

DANSK SPORTSMEDICIN



UNDERBENSSMERTER • COACHING



fagforum
for
idrætsfysioterapi



Redaktør
Svend B.
Carstensen

Crus og coaching

Det lyder som et umage par. Men ikke desto mindre den cocktail vi har valgt at præsentere i dette blad.

En stor del af idrætsskaderne i UE er lokaliseret til underbenet. Med udgangspunkt i kronisk compartmentsyndrom guider Svend Erik Christiansen os rundt i nogle af underbenets mysterier. Der er tre tilstande som dominerer billedet, nemlig kronisk compartmentsyndrom, skinnebetsbetændelse ("shin splint") og stressfractur. Men han maner samtidig til grundighed, de mere sjældne tilstande må ikke overses.

Underbenet kan man have mange forskellige indgange til. Henning Langberg præsenterer spændende biomekaniske overvejer ved underbenssmerter. Herefter rykker han til området omkring achillese- nen og giver nogle gode bud på iritationer i dette område. Den eks-

centriske træning til de mere kroniske tendinoser berøres, og den praktiske udførelse illustreres.

Svend Erik Christiansen præsenterer os også for en kasiustik, som vel nærmest er hentet fra kategorien "Så galt kan det gå!" En håndboldspiller på eliteniveau vælger at overhøre – eller i hvert fald ikke tage hensyn til – sine underbenssmerter. Måske skulle hun have taget en snak med sin coach. Jeg tillader mig at henvise til Dansk Sportsmedicin nr. 3/2004: "Stressfrakturer hos idrætsudøvere – tidlig diagnose er essentiel".

Coaching er også rykket ind i idrætten. Eller måske har den altid været der, blot i andre forklædninger. Vi bringer to spændende artikler af Flemming Videriksen, som p.t. blandt andet fungerer som coach i et pilotprojekt omkring kvinde-håndboldlandsholdet.

Den grundlæggende – og positive – filosofi bag coaching er, at kimen til succes altid findes hos idrætsudøveren selv. Det er så coachens opgave at hjælpe udøveren til selv at finde eller blive bevidst om de potentielle ressourcer, udøveren

har, ved at stille de rigtige spørgsmål. Og på denne måde få idrætsudøveren til at udnytte sit fulde og optimale potentiale.

Lad mig slutte med to citater fra coachingartiklerne:

"Ting sker fordi vi får dem til at ske, og ikke kun fordi vi ønsker, de skal ske".

og

"Hvis jeg kan tænke det – så kan jeg gøre det".

Disse kan - som et ekstra pift til cocktailen - sammenholdes med følgende:

"En mand kan gøre, som han ønsker, men han kan ikke ønske, hvad han ønsker."

(Arthur Schopenhauer, tysk filosof 1788 - 1860)

Så er der vist sat vand over til en diskussion eller to over aftenkaffen...

Dansk Sportsmedicin nummer 3,
9. årgang, september 2005.
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 Per Hölmich, cand.scient. Bente Kiens, læge Bent Lund, fysioterapeut Svend B. Carstensen, fysioterapeut Henning Langberg, fysioterapeut Gitte Vestergaard, fysioterapilærer Leif Zebitz.

ANSVARSHAVENDE REDAKTØR

Fysioterapeut Svend B. Carstensen

INDLÆG

Redaktionen modtager indlæg og artikler. Redaktionen forbeholder sig ret til at redigere i manuskripter efter aftale med forfatteren. Stof modtages på diskette/CD-ROM vedlagt udskrift eller (efter aftale) på skrift eller e-mail.

Manuskriptvejledning kan rekvireres hos redaktionssekretæren eller findes på www.sportsfysioterapi.dk. Artikler i tidsskriftet repræsenterer ikke nødvendigvis redaktionens holdninger.

PRISER FOR ANNONCERING

Oplyses ved henvendelse til redaktionssekretæren.

TRYK OG LAYOUT

Tryk: EJ Grafisk AS, Beder
DTP: Gorm H. Rasmussen

FORSIDEFOTO

Sports Foto ApS. Motiv: Fra strandhåndbold 2005.

© Indholdet må ikke genbruges uden tilladelse fra ansvarshavende redaktør.

Indhold:

FORENINGSNYT	4	Ledere
FAGLIGT	6	Kronisk compartmentsyndrom <i>Svend Erik Christiansen</i>
	10	Biomekaniske overvejelser ved underbenssmerter <i>Henning Langberg</i>
	14	Irritation i området omkring achillessenen <i>Henning Langberg</i>
	18	Bilateral stressfractur – en kauistik <i>Svend Erik Christiansen</i>
	20	Coaching <i>Flemming Videriksen</i>
	23	Tænk det – og gør det! <i>Flemming Videriksen</i>
KURSER OG MØDER	26	
NYTTIGE ADRESSER	34	



fagforum
for
idrætsfysioterapi

Deadlines for kommende numre:

Nummer	Artikelstof	Annoncer	Udkommer
4/2005	1. oktober	15. oktober	i november
1/2006	1. december	15. december	sidst i januar
2/2006	1. april	15. april	i maj
3/2006	1. juli	15. juli	i august



Dansk
Idrætsmedicinsk
Selskab

*v/ Bent Wulff Jakobsen,
formand*



Sommeren er ved at gå på hæld. De fleste af os er pludselig blevet klar over, at hjulene på vore arbejdspladser igen kører efter ferien, og at det forventes af os at køre med. Også Dansk Idrætsmedicinsk selskab er klar til at komme i et højere gear, frem mod nye opgaver i efteråret og ikke mindst frem mod Idrætsmedicinsk Årskongres 2006. Arrangørerne fra Idrætsklinikkerne i Frederikssund og Gentofte har ikke holdt stille over sommeren, og planerne for kongressen er ved at tage form.

På kursus fronten afholdes flere kurser i efteråret. 7.-8. september afholdes fodboldmedicinsk kursus, 19.-22. september Trin 1 kursus og 12.-15. oktober november Trin 2 kursus. Læs om kurserne på hjemmesiden (www.sportsmedicin.dk).

Det store arbejde omkring udarbejdelse af faglige guidelines for behandling af idrætsrelaterede achilles-senesmerter er ved at være tilendebragt. Udvalget omkring dette arbejde lægger i løbet af de næste mæne-

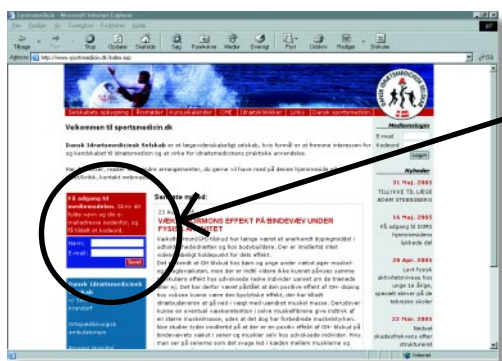
der sidste hånd på retningslinierne, hvorefter de vil blive præsenteret på årskongressen, på hjemmesiden samt i en folder til alle medlemmer. Der er lagt et meget stort arbejde i disse retningslinier, og jeg er helt sikker på, at disse guidelines vil være brugbare for alle idrætsmedicinske behandlere samt rådgivende for trænere og holdledere.

I løbet af sommeren har bestyrelsen i samarbejde med FFI truffet aftale med en journalist, som skal støtte de to selskaber i at blive mere synlige i den faglige og politiske debat. Det er vores ambition at placere DIMS/FFI som centrale meningsdannere overfor offentlige myndigheder, andre organisationer og ikke mindst den danske offentlighed. Det er et arbejde vi forventer os meget af, og ser med spænding frem til samarbejdet med journalist Christian W. Larsen.

Selskabets hjemmeside har åbnet sin lukkede del. Her vil vi fremover offentliggøre bestyrelsesmødereferater, regnskaber samt arkiv over selskabets medlemmer. Derudover vil vi fra bestyrel-

sens side lægge resumé-gennemgang af nyeste relevante litteratur på sitet. Så besøg vores hjemmeside og få via enkelte indtastninger password til den lukkede del. Herved får du også mulighed for at modtage nyhedsbreve, informationer om selskabets kursus virksomhed samt anden relevant information fra dit selskab direkte i din mailboks.

Bent Wulff Jakobsen



DIMS hjemmeside indeholder nu en afdeling kun for DIMS-medlemmer. Her vil medlemmerne fremover kunne finde bestyrelsesmødereferater, regnskaber, medlemsarkiv og andet medlemsrelevant.

Adgang kræver password, der kan tildeles ved besøg på www.sportsmedicin.dk



Fagforum
for
Idrætsfysioterapi

v/ Niels Erichsen,
formand



fagforum
for
idrætsfysioterapi

Fysisk aktivitet

Alle er enige om at idræt og andre former for fysisk aktivitet er positivt på mange måder. Vi ved det er forebyggende mod specielt hjerte- og karsygdomme, diabetes II, overvægt og flere kræftformer. Regelmæssig fysisk aktivitet har ligeledes gunstig effekt på mental-, muskel- og ledsundhed.

Det er derfor vigtigt at vi vedblivende fremmer og stimulerer børns fysiske aktivitet.

Skader

Men medaljen har desværre en bagside. Vi ved at idrætsdeltagelse kan føre til skader. De fleste skader er mindre alvorlige og som oftest restituerer udøveren uden at få mén på sigt. Men der er desværre også skader som er mere alvorlige, som kræver længere tids behandling og som kan have alvorlige følger på lang sigt. Antallet af forreste korsbåndsskader er steget inden for de sidste 10 - 15 år, og en betydelig del af disse sker blandt børn og ungdom. Piger, som deltager i boldidræt hvor bevægemønstrene indeholder landinger og fodfinter (håndbold, fodbold og basket), er særlig udsatte

for alvorlige knæskader, og særligt for forreste korsbåndsskader. En korsbåndsskade giver langvarigt fravær fra sport og øger markant risikoen for at udvikle slidgigt i en tidlig alder.

Forebyggelse

Hjemvendt fra den første verdenskonference i idrætsskade-forebyggelse i Oslo føler jeg mig dog fortrøstningsfuld, for vi kan gøre noget ved det. Forskning viser, at forebyggelse af idrætsskader - heriblandt forreste korsbåndsskader - er mulig. Et nyligt publiceret studie i British Medical Journal viser, at ankel- og knævridtraumer kan forebygges gennem teknik-, balance- og styrketræning. Studiet er gennemført på unge norske håndboldspillere (læs artiklen i sidste nummer af Dansk Sportsmedicin).

I vores daglige virke som fysioterapeuter og læger for idrætsaktive bliver vi ansat med forventningen om hurtig og korrekt vurdering af skader og optimal behandling. Ingen bliver ansat på baggrund af deres viden om forebyggende træning og deres evne til at implementere det i den daglige træ-

ning. En årsag kan være trænerens og ledernes manglende forståelse og viden om forebyggelsens effekt. Vi skal måske i stedet sælge den forebyggende træning til trænerne som præstationsfremmende træning. Færre skader betyder flere spillere til træning som igen betyder bedre træning og mere konkurrence om pladserne.

Mange virksomheder har en sundhedspolitik som deres ansatte skal følge. Hvad forhindrer lederne i idrætsforeningerne i ligeledes at formulere en sundhedspolitik? Den kan indeholde krav om, at ungdomstræningen skal indeholde forebyggende (præstationsfremmende) træning.

Lad os udfordre idrætslivet og sætte forebyggelse på dagsordenen. Vi har dokumentation på at prioritering af forebyggende træning vil have en konsekvens for mange idrætsaktives knæ og ankler. Vi skal benytte denne viden således at forebyggende (præstationsfremmende) balance-, teknik- og styrketræning bliver dagligdag i håndbold-, fodbold- og basket-klubber.

IDRÆTSMEDICINSK ÅRSKONGRES 2006

Radisson SAS Scandinavia Hotel, København, 2.-4. februar 2006

Annoncering side 27

Info og tilmelding: www.sportskongres.dk

Kronisk compartmentsyndrom

Af Svend Erik Christiansen, overlæge, Idrætssklinikken, Ortopædkirurgisk afdeling, Århus Sygehus, lægekonsulent ved TeamDanmarks Idrætsmedicinske Klinik i Århus

Patofysiologi

Det kroniske compartmentsyndrom (KCS, engelsk: chronic exertional compartment syndrome) er en tilstand, hvor fysisk aktivitet medfører smerter i en eller flere muskelgrupper og hvor smerterne normalt aftager langsomt, når aktiviteten ophører. Smertesyndromet kan forekomme i alle muskelgrupper, som er omkranset af en snæver muskellog og er beskrevet på crus (hyppigst), underarme, fod, rygmuskulaturen og i hånden (2).

Den tilgrundsiggende patofysiologi er ikke entydigt bevist, men det er generelt accepteret, at smertetilstanden opstår som følge af, at musklens volumen vokser under aktivitet medførende en stigning i det intracompartmental tryk.

Dette tryk vil igen medføre afklemning af blodcirkulationen.

Som det fremgår af fig. 2 er muskellogens perfusionstryk (CPP) afhængig af middeltrykket i blodkarrene (MAP) minus det omkringliggende tryk i muskellogen (ICP). Altså stopper blodcirkulationen når trykket i logen overstiger middeltrykket i blodkarrene. Da trykket er lavest i de helt tynde venoler er det først mikrocirkulationen i muskulaturen som forsvinder (man kan altså sagtens mærke puls længere ude på ekstremiteten). Herved bliver stofskiftet i muskellogen anaerobisk og musklen syrer til. Dette vil medføre en smertetilstand.

Incidens

Incidensen af underbenssmerter er ikke kendt. Den afhænger af en række faktorer, herunder køn, idrætsgren,

"The compartment syndrome is defined as a condition in which high pressure within a closed fascial space (muscle compartment) reduces capillary blood perfusion below the level necessary for tissue viability"

Mubarak SJ, Pedowitz RA, Hargens AR. *Corr Orthop.* 1989;3:36-40

Figur 1 - Definition

træningsmængde, fodtøj, underlag og formentligt også kropsbygning. Ifølge the National Collegiate Athletic Association Surveillance System er incidensen af akutte og kroniske underbenssmerter svingende fra 0,10 til 0,93 per 1000 "athletic exposures". (1)

Opgørelser over incidens af de forskellige typer af underbenssmerter er ikke kendt, ligesom deres hyppighed ved forskellige idrætsgrene ikke kendes. Kronisk compartmentsyndrom er naturligvis hyppigst hos aktive inden for idrætsgrene, som belaster lægmuskulaturen i længere perioder uden pauser.

$$CPP = MAP - ICP$$

CPP - compartmental perfusionstryk
MAP - middel arterielt tryk
ICP - intracompartmentaltryk

Figur 2 - Formel

Behandling

Behandling af kronisk compartment-syndrom har klassisk bestået af følgende modaliteter:

1. Fjernelse af den udløsende årsag
2. Justering / afhjælpning af kompromitterende forhold
3. Operation

Ad 1 : Lidelsen ses hyppigst hos idrætsudøvere med et højt aktivitetsniveau. Denne gruppe af aktive har ofte svært ved at acceptere nedsat aktivitet og dermed nedsat performance.

Ad 2 : Enhver aktiv med underbenssmerter bør undersøges for eventuelle fejlbelastninger i primært foden (pes planus, pronation m.v.). Enhver fejlbelastning bør aflastes / korrigeres ligesom træningen i visse situationer bør ændres.

Desværre viser flere undersøgelser, at konservative tiltag (periodisk aflastning, skoindlæg, diverse strækøvelser, massage, diuretika og NSAID) ikke har nogen overbevisende permanent effekt. (1)

Ad 3 : Det betyder, at den aktive i mange tilfælde tilbydes kirurgisk behandling. Denne behandling omfatter spaltning af muskellogens fascie (fasciotomi). Succesraten ved denne behandling er svingende i forskellige undersøgelser fra 60 til 100% (2, 6, 7,). Der er dog næppe tvivl om, at resultaterne ved fasciotomi i et bredere udsnit af behandlende afdelinger ligger betydeligt under 100% succes. Årsagen hertil må skyldes:

- a. At diagnosen har været forkert
- b. At operationen er udført insufficiant

eller at den forkerte loge er spaltet.
c. At patogenesen er mere kompleks end blot en stram fascie.

Differentialdiagnoser

En række forskellige tilstande kan medføre smerter i underbenene. Nogle af disse er anført i fig.3.

Til landets idrætsklinikker henvises mange aktive med smerter i underbenene. Langt de fleste af disse har kronisk compartmentsyndrom, skinnebetsbetændelse ("shin splint") eller stressfraktur. Man må dog aldrig glemme de mere sjældne tilstande, som altid skal udelukkes – specielt i tilfælde, hvor symptomatologien ikke er helt typisk.

Da der er komplikationer ved fasciotomien, bør den diagnostiske udredning derfor være omhyggelig og sikker, således at kirurgen med en vis sikkerhed kan garantere den aktive en gevinst ved indgrebet.

Undersøgelser

Foruden en omhyggelig anamnese og en grundig objektiv undersøgelse bør diagnosen så vidt muligt også baseres på parakliniske undersøgelser – dog vejledt af anamnesen og den objektive undersøgelse. De parakliniske undersøgelser omfatter:

1. *Røntgenundersøgelse.* Udføres primært for at udelukke ossøse abnormiteter. Kan i visse tilfælde påvise stressfraktur

2. *Knoglescintigrafi.* Anvendes til påvisning af en øget knoglemetabolisme, som bl.a. ses ved stressfrakturen og ved shin splint.

3. *UL-scanning af underbenet.* Er god til vurdering af karforhold og udelukkelse af patologiske processer i bløddelene. Enkelte har ved hjælp af doppler forsøgt at vurdere om teknikken kan bruges som diagnostiks metode ved KCS. (12) UL anvendes mig bekendt ikke til diagnosticering af KCS.

4. *MR-scanning.* Skal bruges i tilfælde, hvor der er mistanke om patologiske bløddelsprocesser. Der er flere arbejder, hvor man anvender denne modalitet til diagnosticering af KCS (11, 13)

FORSKELLIGE ÅRSAGER TIL UNDERBENSSMERTER

Hyppigste årsager:

- Kronisk compartmentsyndrom (Chronic exertional compartment syndrome)
- Skinnebetsbetændelse (Shin Splint, Periostitis, medial tibial stress syndrome)
- Træthedsbrud (stress fracture)

Andre årsager:

- Muskel –seneskade
 - Total ruptur
 - Partiel ruptur
 - Senfølger til muskelrupturer
 - Tendinoser
 - Synovitis / tenosynovitis
- Neurovasculære tilstande:
 - Afklemning af nerve eller nervegren (nerve entrapment)
 - Neurinom
 - Spinal radiculopathi
 - Spinal stenosis
 - Central eller perifer arteriosclerose (claudicatio intermittens, vindueskikker syndrom)
 - Forsnævring / afklemning af a.iliaca, adductor canal syndrome eller entrapment af a. poplitea
 - Arterielle blodpropper i underben
 - Phlebiter
 - Anstrengelsesudløst kompromiteret venøst tilbageløb (varicer, defekt perforant m.v.)
- Infektion
 - Osteomyelitis
 - Cellulitis
- Tumorer
 - Maligne tumorer
 - Godartede tumorer (f.eks. ostoidt osteom, eksostoser – osteochondromer)
 - Bakers Cyste eller rumpelet Bakers Cyste

Hertil kan føjes en lang række af arvelige og systemiske sygdomme, som kan debutere med underbenssmerter (f.eks. Guillan Barrets Sygdom – se case story) ligesom en række sygdomme i eller omkring knæleddet kan give smerter med udstråling til underbenet.

Figur 3 - Årsager til underbenssmerter

5. *Måling af muskellogetryk.* Denne metode er invasiv, således at kanyler / kateter skal placeres i den ønskede muskellog, hvorefter trykket kan aflæses (Stryker Instrument. Mich). Kanylen indføres med en vinkel på 45 grader centralt i muskellogen. Metoden er valideret i flere arbejder (16, 13). Normalt

anvendes et intracompartmental tryk over 35 mm Hg som værende patognomonisk for KCS.

6. *Måling af ilttensionen i en muskellog.* Kan udføres med en teknik, som kaldes Near Infrared Spectroscopy (NIRS). Ved denne metode er det muligt – non invasivt – at måle hæmoglobin

bin mætningen. Som følge af den dårlige perfusion i musklerne fjernes en større del af ilten fra kapillærerne, hvilket resulterer i et fald af oxyhæmoglobinen i det venøse kapillærnet. Dette kan måles med stor præcision. En række arbejder dokumenterer dette (13, 14, 15, 17). Teknikken bygger på, at infrarødt lys relativt let passerer humant væv. Oxyhæmoglobin og hæmoglobin absorberer imidlertid dette lys, men ved forskellige bølgelængder. Det giver mulighed for at kvantitere iltmætningen i vævet. Metoden synes relativt simpel, idet detektoren som en anden elektrode placeres over det pågældende muskellege. Metoden kan anvendes under aktivitet. Se også (Hutchinson Technology Inc. Homepage: www.htibiomeasurement.com). Teknikken kendes også fra pulsoxymetri, hvor man ved applikation af detektor over en fingerpulpa løbende registrerer blodets ilttension, f.eks. under en operation.

7. Mikrodialyse. Er forsøgt, men er ikke velegnet til undersøgelse af muskler i arbejde, idet kateterne brækker/knækker og giver usikker perfusion.

I et netop publiceret arbejde (13) sammenligner van der Brand i et prospektivt arbejde intramuskulær trykmåling, MR-scanning og NIRS som metode til diagnostik af KCS.

Konklusionen i arbejdet er, at NIRS mht til sikkerhed i diagnostik af KCS er en ligeværdig metode sammenlignet med intramuskulær trykmåling (se tabel 1).

NIRS bliver mig bekendt ikke anvendt i Danmark (endnu). Dette er for så vidt beklageligt, idet metoden specielt er velegnet til kontinuerlig monitorering af compartments hos bevidstløse intensivpatienter.

Insufficient operation eller forkert lege

En anden forklaring på at succesraten ved fasciotomien ikke er optimal, kan være, at operationen udføres insufficient eller at den forkerte lege spaltes. KCS er hyppigst i den anteriore muskellege og/eller i den dybe muskellege. Sjældnere er peroneuslogen affice-

	Sensitivitet	Specifitet
Trykmåling	77% (67 – 86%)	83 (36 – 100)
MR - scanning (*)	70% (59 – 80%)	50 (12 – 88)
NIRS	85% (76 – 92%)	67 (22 – 96)

(*) ved MR-scanningen kan man lægge forskellige "cutoff points" ind. Dette kan hæve sensitiviteten, men resulterer i et betydeligt fald i specificiteten og vice versa.

Tabel 1

ret og kun sjældent er den bageste (tripiceps surae) afficeret (2).

Flere arbejder konkluderer, at der i en større gruppe af patienter (op til 49%) er affektion af mere end en muskellege (2, 18) og i disse tilfælde ofte kombinationen af forreste og dybe lege.

Kirurgisk er det teknisk mere vanskeligt at spalte den dybe lege.

Kombinationen af vanskelig diagnostik - specielt ved flere loger involveret - og vanskelig kirurgi ved spaltning af den dybe lege gør, at succesraten næppe nogensinde vil tangere 100%.

Komplikationer ved fasciotomi

Komplikationerne er risiko for læsion af cutane nervegrene, som kan medføre dys-/anæsthesi på større eller mindre områder af underbenet og fod. Yderligere kan der ske skade mod overfladiske vener. Endelig kan der ved spaltning af den dybe lege også ske mere omfattende kar-/nerveskade. En væsentlig, men sjældent omtalt komplikation er hævelse/ødem af underbenet. Dette ses specielt efter fasciotomi af flere loger. Årsagen hertil kan være skader på lymfekar/lymfedrånen fra underbenet. En anden væsentlig faktor kan være fald i det venøse tryk i de dybe vener under muskelaktivering, hvorved det venøse tilbageløb kompromitteres. Der synes dog at være en vis diskrepans i litteraturen desangående (8, 9, 10). Et faktum er dog, at nogle patienter oplever en fornemmelse af øget tendens til hævelse af underbenet efter fasciotomi og specielt ved flere spaltninger.

Kompleks patogenese

Når der ikke er 100% succes ved fasciotomien kan det som nævnt tidligere også skyldes, at patogenesen ved KCS er mere kompleks end blot en stram fascie. En række faktorer kan spille ind, f.eks. blodets viskositet, kapillærnettets opbygning, muskelstrukturen, længde af muskulaturens kontrakturfase sat i forhold til relaksationsfasen, væske-/saltbalance og meget andet.

At der er mere mellem himmel og jord end "den stramme fascie"-teori bestrykes af, at man som kirurg ved flere lejligheder er kommet ind på en muskellege, hvor fascien har været tynd og dårligt defineret.

Afslutning

Sammenfattende må det konkluderes, at udredning af patienten med underbenssmerter kan være vanskelig. Diagnosen bør først og fremmest stilles på en grundig anamnese og en omhyggelig objektiv undersøgelse. Er der den mindste tvivl om diagnosen, bør der suppleres med relevante parakliniske undersøgelser. Herefter bør konservativ behandling forsøges i minimum 3 måneder. Ved udeblivende effekt kan fasciotomi af afficeret lege udføres.

Kontaktadresse:

Svend Erik Christiansen
mail: sec@dadlnet.dk

Referencer:

1. Chronic Leg Pain: Putting the Diagnostic Pieces Together
Mark R. Hutchinson, MD; Scott Cahoon, MD; Thomas Atkins, MD
The Physician And Sportsmedicine - Vol 26 - No. 7 - July 98
2. T.Bloch. Kronisk kompartmentsyndrom i crus, Ugeskr. Læger, 1999; 161: 4503-6
3. Mubarak SJ, Pedowitz RA, Hargens AR. The compartment syndromes. Cur Orthop. 1989;3:36-40
4. Anil Pillai. Popliteal Artery Entrapment Syndrome: Diagnosis by MRI. Ind J Radiol Imag 2002 12:1:91-93
5. Peter H. Edwards, Michelle L. Wrigh and Jodi F. Hartman, MS. A Practical Approach for the Differential Diagnosis of Chronic Leg Pain in the Athlete.
6. Slimmon D, Bennell K, Brukner P, Crossley K, Bell SN. Long-term outcome of fasciotomy with partial fasciectomy for chronic exertional compartment syndrome of the lower leg. Am J Sports Med. 2002 Jul-Aug;30(4):581-8.
7. Qvarfordt P, Christenson JT, Eklof B, Ohlin P, Saltin B. Intramuscular pressure, muscle blood flow, and skeletal muscle metabolism in chronic anterior tibial compartment syndrome. Clin Orthop. 1983 Oct;(179):284-90.
8. Rosfors S, Bygdeman S, Wallensten R. Venous circulation after fasciotomy of the lower leg in man., Clin Physiol. 1988 Apr;8(2):171-80.
9. Ris HB, Furrer M, Stronsky S, Walpoth B, Nachbur B. Four-compartment fasciotomy and venous calf-pump function: long-term results., Surgery. 1993 Jan;113(1):55-8.
10. Bermudez K, Knudson MM, Morabito D, Kessel O. Fasciotomy, chronic venous insufficiency, and the calf muscle pump., Arch Surg. 1998 Dec;133(12):1356-61.
11. Leppek R, Hoos O, Sattler A, Kohle S, Azzam S, Al Haffar I, Keil B, Ricken P, Klose KJ, Alfke H. MR-Imaging of lower leg muscle perfusion, Herz. 2004 Feb;29(1):32-46.
12. Krix M, Weber MA, Krakowski-Roosen H, Huttner HB, Delorme S, Kauczur HU, Hildebrandt W. Assessment of skeletal muscle perfusion using contrast-enhanced ultrasonography., J Ultrasound Med. 2005 Apr;24(4):431-41.
13. van den Brand, JGH et al., The diagnostic Value of Intracompartmental Pressure Measurement, Magnetic Resonance Imaging, and Near Read Spectroscopy in Chronic Exertional Compartment Syndrome., Am J Sports Med, (2005) Vol. 33, No.5, 699-704.
14. L. Randall Mohler, MD, et al.; Tissue Deoxygenation During Exercise in Chronic Compartment Syndrome American Academy of Orthopaedic Surgeons 1996 Annual Meeting - Scientific Program, Paper No. 270
15. Breit GA, Gross JH, Watenpaugh DE, Chance B, Hargens AR., Near-infrared spectroscopy for monitoring of tissue oxygenation of exercising skeletal muscle in a chronic compartment syndrome model., J Bone Joint Surg Am. 1997 Jun;79(6):838-43.
16. Awberry BJ, Sienkiewicz PS, Mankin HJ.: Chronic exercise-induced compartment pressure elevation measured with miniaturized fluid pressure monitor. Am J sports Med. (1988) vol 16, p 610-615.
17. van den Brand JGH et al.: Near Infra-red Spectroscopy in the diagnosis of Chronic Exertional compartmentsyndrome. Am J Sport Med. (2004), 32: 452-456.
18. Moeyersoons JP and Martens, MA.: Chronic compartment Syndrome, diagnosis and management. Acta Orthop Belg (1992) 58, 23-27.

Biomekaniske overvejelser ved underbenssmerter

Af Henning Langberg, fysioterapeut, Ph.D, seniorforsker, Idrætsmedicinsk Forskningsenhed, Bispebjerg Hospital

For at kunne forstå en lang række af de overbelastningstilstande, som giver problemer i underbenet, er det essentielt at have en forståelse af hvordan foden, underbenet og hele underekstremiteten fungerer biomekanisk og hvordan de enkelte dele påvirker hinanden under gang og løb.

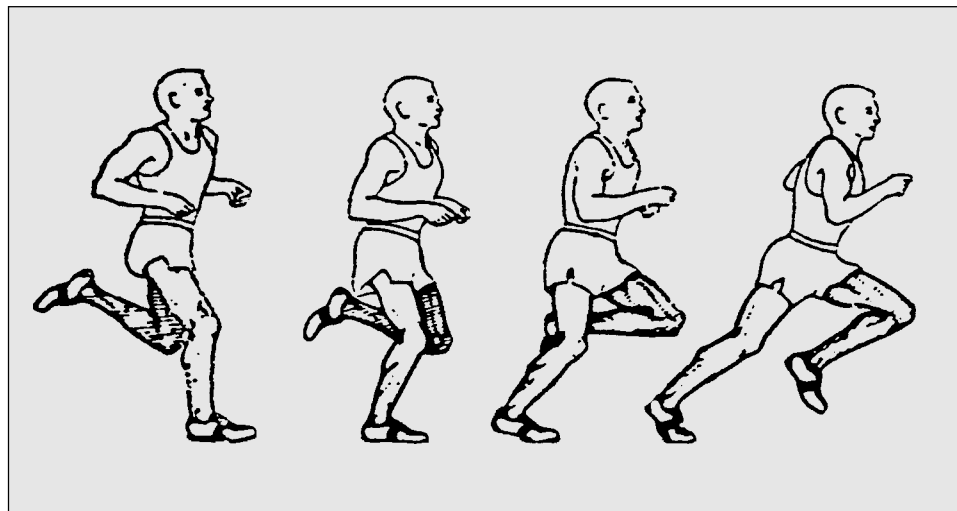
Gangen og løbets biomekanik

Gang såvel som løb kan overordnet inddeles i to faser, svingfasen og standfasen (figur 1).

En af de væsentligste forskelle imellem gang og løb er hastigheden og belastningens størrelse. Således vil mindst en af ekstremiteterne have kontakt med underlaget under gang, mens der i løb forekommer en svævefase. Når hastigheden øges bliver det stød, som opstår i forbindelse med fodens kontakt med underlaget, større samtidig med, at længden af standfasen reduceres. Dette stiller øgede krav til de støddæmpere, som befinder sig mellem underlaget og hjernen.

Standfasen

Standfasen indledes med et fod-isæt. Fod-isættet kan enten foregå med hælen (hællander), med midtfoden eller med forfoden (forfodslander) først. Hvorvidt det er hælen eller forfoden, der først får kontakt med underlaget, afhænger af den hastighed, hvormed man løber (høj hastighed resulterer i tendens til relativt mere forfodsløb), af biomekanikken omkring anklen (fx. kan muskulær eller artrogener begræns-



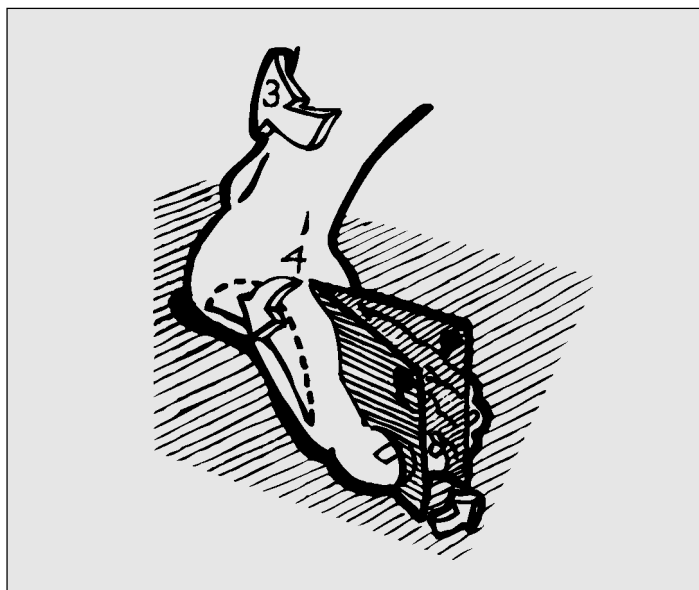
Figur 1. Løbets biomekanik. Overordnet kan løbet inddeles i to faser, svingfasen og standfasen.

ning reducere dorsalfleksionen og give tendens til forfodslanding) eller af underlagets beskaffenhed. I forbindelse med fod-isættet absorberer foden den horisontale kraft og dæmper det stød, som opstår. Dette sker ved at supinere og dorsalflektere foden inden fod-isæt igennem en aktivering af blandt andet m. tibialis anterior. Fod-isættet fortages med calcaneus i let varusstilling og landingen vil ske på lateralsiden af hælen. I denne stilling er leddene mellem talus-os naviculare og calcaneus-os cuboideum (Choparts led) stabile og foden rigid.

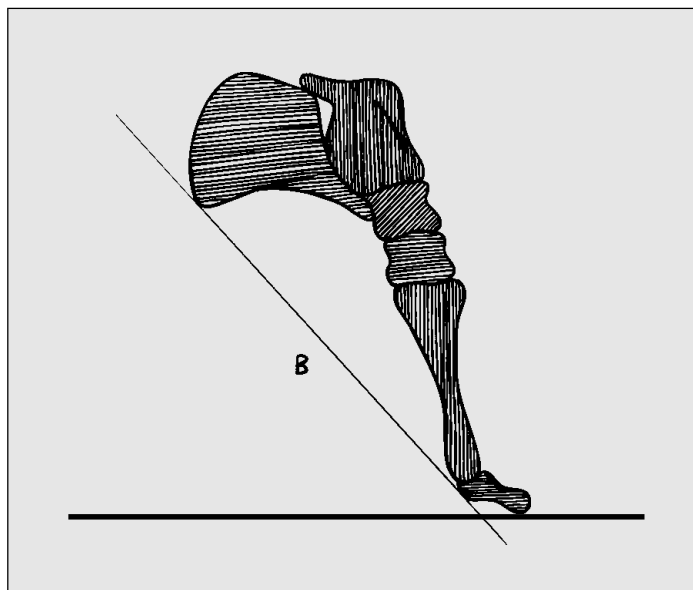
Næste fase af standfasen benævnes midtstand. Her har hele foden kontakt med underlaget og foden starter med

at pronere. Leddene i Choparts led bliver mere eftergivelige (loose-packed), hvilket gør det muligt for foden at tilpasse sig underlaget og samtidig dæmpe det stød, som opstår ved fod-isættet. I forbindelse med pronationen vil calcaneus valgiseres, talus indadrottere på calcaneus (i subtalarleddet), os naviculare droppe og den mediale fodrand aflades (figur 2).

Da talocruralleddet er et hængsleled uden plads til rotation (specielt ikke, når talocruralleddet artikulerer med den forreste brede del af talus, som i forbindelse med midtstand) vil talus's indadrotation på calcaneus tvinge underbenet til at indadrottere (figur 2).



Figur 2. Ved pronation (4) vil calcaneus valgisere, talus rotere, os naviculare droppe og svangen afflades. Da foden er dorsalflekteret, vil underbenet indadroteres.



Figur 3. Ved dorsalfleksion af tæerne vil fascia plantaris opspændes og os naviculare løftes.

I afsætsfasen vil tæerne normalt dorsalflekteres og fascia plantaris opspændes (Windlass effekten, figur 3). Dette re-supinerer foden, omdanner den til en rigid struktur og optimerer kraftoverførslen i forbindelse med afsættet. Samtidig vil opspændingen af fascia plantaris resultere i et løft af os naviculare, en re-rotation af talus og en relativ udadrotation af underbenet. Således roterer underbenet frem og tilbage i forbindelse med standfasen. Det er let at undersøge denne sammenhæng mellem fodens bevægelser og underbenets rotation i stående stilling. Man kan bede patienten om at rotere kroppen og kikke over den ene skulder. Herved vil det ene underben indadrotere og foden pronere, mens underbenet på den anden side vil udadrotere og foden supinere. Ligeledes kan sammenhængen mellem tibia rotation og fodens placering undersøges ved hjælp af videotagelser af personen løbende på løbebånd. Efterhånden som foden pronerer i midtstand er tibia tvunget til at følge talus's bevægelser og indadrotere. I forbindelse med afsæt vil tibia igen ende med at være i neutral stilling. Fodens stilling og bevægelser påvirker ikke kun tibia, men derimod hele underkølelimbets inklusiv hofte og ryg. Derfor kan årsagen til en lang række

sygdomstilstande være relateret til føddernes biomekanik.

Det ovenfor beskrevne er en beskrivelse af den ideale biomekanik og funktionelle anatomi. Imidlertid vil en lang række variationer i form af ændringer i ledstrukturer, leddenes indbyrdes stilling, musklernes indbyrdes balance, eller tidligere sygdomme og traumer påvirke biomekanikken og resultere i ubalance leddene imellem (malalignment). Dette kan føre til overbelastninger af forskellige strukturer.

Skadeepidemiologi

Underbenssmerter er særdeles velkendte blandt sportsudøvere og udgør ca. 10% af alle overbelastningsskader. Incidensen er lavere hos unge atleter end hos ældre. Skader i underbenet omfatter kroniske kompartmentsmerter, tendinitter, medial tibia stresssyndrom, stressfrakturer, periostitis, fasciale defekter, muskulotendinoøse skader (rupturer, partielle rupturer, fibersprængninger), popliteal arterieaflemlings-syndrom, claudicatio intermittens, symptomer forårsaget af vnetrombose, nerve skader. Hos løbere er op mod 20% af alle overbelastningsskader relateret til underbenet.

For at kunne udføre en korrekt behandling er det afgørende at kunne

skelne mellem de forskellige tilstande og kunne stille en korrekt diagnose. Ved diagnosticeringen indgår anamnesen sammen med objektiv undersøgelse med reference til de underliggende anatomiske strukturer. Ofte kan det være en hjælp at anvende scintigrafi, MRI, ultralyd, neurofysiologiske målinger samt målinger af interkompartmentære tryk i hvile og under arbejde. Til vurdering af den biomekaniske "status" i underbenet er det vigtigt at undersøge underbenets stilling, samt hvordan underbenet påvirkes af dorsal/plantar fleksion. Det er min kliniske erfaring at dette kan gøres vha. en række funktionstest.

Endelig vurderes fodtypen ubelastet og belastet, idet pronation/supination af foden påvirker tibias stilling og rotation som ovenfor beskrevet.

Tibiarotation

Tibias rotation vurderes med patienten i stående stilling. Tuberositas tibia's placering i forhold til 2. tå's retning vurderes. Såfremt tuberositas tibia peger i samme retning som 2. tå betegnes tibia som værende i neutral stilling. Det er vigtigt at understrege, at en udadroteret fod kan resultere i at hele benet er udadroteret, således at tibia vil være udadroteret i frontalplanet. Men dette

vil rent funktionelt være af mindre betydning, idet tibia er neutral set i forhold til foden. Hvis tibia findes indad-roteret i forhold til 2. tå vil dette ofte resultere i en hyperpronation af foden ved belastning (se test af dyb knæbøjning) med risiko for overbelastning af strukturer under gang og løb.

Dyb knæbøjning

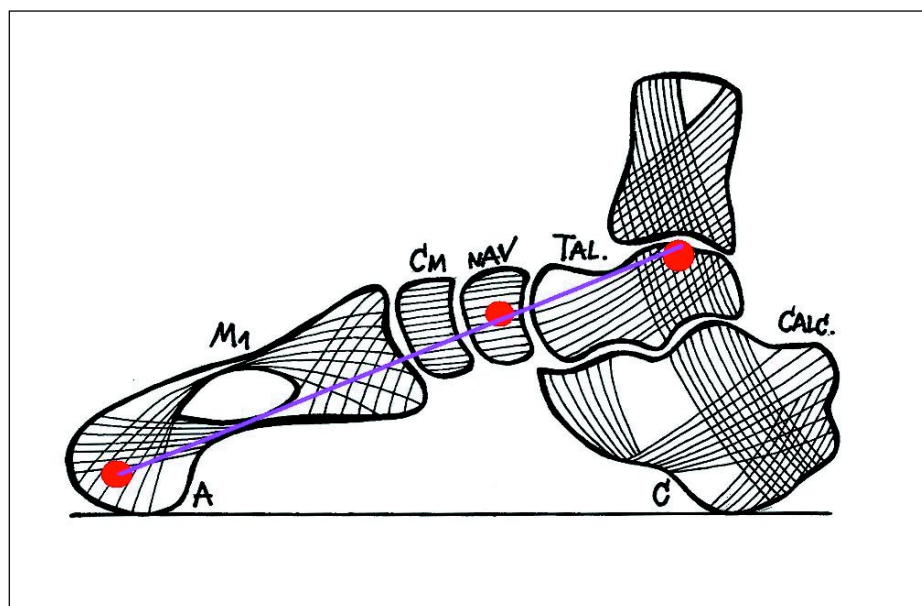
Tendensen til tibiaraotation og pronation vurderes ved at lade patienten stå på et ben. Det er ikke en balancetest, så det er tilladt at holde ved stol eller lignende. Patienten bedes herefter om at bøje til ca. 30 graders fleksion i knæet. Tuberositas placering i forhold til 2. tå vurderes. Hvis tuberositas roterer ind over 1. tå eller medialt derfor, vil foden ofte have tendens til pronation ved belastning. Det er vigtigt efterfølgende at vurdere, om dette er et resultat af en forfodssvarus. Hvis tuberositas tibia peger ud over 2. tå ved knæbøjningen vurderes dette som neutralt, mens hvis tuberositas tibia bevæges over 3. tå eller lateralt derfor, er det ofte forbundet med forøget supination af foden. Fodens stilling kan således påvirke tibias stilling og være medvirkende til overbelastning af en lang række strukturer i underbenet. Ved forøget pronation vil indadrotationen af tibia medføre forøget krav til m. tibialis posterior med risiko for overbelastning i form af shin splint.

For at vurdere effekten af let udtrætning af muskulaturen bedes patienten om at gentage knæbøjningen 5 gange, og det noteres om dette forøger tendensen til medial eller lateral rotation.

Fodstilling

Den bedste måde at vurdere fodens stilling på er ved at optegne Feiss Line (Figur 4). Med en tusch markeres: 1) underkanten af mediale malleol, 2) os naviculare's mest promenerende punkt i mediale fodrand og 3) midtpunktet af caput af 1. metatars.

Med subtalarleddet i neutral stilling vil de tre punkter ligge på linie. I og omkring denne position vil foden fungere optimalt. Det er derfor en god ide at starte enhver undersøgelse med at optegne Feiss Line og vurdere fodens og naviculares stilling i såvel ubelastet



Figur 4. Feiss Line. Linie mellem underkant af mediale malleol, os naviculare og midtpunktet af caput af 1. metatars.

som belastet stilling (stående). De tre punkter i Feiss Line bruges desuden, når et evt. indlæg formes, idet toppunktet af svangen skal være liggende svarende til os naviculare's placering.

Behandling

Behandlingen afhænger i høj grad af diagnosen, men såfremt den biomekaniske undersøgelse har afdækket tilstande som kan være medvirkende til overbelastningen af den enkelte struktur, bør behandlingen også omfatte korrektion af biomekanikken i form af korrekt skovalg, fremstilling af dynamiske indlæg og udspænding/optræning af de relevante strukturer.



Kontaktadresse:

Henning Langberg
Idrætsmedicinsk Forskningsenhed
BBH
2400 København NV
hl02@bbh.hosp.dk

Har du også problemer med behandling af tennisalbuer?



Nyt smertepaster til tennisalbuer

Flector® (diklofenakopolamin) er et nyt receptpligtigt, medicinsk plaster til behandling af tennisalbuer og golfalbuer (epicondylitis) samt forstuvninger. Flector® indeholder diklofenakopolamin, som penetrerer til både led og muskler i 2-3 cm dybde.^{1,2} Og da Flector® kun virker lokalt, er risikoen for systemiske bivirkninger og interaktioner lille.



Forkortet produktinformation – Flector® (diklofenakopolamin)

Lægemiddelform: Medicinsk plaster. **Indikationer:** Lokal symptomatisk behandling af smerte ved epicondylitis og forstuvninger. **Dosering:** Forstuvning: 1 applikation/dag i 3 dage. Epicondylitis: 1 applikation morgen og aften i maks. 14 dage. Må ikke anvendes til børn under 15 år. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for diklofenak, acetylsalicylsyre, andre NSAIDs eller over for de øvrige indholdsstoffer i præparatet. Hudsår, uanset læsionstype: eksudativ dermatitis, eksem, inficerede sår, brændsår eller sår. Graviditet fra og med sjette måned. Aktivt peptisk ulcus. **Forsigtighedsregler:** Flector må ikke komme i kontakt med, eller appliceres på, slimhinder eller øjne. Flector må ikke anvendes som okklusjonsforbindelse. Behandlingen afbrydes med det samme, hvis hududslæt opstår efter applicering. Andre lægemidler, som indeholder diklofenak eller andre NSAIDs, må ikke gives samtidigt med Flector. Forsigtighed hos ældre patienter med nedsat renal-, kardiel- eller leverfunktion, peptisk ulcus, inflammatorisk tarmsygdom eller blødende diatese. Særlig forsigtighed skal udvises ved brug af NSAIDs hos ældre patienter, da denne gruppe har øget risiko for bivirkninger. Bronkospasmer kan forekomme hos patienter, som har, eller tidligere har haft, bronkialastma, allergisk sygdom eller som er allergiske over for acetylsalicylsyre eller andre NSAIDs. Flector skal anvendes med forsigtighed hos patienter med eller uden kronisk astma hos hvem et astma anfald, urticaria, eller akut rinit kan forventes efter indtagelse af aspirin eller andre NSAIDs. **Interaktioner:** Usandsynlige da den systemiske tilførsel er lille. **Graviditet og amning:** Bør ikke anvendes. **Bivirkninger:** Hudreaktioner er de oftest rapporterede bivirkninger: Pruritus, rødme, erythema (i sjældne tilfælde erythema multiforme), udslæt, lokal reaktion på applikationsstedet, allergisk dermatitis. Sandsynligheden for systemiske bivirkninger (f.eks. mave- eller nyrebivirkninger) er meget lille ved lokal administreret diklofenak sammenlignet med bivirkningshyppigheden ved peroralt indgivet diklofenak. **Udlevering:** B. **Pakninger og priser:** 2 plastre: 48,75 kr., 5 plastre 98,15 kr. Priserne er gældende pr. 1. august 2005, inkl. moms, ekskl. recepturgebyr. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** IBSA, Via Emilia Franzione, San Grato, 26900 Lodi, Italien. **Dansk repræsentant:** MEDA AS, Solvang 8, 3450 Allerød, tlf. 44528888. **Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé kan rekvireres hos MEDA AS. Referencer:** 1) Gallacchi G et al. Drugs Exptl Clin Res 1993;3:97-100. 2) Affaitati G et al. Drugs Exptl Clin Res 2001;2:69-76.

Irritation i området omkring achillessenen

Af Henning Langberg, fysioterapeut, Ph.D, seniorforsker, Idrætsmedicinsk Forskningsenhed, Bispebjerg Hospital

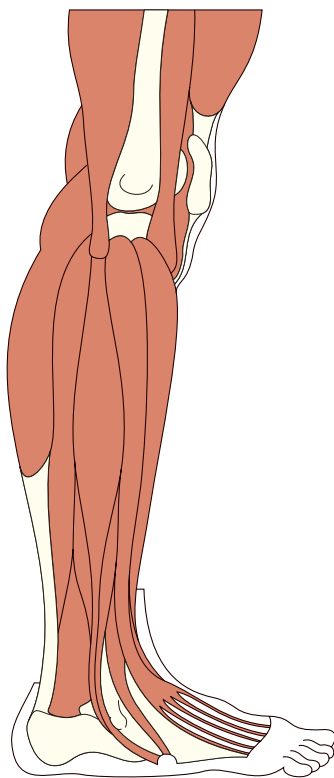
Smerter i området omkring achillessenen er særdeles hyppigt forekomme, specielt blandt langdistanceløbere. Der er en lang række strukturer, der kan være involveret i smertesyndrom i dette område, hvoraf selve achillessenen er det hyppigste sted. Alt efter symptomernes karakter og årsag benævnes tilstandene for tendinose (degeneration i senen), tendinitis (inflammation i senen), peritendinitis (inflammation i peritendon) og bursitis retrocalcanei samt blandingstilstande.

Anatomi

Achillessenen er kroppens stærkeste sene og kan trods et tværsnitsareal på blot 2-3 cm tåle en belastning på over 500 kg. Achillessenen tjener som insertion for den bageste lægmuskulatur (m. triceps surae) på calcaneus. Achillessenen "fortsætter" igennem calcaneus over i fascia plantaris. Achillessenen er beklædt af en løs membran (peritendon), som sikrer at achillessenen kan bevæges gnidningsløst i vævet, ligesom de kar, der forsyner den midterste del af achillessenen med blod, løber i denne membran.

Symptomer

Den alvorligste skade i området er den akutte achillesseneruptur, der resulterer i pludselig og kraftig smerte og manglende evne til at vægtbære på det afficerede ben. Ved en overbelastningsskade af achillessenen - tendinopati - vil smerten derimod ofte komme lang-



somt, som et resultat af store træningsmængder, øgning i træningsintensiteten eller uden klart defineret årsag. Overbelastningstilstande benævnes ofte achillessenebetændelse selvom der ofte ikke er betændelse (inflammation) tilstede. Achillessene tendinopati er derfor en mere dækkende betegnelse for smertetilstande i achillessenen. Den hyppigste differentialdiagnose ved tiltagende smerter i achillesseneregionen er irritation i de omkringliggende

strukturer. Der findes således to slimsække i området, bursa retrocalcaneus, som ligger mellem calcaneus bagerste flade og achillessenens insertion på calcaneus, og bursa achilles som er beliggende mellem insertionen af achillessenen og huden.

Inflammation af en af de to slimsække kan forekomme alene eller i kombination med irritationstilstande i achillessenen. Tilstande i disse to slimsækker vil blive nærmere omtalt i afsnittet "Bursitis". Irritation i området omkring achillessenen kan også være forårsaget af impingement af den bageste del af talus eller af os trigonum (anatomiske variant) mod achillessenen (benævnes "bageste impingement"). Denne afklemning ses hos balletdansere eller sprintere/fodboldspillere i forbindelse med plantar fleksion af foden. Endelig kan smerter i området hos voksne opstå som en følge af Sever's sygdom, der er defineret som en traktions-apofysitis af achillessenens insertion på calcaneus. I sjældne tilfælde kan smerterne i området være forårsaget af referred pain.

Achillessenetendinopati og -peritendinopati

Achillesseneproblemer skyldes ofte overbelastning gennem længere tid. Ved en overbelastningsrelateret tendinopati vil atleten opleve tiltagende smerter, som typisk er værst om morgenen (morgenstivhed) eller efter længere tids inaktivitet. Smerterne aftager

efter opvarmning, for blot at forværres efter idrætsaktiviteten. Smerterne i og omkring achillessenen vil ofte sidde svarende til senens insertion på calcaneus eller 3-6 cm oppe i selve achillessenen.

Etiologi

Det midterste område af achillessenen er dårligst ernæret, og dette menes at være en af årsagerne til de hyppige degenerative forandringer (tendinoser), som ses i området 3-6 cm over insertionen. Hvis hælkappen på skoene samtidig trykker ind på achillessenen - specielt ved plantarfleksion af foden (afsæt) - kan dette kompromittere blodtilførslen yderligere og dermed disponere for en irritationstilstand lokalt i senen. En anden årsag kunne være manglende opheling af smårupturer i senen. En tendinose er ofte forudgået af inflammation af senevævet - tendinitis - men kan trods dette være symptomløs gennem længere tid for så pludselig at give problemer. En total ruptur er ofte resultatet af en tendinose med det resultat, at styrken i vævet nedsættes.

Undersøgelse

Som ovenfor beskrevet vil anamnesen, og specielt smertens opståen og natur, give værdifulde informationer om skadens karakter og involverede strukturer. Det er vigtigt at undersøge for disponerende faktorer såsom hyperpronation, hypopronation og mekanisk tryk af sko på achillessenen. Af andre prædisponerende faktorer kan nævnes: forøgelse af belastning (antal km, hastighed, bakkeløb, plyometrisk træning, mange hop), hyppigere træningsseancer, ændringer i underlag, dårligt fodtøj (høj hælkappe, stiv sål), stramhed i achillessenen, nedsat ledbevægelighed (dorsalfleksion). Det er i hvert enkelt tilfælde vigtigt at undersøge for disponerende faktorer, idet behandlingen af disse skal sikre patienten mod recidiv.

Undersøgelsen bør desuden indeholde en grundig palpation af vævet. Hvis smerten er relateret til achillesse-
nestrukturen er det afgørende at bestemme, hvorvidt irritationen sidder i selve achillessenen, eller om den er relateret til den omkringliggende sene-skede (peritendiet). Klinisk finder man

således ved irritation i selve senen en fortykkelse og ømhed, som flytter sig svarende til senen under dorsal-/plantarfleksion af foden, hvorimod ømheden ved en peritendinitis ikke "flytter sig" under passiv dorsal-/plantarfleksion. Ved peritendinitis findes desuden mindre udtalt fortykkelse ofte i kombination med krepitation.

Røntgen vil normalt ikke bidrage med information, men ved langvarige kroniske achillessenesymptomer kan det være indiceret at udelukke, at tilstanden er associeret med en Haglund's deformitet (prominerende tilvækst af calcaneus posterior mod achillessenen). Hvis dette er tilfældet, kan fortsat udstrækning af m. triceps surae og achillessenen resultere i, at senen irriteres af deformiteten og irritationstilstanden vedligeholdes. I nogle tilfælde kan det være påkrævet at fjerne tilvæksten operativt.

Såvel ultralyd som MRI vil ofte afsløre vævsforandringer svarende til det symptomgivende område, og det er ofte muligt at skelne mellem tilstande som tendinose, paratendinose og partiel ruptur. Det anbefales imidlertid, at ultralydsundersøgelse kun anvendes som en del af en samlet evaluering af patienter med længerevarende achilles-senesmerter, og at vægten lægges mest på anamnesen og den objektive undersøgelse.

Behandling

I det tidlige stadium bør achillesseneirritationer forsøges afhjulpes efter RICE-princippet i et forsøg på at dæmpe en eventuel inflammation, ligesom det er

essentielt at fjerne de prædisponerende faktorer og reducere de udløsende aktiviteter. Ofte henvender patienten sig imidlertid først på det tidspunkt, hvor tilstanden er blevet kronisk (symptomer i mere end 3 måneder). Behandlingen af den kroniske irritationstilstand i eller omkring achillessenen vil ofte være langvarig (strække sig over måneder) og bestå i fjernelse af de prædisponerende faktorer og genoptræning af vævet. Brug af NSAID er kontroversiel og ofte uden effekt.

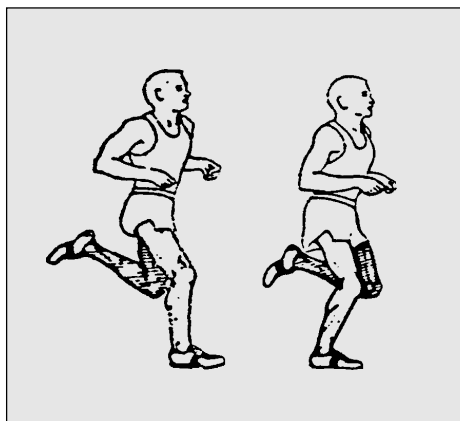
Korrektion af prædisponerende faktorer

Stramhed af m. triceps surae og achillessenen er som nævnt en prædisponerende faktor for udvikling af achillesseneirritation. Hvis der konstateres stramhed, bør vævet udspændes af patienten dagligt for at nedsætte belastningen i senen. Udspændingen af muskel-sene-komplekset kan kombineres med tværmassage hos fysioterapeut af de irriterede strukturer i et forsøg på at bryde eventuelle adhæranter i vævet. Da achillessenen udsættes for et lille "piskesmæld" i forbindelse med pronationen fra *fod-isæt* til *midtstand* (se figur) i hvert skridt, omtales hyperpronation ofte som en vigtig prædisponerende faktor til achillesseneirritation.

Derfor bør en eventuel fejlstilling i foden korrigeres ved hjælp af sko med antipronationsegenskaber, en dynamisk indlægssål med svangstøtte og eventuel forfodskorrektion samt specifik ledbehandling såfremt dette er påkrævet. Hvis hælkappen findes at trykke på achillessenen, når foden plantarflekteres maksimalt, bør hælkappen klippes op eller en sko med lavere hælkappe anvendes. Sko med stive såler forlænger belastningen på achillessenen og bør derfor undgås.

Excentrisk genoptræning

Der er forskningsstudier, der tyder på at excentrisk træning (kontraktion af musklen under samtidig forlængelse) har god effekt på kroniske irritationstilstande i senevæv, herunder af selve achillessenen (ej ved smerter der sidder svarende til selve tilhæftningen af achillessenen på hælbenet). Den excentriske træning består i at stå på et trappetrin og langsomt sænke hælen



Løbefasens fodisæt - midtstand

ned indtil achillessene er fuldstændig udspændt (se program sidst i artiklen).

Øvelsen bør gennemføres med såvel strakt knæ (hele m. triceps surae belastes), og udføres som 3x15 repetitioner, to gange om dagen, hver dag i 12 uger. Det er tilladt for patienten at have smerter under udførelsen af programmet, men smerten bør ikke intensiveres efter ophør med træningen. Når et niveau kan udføres uden smerter, øges belastningen. Efter træning bør vævet køles ned med is. Hvorvidt koncentrisk træning har samme effekt vides ikke.

Tilbagevenden til aktivitet

Efterhånden som symptomerne forsvinder trappes aktivitetsniveauet op. Dynamiske indlægssåler kan anvendes for at reducere belastningen af senen. Tiltagende jogging er tilladt, såfremt dette ikke fremprovokerer smerter eller symptomer under eller efter aktivitet. Efterhånden kan distancen øges og senere kan hastigheden sættes op. Retningsændringer, bakkeløb og sprint bør langsomt introduceres.

Manglende effekt af konservativ behandling

I tilfælde af langsom eller manglende effekt af konservativ behandling bør det undersøges, om der er tale om en partiel ruptur af vævet, idet vævet i dette tilfælde vil kræve længere aflastning inden respons. Operation kan komme på tale, hvis der trods velgennemført konservativ behandling ikke sker reduktion i symptomerne. Det er imidlertid vigtigt at væbne sig med tålmodighed i forbindelse med behandling af kroniske achillesseneskader. Operation er således først aktuel, hvis tilstanden er uændret efter minimum 6 måneders konservativ behandling. Operation består i fjernelse af adhæsioner og kalcificeret arvæv samt reparation af partielle rupturer. Operation bør følges op af et rehabiliteringsprogram som ovenfor beskrevet.

Achillesseneruptur

Den hyppigste årsag til total achillesseneruptur i Danmark er ketsjersport. Patienterne angiver, at de pludselig følte det, som om de fik et spark eller blev

trådt i hælen, ofte ledsaget af et smæld. Som regel er der ophør af funktion og patienten er ude af stand til at støtte på benet, om end nogle patienter udviser overraskende god funktion af benet. Ved ultralydsundersøgelse eller Thompson's test findes strukturerne overrevne med palpabelt hul i senen.

Selve behandlingen af de akut rumperede achillessener er kontroversiel. De fleste opereres og gipses med godt resultat, om end der ses en del komplikationer. Konservativ behandling bestående af gipsning kan kun anbefales hos ældre patienter, men også her ses komplikationer i form af forlængelse af vævet og re-rupturer.

Bursitis

En vigtig differentialdiagnose til achillesseneirritation er inflammation i den retrocalcaneale bursa. Bursaen kan komme i klemme mellem achillessenen og calcaneus, specielt hvis calcaneus har en posterior tilvækst (Haglund's deformitet). Klinisk skelnes tilstanden bedst fra irritation af selve senen ved hjælp af ultralyd, hvor der ses en afgrænset væskefyldt struktur svarende til bursaen.

Behandlingen består i fjernelse af prædisponerende faktorer, som omtalt under achillesseneirritationen samt farmakologisk behandling af inflammationen med NSAID eller en corticosteroid-injektion i den inflammatoriske bursa (lægges bedst ultralydsvejledt). Efter en injektion med corticosteroid er det vigtigt at informere patienten om at aflaste vævet i mindst 3 døgn for at undgå overbelastning af vævet. I tilfælde af Haglund's deformitet kan denne eventuelt fjernes operativt.

Posterior impingement

Der kan forekomme posterior impingement mellem det posteriore aspekt af tibia og talus som et resultat af posterior tilvækst på talus eller tilstedeværelsen af en os trigonum (ses hos 10% af befolkningen). Disse anatomiske tilstande kan give impingement af vævet og udløser smerter i forbindelse med maksimal plantarfleksion af foden (balletdansere, gymnaster eller fodboldspillere). Diagnosen stilles med overpres i plantar retning med foden i mak-

simal plantarflekteret stilling. Behandlingen består i aflastning, manuel ledbehandling af eventuelle låsninger og ændring i teknik. Behandlingen kan suppleres med corticosteroid-injektion fra lateralsiden af anklen i et forsøg på at dæmpe inflammation og fjerne evt. ødem. Ofte er operativ behandling imidlertid påkrævet.



Kontaktadresse:

Henning Langberg
Idrætsmedicinsk Forskningsenhed,
BBH
2400 København NV
hl02@bbh.hosp.dk

Excentrisk træning ved kroniske achillessenesmerter

Ved kroniske senesmerter kan smerterne mindskes ved regelmæssig styrketræning af senen under samtidig forlængelse (excentrisk træning).

Træningen går ud på at bevæge foden fra at stå på tæer til maksimal udstrækning af achillessenen. Dette gøres bedst ved at stå med hælen ud over et trin eller lignende, således at den fulde vægt er på forfoden. Følgende øvelser foretages:

Øvelser:

1. Stå med strakte samlede ben med vægten på forfoden på et trin eller lignende.
2. Løft hælene op til strakt position (så du står på tæer) (billede 1).
3. Den fulde vægt lægges nu over på det skadede ben (billede 2). Sænk langsomt hælen så langt ned som muligt indtil du mærker et stræk i senen (billede 3).
4. Læg vægten tilbage på det raske ben mens hælene løftes tilbage til strakt position (billede 1).
5. Øvelsen gentages med 10-15 repetitioner 3 x. Herefter gentages hele øvelsen med benet bøjet (billede 4).
6. Træningen udføres 1-2 gange om dagen 7 dage om ugen i 12 uger.
7. Start med at træne uden belastning. Efterhånden som smerterne forsvinder øges belastningen gradvist ved at lægge vægt i en rygsæk (ca. 5 kg ad gangen).

Det er vigtigt at øvelserne udføres langsomt således, at du kan mærke, at achillessenen strækkes ud. I de første 4 uger kan smerten under øvelserne blive forværret. Dette er i orden. Smerterne må imidlertid ikke være forøget efter træningen eller næste morgen. Hvis det er tilfældet, skal du nedsætte belastningen ved at reducere antallet af repetitioner. Når ømheden mindskes, øges belastningen ved at lægge vægt i en rygsæk (ca. 5 kg ad gangen). Forværres smerterne, er det tegn på, at du er gået for hurtigt frem. Hvis dette er tilfældet, er det vigtigt at du ændrer dit træningsprogram.



Bilateral stressfractur – en kasuistik

Af Svend Erik Charistiansen, overlæge, Idrætsklinikken, Ortopædkirurgisk afdeling, Århus Sygehus, lægekonsulent ved Team Danmarks Idrætsmedicinske Klinik i Århus

Patienten

Superelite håndboldspiller (kvinde, 28 år) med mange timers spil om ugen, foruden styrketræning og løbetræning, henvises i slutningen af forårssæsonen med smerter og gener fra venstre skinneben. Smerterne forhindrer hende i at springe igennem, ligesom der er smerter ved acceleration/ retningsskift. Hun har tidligere haft træthedsbrud i højre skinneben, hvor der efterfølgende har været en fortykkelse af skinnebenet. Men hun har aldrig gennemgået specifik behandling herfor.

Objektive fund

Objektivt findes på højre crus, lidt distalt for midten af skinnebenet, en let

prominens af knoglen. Minimal ømhed. Ingen markant ømhed over margo medialis tibia. Ingen muskulære symptomer eller ømhed. Neurovasculær intakt.

På aktuelle venstre crus findes en fortykkelse ca. 20 cm over ankelledet. Der er distinkt ømhed på et ret velafgrænset område, hvor knoglen er lidt fortykket og prominere.

Røntgen af venstre crus viser svært fortykket corticalis og forsnævring af marvkanalen. Yderligere ses prominens af margo anterior med lille fissurlinie i forreste corticalis.

Røntgen af højre skinneben viser et lignende billede.

Knoglescintigrafi viser voldsom aktivitet i venstre crus samt mindre aktivitet i højre crus.

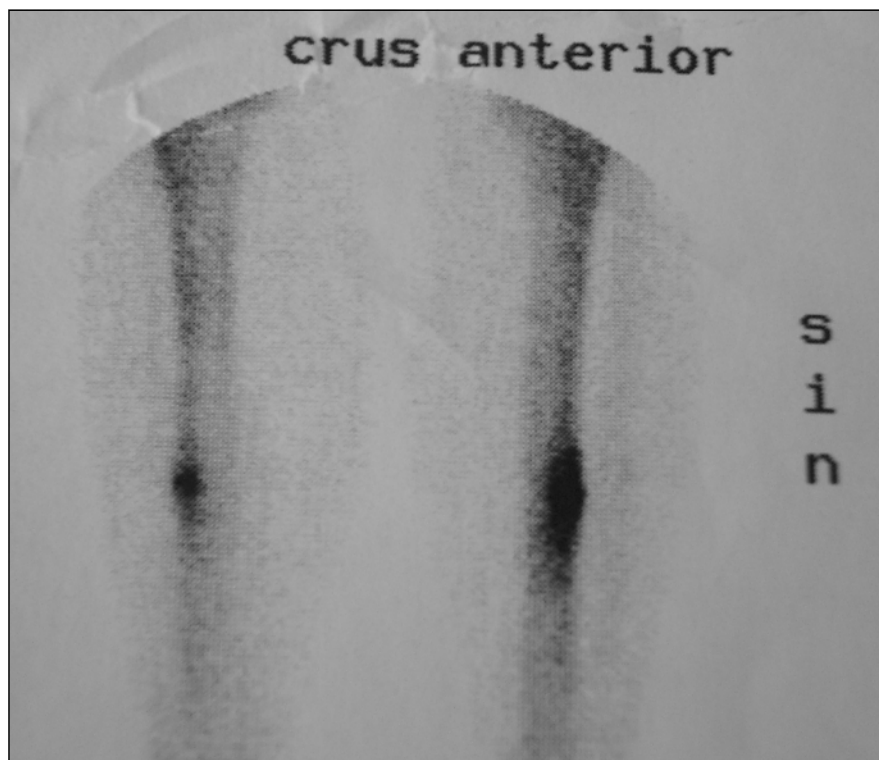
Konklusion: Dobbelt-sidedig stressfractur i corpus tibia. Corticalisfortykkelsen indikerer at der er tale om en "kronisk stressfractur".

Fortsætter med at spille

Patienten anbefales total aflastning, men afstår herfra på grund af kommende - vigtige - turneringskampe. Der planlægges derfor ændret træningsmønster, løbestilsanalyse samt justering af sko mv. En måned senere er der uforandrede symptomer, men turneringen er nu slut, og der aftales 3



Røntgen af venstre crus



Knoglescintigrafi af begge underben

måneders aflastning indenfor smertegrænsen.

Ved start på efterårsturneringen trænes der meget reduceret og ved sidste kontrol i november samme år var tilstanden bedret betydeligt. Dog med diskrete symptomer ved voldsom acceleration.

Behandling af stressfractur i tibia

Ved stressfractur i tibia findes typisk symptomer i form af smerte lokaliseret til forkanten af skinnebenet. Smerterne forværres under og efter løb / aktivitet. I svære tilfælde er der også hvilesmerter. Objektivt er der lokaliseret ømhed ved palpation, eventuelt periosteal fortykkelse.

Diagnosen stilles som ovenfor med røntgen og knoglescintigrafi. Hyppigste differentialdiagnose er shin splint.

Behandlingen af stressfractur er normalt 4 til 8 ugers pause fra aktiviteter som udløser smerte. Det betyder ikke, at den aktive ikke kan træne alternativt (f.eks. cykling, svømning, løb i vand etc.). Er der smerter ved denne træning reduceres træningsintensiteten yderligere, eller der skiftes til mindre belastende aktivitet.

Specielt for stressfractur i tibias midterste 1/3 er, at helingen er dårlig. Og der er beskrevet tilfælde hvor fracturen bliver til en total tværfractur. Behandling af stressfractur i tibia kan i svære tilfælde være ikke-vægtbærende bandage i flere måneder eller alternativt en operation med indsættelse af marv-søm.

Kontakt:

Overlæge Svend Erik Christiansen
Idrætssklinikken, Århus Sygehus THG
Tage Hansens Gade 2
8000 Århus C

Referencer:

1. Knapp TP, Garrett WE Jr. Stress fractures: general concepts. Clin Sports Med 1997;16(2):339-56.
2. Brukner P, Bradshaw C, Bennell K. Managing common stress fractures: let risk level guide management. Phys Sports Med 1998;26(8):39-47.
3. Beck BR. Tibial stress injuries: an aetiological review for the purposes of guiding management. Sports Med 1998;26(4):265-79.

9. kursus i musculoskeletal ultralyd

Kurset er godkendt af DUDS (Dansk Ultralyddiagnostisk Selskab) og giver 12 CME point. Desuden 1 års gratis medlemskab af DUDS for ikke-medlemmer.



- Tid:** 6. - 7. februar 2006
- Sted:** Skejby Sygehus, Auditorium B
- Målgruppe:** Radiologer, reumatologer, ortopædkirurger og eventuelt andre med interesse for musculoskeletale lidelser. Der kræves ingen forhåndsviden inden for musculoskeletal ultralyd.
- Indhold:** Almen basal viden om musculoskeletal ultralyd, herunder anatomi, fysik, teknik etc. Musculoskeletale skader (idrætsskader), reumatologi, bløddelstumorer, ultralydvejledt intervention og Doppler af sener. Demonstration (inkl. "Hands on") af undersøgelsesteknikker og interventionsmetoder (ultralydvejledte aspirationer / injektioner).
- Undervisere:** Overlæge Lars Bolvig, Røntgenafdelingen, Universitetshospitalet Århus Amtssygehus, overlæge Ulrich Fredberg, Medicinsk afdeling, Silkeborg Centralsygehus, overlæge Ole Schifter Rasmussen, Røntgenafdelingen, Randers Centralsygehus, overlæge Svend Erik Christiansen, Ortopædkirurgisk afdeling E, Århus Sygehus, THG.
- Kursusledelse:** Overlægerne Lars Bolvig, Ulrich Fredberg og Ole Schifter Rasmussen.
- Pris:** Kr. 2.900,00. Prisen dækker kursusdeltagelse samt kaffe og foræring under mødet. Deltagerne sørger selv for overnatning.
- Tilmelding:** Skriftligt pr. e-mail: heidi.bjerre@santax.net eller fax 7013 3022
Program om emner og forelæsere kan rekvireres ved kursussekretæren.
- Frist:** 11. januar 2006 - Begrænset deltagerantal.

Coaching

Af Flemming Videriksen, coach og ledelsesrådgiver, Mastercoaching

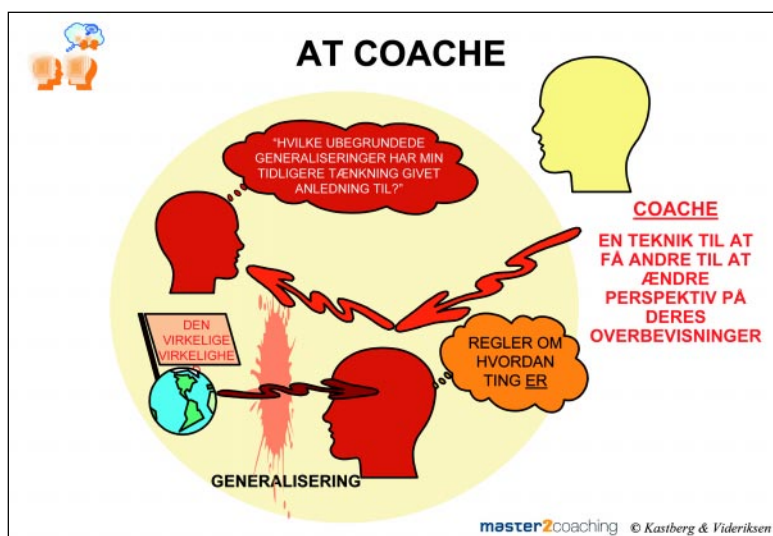
Den voksende professionalisering af sporten betyder nye måder at arbejde, træne og behandle på. Man skal besidde evnen til at virkeliggøre menneskers fulde potentiale. Både når det gælder den enkelte udøver og teamet. Det kræver kompetencer, der understøtter udviklingen af en kultur, der baserer sig på viljen til og ønsket om toppræstationer.

Mange ledere, trænere og behandlere i idrætten har ofte spurgt sig selv: Har jeg egentlig evnerne til at frigøre idrætsudøverens fulde potentiale? Men de færreste er gået så vidt som at svare på spørgsmålet. Coaching er et værktøj, der kan hjælpe med at finde svaret.

Hvad er coaching

Coaching er et værktøj, der synligt kan være med til at fremme en udviklingsproces. Med evnen til at coache kan du udvikle frie, fokuserede, balancerede og motiverede idrætsudøvere, der ønsker at være med til at skabe positive resultater.

Coaching øger udøverens selvindsigt, og giver dermed mulighed for at han eller hun kan bruge sin kreativitet, tage ansvar og handle målrettet. Essen i et coacharbejde er evnen til at stille konstruktive og åbne spørgsmål til den som modtager coaching.



Vi skal give det enkelte menneske mulighed for at bruge så meget som muligt af de kæmperessourcer, de har gemt i deres hjerne og hjerte. Og den eneste måde, vi kan gøre det på, er ved at skabe rum gennem vores ledelsesstil. Give dem lyst til det. Få dem til at længe. Få dem til at ville. Få dem til at ønske at gøre det.

Det er hvad coaching egentlig drejer sig om.

Overbevisninger bag coaching

Den grundlæggende overbevisning bag coaching er, at den som har problemet eller udfordringen også selv har

kimen til løsningen. Coachens opgave er at hjælpe med at finde de gemte ressourcer frem gennem større selvindsigt og systematisk arbejde med at finde nye løsningsmuligheder. Gennem coachingen klarlægges viljen og modet til at få tingene til at ske.

Vi skal vurdere folk ud fra deres fremtidige potentiale, ikke deres tidligere præstationer. En coach anerkender, at en indre forhindring ofte er vanskeligere at overkomme end de ydre. Coaching er at "låse op" for et menneskes potentiale til at maksimere sine præstationer.

"Vi kan købe folks hænder – for dem kan vi se. Vi kan købe folks fødder – for dem kan vi også se. Men vi kan aldrig købe folks hjerner – dem må vi vinde!"

"En præstation er en demonstration af dygtighed. Virkelige præstationer rækker udover hvad der forventes. At præstere er at sætte sin egen højeste standard og er et udtryk for ens potentiale"

Coachee: Er den internationale betegnelse for en person som modtager coaching af en coach

Sokrates, Gallwey og Whitmore

At sige at Sokrates var den første coach ville nok være at tage munden for fuld. Men Sokrates viste os for alvor styrken og effekten ved at stille spørgsmål. Han havde set pointerne i at de rigtige spørgsmål kunne fremme den enkeltes evne til at reflektere, begrebsbestemme og ikke mindst åbne for erkendelse og selvindsigt.

Siden har vi set anvendelse af såkaldte "sokratiske metoder" i erhvervslivet. Først i 70'erne præsenterede Timothy Gallwey nogle af de første praktisk brugbare coaching-teknikker gennem sit arbejde med bl.a. tennis. Teknikkerne blev præsenteret i en række bøger under titlen "Innergame of Tennis", "Innergame of Business" og "Innergame of Golf" senere efterfulgt af bøger om skiløb, musik etc.. Gallwey's arbejde var og er et opgør med mange træners psykologiske forståelse af dem selv som den alvidende løsning og udøveren som den, der blot skal tankes med de rette instrukser. Gallwey tror på en mere optimistisk model af mennesket som siger, at vi er mere som agern, der i sig selv har hele potentialet til at blive et stort egetræ. Vi har brug for næring, opmuntring og lys for at få potentialet til at spire og vokse.

Disse tanker og modeller har coachingens grand old man, John Whitmore, beskrevet i bogen "Coaching for performance" som findes i en dansk oversættelse "Coaching på jobbet". Whitmore har for alvor gjort coaching tilgængelig, og hans bog er et læseligt og et praktisk anvendeligt opslagsværk. Den kan anbefales som en god introduktion og findes i dag på mere end 20 sprog.

Coaching er et ekstra redskab

Meget af den forventede og accepterede leder-adfærd indeholder stadig mange "dårligheder" i form af auto-

Coaching kan anvendes i mange sammenhænge, f.eks. i forbindelse med:

- Motivering
- Udviklingssamtaler og bedømmelser
- Præstationskriser
- Delegering
- Udvikling af teknik
- Problemløsning
- Maksimering af præstationer
- Skader
- Mentale blokeringer
- Teambuilding
- Træning af taktiske færdigheder

ritær og begrænsende pædagogik. Og de traditionelle træningsmetoder er ofte alene baseret på instruktion, som i værste fald fører til mindre selvværd hos de aktive.

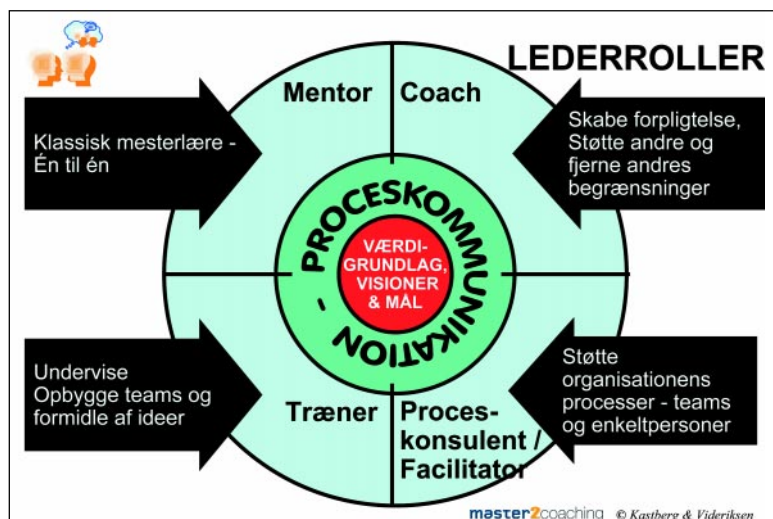
Behovet for en mentorrolle anerkendes dog sammen med dens begrænsninger. Tænk bare på Odysseus, da han bad sin ven Mentor om at tage sig at uddannelsen af sin søn Telemachos, mens han selv var på rejse. Han sagde til Mentor: "Fortæl min søn alt hvad du ved". Hermed begrænsede han sønnens muligheder for udvikling til Mentors viden.

Jeg mener, at en fremsynet behandler eller træner skal beherske mindst fire roller:

- *Mentor* - klassisk mesterlære (én til én)
- *Træner* - undervise, opbygge teams og formidle ideer
- *Facilitator* - støtte processer for teams og enkeltpersoner
- *Coach* - skabe forpligtelse, lære andre at lære selv og fjerne begrænsninger

Coaching er en ledelsesstil, som ligger i den modsatte ende af skalaen i forhold til at lede gennem ordrer og kontrol.

Den underliggende intention bag enhver coach-interaktion er at opbygge aktørens tro på sig selv. For at opbygge selvtillid har udøveren brug for at vide, at succes er resultatet af deres egne bestræbelser. Træneren skal vise tillid til



evner. Støtte, opmuntre og give rum til egne valg. Idrætsudøveren skal behandles med ligeværdighed, også selv om de har lavere status. Man skal ikke tale ned til dem, instruere dem, ignorere dem, beskyldte dem, true dem eller rakke ned på det de siger eller gør.

Hvad er en coach?

En dygtig coach kommer aldrig med en løsning, hele nøglen i coaching er at stille spørgsmål.

Sokrates sagde for 2000 år siden, at han udmærkede sig ved ikke at vide noget – bortset fra det at vide, at han ikke vidste noget. Det er også coachens udgangspunkt.

En coach er en person, der kan hjælpe et menneske eller et team med at finde de uanede og skjulte ressourcer frem, og dermed hjælpe til at nå de ønskede mål og resultater. En coach hjælper mennesker til at lære at lære, frem for at undervise eller instruere dem.

Coaching er et effektivt håndværk, som kan læres af de fleste. Styrken i coaching er dens dybde og effekt, og evnen til at virke som den nøgle til

psyken, vi så ofte ikke kan finde, når den blokerer for præstationer. At arbejde som coach kræver empati og en forståelse for menneskets psykologi, men disciplinen og dens teknikker kan praktiseres seriøst uden en eksamen i psykologi, præcis som andre redskaber inden for pædagogik og ledelse.

Det sværeste er faktisk ikke at lære coaching – men at lade være med at præsentere løsninger.

Coaching og idrætsmedicinsk behandling

Hvor tit har du ikke som behandler på bedste mentorvis fortalt udøveren, hvilke ting han eller hun skal gøre for at blive skaden kvit? Og hvor tit har du ikke på bedste trænermanér vist, hvilke øvelser der er gode og hvordan de skal gennemføres?

Og hvor tit har du oplevet, at udøveren ikke påtager sig nogen form for ansvar over for skaden og behandlingen, eller ikke "hører", hvad du siger? Og hvor tit mødes du ikke med forventningen om, at "det fikser fysioterapeuten" eller "det klarer lægen". Og hvor

tit har du ikke oplevet en udøver som har begrænset bevidsthed om sin egen fysiske tilstand?

Coaching er på ingen måde alene løsningen på alle disse spørgsmål. Men det kan diskuteres, om coaching ikke kan anvendes som et effektivt kommunikationsredskab i idrætsmedicin. Kunne coaching af udøveren ikke i højere grad engagere og bevidstgøre den skadede udøver om sin situation og muligheder, så udøveren også selv kunne tage sin del af ansvaret for et succesfyldt behandlingsforløb?



Kontaktadresse:

Flemming Videriksen
Mail: flemming@mastercoaching.dk



Tænk det – og gør det!

Af Flemming Videriksen, coach og ledelsesrådgiver

Ting sker fordi vi får dem til at ske, og ikke kun fordi vi ønsker, de skal ske. Og hvis den eneste succes for idrætsudøveren er sejr, er vedkommende tæt på at vælge en blind vej. Kan udøveren derimod også finde succes qua sin egen udvikling, tegner der sig helt nye muligheder. Gennem coaching kan udøveren blandt andet lære at bruge gabet mellem en vision og en god præstation til en kraftfuld udvikling.

Selvtillid

Troen på sig selv er afgørende for enhver udøver inden for elitesporten. Driften efter perfektion er en kraftfuld motivation og energikilde, hvis udøveren er i stand til at styre den og ikke lader sig overmande af egne og andres forventninger. For der er ikke noget som fokus på fejl, der kan ødelægge selvtilliden og underminere selvværdet.

Selvtillid er nøglen til at frigøre potentiale, og derfor er det afgørende med en stribe succeser. Intet fremmer succes som succes. Dette skal forstås af såvel idrætsudøver som coach. Desuden er det afgørende at coachen sikrer, at udøveren opnår optimal bevidsthed om sin situation og forpligtigelse til at handle og komme alle forhindringer i forkøbet.

Målsætning

For at sikre udøverens mulighed for succes, arbejdes der både med mål in-

denfor områder, hvor udøveren har kontrol, og med mål med hensyn til resultater. Med andre ord bliver succes i nogen grad lig med udvikling. I forbindelse med coaching opdeles præstationsmålene typisk i 3 grupper:

- Kortsigtede præstationsmål i forbindelse med træning og kamp.
- Udviklings mål med fokus på taktiske, tekniske, fysiske og mentale kvalifikationer
- Langsigtede mål, som handler om at finde mening og personlig retning

Dette arbejde giver idrætsudøveren mulighed for fokus og retning for læring. En række succeser kan høstes inden for udøverens egen kontrol, samtidig med at vedkommende i stigende grad bliver dygtigere.

Intern eller ekstern coaching

Det vil være en klar fordel for mange udøvere, at flere trænere behersker grundlæggende coachingteknikker og kan bruge dem til coaching internt i et team. Men mange udøvere kan have endnu større gavn af en ekstern coach, som ikke har andre dagsordener end den dagsorden, udøveren sætter. En ekstern coach kan være nemmere at henvende sig til for at få hjælp, fordi usikkerhed omkring tillid ofte gør, at det kan være svært at henvende sig til træneren med spørgsmål, der vedrører personlige forhold eller har fokus på

de andre teammedlemmer. Det giver tryghed at konsultere en udenforstående person, som ikke er involveret i udtagelser eller resultatkrav. En uafhængig coach kan reflektere ideer, fremkalde løsninger og støtte deres implementering på en måde, som er specifik for de involverede.

Præstation

Nøglen til at løse mange idrætsudøvers frustrationer handler ofte om, at udøveren bliver afklaret omkring egne langsigtede mål. Udøveren må skabe bevidsthed om egne værdier, kvalifikationer og adfærd, og desuden lære at træffe de beslutninger, som er rigtige for den pågældende selv. Eller sagt på en anden måde: at udøveren i højere grad ser sine præstationer i et større perspektiv i stedet for at gå efter her-og-nu-resultater, som ofte er motiveret af ydre pres og andre dagsordener end udøverens egen.

Idrætsudøveren må være klar til at tabe eller fejle, for ellers er der ingen mulighed for udvikling. Hvis der ikke er nogen der taber, er der vel heller ikke nogen der vinder, og at tabe og vinde er en del af deltagelse i konkurrence ... "du skal vide hvor du kommer fra – for at vide hvor du skal hen".

Præstation indgår i en treenighed med trivsel og læring. Gennem den personlige coaching opnår udøveren større indsigt i egne bevidste samt ubevidste kompetencer og inkompetencer.

"Udvikling af dit spil vil hjælpe dig til at vinde hvorimod det at vinde ikke nødvendigvis vil udvikle dig"

"Et godt mål ligger mellem det uopnåelige og det som er for let at nå"

"I succesfuld coaching indgår præstation i en træning med læring og trivsel"

Det, der skaber den afgørende forskel for udøveren er, når dennes bevidsthed om egen situation øges, for så åbner coaching sluserne for at se nye muligheder. Således kan den enkelte i meget højere grad tage ansvar for sit eget potentiale.

Selvcoaching og selvkontrol

Endnu en nyttig, men stadig ikke den hyppigste, anvendelse af coaching er selv-coaching. En udøver, som forstår coaching, vil i stigende grad begynde at coache sig selv i alt, lige fra uddannelsesvalg til slagteknik på tennisbanen, og endvidere også i personlige spørgsmål.

Coaching er ikke begrænset til det mentale, men kan i meget høj grad bidrage til den tekniske træning - dette fordi der arbejdes med udøverens egen forståelse af egen krop, muligheder og ideer. De rigtige spørgsmål, fokus på boldens roteren, balance og spændinger i kroppen mv. kan flytte den enkelte niveau betydeligt mere effektivt end mange instruktioner kan. Udøverens egen kreativitet skaber løsningen, og vedkommende er ikke presset af at gøre det "rigtigt" i forhold til instruktionen. Udøveren bestemmer om det er rigtigt, og det er det, når det virker.

Forsigtig eller modig

Filosofien bag coaching er, at kimen til succes altid findes hos udøveren selv. Nogle af de største barrierer for udvikling og succes er frygten for at begå fejl og al for stor fokus på omverdenens kortsigtede forventninger frem for egne langsigtede mål. Det er derfor

vigtigt at udøveren kan arbejde med sin usikkerhed og selvtillid i trygge rammer, og her reflektere over sin optræden, for atter at opdage nye tekniker til at nå personlige og professionelle mål.

Selv om det er åbenlyst logisk at forsigtighed og frygt for fejl ikke fremmer præstationer, er det ofte først gennem coaching eller anden personlig refleksion at udøveren opdager at frygt giver spændinger. Og det er først når de "slipper sig selv" og vælger den modige vej, at succes opstår. Tænk bare på hvor mange gange forældre siger til deres børn: "Pas nu på du ikke taber dit eller dat", og så sker det sekundet efter. Fokus skal med andre ord være positivt og fremadrettet mod en ønsket tilstand.

Coaching skal støttes af en ny kultur

Coaching skal støttes af en lærende kultur, en menneskekultur og netværkskultur: En værdibaseret organisation.

Grunden er blandt andet, at hvis folk skal give sig selv fuldt ud - og vel at mærke gøre det, fordi de gerne vil - så skal det ske i et miljø og atmosfære, hvor de føler sig trygge, et sted hvor de føler tillid og er i balance.

Eksempler på forskellen: I en magt- og ordenskultur må man ikke begå fejl. Når man begår fejl, bliver man dømt og straffet. Det betyder, at man i en sådan situation er meget tilbageholdende med at prøve nye ting og gøre noget - endsige prøve at gøre en forskel. Så hvad gør man så? Ja, man gør det, man får besked på og ikke en dyt mere. Og når det så går galt, kan man jo altid forsøge at gemme fejlen, så man ikke bliver opdaget - eller hvis man bliver opdaget, så fralægge sig ansvaret og delegere det opad i systemet: "Jeg gjorde bare hvad jeg fik besked på af træneren". I en coachende og lærende kultur derimod, bliver man ikke straffet for at

begå fejl. Her har man en forpligtigelse til at fortælle de andre om fejl, og man bliver endda rost og belønnet for det. Ideen er nemlig at alle skal lære af fejlen, så man kun begår den samme fejl en gang.

Hvis man er bange for at blive straffet, så gør man bare det, man plejer at gøre eller får besked på at gøre. Altså: Ingen innovation. Men hvis man har en kultur for at lære, er tryk og føler tillid, så tør man også bruge alle sine ressourcer og fulde potentiale. Dette handler Bjarne Kastbergs bog, "Tør du kysse frøen", blandt andet om.

Ønsket tilstand

Når vi er pressede eller groet fast i bestemte mønstre, har vi en tendens til at fokusere på den nuværende situation eller årsagerne bag. Selvfølgelig skal man erkende sin situation, men når der skal skabes fremgang og præstationer er det mindre godt at betragte nuværende tilstand fra nuværende tilstand.

Det er betydeligt bedre at betragte nuværende tilstand fra "ønsket tilstand" og bruge den som nøgle til at åbne porten til nye muligheder, andre måder at tænke og handle på.

Konklusionen er, at når man tænker og arbejder i en "hen i mod-tilstand", er energien og motivationen langt større end når man tænker og arbejder i en "væk fra-tilstand". Den kan nok motivere, men den er ikke særligt energiskabende fordi der ikke er et mål at arbejde hen imod.



Kontaktadresse:

Flemming Videriksen
Mail: flemming@mastercoaching.dk

"Vi kan ikke kontrollere det vi er ubevidste om - det kontrollerer os. Vi kan kun kontrollere det, vi er bevidste om. Denne indsigt opnås gennem coaching"

Coaching af idrætsudøvere skulle gerne fremme, at de en dag kan se tilbage og sige: "Jeg har fået det optimale ud af min karriere og bevaret min integritet".

Litteratur:

Der er i de senere år kommet meget litteratur om coaching. Et par relevante bøger kunne være:

1. "Coaching for performance", på dansk "Coaching på Jobbet", af Sir John Whitmore.

Coachen og forfatteren John Whitmore er en af fædrene til coaching som disciplin i det europæiske erhvervsliv. Han arbejder med coaching både som inspirator, praktiker og forfatter. Han er desuden æresmedlem af de fleste coaching-organisationer. John Whitmore er talsmand for sammenhængen mellem god coaching og værdibaseret ledelse som et af de mest effektive værktøjer til at skabe resultater. John Whitmores bog om coaching, "Coaching på Jobbet" forsyner læseren med praktiske færdigheder i coaching og giver en værdifuld indsigt i, hvordan man udvikler effektiv kommunikation. Samtidig giver den en let forståelig og let anvendelig vejledning i hvordan, hvornår, hvor og hvem man skal coache, samtidig med at den beskriver metodens faldgrupper og mange fordele.

2. "Co-active Coaching" af Laura Whitworth, Henry Kimsey-House og Phil Sandahl

3. "Inner game of Tennis" af Timothy Gallwey

4. "Coaching, læring og udvikling" redigeret af Reinhard Stelter

5. "Tør du Kysse frøen" af Bjarne Kastberg.

Arrangementer:

John Whitmore kommer til Danmark til november.

8. november taler John Whitmore på "Lederens dag" for Lederernes hovedorganisation. Info: www.lederne.dk

9. november inviterer Coaches Lounge og Idrætshøjskolen Århus i et samarbejde med Mastercoaching.dk til et Masterclass-arrangement med John Whitmore. Konferencen har 3 temaer: "Coaching for Performance", "Udvikling og coaching af teams", "The Innergame of high performing teams".

Info: akselnoergaard@ihaarhus.dk, olekeldorf@ihaarhus.dk

Forkortet produktinformation for Arthrotec tabletter. Diclofenacnatrium 50 mg + misoprostol 0,2 mg. Tabletten er opbygget på følgende måde: Inderst diklofenak omgivet af en mavesyreresistent skal, yderst misoprostol. **Indikationer:** Reumatiske sygdomme og andre inflammatoriske lidelser hos patienter med særlig stort behov for profylakse mod NSAID-inducerede gastroduodenale ulcera, det vil sige: Alder over 75 år, tidligere peptisk ulcus, tidligere gastrointestinal blødning og iskæmisk hjertesygdom. **Dosering:** Voksne: 1 tablet 2-3 gange daglig efter et måltid. Tabletten skal synkes hel. **Kontraindikationer:** Graviditet. Kvinder, der planlægger at blive gravide. Aktiv gastrointestinal blødning. Overfølsomhed overfor NSAID og syntetiske prostaglandinanaloger. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen:** Selv om misoprostol-komponenten i Arthrotec reducerer risikoen for forekomst af ulcus ved behandling med diclofenac, er der med en vis risiko for gastrisk og duodenal ulcus, ofte uden klare symptomer på ulcus. Patienter, som har koagulationsforstyrrelser skal kontrolleres omhyggeligt under behandling med diclofenac. Forsigtighed tilrådes hos patienter med kompromitterende hjertefunktion eller tilstande, der er disponerende for væskeretention, samt hos patienter med reduceret hjerte, lever- og nyrefunktion. Børn: Sikkerhed og effekt er ikke vist. **Interaktioner:** Forsigtighed tilrådes ved samtidig behandling med anti-koagulantia og antidiabetika. Koncentrationen af methotrexat, lithium og digoxin kan øges ved samtidig indgift af Arthrotec. NSAID's kan svække den natriuretiske effekt af diuretika. Samtidig behandling med kaliumbesparende diuretika kan potentielt øge serumkalium-niveauet. Graviditet og amning: Kvinder i den fertile alder bør kun behandles, hvis disse bruger adækvat antikonception og graviditet er udelukket. Børn: Børn anvendes under amning. **Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger er abdominale smerter og diarré. Derudover er set: Kvalme, dyspepsi, flatulens, opkastninger, forstoppelse og sure opstød. Forøgelse i ALAT, ASAT, alkalisk fosfatase. Som gruppe er NSAID's blevet associeret med nyrepatologi som fx. papilnecrose og interstitiel nephritis. Øget menstruationsblødning, dysmenoré, udflåd, pletblødning og vaginal blødning. Hos gravide kvinder kan fremkaldes abort ved terapeutiske doser. Hovedpine, svimmelhed og udslett. Som ved andre NSAID's forekommer der i sjældne tilfælde allergiske reaktioner inklusive anafylaksi. **Overdosering:** Kliniske tegn på overdosis af diclofenac kan være abdominalsmerter, forvirring, somnolens og hypotoni. Kliniske tegn på overdosis af misoprostol kan være sedation, tremor, krampe, dyspnø, abdominal smerter, diarré, feber, underlivssmerter, hypotension og bradykardia. Symptomatisk og understøttende behandling. I tilfælde af akut overdosis anbefales ventrikelskyldning. Det er ukendt om diclofenac og misoprostolsyre fjernes ved dialyse. **Priser og pakninger inkl. recepturgebyr (AUP) pr. 20. juni 2005:** Vnr 154591, 50 mg + 0,2 mg, 20 stk., kr. 101,40. Vnr 154708, 50 mg + 0,2 mg, 100 stk., kr. 399,40. **Udlevering:** A. **Tilskud:** Ja. Forkortet produktinformation er baseret på det fuldstændige produkt-resumé dateret (25. april 2005) som kan rekvireres hos indehaver af markedsførings-tilladelsen Pfizer ApS. Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. (API_Art_Nov2004).

Forkortet produktinformation for Arthrotec Forte, tabletter. Diclofenacnatrium 75 mg + misoprostol 0,2 mg. **Indikationer:** Reumatiske sygdomme og andre inflammatoriske lidelser hos patienter med særlig stort behov for profylakse mod NSAID-inducerede gastroduodenale ulcera, det vil sige: Alder over 75 år, tidligere peptisk ulcus, tidligere gastrointestinal blødning og iskæmisk hjertesygdom. **Dosering:** Voksne: 1 tablet 2 gange daglig umiddelbart efter et måltid. Tabletten skal synkes hel, må ikke tygges. **Ældre/nesats nyre- og leverfunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig. Tæt monitorering af patienter med nedsat nyre- og leverfunktion (se bivirkninger). Børn: Sikkerhed og effekt er ikke vist. **Kontraindikationer:** Gastro- og duodenal ulceration eller aktiv GI-blødning eller andre aktive blødninger f.eks. hjerneblødning. Amning. Graviditet. Kvinder, der planlægger at blive gravide. Overfølsomhed over for diclofenac, acetylsalicylsyre, andre NSAID-præparater, misoprostol, andre prostaglandiner, eller et eller flere af de øvrige indholdsstoffer. Patienter der får astma, nældefeber eller akut rhinit af acetylsalicylsyre eller andre ikke-steroid anti-inflammatoriske lægemidler. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen:** Arthrotec forte må ikke gives til menstruerende kvinder, medmindre de bruger effektiv kontrception og er blevet informeret om risikoen ved at tage præparatet ved graviditet. Forsigtighedsregler: Arthrotec forte kan, som de andre NSAID's, mindske trombocytaggregationen og forlænge blødning. Der anbefales særlig overvågning ved tilfælde af bloddannelse-, koagulationsforstyrrelser eller hos patienter med tidligere hjerneblødning. Væske-retention og ødem er set. Arthrotec forte skal bruges med forsigtighed til patienter med kompromitterende hjertefunktion og andre tilstande, der er disponerende for væskeretention. Patienter med nedsat nyre-, hjerte- eller leverfunktion. Arthrotec forte må kun bruges i specielle tilfælde og under nøje overvågning ved fremskredet hjerte- og nyresvækkelse og fremskredet leversygdom. Tæt monitorering hos patienter, der er i vanddrivende behandling eller på anden måde har risiko for hypovolemi. Dosis bør være så lav som muligt, og nyrefunktionen bør kontrolleres. Patienter, der har sår i tyktarmen eller Crohn's sygdom. Alle patienter, der er i langtidsbehandling med NSAID's, bør kontrolleres forebyggende (dvs. undersøges f. eks. for nyre- og leverfunktion samt blodstatus). **Interaktioner:** Forsigtighed tilrådes ved samtidig behandling med anti-koagulantia og antidiabetika. Koncentrationen af methotrexat, lithium og digoxin kan øges ved samtidig indgift af Arthrotec. NSAID's kan svække den natriuretiske effekt af diuretika. Samtidig behandling med kaliumbesparende diuretika kan potentielt øge serumkalium-niveauet. Graviditet og amning: Kvinder i den fertile alder bør kun behandles, hvis disse bruger adækvat antikonception og graviditet er udelukket. Børn: Børn anvendes under amning. **Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger er abdominale smerter og diarré. Derudover er set: Kvalme, dyspepsi, flatulens, opkastninger, forstoppelse og sure opstød. Stigning i ASAT og ALAT, alkalisk fosfatase. Som gruppe er NSAID's blevet associeret med nyrepatologi som fx. papilnecrose og interstitiel nephritis. Øget menstruationsblødning, dysmenoré, udflåd, pletblødning og vaginal blødning. Hos gravide kvinder kan fremkaldes abort ved terapeutiske doser. Hovedpine, svimmelhed og udslett. Som ved andre NSAID's forekommer der i sjældne tilfælde allergiske reaktioner inklusive anafylaksi. **Overdosering:** Kliniske tegn på overdosis af diclofenac kan være abdominal smerter, forvirring, somnolens og hypotoni. Kliniske tegn på overdosis af misoprostol kan være sedation, tremor, krampe, dyspnø, abdominal smerter, diarré, feber, underlivssmerter, hypotension og bradykardia. Symptomatisk og understøttende behandling. I tilfælde af akut overdosis anbefales ventrikelskyldning. Det er ukendt om diclofenac og misoprostolsyre fjernes ved dialyse. **Priser og pakninger inkl. recepturgebyr (AUP) pr. 20. juni 2005:** Vnr 431759, 75 mg + 0,2 mg, 20 stk., kr. 118,85. Vnr 431783, 75 mg + 0,2 mg, 100 stk., kr. 475,25. **Udlevering:** A. **Tilskud:** Ja. Forkortet produktinformation er baseret på det fuldstændige produktresumé dateret (25. april 2005) som kan rekvireres hos indehaver af markedsførings-tilladelsen Pfizer ApS. Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. (API_Art_Nov2004).

Kongresser • Kurser • Møder

INTERNATIONALE

13. - 15. oktober 2005, Cypern
4th European Sports Medicine
Congress, Lemesos.
Info: www.fims.org

3. - 6. november 2005, Norge
Idrettsmedisinsk høstkongress, Bergen.
Info:
www.idrettsmedisinsk-kongres2005.no

3. - 6. november 2005, Sverige
15th Annual Meeting of the International Association of Dance Medicine (IADMS), Stockholm.
Info: www.iadms.org

8. - 12. marts 2006, USA
Annual Meeting of the American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), New Orleans.
Info: www.aaos.org

24. - 27. maj 2006, Østrig
12th Congress of ESSKA, Innsbruck.
Info: www.aaos2006.com

12. - 16. juni 2006, Kina
FIMS World Congress of Sports Medicine, Beijing.
Info: ligp@263.net

29. juli - 2. august 2006, USA
32nd Annual Meeting of the American Orthopedic Society of Sports Medicine (AOSSM), Hershey PA.
Info: www.sportsmed.org

DIMS kursuskalender 2005

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

IDRÆTSMEDICIN - DIMS TRIN II
12.-15. oktober i Århus
Målgruppe: Læger
Arrangør: DIMS
Tilmelding: www.sportsmedicin.dk

Venlig hilsen
DIMS Uddannelses Udvalg

FFI kursuskalender 2005

Tilmeldingsfrister:

Se detailannoncering i Dansk Sportsmedicin og Fysioterapeuten samt på www.sportsfysioterapi.dk

EFTERÅR:

Tapening

- Århus, 16. september

Idrætsfysioterapi - introduktion + knæ/ankel/fod

- La Santa, 30. september - 7. oktober

Temadag - idrætsfysioterapirelaterede emner

- København, 28. oktober

Idrætsfysioterapi - albue/hånd

- København, 29. oktober

Træning - motion på recept

- Horsens, 4.-5. november

Idrætsfysioterapi - hofte/lyske

- København, 11.-12. november

Stuart McGill Seminar

- København, 14.-15. november

Idrætsfysioterapi - skulder

- Ålborg, 25.-26. november

Med forbehold for tid og sted ...

Venlig hilsen

FFI Uddannelses- og Kursus Udvalg

Hjælp os med at gøre denne side 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.

IDRÆTSMEDICINSK ÅRSKONGRES 2006

Radisson SAS Scandinavia Hotel, København, 2.-4. februar 2006

Velkommen!

Det er med glæde at arrangørgruppen fra ortopedisk kirurgisk afdeling i Gentofte og Idrætsklinikken i Frederikssund allerede nu kan invitere dig og dine kolleger til Idrætsmedicinsk årskongres 2006 i København. Mødet er det 3. fælles årsmøde mellem Fagforum for Idrætsfysioterapi (FFI) og Dansk Idrætsmedicinsk Selskab (DIMS).

Programmet er sammensat af repræsentanter fra DIMS, FFI, Dansk Selskab for Artroskopisk Kirurgi og Sportstraumatologi (SAKS) og Dansk Selskab for Fysisk Aktivitet og Sundhed (DASFAS). Vi har bestræbt os på at dække alle aspekter af idrætsmedicin, således at mødet bliver en udfordring for alle både fagligt og socialt. Vi håber at kunne præsentere nogle af de bedste oplægsholdere indenfor de respektive emnekredse. Vi har lagt vægt på, at der bliver tid til at gennemføre instruktion og diskussion af praktiske håndgreb indenfor diagnostikken i form af workshops. De sociale arrangementer omfatter: Fælles morgen-motionsløb, Get together Party og Gallafest.

Vel mødt til et par aktive dage i København februar 2006.

DIMS, Andreas Hartkopp • FFI, Bente Andersen
SAKS, Lars Blønd • DASFAS, Flemming Dela

Yderligere information:

Sted:

Radisson SAS Scandinavia Hotel, Amager Boulevard 70, 2300 København S

Deadlines:

Deadline for abstracts: 15. december 2005
Tilmelding til lav pris: 1. december

Kontaktadresse:

Idrætsklinikken
Att. Idrætsmedicinsk årskongres 2006
Sekretær Lene Biune, KAS Gentofte
Niels Andersens Vej 65, 2900 Hellerup
telefon: 39773778, fax: 39777105
e-mail: lebiu@gentoftehosk.kbhamt.dk

Hjemmeside (on-line tilmelding m.m.):

www.sportskongres.dk

Fagligt program (forbehold for ændringer)

Torsdag den 2. februar:

- **Symposium: Status for ACL**
 - Profylakse og rehabilitering. - primær profylakse, historisk, - og nyeste evidens for profylakse og rehabilitering.
 - Langtidsopfølgning af en ACL population..
- **Teknik symposium. Graftvalg og double bundle teknik**
 - Minibattle: Graftvalg. Tractus versus BPTB og SemiT. "

Fredag den 3. februar:

- **Symposium: Status for Brusklesioner**
 - 5 års opfølgning med ACL, Steadman (microfraktur), Mosaik
 - **Symposium: Idræt og Inkontinens**
 - Epidemiologi, diagnostik og behandling
 - **Symposium: Screening**
 - Generelt i fysioterapi
 - Specielt med henblik på stabilitet
 - Udvikling af screeninger og evidensbaseret af disse
 - Erfaringer fra Skolen for Moderne Dans
 - Work-shop, hvordan har Team Danmark implementeret screeninger
 - **Guidelines: DIMS guidelines for diagnose og behandling af achillesenbetændelse**
 - **Symposium: Resistance training of the aging individual: Clinical and functional implications"**
 - Muscle plasticity: implication for training of elderly
 - Muscle-tendon unit in the elderly: effects of inactivity and training
 - Muscle performance in the elderly: effects of training, capacity of the aging master athlete
 - Resistance training of the aging atrophied muscle: accelerated recovery from immobilization and hospitalization
 - **Symposium: Cardiologi og Astma i idrætsmedicinsk perspektiv**
 - Idræt og rytmeforstyrrelser, hjertehypertrofi, iskæmisk hjertesygdom
 - Idræt og pludselig død
 - Skal der screenes i motions- og eliteidræt?
 - Astma
 - **Posterwalk**
 - **Frie foredrag**
- Lørdag den 4. februar 2006:
- **DASFAS symposium: CMRC studietur til Andesbjergene**
 - **Foredragskonkurrence**
 - **Workshop: Screening**

DIMS kurser

Info: Idrætsmedicinsk Uddannelsesudvalg, c/o sekretær Charlotte Blomberg, Gl. Strandvej 58 B, 3050 Humlebæk. E-mail: jenoe@get2net.dk.



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 idrætsklinik, 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 idrætsklinik (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, Ægyptensvej 33, 2770 Kastrup

DANSK IDRÆTSMEDICINSK SELSKAB TRIN II KURSUS



12.-15.oktober 2005
Eksternat kursus
Århus Universitetshospital

PROGRAM

Onsdag

Træning og fedme
Løbetræning fra motionist til elite (træning, belastning og typiske træningsfejl)
Træning og immunologi
Overbelastning, vævsadaptation
Skulderskader, klinik, paraklinik og behandling
Selvaktivitet

Torsdag

Træning og hjerte-kar sygdomme
Knæskader (patient demo og hands-on)
Biomekaniske evaluering af underekstremitet (praktisk klinisk demo)
Lyskeskader
Biomekanisk evaluering af overekstremitet (praktisk klinisk demo)

Fredag

Hverdag på en idrætsskole
Fysioterapeutens rolle som leder og behandler
Idrætslægens praktiske arbejde, hjemme og på rejsen med fodboldhold
Idræt og Børn
Træning og fedme

Målgruppe & praktiske oplysninger

Idrætsmedicinsk Selskabs TRINS 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 har erfaring på samme niveau.

Kurset giver 40 CME point til den Idrætsmedicinske diplomuddannelse.

Tid og sted:

Eksternat kursus. (Århus Universitet har billige værelser til leje. Se www.au.dk/da/tilknyt/gaesthus/)
Idrætsskolen, Århus Sygehus, Tage Hansens Gade 2, Århus
Onsdag 12.oktober kl 9 til lørdag 15.oktober kl 13, 2005



Mødedere: Peter Faunø og Bent Wulff Jakobsen.

Information: Kursussekretær Charlotte Blomberg på
E-mail: jeno@get2net.dk eller på hjemmesiden www.sportsmedicin.dk

Tilmelding: inden 15/9 til uddannelsesudvalgets sekretær på ovenstående E-mail eller adresse. Efter tilmelding tilsendes girokort.

For at få størst udbytte af kurset, er der begrænsning i antal deltagere. Først tilmeldte har fortrinsret, og vær opmærksom på, at først når kursusafgiften er betalt er man registreret tilmeldt.

Pris: eksternat kursus.

(eksklusiv overnatning): 4.000 kr læger medlem af DIMS,
5.000 kr for ikke DIMS medlemmer.

Kurset er godkendt som tilskudsberettiget af Efteruddannelsesfonden for 2 dage.

PROGRAM & fakultet

Fredag

Træning og artrit, artrose og osteoporose
HANDS ON
Undersøgelse af knæ, ankel, skulder og lyske patienter
Evaluering

Fakultet

Fysioterapeut Torben Blenstrup, Viborg Sygehus,
Overlæge Svend Erik Christiansen, Idrætsskolen, Århus Sygehus
Fysioterapeut Birgitte Diekmann, Idrætsskolen, Århus Sygehus
Overlæge Peter Faunø, Randers Sygehus
Overlæge Ulrich Fredberg, Idrætsskolen, Silkeborg sygehus
Overlæge dr med Ole Gøtsche, Århus Sygehus
Cand scient Stig Ejbjerg Hansen, Institut for Idræt, Århus
Overlæge Per Hølmich, Amager hospital
Overlæge Viggo Johannsen, Skulderklinikken, Århus Sygehus
Professor dr med Michael Kjær, Idrætsmedicinsk forskningsenhed, Bispebjerg
Professor dr med Bente Klarlund Petersen, Rigshospitalet
Overlæge Søren Kålund, Ortopædisk Klinik Ålborg og AAB
Fysioterapeut, PhD Henning Langberg, Idrætsmedicinsk forskningsenhed, Bispebjerg
Afdelingslæge Bent Lund, Idrætsskolen, Århus Sygehus.
Fysioterapeut Finn Thomsen, Randers FC
Professor dr med Bjørn Richelsen, Århus Sygehus
Overlæge Bent Wulff Jakobsen, Idrætsskolen, Århus Sygehus

FFI kurser

Info: Kursusadministrator Vibeke Bechtold, Kærlandsvænget 10, 5260 Odense S.
Tlf. 6591 6693 • E-mail: vbe@cvsu.dk
Kurstilmelding foregår bedst og lettest via FFI's hjemmeside:
www.sportsfysioterapi.dk



"Idrætsfysioterapikursus - Introduktion til idrætsskader og de øvrige idrætsskader 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 med interesse indenfor idræt.

Mål og indhold for Introduktionskursus:

At kursisterne:

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

- klinisk ræsonnering
- epidemiologi, forskning og evidens
- etik
- biomekanik
- vævsegenskaber og vævsreaktioner

- forebyggelses- og behandlingsstrategier
- primær skadesundersøgelse og skadesbehandling

Tid og sted: Næste kursus afholdes i foråret 2006

Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum for Idrætsfysioterapi.

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

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

Tilmeldingsfrist: Ca. 1 måned før kursusafholdelse. Yderligere oplysninger og tilmelding på FFIs hjemmeside
www.sportsfysioterapi.dk



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

Målgruppe: Fysioterapeuter med interesse indenfor idræt. Deltagelse kan kun opnås, hvis introduktionskursus er gennemført.

Mål og indhold for alle kurserne relateret til regioner:

At kursisterne:

- får ajourført og uddybet viden om epidemiologiske og etiologiske forhold til idrætsskader og fysioterapi i de enkelte kropsområder
- kan analysere bevægelsesmønstre og belastningsforhold ved idræt
- kan anvende målrettede undersøgelser-, forebyggelses- og behandlingsstrategier
- får udvidet kendskab til parakliniske undersøgelser- og behandlingsmuligheder indenfor idrætsmedicin
- kan vurdere skadernes omfang og alvorlighed samt planlægge og vejlede i

forhold til dette.

Teoretisk og praktisk indhold:

- funktionel anatomi og biomekaniske forhold
- epidemiologi, etiologi og traumatologi
- målrettede undersøgelser og tests både funktionelle og specifikke, samt klartest
- målrettede forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsstrategier
- parakliniske undersøgelser og behandlingsstrategier

Emner, tid og sted:

"Idrætsfysioterapi og albue-/håndproblemer"

• 29. oktober 2005 på Fysioterapeutuddannelsen i København

Tilmeldingsfrist: 15. september 2005

"Idrætsfysioterapi og hofte-/lyskeproblemer"

• 11. - 12. november 2005 på Fysioterapeutuddannelsen i København

Tilmeldingsfrist: 14. oktober 2005

"Idrætsfysioterapi og skulderproblemer"

• 25. - 26. november 2005 på Fysioterapeutuddannelsen i Ålborg

Tilmeldingsfrist: 21. oktober 2005

Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum for Idrætsfysioterapi.

Pris: 2300 kr. for medlemmer og 2600 kr. for ikke-medlemmer, "Albue-/håndkursus" dog 1150 kr. for medlemmer og 1300 kr. for ikke-medlemmer. (OBS! Deltager du i kursus både den 28. og 29. oktober, får du begge kurser for en særpris på 2100 kr. for medlemmer og 2400 kr. for ikke-medlemmer.) Prisen dækker kursusafgift og fortæring under kursus.

Deltagere: Maks. 24 fysioterapeuter. Medlemmer af FFI har fortrinsret.

Tilmelding: Benyt FFIs hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk. Husk at angive, om du er medlem af FFI, og hvor-når du har deltaget på introduktionskursus. Tilmeldingen er bindende.

Tilmeldingsfrist: Ca. en måned før kursusafholdelse. Yderligere oplysninger på www.sportsfysioterapi.dk



Stuart McGill Seminar - et praktisk og teoretisk rygseminar (LBP)

Tid og sted: 14. og 15. november i København

Tilmeldingsfrist: 15. september via www.sportsfysioterapi.dk

den 28. og 29. oktober, får du begge kurser for en særpris på 2100 kr. for medlemmer og 2400 kr. for ikke-medlemmer.

Deltagere: Ca. 20 fysioterapeuter. Medlemmer af FFI har fortrinsret. Det er ikke noget krav at have deltaget på andre kurser i FFI-regi.

Tilmelding: Benyt FFIs hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk. Husk at angive, om du er medlem af FFI. Tilmeldingen er bindende.

Tilmeldingsfrist: En måned før kursusafholdelse. Yderligere oplysninger på www.sportsfysioterapi.dk

Deltagerantal: 24 fysioterapeuter.

Medlemmer af FFI har fortrinsret.

Pris: 2300 for medlemmer og 2600 for ikke-medlemmer af FFI. Prisen dækker kursusafgift og fortæring under kursus

Tilmelding: Tilmeldingsfrist den 23. september 2005. Benyt FFIs hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk. Husk at angive, om du er medlem af FFI. Tilmeldingen er bindende og betaling skal ske som angivet på hjemmesiden.



Temadag om "Emner relateret til idrætsfysioterapi: Idrætspsykologi, doping, kost og ernæring"

Målgruppe: Fysioterapeuter med interesse indenfor idræt.

Det er målet, at kursisterne:

- får forståelse for ernæringens betydning og problemer i forbindelse med idræt
- får indsigt i kostens sammensætning i forhold til restitution og fejlnæring
- får forståelse for psykiske barrierer i forbindelse med idræt
- får forståelse for betydningen af anvendelse af doping
- får indsigt i konsekvenser ved brug af doping

Tid og sted:

- 28. oktober 2005 på Fysioterapeutuddannelsen i København

Undervisere: Ressourcepersoner indenfor de enkelte emner.

Pris: 1150 kr. for medlemmer og 1300 kr. for ikke-medlemmer. Prisen dækker kursusafgift og fortæring under kursus. **OBS!** Deltager du i kursus både



Træningsfysiologi, holdtræning og coaching

Målgruppe: Fysioterapeuter som bl.a. arbejder med "Motion på recept".

Mål med kurset: At deltagerne bliver i stand til at koble den teoretiske, træningsfysiologiske viden/evidens i forhold til "motion på recept" til det praktiske arbejde med patienterne, herunder at blive bekendt med pædagogiske/psykologiske værktøjer i arbejdet med at være sparringspartner for patienterne i deres adfærdsændrende arbejde.

Det forudsættes at du har læst Sundhedsstyrelsens "Håndbog om fysisk aktivitet", siderne 13-76 (del 1) og 109-114 (del 2). Du kan med fordel være orienteret i del 3, som vil være udgangspunkt for undervisningen på kurset. Aktivitetshåndbogen kan downloades via link på DF's hjemmeside eller direkte fra www.sst.dk

Tid: Fredag, den 4. nov. 2005 kl. 15 - 21 og lørdag, den 5. nov. kl. 9 - 17:30

Sted: Fitnesscentret, Horsens

Undervisere: Cand.scient. (idræt) Tom G. Knudsen, cand.pæd.idræt og fysioterapeut Gitte Vestergaard, psykolog og systemisk coach Mikkel Ejning

DIMS/FFI fælles kurser

SKISPORT OG SKADER



Succesen fra tidligere år gentages i uge 10, 2006 i Sct. Anton, Østrig.

Kurset er tværfagligt og et fællesarrangement arrangeret af: Dansk Idrætsmedicinsk Selskab (DIMS) og Fagforum for idrætsfysioterapi (FFI)

Formål og indhold: Hvert år rejser 500.000 danskere på skiferie, 50.000 kommer til skade. På kurset vil der blive undervist i de hyppigste skisportsskader med focus på undersøgelsesteknik og den tværfaglige behandling inkluderende træning, manuelle behandlinger, medicinsk behandling og ortopædkirurgi. Der vil blive lagt vægt på praktiske øvelser, herunder også profylaktisk træning før skituren og træning i forbindelse med rehabiliteringen efter en skade. Kurset afholdes i skisportens mekka, hvor kursisterne vil blive introduceret til de forskellige skityper og skiteknikker med henblik på at forstå biomekanikken i alpint skiløb og blive i stand til at rådgive skiløbere bedst muligt, både i primær og sekundær profylakse. Der vil desuden være mulighed for at teste nyeste skityper.

Akut behandling på bjerget vil blive gennemgået med de problemer, der kan være med transport af den tilskadekomne.

Målgruppe: Læger og fysioterapeuter med interesse for idrætsmedicin.

Form: Internat kursus. Forelæsninger med en del praktiske øvelser såvel indendørs som udendørs i alpint terræn. Der lægges vægt på praktisk indøvelse af undersøgelses- og behandlingsteknikker.

Kursusledere og undervisere: Almen mediciner Allan Butans Christensen, reumatolog Finn Johannsen, ortopædkirurg Søren Skydt Kristensen, fysioterapeut Niels Erichsen, skiekspert Jørgen Snow Fun.

Tid: Afgang København 3. marts 2006 kl. ca. 17 med tog, liggevogn. Opsamling over Jylland. Hjemme 12. marts kl. ca. 14.

Sted: Sct. Anton, Østrig. Vi bor på et 4 stjernet hotel: Tirol i Sct. Anton.. Der er restaurant, bar, opholdsrum, sauna og dampbad. Kursuslokale er på selve hotellet og i terrænet.

Pris: 17.500 kr. inklusive kursusafgift, tog m. liggevogn, halvpension på Hotel Tirol med stor morgenbuffet og aftenmenu. Inklusive liftkort 7 dage.

Tilmelding: Via e-mail eller sendt til nedenstående adresse.

Derefter sendes oplysninger om indbetaling. Når indbetaling er registreret er du tilmeldt. E-mail adresse: abutans@christensen.tdcadsl.dk

Evt yderligere oplysninger tlf 46364902, Allan B.C.

Obs: husk at du selv skal tegne forsikring og eventuel afbestillingsforsikring.

Der er kun 20 kursuspladser, så hurtig tilmelding anbefales.

Kurset forventes godkendt som tilskudsberettiget af Efteruddannelsesfonden for 4 dage.

Kurset tæller 15 timer til diplom i Idrætsmedicin

Andre kurser



INTERNATIONAL CONGRESS ON DANCE
MEDICINE AND SCIENCE

15th Annual Meeting of IADMS, International
Association for Dance Medicine and Science

Dates: 3-6 November, 2005

Location: Balettakademien, Birger
Jarlsgatan 70, 10041 Stockholm, Swe-
den

Objectives:

Upon completion of this conference,
attendees will:

1. Gain insights into the causes and treatments of musculo-skeletal problems in dancers, as well as strategies for prevention.
 2. Enhance their understanding of hip problems in dancers.
 3. Develop an awareness of the physiological demands of dance.
 4. Enhance their knowledge regarding the psychological issues that affect dancers.
 5. Be inspired to move in different ways after participating in a variety of movement sessions.
- Increase their ability to communicate effectively with dancers, dance educators, dance scientists, movement specialists, and health care professionals.

Host: Balettakademien / Folkuniversitetet

Website: www.iadms.org

Contact: Stockholm Convention
Bureau, Att. Lena Lysell, Box 6911,
10239 Stockholm, Sweden
Tel: + 46 8 546 51500
Fax: + 46 8 546 51599
Email: conference@iadms.org

FFI temadage 2005

Tema-Emne	Kreds	Sted	Underviser	Tid
Højintensiv styrketræning	København og Bornholm	IK99 – Østerbro Stadion	Anders Bendix Nielsen	5. April
Evaluering af motion på recept	København og Bornholm	Bispebjerg Hospital	Anne Roselle og Nina Velin	2. November
Lyskeskader	Nordsjælland	Frederikssund Sygehus	Kristian Thorborg	19. Marts
Golfeskader	Nordsjælland	Frederikssund Sygehus	Jakob Nees	15. Oktober
Klartests	Sydsjælland og Øerne	Nykøbing Falster Sygehus	Niels Erichsen	6. April
Træningsfysiologi	Sydsjælland og Øerne	Slagelse Sygehus	Lars Michalsik	24. September
Skulderskader i svømme- og slagsport	Fyn	Middelfart Sygehus	Arne Sørensen	17. Marts
Kinetic Control & idræt	Fyn	Middelfart Sygehus	Flemming Enoch	15. Oktober
Skulderskader	Nordjylland	Ålborg Sygehus Syd	Torben Blenstrup	12. Juni
ACL-skader	Nordjylland	Ålborg Sygehus Syd	Steffen Skov Jensen	17. September
Lyskeskader	Midtjylland	Randers Centralsygehus	Kristian Thorborg	13. Marts
EL-terapi	Midtjylland	Randers Centralsygehus	Michael Harbo	8. Oktober
Træningsfysiologi	Syddjylland	Haderslev Sygehus	Lars Michalsik	10. September
Kost og præstation	Syddjylland	Haderslev Sygehus	Anna Ottesen	Efterår

I tema-kalenderen findes en oversigt på de temadage og temaemner, der tilbydes i de syv regioner. Der laves to temadage i hver region. En hvert halve år i 2005. Nærmere detailbeskrivelse af emneindhold, tilmelding mm. for temadagene henvises til annoncering her i bladet, i "Fysioterapeuten" samt på FFI's hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk. Yderligere oplysninger om temadage fås hos de respektive kontaktpersoner i regionerne eller ved ansvarshavende for kontaktpersoner i FFI - Finn Thomsen, tlf. 8642 9061, mail: finn@randers-fys.dk

ACL-skader/FFI Nordjylland

Tid: Lørdag den 17. september 2005 kl. 9-14.

Sted: Aalborg Sygehus Syd.

Indhold: Patogenese • diagnostik (tests, MR-skanning) • operationsindikation • graftvalg, operationsform • associerede skader • genoptræning • tilbagevenden til sport.

Underviser: Ortopædkirurgisk overlæge Steffen Skov Jensen, Viborg Sygehus og læge for Randers HK.

Deltagerantal: 20



Pris: 425 kr for medlemmer af FFI og 530 kr. for ikke-medlemmer.

Tilmelding: Bindende tilmelding senest d. 11. september efter "først til mølle princip". Medlemmer af FFI har fortrinsret. Tilmeldingen skal ske til Mette Kold: mettekold@hotmail.com eller 98149262/26229262. Penge indbetales til Skjern Bank, reg. nr.: 7780, kontonr.: 1359728 (husk at anføre dit navn og oplysning om medlemsskab ved overførslen).

Arrangør: FFI region Nord

Dansk SPORTSMEDICIN

Adresse:

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

Redaktionsmedlemmer for DIMS:

Overlæge Allan Buhl
Spicavej 14
8270 Højbjerg 8667 1196 (P)
buhl-bersang@stofanet.dk

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

Læge Bent Lund
Bjerreager 72
7120 Vejle Ø
bentlund@dadlnet.dk

Cand.scient. Bente Kiens
Sødalen 11
2820 Gentofte
bkiens@aki.ku.dk

Redaktionsmedlemmer for FFI:

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

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

Fysioterapeut Svend B. Carstensen
Lindgårdsvej 8 A
8320 Mårslet 8629 2057 (P)
svend.b.carstensen@mail.dk

Fysioterapeut Gitte Vestergaard
Birkevang 9
2770 Kastrup 3250 1188 (P)
gitte.klaus@get2net.dk



Adresse:

DIMS c/o sekretær
Louice Krandorf
Ægyptensvej 33
2770 Kastrup
Tlf. 3252 7442/2219 1515 efter 16:00
louice@adr.dk
www.sportsmedicin.dk

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

Næstformand Tommy Øhlenschläger
Valmuevej 16
4300 Holbæk
tpv@dadlnet.dk

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

Andreas Hartkopp
Bodegårdsvej 9
3050 Humlebæk
hartkopp@dadlnet.dk

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

Marianne Backer
Birke Allé 14
2600 Glostrup
marianne.backer@ah.hosp.dk

Fysioterapeut Bente Andersen
Jagtvej 206 4.th.
2100 København Ø
bente.andersen@kbhfys.dk

Suppleant Mogens Strange Hansen
Havmosevej 3, Sejs
8600 Silkeborg
mogens.hansen@dadlnet.dk

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



fagforum for idrætsfysioterapi

Adresse (medlemsregister):

Fagforum for Idrætsfysioterapi
Solskinsvej 23
5250 Odense S
Tlf. 6312 0605
muh@idraetsfysioterapi.dk
www.sportsfysioterapi.dk

Formand Niels Erichsen
Brådervej 14, 3500 Værløse
44483231 (P) ne@fysiocenter.dk

Kasserer Martin Uhd Hansen
Solskinsvej 23, 5250 Odense SV
6312 0605 (P) muh@idraetsfysioterapi.dk

Vibeke Bechtold
Kærlandsvænget 10, 5260 Odense S
6591 6693 (P) vbe@cvsu.dk

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

Simon Hagbarth
Lyøvej 13 - Vor Frue, 4000 Roskilde
35348440 (P) simon@fysiolink.dk

Ann-Britt Kirkmand
Rentemestervej 110, 2.mf., 2400 København NV
38161117 (P) annbrittkirkmand@hotmail.com

Karen Kotila
Sverrigsvej 1, 7130 Juelsminde
3082 0047 (P) kkotila@tele2adsl.dk

Suppleant Henning Langberg Jørgensen
Tjørnegårdsvej 12, 2820 Gentofte
3526 2595 (P) hl02@bbh.hosp.dk

Suppleant Peder Berg
Schacksgade 42, 2.th., 5000 Odense C
63131336 (P) pbe@cvsu.dk



**fagforum
for
idrætsfysioterapi**

Kontaktpersoner 2005

Nordjylland:

Mette Kold
Grønnegade 16 1.
9000 Ålborg
9814 9262(P) / 2622 9262(M)
mettekold@hotmail.com

Midtjylland:

Finn Thomsen
Udbyhøjvej 140, 1.
8900 Randers
86429061(A) / 86405346(P)
finn@randers-fys.dk

Syddjylland:

Dorthe Jønson
Ringgade 179
6400 Sønderborg
7443 7630(P) / 7443 1145(A)
dj_fys@hotmail.com

Fyn:

Dejan Rasmussen
Nyborgvej 99, 3.tv.
5000 Odense C
63484020 (A) / 65908778 (P)
dejanras@hotmail.com

Nordsjælland:

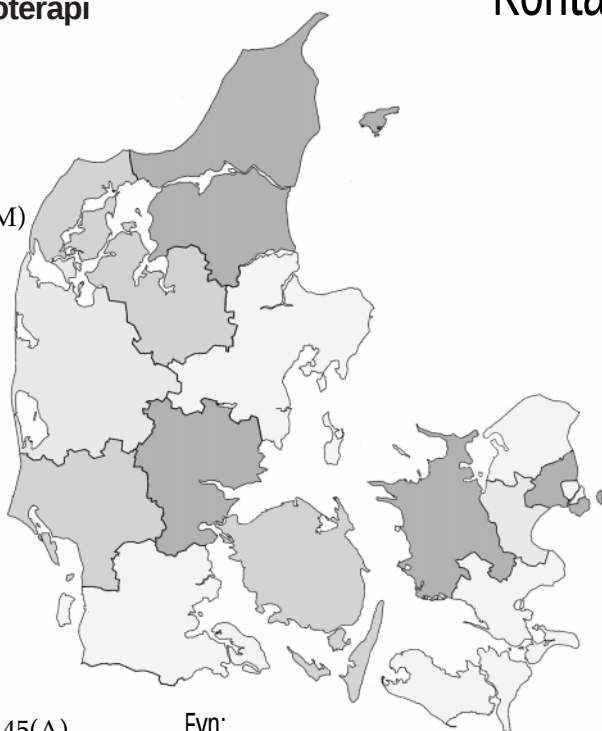
Klaus Petersen
Ordrupvej 46 B, 1.th.
2920 Charlottenlund
3963 2310 (A)
info@ordrupfysio.dk

København og Bornholm:

Henrik Hougs Kjær
Dyssegårdsvej 119
2870 Dyssegård
3966 7675
hougskjaer@email.dk

Sydsjælland:

Karina Rasmussen
Pilevænget 58
4930 Maribo
5478 1820
krasmussen@mknet.dk



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.

Frederiksberg og Københavns kommune

Bispebjerg Hospital, tlf. 35 31 35 31
Overlæge Michael Kjær
Mandag til fredag 8.30 - 14

Hvidovre Hospital, tlf. 36 32 22 79
Overlægerne Søren Winge og Jesper Nørregaard
Mandag til fredag 9 - 14

Københavns amt

KAS Glostrup, tlf. 43 43 08 72
Overlæge Claus Helleisen
Tirsdag 16 - 18.30, torsdag 16 - 18

KAS Gentofte, tlf. 39 68 15 41
Overlæge Lars Konradsen
Tirsdag 15.30 - 18.30

KAS Herlev, tlf. 44 88 44 88
Torsdag 18 - 19.30

Amager Hospital, Skt. Elisabeth, tlf. 32343293
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

Sygehus Fyn Faaborg, tlf. 63 61 15 66
Overlæge Jan Schultz Hansen
Overfysioterapeut Birthe Aagaard
Torsdag 15.00 - 18.00

Ribe amt

Esbjerg Stadionhal (lægeværelse), tlf. 75 45 94 99
Læge Nils Løvgren Frandsen
Mandag 18.30 - 20

Ringkøbing amt

Herning Sygehus, ort.kir. amb., tlf. 99 27 63 15
Skr. Lajka Haard, HECLMH@ringamt.dk
Specialeansvarlig ovl. Jacob Stouby Mortensen
Torsdag 9 - 15

Århus amt

Århus Sygehus, Tage Hansens Gade (Århus Amtssygehus), tlf. 89 49 75 75
Overlæge Bent Wulff Jakobsen
Tirsdag 15 - 18, torsdag 14 - 17

Silkeborg Centralsygehus, tlf. 87 22 21 00
Overlæge Søren Kjeldsen
Torsdag 9 - 15

Vejle amt

Give Sygehus, Center for Skader i Bevægapparatet, tlf. 79 71 80 84
Speciallægerne sektor for skopisk kirurgi og idrætstraumatologi
Mandag til fredag 8 - 15.30

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

Afsender:
Dansk Sportsmedicin
Terp Skovvej 82
8270 Højbjerg

Adresseændringer:

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

Abonnenter skal meddele ændringer
til Dansk Sportsmedicins adresse.

MAGASINPOST A



POST

PP

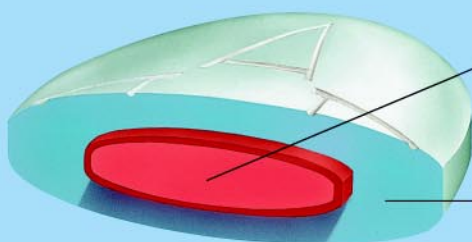
DANMARK

For pligtekst se side 25

Arthrotec® forte og Arthrotec® (diclofenac/misoprostol)

Smertelindring med beskyttelse mod GI-komplikationer¹ - i én og samme tablet

Arthrotec® og Arthrotec® forte (diclofenac/misoprostol) er det eneste produkt der kombinerer et smertestillende NSAID med en beskyttelse mod alvorlige GI komplikationer¹ såsom maveblødning eller perforering.



Inderst:

Det velkendte, smertestillende diclofenac,
50 mg eller 75 mg

Yderst:

Det mave- og tarmbeskyttende misoprostol,
0,2 mg

TILSKUDSBERETTIGET



¹ Silverstein et al. Ann Intern Med 1995;123:241-249



Vi arbejder med liv og sjæl