



SCAPULA OG SKULDERFUNKTION

• TRÆNINGS BETYDNING FOR KNOGLETÆTHED OG KNOGLEBRUD



fagforum
for
idrætsfysioterapi



Arne Gam
Redaktør

Hellere dø med end uden idræt

Så kom vi helskindet ind i år 2003 med lidt sneoverraskelser. Sne skulle have en positiv virkning på vores humør, men humøret var allerede i top efter en fin og velbesøgt kongres i Århus. Skandinaverne var i undertal, hvis man ser bort fra danskerne. Det er lidt ærgerligt at en skandinavisk kongres ikke er mere skandinavisk. Svend B. Carstensen giver et stemningsreferat af forløbet. Han er også inde på det "skandinaviske". Det var nu dejligt at møde dem som kom.

Vi har 3 artikler i dette blad: en om scapulae- og skulderfunktion og to sammenhængende svenske artikler om knoglemasse og træning.

At skulderen og scapulae hænger sammen er et anatomisk faktum. Det spørgsmål, som artiklen af Torben Blenstrup heller ikke kan svare på, er hvad kom først "Hønen eller ægget?", i denne sammenhæng altså problemet op-rindelse. Undersøgelser har vist at dysfunktionen af scapulae kan være en følgevirkning af f.eks. rotator-cuff problemer. Så der er i høj grad mulighed for at dysfunktionen af scapulae i højere grad fastholder situationen, men måske ikke er det primære problem.

Fra vores skandinaviske brødre i Sverige har vi lånt 2 artikler af Håkan I. Magnusson og Magnus Karlsson om effekten af træning på knoglestyrken. Forholdene om knoglestyrke har altid været svære at afklare pga. af den lange tidshorisont. En interventionseffekt, det

sig være medicinsk eller træning, vil først kunne afklares måske 40-50 år efter. Resultaterne som fremlægges i de 2 artikler viser helt klart en positiv effekt på knoglemassen (BMD) af træning. Samtidigt synes effekten af træningen på knoglemassen hurtigt at forsvinde. Man kan ikke sætte knoglemasse i (knogle)banken, men slutte at vedvarende fysisk aktivitet (sport, træning) er nødvendig for at fastholde den ekstra knoglemasse (BMD). Der er et mindre paradoks i resultaterne, nemlig at der ikke er nogen signifikant forskel i BMD (surrogat-parameter) efter at man er fyldt 70 år hos træuede versus utrænede, men derimod på frakturrisikoen (parameteren). Effekten af træning skyldes formentlig i højere grad den positive påvirkning af det neuromuskulære drive (balancen).

Så selv om idræt øger risikoen for skader – ja man kan dø af idræt – er det bedre at dø med idræt end uden.

Dansk Sportsmedicin nummer 1, 7. årgang, februar 2003.
ISSN 1397 - 4211

Formål

DANSK SPORTSMEDICIN er et tidsskrift for Dansk Idrætsmedicinsk selskab og Fagforum 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 Fagforum 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 Svend B. Carstensen, fysioterapeut Henning Langberg, fysioterapilærer Leif Zebitz.

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 H. Rasmussen

Forsidefoto

Sports Foto ApS
Ungdomsbadminton januar 2003.

© Indholdet må ikke genbruges uden tilladelse fra ansvarshavende redaktør.

Indhold:

FORENINGSNYT	4	Ledere
FAGLIGT	6	Scapula og skulderfunktion <i>Torben Blenstrup</i>
	10	Træning mindsker risikoen for knoglebrud <i>Magnus Karlsson, Fredrik Nyquist og Caroline Karlsson</i>
	12	Træning og regional knogletæthed <i>Håkan I. Magnusson og Magnus K. Karlsson</i>
KURSUS- OG MØDEREFERATER	14	FFI-kursus på Lanzarote <i>Svend B. Carstensen</i>
	16	Judo-medicinsk seminar <i>Holger-Henning F. Carlsen</i>
	18	Skandinavisk kongres i Århus <i>Svend B. Carstensen</i>
	20	IFSP-generalforsamling og europæisk forebyggelseskongres <i>Vibeke Bechtold</i>
INFORMATIONER	23	Krop & Sport • Dopinghåndbog
KURSER OG MØDER	25	
NYTTIGE ADRESSER	30	



fagforum
for
idrætsfysioterapi

Deadlines for kommende numre:

Nummer	Udkommer	Artikelstof	Annoncer
2/2003	ca. 15. maj	1. april	15. april
3/2003	ca. 15. august	15. juni	15. juli
4/2003	ca. 15. november	1. oktober	15. oktober
1/2004	ca. 15. februar	1. januar	15. januar

Venlig hilsen Redaktionen



Dansk
Idrætsmedicinsk
Selskab

v/ Klaus Bak,
formand

69 diplomlæger i Idrætsmedicin

Ved et møde i diplomuddannelsesudvalget den 13. januar 2003 på Plaza Hotel i Odense vedtog et enigt udvalg bestående af Overlæge Bent Wulff Jakobsen, Afdelingslæge Kjeld B. Andersen, Speciallæge Arne Gam, Afdelingslæge Henrik Aagaard og Overlæge Klaus Bak, at af 77 indkomne ansøgninger opfyldte 69 medlemmer kravene til diplomaterkendelse i Idrætsmedicin i henhold til kommissoriet for diplomaterkendelse, som blev vedtaget på generalforsamlingen i Odense i november 2001. Alle 77 ansøgere er i februar orienteret om afgørelsen per brev og navnene på de 69 diplomlæger vil blive offentliggjort i næste nummer af DANSK SPORTSMEDICIN samt på DIMS' hjemmeside.

Det er en milepæl i Dansk Idrætsmedicinsk Selskabs historie, at der nu eksisterer en formaliseret anerkendelse af idrætsmedicinsk efteruddannelse. Anerkendelsen sker udelukkende

i selskabet, som det også er tilfældet for andre videnskabelige selskaber der har diplomuddannelse. Efter mange års snak om speciale, subspeciale og ekspertområde, har vi med diplomuddannelsen skabt en basis for, at læger, der følger en bred teoretisk og praktisk idrætsmedicinsk grunduddannelse, kan få en fortjent anerkendelse for deres uddannelseslyst. På sigt kan der blive tale om, at diplomaterkendelsen kan danne grundlag for en eventuel etablering af et fagområde i idrætsmedicin.

Er "diplom" et fyord? Vi mener, at svaret er et klart NEJ! Vi lever i en tid, hvor der er stigende krav til strukturering og evaluering af vores uddannelsesfærdigheder. Dette er til gavn, ikke kun ved stillingsbeskrivelser inden for job, hvor Idrætsmedicin indgår som en del af den profil afdelingen ønsker, men måske i højere grad ved stillingsbesættelse indenfor idrætsklinikker, idrætsklubber og -forbund, Team Danmark og landshold. Diplomuddannelsen sigter på, ikke bare at sikre sig at læger får en bred teoretisk uddannelse, men også at disse kan dokumentere praktisk eller organisatorisk erfaring. Produktion af af idrætsmedicinsk forskning og vidensformidling honoreres også i anerkendelsen.

Diplomaterkendelsen løber i 5 år og kan forlænges yderligere 5 år, såfremt

man i den mellemliggende periode har opnået 50 CME point. CME-point-angivelse fremgår af det skema, som nu er at finde i hvert nummer af DANSK SPORTSMEDICIN. DIMS' uddannelsesudvalg pointangiver idrætsmedicinske kurser herunder kurser som arrangeres uden for DIMS regi. Diplomdatabasen administreres af DIMS' Diplomuddannelsesudvalg under DIMS' bestyrelse ved Sekretær Louice Krandorf. Diplomuddannelsesudvalget holdes løbende orienteret om nye ansøgere og vil behandle disse ved halv- eller kvartårige møder. Læger med diplomaterkendelse skal selv sørge for at indberette og fremsende dokumentation for CME-point.

Sidst skal der være plads til at nævne den 6. Scandinavian Congress og Medicine and Science in Sports i Århus. Det var fire hektiske dage, hvor alt klappede og alle deltagere fik et godt fagligt udbytte af kongressen, som havde en bred emnesammensætning og bred international deltagelse. Både de inviterede foredragsholdere og de frie præsentationer var af høj kvalitet. Sidstnævnte lover godt for idrætsmedicinsk forskning i Danmark og Skandinavien. Der må være nogle medlemmer der ærger sig over, at de ikke var i stand til at deltage i denne begivenhed, som først gentages i Danmark om 8 år. Et forsinket godt nytår til alle medlemmer.

Priser ved 6th Scandinavian Congress on Medicine and Science in Sports 2002



Følgende modtog priser på vegne af deres projektgrupper, fra v. mod hø:

Præmie for bedste poster: Niels Erichsen, "Manual diagnosis of talar dysfunction after inversion trauma".

Foredragskonkurrence, 1. præmie: Katja Heinemeier, "Role of TGF-beta in relation to exercise-induced local collagen synthesis in human tendinous tissue".

Foredragskonkurrence, 2. præmie: Mads Kongsgaard Madsen, "Resistance-training improves muscle strength, functional level and self-reported health in patients with chronic pulmonary disease".

Young Scientist Award: Steen Olsen, "Increased muscle mass with creatine, proteins and carbohydrate supplementation".

I midten formanden for kongreskomiteen, Bent Wulff Jakobsen.



Fagforum
for
Idrætsfysioterapi

v/ Gorm Helleberg
Rasmussen, formand

Året der gik

2002 har været et arbejdsomt år for Fagforum for Idrætsfysioterapi, og nogle af de vigtigste sager skal lige berøres. Vores generalforsamling godkendte i februar nye vedtægter, der inkluderede et navneskifte og åbnede mulighed for en senere formel godkendelse fra en faggruppe til et fagforum under Danske Fysioterapeuter. Godkendelsen fik vi af Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse i juni. Det er ikke fordi det har ændret så meget på vores funktion i hverdagen, men godkendelsen anerkendte samtidig status som "et bredt fysioterapeutisk arbejdsområde", og det fik betydning for arbejdet frem mod specialisering i idrætsfysioterapi. Som omtalt i en tidligere leder bliver der ikke tale om "idrætsfysioterapi" som selvstændigt specialismråde, men efter alt at dømme tale om specialisering i "bevægeapparatet" med en underoverskrift – et subspeciale, om man vil – i "idrætsfysioterapi". De faggrupper/fagfora, der af Danske Fysioterapeuter

er puttet ind under bevægeapparats-paraplyen, har netop færdiggjort og indsendt "Kompetencebeskrivelse for fysioterapeuter med speciale i bevægeapparatet" med tilhørende bilag til specialistrådet til brug for det videre arbejde i specialiseringsprocessen.

Det "rykkede" også på det internationale område i 2002. IFSP er virkelig ved at være et internationalt netværk med mange interessanter. P.t. er der 17 medlemslande fra flere kontinenter, og flere står på spring. Der er næppe tvivl om, at "International Federation of Sports Physiotherapy" bliver accepteret som undergruppe i WCPT. Denne formelle godkendelse vil være et velfortjent klap på ryggen til IFSP's bestyrelse og til de bagvedliggende, nationale organisationer – i særdeleshed måske til dem, herunder FFI, der oprindeligt var med til tale for og arbejde frem mod stiftelse af en international organisation.

Bestyrelsens øvrige arbejde i 2002 er beskrevet i årsberetningen, kan findes og læses på fagforums hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk.

Arrangementer 2003

2003 ser på mødefronten anderledes ud end tidligere.

Vores årsmøde i februar er reduceret til halvdagsmøde med et barberet fagligt indhold. Årsmødet er faktisk kun bibeholdt fordi vore vedtægter foreskriver at generalforsamlingen –

årsmødets "kerne" – tidsmæssigt skal være placeret i januar kvartal. Grunden til det reducerede møde skal findes i Danske Fysioterapeuters "Fagfestival 2003 - fra fag til profession", et 3-dages fælles årsmøde for DF og DF's fraktioner, fagfora og faggrupper, der afvikles den 20. - 22. november i Odense. FFI er med til at arrangere det faglige indhold af fagfestivallen og har valgt at satse flest kræfter der. Vi håber, at alle idrætsfysioterapeuter, der har noget at byde ind med – det være sig til frie foredrag, posterfremstillinger, workshops eller debatfora – vil tilmelde sig. Det er allerede nu muligt at melde sig til via "Fysioterapeuten" eller Danske Fysioterapeuters hjemmeside www.fysio.dk/fagfestival. Når festivallens faglige indhold er lidt mere på plads, vil der blive annonceret for arrangementet her i Dansk Sportsmedicin.

Ny hjemmeside i år

Danske Fysioterapeuter afholdt i november 2002 et web-strategimøde med nogle få udvalgte fraktioner, faggrupper og fagfora, herunder FFI.

På baggrund af dette møde har FFI givet DF tilsagn om at indlede et samarbejde om at lægge FFI's hjemmeside ind under paraplyen www.fysio.dk – et samarbejde med fordele for begge parter. Herom mere på et senere tidspunkt.



Scapula og skulderfunktion

– to uadskillelige størrelser

Fysioterapeut Torben Blenstrup, Viborg-Kjellerup Sygehus.

Fotos: Klinisk Foto, Viborg-Kjellerup Sygehus

I flere år har det i Danmark været den gængse holdning, at skulderbehandling skal fokusere på styrketræning af rotator cuff muskulaturen. Dette er sket med udgangspunkt i cuff'ens funktion – at centrere caput humeri i cavitas glenoidalis. Desværre har det betydet at alt for mange ukritisk har betragtet "rotator cuff-træningen" som den eneste behandling i det brogede skulderlandskab, og derved glemt fundamentale fysioterapeutiske behandlingsprincipper.

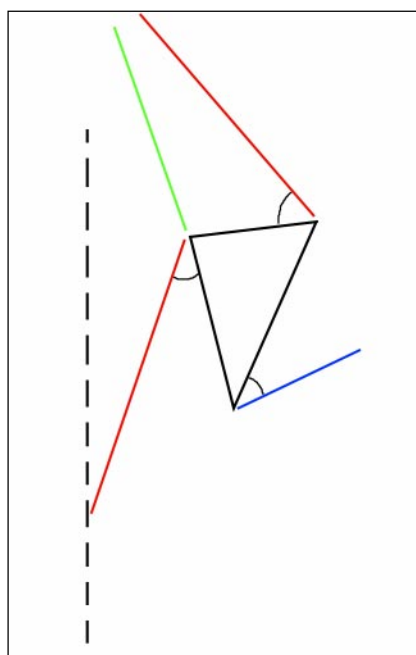
Et af de vigtigste principper er efter min mening, at man i behandlingen starter centralt på truncus, og herefter arbejder sig distalt på ekstremiteterne. I skulderbehandlingen betyder det at mange ofte har overset scapula's vigtige funktion for et stabilt og mobilt glenohumeralled (GH-led).

I det følgende vil jeg forsøge at argumentere for, at "skulderbehandling skal stræbe imod at centrere caput humeri i cavitas glenoidalis ved at normalisere scapula's stilling, og derved ændre cavitas glenoidalis orientering".

Anatomi

For at kunne elevere armen de ca. 180 grader, som er den normale bevægelighed for overekstremiteten, skal scapula's lateralrotation bidrage med ca. 60 grader, og GH-leddet med ca. 120 grader, i alt ca. 180 grader.

Scapula's rotation foretages primært af den superiore og inferiore del af m. trapezius samt m. serratus anterior. For at disse tre kan fungere optimalt sammen skal udgangspunktet for trækket være optimalt. Det betyder i praksis, at den stilling scapula har før elevationen begynder, altså scapula's "hvilestilling", skal være korrekt (ill.1).



Ill. 1: Scapulas hvilestilling

Scapula anatomiske udformning (en trekant) betyder, at alle tre muskler har gode trækretninger med vinkler til scapula's afgrænsninger hvilket gør arbejdet så økonomisk som muligt.

Scapula's hvilestilling bestemmes primært af "ophængen" dannet af m. levator scapula og m. trapezius superior. Ændring af scapula's hvilestilling betyder ændrede trækretninger for alle scapula's muskler, samt ændring af hvilelængderne for samme. Det vil dermed også sige rotator cuff muskulaturen. Selv ved en lille ændring i scapula's hvilestilling forringes cuff'ens funktion med en grad af efterfølgende instabilitet.

Dermed også sagt at det er nødvendigt at fokusere på scapula's hvilestil-

ling før man arbejder sig distalt mod cuff'en.

Den smertefulde skulder

Der er flere perspektiver man skal tage højde for når man skal beskrive skulderens skadesanatomie, men specielt to er man altid nødt til at have for øje. Disse er smertereaktionen hos den ikke-opererede, og konsekvensen af eventuel immobilisering hos de opererede patienter.

Vi kender alle billedet af patienten som sidder i venteværelset og tager sig til skulderen. Denne protraherede stilling af den smertende skulder er den naturlige reaktion på smerte hos langt de fleste skulderpatienter, men er ikke hensigtsmæssig, når man analyserer de konsekvenser stillingen har over længere tid.

I mange år har vi kendt begreber som posturale / fasiske muskler, samt agonister / antagonist. Vi ved også, at posturale reagerer på inaktivitet ved at blive dominante, og fasiske ved at blive svage og slappe, ligesom der ved muskelkontraktion sker en inhibering af antagonistene for at undgå modarbejdende aktivitet.

Skulderens protraktion foretages primært af m. pectoralis minor, der er postural og derfor hurtigt bliver kontrakt. Under m. pectoralis minor løber flere grene fra plexus brachialis, og disse nervegrene risikerer at blive klemte under muskelen. Ved skulderprotraktion forlænges m. trapezius superior og afstanden fra cervikalcolumna til acromion forlænges. Dette betyder også at nervernes forløb ud i armen forlænges og at nerverne kommer på stræk. Mange skulderpatienter klager derfor over radikulære symptomer, som f.eks.

snurren i fingrene eller ligefrem smerte ud i armen.

En anden konsekvens af m. trapezius superioris forlængelse er, at acromion sænkes og scapula derved medialroteres. Herved forlænges de resterende scapula rotatorer m. trapezius inferior og de nederste takker af m. serratus anterior. M. trapezius inferior er tillige antagonist til den dominante m. pectoralis minor, og der sker en antagonist-inhibering.

Scapula's hvilestilling er således ændret, og betingelserne for en optimal scapularotation, samt rotator cuff'ens centrering af caput, er blevet forringet.

En tredje konsekvens af denne depression af acromion er, at det subacromielle rum mindskes og der derved opstår impingement tegn eller irritation af supraspinatussenen.

Efter operation

I de fleste postoperative regimer er der en periode med immobilisering, eller delvis immobilisering, som ofte varierer fra 3-6 uger. Immobiliseringen sker som oftest med armen ind til kroppen, altså med armen indadroteret. Passer man ikke på, at bandagen som bruges til dette monteres rigtigt, og er patienten ikke velorienteret, sker det desværre tit at armen ikke hviler i bandagen, men hænger i den. Tillige sker det ofte at bandagen monteres så skulder står protraheret. I begge tilfælde vil skadesmekanismen fra ovenstående om den "smertefulde skulder" indtræde.

Selv om bandagen monteres rigtigt, kan det ikke undgås at skulderens indadrotatorer påvirkes efter lang tids forkortning. Her er det primært m. teres major og m. subscapularis, som bliver kontrakte og hindrer udadrotation i skulderen. Derved bliver fleksionen også begrænset, da dette fordrer udadrotation i GH-leddet.

Et andet problem ved kontrakte indadrotatorer er også, at scapula's rotation bliver for "hurtig færdig" og elevationen derved begrænses. Dette forveksles ofte med periarthrose, da man ved fiksering af scapula's angulus inferior oplever, at scapula og humerus bevæger sig i forholdet 1:1 og ikke de ca. 1:3, som er normalen.

Behandling

Uanset hvilken type skulderpatient man arbejder med, skal behandlingen

først og fremmest stræbe efter at genskabe bevægelighed og stabilitet, ikke kun i GH-leddet, men også i claviklens led, som ikke kan undgå at blive påvirket af immobilisering. Caput skal centreres i hvile og under bevægelse, så alle muskler skal have optimale trækretninger og hvilelængder.

At bevidstgøre patienten om målet med behandlingen er derfor en rigtig god idé for at opnå størst mulig compliance. Tegn på patienten (ill. 2). Brug plancher eller tegninger til at forklare den grundlæggende funktion af skulderen. Langt de fleste patienter forstår dette og bliver motiverede for behandling.

At indlære og opøve korrekt scapula hvilestilling foregår derfor også nemmest, hvis fysioterapeuten benytter sig af 2 spejle så patienten kan se hvornår øvelsen er udført rigtigt (ill. 3).

Før styrke- og stabilitetstræning starter er det vigtigt at udspænde kontrakte muskler. Oftest vil det dreje sig om m. pectoralis minor, m. teres major, m. subscapularis og m. deltoideus anterior. Der kan selvfølgelig også være tale om andre muskler, f.eks. m. coracobrachialis og m. biceps brevis. Det tager man naturligvis højde for. Udspændingen kan ske manuelt af fysioterapeuten kombineret med hjemmeøvel-

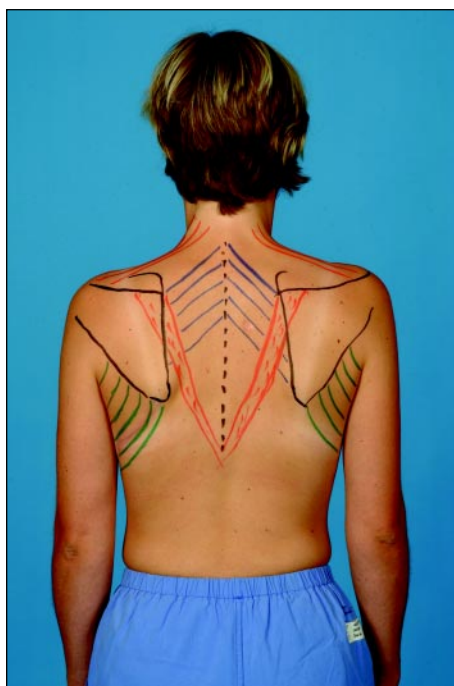
ser for patienten. Vær også opmærksom på, at den posteriore del af GH-leddets kapsel ofte er stram, og kapslen derved "presser" caput op mod anterior del af acromion.

At give en entydig beskrivelse af, hvordan behandling af skulderpatienter skal foretages, er vanskeligt. Der er mange faktorer som spiller ind, og ikke to patienter skal behandles på samme måde. Dog er der nogle punkter som man skal være opmærksomme på i træningen:

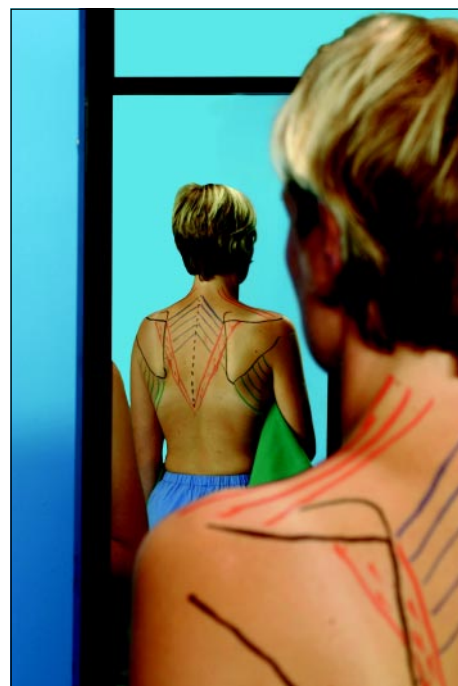
- Når man begynder at instruere i stabilitet og styrketræningsøvelser er det vigtigt, at patienten indtager korrekt scapula hvilestilling, så alle muskler opnår optimal trækretning og udgangslængde. Er der tale om en øvelse for en specifik muskel kan det ofte være en fordel at forkorte denne, så den kan arbejde i indre bevægebane, hvilket gør arbejdet for musklen lettere.

- Under bevægeanalysen er det vigtigt at vide hvordan den optimale bevægelse ser ud. Det er ikke altid man kan bruge den "raske" side til at sammenligne med, da mange også er påvirket i denne.

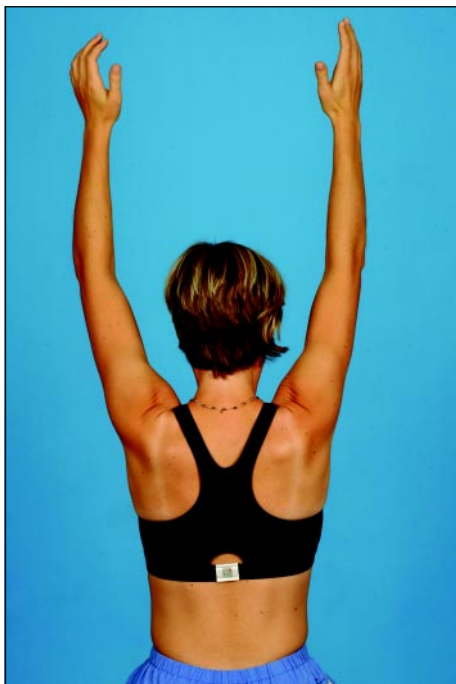
Hvis der er nedsat udadrotation i GH-leddet vil patienten lave en kompensatorisk indadrotation til sidst i be-



Ill. 2: Venstre scapula står medialroteret og skulderen er protraheret.



Ill. 3: Patient foran 2 spejle.



Ill. 4: Kompensatorisk indadrotation i venstre GH-led.

vægelsen og/eller adducere angulus superior (ill. 4). Kompensatorisk adduktion forekommer også hvis m. rhomboidei er stramme/dominante i forholdet til den øverste del af m. serratus anterior.

- Når vi taler om træning er der utallige forskellige træningsprincipper.

Jeg mener det vigtigste er at træne muskler til det de skal bruges til. F.eks. skal rotatorcuff'ens muskler primært stabilisere GH-leddet. Jeg tror ikke m. infraspinatus bliver bedre til at lave depression/retraktion af caput ved at træne udadrotation med albuen indtil kroppen.

Cuff'en trænes bedst med stabiliserende øvelser. Mange svømmere har problemer med instabilitet pga. den store bevægelighed der fordres. Et af deres problemer er imidlertid at bevægelse i vandet ikke stiller særlig store proprioceptive krav, og at cuff-muskulaturen derfor ikke stimuleres nok i forhold til de mange dynamiske gentagelser. Derfor er det heller ikke optimalt, at diverse forebyggende træningsprogrammer oftest kun indeholder øvelser for at opnå større styrke.

Sådan gør jeg

Hvilke øvelsesredskaber der anvendes er fysioterapeutens valg. Træning med elastikker har den fordel, at alle nemt

kan anskaffe dem og udføre træningen hjemme. Ulempen er at det er svært at styre belastningen, som øges i takt med elastikkens udspænding. Håndvægte er nemmere at kontrollere, men noget dyrere i anskaffelse. Mange benytter sig af de maskiner som fysioterapierne har investeret i. Disse er dog svære for patienterne at tage med hjem, og hjemmetræningen bliver derfor besværliggjort.

Personligt foretrækker jeg håndvægte og patienterne kan selv konstruere sådanne af små eller store sodavandsflasker med vand eller sand i.

Start med at træne de muskler som skal placere scapula, hvilket vil sige ophænget og rotatorerne. Da det også er disse muskler, som er med til at give stabilitet, kan vi med lidt variation i øvelsesvalget opnå god stabilitet og mobilitet af scapula.

Nu kan vi bevæge os distalt mod GH-leddet og de muskler som har funktion herover.

Stabilitetstræning er meget vigtig for GH-leddet. Vi har aldrig været i tvivl om at det er vigtigt at træne balance for knæ og ankel. Men da skulderleddet er et meget mere ustabilt led, og langt de fleste skulderproblemer er instabilitetsrelaterede, bør stabilitetstræningen

også fylde det meste af et skuldertræningsprogram (ill.5).

For at kunne centrere caput i cavitas er det for det meste caputs depressorer, som skal styrkes/koordineres. Depression foretages af udadrotatorerne m. infraspinatus, m. teres minor samt indadrotatorerne m. teres major og m. subscapularis. Det handler altså om at skabe balance mellem de to muskelgrupper.

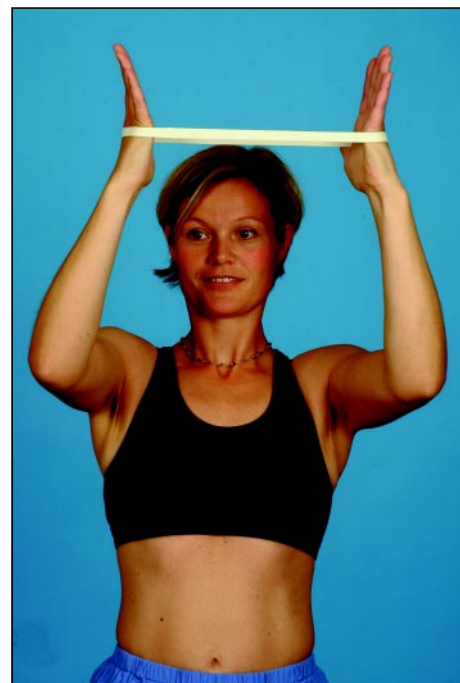
Da indadrotatorerne ofte er stramme/dominerende er det vigtigt at m. teres minor og m. infraspinatus faciliteres under arbejdet. Her er det vigtigt at sikre sig, at der ikke er restriktioner hos postoperative patienter (ill. 6).

Supraspinatus-musklen er også en vigtig depressor af caput. Dennes funktionen er primært i begyndelsen af bevægelse, hvor den laver nedadglidning af caput. Derfor kan vi heller ikke træne m. supraspinatus med store abduktionsbevægelser, da den større og stærkere m. deltoideus så vil overtage arbejdet.

Man kan dele stabilitetstræningen op i flere stadier: Dynamisk med distale ende fixeret, statisk med distale ende fri samt dynamisk med distale ende fri. Vigtigt er det, at sidste stadiet inkluderes, og den efter min mening bedste



Ill. 5: Statisk stabilitetstræning. Træningsarmen (ve) holdes helt i ro, mens pt. trækker med højre i forskellige retninger.



Ill. 6: Fleksion med facilitering af udadrotatorerne.



Ill. 7: Dynamisk stabilitetstræning med "Bodyblade".

måde at træne dette på er med "Bodyblade" eller et tilsvarende redskab (ill. 7). Det er kun fantasien, som sætter grænser for hvordan stabilitetstræning

kan gøres, men husk: scapula skal være stabil og "steady" under øvelserne.

Afsluttende kommentar

At beskrive den endegyldige skulderbehandling med ord er en umulig opgave. Der er ikke to patienter som er ens, og der vil altid være individuelle hensyn at tage hensyn til i behandlingen.

Der er dog nogle ting, som jeg oplever går igen i behandlingen af skulderpatienter, og det er disse jeg har forsøgt at beskrive. Vil man være god til skulderbehandling er det først og fremmest en bydende nødvendighed at kende den funktionelle anatomi og bevægelsesmønstrene. Der må også være accept af, at der ikke er nogen facitliste for behandlingen og ingen færdige behandlingskoncepter. På grund af kompleksiteten, og de mange led involverede i den samlede bevægelse, må den enkelte "case" vurderes som et enestående tilfælde.

Det kan sagtens være, at der blandt læserne er nogle, som er helt uenige med hvad jeg skriver. Det er godt! – Hvis vi alle bliver enige kommer vi ikke videre, og så stopper udviklingen.

Vær kritisk – tro ikke, at den der råber højest altid har ret.

Det dejlige ved at arbejde med skulderbehandling er bl.a. at det er et område, hvor man får de fleste oplysninger ved at bruge sine øjne, idet de fleste strukturer ligger superficielt. Det man ikke kan se, kan man oftest analysere sig frem til ud fra det givne. Det vigtigste er derfor, at du bruger dine øjne godt og forholder dig til det du kan se. Spørg dig selv: – "Hvad kan jeg se og hvilke konsekvenser har det?" – "Hvilke strukturer bliver stresset, af det jeg ser, og passer det med patientens symptomer?" – "Hvad kan jeg gøre for at skabe optimale anatomiske forhold igen?".

For at begrænse skriveriet har jeg med vilje ikke inddraget truncus-stabilisering i artiklen, men denne del af behandlingen er selvfølgelig også vigtig for at opnå glenohumeral stabilitet.

Kontakt:

Fysioterapeut Torben Blenstrup
Mail: Torben.Blenstrup@v-ks.dk

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.

Træning i ungdomsårene mindsker risikoen for knoglebrud i alderdommen

Magnus Karlsson, Fredrik Nyquist och Caroline Karlsson, Ortopediska kliniken, Universitetssjukhuset UMAS, Malmö

En vigtig prediktor for skelettets styrke er knoglemassen (bone mineral density, BMD), idet risikoen for at få et knoglebrud er omvendt relateret til knoglemassen. Såfremt man ved træning kan øge knoglemassen, er dette således et indirekte bevis på, at træning mindsker risikoen for knoglebrud.

Imidlertid er der en lang række andre faktorer, som også påvirker risikoen for knoglebrud, f.eks. knoglens størrelse, den tredimensionelle knoglestruktur, muskelfunktion, balance og faldtendens. Der foreligger imidlertid også data som indikerer, at øget fysisk aktivitet hos kvinder i den modne alder giver øget risiko for håndledsbrud. Dette skyldes sandsynligvis, at den fysiske aktivitet øger den totale ekspositionstid, hvor personen risikerer at falde. På samme måde er det vist, at hård fysisk træning hos mænd øger risikoen for brud i rygsøjlen. Det kan skyldes, at øget aktivitet giver flere traumer med deraf følgende risiko for brud.

Der foreligger også et andet problem: Selv om træning i ungdomsårene øger knoglemassen, så ved man ikke med sikkerhed, hvad der sker efter afsluttet idrætskarriere. Er den aldersrelaterede osteoporose større blandt tidligere idrætsaktive end blandt tidligere sportsligt inaktive personer? Dette er af klinisk interesse, idet netop osteoporose-relaterede brud først optræder i den ældre patientgruppe.

Såfremt man kan vise, at knoglemassen hos ældre forhenværende idrætsaktive er større end hos en jævnaldrende idrætsinaktiv kontrolgruppe, får man en indikation for, at træning har en fraktur-reducerende effekt. Imidlertid kan man kun med sikkerhed sige, at idræt har en fraktur-reducerende effekt, såfremt man kan dokumentere, at tidligere idrætsaktive har lavere fraktur-rincidens (hyppighed).



I litteraturen foreligger der data som klart viser, at fysisk aktivitet i ungdomsårene har en gunstig effekt på skelettet.

Hypotese

Ved undersøgelsens start stillede vi os derfor følgende spørgsmål:

1. Har aktive idrætsudøvere større knoglemasse end kontroller?
2. Har forhåndværende idrætsaktive større knoglemasse end kontroller?
3. Har forhåndværende idrætsaktive færre osteoporose-relaterede knoglebrud?

Større knoglemasse og færre brud

I studierne blev knoglemassen (målt med DXA røntgenteknik) og knoglestrukturen (målt med ultralyd) undersøgt hos 22 aktive mandlige fodboldspillere, ligesom 128 forhåndværende mandlige fodboldspillere (alder 19-85 år) med aktiv fodboldkarriere afsluttet for 1 - 65 år siden blev sammenlignet med 138 alders og kønsmatched kontroller, som ikke dyrkede idræt i ungdomsårene.

Endelig blev hyppigheden af frakturer hos 454 forhåndværende fodboldspillere (alder 50 - 94 år) sammenlignet med kontroller med samme alder.

Vi fandt, at knoglemassen var 12% højere hos aktive fodboldspillere, 10% højere hos forhåndværende fodboldspillere med afsluttet karriere for 5 år siden, 5% højere hos dem, som havde afsluttet karrieren for 16 år siden og 3% højere hos dem med afsluttet karriere 25 år tidligere sammenlignet med kon-

trollerne (figur 1). Hos forhåndværende fodboldspillere, nu over 65 år med afsluttet idrætskarriere for 30 - 50 år siden, fandt vi en tendens til højere knoglemasse.

Med ultralyd af hælbenet fandt vi højere værdi hos ældre tidligere idrætsaktive, og vi fandt tillige, at tidligere idrætsaktive havde et lavere antal osteoporose-relaterede knoglebrud samt totalt et lavere antal brud. (figur 2).

Konklusion

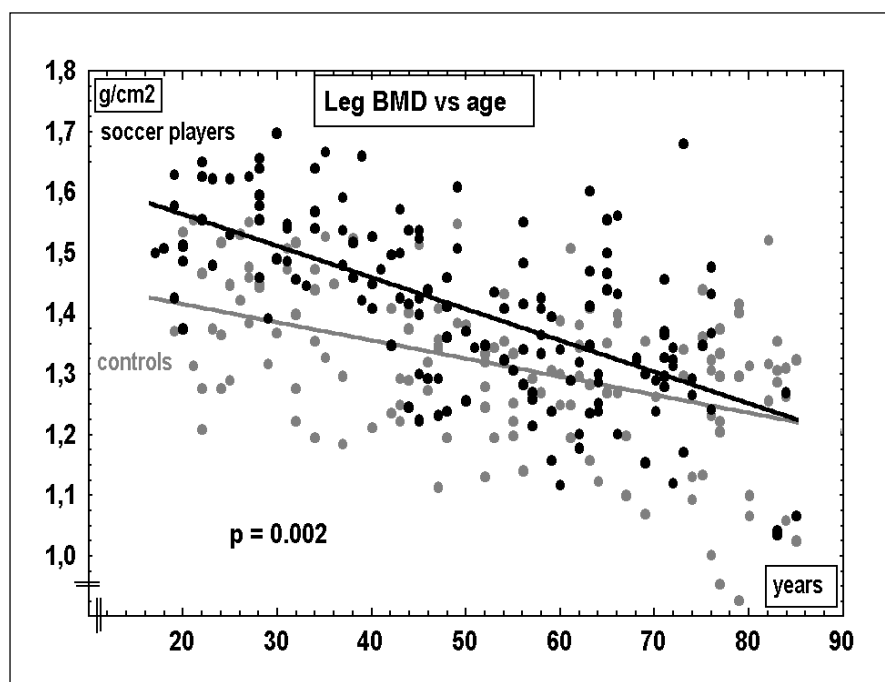
Disse data understøtter hypotesen, at fysisk træning i ungdomsårene reducerer risikoen for knoglebrud i alderdommen. Årsagen hertil er usikker, men en blivende effekt på skelettets struktur, knoglernes størrelse, muskelfunktion, balance og faldtendens er alle faktorer, som kan påvirkes af idræt, og som hver for sig eller tilsammen kan reducere frakturforekomsten efter afsluttet idrætskarriere.

Samfundet vil derfor formentligt i fremtiden stå med et langt større problem med osteoporose-relaterede knoglebrud, såfremt de politiske ansvarlige ikke tager hensyn til ovenstående i forbindelse med beslutninger om fremtidig skolegymnastik samt fordeling af midler til idrætsforeninger og friluftorganisationer.

Korrespondance:

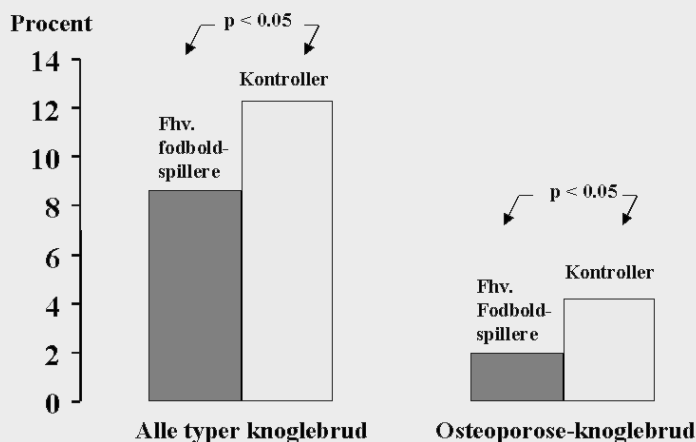
Magnus Karlsson
Ortopediska kliniken, Universitetssjukhuset UMAS, SE - 205 02 Malmö
Tel: 040-331000, Fax: 040-336200, Email: magnus.karlsson@orto.mas.lu.se

Denne artikel er oversat fra "Svensk Idrottsmedicin" nummer 4/2002 med tilladelse fra forfatterne og Svensk Idrottsmedicin.



Figur 1. Knoglemassen (BMD) hos aktive fodboldspillere, forhåndværende fodboldspillere og kontroller relateret til aldersgrupper.

Knoglebrud hos forhenværende fodboldspillere og kontroller



Figur 2. Antallet af individer med knoglebrud hos 454 forhåndværende fodboldspillere (50 - 94 år gamle) sammenlignet med 908 kontroller med samme alder

Træning og regional knogletæthed

Af Håkan I. Magnusson og Magnus K. Karlsson, Ortopediska Klinikken, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Introduktion

I de seneste årtier har osteoporose (knogleskørhed) haft tiltagende beva- genhed, idet flere og flere individer rammes af tilstanden. Osteoporose er en sygdom, som tiltager med stigende alder og som hyppigst rammer kvinder. Sygdommen medfører en øget risiko for knoglebrud. Antallet af osteoporoserelaterede knoglebrud er steget markant i den sidste halvdel af 1900-tallet, og har resulteret i store individuelle lidelser samt store udgifter for samfundet.

De frakturer, som oftest ses ved osteoporose, er brud i rygsøjlen og lednære brud i hofter, skuldre og håndled.

Årsagerne til stigningen i antallet af disse frakturtyper er, at antallet af ældre i befolkningen er steget markant, og at osteoporose er blevet mere almindeligt hos ældre mennesker. Det kan delvist forklares ved ændret livsstil, med bl.a. mindre fysisk aktivitet i befolkningen. Andre kendte risikofaktorer er høj alder, kvinde, arveligt disponeret, lav kropsvægt, rygning, visse farmaca og visse sygdomme.

I det kliniske arbejde er det af største vigtighed, at man kan identificere individer, som har øget risiko for at blive ramt af osteoporose. En af de kendte risikofaktorer for knoglebrud er lav knoglemasse. Knoglemassen måles i dag bl.a. med Dual X-ray Absorptiometry (DXA-scanning), en slags røntgenundersøgelse, og med Quantitative Ultrasound (QUS), en slags ultralydsundersøgelse.

Lav knogletæthed (BMD) korrelerer med risikoen for knoglebrud. Det er årsagen til, at regional knogletæthed/knoglemasse har så stor interesse i dag.

Der findes nu overbevisende data-dokumentation for, at fysisk aktivitet,

først og fremmest hos børn i vækst, medfører en øget knoglemasse. Træning kunne således være en mulig vej til at forbedre den generelle knoglestyrke i befolkningen og således mindske risikoen for knogleskørhedsbrud.



Visse data tyder imidlertid på, at knoglemassen kun øges i de skeletdele, som belastes og ikke generelt i hele kroppen (fig. 2). Hvis disse undersøgelser er valide, må træningsprogrammer sammensættes således, at man belaster de skeletdele som senere i livet rammes af knogleskørhedsbrud, f.eks. på lårbenshalsen (collum femoris). Med baggrund i ovennævnte har der samlet sig et ønske om at kortlægge den regionale udvikling af knoglemassen hos trænede individer.

Fysisk aktivitet og regional knoglemasse

Mange af de data, som præsenteres efterfølgende, stammer fra afhandlingen "Fysisk aktivitet og regional benmasse" af Håkan Magnusson, Lunds Universitet 2002. Disputatsen består af fem delarbejder, som diskuterer effekten af fysisk aktivitet på knoglemassen lokalt i belastede og ikke-belastede dele af skelettet.

I det første delarbejde, en epidemiologisk tværnsnitsundersøgelse, inkluderes 76 mandlige fodboldspillere samt 24 mandlige inaktive kontrolpersoner. Spillerne på de forskellige hold træner i gennemsnit mellem 6 og 12 timer per uge. Der var ingen forskel i knoglemassen mellem fodboldspillerne på forskellige træningsniveauer. Derimod havde spillerne 13% højere knoglemasse i hofte og 24% højere værdi i hælbenet end kontrolpersonerne. Stigningen i knoglemassen korrelerede med træningstiden op til 6 timers træning per uge. For hver times ekstra træning steg knoglemassen 3,3% i hofte og 5,9% i hælbenet. Træning ud over 6 timer per uge medførte ikke nogen yderligere stigning i knoglemassen.

Det ser således ud til, at knoglemassen stiger til det niveau, som kræves for at klare de belastning, som knoglen udsættes for. (fig. 2)

Studier af kraniet som model for en ikke belastet knogle

I to følgende delarbejder studerede Håkan Magnusson den øverste del af kraniet, idet denne knogledel betragtes som den eneste, som ikke er vægtbelastet. Øvre del af kraniet defineres som øvre halvdel af området mellem hage-spidsen og issen.

I det andet delarbejde sammenlignede man de samme 67 fodboldspillere med de samme 24 kontrolpersoner, som i første delarbejde. Knoglemassen viste sig at være 10% lavere i den øverste del af kraniet hos fodboldspillerne sammenlignet med kontrolpersonerne (fig. 1).

Desuden sammenlignede man 128 mandlige forhenværende fodboldspillere med 138 mandlige kontrolpersoner med samme aldersfordeling (20 - 85år).

Materialet blev opdelt i 10 års grupper. Med stigende alder aftog forskellen mellem grupperne.

Efter 70 års alderen (den alder hvor knogleskørhedsbruddene stiger eksponentielt) fandt forfatterne ingen forskel i knoglemassen i kraniet og i hofterne mellem fodboldspillergruppen og kontrolgruppen. Det ser således ud til, at effekten af fysisk aktivitet på knoglemassen i de yngre aldersgrupper ikke kan påvises i alderdommen hos dem, som stopper med idræt i en ung alder.

I det tredje delarbejde følges 32 kvinder og 12 mænd som pådrager sig en hoftenær fraktur prospektivt i et år efter skaden. Knoglemassen faldt ved kontrol 13 mdr. efter bruddet i det brækkede lårben med 14% mod kun 4% på den raske side. Modsat var knoglemassen steget med 4% i den øverste del af kraniet i samme periode. Når knoglemassen aftager i den ikke frakturerede side antages det, at det er den nedsatte aktivitet, som er årsagen til forandringerne.

Tallene tyder således på, at knoglemassen i øverste del af kraniet - en ikke belastet region - påvirkes i modsat retning i forhold til vægtbelastede regioner ved øget og ved reduceret fysisk aktivitet.

Periost (knoglehinden) påvirker knoglestrukturen

I de sidste to arbejder undersøges knoglemassen lokalt i underbenet hos mandlige personer med langvarigt skinnebetsbetændelse (Shin splint, periostitis, tibiasyndrom). 18 personer med periostitis, som trænede mindst 4 timer per uge, blev sammenlignet med 16 personer, som trænede 2 timer per uge på motionsniveau, og med 18 konkurrence idrætsudøvere uden skinnebetsbetændelse.

Knoglemassen i skinnebenet, svarende til det ømme område, var 15% lavere hos idrætsudøvere med skinnebetsbetændelse sammenlignet med motionisterne og 23% lavere end konkurrenceidrætsudøverne. Modsat var knoglemassen højere i flertallet af andre vægtbelastede regioner i skinnebenet og hofteregionen hos patienterne sammenlignet med de inaktive kontrolpersoner, mens det var lavere end hos de idrætsaktive kontrolpersoner.

I behandlingsperioden steg knoglemassen med 19% svarende til det

ømme område, således at knoglemassen nu kom op på niveau med kontrolterne. I de øvrige vægtbelastede regioner forblev knoglemassen uændret i samme periode.

De sidste arbejder viser således, at knoglehinden i en vis grad påvirker underliggende knogle og at symptomfrihed og muligvis operativ behandling vil medføre normalisering af knoglemassen.

Regional knoglemasse hos aktive mandlige idrætsudøvere

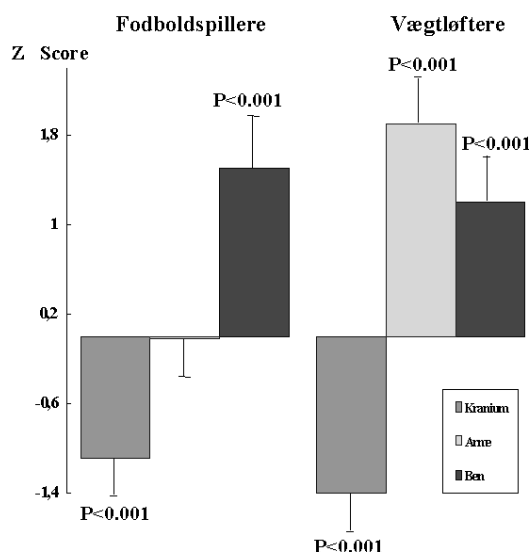


Fig. 1

Knoglemasse i lårbenshalsen hos aktive mandlige fodboldspillere og kontroller

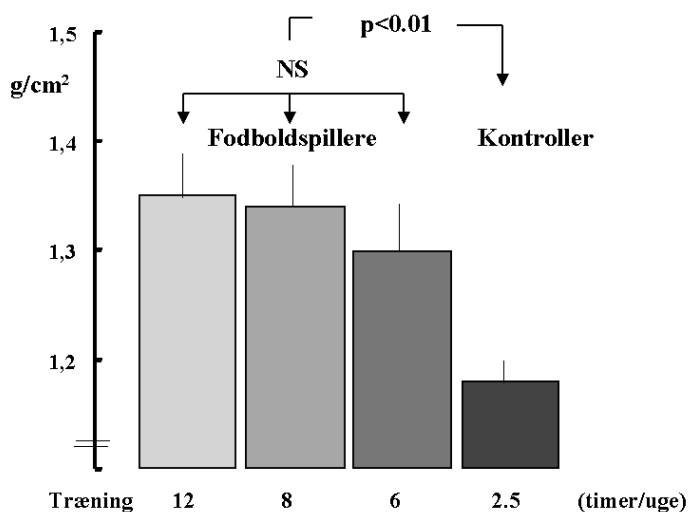


Fig. 2

Kontaktadresse:

Håkan I. Magnusson og Magnus K. Karlsson
Ortopediska Klinikken, Universitets-sjukhuset MAS
SE - 20502 Malmö, Sverige

Tel: + 46 40 331000
Fax: + 46 40 336200
Mail: magnus.karlsson@orto.mas.lu.se

FFI-kursus på Lanzarote

Stemningsreferat af Svend B. Carstensen, kursist

"Det lugter lidt – men det gør godt bagefter!"

Det er nok et af de udsagn, som vil blive hængende i luften et godt stykke tid efter FFI's LaSanta kursus i fjor. Hvad det drejer sig om? Ja, det kommer jeg tilbage til! Kurset vil sikkert ikke kun blive husket på de gode bemærkninger og sjove indfald, men det er nu alligevel det, som står klarest i min hukommelse nu her bagefter, hvor den daglige trummerum igen har sneget sig ind på mig. Udover det faglige, forstås. Nååå... ja, og så lige de pragtfulde cykelture!

Der sker altså et eller andet...

Hvorfor nu flytte sig flere tusinde kilometer for at komme på kursus? Tja... der sker altså et eller andet med sådan en stor gruppe kursusdeltagere, når de flyttes så langt væk. Det er måske lidt svært at forklare, men noget i retning af at hele intensiteten i livsudfoldelserne stiger. Lidt a la højskoleophold, hvis nogen skulle ha' prøvet dette. "Livet spises i store mundfulde" kunne det måske hedde i det poetiske hjørne. Det kan være svært at bevare pessimismen. Solen skinner. Talenterne blomstrer. Kort sagt – mere af hele! (næsten). Ja, jo... der er selvfølgelig også lige det med vejret, der er unægteligt noget varmere på Lanzarote end herhjemme på den tid af året.

Spiderman i 11.000 meters højde...

Der blev taget hånd om os kursister fra første færd af et erfarent hold af kursusledere, undervisere og mange flere. Flyselskabet sørgede for at vi ikke kom til at kede os på turen derned – den forløb med filmen Spiderman kørende i 11.000 meters højde. Hjemmevant un-



Kursusdeltagerne 2002

der de sydlige himmelstrøg fik kursusledelsen hurtigt efter ankomsten stablet indtil flere særdeles hyggelige arrangementer på benene. Den lokale mad- og vinkultur er absolut ikke at foragte. Og sådan gik det slag i slag hele ugen. For nogens vedkommende mere vådt end for andre – ja, rygter vil vide at flere sågar hoppede i svømpepølen i nattens mulm og mørke. Nej, bare rolig – jeg nævner ingen navne. Det hele kulminerede med den traditionsrige mini-triatlon, hvor selv ældre fysioterapeuter demonstrerede en imponerende fysisk form. Vinder blev ... det kan jeg faktisk ikke huske, men det var ikke underviser-holdet. Og hermed blev en årelang æra brudt!

Måneagtigt landskab...

Landskabet er helt specielt på øen. Umiddelbart forekommer det goldt, næsten måneagtigt, i sorte og mørke nuancer. Dette skyldes at øen er dækket af lava og aske efter en række vulkanudbrud i det 18. og 19. århundrede. Et stort antal større og mindre vulkankratere findes rundt omkring. Små rødlige marker afgrænset af sirligt stablede lavasten bryder det mørke sceneri.

Alt dette og meget mere kan opleves på nært hold fra sadlen på den tohjulede jernhest. Det kan varmt anbefales.

Som en stor hvid labyrint...

Kursusstedet, LaSanta Sport, har en meget ejendommelig udformning. Ved første øjekast forekommer det mest af alt som en stor hvid labyrint. Men ved nærmere eftersyn kan man godt se, at der i virkeligheden er en masse sammenklumpede lejligheder i op til 2 eller 3 planer, adskilt af små veje eller gange, foruden en række torve, som synes tilfældigt spredt rundt i bebyggelsen. Dertil kommer en lang række forskellige idrætsfaciliteter placeret tæt omkring hele komplekset. Hen mod slutningen af ugen var det faktisk muligt på nogenlunde betryggende vis at finde tilbage til ens lejlighed.

Når man så har lært at finde rundt, kunne man – næsten – gratis benytte sig af alle disse forskellige idrætsfaciliteter, og til de aktiviteter som kræver udstyr, kunne dette også lånes. Alle disse fortræffelige tilbud havde vi dog kun begrænset tid til, for vi var jo på kursus og havde en undervisning, som skulle følges.

Håndens glæder...

Undervisningen. Jo, først var nogen af os ved at få "Powerpoint'itis". Men så kom vi op af stolene for at øve tests og håndgreb. Og man måtte endnu en gang sande, at meget af det som ikke bliver brugt i dagligdagen stille og roligt, men sikkert, går i glemmebogen. Den – glemmebogen, altså – kan heldigvis rimelig hurtigt åbnes igen, og dertil bidrog den erfarende flok af underviserne jo på glimrende vis. Nyt og gammelt blev præsenteret. Spørgsmål og diskussioner. Erfaringer og nysgerighed.

For vi kan jo alle sammen blive dygtigere. Som nu med "hånden", der indgik i kursets pensum. Måske havde underviseren en formodning om, at denne legemsdel ikke interesserede os så voldsomt meget – i hvert fald blev den forsøgt "solgt" på følgende måde: "Tænk på hvor mange glæder den har givet Jer!" Spredt fnisen. Hertil en deltager kommentar: "– og andre!" Højlydt latter! Så gik vi i gang med hånden.

Og hvad gør man ved en negl, som har fundet et ordentligt gog, og nu smerter voldsomt på grund af et kraftig tryk fra den underliggende blod-

samling? Man tager borer et lille hul i neglen med en opvarmet nål, så trykket kan lettes. "Det lugter lidt, men det gør godt bagefter!"

Lise for krop og sjæl...

Ind mellem de intense undervisningsdage var der heldigvis også placeret en enkelt fridag, som alle vist nød i fulde drag. Den blev for mit vedkommende brugt på en meget dyr – lejet – racercykel. Og kan du forestille dig følgende: Efter at have cyklet det meste af dagen, forceret indtil flere bjerge, at kunne kaste sig ud i Atlanterhavets varme og

salte vand for her at blive løftet op under den blå himmel af hver eneste af de kraftige bølger. En lise for krop og sjæl! Blev du misundelig? Det var også meningen!



Svend B. Carstensen



.... og der øves



Der instrueres og observeres

Judo-medicinsk seminar

Referat fra European Judo Union's medical and education seminar på Malta 18.-20. oktober 2002.

Holger-Henning F. Carlsen, læge, Dansk Judo og Jiu-jitsu Union

For første gang nogen sinde inviterede den Europæiske Judo Union – EJU – 's Medical Commission de europæiske nationale judoforbunds læger til diskussion om kommissionens arbejde omkring doping og idrætsskader.

Seminaret blev afholdt i forbindelse med det årlige trænerseminar på Malta. Når man samlede både læger og coaches var det for at understrege, at læger ikke kun skal bruges til at behandle skader, men også skal indgå i et konstruktivt udviklingsarbejde. Således lagde man op til at lægernes anatomiske, fysiologiske og ikke mindst udviklingsmæssige viden anvendes i trænings tilrettelæggelse, udarbejdelse af kampregler, og politikker med det formål at forebygge skader.

Hele problematikken er aktuel parallelt med andre idrætsgrenes – hvor især håndbolden's skader på et seneste har været debatteret.

Da jeg netop er med i en træner-netværksgruppe hvor vi allerede er i gang med at se på sikkerhed i forbindelse med judo og børnetræning, var jeg ikke lang tid om at bestemme mig for at deltage. Den hjemlige accept fik jeg ved at foreslå at seminaret blev kombineret med familieferie samt træning i en Maltesisk judoklub.

En kedelig efterårsdag kørte vi til Hamborg for at stige på flyet til Malta. På Malta var det stadig sommer, så mens familien inspicerede øen deltog jeg i et meget spændende seminar.

Ud over medical commission deltog 15 læger og ca. 35 coaches. Seminarets program var dels opdelt for disse to grupper og dels fælles. Desuden deltog, som repræsentant og observant for det internationale judoforbund IJF, pro-

fessor Ryoza Nakamura fra Japan.

Seminaret indledes med velkomst ved EJU's uddannelses præsident Envic Galea og Maltas minister for sport og kultur.

Medicinsk håndbog

Lauri Malinen fra Finland gennemgik minutløst EJU's ny "medical håndbog":

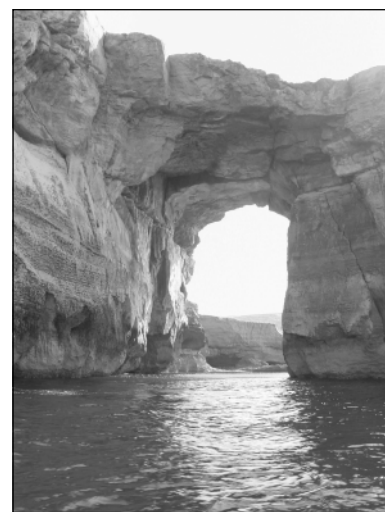
Dopingkontrol: Afvikling af dopingkontrol i EJU er grundigt beskrevet. Til et EJU-stævne kræves dopingkontrol-faciliteter: et stort kontrol lokale, 2 rene toiletter, ikke mindre end 32 doping officials, idet der ved EM og a-turneringer testes 2 i hver vægtsklasse – altid vinderen og så en af de øvrige medaljetagere.

Det pointeredes at det rette udstyr skal være til stede, så som tilstrækkelig antal plomberbare glas, væske, standard skemaer på forskellige sprog o.s.v. Der taltes om vigtigheden af at udvise nøjagtighed ved prøvetagningen, idet prøver er dyre, og selv den mindste procedurefejl kan få betydning i en eventuel civil retssag. Der taltes også om en forøget satsning på off contest prøver.

Det er derudover ikke nok for EJU at et laboratorium er godkendt af WADA – det skal også være hurtigt, for at EJU vil acceptere det.

WADA havde i øvrigt netop offentliggjort et revideret udkast omkring doping, et digert juridisk værk som skulle læses og kommenteres, så der helt sikkert ikke var tid til udskejelser om aftenen.

Stævneafholdelse: Øvrige forhold i forbindelse med international stævneafholdelse blev gennemgået: Haltem-



peratur, luftfugtighed og støjniveau – kan dommeren høres, så farlige situationer stoppes? – og antal officials, og krav til førstehjælp. Sygehus skal kunne nås inden for 15 min. Ambulance skal være til stede eller kunne komme og køre en tilskadekommet på hospital inden for 15 min. Der skal være et veludstyret førstehjælpsrum. Der skal være en læge pr. måtte samt en til øvrige personer og en ledende læge.

Det pointeres at kun læger kan kaldes på måtten – paramedicinsk personale (fysioterapeuter og andre førstehjælpere) har ingen adgang til måtten, hvilket begrundes dels med sikkerhed dels med jura. Der var megen snak om, hvad man må foretage sig på måtten – emnet blev ikke helt udebatteret, men ender nok med, at der som hovedregel kun må hentes hjælp til blødninger og eventuelt til meget korte undersøgelser. Der var en del snak om hvor mange læger et hold kunne medtage, specielt russerne ville have mindst 3 læger med.

En stor mundfuld for stævnearrangører, stævnelæger, udøvere og deres coaches.

Blandt de øvrige emner hæftede jeg mig især ved følgende:

Skaderegistrering: Man har igenem 1 år registreret skader på standard ark med angivelse af vægtklasse, køn, diagnose (efter en visuel undersøgelse). En mere detaljeret registrering vil selvfølgelig være interessant, men svær at gennemføre dels på grund af "regler om undersøgelse på måtten" og dels på grund af at ikke alle lande accepterer registrering af deres kæmpere.

Deltagerbegrænsning: Der kom forslag om at personer over 120 kg ikke burde kunne deltage i en judoturnering – dette begrundedes med sikkerheds- og helbredsmæssige samt æstetiske (!) forhold. Desuden findes sådanne regler i brydning og boksning. Forslaget gav anledning til ophidset diskussion og der blev bestemt ikke vedtaget noget!

Bælteprøver: Der snakkedes om ensartede europæiske regler for bælteprøver. Bælteprøver eller graduering er egentlig det undervisningssystem som Jirogo Kano præsenterede allerede i 1882 da han præsenterede judoen for første gang – judo var dengang tænkt som et træningskoncept med det formål at styrke den fysiske udvikling hos datidens skoleelever.

Ideen med graduering er i dag at klassificere judokæmperne efter deres kunnen, således at en kæmper ved, hvor meget hensyn man skal udvise overfor sin partner til træning, og for at kunne lave fair play i konkurrencer, blandt andet for at minimere skader. Bælteprøver har som bekendt siden vundet indpas hos andre kampsports-grene som f.eks. i karate i 1926.

I dag findes der ingen internationale retningslinier, og EJU registrerer kun grader over 6. dan (6. sorte bæltegrad) – og så høje grader findes ikke i Danmark.

Børn: Dr. Maximilien Jung fra Schweiz holdt en meget spændende forelæsning om børns udvikling, med vægt på hvornår man kan tillade sig at træne hvad, set i forhold til modning og tilvækst af knogler, sener, muskler, lungekapacitet og psyke (cerebral modning). Herudover talte han meget om børn og hovedpine. Han mente at et barns klage over hovedpine efter kast skulle tages alvorligt. Dels var der den akutte hovedpine, dels mente han at 80% fik varige små skavanker som in-

fluerer på koncentrationen ved f.eks. læsning af avis og genkaldelse af det læste efter forstyrrende afbrydelse.

Der er ingen EJU politik for børn under 14 år – nok et problem, da en stor del af judoudøverne er unge. I Frankrig er der over 500.000 judobørn under 14 år. Vi drøftede derfor om der kan etableres fælles retningslinier, men også her er der divergerende nationale holdninger.

Der er for eksempel store nationale forskelle på, hvad der opfattes som sikker judo og hvilke teknikker, der er farlige. F.eks. lærer danske børn teknikker som ikke må anvendes i Tyskland – og omvendt. Det er naturligvis udtryk for at der er behov for såvel faglig som politisk justering. Da børnesikkerhed naturligvis skal vægtes langt højere end nationale interesser må udarbejdelse af fælles europæiske standarder være i alles interesse.

Træneruddannelse: Vi kom også ind på fælles europæisk træner uddannelse, hvor der formuleres krav til de forskellige træner-subgrupper, såsom klubtræner, pige-, drenge-, børne-, ungdoms- voksen og handicaptræner og EJU krav for landstræner. Man gjorde en del ud af at skelne mellem træner og coach.

Der taltes om træningsmiljøer som f.eks. judoskolen i Salzburg. Der er mange overvejelser om hvor talenterne skal opholde sig for at sikre sig de bedst mulige sociale-, uddannelses- og træningsmæssige vilkår. Hvad er bedst for de 16 - 17 årige? Hvorfor dropper så mange ud af sporten når de flytter hjemmefra? Kan man ændre på det ved at lave træningsmiljøer og uddannelses tilbud?

Succes: Anna fra Østrig fremlagde delresultater af sin undersøgelse af, hvorvidt en succes som junior giver nogen fingerpeg om succes som senior. Hun fandt blandt andet, at kun tre af de personer som har vundet EUD (Ungdoms OL), har fået medaljer ved EM, VM og OL og at ingen har vundet guld.

Hun talte en del om langsigtede træningsprogrammer og -problemer – nævnte bl.a. at slid og sygdom er nogle af de væsentligste forhindringer for at udøverne helbredsmæssigt holder til både en ju-

nior og en seniorkarriere.

Forsikring: Der drøftedes forsikringsmæssige problemer. I lande med mange judokæmpere som Frankrig, Schweiz, Holland og Belgien kender man ikke til at judo klassificeres som "farlig sport" i forsikringsbetingelserne. Det franske judoforbunds læge har lavet en stor undersøgelse om skader og judo som publiceres i "Traumatologie Francaise" inden for de næste par måneder.

WWW: Vi fik foranlediget, at der på EJU's hjemmeside bliver udlagt referater fra diverse kurser således alle kan få glæde af dem. Vi fik etableret et "Judo medicinsk Intranet" d.v.s. et forum, hvor judolæger kan diskutere mere specifikke problemer og spørge andre judolæger til råds – også behandlingsmæssigt, hvorfor der naturligvis kræves password. Endelig udvekslede vi e-mail adresser. EJU's hjemmeside: www.judo-europe.com

Afslutning

Vi fik præsenteret os selv og fortalt hvad vi lavede i vores forbund. Vi har mange lighedspunkter uddannelsesmæssigt og sportsligt. Ikke mindst ser vi også de samme problematikker i sporten, hvilket jo er en stor styrke for det fremtidige samarbejde.

Seminaret vil blive afholdt igen til næste år. Her vil franskmændene bl.a. bidrage med judo-traumatologi samt træningsundersøgelser.

Alt i alt var det en spændende og udbytterig tur med specielt en inspirerende erfaringsudveksling med andre idrætslæger fra ens egen sportsgren.

Kontaktadresse:

Læge Holger-Henning Frahm Carlsen
Vestergade 6, Sørslev
5471 Søndersø



Skandinavisk Kongres i Århus

Af Svend B. Carstensen, fysioterapeut

*"Alle kom til kongres i Århus!
Undtagen ham ministeren for kultur
han havde vist set forkert på sit ur!"*

På gågaden peb en kold vind omkring de mange opstablede granitblokke, som stadig ventede på at finde deres plads i den nye gågadebelægning, den dag i november, hvor det pompøse Scandinavian Congress Center i Århus lagde lokaler til "6th Scandinavian Congress on Medicine and Science in Sports".

Det var med kraven trukket godt op om ørerne at jeg entrerede kongreslokaliteterne. Her summede det til gengæld af liv og forventning til den forestående kongres. Måske iblandet et stænk af anspændthed blandt arrangørerne og foredragsholderne, hvoraf en del skulle på podiet for første gang. Hvordan mon det ville gå?



Efter en lidt tøvende start, som var blevet fremrykket i forhold til det tidligere annoncerede program, kunne kongressen tage fat på det egentlige – foredragene, præsentationerne, nyhederne, spørgsmålene, diskussionerne, erfaringsudvekslingerne, gensynet med venner og bekendte – og en hel masse mere.

Udstillere og sponsorer linede op med en række nye sjove og iøjnefaldende påhit, som vist ikke kunne undgå at tiltrække opmærksomheden hos selv de mest hårdkogte kongresdeltagere. Og der blev grebet flittigt til de traditionelle kuglepenne og nøgleringe – og til disse var der jo så rigelig plads i den udleverede "kongres-køjesæk". Her var jo også lidt til børnene, som måtte lide afsavn endnu en weekend.

Hypotesegenererende

Den helt specielle stemning af "la' os nu se!" og / eller "ka' det nu osse passe?" herskede på de lange stolerækker i den dunkelt belyste sal. Og her kunne man så sidde og bide mærke i de underligste ting, f.eks. at der af og til dukker nye ord og vendinger op i forskellige sammenhænge, og selvfølgelig også indenfor den idrætsmedicinske forskning. Aldrig har jeg hørt ordet "hypotesegenererende" så mange gange indenfor så kort tid som her på kongressen. Overordnet er det vel et udtryk for den kompleksitet, som den idrætsmedicinske forskning beskæftiger sig med. Ofte er det uhyre svært eller måske helt umuligt at uddrage "hardcoresvar" til konklusionen, som så kommer til at gå i retning af, at der må udføres

yderligere studier på området. Eller at studiet må betragtes som hypotesegenererende, så har man da bidraget med noget – hypoteserne – om ikke andet. Og dette er skam ikke sagt for at være negativ, tværtimod er jeg absolut af den opfattelse, at der skal meget – og mere – forskning til indenfor det idrætsmedicinske felt, fordi det kun er herved vi fortsat kan få udbygget det teoretiske fundament for den daglige praksis. Ikke mindst set i lyset af, at der nu (endelig!) ser ud til at være stemning (og dokumentation) for, at en lang række sygdomme og skavanker bedst behandles og forebygges med bevægelse og motion. Det sidste er sikkert ikke kommet bag på de fleste af kongressens deltagere.

Nå, men der blev sandelig også præsenteret en lang række studier, som gav mere klare svar. Der var både udsagn, som bekræftede nuværende praksis, men også udsagn, som ruskede kraftigt i nogle vedtagne handlemåder. Det er vel netop noget af det mest spændende ved sådanne kongresser – man bekræftes i det ene øjeblik, for i det næste at blive rystet i ens grundvold. Næsten. Overordnet må man vel sige, at meget forsat er til diskussion, og at vi nødvendigvis må have de brede, og ikke mindst kritiske, briller på, når vi har med den praktiske idrætsmedicin at gøre.

Flotte præsentationer

Der var mange flotte præsentationer. Computerens "Powerpoint" har nu helt fortrængt de noget langsommere lysbilleder. Det betyder også at der kan



Åbningen var stilfuld med sang af Århus Universitets Kor

spøjtes en frygtelig masse informationer op på lærredet i løbet af ganske kort tid. Langt flere end nogen er i stand til at kapere! Enkelte bør måske nok foretage en lidt strammere prioritering af informationsmængden, så tilhørerne ikke blæses helt omkuld og budskabet drukner i stormen. Begrænsningens kunst kan være svær.

Set gennem mine briller er det også glædeligt, at der fortsat er flere og flere fysioterapeuter, som kommer frem i rampelyset. Både på podiet og som medforfattere på studier sås langt flere fysioterapeuter end for blot få år siden.

Praktiske kurser

Også ros til arrangørerne – og underviserne – for de såkaldte "Instructional courses" med emner, som vi står med i dagligdagen. Og gerne vil blive bedre til. Måske er det ikke stedet, hvor man decideret kan bruge tid på de praktiske håndgreb, men af og til kunne jeg godt ønske lidt mere diskussion af de "praktiske værktøjer". Formentlig lægger det lidt en dæmper på spørge- og diskussionslysten at seancerne foregår på et fremmedsprog, for selv om de fleste er vant til at læse og forstå det engelske, er der nok – i hvert fald for mig – et stykke vej til at kaste sig ud i en faglig diskussion herpå. Her er forskerne og dem, hvis daglige arbejdsprog er engelsk, tydeligvis mere på hjemmebane.

Styr på tingene

Mikrofonen virkede. Powerpointer'en ligeså. Og der var kaffe og kage til ti-

den! Jo, der var styr på tingene. Det kan måske forekomme som selvfølgeligheder, at teknikken og alle de andre praktiske ting fungerer, men – tro mig – der ligger et voldsomt stort stykke praktisk benarbejde bag alt dette, så hermed en buket roser til alle de praktiske folk!

Plads til flere

Lokaliteterne dannede en fortrinlig ramme om kongressen med dens omkring 300 deltagere. Faktisk var der plads til langt flere. Og egentlig burde der vel også have været væsentlig flere, men det var desværre kun forholdsvis få fra de øvrige skandinaviske lande, der havde fundet vej til Århus. Specielt savnedes nordmændene, som tilsyneladende havde valgt at deltage i deres egen "Høstkongres" tidligere på måneden. Måske var det en overvejelse værd kun at afholde den skandinaviske kongres hvert 3. eller 4. år, og så virkeligt gøre den stor, samtidig med at de nationale foreninger enedes om at undlade "konkurrerende" arrangementer tæt på kongressen?

...og en hel masse mere!

De lidt rustne stemmer, en anelse klatøjethed hos flere og det åbenlyse velbehag ved morgenens første kaffeservering, kan vist godt tolkes retning af succes også for kongressens sociale arrangementer. Og det er ingen tilfældighed at der står "også", for overordnet var hele kongressen vellykket. Og der skal lyde en stor tak til organisationskomiteen for deres kolossale indsats.

Og selv om Kulturministeren ikke nåede det, så gjorde en masse idrætsmedicinske fagfolk det altså. Det var vel også det vigtigste. Og de fik en oplevelse ud over det sædvanlige i Århus. Muligheden var der i hvert fald!



Svend B. Carstensen



Selv om skiltet antyder det, blev der ikke solgt billetter, men registreret og uddelt kongressmateriale



Posterudstillingen blev gået grundigt igennem ved "Posterwalk'en" om fredagen

International Federation of Sports Physiotherapy - IFSP

— generalforsamling og europæisk forebyggelseskongres

Af Vibeke Bechtold, bestyrelsesmedlem i FFI og IFSP

IFSP generalforsamling 27. november 2002

IFSP's 3. Generalforsamling fandt sted i Wien, og der kunne vel næppe være smukkere ramme om den end et julepyntet Wien. Forud for generalforsamlingen havde bestyrelsen et 2-dages møde – som sædvanligt fra tidlig morgen til sen aften. Den østrigske Sportsfaggruppe havde velvilligt stillet lokaler til rådighed og servicerede os med kaffe og vand, samt afslutningsvis inviterede de hele bestyrelsen på en ufor-glemmelig aften, hvor vi indtog en god middag siddende i en af "Riesenrads gondoler" (Riesenrad er Wiens kæmpestore "Pariserhjul" bl. a. kan den ses i filmen "Den tredje mand"). Tænk sig at sidde og se ud over Wiens tage, mens man spiser og snakker med spændende sportsfysioterapeuter fra et andet land.

Vi nåede også at have møde med et par af medlemslandene (Luxembourg og Tyskland) for at få uddybet nogle af de spørgsmål, der kan være i forbindelse med internationalt og nationalt arbejde i relation til sportsfysioterapi. Det er en god måde at få information om de enkelte lande, og hvilke behov, de kan have. IFSP vil gerne fortsætte med denne procedure, når der er mulighed for det og samtidig opfordres alle medlemslandene til at sende en beskrivelse af deres ønsker og behov i forhold til IFSP.

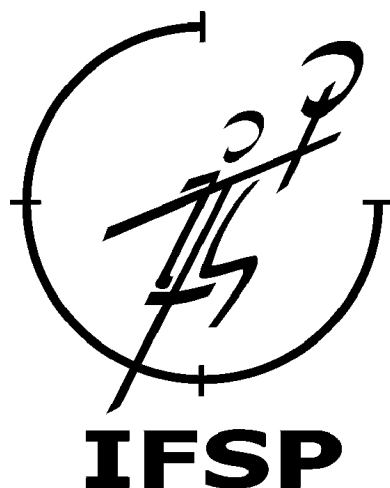
Medlemmer

På nuværende tidspunkt er der 17 medlemslande: Argentina, Australien, Bulgarien, Canada, Danmark, England, Holland, Irland, Italien, Luxembourg,

Portugal, Spanien, Tyrkiet, Tyskland, Ungarn, USA og Østrig.

Følgende lande har vist interesse i at blive medlemmer og forventes at blive medlem i løbet af 2003: Belgien, Norge, Frankrig, Schweiz. Indien og Saudi Arabien er også interesserede.

Det er vigtigt, at der kommer så mange lande med i IFSP som muligt, desto bedre kan vi udnytte mulighederne for udveksling af erfaringer, viden, forskningsresultater og uddannelse m.m..



Subgroup i WCPT

Allerede i efteråret fik vi meddelelse fra WCPT, at "Executive Committee" ville anbefale at IFSP blev accepteret som undergruppe i forbindelse med WCPT's generalforsamling i Barcelona juni 2003. Den formelle accept skulle således kunne foregå problemfrit.

Da vi ligeledes håber at blive godkendt af "International Olympic Com-

mittee" i 2003/2004 har vi justeret IFSP's hensigtserklæring ("Mission Statement") en anelse så den nu lyder:

"IFSP is a worldwide Federation, recognised as a subgroup of the World Confederation of Physiotherapy (WCPT), representing national organisations of sports physiotherapy. The efforts of the IFSP are directed towards Member Organisations and their individual members in serving athletes of all ages and abilities through excellence in education, research, practice, and clinical specialisation. The intention of the IFSP is to be the International resource for sports physiotherapists, to promote sports physiotherapy through the International Olympic Committee (IOC), International Sports Federations (ISF's) and other professional organisations".

Året der gik

2002 har været et aktivt år for IFSP på flere fronter, og nogle af satsningsområderne har været og vil fremover være:

1. Analyse af de enkelte medlemslande med mulighed for identificering af resourcer og behov i forbindelse med sportsfysioterapi.
2. Samarbejde med andre Medicinske Sportsorganisationer f. eks. Medical Commission of International Olympic Committee (IOC).
3. Uddannelsesharmonisering: I første omgang indenfor Europa og på videre sigt også på tværs af kontinenterne. Dette skulle gerne få betydning for medvirken til gensidig anerkendelse af sportsfysioterapi uanset hvilket land man kommer fra. Udgangspunktet er

at specialister indenfor sportsfysioterapi skal være på minimum masterniveau. IFSP har bl.a. iværksat et projekt vedrørende uddannelsesharmonisering og standarder, som forhåbentlig godkendes af EU og dermed får mulighed for financieret støtte herfra.

4. Forskning og vidensbaseret praksis: Der arbejdes på dannelse af internationalt baserede forskningscentre med mulighed for Web-baserede centre og dermed internationale netværk, samt udbredelse gennem organisering af kongresser, symposier og workshops om sportsfysioterapi.

5. PR og kommunikation forsøges bedret via bedre hjemmeside www.ifsp.nl og indgåelse af aftaler mellem IFSP og etablerede tidsskrifter som f. eks. JO-SPT og Physical Therapy in Sport. Desuden er der indgået samarbejde med et hollandsk firma vedrørende hjemmeside, kongresorganisering samt udarbejdelse af et nyhedsbrev.

Også i 2002 blev der uddelt en IFSP-HvU pris til en fysioterapeut, som har gjort noget specielt for udbredningen og kendskabet til sportsfysioterapi (nogle husker måske at den første pris i 2001 blev givet til Henning Langberg, Danmark). I år blev prisen givet til Terry Malone, USA.

Fremtiden

Der er allerede taget hul på IFSP's planer for fremtidige møder og kongresser, så sæt allerede nu kryds i jeres kalender. Det er utroligt at deltage på internationale kongresser både fagligt og socialt, så hvis ikke du allerede har været af sted, så prøv det. Man får megen ny viden, nye forskningsresultater og mange nye kontakter.

- Juni 2003: WCPT i Barcelona den 7. - 13. juni med både IFSP symposium og Post kongres kursus.

11.juni: Sportssymposium / Workshop.

12. juni: IFSP generalforsamling.

13. juni: Postkongres-kursus med titlen "Neuromuscular Performance in Clinical Assessment and Sports Rehabilitation".

- December 2003: International IFSP Kongres i Maastricht, Holland den 11. - 13. december. Kongressen vil blive organiseret i samarbejde med IFOMT og Women's Health - faggrupperne i Holland.

- 2004 er ikke endeligt planlagt, men

Luxembourg, Portugal og Californien har lagt billet ind.

- 2005 er ikke endeligt planlagt, men Tyrkiet og Tyskland har lagt billet ind.

- 2006 foregår i Turin, Italien, i forbindelse med Vinter OL.

Afrunding

Det er stadig utroligt udfordrende og spændende at være med til at starte en international organisation op, men det er også svært. Mange kulturelle forskelle og sproglige barrierer gør at tingene kan misforstås, og efter timers diskussioner kan det vise sig, at vi faktisk var enige fra starten. Som I måske kan se af det korte referat, er IFSP en ambitiøs organisation med store mål og planer, hvilket er med til gøre arbejdet dynamisk og fastholde interessen. Forhåbentlig vil arbejdet kaste meget af sig både til FFI som organisation, men så sandelig også til de enkelte medlemmer. Jeg håber også det kan få betydning og konsekvens for specialiseringen i idrætsfysioterapi i Danske Fysioterapeuters regi.

Nu skal alt jo ikke være organisationsreferat, og faktisk var der en spændende kongres om forebyggelse, som jeg også fik mulighed for at deltage i:

Den europæiske forebyggelses-kongres 27. - 30. november 2002

IFSP havde været med i organisationen af kongressen, og det var lykkedes

med hiv og sving at få indlagt 3 halve, sportsfaglige dage. Indholdet her var selvfølgelig langt det mest interessante, men OK – jeg hørte også ganske lidt af de andre emner.

Dag1

Onsdag handlede om "Neuromuscular Preparation in Sports", og der var flere spændende indlæg. Peter McNair fra New Zealand gennemgik "Stretching" meget grundigt og systematisk ud fra den viden og forskning, der findes i dag, og med henvisninger til daglig praksis. Vi har gennem de sidste år debatteret emnet meget i Danmark, og der var ikke de store revolutionære tanker.

M.L. Voight, USA havde et meget levende (mange videoklip) oplæg om "Prevention of ACL injuries in Alpine Skiing". I USA er der undersøgelser der viser, at skader på UE i forbindelse med skiløb er øget med 90 % i de sidste år og ACL skader er i samme periode øget med 280%. Så man må sige det er væsentligt at se nærmere på muligheder for forebyggelse.

Efter at have set på mulige skadesrisici har Voigt m.fl. startet et forskningsprojekt om betydningen af et "ACL Awareness program". Awareness programmet er tidligere udarbejdet og valideret af the Vermont Safety Research group. Programmet er et struktureret, interaktivt træningsprogram incl. instruktionsfilm og med fokus på 4 del-



IFSP-bestyrelsen i en hyggestund

områder:

1. Undgåelse af højrisiko-færden
2. Rutinemæssig teknik-korrektion
3. Genkendelse af potentielt farlige situationer
4. Hurtigt og effektivt respons på hvilken som helst af disse situationer, uanset hvornår de opstår.

Forundersøgelser fra første sæson viste, at der i et enkelt alpint område var et fald fra 13 til 1 ACL skade. Projektet er ikke afsluttet så, hvordan det endelige resultat bliver må af vente yderligere resultater.

Derudover var der onsdag indlæg om "Muscle flexibility as a risk factor for soccerplayers" ved E. Witvrouw, Belgien og "Proprioceptive training for soccer players" ved C. Raschner, Østrig.

Dag 2

Torsdag havde IFSP organiseret et symposium med Dr. Theo Mulder og Peter McNair. Det blev en utrolig spændende formiddag hvor Mulder primært tog udgangspunkt centralt - perifert og McNair modsat perifert - centralt, lidt groft sagt. Overskriften på symposiet var "Novel Insights in Adaption, Motor Recovery and Learning". Det er mig umuligt at gengive alle de guldgruber, der fremkom. Især var det en oplevelse at høre og se Mulder, som virkelig formåede at bruge krop og ord sammen, så det gælder blot om at drage af, når man ser han skal optræde. Hans "indgangsreplik" var i øvrigt "I wonder, why I am invited to speak? I hate sport. BUT I love movements. So !!!!!"

Dag 3

Fredag var sat af til forskellige oplæg om "Injury Prevention in Sports" og her var flere spændende forskningsprojekter – ikke alle færdigbearbejdede, men meget forskellige spændende fra skuldersmerter hos elite-kørestols-tennisspillere til forebyggelse af rygsår hos kurveboldspillere, hvor det viste sig, at største risiko for udvikling rygproblemer faktisk var de meget dårlige forhold, spillerne var udsat for i forbindelse med rejser.

Det mest spændende oplæg fredag var nok hovedtaleren C. M. Powers, USA, som har forsket i patellofemorale smertesyndromer og sat fokus på "The role of abnormal lower extremity me-

chanics in patellofemoral joint (PFJ) dysfunction and Implications for the treatment and prevention of patellofemoral pain".

Udgangspunktet var, at PFJ problemer ofte er relateret til dysfunktioner i UE og især med udgangspunkt i dysfunktioner af hofte eller fødder, herunder:

- Tibia rotation - fodpronation
- Femoral rotation
- Knæ valgus

Et af hans budskaber ud fra dette var: Ved bevægelser i lukkede ledkæder bevæger femur sig under patella. Dette får betydning i forhold til hvordan femur kontrolleres, især i rotations- og adduktionsbevægelser. For at opnå bedst mulig kontrol og funktion over knæet og PFJ, skal stabiliteten og styrken i både krop, pelvis og hofte være god og velkoordineret. Det bliver således vigtigt i forbindelse med PFJ-problemer at sætte fokus på de dynamiske biomekaniske forhold i alle ledene. Træningsmæssigt anvendte han S. Sahrmanns principper om stabilitet og mobilitet.

Powel viste et eksempel på undersøgelse både før og efter behandling på en patient, og ændringerne var markante samtidig med, at patienten var

blevet smertefri. Desværre var forholdene på indeværende tidspunkt kun undersøgt i form af en case report, men Powel er i gang med et større forskningsprojekt for at dokumentere, hvordan de biomekaniske forhold spiller ind på de patellofemorale smerter og hvordan de biomekaniske forhold kan ændres.

Powels opsummering var:

- Bevægelser i underekstremiteterne kan influere på PTJ.
- Overvejelser om proksimal stabilitet (core strengthening) er nødvendige.
- Der er IKKE nogen hurtig genvej eller lette løsningsmuligheder.

Desværre blev der ikke udleveret abstrakts eller litteraturreferencer i forbindelse med kongressen, så man må selv ud at lede og anvende forskellige muligheder for litteratursøgning.

Udbytte

Afslutningsvis vil jeg sige, at endnu engang har jeg fået stort udbytte og megen inspiration af at deltage i IFSP's arrangementer, det gælder såvel mødesom kongresaktiviteter. Jeg glæder mig allerede til næste gang, som for mit vedkommende vil være WCPT i Barcelona juni 2003. Jeg håber at møde mange FFI-medlemmer i Barcelona.



Vibeke Bechtold og Johann Strauss

Nyt patientblad "Krop & Sport"

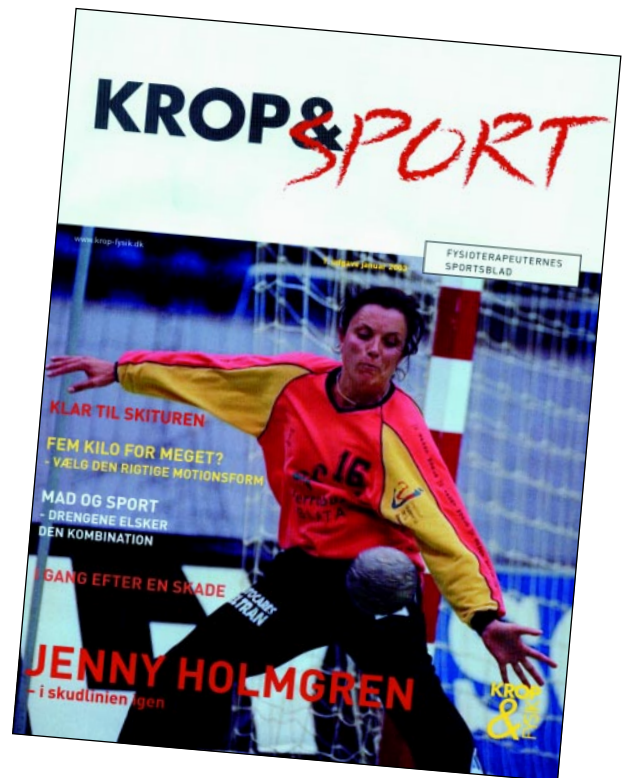
Bladet "Krop & Fysik", fysioterapeuternes patientblad, har fået en aflægger med fokus på idrætsområdet: "Krop & Sport".

Med det nye blad vil redaktionen gerne vise, hvor alsidig sportsverdenen er, fra motionsniveau til den ekstreme idrætsudfoldelse.

Artikelmæssigt spænder det første nummer vidt, fra udøver-biografier og omtale af en nyere idrætsgren til artikler om sundhedsfremme og forebyggelse og behandling af idrætsskader.

Nogle overskrifter fra bladet: "Jenny vogter målet", "Ski uden skader", "En sund cocktail - sport og kost", "Dribl uden om skaderne i fodbold" og "Når uheldet er ude - RICE er god førstehjælp".

Mere på www.krop-fysik.dk



Information om doping

"Anti-doping og mig" er navnet på en ny håndbog for idrætsudøvere. Håndbogen, der tidligere hed "Information om doping", har været udsendt siden 1990.

Indholdet er i overskrifter: "Hvordan foregår dopingkontrollen", "Analyseprocedure", "Hvad er doping", "Forbudte stoffer (eksempler)", "Tilladt medicin (eksempler)", "Lov om forbud mod visse dopingmidler" og "Doping regulativ".

Udgiveren, Anti Doping Danmark, er et uafhængigt program mellem Kulturministeriet og idrættens organisationer for at samle en forstærket indsats mod dopingmisbruget.

Mere på www.doping.dk



**Svensk Idrottsmedicinsk Förening
bjuder in till
Vårmötet i Östersund
4 - 6 april 2003**



Ur programmet: Senskador, acl-rupturer hos barn, skador vid utförsåkning, vad påverkar vår prestation, diskbräck hos idrottare m.m .

Ytterligare information och anmälan:
www.svenskidrottsmedicin.org
eller telefon +46855010200

OBS! Möjlighet till härlig vårskidåkning
i Åre dagarna innan mötet.

*IdrottsMedicinMitt
Arrangörgruppen*

Kongresser • Kurser • Møder

INTERNATIONALE

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

4. - 6. april 2003, Sverige
Svensk Idrottsmedicinsk Förenings
Vårmöte, Östersund
Info: www.svenskidrottsmedicin.org

28. - 31. maj 2003, USA
50th Annual Meeting og American
College of Sports Medicine (ACSM),
San Fransisco, CA.
Info: www.acsm.org

7. - 12. juni 2003, Spanien
14th International Congress of the
World Confederation for Physical
Therapy (WCPT), Barcelona.
Info: www.wcpt.org • www.aefi.net

20. - 23. juli 2003, USA
29th Annual Meeting of the American
Orthopaedic Society of Sports
Medicine (AOSSM), San Diego, CA.
Info: www.sportsmed.org

20. - 25. maj 2004, Argentina
Arthroscopy, knee surgery & sports
medicine congress, AAA Annual
Meeting, Buenos Aires.
Info: Miss Laura Espósito, tel: +54 11
48 11 - 2089, fax: +54 11 48 11 - 2389.
E-mail: artroscopia_arg@ciudad.com.ar
Web: www.artroscopia.com.ar

24. - 27. juli 2004, Canada
30th Annual Meeting of the American
Orthopedic Society of Sports Medicine
(AOSSM), Quebec City.
Info: www.sportsmed.org

DIMS kursuskalender

De enkelte kurser og arrangementer
annonceres særskilt - her og på DIMS
hjemmeside, hvorefter tilmeldinger
modtages.

DIMS TRIN I, øst. Kursus.
10. - 14. marts 2003, Jægersborg.
Målgruppe: Læger.
Arrangør: DIMS
(overtaget)

SKISPORT og SKADER. Kursus.
14. - 23. marts 2003, Sölden, Østrig.
Målgruppe: Læger.
Arrangør: DIMS
(overtaget)

DIMS TRIN I, vest. Kursus.
15. - 18. september 2003, Ålborg Sports-
højskole.
Målgruppe: Læger.
Arrangør: DIMS

DIMS TRIN 2. Kursus.
6. - 9. november 2003, Århus.
Målgruppe: Læger der har gennemført
Trin 1.
Arrangør: DIMS

TRÆNING AF ÆLDRE. Symposium.
23. - 24. januar 2004, København.
Målgruppe: Læger, fysioterapeuter.
Arrangør: DIMS, FFI

SKISPORT OG SKADER. Kursus.
10 dage, uge 10 2004, forventeligt Söl-
den i Østrig.
Målgruppe: Læger, fysioterapeuter.
Arrangør: DIMS, FFI, DSMM.

PRAKTISK IDRÆTSMEDICIN. Kursus.
2-3 dage, uge 15 eller 16 2004, Køben-
havn.
Målgruppe: Læger, reumatologer og
andre læger
Arrangør: DIMS.

Venlig hilsen
DIMS Uddannelses Udvalg

FFI kursuskalender

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

Introduktionskurser
• 28. februar og 1. marts 2003 på Fysio-
terapeutskolen i Odense.
• 7. og 8. marts 2003 på Fysioterapeut-
skolen i København.

Regionskurser
"Fod- og truncuskursus"
• 4. og 5. april 2003
"Hofte- og truncuskursus"
• 25. og 26. april 2003
"Albue/hånd- og truncuskursus"
• 12. og 13. september 2003

"La Santa kursus 2003"
Indhold: "Introduktion + Hofte/knæ/
fod og truncus"
Tid: 26. september til 3. oktober 2003 på
La Santa Sport, Lanzarote.

Kursus i "Dynamic Stability and Muscle Balan-
ce" (nakke, skulder) på La Santa.
Tid: Uge 35 eller 36 2003 på La Santa
Sport, Lanzarote.

SKISPORT OG SKADER, Kursus, marts 2003.
(overtaget)

TRÆNING AF ÆLDRE. Symposium, jan/feb.
2004.

SKISPORT OG SKADER. Kursus, marts 2004.

Venlig hilsen
FFI Uddannelses- og Kursus Udvalg

Hjælp os med at gøre denne liste bedre!
Giv Dansk Sportsmedicin et tip
om interessante internationale
møder og kongresser – helst
allerede ved første annoncering,
så bladets læsere kan planlægge
deltagelse i god tid.

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).

Krav til vedligeholdelse af Diplomklassifikation

1. Medlemsskab af DIMS. Medlemsskab af DIMS forudsætter at lægen følger de etiske regler for selskabet
2. Indhentning af minimum 50 CME-point per 5 år.
3. Pointangivelse:

AKTIVITET	CERTIFICERINGSPOINT
Deltagelse i årsmøde	10 point per møde
Publicerede videnskabelige artikler inden for idrætsmedicin	5 point per artikel
Arrangør af eller undervisning på idrætsmedicinske kurser eller kongresser	10 point
Deltagelse i internationale idrætsmedicinske kongresser	10 point
Deltagelse i godkendte idrætsmedicinske kurser ellersymposier	5 - 10 point per kursus
Anden idrætsmedicinsk relevant aktivitet	5 point
Praktisk erfaring som klublæge, Team Danmark læge eller tilknytning til idrætsskole (minimum 1 time per uge) - 10 point	Klub / forbund / klinik: Periode:

Idrætsmedicinske arrangementer pointangives af Dansk Idrætsmedicinsk Selskabs Uddannelsesudvalg før kursusafholdelse.

NAVN: _____ KANDIDAT FRA: 19 ____ DIPLOMANERKENDELSE ÅR: 200 ____

Skemaet klippes ud og sendes til DIMS v/ sekretær Louice Krandorf, Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Amager Hospital, Italiensvej 1, 2300 København S.

Andre kurser og møder

FFI årsmødedag 2003



FFI Årsmøde 2003

Avanceret Fod- og Ankelartroskopi

Dansk Fod- og Ankelkirurgisk Selskab og Dansk Selskab for Artroskopisk Kirurgi og Sportstraumatologi arrangerer kursus i avanceret fod- og ankelartroskopi i Århus.

Tid og sted: Den 12.-13. juni 2003 på Århus Kommunehospital, Århus.

Målgruppe: Læger i den ortopædkirurgiske speciallægeuddannelse på fase 3 niveau og speciallæger i ortopædkirurgi med interesse i den artroskopiske fod- og ankelkirurgi. Der optages maksimalt 20 på kurset.

Undervisningsform: Teoretisk undervisning begge formiddage i undervisningsafdelingens lokaler og praktiske øvelser (workshop) på kadaver og plastikfantomer begge eftermiddage på Patologisk Institut.

Indhold: Teoretisk og praktisk undervisning i følgende hovedemner:

1. Opstilling og instrumentarium,
2. osteochondrale læsioner inkl. bruskkirurgi,
3. ankelledsimpingement,
4. instabilitet,
5. degenerative lidelser,
6. bløddelskopier inkl. burso- og tenoskopier og
7. subtalærskopi.

Undervisere: Frank Linde, Preben Lass, Lars E. Lindahl, Niels Chr. Jensen, Johnny Frøkjær, Jens Wester og Lars Konradsen.

Deltagerafgift: 2.300 kr for medlemmer af DFAS og SAKS. 2.700 for ikke-medlemmer.

Information: Nærmere information med rekvirering af program og tilmelding til kurset:

Overlæge Allan Buhl
Ortopædkirurgisk afdeling
Horsens Sygehus
tlf: 79274539 eller
e-mail: abn@hs vejleamt.dk

FFI holder årsmøde / generalforsamling på Hotel Nyborg Strand lørdag, den 22. februar 2003.

Program:

Fagligt tema: Grundtræning / profylaktisk træning med enkle redskaber

Kl: 11.00 - 11.45 Teori ved fysioterapeut Lotte Paarup

Kl: 11.45 - 13.15 Generalforsamling

Kl: 13.15 - 14.15 Frokost

Kl: 14.15 - 15.30 Praktik ved fysioterapeut Lotte Paarup

Om underviseren:

Lotte Paarup er fysioterapeut, aktiv håndboldspiller og idrætsfysioterapeut, instruktør og konsulent samt medstifter af Thera-Band Academy og konceptudvikler og har desuden udgivet to rygræningsvideoer. Lotte Paarup er især kendt for sine kurser og foredrag i Danmark og i udlandet. Lotte Paarup arbejder hovedsageligt med træning og genoptræning, med speciale i rygræning og sundhed.

Om undervisningsindholdet:

Hvilken rolle har fysioterapeuten i den forebyggende træning samt grundtræningen af den enkelte idrætsudøver - hvad ved vi og hvordan kan vi bruge det?

Vores fornemste job er uden tvivl genoptræningen / behandlingen af en skadet idrætsudøver - hvordan kan vi forbedre og effektivisere vores genoptrænings- / behandlingsmetoder ud fra tanken om funktionel træning. Meget ofte gør de små ændringer den store forskel for resultatet - sagt på en anden måde; at vi skal holde fast i alle de gode ting vi allerede gør, men tilføje ny viden og erfaringer for at blive endnu bedre... I praksis kræver det at tænke i retning af balance og koordination med fokus på stabilitet omkring truncus. Mange idrætsudøvere er sandsynligvis ikke godt nok trænet, i forhold til de krav som den individuelle sportsgren stiller til kroppen. En vigtig del af fysioterapeutens job må uden tvivl være, at gra-

ve en lille smule dybere end bare at behandle det akutte problem - Hvorfor opstår en skade?

For at vi som terapeuter kan forstå og formidle træning, er det et krav at have egen kropslige erfaringer med de trænings / behandlingsmetoder som vi benytter - derfor sættes fokus på to meget enkle redskaber i den funktionelle rehabilitering; nemlig Store Træningsbolde (Exercise Balls) og elastikker (Thera-Band).

Pris: Deltagelse er gratis men det er nødvendigt, at du tilmelder dig med hensyn til frokosten.

Tilmelding: Til Marianne Dall-Jepsen, Mikkelsborg Allé 84, 2970 Hørsholm, tlf: 45 86 44 85, e-mail: m.dall-jepsen@mail.dk

Tilmeldingsfrist: Senest den 15. februar 2003.

OBS!

Deltagelse i generalforsamlingen alene kræver IKKE tilmelding.

Dagsorden for generalforsamlingen findes på næste side. Se årets beretning og de stillede forslag på: www.sportsfysioterapi.dk

FFI generalforsamling 2003



I henhold til vedtægterne indkaldes hermed til

ORDINÆR GENERALFORSAMLING
lørdag, den 22. februar 2003
kl. 11.45

på Hotel Nyborg Strand, 5800 Nyborg

Dagsorden:

1. Valg af dirigent
2. Beretning fra bestyrelsen
3. Fremlæggelse af det reviderede regnskab for 2002
4. Fastsættelse af kontingent for 2004
5. Indkomne forslag
6. Valg af bestyrelse
Medlemmerne William Sloth og Gorm H. Rasmussen afgår efter tur
Suppleanterne Marianne Dall-Jepsen og Henning Langberg afgår efter tur
7. Valg af 2 revisorer
Marianne Jensen afgår efter tur
Niels Bo Andersen afgår efter tur
8. Eventuelt

Forslag, der ønskes behandlet under punkt 5, **samt kandidatforslag til valg under punkt 6 og 7**, skal være bestyrelsen i hænde senest den 9. februar 2003, og indsendes til:

Fagforum for Idrætsfysioterapi
Gorm H. Rasmussen
Terp Skovvej 82
8270 Højbjerg

FFI kurser 2003

Info: Kursusudv., Vibeke Bechtold,
Kærlandsvænget 10, 5260 Odense S.
Tlf. 6591 6693 / 2028 4093
Mail: vibeke.bechtold@odenergfys.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 ræsonering
 - epidemiologi
 - forskning og evidens
 - etik
 - biomekanik
 - vævsegenskaber og vævsreaktioner
 - behandlingsstrategier
 - læring og formidling
 - primær skadesundersøgelse og skadesbehandling

Tid og Sted:

- 28. februar - 1. marts 2003 på Fysioterapeutskolens i Odense.
- 7. - 8. marts 2003 på Fysioterapeutskolens i København.

OBS! Der er måske stadig ledige pladser. Kontakt kursusansvarlig Vibeke Bechtold for svar.

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

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

Tilmelding: Tilmeldingsfrist ca. en måned før kursusafholdelse. Se detailannoncering senere her i bladet, i DF's kursuskatalog, i "Fysioterapeuten" eller på www.sportsfysioterapi.dk

Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum 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 undersøgelses-, forebyggelses- og behandlingsstrategier
- får kendskab til parakliniske undersøgelses- 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
- forebyggelsesstrategier
- klartest
- parakliniske undersøgelser og behandlingsstrategier

Emne, Tid og Sted:**"Fod- og truncuskursus"**

- 4. og 5. april 2003 på Fysioterapeutskolen i København. Fredag den 4. kl. 14:00 - 21:00 og lørdag den 5. kl. 09:00 - 17:00.

Tilmeldingsfrist: 1. marts 2003. Benyt DF's tilmeldingsblanket eller formularen på www.sportsfysioterapi.dk og send til kursusansvarlig Vibeke Bechtold (adresse her i rubrikken).

"Hofte- og truncuskursus"

- 25. - 26. april 2003 på Fysioterapeutskolen i Odense. Fredag den 25. kl. 14:00 - 21:00 og lørdag den 26. kl. 09:00 - 17:00.

Tilmeldingsfrist: 15. marts 2003. Benyt DF's tilmeldingsblanket eller formularen på www.sportsfysioterapi.dk Send tilmeldingen til kursusansvarlig Vibeke Bechtold (adresse her i rubrikken).

"Albue- / hånd- og truncuskursus"

- 12. -13. september 2003 på Fysioterapeutskolen i København.

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

Deltagere: 22 fysioterapeuter. Medlemmer af fagforum har fortrinsret.

Tilmelding: Tilmeldingsfrist ca. en måned før kursusafholdelse. Se her i bladet, i DF's kursuskatalog, i "Fysioterapeuten" eller på www.sportsfysioterapi.dk

Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum for idrætsfysioterapi.

**"Idrætskursus 2003 på La Santa Sport"**

Indhold: "Introduktion + Hofte/knæ/ fod og truncus"

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

Tid: Uge 40. Fra fredag den 26. september (afgang ca. kl. 8:00) til fredag den 3. oktober 2003 (hjemkomst ca. kl. 20:00). Der vil være afgang og hjemkomst fra København eller Billund. Angiv ved tilmeldingen hvor du ønsker at rejse fra.

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

Pris: 7.900 kr. for medlemmer af FFI og 8.300 kr. for ikke-medlemmer. Kursusafgiften dækker kursus, flyrejse og ophold i 3-personers lejlighed samt diverse aktiviteter på stedet. Kursisterne skal selv sørge for fortæring under opholdet samt tegning af evt. forsikringer. Det vil være muligt at bo i 2-personers lejlighed mod ekstrabetaling på 700 kr. pr. person, eller i 4-personers lejlighed mod ekstra 300 pr. person. Hvis man ønsker andet end 3-personers lejlighed skal det angives ved tilmeldingen.

Tilmelding: Tilmeldingsfrist 1. marts 2003 med betaling af depositum på 1.000 kr.. Restbeløbet skal indbetales senest den 3. juli 2003. Benyt DF's tilmeldingsblanket eller formularen på www.sportsfysioterapi.dk. Send tilmeldingen til kursusansvarlig Vibeke Bechtold (adresse her i rubrikken). Tilmeldingen er bindende og betalingen kan foregå ved at sende en crosset check eller indbetale beløbet på FFI's kursuskonto i BG Bank reg. 0928 konto 9280461439 (husk navn på kontoudtoget). Besked om deltagelse udsendes primo marts.

Deltagere: 40 fysioterapeuter. Medlemmer af fagforum har fortrinsret.

Afmelding: Efter 15. marts 2003 er det ikke muligt at få depositum tilbagebetalt.

**DYNAMIC STABILITY & MUSCLE BALANCE på La Santa Sport**

Emne: NAKKE OG SKULDER

Fagforum for Idrætsfysioterapi og faggruppen for Manuel Terapi arrangerer i samarbejde med "Kinetic Control" kursus i ovenstående emne.

Indhold: Undersøgelse og rehabilitering af bevægelsesdysfunktion ved hjælp af dynamisk stabilitet og korrektion af muskulær ubalance.

Tid: Uge 35. Fra fredag den 23. august (afgang ca. kl. 8:00) til fredag den 29. august 2003 (hjemkomst ca. kl. 20:00). Der vil være afgang og hjemkomst fra København eller Billund. Angiv ved tilmeldingen hvor du ønsker at rejse fra.

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

Undervisere: Fysioterapeuter fra "Kinetic Control".

Pris: 8500,- kr. for medlemmer og 8900,- kr. for ikke-medlemmer. Kursusafgiften dækker som under La Santa-kurset i spalten til venstre. Det vil være muligt at bo i 2-personers lejlighed mod ekstrabetaling på 800 kr. pr. person, eller i 4-personers lejlighed mod ekstra 400 pr. person. Hvis man ønsker andet end 3-personers lejlighed skal det angives ved tilmeldingen.

Tilmelding: Tilmeldingsfrist 15. februar 2003 med betaling af depositum på 1.000 kr.. Restbeløbet skal indbetales senest den 15. juni 2003. Øvrige betalingsbetingelser som angivet under La Santa Kurset i spalten til venstre. Besked om deltagelse udsendes ultimo februar.

Deltagere: 26 fysioterapeuter. Medlemmer af FFI og MT har fortrinsret og Kinetic Controls introduktionskursus skal være gennemført.

Afmelding: Efter 1. maj 2003 er det ikke muligt at få depositum tilbagebetalt.

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
Spicavej 14
8270 Højbjerg
abuhl@telefona.dk
8667 1196 (P)

Overlæge Per Hölmich
Kjeldgårdsvej 13 - Hareskovby
3500 Værløse
per.holmich@ah.hosp.dk
4498 0014 (P)

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

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

Redaktionsmedlemmer for FFI:

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

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

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



Adresse:

DIMS
c/o sekretær Louice Krandorf
Feldborgvej 6
2770 Kastrup
Tlf: tirsdage 3252 7442
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
Ryesgade 14, 1.
9000 Ålborg
ilk@dadlnet.dk

Andreas Hartkopp
Bodegårdsvej 9
3050 Humlebæk
hartkopp@dadlnet.dk

Fysioterapeut Bente Andersen
Kabelvej 22, 1.tv.
2700 Brønshøj
bente.andersen@kbhfy.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



fagforum for idrætsfysioterapi

Adresse:

Fagforum 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
ffi-dk@post3.tele.dk
8614 4288 (P)

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

Marianne Dall-Jepsen
Mikkeltorg Allé 84
2970 Hørsholm
m.dall-jepsen@mail.dk
4586 4485 (P)

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

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

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

Suppleant Niels Erichsen
Brådervej 14
3500 Værløse
nefys@hotmail.com
44483231 (P)



**fagforum
for
idrætsfysioterapi**

Kontaktpersoner 2003

Hovedstadskreds og Københavns Amtskreds:

Christian Couppé, Julius Thomsens Plads 4,
4.th., 1925 FREDERIKSBERG C, 35366146(P)
Frank Jacobsen, Vejringevej 30, 2730 HER-
LEV, 44921090(P)

Frederiksborg Amtskreds:

Lotte Bølling, Håndværkerhaven 22, 2200
KØBENHAVN N, 31678467(P)
Klaus Petersen, Duevej 20, 2970 HØRS-
HOLM, 39632310(A),
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, Fjordvej 9, 2.th., 4800 NY-
KØBING F, 54826002(P), 54885534(A)
Bonnie Skovgaard, Blansmosevej 12, 4952
STOKKEMARKE, 54712050(P), 54885534(A)

Bornholms Amtskreds:

Ledig

Fyns Amtskreds:

Jørgen Holme, Bergmannsvej 118, 5700 SVEND-
BORG, 62207670(P), 62211080(A),
Frederik Lassen, Møllergade 108, 5700 SVEND-
BORG, 62203630(P)
fredlassen@yahoo.dk(mail)

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:

Morten Sode, Sct. Nikolajgade 23, 1.tv., 8800 VI-
BORG, 86614006(P), 86622254(A),
sode.hede@get2net.dk(mail)
Jette Vig, Teglmærken 73, 8800 VIBORG,
86621704(P)

Århus Amtskreds:

Svend B. Carstensen, Lindegårdsvej 8A, 8320
Mårslet, 86292057 (P),
lindegaaardsvej.8a@post.tele.dk (mail)
Finn Thomsen, Søborgvej 4, 8900 RANDERS,
86405346(P), 86429061(A),
fysft@mail.dk(mail)

Ringkøbing Amtskreds:

Anne Mette Antonsen, Urnehøj 12 - Tjørring,
7400 HERNING, 97268297(P), 97885200(A),
ama@netfysyen.dk(mail)
Tine Hasselbrinck Madsen, Skoletoften 3 - Sin-
ding, 7400 HERNING, 97136171(P),
97885200(A), tine@netfysyen.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, Sletten 45, 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, Sct. Elisabeth

Tlf. 32 34 32 93
Overlæge Per Hölmich
Tirsdag 15 - 17

Frederiksborg amt

Frederikssund Sygehus
Tlf. 48 29 55 80
Overlægerne Tom Nicolaisen, Henrik Chrintz og
Peter Albrecht-Olsen
Mandag til fredag 8 - 16

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 Sygehus, ortopædkir. amb.
Tlf. 99 27 27 27
Overlæge Steen Taudal
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 Martin Steinke
Tirsdag og torsdag 13 - 14.30

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.