



# Return to play og skaderisiko

Riktig opptrening etter skade er essensielt for at en utøver skal komme tilbake i trening og konkurranse, og vi vet at risikoen for en ny skade øker ved å starte opp igjen for tidlig. Men beslutningen om når det er forsvarlig å gjenoppta trening og konkurranse etter et skadeavbrekk, vil trolig alltid være vanskelig å ta. En ny studie fra BJSM på profesjonelle fotballspillere viser at hver ekstra trening som gjennomføres mellom retur til full trening og første kamp, reduserer risikoen for å få en ny skade i nettopp den første kampen. Dette belyser viktigheten av en god treningsperiode også etter retur til idrett.



AV NINA ERGA SKJSETH  
FYSIOTERAPEUT

Fotballspillere er i løpet av en sesong utsatt for både små og store skader, som setter utøverne ut av trening og spill i alt fra noen dager til flere måneder. Ved mange av skadene har man sett at tidlig 'Return to play' (RTP - retur til idrett) er en stor risikofaktor for å få en ny skade. For å ta ACL som et eksempel, har det blitt dokumentert at en utøver er betydelig mer utsatt for en ny ACL-skade dersom han eller hun returnerer til vridningsidrett før man er 'ordentlig'

rehabiliteret, både fysisk og mentalt. Resultatene fra en svensk doktorgradsavhandling [1, omtalt i «Fysioterapi i privat praksis nr. 3 2019»], viste at retur til kne-dominerende idrett tidligere enn ni måneder etter ACL-rekonstruksjon ga en markert forhøyet risiko for å få en ny ACL-skade, sammenlignet med å vente ni måneder eller mer. Ved å utsette retur til kne-dominerende idrett til ni måneder eller mer etter operasjon, så man at risikoen for en ny ACL-skade kunne reduseres med hele 86%. Vi ser dessverre flere eksempler på utøvere som får en ny langvarig skade når de er på vei tilbake etter den primære skaden, både i toppidretten og på lavere nivåer. Til

eksempel røk alpinisten Ragnhild Mowinckel korsbåndet på nytt under alpin trening mindre enn 9 måneder etter den første operasjonen, til tross for god knefunksjon og solide styrkeresultater. Og de fleste kjenner vel historien til håndballspilleren Nora Mørk. Fysioterapeuter prøver iherdig å utsette comeback og RTP hos utøvere, men det er ikke alltid lett å bremse hverken utøveren selv, trenere eller foreldre. For hver ekstra uke eller måned utøveren utsetter RTP, så reduseres trolig risikoen for re-skade eller ny skade.

**UEFA-studien: Bakgrunn og metode**  
BJSM har nylig publisert to studier som har sett på skaderisiko ved

retur til kamp etter skade [2], samt tidspunkt for RTP for de vanligste skadene i fotball [3]. Disse studiene er basert på post hoc-analyser av data fra en prospektiv kohortstudie i profesjonell fotball for menn: Union of European Football Associations (UEFA) Elite Club Injury Study. Lag som kvalifiserte seg til gruppespillet i UEFA Champions League, eller ble ranket blant de 50 beste lagene i Europa, var aktuelle for inkludering. Denne studien har inkludert data fra 16 påfølgende sesonger fra 01/02 til 16/17. Totalt 4.088 spillere fra 64 lag var involvert i studien i løpet av disse sesongene, og det ble rapportert totalt 16.087 skader fra 1.571.448 individuelle treningsøkter og 303.637 kampoppptredener.

### Risiko for skade ved første kamp etter RTP

Forskergruppen hadde en hypotese om at skaderisiko etter RTP etter et skadefravær påvirkes av treningsmengden som gjennomføres før retur til kamp eller konkurranse. Målet med Bengtsson et al sin studie [2] var å analysere om antall gjennomførte treningsøkter mellom retur til idrett og den første påfølgende kampen var assosiert med risiko for skade for mannlige utøvere i profesjonell fotball.

Av totalt 16.087 rapporterte skader, oppstod 8.984 (56 %) av dem i kamp, hvorav 3.422 (38 %) var muskelskader. Den totale risikoen for å få en skade under kamp lå på 3 %, mens risikoen for å få en muskelskade eller ikke-muskelskade var henholdsvis 1,1 % og 1,8 %. Den gjennomsnittlige risikoen for å få en kampskade i løpet av en sesong var på 25 skader per 1000 spilte kamptimer, hvorav tallet for muskelskader var 9,5 per 1000 spilte kamptimer.

Når det gjaldt første kampoppptreden etter skade, ble totalt 4.805 kamper inkludert i analysene. Det ble rapportert om 219 nye skader i første kamp etter RTP – 115 av dem var muskelskader og 104 ikke-muskelskader. Risikoen for å få en skade i første kampoppptreden etter RTP var 4,6 %, mens risikoen for muskelskader og ikke-muskelskader var henholdsvis 2,4 % og 2,2 %. Dette

ga en kampkadeffrekvens på 46,9 skader per 1000 spilte kamptimer, med 24,6 for muskelskader og 22,3 for ikke-muskelskader.

Analysene viste at skadefrekvensen i første kamp etter RTP etter en moderat til alvorlig skade var 87 % høyere enn den gjennomsnittlige sesongmessige skadefrekvensen. Dette var mye grunnet en økning i antall muskelskader. Forfatterne konkluderte med at risiko for muskelskade i første kamp etter RTP ble redusert med 13 % for hver ekstra treningsøkt som spilleren gjennomførte mellom retur til idrett og den første kampen. Dette bidro til en 7 % reduksjon i generell skaderisiko.

Antall skader som oppstod i første kamp var som nevnt på 219. Over 60 % (n = 132) av disse oppstod hos utøvere som kun hadde gjennomført 0-3 treningsøkter mellom RTP og den første kampen. Over 90 % (n = 198) av skadene ble observert hos utøvere som hadde gjennomført seks eller færre økter etter RTP. Fra sju og opp til ti økter var risikoen for skade omtrent lik den generelle risikoen for skade under kamp for hele populasjonen samlet (altså 3 %). Se tabell (bilde) for detaljert informasjon.

Vil det da bety at man kan konkludere med at utøvere alltid bør gjennomføre minst sju treningsøkter

etter RTP før den første kampen? Sannsynligvis ikke, siden det alltid vil være individuelle variasjoner i både skadeomfang og -type, samt i utøverens fysiske og mentale egenskaper og utvikling. Uansett er det mye som tilser at risikoen for skade er lavere dersom man får gjennomført en god treningsperiode etter retur til idrett før man konkurrerer. Flere økter vil gi en større mengde med konkurranse-lik trening, og en utøver vil få bedre tid til å bli trygg og fysisk rustet til å konkurrere. Desto mer alvorlig skade og lengre skadefravær, desto viktigere vil tiden mellom RTP og første konkurranse være.

### Skadefravær i fotball

I fotball er det heldigvis ikke alvorlige og langvarige skader som dominerer når man ser på den totale skadeforekomsten. Resultatene fra Ekstrand et al [3] viste at små og moderate skader utgjorde størsteparten (98 %) av de totale skadene i toppfotballen. I følge denne store prospektive studien, var de fleste fotballskader enten milde (6440 tilfeller, 42 %) eller moderate (8518 tilfeller, 56 %), mens bare få (311 tilfeller, 2 %) var alvorlige. Milde skader ble i denne sammenhengen omtalt som et fravær på sju dager eller mindre, moderate skader et fravær på 7-28 dager, mens et skadefravær på mer enn 28 dager ble kategorisert som en alvorlig skade. →





Analysene viste at milde skader med fravær under 7 dager hovedsakelig rammet underekstremitetene, med traumatiske skadetyper som kontusjoner eller kapsel- og leddbåndskader, eller smerter/skader relatert til overbelastning. Mange av disse skadene tilheler raskt og gjør at utøverne ikke nødvendigvis går glipp av en eneste kamp.

Av de moderate skadene med fravær opp mot 4 uker, var flesteparten strukturelle muskelskader i lår og lyske. Disse skadene har ofte høy frekvens og i kohortstudien så man at disse stod for rundt 60 % av det totale skadefraværet. De seks vanligste skadene tilhørte moderat-kategorien (muskelskade i hamstrings, quadriceps og legg, lyske/adduktorsmerter, leddbåndskader i ankelen og MCL-skade i kneet), og disse utgjorde mer enn 50 % av alt fravær forårsaket av de 31 vanligste skadene i fotball. Strukturelle muskelskader på leggmuskler, hamstrings og quadriceps hadde alle svært like fraværsperioder (i snitt 13 dager), noe som kan indikere at muskelvev trenger en viss tilhelingsstid før spillere kan returnere til idrett, uavhengig av hvilken muskelgruppe som er berørt.

Kun to av de 31 mest vanlige skadene i fotball var alvorlige (mer enn 28 dagers fravær), og disse to var ACL-ruptur og lateral meniskskade. Selv om de alvorlige skadene er relativt sjeldne, kan de fortsatt ha stor innvirkning på lagenes spiller-tilgjengelighet på grunn av det lange skadefraværet. De to nevnte diagnosene forårsaket til sammen 18 % av alle fraværsdager for de 31 vanligste diagnosene. Med bakgrunn i dette fremhever forfatterne viktigheten av å ikke bare å se på skadefrekvens når man vurderer konsekvenser av skader i profesjonell fotball. Kombinasjonen av skadefrekvens og alvorlighetsgrad, altså skadebelastningen, vil mest sannsynlig være et mer klinisk levedyktig verktøy å benytte for å beskrive konsekvensene av skader i profesjonell fotball.

De fem skadene med lengst skadefravær i kohortstudien var alle kneskader. Selv om ACL-ruptur var

**Table 2** Injury rates in the first match appearance following return to play

Training sessions*	Observations n (%)	Muscle injury rate† (n)	Non-muscle injury rate† (n)	Total injury rate† (n)
0–1 training session	745 (16)	31.5 (22)	14.3 (10)	45.8 (32)
Two training sessions	956 (20)	35.6 (33)	30.2 (28)	65.8 (61)
Three training sessions	723 (15)	32.3 (23)	22.5 (16)	54.8 (39)
Four training sessions	688 (14)	16.0 (11)	14.5 (10)	30.5 (21)
Five training sessions	579 (12)	18.4 (10)	31.3 (17)	49.6 (27)
Six training sessions	397 (8)	12.4 (5)	32.1 (13)	44.5 (18)
Seven training sessions	248 (5)	21.1 (5)	12.6 (3)	33.7 (8)
Eight training sessions	221 (5)	4.6 (1)	22.9 (5)	27.5 (6)
Nine training sessions	153 (3)	19.8 (3)	6.6 (1)	26.4 (4)
Ten training sessions	95 (2)	21.9 (2)	10.9 (1)	32.8 (3)
Total	4805 (100)	24.6 (115)	22.3 (104)	46.9 (219)

\*Number of training sessions between return to play and the first match appearance.

†Injuries/1000 hours of match play.

den diagnosen med soleklart lengst skadefravær, viste resultatene at spillerne i gjennomsnitt returnerte tidligere til idrett enn de 9-12 månedene som er anbefalt [1]. Mindre enn 15 % (25 av 183) av spillerne med en ACL-skade hadde en fraværsperiode på over 9 måneder (270 dager), noe som belyser noen av utfordringene som eksisterer rundt RTP i toppidretten. Til tross for tidlig RTP, viste analysene at kun 6,6 % pådro seg en ny ACL-skade, noe som er lavere enn 'forventet'. Det kan tyde på at håndteringen av disse skadene på toppnivå i europeisk herrefotball er relativt effektiv og suksessfull, uten at man bør ekstrapolere disse resultatene av den grunn.

#### RTP etter re-skader

Vi har gjentatte ganger sett at tidligere skade er blant de største risikofaktorene for en ny skade. Resultatene fra Ekstrand et al viste at enkelte skader hadde signifikant

lengre skadefravær ved re-skade enn ved førstegangsskaden. Dette gjaldt primært for senesmerter i akilles, skade på leggmuskel, lyskerelatert smerte og muskelskader i hamstrings og quadriceps.

#### Oppsummering

Majoriteten av skadefraværet i profesjonell fotball stammer fra skader der utøverne er ute av trening og kamp i opptil 4 uker. Informasjon om assosiasjoner mellom skadetendens og antall gjennomførte treningsøkter mellom retur til idrett og første kampopptreden etter skade kan hjelpe klinikere, spillere og støtteapparat i profesjonell fotball til å ta velinformerte og kanskje mer fornuftige beslutninger om når en utøver er klar for retur til kamp etter skade. Dette for å redusere risikoen for en ny påfølgende skade tidlig i forløpet.

Se kilder/referanser side 36.