

Kristian Sollibø Fjelldal

Exploring the Complexities of 'Stay and Play' Decisions in Professional Football: An On-Field Assessment Perspective

Masteroppgave i MIDR
Veileder: Ingar Mehus
Mai 2023

Kristian Sollibø Fjelldal

Exploring the Complexities of 'Stay and Play' Decisions in Professional Football: An On-Field Assessment Perspective

Masteroppgave i MIDR
Veileder: Ingar Mehus
Mai 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Masteroppgaven «Exploring the Complexities of 'Stay and Play' Decisions in Professional Football: An On-Field Assessment Perspective» består av to deler. I den første delen av dette dokumentet presenteres en kappe som legger frem et uttømmende teoretisk rammeverk og metodiske refleksjoner, bygget rundt artikkelen som finnes i del 2. Artikkelen er skrevet etter malen til journalen «Qualitative Research in Sport, Exercise and Health», og omhandler «stay and play» avgjørelser som gjøres i de pressede omgivelsene av fotballkamper.

Stay and play er et begrep som blir benevnt som en underkategori av «return to play» (RTP), og baserer seg på valg som gjøres i løpet av få minutter der skadeidentifisering, alvorlighet av skaden og balansen mellom gevinst og konsekvenser med å fortsette å spille blir vurdert. Tidligere forskning indikerer at grad av kommunikasjonskvalitet og samarbeid kan forutsi skadefrekvens i et fotballag, og at lavere skadebyrde i et lag assosieres med høyere ligaplassering. Samtidig indikerer risikokulturen i idretten at spillere på elitenivå har en tendens til å spille med skader, for å oppnå høyere sportslig suksess. Paradoksalt nok, kan det å spille med små skader resultere i mer alvorlige skader, som igjen leder til et lengere skadeavbrekk og dermed fratrar spilleren muligheten til å oppnå suksess. Det medisinske apparatet i elite fotballklubber står ovenfor en mengde etiske vurderinger i stay and play situasjoner, hvorav rivalene helse og idrett står i sentrum. Målet med idrett er suksess mens målet for helse er velvære, og jakten på suksess kan true målet om god helse.

Denne undersøkelsen baserer seg på det medisinske apparatets vurderinger i den komplekse situasjonen av stay and play avgjørelser ute på fotballbanen. Datainnsamlingen ble gjort ved bruk av et fokusgruppeintervju med 4 medlemmer av et medisinsk apparat i en norsk elite fotballklubb. Resultatene viser at avgjørelsene som tas ikke utelukkende baserer seg på utøverens helsestatus, men heller en kombinasjon av en rekke elementer. Eksempelvis, når det spilles kamper der seier vil resultere i store finansielle midler, uttrykte det medisinske apparatet at de var villige til å «tøye strikken» for å holde en viktig, skadet spiller ute på banen. Hver situasjon er unik og krever vurdering av en rekke faktorer, som spillerbevissthet, helsehistorie, skadealvorlighet og økonomiske fordeler ved å beholde en spiller på banen. I situasjoner der eksterne faktorer spillere inn, må det medisinske apparatet vurdere risiko og fordeler ved å la en spiller fortsette å spille etter å ha pådratt seg en mindre skade. Totalt sett understreker studien viktigheten av spilleres velvære og behovet for nøye vurderinger av flere elementer når man tar beslutninger om å la en spiller fortsette å spille med mindre skader.

Abstract

The master's thesis "Exploring the Complexities of 'Stay and Play' Decisions in Professional Football: An On-Field Assessment Perspective" consists of two parts. The first part of this document presents an introduction that provides a comprehensive theoretical framework and methodological reflections, built around the article found in part 2. The article is written in the template of the journal "Qualitative Research in Sport, Exercise and Health" and addresses the "stay and play" decisions made in the high-pressure environment of football matches.

Stay and play is a term referred to as a subcategory of "return to play" (RTP) and is based on choices made within minutes where injury identification, injury severity, and the balance between the benefits and consequences of continuing to play are evaluated. Previous research indicates that the quality of communication and cooperation between stakeholders can predict injury rates within a football team, and that lower injury burden is associated with higher league rankings. However, the risk culture in sports suggests that elite-level players tend to play with injuries to achieve higher athletic success. Paradoxically, playing with minor injuries can result in more serious injuries that leads to a longer recovery period, denying the player of the opportunity to achieve success. The medical staff in elite football clubs face a multitude of ethical considerations in stay and play situations, where the rival goals of health and sport intersect. The goal of sports is success, while the goal of health is well-being, and the pursuit of success can jeopardize the goal of well-being.

This study is based on the evaluations of the medical staff in the complex situation of stay and play decisions on the football field. Data collection was conducted through a focus group interview with four members of the medical staff from a Norwegian elite football club. The results show that the decisions made are not solely based on the player's health status but rather a combination of several factors. For example, in matches where a win would result in significant financial gains, the medical staff expressed a willingness to "push the limits" to keep an important injured player on the field. Each situation is unique and requires consideration of various factors, such as player awareness, health history, injury severity, and the financial benefits of keeping a player on the field. In situations where external factors come into play, the medical staff must carefully assess the risks and benefits of allowing a player to continue playing after sustaining a minor injury. Overall, the study emphasizes the importance of player well-being and the need for careful considerations of multiple factors when making decisions about allowing a player to continue playing with minor injuries.

Forord

Det er med stor glede og stolthet at jeg presenterer denne masteroppgaven, som representerer avslutningen på et fint 2-årig masterstudie. Skriveprosessen i seg selv har vært en berg-og-dalbane der det har vært flere daler enn berg, noe som jeg selv føler har ført til mer kvalitet i oppgaven. Temaet jeg har skrevet om hadde jeg ingen forkunnskaper rundt, så hele prosessen har vært veldig lærerik og spennende.

I ettertid er jeg klar over at jeg siktet litt høyere etter informanter enn hva som muligens er gunstig. Men jeg er veldig takknemlig for at det løste seg, så takk til de informantene som deltok i studien. Jeg ønsker også å rette en varm takk til min veileder, Ingar Mehus, for den uvurderlige støtten og veiledningen gjennom hele masteroppgaven. Din faglige ekspertise, innsikt og oppmuntring har vært avgjørende for at jeg har kunnet navigere gjennom utfordringene og utvikle en solid og kvalitetsrik oppgave.

Kristian Sollibø Fjelldal

Mai 2023

Trondheim

Innhold

Forkortelser/symboler	x
1 Innledning	11
2 Teoretisk rammeverk	13
2.1 Stay and play	14
2.1.1 Skader i fotball	14
2.1.2 Avgjørelsen	14
2.1.3 Press og risikokultur	16
2.2 Synergisk suksess: Kommunikasjon, samarbeid og lederskap	17
2.2.1 Kommunikasjonskvalitet som avgjørende faktor	17
2.2.2 Interessekonflikt: utfordringer i samarbeid	18
2.2.3 Lederskapets rolle i skadereduksjon	19
2.3 Sammenfatning	19
3 Metode	20
3.1 Valg av metode	20
3.1.1 Datainnsamling	20
3.1.2 Utvalg	20
3.1.3 Intervjuet	21
3.1.4 Analyse	22
3.2 Metodologiske refleksjoner	23
3.2.1 Gyldighet	23
3.2.2 Pålitelighet	24
3.2.3 Overførbarhet	24
3.2.4 Forskerens ståsted	25
4 Metodisk diskusjon	26
Referanser	28
5 Artikkel	31

Forkortelser/symboler

RTP	Return to play, veien fra skadet til skadefri.
Stay and play	Handlinger som bidrar til å beholde en utøver i konkurransen.
Time-loss skader	Skader som resulterer i fravær fra fotball i lenger enn 7 dager.
Non-time-loss skader	Skader som ikke resulterer i fravær fra fotball i lenger enn 7 dager.
11-er	Et fotballags 11 spillere ute på banen.
Re-injuries	Skader som oppstår på nytt, etter en opprinnelig skade.
Symptomatisk terapi	Behandling som har mål om å lindre symptomer.
Konservativ behandling	Terapeutiske behandlingsformer, f.eks. fysioterapi.

1 Innledning

Mindre skader har en høy forekomst i profesjonell fotball og mangler tilstrekkelig forskning (Krutsch, et al., 2018). Det har blitt bevist at skader som slås opp, eller små skader som eskalerer, resulterer i betydelig lenger skadeavbrekk sammenlignet med den opprinnelige skaden (Ekstrand, et al., 2020). Derfor er små skader, som resulterer i stay and play avgjørelser ute på banen et essensielt felt som må tas med høy grad av alvorlighet (Krutsch, et al., 2018). Inkludert i disse avgjørelsene finner vi en rekke utfordringer basert på etikk, risikokultur, press, kommunikasjon mellom interessenter og kontekstbasert problematikk (Dunn, et al., 2007; Arent & Walker, 2017; Ekstrand, et al., 2019; Pike Lacy, et al., 2020; Ghrairi, et al., 2019; Nixon, 1996).

Stay and play blir beskrevet som en prosess der en avgjørelse skal tas vedrørende en spiller skal fortsette å spille kampen eller ikke. I denne prosessen finnes det ulike steg av behandling fra det medisinske apparatet ute på banen, som tillater at litt skadde utøvere fortsetter å spille kampen (Krutsch, et al., 2018). Integret i disse stegene er kommunikasjon med utøveren. Det utgjør en annen dimensjon av problematikk, som er tilknyttet risikokulturen i eliteidrett. Arent & Walker (2018) understreker at utøvere har en tendens til å underrapportere alvorligheten av skader som et resultat av denne risikokulturen. Det å være en tøff utøver kan være en sterk drivkraft som kan overdøve sunn fornuft rundt helse og risiko.

Etikken i idrettsmedisin er et bredt og kompleks felt innenfor medisin (Anderson, 2003). Det medisinske apparatet i profesjonelle fotballklubber står ovenfor avgjørelser som impliserer deres yrkesrelaterte ansvarsområder innenfor helse, samtidig som idrettsrelaterte faktorer kan påvirke helserelaterte mål (Dunn, et al., 2007; Creighton, et al., 2010). Stay and play avgjørelsen inneholder en rekke elementer som til sammen utgjør det ferdige produktet av skadeledelse (Krutsch, et al., 2018; Anderson, 2003). Spillersikkerhet, skadens alvorlighet, helsehistorie, posisjon og viktigheten av spilleren, samt tiden som gjenstår av kampen er noen av aktualitetene (Ardern, et al., 2016; Ueblacker, et al., 2015; Krutsch, et al., 2018; Gajhede, et al., 2013). Dette gjør at det medisinske apparatet må vurdere hver situasjon eksklusivt basert på disse faktorene og hva som veier mest i enhver situasjon, og alt dette i løpet av få minutter ute på banen (Krutsch, et al., 2018).

Første del av dette dokumentet er en kappe til artikkelen som er skrevet med utgangspunkt i malen til journalen «Qualitative Research in Sports, Exercise and Health» og finnes i andre del. Tittelen på artikkelen er «Exploring the Complexities of 'Stay and play' Decisions in Professional Football: An On-Field Assessment Perspective», og presenteres i kapittel 5 i dette dokumentet. Forskningsspørsmålet er formulert etter målet med undersøkelsen og består av tre delmål: (1) avdekke det medisinske apparatets vurderinger i tilknytning til avgjørelser om en spiller kan fortsette å spille, eller må bli byttet ut på bakgrunn av skader eller smerter som oppstår i en fotballkamp. (2) hvordan ulike typer press kan påvirke beslutningstakingen på banen og eventuelt muligheten for å redusere effekten av dette presset. (3) undersøke om «stay and play» prosedyrer blir påvirket av konteksten og omstendighetene de utføres i. I artikkelen har jeg presentert alt av resultat fra datainnsamlingen og analysen av materialet er innbakt i

tidligere forskning og faglitteratur. Derfor vil kappen basere seg på uttømmende teoretisk rammeverk, samt metodiske valg og begrunnelser.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverket for denne oppgaven, hvor det må bemerkes at det finnes lite forskning på det spesifikke fagtermet "stay and play". Fagfeltet som beskrives i dette kapitlet er i stor grad empirisk drevet, i stedet for tydelige teoretiske modeller. Noe som gjør at tidligere nærliggende forskning må anvendes og relateres til «stay and play» problematikk. Fenomenet kan tolkes gjennom nærliggende fagområder som «return to play» (RTP), etikk i idrettsmedisin, samarbeid og kommunikasjonskvalitet. Forskningen til Ekstrand et al. (2020) henviser til at noen av de vanligste skadene som oppstår i fotball, resulterer i et skadeavbrekk på 7 dager eller mindre. Dette er innenfor det Krutsch et al. (2018) kategoriserer som non-time-loss skader, og som kvalifiserer til stay and play avgjørelse. Samtidig har Ueblacker et al. (2015) funnet at skader oftest oppstår under kamp, og Ekstrand et al. (2019, 2018) og Ghrairi et al. (2019) forsket på sammenhenger mellom kommunikasjonskvalitet mellom interessenter, treneres lederskap og effekten av dårlig samarbeid i forhold til skader. Funn fra disse studiene viser at et klubbssystem bygget på solidariske prinsipper bidrar til å redusere antall skader. Denne sammensetningen, i tillegg til etikk innenfor idrettsmedisin (Dunn, et al., 2007) og risikokultur (Arent & Walker, 2018) utgjør noe av det empiriske feltet som anvendes for å danne et bilde av den komplekse stay and play situasjonen. Krutsch et al. (2018) sin teoretiske tilnærming av stay and play blir også aktivt anvendt i denne sammenhengen.

Tidligere forskningsarbeid har ikke lyktes i å standardisere RTP kriterier, beslutninger og etiske retningslinjer. En fellesnevner i forskningsfeltet er imidlertid differensieringen mellom «time-loss» og «non-time-loss» skader (Arderne, et al., 2016; Creighton, et al., 2010; Van der Horst, et al., 2017; Ekstrand, et al., 2020; Krutsch, et al., 2018). Time-loss skader kjennetegnes med at skaden fører til at utøveren går glipp av minst én kamp, mens non-time-loss skader knyttes til skader der utøveren ikke mister noen kamper. Videre knytter Krutsch et al. (2018) disse begrepene til RTP og stay and play, hvor stay and play prosedyrer er knyttet til non-time-loss skader, der utøveren ikke mister noen kamper etter skaden. Stay and play blir beskrevet som «mindre» RTP prosedyrer og utføres ofte i forbindelse med skader som oppstår under kamper. Non-time-loss skader og beslutningsprosessen har stadig blitt oversett i forskningslitteraturen, til tross for deres høye forekomst (Ekstrand, et al., 2020) og at spill med små skader representerer en viktig faktor for utviklingen av kroniske smerter og noen ganger også alvorlige skader (Krutsch, et al., 2018). Krutsch et al. (2018) reflekterer over at differensieringen mellom time-loss og non-time-loss skader er kilden til undervurderingen av forskningsområdet i non-time-loss skader og deres potensielle behandling- og beslutningsmetoder.

Etiske utfordringer oppstår i feltet av idrettsmedisin, på grunn av den potensielle interessekonflikten mellom helsemål og målet om idrettslig suksess. Jaget etter suksess kan ofte gå foran, på bekostning av helse og velvære (Dunn, et al., 2007; Nixon, 1996; Arnt & Walker, 2018). Risikokulturen i idrett kan gjenkjennes med utøveres villighet til å spille når de er skadet, for å oppnå suksess. Videre har denne holdningen ytterligere økt den perifere forventningen i miljøet, om at utøvere skal «bite tennene sammen» og spille gjennom smertene (Arent & Walker, 2018). Risikokulturen er en bred og innflytelsesrikt

element som også kan påvirke det medisinske apparatet som arbeider i dette elite-miljøet til å ta større risikoer, ettersom det er forankret i kulturen.

Det er mange faktorer involvert i beslutningstakingen vedrørende om en spiller skal fortsette å spille eller ikke etter en skade (Krutsch, et al., 2018). Når det medisinske apparatet løper ut på banen for å identifisere og behandle en skadet spiller, kan press oppstå (Dunn, et al., 2007; Pike Lacy, et al., 2019). Spilleren er i posisjon til å holde tilbake informasjon om smerter (Arent & Walker, 2018; Baugh, et al., 2020; Overbye, 2020; Nixon, 1996). Viktigheten av kampen, sammen med finansielle fordeler kan forstyrre det medisinske apparatets etiske forpliktelser, som er å sikre trygghet for spillere gjennom et helseperspektiv (Dunn, et al., 2007; Krutsch, et al., 2018; Creighton, et al., 2010). I tillegg, kan også kommunikasjonskvalitet og samarbeid mellom spiller og medisinsk apparat påvirke beslutningstakingen (Ghraiiri, et al., 2018; Ekstrand, et al., 2018, 2019).

2.1 Stay and play

2.1.1 Skader i fotball

Identifisering av skader kan være problematisk, og innenfor temaet stay and play skal denne skadeidentifiseringen foregå på 2-3 minutter ute på banen, midt i en kamp. Ueblacker et al. (2015) fant i sin studie om direkte og indirekte skader hos fotballspillere, at fra 2287 registrerte lårskafer fra 30 lag over 12 år oppsto 60% av alle indirekte skader og 76% av alle direkte skader under kamp. Krutsch et al. (2018) har utarbeidet et utgangspunkt for håndtering av stay and play situasjoner, og prosedyren inneholder skadedefinisjoner og beslutningstaking.

De tre typer skadene som blir beskrevet, medfølger hver sin prosedyre for stay and play. (1) alle små skader med umiddelbar RTP i løpet av samme kamp (intet bytte), stay and play prosedyre 1: førstehjelp på banen. (2) alle små skader som involverer at spilleren byttes ut, men kan delta på neste fotballtrening, stay and play prosedyre 2: førstehjelp på banen + klinisk diagnose + symptomatisk terapi. (3) alle små skader som involverer noen få dager fravær fra fotballtrening, men deltakelse i neste tellende kamp, stay and play prosedyre 3: førstehjelp på banen + klinisk diagnose + utelukkelse av mer alvorlige skader + konservativ behandling + RTP test i den siste treningen før neste kamp (Krutsch, et al., 2018).

De mest vanlige småskadene i fotball er skader på et mikroskopisk nivå, eller irritasjon på vev, og er derfor typiske motiv for stay and play avgjørelser (Krutsch, 2020). Samtidig representerer disse skadene en viktig forklaring på kroniske plager og utviklingen av alvorlige skader (Krutsch, et al., 2018). Medisinsk personell i elitefotballen står ovenfor et enormt press til å klargjøre spillere for trening og kamper så fort som mulig, samtidig som prematur RTP kan lede til re-injury og mer alvorlige skader (Ekstrand, et al., 2020). Derfor må det medisinske apparatet, sammen med spilleren balansere gevinsten av å fortsette, samt de mulige konsekvensene med å fortsette (Creighton, et al., 2010; Ardern, et al., 2016; Hägglund, et al., 2016).

2.1.2 Avgjørelsen

Krutsch et al. (2018) beskriver ulike steg i stay and play alvorlighetsgrad og deres respektive foreslåtte utslag, samt hvordan beslutningstakingen kan gjennomføres på en fornuftig måte. Steg 1: hvis en spiller får en smell i en kamp må det medisinske apparatet analysere det aktuelle området på kroppen og alvorligheten av skaden. Hvis

bevegelse og funksjon er normalt og spilleren kan utføre fotballspesifikke bevegelser uten problemer, kan det medisinske apparatet gjennomføre nødvendig førstehjelp og spilleren kan fortsette å spille, i tilknytning til steg 1 er spilleren hoved-beslutningstaker. Steg 2: hvis spilleren halter, viser begrenset bevegelse eller noen andre tegn til skader som medfører at spilleren ikke kan fortsette på et høyt nivå, bør spilleren byttes ut og det bør gjennomføres uttømmende undersøkelser etter kampen, i steg 2 er spilleren også hoved-beslutningstaker, i tillegg til det medisinske apparatets godkjenning. Steg 3: hvis den medisinske undersøkelsen etter kampen viser at den skadede utøveren ikke kan delta på neste trening, bør detaljerte undersøkelser gjennomføres de påfølgende dagene. Videre bør spilleren gjennomgå et treningsopplegg i regi av det medisinske apparatet, med mål om å delta i neste tellende kamp. I steg 3 er det hovedtreneren som er hoved-beslutningstaker, i tilknytning til tester på siste trening før kamp, om spilleren er klar og godkjenning fra det medisinske apparatet.

Alle avgjørelser som tas er basert på en balanse mellom gevinst og konsekvenser. I idretten er denne balansen en spesiell utfordring, der gevinster kan påvirke hva en utøver vurderer som en akseptabel risiko å ta til enhver tid (Creighton, et al., 2010). En form for gevinst med å beholde spilleren på banen, kan være at denne spilleren kanskje blir betraktet som «den beste» på laget, og at det er en viktig kamp. Samtidig vil avgjørelsen om at spilleren skal fortsette å spille kampen, med skaden eller smertene, kunne lede til en mer alvorlig skade og et mye lengere skadeavbrekk (Krutsch, et al., 2018), det igjen vil være en stor konsekvens. Viktigheten av kampen har blitt beskrevet som en viktig kontekstuell faktor for å vurdere hvor mye risiko man er villige til å ta rundt avgjørelsen. Det vil innebefatte at en seier i kampen kan resultere i store finansielle midler eller stor prestisje, eksempelvis en play-off kamp til champions league. En mindre viktig kamp der en spiller blir skadet, gjør det enklere å avgjøre å bytte ut og hvile spilleren (Creighton, et al., 2010).

Definerte roller i beslutningsprosessen er en viktig faktor for å koordinere informert samtykke blant alle interessenter, og viktigst mellom medisinsk apparat og spiller (Ardern, et al., 2016). Som Dunn et al. (2007) påpeker, kan adrenalin og redusert dømmekraft påvirke en utøver i retningen av mindre fornuftige avgjørelser. Derfor er det det medisinske apparatets oppgave å informere om eventuelle risikoer i tilknytning til å fortsette å spille med smerter eller skader (Creighton, et al., 2010). For å delegere roller og opprette ansvarsområder er tillit fundamentalt (Baugh, et al., 2020), og i moderne klinisk praksis er det fordelaktig å benytte delt beslutningstaking mellom alle interessenter. Dersom utøveren står ovenfor helserisiko, bør man imidlertid se til det medisinske apparatets helsekompetanse og overlate de størst innflytelse på avgjørelsen (Ardern, et al., 2016).

Beslutningsprosessen vedrørende stay and play involverer flere faktorer som påvirker de involverte interessentene. Det er derfor naturlig at alle bistår med sin unike ekspertise i den endelige avgjørelsen. Eksempelvis vil utøveren være den som kjenner på smertene og kan veilede det medisinske apparatet, det medisinske apparatet kan bruke sin ekspertise til å identifisere skader og utføre hurtig behandling. Hovedtreneren kan vurdere ferdighets- og prestasjonsmessige momenter, vedrørende nedsatt fysisk funksjon eller mangel på konsentrasjon (Krutsch, et al., 2018). Samtidig må utøveren, treneren og det medisinske apparatet sammen definere stay and play suksess, i form av hva de anser som suksess. Utøveren kan definere suksess ut ifra hvor raskt han er klar til å spille igjen, treneren kan definere suksess ut ifra hvor bra utøveren presterer med-

eller etter skaden og det medisinske apparatet kan definere suksess ut ifra hvor skadefri, eller hvor godt de har forhindret en eventuell ny skade (Arderne, et al., 2016).

Uansett situasjon bør det medisinske apparatet ute på banen opprettholde effektiv kommunikasjon i sann tid med trenerteamet og andre medisinsk personell på benken for å sikre optimal beslutningstaking (Ekstrand, et al., 2019, 2018; Ghrairi, et al., 2019; Pike Lacy, et al., 2020). Dersom involverte interessenter deler ensidige oppfattelser rundt risiko og gevinster, vil det være lettere å gjøre en samkjørt avgjørelse. Samtidig må alle stay and play situasjoner ta konteksten til betraktning. Medisinpraksis i et eliteidrettmiljø er ingen enkel affære. Hver situasjon må vurderes sak for sak, og er sjeldent like (Krutsch, et al., 2018). Delt beslutningstaking mellom interessenter virker å være en rasjonell tilnærming til vanskelige situasjoner (Krutsch, et al., 2018; Van der Horst, et al., 2017; Ghrairi, et al., 2019; Ekstrand, et al., 2018;2019). Og dersom spilleren selv skal involveres i avgjørelsen, og ha selvbestemmelse over egen fotballkarriere, bør det ligge informert samtykke til grunn (Dunn, et al., 2007). I tillegg kan det oppstå eksterne faktorer som leder både spiller, trener og det medisinske apparatet til å ta avgjørelser basert på et annet grunnlag. I en kampsituasjon med mange tilskuere på tribunen, TV sending, flomlys og begrenset tid, kan det oppstå enorme mengder press rundt avgjørelsen.

2.1.3 Press og risikokultur

Press under beslutningstaking er ikke optimalt. Selv om visse typer press er uunngåelige, bør det gjøres en innsats for å minimere andre, for eksempel det som pålegges av hovedtreneren. Hovedtreneren kan tilnærme seg skadesituasjoner under kamper med hovedfokus på kampsituasjonen og andre prestasjonsmessige vurderinger, i stedet for den langsiktige helsen til utøveren og risikoen med å fortsette å spille (Dunn, et al., 2007). En klubbs ligaposisjon kan videre problematisere dette, hvor hovedtreneren kan tenke at han kan få fyken hvis laget ikke presterer. I et slikt scenario kan lagprestasjoner gå foran individuelle spillers helsesituasjon og viktige spillere som blir skadet kan bli ofret for å opprettholde en ferdighetsmessig sterk 11-er. Hovedtreneren kan uttrykke et ønske om å la viktige spillere spille hele kampen, til tross for skader. Dette påfører press på det medisinske apparatet som legger sitt hovedfokus på spillernes helsesituasjon, i stedet for kortsiktig idrettsgevinst (Pike Lacy, et al., 2020). Selv om det medisinske apparatets hovedoppgave er å sikre god helse og velvære blant utøverne, er de også ansatt i en klubb som ønsker å generere gode prestasjoner, og det kan skape etiske dilemmaer (Dunn, et al., 2007). Spilleren kan også selv ønske å fortsette å spille, og dermed holde tilbake informasjon om smerter, noe som resulterer i at det medisinske apparatet ikke kan gjøre en informert beslutning. Som en del av risikokulturen vil også spillere ha en «tøff» tilnærming til skader, både fordi det er forventet i miljøet (Arent & Walker, 2018), men det kan også komme som et press fra både lagkamerater og trenere. Det å være «tøff» og «tåle en trøkk» kan bli verdsatt i et idrettsmiljø, og det kan påvirke hvorvidt spilleren beholder plassen sin på laget ved at trenere verdsetter spillere som «blør for drakta» (Overbye, 2021).

Ofte avgjøres valget om spilleren skal fortsette å spille eller ikke i løpet av få minutter. Den korte tiden gjør at mange avgjørelser tas med minimal mengde informasjon om det faktiske skadeomfanget (Arderne, et al., 2016; Krutsch, et al., 2018). Dommere legger til en viss mengde tid i skadesituasjoner under kamper, men gir ofte også beskjed om at skadeutredningen og eventuell behandling må skje utenfor banen slik at spillet kan fortsette. Dette kan resultere i et tidspress som gjenspeiles i konsekvensen om at laget spiller med 10 mann til det er gjort en avgjørelse. Overbye (2021) fant at en stor del av

utøvere er villige til å trosse smertene i «riktige» omstendigheter. Viktigheten av kampen viser sammenheng med hvor mye risiko utøvere er villige til å ta, og en form for risiko kan da være det å spille med smerter fordi utøveren er klar over at hvis han setter seg ned kan det resultere i at laget må spille med 10 mann på banen i en stund. En mulig løsning på dette problemet ble forsøkt under fotball VM i 2022, der en form for effektiv spilletid ble tatt i bruk, der dommere la til bortimot like mange tilleggsminutter som det var stopp i spillet. En slik tilnærming vil sannsynligvis drastisk redusere tidspress på medisinske utredninger.

Risikokulturen i dagens eliteidrett er et helomfattende miljø der tilskuere, spillere, medisinsk apparat og trenere deler forutinntatte holdninger om smerter og skader. På lik linje som spillere ser på det å spille gjennom smertene som en del av jobben, kan også miljøet lede det medisinske apparatet og trenere mot den samme holdningen, og utøvere som ikke er villige til å spille mens de er skadet kan risikere å bli stigmatisert og neglisjert av hovedtreneren (Overbye, 2021). Høy kvalitet av kommunikasjon og samarbeid innad i klubben kan tilrettelegge for sunne holdninger rundt skader og risikokultur. Miljøet i klubben kan ses på som en grunnmur som kan legge opp til mindre skader og mer optimal beslutningstaking under komplekse stay and play situasjoner (Ekstrand, et al., 2019; Ghrairi, et al., 2019).

2.2 Synergisk suksess: Kommunikasjon, samarbeid og lederskap

Kommunikasjonskvalitet, hovedtrenerens lederskap og samarbeid mellom interessenter har vist seg å være avgjørende faktorer i tilknytning til skader og spillertilgjengelighet (Ekstrand, et al., 2019, 2018; Ghrairi, et al., 2019). Disse interesseområdene utgjør essensielle elementer i tilknytning til skader i elitefotballen. Enhver klubb trenger lederskap, og lederskap involverer det å påvirke andres synspunkter til å oppnå et felles mål. Med det sagt er det mange ulike måter å tilnærme seg et lederskap, og forskning har vist at ulike typer lederskap påvirker troppens skadefrekvens (Ekstrand, et al., 2018). God kommunikasjonskvalitet er knyttet til lederskap, og hvordan interessentene kommuniserer seg imellom har også vist å påvirke skadebyrde og spillertilgjengelighet i fotballklubber (Ekstrand, et al., 2019). Samtidig blir dårlig samarbeid mellom interessenter assosiert med høyere forekomst av re-injuries (Ghrairi, et al., 2019).

2.2.1 Kommunikasjonskvalitet som avgjørende faktor

Høyere grad av kommunikasjonskvalitet har vist sammenheng med lavere skadebyrde, lav forekomst av alvorlige skader, høy treningsdeltakelse og høyere kamptilgjengelighet blant spillere (Ekstrand, et al., 2019). Og dårlig samarbeid og koordinering mellom interessenter har vist å kunne forutsi re-injuries. Et klubbsystem bygget på solidariske prinsipper vil ha fordeler med å kunne dele kompetanse på tvers av profesjoner (Ghrairi, et al., 2019). Forskningen til Ghrairi et al. (2019) ble gjennomført med et fotballag over 15 sesonger, og i denne perioden hadde laget hatt ni ulike trenere, med deres respektive trenerteam. Det samme medisinske apparatet hadde jobbet tett med de ni ulike trenerteamene, og kontinuerlig vurdert opplevd samarbeidskvalitet med alle. Funn viste at i de tre sesongene der samarbeidet ble opplevd som dårlig, korresponderte med den samme tidsperioden hvor det var mest re-injuries (14 re-injuries på de tre sesongene, sammenlignet med 7 fordelt på de andre 12 sesongene). Dette indikerer at samarbeid mellom medisinsk apparat og trenere er en nøkkelfaktor i å koordinere spilleres skadestatus i forhold til prematur RTP (Ghrairi, et al., 2019). Når det medisinske

apparatet utfører stay and play prosedyrer ute på banen, er det essensielt at det opprettholdes en høy standard for informasjonsdeling. Samtidig kan dårlig samarbeid, mistolkninger eller uenigheter føre til at en dårlig beslutning blir tatt, noe som kan resultere i større skade for spilleren.

Dunn et al. (2007) argumenterer for at primærlojaliteten bør ligge mellom utøveren og det medisinske apparatet, som et pasient-lege forhold. Men det medisinske apparatet har samtidig forpliktelser til trenerteamet og laget i forbindelse med informasjon om skader og eventuelle reduserte ferdigheter som en konsekvens av skaden. I tillegg er det medisinske apparatet underlagt taushetsplikt ovenfor utøverne, noe som kan føre til utfordrende dilemmaer når det gjelder skader som utøverne ønsker å holde skjult for hovedtreneren, eksempelvis drevet av ønsket om å spille. Slike situasjoner kan være knutepunkter for eventuell interessekonflikt (Baugh, et al., 2020).

2.2.2 Interessekonflikt: Utfordringer i samarbeid

Den unike kombinasjonen av medisin og idrett medfører etiske utfordringer i tilknytning til skader og prestasjon. Creighton et al. (2010) inkluderer interessekonflikt i deres modell for RTP, der det presiseres en etisk utfordring for det medisinske apparatet som helsepersonell samtidig som de er betalte arbeidstakere for en klubb som ønsker å oppnå prestasjoner. Hovedtrenerens mål om at laget skal oppnå kortsiktig suksess, gjerne i form av 3 poeng i en ligakamp, kan resultere i at utøvere spiller med skader eller smerter. Det strider med det overordnede målet til det medisinske apparatet, som er å sikre god helse og velvære blant utøverne (Dunn, et al., 2007; Pike Lacy, et al., 2020). Slik type friksjon mellom trener- og medisinsk apparat kan i følge Ghrairi et al. (2019) ende i økt risiko for re-injuries, i form av dårlig samarbeid. Dagens eliteidrett består av enorme helse-etiske utfordringer der elitemiljøet er sterkt preget av sportslig suksess, som ofte også går foran på bekostning av helse og velvære (Dunn, et al., 2007; Nixon, 1996; Arent & Walker, 2018). Med andre ord er det klassiske lege-pasient forholdet utfordret av fremveksten av lege-pasient-lag triaden, der laget eller trenerens prioriteringer kan komme i konflikt med, eller til og med erstatte lege-pasient forholdet (Dunn, et al., 2007).

Skader som oppstår i løpet av en sesong eller turnering kan ha en betydelig innvirkning på lagets prestasjoner. Troppens totale helsetilstand vil ha stor betydning for lagets slutt plassering i nasjonal liga og spill i andre turneringer (Hägglund, et al., 2013). Som Ekstrand et al. (2020) påpeker, vil skader som slås opp på nytt etter en opprinnelig skade føre til et lengre skadeavbrekk, hvis laget får nok slike typer skader vil lagets antall skadde spillere øke. Derfor er det i klubbens beste interesse å ta stay and play og RTP avgjørelser med den største grad av alvorlighet. Samtidig vet man at det gjøres mange risikofylte avgjørelser i elitefotballen. Laget som et kollektiv ønsker å prestere på banen, og i noen tilfeller inkluderer det å la spillere med små skader spille kamper. I idretten har utøverne også ofte et sterkt ønske om å prestere på fotballbanen, selv når de er skadet. Dette kan imidlertid føre til en situasjon er skaden forverres (Krutsch, et al., 2018), noe som igjen reduserer sjansene for å oppnå store prestasjoner. Dette fenomenet blir anerkjent som risiko-smerte-skade paradokset (Nixon, 1996). Ekstrand et al. (2018) fant at trenere som adapterte et lederskap som fremmet positive visjoner for fremtiden kunne redusere risikoen for alvorlige skader. Dette kan ha en sammenheng med spilleres trygghet og forventninger for fremtiden, og videre fremme en fornuftig tankegang rundt små skader. Ulike typer lederskap fra hovedtreneren har vist å kunne indikere skadefrekvens i en klubb (Ekstrand, et al., 2018).

2.2.3 Lederskapets rolle i skadereduksjon

Eliteklubber disponerer former for hierarki (Ekstrand, 2013), følgelig kan man også tenke at hovedtrenerne, som sitter høyt i et slikt hierarki, bør initiere gode holdninger for samarbeid og god kommunikasjonskvalitet. Pike Lacy et al. (2020) fremhever at hovedtrenerne blir betalt mest, og kan bestemme mest av alle i trener- og medisinske apparatet. Så selv om det medisinske apparatet ikke er ansatt hos hovedtreneren, kan det føles som de er sjefen deres likevel. På bakgrunn av den refleksjonen, kan man anta at det er hovedtreneren som oppretter normen for holdninger i klubben (Ekstrand, et al., 2018). Ekstrand et al. (2018) viser også til at treneres ledestil påvirker holdninger i klubben, som følgelig kan øke skadefrekvensen i troppen. Lederskap og samarbeid henger tett sammen, og på bakgrunn av forskningen til Ghrairi et al. (2019) om effekten av dårlig samarbeid, sett i lys av forskningen til Ekstrand, et al. (2018) om lederskapets påvirkninger på skader, kan man anta at ved å ha et trener- og medisinsk apparat i harmoni, vil det fordelaktig lede til mindre skader i en klubb (Ekstrand, et al., 2019, 2018; Ghrairi, et al., 2019).

Samtidig vil trenerens ledestil kunne påvirke bevisstheten rundt risikokulturen som finnes i dagens eliteidrett. Et prestasjonsorientert miljø blir assosiert med økning av skaderisiko i og med at et slikt miljø vil kunne fremme rivalisering innad i laget, som videre tvinger utøvere til å risikere skader ved å spille med smerter eller mindre skader (Arent & Walker, 2018; Ekstrand, et al., 2018). Når man studerer virkningen av psykososiale faktorer rundt skader, viser transformasjonsledelse seg å være svært relevant. Transformasjonsledelse innebærer å benytte visjonært, motiverende og støttende ledelsesatferd for å samle laget til en enhet. Manglende evne til å oppnå et optimalt fungerende lag kan føre til at trenere utisiktet utsetter spillerne for økt skaderisiko (Ekstrand, et al., 2018).

2.3 Sammenfatning

I stay and play avgjørelser skal det identifiseres skadeomfang og gjøres en vurdering på om spilleren skal fortsette å spille eller ikke i løpet av få minutter, og som illustrert i det teoretiske rammeverket av denne oppgaven baserer ikke den vurderingen seg utelukkende på spillerens helsetilstand, noe som gjenspeiles i selve konteksten avgjørelsen skal tas i, idrettens risikokultur, kommunikasjonskvalitet, press og balansen mellom gevinst og konsekvenser (Dunn, et al., 2007; Arent & Walker, 2018; Ekstrand, et al., 2018, 2019; Ghrairi, et al., 2019; Pike Lacy, et al., 2020). Hvis informerte og delte avgjørelser skal tas ute på banen (Arden, et al., 2016), må interessentene i klubben disponere høy kommunikasjonskvalitet (Ekstrand, et al., 2019), et godt samarbeid (Ghrairi, et al., 2019) og hovedtreneren bør adaptere en ledestil som bidrar til å samle laget til en enhet (Ekstrand, et al., 2018). Ved å oppnå slik harmoni blant interessentene imellom, vil det være en god grunnmur for å sikre kvalitetsinformasjon rundt skader som oppstår i kamp og videre kunne bidra til optimal beslutningstaking ute på banen. Samtidig kan det oppstå uunngåelig press, som øyeblikkelig kan forstyrre denne harmonien (Pike Lacy, et al., 2020; Dunn, et al., 2007)

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere metodiske valg som har blitt gjort i denne oppgaven, samt hvordan utvalg, datainnsamling og dataanalyse har blitt gjennomført. Videre vil jeg også diskutere metodens pålitelighet, gyldighet, overførbarhet og ta opp relevante forskningsetiske spørsmål i tilknytning til dette.

3.1 Valg av metode

Metoden skal utgjøre det som kan beskrives som «veien til målet» (Tavory & Timmermans, 2014). For å komme frem til målet finnes det ulike forskningsdesign å velge fra. Derfor må man også som forsker gjøre seg opp en mening om hvilket forskningsdesign som egner seg best til å svare på forskningsspørsmålet.

Fokusgruppeintervju legger til rette for en dypere forståelse av deltakernes opplevelser og erfaringer med temaet, i det rette miljøet (Morgan, 1996), og fokusgrupper vil fungere best dersom man skal utvikle ny kunnskap om et fenomen (Jacobsen, 2005).

3.1.1 Datainnsamling

For å opprette kontakt sendte jeg ut en mail til kontaktpersoner i to norske fotballklubber på elitenivå. I mailen inkluderte jeg prosjektets bakgrunn, formål og hvilke informanter jeg er ute etter, samt et formelt informasjonsskriv og samtykkeskjema. Målet for datainnsamlingen var å rekruttere to fotballklubber på elitenivå og dermed samle data fra fire fokusgrupper, to i hver klubb, en med utøvere og en med medisinsk apparat. Første kontakt med begge klubber ble opprettet i midten av januar 2023, og det viste seg å bli en lang og vanskelig prosess å rekruttere informanter på dette nivået av idrett. Begge klubbene skulle på treningsleir i utlandet og overlappet hverandre på avreisedato og ankomst til Norge. I tillegg til dette var kontaktpersonene jeg snakket med delvis fraværende på mail og tiden gikk fra oss. Rundt månedsskiftet mars-april sendte jeg også mail og ringte til en person i en tredje klubb, uten å lykkes i å sette sammen fokusgruppeintervjuer der.

Jeg endte opp med ett fokusgruppeintervju med det medisinske apparatet fra en klubb. Det hadde vært fordelaktig og involvert spillere i datainnsamlingen også, men det lot seg ikke gjøre til denne oppgaven. Imidlertid vil «homogene grupper» (Jacobsen, 2005) som både legger til rette for mer genuine meninger, også fungere som en «mini» fokusgruppe med fire eksperter på temaet, som kan skape samhørighet og dermed også høste diskusjoner på et høyt faglig nivå (Krueger & Casey, 2015).

3.1.2 Utvalg

Mehmetoglu (2004) understreker at det er utvalget i ethvert forskningsprosjekt som bestemmer hvilke konklusjoner man kan trekke, og videre hvor mye tillitt man kan ha til de konklusjonene. Utvalget er 4 ansatte i et medisinsk apparat i en norsk elite fotballklubb, henholdsvis to fysioterapeuter, en lege og en manuellterapeut. Informantene ble strategisk utvalgt i og med at de jobber daglig med problemområdet jeg forsøker å belyse i denne oppgaven, og fungerer som eksperter som området (Thagaard, 2013). Deres ulike ansvarsområder i klubben og når det oppstår skader ute på banen utfyller hverandre, og et fokusgruppeintervju med denne gruppen var

formålstjenlig. Inklusjonskriterier i utvalget var henholdsvis at deltakerne måtte være ansatt i et medisinsk apparat i en norsk elite fotballklubb. Med elite mener jeg at klubben er på et såpass høyt nivå at klubben har et medisinsk apparat til stede i infrastrukturen.

3.1.3 Intervjuet

Fokusgruppe intervjuet ble gjennomført via Microsoft tjenesten Teams, der jeg inviterte alle deltakerne via mail, og de deltok fra hver sin PC. To av informantene hadde fri fra jobb og deltok hjemmefra, mens de to resterende informantene deltok fra samme PC, på jobb. Samtidig benyttet jeg meg av diktafon, som sikrer at jeg får med meg det som blir sagt i intervjuet, og at jeg kan være til stede i samtalen. Deltakerne i intervjuet ble spurt om de ikke ville bli tatt opp lyd av, samt hvordan opptaket skulle oppbevares, hvordan det skulle brukes og når det slettes (Creswell, 2007).

Det er flere betydningsfulle egenskaper med fokusgruppeintervjuer, man kan fange opp flere menneskers oppfatninger simultant, og samtidig styre samtalen inn på noen spesifikke temaer som er forhåndsbestemt (Morgan, 1996). Ifølge Grønskjær et al. (2011) ligger en fokusgruppe et sted mellom et møte, da den er forhåndsorganisert og strukturert, og en samtale, da deltakerne kan bidra spontant og bygge videre på hverandres innspill. Når fokusgrupper benyttes i forskningssammenheng, anbefales det å ta hensyn til både dialogen og interaksjonen som oppstår i gruppen ved datainnsamlingen til senere analyse (Halkier, 2010; Grønskjær, et al., 2011), og forsøke å fange opp hvordan meninger blir dannet og samprodusert i gruppesammenheng. Videre understreker Krueger og Casey (2015) at gruppemoderatoren, eller forskeren bør utnytte pauser til sin fordel. Når forskeren ikke snakker, kan det lede informantene til å ta ordet igjen, og dermed resultere i tilleggsinformasjon. I fokusgruppen jeg hadde med det medisinske apparatet hendte det at en informant svarte på et spørsmål, og deretter avsluttet svaret med å si «andre innspill?», henvist til de andre deltakerne i fokusgruppen. Et par ganger svarte en annen deltaker «jeg er enig», noe som gjorde at jeg måtte følge opp «hva informanten var enig i».

Med utgangspunkt i den manglende forskningen på fagfeltet, vurderte jeg at en semistrukturert intervjuguide ville være mest gunstig på dette tema (Thagaard, 2013). Integrert i intervjuguiden lagde jeg vignetter som kan relateres til realistiske skadesituasjoner som kan oppstå i kamp. Spørsmål ble utarbeidet i tilknytning til vignettene, og andre generelle spørsmål som kunne lede til diskusjoner. Vignett 1:

Laget spiller en bortekamp i 6. runde av Eliteserien. Stillingen er 0-0 i det 30. spilleminutt. Laget får en overgangsmulighet og en av lagets viktigste midtbanespillere driver med ballen over midtbanen, mot motstanderens mål. En av lagets motspillere kommer inn fra siden med en syngende sklitakling og tar med seg både ballen og spilleren. Dommeren blåser for frispark, motspilleren får gult kort og lagets spiller blir liggende på gresset og vinker til det medisinske apparatet for oppmerksomhet mens han holder seg til ankelen. På benken sitter det ingen spillere som kan tilby de samme kvalitetene som denne spilleren har, og laget mister offensiv kraft om denne spilleren blir erstattet med en fra benken. Representanter fra det medisinske apparatet løper ut på banen og gir tilsyn til spilleren. For spilleren kjennes det ut som ankelen er vond å stå på, men samtidig føler han at han kan «jogge det av seg».

Vignett 2:

Laget spiller hjemmekamp, semifinale i norgesmesterskapet. Stillingen er 0-1 til motstanderlaget i det 70. spilleminutt. Den eneste spissen i troppen får en

gjennombruddspasning som er litt for lang, han strekker ut foten for å nå ballen og blir taklet av en motspiller og går i bakken. Fra benken ser det ut som motstanderen slo kneet sitt mot spissens kne/lår. Spissen blir liggende og holder seg til lår/kne regionen. Dommeren blåser i fløyta og vinker til det medisinske apparatet. Spissen som ligger nede blir sett på som spilleren som gjør en forskjell i kampen, og kan endre kampbildet alene. Når det medisinske apparatet kommer frem til spilleren er det tydelig at spilleren er i store smerter, men spilleren sier at det går fint og at han kan spille.

I tilknytning til disse vignettene stilte jeg oppfølgingsspørsmål vedrørende hvilke faktorer de vurderer i forhold til situasjonene, hvordan kommunikasjonen med utøveren kunne sett ut, om utøvere kan holde tilbake informasjon om smerter i disse situasjonene, hvordan de eventuelt håndterer det, konsekvenser ved å spille med smerter og om det oppstår noen former for press i de ulike situasjonene. Videre stilte jeg også generelle spørsmål rundt stay and play situasjonen og avsluttet med å spørre informantene om de hadde noe annet de ville legge til, som vi ikke hadde snakket om.

3.1.4 Analyse

Fordelen med å gjennomføre fokusgruppeintervjuer, er at man sitter igjen med et samlet dokument med transkribert rådata i stedet for flere dokumenter med lange tekster. Bruk av diktafon tillater at man kan gjøre en asynkron transkribering av muntlig kommunikasjon. Det vil si at jeg kunne høre på lydopptaket i ettertid og ta meg god tid til å ordrett sitere informantene (Jacobsen, 2005). For å sikre en subjektiv analyse av datamaterialet ble det tatt i bruk en refleksiv tematisk analyse. Formålet med denne metoden er å avdekke mønster på tvers av hver informants utsagn, for å kunne samle informasjon rundt ulike tema med bruk av nøkkelord (Creswell, 2007). Transkriberingen ble gjort i løpet av noen timer etter intervjuet var gjennomført, for å sikre både at riktig utsagn ble knyttet til riktig informant, men også for å sikre observasjoner i forhold til hvordan «rommet» og settingen var. Den tematiske analysen kan deles inn i seks faser, (1) gjøre seg kjent med datamaterialet, (2) generere startkoder, (3) søke etter temaer, (4) gjennomgå temaene, (5) definere og navngi temaer, og (6) produsere rapporten (Braun & Clarke, 2006).

I fase 1, når man gjør seg kjent med datamaterialet som har blitt transkribert fra verbal kommunikasjon til skriftlig form, er det viktig å bemerke at den skriftlige versjonen av intervjuet ikke kan gi det samme uttrykket som intervjuet, og den muntlige kommunikasjonen ga (Brinkmann & Kvale, 2015). Etter første runde med transkribering leste jeg over den transkriberte teksten, samtidig som jeg hørte på opptaket en gang til. Dette gjorde jeg for å sikre både at informantene ble sitert ordrett, men også for å fange opp annen informasjon som ikke ble identifisert ved første transkribering (Braun & Clarke, 2006). Det ble ikke identifisert tilfeller av verken feilskrivning eller ny informasjon i andre runde. I fase 2 hadde jeg allerede utviklet noen ideer jeg ville se nærmere på, og denne fasen går ut på å etablere koder i forbindelse med den transkriberte teksten. Kodene kan ses på som en organisering av datamaterialet der jeg belyser meningsfulle grupper av utsagn (tabell 1).

Datautdrag	Kodet som
Det eneste dette med tidspresset, det er jo dommerne ... dommerne som ... jeg synes de har blitt bedre da, det må jo sies da. Men ... de har jo vært fæl en periode, for når de har vinket oss innpå, og så i det	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidspress 2. Lite tid til utredning av skader

du har rukket å jogge bort så får du beskjed om at du må bare ta spilleren av banen. Og da har jeg jo av å til sagt at da kan du jo føre spilleren av banen selv, da trenger du jo ikke å vinke oss innpå.	
--	--

Tabell 1: Datautdrag med koder (Braun & Clarke, 2006).

I fase 3 søkte jeg etter temaer, på bakgrunn av kodene som var utarbeidet. I praksis analyserte jeg kodene og vurderte hvordan ulike koder kunne etablere temaer. Fase 4 og 5 smeltet litt sammen med hverandre, da det følte naturlig. Eksempelvis samlet jeg kodene «underrapportering av skader» og «skadeavklaringer» til temaet «kommunikasjon». Samtidig ble det dannet undertemaer i hovedtemaene i denne fasen. Temaer som ikke var store nok til å utgjøre et hovedtema, men som passet inn under et annet hovedtema (Braun & Clarke, 2006). Eksempelvis «lagbevissthet», ble utarbeidet som et undertema i hovedtemaet «helsehistorie». Lagbevisstheten ble kodet ut ifra utsagn som «om det er en som ofte legger seg ned og vinker på oss. Det kan jo være en faktor. For vi har jo noen av dem. Og så har vi jo noen som aldri vinker», og «så det det faller ned på er egentlig det å kjenne spillergruppa si, er jo viktig da. For alle har jo sine særegenheter og ... forskjellige måter å respondere på. Så det er jo en viktig parameter av det». Hovedtemaene som ble etablert etter analysen av datamaterialet var (1) helsehistorie, (2) kommunikasjon, (3) press og (4) kontekst.

3.2 Metodologiske refleksjoner

Utvalget av informanter til denne oppgaven inneholder tre ansatte, samt deres leder i det medisinske apparatet i en elite fotballklubb. Dette utgjør noen etiske bemerkninger, i tilknytning til informantenes genuine meninger og svar. Slike settinger kan føre til maktubalanse i gruppen (Jacobsen, 2005), men kan også skape diskusjoner. Intervjusettingen ble gjennomført over internett på Teams. Det bidrar til vansker med noen av fokusgruppeintervjuets styrker, for eksempel det å lese rommet, og gjøre observasjoner i forhold til kroppsspråk (Morgan, 1996). Samtidig kunne jeg observere deres «tekniske uttrykk», og med det mener jeg at alle deltakerne hadde på kamera under hele intervjuet, samt at de ikke dempet mikrofonene sine. Det vitner om et fremover lent kroppsspråk. Samtidig kunne jeg observere hvem som tok føringen på spørsmålene, ettersom de ble stilt til alle i gruppen.

Det er flere ledd fra at noe blir kommunisert, til det blir brukt i en analyse. Først formulerer en informant en mening eller opplevelse, deretter blir den muntlige kommunikasjonen transkribert til løpende tekst, deretter tolker forskeren hva meningen eller opplevelsen gir uttrykk for og inkluderer det i en analyse. I slike settinger kan det være tilfeller av feiltolkning. Samtidig er det viktig å bevare gyldigheten og påliteligheten av forskningsprosjektet, for å sikre kvalitet (Brinkmann & Kvale, 2015). Og ved å drøfte gyldighet, pålitelighet og overførbarhet, forsøker man å forholde seg kritisk til kvaliteten på datamaterialet som er samlet inn (Jacobsen, 2005).

3.2.1 Gyldighet

I dette studiet blir det trukket konklusjoner om at beslutningstakingen rundt stay and play ikke utelukkende baserer seg på utøvernes helsetilstand, men heller en kombinasjon av elementer. I det teoretiske rammeverket for denne oppgaven blir det gjort lignende analogier, noe som gir konklusjonen troverdighet (Mehmetoglu, 2004). Creswell (2007) foreslår at gyldigheten av en studie gjenspeiles i forsøket på å vurdere nøyaktigheten av

funn. En måte å gjøre dette på er å triangulere funn med bevis fra andre studier. Eksempelvis har Creighton et al. (2010) funnet at finansielt press kan være en kilde til å risikere skade ved deltakelse i fotball. Dette ble også nevnt av informanter i denne studien, «om det er play-off til champions league og det er siste kamp og du står i det og du kan håve inn to hundre millioner kroner ... så klart at da ... det kan jo også ha en betydning for alt». Min tolkning er at informanten indikerer at ved finansielle fordeler kan både utøvere og det medisinske apparatet «tøye strikken» lengere, ved å la spilleren spille med skader eller smerter. Troverdigheten uttrykker at det som blir vist, erfart og følt av de som studeres er sanne. Istedenfor å fortelle «sannheten» ut ifra min egen oppfatning, tar jeg i bruk informantens perspektiv for å beskrive fenomenet (Mehmetoglu, 2004).

3.2.2 Pålitelighet

Informantene, forskeren og relasjonene som oppstår under datainnsamlingen er alle mottakelige for påvirkning. Selve undersøkelsen kan påvirke informantene til å opptre anormalt, og dermed utvikle et forstyrret bilde av sannheten (Jacobsen, 2005). Observasjoner som er gjort i både intervjusettingen og transkriberingen bærer preg av at det er lederen som svarer først på de fleste spørsmål. Dette kan være fordi lederen ønsker å lede gruppen til samsvar, samtidig som de tre andre kan avvente svar til lederen deres svarer, for å kunne tilpasse sitt svar i forhold til hva lederen uttrykker som politisk korrekt i forhold til deres yrkesretning. Samtidig var det temaer som skapte diskusjoner og ulike svar og synspunkt. Det ble ikke observert noe misnøye fra lederen når ulike synspunkt ble delt, og det kan vitne om at det er takhøyde for å uttrykke ulike meninger i denne gruppen. Derav er det også mulig at det medisinske apparatet er generelt samstemt i sine oppfatninger rundt temaet, uten å være for naiv.

Forskere innen samfunnsforskning vil ha en form for engasjement knyttet til temaet de studerer. Fullstendig nøytralitet kan ikke eksistere, og dette kan føre til uønsket påvirkning av resultatene. Samtidig kan forskerens forkunnskaper være en ressurs, hvis det brukes riktig (Creswell, 2007). Med bruk av diktafon under intervjuet tillater at forskeren presenterer direkte sitater, som styrker påliteligheten til undersøkelsen ved å gjøre informantens «stemme» gjøres mer tilgjengelig for leseren (Mehmetoglu, 2004). Samtidig kan en trussel mot troverdigheten være slurv i transkriberingen og analysen av datamaterialet. Uansett hvor god informasjon man får fra informanter i et forskningsprosjekt, vil det ikke være bedre data enn det vi selv klarer å registrere og analysere (Jacobsen, 2005). Som nevnt under analysen har jeg kontrollsjekket transkriberingen med bruk av diktafon.

3.2.3 Overførbarhet

Kvalitative studier er sterkt preget ulikheten i kontekst, forskningsspørsmål og utvalg. Dette gjør at mange uttrykker at det er umulig å repetere samme funn på ulike måter (Jacobsen, 2005). Begrepet refleksivitet (Hammersley & Atkinson, 1987, som sitert i Jacobsen, 2005), innebærer at forskeren klargjør sin rolle i forskningssituasjonen, for å sikre troverdighet. På denne måten kan troverdigheten skiftes fra selve resultatene, til forskerens evne til å reflektere over fremgangsmåten som har ledet til resultatene.

Man kan argumentere for at tidligere nærliggende forskning (Krutsch, et al., 2018; Creighton, et al., 2010; Dunn, et al., 2007) sammenfaller med indikasjoner som dette studiet belyser, og kan teoretisk overføres fra empiri til teori (Jacobsen, 2005). For å sikre overførbarhet av studiens konklusjoner til andre kontekster, er det viktig å gi en

grundig og omfattende beskrivelse av den studerte situasjonen. Dette vil gi leseren tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon til å vurdere relevansen og anvendeligheten av studiens funn utenfor den spesifikke konteksten. Kvalitative studier handler jo nettopp om å gi dybdeinnsikt i et fenomen, for å lede til overførbarhet under samme omstendigheter (Mehmetoglu, 2004). I forhold til overførbarhet i dette studiet, hadde to fokusgruppeintervju i to forskjellige klubber gitt mer dybde for videre sammenligning. Studiet gir derimot god dybde innenfor et medisinsk apparats erfaringer og opplevelser med fenomenet, som kan lede til overførbarhet til forskning i samme kontekst.

3.2.4 Forskerens ståsted

Mitt ståsted er med på godt og vondt i dette prosjektet. Jeg har selv spilt fotball hele livet, og har stor interesse for å se fotball på TV. Med media som skriver «hvordan klarte han å fortsette å spille etter dette» (Bryne, 2014), eller fra tribunen har jeg sett at det medisinske apparatet løper ut på banen etter en stygg takling, spilleren halter ut av banen med den ene armen over fysioterapeuten og spurter ut på banen igjen i det neste sekundet. Slike situasjoner vakte en interesse for avgjørelsene og alt rundt skader som oppstår i fotballkamper. I forkant av dette studiet har jeg gjort meg opp tanker om at jeg tror at utøvere bestemmer selv, ene og alene, om de skal fortsette å spille eller ikke. Jeg har også tenkt at det medisinske apparatet ikke har nok tid til å gjøre informerte avgjørelser ute på banen. Jeg har under hele prosessen vært oppmerksom på at dette kommer til å være en læringsarena for meg, og at jeg skal gå inn i prosjektet som objektiv. Med det sagt, kan man ikke utelukke at noen tolkninger eller formuleringer har blitt skapt underbevisst med forankring i mine forutinntatte meninger.

Når det kommer til stay and play som et faguttrykk hadde jeg ingen tidligere erfaring med det. Etter undersøkelser i det eksisterende fagfeltet rundt idrettsetiske dilemmaer for medisinsk apparat, RTP og risikokultur, dukket fagbegrepet stay and play opp, og man kan på mange måter si at fokusgruppeintervjuet i prosjektet fungerte som en opplæring på temaet for meg.

4 Metodisk diskusjon

I dette kapitlet vil jeg trekke sammen trådene i de metodiske refleksjonene som har blitt nevnt, og diskutere styrker og svakheter med oppgaven. Målet med undersøkelsen var å (1) avdekke det medisinske apparatets vurderinger i tilknytning til avgjørelser om en spiller kan fortsette å spille, eller må bli byttet ut på bakgrunn av skader eller smerter som oppstår i en fotballkamp. (2) hvordan ulike typer press kan påvirke beslutningstakingen på banen og eventuelt muligheten for å redusere effekten av dette presset. (3) undersøke om «stay and play» prosedyrer blir påvirket av konteksten og omstendighetene de utføres i.

For å besvare forskningsspørsmålet benyttet jeg meg av fokusgruppeintervju for å samle kvalitative data. En av styrkene til fokusgruppeintervju er at man kan fange opp flere informanternes meninger samtidig, gjerne også å gjøre observasjoner «mellom linjene» (Halkier, 2010; Grønnskjær, et al., 2011). Samtidig kan dette samspillet også forstyrre de faktiske meningene til informantene. Lederen til de tre andre satt i samme Teams samtale, og de tre kan selektere hva de gir av informasjon i forhold til det. Dette, sammen med at intervjuet ble gjennomført over Teams i seg selv, kan resultere i et forstyrret bilde av sannheten (Jacobsen, 2005). Muligens kommer ikke alle meningene frem i lyset, i og med at lederen deres hører på hva de sier, samtidig som at jeg forsøker å observere kroppsspråket deres gjennom en skjerm. Dette kan anses som en svakhet i studiet. Samtidig oppfattet jeg ingen misnøye fra lederen der tilleggsinformasjon, som for eksempel når dette med at 200 millioner kroner i potten kan være en faktor for å la småskadede utøvere fortsette å spille, ble tatt opp. Det vitnet om at det var en god harmoni mellom informantene.

Krueger og Casey (2015) understreker viktigheten av at gruppemoderatoren benytter pauser, eller lar være å snakke når det blir stillhet i «rommet». Denne teknikken gjorde at jeg fikk dratt mer informasjon ut av spørsmål på eksempelvis forskjeller på kontekst. De fleste gangene jeg benyttet meg av stillheten, resulterte det i at informanten som hadde «snakket sist», fulgte opp med å si «andre innspill?», henvist til de andre informantene i samtalen. Stillhet kan være ubehagelig for begge parter i et intervju, og kan bidra til at informanter fortsetter å legge til informasjon for å unngå denne stillheten. Det er også relevant å gjøre refleksjoner rundt at det var jeg som ledet intervjuet med mine spørsmål og temaer (Krueger & Casey, 2015; Creswell, 2007). Selv om mine spørsmål var åpne, var de knyttet til et spesifikt tema (Jacobsen, 2005), som kan ses på som en styrke i fokusgrupper, samtidig som det kan begrense hva informantene ser på som nyttig informasjon (Mehmetoglu, 2004). Intervjuguiden jeg benyttet hadde jeg laget selv, og vignettene var også laget av meg selv. Det er en ganske konkret avgrensning, da informantene forholdt seg til to spesifikke fiktive situasjoner i intervjuet. Etter vi hadde gått gjennom disse vignettene gikk jeg derfor videre over på generelle «stay and play» spørsmål, og i avslutningen spurte jeg informantene om de ville legge til noe som vi ikke hadde snakket om. Dermed har jeg gjort et forsøk på å dekke eventuell informasjon som ellers ikke hadde blitt nevnt, og fra dette spørsmålet kom det også informasjon som vi ikke hadde snakket om tidligere.

Man kan også drøfte graden av nøytralitet spørsmålene er stilt i, spørsmålene er konstruert gjennom kunnskap innhentet fra tidligere forskning. Under analysen av

resultatene som kommer frem i artikkelen, har jeg forsøkt å fremstille utsagn så autentisk som mulig, og videre reflektert over informantenes perspektiv i tospann med tidligere forskningsfunn. Samtidig kan dette være sammenligninger som har oppstått på bakgrunn av underbevisste, forutinntatte tolkninger gjennom andre studier (Creswell, 2007). Som nevnt tidligere gikk jeg inn i dette forskningsprosjektet som objektiv, og har etter beste evne forsøkt å holde det sånn. Funnsom er gjort i denne studien har blitt presentert gjennom autentiske utsagn fra informanter, og blir drøftet med bruk av eksisterende teori og empiri. I forbindelse med gyldigheten av undersøkelsen, kan man med fordel trekke sammenligninger til tidligere forskning på nærliggende tema (Creswell, 2007).

Undersøkelsen kaster lys over et ellers nedprioritert fagfelt (Krutsch, et al., 2018), og kan bidra til å forstå fenomenet stay and play. Gjennom dette studiet har det blitt trukket konklusjoner om at vurderingene til det medisinske apparatet består av en rekke elementer, som ikke nødvendigvis baserer seg på utøverens helsetilstand. Tidspress kan bidra til at det gjøres lite informerte avgjørelser ute på banen, og dommere kan med fordel for utøveres helse, bidra til å minimere tidspresset ved å legge til mer tilleggstid i kampene. For å komme frem til disse konklusjonene har jeg belyst studiets gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.

Referanser

- Anderson, M. K. (2003). *Fundamentals of sports injury management*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Arden, C. L., Glasgow, P., Schneiders, A., Witvrouw, E., Clarsen, B., Cools, A., Gojanovic, B., Griffin, S., Khan, K. M., Moksnes, H., Mutch, S. A., Phillips, N., Reurink, G., Sadler, R., Sibernagel, K. G., Thorborg, K., Wangensteen, A., Wilk, K. E., & Bizzini, M. (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. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096278>
- Arent, S. M. & Walker, A. J. (2017) Sport and health: the unique challenge of elite sport. I D. Parnell & P. Krstrup (Red.), *Sport and Health. Exploring the Current State of Play*. (s. 179-197). Routledge.
- Baugh, C. M., Kroshus, E., Meehan, W. P., & Campbell, E. G. (2020). Trust, conflicts of interest, and concussion reporting in college football players. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 48(2), 307-314. <https://doi.org/10.1177/1073110520935342>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterViews: learning the craft of qualitative research interviewing* (3rd ed.). Sage.
- Bryne, L. (2014). Hvordan klarte han å fortsette å spille etter dette? Hentet 15.05.2023 fra: https://www.nrk.no/sport/fotball/hvordan-klarte-han-a-reise-seg-her_-1.11824572
- 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. <https://doi.org/10.1097/jsm.0b013e3181f3c0fe>
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. (2nd ed.). Sage.
- Dunn, W. R., George, M. S., Churchill, L., & Spindler, K. P. (2007). Ethics in sports medicine. *The American journal of sports medicine*, 35(5), 840-844. <https://doi.org/10.1177/0363546506295177>
- Ekstrand, J. (2013). Keeping your top players on the pitch: the key to football medicine at a professional level. *British journal of sports medicine*, 47, 723-724. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092771>
- Ekstrand, J., Krutsch, W., Spreco, A., Van Zoest, W., Roberts, C., Meyer, T., & Bengtsson, H. (2020). Time before return to play for the most common injuries in professional football: a 16-year follow-up of the UEFA Elite Club Injury Study. *British journal of sports medicine*, 54(7), 421-426. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100666>

- 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. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099411>
- 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? *British Journal of Sports Medicine*, 52(8), 527. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098001>
- Gajhede-Knudsen, M., Ekstrand, J., Magnusson, H., & Maffulli, N. (2013). Recurrence of Achilles tendon injuries in elite male football players is more common after early return to play: an 11-year follow-up of the UEFA Champions League injury study. *British journal of sports medicine*, 47(12), 763-768. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092271>
- 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, 107-113. <https://doi.org/10.2147/oajsm.s221292>
- Grønkjær, M., Curtis, T., De Crespigny, C., & Delmar, C. (2011). Analysing group interaction in focus group research: Impact on content and the role of the moderator. *Qualitative Studies*, 2(1), 16-30. <https://doi.org/10.7146/qs.v2i1.4273>
- Halkier, B. (2010). Focus groups as social enactments: integrating interaction and content in the analysis of focus group data. *Qualitative Research*, 10(1), 71-89. <https://doi.org/10.1177/1468794109348683>
- 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. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092215>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (2. utg.). Høyskoleforlaget.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: a practical guide for applied research*. (5th ed.). Sage.
- Krutsch, W. (2020). Tips and Tricks for Stay & Play on Field. I Krutsch, W., Mayr, H. O., Musahl, V., Villa, D. V., Tscholl, P. M., & Jones, H. (Red.), *Injury and Health Risk Management in Sports: A Guide to Decision Making* (s. 793-797). Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60752-7_121
- Krutsch, W., Eder, K., & Mommsen, H. (2018). Return-to-Play After Minor Overuse or Traumatic Injury: 'Stay and Play on Field'. I Musahl, V., Karlsson, J., Krutsch, W., Mandelbaum, B., Espregueira-Mendes, J. & d'Hooghe, P. (Red.), *Return to Play in Football* (s. 453-469). Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55713-6_34
- Mehmetoglu, M. (2004). *Kvalitativ metode for merkantile fag*. Fagbokforlaget.

- Morgan, D. L. (1996). *Focus groups as qualitative research* (Vol. 16). Sage.
- Nixon, H. L. (1996). Explaining pain and injury attitudes and experiences in sport in terms of gender, race, and sports status factors. *Journal of Sport and Social Issues*, 20(1), 33-44. <https://doi.org/10.1177/019372396020001004>
- Overbye, M. (2021). Walking the line? An investigation into elite athletes' sport-related use of painkillers and their willingness to use analgesics to train or compete when injured. *International Review for the Sociology of Sport*, 56(8), 1091-1115. <https://doi.org/10.1177/1012690220973552>
- Pike Lacy, A. M., Singe, S. M., & Bowman, T. G. (2020). Collegiate athletic trainers' experiences with external pressures faced during decision making. *Journal of Athletic Training*, 55(4), 409-415. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-165-19>
- Tavory, I., & Timmermans, S. (2014). *Abductive analysis: theorizing qualitative research*. University of Chicago Press.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Ueblacker, P., Mueller-Wohlfahrt, H. W., & Ekstrand, J. (2015). Epidemiological and clinical outcome comparison of indirect ('strain') versus direct ('contusion') anterior and posterior thigh muscle injuries in male elite football players: UEFA Elite League study of 2287 thigh injuries (2001–2013). *British journal of sports medicine*, 49(22), 1461-1465. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094285>
- Van Der Horst, N., Backx, F. J. G., 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. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-097206>

5 Artikkel

Exploring the Complexities of ‘Stay and Play’ Decisions in Professional Football: An On-Field Assessment Perspective

Kristian Sollibø Fjelldal^a

^a*Department of Sociology and Political Science, NTNU, Trondheim, Norway.*

E-mail: kristsfj@stud.ntnu.no

Word count: 7245

For publication: Qualitative Research in Sport, Exercise and Health

<https://www.tandfonline.com/journals/rqrs21>

*The article is presented with the journal's specified formatting. Referring to the style guidelines for this journal: [https://authorservices.taylorandfrancis.com/publishing-your-research/writing-your-paper/journal-manuscript-layout-](https://authorservices.taylorandfrancis.com/publishing-your-research/writing-your-paper/journal-manuscript-layout-guide/?_gl=1*_uze1uh*_ga*OTU5Njk4ODU3LjE2NjM3NTI5MTI.*_ga_0HYE8YG0M6*MTY4NDc0NjI4MC4yNi4xLjE2ODQ3NDYyODEuMC4wLjA.&_ga=2.230161304.567087421.1682323974-959698857.1663752912)*

*[guide/?_gl=1*_uze1uh*_ga*OTU5Njk4ODU3LjE2NjM3NTI5MTI.*_ga_0HYE8YG0M6*MTY4NDc0NjI4MC4yNi4xLjE2ODQ3NDYyODEuMC4wLjA.&_ga=2.230161304.567087421.1682323974-959698857.1663752912](https://authorservices.taylorandfrancis.com/publishing-your-research/writing-your-paper/journal-manuscript-layout-guide/?_gl=1*_uze1uh*_ga*OTU5Njk4ODU3LjE2NjM3NTI5MTI.*_ga_0HYE8YG0M6*MTY4NDc0NjI4MC4yNi4xLjE2ODQ3NDYyODEuMC4wLjA.&_ga=2.230161304.567087421.1682323974-959698857.1663752912)*

Exploring the Complexities of ‘Stay and Play’ Decisions in Professional Football: An On-Field Assessment Perspective

Minor injuries, or none-time-loss injuries have a high incidence in professional football, and yet lack sufficient evidence-based research. These injuries often result in the decision to ‘stay and play’ after on-pitch assessment done by the medical team.

However, minor injuries have been shown to be a contributing factor to more severe injuries. This study aims to investigate the aspects surrounding the ‘stay and play’ decisions in the pressured circumstances of on-pitch injury assessment during matches. The study is presented through the experiences of an experienced medical staff in a professional football club based in Norway, in which one focus group interview were conducted. Findings suggest that the medical team’s main focus is to provide care for the players in any circumstances. However, when financial benefits, time of the season, importance of the match and time pressure occur, they also expressed the willingness to “push the limits” by keeping the players in the game after minor injuries. Every situation is unique and requires consideration of multiple factors such as squad awareness, health history, injury severity and financial benefits with keeping the player on the field. In situations where external factors come into play, the medical team must carefully balance the risks and benefits of allowing a player to continue playing after sustaining a minor injury. Overall, the study highlights the importance of player welfare and the need for careful consideration of multiple factors when making decisions about allowing players to continue plying after sustaining a minor injury.

Keywords: Stay and play; football; medical decision making; injury management; on-pitch assessment; pressures; communication; squad awareness; health history; contextual differences.

Introduction

Return to play (RTP) and criterial has been widely contested and discussed in the research literature (Ardern, et al., 2016; Van der Horst, et al., 2017; Ekstrand, et al., 2020; Krutsch, et al., 2018; Creighton, et al., 2010). Though, it can be argued that consensus has been reached when distinguishing between time-loss and none-time-loss injuries. Injuries that result in an absence from football in less than 7 days classifies as none-time-loss injuries, and these injuries often result in the decision to “stay and play” in the game after on-pitch assessment

done by the medical team (Krutsch, et al., 2018). However, despite the frequent incidence of none-time-loss injuries in professional football, the existing research literature is based largely on the time-loss injuries (Ekstrand, et al., 2020; Krutsch, et al., 2018). Some argue that the result of distinguishing between time-loss and none-time-loss injuries has resulted in an underestimation of minor injuries and further caused the lack of evidence-based research concerning the ‘stay and play’ assessment and decisions. Scientific publications often overlook injuries that do not result in immediate time loss, despite their potential to cause chronic complaints or even lead to severe injuries (Krutsch, et al., 2018). A minor injury that is playable at first, could lead to either compensation in other muscle groups or aggravate the index injury. At the same time, it can be difficult to aim for the lowest level of risk and make substitutions for every ‘small’ injury in an elite environment (Ekstrand, et al., 2020).

The field of sports medicine poses ethical challenges due to the potential conflicting objectives between the sports and medical domains. While the objective of sports is to achieve success, medicine aims to promote health and well-being. Pursuing triumph in sports can threaten one’s health and well-being (Dunn, et al., 2007; Nixon, 1996). This is one of the contributing factors to the development of the risk culture in elite sports (Arent & Walker, 2017), and Roderick et al. (2000) found that retired elite football players tend to experience faster physical deterioration than non-athletes of the same age group, showing that elite sports is very much a high-risk environment. The variance in work environment and tasks between conventional medical- and sports medicine professionals may be the main differentiating factor that explains sports medicine professionals to be more disposed towards risk-taking in their profession. Medical skill in sports is a key component to success, as Häggglund et al. (2013) showed that the team performance is deeply influenced by the injury situation in the team. Krutsch et al. (2018) suggest that the only way of achieving successful outcomes of

'stay and play' procedures after none-time-loss injuries is the presence of a highly skilled medical staff with extensive football expertise. Additionally, close communication between the medical staff is fundamental for managing none-time-loss injuries. Ekstrand et al. (2019) found that high communication quality is associated with low injury burden, low incidence of severe injuries, high training attendance and high match availability. The internal communication among head coach and the medical team was the most influential to injury correlation, highlighting the crucial role of good communication quality within a football club.

Other researchers have found that poor cooperation between coaching and medical teams may increase the incidence of muscle re-injury (Ghraiiri, et al., 2019), and that the complex pressures in sports medicine can disrupt the medical team's decision-making on the pitch (Pike Lacy, et al., 2020). Complementary, Ekstrand et al. (2018) illustrated a correlation between coaches' leadership styles and injuries. Coaches who tend to employ a transformational leadership style have a lower incidence of injuries in their teams. Furthermore, Baugh et al., (2020) demonstrated that greater trust between stakeholders is associated with the players intention to report their concussion symptoms. Krutch, et al. (2018) argues that 'the main influencing factors for successful "stay and play on field" and quick return to play are the susceptibility and willingness of the injured player, the decision by the team coach, experienced medical staff and the appropriate medical equipment, the time of injury in the football season and financial pressure.' (pp. 465).

Sports medicine in itself, is a broad and complex branch of health care (Anderson, 2003). Overall, the stay and play decision is a multidimensional one, and requires careful consideration of several factors. The medical team needs to assess the situation on a case-by-

case basis, taking into account the player's safety, injury severity, health history, position and importance, and time remaining in the game, all in the matter of minutes (Ardern, et al., 2016; Uebliacker, et al., 2018; Krutsch, et al., 2018; Gajhede, et al., 2013). In addition to these factors, communication quality, coaches' leadership styles, and trust between stakeholders act as external features when assessing the athlete's health and playing ability out on the pitch (Baugh, et al., 2020; Ekstrand, et al., 2018, 2019; Ghrairi, et al., 2019; Pike Lacy, et al., 2020). When assessing an injury in an ongoing match, little time can cause a minimum of information ahead of the decision-making (Ardern, et al., 2016). Shared-decision-making between all stakeholders is a reasonable approach (Krutsch, et al., 2018; Van der Horst, et al., 2017; Ghrairi, et al., 2019; Ekstrand, et al., 2018, 2019). Which requires well defined roles and a persistent system (Ardern, et al., 2016).

This study aims mainly to (1) reveal the medical team's on-field evaluations when deciding whether a player can continue playing or take a break due to injury or pain as a result from impact damage during a football match. (2) how different pressures can affect the on-pitch decision-making and the possibility of reducing the impact of these pressures, and (3) examining whether 'stay and play' procedures are contingent on the context.

Materials and Methods

To explore the complex aspects that influence the 'stay and play' decisions and assess the in-game factors that contribute to the decision-making to continue playing, or not, a phenomenological approach (Davidsen, 2013) was used. Qualitative research, and focus group settings provides a deeper understanding of the participants experience with the topic, and offers authentic opinions, in the right environment (Morgan, 1996). Semi-structured focus group interviews were conducted with the medical team from a professional football club in

Norway to gain insight into the complicated process of on-pitch assessment of injured football players. The focus group setting was done in a Microsoft Teams videocall, where all participants was asked to turn on their camera and not mute themselves in the call. Which all of them did. The interview guide was generated bearing in mind existing literature on ‘stay and play’ and ‘return to play’ procedures and featured open-ended questions, rather than closed ones. The interview guide was also designed with vignette stories about realistic situations that can occur during football matches, with related follow-up questions. Two situations were presented to the participants. The first story was based on an injury to the most important player in the squad, which took place in a regular league game in the start of the season. The second one was based on an injury to the only striker in the squad in a semi-final in the national cup. Both situations included that the player wanted to continue playing. Questions were also formatted as discussion evocative, to promote different sides of each situation. The study protocol and procedures were approved by Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Participants

To be included in the study, participants had to meet the following inclusion criterium: be employed as a member of the medical team in a professional football club. The participants in this study are four active medical professionals in a Norwegian elite football club. Including two physiotherapists, a team doctor and a manual therapist. The designated names for them are as follows: Magnus, Ola, Fredrik and Stian.

Data analysis

To assure a subjective analysis of the data material, a reflexive thematic analysis was adopted. Additionally, to provide beneficial anchor points in working with participants’ personal experiences and stories (Creswell, 2007). The first step of analysis involved careful

transcribing of verbal communication to written text, and simultaneously highlighting each medical professionals' response to organise their statements. Step two of the analysis was generating themes using keywords. This allowed making a collection of statements across participants and making a structure of key-themes from the data material. Furthermore, the data material was translated from Norwegian to English while striving to maintain the authenticity of the original statements to the best of my ability.

Results and Discussion

The following analysis focuses on the personal experience of the participating medical team. The presentation will cover four main themes and will be discussed in relation to exciting research literature, to enhance contextualisation.

Key Themes

Four primary themes and their equivalent sub-themes were extracted from the interview data: (1) health history, (2) communication, (3) pressures, and (4) contextual differentials.

Health History

Participants stressed the importance of the knowledge of the players health history related to the on-field examination. By persistently tracking the medical history of each player, it becomes possible to distinguish existing injuries from potential new injuries (Creighton, et al., 2010), differentiate between direct and indirect injuries (Ueblacker, et al., 2015) and it also facilitates for optimal squad communication (Ekstrand, et al., 2019). Moreover, it allows for new team doctors to get familiar with the players medical history and problems prior to a match. When evaluating an injury sustained during a match, the type of injury and the affected body area must be taken into consideration when making a decision to keep playing or not. E.g., if a player who has history with a bad knee gets a contusion to the knee area, the medical team may be more cautious and decide not to keep the player in the game.

Injury history... that would come in to play, does he have a lot of earlier trouble, is it a case we know about, and what type of injury of course. (Fredrik)

Krutsch et al. (2018) argues that comprehensive documentation of the entire injury history and its subsequent follow-up is crucial for effective treatment. The evaluation of a player's health status after an injury can be greatly supported by the knowledge of the medical history and previous injuries to the affected area. Creighton et al. (2010) emphasized the importance of this information in providing the medical team with a contextual understanding of the injury in the evaluation process. When talking about injury management factors during on-pitch assessment:

Um, and when you go out and look at someone... and [he] explains at least that it's the ankle and which side it is. [...] And then you can start to gather a bit of history about whether it's someone who has weak ankles or someone who often lies down and waves at us. That can be a factor. Because we have some of them. And then we have some who never wave. (Magnus)

In this context, the medical staff member highlights the significance of considering a player's health history alongside their personal characteristics. E.g., two players who suffer from seemingly identical injuries on the pitch, can be very different situations. Depending on factors such as whether the player has a history of weak ankles and does not seek attention or if they have insignificant injury history but frequently lie down and wave for assistance.

Additionally, as a sub-topic for this conversation, the medical team highlighted the importance of squad awareness and being familiar with each player in the squad. This was also stated as the most important factor when executing “stay and play” procedures. From a question if the players are more likely to hold back information about pain in more important matches,

[...] it’s about the type of player, I think. That... a player who is very forward leaning and willing to endure discomfort, might have the same assessment in both situations [non-important and important matches]. While someone who doesn’t like playing with discomfort might have evaluated the two situations [non-important and important match] differently. That it was more important to tough it out in that important match. So, it’s individual then. (Magnus)

With a large number of players in a football squad, there is a responsibility to have knowledge about every player’s condition and needs. This also includes understanding which players tend to signal for assistance for every little issue, and those who rarely seek medical help. Squad awareness also allow for the medical staff to tailor their communication to each player, on the basis of their individual familiarity.

I think that knowing the players is important. Since I’m new to this club, it’s a constant learning process. And I’ve had some... not setbacks, but there have been some situations during training camps where one run onto the field because someone is down and waving... while the rest [of the medical staff] is like... nah... (Fredrik)

While the rest of the medical staff goes and has a coffee. (Magnus)

From the voice of tone and body language, it seems that they are talking about a player in the

squad who often dramatize the situation when being tackled. Emphasizing the importance of squad awareness, to acquire an initial thought about the damage extent when injuries happen. Squad awareness would also allow for the medical staff to know how the diverse players react to injuries. When talking about risks and benefits with keeping an injured player in the game, rather than taking a break and recover, participants emphasized that the event differs from case to case.

In most cases, we prefer to let the players play. Or, if there's no medical reason why we have to take them off. So, many players play with some form of pain. (Ola)

Minor injuries require assessment of the players ability to perform all football-specific movements on the field, in a pain-free state (Krutsch, et al., 2018). When letting a player continue playing, both the coaching staff and medical staff can evaluate the functional state of the player from the bench. If there's any instability or reduced functionality in the affected area, the player should be substituted and evaluated further off the pitch (Creighton, et al., 2010). It is essential for the coaching staff and medical team to work together and communicate effectively. This collaboration allows for an evaluation of the player's functional state, and the decision to continue playing or not can be made through joint consultation on the sidelines (Ekstrand, et al., 2018, 2019; Ghrairi, et al., 2019).

Communication

The communication between both players, medical team and coaches is a crucial factor that forms the foundation for appropriate decision-making and also plays a vital role in on-field examination and treatment. This includes pre-incidence clarifications, loyalty between stakeholders and shared-decision-making to ensure player safety. When talking about the communication with the player out on the field in a match,

It's often that they say that 'it's the ankle, and the right or left one'. Um... often they want confirmation that things look good, as we don't have much time out there. We don't have time for treatment, but we do get some time for examinations. (...) We don't have a thorough medical examination... we don't get the opportunity for that. It's just a rough examination. (Magnus)

Even though it's little time to treat and examine the injured player, there is still some important communication that needs to be done. A short clarification of what seems to be the problem, and what happened.

It's important to find out if it's a blow or a rotation. If this player presents is as a blow-injury, or if he also feels like there was a twisting element in the situation... you can ask, try to extract such information. (Stian)

The medical team highlighted that the decision-making process doesn't necessarily fall solely on them. During crucial periods of the season, the head coach may interject and decide to rest the injured player. In instances where the medical team and player agree that the player can continue playing, the head coach may still opt not to take the risk.

In situations where the medical team is examining and assessing whether a player should continue playing, multiple incidences can emerge. For example, underreported extent of damage from the player, conflicts of interest between head coach and medical team, and other external pressures (Baugh, et al., 2020; Pike Lacy, et al., 2020). Therefore, maintaining high-quality communication is essential within a club to ensure accurate assessments, proper shared-decision-making and prioritizing player safety over other interests. When asked about

whether they think the players can withhold information to them in matches, the medical team answered:

Yes, I think so. It's a natural part of being an elite athlete. And in a way balance what you tell the medical team. [...] It's natural to think that it's not everything that gets through to us. But often it shows... you have to perform out there, also. But we have had example of this *Ola*, that it has been under communicated extent of damage?

(Magnus)

To help Magnus answer, the answer is yes. So... yes absolutely. (Ola)

Communication quality and cooperation between stakeholders is an essential element when discussing injuries in professional football, as researchers have found that poor communication quality and cooperation is related to more injury burden, incidence of severe injuries, lower player availability, and re-injury (Ekstrand, et al., 2019, 2018; Ghrairi, et al., 2019). Dunn et al. (2007) argues that the main loyalty should be between the medical staff and the player, although it should be acknowledged that other external pressures could develop.

We can only evaluate from the information we have. So, if the player decides to tell us, or not, then we can only evaluate from what we know. (Ola)

The medical personnel that rush onto the field to examine and assess the injured player maintains telecommunication with both coach and other medicals on the bench while out on the field, ensuring continuous communication during the assessment process. This enables real-time coordination and exchange of information to make informed decisions and appropriate course of action.

And then we evaluate the observations we make after that communication. So, if a player stays on the field and wants to continue playing and it looks okay, then we typically evaluate it in terms of their function and performance. (Fredrik)

But who ultimately makes the final call?

I think it's easy in regards of head injuries. Then I think medical (personnel) one hundred percent. (Magnus)

This approach is supported by the Sport Concussion Assessment Tool (SCAT5, 2017), which also states that concussion signs and symptoms can evolve over time, and therefore designed only for the use of licensed healthcare professionals. However, in other situations, the medical team agreed that the player has the liberty to decide for their own footballing career.

Although, there is an existing discussion whether the player should be included in the decision. Particularly in game situations, where the players desire to continue playing may overwhelm their common sense (Dunn, et al., 2007). Also, studies have revealed that athletes' willingness to seek medical care after concussions is linked to the level of trust and the perception of low conflict of interest among stakeholders (Baugh, et al., 2020). This finding reinforces the significance of loyalty between stakeholders. Furthermore, the medical team stated that when including players in the decision to 'stay and play', the medical staff should provide guidance and information to the players, ensuring fully informed consent to the potential risks. Although, this is dependent that the player can perform in the game with this minor injury. Otherwise, the player may be taken off based on performance-related factors, by the head coach.

When talking about the probable consequences of allowing an injured player to continue playing:

As long as they don't significantly worsen an injury, it's a bit difficult for us to take players off, for call it 'small things'. There has to be a proper reason for it in that case.
(Ola)

The consequence could be that it takes longer time (to return to play), than if he went off. (Magnus)

As stated by Krutch et al. (2018), playing with small injury can accelerate the extent of damage. Although, every stay and play decision needs to be assessed on a case-by-case basis. Furthermore, Ekstrand et al. (2020) highlighted that re-injuries have an extended absence compared to index injuries. However, it's not always possible to aim for the lowest level of risk in the fast-paced and pressured circumstances of elite football.

Pressures

Medical team members stated that they rarely feel pressured by their coach or the large number of spectators at the stadium. Though, one participant was talking about former clubs he had worked with.

I have experienced arguing with ... this has happened in other clubs before ... arguments with the head coach on the bench, in several instances. It was related to an injured player, whom I felt should be taken off, the player also wanted to be taken off, but the coach almost refused. So, I have been through that before. (Fredrik)

A team physician may encounter pressure from various sources, including coaches, to prioritize immediate performance gains over the long-term health of the athlete (Dunn, et al., 2007). Creighton, et al. (2010) also includes conflict of interest in their RTP decision model, denoting that the ethical obligation for the medical staff is to ensure safety for the player, moreover they also have obligations to the team as paid employees. Research by Hägglund et al. (2013) has found significant associations between the number of injuries in a squad and higher league placements, as well as better performance in European cups. Gajhede et al. (2013) highlighted that aiming for a shorter or no absence from play may increase the risk of re-injury, which according to Ekstrand et al. (2020) leads to longer absence. Krutsch et al., (2018) also highlighted that ignoring non-time-loss injuries may lead to chronic complaints or the development of severe injuries. This suggest that a cautious approach, which prioritizes the well-being of a player should be in the long-term interests of the club stakeholders. One of the participants shared other experiences from on-pitch assessment factors in a former club he has worked with:

I think... if I were to... I have really thought a lot about this. It's clear that I feel that in the clubs I've been in before, there has been a slightly different environment than the one here. Call it a bit more of a culture of fear... and that has influenced me... whether it's the subconscious or whatever it is... this aspect of exclusively focusing on the player's health and disregarding factors like him being our only striker and us depending on three points to avoid relegation or... things like that. So, well... but in an ideal world, the player's health is always the main responsibility. (Fredrik)

This kind of external pressures can stem from the head coaches, as stated by Pike Lacy et al. (2020), while the medical staff might think about the players body function in 20 years, the

head coach could be thinking that he's going to get fired at the end of the season if the team doesn't perform. Moreover, the participants recognized that time limitations can create significant pressures in their work environment. The medical team collectively expressed that the referees are the sole factor contributing to time pressure by urging them to hurry, and often requesting players to be taken off the field for examination. This leaves the team with 10 players on the field, which is a major disadvantage.

They (referees) have been brutal in some periods, because when they signal us to come over, and as soon as you have jogged over, you get told that you just have to take the player off the field. (...) So, there have been occasional discussions out there, but... time pressure is really only imposed on us by the referee. (Ola)

Additionally, Magnus specified that this time pressure is bigger in the national league, compared with play in 'Europe' (European tournament games). Which indicates that time pressure caused by referees in the national league is a bigger external pressure than large number of supporters on the stands and under the spotlights in bigger games.

I think that the referees have the means to do it [reduce time pressure]. They can simply add extra time... stoppage time. So, it doesn't matter if we use half a minute or two minutes, that's what I think. (Ola)

Reducing time pressure for medical professionals through assistance from referees could result in longer examination and treatment periods. This, in turn, could lead to better informed decisions being made on the pitch. Furthermore, the medical team expresses that the referee organization discusses this matter each year, assuring that they will have the necessary time

on the pitch. However, if too much extra time is added, other components such as television schedules may come into play, but that is a separate topic for discussion.

I think that we... if we point out that we should be allowed to... if it's a head injury, then I think we get the time we need. (Stian)

Especially head injuries need time for analysis. As highlighted in the sport concussion assessment tool (SCAT5, 2017), the procedure cannot be performed correctly in less than 10 minutes. Other options have been proposed by the IFAB (International Football Association Board), to improve in-game management of possible concussions. The suggestion is 'concussion substitutes', which allows for a player on the bench to make a temporary substitute while the injured player gets an evaluation (IFAB, n.d.) Thus, this trail was rejected at an Ifab meeting (PA Media, 2023).

Contextual Differentials

The medical team expressed that player's safety comes first in every situation. However, they acknowledged that various factors could challenge this "ideal world" scenario. The decision is relatively straightforward when a player is unable to play due to reduced or no functionality of the injured body part. The main themes that occurred when talking about this was: (1) time remaining in the game, (2) part of the season, and (3) financial benefits. When injuries happen right before half time, the medical team appears willing to let the player "limp a little bit out on the field" before a more supplementary examination can be done in the half time break. This is a more rational way to go, instead of making a hasty substitute and with that use one of the three allowed substitutes in a game, they think.

I think that the severity of the injury is perhaps the most important factor, because if it's an ACL injury, we'll take him off whether it's the 44th minute or the 75th minute (...) if you look at the stadium clock and there's a little time left until halftime, then many things can wait a minute, but... if it's serious enough, then you have to do it right then and there. (Ola)

The ethical, and their responsibility to the patient's well-being is being challenged by the inconvenience of using a substitute early in the game. Ueblacker et al. (2018) has found that there is a tendency for injuries to happen towards the end of each halves of the game. Which can be explained by players intent to make a tackle on an opponent to hinder a goal scoring chance e.g. So, it is a common setting to sustain an injury towards the half time break. Other researchers have found that it is common for medical staff members to not feel like they have medical autonomy (Baugh, et al., 2020), although no one in this focus group indicated that.

The fast-paced sport of football involves a risk culture that is recognized with the athlete's trend to play through the pain (Arent & Walker, 2017). The athlete's strong commitment to compete often results in playing while injured, which can exacerbate the injury and ultimately lower the chance of obtaining sporting success – a phenomenon known as the 'risk-pain-injury paradox' (Nixon, 1996). When asked about they think the players are more likely to withhold information about pain in a semi-final in the national cup versus a normal league game, they responded:

I believe so. (Magnus)

Yes, the player might do so. But our assessments are the same whether it is a league game or a semi-final. We work in the same conditions anyway. However, the information from the player may vary a bit. But it's purely hypothetical, really. (Ola)

Overbye (2021) found that a majority of athletes is willing to push the limits when injured, and that it is very much contingent on the situation. E.g., when injuries can threaten sporting success or sporting career, particularly during important events the players are more likely to push through the pain. Subsequently, one of the problems that can occur when a small injury is sustained with moderate pain at the beginning, and the player decides to 'stay and play', is e.g., jumpers' knee after overstressing the quadriceps muscle (Krutsch, et al., 2018). For instance, one of the participants was talking about a situation with a player in a friendly match:

We had a player who got tackled... it was just before halftime... and in the ankle, and he wanted to continue, but when we looked at him during halftime, there were no significant findings, and he was determined to continue. And then a couple of minutes into the second half, he signalled for a substitution right away. So... what he communicated afterwards was that if it had been a league game or a decisive match, he could have played. So that's where the element of a friendly match came into play. (Fredrik)

As this player indicated, since it was a friendly match, he decided that the game was not important enough to risk further injury. Also, in which part of the season the injury happens is also relevant.

If it's the last league match, and the player informs that this [the injury] could take

four weeks [to return to play] if it goes wrong now. Many will raise their hand and say that it's an acceptable risk to take, so we push on until it's no longer possible... because now its vacation time, and we have over three months until the next mandatory match. It would make a difference if it's the first or last league match, for example. (Magnus)

The risk culture of sports has shaped an environment that where athletes are expected to 'keep it going', even when injured or feeling pain. However, it is worth noting that athletes will have to live with their bodies for their entire lifetime, not just until the end of a season or their career (Arent & Walker, 2017). According to the data gathered by Roderick et al. (2000) on ex-professional football players from England, 49 percent of the 284 surveyed athletes had developed osteoarthritis. This rate is five times higher than that of males in the general population who are matched in age.

Additionally, the timing of the next match would also be taken into consideration.

if there's a week until the next match, then I think we can tidy up most of the smaller issues. If it's three days until the next match, then we may need to consider it together with the coach. (Ola)

When asked about differentiating between a case where a player was injured in the middle of the season, in contrast of a semi-final in the national cup.

[...] the medical staff have discussed that. Then we're not necessarily 'equipped' to handle it, to endure such a period. So, it shouldn't come at the expense of individual players. Then, as a team, we may not be strong enough to make it to the cup final, with our current squad. Or have a deep enough squad. (Magnus)

The medical team of this club seems to enjoy a healthy relationship with the stakeholders, as

they stated that they did not feel any pressure to keep an injured player in the game due to the lack of replacements on the bench. They further expressed that the club is open-minded and allows for honest opinions, and that they believe it is other individuals within the club who have failed to ensure that there are enough options available on the bench. However, financial pressure might be a stronger source of conflict of interest.

if it's a playoff for the Champions League and it's the final match and you're in it and you can win two hundred million kroner... of course then... that could also have an impact on everything. (Fredrik)

Financial pressure has been noted as one of the main influencing factors to keep players in the game (Krutsch, et al., 2018; Creighton, et al., 2010). Also, Creighton et al. (2010) highlighted that higher levels of competition is associated with higher levels of health risk. When the level of competition is high, there may also be an increased level of conflict of interest, when the medical team also possibly want the club to generate a substantial revenue if they win the game.

Conclusion and Reflective Considerations

Key findings in this paper indicate that medical injury evaluations and player health are not consistently prioritized in the stay and play decision-making process. Contextual differences, as highlighted in one of the main themes derived from the data, serve as a crucial factor that connects the other three themes: health history, communication, and pressures. Among these themes, only health history serves as a positive determinant for player well-being. For instance, if a player has a history of a previous injured knee, it may lead to cautious decisions to protect the player from potential further harm during a match. Yet, the medical staff emphasizes that in an ideal world scenario, general player health would always be the primary

focus. As indicated in the title of the paper, the stay and play decision is a highly complex matter, the final decision whether to stay and play or substitute the injured player is a multidimensional one that depends on a numerous of factors. One of the key strengths of this research is the medical team's perspective of in-game injury assessment and decision-making, which is a big part of the sports medicine practise in football.

The findings presented in this paper align with previous research in the existing literature. Krutsch et al. (2018) presents an illustrative example that sheds light on the emergence of the stay and play concept. Hence, several points in this paper are supported by that paper, e.g., decision-making processes, financial pressure and contextual differences. Furthermore, Ekstrand et al. (2018, 2019), and Ghairi et al. (2019) emphasizes the importance of leadership, communication quality and cooperation in relation to injuries within a club, which can be induced and applied to the stay and play situations, taking into account contextual differences. Additionally, Pike Lacy et al. (2020) stresses the significance of pressures in decision-making processes regarding RTP decisions, while Dunn et al. (2007) highlights the ethics in the sports medicine domain. Altogether, this field of literature contributes to some of our understanding of the challenges surrounding stay and play decisions.

On reflection, even though focus group settings facilitate for discussion and authentic opinions, it should be acknowledged that the focus group conducted consisted of medical staff together with their 'medical coordinator', or supervisor. I observed that this setting caused the medical staff to answer to questions after their supervisor did. It's possible that the supervisor intentionally spoke first to lead the rest of the staff in their response. This could potentially result in the staff being more cautious in their answers to ensure they are politically correct given their professional obligations. Nonetheless, some of the questions arouse for discussion, such as financial pressure, withholding pain information and time pressure.

As a branch of the large exciting RTP research literature field, stay and play research is lacking (Krutsch, et al., 2018), despite the continuous difficult and even controversial decisions made in elite football. The analysis in this paper illustrates the experiences of an experienced medical team in a professional football club, contextualized with existing evidence. I hope that both findings and methods in this paper will inspire other researchers to embrace this subject for further research on the ‘stay and play’ decisions, processes, ethics and also involve players and coaches in the research.

Disclosure Statement

No potential conflict of interest was reported by the author.

Notes on contributors

Kristian Sollibo Fjelldal is currently pursuing a master’s degree at the Norwegian University of Science and Technology (NTNU). He is conducting research for his master’s thesis, and this paper serves as an integral component of their academic endeavour. Focusing on the sociological facets of risk culture in sports, Kristian holds a particular fascination for exploring how these aspects manifest in the realm of football.

References

- Anderson, M. K. (2003). *Fundamentals of sports injury management*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ardern, C. L., Glasgow, P., Schneiders, A., Witvrouw, E., Clarsen, B., Cools, A., Gojanovic, B., et al. (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. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096278>

- Arent, S. M. & Walker, A. J. (2017) Sport and health: the unique challenge of elite sport. I D. Parnell & P. Krstrup (Red.), *Sport and Health. Exploring the Current State of Play* (s. 179-197). Routledge.
- Baugh, C. M., Kroshus, E., Meehan, W. P., & Campbell, E. G. (2020). Trust, conflicts of interest, and concussion reporting in college football players. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 48(2), 307-314. <https://doi.org/10.1177/1073110520935342>
- 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. <https://doi.org/10.1097/jsm.0b013e3181f3c0fe>
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (2nd ed.). Sage publications.
- Davidson, A. S. (2013). Phenomenological approaches in psychology and health sciences. *Qualitative research in psychology*, 10(3), 318-339. <https://doi.org/10.1080/14780887.2011.608466>
- Dunn, W. R., George, M. S., Churchill, L., & Spindler, K. P. (2007). Ethics in sports medicine. *The American journal of sports medicine*, 35(5), 840-844. <https://doi.org/10.1177/0363546506295177>
- Ekstrand, J. (2013). Keeping your top players on the pitch: the key to football medicine at a professional level. *British journal of sports medicine*, 47, 723-724. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092771>
- Ekstrand, J., Krutsch, W., Spreco, A., Van Zoest, W., Roberts, C., Meyer, T., & Bengtsson, H. (2020). Time before return to play for the most common injuries in professional

- football: a 16-year follow-up of the UEFA Elite Club Injury Study. *British journal of sports medicine*, 54(7), 421-426. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100666>
- 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. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099411>
- 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? *British Journal of Sports Medicine*, 52(8), 527. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098001>
- Gajhede-Knudsen, M., Ekstrand, J., Magnusson, H., & Maffulli, N. (2013). Recurrence of Achilles tendon injuries in elite male football players is more common after early return to play: an 11-year follow-up of the UEFA Champions League injury study. *British journal of sports medicine*, 47(12), 763-768. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092271>
- 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, 107-113. <https://doi.org/10.2147/oajsm.s221292>
- Häggglund, 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. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092215>

- Krutsch, W., Eder, K., & Mommsen, H. (2018). Return-to-Play After Minor Overuse or Traumatic Injury: 'Stay and Play on Field'. In Musahl, V., Karlsson, J., Krutsch, W., Mandelbaum, B., Espregueira-Mendes, J. & d'Hooghe, P. (eds) *Return to Play in Football* (s. 453-469). Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55713-6_34
- Morgan, D. L. (1996). *Focus groups as qualitative research* (Vol. 16). Sage publications.
- Nixon, H. L. (1996). Explaining pain and injury attitudes and experiences in sport in terms of gender, race, and sports status factors. *Journal of Sport and Social Issues*, 20(1), 33-44. <https://doi.org/10.1177/019372396020001004>
- Overbye, M. (2021). Walking the line? An investigation into elite athletes' sport-related use of painkillers and their willingness to use analgesics to train or compete when injured. *International Review for the Sociology of Sport*, 56(8), 1091-1115. <https://doi.org/10.1177/1012690220973552>
- Premier League temporary concussion substitute trial rejected at Ifab meeting.* (2023, January 18). the Guardian. <https://www.theguardian.com/sport/2023/jan/18/premier-league-temporary-concussion-substitute-trial-rejected-at-ifab-meeting>
- Pike Lacy, A. M., Singe, S. M., & Bowman, T. G. (2020). Collegiate athletic trainers' experiences with external pressures faced during decision making. *Journal of Athletic Training*, 55(4), 409-415. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-165-19>
- Roderick, M., Waddington, I., & Parker, G. (2000). PLAYING HURT: Managing Injuries in English Professional Football. *International Review for the Sociology of Sport*, 35(2), 165–180. <https://doi.org/10.1177/101269000035002003>

Sport concussion assessment tool - 5th edition. (2017). *British Journal of Sports Medicine*, 51, 851-858.

The International football association board. (n.d.) *Concussion Substitutes*. Obtained 23 april 2023 from <https://www.theifab.com/laws/latest/concussion-substitutes/>

Uebliacker, P., Mueller-Wohlfahrt, H. W., & Ekstrand, J. (2015). Epidemiological and clinical outcome comparison of indirect ('strain') versus direct ('contusion') anterior and posterior thigh muscle injuries in male elite football players: UEFA Elite League study of 2287 thigh injuries (2001–2013). *British journal of sports medicine*, 49(22), 1461-1465. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094285>

Van Der Horst, N., Backx, F. J. G., 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. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-097206>

