

Arne Hånes

## Return to play ved strekkskade i hamstring hos unge talenter i et fotballakademi

En kvalitativ studie om kommunikasjonens verdi i et fotballakademi mellom spillere og støtteapparat knyttet til return to play ved strekkskade i hamstring

Masteroppgave i Idrettsvitenskap

Veileder: Nils Petter Aspvik

Medveileder: Stig Arve Sæther

Mai 2023



Arne Hånes

# **Return to play ved strekkskade i hamstring hos unge talenter i et fotballakademi**

En kvalitativ studie om kommunikasjonens verdi i et fotballakademi mellom spillere og støtteapparat knyttet til return to play ved strekkskade i hamstring

Masteroppgave i Idrettsvitenskap  
Veileder: Nils Petter Aspvik  
Medveileder: Stig Arve Sæther  
Mai 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Formålet med denne studien var å undersøke hvilke faktorer som påvirker spilleres returnering på fotballfeltet etter endt strekkskade i hamstring. Dette innebærer vurderinger og beslutninger som gjøres av støtteapparatet med fysioterapeuten i spissen. Studien tar også for seg hvordan kommunikasjonen i akademiet oppleves, som også står sentralt i de påvirkende faktorene for vurderinger og beslutninger som gjøres.

Studiens design er en kvalitativ metode med semistrukturerte intervju, hvor informantene er bestående av to trenere, fysisk trener, fysioterapeut og fem spillere i alderen 16 til 19 år. Studien tar utgangspunkt i steg 3 i RTP-modellen til Creighton et al. (2010) som innebærer flere faktorer med påvirkning for rehabiliteringsprosessen av strekkskader i hamstring, hvor også kommunikasjon er av stor betydning.

Resultatene viser at de vurderinger og beslutninger som gjøres av støtteapparatet og særs spesielt av fysioterapeuten, er tilstrekkelig kommunikasjon avgjørende. Dette innebærer oppriktige subjektive rapporteringer fra spillerne overfor støtteapparatet. For at spillere skal kunne fullverdig friskmeldes, stilles det krav til vurderingskriterier. Hvor vidt disse kriteriene innfris, er i stor grad basert på de subjektive opplevelsene fra spillerne. Som følge av spillernes stress og press som skadet i tillegg til frykt for å gi beskjed om reelle subjektive opplevelser, vil underkommunikasjon kunne forekomme. Underkommunikasjon ser videre ut til å være i større grad utbredt hos spillerne som friske enn som skadet, da spillerne vil nærmest for enhver pris spille fotball uhindret. Egentreninger er også manglende i rapporteringene som gjøres, noe som gir spillernes totalbelastning en ukjent faktor. Dermed peker både underkommunikasjon om subjektive opplevelser og manglende informasjon om egentreninger som en mulig økt risiko for strekkskader i hamstring. Forekomsten omfatter både ny skade, re-skade eller forverring av allerede eksisterende skade. Dette omfatter videre at fysioterapeutens vurderinger og beslutninger gjøres enten på feil grunnlag eller manglende informasjon, alt i alt på grunn av mangel på tilstrekkelig kommunikasjon.

## **Abstract**

The purpose of this study was to investigate which factors affect players return to the football pitch after a hamstring strain. That involves assessments and decisions made by the staff led by the physiotherapist. The study also looks at how communication in the academy is experienced, which is also central to the influencing factors for assessments and decisions that are made.

The study's design is a qualitative method with semi-structured interviews, where the informants consist of two coaches, a physical trainer, a physiotherapist and five players aged 16 to 19. The study is based on step 3 of the RTP-model by Creighton et al. (2010) which involves several factors influencing the rehabilitation process of hamstring strains, where communication is also of great importance.

The results show that the assessments and decisions made by the staff and especially by the physiotherapist, adequate communication is essential. This involves sincere subjective reports from the players to the staff. In order for players to be fully declared, assessment criteria are required. The extent to which these criteria are fulfilled is largely based on the subjective experiences of the players. As a result of the players stress and pressure as injured, in addition to fear of giving notice of real subjective experiences, undercommunication may occur. Undercommunication also seems to be more widespread among the players who are healthy than when they are injured, as the players want to play football unimpeded at almost any cost. Individual training is also missing from the reports that are made, which gives the players total load an unknown factor. Thus, both undercommunication about subjective experiences and lack of information about individual training points towards a possible increased risk of hamstring strain injuries. The occurrence includes both new injuries, re-injury or worsening of already existing injury. This also includes the physiotherapist's assessments and decisions being made either on the wrong basis or lacking information, all in all due to a lack of adequate communication.

# Forord

På grusbanen utenfor klubbhuset til Sportsklubben Træff møtte jeg for 25 år siden en mann ved navnet Johan Sudmann, en ildsjel for barnefotballen. Det skulle vise seg å være min første læremester i det som kom til å være min store lidenskap. Etter tretten år som fotballspiller i Sportsklubben Træff ble jeg i større grad bevisst på betydningen av fysisk belastning. Interessen for hvordan fysisk belastning påvirker fotballspillere førte til at jeg begynte på idrettsstudiet for å tilegne meg kunnskap som jeg forhåpentligvis ville kunne få nytte av som trener. Det skulle vise seg å ikke være fullstendig feil, da jeg underveis i studiene ble engasjert som fysisk trener i utviklingsavdelingen hos en toppklubb i Norge. En årrekke senere er jeg her, ved siste fase i studietilværelsen og fullføring av en mastergrad i idrettsvitenskap. Den genuine interessen for hvordan fysisk belastning påvirker utvikling og prestasjon, har båret motivasjonen gjennom årene med studie. Det har vært en tidvis lang, men ikke minst spennende og lærerik prosess. Det blir nå spennende å se hvor veien går videre.

Det er flere som fortjener en takk for all hjelp og støtte på veien til fullføring av dette forskningsprosjektet. Aller først ønsker jeg å takke informanter og klubb for åpenhet og deltakelse i prosjektet. Dette prosjektet hadde ikke vært mulig å gjennomføre uten deres gode bidrag. Til gjengjeld håper jeg at dette prosjektet er med på å løfte deres akademi til et nytt nivå.

Jeg ønsker å takke mine medstudenter og forelesere ved NTNU for å ha gjort studietilværelsen til en minnerik epoke av livet. De delte tankene og erfaringene fra forelesningene og kollokviegruppene har gitt meg en bredere forståelse av idrettens betydning. Videre ønsker jeg å spesielt takke mine veiledere, Nils Petter Aspvik og Stig Arve Sæther. Dere har støttet meg gjennom prosjektet ved hjelp av deres kunnskap og gode refleksjoner. Jeg ønsker også å takke fysisk ansvarlig i NFF, Bård Homstøl for gode ideer og råd.

Jeg vil takke min nærmeste familie og venner for deres tilstedeværelse både i medgang og motgang. Sist, men ikke minst ønsker jeg å takke min samboer Elisabeth for at du har vært den du har vært, hver dag. Til tross for en ny tilværelse som foreldre etter et turbulent svangerskap bestående av store kontraster, har du vært fantastisk med måten du har lagt til rette og støttet meg gjennom prosjektet. Måten du har stått oppreist og inntatt morsrollen for sønnen vår har gitt meg stor motivasjon.

*Arne Hånes*

Trondheim, 31 mai 2023.

# Innhold

Sammendrag .....	1
Abstract .....	2
Forord .....	3
1. Innledning .....	6
1.1 Problemstilling .....	8
1.2 Begrepsavklaring .....	8
2. Fagfelt .....	9
2.1 Akademiets roller og formål .....	9
2.2 Forekomst og betydning av skader .....	10
2.3 Return to play .....	14
2.3.1 Vurderinger og beslutninger .....	16
2.3.2 Kommunikasjon .....	18
3. Design og metode .....	20
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted og metodevalg .....	20
3.2 Utvalg og fremgangsmåte .....	22
3.3 Kvalitativt intervju som forskningsmetode .....	24
3.4 Gjennomføring .....	26
3.5 Forskningens kvalitet og etiske refleksjoner .....	28
3.5.1 Reliabilitet og validitet .....	30
3.5.2 Generalisering .....	30
3.5.3 Etikk .....	31
4. Resultat .....	33
4.1 Hvem vurderer strekkskadene i hamstring .....	33
4.1.1 Interesser og samarbeid .....	35
4.2 Hvordan vurderes skadene .....	36
4.2.1 Screening av skaden .....	37
4.2.2 Alvorlighetsgrad og varighet .....	38
4.2.3 Re-skader og skadehistorikkens påvirkning .....	39
4.2.4 Kriterier for returnering etter endt skade .....	40
4.3 Hvordan påvirkes spilleren .....	42
4.3.1 Tidspunkt på året .....	43
4.3.2 Bekymringer og frykt - press og stress .....	44
4.4 Kommunikasjonens betydning i en RTP-prosess .....	47
4.4.1 Verdifull informasjon .....	47
4.4.2 Rapportering .....	48



4.4.3 Underkommunikasjon .....	52
5. Diskusjon .....	58
5.1 Hvem vurderer og beslutter .....	58
5.2 Vurderingskriterier .....	59
5.3 Spillerens opplevelse som skadet.....	60
5.4 Akademiets verdifulle kommunikasjon .....	63
5.5 Oppsummering.....	65
6.0 Bidrag og begrensninger .....	67
6.1 Veien videre.....	68

# 1. Innledning

I fotball er trening over tid omtalt som en av de viktigste årsakene til suksess (Starkes & Ericsson, 2003; Gladwell, 2008; Sæther, 2017). Det veletablerte utsagnet er at en idrettsutøver må innen fylte 20 år ha et minimum av 10000 treningstimer for å kunne konkurrere blant de beste i sin idrett. Dette innebærer enorme mengder treningstimer per år, noe som tilsvarer cirka to treningstimer hver dag i 14 år (Starkes & Ericsson, 2003; Gladwell, 2008; Ericsson et al., 1993). Om man i det hele tatt skal lykkes med målet, vil det i løpet av disse årene stilles høye krav til tilstrekkelig treningsbelastning for å skape stimulus til utvikling. Treningsbelastning gir fotballspillere muligheten til å utvikle seg, men kan også være begrensende. Disse begrensningene forekommer i form av skader, gjerne knyttet til høy treningsbelastning over tid. Idrettskontekstuelle skader er et velkjent problem for mange idretter, særlig i de komplekse idrettene hvor flere fysiske parametere påvirkes av en rekke variabler.

Utvikling av unge talentfulle fotballspillere stiller kontinuerlige krav til de fysiske parameterne. For å skulle kunne stimulere til fysisk utvikling, er det avgjørende å kunne gi riktig treningsbelastning over tid. God fysisk utvikling av unge talentfulle fotballspillere stiller krav til kjennskap av hvilke- og hvordan de ulike variablene påvirker hverandre knyttet til utvikling av de fysiske parameterne. Det er da viktig å prioritere fysiske egenskaper gjennom et treningsår med formål om å progressivt øke spillerens fysiske kapasitet på bakgrunn av spillerposisjonens arbeidskrav (Arnason et al., 2004). For unge fotballtalenter vil dette være både utfordrende, men viktig for klare å følge nasjonalt og aldersadekvat utviklingsnivå. For spillere tilknyttet et fotballakademi tilhørende en profesjonell eliteklubb, vil mulighetene ligge til rette for å kunne oppdage og kontrollere de fysiske utviklingsområdene som beveger seg i gråsonen i nedre eller øvre sjiktet. Ekspertisen med flere trenere, fysisk trener og fysioterapeut som overvåker belastning og bistår resten av trenerteam og spillere med kompetanse ved hjelp av vurderinger og beslutninger. Flere av de norske profesjonelle fotballagene på de to øverste nivåene på herresiden i Norge har organiserte fotballakademier. Aldersgruppen varierer mellom 15 og 19 år, hvor fellestrekkene er en kropp i rask og urytmisk vekst. Vekstforholdene i puberteten viser seg å være ekstra utfordrende når det gjelder fysisk utvikling hos unge fotballtalenter, da med økt risiko for en rekke skader mens kroppen er i livets største vekstfase. Studier viser at alderen 15-16 år er svært kritisk når det gjelder skader i fotball, noe det menes har røtter i at kroppen i vekst har større risiko for skader (Cloke et al., 2009) Gjennom hele puberteten vil kroppen gjøre fysiske utviklingsprang som påvirker både styrke, hurtighet og utholdenhet (Grendstad et al., 2020). På samme måte vil denne utviklingen kunne skape forstyrrelser knyttet

til unge talenters antropometri, som videre kan skape utfordringer knyttet til treningsbelastning. Justeringer av treningsbelastning i et helhetlig perspektiv vil være en naturlig forventning knyttet til den totale treningsmengden. Mengder egentreninger må tilpasses mengden lagtreninger. Egentreninger burde hensiktsmessig gjennomføres i tidsrom som ikke er forulempet lagtreningene. I tillegg burde belastningen styres av hvilken type økt som gjennomføres, men må være spesifikk og konkret (Sæther, 2017).

Til tross for gode treningsfasiliteter, lett tilgjengelig ekspertise og god treningsplanlegging, vil skader likevel forekomme. Blant de hyppigste forekomstene av skader i fotball finner vi strekkskader i hamstring. Hva skjer når en ung talentfull fotballspiller pådrar seg en strekkskade i hamstring? Betydningen av å få høre hva de ulike rollene i en klubb har å si om fenomenet, kan forhåpentligvis gi et klarere bilde om hvilke overveielser man står overfor knyttet returnering tilbake på fotballfeltet etter endt skade. Likeså er de ulike faktorene som påvirker beslutningene knyttet til en spillers returnering på fotballfeltet interessant for å forstå hva som ligger til grunn for vurderingene som gjøres.

I fra det øyeblikket en strekkskade i hamstring inntreffer, underveis i rehabiliteringsprosessen, og i perioden etter, vil det i verste fall kunne være skjebnesvangert for en spillers karriere at det tas gode beslutninger. Gjennom RTP-prosessen (Return To Play) er argumentasjonen og baktanken ved valgene som tas viktig for at spilleren skal få en rask, tilfredsstillende og kvalitetssikker rehabilitering slik at returneringen på fotballfeltet skal kunne foregå uten re-skader (Creighton et al., 2010). Prosessen påtreffer en rekke faktorer som kan eller vil påvirke situasjonen, og det er nettopp disse som er interessant for å kunne bedre forstå hvilke vurderinger som foreligger når det gjøres beslutninger knyttet til spillerens RTP-prosess.

Om man ser på mengden studier som omhandler strekkskader i hamstring er kvantitative studier godt representert, hvor de fleste av studiene er rettet mot strekkskader i hamstring som krever kirurgisk inngrep (Krutsch et al., 2018). I og med at majoriteten av strekkskader i hamstring ikke behøver kirurgiske inngrep faller det naturlig å skulle se nærmere på akkurat disse tilfellene. Nærmere bestemt med en innfallsvinkel som omfatter i større grad de involverte opplevelser knyttet til omstendighetene i og rundt skaden (Krutsch et al., 2018).

## 1.1 Problemstilling

*Hvilke faktorer påvirker vurderinger og beslutninger knyttet til unge talentfulle fotballspilleres return to play på fotballfeltet ved strekkskade i hamstring? Og hvordan oppleves kommunikasjonen i akademiet under RTP-prosessen?*

## 1.2 Begrepsavklaring

*Eksentrisk styrke:* Muskulaturens evne til å genere kraft mens den forlenges.

*Magnetresonanstomografi (MR):* En maskin med bildefremvisning av menneskekroppens innside ved bruk av radiobølger i et kraftig magnetfelt.

*Masking:* Å skjule, dekke eller pynte på sannheten for at skaden skal fremstå i bedre tilstand enn hva den i realiteten er.

*Return to Play (RTP):* Full returnering på treningsfeltet uten restriksjoner.

*Unilateral styrke:* Muskelstyrke gjeldende kun for én side eller kun ett av beina.

## 2. Fagfelt

Dette kapitlet består av fagfeltets hovedpunkter i form av akademiets roller og formål, forekomst og betydning av skader, og Return to Play. Prosjektets fundament tar opphav i en rekke studier som viser til flere sider ved ungdoms fotballen. Studier viser at i pubertetsalder er kroppen svært utsatt for idrettsskader (Cloke et al., 2009). Til tross for at de færreste strekkskader i hamstring krever kirurgiske inngrep, finnes det et flertall av studier hvor skadeomfanget betegnes innenfor en alvorlighetsgrad som krever kirurgiske inngrep. Det er dermed gjort minst forskning om de hamstringskadene som forekommer hyppigst. Årsaken til at temaet er høyst aktuelt for dagens utvikling av fotballspillere, er at majoriteten av studier gjort på feltet er bestående av kvantitativt datamateriale, mens svært få studier går i dybden og intervjuer de involverte om deres subjektive opplevelse i en kvalitativ studie. I tillegg er det godt dokumentert at tilstrekkelig kommunikasjon er viktig for at rollenes funksjon i en fotballklubb skal fungere optimalt (Vella et al., 2022; Ekstrand et al., 2023; Pensgaard et al., 2018). Dermed er det relevant å undersøke hvordan kommunikasjonen oppleves av informantene og i hvilken grad kommunikasjon fungerer eller ikke fungerer når det gjelder skader.

Dette prosjektet har utelukkende interesse av å se på de subjektive opplevelsene hos de ulike rollene i akademiet. Det vil da også være naturlig å se på hvilke faktorer som påvirker RTP-prosessen, da spesielt med tanke på vurderinger og beslutninger som tas knyttet til prosessen for å lykkes med å returnere en spiller tilbake på fotballfeltet.

### 2.1 Akademiets roller og formål

For å bli profesjonell fotballspiller på øverste nivå stilles det krav til både talent og målrettet trening over flere år. Fotballakademier har i større grad fått en viktigere rolle som utviklingsarena for fostring av unge talentfulle fotballspillere (Mills et al., 2012; Sæther et al., 2017). Flere toppklubber i dag har systematisert utviklingen av egne unge fotballspillere gjennom et akademi. Et fotballakademi defineres av Premier League (2011), som “lærings eller utviklingsmiljø som drives av en profesjonell fotballklubb for utvikling av unge spillere”. Hovedmålet med å skape egenutviklede fotballspillere knyttes til det økonomiske og sportslige i en klubb. Store internasjonale klubber ønsker derfor å utvikle og signere unge spillere som på sikt blir en del av klubbens A-lag. Intensjonen bak er den økonomiske gevinsten ved videresalg

av spillere, i tillegg til å slippe høye kostnader ved kjøp av nye spillere (Sæther, 2017). For at dette skal være gjennomførbart er det nødvendig med en rolle- og ansvarsfordeling og på den måten få en bedre faglig kvalitet i tilbudet som gis til spillerne. Utvikling av gode fotballtalenter handler i stor grad om å oppnå individets potensiale (Williams & Reilly, 2000). Med dobbel betydning vil fotballspilleren være den viktigste brikken i spillet. Det kan likevel tenkes at utviklingen av et fotballtalent ikke gjøres av spilleren alene, men åpenbart i samspill med andre. Blant disse andre involverte er hovedtreneren en nøkkelfaktor for å få til det gode samspillet.

Hovedtrenerens rolle vil i stor grad være å veilede og påse at lagets beste er alltid tatt i betraktning når det tas avgjørelser. Hovedtrenerens rolle er sentral i utøverens fysiske og psykososiale utvikling. Studier viser at relasjonen mellom trener og spiller kan være avgjørende for spillerens tilfredsstillelse, prestasjon, opplevelse av egne ferdigheter og selvfølelse (Sæther et al., 2017). Trenerrollen får en akselererende større betydning desto eldre spillerne er. Betydningen av treneren er viktig i alderen 13-15 år, men viktigheten er enda større i alderen 16 år og oppover hvor spillerne er avhengig av en slik rolle i deres hverdag med riktig kompetanse (Sæther, 2017; Côte, 1999).

Blant resterende trenerroller finner vi deriblant fysisk trener som er ansvarlig for oppfølging av spillernes fysiske tilstand til enhver tid. Jobben til en fysisk trener er å forberede utøverne på en suksessfull utvikling og prestasjon (Werner, 2010). Som en del av et trenerteam er fysisk trener også ansvarlig for å kommunisere med fysioterapeut og resterende trenerteam for å kunne tilpasse treningsbelastningen til spillerne (Werner, 2010). Ettersom at fotball er en kompleks idrett med mange variabler og individualiseringsbehov blant spillerne, vil skader være uunngåelig i mange tilfeller for både amatører og profesjonelle fotballspillere. (Cloke et al., 2009). Fysioterapeuten i klubben har som primæroppgave å ivareta spillernes fysiske helse, primært sett den rehabiliterende delen i tillegg til å være ansvarlig for den medisinske behandlingen som gjøres i akademiet (Premier League, 2011).

## **2.2 Forekomst og betydning av skader**

Hamstring er en samlebetegnelse for muskelgruppen som er festet på baksiden av lårbeinet og er bestående av musklene biceps femoris, semimembranosus og semitendinosus. Funksjonen til hamstring er i all hovedsak å bøye kneleddene og strekke hoftelene. Som fotballspiller er man helt avhengig av at hamstring er operativ til enhver tid, da denne muskelgruppen aktiveres i alle forflytninger som gjøres på fotballbanen. Stort vinkelutslag i beina sammen med stor og

rask kraftutvikling vil stille større krav til hamstring enn normal gange. Dermed er det naturlig å tenke at repetitive sprinter med varierende tidsintervaller utsetter hamstring for stor belastning (Woods et al., 2004; Arnason et al., 1996).

Om belastning på hamstring overstiger submaksimalt nivå over tid, vil muskelfibrene i hamstring kunne overbelastes og resultere i en belastningsskade. Akutte strekkskader i hamstring er overstrukkede muskelfiber som revner i øyeblikket uten forvarsel. Det er viktig å ikke mistolke belastningsskader og akutte skader. Nærmere forklart kan belastningsskader oppleves som akutte ved at i øyeblikket skaden inntreffer, kan skaden oppleves som uforventet. Ved flere tilfeller vil man kunne se på en rekke faktorer som har bidratt til at skaden inntraff og dermed kunne si noe om årsaken. I tilfeller hvor en spiller har pådratt seg en belastningsskade vil det i forkant ofte være tegn og symptomer som det er ønskelig å oppdage i tide. Begge tilfellene av strekkskader i hamstring vil innebære ruptur i muskelfibrene, som på lik linje med andre sår vil den trenge hvile, tilstrekkelig med tid og opptrening før den er klar til normal bruk igjen. (Arden et al., 2016) For å unngå en eventuell re-skade i etterkant, vil det være nyttig å kjenne til hvilke faktorer som kan ha vært med på å fremprovosere skaden.

Re-skade er et nytt tilfelle av en tidligere skade. Årsaken til at re-skader forekommer er i mange tilfeller knyttet til en kombinasjon av flere påvirkninger. I lengre tid har ujevn muskelstyrke i hamstring vært antatt som hovedårsak til tilfeller av re-skader i hamstring (Opar et al, 2012). I senere tid har det også vært mer fokus på vedvarende nevrologisk hemming som følger av skader, som antas å kunne være medvirkende årsak til re-skader. Det hevdes likevel at det ikke finnes et go-to alternativ for å konkludere med en gjentakende hovedårsak til forekomst av re-skader og det vil derfor være nødvendig å se på helheten av et større omfang faktorer for å kunne konkretisere den aktuelle årsaken (Opar et al., 2012).

I Europa står fotball for 50-60% av alle idrettsskader (Arnason et al., 1996). Forekomst av hamstringskader er blant de vanligste hos fotballspillere og re-skade raten er ansett å være høy (Brukner, 2005; Brukner, 2015). Ifølge det longitudinelle studiet til Ekstrand et al. (2016) er det siden 2001 vært en økning på 4% i forekomst av hamstringskader relatert til treninger, mens kamperelaterte hamstringskader ser ut til å forbli av lik forekomst gjennom de 13 årene som er representert.

Blant 6030 skader hos profesjonelle engelske fotballspillere, viser (Hawkins et al., 2001) at ved rapporteringer gjennom to sesonger var det 1,3 skader per spiller per sesong. I snitt utgjorde én skade 24,2 dager uten trening på fotballfeltet. I studien viser Hawkins et. al (2001) at flest skader knyttet til lagtrening forekom i juli, mens kamperelaterte skader forekom i august. Strekkskaders forekomst var høyest representert med 37% av alle typer skader. Skader i

underekstremiteter stod for 87% av alle rapporterte skader. Av skadene var 58% klassifisert som nullkontakt skade (Hawkins et al., 2001). Studien viste ingen signifikant forskjell på hvilken spillerposisjon spilleren har for økt risiko for hamstringskade (Horst et al., 2015; Engebretsen et al., 2010; Ribeiro-Alvares et al., 2020). Det er likevel signifikant høyere risiko for strekkskader i hamstring for den eksplosive muskelfibertypen IIX, enn det er hos hybridene IIA og utholdende I (Lievens et al., 2022).

Mens i en studie rapporterte 91 engelske profesjonelle fotballklubber om tilfeller av skader gjennom to sesonger. Strekkskader i hamstring stod for 12% av alle skadene, hvor 53% av disse var biceps femoris. I gjennomsnitt hadde hver klubb fem strekkskader i hamstring per sesong, noe som resulterte i totalt 90 dager og 15 kamper fravær (Woods et al., 2004).

I studien til Arnason et al. (1996) rapporterte 5 islandske profesjonelle fotballag med totalt 84 spillere i perioden 1. april til 18. september om deres insidens av skader. 71% av spillerne rapporterte om skade. I snitt ble det meldt inn én skade pr andre kamp og tolvte lagtreninger. 82% av de rapporterte skadene inntraff i underekstremitetene. 91% av skadene ble rapportert som akutt, mens 9% for overbelastning. Videre viser studien at majoriteten av skadene var strekkskader, og at denne andelen sto for 29%. Blant de rapporterte strekkskader var det signifikant flere i hamstring enn underekstremitetene for øvrig. Det var også signifikant flere strekkskader som oppstod i kamp enn på lagtrening. Blant strekkskadene i kamp ble det meldt om flere forekomster i andre omgang enn i første omgang. Det fremkommer i studien at muskelstivhet ikke var signifikant mellom spillerne som pådro seg en strekkskade, enn de som ikke gjorde det. Ved tidspunktet for publisering var det ingen andre studier som hadde funnet høyere tilfeller av skader blant fotballspillere, noe Arnason et. al, (1996) mener kan være fordi studiets varighet ikke var like lang som ønskelig for å få et mer representativt "bilde" på situasjonen. To av fem lag representert i studien har ikke et medisinsk apparat. Arnason et. al, (1996) viser til at mange studier omtaler muskelstivhet som en mulig relasjon knyttet til strekkskader, men veldig få studier har klart å bevise dette.

Sammenlignet med 20-30 år siden, har de profesjonelle klubbene i dag bedre utstyr, mer kompetanse, lettere tilgang på medisinsk apparat, mer ressurser, men også desto høyere treningsmengde, ferdighetsnivå og kapasitetskrav. Satsing blant unge talentfulle fotballspillere skjer også tidligere enn før, noe som kan bidra til bedre treningsgrunnlag i ung alder, men på veien dit utsettes spillerne for en risiko knyttet til skader relatert til belastning.

I studien til Petersen et al. (2010) fremkommer det at blant 374 fotballspillere rapporterer 32 av de om hamstringskade de siste 12 måneder, hvor 8 av disse oppfylte kriteriene for re-skade. I snitt utgjorde rapporteringene at hvert av fotballagene hadde 3,4 hamstringskader



per sesong, noe som resulterte i snitt 21,5 dager uten trening på fotballfeltet. Tendensen blant de rapporterte skadene var en akkumulerende trend av hamstringskader de første 8 ukene fra oppstart etter off-season. En annen signifikant forskjell viste at førstegangs hamstringskader oppstod langt oftere i kamp enn på trening (Petersen et al., 2010).

Majoriteten av muskelskader i hamstring er strekkskader og disse klassifiseres som svak, moderat eller alvorlig. Strekkskader i hamstring er den hyppigste formen for skader hos fotballspillere. Årsaken til dette varierer fra pasninger, skudd, dueller og repetitive akselerasjoner (Schache, 2012). Hamstring omtales i studien til Ekstrand et al. (2011) som den muskelgruppen med høyest risiko for strekkskade. En rekke studier viser til at strekkskader i hamstring hos fotballspillere forekommer oftest under høyhastighetsløp, og i de fleste tilfeller klassifiseres som en nullkontakt skade (Woods, 2004; Hawkins et al., 2001). Der også av betydning at strekkskader hamstring omtales som en av de muskulære skadene med hyppigst tilbakefall og utfordrende å forutse (De Vos et al., 2014; Horst et al., 2016; Petersen et al., 2010). Gjennom en tiårs periode har det også kommet frem at strekkskader i hamstring rangeres som en av de skadene som oppstår oftest i fotball, i tillegg til hyppige tilbakefall. Dette har gjort til at det det har vært gjort en betydelig mengde studier om faktorer knyttet til den type skade (Freckleton & Pizzari., 2013). I et av studiene er det funnet at risikoen for re-skader i hamstring er signifikant lavere om det er fravær av usikkerhet ved gjennomføring av tester under RTP-prosessen (Askling et al., 2010).

Ringvirkningene av å være ute med strekkskade i hamstring kan være urovekkende for et ungt fotballtalent. I studien til Sæther & Aspvik (2016) beskrives spilletid som en viktig del av unge fotballspillers utviklingsprosess, og er avgjørende for å utvikle de nødvendige ferdighetene som kreves for å bli en profesjonell fotballspiller. Etersom skadde spillere ikke får muligheten til å spille fotballkamper, kan dette bidra til økt bekymring for ens plass på laget og frykt for å bli erstattet med en annen kandidat. Spillere som spiller færre kamper har et høyere stressnivå sammenlignet med de som spiller alle kampene. Dette vil kunne være spillere som har mangel på spilletid og er urolig for deres fremtid og prestasjoner, som følge av uteblivelse på grunn av skadesituasjonen (Sæther & Aspvik, 2016).

Skadefrie spillere vil til enhver tid utsettes for belastning. Det er en nødvendighet for å stimulere til utvikling, men det kan også være begrensende for utviklingen. Spillere uten skader har i utgangspunktet frie tøyler til hva de kan delta på når det kommer til treninger og kamper, så lenge belastningen over tid er innenfor de respektive parameterer som den individuelle spilleren tåler på gitt tidspunkt (Grendstad et al., 2020; Sæther, 2017).

## 2.3 Return to play

Formålet med RTP er å returnere spillere tilbake på fotballfeltet så raskt som hensiktsmessig mulig, uten at det oppstår en re-skade og i best mulig fysisk tilstand for øvrig.

Blant studiene som allerede eksisterer om RTP, er det både stor variasjon i definisjonen av begrepet og heller ikke konsensus om kriteriene for når en spiller kan returnere etter endt skade (Horst et al., 2016; Ardern, 2016).

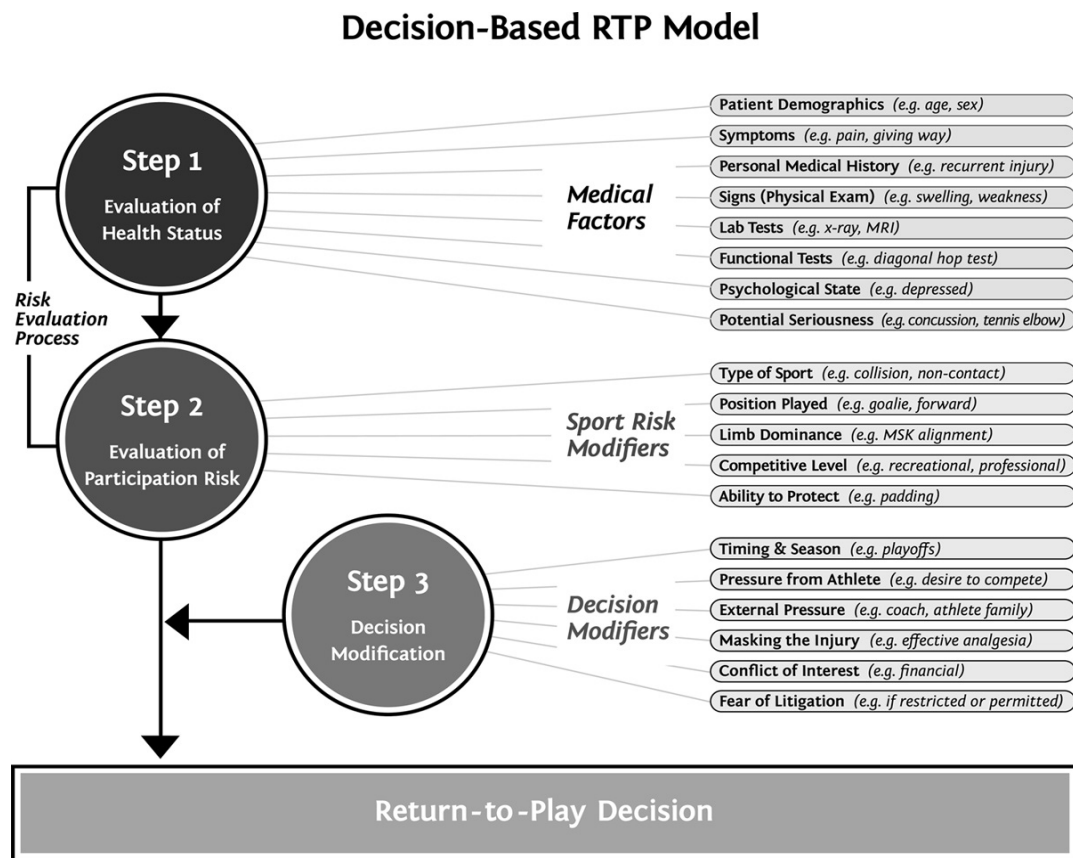
RTP som faguttrykk brukes når en spiller skal tilbake på fotballfeltet i et progressivt tempo i etterkant av den skade. Det gjøres fortløpende vurderinger som i tråd med rehabiliteringsforløpet skal hjelpe støtteapparatet rundt spilleren, om når det vil være riktig tid og sted å kunne fullt og helt delta på fotballfeltet igjen. Videre brukes det en RTP-modell som et kartleggingsverktøy for det medisinske apparatet for å kunne si noe om hvor i løypen spilleren er på det aktuelle tidspunktet (Creighton et al., 2010). Rehabiliteringen vil optimalt foregå på fotballfeltet med medisinsk kompetanse og ressurser til å gi den enkelte fotballspillers rehabilitering. Den baserer seg på deres fysiske kapasitet og vil på den måten gi et klarere bilde av situasjonen som grunnlag for å ta RTP-beslutninger (Della Villa et al., 2012; Dingenen & Gokeler, 2017).

I opptreningsfasen er det utfordrende å ha et go-to alternativ som gir et riktig bilde av skadesituasjonen og returneringsprosessen. I praksis benyttes det derfor tiltak som baseres på subjektiv opplevelse av smerte hos fotballspilleren i rehabiliteringsprosessen og i kombinasjon med opplevelse av fremgang. Disse subjektive parameterne gir et bilde av spillerens opplevelse med skalert smertenivå fra 1-10, samt at objektive prestasjonstester av isolerte muskelgrupper brukes som utgangspunkt for vurderinger og beslutninger (Bizzini et al., 2012; Dingenen & Gokeler, 2017).

Ifølge Arnason et al. (1996) er en fotballspiller definert som skadet til han er klar for å delta i kamp eller trening. For klinisk praksis bruker RTP å bli referert til i forbindelse med ordlyder som “full returnering uten restriksjoner”, “delvis returnering”, “tillatelse til å trene”. Den teoretiske modellen forankres i definisjonen av RTP som “Medisinsk tillatelse for en utøver til å ha full deltakelse i idretten uten restriksjoner” (Creighton et al., 2010). Diagrammet som vises i Figur 1 gir en beskrivelse av kompleksiteten, både når det gjelder sammenhengen mellom elementene og integrering av faktorene i påvirkning av hverandre.

Modellen brukes av medisinsk apparatet i idretten for å gjøre gode rasjonelle beslutninger, med bakgrunn i vurderinger knyttet til de påvirkende faktorene i steg 3. For å klare dette, vektet faktorene opp mot hverandre med formål om å skape en transparent og

strukturert prosess. Fra et idrettsvitenskapelig ståsted bidrar modellen også til å identifisere mangler på områder hvor det er mangel på vitenskapelige bevis (Creighton et al., 2010).



Figur 1. Beslutningsbasert RTP-modell (Creighton et al., 2010).

I lys av definisjonen til Arnason et al. (1996) om hva som betegner en skadet spiller, er Horst et al. (2016) opptatt av hva som kreves for at en spiller ikke lenger er skadet og dermed kan klassifiseres som friskmeldt. Steget fra å være skadet til skadefri setter krav til en rekke kriterier som må oppfylles, sett fra et medisinsk perspektiv. Blant eksisterende forskning om RTP, er det mangel på konsensus om hvilke kriterier som gjelder og dermed praktiseres det deretter (Anshel et al., 2019). Det er likevel noen likheter i de kriteriene som praktiseres hos fysioterapeuter og medisinske apparater. Kriteriene fra studien til Horst et al. (2016) innebærer kombinasjoner av variasjoner der spillerens skadde muskulatur har oppnådd kapasiteten tilsvarende nivå før skaden inntraff og samtidig klarer å gjennomføre fulle treningsøkter. Kriteriene etter endt hamstringskade er fravær av smerter, tilsvarende styrke og bevegelighet likt det friske beinet som mål på muskulaturens funksjonalitet (Horst et al., 2016; Ardern et al., 2016). I overgangen fra å være skadet til å delta på feltet i større grad stilles det krav til at skadeområdet tåler belastningen fra normale treningshverdager. Etter

friskmelding stilles det krav til at spilleren deltar på minimum fem fotballøker med laget før det gis klarsignal for deltakelse i deler av en fotballkamp (Reurink et al., 2014). Flere av kriteriene det medisinske apparatet krever før spillere skal kunne returnere etter endt hamstringsskade stiller krav til spillerens subjektive vurderinger. I studien til Askling et al. (2006) rapporterte deltakerne at de var i stand til å trene eller delta i konkurranser uavhengig om de hadde symptomer eller ikke. Dette sier oss noe om at det vil forekomme situasjoner hvor spillere deltar på treninger med symptomer uten at det gis beskjed om symptomer eller ubehag.

### **2.3.1 Vurderinger og beslutninger**

I den holistiske 3 stegs modellen til Creighton et al. (2010) vist i Figur 1, er det en oversikt over RTP-prosessens steg og faktorer ment som verktøy for det medisinske arbeidet. Steg 1 i modellen består av medisinske faktorer, da en nærmere vurdering av spillerens helsetilstand som følge av skaden. I en slik evaluering vil vurderingen skje på bakgrunn av spillerens alder, skaderelaterte smerter, skadehistorikk, tester, mental tilstand og skadens alvorlighetsgrad. Steg 2 er en vurdering av risikoen ved deltakelse. Det tas da høyde for faktorer som påvirker nivået av risiko som følge av å delta i idretten. Faktorene det tas høyde for er hvilken idrett som utøves, spillerens posisjon på banen, hvilket bein som er dominant, bredde eller elitenivå og i hvilken grad man kan skåne skaden. Steg 3 er med på å evaluere miljøet rundt skaden. I modellen nyanseres disse påvirkende faktorene til når på året skaden inntreffer, press fra spilleren, press fra trenere og familie, masking for å skjule skaden, interessekonflikter og frykt for konsekvenser. Alle påvirkende faktorer omfatter også en rekke etiske utfordringer når det skal vurderes og tas beslutninger rundt en spiller.

Det sistnevnte steget i modellen danner grunnlaget videre for hvilke faktorer som legger føringer for vurderinger og beslutninger knyttet til RTP. Nedenfor er faktorene fra steg 3 i modellen til Creighton et al. (2010) presentert. Hva som inngår i hvert av punktene gjenspeiler deler av det som kommer frem i modellen, i tillegg til å bli supplementert av annen forskning som underbygger flere sider av hva faktorene innebærer i prosjektets kontekst. I RTP-modellen til Creighton et al. (2010) er det fysioterapeuten som står i fokus når faktorene beskrives og de tilhørende scenarioene som medfølger knyttet til spillernes opplevelser. På bakgrunn av at spillernes opplevelser er i hovedfokus i dette prosjektet, er det i tillegg vel så interessant at spillernes scenarioer nyanseres under de ulike faktorene.

Tidspunkt på året for returnering har innvirkning på RTP-prosessens tidsperspektiv og prioriteringer. Returnering i off-season versus i sesong skilles i at off-season har få fordeler for spilleren, mens i sesong tillater returnering at spilleren kan delta i viktige kamper som er med på å forme en framtidig karriere (Creighton et al., 2010). Dermed er det nødvendig å vekte fordeler og ulemper opp mot hverandre for når på året returneringen skal skje, der risikonivået ved deltakelse avhenger av om det er off-season eller i sesong.

Internt press kan sees på som det som har direkte innvirkning på spillerens RTP-prosess, enten det er en selv eller en proaktiv rolle i spillerens daglige liv. Det medisinske apparatets kliniske vurderinger resulterer i en beslutning om hvorvidt en spiller skal ha begrenset deltakelse eller returnere på fotballfeltet. I all hovedsak vil det være det medisinske apparatets avgjørelse i og med at spillerens samtykke kan påvirkes av trener eller familie (Creighton et al., 2010). Spillerens indre press for å delta vil kunne preges av situasjonen rundt og påvirke RTP-prosessens tidsperspektiv og fremdrift.

Eksternt press framtrer ved opplevelse av at utenforstående individer er medvirkende for å fortgang i spilleres RTP-prosess. Det er flere roller som er tjent med at en spiller er deltakende uten begrensninger. Det kan være trenere, lagkamerater, familie, agenter eller andre utenforstående med et brennende ønske om at en spiller skal returnere raskest mulig. Dette innebærer roller som hensiktsmessig ønsker å bidra for spillerens favør, mens andre kan medvirke til urettmessig returnering for egen vinning. Det kan da betraktes at de forskjellige rollene har potensiale til å påvirke beslutninger knyttet til RTP (Creighton et al., 2010). Det er da opp til spilleren selv å overveie hvilke roller som skal ha størst betydning i situasjonen når det gjøres vurderinger av fordeler og ulemper knyttet til RTP.

Masking av skader gjøres i regi av det medisinske apparatet ved hjelp av medikamenter som lindrer smerter og åpner opp for deltakelse (Creighton et al., 2010). Det er likevel en risiko for å forverre skaden, da dette gir en falsk trygghet fordi spilleren ikke kjenner smerten. Masking foregår også av spillerne selv, gjerne for å opprettholde muligheten til å delta på fotballfeltet, eller underveis i RTP-prosessen for å fremskynde tidsperspektivet. Valovich McLeod et al. (2017) skriver i sin studie at unge utøvere minimerer eller masker symptomer på smerte for å unngå at støtteapparat og lagkamerater ikke skal endre deres syn på vedkommende som spiller eller for å unngå å bli begrenset i deres deltakelse.

Interessekonflikter omhandler det som angår det enkelte individs best mulige utfall, men det representerer også ulike de ulike rollenes egeninteresse. Slik Creighton et al. (2010) beskriver i sin studie, oppstår interessekonflikter når det er uenigheter i lagets og spillerens beste ønsker. Dette innebærer at det medisinske apparatet kan komme i konflikt med trener eller spillere når det gjelder beslutninger som går på bekostning av enkelte roller i akademiet. Creighton et al. (2010) anbefaler at det medisinske apparatet utøver transparent kommunikasjon og er åpen om deres ansvar som dobbel rolle overfor trenere og spillere. Tanken om når spillere skal returneres etter endt skade, burde være en beslutning som innebærer både transparente og flerfaglige vurderinger av både medisinsk apparat og trenere, sammen med spilleren. Det vil da være viktig å kjenne til hverandres synspunkter og forstå betydningen av nære dialoger for å gjøre de rette beslutningene (Loose et al., 2018).

Frykten for konsekvenser er en følelse spillerne opplever knyttet til det å være skadet. Følelsen spilleren opplever er frykt for at det medisinske apparatet gir spilleren begrensninger i deltakelse eller at spilleren ikke oppleves som robust av støtteapparatet. Grunnet denne frykten for konsekvenser, økes sannsynligheten for at spillere underkommuniserer om deres opplevelse av smerter både i forkant av skader eller under RTP-prosessen (DeLang et al., 2021).

### **2.3.2 Kommunikasjon**

Begrepet kommunikasjon kan knyttes til filosofen Paul Grice som hevdet at menneskelig kommunikasjon forutsetter at det trekkes slutninger. Avsender av et budskap søker forståelse og etterstreber å gi tilstrekkelig informasjon for at en mottaker kan tolke budskapet på en rasjonell måte (Grice, 1989).

I fotball er kommunikasjon mellom utøver og trener, medisinsk apparat, foreldre og andre relevante roller essensielt for å optimalisere den sportslige opplevelse og utvikling (Cherubini, 2019). I studien til Ekstrand et al. (2018) ble det funnet korrelasjoner mellom kvaliteten på intern kommunikasjon mellom rollene i et profesjonelt fotballag og forekomsten av skader, deltakelse på trening og antall kampklare spillere. Om det medisinske apparatet mangler viktig informasjon fra en av de resterende rollene i akademiet, vil det kunne svekke utvikling samtidig som at det potensielt sett kan være ødeleggende for spillerens prestasjoner og øke risikoen for skader. Dermed er det flerfaglige samarbeidet og kommunikasjonen mellom rollene i trenerteamet essensielt (Werner, 2010).

En måte å undersøke spillernes treningsmengde, er å bruke spillernes tanker og opplevelser om egen situasjon om belastning som indikator (Sæther, 2017). Rapportering i applikasjoner gjør spillerne hver dag med kommunikasjon lettvinnt som følge av at det gjøres elektronisk på mobiltelefoner, hvor og når som helst. Der rapporteres det om deres opplevelse av treningsøkter, treningsbelastning og generell status (Akenhead & Nassis, 2016). En av utfordringene med monitoreringssystemer som rapportering i applikasjoner, er at det avhenger av at spillerne selv er nøyaktige i deres opplevelse av symptomer. I studien til DeLang et al. (2021) underkommuniserte spillerne deres rapporteringer om opplevd smerte. Ukentlige rapporter viste at 58% av spillerne opplevde smerte sammenlignet med 77% i et 12 ukers perspektiv. Dette viser at spillerne i et kortsiktig perspektiv underrapporterer sammenlignet med et langsiktig perspektiv. Når det ble spurt om årsaken til dette, svarte over 40% av spillerne at det var frykten for konsekvens og i dette tilfellet hindring i deltakelse på fotballfeltet som årsak (DeLang et al., 2021).

Ved deltakelse i fotball er man allerede utsatt for risikoen for å pådra seg en skade. I studien til Vella et al. (2022) fremkommer det at spillere fortsetter å spille fotball selv om de kjenner på en mulig skade og unngår å rapportere dette til det medisinske apparatet, så lenge spillerne opplever at prestasjonene opprettholdes. Med kjennskap til den typen informasjon, er det særs viktig at støtteapparatet sammen gjør tiltak for å redusere skaderisikoen gjennom forsterking av kommunikasjonen mellom spillere og støtteapparat gjennom hele sesongen (Vella et al., 2022). Risiko for strekkskader i hamstring ble i studien til Ekstrand et al. (2023) målt etter 21 forskjellige risikofaktorer, der mangel på tilstrekkelig kommunikasjon innad i støtteapparatet hadde størst uttelling på skaderisiko. Støtteapparat med utilstrekkelig kommunikasjon reduserer samarbeidet innad, det gjøres dårlige beslutninger, gir økt stressnivå og vil på sikt øke risikoen for skader (Ekstrand, 2016). En betydelig årsak til økt risiko for belastningsskader, er tilknyttet kommunikasjonen mellom spiller og trener. Kommunikasjonen mellom spillere og trenere som oppleves anstrengt, vil kunne få spillere til å underrapportere om opplevd smerte i tillegg til å unngå å fortelle om tegn på påbegynnende skader (Pensgaard et al., 2018). For å hindre slike tilfeller, er trenere rådet til å oppnå gjensidig tillit i måten det kommuniseres på til spillerne og la de føle seg trygge nok til å dele deres faktiske opplevelser (Pensgaard et al., 2018). For å redusere skaderisiko hos spillere i en livsfase hvor det gjøres ujevne og store vekstspang i puberteten, stilles det krav til åpen kommunikasjon mellom spillere, trenere, foreldre og det medisinske apparatet. Kombinasjonen av belastningsovervåkning og god kommunikasjon vil også kunne hindre at spillere faller utenfor og bedrer fotballaget i sin helhet (O’Koeffe et al., 2020).

### 3. Design og metode

Samfunnsvitenskapelig forskningsmetode omhandler hvordan man som forsker opererer for å studere sosiale fenomener. Som teoretisk bakteppe er Creighton et al. (2010) nevnt tidligere i oppgaven og faktorene fra steg 3 i RTP-modellen blir brukt for å analysere de empiriske funnene. Ved hjelp av RTP-modellen vil jeg prøve å forstå og forklare fenomenets kompleksitet i lys av empirien.

Begrepet metodologi refereres gjerne til læren metodene som brukes i vitenskapen. Det innebærer valg omkring relevante modeller, metode for datainnsamling og dataanalyse (Silverman, 2013). En kvalitativ tilnærming skaper grunnlaget til fordypning i de sosiale fenomenene som studeres, med et ønske om å søke i dybden om temaet. Kjennetegn til kvantitativ forskningsmetode består spesielt av to ting, et bredt spekter og talldata (Thagaard, 2013, s.17). Førstnevnte forskningsmetode blir benyttet i dette prosjektet for å forstå kompleksiteten av det sosiale fenomenet og ansees dermed som fordelaktig.

I dette kapitlet presenteres prosjektets fenomen i lys av fagfeltets teoretiske ståsted. Videre er dette kapitlet bestående av en beskrivende forklaring på valg av metodisk design. I tillegg tar kapitlet for seg hvordan informanter ble valgt og hvilke kriterier som var avgjørende. Videre redegjør jeg for hvorfor intervju egner seg som forskningsmetode i dette prosjektet, utarbeiding av intervjuguide, og gjennomføring av intervju. Deretter er synliggjøring av min forskerrolle følgelig kontekstualisert som forklaring på visse forkunnskaper og hvilken påvirkning dette har på prosjektet. Jeg etterstreber en gjennomgående tydelighet og åpenhet vedrørende betraktninger og på den måten legge til rette for at leser kan følge prosjektets prosesser tett fra start til slutt (Tjora, 2013).

#### 3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted og metodevalg

Kjennetegn ved samfunnsvitenskapelig forskning er at det representerer samfunnet i mindre eller større grad (Johannessen et al., 2010). Videre beskriver Creswell (2014) kvalitativ forskningsmetode som åpen og fleksibel for å studere deler av et fagfelt som er underrepresentert, i tillegg til å gjøre dypdykk for å forstå et sosialt fenomen.

Majoriteten av studier knyttet til prosjektets fagfelt er gjort i tråd med det naturvitenskapelige, nemlig å bruke tallmateriale i form av statistikk for å forklare fenomener uten å se nærmere på bakenforliggende forklarende faktorer og årsaker (Ringdal, 2013; Tjora,



2013). Dette viser at fagfeltet er underrepresentert av kvalitative studier (Krutsch et al., 2018). I lys av en sterk underrepresentasjon er det tilstrekkelig gode argumenter for at dette prosjektets hensikt kommer fagfeltet til gode. Med mangel på studier som ser på de subjektive opplevelsene hos de involverte i RTP-prosesser, håper jeg at prosjektet kan bane vei for økt forståelse av fenomenet.

Fenomenologi definerer Kvale & Brinkmann (2015) som “et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskriver verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter.” På bakgrunn av fenomenologien er det viktig for prosjektet å skape en forståelse av informantenes subjektive opplevelse av RTP-prosessen i lys av strekkskader i hamstring. Deriblant står kommunikasjonen mellom de involverte særs sentralt. Begrepene hermeneutikk og fenomenologi skildres i filosofien som to ulike begreper, men metodisk sett supplerer de hverandre godt. Fenomenologi kjennetegnes som læren om fenomener, mens hermeneutikk beskrives å være fortolkning av fenomener (Lindseth & Norberg, 2004). Således er det for en forsker å være helt ideologisk ifølge Johannessen (2010) å skulle fortolke fenomenene ved å se på det helhetlige med begrunnelse i detaljene som en dynamisk prosess. Dette krever at jeg som forsker setter mine forkunnskaper til side for å formidle objektivitet gjennom analysen. Som virkemiddel vil dette prosjektet ha en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming som utgangspunkt for min fortolkning av datamaterialet med formål om å skape et best mulig grunnlag for analysen. Fenomenologiens tilnærming beror på å kartlegge individets forståelse og opplevelser. Dermed vil det i forskerrollen være avgjørende for prosjektets utfall å kunne beskrive fenomenene i lys av informantenes synspunkter sett fra deres perspektiv. Samtidig makter jeg å sette mine forkunnskaper til side i størst mulig grad for å unngå å påvirke resultatet (Johannessen, 2010; Kvale & Brinkmann, 2015).

Epistemologi defineres som filosofien om kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015). Begrepet omhandler å utvikle kunnskapen om verden, virkeligheten og hvilken type kunnskap man kan ha om et tema som skal studeres (Aase & Fossåskaret, 2014; Malterud, 2017). Det perspektivet man ser verden på påvirker hva man oppfatter som aktuelle, reelle, relevante, og gyldige måter å studere verden på (Malterud, 2017). Videre sier begrepet oss noe om hva kunnskap om samfunnet er, egne fordommer og fordommers påvirkning for hvordan noe fortolkes, og hvordan dette gir grunnlag for å kunne bevise om en teori er sann (Johannessen et al., 2010). For å aktualisere forskning for andre innenfor tilsvarende kunnskapsfelt er det viktig å kartlegge og plassere forskningen som gjøres innenfor et teoretisk felt (Thomassen, 2006). Hvilken vitenskapsteori man tror på vil kunne identifisere hvilken av de tre hyppigst brukte

forskningsmetodene som har riktig tilnærming; kvalitativ, kvantitativ eller en miks mellom de to førstnevnte (Creswell, 2014).

Metodisk tilnærming til forskningsprosjekt avgjøres gjerne av problemstillingen og hvilke interesseområder studiet har (Bjørndal, 2015). For å avgjøre hvilket forskningsdesign man skal benytte seg av, skilles det i hovedsak mellom de to forskningsstrategiene kvalitativ og kvantitativ (Ringdal, 2013). Med utgangspunkt i tidligere studier, prosjektets problemstilling og interesseområder på fagfeltet, falt det naturlig å benytte et kvalitativt design med intervju som metode.

Grunnlaget for kvalitativ forskning er å prøve å forstå et fenomen knyttet til individer og deres livsforløp. Dette innebærer at den som forsker påtar seg en rolle hvor det tolkes og analyseres angående kunnskapen som fremkommer (Dalen, 2011; Tjora, 2013). Dette gjør at kvalitativ forskning skiller seg fra kvantitativ forskning, der man ønsker å forklare fenomener, uten å nødvendigvis forstå bakenforliggende faktorer og årsaker. Den kvalitative forskningen konsentrerer seg i større grad om å få frem meninger og formålsforklaringer (Ringdal, 2013). Kvalitativ orientert forskning omtales av Kvale et al. (2015) som at det vesentlige er daglige og situasjonsbetingede aspekter ved individers tanker og handling.

Ifølge Tjora (2013) og Widerberg (2001) er det innen kvalitativ forskning flere forskjellige design som kan benyttes. I dette prosjektet vil det bli sett på én fotballklubb og deres praksis og opplevelser rundt strekkskader i hamstring hos fotballspillere når det gjelder RTP. I dette tilfellet vil det være naturlig å benytte dybdeintervju, hvor det blir intervjuet trenere, spillere, og medisinsk apparat om ett og samme tema.

## **3.2 Utvalg og fremgangsmåte**

Informantene i prosjektet er bestående av fysioterapeut, fysisk trener, to hovedtrenere og fem spillere fra akademiet til en av de fremste fotballklubbene på elitenivå i Norge. Fysisk trener og fysioterapeut er begge ansvarlig for alle spillerne i akademiet når det gjelder fysisk utvikling, skadeforebygging og rehabilitering. Dermed representerer begge rollene det medisinske apparatet og går under denne fellesbetegnelsen i dette prosjektet. Grunnen er at de begge har en tilnærmende rolle i arbeidet som gjøres om en ser bort i fra den medisinske behandlingen. Dette skiller fysioterapeut og fysisk trener fra de resterende trenerrollene. Hovedtrenere representerer hvert sitt lag, én for G16 og én for G19. Spillerne i prosjektet tilhører et av lagene G16 eller G19 i akademiet og alderen var i gjennomsnitt 16,6 år med standardavvik på 2,07 år.

Navn	Alder	Lag	Intervjuets varighet
Spiller 1 (S1)	15 år	G16	52 minutter
Spiller 2 (S2)	15 år	G16	57 minutter
Spiller 3 (S3)	16 år	G19	58 minutter
Spiller 4 (S4)	17 år	G19	67 minutter
Spiller 5 (S5)	20 år	G19	64 minutter
Trener 1 (T1)	-	G16	77 minutter
Trener 2 (T2)	-	G19	73 minutter
Fysisk Trener (FYT)	-	Alle	78 minutter
Fysioterapeut (FYP)	-	Alle	90 minutter
<b>Gjennomsnittsalder</b>	16,6 år	<b>Gjennomsnitt intervju varighet</b>	68,44 minutter
<b>Standardavvik alder</b>	2,07 år	<b>Standardavvik intervju varighet</b>	12,16 minutter

**Tabell 1. Informantenes alder, lag og intervjuenes varighet**

Klubben ble kontaktet tidlig i fasen og introdusert for prosjektets tematikk. Klubben ønsket å delta i studiet da det kunne bidra til å både ny kunnskap og muligheter for å utvikle egen praksis i akademiet, samt at det også bidrar til vitenskapelig forskning. For å kunne utarbeide godt datamateriale, er utvelgelse av informanter svært viktig i et kvalitativt forskningsprosjekt (Ringdal, 2013). Det er også betydningsfullt å ta hensyn til både problemstilling og tematikk i og med at informanter delvis velges på bakgrunn av hvilket fagområde som skal belyses. Blant de mest sentrale metodene for utvelgelse av informanter finner vi utvelgelseskriterier. Å gjennomføre en slik type utvelgelse krever konkrete kriterier med utgangspunkt i problemstilling og tema. I tillegg vil tilstrekkelig kunnskap om forskningsfeltet være viktig for å klare å utpeke godt egnede informanter til forskningsprosjektet Dalen (2011). Med hensyn til tema og problemstilling hadde jeg som forsker tett dialog med klubbens fysioterapeut om hva jeg så for meg som aktuelle kandidater. Det var et ønske fra min side å ha intervju med hovedtrenerne fra forskjellige lag i akademiet. Når det gjelder spillere som informanter var det et helt avgjørende krav at de aktuelle spillerne skulle på nåværende eller tidligere tidspunkt hatt strekkskade i hamstring som ikke har vært behandlet med kirurgisk inngrep (Krutsch et al., 2018). På denne måten blir gruppen av informanter mest mulig homogen og dermed representativ for prosjektets formål.

### 3.3 Kvalitativt intervju som forskningsmetode

Kvalitative intervjuer har som formål å prøve å forstå hvordan verden ser ut fra en informants ståsted. Gjennom samtale og forståelse er det å intervju en informant et verktøy med mål om å fremskaffe informasjon om informantens meninger og perspektiv i lys av et bestemt tema. (Kvale & Brinkmann, 2015). I utgangspunktet er intervjuet en samtale med en grunnleggende oppbygning og struktur på bakgrunn av hvilken type intervju som benyttes, noe som er med på å forsikre at intervjuet omhandler og gir informasjon om det aktuelle temaet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Blant mulighetene av intervjuformer er det viktig å velge den mest passende for problemstillingen og som kan belyse fenomenet på en god måte. De aktuelle metodene defineres som åpne, strukturerte og fokuserte intervjuer (Dalen, 2011). I dette prosjektet blir det benyttet semistrukturert intervju. Dalen (2011) mener metoden tar utgangspunkt i de kvalitative forskningstradisjoner grunnet de mulighetene det gir for å kunne få god innsikt og forståelse for fenomenet som skal undersøkes. Med tema og problemstilling som grunnpilar for spørsmålene i intervjuet, brukes forhåndsbestemte spørsmål for å skape en god struktur i intervjuet (Ringdal, 2013). Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er det viktig at hvilken form for intervju man bestemmer seg for, passer godt til både problemstilling og tema for at intervju som metode skal være anvendelig. I dette prosjektet er tema og problemstilling overensstemt, og av den grunn passer det godt med semistrukturert intervju for å få muligheten til at informantenes subjektive meninger får være i sentrum av intervjuet (Dalen, 2011). Likeså er denne formen for intervju passende med tanke på problemstilling, da deres subjektive opplevelser av en prosess har stor betydning for prosjektet. Det vil være viktig å skape en samtale i intervjuet om fenomenet som hvert individ har hver sin historie om, men også den samme historien kan oppleves ulikt av de involverte. Dette stiller krav til improviserende oppfølging av spørsmål, noe som krever en viss kompetanse om fagfeltet fra forskeren (Ringdal, 2013). I så måte vil et semistrukturert intervju kunne gi muligheten til å forstå kompleksiteten av fenomenet bedre stykkevis og i sin helhet.

I dette prosjektet er hensikten med intervju som forskningsmetode å kunne få et dypere innblikk i hvordan fenomenet oppleves. For å kunne si noe konkret om hvordan praksisen er i akademiet, er det nyttig å kartlegge ansvarsområder og rollefordelinger. Gjennom å intervju de involverte vil jeg kunne finne ut av hva som praktiseres vedrørende RTP, hva som gjøres og hvem som er mest involvert i prosessen. Med den type informasjon vil man kunne si noe om

funksjonaliteten, da spesielt med tanke om praksis samsvarer med spillernes opplevelse eller forskningsfeltet for øvrig.

Gjennomføringen av intervjuene foregikk i perioden hvor Norge var strengt regulert av myndighetene på grunn av Covid-19. I utgangspunktet var planen å gjennomføre intervjuene på klubbens egen stadion. Når restriksjonene i Norge var strengt regulert i tillegg til at klubben var redd for smitte, ble intervjuene gjennomført over Teams. For gjennomføring av taleopptak, ble det benyttet lydopptaker av typen Zoom H1n lånt av NTNU for anledningen.

Intervjuguiden er basert på modellen til Creighton et al. (2010), hvor de tre stegene innenfor RTP er representert med hver deres underkategorier. De fleste og de mest relevante underkategoriene knyttet til prosjektet er utgangspunktet for spørsmålenes tema i intervjuguiden. Utarbeiding av intervjuguide innebærer variasjoner som strekker seg fra detaljerte, konkrete og velformulerte spørsmål til mindre detaljerte med grovere trekk hvor tematikken er tenkt ut i forkant. Ifølge Rapley (2004) er det likevel viktigst at intervjuguiden er godt utformet i tillegg til godt planlagte omstendigheter for intervjuene.

I lys av Rapley (2004) ønsket jeg å ta kontroll over intervjusituasjonen ved å utforme intervjuguiden med hensikt i å være godt forberedt. Denne påstanden støtter også Thing & Ottesen (2015), som også legger til at det stilles ekstra store krav til gode forberedelser til forskere med lite erfaring fra tidligere. For semistrukturerte intervjuer, er intervjuguiden til stor hjelp og støtte gjennom intervjuene. Det kan brukes som et redskap for å ha oversikt over hvilke områder og spørsmål som skal belyses (Dalen, 2011). Som anbefalt gjøremåte av Dalen (2011) er intervjuguiden utformet med bakgrunnsspørsmål om informantens navn, alder, lag og posisjon eller rolle. Dette bidrar til en behagelig start og åpner opp for en komfortabel situasjon. Videre går intervjuet inn i den delen hvor informantene deler deres tanker om de forskjellige temaene.

I og med at informantenes tanker er ukjent på forhånd og dermed utfordrende å forutsi, valgte jeg å formulere oppfølgingsspørsmålene fortløpende gjennom intervjuene som et virkemiddel for å skape en god dynamikk og få kunstige øyeblikk. I de aktuelle tilfellene gjøres dette ved å gjenta utdrag fra noe informantene nylig hadde sagt, for å grave dypere om temaet eller nyansere deres utsagn for å avklare eventuelle utydeligheter. I andre situasjoner gjennom intervjuene stilles det spørsmål om undertemaer som ville kunne være med på å belyse informantenes tanker i et større perspektiv. For å få god uttelling av oppfølgingsspørsmålene, gjelder det å stille de rette spørsmålene om tematikken uten å påvirke informantenes svar samtidig, og legge til rette for at informantene snakker fritt. Dette krever visse forkunnskaper

knyttet til fagfeltet, men vil være viktig for å hente ut mest mulig relevant informasjon (Tjora, 2013).

Intervjuguiden ble testet i to pilotintervju med to profesjonelle fotballspillere, henholdsvis 19 og 24 år. Dette viste seg å være svært lærerikt for meg som trening inn mot de tellende intervjuene (Dalen, 2011). Pilot Intervjuene fikk meg til å se nærmere på formuleringen av enkelte spørsmål i intervjuguiden, da ordlyden kunne være noe utfordrende for pilotene å forstå. Med tanke på en potensiell begrenset begrepsforståelse hos informantene for teoritunge uttrykk, reformulerte jeg 9 av 47 spørsmål i intervjuguiden. Et eksempel på endring som ble foretatt så først slik ut «*Med tanke på de arbeidskrav tilhørende din spillerposisjon, hvordan opplever du risikonivået for strekkskader i hamstring sammenlignet med andre posisjoner?*» som ble endret til «*Med tanke på hva som kreves i din spillerposisjon, hvordan opplever du risikonivået for strekkskader i hamstring sammenlignet med andre posisjoner?*» Dette ble gjort for at informantene skulle kunne svare best mulig uten at fremmedord og uklarhet i spørsmålene skulle være en begrensning.

### 3.4 Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført i løpet av en uke, der dag og tidspunkt ble tilrettelagt for den enkelte informants ønske. Varigheten på intervjuene var i gjennomsnitt 68,44 minutter med standardavvik på 12,16 minutter vist i Tabell 1. Etter hvert som flere intervju var gjennomført, ble intervjuene mer flytende. Deriblant ble intervjuet tilpasset underveis til den enkelte informant og deres forskjellighet påvirket intervjuets gang (Dalen, 2011).

Fysisk tilstedeværelse under intervjuene er å foretrekke og kan ha innvirkning på intervjusituasjonen. Digital intervju byr på utfordringer for å oppdage visuelle hint, hvor kroppsspråk ikke blir like tydelig når kun ansiktet vises på skjermen (Thunberg & Arnell, 2022). I og med at intervjuet foregikk over Teams, vil noe av opplevelsen av informanten utebli. Det informanten sier i klar tale trenger ikke å være det viktigste budskapet i en setning, da viktig indirekte budskap kan fremkomme gjennom mimikk og kroppsspråk. Likevel er det mye som fremkommer i informantens fremtoning foruten det som sies direkte.

Omgivelsene rundt intervjuet kan i visse tilfeller være forstyrrende elementer eller gi en form for uro som tar fokuset vekk fra selve intervjuet (Rapley, 2004). I dette prosjektets tilfelle var lokasjon for intervju ikke tydelig avklart grunnet Covid-19 situasjonen som florerte i Norge på daværende tidspunkt. Etter en lengre tid med mye smitte her til lands og strengt regulerte

retningslinjer fra statlig hold, begynte Norge å åpne sakte, men sikkert opp. I denne perioden ble det diskutert med veileder og klubben om hvorvidt fysisk oppmøte på klubbens fotballstadion var aktuelt for gjennomføring av intervjuene. Klubbens lege tok avgjørelsen om at fysisk oppmøte ikke lot seg gjøre i frykt for smittespredning innad i klubben. Som Thing & Ottesen (2015) belyser, burde tidspunktet for gjennomføring av intervju i en hektisk hverdag tilpasses den enkelte informant etter deres eget ønske. Lantz (2007) omtaler at lokasjon for intervju bør være etter forholdene, uten å konkludere med kun ett korrekt svaralternativ. I forlengelse av Lantz (2007) og til tross for dårlige nyheter fra klubben med tanke på Covid-19, er heldigvis teknologien i dag godt utviklet i slike situasjoner. Applikasjonen og dataprogramvaren Teams ble vurdert til å være den mest hensiktsmessige måten å gjennomføre intervjuene på. Intervjuene foregikk for min del hjemme ved stuebordet og informantene i deres respektive hjem i kjente omgivelser. Skal man tolke Lantz (2007) om viktigheten av å tilpasse intervjuenes lokasjon etter forholdene, ble disse faktorene ivaretatt så godt det lot seg gjøre til tross for strenge nasjonale begrensninger under pandemien Covid-19.

Informasjonen som informantene deler er egenopplevd og er fullstendig eiet av en selv. Denne typen informasjon som deles i en konfidensiell situasjon kan gi informanten konsekvenser eller utfordringer, og dermed kan det være tilfeller hvor uriktig informasjon eller tilbakeholdelse av vesentlig informasjon forekommer. Som forsker er min rolle viktig for å vise og motta tillit gjennom måten det kommuniseres. Det vil likevel potensielt sett være tilfeller hvor informantens iboende skepsis oppleves som naturlig, da informasjonen som deles kan gjøre informanten sårbar ved å åpne seg for en fremmed person.

Som forsker har man et ansvar og en betydelig rolle i kvalitative intervju. Med forkunnskaper om fagfeltet har jeg som forsker visse forkunnskaper som vil kunne påvirke intervjuet. Forskerrollens funksjon er å innhente, analysere og fortolke datamaterialet. Forkunnskaper med innsikt på fagfeltet er viktig for å klare å skape et åpent og ærlig intervju. (Thagaard, 2013; Kvale & Brinkmann 2015; Dalen 2011). Tjora (2013) fremhever fordelen ved å få til flyt i intervjuet. Med min forkunnskap kunne jeg relatere til og forstå hva spillere, trenere og medisinsk apparat snakket om når de gikk i dybden på temaene. Fordelen som følger med, er relasjonsbygging som skjer underveis og som skaper tillit gjennom forståelse. Det kan ha bidratt til at informantens språk blir friere og oppfølgingsspørsmålene komplimenterer bedre til en strukturert intervjuguide.

Som forsker stilles det krav til visse forkunnskaper og avklaring rundt min rolle som intervjuer. Bakgrunnen for hvilke spørsmål som stilles bygger på tidligere forskning i tillegg til min bakgrunn som tidligere fysisk trener i et fotballakademi, noe som også kan påvirke

intervjuet og informantene (Johannessen et al., 2010). Tjora (2013) beskriver dette som en måte å forklare hvordan min rolle som forsker har en viss forkunnskap og fortolkning i analysearbeidet. Likeså er tydeliggjøring av forskerrollens subjektivitet viktig for leserens forståelse av analysen. Som følge av min bakgrunn innen fotballmiljøet og talentutvikling, vil det som nevnt i tidligere avsnitt gi meg et grunnlag av forkunnskaper for tematikken som er fordelaktig i min rolle som intervjuer. Likeså er det viktig å poengtere at mine forkunnskaper kan påvirke min tilnærming til intervjuene. Dermed har jeg prøvd å bruke mine forkunnskaper som en ressurs gjennom å reflektere angående min subjektivitet knyttet til datamaterialet og prosjektet for øvrig.

### **3.5 Forskningens kvalitet og etiske refleksjoner**

I denne oppgaven har jeg benyttet en tematisk tilnærming i analysen. Blant fordelene ved en tematisk analyse er at det kan brukes uavhengig av datainnsamlingsmetode, vitenskapelig rammeverk eller teoretisk ståsted (Braun & Clarke, 2013). Hensikten med en tematisk analyse er å finne og gjenkjenne mønster på tvers av intervjuene, og på den måten skape en forståelse av merkverdige temaer (Braun & Clarke, 2006). Metoden for analyse er velegnet til forskning hvor man studerer et lite forskningsfelt, men det er viktig å huske på at man da kan gå glipp av noe dybde og kompleksitet i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). I lys av dette ser jeg det som hensiktsmessig å benytte en induktiv tilnærming til analysen av datamaterialet, i full viten om at jeg besitter på en viss type erfaring og forkunnskaper som vil kunne påvirke min subjektive oppfattelse og tolkning av det som analyseres (Johannessen et al., 2010).

Den tematiske analysen består av 6 trinn. 1: Bli kjent med datamaterialet. 2: Lag de første kodene. 3: Let etter tema. 4: Gå kritisk gjennom tema. 5: Definere og navngi tema. 6: Skriv rapporten. Første steg på veien for å bli kjent med datamaterialet var å transkribere intervjuene fortløpende. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) defineres transkribering som å skifte fra én form, til en annen. Det beskrives også som at det finnes ingen objektive oversettelser til skriftlig fra muntlig form (Kvale & Brinkmann, 2015). I forlengelse av dette vil det informantene prøver å formidle komme til syne i transkriberingen basert på forskerens vurderinger og beslutninger (Kvale & Brinkmann, 2015). For å bli enda bedre kjent med datamaterialet ble transkriberingene nøye lest opptil flere ganger, samtidig som at temaer, gjengående mønster og vesentlige sitater ble merket med farge i transkriberingen. På den måten ble det enklere å få oversikt og utvidet forståelse. Ved tilfeller hvor transkriberingen opplevdes



som uklar, lyttet jeg til lydopptaket fra det aktuelle intervjuet for å fange opp flere detaljer (Braun & Clarke, 2006).

Før kodingen ble påbegynt ble gjennomgangen av transkriberingen avgjørende for å endre på deler av problemstillingen og forskningsspørsmål. Dette med hensikt i å utnytte datamaterialet til det ytterste i håp om å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte. Koding av transkriberingen ble gjort i etterkant av gjennomføring av alle intervju og når transkriberingen var ferdig. Første del av kodingen ble gjort med hensikt i å kartlegge interessante ledetråder i lys av problemstillingen (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2013). Jeg vurderte det dit hen å ikke benytte dataassistert koding. Å bruke software program for å kode er utvilsomt tidsbesparende, men jeg valgte å se bort ifra tid som en begrensning. For meg som forsker ble det overveiende å gjøre kodingen manuelt for å bli i enda større grad bedre kjent med datamaterialet og kvalitetssikre at oppgaven ikke mister verdifull informasjon. Etter fullstendig oversikt over datamaterialets ble det talt 622 koder fordelt på 4 temaer. Tekstkondensering ble brukt i datamaterialet hos informanter der det var tydelig begrensninger i deres ordforråd. For å unngå at deres fremleggelse ikke hemmet prosjektet, gjorde jeg som forsker et valg om å tolke det som ble sagt for å vise nyanser i det informanten formidlet og sammenfatter essensen i det som ble sagt (Malterud, 2012).

Ved prosjektets oppstart var hensikten å undersøke hvordan strekkskader i hamstring oppleves av spillerne i RTP-prosessen. Støtteapparatets opplevelser var også av stor interesse for å knytte sammen flere innfallsvinkler for bredere forståelse. Etter gjennomføring av intervjuene, kom det frem tydelige utfordringer knyttet til kommunikasjon mellom de ulike rollene i akademiet. Ettersom at kompleksiteten av kommunikasjonsutfordringene før skade og under RTP-prosessen kan sees i sammenheng, ser jeg det som naturlig å inkludere fenomenets helhet i prosjektet for å skape et klarere bilde av situasjonen. Av den årsak ble det lagt til et tilleggsspørsmål i problemstillingen om hvilken betydning kommunikasjon har på faktorene i RTP-modellen til Creighton et al. (2010) når det gjelder risiko for skader.

For å sikre kvaliteten i kvalitative forskningsprosjekt er det flere faktorer som er med på å påvirke påliteligheten. Som nevnt tidligere er forskerrollen en sentral faktor når det gjelder påvirkning av resultater (Dalen, 2011). Kvalitativt forskningsintervju som metode har mottatt mye kritikk og sees på som unaturlig og kunstig (Kusenbach, 2003). Silverman (2013) kritiserer måten datamaterialet blir fremstilt og dens tilhørende analyse. Som legitimering av kvaliteten ved kvalitative forskningsintervju, er følgende begreper: reliabilitet, validitet og generalisering videre beskrevet for å rettferdiggjøre intervju av forskningsmetode.

### **3.5.1 Reliabilitet og validitet**

I kvalitativ forskning er studiets reliabilitet knyttet til prosessene rundt datamaterialet. For å sikre en viss pålitelighet må man som forsker vise refleksjoner omkring hvilke data som er brukt, på hvilken måte det er innsamlet, og hvordan det er bearbeidet (Johannessen et al., 2010). Strukturen i datainnsamlingsteknikken i dette prosjektet er ikke fastsatt, da samtalene i intervjuene styres av informantene i stor grad. Et eksempel på dette kan uvitende bruk av ledende spørsmål påvirke informantenes svar og kan svekke påliteligheten til datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s.276). Det vil da være svært utfordrende for en annen forsker å skulle gjenta forskningsprosjektet. Det vil da være verdifullt å aktivt vurdere prosjektets mulige fallgruver for å øke troverdigheten. I og med at studiens datamateriale opprinnelse er fra informanter, vil det være klare avgrensninger i henhold til å kunne generalisere da alle informanter er unike. Som en kvalitetssikring i forskningsprosjektet er det kontinuerlig forankring i teori og empiri. Det vil være med på å betraktelig heve kvaliteten på forskningsprosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015).

### **3.5.2 Generalisering**

Det sentrale spørsmålet ved et forskningsprosjekt er om resultat og funn kan generaliseres til populasjonen, utover det utvalget av informanter som blir representert i prosjektet. Viktigheten blir da desto viktigere å redegjøre for i hvilken grad forskningen er relevant for fagfeltet (Pedersen, 2015). Trenere, spillere og medisinsk apparat for prosjektets representerte klubb og akademi er unik. Dermed er det utfordrende å skulle generalisere resultat og funn som representativt for andre klubber. I kvantitativ metode brukes innhentet statistikk fra et utvalg til å forklare et forhold i en større populasjon (Tjora, 2013). Kvalitativ forskningsmetode opererer med andre måter for å kunne generalisere utover et utvalg av kandidater (Tjora, 2013). Å skulle generalisere innen kvalitativ forskning er komplekst og utfordrende. I kvalitativ forskning hevder Tjora (2013) at det kan brukes tre ulike strategier for å kunne generalisere forskning. Naturalistisk generalisering, moderat generalisering og konseptuell generalisering. Det som kjennetegner naturalistisk generalisering er at forskeren har presentert godt detaljerte og nøyaktige beskrivelser av det som er studert, slik at leseren kan på egenhånd vurdere hvorvidt funnene er relevant for egen kontekst (Tjora, 2017; Stake & Trumbull, 1982). I moderat generalisering presenterer forskeren beskrivende situasjoner hvor tid, sted, kontekster og andre

variabler som kan ansees å være relevant for studien (Tjora, 2017; Payne & Williams, 2005). For konseptuell generalisering gjelder teorier, typologier eller konsepter som vil kunne være relevant for andre tilfeller enn det aktuelle som gjelder for studien (Tjora, 2017).

For dette prosjektet er spørsmålet om generalisering knyttet til min rolle som forsker hvor informasjonen og detaljene som presenteres, vil gi leseren muligheten til å selv foreta en naturalistisk generalisering basert på opplevd grad av appellering (Kvale & Brinkmann, 2015).

### **3.5.3 Etikk**

Etiske vurderinger er en stor del av kvalitativ forskning, i og med at metodikken åpner opp for at informanter deler informasjon om deres eget liv i klar tale. Dette kan være sårbart for den enkelte og etikken rundt intervjuene burde avveies nøye (Ytting, 2015).

Ett av de etiske valgene som har blitt gjort i denne studien er å anonymisere informantene for å ivareta deres sikkerhet. Informantene er informert om at de er anonymisert, noe som gir de en trygghet som kan føre til at de gir svar som kan gi prosjektet og fagfeltet for øvrig nyttig informasjon. Denne typen informasjon vil da gjerne være spesielt interessant om det viser sider av fenomenet som ellers ikke ville blitt belyst.

I forkant av intervjuene ble informantene presentert for et informasjonsskriv og samtykkeskjema hvor det presiseres at de kan når som helst trekke seg fra prosjektet uten å oppgi grunn. Disse har som formål å gi tilstrekkelig informasjon om forskningsprosjektet til informantene og hvilke rettigheter de har som frivillige informanter (Ytting, 2015). Både informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet tar utgangspunkt i en mal utarbeidet av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD, 2022). Det er hensiktsmessig da NSD har utarbeidet en mal som kvalitetssikrer hva som burde stå i et informasjons- og samtykkeskjema (NSD, 2022). I lys av etiske vurderinger, er NSD et kontrollorgan som gjør vurdering og godkjenning av forskningsprosjekter. Dette prosjektet ble vurdert og godkjent av NSD 16.04.2021.

Forskningsprosjektet er også fremstilt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for en fremleggingsvurdering. Forslaget om å søke om godkjenning av REK var en anbefaling av NSD da det kunne være aktuelt at forskningsprosjektet ville skaffe veie til ny kunnskap om helse og sykdom. Idrettsforskning har i større grad blitt vurdert som et fagfelt innenfor helseforskningslovens virkeområde og på

bakgrunn av dette ble det sendt en forespørsel til REK om fremleggingsvurdering. Forskningsprosjektet ble vurdert av REK å falle utenfor helseforskningslovens virkeområde som annen type forskning, og det kan da følgelig gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK.

## 4. Resultat

I denne delen av oppgaven presenteres resultatene og nyanseres opp mot faktorene i steg 3 i "Decision-based RTP" -modellen til Creighton et al. (2010). Resultatene introduseres i lys av informantenes subjektive opplevelser og erfaringer knyttet til fenomenet og fremlegges slik de fortolkes i et fenomenologisk hermeneutisk perspektiv. Formålet med resultatene er å gi et beskrivende bilde av fenomenet som et bidrag for å forstå en del av en større kompleksitet. Resultatene i form av informantenes uttalelser representeres fortløpende og vil i drøftes nærmere i diskusjonskapittelet.

### 4.1 Hvem vurderer strekkskadene i hamstring

I et spillerutviklingsperspektiv er det viktig at det medisinske apparatet, med fysioterapeuten i spissen besitter den nødvendige kompetansen til å vurdere spillernes skader. En av fordelene ved å ha en slik flerfaglig kompetanse i akademiet, er at hver enkelt rolle kan beskrives og har sitt eget ansvarsområde. For en fysioterapeut omhandler dette å ha ansvaret for de medisinske vurderingene knyttet til skader og tilrettelegging for optimal skaderehabilitering for spillerne. Spiller 4 forklarer hvordan han oppfatter ansvarsfordelingen når det gjelder skader generelt:

*«Det er fysio som kan om skaden. Selve opptreningen er det meg selv som er ansvarlig for. Det blir gjerne litt begge sitt ansvar. Vi kan ikke gjøre noe som er vondt for meg, så lenge det kan påvirke skaden.» (S4)*

Spiller 3 beskriver ansvarsfordelingen knyttet til skaden som henholdsvis spiller og fysioterapeut, og fysioterapeut og trener slik:

*«Selv om jeg ikke vil være ute med skade, så når fysioterapeut og ledelsen sier at vi må være ute så lytter vi, i alle fall de fleste vil jeg tro. Hvis de sier at jeg må være ute, så er det slik det er.» (S3)*

*«Jeg ville jo raskest mulig tilbake, men når jeg kom tilbake og hvor raskt jeg kom tilbake vil jeg si at det var fysio og trener som snakket sammen. De snakket sammen og de snakket med meg. Jeg føler de var enige, og jeg var enige med de i prosessen.» (S3)*

Denne opplevelsen av medbestemmelse og enighet er bygget på tillit og skaper en god relasjon mellom de ulike rollene. Dette forklarer Spiller 3 slik:

*«Jeg føler at jeg har en bra relasjon til de. Jeg har blitt godt kjent med fysio det første året jeg har vært i klubben som du får høre. En dønn ærlig tone.» (S3)*

Ifølge både spiller 4 og 5 er det stor grad av enighet blant hans medspillere om at det medisinske apparatet bestemmer.

*«Det går i samsvar med spillere og fysio. Jeg har ikke hørt at spillere på laget har fått vite av fysio at de er klare for spill uten at de selv har følt det samme.» (S4)*

*«Jeg har såpass tillit til fysioterapeut og fysisk trener, så jeg klarte å stole på de. De har vært borte i dette en del mer enn meg, så jeg kunne stole på deres beslutning.» (S5)*

Fysioterapeuten beskriver sin rolle som annerledes enn de andre rollene i akademiet og at dette opplever han som påvirkende for relasjonen som knyttes til spillerne:

*«De hører på meg for å si det sånn. Jeg opplever at spillerne stoler på meg. Jeg har en litt annen rolle enn trenerne, så det kommer frem litt andre ting til meg enn trenerne. Så jeg har inntrykk av at de fleste er trygg på meg og at jeg er der for å hjelpe de og ikke noe annet. Det er ikke noen konsekvenser. Det de tenker på er om de starter kampen til helgen. Det er ikke noe annet stort sett, så det opplever jeg at de er ganske trygge på. Det de sier til meg blir hos meg om det er det de ønsker.» (FYP)*

Spiller 2 beskriver også at rollen til fysioterapeut oppleves annerledes enn trenernes, da han ikke er den som tar beslutningen om en spiller skal spille eller ikke:

*«Det er jo fysioterapeuten man skal lytte til, men samtidig er det ikke han som tar ut lagene heller. Så man blir jo tryggere hvis hovedtreneren sier det, men samtidig skal man høre på fysioterapeut.» (S2)*

Spiller 5 ser litt annerledes på dette og mener at fysio har medbestemmelse i hvor mye en spiller får delta:

*«Jeg føler trenerne har stor tillit til fysio og vet at deres kompetanse og forståelse er såpass mye større enn trenerne, at de klarer å slippe ansvaret over på fysio som får bestemme hvor mye en spiller kan være med.» (S5)*

Både trener 1 og 2 deler den samme opplevelsen som Spiller 5 og forklarer dette slik:

*«For meg er det de som har mest kompetanse rundt rehabilitering og den prosessen det tar for en spiller å komme tilbake igjen. Så akkurat der har vi trenere respekt og forståelse for de vurderingene som det medisinske apparatet gjør, så det forholder vi oss til. Hvis det skal være noen uenighet, eller en spiller kommer til oss og sier de vil prøve seg. Da har vi dialog med det medisinske apparatet i forhold til det.» (T1)*

*«Dette er en evig diskusjon mellom trener, fysio og fysisk trener. Det er veldig mange av den gamle typen trenere som pusher fysio og leger for å få spillere ut på banen for tidlig, men jeg håper og tror at det er en utdøende rase. Vi må stole på ekspertisen tenker jeg.» (T2)*

Fysisk trener understreker videre at han opplever at det medisinske apparatets rolle er ansvarlig for beslutninger når det gjelder spillernes deltakelse. Han opplever at både hovedtrenerne og spillerne viser tillit til disse avgjørelsene. Fysioterapeuten forklarer videre sin opplevelse av dette slik:

*«Det er veldig klare roller. Hovedtrener er sjef når det kommer til hva som skjer på fotballbanen, jeg styrer de skadde, fysisk trener styrer det fysiske først og fremst. Igjen tilbake på at vi har tydelige roller i akademiet.» (FYP)*

### 4.1.1 Interesser og samarbeid

I et fotballakademi bygger spillerutviklingen på akademiets sportsplan, et styringsdokument som definerer målene ut fra verdier, formål og målsetning. Til tross for at en sportsplanen kan være tydelig med tanke på utviklingsområder, vil det til enhver tid være individuelle interesser blant de ulike rollene i akademiet. Disse interessene kan skape konflikter og utfordringer når det gjelder å holde spillere friske eller ved tilrettelegging av gode forhold for rehabilitering av strekkskader i hamstring.

Potensiale for konflikter gjenspeiles i opplevelsen av relasjonene mellom de ulike rollene:

*«Det er ikke så mye konflikter. Jeg føler at når en part sier ifra, hvis spillerne sier ifra eller trenerne sier ifra, da blir det ordentlig mottatt. Hvis vi virkelig vil at det skal skje noe at vi sier ifra på en måte vi viser at vi mener alvor eller at de mener alvor, så tar vi det virkelig til oss.» (S2)*

Samtlige spillere opplever et lavt konfliktnivå og det er rom for å bli hørt når man sier fra, noe som også bekreftes av Trener 2 som sier seg enig i det lave konfliktnivået som spillerne understreker.

*«Opplever det som lite. Det er høflige, ryddige gutter som har respekt. Det vil kunne være uenigheter med fysio selvfølgelig med hva som er problemet og hvor lang tid det tar å komme tilbake. Nå er jo han utdannet og levd dobbelt så lenge som ungdommen som snakker til han, så han har mer å komme med.» (T2)*

*«Jeg har en god dialog med fysio og vi er stort sett helt enige. Jeg har en litt annen tilnærming til spillerne siden jeg er hovedtrener. Jeg driter de ikke ut, men latterliggjør de litt når de er skadet for å motivere de til å komme tilbake. Sier på fleip at de er litt pinglete. Men det er når de begynner å nærme seg tiden for å være tilbake på fotballfeltet. Eksempelvis de som knekker foten skal slippe å høre at de er pingle så klart. Jeg vil samtidig at de skal syns det er kjedelig å være skadet.» (T2)*

Enigheten og den gode relasjonen oppleves likt av trenerne, noe Trener 1 formidler slik:

*«Vi trenere har veldig god relasjon og dialog med det fysiske apparatet. Det har aldri vært noen uenigheter, ikke som jeg kan huske. Vi respekterer de, og de respekterer oss. Så de skjønner at vi vil ha spillerne tilbake på feltet, men vi forstår også at det er en prosess som tar tid. Relasjonen mellom spillerne og det medisinske apparatet tror jeg er bra, at de føler det de legger opp til er smart, fornuftig og gjennomtenkt.» (T1)*

Skulle det likevel være noen form for uenigheter vil det dreie seg om hvorvidt en spiller får delta eller ikke, og ofte i viktige kamper.

*«I forhold til skader er det lite konflikter. Det er selvfølgelig noen spillere som ikke skjønner i det hele tatt hvorfor han skal stå over en spilldel og da kan han bli litt irritert og sur da. Men innerst inne skjønner han jo at vi gjør det for hans egen del, ikke for vår del eller andre sin del. Det er kun for han sin skyld at vi holder han ute fra spill for eksempel. Selv om han har lyst til å bli med, så ønsker vi at han skal bli ordentlig frisk igjen før han blir med. Men det er nok det eneste som kan skape uenighet, men vil kanskje ikke kalle det for en konflikt, for det er ingen krangel selv om de blir frustrerte.» (T1)*

I det medisinske apparatet viser også fysisk trener til den samme opplevelsen av lite konflikter:

*«Det er et lavt konfliktnivå hos oss. Spillerne stoler på oss om hva vi mener, og tenker er best for de. De lytter til det vi har å si, uansett. Det er forskjell fra A-lag, der enkelte har sterkere meninger selv og pusher på veldig på. Er de yngre er tilliten også større. Jeg synes det er viktig å forklare hvorfor de ikke får lov til å delta på full økt. Heller forklare hva de kan gjøre istedenfor.» (FYT)*

Fysioterapeutens opplevelse viser imidlertid en nyanse med tanke på hvordan man opplever og håndterer en potensiell konflikt:

*«Det er noe bjeffing på feltet, men ikke med meg. Det foregår mellom trenere og spillere, men legger det fra seg etter treningen. Trenerne er flinke og har mye kunnskap som spillerne har stor respekt for. Jeg opplever at spillerne hører etter, selv etter en diskusjon. Jeg som fysioterapeut har ikke opplevd noe egentlig, da de stort sett benytter seg av meg når de er skadet. Utenom det er jeg mer eller mindre litt glemt av spillerne.» (FYP)*

## **4.2 Hvordan vurderes skadene**

I frisk tilstand gjøres det screeninger for å følge utvikling av spillernes bevegelse og styrke lokalt i isolerte øvelser cirka én gang pr kvartal. Ved tilfeller av strekkskader i hamstring utsettes skaden for kartlegging og utprøving i form av screening hos fysioterapeut på



behandlingsbenk hvor det testes bevegelighet, styrke og subjektiv opplevelse av smerte. I en slik screening kartlegges skadens alvorlighetsgrad og varighet. Vurderingen av skader har som virkemåte å bidra til at det gjøres korrekte beslutninger i rehabiliteringsprosessen for å optimalisere spillerens tilbakekomst etter endt skade, men også redusere risikoen for re-skader.

### 4.2.1 Screening av skaden

Fysioterapeuten utfører medisinske undersøkelser for å se etter tegn og symptomer på skader og på den måten kartlegges det eventuelle skadeområdet. Samtlige spillere beskriver screeningen som en opplevelse der subjektiv smerte er gjengående, gjerne i sammenligning med motsatt bein. Fysioterapeuten beskriver bruken av screening slik:

*«Vi bruker Nordbord for å teste eksentrisk styrke i hamstring. Det gjør vi både som frisk og skadet. Det gjør vi for å kartlegge hvor sterk han er i hamstring, det er sett at hvis man er så og så sterk, så minsker man sannsynligheten for skader i hamstring. Men selvfølgelig kan man ikke fjerne risikoen totalt, men jo sterkere, jo bedre. Vi tester symmetri, som vil si at vi ønsker minst mulig ulik unilateral styrke som mulig. Er avviket for stort gjør vi en intervensjon der vi prøver å få det mer likt. Eksentrisk styrke hamstring er det vi tester. Vi bruker lite bevegelighetstester. Vi har vært inne på tanken, men har ikke slått gjennom på noe enda. Vi tøyer litt og sånn, men ikke noe strukturert testing eller sitting reach, movement screens. Kanskje det er noe vi kan ta inn, men igjen er spørsmålet om det er praktisk og verdt tidsbruken.» (FYT)*

Fysioterapeuten forklarer at det screening gjøres på friske spillere, opptil flere ganger pr år for å følge med på utviklingen i risikoområder:

*«Screening gjør vi tre til fire ganger i året. Da tester vi risikoområdene med hamstring og lysk. Vekstsonene måler vi hele tiden og da er det jo først og fremst sideforskjell vi sjekker. Vi tester fra 14 til 19 år. Det finnes jo ikke normative data på 14-åringer, så der er det mest å se om det er sideforskjell og så får de noe å jobbe ut ifra. Alle jobber med hamstring og lysk uansett, men det vi er opptatt av på testene er sideforskjellene for å se om det er noe vi må ta tak i der. I tillegg ønsker vi å se fremgang fra hver testing. Det er derfor vi tester litt oftere enn en gang i halvåret.» (FYP)*

På spørsmål om det brukes medisinske undersøkelser som MR, ultralyd eller røntgen som screening, svarer fysioterapeuten:

*«Det er symptomsundersøkelse på behandlingsbenk som avgjør. Da testes range of motion, kraftutvikling og aksjon. Prøver da å finne ut hvor det sitter, hvor langt opp eller ned og at vi tenker om det er sener involvert eller ikke. Det er den kliniske*

*undersøkelsen som avgjør, det skjer nesten aldri at det tas MR (Magnetresonanstomografi). Uansett hva MR sier er det den kliniske undersøkelsen som styrer. MR kan gi meg som fysio et inntrykk om det er kortvarig eller langvarig, i forhold til om det er intramuskulær sene involvert eller ikke.»*

Fysioterapeuten forklarer hvilken muskel i hamstring han opplever oftest at strekken forekommer:

*«Med de ekstreme spillerne våre når det kommer til hurtighet, så er det som regel biceps femoris som sliter og noen ganger varianter med sener med semitendinosus.»*  
(FYP)

## **4.2.2 Alvorlighetsgrad og varighet**

Strekkskader i hamstring kan skilles i lav, medium eller høy alvorlighetsgrad. De mest alvorlige behøver kirurgiske inngrep ved flere tilfeller, mens de resterende strekkskader i hamstring vil helbredes gjennom rehabilitering. Alvorlighetsgraden påvirker skadens varighet og rehabiliteringstiden indikeres gjennom screening. Informantenes rehabiliteringstid varierer ifra noen få dager til fire måneder.

Spillerne selv opplever alvorlighetsgraden av deres strekkskade i hamstring som ikke noe utpregende alvorlighet, foruten om én av spillerne som opplevde dette annerledes:

*«Jeg vil si at en sånn strekkskade er ganske alvorlig. Og når du har en slik skade du ta vare på det, viser hensyn til det, prøve å bli frisk og ikke spille med en muskelskade.»*  
(S3)

Fysioterapeuten erfarer at tidsperspektivet på strekkskader i hamstring varierer avhengig av hva omfanget er og tydeliggjør at prosessen foregår stegvis for å forsikre at belastningen tilpasses underveis:

*«Snittet er 3-7 uker. Det er igjen variasjon med hva som er involvert. 3 uker til felt, 1-2 uker ekstra til å øke belastning. Da er de gjerne på løping før 3 uker. Avhengig av hvor lenge de er ute avgjør hvor mye de mister av andre ting, og så må de opp på de tallene som kreves for å kunne si at de tåler å belaste skaden. De går ikke fra å treffe kravene til å være med på fulle uker. Da er de klarert til å tåle en trening, men de tåler ikke alle treningene. Cirka 5 uker før de er i fullt spill igjen, pluss 1-2 uker før kamp*

*igjen, minimum 1 full uke med trening før de kan være aktuell for kamp, ikke 90 minutter da heller.» (FYP)*

Fysioterapeuten skildrer et bilde av at det gis lik behandling av alle strekkskader i hamstring uavhengig alvorlighetsgrad, men at alvorlighetsgraden preger tidsperspektivet. Han understreker også at alvorlighetsgraden er utfordrende å konstatere umiddelbart.

*«Behandlingsformen er lik, men det tar gjerne lengre tid. Det er fortsatt de samme trinnene de må gjennom og hvis det er intramuskulære sener involvert, så tar det mye lenger tid. Første, andre, tredje fase, alle tar lengre tid. Det er vel den største hovedforskjellen. Det er vanskelig å vurdere de første dagene, men man får gjerne et inntrykk etter hvert.» (FYP)*

### **4.2.3 Re-skader og skadehistorikkens påvirkning**

Fullt og helt helbredet skade er både en målsetting, men også et krav fra fysioterapeuten før en spiller returnerer på fotballfeltet. Det er velkjent at re-skader vil kunne forekomme og er en av scenarioene man aller helst ønsker å unngå. Det er kun et par tilfeller av re-skader ifølge spillerne, hvor tidsperspektivet fra returnering til re-skade var henholdsvis tre uker for et tilfelle og fire måneder for det andre. Det medisinske apparatet opplever forekomsten av re-skader slik:

*«Det er ikke ofte det har skjedd mens jeg har vært i klubben. Det var ett tilfelle, da gikk det kanskje et halvt år imellom.» (FYT)*

*«Vi har hatt veldig lite av det, heldigvis. Jeg kommer på ett tilfelle hvor det har vært ny skade. Også har vi noen som har reagert litt på trening, men de føler seg litt stive i muskulaturen. De opplever nok det som tilbakefall. Da går det over på en dag eller to. Det er stølhet som går over. Jeg husker bare én som har hatt en ny smell, cirka to til tre uker etter at han var på felt igjen.» (FYP)*

I denne sammenheng opplever Trener 2 at eksplosiv muskulatur har lettere for å pådra seg strekkskader i hamstring og har økt risiko for å pådra seg en re-skade, noe han videre forklarer her:

*«[...] de som har større risiko for hamstringskader må vi være ekstra forsiktig med. Det er jo en enormt stor risiko for å få det igjen om man starter for tidlig. Men, igjen er det forskjellig hvor lang tid det tar. For noen tar det to måneder, mens andre under én måned. Det er grader av det også.» (T2)*

Skader er direkte påvirkende for en spillers muligheter for å delta på treninger og kamp, spesielt dersom skadehistorikken er lang. Det medisinske apparatet er avhengig av å kjenne til og bevisstgjøres over skadehistorikken for å kunne gjøre gode vurderinger. Hvordan støtteapparatet håndterer skadehistorikken beskriver Trener 1 slik:

*«Det er noe vi er veldig bevisst på. At vi vet at han har en stor eller lang skadehistorikk, så har han gjerne en veldig gradvis oppbygging på trening. At han for eksempel de to første ukene når han er tilbake igjen med ball, da er han med på cirka 20% av økta og så går det gradvis oppover. Men akkurat det føler jeg at vi er veldig dyktige på den delen der da.» (T1)*

Det medisinske apparatet er naturligvis i førersetet av oppfølgingen av skader. Her gis det uttrykk for at skadehistorikken burde være et av holdepunktene for hva som vektlegges i vurderingene som gjøres før en spiller friskmeldes:

*«Ja, det bør absolutt tas i betraktning og det gjør vi. Har du hatt en hamstringstrekk har du større sannsynlighet for å få det igjen, så det tar vi i betraktning. Muligens gå litt forsiktig til verks og spesielt etter hamstringskaden når han er klarert frisk, at vi da har fokus på å styrke den enda mer, i hvert fall eksentrisk styrke i hamstring.» (FYT)*

*«Vi har noen checkpoints vi huker av uansett når det er muskelskade, om det er hamstring eller noe annet. Få lik range of motion som før skade, lik kraft, løpstall som må treffes før de får spille fotball, uansett om det er første eller femte gang de er ute med skade. Men er det noen som har hatt det flere ganger så er vi mer forsiktig og holder igjen mer enn det som er en førstegangs skade. Vi ønsker minimum over 90% av kraften de hadde da de var friske. Og for de som slår den opp igjen ønsker vi også enda høyere prosent. Vi tester bra og bruker litt forsiktig lang tid på å få de tilbake når det gjelder de unge. Igjen, det er igjen sjeldent at vi har hatt gjentakende muskelskader heldigvis.» (FYP)*

#### **4.2.4 Kriterier for returnering etter endt skade**

Objektive og subjektive målinger veileder det medisinske apparatet i vurderinger som avgjør om en spiller kan returnere eller ei. De subjektive målingene er primært smerteopplevelse kommunisert av spilleren, mens de objektive målingene innebærer tester som gir indikasjoner på hvor spilleren befinner seg i rehabiliteringsprosessen. Det er klare retningslinjer for hva som kreves av en spiller før det er aktuelt å returnere, slik fysioterapeuten nyanserer her:

*«Range of motion er enkelt og greit for å sjekke leddene. Men vi bruker gjerne kraftmåler for å måle opp mot den friske siden og får også se hvordan det ser ut. Det er alltid lavt, aldri overrasket der. Men gjøres for å ha et utgangspunkt og noe å følge*

*opp etter hvert. For å måle dette bruker vi håndholdt dynamometer som er sånn helt ok hvis man gjør det fiksert i benken. Da er det jo gjerne ligging med strakt eller bøyd bein. Også har vi Nordbord maskinen som vi bruker når de er kommet litt lenger. Det er ikke noe man gjør i starten, selvfølgelig. Så på hamstring er det håndholdt dynamometer å kjøre maks press smertefritt i 5 sekunder for å se hva man får ut av det.» (FYP)*

Spiller 2 forklarer hvordan han opplever funksjonen av testene:

*«Et av kravene var at den ikke gikk over smerteterskel gjennom øvelser. En skala fra 1-10 om hvor vondt man har det når man gjør øvelsen. Så sa jeg at det gjør så vondt eller ikke vondt i det hele tatt. Da fikk jeg beskjed etter det om jeg kunne bli med eller ikke.» (S2)*

De subjektive vurderingene følger spillerne fra skaden inntreffer til de returnerer for fullt. Spiller 1 forklarer hvordan de subjektive vurderingene også er med spillerne etter at de har begynt å trene på fotballfeltet igjen i siste del av rehabiliteringsfasen:

*«Ved smerter under en smerteterskel subjektivt mellom 1 og 3 på en skala fra 1-10, da kunne det gå bra. Hvis jeg var på feltet og kom over den så var det rett ut fra feltet med en gang.» (S1)*

Spiller 5 viser til at det mentale knyttet til returnering etter friskmelding var utfordrende:

*«Friskhetstest for å sjekke at det er i orden. Også brukte vi det for å måle motstand opp mot den friske for å sjekke om den fortsatt var svak, og om jeg turte å pushe på. Den siste delen var det mye mentalt at jeg måtte føle selv på kroppen at jeg var klar. Det var ikke sikkert at jeg følte meg trygg på hamstringen selv om testene tilsa dette. Jeg måtte selv føle hvordan jeg lå an.» (S5)*

Kriteriene for fullbyrdet returnering på fotballfeltet tar også hensyn til det mentale som Spiller 5 omtalte som en betydelig barriere for å tørre å stole på muskulaturen etter endt skade. For å avdekke graden av helbredet muskulatur bruker det medisinske apparatet standardiserte prosedyrer før en spiller er friskmeldt.

*«Først og fremst må det være klinisk fravær av symptomer på all aksjon, både range of motion og kraft. Og så sidelik kraft som vi får fra det, over 90% av styrke til frisk fot. Vi har en asklings test som er fungerer ganske bra. Dermed bruker vi da en benketest, løpetest med 20 meter, 40 meter og 60 meter med subjektiv vurdering. Det vi da lurte på er om det ser fint ut eller om spilleren holder noe igjen. Det er ikke noe vi kan teste på benken, så det er ikke så enkelt å si. Det er uansett et symptom og et signal om at vi holder igjen litt ekstra. Så kjører vi mengde og tester med jevne*

*mellomrom til den er fin og så skal vi ha test av maksfart i x antall meter før de er klarert. Dette er standardisert for alle slike type hamstringskader.» (FYP)*

For å håndtere den progressive belastningsøkningen er overvåkning og oppfølging vesentlig for å unngå tilbakefall kort tid etter returnering i tillegg til å opprettholde de fysiske parameterne så langt det lar seg gjøre som skadet. Fysisk trener og fysioterapeut beskriver deres tanker om prosessen spillerne møter slik:

*«Vi har jo et arbeidskrav ut ifra hvilken posisjon og kapasitet. Vi gjør kapasitetsanalyse gjennom å monitorere GPS daglig og vet ut ifra spillerens kapasitet og posisjonens krav, mye om hva som vil påvirke RTP når det gjelder når spilleren er klar for trening eller kamp. Det er litt med fysio sin oppgave, men det er jeg som syncer datamaterialet fra GPS, så jeg har en del med spilleren å gjøre. Da er det å bygge opp gradvis den kapasiteten til å gjøre høyhastighetsløp. Starter i ganske rolig prosentvis av sin maks ut ifra kampdata. Eksempelvis en back har 1500 meter i høyhastighetsløp, å øke det gradvis opp mot dette tallet. Da er det viktig at han er komfortabel med å løpe 1500 meter i høyhastighetsløp. Dette økes kontrollert med oss ute på feltet også er det å gradvis gjøre det i trening med mer kaotisk spill hvor andre faktorer spiller inn.» (FYT)*

*«Når vi snakker om hamstringskader så har vi jo GPS målinger på de, hvor vi måler hvor mye de løper. Vi har ikke tall på alle, men snitt tall i vårt lag eller vår klubb og sammenligner det med 2. laget og A-lag. Så må vi treffe kampbelastning og tåle det før vi slipper de helt ut av det. Det er stor forskjell på en fullback, sentral eller en midtstopper. Der er ikke max-speed løpingen like stor på alle, så de skal gjennom det i tillegg til løpetester med toppfart. Det vil variere hvor mye vi faktisk overloader en hamstringskader på en som springer 14-1500 meter i en kamp versus en som springer 600 meter i høyhastighetsløp.» (FYP)*

### **4.3 Hvordan påvirkes spilleren**

Strekkskader i hamstring hemmer spillerens bevegelser som følge av rupturer i muskelfibrene. Det er riktignok den fysiologiske delen som påvirkes slik, men selve skaden vil kunne påvirke langt flere sider. Hvordan spilleren opplever det å bli skadet kan knyttes til spillerens tanker om hva skadesituasjonen innebærer, som omfatter press både fra en selv og andre. Dette skaper en oppblomstring av stress hos spilleren som fører til masking av skaden. De påvirkende faktorene omfatter når i løpet av kalenderåret skaden forekommer, opplevelser av frykt for å bli hindret i å spille fotball, stress og press som følge av å være skadet, bekymringer for re-skader, og masking av skader. Disse faktorene stammer fra modellen vist i Figur 1 fra Creighton et al. (2010).

I tillegg er disse påvirkningene dynamisk og vil kunne påvirke hverandre, avhengig av hvor i rehabiliteringsprosessen spilleren befinner seg. For å fange opp hvordan spillerne påvirkes, er det nødvendig å se nærmere på informantenes synspunkter fra flere innfallsvinkler.

### 4.3.1 Tidspunkt på året

I løpet av et kalenderår er fotballsesongen aktiv et sted mellom åtte og ni måneder. I et spillerutviklingsperspektiv kan de resterende månedene betegnes som grunnpilaren for hvilken fysisk tilstand spilleren befatter seg før sesongen starter igjen. Dette innebærer noe ferie for å restituere, men i størst grad stilles det store krav til spillerens belastning i off-season. For lite restitusjon eller for høy belastning over tid vil føre til høyere risiko for skader. Når på året skaden forekommer vil kunne ha en betydning for spilleren, avhengig av om det skjer i eller utenfor sesong.

Blant spillerne oppfattes det at skadenes forekomst opptrer jevnt utover hele kalenderåret, men mest i løpet av sesong. Spiller 3 beskriver i forlengelse av dette hvordan han opplever tidspunktet på året som påvirkende for prosessen:

*«Det er større sjanse for å bli skadet i sesong og når du blir skadet i sesong går du glipp av mye. Det vil jeg si er noe annet enn når du blir skadet i pre-season, for i pre-season har du god tid til å jobbe med kroppen og komme deg tilbake. Mens når du er midt i en sesong har du dårligere tid og det haster mer med å komme tilbake til kamper.» (S3)*

Støtteapparatet deler også forskjellige inntrykk om når skadenes forekomst er høyest.

*«Jeg føler det er flest skader i sesong. I pre-season hadde vi nesten ikke skader i det hele tatt. Så begynte vi å spille treningskamper 4 uker ut i pre-season. I sammenheng med de kampene ble det flere skader, men vi trener ikke så mye mer annerledes i pre-season enn når vi spiller kamper. Så dermed føler jeg at det er størst sammenheng med det som skjer i kamp, at flest skader forekommer da for vår del.» (T1)*

*«Det er et godt spørsmål, men det vet jeg faktisk ikke. Vi trener veldig mye på vårparten og på vinteren, så jeg tenker det oppstår mest da når jeg tenker meg om. Vi balanserer selvfølgelig belastningen på en knivsegg i januar og februar etter 14 dager ferie når spillerne er kommet inn i det igjen. Så pusher vi på ganske mye en stund. Da vil skadene oppstå hyppigere enn i kamper i sesong, da er vi ganske opptatt av at de skal være fresh.» (T2)*

*«Enten i starten av pre-season eller på slutten av en sesong er det oftest vi ser skader. Spør alt hva de har gjort i off-season. Vi prøver å ha en rolig opptrapping i pre-season, i og med at vi har en lang pre-season. Vi har en filosofi om at vi skal spille og at kondisjon og utholdenhet kommer fra spill. Det er jo litt kaos og det kan selvfølgelig skje ting, men som oftest tenker jeg at det er på slutten av en sesong, hvor trøtthet i muskulatur etter mange måneder med sesong. Muskeltrøtthet over tid kan være en viktig faktor. Da er det viktig å ha litt pauser innimellom når man kan ha det for å lade batteriene.» (FYT)*

Som medisinsk ansvarlig og den med naturligvis best oversikt over skadetilfellene i akademiet er ikke fysioterapeuten nølende i sin opplevelse om når skadene forekommer hyppigst.

*«I oppkjøring, 4-5 uker etter en altfor lang ferie er nok der det er størst fare for at det kan skje.» (FYP)*

### **4.3.2 Bekymringer og frykt - press og stress**

Samtlige spillere var svært bekymret for re-skade, noe de beskriver som et ubehag som kommer av at de kunne kjenne stivhet og ømhet rundt skadeområdet etter at de var friskmeldt. Bekymringen for re-skade opplever støtteapparatet at spillerne deler lite av, særlig blant de yngste spillerne i akademiet er det nærmest fravær av uttrykk for bekymring.

*«Spillerne stoler veldig på den jobben som fysio og det fysiske apparatet har rundt rehabiliteringsprosessen. Så de føler det selv at det er en gradvis prosess til de kommer tilbake igjen. Men så er det jo ganger hvor de sier ifra at de tror de ikke burde være med på deler av øktene. Uten at han nødvendigvis har kjent noe, men det kan være igjen frykt for tilbakefall. Men sånn generelt sett så vil jeg ikke si at det er spillere som er redde for tilbakefall. Ikke som de har sagt til meg i hvert fall, men det er mulig de tenker det uten å nødvendigvis si det.» (T1)*

*«Jeg har det inntrykket at de yngre spillerne stoler på oss og deler ikke veldig mye av at de er bekymret når de kommer tilbake. Det virker bare som at de er glade for å være tilbake. De spør om når de kan være med på spill og pusher litt på. I akademiet er ikke bekymring for re-skade noe jeg legger veldig godt merke til. Vi prøver å forklare spillerne hvorfor vi gjør det vi gjør, og hvorfor det er viktig på generelt nivå slik at de forstår. Passer på at de gjør det ordentlig og den biten der. Vi prøver å få spillerne til å få eierskap og at de får bestemme litt selv og, hva de vil trene og burde trene. Utdanne spillerne innen det.» (FYT)*

Spillernes kommunikasjon til støtteapparatet preges av deres opplevelser og i særlig grad av frykt for konsekvenser. Konsekvensene som fryktes varierer noe avhengig av kontekst. I enkelte tilfeller ser det ut til at spillernes frykt for konsekvens er mer kompleks og inngripende enn



skaden i seg selv. Uavhengig av hvilke konsekvenser som er et faktum, er spillernes opplevelser reell. Dette kan vi se mer av i informantenes uttalelser her:

*«Ja, jeg kan si det er litt frykt. Eller, at jeg må prestere. Jeg føler at hvis jeg går av banen med en liten kjenning bak i låret så føler jeg meg som en pyse, treneren kan se ned på meg og nedprioritere meg til andre kamper eller treninger. Det er jo en stor årsak til at jeg ikke gir beskjed om sånt.» (S3)*

Presset om å komme raskt tilbake på fotballfeltet etter endt strekkskade i hamstring vil for individer oppleves ulikt. Dette kommer av at spillere opplever stress forskjellig, håndterer internt og eksternt press ulikt. Riktig nok vil det også være situasjonsavhengig for hva som forårsaker presset, som igjen kan være grobunn for ytterligere stress.

Spiller 2 opplever at han ikke stoler på positiviteten fra menneskene rundt han knyttet til rehabiliteringen. Istedenfor oppleves effekten av dette er mot sin hensikt, noe han beskriver her:

*«Hvis jeg kjenner på noe mens jeg er skadet så er det ikke hovedtreneren jeg forteller det til først, men istedenfor en kompis eller lagkamerat. De sier gjerne da at jeg burde ta det rolig og ikke stresse med å komme tilbake før jeg er 100 prosent klar. Jeg får ofte høre dette og de prøver bare å være positive, men jeg opplever da at det ikke er så ille når de sier dette. De prøver å påvirke meg til å ta det rolig, men det får bare motsatt effekt. Jeg stoler ikke på at det de sier fungerer for meg. Dermed blir det gjerne slik at når de sier at jeg må ta det rolig, tenker jeg at min egen kropp kjenner jeg selv best og kroppen min sier at det går selv om at jeg ikke helt vet om det går på en måte.» (S2)*

Dette skiller seg fra de andre spillerne som opplever at støtteapparat gir de tilstrekkelig oppfølging som beroliger deres bekymringer betraktelig i den ugunstige situasjonen de befinner seg i som skadet. Det innebærer imidlertid likevel at foreldre engasjerer seg, noe som påberoper seg at de tar kontakt med det medisinske apparatet:

*«Det er heldigvis lite mas. Det kommer nok litt an på hvilken type spiller, men jeg vet om noen foreldre som er ganske ivrig. Da blir det et par telefoner i løpet av uka, men det går nok mer utover fysio og trenerne når det kommer til mas fra foreldre.» (FYT)*

*«Noen foreldre kan ringe i tide og utider om guttungen sin, og da er det gjerne de samme. Ivrige fedre finnes det og de hører på oss, men kan virke litt masete innimellom.» (FYP)*

Til tross for spillernes betryggende opplevelse av det medisinske apparatet, opplever de fleste spillerne stress knyttet til deres fravær fra fotballfeltet. Majoriteten av spillerne opplever tapt utvikling og risiko for å miste sin plass i startellevaren som de tydeligste årsakene for at skader kan øke deres stressnivå, slik spillerne forklarer sin opplevelse her:

*«Jo mer skadet du blir, desto mer ramler man ut av treningshverdagen til laget. Man får ikke vært med på trening og det er gjerne mange treninger man går glipp av. Da kan det hende at andre tar gode steg mens du er skadet og sitter igjen uten den utviklingen.» (S1)*

*«Hvis man blir hengende langt etter på feltet, at du ikke er på mange treninger så vil man kunne føle at man henger etter og at man ikke utvikler seg like raskt som de som er på feltet.» (S2)*

*«Jeg blir bekymret når jeg er skadet og den andre venstrebacken på laget gjør det bra. Ved sist tilfelle ble det tatt opp to yngre venstrebacker på hospitering, da ble jeg litt bekymret. Men jeg skal vise at det er meg som skal ha plassen.» (S4)*

Kontrastene kan være store mellom de ulike spillernes opplevelser og håndtering av stresset i situasjonen de står i. Slik forklarer Trener 1 to tilfeller han kjenner til fra akademiet som viser tydelige kontraster:

*«Ut fra alvorlighetsgraden på skaden, kan det være at spilleren må stå over fellestreninger med laget og mister muligheten til å være en del av kulturen i gruppa. Et eksempel fra en tidligere spiller i akademiet var at han mistet 3-4 uker med gode treninger og utvikling, men samtidig har vi også sett spillere som har vært lenge ute med skade som har kommet tilbake og fremdeles holdt nivået. Det ser ikke ut til at han ble forbigått av noen og det er jo litt rart.» (T1)*

Videre forklarer han et annet tilfelle slik:

*«Vi hadde et tilfelle med en spiller som fikk strekkskade i hamstring i fjor og uteble fra treninger 4-8 uker. Da han var på vei tilbake, hadde han store problemer med å holde nivået, noe som preget selvtilliten hans i stor grad. Etter nærmere oppfølging kom det frem at spilleren har slitt med prestasjonsangst over lengre tid, hvor det hele endte med at spilleren sluttet å spille fotball.» (T1)*

I forlengelse av eksemplene til Trener 1, omtaler Fysioterapeuten at mestringsfølelsen kan midlertidig utebli hos de unge talentene både under og like etter RTP-prosessen.

*«[...] de føler nok at de ikke lenger henger med. Mestringsfølelsen er nok borte en liten periode, for de er ikke på samme nivå som før skaden inntraff.» (FYP)*

Selvtilliten kan bli påvirket av skaden, spesielt på veien tilbake etter en lengre skadeperiode kan det oppleves stress og press i større grad knyttet til tilvenning av ferdighetsnivået. I lys av stress knyttet til fravær, er det naturlig at det gis rom for at andre spillere fyller den manglende spillerens rolle etter lagets behov.

*«[...] de går glipp av så mye som skjer på feltet. Andre får et forsprang, det er en av de viktigste grunnene til at de ikke vil stå av trening selv om de er sliten. Da føler de at de andre spillerne får mer fotball, blir bedre og kommer foran i køen om en plass på laget.» (T2)*

Til tross for spillernes bekymringer for å bli erstattet eller miste utvikling, ser det ut til at konsekvensen av skaden påvirkes av varighet. Dermed er ikke spillernes stress for konsekvenser i realiteten ensbetydende med at fravær gir et entydig resultat, men må sees i lys av varighet.

*«Jeg tror det kommer litt an på graden av skaden. Er det en skikkelig strekkskade i hamstring med varighet 6-8 uker så kan det påvirke. Er det en enkel strekkskade i hamstring på 2-4 uker, så tror jeg at det skal gå helt fint.» (FYT)*

## **4.4 Kommunikasjonens betydning i en RTP-prosess**

Formålet med kommunikasjon er informasjonsflyt som bidrar til utvikling og samtidig hindrer skader. I forlengelse av faktorene i steg 3 i RTP-modellen til Creighton et al. (2010), kan de samme faktorene sees i lys av kommunikasjon og skader. Skader kan unngås med tilstrekkelig kommunikasjon eller ha økt risiko for forekomst ved mangelfull kommunikasjon. Skaderisiko omfatter både tilfeller av nye skader, re-skader, eller forverring av allerede eksisterende skader. I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvordan informantene opplever kommunikasjonen i akademiet for å bedre forstå hvilken påvirkning og betydning det har for strekkskader i hamstring.

### **4.4.1 Verdifull informasjon**

Verdien av kommunikasjon sees i lys av mengde og type informasjon. Informasjonen som sendes fra avsender til mottaker er avgjørende når det kommer til kunnskap som bidrar til spillerutvikling og skadeforebygging. Mengden og typen informasjon er verdifull for at rollenes funksjon i akademiet fungerer optimalt.

Imellom de ulike rollene oppfattes kommunikasjonen som god og innholdsrik jevnt over i akademiet. Fysisk trener opplever kommunikasjonen mellom seg og fysioterapeuten slik:

*«Vi har god kommunikasjon, jeg og fysio. Men det kommer litt an på hvor i skadeforløpet spilleren er. Er det tidlig er det fysio som har kontroll på skadeproblemet, og er spilleren ikke i fotballtrening så er det jeg som bidrar med fysisk trening. Det kan hende at fysio sier at han ikke kan være med på ulike innslag av bevegelser eller øvelser, så må jeg finne på et alternativ til noe annet.» (FYT)*

Mellom trenere og fysioterapeut opplever Trener 1 det også som god dialog:

*«Det er tett dialog med fysio om hva spilleren kan bli med på til hver enkelt økt. Er det en spiller vi vet er i en rehabiliteringsperiode, så har vi alltid dialog med fysio om hva han skal bli med på. Slik at vi ikke forårsaker noe større, eller at de slår opp noen skader. Så vi har alltid dialog med fysio om hva de kan og ikke kan bli med på» (T1)*

Også Spiller 2 opplever at fysioterapeuten og fysisk trener sammen kommuniserer godt, både seg imellom og utad.

*«Fysioterapeuten i tillegg til fysisk trener spør ofte når vi har styrketrening om vi kjenner på noe og så lager han et greit opplegg til det. Fysisk trener snakker med fysioterapeuten hele tiden, siden de samarbeider om skadde spillere. Han passer bra på og tilbyr bra opplegg. Fysio visste jeg var skadet, så vurderte han å sende meg til fysisk trener slik at jeg fikk bli med på en styrkeøkt han hadde. Det var lettere å snakke med han enn med trenerne og de andre.» (S2)*

*«Det er mye kommunikasjon, de legger til rette og sender melding hvis det er et tilbud om noe vi kan delta på. Alt går ut på kommunikasjon.» (S2)*

Fysioterapeuten selv sitter igjen med en variert opplevelse og forklarer at fartstid bidrar til kommunikasjonen mellom rollene i akademiet.

*«Det er noen som er veldig flinke til å melde ifra om det er noe de er usikre på, andre igjen melder ifra om alt som nødvendigvis ikke trengs, mens noen prøver å skjule litt. Det blir mindre og mindre av at det skjules noe når de har vært hos oss en stund, for de forstår etter hvert at det ikke kommer noe godt ut av å skjule noe, for det hater trenerne. Når de kommer inn i systemet vårt og har vært der litt forstår de fleste at det er mye lurere å si fra, så jeg opplever at det er ganske bra.» (FYP)*

## **4.4.2 Rapportering**

Rapporteringer foregår i all hovedsak gjennom applikasjoner hvor spillerne oppgir deres subjektive opplevelse. Disse rapporteringene dreier seg om søvn, hvor klar de er for kamp eller

trening, belastning og om det skulle være noe de mener at støtteapparatet burde vite om. Støtteapparatet bygger rapporteringer på tillit og er avhengig av å stole på at spillerne rapporterer ærlig og gir tilstrekkelig informasjon for at rapporteringens funksjonalitet skal innfri bruksområdets hensikter. Hensikten er å overvåke og kartlegge spillernes hverdager av ulike belastninger som har innvirkning på det medisinske apparatets vurderinger.

Samtlige spillere bruker rapporteringsapplikasjonen Sports Office hver dag for å rapportere om deres subjektive opplevelser. Der rangerer spillerne egen opplevelse av trening eller kamp, i tillegg til deres opplevelse av fysisk status på det aktuelle tidspunktet.

*«Vi har en app som vi fyller ut hver morgen som heter Sports Office. Der er det noe som kalles wellbeing. Der rapporteres det inn hvor sliten man er, om man er sår og støl, hvor mange timer man har sovet i natt, hvor klar er du til å spille kamp, litt slike spørsmål. Det ser de sikkert over før trening. Er jeg sliten da, har jeg for eksempel scoret 7 av 10. Da vil de nok ta meg av spill eller øvelser i løpet av treningen.» (S1)*

*«Vi rangerer hvor sår muskulaturen er, hvor mange timer søvn vi hadde. Da har trenerne god kontroll på hvordan kroppen til spillerne er. Det handler mye om å være ærlig i rapporteringen. Da kan man få en fridag om det er behov for det ved meget sliten muskulatur. Ofte etter kamper har vi en eller to fridager. Påfølgende uke trener vi igjen med økende belastning frem til kamp. Men det er ofte at jeg har rangert 9 av 10 sliten. Da har jeg fått et par ekstra fridager. Da snakket jeg sammen med fysio og trenerne om det. Jeg synes rapporteringssystemet er bra nok fordi det viser hvor sliten eller stiv du er i beina.» (S4)*

Nedenfor skal vi se nærmere på hvordan trenerne opplever sin side av en slik måte å rapportere på:

*«Alle i det medisinske apparatet har tilgang på de tallene som spillerne våre sender inn. Så hvis det er noen store avvik er det enten de eller oss trenere som ser det. Vi trener som er på feltet følger med som regel hver dag og prater med det medisinske apparatet om vi oppdager avvik. Ellers er det gjerne det medisinske apparatet som legger merke til noe vi trenere ikke har fått med oss.» (T1)*

Videre deler støtteapparatet tanker om pålitelighet og fallgruver som viktige holdepunkter å kjenne til ved et slikt rapporteringssystem.

*«Vi kan jo aldri vite helt sikkert. De rapporterer RPE (Rate of Perceived Exertion) om treningsbelastning, men det er ikke sikkert at de vet selv hvor stor belastning de har hatt. Vi prøver å si til de at de burde være så ærlige og presise som de kan, at de gjør det for deres egen del for å holde de skadefri. Slik kan vi også se på mønstre. Jeg tror at de aller fleste er ærlig, men jeg tror ikke at alle vet hva de kan score på skalaen. Har belastningen på en trening vært 8 av 10 som tiltenkt belastning, kan en spiller*

*score 6 og en annen 10. Litt skjønn må vi regne med, men det gjør det vanskelig å finne ut av sannheten.» (T1)*

*«Vi må opplyse om litt mer kunnskap om faresignaler. Vi prøver å bygge opp belastningen deres for at de skal tåle mer belastning hele veien. Da må vi regne med at de er på grensa på belastning og føler seg tung av og til. Da gjelder det å vite hva som er greit og hva som ikke er helt innenfor. De rapporterer wellness på morgenen før hver økt, hvor klar de er til kamp, muscle soreness, fatigue, stress og søvn. Spillerne er veldig individuelle, men de er lik seg selv. Vi ser en trend i hver enkelt spiller og ulikheter blir sett nærmere på. Noen har veldig lett for å sette 10 på en økt, mens andre setter kanskje aldri 10 på skalaen.» (T2)*

Fysisk trener forklarer hvordan det medisinske apparatet arbeider med datamaterialet de får fra både spillernes subjektive opplevelser, men også objektive talldata fra GPS tracking:

*«De rapporterer RPE etter hver fotballøkt som vi måler over tid. Det er de interne dataene, i tillegg har vi eksterne data på GPS på G16 og andrelaget. Dette måles når det lar seg gjøre og så mye som mulig. Slik får vi et bilde av deres toppform, slik at vi fra før av har et bilde av de når de kommer opp på andrelaget. Dataene fra GPS sammenlignes med et akademi i England for å se hvor vi ligger an i de ulike parameterne. I tillegg bruker vi Load Manager for å se på akutt-kronisk. Det er ikke noe som styrer treningene, men er med på å ta et valg. Er det noen som er høy over lengre tid, så prater vi med spilleren og tar en beslutning ut ifra det.» (FYT)*

Fysioterapeuten følger opp med å definere rapporteringssystemets bruksområder:

*«Rapportering i seg selv er ikke tilstrekkelig når det gjelder å hindre strekkskader i hamstring. Det er en veldig generell sak det der, så spesifikke problem vil være vanskelig å oppdage der. Muscle soreness er et spørsmål hvor det kan vises tegn på muskelskade, men da er det forventet at de sier ifra. Det systemet tenker jeg ikke er bra nok til å kunne fange opp begynnende skader. Da er det mye viktigere det de gjør med å si fra til oss. Det vet de jo godt, at er det noe spesifikt eller noe man er usikker på, så skal de si fra uavhengig Wellness. Wellness er mer en overordnet greie der vi følger med på hvordan de har det. Kanskje det viktigste med Wellness er at vi kan fange opp søvnmønster, humør og diverse slike ting. Det er kanskje noe utenomsportslig som vi ser litt på og, men som kan påvirke. I samtaler med spillere så har vi fått vite litt av hvert faktisk.» (FYP)*

Det er imidlertid ikke alt som rapporteres av belastning og derav mangel på vesentlig kommunikasjon. Treninger på egenhånd foregår på spillernes egne premisser uten at støtteapparatet blir interfererende. Ifølge informantene er det ingen tegn på at disse treningene er underlagt føringer fra støtteapparatet, ei heller rapporteres eller følges disse treningene opp på noen måte.

*«Egentreninger foregår ofte med kamerater, enten på treningscenter eller på en fotballbane. På fotballbanen er det bare for å holde på litt, gjerne på helg og ikke harde økter. Vi prøver å ha god oppvarming, for det er ingen som vil bli skadet. Men alt vi gjør er det ingen som vet fordi det registreres ingen plass.» (S4)*

Spillerne har tilgang på treningsprogrammer, men hva som blir gjort av dette loggføres ikke ifølge Spiller 5:

*«Det er rom for egentrening. Det blir lagt ut programmer for utholdenhet og styrke, men det blir ikke fulgt opp om det blir utført. Det er mer ansvar for egen utvikling, den type mentalitet. De som har lyst til å bli god gjør det, men vi får beskjed om hva vi burde gjøre.» (S5)*

Fysisk trener forklarer hva han tenker om forhåndslagde treningsprogrammer og oppfølgingen av disse:

*«Du kan kalle det egentrening om jeg gir de et program for helga til de eldste spillerne, slik vet jeg hva de gjør. Men de rapporterer ikke til meg da om de har gjort det eller ikke. Jeg føler det er litt opp til de selv om de vil ta det seriøst. Jeg prøver å ta det opp med de for å høre om de har gjennomført eller ikke. Styrketreningen burde de kanskje rapportert inn, men fotballmessig er det ingen rapportering i dag. Det har jeg ikke styring på, men det kan jo være en faktor som påvirker skaderisiko hvis man er på fotballbanen i 6 timer på en lørdag. Det er jo absolutt en belastning.» (FYT)*

Spiller 3 opplever at oppfølgingen av egentreninger riktig nok blir fulgt opp om man er skadet, men ikke som skadefri:

*«Det er ikke så veldig mye oppfølging på egentrening, spesielt når man er skadefri. Når man er skadet så får man et opplegg. Det kan man gjøre på styrkerommet med laget eller alene. Hvis du gjør det alene, så blir det ikke oppfølging på det.» (S3)*

Trener 1 forklarer hva han tenker om oppfølgingen av egentreninger:

*«Det er jo ikke alltid vi har kontroll på hva de gjør på egentrening og på skolen. Vi er bevisst på det, men det er ikke sikkert vi lar det påvirke våre treningsuker. Det er kanskje faktorer som vi burde tenke på da. Det kan jo være at de jobber litt ekstra på egentrening, som igjen kan føre til at de gjør for mye i forhold til hva de egentlig burde. Så sett fra det perspektivet så kan det øke skaderisikoen, absolutt.» (T1)*

*«Egentreninger blir verken fulgt opp eller loggført. Det er noen ganger spillerne spør om vi kan holde stadion åpen eller være innendørs i hallen, også gjør vi det. Så hender det at de slår litt innlegg eller spiller på liten bane, men det er egentlig positivt at de vil holde på. Samtidig så går det jo utover den totale mengden treningsbelastning i løpet av uka. Det kan øke skaderisikoen, men det er litt vanskelig å vite når det blir for mye.» (T1)*

*«Vi kan bli bedre på å loggføre hva de faktisk gjør. Om det hjelper eller ikke er jeg usikker på. Hadde vi visst hva de gjorde på egentreninger og hva de for eksempel gjør i gym på skolen, så hadde vi kanskje gjort individuelle tilpasninger. Det hadde kanskje ført til at vi måtte trent mindre fotball, men det er jo noe vi egentlig ikke ønsker, for vi ønsker jo at spillerne skal spille fotball for å bli god i fotball. Det er jo litt vanskelig balansegang det der.» (T1)*

I forlengelse av uttalelsen til Trener 1, opplever Spiller 1 egentreninger etter fellestreninger slik:

*«Egentreninger er det vi selv som tar initiativ, for eksempel etter treningsøkter på felt så ønsker vi å stå igjen, da kan vi bli sendt av fordi vi har trent nok.» (S1)*

Trener 2 forklarer hvordan han opplever utfordringer med hva som angår egentreninger.

*«Den blir ikke fulgt opp bra nok. Det har vi på agendaen. Det er flere tilfeller der vi har fått skade eller veldig tunge bein og overtenning på grunn av egentrening. Vi oppfordrer til egentrening, men vi har ikke klart å registrere bra nok hva de gjør og når de gjør det. Det er en utfordring. Vi prøver å si til de når og hva de kan gjøre, men det er det med den balansen. Men det er noe vi må jobbe mer med.» (T2)*

Det medisinske apparatet virker å ha en filosofi om at egentreninger stiller krav til spillernes autonomi:

*«Egentrening blir ikke fulgt opp. Det er veldig opp til de selv egentlig. I hvert fall lite fra min side på det. Jeg vet ikke hvor mye de kontakter hovedtrenerne når det gjelder egentrening. Det er lite rapporteringer på egentreninger, men vi oppfordrer selvfølgelig til det.» (FYT)*

*«Det er lite oppfølging av egentreninger, ja. De får hjemmelektur og så må de gjøre det. VI har ikke overvåkning om de faktisk gjør det, fordi jeg tenker at om de vil noen vei med fotballen så er det litt opp til de selv å gjøre det. I feriene er vi litt på de og snakker med de. Da har de opplegg og da forventes det at de gjør det, men vi vet jo ikke helt om det alltid gjennomføres.» (FYP)*

### **4.4.3 Underkommunikasjon**

Mangel på tilstrekkelig og oppriktig informasjon er to betingelser som hindrer ønskelig kommunikasjon. Underkommunikasjon foregår i form av å tilbakeholde informasjon eller å gi feilaktig informasjon. Det forekommer også at spillere underkommuniserer med en utilsiktet fremstilling av virkeligheten. Om tilfellene av underkommunikasjon er overlatt eller ikke, vil det likevel være hensiktsmessig å se nærmere på hvordan dette foregår for å forstå hva årsaken til underkommunikasjonen er.



Trener 1 forteller at han tror fartstid i akademiet er med på å komplimentere graden av kommunikasjon fra spillerne.

*«Spillerne som har vært i klubben lenge kjenner systemet, mens de nye spillerne vil imponere litt og kvier seg for å si fra om kjenninger i frykt for at treneren ikke vil like spilleren.» (T1)*

I det medisinske apparatet forklarer fysioterapeuten hvordan han opplever det å gi beskjed om kjenninger i muskulaturen og hva han tenker vektet mest av å delta litt eller å stå over et fåtalls treninger.

*«Det viktigste for de er jo å spille fotball, så hvis de føler at det å si ifra gir de en negativ konsekvens og være litt ute, så ser jeg at det kan være et problem for de. Jeg snakker mye med de om at skader kan skje og da vil vi at de sier ifra da dette skaper tillit. Det er også frustrerende for en trener at en spiller er med annenhver uke på grunn av småskader som aldri blir i orden. Da er det bedre å være ute den tiden det tar og heller i en kort periode enn å gå på en skikkelig smell. For en spiller i eget hode så forstår jeg godt at det er en tanke å ikke gi beskjed om de er redd for å bli nedprioritert. Hvis det er tilfelle i vårt akademi, så er det i så fall noe vi må se nærmere på.» (FYP)*

Trener 1 forklarer hvordan maktforhold oppleves av spillere som en barriere for å gi beskjed om noe de kjenner på, der spillere istedenfor underkommuniserer.

*«Det er ikke alltid spillerne tør å si fra til oss trenere om det er noe de føler eller kjenner på. Uansett hvordan du vil ha det, så er det et maktforhold. Et forhold der trenerne er sjefer og spillerne kan grue seg til å si fra uten at de trenger å være det.» (T1)*

Påstanden til Trener 1 underbygges av Spiller 2 som forklarer sin opplevelse slik:

*«Nei, jeg er vel ikke alltid ærlig. Hvis jeg snakker med treneren, så er det flere ganger at jeg velger å ikke fortelle ting som har skjedd.» (S2)*

Spiller 1 forklarer at han bevisst har underkommunisert.

*«Nei, det er vel ikke alltid. Det er av og til at jeg kan si at jeg er mer klar til en trening eller kamp enn hva jeg egentlig er. Det kan skje.» (S1)*

I og med at samtlige spilleres opplevelser er gjenkjennbare i hverandre, løftes disse påstandene frem for å nyansere bredden av hva dette innebærer hos den enkelte:

*«Jeg fikk strekken litt sent i første omgang og kjente det med en gang, men jeg spilte hele kampen. Så det var ikke lurt for å si det slik. Jeg angrrer på den fortsatt.» (S1)*

*«[...] fortsatte å presse videre, sa ingenting til noen også tenkte jeg ikke så mye over det egentlig. Jeg kjente det lugget hele kampen også strakk det til slutt. Så jeg kjente det en god stund før det skjedde.» (S2)*

Spiller 5 omtaler situasjoner hvor det å ikke tørre å gi beskjed om opplevelse av mye belastning vil det kunne skape utfordringer i form av skader:

*«Det er jo det å kunne tørre å si fra. Nå var det slik i min situasjon, men hvis noen føler at det ikke er greit å ha tunge bein og er usikker på om det er greit å si ifra og stå av slike typer ting så kan det skape problematikk.» (S5)*

Støtteapparatet opplever til dels at spilleres underkommunikasjon har resultert i skader.

*«Ja! Mange ganger. Det skjer nok fordi de har lyst til å spille. Det er noen skader som har forekommet fordi de ikke har gitt beskjed om en kjenning.» (T1)*

*«Nei, det er de ikke flink til. Jeg syns de ofte underrapporterer i forhold til den biten. [...] I fjor kom det en ny spiller inn i akademiet som ble skadet første uken på prøvespill. Han nevnte ikke et eneste ord til oss, noe som har fulgt han i ettertid. Det har gjort det enda verre, han var muligens enda lenger ute enn hva han kunne vært om han sa fra tidligere. De har ikke lyst til å gå ut av trening. Det er individuelt, du har de som har en liten kjenning og rett inn til fysio. Også har du de som ikke sier noe i det hele tatt. Du har litt av alt i et lag, spesielt i et akademi som har så mange spillere. Så totalt sett er det at spillerne sier mindre enn hva de kunne gjort. Det er også derfor vi har spørsmål om Wellness i applikasjon på telefon for å prøve å finne en trend på det om det merkes at de underrapporterer. Det prøver vi å fange opp.» (FYT)*

*«Når du setter deg ned og har en dypere prat med en som er litt halvveis, så kommer du litt dypere til bunns i hva det er, så innrømmer spillere at de burde gjerne rapportert tidligere. De har prøvd å spille med smerter og så har det ikke gått så bra. Sånn sett så er det ikke feil i det, men vi vil jo heller at de skal si ifra for å være på den sikre siden i stedet for å gå rundt å være litt usikker.» (FYT)*

*«Jeg har opplevd noen tilfeller når de unnlater å si ting, hvor det utvikler seg til å bli noe mer alvorlig til det har blitt en skikkelig skade. Da kan det komme frem i ettertid at de har vært litt stiv og sår i hamstring og likevel vært på løkka og trent med en kompis i fire timer. Jeg klarer ikke å bli sint da, men prøver heller å si at det var dumt og at jeg håper at han lærer til neste gang. De juger ikke så mye, men vil ikke si noe fordi de vil heller spille fotball. De forstår nok ofte at det kan være noe, så de vet nok innerst inne at det var en dum beslutning å ikke gi beskjed. Vi prøver heller å få de til*

*å skjønne at de burde lære litt av det fordi skal de spille fotball hele tiden så burde de ta den ene uken ute fra trening som de trengte istedenfor de seks ukene som følge av en større skade.» (FYP)*

Det forekommer også tilfeller hvor spillere ikke gir beskjed, uten at det var med hensikt å underkommunisere:

*«Jeg merket at kroppen ble tung, men så glemte jeg å si fra til trenerne at jeg var sliten da jeg begynte å ha litt vondt hele tiden overalt i kroppen. Også merket jeg at her kan det fort skje noe hvis jeg presser for hardt. Det var da vi hadde en tøff treningsperiode også hadde vi to tette kamper uten at jeg sa fra. Jeg presset på videre helt til det smalt i hamstringen. Jeg sa ingenting til noen og tenkte ikke så mye over det. Jeg kjente bare at det lugget under hele kampen før det strakk seg til slutt. Så jeg kjente det en god stund før det skjedde.» (S2)*

Hospitering opp til lag på høyere nivå stiller langt større krav til spillerens fysiske forutsetninger og treningsgrunnlag. Lysten til å imponere og benytte muligheten som byr seg trosser fornuften om å gi beskjed om potensielle skader, slik Spiller 4 forteller om her:

*«Jeg var med A-laget og satt på benken som innbytter. I det 85' minutt ble jeg byttet inn i kampen, da hadde jeg ganske dårlig oppvarming og kjente at det var noe som ikke stemte med hamstringen. På det tidspunktet hadde jeg så lyst til å spille at jeg gikk over grensen, men det er første gangen jeg kjente at jeg gjorde en stor feil.» (S4)*

Det kommer frem blant informantene at det er splittet tanker om deres egen opplevelse av å lytte til deres fysiske tilstand om nødvendig hvile. Her ser vi eksempler fra ytterpunktene blant informantene:

*«Jeg kunne nok blitt bedre til å lytte til kroppen, ja. Å kjenne etter hvis kroppen er litt sliten og at jeg sier ifra til treneren at jeg trenger et par dager fri.» (S1)*

*«Jeg føler at jeg gir bønn gass uansett om det gjør vondt eller ikke. Det er kanskje grunnen til at jeg ble skadet. At jeg tenker bare at jeg får ta den tid den sorg og heller klinke til helt til det eventuelt kommer en skade. Det er bare slik jeg er som person, at jeg føler at jeg må gå for det. Føler jeg er en person som enten går helt inn for det eller så gidder jeg ikke gjøre det. Så det var ikke noe alternativ for meg å gå av i den kampen da skaden oppstod.» (S2)*

Det eksisterer også en annen side av utilsiktet underkommunikasjon som omhandler akademiets nye spilleres hverdag i uvant situasjon der tilgang på medisinsk ekspertise er lett tilgjengelig.

*«Det er noen caser på unge nye spillere som ikke sier ifra. For en tid tilbake ble jeg kontaktet av en trener som sa at det ser ut som at det er en spiller som går og kjenner på noe hele tiden ute på feltet. Han hadde vært veldig lite skadet, så han tenkte at dette her skulle han heller ikke si noe om. Han kom fra en klubb som det ikke var noe støtteapparat, så det var uvant å skulle si fra om noe.» (FYP)*

*«Det er en og annen gangen at det har vært en kjenning hos spillere før det smeller av med en skade. Så ser vi at vurderingen til spilleren har vært at han tenker at det her er noe som går over, men som sagt resulterer det i en skade. [...] Det er sjeldent det er gjort med vond hensikt for å lure oss, men det er en god ting at de tenker at det går over og ikke er så bekymret. Igjen, så er det noe med at det blir en del feilvurderinger av spilleren på egenhånd. Da er det bedre med en sjekk for mye enn for lite. Det er en del av det å lære seg å bli fotballspiller.» (FYP)*

Blant informantene tyder det på at spillernes underkommunikasjon avhenger av hvilken rolle de er i dialog med:

*«Fysio kan si at du burde egentlig ikke spille på lørdag og da skal du ikke spille på lørdag. Så skal du si fra til trenerne og da gir du litt faen og tenker at jeg skal spille. Kanskje er det en morsom kamp eller en kamp man har gledet seg til. Da kan det hende at du ikke forteller hele sannheten som fysio ga beskjed om, slik at man ikke forteller til hovedtreneren den lille biten hvor fysio sier at man ikke skal spille. Da blir det ofte slik at treneren tror man er klar og det er også noe at trenerne kanskje presser deg litt hvis du er en god spiller som er viktig for laget. Så er det slik at trenerne vil jo at du skal være med, så da presser de kanskje litt slik at man føler de trenger deg og da blir man kanskje mere utsatt for strekk i hamstring også.» (S2)*

Trener 1 forklarer sin opplevelse av den samme situasjonen slik:

*«Ja, det kan jo skje at en spiller har fått beskjed fra fysio om at han kan være med på litt og så kommer han til oss og sier at han kan være med på mer enn litt. Det kan skje, men det har ikke skjedd som jeg har vært kjent med. Da er det som regel en miskommunikasjon mellom fysio og spiller. At en spiller har misforstått noe fysio har sagt, men da har vi stusset litt på hva spilleren har sagt og dobbeltsjekket med fysio.» (T1)*

Et virkemiddel som brukes av fysioterapeut er journalføring i Sports Office, en effektiv måte å gi tilstrekkelig informasjon innad i støtteapparatet.

*«Sports Office er en database hvor jeg skriver mine journaler hvor jeg setter rødt, gult eller grønt lys på spillerne. De som er meldt som skadde er markert rødt, og så står det et notat fra meg hvis det er noe treneren trenger å vite. Vi har uansett møte før hver trening med de eldste, men det er det samme på G16. Jeg skriver notat hvis jeg ikke treffer de, da står det hva som gjelder den spilleren. Det står beskrevet om han skal på felt annenhver dag, ikke fullt spill den dagen, stå over kortbanespill eller noe annen nyttig informasjon til treneren. Dette er oppdatert stort sett hver morgen.» (FYP)*

For å gjøre riktige beslutninger knyttet til returnering etter endt strekkskade i hamstring, er det medisinske apparatet avhengig av oppriktige subjektive vurderinger fra spillerne. Om det miskommuniseres, er det nok til at beslutninger gjøres på feil grunnlag og at en potensiell re-skade forekommer. I opptreningsfasen etter endt strekkskade i hamstring forekommer masking, gjerne i de tilfellene hvor spilleren er nær fullbyrdet returnering og tålmodigheten begynner å se sin slutt.

*«I starten var det veldig slik at jeg klarte å ta det med ro, da jeg kjente det såpass at det ikke var slik det skulle være. Etter hvert som jeg ble trent opp og kom meg ganske langt og begynte å løpe i relativt høy hastighet turte jeg ikke å gi på de siste lille prosentene, så jeg begynte å bli utålmodig. Jeg pushet på gjennom opptreningen selv om at jeg kjente det litt høyere opp på smerteskalaen enn det jeg egentlig ga beskjed om, for å vise at jeg begynte å bli klar etter skaden.» (S5)*

## 5. Diskusjon

Diskusjonen fremhever prosjektets funn sett i sammenheng med tilhørende teori og er med på å skape grunnlaget for å forstå hvordan informantene opplever faktorer som påvirker RTP-prosessen ved strekkskade i hamstring. Det trekkes frem både vurderinger og beslutninger, så vel som opplevelsen av kommunikasjonen innad i akademiet under RTP-prosessen. I tillegg drøftes det også hvordan mangel på tilstrekkelig kommunikasjon utgjør en risiko for strekkskader i hamstring. Diskusjonskapittelet er bygget opp etter de etablerte overskriftene fra resultatkapittelet.

### 5.1 Hvem vurderer og beslutter

Akademiets ansvarsfordelinger i roller gir klare arbeidsforhold og ansvarsområder. Det vises likevel tegn til at akademiets relasjoner er styrt av naturlige maktposisjoner i hierarkisk struktur. Interessekonflikter knyttet til vurderinger og beslutninger opplever informantene som nærmest fraværende. Informantene står samlet om oppfattelsen av at vurderinger av skader skal og burde gjennomføres av fysioterapeut, med bakgrunn i hans utdanning og kunnskap om hva RTP-prosessen innebærer (Arnason et al., 1996). Dette er en måte å etterkomme en nødvendig rollefordeling på, som gir god faglig kvalitet for utvikling (Premier League, 2011; Williams & Reilly, 2000). Støtteapparatet utøver respekt og tillit til fysioterapeutens arbeid og overstyrer ikke de vurderingene eller beslutningene som legges til grunn som følge av de medisinske undersøkelsene. Flertallet av spillere har stor tiltro til fysioterapeuten og er trygg i de avgjørelser som gjøres. Spillernes relasjon til fysioterapeut virker dermed å være god og trygg. Det finnes også her unntak hvor det trekkes frem at fysioterapeuten ikke har som rolle å velge ut startelleveren til kamper. Dermed blir hovedtreneren sett på som øverste ledd og avgjørende for hva som vektles som viktigst av spillerne selv. Det som ikke er tatt med i betraktning i dette scenarioet, er at fysioterapeutens medisinske undersøkelser resulterer i beslutninger som potensielt sett kan motstride med trenerens ønske om spilletid hos den aktuelle spilleren. Tar man akademiets sportsplan i betraktning, vil de langsiktige målene om spillerutvikling trumfe trenerens ønske og de medisinske vurderingene vil fremdeles gjelde. Dette skiller seg ut fra et A-lag hvor de umiddelbare og kortsiktige økonomiske aspektene vil sette de medisinske vurderingene på prøve i større grad (Sæther, 2017).

## 5.2 Vurderingskriterier

Subjektiv opplevelse av smerte gir en indikasjon på hvor helbredet en skade er og hvor spilleren befinner seg i opptreningsfasen. Den individuelle forskjellen spiller også en rolle, noe som gjør at det medisinske apparatet avhenger av spillernes egen opplevelse av smerte. Objektive målinger fra funksjonstester brukes som utgangspunkt for sammenligning av kraft og bevegelse. Målingene er med på å fortelle det medisinske apparatet hvor nært eller langt fra spilleren befinner seg fra de kapasitetene som kreves for den individuelle spillerens spillerposisjon. Kraften i det skadde beinet skal ha tilsvarende 90% av styrken sammenlignet med friskt bein som minstekrav for å delta på fotballfeltet (Horst et al., 2016). Forståelsen for hva som kreves av spillerne ser ut til å oppleves nokså likt for de representerte spillerne i prosjektet. Det ser også ut til at spillerne opplever deres egen rolle som viktig i prosessen, da store deler av kriteriene vurderes ut ifra subjektiv skalering hvor ærlighet er helt avgjørende. De subjektive opplevelsene er grunnpilarer for hvor screeningens vurderinger tar retning, og skal være et hjelpemiddel i RTP-prosessen frem mot et felles mål: friskmelding. For at friskmelding skal finne sted må en rekke vurderingskriterier innfris og i tillegg til individuelle arbeidskrav for den aktuelle spillerposisjonen. Av medisinske undersøkelser gjøres det screening som gir indikasjoner om status på skaden. Dette innebærer klinisk fravær av symptomer på alle bevegelser hvor vi bruker Asklingtest for kartlegging i tillegg til løpstester med subjektiv vurdering. Om det er tegn til usikkerhet i gjennomføringen eller masking vil spilleren holdes igjen og deltakelse på fotballfeltet vil avvantes (Askling et al., 2010; Horst et al., 2016). Ved innfridde kriterier vil spilleren vurderes som klar for å trene på fotballfeltet. For ytterligere klargjøring for fotballkamper og friskmelding fra endt strekkskade i hamstring stilles det krav til minst én full treningsuke før de får spille kamper (Reurink et al., 2014).

Tidsperspektivet for skadenes varighet avhenger av alvorlighetsgraden, hvor det blant informantene var ingen alvorlige strekkskader i hamstring. Dette kan forklares med at ingen av skadene var omfattet et kirurgisk inngrep og dermed av middels til lav alvorlighetsgrad (Krutsch et al., 2018). Tidsrammene for skadene er ofte overensstemt om man sammenligner spillernes påstander med fysioterapeutens. Majoriteten av spillerne var ute med skade i to til fire uker, mens fysioterapeuten oppfatter en plass mellom tre til syv uker før de kan være aktuelle for normal treningshverdag. Han legger også vekt på at uavhengig hvilken alvorlighetsgrad strekkskaden i hamstring er befattet, er behandlingsformen lik om man ser bort fra tidsperspektivet. Tilfeller av re-skader i akademiet er det etter informantenes kjennskap svært få av. Tiden fra RTP til re-skade oppfattes av det medisinske apparatet å variere fra et

fåfall uker inntil et halvt års tid. Likevel viser en av trenerne noe bekymring for re-skader, noe som kan underbygges av den anerkjente høye raten av re-skader etter strekkskader i hamstring (De Vos et al., 2014; Horst et al., 2016; Petersen et al., 2010; Brukner, 2005). I tilfeller av strekkskader i hamstring er det kjent at skader vil kunne forekomme langt oftere hos spillere som allerede har vært utsatt for denne typen skade minst én gang tidligere (Brukner, 2015). En av trenerne omtaler sin forsiktighet vedrørende returnering etter endt strekkskade i hamstring på bakgrunn av hans kjennskap til den økte risikoen den første tiden etter friskmelding (Ardern et al., 2016). Denne forsiktigheten vises også fra det medisinske apparatet i måten spillerne forklarer hva de burde fokusere på for å unngå at re-skader forekommer, samtidig som at spillernes autonomi ivaretas og deres eierskap blir tydelig (Cherubini, 2019; DeLang et al., 2021). Kjennskap til spillerens skadehistorikk gir det medisinske apparatet gode forutsetninger for å gjøre gode beslutninger til tross for at desto lenger skadehistorikken er. For fysioterapeuten gjør dette at vurderingene krever flere tester og utøve mer forsiktighet ved å bruke lengre tid på RTP-prosessen. I tillegg vil kriteriene for RTP økes noe, hvor primært muskelstyrken i hamstring må tilfredsstillende overskride et minimum over 90% av friskmeldt status. Dette gir et forbehold om at behovet for testing som frisk på et tidligere tidspunkt har funnet sted, hvis ikke må motsatt hamstring bli brukt som referanse på 100% muskelstyrke. For å finne den aktuelle muskelstyrken og eventuell ulik eller differansen i hamstringene, bruker akademiet Nordbord som testsystem for pålitelige målinger (Brukner, 2015). Fysioterapeutens tanker om hvilke tester og vektning av de kriterier som står sterkest i vurderingene samsvarer godt med flere studier (Askling et al., 2010; Horst et al., 2016; Reurink, 2014).

### **5.3 Spillerens opplevelse som skadet**

Med fem forskjellige spillere som informanter gjenspeiles også fem individuelle opplevelser av skadens forekomst og rehabilitering. Likeså er de individuelle opplevelsene et kjennetegn på at det ikke kan generaliseres universelle tanker om hva som angår spillere i en gitt situasjon i et gitt tilfelle av strekkskade i hamstring. Resultatet tyder på at masking og underkommunikasjon betegnes hos flertallet av spillerne som en nødvendighet. Dette gjøres for å unngå de fryktede konsekvensene som følge av å gi beskjed om skadesituasjon eller rapportering av subjektiv opplevelse av smerte under rehabiliteringsprosessen. Tatt i betraktning at flertallet av spillerne fortsetter å spille fotball med mulig eller potensiell skade, til tross for en følelse av eller kjennskap til skader og smerte (Vella et al., 2022). Dette kan betegnes som en trend i tilfeller



av milde strekkskader i hamstring, der skadene er utfordrende å oppdage for støtteapparatet uten tilstrekkelig kommunikasjon fra spillerne. Dermed faller det naturlig å tenke at ved mer alvorlige strekkskader i hamstring vil underkommunikasjon enklere oppdages som følge av synlige symptomer i større grad og i mange av disse tilfeller kreves det kirurgiske inngrep som vil være høyst nødvendig (Krutsch et al., 2018). Trenerapparatet har uttrykket deres ønske om robuste spillere, men viser samtidig respekt for spillernes skader og rehabilitering. Satt sammen spillernes opplevelse og trenernes uttalelser er inntrykket at det er en mismatch når det gjelder intensjonen med budskapet som sendes ut, versus mottakers opplevelse av budskapet. Trenerne ønsker spillere som imøtekommer den nødvendige belastningen for å stimulere til utvikling, mens spillerne opplever belastning ulikt og vil i større grad trenge individualisering. Dette stiller da krav til transparent kommunikasjon der trenerne er tydeligere i deres budskap overfor spillerne, samtidig som at spillernes subjektive opplevelser ville måtte fremlegges uretusjert overfor trenerne. Gitt at en slik situasjon skal være realistisk å oppnå, er det nødvendig å se spillernes behov i sin helhet, der de blir møtt med forståelse og åpenhet for å kunne sammen jobbe mot et felles mål. Tas det høyde for at akademiet arbeider etter en sportsplan hvor utvikling av fremtidige fotballspillere for A-lag eller videresalg er hovedmålet, er det liten grunn til at spillerne hensiktsmessig utsetter seg for risikoen av å maske en skade eller underkommunisere om smerte eller belastningsproblemer (Sæther, 2017).

Spillerne uttrykker frykt for å gi beskjed til trenere om deres opplevelser av skader og smerter, mens det medisinske apparatet har fått lettere innpass hos spillerne. Dette skyldes nok i stor grad at spillerne ikke opplever det medisinske apparatet som en trussel for deres spilletid i like stor grad som trenerne. En annen side av saken er at spillerne sitter med en følelse av et konstant press som følge av deres deltakelse i et akademi med kamp om plassene, og dermed bagatelliserer deres subjektive opplevelse av smerte som følge av dette. Det kan se ut til at majoriteten av informantene opplever lite press for å fremskynde rehabiliteringsprosessen som skadet utover planen og tidsrammene det medisinske apparatet arbeider ut ifra. Spillernes tillit til det medisinske apparatet tyder på at lojalitet overfor det som er planlagt i opptreningsperioden, noe som virker dempende for spillernes opplevelse av både internt og eksternt press. Likevel kan det gjenspeiles stress hos spillerne som følge av det å være ute med skade i sin helhet. Årsakene til press ser i stor grad ut til å knyttes opp mot det å falle utenfor spillergruppa som følge av mangel på utvikling eller å bli erstattet av en annen spiller (Sæther & Aspvik, 2016). Hvorvidt disse årsakene til press gjenspeiler faktiske utfall som følge av lengre skadeopphold, er utfordrende å tyde da begge trenerne nyanserer to vidt forskjellige resultater. På den ene siden vises det til en spiller med frafall inntil fire uker uten at dette kunne

merkes i noen grad. På den andre siden hadde en spiller frafall fra treninger i fire til åtte uker og ved returnering etter endt strekkskade i hamstring kom han seg aldri tilbake på det ønskelige nivået igjen. Dette forårsaket en knekk i selvtilliten og det hele endte i at han sluttet å spille fotball. Det kan delvis skyldes prestasjonsangst som forelå før skadens forekomst og kan dermed ha vært en underliggende årsak til at idrettskarrieren endte på det aktuelle tidspunktet. Dermed er det noe uklart å kunne stadfeste de reelle utfallene av å være ute med skade når det gjelder å miste plassen på laget eller høyst nødvendig utvikling. Likevel kan det tyde på at når på året skaden forekommer og rehabiliteringsprosessens varighet har en betydning for hvordan spilleren behersker det å være tilbake i trening og kamp etter endt strekkskade i hamstring (Hawkins et al., 2001; Petersen et al., 2010). Sammenhengen mellom tidspunkt på året og høyest forekomst av strekkskader i hamstring oppfattes av informantene å være sprikende blant spillerne, men støtteapparatet ser ut til å være tilnærmet enige i at pre-season er en svært utsatt periode (Petersen et al., 2010).

Når det gjelder hvilke spillere som potensielt sett vil kunne oftere enn andre kjenne på trangten til å underkommunisere, opplever høyere stressnivå, er bekymret for konsekvenser og kan sees i lys av de spillerposisjonene som er å betrakte som høyrisiko for strekkskader i hamstring (Sæther & Aspvik, 2016). Blant trenerne oppleves det at back, ving og spissposisjoner er mer utsatt for strekkskader i hamstring. Det er en rekke studier som viser at det er ingen signifikans forskjell som tilsier at spillerposisjoner i seg selv gir økt risiko for strekkskader i hamstring (Horst et al., 2015; Engebretsen et al., 2010; Ribeiro-Alvares et al., 2020). Opplevelsen av at disse ytre posisjonenes risiko for strekkskader kan likevel tyde på å stemme, men av den årsak at disse posisjonene er ofte spilt av spillere med en tyngende eksplosiv muskulatur. Eksplosiv muskulatur er signifikant høyere i risikosonen for strekkskader i hamstring (Lievens et al., 2022). Sammenfattes disse betraktninger, er spillere med eksplosiv muskulatur mer aktuell for å oppleve disse komplekse utfordringene og det kan argumenteres for at de burde følges opp tett for å avdekkes på et tidlig stadium.

Re-skader forekommer i fotball og naturligvis vil det kunne medfølge en redsel for å slå opp igjen skaden etter at man returnerer eller forverre skaden under rehabiliteringsprosessen (Askling et al., 2010; Petersen et al., 2010; Horst et al., 2016). Samtlige spillere uttrykker redsel for re-skader i form av bekymringer, mens støtteapparatet sitter igjen med en annen opplevelse av situasjonen. Dette kan man se i lys av trenernes uttalelser om at spillerne deler lite av deres følelser knyttet til skaden, særlig blant de yngste akademispillerne.

## 5.4 Akademiets verdifulle kommunikasjon

En dynamisk utvikling i datamaterialet tydeliggjøres herunder der flere gjennomganger av intervjuene og koder knyttet opp mot hverandre skisserer en forløpende tendens. Det blir tydeligere at utfordringene med kommunikasjon er langt mer utbredt enn først antatt. Den aktuelle kommunikasjonsproblematikken tyder på at det hele starter som skadefri og er av så stor karakter, at utfordringene gjennom RTP-prosessen fremstår som kun toppen av isfjellet. I og med at dette gjelder samtlige spillere i prosjektet, sier det noe om alvoret tilknyttet viktigheten av tilstrekkelig kommunikasjon. Kommunikasjonen i akademiet tyder dermed på å ha behov for avklaringer i større grad for at spillerne skal slippe å oppleve frykt for konsekvenser når de gir beskjed om deres opplevelser. Det vil da være hensiktsmessig å imøtekomme ønsket om mer transparent kommunikasjon mellom de involverte rollene i akademiet (Pensgaard et al., 2018). God kommunikasjon mellom alle ledd bidrar til samvalg for sikrere deltakelse og økte prestasjoner, i tillegg er tillit helt avgjørende for at spillere og medisinsk apparat skal kunne utnytte monitorering av spillerne (DeLang et al., 2021). Mellom det medisinsk apparat og trenerne oppleves det å være god kommunikasjonsflyt. Flertallet av spillerne ser ut til å ha god tillit og kommuniserer nokså godt til det medisinske apparatet. Kommunikasjonen mellom spillerne og trenere virker å være lite tilfredsstillende på bakgrunn av opplevelsen om potensielle konsekvenser ved å gi beskjed som følge av trenernes maktforhold. Avhengig av informantenes rolle i akademiet, oppfattes enkelte relasjoner og følgelig kommunikasjon som stykkevis og delt. Spillerne ser ut til å være komfortabel med å være langt mer ærlige til det medisinske apparatet enn til trenerne. Dette ser ut til å komme som følge av at spillernes antagelse om at startelleveren på kamper er trenerens valg og dermed kan det tyde på at spillerne spekulerer på den måten i spilletid. På bakgrunn av fysioterapeutens uttalelser, viser det seg imidlertid at som fysioterapeut er et av ansvarsområdene å bistå trenerne i å beregne spilletid på spillere som antas å være faresone for høy belastning eller under siste del av RTP. Til tross for dette gjøres det forskjell på hvilke roller spillerne underkommuniseres overfor. Det stikker seg likevel ut at spillerne underkommuniserer til trenerne i større grad enn til det medisinske apparat, i frykt for mindre spilletid (Pensgaard et al., 2018). En av trenernes oppfattelser underbygger spillernes opplevelser om at de unnlater å gi beskjed om det de kjenner på til fordel for å få spille fotball, men hva spillernes individuelle grunner til å ikke gi beskjed kan ikke antas å være lik for alle. Likevel er det naturlig å tro at maktforhold vil ha en betydning, da spillernes primære ønske er å spille fotball og slippe å forholde seg til den eventuelle frykten for konsekvenser

som medfølger. Dette til tross for at trenerteamet uttaler at spillerne ikke trenger å grue seg til å gi beskjed om det de føler på (Pensgaard et al., 2018; Vella et al., 2022). Hvor vidt trenerteamet har uttalt dette til spillerne og ikke kun i dette prosjektet er ukjent, men uavhengig om det er tilfelle eller ei burde transparent kommunikasjon være mer gjennomgående om slike budskap skal komme til bedre syne og bli en del av akademiets praksis fremover.

En av måtene risikoen for strekkskader i hamstring øker, er mangel på kommunikasjon eller nærmere bestemt underkommunikasjon. Underkommunikasjon forekommer i flere former, både med og uten hensikt at informasjonen ikke når frem til den riktige rollen i akademiet (Ekstrand, 2016; Vella et al., 2022). Fysioterapeuten har ingen tro på at spillerne har en ond hensikt i å lure støtteapparatet i måten de underkommuniserer på. Det er likevel spillerens hensikt å unnlate å gi beskjed til støtteapparatet for å hindre at de blir begrenset i sin deltakelse på fotballfeltet (Valovich McLeod et al., 2017). Denne mangelen på informasjon vil likevel komme av at spillere velvitende tilbakeholder det man i denne konteksten kan betrakte som mangel på vesentlige opplysninger. Et resultat av at spillere bevisst velger å underkommunisere om deres opplevelser, kan sees i lys av høyere skaderisiko. Både ny skade, re-skade eller forverring av eksisterende hamstringskade vil være avhengig av tilstrekkelig kommunikasjon for at omstendighetene skal omfatte de såkalte optimale utviklingsforhold.

Underkommunikasjon i form av masking er en reell utfordring i RTP-prosessen ettersom at en eller flere årsaker gjør at spillere unnlater å formidle deres oppriktige følelse av smerte for å fremskynde rehabiliteringsprosessen eller oppheve begrensninger i deltakelse (Valovich McLeod et al., 2017). Utfordringene flyttes da over til det medisinske apparatet, som er avhengig av reelle vurderinger for å kunne oppdateres på hvor langt i prosessen den aktuelle spilleren befinner seg. Med uriktige subjektive opplevelser av smerte eller at spillere unnlater å oppgi korrekt informasjon, gir dette det medisinske apparatet utfordringer med å gjøre gode beslutninger knyttet til returnering av spillere. En av informantene omtaler sin skadesituasjon som at tålmodigheten redusertes proporsjonelt med opplevelsen av fremgang i rehabiliteringen. I siste del av opptreningsfasen kjente spilleren på smerter under høyhastighetsløp og ble redd for å gi presse seg maksimalt. Til tross for høyere subjektiv opplevelse av smerte enn hva som ble rapportert til det medisinske apparatet, presset spilleren seg gjennom siste del av opptreningsfasen. Om man ser denne situasjonen i lys av studien til Askling et al. (2010) er

dette tilfellet av høyere risiko for re-skade, da spilleren opplevde en form for usikkerhet knyttet til testing av løp i høyhastighet.

Mangelfull kommunikasjon innad i støtteapparatet har vist seg å være av høyest skaderisiko målt etter 21 risikofaktorer (Ekstrand et al., 2023). Dette innebærer mangelfull kommunikasjon mellom rollene støtteapparatet, men også mangelfull informasjon fordi det ikke er proaktivt prøvd å innhentes kan også være en mulig årsak til økt skaderisiko (Ekstrand et al., 2023). Å rapportere inn egentreninger kan ha både langsiktige og umiddelbare effekter. Det vil kunne gi spilleren muligheten til å bli bedre kjent med hva en selv tåler av belastning. Rapporteringen vil stille krav til refleksjon omkring hvilke aktiviteter som oppleves belastende og når de ulike formene for egentrening er hensiktsmessig å gjennomføre i løpet av en tidsperiode (Sæther, 2017). I uttalelser fra det medisinske apparatet blir ikke egentreninger fulgt opp og vil dermed være utenfor deres kjennskap. Argumentasjonen om at spillerne selv må stå til ansvar for egen utvikling og gjennomføring av egentreninger er legitim i seg selv. Derimot at spillernes treningsøkter utenom det organiserte ikke registreres på noen måte, vil skape kunnskapshull om spillernes treningshverdag. Egentreningene vil dermed generere treningsbelastning som ikke er medregnet i deres totalbelastning og om det på noen måte er medregnet, vil det være utenfor akademiets rekkevidde til å ha god oversikt over hva som gjelder den enkelte spiller (Sæther, 2017). Over tid vil akkumulerende treningsbelastning som ikke loggføres være av betydelig karakter i jakten på å finne en årsak når det forekommer skader eller ved tilfeller hvor utvikling og prestasjoner uteblir. Det er viktig å påpeke at denne oppfølgingen av spillere krever mer ressurser i form av tidsbruk. Likevel kan det argumenteres for at jo mer informasjon støtteapparatet besitter, desto bedre er forutsetningene for å unngå uforutsette utfordringer og i tillegg være bedre rustet for de aktuelle utfordringene som skulle oppstå.

## **5.5 Oppsummering**

Akademiet står samlet om tilliten til det medisinske apparatets vurderinger, beslutninger og rehabilitering. De vurderinger og beslutninger som gjøres av fysioterapeut er i stor grad avhengig av tilstrekkelig informasjon, da spesielt spillernes subjektive opplevelser. For at en spiller skal kunne friskmeldes etter endt strekkskade i hamstring er innfrielse av vurderingskriterier et minstekrav, deriblant gir spillernes subjektive skalering av smerte under screening eller under utførelse av øvelser en indikasjon på skadens tilstand.

Underkommunikasjon av subjektive opplevelser forekommer fra spillerne overfor både trenere og medisinsk apparat. Det forekommer ofte i form av masking, der spillernes subjektive opplevelse av smerter under rehabiliteringen skaleres lavere enn den reelle opplevelsen. Fysioterapeuten beror på de subjektive opplevelsene i sitt arbeid og dermed vil underkommunikasjon kunne svekke kvaliteten på vurderinger og beslutninger.

Underkommunikasjon vises tydelig fra spillernes side som en velkjent handling som forekommer i enda større grad som skadefri, med formål om å unngå at trenere hindrer spillere i å delta på treninger eller kamp. Mangel på tilstrekkelig informasjon øker dermed risikoen for ny skade, re-skade eller forverring av eksisterende skade. Denne risikoen fremgår både gjennom underkommunikasjon, i tillegg til mangel på rapporteringer om egentreninger. Egentreninger kan da sees på som ukjent belastning og vil dermed være en mulig årsak til høyere risiko for strekkskader i hamstring. Utfordringene knyttet til kommunikasjon tydes av dette å være mer omfattende enn enten – eller. Ved strekkskader i hamstring viser det seg at kommunikasjonens verdi er svært betydningsfull for spillere og støtteapparat både før, under og etter RTP-prosessen.

## 6.0 Bidrag og begrensninger

Dette prosjektet har bidratt til å belyse sider ved utvikling av unge talentfulle fotballspillere som det i dag eksisterer relativt lite forskning om. Det har vært utfordrende å oppdrive kvalitative forskningsartikler som tar for seg kombinasjonen av unge fotballtalenter, strekkskader i hamstring uten kirurgiske inngrep og RTP, der fokuset rettes mot de involvertes opplevelser. Dermed er dette prosjektet med på å utvinne ny og anvendelig kunnskap som forhåpentligvis er til stor hjelp for aktive roller i fotballakademiet. Det er likevel viktig å understreke at det som fremgår i dette prosjektet ikke nødvendigvis vil gjelde andre fotballakademier, men de fremtredende tendenser kan være nyttig for å dra kjensel på sammenfallende utfordringer i andre akademier. Dette prosjektet er gjennomført med et fåtalls informanter og vil dermed være begrensende for hvor representativt prosjektet er, annet enn i det inkluderte akademi på det aktuelle tidspunkt. Med et utvalg av informanter representert fra flere akademier i Norge med tilsvarende nivå, ville det antageligvis kunne blitt gitt et klarere bilde om hva som ligger til grunn for vurderinger og beslutninger som gjøres i akademiene. I tillegg ville det gitt et bedre innblikk i hvordan kommunikasjonen oppleves innad i de fremste akademiene i Norge.

I og med at omstendighetene i Norge under gjennomføring av intervjuene var preget av Covid-19, ble digitale intervju fremmet som et ønske av klubbens lege. Under optimale forhold skulle jeg som forsker helst sett at intervjuet foregikk i samme rom som informanten. At dette ikke er tilfelle kan skape utfordringer for viktige øyeblikk underveis i intervjuet, eller at noe ikke blir lest eller oppfattet av meg som forsker som følge av begrensningene med et digitalt intervju (Thunberg & Arnell, 2022). Til gjengjeld er digitale intervju en gylden mulighet til å gjennomføre kvalitative intervjuer om en ny pandemi eller andre begrensende omstendigheter skulle oppstå igjen.

Prosjektets intervjuguide tar utgangspunkt i alle fasene i RTP-modellen til Creighton et al. (2010). I prosjektets analyse er det kun benyttet siste fase i modellen og de tilhørende faktorer for å besvare på problemstillingen. For å legge til rette for at spørsmålene belyser fenomenet i større grad, ville spørsmål kun om siste fase i RTP-modellen bidratt til at flere sider av fenomenet kunne kommet til syne i prosjektet. Til analysering av datamaterialet gjorde jeg et bevisst valg om å kun gjøre analysen manuelt. I et tidsbesparende perspektiv er måten jeg har behandlet datamaterialet på mer tidskrevende, men jeg så på denne prosessen og læringen underveis som overveiende verdifull sammenlignet med tiden som ble brukt.

## 6.1 Veien videre

Masking og underkommunikasjon av spillere har i dette prosjektet vært fremtredende som de største utfordringene med kommunikasjonen som skadet, men også som skadefri. Som nevnt tidligere er det tydelig at dette forekommer i større grad som skadefri enn som skadet.

Kjennskap til denne informasjonen åpner opp for viktigheten av å avdekke og unngå at det forekommer i stor grad, noe man kan anta i og med at dette gjelder samtlige spillere i prosjektet. Det må likevel tas høyde for at kommunikasjon knyttet til strekkskader i hamstring kan være et isolert problem gjeldende kun for det aktuelle akademiet. Uten bredere kartlegging vil det være utfordrende å kunne si noe om masking og underkommunikasjonens forekomst gjelder kun i dette prosjektets tilfelle, eller om det angår flere av de fremste akademiene i Norge. I og med at de vurderinger og beslutninger det medisinske apparatet beror på er subjektive opplevelser, vil det kunne oppstå følgefeil som følge av spillernes masking og underkommunikasjon. Dermed kan videre forskning om fenomenets mekanismer bidra til å avdekke både psykososiale og medisinske aspekter. På den måten kan forståelsen for samspillet sees på som to faktorer som avhenger av hverandre og at kunnskapen kan angivelig være begrensende eller skape muligheter for bedre utvikling av unge fotballtalenter.



# Referanseliste

- Aase, T. H., & Fossåskaret, E. (2014). *Skapte virkeligheter: om produksjon og tolkning av kvalitative data* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Akenhead, R., & Nassis, G. P. (2016). *Training Load and Player Monitoring in High-Level Football: Current Practice and Perceptions*. *International journal of sports physiology and performance*, 11(5), 587–593. <https://doi.org/10.1123/ijsp.2015-0331>
- Anshel, M., Labbé, E., Petrie, T., Petruzzello, S., & Steinfeldt, J. (2019). *APA Handbook of Sport and Exercise Psychology*. (pp. 451-467). American Psychological Association.
- Ardern, 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., Silbernagel, 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>
- Arnason, A., Gudmundsson, A., Dahl, H.A. and Johannsson, E. (1996). *Soccer injuries in Iceland*. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 6: 40-45. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.1996.tb00069.x>
- Arnason, A., Sigurdsson, S. B., Gudmundsson, A., Holme, I., Engebretsen, L., & Bahr, R. (2004). *Physical fitness, injuries, and team performance in soccer*. *Medicine and science in sports and exercise*, 36(2), 278–285. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000113478.92945.CA>
- Askling, C., Saartok, T., & Thorstensson, A. (2006). *Type of acute hamstring strain affects flexibility, strength, and time to return to pre-injury level*. *British journal of sports medicine*, 40(1), 40–44. <https://doi.org/10.1136/bjism.2005.018879>
- Askling, C. M., Nilsson, J., & Thorstensson, A. (2010). *A new hamstring test to complement the common clinical examination before return to sport after injury*. *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy : official journal of the ESSKA*, 18(12), 1798–1803. <https://doi.org/10.1007/s00167-010-1265-3>
- Bizzini, M., Hancock, D., & Impellizzeri, F. (2012). *Suggestions from the field for return to sports participation following anterior cruciate ligament reconstruction: soccer*. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 42(4), 304–312. <https://doi.org/10.2519/jospt.2012.4005>

- Bjørndal, C. R. (2015). *Det vurderende øyet: observasjon, vurdering og utvikling i undervisning og veiledning* (2 ed.): Gyldendal akademisk.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: SAGE Publications.
- Brukner P. (2005). *Return to play--a personal perspective*. *Clinical journal of sport medicine : official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, 15(6), 459–460.  
<https://doi.org/10.1097/01.jsm.0000192511.38996.99>
- Brukner P. (2015). *Hamstring injuries: prevention and treatment-an update*. *British journal of sports medicine*, 49(19), 1241–1244. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-094427>
- Cherubini, J. (2019). Strategies and communication skills in sports coaching. In M. H. Anshel, T. A. Petrie, & J. A. Steinfeldt (Eds.), *APA handbook of sport and exercise psychology, Vol. 1. Sport psychology* (pp. 451–467). American Psychological Association. DOI: 10.1037/0000123-023
- Cloke, D. J., Spencer, S., Hodson, A., & Deehan, D. (2009). *The epidemiology of ankle injuries occurring in English Football Association academies*. *British journal of sports medicine*, 43(14), 1119–1125. <https://doi.org/10.1136/bjism.2008.052050>
- Côte, J. (1999). *The influence of the family in the development of talent in soccer*. *The Sport Psychologist*. p. 395-417.
- 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 : official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, 20(5), 379–385.  
<https://doi.org/10.1097/JSM.0b013e3181f3c0fe>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4 utg.; International student utg.). Los Angeles, California: SAGE
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- DeLang, M. D., Garrison, J. C., & Thorborg, K. (2021). *Screening to Detect Hip and Groin Problems in Elite Adolescent Football (Soccer) Players - Friend or Foe?*. *International journal of sports physical therapy*, 16(2), 591–593.  
<https://doi.org/10.26603/001c.21525>
- Della Villa, S., Boldrini, L., Ricci, M., Danelon, F., Snyder-Mackler, L., Nanni, G., & Roi, G. S. (2012). *Clinical Outcomes and Return-to-Sports Participation of 50 Soccer Players*

- After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Through a Sport-Specific Rehabilitation Protocol*. *Sports health*, 4(1), 17–24.  
<https://doi.org/10.1177/1941738111417564>
- De Vos, R. J., Reurink, G., Goudswaard, G. J., Moen, M. H., Weir, A., & Tol, J. L. (2014). *Clinical findings just after return to play predict hamstring re-injury, but baseline MRI findings do not*. *British journal of sports medicine*, 48(18), 1377–1384.  
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-093737>
- Dingenen, B., & Gokeler, A. (2017). *Optimization of the Return-to-Sport Paradigm After Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Critical Step Back to Move Forward*. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 47(8), 1487–1500. <https://doi.org/10.1007/s40279-017-0674-6>
- Ekstrand, J., Hägglund, M., & Waldén, M. (2011). *Epidemiology of muscle injuries in professional football (soccer)*. *The American journal of sports medicine*, 39(6), 1226–1232. <https://doi.org/10.1177/0363546510395879>
- Ekstrand J. (2016). *Preventing injuries in professional football: thinking bigger and working together*. *British journal of sports medicine*, 50(12), 709–710.  
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096333>
- Ekstrand, J., Waldén, M., & Hägglund, M. (2016). *Hamstring injuries have increased by 4% annually in men's professional football, since 2001: a 13-year longitudinal analysis of the UEFA Elite Club injury study*. *British journal of sports medicine*, 50(12), 731–737.  
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095359>
- Ekstrand, J., Lundqvist, D., Davison, M., D'hooghe, M., & Pensgaard, A.M. (2018). *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, 304 - 308. [10.1136/bjsports-2018-099411](https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099411).
- Ekstrand, J., Ueblacker, P., Van Zoest, W., Verheijen, R., Vanhecke, B., van Wijk, M., & Bengtsson, H. (2023). *Risk factors for hamstring muscle injury in male elite football: medical expert experience and conclusions from 15 European Champions League clubs*. *BMJ open sport & exercise medicine*, 9(1), e001461.  
<https://doi.org/10.1136/bmjsem-2022-001461>
- Engebretsen, A. H., Myklebust, G., Holme, I., Engebretsen, L., & Bahr, R. (2010). *Intrinsic risk factors for hamstring injuries among male soccer players: a prospective cohort study*. *The American journal of sports medicine*, 38(6), 1147–1153.  
<https://doi.org/10.1177/0363546509358381>

- Ericsson, K. A., Krampe, R. Th., & Tesch-Romer, C. (1993). *The Role of Deliberate Practice in the Acquisition of Expert Performance*. *Psychological Review*, 100, 363-406.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.100.3.363>
- Freckleton, G., & Pizzari, T. (2013). *Risk factors for hamstring muscle strain injury in sport: a systematic review and meta-analysis*. *British journal of sports medicine*, 47(6), 351–358. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090664>
- Thing, L., & Ottesen, L. (2015). *Det individuelle kvalitative interview*. København: Munksgaard.
- Gladwell, M. (2008). *Outliers: The story of success*: Little, Brown and Company.
- Grendstad, H., Nilsen, A-K., Rygh, C., Hafstad, A., Kristoffersen., Iversen, V., Nybakken, T., Vestbøstad, M., Algrøy, E., Sandbakk, Ø., Gundersen, H. (2020). *Physical capacity, not skeletal maturity, distinguishes competitive levels in male Norwegian U14 soccer players*. *Scand J Med Sci Sports*. 2020; 30: 254– 263.  
<https://doi.org/10.1111/sms.13572>
- Grice, P. (1989). *Logic and Conversation. Studies in the Way of Words*. Harvard University Press. p.22-40.
- Hawkins, R., Hulse, M., Wilkinson, C., Hodson, A., & Gibson, M. (2001). *The association football medical research programme: an audit of injuries in professional football*. *British journal of sports medicine*, 35(1), 43–47. <https://doi.org/10.1136/bjism.35.1.43>
- Horst, N., Smits, D-W., Petersen, J., Goedhart, E., & Backx, F. (2015). *The preventive effect of the nordic hamstring exercise on hamstring injuries in amateur soccer players: a randomized controlled trial*. *The American journal of sports medicine*, 43(6), 1316–1323. <https://doi.org/10.1177/0363546515574057>
- Horst, N., Hoef, S., Reurink, G., Huisstede, B., & Backx, F. (2016). *Return to Play After Hamstring Injuries: A Qualitative Systematic Review of Definitions and Criteria*. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 46(6), 899–912. <https://doi.org/10.1007/s40279-015-0468-7>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kusenbach, M. (2003). *Street phenomenology: The go-along as ethnographic research tool*. *Ethnography*, 4(3), 455-485.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Krutsch, W., Eder, K., Krutsch, V., & Meyer, T. (2018). *"Stay and play" in football: Art of keeping players fit to play*. *Der Unfallchirurg*, 121(6), 433–440.  
<https://doi.org/10.1007/s00113-018-0487-6>
- Lantz, A. (2007). *Intervjumetodik*. Malmö: Holmbergs.
- Lievens, E., Van Vossel, K., Van de Castele, F., Wezenbeek, E., Deprez, D., Matthys, S., De Winne, B., McNally, S., De Graaf, W., Murdoch, J. B., Bourgois, J. G., Witvrouw, E., & Derave, W. (2022). *Muscle Fibre Typology as a Novel Risk Factor for Hamstring Strain Injuries in Professional Football (Soccer): A Prospective Cohort Study*. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 52(1), 177–185. <https://doi.org/10.1007/s40279-021-01538-2>
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. *Scandinavian journal of caring sciences*, 18(2), 145–153.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Loose, O., Achenbach, L., Fellner, B., Lehmann, J., Jansen, P., Nerlich, M., Angele, P., & Krutsch, W. (2018). *Injury prevention and return to play strategies in elite football: no consent between players and team coaches*. *Archives of orthopaedic and trauma surgery*, 138(7), 985–992. <https://doi.org/10.1007/s00402-018-2937-6>
- Malterud K. (2012). *Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis*. *Scandinavian journal of public health*, 40(8), 795–805.  
<https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mills, A., Butt, J., Maynard, I., & Harwood, C. (2012). *Identifying factors perceived to influence the development of elite youth football academy players*. *Journal of sports sciences*, 30(15), 1593–1604. <https://doi.org/10.1080/02640414.2012.710753>
- NSD. (22.11.2022). *Norsk senter for forskningsdata*. <https://www.nsd.no>
- O'Keeffe, S., O'Connor, S., & Ní Chéilleachair, N. (2020). *Are internal load measures associated with injuries in male adolescent Gaelic football players?*. *European journal of sport science*, 20(2), 249–260. <https://doi.org/10.1080/17461391.2019.1621950>
- Opar, D.A., Williams, M.D. & Shield, A.J. *Hamstring Strain Injuries*. *Sports Med* 42, 209–226 (2012). <https://doi.org/10.2165/11594800-000000000-00000>
- Payne, G., & Williams, M. (2005). *Generalization in Qualitative Research*. *Sociology*, 39(2), 295–314. <https://doi.org/10.1177/0038038505050540>

- Pedersen, I. K. (2015). *Validitet*. In L. F. Thing, & L. S. Ottesen (Eds), *Metoder i idræts- og fysioterapiforskning*. (2. utgave. s. 408-424). Munksgaard.
- Pensgaard, A. M., Ivarsson, A., Nilstad, A., Solstad, B. E., & Steffen, K. (2018). *Psychosocial stress factors, including the relationship with the coach, and their influence on acute and overuse injury risk in elite female football players*. *BMJ open sport & exercise medicine*, 4(1), e000317. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2017-000317>
- Petersen, J., Thorborg, K., Nielsen, M.B., & Hölmich, P. (2010). *Acute hamstring injuries in Danish elite football: A 12-month prospective registration study among 374 players*. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20: 588-592. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2009.00995.x>
- Premier League (2011, May). *Elite Player Performance Plan*. Goal Reports. Lest: 02.10.2022. <https://www.goalreports.com/EPLPlan.pdf>
- Rapley, T. (Ed.) (2004). *Interviews*. SAGE Publications Ltd, <https://doi.org/10.4135/9781848608191>
- Reurink, G., Goudswaard, G. J., Tol, J. L., Almusa, E., Moen, M. H., Weir, A., Verhaar, J. A., Hamilton, B., & Maas, M. (2014). *MRI observations at return to play of clinically recovered hamstring injuries*. *British journal of sports medicine*, 48(18), 1370–1376. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-092450>
- Ribeiro-Alvares, J. B., Dornelles, M. P., Fritsch, C. G., de Lima-E-Silva, F. X., Medeiros, T. M., Severo-Silveira, L., Marques, V. B., & Baroni, B. M. (2020). *Prevalence of Hamstring Strain Injury Risk Factors in Professional and Under-20 Male Football (Soccer) Players*. *Journal of sport rehabilitation*, 29(3), 339–345. <https://doi.org/10.1123/jsr.2018-0084>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold - Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Schache A. (2012). *Eccentric hamstring muscle training can prevent hamstring injuries in soccer players*. *Journal of physiotherapy*, 58(1), 58. [https://doi.org/10.1016/S1836-9553\(12\)70074-7](https://doi.org/10.1016/S1836-9553(12)70074-7)
- Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research* (4th ed.). Los Angeles, California: Sage
- Stake, R.E., & Trumbull, D. (1982). *Naturalistic Generalizations*. *Review Journal of Philosophy and Social Science*, 7 (Nos. 1 & 2, 1982), 1-12.
- Starkes, J., & Ericsson, K. (2003). *Expert performance in Sports: Advances in research on sport expertise*: Human Kinetics.

- Sæther, S.A., & Aspvik, N.P. (2016). *Norwegian Junior Football Players – Player's Perception Of Stress According To Playing Time*. *Sport Science Review*, 25, 85 - 96. <https://dx.doi.org/10.1515/ssr-2016-0005>
- Sæther, S. A. (2017). *De norske fotballtalentene: Hvem lykkes og hvorfor?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Sæther, S.A., Aspvik, N.P., & Høigaard, R. (2017). *Norwegian football academy players - Player's self-assessed skills, stress and coach-athlete relationship*. *The Open Sports Sciences Journal*, 10, 141-150. <https://dx.doi.org/10.2174/1875399x01710010141>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thunberg, S., & Arnell L. (2022). *Pioneering the use of technologies in qualitative research – A research review of the use of digital interviews*. *International Journal of Social Research Methodology*, 25:6, 757-768. <https://doi.org/10.1080/13645579.2021.1935565>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3 ed). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tjora, A. (2017). *Emergens: Konseptutvikling og generalisering i kvalitativ forskning. Refleksjoner og eksempler*. Trondheim. Sosiologisk Poliklinikk. <https://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.16720.30728>
- Valovich McLeod, T. C., Wagner, A. J., & Bacon, C. E. W. (2017). *Lived Experiences of Adolescent Athletes Following Sport-Related Concussion*. *Orthopaedic journal of sports medicine*, 5(12). <https://doi.org/10.1177/2325967117745033>
- Vella, S., Bolling, C., Verhagen, E., & Moore, I. S. (2022). *Perceiving, reporting and managing an injury - perspectives from national team football players, coaches, and health professionals*. *Science & medicine in football*, 6(4), 421–433. <https://doi.org/10.1080/24733938.2021.1985164>
- Werner G. (2010). *Strength and conditioning techniques in the rehabilitation of sports injury*. *Clinics in sports medicine*, 29(1). <https://doi.org/10.1016/j.csm.2009.09.012>
- Widerberg, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Williams, A. M., & Reilly, T. (2000). *Talent identification and development in soccer*. *Journal of sports sciences*, 18(9), 657–667. <https://doi.org/10.1080/02640410050120041>

Woods, C., Hawkins, R. D., Maltby, S., Hulse, M., Thomas, A., Hodson, A., (2004). *The Football Association Medical Research Programme: an audit of injuries in professional football--analysis of hamstring injuries*. British journal of sports medicine, 38(1), 36–41. <https://doi.org/10.1136/bjism.2002.002352>

Ytting, L. (2015). Videnskabsetik. In L. Friis Thing & L. S. Ottesen (Eds.), *Metoder i idrætt og fysioterapiforskning* (2 ed., pp. 425-441). København: Munksgaard.



## Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

#### ***Return to play: Belastning som nødvendig og begrensning?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke klubbens praksis og hvordan veien tilbake til fotballtreninger etter en skade oppleves (Return To Play). I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Hensikten med dette forskningsprosjektet vil være å skape en bedre forståelse rundt det sportsmedisinske begrepet Return to play som benyttes i forbindelse med fotballspilleres tilbakekomst på fotballfeltet etter en strekkskade i hamstring. Nærmere bestemt vil dette si at jeg ønsker å se nærmere på kriterier som praktiseres og hvordan denne prosessen oppleves av de direkte påvirkende rollene i klubben. Temaet i intervjuet er strekkskader i hamstring.

Prosjektets intervjuobjekter innebærer medisinsk apparat, trenerteam og spillere. Prosjektet dette omhandler er en *Masteroppgave i Idrettsvitenskap*, med et omfang på 30- 40 000 ord (ca. 60-80 sider).

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

*Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU)* og *Arne Hånes* er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

I dette forskningsprosjektet er det medisinsk apparat, trenere og fotballspillere som sees på som relevante for å besvare problemstillingen. Klubben du representerer vil i denne sammenheng være en «case», og dermed samarbeide direkte med undertegnede.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du deltar på et intervju med meg. Intervjuet har i utgangspunktet en tidsramme på 30-90 minutter, men dette vil variere og er avhengig av hvilke og hvor mange opplysninger du sitter med. Hovedpoenget vil ikke være hvor mye informasjon du sitter med, men hvilken informasjon. Intervjuets tematikk vil være hvordan du opplever din rolle i klubben rundt RTP etter strekkskader. Det vil foregå et lydopptak under intervjuet, slik at en dypere analyse av datamaterialet kan gjøres i ettertid knyttet opp mot forskningsprosjektet.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

- Tilgang og behandlingsansvaret av dine opplysninger vil ligge hos meg som forfatter.
- Dine personopplysninger vil også bli erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data, og vil dermed ikke være tilgjengelig for andre enn meg.
- I selve masteroppgaven vil ingen navn eller andre personopplysninger oppgis, og hver enkelt informant vil forbli anonym. Sitater og utsagn kan komme til å bli benyttet, men vil være anonymisert slik at dem ikke kan spores tilbake til vedkommende.
- Jeg vil også, når det er hensiktsmessig, gi tilgang til min veileder på prosjektet. Slik vil oppgaven bli mer effektivisert og gjennomført. I tillegg til at jeg vil få råd/veiledning om hvordan best mulig å utforme oppgaven.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i juni 2021. Deretter vil personopplysninger og lydklipp bli slettet fra sine lagringsplasser.

### **Dine rettigheter**

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

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

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- NTNU gjennom Arne Hånes. på tlf: 464 26 310 eller epost: [arnehaanes@gmail.com](mailto:arnehaanes@gmail.com) eller Nils Petter Aspvik (veileder) på tlf: 926 48 033 eller epost: [nils.petter.aspvik@ntnu.no](mailto:nils.petter.aspvik@ntnu.no).
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen på tlf: 930 79 037 eller epost: [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no)

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

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

Med vennlig hilsen

*Nils Petter Aspvik*  
(Forsker/veileder)

*Arne Hånes*  
(Student/forfatter)

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Return to play: Belastning som nødvendig og begrensnig*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på intervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata

### Vurdering

**Referansenummer**

927194

**Vurderingstype**

Standard

**Dato**

16.04.2021

**Prosjekttittel**

Return To Play: Belastning som nødvendig og begrensning.

**Behandlingsansvarlig institusjon**

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

**Prosjektansvarlig**

Nils Petter Aspvik

**Student**

Arne Hånes

**Prosjektperiode**

01.03.2021 - 17.12.2022

**Kategorier personopplysninger**

- Alminnelige
- Særlige

**Lovlig grunnlag**

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 17.12.2022.

## **Kommentar**

### Vurdering (1)

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 16.4.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### Vurdering (4)

03.01.2022

NSD har vurdert endringen registrert 17.12.2021.

Endringen innebærer at prosjektslutt utsettes til 17.12.2022 (opprinnelig 1.6.2021). Ved ytterligere utsettelse av prosjektperioden bør deltagerne få oppdatert informasjon.

## **MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger samt særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 17.12.2022.

## **LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

## **PERSONVERNPRINSIPPER**

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

- om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at deltakerne får tilfredsstillende informasjon om behandlingen og samtykker til deltakelse
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke videre behandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

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

# Vedlegg 3: Intervjuguide

## Intervjuguide spiller

Navn:

Alder:

Lag:

Posisjon:

Intro til intervjuet:

I dag ønsker jeg at du forteller meg det du både vet og opplever av temaene vi skal innom. Til å begynne med vil jeg stille deg noen spørsmål for å kartlegge litt hvem du er. Videre skal vi innom medisinske faktorer, risikofaktorer, beslutningspåvirkning, veien tilbake på fotballfeltet, og til slutt kommunikasjon.

### Innledningsspørsmål

Kan du fortelle meg litt om hvordan du vil beskrive deg selv som fotballspiller?

### Medisinske faktorer

Nå har du jo fortalt litt om deg selv som fotballspiller. Jeg holder på å skrive om temaet idrettsskader og lurte på om du kunne fortelle litt om din skadehistorikk?

Nå har du vært innom en del allerede, men jeg har noen oppfølgingsspørsmål til deg rundt dette.

Når fikk du din første skade i fotballsammenheng?

Hvilke skader har du hatt i fotballsammenheng?

Når og hvilken skade var din siste?

Blant idrettsskader i fotball er jeg da spesielt interessert i strekkskader i hamstring. Kan du fortelle meg litt om hvordan du husker episoden der du ble rammet av din første strekkskade i hamstring?

Hva slags symptomer du opplevde i forkant av din strekkskade i hamstring?

Hva var din opplevelse av skadens alvorlighetsgrad?

Hvilke medisinske undersøkelser ble gjort da skaden ble oppdaget? Eksempelvis MR, ultralyd eller røntgen?

Kan du beskrive hvordan du følelsesmessig opplevde det å være ute med den skaden?

Hvilke tester ble gjennomført for å undersøke om skaden var restituert tilstrekkelig før din tilbakekomst på fotballfeltet? Eksempelvis styrketest eller bevegelighetstest.

Du har ikke nevnt noe om at du tenkte på skaden da du kom tilbake på fotballfeltet. Betyr det at du ikke var bekymret for å få slå opp igjen skaden, eller hva tenker du om det?



Jeg ønsker å informere deg om at når vi snakker om skade i resten av intervjuet, er det knyttet opp mot din strekkskade i hamstring.

### **Risikofaktorer**

Med tanke på hva som kreves i din spillerposisjon, hvordan opplever du risikonivået for strekkskader i hamstring sammenlignet med andre posisjoner?

Hvordan opplever du konkurransen om en plass i startelleveren, og hvordan opplever du at det påvirker risikoen for skader?

Du fortalte innledningsvis litt om hvordan du er som fotballspiller. Og nå lurer jeg på hvordan du opplever deg selv når det gjelder å «lytte» til kroppen eller gir du alt uansett?

Har du prøvd kinesio tape på hamstring? Og hva er din opplevelse av dette?

### **Beslutningspåvirkning**

Hvordan opplevde du at skadens tidspunkt på året påvirket prosessen om tilbakekomsten på fotballfeltet?

Hadde du et avslappet forhold til skaden eller presset du deg selv til å komme raskt tilbake på fotballfeltet etter strekkskaden i hamstring? Og kan du forklare hvorfor?

Presset du deg selv til å raskt komme tilbake på fotballfeltet etter strekkskaden i hamstring? I så fall hvorfor?

I hvilken grad opplevde du at menneskene rundt deg både på og utenfor fotballbanen påvirket tidspunktet for tilbakekomst på fotballfeltet?

Hva er din opplevelse av konfliktnivå mellom spillere og støtteapparatet? Hva er det du tror gjør at dette er lavt / middels / høyt?

Kan du fortelle meg litt om din opplevelse av om trenere og det medisinske apparatet var enige eller uenige om beslutninger rundt din tilbakekomst? Eksempelvis kan en trener ønske en raskere prosess, mens en fysioterapeut en lengre prosess for å la skaden restituere tilstrekkelig.

### **Veien tilbake til fotballfeltet**

Hvem tenker du er ansvarlig for opptreningen etter strekkskaden?

Hvilke kriterier måtte din hamstring innfri for å få lov til å delta på fotballfeltet etter skaden?

Hvorfor ønsker du som spiller å komme raskt tilbake på fotballfeltet?

Kan du fortelle meg litt om hvilke utfordringer du som spiller kan møte på ved rask og sen tilbakekomst på fotballfeltet?

I perioden der du var på vei tilbake til normal treningshverdag, kunne du kjenne noe til skaden?

Hadde du tilbakefall av skaden på noe tidspunkt? I så fall, hvor lenge etter tilbakekomst på fotballfeltet?

Om du ser tilbake på skadeperioden. Ville du gjort noe annerledes, og i så fall hva?

Er det også noe du kunne ønsket at klubben gjorde annerledes, i så fall hva?

### **Kommunikasjon**

Hva tenker du er årsak til strekkskaden i hamstring?

Hvordan kommuniserer du med trenere og fysioterapeut om din treningsbelastning? Eksempelvis rapporteringssystem, spillersamtaler.

Kan du fortelle meg hvordan du opplever din relasjon til trener og medisinsk apparat?

Hva tenker du kan være utfordrende om kommunikasjonen mellom deg, trener og medisinsk apparat ikke er tilstrekkelig?

Hvordan organiseres treningshverdagen som skadet? Og hvordan er din opplevelse av dette?

Er spillere kjent med hva som betegnes som skadefri / i form nok til å delta på fellestreninger og i kamp?

Hva gjøres for at du som spiller får tilrettelagt treninger etter behov, både som skadet og skadefri?

Kan du si litt om hvordan egentreninger blir fulgt opp?

Hvordan opplever du maktforholdet mellom spillere, trener og medisinsk apparat?

Case 1: En fotballspiller er ute av fellestreninger på grunn av en strekkskade. På skolen deltar spilleren på en fotballturnering hvor hele skolen er invitert. Fotballspilleren unngår å si noe om dette til treneren. Kun noen dager etter turneringen, gir spilleren signal om at han er smertefri. Dette gjør han for å få lov til å delta på treninger og kamp, selv om skaden ikke er restituert.

Kan du som fotballspiller selv forstå hvorfor? Gjerne forklar hvorfor.

Er du som spiller alltid ærlig med deg selv om din opplevelse av treningsbelastning?

Har du som fotballspiller noen gang underrapportert eller latt være å si ifra til din trener om smerter der det kunne vært naturlig å si ifra? Hvis ja, kan du begrunne hvorfor? Tenker du i ettertid at det var riktig å ikke si ifra?

Case 2: Laget står ovenfor en mesterskapsfinale på et tidspunkt hvor du som fotballspiller er ute av fellestreninger på grunn av en strekkskade. Av hovedtreneren er du ansett som en nøkkelspiller i laget. Hva ville du sagt til hovedtreneren om han ga beskjed om at han ønsket å se deg spille den siste halvtimen i kampen, selv om dette stridet imot anbefalingene til det medisinske apparatet.

Hvilke dilemmaer kan du som spiller stå ovenfor i en slik situasjon?

Om du sier nei til å spille, hvilke potensielle konsekvenser tenker du at det kunne fått i etterkant for deg som spiller?

Om du sier ja til å spille, hvilke potensielle konsekvenser utsetter du deg selv for da?

Opplever du at rapporteringssystemet der spillere melder ifra om opplevd form, før og etter kamp eller trening er tilstrekkelig for å sikre spillere fra strekkskader? Videre ønsker jeg å spørre deg om du har forslag på tiltak som kan i større grad hindre potensielle strekkskader?

Helt avslutningsvis ønsker jeg å spørre deg om det er noe mer du kunne tenke deg å si knyttet til temaet for dagens intervju?

## **Intervjuguide trener**

Navn:

Alder:

Lag:

Rolle:

Intro til intervjuet:

I dag ønsker jeg at du forteller meg det du både vet og opplever av temaene vi skal innom. Helt til å begynne med vil jeg stille deg noen spørsmål for å kartlegge litt hvem du er. Videre skal vi innom medisinske faktorer, risikofaktorer, beslutningspåvirkning, veien tilbake på fotballfeltet, og til slutt kommunikasjon.

### **Innledningsspørsmål**

Har du tidligere vært aktiv fotballspiller? Og på hvilket nivå?

Hva er ditt forhold til skader som fotballspiller?

Hvilken relevant utdanning eller kvalifikasjoner har du knyttet til jobben din?

Kan du fortelle meg litt om hvordan du vil beskrive deg selv som trener?

### **Medisinske faktorer**

Nå har du jo fortalt litt om deg selv som trener. Jeg holder på å skrive om temaet idrettsskader og lurte på om du kunne fortelle litt om hvilken type skader er det du opplever å ha størst forekomst i alderen 16-19 år?

Kan du forklare meg hva du opplever å være de største utfordringene når det gjelder skader i alderen 16-19 år?

Jeg lurer på hvilken muskulatur du oftest observerer strekkskader på hos spillerne? Legger, bakside lår, framside lår / lysk?

Blant idrettsskader i fotball er jeg da spesielt interessert i strekkskader i hamstring. Kan du fortelle meg litt om hva slags kjennetegn du observerer hos spillere i forkant av strekkskader i hamstring?

Hvilke umiddelbare tiltak gjøres når en strekkskade i hamstring oppdages?

Har du kjennskap til hvilke medisinske undersøkelser som gjøres for å kartlegge strekkskader i hamstring? Eksempelvis MR, ultralyd eller røntgen.

Har du kjennskap til hvilke tester som gjennomføres for å undersøke om strekkskader i hamstring er restituert tilstrekkelig før tilbakekomst på fotballfeltet? Eksempelvis styrketest eller bevegelighetstest.

I hvilken grad er spillerens skadehistorikk noe du tar i betraktning på veien tilbake på fotballfeltet?

Deler spillerne noe av det følelsesmessige rundt det å være ute med skade? I så fall hvordan opplever du dette som trener og gjerne del eksempler på dette?

Du har ikke snakket noe om at spillerne opplever bekymring for å få slått opp igjen skaden. Kan du si noe om hvordan du opplever dette hos spillerne?

Jeg ønsker å informere deg om at når vi snakker om skader i resten av intervjuet, er det knyttet opp mot strekkskader i hamstring.

### **Risikofaktorer**

På hvilken måte kan du si noe om de ulike spillerposisjonene og risikonivå for strekkskade i hamstring? Kan du forklare hvorfor?

I hvilken grad påvirker spillerens posisjon prosessen om tilbakekomst med tanke på arbeidskrav til spillerens rolle?

Jeg lurer på hvordan du opplever forskjell i alderen mellom 16 og 19 år når det gjelder risikonivå av skader?

Hvilke forhåndsregler gjøres for å unngå utvidelse av skader hos en spiller som allerede er ute med skade?

Hvordan opplever du spillernes egen risikovurdering med tanke på skader?

Kan du fortelle meg litt om hvordan du opplever konkurranse om en plass i startelleveren blant spillerne? Hvordan tenker du dette påvirker risikoen for skader?

### **Beslutningspåvirkning**

Kan du si noe om i hvilken grad du opplever at tidspunktet for skaden påvirker prosessen om tilbakekomst på fotballfeltet?

Når på året opplever du at spillere skader seg oftest?

Har du opplevd mye mas fra spillere og foreldre eller andre om rask tilbakekomst på treningsfeltet? Hva kan være utfordrende rundt dette?

Som trener er du ansvarlig for at spillere utvikler seg og at laget oppnår resultater. Hva tenker du om de etiske utfordringene rundt beslutninger som tas når det gjelder avgjørelser som øker risikoen for skader? Eksempelvis forhastelse av en skaderehabilitering eller en spiller i gråsonen når det gjelder belastning.

I hvilken grad opplever du enighet eller uenighet i avgjørelser mellom trenere og medisinsk apparat? Eksempelvis om det medisinske apparatet ønsker å holde tilbake en spiller fra treningsfeltet på bakgrunn av en skade.

Hva er din opplevelse av konfliktnivå mellom spillere og støtteapparatet? Hva er det du tror gjør at dette er lavt / middels / høyt?

## **Veien tilbake til treningsfeltet**

Kan du si noe om på hvilken måte du opplever at spillere har eierskap til sin skade og prosessen om å bli skadefri?

Når en spiller er ute med skade, hva anser du som viktig for at spillerens fysiske ferdigheter skal vedlikeholdes og/eller utvikles i størst mulig grad?

Hvilke fysiske ferdigheter prioriteres som utviklingsområde når spilleren er ute med strekkskade i hamstring? Og hvorfor?

Kan du fortelle meg hvilke kriterier som må oppfylles for at en spiller kan klargjøres for normalbelastning etter endt skade?

Hvorfor ønsker spillere å komme raskt tilbake på fotballfeltet?

Kan du fortelle meg litt om hvilke utfordringer spillere kan møte på ved rask og sen tilbakekomst på fotballfeltet?

I hvilken grad opplever du at spillere med strekkskader i hamstring får tilbakefall av skaden kort tid etter? I så fall, hva er din oppfattelse av hvor lang tid i etterkant skjer dette?

Hva kan du som trener gjøre annerledes for å holde spillere skadefri?

I hvilken grad opplever du at spillere ute med strekkskader i hamstring svekker sine muligheter til å lykkes som fotballspiller? Og hvorfor tenker du dette?

## **Kommunikasjon**

Hva tenker du er hovedårsaken til strekkskader i hamstring?

Hvilke rapporteringsmetoder har spillere til trenere og fysioterapeut om eksempelvis treningsbelastning?

Er spillere kjent med hva som betegnes som skadefri / i form nok til å delta på fellestreninger og i kamp?

Kan du fortelle meg litt om hvordan du opplever din relasjon til spillere og medisinsk apparat?

Hva tenker du om at spillere kan underkommunisere med deg og det medisinske apparatet? Og hvilke utfordringer kan dette skape?

Hva gjør du som trener for å hindre eller redusere at spillere underkommunerer?

Hvordan organiseres treningshverdagen til de skadede spillerne?

På hvilken måte får spillerne individuelt tilrettelagte treninger etter behov, både som skadet og skadefri?

Kan du si litt om hvordan egentreninger blir fulgt opp?

Hvordan opplever du maktforholdet mellom spillere, trener og medisinsk apparat?

Case 1: En fotballspiller er ute av fellestreninger på grunn av en strekkskade. På skolen deltar spilleren på en fotballturnering hvor hele skolen er invitert. Fotballspilleren unngår å si noe om dette til treneren. Kun noen dager etter turneringen, gir spilleren signal om at han er smertefri. Dette gjør han

for å få lov til å delta på treninger og kamp, selv om skaden ikke er restituert.  
Kan du som trener forstå hvorfor spilleren gjør dette? Gjerne forklar hvorfor.

Opplever du at spillere alltid er ærlige med seg selv om opplevelsen av treningsbelastning?

Har du som trener opplevd at spillere underrapporterer eller har latt være å si fra til deg eller medisinsk apparat om smerter som de burde sagt ifra om? Kan du tenke deg hvorfor dette kan forekomme?

Case 2: Laget står ovenfor en mesterskapsfinale på et tidspunkt hvor en fotballspiller er ute av fellestreninger på grunn av en strekkskade. Hovedtreneren anser han som en nøkkelspiller i laget. Hovedtreneren ga beskjed om at han ønsket å se spilleren spille den siste halvtimen i kampen, selv om dette stridte imot anbefalingene til det medisinske apparatet.

Hvilke dilemmaer kan en spiller stå ovenfor i en slik situasjon? Og kunne du som trener kunne foreslått dette for en spiller?

Opplever du at rapporteringssystemet der spillere melder ifra om opplevd form, før og etter kamp eller trening er tilstrekkelig for å sikre spillere fra strekkskader? Videre ønsker jeg å spørre deg om du har forslag på tiltak som kan i større grad hindre potensielle strekkskader?

Helt avslutningsvis ønsker jeg å spørre deg om det er noe mer du kunne tenke deg å si knyttet til temaet for dagens intervju?

## **Intervjuguide medisinsk apparat**

Navn:

Alder:

Lag:

Rolle:

Intro til intervjuet:

I dag ønsker jeg at du forteller meg det du både vet og opplever av temaene vi skal innom. Helt til å begynne med vil jeg stille deg noen spørsmål for å kartlegge litt hvem du er. Videre skal vi innom medisinske faktorer, risikofaktorer, beslutningspåvirkning, veien tilbake på fotballfeltet, og til slutt kommunikasjon.

### **Innledningsspørsmål**

Har du tidligere vært aktiv fotballspiller? Og på hvilket nivå?

Hva er ditt forhold til skader som fotballspiller?

Hvilken relevant utdanning eller kvalifikasjoner har du knyttet til jobben din?

## **Medisinske faktorer**

Innledningsvis fortalte du kort om deg selv og din bakgrunn. Jeg holder på å skrive om temaet idrettsskader og lurte på om du kunne fortelle meg hvilken type skader det er du opplever å ha størst forekomst av i alderen 16-19 år?

Hva er de største utfordringene når det gjelder skader i alderen 16-19 år?

Jeg lurer på hvilken muskulatur du oftest observerer strekkskader på hos spillerne? Legger, baksida lår, framsida lår / lysk?

Blant idrettsskader i fotball er jeg da spesielt interessert i strekkskader i hamstring. Kan du fortelle meg litt om hva slags symptomer du som medisinsk apparat opplever ved spillere som får en strekkskade i hamstring?

Hvilken muskel i hamstring er det du oftest opplever å bli skadet?

Hvilke umiddelbare tiltak gjøres når en strekkskade i hamstring oppdages?

Hvilke medisinske undersøkelser gjøres for å kartlegge strekkskader i hamstring?

Benytter dere et bestemt testbatteri når det gjelder muskulær funksjonalitet? I så fall hvordan ser dette ut?

På hvilken måte påvirker spillerens skadehistorikk veien tilbake på fotballfeltet?

Deler spillerne noe av det følelsesmessige rundt det å være ute med skade? I så fall hvordan opplever du dette og har du eksempler på dette?

Jeg ønsker å informere deg om at når vi snakker om skader i resten av intervjuet, er det knyttet opp mot strekkskader i hamstring.

## **Risikofaktorer**

I hvilken grad påvirker spillerens posisjon behandlingen av skaden med tanke på arbeidskrav til spillerens rolle?

På hvilken måte kan du si noe om de ulike spillerposisjonene og risikonivå for strekkskade i hamstring? Kan du forklare hvorfor?

Ser du noen tendenser til forskjell når det gjelder skadehyppighet og skadeomfang når det gjelder dominant høyre eller venstre bein?

I hvilken grad opplever du forskjell i alderen mellom 16 og 19 år når det gjelder risikonivå av strekkskader i hamstring?

Hvilke forhåndsregler gjøres for å unngå utvidelse av strekkskader i hamstring?

Hvordan opplever du effekten ved bruk av kinesio tape på hamstring?

## **Beslutningspåvirkning**

Hvordan opplever du at skadens tidspunkt på året påvirker prosessen om tilbakekomst på fotballfeltet?

Når på året opplever du flest strekkskader i hamstring?

I hvilken grad opplever du press fra spillere om rask tilbakekomst på treningsfeltet? Og hvordan håndterer du dette?

Opplever du press fra trenere og foreldre om rask tilbakekomst på treningsfeltet? Hva kan være utfordrende rundt dette?

Som fysioterapeut er du ansvarlig for den medisinske oppfølgingen av en spiller, i tillegg til å skulle bidra til laget og trenerens formål om å oppnå resultater. Kan du fortelle meg litt om hvilke etiske utfordringer du opplever som fysioterapeut?

Hva er din opplevelse av konfliktnivå mellom spillere, trenere og medisinsk apparat? Hva er det du tror gjør at dette er lavt / middels / høyt?

I hvilken grad opplever du som fysioterapeut å bli påvirket av hovedtrener til å ta beslutninger om mulig for tidlig tilbakekomst av en spiller etter en skade?

### **Veien tilbake til fotballfeltet**

Hvordan påvirker alvorlighetsgraden av strekkskader i hamstring behandlingsformen?

Hva er forventet behandlingstid av skaden før en spiller kan returnere til fotballfeltet og normalbelastning?

Når en spiller er ute med skade, hva anser du som viktig for at spillerens fysiske ferdigheter skal vedlikeholdes i størst mulig grad?

Kan du gi meg et innblikk i hvilke fysiske ferdigheter som prioriteres som utviklingsområde når spillere er ute med strekkskade i hamstring?

I hvilken grad opplever du at spillere tar ansvar for prosessen om å bli skadefri?

Kan du fortelle meg hvilke kriterier som må oppfylles for at en spiller kan klargjøres for normalbelastning etter endt skade?

Hvorfor ønsker spillere å komme raskt tilbake på fotballfeltet?

Kan du fortelle meg ditt synspunkt på hvilke utfordringer spillere kan møte på ved rask og sen tilbakekomst på fotballfeltet?

I hvilken grad opplever du at spillere med strekkskader i hamstring får tilbakefall av skaden kort tid etter? I så fall, hva er din oppfattelse av hvor lang tid i etterkant skjer dette?

I arbeidet om å gjøre spillere skadefri, er det noe du som fysioterapeut kunne tenkt deg å gjøre annerledes?

I det forebyggende arbeidet om å hindre spillere i å bli rammet av strekkskader i hamstring, hva er det du ser på som betydningsfullt i deres treningshverdag?

### **Kommunikasjon**

Hva tenker du er hovedårsaken til strekkskader i hamstring?

Hvilke rapporteringsmetoder har spillere til trenere og fysioterapeut om treningsbelastningen?

I hvilken grad er spillere kjent med hva som betegnes som skadefri / i form nok til å delta på fellestreninger og i kamp?



Kan du sette ord på hvordan du opplever din relasjon til spillere og trenere?

Hvilke utfordringer kan oppstå om kommunikasjonen mellom deg, spillere og trenere ikke er tilstrekkelig?

Hvordan organiseres treningshverdagen til de skadede spillerne?

Hva gjøres for at spillerne får tilrettelagte treninger etter behov, både som skadet og skadefri?

Kan du si litt om hvordan egentreninger blir fulgt opp?

Hvordan opplever du maktforholdet mellom spillere, trener og medisinsk apparat? Hvilke utfordringer kan oppstå når det gjelder å ta beslutninger om skader?

Case 1: En fotballspiller er ute av fellestreninger på grunn av en strekkskade. På skolen deltar spilleren på en fotballturnering hvor hele skolen er invitert. Fotballspilleren unngår å si noe om dette til treneren. Kun noen dager etter turneringen, gir spilleren signal om at han er smertefri. Dette gjør han for å få lov til å delta på treninger og kamp, selv om skaden ikke er restituert.

Kan du som fysioterapeut forstå hvorfor spilleren gjør dette? Gjerne forklar hvorfor.

Opplever du at spillere alltid er ærlige med seg selv om opplevelsen av treningsbelastning?

Har du som fysioterapeut opplevd at spillere underrapporterer eller har latt være å si fra til deg eller trener om smerter som de burde sagt ifra om? Kan du tenke deg hvorfor dette kan forekomme?

Case 2: Laget står ovenfor en mesterskapsfinale på et tidspunkt hvor du som fotballspiller er ute av fellestreninger på grunn av en strekkskade. Av hovedtreneren er spilleren ansett som en nøkkelspiller i laget. Hovedtreneren ga beskjed om at han ønsket å se spilleren spille den siste halvtimen i kampen, selv om dette stridet imot anbefalingene dine som fysioterapeut.

Hvilke dilemmaer kan en spiller stå ovenfor i en slik situasjon? Og hvordan ville du som fysioterapeut forholdt deg til dette?

Opplever du at rapporteringssystemet der spillere melder ifra om opplevd form, før og etter kamp eller trening er tilstrekkelig for å sikre spillere fra strekkskader? Videre ønsker jeg å spørre deg om du har forslag på tiltak som kan i større grad hindre potensielle strekkskader?

Avslutningsvis ønsker jeg å spørre deg om det er noe mer du kunne tenke deg å si knyttet til temaet for dagens intervju?

