greig, N., Bower, P., Brown, J., Hind, K., & Francis, P. (2019). Epidemiology of injury in English Professional Football players: A cohort study. *Physical therapy in sport*, 35, 18-22.
- Jones, C. M., Griffiths, P. C., & Mellalieu, S. D. (2017). Training load and fatigue marker associations with injury and illness: a systematic review of longitudinal studies. *Sports Medicine*, 47(5), 943-974.
- Kaiser, K. (2009). Protecting respondent confidentiality in qualitative research. *Qualitative health research*, 19(11), 1632-1641.
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*, 72(12), 2954-2965.
- Klein, C., Henke, T., Luig, P., & Platen, P. (2018). Leaving injury prevention theoretical? Ask the coach!—A survey of 1012 football coaches in Germany. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 48(4), 489-497.
- Krutsch, W., Lehmann, J., Jansen, P., Angele, P., Fellner, B., Achenbach, L., . . . Loose, O. (2020). Prevention of severe knee injuries in men's elite football by

- implementing specific training modules. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy*, 28(2), 519-527.
- Krutsch, W., Wormuth, F., & Schweinsteiger, T. (2018). Expectations and Responsibilities of Players and Team Coaches in the Return-to-Play Process. i V. Musahl, J. Karlsson, W. Krutsch, B. R. Mandelbaum, J. Espregueira-Mendes, & P. d'Hooghe (Red.), *Return to Play in Football: An Evidence-based Approach* (s. 793-809). Berlin: Springer.
- Kusenbach, M. (2003). Street phenomenology: The go-along as ethnographic research tool. *Ethnography*, 4(3), 455-485.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: an introduction to qualitative research interviewing*: Sage.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. udg.): Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, C. H., Alfermann, D., Henriksen, K., & Christensen, M. K. (2013). Successful talent development in soccer: The characteristics of the environment. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 2(3), 190.
- Larsen, C. H., Storm, L. K., Sæther, S. A., Pyrdol, N., & Henriksen, K. (2020). A world class academy in professional football. *Scandinavian Journal of Sport and Exercise Psychology*, 2, 33-43.
- Loose, O., Achenbach, L., Fellner, B., Lehmann, J., Jansen, P., Nerlich, M., . . . Krutsch, W. (2018). Injury prevention and return to play strategies in elite football: no consent between players and team coaches. *Archives of orthopaedic and trauma surgery*, 138(7), 985-992.
- Maestroni, L., Read, P., Bishop, C., & Turner, A. (2020). Strength and power training in rehabilitation: underpinning principles and practical strategies to return athletes to high performance. *Sports Medicine*, 50(2), 239-252.
- Matheson, G. O., Shultz, R., Bido, J., Mitten, M. J., Meeuwisse, W. H., & Shrier, I. (2011). Return-to-play decisions: are they the team physician's responsibility? *Clinical journal of sport medicine*, 21(1), 25-30.
- McCall, A., Carling, C., Davison, M., Nedelec, M., Le Gall, F., Berthoin, S., & Dupont, G. (2015). Injury risk factors, screening tests and preventative strategies: a systematic review of the evidence that underpins the perceptions and practices of 44 football (soccer) teams from various premier leagues. *British journal of sports medicine*, 49(9), 583-589.
- McCall, A., Carling, C., Nedelec, M., Davison, M., Le Gall, F., Berthoin, S., & Dupont, G. (2014). Risk factors, testing and preventative strategies for non-contact injuries in professional football: current perceptions and practices of 44 teams from various premier leagues. *British journal of sports medicine*, 48(18), 1352-1357.
- McCall, A., Davison, M., Andersen, T. E., Beasley, I., Bizzini, M., Dupont, G., . . . Dvorak, J. (2015). Injury prevention strategies at the FIFA 2014 World Cup: perceptions and practices of the physicians from the 32 participating national teams. *British journal of sports medicine*, 49(9), 603-608.
- McCall, A., Dupont, G., & Ekstrand, J. (2016). Injury prevention strategies, coach compliance and player adherence of 33 of the UEFA Elite Club Injury Study teams:

- a survey of teams' head medical officers. *British journal of sports medicine*, 50(12), 725-730.
- Musahl, V., Karlsson, J., Krutsch, W., Mandelbaum, B. R., Espregueira-Mendes, J., & d'Hooghe, P. (2018). *Return to Play in Football: An Evidence-based Approach*. Berlin: Springer.
- NESH. (2018, 04. december). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Niederer, D., Wilke, J., Vogt, L., & Banzer, W. (2018). Return to play after injuries: A survey on the helpfulness of various forms of assistance in the shared decision-making process in semiprofessional athletes in Germany. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 99(4), 690-698.
- O'Brien, J., & Finch, C. F. (2017). Injury prevention exercise programs for professional soccer: understanding the perceptions of the end-users. *Clinical journal of sport medicine*, 27(1), 1-9.
- O'Brien, J., Young, W., & Finch, C. (2017). The use and modification of injury prevention exercises by professional youth soccer teams. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 27(11), 1337-1346.
- Orchard, J. W. (2001). Intrinsic and extrinsic risk factors for muscle strains in Australian football. *The American journal of sports medicine*, 29(3), 300-303.
- Owen, A. L., Dunlop, G., Rouissi, M., Haddad, M., Mendes, B., & Chamari, K. (2016). Analysis of positional training loads (ratings of perceived exertion) during various-sided games in European professional soccer players. *International journal of sports science & coaching*, 11(3), 374-381.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlag.
- Raysmith, B. P., & Drew, M. K. (2016). Performance success or failure is influenced by weeks lost to injury and illness in elite Australian track and field athletes: a 5-year prospective study. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 19(10), 778-783.
- Read, P. J., Jimenez, P., Oliver, J. L., & Lloyd, R. S. (2018). Injury prevention in male youth soccer: current practices and perceptions of practitioners working at elite English academies. *Journal of sports sciences*, 36(12), 1423-1431.
- Scott, C. R. (2005). Anonymity in applied communication research: Tensions between IRBs, researchers, and human subjects. *Journal of Applied Communication Research*, 33(3), 242-257.
- Shrier, I., Safai, P., & Charland, L. (2014). Return to play following injury: whose decision should it be? *British journal of sports medicine*, 48(5), 394-401.
- Shultz, R., Bido, J., Shrier, I., Meeuwisse, W. H., Garza, D., & Matheson, G. O. (2013). Team clinician variability in return-to-play decisions. *Clinical journal of sport medicine*, 23(6), 456-461.
- Silverman, D. (2017). How was it for you? The Interview Society and the irresistible rise of the (poorly analyzed) interview. *Qualitative Research*, 17(2), 144-158.

- Silvers-Granelli, H. J., Bizzini, M., Arundale, A., Mandelbaum, B. R., & Snyder-Mackler, L. (2017). Does the FIFA 11+ injury prevention program reduce the incidence of ACL injury in male soccer players? *Clinical Orthopaedics and Related Research*®, 475(10), 2447-2455.
- Sæther, S. A. (2017). *De norske fotballtalentene: hvem lykkes og hvorfor?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Tee, J. C., McLaren, S. J., & Jones, B. (2020). Sports injury prevention is complex: we need to invest in better processes, not singular solutions. *Sports Medicine*, 50(4), 689-702.
- Thagaard, T. (2013). Den kvalitative metodens egenart. *Systematikk og innlevelse*, 4.
- Thorborg, K., Krommes, K. K., Esteve, E., Clausen, M. B., Bartels, E. M., & Rathleff, M. S. (2017). Effect of specific exercise-based football injury prevention programmes on the overall injury rate in football: a systematic review and meta-analysis of the FIFA 11 and 11+ programmes. *British journal of sports medicine*, 51(7), 562-571.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitativ forskningsmetode i praksis* (3. udg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Toohey, L. A., Drew, M. K., Cook, J. L., Finch, C. F., & Gaida, J. E. (2017). Is subsequent lower limb injury associated with previous injury? A systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*, 51(23), 1670-1678.
- Van Crombrugge, G., Duvivier, B. M., Van Crombrugge, K., Bellemans, J., & Peers, K. (2019). Hamstring injury prevention in Belgian and English elite football teams. *Acta orthopaedica Belgica*, 85(3), 373-380.
- Van Der Horst, N., Backx, F., Goedhart, E. A., & Huisstede, B. M. (2017). Return to play after hamstring injuries in football (soccer): a worldwide Delphi procedure regarding definition, medical criteria and decision-making. *British journal of sports medicine*, 51(22), 1583-1591.
- Vitale, J. A., Povia, V., Vitale, N. D., Bassani, T., Lombardi, G., Giacomelli, L., . . . La Torre, A. (2018). The effect of two different speed endurance training protocols on a multiple shuttle run performance in young elite male soccer players. *Research in Sports Medicine*, 26(4), 436-449.
- Waldén, M., Hägglund, M., Magnusson, H., & Ekstrand, J. (2016). ACL injuries in men's professional football: a 15-year prospective study on time trends and return-to-play rates reveals only 65% of players still play at the top level 3 years after ACL rupture. *British journal of sports medicine*, 50(12), 744-750.
- Zaffagnini, S., Grassi, A., Muccioli, G. M., Tsapralis, K., Ricci, M., Bragonzoni, L., . . . Marcacci, M. (2014). Return to sport after anterior cruciate ligament reconstruction in professional soccer players. *The Knee*, 21(3), 731-735.
- Zuke, W. A., Agarwalla, A., Go, B., Griffin, J. W., Cole, B. J., Verma, N. N., . . . Forsythe, B. (2018). The lack of standardized outcome measures following lower extremity injury in elite soccer: a systematic review. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy*, 26(10), 3109-3117.
- Aalberg, R. R., & Sæther, S. A. (2016). The Talent Development Environment in a Norwegian top-level football club. *Sport Science Review*, 25(3-4), 159-182.

Vedlæg

Følgende vedlæg er inkluderet i opgaven:

Vedlæg 1: Interviewguides

Vedlæg 2: Informationsskriv og samtykkeerklæring

Vedlæg 3: Godkendelse fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)

Vedlæg 1

Interviewguides

Medicin

Deskriptiv information:

Hvad var din indgang til at arbejde med elite fodbold?

Hvor lang tid har du arbejdet med elite fodbold?

Hvor længe har du været ansat her?

Profylaktisk indsats

Hvilke tiltag benytter i for at undgå skader?

- Hvorfor netop disse?
- Hvordan oplever du at de/denne indsats fungerer?

Hvem er ansvarlig for denne indsats?

- Hvorfor er netop denne ansvarlig?

Hvor meget tid benytter i ugentlig på skadeforebyggelse?

- Oplever du, at det er nok?
- Hvordan oplever du at den tid bliver brugt?

Hvordan oplever du at trænerstab og ledelse forholder sig til den skadeforebyggende indsats?

Hvordan oplever du at spillerne forholder sig til skadeforebyggelse?

Oplever du denne indsats som bidragende til udviklingen af den enkelte som fodboldspiller?

- Hvis ja - hvordan?

Hvordan påvirker denne indsats skader i løbet af sæsonen efter din mening?

Rehabilitering

Når en spiller bliver skadet – Hvordan forløber den proces fra skade til RTP typisk?

- Hvem diagnosticerer spilleren skadet/ikke tilgængelig?
- Hvordan oplever du at trænerstab og spillere forholder sig til at denne spiller er skadet?
- Hvor stor en del af træningen er denne spiller under rehabiliteringsforløbet?

Hvordan kan spilleren udvikle sig under et skadesforløb set fra dit perspektiv?

RTP:

Hvordan træffes beslutningen om at spilleren kan vende tilbage til spil igen?

- Hvordan oplever du at denne beslutning træffes?

Hvordan ville du optimalt have denne proces til at foregå?

Hvilken rolle har spilleren i denne beslutning?

Hvordan tror du at disse beslutninger påvirker spillerens karriere fremadrettet?

Samarbejde

Synes du at der er stor forskel på det du oplever som optimalt og virkeligheden i klubben?

- Hvordan kommer det til udtryk i dagligdagen?
- Hvad oplever du, der oftest er udfordringerne i praksis?

Oplever du at der er forskel på hvordan i samarbejder omkring en spiller alt efter hvem denne spiller er?

Hvordan oplever du at samarbejdet mellem de enkelte afdelinger af klubben fungerer?

- Hvordan oplever du at dette påvirker jobben din?
- Hvilken betydning tror du dette samarbejde har for spilleren og dennes udvikling?

Spiller

Deskriptiv information:

Hvad var din indgang til at blive professionel fodboldspiller?

Hvor lang tid har du spiller elite fodbold?

Hvor længe har du været i klubben her?

Profylaktisk indsats

Hvilke tiltag opfatter du, at klubben benytter for at undgå skader?

- Hvordan oplever du at de/denne indsats fungerer?

Hvem er ansvarlig for denne indsats?

Hvor meget tid benytter i ugentlig på skadeforebyggelse?

- Oplever du, at det er nok?
- Hvordan oplever du at den tid bliver brugt?

Hvordan oplever du at medicinsk indsats og ledelsen forholder sig til den skadeforebyggende indsats?

Hvordan oplever du at spillerne forholder sig til skadeforebyggelse?

Oplever du denne indsats som bidragende til udviklingen af den enkelte som fodboldspiller?

- Hvis ja - hvordan?

Hvordan påvirker denne indsats skader i løbet af sæsonen efter din mening?

Rehabilitering

Når man som spiller bliver skadet – hvad tænker man så?

- Hvordan føles det på kroppen?
- Hvordan oplever du at træner og medicinsk stab forholder sig til at du er skadet og ikke tilgængelig for træning og kamp?
- Hvor stor en del af træningen oplever du at være under rehabiliteringsforløbet?

Hvordan kan man udvikle sig som fodboldspiller under et skadesforløb set fra dit perspektiv?

RTP:

Hvordan træffes beslutningen om at spilleren kan vende tilbage til spil igen?

- Hvordan oplever du at denne beslutning træffes?

Hvordan ville du optimalt have denne proces til at foregå?

Hvilken rolle har du som spiller denne beslutning?

Hvordan tror du at disse beslutninger påvirker din karriere fremadrettet?

Samarbejde

Synes du at der er stor forskel på det du oplever som optimalt og virkeligheden i klubben?

- Hvordan kommer det til udtryk i dagligdagen?
- Hvad oplever du, der oftest er udfordringerne i praksis?

Oplever du at der er forskel på hvordan i samarbejder omkring en spiller alt efter hvem denne spiller er?

Hvordan oplever du at samarbejdet mellem de enkelte afdelinger af klubben fungerer?

- Hvordan oplever du at dette påvirker dig som spiller?
- Hvilken betydning tror du dette samarbejde har for din fremtidige udvikling?

Træner

Deskriptiv information:

Hvad var din indgang til at arbejde med elite fodbold?

Hvor lang tid har du arbejdet med elite fodbold?

Hvor længe har du været ansat her?

Profylaktisk indsats

Hvilke tiltag benytter i for at undgå skader?

- Hvorfor netop disse?
- Hvordan oplever du at de/denne indsats fungerer?

Hvem er ansvarlig for denne indsats?

- Hvorfor er netop denne ansvarlig?

Hvor meget tid benytter i ugentlig på skadeforebyggelse?

- Oplever du, at det er nok?
- Hvordan oplever du at den tid bliver brugt?

Hvordan oplever du at medicinsk indsats og ledelsen forholder sig til den skadeforebyggende indsats?

Hvordan oplever du at spillerne forholder sig til skadeforebyggelse?

Oplever du denne indsats som bidragende til udviklingen af den enkelte som fodboldspiller?

- Hvis ja - hvordan?

Hvordan påvirker denne indsats skader i løbet af sæsonen efter din mening?

Rehabilitering

Når en spiller bliver skadet – Hvordan forholder du dig som træner til dette?

- Hvordan påvirker det dit arbejde når en spiller bliver konstateret ikke tilgængelig?
- Hvordan oplever du at spillere og medicinsk stab forholder sig til at denne spiller er skadet?
- Hvor stor en del af træningen er denne spiller under rehabiliteringsforløbet?

Hvordan kan spilleren udvikle sig under et skadesforløb set fra dit perspektiv?

RTP:

Hvordan træffes beslutningen om at spilleren kan vende tilbage til spil igen?

- Hvordan oplever du at denne beslutning træffes?

Hvordan ville du optimalt have denne proces til at foregå?

Hvilken rolle har spilleren i denne beslutning?

Hvordan tror du at disse beslutninger påvirker spillerens karriere fremadrettet?

Samarbejde

Synes du at der er stor forskel på det du oplever som optimalt og virkeligheden i klubben?

- Hvordan kommer det til udtryk i dagligdagen?
- Hvad oplever du, der oftest er udfordringerne i praksis?

Oplever du at der er forskel på hvordan i samarbejder omkring en spiller alt efter hvem denne spiller er? Hvis ja – Hvordan?

Hvordan oplever du at samarbejdet mellem de enkelte afdelinger af klubben fungerer?

- Hvordan oplever du at dette påvirker jobben din?
- Hvilken betydning tror du dette samarbejde har for spilleren og dennes udvikling?

Vedlæg 2

Informationsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

Den medisinske stabs rolle i ferdighet- og prestasjonsutvikling?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan den medisinske innsats oppleves varetatt i en norsk elite fotballklubb og hvilken påvirkning dette har på ferdighet- og prestasjonsutvikling. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Å undersøke hvordan den medisinske innsats oppleves varetatt i en norsk elite fotballklubb sett i lys av en «shared-decision-making-proces» og hvilken påvirkning denne prosessen oppleves at have på spillernes ferdighet- og prestasjonsutviklingsmuligheter. Ved å benytte funnene fra dette masterprosjektet vil den medisinske avdelings innflytelse på ferdighet- og prestasjonsutvikling forsøkes beskrevet ut ifra ATDE-modellens (Athletic Talent Development Environment) perspektiv?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Tekniske og Naturvitenskapelige Universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget til dette prosjektet er valgt på bakgrunn av de enkelte individers innsikt, kunnskap erfaring på området. Derfor er utvalget også spesifisert til en og samme klubb, da ønsket er at undersøke, hvordan nettopp denne klubben varetaker de medisinske oppgavene samt hvordan samarbeidet mellom de enkelte interessenter foregår.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltaker i et intervju a sirka 30-45 minutters varighet, hvor temaet vil omhandle din opplevelse av den medisinske innsats oppleves varetatt samt, hvordan denne påvirker din jobb og spillernes ferdighet- og prestasjonsutviklingsmuligheter. Dette intervjuet vil bli lydopptatt og supplert med notater, for senere at blive transkribert og analysert.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Din informasjon vil utelukkende være tilgjengelig for masterstudent Mads Noesgaard og veileder Stig Arve Sæther i prosjektet og vil blive anonymisert, således at du som deltaker ikke vil kunne blive identifisert. Selve lydopptaket vil lagres på en kodenøkkel separat fra transkriberingen av intervjuet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet forventes avsluttet i juni 2021, hvorefter alle personopplysninger og identifiserbare data umiddelbart blir slettet. Etter prosjektet er avsluttet vil der publiseres en oppgave, der vil kunne leses av de som ønsker det.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges Tekniske og Naturvitenskapelige Universitet – Institutt for sosiologi og statsvitenskap har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Masterstudent Mads Noesgaard 902 89 763, epost madsrn@stud.ntnu.no
- Stig Arve Sæther, Førsteamanuensis, Idrettsvitenskap, Institutt for sosiologi og statsvitenskap epost stigarve@ntnu.no
- Vårt personvernombud: personvernombud@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Stig Arve Sæther

Masterstudent
Mads Noesgaard

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Den medisinske stabs rolle i ferdighet- og prestasjonsutvikling, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlæg 3

Godkendelse fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)

24.6.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Den medisinske stabs rolle i ferdighet- og prestasjonsutvikling

Referansenummer

678375

Registrert

21.01.2021 av Mads Røgen Noesgaard - madsrn@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Stig Arve Sæther, stigarve@ntnu.no, tlf: 92011842

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Mads Røgen Noesgaard, madsroegen@gmail.com, tlf: 90289763

Prosjektperiode

01.01.2021 - 30.06.2021

Status

09.06.2021 - Vurdert

Vurdering (2)

09.06.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 07.06.2021.

Vi har nå registrert 30.06.2021 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

02.03.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 02.03.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d),

integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

