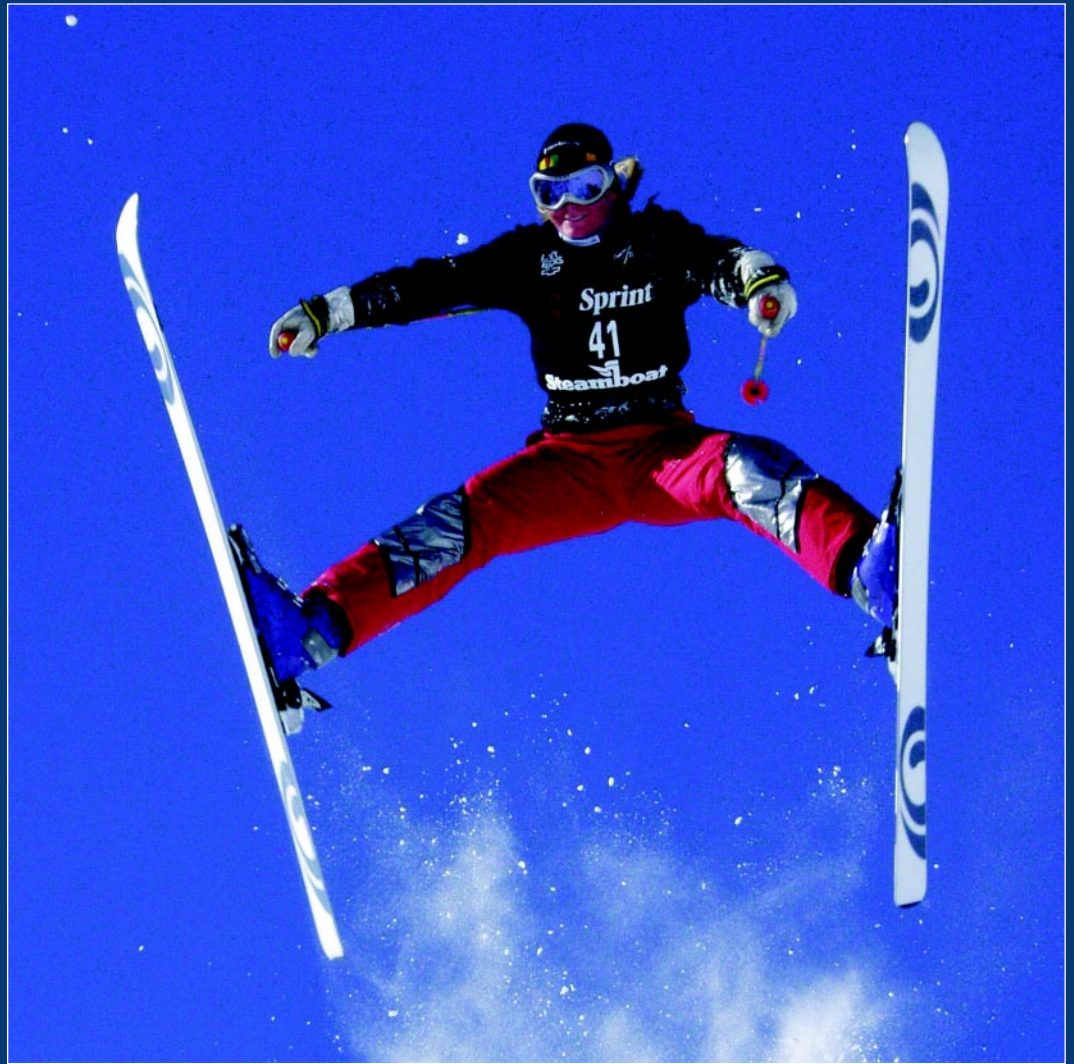


DANSK SPORTSMEDICIN



PSYKOLOGISKE ASPEKTER VED IDRÆT



faggruppen
for
idrætsfysioterapi



Arne Gam
Redaktør

Endnu et år er gået. Især i den sidste del af året har det knebet gevaldigt at rekruttere artikler til bladet, og derudover har der været store problemer med at skaffe annoncer til bladet. Tingene ser lysere ud og 2002 bliver forhåbentlig uden de samme problemer.

I dette blad er vi heldigvis igen oppe på 3 artikler:

Kim Jensen beskriver psykologiske aspekter omkring skader hos idrætsudøvere. I artiklen anfører han at mange behandlere overser

sammenhængen mellem psykologi og skader / skadevarighed. De fleste behandlere er godt klar over sammenhængen, men erfaringen er, at mange idrætsudøvere (og andre patienter) har svært ved at acceptere en sammenhæng og måske mest af alt føler det er en bortforklaring, fordi behandlerne ikke kan finde ud af hvad der er galt. Desværre har de alt for ofte ret og måske burde dialogen med idrætsudøveren ofte munde ud i at "jeg kan ikke finde ud af hvad du fejler". Det er ærlig snak og bør ikke af behandleren opfattes som et nederlag.

Birgit Petersson beskriver spiseforstyrrelser og idræt. Der hersker næppe nogen tvivl om at for nogle idrætsudøvere bliver idrætten en måde at negligere andre problemer på, men heldigvis synes idræt

også i mange tilfælde at være en god måde at komme videre på.

Peter Ankermann artikel om arthrose holdes i generelle termer, og derfor bliver de kontroversielle emner kun berørt overfladisk. F.eks. er den beskrevne biokemiske modelforklaring meget simpel og beskriver ikke de modstridende fund indenfor denne forskning. Derudover skelner forfatteren ikke mellem primær og sekundær arthrose. Det ville også have klædt artiklen hvis risikovurderingen indenfor forskellige sportsgrene havde været mere præcis. Et anden interessant område som artiklen ikke diskuterer er, om røntgenforandringer er en anvendelig surrogatparameter for arthrose.

God læselyst og glem ikke at bladet er for alle medlemmer i FFI og DIMS.

Dansk Sportsmedicin nummer 1,
6. årgang, februar 2002.
ISSN 1397 - 4211

Formål

DANSK SPORTSMEDICIN er et tidsskrift for Dansk Idrætsmedicinsk selskab og Faggruppen for Idrætsfysioterapi. Indholdet er tværfagligt klinisk domineret. Tidsskriftet skal kunne stimulere debat og diskussion af faglige og organisationsmæssige forhold. Dermed kan tidsskriftet være med til at påvirke udviklingen af idrætsmedicinen i Danmark.

Abonnement

Tidsskriftet udsendes 4 gange årligt i månederne februar, maj, august og november til medlemmer af Dansk Idrætsmedicinsk Selskab og Faggruppen for Idrætsfysioterapi. Andre kan tegne årsabonnement for 250 kr. incl. moms.

Adresse:

DANSK SPORTSMEDICIN
Red.sekr. Gorm H. Rasmussen
Terp Skovvej 82
DK - 8270 Højbjerg
Tlf. og tlf.-svarer: 86 14 42 87
E-mail: ffi-dk@post3.tele.dk

Redaktion

Overlæge Allan Buhl, overlæge
Svend Erik Christiansen, speciallæge
Arne Gam, overlæge
Per Hölmich, fysioterapeut
Henning Langberg, fysioterapilærer
Nina Schriver, fysioterapilærer
Leif Zebitz, fysioterapeut
Svend B. Carstensen.

Ansvarshavende redaktør

Speciallæge Arne Gam

Indlæg

Redaktionen modtager indlæg og artikler. Redaktionen forbeholder sig ret til at redigere / forkorte i manuskripter efter aftale med forfatteren. Stof modtages på diskette vedlagt udskrift eller (efter aftale) i maskinskrevet form.

Manuskriptvejledning kan rekvireres hos redaktionssekretæren.

Artikler i tidsskriftet repræsenterer ikke nødvendigvis redaktionens holdninger.

Priser for annoncering

Oplyses ved henvendelse til redaktionssekretæren.

Tryk og Layout

Tryk: EJ Offset AS, Beder
DTP: Gorm Helleberg Rasmussen

Forsidefoto

Sportsfoto ApS.
Motiv: Vinter OL 2002-deltager i pukkelpist, Anna Bolbjerg.

Dansk Sportsmedicin udgives med støtte fra Kulturministeriet.

© Indholdet må ikke genbruges uden tilladelse fra ansvarshavende redaktør.

Indhold:

FORENINGSNYT	4	Ledere
FAGLIGT	6	Psykologiske aspekter ved idrætsskader <i>Kim K. Jensen</i>
	10	Spiseforstyrrelser - fokus på idræt <i>Birgit Petersson</i>
	13	Sport og slidgigt <i>Peter Angermann</i>
FFI ÅRSMØDE	15	Program og abstracts
KURSUS- OG MØDEREFERATER	17	Dansk Idrætsmedicinsk Selskabs årsmøde 2001 <i>Arne Gam og Leif Zebitz</i>
	18	European Federation of Sports medicine Congress 2001 <i>Andreas Hartkopp</i>
	19	Norsk Idrettsmedisinsk Forenings Høstkongres 2001 <i>Arne Gam</i>
	21	International Federation of Sports Physiotherapy Congress 2001 <i>Connie Linnebjerg og Birgith Andersen</i>
KURSER OG MØDER	25	
NYTTIGE ADRESSER	30	



**faggruppen
for
idrætsfysioterapi**

Deadlines for kommende numre:

Nummer	Udkommer	Artikelstof	Annoncer
2/2002	ca. 15. maj	1. april	15. april
3/2002	ca. 15. august	15. juni	15. juli
4/2002	ca. 15. november	1. oktober	15. oktober
1/2003	ca. 15. februar	1. januar	15. januar

Venlig hilsen Redaktionen



Dansk
Idrætsmedicinsk
Selskab

v/ Klaus Bak,
formand

'TOLV EN HALV OM MÅNEDEN'

Nej, det er ikke en titel på en ny erotisk film fra Zentropa med Kim Basinger, men det beskedne beløb som alle medlemmer i DIMS skal lægge ekstra i kontingent efter enstemmig vedtagelse på generalforsamlingen. Det er en forhøjelse af kontingentet på 150 kroner årligt til 825 kroner. Kontingentet har været uændret i mange år, mens udgifterne til de to poster som især præger udgiftssiden, Dansk Sportsmedicin og Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, er steget noget. DIMS har det seneste år måttet erlægge moms for Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, altså 25 % oveni hvad vi tidligere betalte. Danmark er det eneste land i Skandinavien hvor der er moms på videnskabe-

lige tidsskrifter, tilmed også på portoen! Derudover har DANSK SPORTSMEDICIN oplevet en svigtende interesse for annoncering, hvilket giver både FFI og DIMS øgede udgifter til bladet. Der er fuld opbakning fra begge parter til at holde bladet i gang, og der er iværksat initiativer til at engagere sponsorer og annoncører. Der var endvidere bred opbakning ved generalforsamlingen om at begge tidsskrifter skal bibeholdes. Løsninger såsom individuel abonnering på Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports medfører en betydelig prisstigning for den enkelte, og ret beset – jeg tror de fleste medlemmer ikke ser kontingentstigningen som et væsentligt problem. Det svarer altså til en meget lille ispind eller en høkerbajer per måned.

Generalforsamlingen ved Årsmødet i Odense i november var udover økonomien også præget af megen fin debat om specielt uddannelse. Der er en generel afmatning omkring postgraduate kurser, hvilket uddannelsesudvalget nu arbejder på at få rettet op. Det var derfor også med glæde at bestyrelsens forslag til kommissorium for Diplomuddannelsen i Idrætsmedicin, blev

vedtaget uden væsentlige indvendinger. Det må være en ekstra gulerod, at man kan opnå en anerkendelse for ihærdig og systematisk idrætsmedicinsk efteruddannelse. I løbet af foråret vil alle lægelige medlemmer af selskabet modtage tilmeldingsskema for hidtil opnåede diplompoint. Det skal understreges, at der er tale om en overgangsordning hvor tidligere kurser og praktisk erfaring kan medregnes. I løbet af et til halvandet år vil der herefter udelukkende blive tale om løbende godkendelse af kurser og anden pointgivende aktivitet.

DIMS bliver ofte kontaktet af idrætsfolk som ønsker oplyst navnet på en praktiserende læge med speciel interesse i idrætsmedicin i deres område. Regler for annoncering tillader ikke at praktiserende læger (eller reumatologer og ortopædkirurger for den sags skyld) reklamerer med specialviden. Vi vil dog gerne imødekomme dette ønske ved at lægge oplysninger om kontaktadresse/telefon/mail på DIMS' hjemmeside på de medlemmer som giver tilladelse hertil. Medlemmerne vil blive informeret herom per brev.

Godt Nytår



6th Scandinavian Congress on Medicine and Science in Sports

November 21-24 2002, Aarhus, Denmark

The 6th Scandinavian Congress will be held under the protection of HRH Crownprince Frederik of Denmark, and will cover major topics within sports medicine.

The *scientific programme* will contain following:

Symposia:

- Meniscal injuries
- Prevention of sports injuries
- Thermal shrinkage in orthopedic surgery
- Medicament treatment of sports injuries
- Tendinopathy in sports
- Cycling
- Elbow and sports
- Scuba diving

Lecture:

- Robotic computer assisted knee surgery

Mini-battle:

- Lumbal spondylolisthesis and participation in sports

Instructional courses:

- Running injuries, prevention and treatment
- Traumatic knee injuries, diagnosis and primary treatment
- Endurance training and chronic diseases
- Rehab programs for shoulder injured athletes

The congress will allow for submission of **free communication** both as oral presentations and as posters. Best posters will be awarded. Six oral presentations will be selected for an **award competition**. Finally, the "Young Scandinavian Sports Medicine Investigator Award" will be announced at the meeting.

The *social programme* will contain a **Town hall reception** and a **Congress dinner**.

Further information: www.sportscongress.dk



Faggruppen
for
Idrætsfysioterapi

v/ Gorm Helleberg
Rasmussen, formand

Forår er årsmødetid!

Vanen tro afholder faggruppen sit årsmøde inden så længe - nærmere betegnet fredag/lørdag den 22. og 23. februar. I år er der i det faglige indhold sat fokus på bækken- og hofteregionen med baggrund i, at dette årti af mange bliver betegnet som "hofteleddets årti". Bestyrelsen har valgt at hente en udenlandsk ekspert, Ernest Schilders, til landet som supplement til de danske kræfter, Finn Bojsen-Møller og Peter Rheinländer. Vi ser frem til årsmødet i håbet om et godt fremmøde, et godt fagligt udbytte og rart samvær med andre medlemmer.

Årsmøde bliver til landsmøde ...

I 2003 har vi valgt at slutte op om Danske Fysioterapeuters tanker om at afholde et fælles landsmøde for DFs mange undergrupperinger. DF's tanke er at lave et flerdages-arrangement med dels fællessessioner af interesse på tværs af grupperinger, dels parallelsessioner, der tilgodeser særinteresser. Det er meningen at "Fysiotera-

peut-dage 2003" skal løbe af stablen i efteråret, og der bliver angiveligt snart etableret en arrangementsgruppe. Fra og med 2004 har vi - hvad alle burde vide - valgt at slå vores årsmøder sammen med Dansk Idrætsmedicinsk Selskabs.

Årsmøde betyder også generalforsamling

Faggruppens ordinære generalforsamling afholdes lørdag den 23. februar kl. 11:30. Her fremsætter bestyrelsen forslag om en hel del ændringer i vedtægterne - ja, det kunne faktisk ligne et helt nyt sæt. Baggrunden er, at faggruppen sidste år i juni blev godkendt som "fagforum" under den forudsætning, at vi selv på kommende generalforsamling godkender overgangen fra faggruppe til fagforum. Det forventer bestyrelsen selvfølgelig, og det er af den grund at der kommer sæt reviderede vedtægter på bordet. Ordet fagforum skal nemlig indgå i fagforas benævnelse - kræver Danske Fysioterapeuter - og Danske Fysioterapeuter har til fagfora produceret nogle standardvedtægter, som vore egne må tilnærmes. Når vores generalforsamling har godkendt et nyt navn og et nyt sæt vedtægter, må sagen retur til Danske Fysioterapeuter til godkendelse i Hovedbestyrelsen. Lykkes godkendelsen, er alting i orden og vi er igen anerkendt som det brede fagfelt, som vi hele tiden har været - forstå mig ret - det ændrer jo egentlig ikke noget ved

vores daglige virke, kun på formalia.

Specialisering

I bestyrelsen mente vi at have fået opfattelsen af, at godkendelse som fagforum ville medføre at vi var et af de første "brede fagfelter", som Danske Fysioterapeuter ville satse at gøre til et specialtområde. Det forlyder nu fra Specialistrådet, at det skal vi ikke umiddelbart regne med. Specialistrådets tanker går angiveligt på at putte flere brede fagfelter ind under et fælles område "muskuloskeletale problemer" - det får den betydning at en fysioterapeut ikke kan blive specialist i idrætsfysioterapi, men specialist i "fysioterapi til muskuloskeletale problemer". Ak ja, vores eneste forhåbning om at få benævnelsen for arbejdsområdet "idrætsfysioterapi" med, skulle nu være som "undertitel", hvis det bliver gjort muligt at have sådan en. Desværre sidder vi ikke med ved bordet i Specialistrådet - selv om vi synes vi burde - så det er svært for os at være tæt på begivenhederne og få gjort den indflydelse gældende, som faggruppens størrelse berettiger til. Det forlyder dog, at vi får en repræsentant med i det ad hoc-udvalg, der skal arbejde med indholdet i området "muskuloskeletale problemer", og det smager jo altid lidt af fisk at have en finger med i spillet dér.

Godt nytår!

TILLYKKE!



Nina Beyer

Bestyrelsen for Faggruppen for Idrætsfysioterapi siger stort tillykke til fysioterapeut Nina Beyer og fysioterapeut Henning Langberg for de flotte præstationer i slutningen af 2001:

Nina Beyer vandt foredragskonkurrencen ved Dansk Idrætsmedicinsk Selskabs årsmøde i november og Henning Langberg fik "HvU-Prisen" på International Federation of Sports Physiotherapys kongres i december.



Henning Langberg

Psykologiske aspekter ved idrætsskader

Cand.psych. Kim K. Jensen

Indledning

Denne artikel om psykologiske aspekter ved idrætsskader er ikke et videnskabeligt indlæg, men en artikel bygget dels på mine egne erfaringer og dels på undersøgelser fra udlandet. Baggrunden for mine egne erfaringer er en uddannelse som psykolog og mit arbejde med eliteidrætsudøvere gennem mere end 15 år. Jeg har i Team Danmark regi og andre arbejdet med idrætsudøvere indenfor de fleste idrætsgrene, individuelle som holdidrætter. Idrætsgrene med og uden direkte kropskontakt. De psykologiske aspekter ved idrætsskader, som jeg ønsker at tage op i denne artikel er følgende to overordnede områder:

1. Kan vi ud fra psykologiske faktorer forudse hvilke idrætsudøvere, der har øget risiko for at blive skadet?
2. Er der psykologiske faktorer, der henholdsvis hæmmer og stimulerer restitutionen i forbindelse med en idrætsskade?

Der er andre aspekter og der er også andre faktorer knyttet til disse to områder end dem jeg medtager. Jeg har valgt at inddrage de områder som jeg selv har erfaringer med og jeg har valgt at gøre det uden at gå i detaljer. Der er således mest tale om overskri forholds-tiler, der måske kan stimulere til at ville vide mere om disse områder.

Overordnede betragtninger

Det burde egentlig ikke længere være nødvendigt at medtage overordnede betragtninger vedrørende sammenhænge mellem psyken og kroppen, men jeg har valgt at gøre det alligevel, da jeg stadig en sjælden gang støder på

behandlere, der udelukkende fokuserer på den fysiske del af en idrætsskade og hermed reducerer idrætsudøveren til dennes skade. Jeg møder stadig idrætsudøvere, der vælger at ski forhold tile behandler, fordi de ikke har tillid til denne, ikke pga af faglige naturvidenskabelige kvalifikationer, men pga en oplevelse af at der mangler noget, og denne manglende tillid syntes direkte og indirekte at forlænge restitutionen og dermed den tid idrætsudøveren er skadet, hvilket fraholder ham/hende i at træne 100%. Derfor vil jeg i denne artikel også kort berøre vigtige spørgsmål, som en hver behandler bør stille den skadede idrætsudøver. Spørgsmål som er af mere psykologisk art, men som er nødvendige at få besvaret for at opnå en optimal restitution.

De betragtninger der ligger til grund for denne artikel er at psyken og kroppen (jeg skal ikke her komme ind på større filosofiske udredninger af størrelserne "krop" og "psyke") indgår i en fælles syntese med et væld af feedforward og feedback mekanismer. Dette ses blandt andet i den nyere stress- og cancerforskning, hvor man har fundet direkte sammenhænge mellem vedvarende stress og antal af og aktivitet i naturlige dræberceller. Visualiseringsøvelser hos cancerpatienter har en direkte effekt på antal af og aktivitet i naturlige dræberceller og er blevet brugt som del af cancerbehandlingen. Vedvarende stress har indflydelse på immunforsvaret og vores angst- og depressionsniveau kan direkte aflæses i udskillelsen af diverse stress-hormoner. Idrætsudøveres risiko for belastningsskader afhænger blandt andet af deres evne til at restituere mentalt. Om en idrætsskade udløser en krise hos

idrætsudøveren afhænger ikke af skadens omfang, men om den betydning idrætsudøveren tillægger skaden. Værdigheden af skaden afhænger blandt andet af omfanget af idrætsudøverens krise. Der er ingen psykisk proces, der ikke er en del af en tilsvarende kropslig og vice versa.

Et af problemerne med at belyse psykologiske aspekter ved idrætsskader er, at der endnu ikke er samlet tilstrækkelig med informationer og undersøgelser, der kan belyse en helt entydig sammenhæng, hvorfor der stadig er tale om hypoteser. Dette har dog kun væsentlig betydning, hvis man vælger at reducere virkeligheden til en udelukkende naturvidenskabelig disciplin.

Hvem har øget risiko for skader?

Inden for idrætspsykologien har man forsøgt at knytte bestemte personlighedstyper til øget risiko for akutte skader. Idrætsudøvere med høj risikovillighed burde have øget risiko for at pådrage sig akutte skader. F.eks. en fodboldspiller der hæmningsløst kaster sig ned i alle tacklinger. Denne sammenhæng mellem en bestemt personlighedstype og risiko for akutte skader er endnu ikke dokumenteret.

Man er kommet længere med at finde sammenhænge mellem psykologiske faktorer og belastningsskader. Følgende faktorer syntes at spille en rolle i forbindelse med øget risiko for at blive skadet (der er andre, men disse er jeg også selv stødt på som væsentlige):

1. Idrætsudøverens uddannelse i sig selv.
2. Idrætsudøverens generelle stress-niveau.

3. Idrætsudøverens kognitive stil.
4. Idrætsudøverens evne til at restituere sig mentalt.
5. Idrætsudøverens evne til at skelne mellem rutinesmerte og skadessmerte.

Idrætsudøvere der træner bevidstløst uden at vide hvorfor og hvordan syntes at have en øget risiko for at blive skadet. Når jeg arbejder med idrætsudøvere lægger jeg stor vægt på at undervise og uddanne idrætsudøveren i sig selv. Der må ikke foregå noget som idrætsudøveren ikke ved hvorfor foregår. Idrætsudøveren skal vide hvorfor vi gør som vi gør og hvorfor vi gør det lige nu og hvordan det vi gør lige nu passer ind i en større sammenhæng både tidsmæssig og i forhold til andre discipliner end idrætspsykologien. Idrætspsykologien skal ikke være en isoleret del af et behandlingsforløb eller en isoleret del af de øvrige dele som udgør idrætsudøverens træning og konkurrencer. Vi forsøger sammen at arbejde med en kognitiv stress-model, der ser således ud:

- A. SITUATIONEN
- B. IDRÆTSUDØVERENS VURDERING (den kognitive komponent)
- C. DEN FYSIOLOGISKE/FYSISKE REAKTION
- D. DEN FØLELSERMÆSSIGE REAKTION
- E. HANDLINGEN

Idrætsudøverens vurdering gælder både situationen, den fysiologiske/fysiske reaktion, den følelsesmæssige reaktion og tidligere, nuværende og kommende handlinger og udgør både feedforward og feedback processer. Lad mig for give et eksempel. Jeg arbejdede sammen med en judokæmper, der havde haft en skulderskade, der nu rent fysisk var helet. Læge og fysioterapeut havde vurderet at han kunne træne 100% igen. Han var fysisk klar, men ikke mentalt. Han turde ikke kaste 100% med den tidligere skadede skulder. Situationen: A. Tidligere skadet skulder 100% restitueret. B. Idrætsudøverens vurdering: Rational bevidst forståelse af skulderen som værende 100% i orden, men en ikke-bevidst oplevelse af tvivl om skulderen nu alligevel kunne holde. C. Oplevelse af smerte,

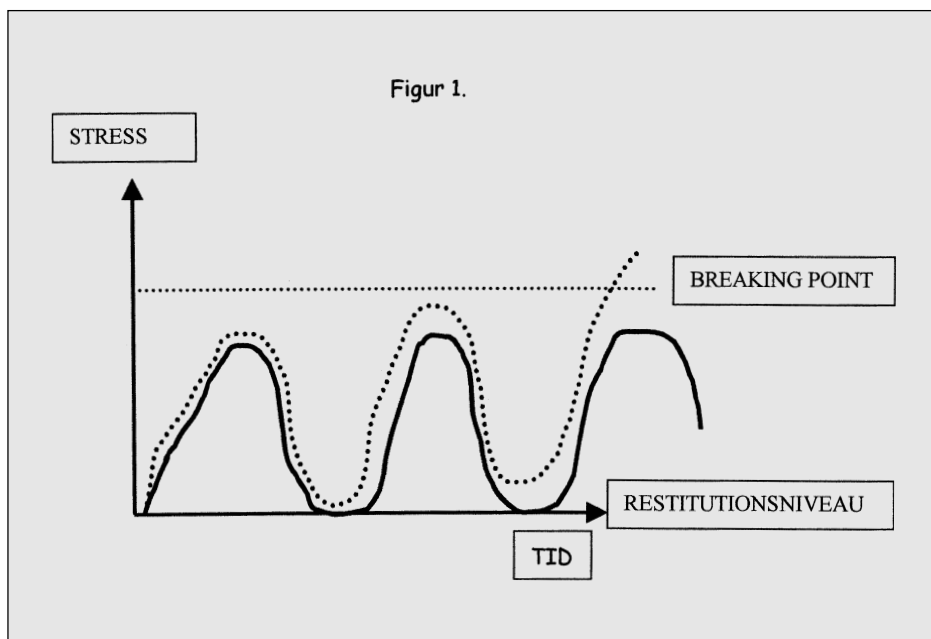
når han trak igennem beroende på "kropslig" hukommelse af den smerte, der var knyttet til skulderen mens den var skadet, hvilket resulterede i en øget anspændthed, når skulderen skulle belastes. D. Bange for at kaste igennem og genopleve smerten. E. Lod være med at belaste skulderen 100%.

Den kognitive stress-model bruges også til det videre forløb, dvs. at den mentale genoptræning involverer de 5 dele i modellen. Det er min erfaring, at de idrætsudøvere der er i stand til at bruge den kognitive stress-model, eller andre modeller/teorier, i forhold til sig selv, er langt mindre udsat for skader end de "ikke-uddannede" idrætsudøvere.

Idrætsudøverens generelle stress-niveau, dvs. den stress som ikke er knyttet til idrætten, syntes også at spille en rolle for risikoen for skader. Dette hænger formodentlig sammen med at den tid det tager for idrætsudøveren at restituere sig forlænges, når dagligdagens stress-niveau er højt. En idrætsudøver der har problemer på hjemmefronten eller i privatlivet, som oplever dødsfald i familien eller som føler sig presset af en forestående større eksamen, er længere om at restituere og har dermed øget risiko for at blive skadet. Figur 1. viser en pædagogisk model over dette fænomen.

Den stiplede kurve viser en idrætsudøver, der pga. højt dagligdags-stress ikke restitueres fuldt ud og derfor, med samme træningsbelastning som ellers, når over breaking point og dermed bliver skadet. Havde dagligdags-stressen været normal, den fuldt optrukne kurve, havde idrætsudøveren nået at blive restitueret fuldt ud inden næste træning og havde dermed undgået at blive skadet. Hvor lang tid der går inden idrætsudøveren bliver skadet afhænger af mange ting. F.eks. træningstilstand, træningsintensitet, træningsart, osv.

Idrætsudøverens kognitive stil er også en faktor, der spiller ind i risikoen for skader. Med kognitive stil menes den grundlæggende måde at tænke på, altså idrætsudøverens typiske tanke-mønstre. Den kognitive stil afspejler idrætsudøverens personlighed og er måske pt. det tætteste vi kommer på en sammenhæng mellem personlighed og risiko for skader. Idrætsudøvere der opfatter negative hændelser som udelukkende deres egen skyld, dvs. opfatter at de har fortjent at blive skadet og som generaliserer skaden til resten af livet, "hele mit liv er ødelagt pga. af min skade og det er også min egen skyld", samtidigt med at de opfatter positive hændelser som tilfældigheder de ikke har indflydelse på, har øget risiko for at blive skadet. Den kognitive



stil hos disse idrætsudøvere er overordnet kendetegnet ved at negative hændelser personliggøres og generaliseres, mens positive hændelser eksternaliseres og gøres specifikke.

Idrætsudøverens evne til at restituere sig mentalt har direkte indflydelse på den fysiske restitution. De idrætsudøvere, som gennem f.eks. mental træning indeholdende forskellige former for afspænding (autogen træning eller progressiv muskelafspænding) eller som ved at udfylde tiden mellem træningspassene med positivt indhold der ikke har med idrætten at gøre, nedsætter risikoen for skader. Hvorvidt dagligdags-stressen fører til skader er også afhængig af den enkelte idrætsudøvers evne til at restituere sig mentalt, hvilket igen afspejler hans/hendes coping-evner. Det er ikke selve situationen der udløser stress, men den måde vi vælger at vurdere og forholde os til den på og netop derfor er den kognitive stil væsentlig. Det har længe været kendt, at mental træning indeholdende visualiseringsøvelser kan have en gavnlige effekt på restitutionen, således at idrætsudøveren hurtigere restitueres. Visualisering der har fokus på de belastede dele af kroppen og danner billeder og følelse af øget blodgennemstrømning speeder restitutionen op.

Endelig har idrætsudøvere der er i stand til at skelne mellem rutinesmerte, dvs. smerte der er en del af almindelig træning, og smerte der fører til skader, en nedsat risiko for skader. Sidste evne er også en del af idrætsudøverens uddannelse i sig selv.

Hvem restitueres optimalt i forhold til skader?

De fleste af de egenskaber hos idrætsudøveren der sænker risikoen for skader er også de egenskaber, der sikrer et optimalt restitutionsforløb. Igen er idrætsudøverens uddannelse i sig selv af stor betydning, men også følgende faktorer spiller en rolle i helingsforløbet:

- a. Idrættens betydning for idrætsudøveren.
- b. I hvilken grad idrætsudøveren tager personligt ansvar.
- c. Idrætsudøverens kendskab til sin skade og genoptræningen.

d. I hvilken grad idrætsudøveren har tillid til behandleren.

e. Idrætsudøverens evne til at skelne mellem smerter.

f. Idrætsudøverens evne til at opstille en realistisk målsætning.

g. Idrætsudøverens sociale støtte.

h. Idrætsudøverens kognitive stil.

i. Idrætsudøverens brug af mental træning og visualisering.

Idrættens betydning for idrætsudøveren spiller en rolle i forhold til hvor "traumatisk" en skade bliver. I denne sammenhæng er det vigtig at finde ud af idrætsudøverens motivation til at dyrke idræt. Indenfor den kognitive psykologi arbejder vi med 3 grundlæggende behov:

1. Behov for accept.
2. Behov for kompetence.
3. Behov for kontrol.

De to første behov er væsentlige at få belyst nærmere. Behovet for accept er knyttet til selvværd. Dvs. vores oplevelse af at være noget i sig selv uanset hvilke sammenhænge vi optræder i. Oplevelsen af selvværd er altså situations-uafhængig og formodentlig den mest grundlæggende del af vores personlighed. Behov for kompetence er knyttet til selvtillid, dvs. vores behov for at være og blive gode til noget. Selvtillid er knyttet til præstationer og situationsafhængig. Det betyder principielt at en idrætsudøver ikke opnår større selvværd ved at vinde guldmedaljer. Imidlertid er der nogle idrætsudøvere der på et ubevidst niveau får mixet tingene. Lavt selvværd kan blive en enorm drivkraft i retning af at ville opnå store resultater. Man kan sige at disse idrætsudøvere søger store resultater som kompensation for lavt selvværd, men det lykkes dem aldrig at opnå denne kompensation andet end forbigående, da præstationer er knyttet til selvtillid og ikke selvværd. Men det betyder at disse idrætsudøvere bliver meget sårbare overfor sportslige fiaskoer, da disse opleves som personlige fejl og ikke præstationsmæssige fejl. Skader bliver hermed en trussel mod selve personligheden og ikke kun noget der forhindrer dem i at præstere.

Hvis disse idrætsudøvere samtidigt er dårligt uddannede i sig selv, så vil de oftest begynde at træne for tidligt og for hårdt efter en skade. Deres "sunde fornuft" vil blive overdøvet af deres følelsesmæssige behov. Endelig kan en skade være en velkommen årsag til at slippe for det pres som idrætsudøveren måtte føle i forhold til, de krav han/hun oplever. I dette tilfælde vil skaden ofte varer længere end hvis idrætsudøveren er 100% motiveret til at blive klar.

I hvilken grad idrætsudøveren tager personligt ansvar spiller en rolle i forhold til, at holde fokus på en systematisk målrettet genoptræning. Hvis idrætsudøveren ikke oplever at have en aktie i sin egen skade og i sin genoptræning, så vil det hindre en optimal restitution.

Idrætsudøverens kendskab til sin skade og genoptræning og i hvilken grad idrætsudøveren har tillid til behandleren hænger ofte sammen. Hvis idrætsudøveren ikke har tillid til behandleren, og det behøver ikke at være tillid til det faglige, så vil han/hun ikke følge genoptræningen på en optimal måde. Vigtigheden af et gensidigt tillidsforhold mellem behandler og idrætsudøver kan ikke overvurderes. Hvis behandleren reducerer idrætsudøveren til dennes skade, så er dette tillidsforhold devalueret. Vi har med hele mennesker at gøre og ting der ikke direkte er relaterede til skaden eller for den sags skyld til idrætten spiller også en rolle i skadesrestitutionen. En skadet idrætsudøver er mere end sin skade.

Idrætsudøverens evne til at skelne mellem smerte, der er en del af genoptræningen og smerte der forværrer skaden spiller en åbenlys rolle og er en del af idrætsudøverens uddannelse i sig selv, samt et resultat af tillidsforholdet til behandleren.

De idrætsudøvere der evner at opstille en realistisk målsætning og arbejde systematisk efter den klarer restitutionsforløbet bedre. En god målsætning skal indeholde mange delmål både på det fysiske og psykologiske plan. Det er en kendsgerning at den psykologiske parathed og den fysiske parathed sjældent følges ad hos den skadede idrætsudøver, hvorfor begge

dele skal inddrages i målsætningen. Den fysiske målsætning kan indeholde selve træningsbelastningen hvad enten den måtte være i forhold til. tid, kg eller gentagelser. Den psykologiske målsætning kan indeholde visualisering af mål og delmål, subjektiv måling af smerte, præstationsudvikling i forhold til tidligere niveau og planlægning af kommende konkurrencer og realistisk forventet præstationsniveau. Den drejer sig om motivation og tro på fremtiden. Den subjektive måling af smerte drejer sig om at indføre en skala fra 1 til 10, hvor 10 er voldsom smerte og 1 er ingen smerte. Det giver en mulighed for behandler, træner eller idrætspsykolog at "måle" idrætsudøverens oplevelse af sin smerte. Hvis han/hun belaster den skadede del med 75 kg og giver udtryk for en smerte på 5, så ved vi at der er fremgang i forhold til sidste uge, hvor smerten lå på 8. Dvs. at der er en øget psykologisk parathed. Det virker også motiverende på idrætsudøveren at se denne fremgang. Her er træningsdagbogen vigtigere end nogensinde. Min egen erfaring med træningsdagbøger er helt entydig. De idrætsudøvere der fører en seriøs træningsdagbog er bedre rustede til at forebygge skader og restituere sig efter skader. Omkring målsætning spiller den daglige træner en meget væsentlig rolle og han/hun bør være helt inde i idrætsudøverens skadesforløb og i tæt samarbejde med behandleren.

Idrætsudøverens sociale støtte spiller også en rolle uanset om der er tale om holdidræt eller individuel idræt. De idrætsudøvere der har reduceret deres liv til udelukkende at bestå af deres idræt er meget sårbare i forhold til skader. En skade der fraholder dem fra at kunne træne kan betyde total isolasjon og tomhed, hvilket øger det samlede stress-niveau og en eventuel traumatisering, hvilket forlænger helingen af skaden. Det er vigtigt at den skadede idrætsudøver deltager i det sociale omkring idrætten og at hans/hendes nye rolle defineres både i forhold til. til ham/hende selv og i forhold til. de andre. Ved skader bliver det tydeligt hvor vigtigt det er at idrætsudøveren har noget udover sin idræt.

Den kognitive stil har jeg været inde på, men vil tilføje at idrætsudøverens

mentale barrierer i forhold til. sin skade spiller en væsentlig rolle. De idrætsudøvere, der ikke tror på at de bliver 100% klar igen efter en skade og som ikke tror at de nogensinde når tidligere niveau, får ret.

Mental træning og visualisering har vist sig at have en positiv indflydelse på restitutionsforløbet. Visualiseringen kan være direkte rettet mod at hele skaden, efter samme principper som tidligere nævnt, eller visualiseringen kan være rettet mod både den fysiske og psykologiske genoptræning og parathed. Et typisk visualiseringsforløb kan gennemløbe følgende faser:

1. Mental og fysisk afspænding, f.eks. autogen træning.
2. Opnå og fastholde en positiv indstilling.
3. Fokus på den skadede del og visualisering af den helende proces i så mange detaljer som muligt.
4. Se og mærke kroppen fungere nøjagtigt som den skal.
5. Visualisere kroppen i fuld funktion til optimal præstation.
6. Huske sig selv på at det føles godt og at der sker fremskridt hver dag.
7. Sætte mål for næste dag og beslutte at nå målet.

Dette visualiseringsforløb vil vare ca. en halv time og kan gennemføres 2-3 gange om dagen afhængigt af idrætsudøverens evne til at fastholde koncentrationen.

Vigtige spørgsmål at stille

Til sidst vil jeg slutte af med at nævne de spørgsmål, som jeg mener er vigtige at stille en skadet idrætsudøver hvad enten man er træner, behandler, idrætspsykolog eller andet, og som tjener til at undgå at reducere idrætsudøveren til en skade.

1. Hvilken betydning har idrætten for idrætsudøveren?
2. Hvilken betydning har skaden for idrætsudøveren?
3. Hvad mener idrætsudøveren er det værste der kan ske i forbindelse med skaden?
4. Hvad forhindrer skaden idrætsudøveren i at gøre?
5. Hvad kan idrætsudøveren træne på

trods af skaden?

6. Hvad tror idrætsudøveren selv at årsagen til skaden er og hvorfor kom skaden lige nu?
7. Hvilke tidligere oplevelser har idrætsudøveren med skader?
8. Hvilke positive ting kan idrætsudøveren få ud af skaden?
9. Hvad ønsker idrætsudøveren sig af:
 - a. Sin træner?
 - b. Sin fysioterapeut?
 - c. Sin læge?
 - d. Sine holdkammerater
 - e. Sin familie og venner?
 - f. Sin idrætspsykolog?
 - g. Andre?

Kontaktadresse:

Cand.psych. Kim K. Jensen
kk_jensen@ofir.dk

Anbefalet læsning:

"Psychological Bases of Sports Injuries".
David Pargman (ed.). Morgantown,
1993.

Spiseforstyrrelser - fokus på idræt

Lektor Birgit Petersson, Institut for Folkesundhedsvidenskab, afd. for Medicinsk Kvinde- og Kønssforskning, Københavns Universitet

Indledning

Hvad har spiseforstyrrelser med sport at gøre? Alt for meget. Vi ved i dag, at den højeste forekomst af spiseforstyrrelser findes blandt idrætsudøvere, ikke mindst inden for eliten, ligesom i andre grupper hvor kropsæstetik og kropspræstation er i fokus. Måske har spiseforstyrrelser i disse grupper i højere grad været et problem gennem årene, end vi har været klar over, men med nutidens krav om præstationer på både det indre og ydre plan er det ikke mærkeligt, at der her ses en ophobning af personer med spiseforstyrrelser.

Hvorfor skal sundhedsvæsenet interessere sig for personer med spiseforstyrrelser, og hvorfor bekymre sig specielt omkring dem der dyrker idræt? Fordi vi ved i dag, at der skal være en stor overensstemmelse mellem tilførsel og forbrug af næringsstoffer, hvis den enkelte skal undgå at få blivende skader – ikke mindst ved ekstreme præstationer. Den tvangsprægede, overdrevne motion, som ses hos nogle idrætsudøvere, men især hos unge med spiseforstyrrelserne anoreksia og bulimia nervosa, er ekstrem skadelig. Visse idrætsgrene synes at være et legalt opholdssted for unge med disse sygdomme, og i nogle tilfælde er de en medvirkende årsag til at de bliver syge.

Spiseforstyrrelserne

Anoreksia nervosa (AN) har været kendt i årtusinder under forskellige navne, og der er ikke noget, der tyder på, at antallet af personer med denne sygdom er stigende (1). Det er derimod en række andre spiseforstyrrelser, Bulimia Nervosa (BN), BingeEating (BE) og måske ikke mindst atypiske spiseforstyrrelser, herunder risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser. Vi ved i dag, at ca. 25% af unge danske

kvinder har risikoadfærd, og at ca 5% udvikler AN og BN. I princippet er der alene tale om, at disse opfylder de standardiserede diagnosekriterier for de to sygdomme, tallet af syge skønnes højere. Der er en fortløbende diskussion om, hvorvidt der er tale om en eller flere forskellige sygdomme. I dag hælder langt de fleste til det, der er betegnet continuummodellen. I denne model er der en glidende overgang mellem risikoadfærd og udviklingen af de forskellige spiseforstyrrelser. Det er belastninger i personernes liv, samfundets påvirkning og måske personlighedsstrukturen, der afgør, hvilken en af lidelserne den pågældende "vælger", hvis der opstår egentlig sygdom (2).

I dag betegnes spiseforstyrrelserne som psykiske lidelser, men tidligere har man set på dem som legemlige sygdomme, ligesom der er en glidende overgang mellem normalitet og sygelighed. Hvor mange der lider af BE vides ikke, men i amerikanske undersøgelser er det mellem 30 og 50% blandt personer med fedmeproblemer. Tallene for mænd er usikre, nogle tal tyder på, at kun en ud af hver tiende med AN og BN er en mand. For begge køn synes antallet med risikoadfærd stigende i de skandinaviske lande, ikke mindst blandt helt unge (3). Når det drejer sig om BE, synes der ikke at være kønsforskelle i hyppigheden. Jeg vil i det følgende primært tage udgangspunkt i problemstillingen hos unge kvinder, men det er vigtigt at huske, at disse tilstande også findes hos mænd.

Udløsende faktorer

Slankning eller forsøg på slankning er den hyppigste udløsende faktor, herudover findes følelse af anderledeshed, præstationsnedgang, mobning, tab m.v. De udløsende faktorer er fagligt

interessante og vigtige i forebyggelsesøjemed, men det vigtigste i behandlingsøjemed er årsagen til, hvorfor slankekuren påbegyndtes. Hvorfor søgte den pågældende at lave sig om? Hvor vægtkontrollen lykkes hos den unge med AN, lykkes den kun delvist hos den unge med BN, hvor der kommer grovæderiepisoder med efterfølgende forsøg på vægtkontrol. Ved BE – også kaldet grovæderisyndromet – mislykkes slankningen totalt, og der udvikles fedme (4).

Ud over manglende eller nedsat indtagelse af kalorier, er opkastninger og overdreven motion de hyppigste måder at foretage vægtkontrol. Det er ikke mindst disse former for vægtkontrol, der er vigtige i forhold til idrætsudøvere.

Sundgot Borgen var den første i Skandinavien, der for alvor satte fokus på spiseforstyrrelser i idrætsmiljøer. I en undersøgelse af 522 kvindelige norske eliteidrætsudøvere påviste hun spiseforstyrrelser hos 18% imod 5% i kontrolgruppen (5). Tallene var størst for de æstetiske idrætsgrene, nemlig 34%, mod 32% i grene med vægtklasser og 20% i udholdenhedsidrætsgrene. Siden er problemet påvist i andre populationer i den vestlige verden.

Specielle spiseforstyrrelser blandt idrætsudøvere?

Ligesom der er en diskussion omkring continuummodellen, er der en fortsat diskussion om det overhovedet er spiseforstyrrelser, man ser hos idrætsudøvere, eller alene en konsekvens af træning og misforståelser omkring hvilke forhold, der fører til øget præstation. I nogle undersøgelser betegner man spiseforstyrrelsen hos eliteidrætsudøveren for anoreksia athletica (6). Der hentydes med dette til, at nogle ikke har

den patologiske kropsoptagelse, dvs. føler sig for tykke, på trods af at de er livstruende tynde, som man ser hos unge med AN. Men på samme måde som den unge med AN ikke tør ændre sit mønster, gør eliteidrætsudøveren det heller ikke, ligesom begge grupper er fanget i en perfektionisme, der er medvirkende til at mønstret er vanskeligt og undertiden umuligt at ændre.

Blandt idrætsudøvere er der også en glidende overgang mellem normalitet og sygelighed. Den norske psykiater, Finn Skårderud, har brugt betegnelsen "træningsnarkomani" for den adfærd, som mange moderne unge udøver (7). I denne adfærd ligger ønsket om vægtskontrol, men også om generel kontrol over tilværelsen, samt et forsøg på at være rigtig sundhedsmæssigt og meneskeligt. En adfærd som ligner den, vi ser hos personer med AN. Når man med rette kan bruge betegnelsen narkomani, er det fordi tilstanden ofte udvikler sig til en tvangsmæssig besættelse, og andet, fx socialt samvær, tilside-sættes for at opfylde trangen til motion. Det kan heller ikke udelukkes, at der biologisk sker noget, der kan sammenlignes med narkomaniens sus via kroppens produktion af endorfiner.

Vejen til succes?

De fleste mennesker vil gerne præstere noget og opnå succes og afsøger derfor forskellige områder. Idræt er et område, mange benytter sig af – i hvert fald i perioder af livet. Idrætsudøvelse i sig selv er der ikke noget galt i, men metoderne til at opnå succes er undertiden betænkelige.

Nogle har også den opfattelse, at alle er i konstant følelsesmæssig ligevægt, ligesom man med træning kan yde mere og mere. Der tages således ikke i denne model højde for, at både krop og psyke afspejler svingninger som midlertidig vil påvirke ydeevnen, svingninger som alle er udsat for, dels biologisk, dels som følge af psykosociale påvirkninger. Hvis der kommer afvigelse fra den vante præstation, går de derfor i panik og søger at presse ydeevnen i stedet for at se på mulige forklaringer på den nedsatte ydeevne.

At gå på slankekur medfører hos de fleste mennesker en kortvarig eufori, og mange har haft den opfattelse, at

kroppens ydeevne forbedredes hvis der kom et vægttab. Det har derfor været udbredt, at en kortvarig nedsat ydeevne blandt sportsudøvere er blevet mødt med krav om slankning, både fra personen selv og træneren. Hos nogle kommer der givetvis en kortvarig fornemmelse af at kunne yde mere, men på blot lidt længere sigt falder ydeevnen, hvis ikke der er en nøje overensstemmelse mellem energiindtagelse og energiforbrug. Dette medfører et yderligere øget indre krav om yderligere slankning, og en ond cirkel er ved at tage form hvis ikke omgivelserne griber ind.

Der udvikles oftest et meget tæt forhold mellem den unge og træneren. Dette er et gode, hvis grænserne mellem de to er klare, men for den unge pige bliver de undertiden uklare, og ikke sjældent forekommer et seksuelt misbrug. Da der samtidig er et indre krav om at få succes, kan forholdet blive en destruktiv alliance som det er svært at bryde ud af. Konflikten får det lave selvværd og svaret på dette, spise-problemerne, til yderligere at forværres. Der har især været sat fokus på dette i forhold til unge kvinder, men der er næppe tvivl om, at der ligger et uafdækket problem også i forhold til mange unge mænd.

Der er generelt problemer forbundet med alt for ensidige forsøg på at opnå selvtillid gennem ydre succes. På de områder, hvor kroppens ydeevne er nødvendig for denne succes, fx blandt idrætsudøvere og balletdansere, kommer en nedsat præstation ofte til at give en følelse af, at hele personen er en fiasko, og ikke blot at der er noget, man ikke er særlig god til. Dette forhold samt den stadige fokuseren på kroppen menes at være blandt årsagerne til, at grupper, hvor kroppen er i fokus, er specielt udsatte for at udvikle spiseforstyrrelser.

Opsporing

Formålet med opsporing af unge med spiseforstyrrelser er primært at hindre langtidsskader på grund af sygdommen, men også at opfordre den unge til at gå i behandling, da alt tyder på, at forløbet bliver længere og måske endda kronisk, hvis behandling ikke iværksættes. Der findes kun få under-

søgelser over spontanforløbet og disse tyder ikke på, at der forekommer spontan helbredelse (3).

Blandt unge i sportsklubber og fitnesscentre findes mange, både mænd og kvinder, som bruger overdreven motion som middel til at opnå selvtillid. Der er desuden langt de fleste steder en næsten absurd opfattelse af, hvad ernæringsmæssig sundhed er, fx indlæres der i mange fitnesscentre usunde kostvaner med bl.a. sparsomt kalorieindhold og overdreven proteinindtagelse. Undertiden er der også misbrug af anabolske steroider. Nogle idrætsforbund har taget disse problemer op og forsøger at ændre på opfattelserne.

Der er mange grader af overdreven motion, men nogle motionerer tvangsmæssigt, fx løb, mange timer dagligt eller har et fastsat antal kilometer, som skal være cyklet eller løbet, før de må gøre noget godt for dem selv: fx holde fri, spise eller være sammen med andre.

Når den unge har udviklet en egentlig AN, er problemet provokerende synligt, men den største udfordring ligger i at finde risikogrupperne, helst at forebygge sygdommens udvikling samt at finde dem, der har spiseforstyrrelser, men hvor symptomerne skjules.

I en idrætsmedicinsk sammenhæng er det vigtigt at være opmærksom på belastningsskader, som ikke umiddelbart synes forklarlige, vægttab samt de symptomer som afslører BN, bl.a. sår på håndryggen på grund af læsioner i forbindelse med opkastninger.

Motion og idræt som et sundhedsproblem

Hvor motion som hovedregel er ønskelig og godt for helbredet som helhed, er der efterhånden ingen tvivl om, at overdreven motion er et sundhedsproblem – i hvert fald hvis ikke der sker en nøje tilpasning af næringsstoffer i forhold til motionsudøvelsen. Konsekvenserne er mange, men fx blivende skader på knogler, led og muskler er blandt de mange følgetilstande af spiseforstyrrelserne. Hertil kommer tandskader, gener fra mavetarmkanalen, hormon- og elektrolytforstyrrelser samt overdødelighed, ikke mindst på grund af AN (3).

Der er derfor grund til at have fokus på spiseforstyrrelser hos idrætsudøvere, dvs opmærksomhed på den enkeltes sundhedstilstand. Men først og fremmest bør der ske en opprioritering af idrætsudøvernes og trænerens viden om kostforhold, ligesom viden om pædagogiske principper skal udbygges og psykologisk støtte være til rådighed, når dette er nødvendigt. På samme måde skal der være mulighed for et sted at henvende sig, hvis der er tale om seksuelle krænkelser. Her svigtes den unge alt for ofte.

Birgit Petersson er lektor i Medicinsk Kvinde og Kønsforskning ved Københavns Universitet. Hun er uddannet psykiater og har gennem de sidste 20 år arbejdet med spiseforstyrrelser både forskningsmæssigt og i privatpraksis.

Kontaktadresse:

Lektor Birgit Petersson
Institut for Folkesundhedsvidenskab
Afd. for Medicinsk Kvinde og Kønsforskning
Blegdamsvej 3
2200 København N

Referencer:

1. Ras, M de: "Maiden Diseases" and the Parthologising of Female Puberty and Adolescence i: Bodily Boundaries, Sexualised Genders & Medical Discourses (eds) Ras, M de, Grace, V. The Dunmore Press, New Zealand, 1997
2. Petersson BH: Bulimia Nervosa, Ugeskrift for Læger 2001, 163;25:346569
3. KaltialaHeino R, Rissanen A, Rimpelä M, Rantanen P: Bulimia and bulimic behavior in middleadolescence: More common than thought? Acta Psychiatr Scand 1999;100:339
4. Mathiesen L, Petersson B: I anoreksiens fangarme. Akademisk Forlag, København, 2001
5. SundgotBorgen J: Eating disorders in female elite athletes. (Disputats) The Norwegian University of Sport and Physical Education, Oslo 1992
6. Agostini R (ed): Clinics in Sports Medicine. The Athletic Woman, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1994,13;2
7. Skårderud F: Nervøse Spise forstyrrelser. Universitetsforlaget, Oslo, 1994

ring
anonymt på
telefon
40 41 01 12
Vi har åbent mandag, tirsdag
og torsdag fra 16.00 til 18.00.
doping linjen
- klar besked!



Klar besked om doping?

Dopinglinjen er et anonymt tilbud til alle, der har behov for at vide mere om doping. Du kan ringe og tale med idrætslæger, der kan svare på spørgsmål om doping og brug af medicin i forbindelse med træning og konkurrence.

Ring til Dopinglinjen og få klar besked.

Sport og slidgigt

Peter Angermann, specialist i ortopædkirurgi, Gildhøj Speciallægeklinik

Indledning

Slidgigt er en kronisk ledsygdom, hvor den primære forandring er en progredierende nedbrydning af ledbrusken i det angrebne led. Sygdommen kan have mange årsager, men de helt afgørende faktorer er alder og belastning, herunder overvægt.

Især de vægtbærende led, knæ og hofter, er udsat for en betydelig belastning i forbindelse med arbejde og sport. Som eksempel er det beregnet, at knæ og hofter oplever en million bevægecykler pr. år og ofte belastes med mere end kropsvægten, f.eks. ved at bære byrder eller p.gr.a. ledbelastende arbejdsstillinger. Da der samtidig er udsigt til at nuværende og fremtidige generationer ønsker at fortsætte et aktivt liv med motion og sport også som midaldrende og ældre, må der forventes et stigende behandlingsbehov i fremtiden.

Ledbruskens opbygning

Ledbrusk består i det væsentligste af tre komponenter. Kollagenfibrene er den faste substans i ledbrusken og bestemmer således bruskens styrke og form. Kollagenfibrene udgør ca. 2/3 af ledbrusken. Proteoglykan er makromolekyler, der kan binde store mængder vand. Proteoglykanet i ledbrusken giver brusken elasticitet og udgør lidt under 1/3. Bruskcellerne er beliggende enkeltvis spredt i brusken og udgør 1-5%. Bruskcellerne vedligeholder hele tiden brusken ved at fjerne defekte bestanddele og producere nye komponenter til erstatning af de fjernede. Proteoglykanet er sårbart, fordi det presses sammen som en svamp under belastning, hvorimod kollagenet blot bøjes. Det er derfor især proteoglykanet, der hele tiden skal fornyes af bruskcellerne.

Aldersforandringer

Den primære forandring med stigende alder er en reduktion i antallet af bruskceller. Dette er mest udtalt i de vægtbærende led, hvor reduktionen i celleantallet er på 30-50% i løbet af voksenalderen. Årsagen til det faldende celleantal er ikke kendt, men en medvirkende årsag kan være en nedsat forsyning til cellerne af ernæringsstoffer og ilt. Som en direkte følge af den reducerede cellefunktion sker der en manglende vedligeholdelse af proteoglykanet, hvorved brusken mister elasticitet og således er mere udsat for læsion ved belastning. P.gr.a. forandringerne i proteoglykanet sker der en øget belastning af kollagenet, som kompensatorisk udvikler tykkere fibre.

Mekaniske forhold

Mekanisk belastning, enten enkeltstående som et traume eller gentagne belastninger spiller en stor rolle for udviklingen af slidgigt. I både hofter og knæ begynder slidgigt oftest i de mest belastede områder i leddene, nemlig fortil-opadtil i hofteleddet og i knæets mediale ledkammer.

Normale belastninger:

Ved moderat mekanisk belastning af ledbrusk svarende til belastningerne under gang og løb, sker der en styrkelse af brusken idet bruskcellerne ved disse belastninger stimuleres til øget syntese af proteoglykan. Belastning med kompression, enten ved vægtbelastning eller ved muskelkontraktion, er nødvendig for dette. Ubelastet bevægelse af leddet er således ikke tilstrækkelig til at øge bruskcellernes syntese af bruskbestanddele.

Immobilisering:

Immobilisering, f.eks. under sygeleje, medfører atrofi af brusken, hvor især proteoglykanindholdet reduceres gen-

nem såvel nedsat syntese som øget nedbrydning eller tab til bruskoverfladen. Reduktionen af proteoglykan er relativt størst i det øvre brusklag. Ved længerevarende immobilisering sker der endvidere en atrofi af den subchondrale knogle (osteoporose). Atrofisk brusk er sårbar overfor fysisk belastning. Således kan cyklisk belastning ved f.eks. løb, som normalt ville virke stimulerende på bruskcellefunktionen, medføre skade hvis brusken er atrofisk. Hastigheden hvormed normalisering indtræder afhænger af mange faktorer, herunder den forudgående immobiliseringstid. I dyreforsøg er der eksempelvis beskrevet normalisering af proteoglykanindholdet tre uger efter en immobilisering på seks uger, men der kan være områder i brusken, hvor tidsforløbet til normalisering er væsentligt længere, i dyreforsøg helt op til et år.

Traumer:

Enkeltstående traumer som fald eller lignende kan forårsage revner og separation i bruskens dybe lag samt mikrofrakturer i den subchondrale knogle. Disse læsioner diagnosticeres oftest i knæleddet, hvor de typisk er lokaliseret til det ikke-meniskbeskyttede område og hvor de kan forekomme med intakt bruskoverflade. Kompression af brusk med stor kraft kan udover den mekaniske læsion af brusken medføre en reduceret funktion af bruskcellerne eller eventuelt celledød som kan resultere i sekundær udvikling af slidgigt.

Også mekanisk påvirkning af menisker, kors- eller ledbånd kan medføre en nedsat funktion af bruskcellerne. I dyreforsøg med meniscectomi har man således fundet en reduktion af bruskens indhold af proteoglykan, som indtræder 1-2 uger efter meniscectomien og som er lokaliseret til brusken i den pågældende del af knæleddet. Efter

menisk- eller korsbåndsskade er der en øget risiko for senere udvikling af slidgigt i det pågældende knæ. Der er således radiologisk påvist slidgigt hos ca. halvdelen af de patienter der er blevet behandlet med meniscectomi ca. 20 år før.

Overbelastning:

Statisk kompression eller cykliske påvirkning med stor belastning medfører en negativ ændring af bruskcellernes funktion. Dette gælder især cellernes syntese af proteoglykan som reduceres i løbet af minutter eller få timer afhængig af belastningens intensitet. Efter ophør af belastningen sker der en langsom retablering af det normale proteoglykanindhold. Cykliske påvirkninger med stor intensitet kan, udover påvirkningen af bruskcellernes funktion, medføre skader på kollagenet, især i de øvre brusklag, hvor deformationen ved belastning er størst. Også kompression med hurtig frekvens ved spring eller lignende kan medføre skade på kollagenet. Dette sker hvis frekvensen er for hurtig til at væskefasen når at bevæge sig bort fra det belastede område, hvorved såvel kollagenet som proteoglykanet kan læderes. Endvidere kan det naturlige muskelværn, som normalt absorberer en stor del af energien ved ledbelastning, sættes ud af kraft ved hurtige belastninger.

Grænsen mellem gavnlige og skadelige belastninger af brusk afhænger af mange faktorer, herunder alder, tidligere skader mod det pågældende led og arvelige faktorer. Der er store individuelle forskelle og også forskel i styrken af ledbrusken fra led til led og endog mellem forskellige områder i samme led. Som alt andet væv kan brusk styrkes ved træning, men også visse medikamenter, for eksempel glukosamin og calcitonin, kan tilsyneladende øge bruskens styrke.

Epidemiologiske undersøgelser

Hos sportsaktive personer er der påvist en øget risiko for slidgigt i såvel hofte som knæled ved forskellig sport herunder fodbold, ishockey, vægtløftning og brydning. Risikoen er generelt størst på eliteniveau, også uden forudgående skader. For fodboldspillernes vedkommende er den øgede risiko først og fremmest korreleret til tidligere skader, herunder menisk- og korsbåndsskader og for vægtløfternes vedkommende

skyldes den øgede risiko formentlig en kombination af de store belastninger under sport og høj vægt.

Også i ikke vægtbærende led er der beskrevet øget risiko for senere forekomst af slidgigt. Således er slidgigt i hænderne hyppig hos tidligere bokkere samt ved anden kampsport og slidgigt i albueled forekommer hyppigt hos tidligere elitespydkastere.

Ved løbesport på såvel motions- som eliteniveau er der ingen eller kun let forhøjet risiko for slidgigt i hofter og knæ.

Konklusion

Ledbrusk er påvirkelig overfor belastningerne ved sport – både i positiv og negativ retning. Generelt må man anse motionssport i moderate mængder for beskyttende mod slidgigt hvorimod kontaktsport og sport med ekstreme belastninger er forbundet med en øget risiko for udvikling af slidgigt. Træning og udstyr skal bl.a. tilsigte at forebygge overbelastning og traume af ledbrusken. Efter skadespauser er ledbruskens styrke reduceret i en periode og derfor særlig udsat for degenerative forandringer, der kan medføre udvikling af slidgigt på længere sigt. Alder og overvægt er betydelige risikofaktorer for slidgigt p.g.a. henholdsvis nedsat elasticitet og øget belastning af ledbrusken.

Kontaktadresse:

Speciallæge Peter Angermann
Gildhøj Speciallægeklinik ApS
Brøndbyvester Boulevard 16
2605 Brøndby

Udvalgte referencer:

- Arokoski JPA, Hyttinen MM, Lapveteläinen T, Takács P, Kosztáczky B, Modis L, Kovanen V, Helminen HJ. Decreased birefringence of the superficial zone collagen network in the canine knee (stifle) articular cartilage after long distance running training, detected by quantitative polarised light microscopy. *Ann Rheum Dis* 1996;55:253-264.
- Buckwalter JA, Lane NE. Athletics and osteoarthritis. *Am J Sports Med* 1997;25(6):873-881.
- Konradsen L, Hansen E-MB, Søndergaard L. Long distance running and osteoarthritis. *Am J Sports Med* 1990;18(4):379-381.
- Larsen E, Jensen PK, Jensen PR. Long-term outcome of knee and ankle injuries in elite football. *Scand J Med Sci Sports* 1999;9:285-289.
- Mow VC, Ratcliffe A, Poole AR. Cartilage and diarthrodial joints as paradigms for hierarchical materials and structures. *Biomaterials* 1992;13(2):67-97.
- Parkkinen JJ, Lammi MJ, Helminen HJ, Tammi M. Local stimulation of proteoglycan synthesis in articular cartilage explants by dynamic compression in vitro. *J Orthop Res* 1992;10(5):610-620.
- Tyyni A, Karlsson J. Biological treatment of joint cartilage damage. *Scand J Med Sci Sports* 2000;10:249-265.



FFI årsmøde 2002

Hotel Nyborg Strand 22.-23. februar 2002

Program:

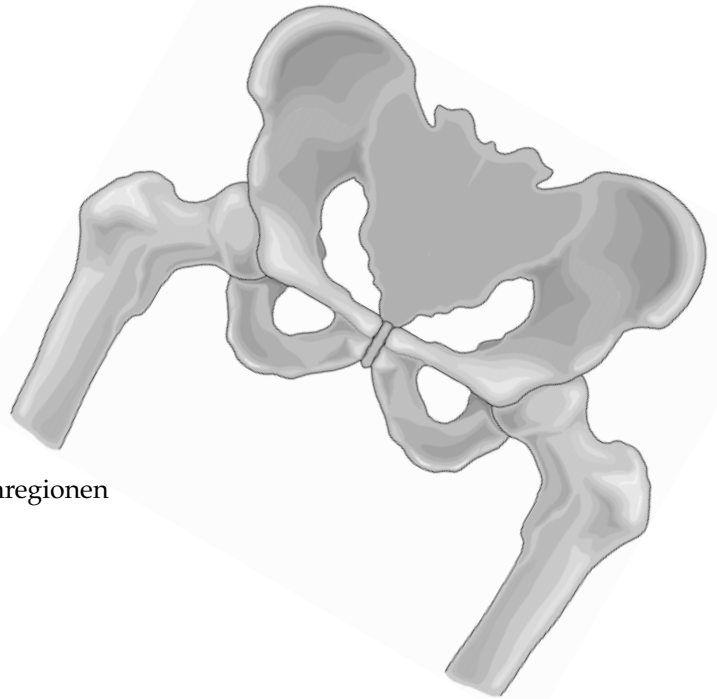
Fredag 22.02.2002:

- 16.00 Ankomst og indkvartering
- 16.00 - 17.00 Besøg hos udstillere. Kaffe/the.
- 17.00 - 18.30 Hofteladdets biomekanik
v/ Finn Bojsen-Møller
- 18.30 - 20.00 Middag
- 20.00 - 21.30 Workshop. Hoftens bevægelser i græsk dans
- 21.30 - Socialt samvær

Lørdag 23.02.2002:

- 08.30 - 09.30 Idrætsrelaterede skader/fund i hofte/bækkenregionen
v/ Ernest Schilders
- 09.30 - 10.00 Besøg hos udstillere. Kaffe/the.
- 10.00 - 11.15 Ernest Schilders fortsat
- 11.15 - 11.30 Besøg hos udstillere. Kaffe/the.
- 11.30 - 13.00 FFI ordinær generalforsamling 2002
- 13.00 - 14.00 Frokost
- 14.00 - 15.30 Fysioterapi og rehabilitering af hofte/bækken-relaterede problemer v/ fysioterapeut Peter Rheinländer

(ret til ændringer forbeholdes)



Det faglige indhold i årsmødet:

Disorders of the hip, pelvis and groin in athletes

*Ernest Schilders. Consultant orthopaedic surgeon. Bradford Royal Infirmary, UK
e.schilders@btopenworld.com*

Groin injuries in sports are very common and account for 8 % of all injuries in soccer. Detailed knowledge of the anatomical structures of the anterior pubis and their relationship is very important in order to make the correct diagnosis.

Soft tissue groin injuries can be divided in different groups: inguinal problems, rectus abdominis problems, psoas tendinopathy, snapping hip syndrome and adductor related pain. We also have to differentiate with primary hip problems such as osteoarthritis and

labral lesions. Very often athletes with hip or groin problems have also associated sacro-iliac dysfunction. Acute adductor related problems usually occur at the musculotendinous junction, whilst adductor related problems with a slow onset are usually enthesopathies. Chronic adductor related problems are usually enthesopathies of the adductor longus and gracilis. The adductor longus has a fibrocartilagenous enthesis as opposed to a classic enthesis where tendons insert to bone via Sharpey fibers.

MRI is the preferred technique to diagnose soft tissue groin problems. It can demonstrate adductor problems such as gracilis enthesopathy, but it also shows anatomical detail of the fibrocartilagenous enthesis of the adduc-

tor longus. MRI can show the relationship of bone marrow oedema with the enthesis of the different muscle groups. Bone scan is a very sensitive examination but not very specific. It is important to distinguish imaging appearances typical for professional sports from pathological signs. Ultrasound is very useful for injuries at the musculotendinous junction and even assessment of the inguinal canal but doesn't show the anatomy of the enthesis. Duration of symptoms, clinical examination and imaging will determine the type of treatment. The majority of groin problems can be treated with physiotherapy and local steroids.

Surgical treatment is reserved for groin problems not responding to conservative treatment.

Hofteleddets biomekanik

Finn Bojsen-Møller, Laboratoriet for funktionel anatomi og biomekanik, Københavns Universitet.

Hofteleddet er et kugleled med stor belastningsstabilitet. En elastisk tilpasning mellem de ikke helt kongruente ledflader sker dels ved komprimering af ledbrusken og dels ved at den ossøse acetabulum åbner sig lidt og giver plads til en indtrængning af det lidt større caput. Effekten er en maksimering af kontaktholdet. Kongruensen er størst ved ekstension. Den vigtigste bevægelse i leddet er fleksion-ekstension. Gennem det forhold, at den proksimale ende af femur er ført helt op på lateralsiden af os coxae og forbundet med ledskålen via en nogenlunde transversel collum, er fleksions-ekstensjonsbevægelsen blevet til en stabil arthrokinesiologisk rotation. Kapslen med prone-rede forstærkninger som lig. iliofemorale vil ved ekstensionen stille leddet i indadrotation og udelukke ab- og adduktionsfrihedsgraden. Dette skal forstås nedefra-opefter som en passiv styring af kroppen på afsætsbenet.

Limbus er stærkest udbygget opadtil, hvor kropsvægten i stående stilling overføres. Limbus etablerer sig ossøst omkring det 2. leveår og øges senere med en apofyse, der forbener fra o. det 10. år. Det Y-formede sammensmeltningsssted i bunden af acetabulum forsvinder røntgenologisk i 12 - 14 årsalderen. Limbus er yderligere udbygget med en labrum af fibrocartilago. Incisura acetabuli med lig. transversum vender i siddende stilling fremad og lidt nedad. Med en normal antever-sionsvinkel på collum femoris optager dette bløde og eftergivelige område lige præcis collum og tillader, at man kan sidde med benene flekterede og over kors uden at løfte caput ud af acetabulum over et fast omdrejningspunkt på dette sted.

Med hofteleddet placeret midt på lateralfaladen af os coxae er de tre pes anserinusmuskler ideelt tilhæftet i hense-ende til at monitorere leddets stilling. Belastningsforsøg i vort laboratorium har vist, at benets ekspansive kraft hos normale kan opstå ved et ekstensionsmoment, der har et maksimum enten i hofte, knæ eller ankel (1997).

Fysioterapi til hofte/bækken relaterede problemer

Fysioterapeut Peter Rheinländer, Hvidovre Hospital

Indlægget fokuserer på undersøgelse og rehabilitering af akutte og langvarige lyske/hofte skader. Der opstilles behandlingsstrategier for den tilgrundliggende patologi og der gøres forsøg på at afdække de konkrete årsagssammenhænge. Slutteligt gives ideer til primær og sekundær profylakse.

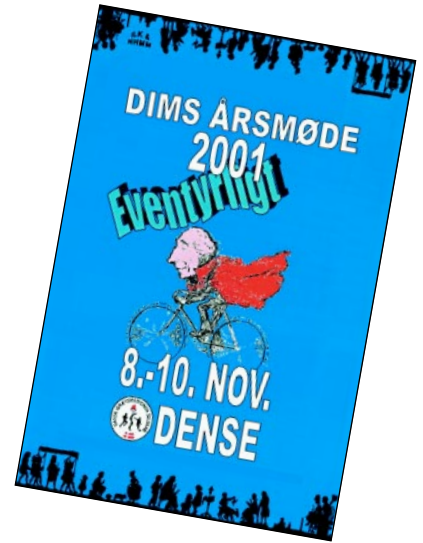
Anbefalede referencer vedr. hofte-/bækkenregionen, relateret til årsmødeindlæggene:

- Groin injuries in athletes, mini-symposium. E. Schilders. Sportsinjuries Current Orthopaedics (2000) 14,418-423
- The Anatomy of the Hip and Groin. M. O'Brien, M. Delaney, Department of Anatomy, University of Dublin, Trinity College, Ireland. Sports Medicine and Arthroscopy Review; Vol 5, No.4, 1997: 252-67.
- Groin pain in the soccer athlete: fact, fiction, and treatment. Gilmore J, Groin and Hernia Clinic, London, England, United Kingdom. Clin Sports Med 1998 Oct;17(4):787-93.
- Anatomy of the proximal musculotendinous junction of the adductor longus muscle. Tuitt DJ; Finegan PJ; Saliaris AP; Renstrom PA; Donne B; O'Brien M, Department of Anatomy, University of Dublin, Trinity College, Ireland. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 1998;6(2):134-7.
- Obturator neuropathy. An anatomic perspective. Harvey G; Bell S, Department of Orthopaedic Surgery, Austin Hospital, Heidelberg, Victoria, Australia. Clin Orthop 1999 Jun;(363):203-11.
- The incidence and differential diagnosis of acute groin injuries in male soccer players [In Process Citation] Ekstrand J; Hilding J Sports Clinic, Linköping Medical Centre, Sweden. Scand J Med Sci Sports 1999 Apr;9(2):98-103.
- Adductor tendinitis and musculus rectus abdominis tendopathy. Martens MA; Hansen L; Muller JC, Department of Orthopaedic Surgery, University Hospital, K.U. Leuven, Belgium. SOURCE: Am J Sports Med 1987 Jul-Aug;15(4):353-6.
- The hip. Froelich JA, Limbird RS. In: Morris PJ, eds. Oxford Textbook of Surgery. New York: Oxford University Press, 1994; 2348-2357.
- Iliopsoas injury in soccer players. Mozes M, Papa MZ, Zweig A, Horosowski H, Adar R. Br J Sports Med 1985;19:168-170.

- Coxa Saltans: The snapping hip revisited. Allen WC, Cope R. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 1998 Sep-Okt;vol 3(5):303-8.
- Obturator Nerve Entrapment. A cause of groin pain in athletes. Bradshaw C, McCrory P, Bell S, Brukner P Am J Sports Med 1997; Vol 25(3):402-8.
- Lower abdominal pain syndrome in national hockey league players: a report of 11 cases. Lacroix VJ; Kinnear DG; Mulder DS; Brown RA, Department of Family Medicine, McGill University, Montreal, Quebec, Canada. Clin J Sport Med 1998 Jan;8(1):5-9.
- Sports medicine Orthopaedic Knowledge Update, American Academy of Orthopaedic Surgeons. 356-57.
- The Use of Radiography, Magnetic Resonance and Ultrasound in the Diagnosis of Hip, Pelvis, and Groin Injuries. Department of Orthopaedics, Sahlgrenska University Hospital, Ostra, Göteborg, Sweden. Sports Medicine and Arthroscopy Review, Vol 5, No.4, 1997: 268-73.
- The sports hernia. Hackney RG. Sports Medicine and Arthroscopy Review 1997;Vol 5(4):320-325.
- Effectiveness of active physical training as treatment for longstanding adductor-related groin pain in athletes: Randomised trial. Holmich P; Uhrskou P; Ulnits L; Kanstrup I; Nielsen MB; Bjerg AM; Krogsgaard K. The Lancet 1999;353: 439-43.
- Treatment of osteitis pubis in athletes. Results of corticosteroid injections. Holt MA; Keene JS; Graf BK; Helwig DC. Am J Sports Med 1995; Vol 23(5):601-6.
- Tenotomy of the adductor longus tendon in the treatment of chronic groin in athletes. Akemark C; Johansson C. Am J Sports Med 1992; Vol 20(6):640-43.
- Instructional Course Lecture No. 105: Groin Pain in Soccer Players, Ramon Cugat, ISAKOS Congress, May 11-16, 1997 Buenos Aires, ARGENTINA.
- Adduktoreninsertionstenopathie, operative therapie und resultate. Neuhaus P; Gabriel T; Maurer W. Helv Chir Acta 1982; 49:667-670.
- Inguinal pain: Surgical therapie. Schneider PG. Orthopadie 1980;9: 190-192
- The sports hernia. Hackney RG. Br J Sports Med 1993;27:58-61.
- The value of herniography in football players with obscure groin pain. Yilmazlar T, Kizil A, Zorluoglu A, Ozguc H. Acta Chir Belg 1996;96:115-118.
- Inguinal surgery in athletes with chronic groin pain: The sportsman's hernia. Malycha P, Lovell G. Aust N Z J Surg 1992;62: 123-125.
- Abdominal wall muscle tears in hockey players. Simonet WT, Saylor HL, Sim L. Int J Sports Med 1995;16:126-128.
- Abdominal musculature abnormalities as a cause of groin pain in athletes. Taylor DC, Meyers WC, Moylan JA, Lohnes J, Bassett FH, Garrett WE. Am J Sports Med 1991;3:239-242.
- Groin pain in soccer players. Smodlaka VN. Physician Sports Med 1980;8:57-61.
- Herniography and Laparoscopic Hernia Surgery. Smedberg S. Sports Medicine and Arthroscopy Review 1997;Vol 5(4):313-319.

DIMS årsmøde 2001 i Odense

Refereret af Arne Gam og Leif Zebitz



Eventyrets by Odense var rammen om det første årsmøde i det nye årtusind. Mødet blev afholdt på H.C. Andersen hotellet i Odense som er funktionelt, men ikke idyllisk som de omkringliggende huse og gader.

Mødet spredte sig vidt hvad angår emner, fra en grundig gennemgang af skulderskader og deres behandling, over pædofili i idræt, forebyggelse af fodboldskader, teknisk information om operation for ACL-ruptur og rehabilitering, til betragtninger om forebyggelse af skader.

Hans Viggo Johansen gennemgik torsdag grundigt skader hos idrætsudøvere i kastesportsgrene, og gennemgik de forskellige mekanismer for instabilitet med vægt på de anatomi og biomekanik. Ruth Jones gennemgik rehabilitering i praksis med instruktive videosekvenser og walisisk humor. Senere torsdag redegjorde Karin Helweg-Larsen om pædofili-problemet i idræt ud fra rejste straffesager og spørgeskemaer. Problemet synes ikke at være så stort som især pressen forsøger at gøre det til, men valide informationer om de faktiske forhold er svære at fremskaffe. Jan Darfelt præsenterede hvad DIF havde gjort og planlagde at gøre fremover. Nogleordene er opmærksomhed på problemet og de signaler som børn, udsat for overgreb, udsender.

Fredag præsenterede Jan Ekstrand udvalgte, præliminære resultater fra registrering af skademønstre, -hyppighed og -varighed hos topfodboldspillere i Sverige og Danmark. Data pegede mod, at hold med mange skader opnåede dårligere resultater, dog med modifikationer, idet hyppige kortvarige skader ikke var negativt korreleret til præstation. I den efterfølgende diskussion blev det fortolket derhen, at det var en god ide at respektere småskader og ikke presse spilleren ud i kamp. Data var dog så præliminære at tallene

for nuværende ikke er helt sammenlignelige. Samme dag redegjorde Ulrich Fredberg for patologiske ultralydsfund ved skanning af ligamentum infrapatellaris og senere risiko for at udvikle "jumpers knee" (springerknæ). Undersøgelsen viste øget risiko, men resultaterne var ikke entydige. Bjørn Engstrøm gennemgik systematisk de kirurgiske metoder ved ACL-rekonstruktion. Indlægget var til tider så teknisk, at kun en ortopæd kunne bruge det til noget. Robert van Cingel beskrev genoptræningen, og som han ganske rigtigt beskrev, er der meget lille videnskabelig evidens. Derfor måtte han i højere grad fremlægge sine egne personlige erfaringer end videnskab.

Efter foredragskonkurrencen lørdag sluttede årsmødet med indlæg fra Tom Nicolaisen og Susanne Hedegaard Andersen (Sportschef Team Danmark). Med udgangspunkt i en case-story lagde Tom Nicolaisen op til en diskussion om hvem der skal sige stop, når idrætsudøveren pådrager sig gentagne skader. Nogen konklusion var det selvfølgelig ikke muligt at drage, og i sidste instans vil det altid være idrætsudøveren som bestemmer. Susanne Hedegaard Andersen fortalte om Team Danmarks struktur på behandlingsområdet og om tankerne ved at tilknytte foreløbig 1 læge og 3 fysioterapeuter til Team Danmark. Tingene virkede endnu så nye, så der var mange ubesvarede spørgsmål.

Alt det videnskabelige blev krydret med latinamerikansk dans torsdag og en fin gallamiddag, hvor orkestret efterfølgende præsterede et vokalarbejde, som sjældent høres så flot i Danmark. Glemte jeg at sige, at gallamiddagen begyndte med gennemgang af H. C. Andersens mange forskellige eventyr? Vi kunne dem alle sammen, så selv om man hedder Andersen kan man godt blive til noget.

Foredrags- og posterkonkurrence

Traditionen tro var der også til dette årsmøde indsendt abstracts fra spændende idrætsmedicinske videnskabelige arbejder. I alt 21, hvoraf en stor del var med repræsentation fra den Idrætsmedicinske Forskningsenhed på Bispebjerg.

Foredragskonkurrencens blev ledet og bedømt af Uffe Jørgensen og Per Hölmich som stillede skarpe spørgsmål til hver af de fem udvalgte foredrag. Efter endt votering blev placeringerne fordelt således:

Førstepremien på 5000 kroner, sponsoreret af Protesekompaniet, gik fortjent til Fysioterapeut Nina Beyer, Bispebjerg for sit foredrag med titlen "Langvarig effekt af fysisk træning på styrke, funktion og aktivitetsniveau hos ældre kvinder."

Andenpræmien på 2000 kroner, sponsoreret af Sport Medical, til Per Aagaard, Bispebjerg, "Training induced increases in muscle contractile rate of force development (RFD), impulse and neural drive."

Tredjepremien, 1000 kroner sponsoreret af årsmødet, tilfaldt Henning Langberg, Bispebjerg, "PGE2 essential for blood flow regulation in peritendinous tissue during exercise."

Posterkonkurrencen blev vundet af Helga Ellingsgaard, Bispebjerg, "Increased capacity for muscular knee joint stabilization in elite soccer players following heavy resistance training." Præmien på 1000 kroner var sponsoreret af Albani Bryggeriet.

Alle abstracts kan læses i Dansk Sportsmedicin nr. 4, november 2001.

EFSM-kongres 2001

af Andreas Hartkopp



Strøtanker fra 2nd European Federation of Sports Medicine Congress 15. - 18. november 2001 i Oviedo, Nordspanien.

Regn og cider

Hvem havde forestillet sig at sækkepiber, regnvejr og 5 grader hører til i Nordspanien. Med rester af keltisk kultur i form af sækkepibe, britisk inspireret mad og med lavtryk som drøuede ind fra Atlanten, følte man sig næsten hensat til det skotske højland. Serveringen var ikke vin, men æblecider skænket med flasken holdt i strakt arm over hovedet og ned i et glas holdt i bæltet – uden at kigge og uden at spilde. Jeg var kommet af sted med korte løberør og uden varmt overtøj. Kongressen var dog krævende med mødeaktivitet fra 9 til 20 med 2 timers siesta, så skaden var ikke stor og mulighederne for at se noget kultur var små. Oviedo har 250.000 indbyggere, heraf 40.000 studerende, mange af dem medicinstuderende.

Idrætsmedicinsk speciale

Jeg var taget til kongres på vegne af DIMS bl.a. for at gøre vores indflydelse gældende i de politiske organer ved valg til bestyrelsen. Efter nedlæggelsen af North-West Chapter er EFSM's betydning tiltagende vigtig. Ved generalforsamlingen blev status for et muligt kommende EU-godkendt idrætsmedicinsk speciale gennemgået. Det ser ud til at den nemmeste vej til målet er, at blot 6 lande opfylder betingelserne. Så kan specialet nemlig harmoniseres ud til resten af EU. Kravene er kort fortalt 4 års postgraduat idrætsmedicinsk uddannelse. P.t. har 4 lande det tilbud, mens en del lande er på vej og deriblandt flere af de gamle østeuropæiske nationer, som allerede har et egentligt idrætsmedicinsk speciale, bl.a. Ungarn. Disse lande er som bekendt på vej ind i EU.

Ved valget til bestyrelsen blev vores kandidater, nemlig André Debruyne fra Belgien og Hans-Hermann Dick-

huth fra Tyskland, valgt som suppleanter til bestyrelsen.

Ak!

Kunne jeg dog bare lære at holde min kæft og ikke smide den hellige gral bort. Jeg sidder til Farewell-party og ærgrer mig gul og grøn. Ved siden af mig sidder en venlig, midaldrende kollega, som har spurgt høfligt til mine interesser inden for idrætsmedicinen. Jeg fortæller kort om mine forskningsinteresser på idrætsmedicinsk forskningssenhed BBH og CMRC (Copenhagen Muscle Research Centre), om det kliniske arbejde på Idrætsklinikken på Frederikssund og om arbejdet som læge for Triathlon landsholdet. Mine interesser inden for Antidoping Danmark og WADA, fik jeg desværre også nævnt.

Så fortæller han, at han er cheflæge for US-Postals cykelhold med "helse"-ansvar for de 9 Tour de France-ryttere inkl. Lance Armstrong. Selv om det er naivt at tro, at han ville lukke posen op og fortælle noget konfidentielt om baggrunden for Lance Armstrongs suveræne optræden, er skaden sket. Jeg prøver forsigtigt med en opblødning, at la at jeg som aktiv triathlet faktisk har slået et Lance Armstrong til et verdensmesterskab i triathlon. Det hjælper ikke på talemåsten.

Cykellægens arbejde

Noget fik han dog fortalt. De er tre fuldtidsansatte læger på holdet for at pleje de 9 ryttere, som a priori må antages at være i en ekstraordinær god hel- se, idet de er udvalgt blandt verdens ypperste sportsfolk. Men sådan forholder det sig tilsyneladende ikke – og det ved vi jo godt. En typisk dag starter med blodprøver på alle ryttere for at se om deres væskebalance er i orden og om der er tegn på infektion. Høj morgenlaktat eller høj morgen-urinstof kunne være et udtryk for truende sammenbrud og defensiv kørsel. Så gik han en runde på værelserne for at se,

om der var nogle ryttere der manglede noget, og så tjekkede han om der var ryddet op – ja, det sagde han faktisk! Så skal laboratoriet pakkes sammen og man begiver sig til målområdet. Laboratorium skal stilles op igen, og så følger 4 timers intensivt arbejde med at give rytterne aktiv restitution. Direkte tilspurgt om det indbefattede glucose/ insulin-infusion, var svaret: – "man kan ikke vinde Touren på spaghetti alene ..." mens han gav den med et fransk "løften på skuldrene" og et ppuuhh. Man ser det for sig – alle med franske bekendte kan nok genkende den gestus. Hyperton glucose/ insulin-infusion kræver et centralt venekateter. Teamet bestod af 3 læger, 6 massører/ fysioterapeuter, 6 mekanikere, 2 pressefolk, 9 ryttere, 1 direktør og 2 sportschefer, dertil kokke og andet hjælpepersonel. I alt indbefattede Tour de France-satsningen 46 personer.

Kongressens indhold

Tilbage til kongressen som havde ca. 700 deltagere, langt overvejende spanioler. Bortset fra foredragsholderne var det internationale islet beskedent. Så massiv var den iberiske dominans, at enkelte oplæg blev holdt på spansk ligesom mange af spørgsmålene blev afviklet på spansk. Der er svært irriterende når kongresssproget er engelsk. Bortset fra dette, var kongressen vel arrangeret.

Meget betegnede var den største oplevelse ved kongressen at jeg rejste sammen med Bengt Saltin. Det er altid inspirerende at høre hvad han arbejder med. Han holdt et oplæg om træningsspåvirkning af gen-ekspressionen. Han demonstrerede, at blot 40 minutters intensiv styrketræning udløser et gentranscript, hvor bl.a. generne som koder for type IIX muskelfiber slukkes. Gentranscriptet var også afhængigt af tilstedeværelsen af protein og kulhydrat. Et andet spændende indlæg handlede om overtræning belyst ved

Høstkongres 2001, Oslo

af Arne Gam

immunologiske metoder. Det lader til, at det overvejende er det cellulære immunforsvar som rammes af overtræning, hvorved T-lymfocytterne undertrykkes og cytokinspejlet ændres i uhensigtsmæssig retning. Et andet velbesøgt og velpræsenteret indlæg handlede om ergogene hjælpemidler i sport. Det spændende ved indlægget var at det blev holdt af folk tæt på IOC i Rom og Lausanne.

Den mest interessante dag var dog en parallelsession om arbejdsfysiologi arrangeret af Bengt Saltin og medarbejdere. J.A. López-Calbet præsenterede høj-højde-studierne i Peru i ca. 5000 m højde, hvor den danske forskergruppe opholdt sig i 2 måneder for at prøve at afdekke, hvorfor cardiac output falder under arbejde i høj-højde. Hele den klassiske kredsløbsfysiologi blev gennemgået, mens hypotese efter hypotese blev frafaldet. Og man ved stadigvæk ikke hvorfor cardiac output falder i høj-højde. J. Gonzalez-Alonso fremlagde sin forskning om kernetemperatur og træthed – et arbejde som er udført med Bodil Nielsen på August Krogh instituttet for nogle år siden. Og måske kommer en dag hvor vi alle sammen skal køles ned til 35 grader inden en idrætspræstation i varme omgivelser: – "hvordan forløb din afkøling i dag, er du cool", spørger træneren sin elev. Man kan vel næppe forestille sig at man er tændt.

De frie foredrag havde en blanded kvalitet, og nåede på ingen måde op på det høje niveau vi havde til vores eget årsmøde, ligesom de præmierede indlæg slet ikke kunne stå mål med DIMS fordragskonkurrence. Et mere internationalt præg og flere ortopædiske indlæg havde gjort godt.

Kongressen blev holdt i det flotte Holmenkollen Park Hotel, Rica, med udsigt til hele Oslo fjord. Det ligger også højt og der mærkes helt sikkert en køligere luft end nede i Oslo.

Rygsmarter

Fredagen havde 2 emner, ernæring og rygsmarter. Det sidste emne har min største interesse og jeg fulgte derfor den session som på andendagen omhandlede dette emne.

Stein Knardahl holdt et indholdsrigt foredrag om psykofysiologiske mekanismer for rygsmarter. Vi har en rimelig stor viden om hvordan vævsskade udløser smerte, mens vor viden om hvordan adaption til smerte foregår er begrænset og vores nuværende viden bygger meget på teorier med mangelfuld dokumentation og indlysende svagheder. Vi ved fra vores nuværende viden, at det at afdramatisere og fjerne fokus på en lidelse, reducerer hyppigheden. Stein Knardahl refererer her til en episode i Australien, hvor der pga. øget fokusering på en lidelse "telephone arm" hos ansatte i telefonvæsenet, skete en drastisk stigning i antallet af tilfælde. Da det blev afklaret, at det var normalt at have ondt i albuen engang imellem uanset arbejde, faldt antallet drastisk. Omgivelsernes påvirkning af vores opfattelse af smerte er belyst i forskellige forsøg, og det er veldokumenteret i laboratorieforsøg, at forskellig information til forsøgspartagerne ændrer deres opfattelse af smerte. Stein Knardahl lagde meget vægt på, at mange behandlere ikke var klar over hvor stor indflydelse de havde på smerten, og dermed på ryglidelsens forløb. Kodeordet ved behandling var måske at afdramatisere symptomerne.

Terje Halvorsen redegjorde for den øgede forekomst af ryglidelser i idræt og den øgede forekomst indenfor forskellige idrætsgrene f.eks. i håndbold i forhold til fodbold.

Peter Brukner fra Australien fortalte

om spondylosis og spondylolisthese og hvordan disse lidelser var blevet behandlet igennem tiden. Mænd rammes hyppigere end kvinder, hvide rammes hyppigere end sorte. Anvendelse af forskellige typer korset byggede på enkeltstående, ukontrollerede undersøgelser, og han advokerede for et øvelsesprogram som lagde vægt på at undgå ekstension og stabilitetsøvelser. Han lagde vægt på at bruge bio-feedback-principper og intensiv fysioterapeutisk assistance.

Roger Sørensen diskuterede diskusprolaps hos idrætsudøvere. Han mente at der til tider skete en særbehandling af idrætsudøvere uden fagligt belæg. Han refererede til et eksempel, hvor en fodboldspiller havde en svært degenereret ryg vurderet på MR-skanning, og alligevel blev henvist til operation pga. en tilfældigt fundet, midtstillet prolaps, men uden relation til det kliniske billede. Roger Sørensen mente, at det kun var fordi han var topidrætsmand, at der var foretaget skanning. Denne positive særbehandling medførte, at idrætsudøvere risikerede at blive opereret uden at der var sammenhæng med klinikken, og dermed med tvivlsomt resultat. Indikationer for operation er de samme som for "almindelige" mennesker: cauda equina, pareser og uudholdelig radikulær smerte af mere end 6 uger varighed.

Korsbåndsskader

Eftermiddagen var helliget frie foredrag, og Grethe Myklebust redegjorde for, hvordan et simpelt stabilitetsprogram kunne forebygge korsbåndsskader. Programmet lagde vægt på opnå en bedre stabilitet i knæerne ved sidespring, som det bruges ved 2-fodsfinen og ved landing, idet hun ved nogle videosekvenser viste, at det især er i disse situationer at skaden opstår. Træningsprogrammet var blevet afprøvet i norsk kvindehåndbold og havde fungeret bedst i eliteserien, mens gennem-

førelsen faldt ned igennem rækkerne, hvilket reflekteredes i, at effekten her var mindre. Forsøget forløb over 3 sæsoner (1998, 1999 og 2000), og de bedste resultater var opnået i 2000. Effekten var dog svær at dokumentere. Der blev løbende foretaget korrektioner af programmet, og hun lagde for motivationens skyld vægt på, at træningen skulle have elementer af leg (sjov) og håndbold, og derfor var mange af øvelserne med bold.

Ankelskader

Lørdag morgen holdt Jon Karlsson et fremragende foredrag om ankelskader hvor han påpegede, at det i Skandinavien var holdningen at nonkirurgisk behandling i langt de fleste tilfælde var det bedste for patienten, men at f.eks. peronæus brevis-ruptur ofte blev overset og at dette ofte resulterede i dårligere operationsresultater. Hvis der blev fundet indikation for operation ved medial ankelinstabilitet, var anatomisk kirurgisk behandling at foretrække. Han påpegede, at han undrede sig over hvor hyppigt ankelsskader blev opereret akut andre steder i verden end i Skandinavien, idet 90% af skaderne ville komme sig på nonkirurgisk behandling. Han kunne ikke give nogle præcise diagnostiske tests, men symptomer som "giving way" og "inflammation" i området kunne give mistanke om denne diagnose, som så kunne verificeres ved MR- eller UL-skanning.

Fedme

Senere fortalte Klasson-Heggebø om fedme og fysisk aktivitet. Overraskende kunne man påvise korrelation mellem fysisk aktivitet og hudfoldstykkelser, mens der tilsyneladende ikke var korrelation til fysisk aktivitet. Mere interessant syntes det at være at forældrenes (over)vægt ikke havde betydning.

Generelt

Generelt havde kongressen mange foredragsholdere, som enten fremlagde banaliteter eller savnede dokumentation for de fremsatte "påstande" – her kneb det især inden for de foredrag som fokuserede på behandling, og så hjalp det ikke så meget at foredraget blev holdt på en meget charmerende måde. Helt galt var det dog for de frie

foredrag, hvor pladsmanglen var meget stor. Selv om den nyeste teknologi blev taget i anvendelse til overførsel til et andet rum, var det ikke interessant kun at se foredragsholderens hoved på en baggrund af ulæselige overheads og dias. Jeg fik desværre ikke hørt "vaginale monologer" – et kulturelt indslag. Det kunne måske have ændret dette referat.



Sportsfysioterapi på internationalt plan

Referat fra First International Congress IFSP 7-8 December 2001

Af Connie Linnebjerg og Birgith Andersen

Kongressens overskrift var "Multidisciplinary Evidence Based Management of Over-use Injuries and Degenerative Joint Disorders in the Athlete"

Knæ-, skulder- og albueleddene var de gennemgående temaer begge dage på kongressen. Vi blev med høj faglig standard opdateret omkring diagnoser, differential diagnoser, undersøgelse, behandling og rehabilitering i relation til de enkelte emner.

Fredagens foredrag vekslede mellem videnskabelige indlæg og mere kliniske indlæg, men med en god videnskabelig underbygning. Her var Danmark repræsenteret med en foredragsholder, Henning Langberg, som også modtog den nystiftede HvU Prize som den første i verden!

Lørdagen bød på opfølgende workshops samt foredrag om bl.a. behandling og rehabilitering i forhold til børn og skader, og ACL-skader set i livsforsøgs perspektiv.

Over 200 fysioterapeuter deltog fredag – heraf var 61 internationale. Lørdag supplerede de hollandske idrætsfysioterapeuter op, så kongressen nåede op på over 600 deltagere.

Senevævets adaptation til belastning.

Henning Langberg som første foredragsholder med to foredrag om "senevævets adaptation til belastning" og om "behandling af achillesene problematikker". Det viser sig, at, at det ved mikrodialyse er muligt at monitorere graden af kollagensyntese i kroppen som en reaktion på en intervention. Mikrodialysen måler koncentrationen af "nedbrydnings" molekyler og "opbygnings" molekyler lokalt omkring senevæv og i blodet, både før og efter belastning (metoden er tidligere omtalt i Dansk Sportsmedicin, red.).

Behandlingsmæssigt responderer den overbelastede sene godt på excentrisk træning, fordi der under træning opnås en normalisering af muskelbalancen af de tre muskler som hæfter i achillesenen. Det er tilladt at træne en skadet achillesene med smerte op til 5 på VAS skalaen, hvis blot smerten aftager igen til 0-2 umiddelbart efter træning. Der ikke noget der tyder på, at der er nogen sammenhæng mellem smerteoplevelsen og faktiske forhold i senen. Selv om idrætsudøveren er

smertefri, er vævet ikke nødvendigvis fuldt restitueret mhp. tilbagevenden til idræt og stærkt nok til at klare en given belastning. Over en 4 ugers træningsperiode vil man kunne styrke senen og opnå smertereduktion så der kan øges i belastningen på den skadede sene.

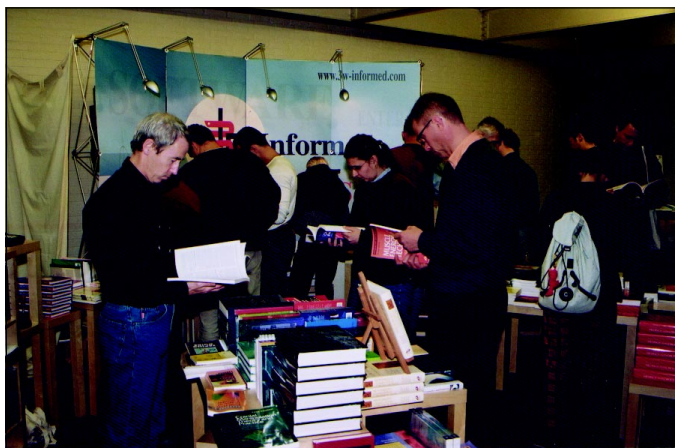
Rotatorcuff dysfunktion og skulderens anatomi og patologi.

Endnu engang blev det understreget: For at læger og fysioterapeuter kan behandle skulderleds problematikker sufficient, med det mål at få idrætsudøveren tilbage til sin idræt så hurtigt og så sikkert som muligt, er det et "must" at kende den faktuelle diagnose!

Både Ortopædkirurg Jaap Willems (NL) og fysioterapeut Michael Voigt (USA) lagde vægt på, at et optimalt rehabiliteringsprogram indeholdt træning af rotatorcuffen mhp. centreret af caput humeri. Endnu mere vigtigt er det at få trænet scapulas stabilitet mhp. sufficient acromionløft, samt at få udspændt den posteriore kapsel mhp. at nedsætte den anteriore "subluksation" af caput humeri.

Rotatorcuff-dysfunktion kommer ikke kun ved direkte traume eller overbelastning af en af rotatorcuffens muskler, men dysfunktionen kan også skyldes instabilitet på grund af f.eks labrum- eller SLAP læsion, nerve entrapment, eller overbelastning af øvrige strukturer omkring skulderen. Instabiliteten fører til ændret load på rotatorcuffen og giver ofte anledning til sekundær impingement.

I følge Michael Voigt bør patienten altid træne før kirurgisk intervention for at bedre patientens mulighed for et godt resultat og derved øge chancerne for at idrætsudøveren kan komme tilbage til tidligere aktivitetsniveau. Der blev ligeledes lagt vægt på den funktionelle træning og vigtigheden i at træne muskulaturen under helt optimale



Der var også mulighed for at se den sidste nye faglitteratur ...

forhold, f.eks. med computerstyret træningsudstyr (mrsystem, se ref. liste). Det, der lægges meget vægt på i træningen, er motorisk kontrol. Det er vigtigt, at alle funktioner trænes, da man skal bruge sine funktioner for at nervesystemet husker dem. I "mrsystem"s computerstyrede træningssystem kan bl.a. bevægelseshastigheden og koordinationen måles og indstilles – og udtrætningen kan måles. Således kan der trænes optimalt og alle ønskede elementer i bevægelsen kan medtages. F.eks. kan specifik koordination trænes ved at følge en kurve på computeren med den bevægelse man laver i træningsapparatet. Eller man kan f.eks. spille tennis mod computeren og få de hurtige stop og skift i en bevægelse. Michael Voight anbefaler at bygge træningen op over 3 trin: 1) Spinal level 2) Brain stem 3) Cerebral cortex.

Tennis albue eller albue instabilitet?

I følge ortopædkirurg Denise Eyendaal (NL) er albuen "det oversete led". Ligamentskade i albueleddet sker f.eks. ved luksation under fald på strakt arm, men også ved traumer under f.eks. vægtløftning. Behandlingen vil være immobilisering i 2 uger og herefter ny klinisk undersøgelse mhp. at checke for ligamentruptur og instabilitet. På Sint Maartenskliniek i Nijmegen foretages der ca. 15 albueligament-rekonstruktioner om året.

Den mere hyppige årsag til albueproblemer er et overbelastet MCL med deraf følgende instabilitet og smerte. Typisk er denne tilstand ikke opstået på baggrund af en enkelt episode, men over en længere periode med gentagne microtraumer. En kaster vil ofte klage over smerter til slut i kastet og efter kastet – formentlig et smertesvar fra muskelhæftet.

Michael Voigt understregede, at albueleddet er vanskeligt at undersøge, da man under den kliniske undersøgelse ikke kan give det samme stress på leddet som under aktivitet. Derfor er anamnesen et meget vigtigt redskab til at komme nærmere på diagnosen.

Patellofemoral dysfunktion.

Et multifacetteret emne, som fysioterapeut Mark de Carlo (USA) var vidt om-

kring. Han gav nogle gode forslag til hvordan vi kan få lidt mere succes i vores rehabilitering af patienten. Vær opmærksom på knæflektions-kontrakturer. Selv en lille kontraktur kan være en af årsagerne til PFPS (patella femorale pain syndrome). Det er vigtigt, at patienten har fuld bevægelighed (fuld passiv extension) for at få normaliseret gangfunktionen og minimeret en af de smertevedligeholdende dysfunktioner.

Derudover mener han, at terminal extension (aktivt stræk hvor tibia uddroterer iforhold til femur) er kontraindiceret, da denne bevægelse vil være med til at forværre symptomer og biomekanik hos PFPS-patienten. Årsagen ligger i at patella ikke stabiliseres mellem femurkondylerne (i trochlea) før ved 20 graders fleksion. Specielt ved patienter med patella alta er det vigtigt at undgå at træne quadriceps med patella liggende superiort for trochlea, da dette kan medføre instabilitet i det patellofemorale led.

Skader hos de idrætsaktive børn.

Fysioterapeut Barbara Hoogenboom (USA) havde en systematisk gennemgang af mulige idrætsskader hos børn. Det overordnede budskab i hendes indlæg var, at også fysioterapeuten har et stort ansvar i at være med til at børn så sikkert som muligt kan dyrke idræt – "den bedste behandling er forebyggelse". Antallet af skader og skadens omfang kan nedsættes ved uddannelse af børnene, trænere og forældre. WHO anbefaler at undgå specifik og intensiv træning af børn under 10 år. Træningen skal være almen og træningsintensitet og træningsmængde skal være tilpasset til det enkeltes barn fysiske formåen.

Børn og teenagere kan få samme skader som voksne. Faserne i rehabiliteringen vil være de samme, men da denne målgruppe ikke er små voksne, men har en krop i vækst med åbne epifyselinier, er det altid ekstra vigtigt at overveje effekten af de fysiske og terapeutiske virkemidler.

I vokseperioderne er børn og unge i større risiko for at udvikle overbelastningsskader. Årsagen kunne, ifølge BH, være at længden af muskelsene- overgangen er relativ iforhold til knogle længde og vækst og derved mere

følsom overfor belastning.

Hvis skaden er sket, er hurtig diagnosticering og behandling en nødvendighed for at undgå langtids konsekvenser, igen specielt set i lyset af, at børns krop er i vækst.

Forreste korsbåndsskader set i livsforløbs-perspektiv.

USA er landet hvor alt kan ske. Den yngste rapporterede patient med ACL skade er 3 år. Den ældste patient som har fået rekonstrueret sit korsbånd er 84 år!

Når et barn skader ACL, er det ofte et avulsionsfraktur ved det distale hæfte end ruptur af selve ligamentet. Forklaringen, ifølge Mark de Carlo, ligger i at ligamentet er relativt stærkere end knoglestrukturen (igangværende projekt om dette område). Anbefalingen til denne patient gruppe er reduktion af knæbelastende aktiviteter for at nedsætte risikoen for følgeskade på menisker og bruskvæv. Rekonstruktion er problematisk, da der er risiko for at skade vækstzoner i både tibia og femur og derved forstyrre den normale vækst. ACL-rekonstruktion hos børn er endnu ikke et velundersøgt område. De fleste studier anbefaler, at det er hase-graft-metoden der benyttes, da der er risiko for skade på proximale ledflade af tibia ved at benytte patella-tendon-graft.

Undersøgelser viser, at også skadede idrætsudøvere over 40 år kan få et godt resultat efter en ACL rekonstruktion. I dag vurderer man behovet for rekonstruktion mere efter den psykologiske alder og det fysiske aktivitetsniveau end efter den kronologiske alder.

Sportsfysioterapeut med professionalisme og internationalt engagement.

Her er det med glæde og stolthed, at vi kan skrive: Henning Langberg modtog som den første i verden HvU-Prisen!

Denne hæderspris gives til en fysioterapeut, der som fysioterapeut og sportsfysioterapeut, på en professionel og engageret måde, arbejder internationalt. Den nominerede skal have været signifikant bidragsyder til et højt niveau af klinisk kundskab og erfaring, samt have haft en medvirkende rolle i påvirkningen af andre sportsfysiotera-

peuter til at dygtiggøre sig. Derudover skal den nominerede have bidraget til sportsfysioterapi internationalt gennem klinisk forskningsaktivitet, undervisning eller professional frivillighed.

TIL LYKKE Henning !

Organisatorisk og socialt.

Henning Langberg og Vibeke Bechtold har været med i arbejdet af dannelsen af IFSP – International Federation of Sports Physiotherapy. Her har begge gjort et stort stykke arbejde for FFI.

Vibeke Bechtold sidder i bestyrelsen for IFSP og udfører her en solid arbejdsindsats sammen med de andre bestyrelsesmedlemmer. Under hele kongressen var bestyrelsen i arbejde. Formanden Laetitia Dekker, Holland, udnyttede hvert et minut af bestyrelsesmedlemmernes vågne tid.

IFSP er en international og ikke-politisk organisation af nationale organisationer for Sportsfysioterapi. Organisationen har adresse i Holland. IFSPs ind-



IFSPs arbejdsomme formand Laetitia Dekker-Bakker, Holland

sats er rettet mod medlemsorganisationerne og deres medlemmer i deres arbejde med at servicere sportsfolk i alle aldre og niveauer i idrætsverden.

IFSP's bestyrelse mødes flere gange årligt - også i forbindelse med denne kongres. Der blev også holdt ordinær generalforsamling for IFSP. Her var der konstruktiv og god debat. Man blev bl.a. enige om at søge, om at blive en

undergruppe til WCPT. IFSP er en organisation med formalia på plads og god økonomistyring. Alt i alt en organisation, vi som faggruppe kan være tilfredse af at være medlem af.

Under hele kongressen var der gode muligheder for at skabe internationale kontakter.

Fredag aften var der buffet og mulighed for en uforpligtende snak, hvilket er med til at nedbryde barrierer, udveksle erfaringer og skabe mulighed for senere kontakter. Det er også interessant bare at høre om, hvordan idrætsfysioterapeuter arbejder i andre lande. For eksempel blev vi bekendt med, at det først er nu pr. 1. jan 2002 at "fysioterapeut" er blevet en beskyttet titel i Irland. Indtil da har alle kunnet slå sig ned som fysioterapeut med eller uden uddannelse og autorisation!

Oplevelsen af det store internationale engagement inden for idrætsfysioterapi var en god følelse at tage med hjem.

Et udpluk af referencer fra kongressen:

- "mrsystem", Monitored Rehab-system. Forhandler i Skandinavien: "Direct Trade"
- Langberg, H et al. Metabolism and inflammatory mediators in the peritendinous space measured by micro dialysis during exercise in humans. *Journal of Physiology*, 1999, 515.3, 919-927.
- Langberg, H et al. Type-1-collagen synthesis and degradation in peritendinous tissue after exercise determined by micro dialysis. *Journal of Physiology*, 1999, 521.1, 299-306.
- Langberg, H et al. Time pattern of exercise induced changes in type-1-collagen turnover after prolonged endurance exercise in humans. *Calcified-Tissue International*, 2000, 67(1), 41-44.

- Langberg, H et al. Training induced changes in peritendinous type 1 collagen turnover determined by microdialysis in humans. *Journal of Physiology*, 2001, 34.1, 297-302.
- Eygendaal, D et al. Results after posterolateral dislocation of the elbow joint; relation to medial instability. *J Bone Joint Surg (A)* 2000, 82, 555-560.
- Eygendaal, D et al. Kinematics of partial and total ruptures of the medial collateral ligament. *J Shoulder Elbow Surg* 1999, 8, 612-616.
- Eygendaal, D et al. Medial instability of the elbow joint in Dutch athletes. *Acta Orthop Scand* 2000, 71 (5), 475-479.
- Voight M.L et al. Impaired Neuromuscular Control: Reactive Neuromuscular Training. In: Prentice WE and Voight ML, eds. *Techniques in Musculoskeletal Rehabilitation*. McGraw-Hill: 2001.

- Voight M.L et al. Effects of muscle fatigue on shoulder proprioception. *Journal of Orthopedic and Sports Physical Therapy*. 1996, 21, 348-352.
- DeCarlo, MS et al. The Effect of the Number and Frequency of Physical Therapy Treatments on Selected Outcomes of Treatments in Patients with Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *J Ortho Sports Phys Ther* 26, 6, 1997.
- DeCarlo, MS et al. Traditional versus accelerated rehabilitation following ACL reconstruction: A one-year follow-up. *J Ortho Sports Phys Ther* 15, 6, 1992.
- DeCarlo, MS et al. Electromyographic and Cinematographic Analysis of the lower extremity during closed and open kinetic chain exercise. *Isok and ex sci* 2, 1 1992.

Denne tekst hører til annoncen på bagsiden af bladet:

6th
**Scandinavian
Congress on
Medicine and
Science in
Sports
2002**



www.sportscongress.dk

Kongresser • Kurser • Møder

INTERNATIONALE

21. - 24. marts 2002, Grækenland
12th Balkan Sports Medicine Congress,
Thessaloniki.

Info: www.triaenatours.gr

Mail: congress@triaenatours.gr

22. - 24. marts 2002, Californien
International Football & Sports Medicine
Conference, Beverly Hills.

Info: www.sportsmed.org

Mail: football2002@sportsmed.org

24. - 27. april 2002, Italien
10th Congress of ESSKA (European
Society of Sports Traumatology, Knee
Surgery and Arthroscopy).

Info: www.alternet.pt/esska

10. - 12. maj 2002, Sverige
Idrottsmedicinska föreningens årsmøde
2002, Göteborg

Tema: "Idrottsmedicin vid 50"

Info: IMFs kansli,

Web: www.svenskidrottsmedicin.org

5. - 9. juni 2002, Ungarn
27th FIMS World Congress of Sports
Medicine, Budapest.

Info: Congress Secretariat,

E-mail: assziszt@euroweb.hu

15. -18. august 2002, Norge
29th Scandinavia Congress of
Rheumatology, Tromsø.

Info: www.29scr2002.org

21. - 24. november 2002, Danmark
6th Scandinavian Congress on
Medicine and Science in Sports, Århus

Info: www.sportscongress.dk

27. - 30. november 2002, Østrig
European Congress on Prevention of
Diseases through Physiotherapy, Wien.

Info: www.physio.at/congress/2002.htm

10. - 14. marts 2003, New Zealand
2003 ISAKOS Congress, Auckland.

DIMS kursuskalender

De enkelte kurser og arrangementer
annonceres særskilt - her og på hjem-
mesiden - hvorefter tilmeldinger mod-
tages.

DIMS TRIN I, øst. Kursus.
11.-15. marts 2002, Jægersborg.
Målgruppe: Læger.
Arrangør: DIMS

TRIATHLON. Symposium.
10.- 12. maj 2002, Vingsted.
Målgruppe: Læger og fysioterapeuter.
Arrangør: DIMS, FFI

DIMS TRIN I, vest. Kursus.
September 2002, Vejle.
Målgruppe: Læger.
Arrangør: DIMS

DIMS TRIN II. Kursus.
Oktober 2002, København.
Målgruppe: Læger.
Arrangør: DIMS

VINTERSPORT. Symposium:
Januar / februar 2003, Norge, Sverige,
evt. Østrig.
Målgruppe: Læger, fysioterapeuter.
Arrangør: DIMS, FFI, DSMM

KETCHERSPORT. Symposium:
Januar / februar 2004, København.
Målgruppe: Læger, fysioterapeuter.
Arrangør: DIMS, FFI

Venlig hilsen
DIMS Uddannelses Udvalg

FFI kursuskalender

Tilmeldingsfrister:

Hold øje med detailannoncering i
Dansk Sportsmedicin og Fysioterapeu-
ten.

Introduktionskurser

- 1. og 2. marts på Fysioterapeutsolen i Odense.
- 15. og 16. marts på Fysioterapeutsolen i København.

Regionskurser

"Skulder- og truncuskursus"

- 22. og 23. marts på Fysioterapeutsolen i Odense.

"Albue- / hånd- og truncuskursus"

- 5. og 6. april på Fysioterapeutsolen i Århus.

"Hofte- og truncuskursus"

- 12. og 13. april på Fysioterapeutsolen i København.

"Knæ- og truncuskursus"

- 19. og 20. april på Fysioterapeutsolen i Odense.

"Fod- og truncuskursus"

- 3. og 4. maj på Fysioterapeutsolen i København.

"La Santa kursus 2002"

Indhold: "Introduktion + Skulder / albue / hånd og truncus"

Tid: 27. september til 4. oktober 2002 på La Santa Sport, Lanzarote.

Kursus 3 "Idrætsfysioterapi i relation til tilbagevenden til idræt og fysioterapi på idrætspladsen".

Tid: 25. 26. og 27. oktober på Skolen for Fysioterapeuter i København.

TRIATHLON. Symposium, maj 2002,
VINTERSPORT. Symposium, jan./feb. 2003 og
KETCHERSPORT. Symposium, jan./feb. 2004
Arrangeres sammen med DIMS - se
DIMS kursuskalender.

DIMS kurser

Info: Idrætsmedicinsk Uddannelsesudvalg, c/o sekr. Lissi Petersen, Helligkorsvej 33, 2.tv., 4000 Roskilde.



Generelt om DIMS kurser

DIMS afholder faste årlige trin 1 og trin 2 kurser for læger som ønsker at opnå kompetence som idrætslæge.

DIMS trin 1 kursus: er et basal-kursus, der henvender sig til færdiguddannede læger, som ønsker at beskæftige sig med den lægelige rådgivning og behandling af idrætsudøvere.

Alle regioner vil blive gennemgået med gennemgang af de almindeligste akutte skader og overbelastningsskader.

Kurset afholdes i samarbejde med Forsvarets Sanitetsskole, og en væsentlig del af kurset beskæftiger sig med den praktiske kliniske udredning og behandlingsstrategi af nyttilskadekomne militær-rekrutter. Man får således lejlighed til at undersøge 30-40 patienter under supervision og vejledning af landets eksperter indenfor de enkelte emner.

Kurset varer 40 timer over 4-5 hverdage.

Hvert år afholdes et eksternatkursus (med mulighed for overnatning) øst for Storebælt på Forsvarets Sanitetsskole i Jægersborg i uge 11, mandag - fredag, og et internatkursus vest for Storebælt, i reglen uge 40 på Fredericia Kaserne.

DIMS trin 2 kursus: er et videregående kursus, der henvender sig til læger med en vis klinisk erfaring (mindst ret til selvstændig virke) samt gennemført DIMS trin 1 kursus eller fået dispensa-

tion herfor ved skriftlig begrundet ansøgning til DIMS uddannelsesudvalg.

Kurset afholdes på en moderne dansk idrætsskole, hvor man gennem patientdemonstrationer får et indblik i moderne undersøgelses- og behandlingsstrategier.

På dette kursus forklares principperne i den moderne idrætstræning og der bliver lagt mere vægt på de biomekaniske årsager til idrætsskader og en uddannelse af kursisterne i praktisk klinisk vurdering heraf. Derudover diskuteres træningens konsekvens og muligheder for udvalgte medicinske problemstillinger (overlevelse, fedme, endokrinologi, hjerte/kar sygdomme, lungesygdomme, osteoporose, arthritis, arthrose).

Kurset varer 40 timer over 4 dage (torsdag-søndag).

Hvert år afholdes et eksternat kursus i oktober måned (overnatning sørger kursisterne selv for). I lige år afholdes kurset øst for Storebælt (Bispebjerg Hospital), i ulige år vest for Storebælt (Århus Amtssygehus).

Idrætsmedicin - TRIN 1

OBS! Tilmelding haster!!

Formål og indhold: Basalt kursus i idrætsmedicin med hovedvægt lagt på diagnostik af hyppigste idrætsskader, herunder grundig gennemgang af akutte og overbelastningsskader i knæ, skulder og ankel/underben. Patientdemonstrationer med instruktion og indøvelse af klinisk undersøgelsesteknik. Planlægning og tilrettelæggelse af udredning, behandling og genoptræning af skadede idrætsudøvere. Doping, idrætsfysiologi og biomekanik med henblik på at øge forståelsen for profylaktiske tiltag, både specifik idrætsskadeprofylakse og almen sygdomsprofylakse i forbindelse med idræt. Kurset udgør første del af en planlagt postgraduat diplomuddannelse i idrætsmedicin; 40 CME point i DIMS regi.

Målgruppe: Fortrinsvis praktiserende og yngre læger med interesse for idrætsmedicin, som ønsker basal indføring i emnet. Maks. antal deltagere 30.

Form: Eksternat. Indkvartering kan måske tilbydes. Forelæsninger afvekslende med emneorienterede, praktiske kliniske øvelser og patientdemonstrationer.

Kursusledelse: Henrik Aagaard og Finn Løye. Arrangør: Dansk Idrætsmedicinsk Selskab (DIMS) i samarbejde med Forsvarets Sanitetsskole.

Undervisere: Marianne Backer, Mogens Dam, Flemming Enoch, Andreas Hartkopp, Finn Johannsen, Michael Kjær, Lars Konradsen, Britt Petersen, Henrik Sørensen, Gitte Vestergaard, Henrik Aagaard.

Tid: Mandag 11. marts til fredag d. 15. marts 2002, kl. 08.00 - 16.00.

Sted: Forsvarets Sanitetsskole, Jægersborg Kaserne, Jægersborg Allé 150, 2820 Gentofte. Telefon 3977 1200.

Kursusafgift: Yngre læger, medlemmer af DIMS: 3.500 kr., yngre læger: 4.500 kr. andre læger, medlemmer af DIMS: 4.000 kr., andre læger: 5.000 kr. Kursusafgiften inkluderer frokost og kaffe.

Kursussekretær: Sekretær Lissi Petersen, Helligkorsvej 33 B, 2.tv., 4000 Roskilde. E-post: lissi-dan@get2net.dk, tlf. 4635 4893. Giro: 160-233-37.

Tilmelding: Brev eller e-post indeholdende navn, adresse samt påførelse af lægelig søjle og eventuelt medlemskab af DIMS til kursussekretær Lissi Petersen. Kost og logi mod betaling kan arrangeres på Jægersborg Kaserne i det omfang, der er ledige værelser efter nærmere aftale med Kaserneforvaltningen, Jægersborg Kaserne, telefon 3977 1200.

SAKS kurser

BASAL ARTROSKOPI

Dansk Selskab for Artroskopisk Kirurgi og Sportstraumatologi afholder 3. kursus i Basal Artroskopi den **12 - 13 juni, 2002** på Panum Institut, København
Målgruppe: Læger i ortopædkirurgisk speciallægeuddannelse på præ-, per- og postkursist niveau med manglende rutine i artroskopisk kirurgi.

Indhold: Artroskopisk diagnostik og basal artroskopisk kirurgi i skulder-, albue-, knæ-, og ankelled.

Undervisningsform: Undervisningen veksler mellem teoretisk gennemgang, opgaver og øvelser på ledfantomer i en workshop. Der arbejdes på at skaffe kadaver til øvelsesdelen.

Undervisere: Danske specialister.

Deltagerafgift: 1.800 kr. for medlemmer af SAKS eller 2.200 kr. for ikke-medlemmer.

Nærmere information med rekvirering af program og tilmelding til kurset: Overlæge dr. med. Uffe Jørgensen, Ortopædkirurgisk afdeling, Amtssygehuset i Gentofte, tlf: 39773584, e-mail: anbon@gentoftehop.kbhamt.dk

AVANCERET SKULDERLEDSARTROSKOPI

Dansk Selskab for Skulder og Albue Kirurgi samt Dansk Selskab for Artroskopisk Kirurgi og Sportstraumatologi afholder kursus i avanceret skulderledsartroskopi den **10 - 11 juni, 2002** på Panum Institut, København

Målgruppe: Læger i den ortopædkirurgiske speciallægeuddannelse på fase 3 niveau og speciallæger med interesse i den artroskopiske skulderledskirurgi.

Indhold: Klinisk og artroskopisk diagnostik samt artroskopisk kirurgi af de mest almindelige lidelser i skulderledet.

Undervisningsform: Teoretiske gennemgang med forelæsninger og diskussioner vekslede med øvelser på ledfantomer i en workshop og dissektionsstudier på kadaver.

Undervisere: Danske specialister.

Deltagerafgift: 2.800 kr. for medlemmer af DSSAK og SAKS og 3.200 kr. for ikke-medlemmer.

Nærmere information med rekvirering af program og tilmelding til kurset: Overlæge Allan Buhl, Ortopædkirurgisk afdeling, Viborg Sygehus, tlf: 89272353, e-mail: vsortabn@vibamt.dk

Fælles DIMS/FFI kurser

TRIATHLON

Sted og tid: DGI, Vingsted Centeret, 10-12 Maj 2002

Kursusledelse: DIMS Andreas Hartkopp, FFI Henning Langberg

PROGRAM:

Fredag den 10. maj

14.00-15.00 Registrering og indkvartering

15.00-15.05 Velkomst, generel information – Andreas Hartkopp

15.05-16.00 Ernæring, væske, kost, mineraltilskud og gråzone doping før, under og efter meget lange udholdenhedskonkurrencer – Andreas Hartkopp

16.00-17.00 Muskelstyrke, krav til udøvere af langdistanceidrætter, rekommandationer – Per Aagaard

17.00-17.30 Kaffepause

17.30-19.00 Ironman træning og konkurrenceforberedelse. Stævnelægefunktionen ved langdistance idrætter – Mogens Strange Hansen

19.30-20.30 Middag

20.30-22.00 Peter Sandvang verdensmester i ironman triathlon fortæller om sin træning og sine konkurrencer – Peter Sandvang

Lørdag den 11. maj

07.00-08.00 Morgenmad

08.00-09.15 Svømmeskulderen. Diagnostik, behandling og profylakse – Mogens Strange Hansen/ Arne Sørensen

09.15-10.15 Løbesko og skader, Råd og vejledning vedr. køb af sko, præsentation af nye og gamle løbesko – Keld Johnsen

10.15-10.45 Kaffepause

10.45-11.45 Indlæg og funktionel anatomi i forbindelse med løb – Henning Langberg

11.45-13.00 Overbelastningskader i fod og underben. Diagnostik, behandling og profylakse – Keld Johnsen/Henning Langberg

13.00-14.00 Frokost

14.00-15.00 Overbelastningskader i knæ og lyske. Diagnostik, behandling og profylakse – Finn Johannsen/Henning Langberg

15.00-15.20 Kaffe

15.20-16.00 Demonstration af tape-ningsteknikker, undersøgelsesteknik fod, ankel og knæ – Alle undervisere, ansvarlig Finn Johannsen

16.00-18.30 Triathlon eller aqualon for kursisterne. Test med pulsøre, beregning af anaerob tærskel og træningszoner – Kursusledelsen og Gabor Klöczl
 19.30- Middag og fest

Søndag den 12. maj

08.00-09.00 Morgenmad

09.00-10.00 Bindevæv, inflammation, belastning – Henning Langberg

10.00-10.30 Cyklings biomekanik, cykelindstilling, fejlretning – Andreas Hartkopp

10.30-11.00 Kaffepause og check ud af værelser

11.00-11.45 Præsentation af 3D cykelmodel EDB-software, der kan simulere forskellige sadelpositioner – Anybody, AUC

11.45-13.00 Minibattle: Værdien af udspænding for langdistanceidrætsfolk såvel i rolig fase som ved skade. Pro et contra – Andreas Hartkopp og Finn Johannsen, dommer: Henning Langberg
 13.00-14.00 Frokost, afslutning

Kursussekretær: Sekretær Lissi Petersen, Helligkorsvej 33 B, 2.tv., 4000 Roskilde. E-post: lissi-dan@get2net.dk, tlf. 4635 4893, fax: 4914 4893. Giro: 160-233-37.

Tilmelding: Brev, e-post eller fax indeholdende navn, adresse og angivelse af lægelig søjle og eventuelt medlemskab af DIMS/FFI til kursussekretær Lissi Petersen. Sidste frist for tilmelding: 20 marts. Begrænset antal pladser, max 50.

OBS: Husk svømmetøj og løbetøj og medbring gerne egne cykler. Der vil være mulighed for at låne cykler i begrænset omfang.

Priser: DIMS/FFI medlemmer specialpris kr 2500, ikke DIMS/FFI medlemmer kr 3000.

Prisen inkluderer ophold på enkeltværelse og kost i henhold til programmet.

FFI kurser 2002

Info: Kursusudv., Vibeke Bechtold,
Kærlandsvænget 10, 5260 Odense S.
Tlf. 6591 6693 / 2028 4093
Mail: vibeke.bechtold@odenergphys.dk



“Idrætskursus - Introduktion til idrætsskader og de øvrige idrætskurser relateret til idrætsskader i forskellige dele af kroppen.”
(Dette kursus er et krav som forudsætning for at kunne deltage på de øvrige kurser)

Målgruppe: Fysioterapeuter der arbejder med idræt på forskellig vis.

Mål og indhold for Introduktionskursus:

At kursisterne:

- får forståelse for epidemiologiske og etiologiske forhold ved idrætsskader
 - får forståelse for og indsigt i forskning anvendt i idrætsmedicin
 - får forståelse for etiske problemstillinger relateret til idræt
 - kan anvende klinisk ræsonering i forbindelse med idrætsskader
 - kan anvende biomekaniske analysemetoder
 - får forståelse for vævsegenskaber og vævsreaktioner
 - kan anvende primær skadesundersøgelse og skadesbehandling
 - får forståelse for overordnede behandlingsstrategier til idrætsaktive
- Indhold:

- klinisk ræsonnering
- epidemiologi
- forskning og evidens
- etik
- biomekanik
- vævsegenskaber og vævsreaktioner
- behandlingsstrategier
- læring og formidling
- primær skadesundersøgelse og skadesbehandling

Tid og Sted:

• 01. marts kl. 14.00 - 21.00 og 02. Marts kl. 09.00 - 17.00 på Fysioterapeutskolen i Odense.

• 15. marts kl. 14.00 - 21.00 og 16. Marts kl. 09.00 - 17.00 på Fysioterapeutskolen i København.

Pris: 2300 kr. for medlemmer og 2600 kr. for ikke medlemmer. Prisen dækker kursusafgift og fortæring under kursus.

Deltagere: Ca. 25 fysioterapeuter. Medlemmer af faggruppen har fortrinsret.

Tilmelding: Tilmeldingsfrist er udløbet, men det er altid muligt at kontakte Vibeke Bechtold med henblik på om der skulle være ledige pladser.

Undervisere: Fysioterapeuter fra Faggruppen for idrætsfysioterapi samt Idrætsmedicinske ressourcepersoner.

“Idrætskurser relateret til idrætsskader i forskellige dele af kroppen” (truncus og skulder/ albue-hånd/hofte/knæ/fod)

Målgruppe: Fysioterapeuter der arbejder med idræt på forskellig vis.

Mål og indhold for alle kurserne relateret til regioner:

At kursisterne:

- får forståelse for epidemiologiske og etiologiske forhold i de enkelte kropsområder
- kan analysere bevægelsesmønstre og belastningsforhold ved idræt
- kan anvende målrettede undersøgelser-, forebyggelses- og behandlingsstrategier
- får kendskab til parakliniske undersøgelser- og behandlingsmuligheder indenfor idrætsmedicin
- kan vurdere skadernes omfang og alvorlighed samt planlægge og vejlede i forhold til dette.

Indhold:

- funktionel anatomi og biomekaniske forhold
 - epidemiologi og etiologi
 - traumatologi
 - målrettede undersøgelser og tests
- både funktionelle og specifikke
- målrettede behandlings- og rehabiliteringsstrategier

teringsstrategier

- forebyggelsesstrategier
- klartest
- parakliniske undersøgelser og behandlingsstrategier

Emne, Tid og Sted:

“Skulder- og truncuskursus”

• 22. marts kl. 14.00 - 21.00 og 23. Marts kl. 09.00 - 17.00 på Fysioterapeutskolen i Odense. Tilmeldingsfrist: 20. februar.

“Albue- / hånd- og truncuskursus”

• 05. april kl. 14.00 - 21.00 og 06. April kl. 09.00 - 17.00 på Fysioterapeutskolen i Århus. Tilmeldingsfrist: 27. februar.

“Hofte- og truncuskursus”

• 12. april kl. 14.00 - 21.00 og 13. April kl. 09.00 - 17.00 på Fysioterapeutskolen i København. Tilmeldingsfrist: 7. marts.

“Knæ- og truncuskursus”

• 19. april kl. 14.00 - 21.00 og 20. April kl. 09.00 - 17.00 på Fysioterapeutskolen i Odense. Tilmeldingsfrist: 13. marts.

“Fod- og truncuskursus”

• 03. Maj kl. 14.00 - 21.00 og 04. Maj kl. 09.00 - 17.00 på Fysioterapeutskolen i København. Tilmeldingsfrist: 20. marts.

Pris: 2300 kr. for medlemmer og 2600 kr. for ikke medlemmer. Prisen dækker kursusafgift og fortæring under kursus.

Deltagere: 22 fysioterapeuter. Medlemmer af faggruppen har fortrinsret.

Tilmelding: Tilmeldingsfrist er angivet ovenfor. Benyt DF's eller Dansk Sportsmedicins tilmeldingsblanket eller meld dig til via faggruppens hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk

Husk at angive om du er medlem af FFI. Tilmeldingen er bindende og betalingen kan foregå ved at sende en crosset check med tilmeldingen eller indbetale beløbet på giro 1-690-6948. Angiv betalingsmåde på tilmeldingen.

Undervisere: Fysioterapeuter fra Faggruppen for idrætsfysioterapi.

"Idrætskursus 2002 på La Santa Sport"

Indhold: "Introduktion + Skulder / albue/hånd og truncus"

Målgruppe, mål og indhold - se beskrivelserne under introduktionskursus og kurserne for O.E..

Tid: Uge 40. Fra fredag den 27. september med afgang kl. ca. 8 til fredag den 4. oktober 2002 med hjemkomst kl. ca. 20. Der vil være afgang og hjemkomst fra København eller Billund.

Sted: Club La Santa, E - 35560 Tinajo, Lanzarote, tlf. 0034-928599999.

Pris: 7800 kr. for medlemmer og 8200 kr. for ikke medlemmer. Heraf betales depositum 1000,- kr. **senest den 1. marts 2002.** Resten skal indbetales

senest 3. juli 2002. Prisen dækker kursusafgift, flyrejse og ophold i 3 personers lejlighed samt diverse aktiviteter på stedet. Kursisterne skal selv sørge for mad og drikke under opholdet samt evt. tegning af nødvendige forsikringer. Det vil være muligt at få ophold i 2 eller 4 personers lejlighed mod ekstrabetaling. Hvis dette ønskes **skal** det angives ved tilmeldingen.

Deltagere: 40 fysioterapeuter. Medlemmer af faggruppen har fortrinsret.

Tilmelding: Tilmeldingsfristen er 1. marts 2002. Benyt DF's eller Dansk Sportsmedicins tilmeldingsblanket eller meld dig til via faggruppens hjemmeside

www.sportsfysioterapi.dk

Husk at angive om du er medlem af FFI og om du ønsker at flyve fra København eller Billund. Tilmeldingen er bindende og betalingen kan foregå ved at sende en crosset check med tilmeldingen eller indbetale beløbet på giro 1-690-6948. Angiv betalingsmåde på tilmeldingen.

Vedr. afmelding: Efter 20. marts er det ikke muligt at få tilbagebetalt depositum!

Undervisere: Fysioterapeuter fra Faggruppen for idrætsfysioterapi.

Kursus 3 "Idrætsfysioterapi i relation til tilbagevenden til idræt og fysioterapi på idrætspladsen".

Opsamling for de, der allerede har kursus for O.E. og U.E. efter den "gamle" kursusstruktur.

Målgruppe: Fysioterapeuter der arbejder med idræt på forskellig vis.

Mål og indhold:

At kursisterne:

- kan analysere typiske bevægelsesmønstre og -belastninger i nogle udvalgte idrætsgrene
 - kan anvende målrettede undersøgelses- og behandlingsstrategier med henblik på at undgå idrætsskader og vende tilbage til idræt efter skade
 - får teoretiske og praktiske erfaringer med behandlingsstrategier i forhold til styrketræning
 - kan anvende funktionstests rettet både mod profylakse, rehabilitering og klarmelding
 - får forståelse for ernæringens betydning og problemer i forbindelse med idræt
 - får forståelse for fysiske, psykiske og traumatologiske barrierer i forbindelse med tilbagevenden til idræt
- Indhold:
- grenspecifikke bevægelsesmønstre og bevægelsesstrategier
 - funktionelle tests og scoresystemer
 - forskellige former for trænings- og behandlingsstrategier
 - fysiske, psykologiske og traumatologiske barrierer for tilbagevenden til idræt
 - idræt og ernæring

Tid: 25, 26. og 27. oktober 2002, fra fredag kl. 16.30 til søndag kl. 17.45

Kursusform: Eksternat

Sted: Skolen for Fysioterapeuter, Universitetsparken 4, 2100 København Ø.

Pris: 2500,- kr. for medlemmer og 2800,- kr. for IKKE medlemmer. Prisen dækker kursusafgift og forterning.

Deltagere: ca. 25 fysioterapeuter.

Kursister, der har deltaget på Idræts-

kursus O.E. og U.E., samt medlemmer af faggruppen har fortrinsret.

Undervisere: Fysioterapeuter fra Faggruppen og Idrætsmedicinske ressourcepersoner.

Tilmelding: Ansøgningsfrist: ca. 1 måned før kursusafholdelse, se annoncering i Sportsmedicin og Danske Fysioterapeuter, samt FFI's hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk

Der tages forbehold for ændringer i relation til alle kurserne.

Øvrige FFI-kurser "på bedding":

Symposium om vintersport

Januar / februar 2003 i Norge eller Sverige.

Målgruppe: Læger, fysioterapeuter.

Arrangør: DIMS og FFI

Symposium om ketchersport

Januar / februar 2004 i København.

Målgruppe: Læger, fysioterapeuter.

Arrangør: DIMS og FFI

Hold øje med nærmere annoncering i Dansk Sportsmedicin og på DIMS og FFI hjemmesider.

Dansk SPORTSMEDICIN

Adresse:

Redaktionssekretær
Gorm Helleberg Rasmussen
Terp Skovvej 82
8270 Højbjerg
8614 4287 (A), 8614 4288 (P)
ffi-dk@post3.tele.dk (e-post)

Redaktionsmedlemmer for DIMS:

Overlæge Allan Buhl
Kraghøjen 5
8800 Viborg 8667 1196 (P)
vsortabn@vibamt.dk • abuhl@telefon.dk

Overlæge Per Hölmich
Kjeldgårdsvej 13 - Hareskovby
3500 Værløse 4498 0014 (P)

Speciallæge Arne Nyholm Gam
Frederikssundsvej 152 B, 1.tv.
2700 Brønshøj 3860 3300 (A)
myosul@email.uni2.dk

Overlæge Svend Erik Christiansen
Emborgvej 42 A
8660 Skanderborg 8788 5272 (P)
SvenderikC@netscape.net

Redaktionsmedlemmer for FFI:

Fysioterapilærer Nina Schriver
Elmehøjvej 70
8270 Højbjerg 8627 2875 (P)
schriverfamilie@post.tele.dk

Fysioterapilærer Leif Zebitz
Dankvart Dreyersvej 56
5230 Odense M 6612 3220 (P)
Leif.Zebitz@odenergys.dk

Fysioterapeut Henning Langberg
Idrætsmedicinsk Forskningsenhed, BBH
2400 København NV 3531 6089 (A)
hl02@bbh.hosp.dk

Fysioterapeut Svend B. Carstensen
Lindegårdsvej 8 A
8320 Mårslet 8629 2057 (P)
lindegaardsvej.8a@post.tele.dk



Adresse:

DIMS
c/o sekretær Louice Krandsorf
Ortopædkir. afd., Amager Hospital
Italiensvej 1, 2300 København S
Tlf: 3234 3292 tirsdage 15:30-16:30
E-mail: louice@ah.hosp.dk
Web: www.sportsmedicin.dk

Formand Klaus Bak
Rosenstandsvej 13
2920 Charlottenlund, tlf. 3964 0302 (P)
kbak@post4.tele.dk

Næstformand Arne Nyholm Gam
Lyngholmvej 53
2720 Vanløse
myosul@email.uni2.dk

Kasserer Bent Wulff Jakobsen
Stenrosevej 49
8330 Beder
b-wulff@dadlnet.dk

Kjeld B. Andersen
Tranevej 13
7451 Sunds
kbandersen@dadlnet.dk

Inge Lunding Kjær
Nørregade 19, 3.th.
9000 Ålborg
ilk@dadlnet.dk

Andreas Hartkopp
Bodegårdsvej 9
3050 Humlebæk
hartkopp@dadlnet.dk

Fysioterapeut Bente Andersen
Kabellejevej 22, 1.tv.
2700 Brønshøj
bente.andersen@kbhffys.dk

Suppleant Lars Konradsen
Birkehaven 26
3400 Hillerød
lkonrad@dadlnet.dk

Suppleant, fysioterapeut
Gorm Helleberg Rasmussen
Terp Skovvej 82
8270 Højbjerg
ffi-dk@post3.tele.dk



faggruppen for idrætsfysioterapi

Adresse:

Faggruppen for Idrætsfysioterapi
Terp Skovvej 82
8270 Højbjerg
8614 4287 (tlf.+tlf.svarer)
ffi-dk@post3.tele.dk (e-mail)
www.sportsfysioterapi.dk

Formand Gorm Helleberg Rasmussen
Terp Skovvej 82
8270 Højbjerg 8614 4288 (P)
ffi-dk@post3.tele.dk

Sekretær Birgith Andersen
Sædding Strandvej 59
6710 Esbjerg V 7611 9088 (P)
birgith@esenet.dk

Svend B. Carstensen
Lindegårdsvej 8 A
8320 Mårslet 8629 2057 (P)
lindegaardsvej.8a@post.tele.dk

Vibeke Bechtold
Kærlandsvænget 10
5260 Odense S 6591 6693 (P)
vibeke.bechtold@odenergys.dk

William Sloth
Hovvejen 3 - Mammen
8850 Bjerringbro 8668 5400 (P)

Suppleant Henning Langberg Jørgensen
Willemoesgade 61, 3.tv.
2100 København Ø 3526 2595 (P)
hl02@bbh.hosp.dk

Suppleant Marianne Dall-Jepsen
Mikkeltorg Allé 84
2970 Hørsholm 45864485 (P)
m.dall-jepsen@mail.dk



**faggruppen
for
idrætsfysioterapi**

Kontaktpersoner 2002

Hovedstadskreds og Københavns Amtskreds:
Christian Couppé, Willemoesgade 61, 3.th.,
2100 KØBENHAVN Ø, 31426141(P)
Frank Jacobsen, Vejringevej 30, 2730 HER-
LEV, 44921090(P)

Frederiksborg Amtskreds:
Lotte Bølling, Håndværkerhaven 22, 2200
KØBENHAVN N, 31678467(P)
Klaus Petersen, Ordrupvej 64, 2.th., 2920
CHARLOTTENLUND, 42255316(P),
info@ordrupfysio.dk(mail)

Roskilde Amtskreds:
Dorte Thorsen, Kildehusvej 27, 4000 ROS-
KILDE, 46322323(A)
Vibeke Pedersen, Munkedammen 4, 4320
LEJRE, 46480208(P)

Vestsjællands Amtskreds:
Hanne Merrild, Sct. Knudsgade 13 B, st.,
4200 SLAGELSE, 53534118(P), 58559790(A)
Gurli Knudsen, Garvergårdsvej 80, 4200
SLAGELSE, 53527138(P), 53523941(A)

Storstrøms Amtskreds:
Philippa Nielsen, Vestensborgallé 72, 4800
NYKØBING F, 54857002(P), 54885534(A)
Bonnie Skovgaard, Blansmosevej 12, 4952
STOKKEMARKE, 54712050(P), 54885534(A)

Bornholms Amtskreds:
Ledig

Fyns Amtskreds:
Lau Rosborg, Kongensgade 38, 2.tv., 5000 ODEN-
SE C, 66120140(P), 66121431(A),
groennegade.fysioterapi@get2net.dk(mail)
Henriette Heingart Jepsen, Kongensgade 38,
2.tv., 5000 ODENSE C, 66121431(A)

Nordjyllands Amtskreds:
Anders Nielsen, Hans Aabelsvej 11, 9300 SÆBY,
96890096(P), 98842800(A)
Steven Franch, Stormgade 8, 1.th., 9000 ÅL-
BORG, 98115905(P), 96225860(A)

Viborg Amtskreds:
Peter Lasse Pedersen, Præstemarken 11 - Vristed,
7800 SKIVE, 97522489(P), 97524500(A)
Morten Sode, Sct. Nikolajgade 23, 1.tv., 8800 VI-
BORG, 86614006(P), 86622254(A),
sode.hede@get2net.dk(mail)

Århus Amtskreds:
Erik Schmidt, Søndre Ringgade 19, 2.tv., 8000
ÅRHUS C, 86142811(P), 70221217(A),
erik@eft.dk(mail)

Ringkøbing Amtskreds:
Anne Mette Antonsen, Urnehøj 12 - Tjørring,
7400 HERNING, 97268297(P), 97223236(A),
ama@netfyssen.dk(mail)
Tine Hasselbrinck Madsen, Skoletoften 3 - Sin-
ding, 7400 HERNING, 97136171(P),
97885200(A), tine@netfyssen.dk(mail)

Vejle Amtskreds:
Jesper Hove Frehr, Svalevej 16, 6000 KOL-
DING, 75539596(P), 75533222#6067(A),
jesper@frehr.dk(mail)
Rasmus Christoffersen, Gl. Bjert 60 K, 6091
BJERT, 75577857(P), rasmet@mail.tele.dk(mail)

Ribe Amtskreds:
Anders Winther Christensen, Svendsgade 66,
st.tv., 6700 ESBJERG, 40934508(P),
awinther@ofir.dk(mail)
Susie Ø. Jensen, Sydslunden 35, 6800 VARDE,
75212149(P), susioe@hotmail.com(mail)

Sønderjyllands Amtskreds:
Helle Algren Brøgger, Kortegade 1, st.tv., 6100
HADERSLEV, 73520302/40199898(P),
helle.broegger@mail.tele.dk(mail)

IDRÆTSKLINIKKER

Bortset fra klinikkerne på KAS Glostrup,
KAS Gentofte og KAS Herlev i Københavns
amt og lægeværelset i Ribe amt, kræver alle
henvendelser henvisning fra læge.

Frederiksborg og Københavns kommune
Bispebjerg Hospital
Tlf. 35 31 35 31
Overlæge Michael Kjær
Mandag til fredag 8.30 - 14

Københavns amt
KAS Glostrup
Tlf. 43 43 08 72
Overlæge Claus Hellesen
Tirsdag 16 - 18.30, torsdag 16 - 18

KAS Gentofte
Tlf. 39 68 15 41
Overlæge Uffe Jørgensen
Tirsdag 15.30 - 18.30

KAS Herlev
Tlf. 44 88 44 88
Overlæge Bent Ebskov
Torsdag 18 - 19.30

Amager Hospital, Skt. Elisabeth
Tlf. 32 34 32 93
Overlæge Per Hölmich
Tirsdag 15 - 17

Frederiksborg amt
Frederikssund Sygehus
Tlf. 48 29 55 80
Overlæge Tom Nicolaisen
Mandag, tirsdag og torsdag 8 - 16, onsdag 8 - 19
og fredag i lige uger 8 - 12

Storstrøms amt
Næstved Centralsygehus
Tlf. 53 72 14 01
Overlæge Jes Hedebo
Tirsdag 16 - 18

Nykøbing Falster Centralsygehus
Tlf. 54 85 30 33
Overlæge Troels Hededam
Torsdag 15.30 - 17.30

Fyns amt
Odense Universitetshospital
Tlf. 66 11 33 33
Overlæge Søren Skydt Kristensen
Onsdag 10.45 - 13.30, fredag 8.30 - 14

Ribe amt
Esbjerg Stadionhal (lægeværelse)
Tlf. 75 45 94 99
Læge Nils Løvgren Frandsen
Mandag 18.30 - 20

Ringkøbing amt
Herning Centralsygehus
Tlf. 99 27 27 27
Overlæge Johannes Yde
Torsdag 12 - 15

Århus amt
Århus Amtssygehus
Tlf. 89 49 75 75
Overlæge Bent Wulff Jakobsen
Tirsdag 15 - 18, torsdag 14 - 17

Viborg amt
Viborg Sygehus
Tlf. 89 27 27 27
Overlæge Allan Buhl
Tirsdag og torsdag 13 - 16.30

Nordjyllands amt
Ålborg Sygehus Syd
Tlf. 99 32 11 11
Overlæge Gert Kristensen
Mandag til fredag 8.50 - 14

Bornholms amt
Bornholms Centralsygehus
Tlf. 56 95 11 65
Overlæge John Kofod
Tirsdag (hver anden uge) 16.30 - 18

Postbesørget blad

nr. 12133 (8245 ARC)

Adresseændringer:

Medlemmer af DIMS og FFI skal meddele ændringer til den repektive forenings medlemskartotek.

Abonnenter skal meddele ændringer til Dansk Sportsmedicins adresse.