



Institutionen för Hälsa, Vård och Samhälle
Avdelningen för Sjukgymnastik

Utbildningsprogram
i sjukgymnastik 180 hp

Examensarbete 15
hp
Vårterminen 2010

**Tränare och ledares val av metoder vid akut omhändertagande av
fotledsstukning inom idrotterna handboll och fotboll
- En enkätstudie**

Författare

Lina Albin
Sjukgymnastutbildningen
Lunds Universitet
lina.albin.524@student.lu.se
07036117126

Madelene Jönsson
Sjukgymnastutbildningen
Lunds Universitet
madelene.jonsson.728@student.lu.se
0730489879

Examinator

Karin Ringsberg
Dr med vet, Leg. sjukgymnast
Rehabiliteringsenheten CRS
UMAS
205 02 Malmö
karin.ringsberg@skane.se

Handledare

Anne Sundén
Leg. Sjukgymnast,
Universitetsadjunkt
Lunds Universitet
Institutionen för Hälsa,
Vård och Samhälle
Avd. för Sjukgymnastik
anne.sunden@med.lu.se
046 2228957

Sammanfattning

Tränare och ledares val av metoder vid akut omhändertagande av fotledsstukning inom idrotterna handboll och fotboll - En enkätstudie

Bakgrund: Lateral ligamentskada i fotleden är en vanlig akut idrottsskada. Genom skydd (protection), vila (rest), kyla (ice), kompression (compression) och högläge (elevation) (PRICE) är syftet att stoppa blödning, svullnad och den inflammatoriska processen i akutskedet. *Syfte:* Syftet med studien var att ta reda på vilka metoder som tränare och ledare inom handboll och fotboll använder vid akut omhändertagande av en fotledsstukning. *Studiedesign:* Enkätstudie. *Material och Metod:* Enkäten var riktad till tränare och ledare för åldersgrupperna åtta år till seniornivå. Enkäterna skickades eller delades ut till 57 tränare och ledare i Skåne. *Resultat:* Totalt inkom 45 enkäter. Fyrtiofyra av 45 tränare och ledare använde sig av kompressionsbehandling vid en fotledsstukning i det akuta skedet. Sjuttiofem procent av tränare och ledare lät det första kompressionsbandaget sitta kvar i 20-30 minuter. Höglägesbehandling användes av 96 % av tränarna och ledarna. Sextio procent av tränare och ledare använde inte kylbehandling i det akuta skedet. Ispåse var det vanligaste materialet vid kylbehandling. Arton av 45 tränare och ledare rekommenderade sina spelare att belasta foten så fort som möjligt efter skadetillfället. Graden av smärta och svullnad avgjorde om tränare och ledare rekommenderade sin spelare till kontakt med sjukvård. *Slutsats:* De flesta tränare och ledare i vår studie följer de rekommendationer som anges i litteraturen för ett gott akut omhändertagande av en fotledsstukning. Det som brister hos många tränare och ledare är hur snabbt foten belastas efter en fotledsstukning. Information borde nå ut till tränare och ledare om vikten av ett gott akut omhändertagande och konsekvenserna av ett bristande akut omhändertagande. Vi anser även att efter varje skada borde tränare och ledare rekommendera sin spelare till kontakt med sjukvården som i sin tur ger bedömningar om när träning och matchspel kan vara aktuellt. Fler studier bör göras inom området för att få en heltäckande information om det akuta omhändertagandet av en fotledsstukning. Studierna borde rikta sig mot specifika målgrupper, exempelvis seniortränare eller tränare och ledare inom samma idrott.

Nyckelord: akut fotledsstukning, akut omhändertagande, vila, skydd, kyla, kompression, högläge

Abstract

Trainers and leaders choice of methods in emergency treatment of an ankle sprain in the sports handball and soccer – A Questionnaire study

Background: Lateral ligament injury of the ankle is a common sports injury. With protection, rest, ice, compression and elevation (PRICE) is the purpose to stop hemorrhage, swelling and the inflammatory process in the acute-phase. *Purpose:* The purpose of this study was to find out which methods trainers and leaders in handball and soccer use for emergency treatment of an acute ankle sprain. *Study design:* Questionnaire study. *Material and Methods:* The questionnaire was intended to trainers and leaders in age-groups of eight years to senior level. The questionnaires was sent or delivered to 57 trainers and leaders in the south of Sweden. *Results:* Totally 45 questionnaires were returned. Forty-four of 45 trainers and leaders used compression as emergency treatment of an acute ankle sprain. Seventy-five percent of trainers and leaders kept the first compression on for 20-30 minutes. Elevation was used by 96 % of the trainers and leaders. Sixty percent of the trainers and leaders did not use cryotherapy in the acute-phase. Icepack was the most common material used in cryotherapy. Eighteen of 45 trainers and leaders recommended their players put weight on the foot as soon as possible after the injury. The degree of pain and swelling determined if the trainers and leaders recommended their players to contact with the medical service. *Conclusion:* The most trainers and leaders in our study follow the recommendations given in literature for a good emergency treatment of an acute ankle sprain. What falls short among trainers and leaders are how quick the players to put weight on the foot after an ankle sprain. Information should reach out to the trainers and leaders about the importance of a good emergency treatment and the consequences of an inadequacy emergency treatment. We think that after every injury trainers and leaders should recommend their player to contact with the medical services which will give estimation of when the player can participate in training and match. More studies need to be done in this subject to get fully covered information about the emergency treatment of an acute ankle sprain. The studies should be aimed to specific target-group such as senior level trainers or trainers and leaders in the same sport.

Keywords: acute ankle sprain, emergency treatment, protection, rest, ice, compression, elevation

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	1
1.1	Fotledsstukning	1
1.2	Skydd/Vila	2
1.3	Kyla.....	3
1.4	Kompression	3
1.5	Högläge	3
2	Syfte.....	4
3	Frågeställningar	4
4	Etiskt ställningstagande	4
5	Metod.....	4
5.1	Bortfallsanalys	4
5.2	Beskrivning av undersökningsgrupp.....	5
6	Resultat	5
7	Diskussion	13
7.1	Metod	13
7.2	Resultat	14
8	Konklusion	15
9	Klinisk relevans	16
10	Referenser.....	17

1 Bakgrund

1.1 Fotledsstukning

Akuta idrottsskador utgör tio till femton procent av det totala antalet skadetillfällen på en svensk akutmottagning. Det förekommer en högre skadefrekvens inom lagidrotter jämfört med individuella idrotter. Inom lagidrotter som handboll och fotboll gör kroppskontakten mellan spelaren att flera akuta idrottsskador uppkommer. Femtio procent av alla akuta idrottsskador drabbar den nedre extremiteten, där fotled och knäled är vanligast. [1] En epidemiologisk studie från USA, gjord inom 15 collegeidrotter under en 15 års period, visar på att det årligen sker 11 000 fotledsstukningar enbart inom de 15 aktuella collegeidrotterna. [2] I England gjordes en studie som visade att mellan 50,2 och 60,9 av 10 000 personer i befolkningen per år drabbades av en fotledsstukning. [3]

En studie gjord på 380 idrottare i Hong Kong visar att 73 % får upprepade stukningar. [4] Åttiofem procent av alla ankelskador är stukningar och 85 % av dessa stukningar drabbar fotens laterala ligament. [5]

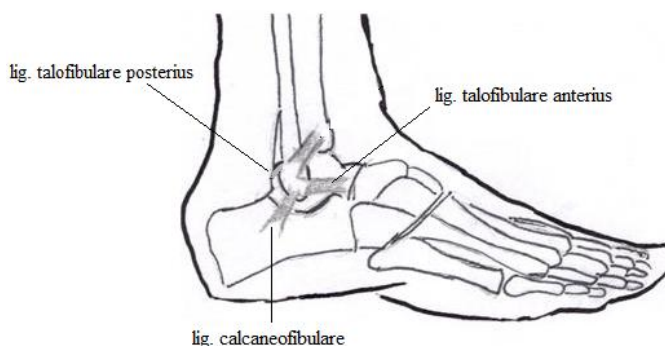


Bild 1. Fotledens tre laterala ligament.

Ligamenten kring fotleden har till syfte att stabilisera denna. På lateralsidan sitter ligamentum talofibulare anterius (FTA-ligament), ligamentum talofibulare posterius (FTP-ligament) och ligamentum calcaneofibulare (FC-ligament). På mediala sidan av fotleden finns det ett ligamentkomplex; ligamentum deltoideum. [6,7]

En skada på de laterala fotledsligamenten sker vid snedtramp då foten forceras i en supination. Ligamentum deltoideum är så starkt att det vid en forcerad pronation oftare sker en slitfraktur på mediala malleolen än en ligamentskada. [1,7] FTA-ligamentet är det svagaste laterala fotledsligamentet med en hållfasthet på 20 kg. Detta ligament är viktigt för proprioceptionen i fotleden. Fotleden är en av kroppens mest kongruenta leder. Dess stabilitet är störst vid belastad dorsalflexion, då talus glider posteriort. Det är först vid plantarflexion som stabiliteten i fotleden är beroende av ligamentens hållfasthet. [7] Belastningen på fotleden uppgår till fyra till sex gånger kroppsvikten. [6] FTA-ligamentet skadas först vid en fotledsstukning. Här efter skadas FC-ligamentet och FTP-ligamentet. Sextiosex procent av alla fotledsstukningar drabbar enbart FTA-ligamentet och 20 % drabbar både FTA- och FC-ligamentet. [8]

Det finns en gradering mellan I-III beroende på hur omfattande fotledsstukningen är. Symptomen för grad I är en sträckning utan ruptur av de laterala ligamenten. Grad II inkluderar en förlust av funktion, en partiell ruptur av FTA-ligamentet men ett intakt FC-ligament, svullnad och blödning samt måttlig smärta. Grad III innefattar en total förlorad funktion, spridd svullnad, blödning, total ruptur av de laterala ligamenten och ligament instabilitet. [9]

Återhämningsprocessen efter en fotledstukning kan delas in i fem faser. Fas ett är den akuta, inflammatoriska fasen som varar mellan noll till tre dagar. Då upplever man smärta vid vila, foten svullnar och ett hematom uppstår. Foten klarar inte av att ta emot full vikt. Fas två är den subakuta fasen som varar mellan fyra till tio dagar. Tillhörande symptom är att foten kan aktivt föras till neutral position, reducerad svullnad och foten kan belastas men klarar inte att fullborda avvecklingen av foten. Fas tre varar mellan 11 till 21 dagar, fas fyra mellan tre till sex veckor och slutligen fas fem mellan sex-tolv veckor. Vid fas tre och fyra minskar hematomet tills det är helt borta. En normal avveckling av foten kan utföras. Smärta och rädsla uppstår vid ADL under fas tre och även under sportaktiviteter vid fas fyra. Fas fem innebär återgång till normal aktivitetsnivå. [10]

Den mekaniska stabiliteten efter en lateral ligamentskada i fotleden sker en förbättring mellan tre veckor till sex månader efter skadetillfället. [8] Om patienten återvänder till träning med för hög belastning och progression innan ligamentet är läkt, kan ligamentet förlängas i läkningsprocessen. [11] Vid fas tre är målet att öka muskelstyrka, funktionell stabilitet, öka rörlighet samt gå, springa och använda trappor. Därefter progredieras övningarna, belastningen och hastigheten, där slutmålet vid fas fem är att komma tillbaka till samma nivå som innan skadeinträffandet. [10] En fotledsstukning av en svårare grad har en svårare prognos, då denna kräver en intensivare behandling jämfört med en stukning av en mildare grad. [12]

Vid en fotledsstukning sker en partiell ligamentruptur, vilket skapar en avslitning av kärl och nervförbindelser. En blödning och vävnadsskada uppstår som inom några minuter skapar ett hematom. [6] Av denna mekaniska påverkan påbörjas en inflammationsprocess. Processen innefattar en utvidgning av blodkärlen i det inflammerade området, vilket leder till att mer blod och plasmaproteiner strömmar till. Detta ger upphov till rodnad hud och värmeökning. En större proteinkoncentration i vävnadsvätskan samt ett mindre hydrostatiskt tryck leder till ett lokalt ödem då det osmotiska trycket stiger. Inflammatoriska celler som prostaglandiner frisätter stora mängder smärtframkallande histamin i det inflammerade området. [13] Ett ökat tryck i vävnaden ger smärta och försenad läkningsprocess. Genom skydd (protection), vila (rest), kyla (ice), kompression (compression) och högläge (elevation) (PRICE) är syftet att stoppa blödning, svullnad och den inflammatoriska processen i akutskedet. [14] Akutskedet innebär de första 48 timmarna. [7] Samma princip kan även nämnas som RICE. [15,16]

1.2 Skydd/Vila

När skadan inträffar ska individen direkt upphöra med aktiviteten för att minska blödning och svullnad. [17] Efter en skada rekommenderas vila för att undvika nya blödningar eller att den aktuella blödningen förvärras. [18] Individen måste initialt undvika faktorer som ökar cirkulationen och svullnaden, så som varm dusch, alkohol och full viktbelastning på foten. Full viktbelastning på foten sker när smärtan tillåter detta, företrädesvis 24-48 timmar efter skadeinträffandet. [17] Flertalet författare har i artiklar jämfört studier av tidig mobilisering och immobilisering efter mjukdelsskada. Författarna har konstaterat att tidig mobilisering är bra för att foten ska läka i rätt läge. Dock kan för stor aktivitet förvärra skadan. [19, 20] Enligt riktlinjer utarbetat av det nederländska sjukgymnastikförbundet (KNGF) är det först vid fas två, det vill säga tre dygn efter skadetillfället den belastningsbärande kapaciteten vid gång byggs upp. [10]

1.3 Kyla

I den akuta inflammatoriska fasen efter en mjukdelsskada är syftet med kylbehandling att minska ödemet. En studie gjord på råttor visar att en vasokonstriktion av kapillärerna för att minska blodflödet till skadeområdet framkallas. [21] Kylbehandlingen kan även hindra den hypoxi som på grund av blödning uppstår sekundärt i vävnaderna runt skadan. En annan aspekt på behandlingen är att hastigheten av de inhiberande nerverna ökar och det sker en smärthämning av kylbehandlingen [22,23,14,18]. Detta uppstår när man kyler huden till ca 15° grader. [22] Det finns indikationer på att kylbehandling inte är en effektiv metod för att reducera svullnad och smärta vid akuta fotledsstukningar. I klinisk praxis står kylbehandling, kompression och högläge i samband med varandra. Därför är det svårt att endast avgöra värdet av kylbehandling som behandling. [24] Kylbehandling kan appliceras i olika former som exempelvis ispåse, kallt vatten, isbitar, snö, kylgel och kylspray. [23,14,17] Vid kylbehandling med ispåse, isbitar och snö bör huden skyddas mot kylan med en tunt lager tyg alternativt bandage. [23] En ispåse har bäst effekt de första fem till tio minuterna. Effekten kan förlängas genom att skaka påsen. Under de första tio minuterna sker en minskning av genomblödning två centimeter ned i vävnaden med fem till tio procent. Efter en halvtimme är denna minskning 50 %. [23] För en effektiv smärtlindring ska kylpåsen användas under minst 20 minuter. Ett byte av ispåse måste ske för att få bäst effekt. [14] Hur ofta och hur länge kylbehandlingen ska appliceras på skadan finns det olika svar på. Enligt Bruncker och Khan är intermitterande applicering av is i tio minuter effektivt, medan andra författare hävdar att isen ska appliceras i 15 minuter under de två första timmarna och sedan minska frekvensen över nästa 24 timmar. [17] En rekommendation enligt det nederländska sjukgymnastförbundet (KNGF) är att under de tre första dagarna applicera kyla intermitterande 15-20 minuter vid en till tre gånger per dag. [10]

1.4 Kompression

En kompression över det skadade området görs med ett bandage med syfte att reducera blödning och svullnad. [17] Detta är den viktigaste åtgärden för att uppnå bästa reduktion. Hematom uppkommer efter de första 30 sekunderna och därför bör kompressionen appliceras inom detta intervall. En hård/maximal åtstramning av lindan leder till en reduktion av blodflöde med 95 % inom loppet av några sekunder. Trycket över det skadade området ökar om en pelott läggs över det skadade området. En lättare åtstramad linda leder till blodgenomströmning på 60 %. [23] I litteraturen beskrivs att kompressionen ska bestå under 15-30 minuter. Därefter bör lindningen lättas och behållas till svullnaden är borta. [14,18]

1.5 Högläge

Högläge för den skadade kroppsdelen minskar det hydrostatiska trycket och minskar ansamlingen av vätska. [17] Dock har kompressionsbehandlingen en större betydelse för en reduktion av blödning och svullnad. Högläget ska vara 30 centimeter ovan hjärthöjd för att blodflödet ska kunna minska. [23] Åtgärden är viktigt för att undvika svullnad och bör bestå i 24-48 timmar. [14]

Vår erfarenhet är att det finns brister i de behandlingsmetoder som tränare och ledare använder vid en akut fotledsstukning. Därför ville vi genom en enkätstudie ta reda på om PRICE metoden tillämpas av tränare och ledare.

2 Syfte

Syftet med studien var att genom en enkätstudie ta reda på vilka metoder som tränare och ledare använder sig av vid akut omhändertagande av en fotledsstukning. Enkätstudien vände sig till tränare och ledare inom idrotterna handboll och fotboll.

3 Frågeställningar

- När och hur använder tränare och ledare sig av kompressionsbehandling vid akut omhändertagande av en fotledsstukning?
- När och hur använder tränare och ledare sig av höglägesbehandling vid akut omhändertagande av en fotledsstukning?
- När och hur använder tränare och ledare sig av kylbehandling vid akut omhändertagande av en fotledsstukning?
- Hur länge rekommenderar tränarna och ledarna spelaren att inte belasta den skadade foten?
- Rekommenderar tränare och ledare vidare kontakt med sjukvården?

4 Etiskt ställningstagande

Uppgifterna från enkäterna behandlades konfidentiellt. Inga ytterligare etiska ställningstaganden behövde tas.

5 Metod

Enkätstudien var riktad till tränare och ledare inom åldersgrupperna åtta år till seniornivå inom idrotterna handboll och fotboll. Urvalet av tränare och ledare gjordes genom personlig kännedom. Enkäterna (Bilaga 1) skickades eller delades ut till 57 tränare och ledare i Skåne.

Inklusionskriterierna var att tränarna eller ledarna var över 18 år samt att de varit tränare eller ledare för ett lag i de valda idrotterna de senaste två åren. Tränarna och ledarna kontaktades via telefon i de flesta fall. Därefter skickades enkäten tillsammans med ett portofritt svarskuvert eller överlämnades och hämtades enkäterna av någon av oss projektansvariga personligen.

Enkäterna (Bilaga 1) lämnades ut mellan 29 maj och 15 juni 2009. Vid första utskicket återkom 44 enkäter. Påminnelseutskicket lämnades ut den 7 september med sista svarsdag den 5 oktober 2009. Totalt skickades 13 påminnelseutskick, varav en enkät kom åter. Totalt inkom 45 enkäter. Detta ger en total svarsfrekvens på 79 %. De öppna frågorna i enkäten kategoriserades av författarna efter flest lika svar.

Materialet analyserades med deskriptiv statistik.

5.1 Bortfallsanalys

Av de 12 enkäter som inte återkom var nio stycken från tränare och ledare inom handboll och tre stycken från tränare och ledare inom fotboll. Inget internt bortfall förekom.

5.2 Beskrivning av undersökningsgrupp

Av de tränare och ledare som svarat på enkäterna var 58 % (26 personer) tränare och ledare inom handboll och 42 % (19 personer) inom fotboll.

Medelvärdet för det antal år som tränarna eller ledarna varit aktiva var 9,2 år, där den längst tiden var 30 år och den kortaste två år. Medianvärdet var 7 år.

Åttio procent (36 personer) av tränarna och ledarna var män och 20 % (nio personer) var kvinnor.

6 Resultat

Resultatet redovisas enligt enkätens frågor (Bilaga 1).

1 a) Använder Du kompressionsbehandling vid akut omhändertagande av en fotledsstukning?

Fyrtiofyra av 45 tränare och ledare använder kompressionsbehandling vid det akuta omhändertagandet.

1 b) Hur snabbt efter skadetillfället påbörjar Du kompressionsbehandlingen?

Totalt besvarade 44 tränare och ledare denna fråga, varav 21 tränare och ledare (48 %) påbörjar kompressionsbehandlingen inom 30 sekunder efter skadeinträffandet. Fjorton av 44 tränare och ledare (32 %) inleder kompressionen mellan 30 sekunder till en minut och nio tränare och ledare (20 %) efter en minut till fem minuter. Ingen angav svar på tidsintervallen fem till 15 minuter och över 15 minuter.

1 c) Vilka material använder Du vid kompressionsbehandling? (exempelvis elastiskt bandage, Dauerbinda, pelott, snusdosa, tejprulle)

Tränarna och ledarna fick själva uppge vilket material de använder vid kompressionsbehandling. Ett eller flera alternativ angavs. Det var 44 tränare och ledare som besvarade frågan. Dauerbinda och pelott var de material som vanligen används vid kompressionsbehandling. (Tabell 1)

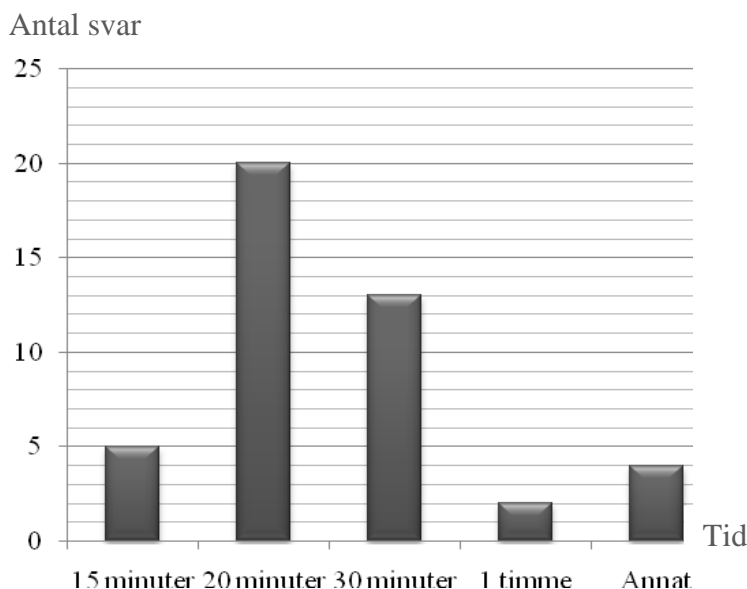
Tabell 1. Material som används av tränare och ledare vid kompressionsbehandling vid det akuta omhändertagandet av en fotledsstukning (n=44)

Material	Antal svar
Dauerbinda	32
Pelott	17
Elastiskt bandage	13
Tejprulle	5
Det som finns tillgängligt för tryckfördelning	5
Kylpåse	2
Snusdosa	2
Strumpa	1
Skummgummi	1
Klippta knäskyddsbitar	1

Not. Svaren är kategoriserade av författarna.

1 d) Hur lång tid rekommenderar Du att det första kompressionsbandaget sitter på vid en akut fotledsstukning?

Den mest förekommande tidsrekommendation från tränarna och ledarna är att kompressionsbandaget sitter på under 20 minuter. Ingen hade uppgett alternativet tio minuter. Det är 44 tränare och ledare som besvarat frågan. (Figur 1)



Figur 1. Tidsrekommendation av tränare och ledare till spelare för kompressionsbehandling vid det akuta omhändertagandet av en fotledsstukning. (n=44)

2 a) Rekommenderar Du Din spelare att fortsätta ha foten lindad efter kompressionsbehandlingen i det akuta skedet?

Av de 44 tränare och ledare som använder kompressionsbehandling rekommenderar 41 tränare och ledare att spelarna ska fortsätta att ha foten lindad efter det första akuta omhändertagandet. Tre tränare och ledare ger inte denna rekommendation till sina spelare.

2 b) Hur länge rekommenderar Du Din spelare att ha foten lindad efter kompressionsbehandlingen?

Under tidskategorin övrigt ingår svaren; tills det känns okej, så länge som möjligt, skadans omfattning avgör, tills foten blir undersökt och tills rehabiliteringsträningen påbörjats. Tränarna och ledarna fick själva uppge ett eller flera alternativ. Fyrtioen tränare och ledare har besvarat frågan. (Tabell 2)

Tabell 2. Tidsrekommendation av tränare och ledare till spelare för fortsatt kompressionsbehandling vid en fotledsstukning (n=41)

Tid	Antal svar
1-2 h	3
10-12 h	7
1 dygn	6
1-2 dygn	9
> 2 dygn	3
Övrigt	13

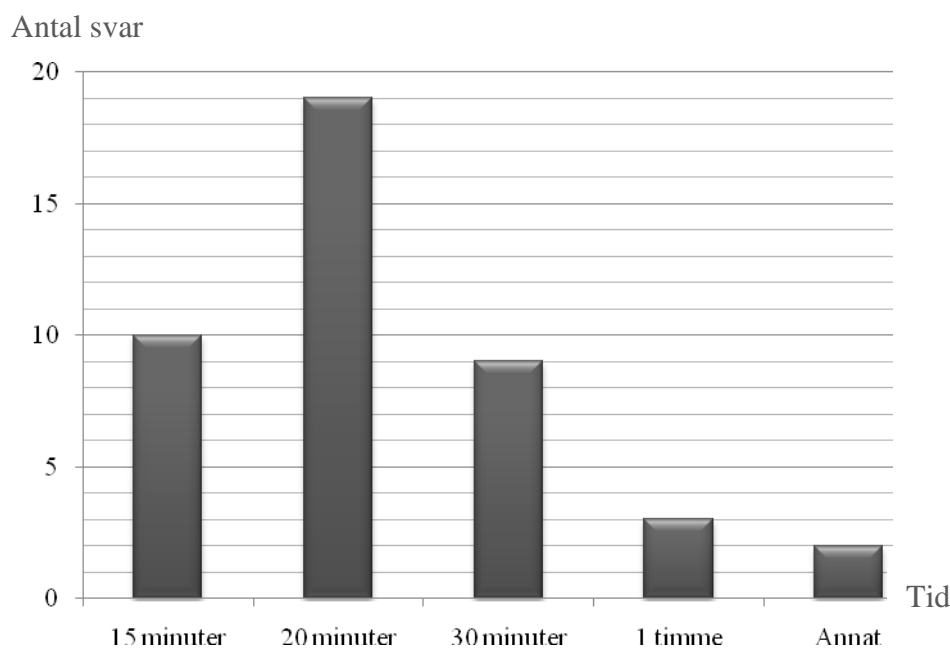
Not. Svaren är kategoriserade av författarna.

3 a) Använder Du behandling med högläge vid en akut fotledsstukning?

Fyrtiotre av 45 tränare och ledare använder höglägesbehandling vid det akuta omhändertagandet av en fotledsstukning. Två av tränarna och ledarna använder inte höglägesbehandling.

3 b) Hur länge rekommenderar Du Din spelare att ligga med foten i högläge vid det akuta omhändertagandet av fotleden?

Av de 43 tränare och ledare som använder höglägesbehandling angav ingen tiden tio minuter. Nitton tränare och ledare (44 %) anger att de initialt rekommenderar högläge i 20 minuter. (Figur 2)



Figur 2. Tidsrekommendation av tränare och ledare till spelare för höglägesbehandling vid det akuta omhändertagandet av en fotledstukning. (n=43)

3 c) Om spelaren ligger på golvet, hur högt höjer Du foten i högläget?

Under kategorin övrigt ingår svaren; 30 grader, över 45 grader och över kroppen. Tränarna och ledarna fick själva uppge ett eller flera alternativ. Det är 43 tränare och ledare som besvarat frågan. (Tabell 3)

Tabell 3. Rekommenderad höjd från tränare och ledare till spelare för höglägesbehandling i centimeter från golvet vid en fotledsstukning (n=43)

Höjd	Antal svar
< 30 cm	2
30 cm	12
30-50 cm	6
50-60 cm	5
> 60 cm	4
Ovan hjärthöjd	9
Ovan huvudhöjd	2
Övrigt	4

Not. Svaren är kategoriserade av författarna.

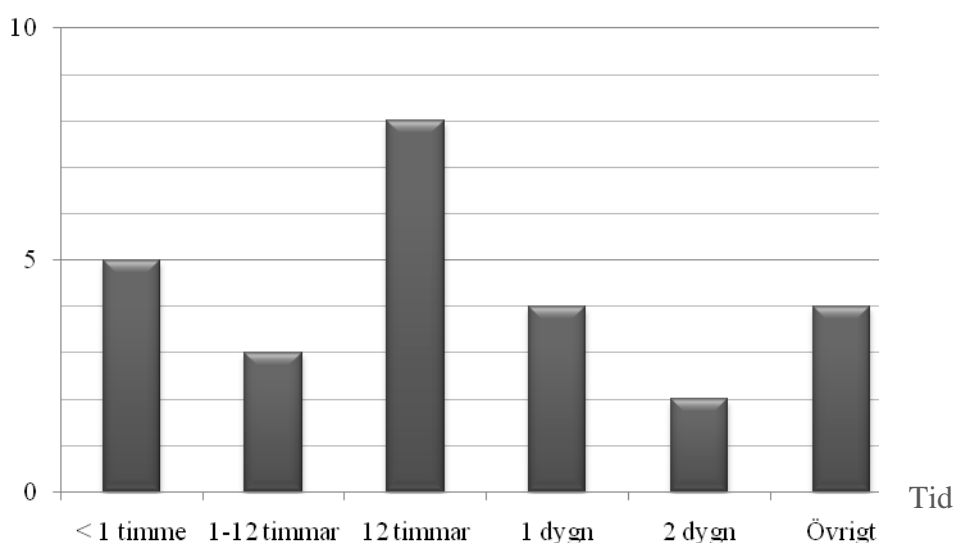
4 a) Rekommenderar Du Din spelare att fortsätta med höglägesbehandling efter det första akuta omhändertagandet?

Tjugofyra tränare och ledare (56 %) rekommenderar fortsatt höglägesbehandling medan 19 tränare och ledare inte ger denna rekommendation. Det är 43 tränare och ledare som har besvarat frågan.

4 b) Hur länge rekommenderar Du Din spelare att fortsätta med höglägesbehandling?

Under kategorin övrigt ingår svaren; så länge som möjligt, svullnaden avgör, beror på skadans omfattning. Tränarna och ledarna fick själva uppge ett eller flera alternativ. Det är 24 tränare och ledare som besvarat denna fråga. (Figur 3)

Antal svar



Figur 3. Tidsrekommendation av tränare och ledare till spelare för fortsatt höglägesbehandling vid en fotledsstukning. (n=24)

Not. Svaren är kategoriserade av författarna.

5 a) Använder Du kylbehandling vid det akuta omhändertagandet av en fotledsstukning?

Arton av 45 tränare och ledare använder kylbehandling vid akuta omhändertagandet av en fotledsstukning. Tjugosju tränare och ledare (60 %) använder inte kylbehandling.

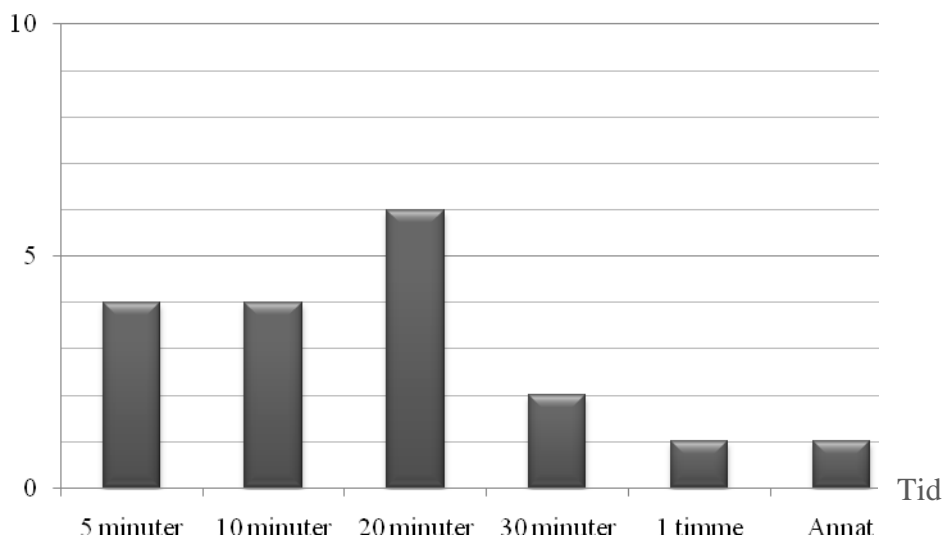
5 b) Vilken typ av kylbehandling använder Du?

Av de 18 som använder kylbehandling uppgav 16 att de använder ispåse, tre använder kylgel, tre använder kylspray och en använder kallt vatten. Tränarna och ledarna fick själva uppge ett eller flera alternativ.

5 c) Vid det första akuta omhändertagande av Din spelare. Hur länge rekommenderar Du Din spelare att kyla det skadade området med den valda kylbehandlingen?

Den mest förekommande tidsrekommendationen angående kylning av det skadade området vid det akuta omhändertagandet är 20 minuter. Trettiofyra procent av tränarna och ledarna uppger denna tidsrekommendation. Samma antal tränare och ledare (22 %) anger en tidsrekommendation på fem minuter respektive tio minuter. Arton tränare och ledare har besvarat denna fråga. (Figur 4)

Antal svar



Figur 4. Tidsrekommendation av tränare och ledare till spelare för kylbehandling vid det akuta omhändertagandet av en fotledsstukning. (n=18)

6 a) Rekommenderar Du Din spelare att fortsätta med kylbehandlingen efter det första akuta omhändertagandet?

Fem av 18 tränare och ledare rekommenderar fortsatt kylbehandling.

6 b) Hur länge rekommenderar Du Din spelare att fortsätta med kylbehandlingen?

Tre av de fem tränarna och ledarna som besvarat denna fråga uppger att de rekommenderar en fortsatt kylbehandling under fem till tio minuter. En person ger en tidsrekommendation på tre dygn. Ett svar ingår i en övrigtkategori. Tränarna och ledarna fick själva uppge en tid.

7 a) Hur lång tid efter skadetillfället rekommenderar Du Din spelare att gå på foten utan hjälpmedel?

Arton av 45 tränare och ledare rekommenderar sina spelare att så fort som möjligt belasta foten fullt. Elva uppgav att stukningens omfattning är avgörande för deras rekommendation. Tränarna och ledarna fick själva uppge ett eller flera alternativ. (Tabell 4)

Tabell 4. Tidsrekommendation av tränare och ledare till spelare om att gå på foten utan hjälpmedel efter en fotledsstukning (n=45)

Tid	Antal svar
Så fort som möjligt	18
Stukningens omfattning avgör	11
Smärtan avgör	9
1-2 dygn	6
Efter avslutat akut omhändertagande	3
Spelarens bedömning	2
Inget svar	2
3-4 dygn	1

Not. Svaren är kategoriserade av författarna.

7 b) Hur lång tid efter skadetillfället rekommenderar Du Din spelare att vara med på uppvärmning och lättare träning?

Fjorton av tränarna och ledarna uppgav att stukningens omfattning är avgörande för deras rekommendation. Fem tränare och ledare rekommenderar sina spelare att så fort som möjligt vara med på uppvärmning och lättare träning. Tränarna och ledarna fick själva uppge ett eller flera alternativ. Det är 45 tränare och ledare som besvarat frågan. (Tabell 5)

Tabell 5. Tidsrekommendation av tränare och ledare till spelare att vara med på uppvärmning och lättare träning efter en fotledsstukning (n=45)

Tid	Antal svar
Stukningens omfattning avgör	14
Spelarens egen bedömning	9
1 vecka	8
1-2 veckor	6
Så fort som möjligt	5
2-3 dygn	5
4-5 dygn	4
Smärtan avgör	3
Efter sjukgymnastens råd	1

Not. Svaren är kategoriserade av författarna.

7 c) Hur lång tid efter skadetillfället rekommenderar Du Din spelare att vara med i matchspel?

Den mest förekommande rekommendationen från tränare och ledare är att spelarens egen bedömning avgör när matchspel är aktuellt. Tio tränare och ledare anger att stukningens omfattning avgör. Tränarna och ledarna fick själva uppge ett eller flera alternativ. Det är 45 tränare och ledare som besvarat frågan. (Tabell 6)

Tabell 6. Tidsrekommendation av tränare och ledare till spelare att vara med i matchspel efter en fotledsstukning (n=45)

Tid	Antal svar
Spelarens egen bedömning	11
Stukningens omfattning avgör	10
Smärtan avgör	7
Så fort som möjligt	1
1-2 veckor	6
Klara 1-2 träningar utan smärta	5
1 vecka	5
2-4 veckor	4
Så fort som möjligt med tejpning	4
Rekommendation av läkare eller sjukgymnast	3
5-7 dagar	2
4-8 veckor	1
2-28 dagar	1

Not. Svaren är kategoriserade av författarna.

8 a) Rekommenderar Du Din spelare att söka sjukvård efter skadetillfället?

Totalt besvarade 45 tränare och ledare denna fråga, varav 78 % rekommenderar spelaren att söka vidare sjukvård. Tio personer gör inte denna rekommendation.

8 b) Vilka symtom vid skadetillfället eller i efterförloppet avgör om Du rekommenderar vidare kontakt med sjukvården?

Tränarna och ledarna fick själva uppge ett eller flera alternativ. Det är 45 tränare och ledare som besvarat frågan. Den kursiverade och indragna texten i tabellen beskriver flera olika symtombilder som tränarna och ledarna väljer att lyfta fram gällande vad som avgör om dem rekommenderar vidare sjukvård. Den mest förekommande symtombilden för rekommendation för vidare kontakt med sjukvården är svår smärta och svullnad. (Tabell 7)

Tabell 7. Symtom avgör om tränare och ledare rekommenderar spelare till kontakt med sjukvården efter en fotledsstukning (n=45)

Symtombild	Antal svar
Kan ej stödja på foten	6
Rekommenderar alltid läkar- eller sjukgymnastkontakt	4
Beroende på skadetillfället ex ljud/knak	3
Spelare och föräldrars bedömning	1
Skadans omfattning	27
<i>Svårt smärta</i>	18
<i>Svullen</i>	18
<i>Missfärgning i huden</i>	3
<i>Ömhet</i>	2
<i>Annorlunda</i>	1
<i>Rodnad</i>	1
<i>Sned</i>	1
<i>Allmäntillstånd</i>	1

Not. Svaren är kategoriserade av författarna.

7 Diskussion

7.1 Metod

En enkät utformades och ansågs vara lämpligt instrument för att undersöka vilka metoder tränare och ledare använder sig av vid akut omhändertagande av en fotledsstukning.

Valet av tränare och ledare gjordes utifrån personliga kontakter. Detta tror vi gav en högre svarsfrekvens än om vi genom randomisering valt ut tränare och ledare i ett visst geografiskt område. Dock resulterar detta i att färre föreningar representeras och att flera av de tränare och ledare som deltagit i studien troligen gått samma tränarutbildning. Undersökningsgruppen är tränare och ledare för olika åldersgrupper. En mer specificerad bild hade framkommit om vi hade valt att randomisera enkäter till tränare och ledare inom i en träningsgrupp i samma ålder. Dock var detta inte målet med studien. En felkälla är att vi omedvetet kan ha valt ut tränare och ledare att delta i studien grundat på deras kunskap i ämnet.

Antalet tränare och ledare i vår studie begränsades av antalet utskick som Sjukgymnastutbildningen på Lunds Universitet bekostade. Slutantalet blev 57 utskick varav 45 återkom. Detta gav en svarsfrekvens på 79 %. Vi har inte analyserat bortfallet. Dock tänker vi att det kan vara tränare och ledare som anser sig ha ett bristande akut omhändertagande som inte svarat på enkäten.

Enkäten var upplagd med öppna och slutna frågor. De öppna frågorna gav mer information, eftersom tränarna och ledarna inte blev styrda av svarsalternativ som sker med slutna frågor. Dock ger öppna frågor svårigheter i resultatredovisning då vi kategoriserat svaren. Vi kan ha tolkat svaren på ett annat sätt än vad deltagarna syftat till. Samtidigt ger de slutna frågorna specifika svar.

Oklarheter har uppkommit vid svar på följande frågor: I fråga 1c anges svarexempel vilket kan ha påverkat tränarna och ledarna. De kan ha blivit omedvetet styrda av exemplen eller tolkat frågan som att man måste välja alternativ av de nämnda exemplen. Däremot på fråga 3 c angavs inga exempel, vilket resulterade i att tränarna och ledarna gav otydliga svar. Tydligare instruktioner, exempelvis att man anger höjden i centimeter, kunde ha förbättrat svaren. Även i fråga 4 b borde vi ha angett en enhet, exempelvis timmar. Fråga 7 a kunde ha förtydligats med när spelaren går utan hjälpmedel.

Frågor som vi i efterhand konstaterat skulle vara av relevans för ämnesområdet är följande: Har ni tillgång till sjukgymnast eller läkare i klubben/laget? Har du gått någon kurs i akut omhändertagande av idrottsskada? Dessa frågor är av vikt då flera tränare och ledare angivit att det finns tillgång till en sjukgymnast i laget. De behöver därför inte själva vara insatta i behandlingen av idrottsskador.

7.2 Resultat

Kompressionsbehandlingen är den viktigaste faktorn i det akuta skedet av en fotledsstukning i syfte att reducera blodflödet till det skadade området. [17] Resultatet i vår studie visade på att 44 av 45 tränare och ledare använde sig av kompressionsbehandling. Detta anser vi vara ett bra resultat. För att få den bästa reduktionen ska kompressionen påbörjas inom de första 30 sekunderna efter skadeinträffandet. [23] Resultatet i vår studie visade på att nästan hälften av tränarna och ledarna påbörjade kompressionsbehandlingen inom detta tidsintervall. Inom fotboll kan det vara svårt att hinna ut till spelaren i tid det vill säga inom 30 sekunder. Sjuttiofem procent av deltagarna låter första kompressionsbandaget sitta på 20-30 minuter. Tidsintervallet är helt i enlighet med de riktlinjer som finns. [14,18] En intressant fråga hade varit hur hårt tränare och ledare väljer att linda den skadade fotleden. Det krävs en maximal åtstramning av lindan för att få en reduktion i blodflödet med 95 %. [23]

Fyrtiotre av 45 tränare och ledare använder sig av höglägesbehandling vid det akuta omhändertagandet av en fotledsstukning. Syftet med höglägesbehandlingen är att minska det hydrostatiska trycket och ansamlingen av vätska. [17] Högläget ska vara 30 centimeter ovan hjärthöjd och bör bestå i 24-48 timmar. [14,23] Sex tränare och ledare av 43 rekommenderar höglägesbehandling i 24 timmar eller mer. På frågan hur högt tränarna och ledarna rekommenderar sin spelare att höja foten i höglägesbehandlingen fick vi otydliga svar. Anledningen till detta kan vara, som tidigare nämnts, en otydlig formulering av frågan. De skiljda svaren på frågan gav en svårighet att kategorisera och resultatet kan bli missvisande.

Användning av kylbehandling i det akuta omhändertagandet av en fotledsstukning var mindre utbrett än vad vi trodde. Endast 40 % av tränarna och ledarna använder kylbehandling vid den akuta behandlingen av en fotledsstukning. Det har ofta förekommit att tränare och ledare använt en ispåse vid det akuta omhändertagandet vid matcher och träningar som vi närvarat vid. Vi funderar nu kring om denna ispåse används till att kyla

det skadade området eller som tryck. En fundering är att ispåsen aldrig aktiveras utan endast används som tryck, då ispåsen kostar pengar.

Ispåse är det vanligaste materialet som användes i vår studie vid kylbehandling. En ispåse har bäst effekt de första fem till tio minuterna. [23] Tjugotvå procent av tränarna och ledarna har uppgett att de använder kylbehandling under fem minuter. Vi menar att en felkälla kan uppkomma när tränarna och ledarna i frågan kan ha svarat på hur länge ispåsen har effekt, istället för hur länge den egentliga kylbehandlingen appliceras. Om tränarna och ledarna använder ispåsen som både tryck och kylbehandling kommer ispåsen att behövas bytas efter tio minuter och en fullgod kompressionsbehandling blir inte möjlig. Kompressionsbehandlingen är den viktigaste faktorn i det akuta skedet. [17] Kyla är huvudsakligen smärtlindande. [14,18,22,23] Med denna grund anser vi att en ispåse inte ska användas som tryck, då detta kommer att avbryta den viktiga kompressionsbehandlingen.

Arton av 45 tränare och ledare rekommenderar sin spelare att belasta foten så fort som möjligt efter skadeinträffandet. Däremot framgår det inte hur stor belastning som läggs på den skadade foten. Som tidigare nämnts i vår diskussion är formuleringen av frågan i enkäten otydlig. Därför kan vi inte med säkerhet veta om tränarna och ledarna menar att spelaren stödjer med full belastning på foten. Det är först under fas två (2-10 dagar) av återhämtningsprocessen som foten ska belastas med full kroppsvikt. [10,17,18,19,20] Anledningen till vila är för att undvika att nya blödningar ska uppstå eller att den aktuella blödningen förvärras. [17,18] Samtidigt är graden av belastning på den skadade foten beroende på skadans omfattning, vilket 11 tränare och ledare uppgav i sitt svar. En tro på tidig belastning av en fotledstukning i grad II och III kan enligt oss bero på bristande kunskap hos tränarna och ledarna.

Elva tränare och ledare angav att det är spelarens bedömning som avgör när matchspel är aktuellt. Samma svar angavs av nio tränare och ledare när spelaren rekommenderas till att delta på lättare träning eller uppvärmning. Spelaren vill helst vara tillbaka i träning och matchspel så fort som möjligt. Vi anser att det handlar om att spelaren behöver få information om skadan samt hur förtidig återgång till träning och match kan påverka återhämtningsprocessen. En ökning av mekanisk stabilitet efter en lateral ligamentskada ses tre veckor till sex månader efter skadeinträffandet. [8]

Sjuttioåtta procent av tränarna och ledarna rekommenderar kontakt med sjukvården. Detta anser vi vara bra för chanserna för en god rehabilitering.

Förväntningarna på denna enkätstudie var att det skulle finnas större brister i det akuta omhändertagandet av en fotledstukning än vad vi fann.

8 Konklusion

Utifrån resultatet vill vi lyfta fram att 44 av 45 tränare och ledare använder sig av kompressionsbehandling vid en fotledstukning i det akuta skedet. Sjuttiofem procent av tränare och ledare låter första kompressionsbandaget sitta kvar i 20-30 minuter. Höglägesbehandling används av 43 av 45 tränare och ledare. Sextio procent av tränare och ledare använder inte kylbehandling i det akuta skedet. Ispåse är det vanligaste materialet vid kylbehandling. Arton av 45 tränare och ledare rekommenderar sina spelare att belasta foten så fort som möjligt efter skadetillfället. Graden av smärta och svullnad avgör om

tränare och ledare rekommenderar sin spelare till kontakt med sjukvård. Tränare och ledare som har medverkat i vår studie visar på ett gott akut omhändertagande vad gällande kompression, höglägesbehandling och rekommendation till vidare sjukvård. Kylbehandling används endast hos 40 % av tränarna och ledarna. Det som brister hos många tränare och ledare är hur snabbt foten belastas efter en fotledsstukning.

9 Klinisk relevans

Vår studie visar på att information om när en stukad fotled ska belastas och hur mycket den får belastas måste nå ut till tränare och ledare. Detta borde poängteras och utvecklas inom tränarutbildningar.

10 Referenser

1. Lindgren U, Svensson O. Orto. 3 uppl. Ljubljana: Liber AB; 2007.
2. Hootman JM, Dick R, Agel J. Epidemiology of Collegiate Injuries for 15 Sports: Summary and Recommendations for Injury Prevention Initiatives. *J Athl Train.* 2007; 42(2): 311–319.
3. Bridgman SA, Clement D, Downing A, Walley G, Phair I, Maffulli N. Population based epidemiology of ankle sprains attending accident and emergency units in the West Midlands of England, and a survey of UK practice for severe ankle sprains. *Emerg Med J.* 2003; 20:508–510.
4. Yeung MS, Chan KM, So CH, Yuan WY. An epidemiological survey on ankle sprain. *Br J Sp Med.* 1994; 28(2).
5. Nyanzi CS, Langridge J, Heyworth JRC, Mani J. Randomized controlled study of ultrasound therapy in the management of acute lateral ligament sprains of the ankle joint. *Clin Rehabil.* 1999; 13:16.
6. Bojsen-Møller F. Rörelseapparatens anatomi. Stockholm: Liber AB; 2005.
7. Holmström E, Moritz U. Rörelseorganens funktionsstörningar - Klinik och sjukgymnastik. Dabas: Studentlitteratur; 2007.
8. Hubbard TJ, Hicks-Little CA. Ankle ligament healing after an acute ankle sprain: an evidence-based approach [review]. *J Athl Train.* 2008; 43(5):523-9.
9. Beynon BD, Renström PA, Haugh L, Uh BS, Barker H. A Prospective, Randomized Clinical Investigation of Treatment of First-Time Ankle Sprains. *Am J Sports Med.* 2006; 34 (6):1401-1412.
10. Royal Dutch Society for Physical Therapy. KNGF-Guideline for Physical Therapy in patients with acute ankle sprain. *Dutch Journal of Physical Therapy* 2006; 116(5).
11. Denegar CR, Miller SJ 3rd. Can Chronic Ankle Instability Be Prevented? Rethinking Management of Lateral Ankle Sprains. *J Athl Train.* 2002; 37(4):430-435.
12. Lamb SE, Nakash RA, Withers EJ, Clark M, Marsh JL, Wilson S, et al. Clinical and cost effectiveness of mechanical support for severe ankle sprains: design of a randomised controlled trial in the emergency department. *BMC Musculoskeletal Disord.* 2005; 6(1):1-8.
13. Sand O, Sjaastad Ø, Haug E. Människans fysiologi. Stockholm: Liber AB; 2001.
14. Karlsson J, Thomeé R, Martinsson L, Swärd L. Motions- och idrottsskador och deras rehabilitering. Ödeshög: SISU Idrottsböcker; 1997.
15. Bleakley CM, O'Connor S, Tully MA, Rocke LG, MacAuley, McDonough SM. The PRICE study (Protection Rest Ice Compression Elevation): design of a randomised

- controlled trial comparing standard versus cryokinetic ice applications in the management of acute ankle sprain. *BMC Musculoskelet Disord.* 2007; 8:125.
16. Kerr K, Daley L, Booth L, Stark J. Guidelines for the physiotherapy management of soft tissue injury with protection, rest, ice, compression and elevation (PRICE) during the first 72 hours. Chartered Society of Physiotherapy (CSP) and the Association of Chartered Physiotherapists in Sports Medicine (ACPSM). 2002.
 17. Brunker P, Khan K. *Clinical sports medicine.* 3 uppl. The McGraw-Hill Companies; 2006.
 18. Ekstrand J, Karlsson J. *Fotbollsmedicin.* Ödeshög: Svenska idrottsförbundet; 1998.
 19. Buckwalter J A. Activity vs. rest in the treatment of bone, soft tissue and joint injuries. *Iowa Orthop J.* 1995; 15: 29–42.
 20. Kannus P, Parkkari, Järvinen T L N, Järvinen T A H, Järvinen M. Basic science and clinical studies coincide: active treatment approach is needed after a sports injury. *Scand J Med Sci Sports.* 2003; 13: 150-154.
 21. Deal DN, Tipton J, Rosencrance E, Curl WW, Smith TL. Ice reduces edema: A study of microvascular permeability in rats. *J Bone Joint Surg.* 2002; 84-A:1573–1578.
 22. Chesterton LS, Foster NE, Ross L. Skin temperature response to cryotherapy. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002; 83:543–549.
 23. Bahr R, Mæhlum S. *Idrottsskador Förebygga - behandla, rehabilitera.* Stockholm: SISU Idrottsböcker; 2004.
 24. Bleakley C, McDonough S, MacAuley D. The use of ice in the treatment of acute soft-tissue injury: a systematic review of randomized controlled trials. *Am J Sports Med.* 2004 Jan-Feb;32(1):251-61.



2010-03-29

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för sjukgymnastik

Tränare och ledares val av metoder vid akut omhändertagande av en fotledsstukning inom idrotterna handboll, fotboll och innebandy - En enkätstudie

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Fotledsstukningar är vanliga och det akuta omhändertagandet är viktigt för en snabb återgång till idrotten. Syftet med studien är att ta reda på vilka metoder Ni som tränare/lagledare använder vid akut omhändertagande av en fotledsstukning.

Vi ber Dig fylla i enkäten som finns på nästkommande sidor. Enkäten tar ett par minuter att fylla i och Era svar kommer sammanställas av oss.

Vi har i vår studie valt att begränsa oss till lagledare/tränare inom idrotterna handboll, fotboll och innebandy. Ert namn har vi fått tag på via personliga kontakter.

Om Du accepterar att delta i vår studie ber vi att Du besvarar frågorna i bifogade enkät så fullständigt som möjligt och skickar tillbaka den i det portofria svarskuvertet. Ditt deltagande är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak.

Svarskuvertet är kodat så att vi kan pricka av att Du svarat. Vi ber dig svara senast..... Hör du inte av Dig inom fyra veckor kommer enkäten skickas till Dig på nytt igen.

Dina svar på enkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till Dina svar. Resultatet av vår studie kommer att redovisas så att Du inte kan identifieras. Konfidentialitet garanteras.

Studien ingår som ett examensarbete i Sjukgymnastprogrammet.

Om Du vill veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till någon av oss Lina och Madelene eller till vår handledare Anne.

Med vänlig hälsning

Madelene Jönsson
Östergatan 24 Hässleholm
0730489879
madelene.jonsson.728@student.lu.se

Lina Albin
Bokvägen 5b Kristianstad
0703617126
lina.albin.524@student.lu.se

Handledare Anne Sundén
Leg Sjukgymnast,
Universitetsadjunkt
Lunds Universitet
Sjukgymnastutbildningen
046 2228957
anne.sunden@med.lu.se

Tränare och ledares val av metoder vid akut omhändertagande av en
fotledsstukning inom idrotterna handboll och fotboll

ENKÄT

Namn _____ Klubb _____ / Åldersgrupp _____

Antal år som tränare/ledare _____

1 a) Använder Du kompressionsbehandling vid akut omhändertagande av en fotledsstukning?

Ja

Nej

Om ja på 1a, fortsätt till 1b annars till 3

1 b) Hur snabbt efter skadetillfället påbörjar Du kompressionsbehandlingen?

< 30 sekunder

30 sekunder till 1 minut

1 minut till 5 minuter

5 minuter till 15 minuter

> 15 minuter

1 c) Vilka material använder Du vid kompressionsbehandling? (exempelvis elastiskt bandage, Dauerbinda, pelott, snusdosa, tejprulle)

1 d) Hur lång tid rekommenderar Du att det första kompressionsbandaget sitter på vid en akut fotledsstukning?

- 10 minuter
- 15 minuter
- 20 minuter
- 30 minuter
- 1 timme
- Annat _____

2 a) Rekommenderar Du Din spelare att fortsätta ha foten lindad efter kompressionsbehandlingen i det akuta skedet?

- Ja
- Nej

Om ja på 2a, fortsätt till 2b annars till 3

2 b) Hur länge rekommenderar Du Din spelare att ha foten lindad efter kompressionsbehandlingen?

3 a) Använder Du behandling med högläge vid en akut fotledsstukning?

Ja

Nej

Om ja på 3a, fortsatt till 3b annars till 5

3 b) Hur länge rekommenderar Du Din spelare att ligga med foten i högläge vid det akuta omhändertagandet av fotleden?

10 minuter

15 minuter

20 minuter

30 minuter

1 timme

Annat _____

3 c) Om spelaren ligger på golvet, hur högt höjer Du foten i högläget?

4 a) Rekommenderar Du Din spelare att fortsätta med höglägesbehandling efter det första akuta omhändertagandet?

Ja

Nej

Om ja på 4a, fortsatt till 4b annars till 5

4 b) Hur länge rekommenderar Du Din spelare att fortsätta med höglägesbehandling?

5 a) Använder Du kylbehandling vid det akuta omhändertagandet av en fotledsstukning?

Ja

Nej

Om ja på 5a, fortsätt till 5b annars till 7

5 b) Vilken typ av kylbehandling använder Du?

Kylspray

Ispåse (typ Cold-Pack)

Kallt vatten

Isbitar

Kylgel

Annat _____

5 c) Vid det första akuta omhändertagande av Din spelare. Hur länge rekommenderar Du Din spelare att kyla det skadade området med den valda kylbehandlingen?

5 minuter

10 minuter

20 minuter

30 minuter

1 timme

Annat _____

6 a) Rekommenderar Du Din spelare att fortsätta med kylbehandlingen efter det första akuta omhändertagandet?

Ja

Nej

Om ja på 6a, fortsätt till 6b annars till 7

6 b) Hur länge rekommenderar Du Din spelare att fortsätta med kylbehandlingen?

7 a) Hur lång tid efter skadetillfället rekommenderar Du Din spelare att gå på foten utan hjälpmedel?

7 b) Hur lång tid efter skadetillfället rekommenderar Du Din spelare att vara med på uppvärmning och lättare träning?

7 c) Hur lång tid efter skadetillfället rekommenderar Du Din spelare att vara med i matchspel?

8 a) Rekommenderar Du Din spelare att söka sjukvård efter skadetillfället?

Ja

Nej

Om ja på 8a, fortsätt till 8b

8 b) Vilka symtom vid skadetillfället eller i efterförloppet avgör om Du rekommenderar vidare kontakt med sjukvården?

Tack för Din hjälp

Lina Albin

Madelene Jönsson

Anne Sundén

Bilaga 2

Här får Du ett nytt utskick av enkäten ”Tränare och ledares val av metoder vid akut omhändertagande av en fotledsstukning inom idrotterna handboll och fotboll”.

Hoppas Du har möjlighet att fylla i och sända den åter till oss senast den.....

Tack på förhand

Lina Albin, Madelene Jönsson och Anne Sundén