

DANSK SPORTSMEDICIN



MOTION PÅ RECEPT



fagforum
for
idrætsfysioterapi



Redaktør
Svend B.
Carstensen

Fysisk træning forebygger erektil dysfunktion - ! Se, det burde da nok kunne få ungersvendene op af stolene - eller hva' ?

Dette blads tema er "Motion på recept". En kompleks størrelse som vi prøver at anskue fra forskellige vinkler. Stort set alle er enige om at motion er godt, sundt og helt nødvendigt for en velfungerende krop. Men skal det på recept? Og i givet fald, hvordan?

Bente Klarlund Pedersen lægger ud med: Motion på Recept – Metabolisk Fitness. Her gennemgås de "hårde facts". Og der lades ikke megen tvivl tilbage om at motion er et vigtigt led i såvel forebyggelsen som behandlingen af en lang række af vore livsstilssygdomme. Så godt, så langt.

Men hvad siger de praktiserende læger til konceptet? Det giver Leif Skive os et kvalificeret bud på, og

skal vi tro ham, så er de praktiserende læger i overvejende grad positive overfor Motion på recept. Dog med visse forbehold.

Og hvad siger patienterne til det? Giver det fysiske problemer? Jakob Mathiasen redegør for nogle af erfaringerne fra Ribe Amt, som var først på banen med konceptet. Hans samlede vurdering er, at der ikke er mange patienter som får væsentlige fysiske gener af at starte på Motion på recept – når blot de hårdest "livsstilsramte" sies fra.

"Hvorfor gør de ikke, som jeg siger?" spørger Mikkell Ejssing og giver selv sit svar i artiklen: Systemisk Coaching og Modstand mod forandring. Han gør opmærksom på det dilemma, som vi behandle ofte kommer i med vores "kloge råd". Det gør han bl.a. med et citat fra bogen: Hawk of the Yellow Wind: "Husk, at når man prøver at ændre nogen, selvom det er af kærlighed, kan man ubevidst komme til at overskride grænser. Man risikerer derved at skubbe den anden længere væk."

Gitte Klausen referer fra FFI og Dansk Fysioterapeuters temadag: "Ændring af motionsvaner – hvad skal der til?" Her en række meget spændende input fra fagfolk udenfor den traditionelle behandlerkreds, bl.a. antropologen, sociologen, historikeren og flere til. Der

er mange nuancer som er værd at være opmærksom på. Læsning, der kan anbefales.

Motion på recept kan måske forekomme som et emne i periferien af idrætsmedicinen. Men faktisk tror jeg der er store ligheder mellem de frustrationer, som alle idrætsudøvere har ved en skade, og de bekymringer, som "recept-motionisten" oplever ved en skade eller andre forhold, der udsætter eller i værste fald forhindrer det fortsatte arbejde mod et selvvalgt mål.

Vi tager også et spring til Norge. Nærmere bestemt Oslo, hvor International Federation of Sports Physiotherapy, IFSP, havde et symposium i forbindelse med den første verdenskongres om forebyggelse af idrætsskader i juni måned. Niels Erichsen og Ann-Britt Kirkmand refererer om forreste knæsmærter og hofte rehabilitering fra dette symposium.

Og fra vores egen verden: Efter mange års tro tjeneste i redaktionen for Dansk Sportsmedicin, ja faktisk fra den spæde start i 1996, takker Leif Zebitz nu af. Stor tak til Leif! Og velkommen til nyt redaktionsmedlem fra FFI: Peder Berg.

Nå, nu tror jeg, det er tid til en løbetur. Uden recept.

Dansk Sportsmedicin nummer 4,
9. årgang, november 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 januar, 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.-svare: 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 Peder Berg.

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 og produktion: Gorm H. Rasmussen

FORSIDEFOTO

Sports Foto ApS. Stavang er go' motion.

© Indholdet må ikke genbruges uden tilladelse fra ansvarshavende redaktør.

Indhold:

FORENINGSNYT	4	Ledere
FAGLIGT	6	Motion på Recept – Metabolisk Fitness <i>Bente Klarlund Pedersen</i>
	15	Motion på Recept – hvordan håndterer den praktiserende læge dette behandlingstilbud ? <i>Leif Skive</i>
	19	Motion på Recept i Ribe amt <i>Jakob Mathiasen</i>
	20	Systemisk Coaching <i>Mikkel Ejsing</i>
KURSUS- OG MØDEREFERATER	24	Ændring af motionsvaner – hvad skal der til ? <i>Gitte Klausen</i>
	27	IFSP Rehabiliteringssymposium i Oslo <i>Niels Erichsen og Ann-Britt Kirkmand</i>
KURSER OG MØDER	29	
NYTTIGE ADRESSER	38	



fagforum
for
idrætsfysioterapi

Deadlines for kommende numre:

Nummer	Artikelstof	Annoncer	Udkommer
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
4/2006	1. oktober	15. oktober	i november



Dansk
Idrætsmedicinsk
Selskab

*v/ Bent Wulff Jakobsen,
formand*



Efteråret er uigenkaldeligt over os, både på kalenderen, og nu også med vejret. Skovene står i de flotteste efterårsfarver og den lavthængende sol stikker i øjnene og varmer os nogle få timer om dagen – timer der med stor fornøjelse kan bruges på en rask vandretur, løbetur eller cykeltur. Motion kan således kombinere fantastisk naturoplevelse og forbedret sundhed.

Livstilssygdomme som hjerte-kar sygdomme, sukkersyge og overvægt er et stigende problem i den vestlige verden, og sandelig også i Danmark. Ca. 350.000 voksne danskere lider af fedme, hvorved forstås en vægtstigning på 18-20 kg for en dansker med gennemsnitshøjde. Det er behov for livsstilsændringer med øget motion og hypokalorisk kost. Gennem de seneste år har læger i flere amter kunnet hjælpe patienter til mere motion ved at udskrive "motion på recept". Dette nummer af Dansk Sportsmedicin beskæftiger sig hovedsageligt med dette emne i en række artikler, hvor ideer og erfaringer udveksles. Om disse tiltag har den tilsigtede effekt er fortsat udokumenteret, nogle forskere mener endda, at vægttabene

ved kostændring og motion er beskedne; og at 50-90% af de voksne personer, som taber sig, i løbet af 3-5 år er tilbage over udgangsvægten. Men kan "motion på recept" medvirke til blot simple ændringer i livsstilen hos voksne og børn er meget vundet.

Nogle i det danske samfund tager ganske andre midler i brug. Doping blandt eliteidrætsudøvere i Danmark er tilsyneladende ikke noget stort problem. Men Antidoping Danmark skønner at mellem 10.000 og 20.000 danskere bruger doping. Misbruget er nok især et problem i fitness- og motionscentre, hvor ønsket om brede skuldre, store overarme og faste balder opnås gennem træning og hos nogle gennem brug af hormoner. Med tanke på de ubehagelige bivirkninger og dødsensfarlige risici, som yngre mennesker hermed påtager sig, er det glædeligt at Antidoping Danmark har taget dopingkontrollen op i de danske fitnesscentre. Selv om ordningen er frivillig for centrene, er dette en udvikling som vi alle har imødeset med glæde.

I lyset af disse organisationers aktiviteter og engagement er det en stor glæde

for mig, at det er lykkedes at samle alle idrætsmedicinske organisationer på samme lokalisering i forbindelse med den kommende årskongres i København 2.-4. februar næste år. Således vil såvel Dansk Selskab for Fysisk Aktivitet og Sundhed, Antidoping Danmark som Dansk Selskab for Artroskopisk Kirurgi og Sports-traumatologi holde deres årsmøder i forbindelse med DIMS/FFI Årskongres. Så der er god grund til at sætte kryds i kalenderen og tilmelde sig kongressen på www.sportskongres.dk.

Bent Wulff Jakobsen

DIMS uddannelsesudvalg søger nye medlemmer

Har du lyst til at prøve at blive medlem af DIMS uddannelsesudvalg?

Til generalforsamlingen på årsmødet i februar 2006 er 4 ordinære medlemmer ud af udvalgets 8 medlemmer på valg. 3 af medlemmerne på valg ønsker genvalg, så vi skal have valgt mindst 1 nyt medlem.

Det er vigtigt at uddannelsesudvalget hele tiden er på forkant med udviklingen for at kunne sikre spændende og udfordrende kursustilbud til medlemmerne. Udvalget skal derfor være så bredt sammensat som muligt med hensyn

til speciale, interesser og uddannelsesniveau. For at undgå at vi i uddannelsesudvalget selv sidder og udpeger vore efterfølgere, opfordrer vi alle interesserede ordinære medlemmer til at melde sig.

Hvis dette har din interesse, skal du kontakte formanden for udvalget, Marianne Backer, på mail marianne.backer@ah.hosp.dk senest den 15. december 2005, så du kan nå at blive opstillet til valget.

Med venlig hilsen Uddannelsesudvalget



Fagforum
for
Idrætsfysioterapi

v/ Niels Erichsen,
formand



fagforum
for
idrætsfysioterapi

Det har været et godt år for FFI. Så kort og præcist kan jeg opsummere årets begivenheder i FFI-regi. En samlet opsummering på alle året begivenheder må du have til gode til generalforsamlingen, som bliver afholdt til årskongressen i uge 5, 2006. Enkelte ting kunne jeg tænke mig på nuværende tidspunkt at omtale.

Eksamen og kurser

I november måned var der 17 personer til eksamen. Samlet er der nu ca. 40 fysioterapeuter som har bestået eksamen i idrætsfysioterapi. I næste nummer af Dansk Sportsmedicin vil der komme en komplet liste over samtlige fysioterapeuter med bestået eksamen. Det er stærkt at flere og flere afslutter deres kursusforløb med et besøg ved den grønne dug i eksamenslokalet.

På nær et par enkelte kurser har samtlige intro- og regionkurser været fyldt op. Jeg er sikker på, at vi har ramt niveauet og formen som harmonerer med de flestes ønsker og forventninger. Det store antal kursister bekræfter os i, at FFI-kurserne nu en gang er det sted man får det bedste vidt i fht undersøgelse og genoptræ-

ning af muskuloskeletale lidelser i ekstremitets leddene. Udfordringen for os er vedvarende at fastholde niveauet og samtidig udvikle og planlægge kurser til kursus række del B. Disse kurser er under udvikling og enkelte har succesfuldt været gennemført som pilot kurser.

Knokl for dit knæ

FFI har haft et super godt samarbejde med Gigtforeningen og Dansk Håndbold Forbund i forhold til planlægningen af "Knokl for dit knæ"-kampagnen. Der er nu sendt over 1000 plakater ud til samtlige haller i Danmark. Alle ungdomshåndboldtrænere og spillere har modtaget materiale vedrørende skadeforebyggende træning. Medireaktionen har været fin. Der var indslag i TV 2-sporten og TV Danmark samt artikler i Politiken. Desuden omtale på www.fysio.dk, artikel i Fysioterapeuten, Ledsager samt i Håndboldmagasinet. Den videre udfordring bliver stædigt at holde fast i formidlingen af de skadeforebyggende tanker. Visionen er stadigvæk, at om 5 år skal balance- og koordinationsstræning være en naturlig del af ungdomshåndboldtræning i Dan-

mark. Med alle de positive reaktioner vi har fået fra medier, trænere, ledere, spillere og fysioterapeuter er jeg overbevist om, at det nok skal lykkes.

Journalist

DIMS og FFI har indgået en samarbejdsaftale med journalist Christian W. Larsen. Målet med samarbejdet er at fastsætte DIMS's og FFI's position som meningsdannende og faglige kompetente organisationer i den danske medieverden og befolkning. Vi skal blive de første som medierne henvender sig til, hvis de ønsker udtalelser om idrætsmedicinske problemstillinger. Desuden skal vi forsøge at præge holdninger og meninger vedrørende behandling, genoptræning og forebyggelse inden for idrætten.

Årskongres

Årskongressen nærmer sig. Husk at det kun er planlagt vinterferie som tæller som undskyldning for ikke at dukke op. Det mandlige og kvindelige underliv er blandt de faglige emner. Nærmere reklame behøves ikke. Vi ses.

IDRÆTSMEDICINSK ÅRSKONGRES 2006

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

Annoncering med oversigtsprogram side 30-31

Info og tilmelding: www.sportskongres.dk

Motion på Recept – Metabolisk Fitness

Af Bente Klarlund Pedersen, professor overlæge dr.med.

Resume

"Motion på Recept" er et begreb, der anvendes når fysisk træning tilbydes som behandling af medicinske sygdomme. I et sundhedsperspektiv anvendes udtrykkene kredsløbskondition og stofskiftecondition (metabolisk fitness). Kredsløbskondition opnås primært ved aerob træning af høj intensitet, mens stofskiftecondition omfatter store mængder af let til moderat fysisk aktivitet. Stofskiftecondition har øger insulinfølsomheden, inducerer gunstig lipidprofil og lavere blodtryk. Træning af stofskifteconditionen er i dag et vigtigt led i behandlingen af patienter med insulin resistens / type 2 diabetes, dyslipidæmi, hypertension og adipositas. Den evidensbaserede basis for at rekommandere "Motion på Recept" i form af træning af stofskifteconditionen gennemgås for disse patientkategorier.

Introduktion

Denne artikel fokuserer på betydningen af metabolisk fitness i behandlingen af insulin resistens, type 2 diabetes, dyslipidæmi, hypertension og adipositas.

"Motion på recept" er et helt nyt begreb, som er opstået i begyndelsen af dette årtusinde. Selve udtrykket "Motion på Recept" er en dansk opfindelse. At ordinere motion på recept er en konsekvens af ny forskning.

- Man har længe været klar over, at regelmæssig fysisk aktivitet *forebygger* en række alvorlige kroniske sygdomme så som hjertesygdom, diabetes, visse tilfælde af kræft, samt knogleskørhed.

- Man har også været opmærksom

på, at fysisk træning kan afhjælpe problemer i muskler og led.

- Det nye er, at fysisk træning har en plads i *behandlingen* af en række sygdomme – også uden for bevægeapparatet.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2003 bogen "Fysisk Aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling". Denne bog giver den evidensbaserede basis for effekten af fysisk aktivitet som primær, sekundær og tertiær forebyggelse. Begrebet primær forebyggelse omfatter den borgerrettede intervention og vedrører forebyggelse af sygdom. Sekundær forebyggelse omfatter personer i særlig risiko for at udvikle sygdom, dvs. f.eks. insulin resistens, hyperkolesterolemie, hypertension og adipositas. Tertiær forebyggelse omfatter patienter med sygdomme som f.eks. type 2 diabetes, iskæmisk hjertesygdom, hjerteinsufficiens, depression, artrose, claudicatio og kronisk obstruktiv lungesygdom. Vi benytter udtrykket "Motion på Recept", når vi taler om fysisk træning som led i den sekundære og tertiære forebyggelse. Her har sundhedsvæsenet en rolle i at organisere og henvise til superviseret fysisk træning.

Fysisk træning har i dag en plads i behandlingen af en lang række sygdomme. I den medicinske verden er der tradition for at ordinere den behandling, der i videnskabelige undersøgelser har vist sig at være den mest effektive med de færreste bivirkninger. Vi ved, at fysisk træning kan være lige så effektiv - eller i særlige situationer mere effektiv - end medicinsk behandling. I den sammenhæng repræsenterer "fysisk træning som behandling" ikke

et paradigmeskift eller blot et nyt princip. Der er snarere tale om, at der nu er akkumuleret viden i et sådant omfang, at den skal implementeres.

Konditionsbegreber

Kondition er det objektive mål for fitnessniveau og er i et vist omfang relateret til, hvor fysisk aktiv man er. Men det er ikke alle former for fysisk aktivitet, der øger en persons kondition.

Kredsløbskondition

Når man i daglig tale bruger udtrykket kondition, tænker man normalt på en persons træningsstatus hvad angår udholdenhed ved f.eks. løb, cykling og svømning. Ved kondition forstås i daglig tale kredsløbskondition. En persons maksimale iltoptagelse er et mål for konditionen. Når vi bruger udtrykket "konditallet", mener vi den maksimale iltoptagelse divideret med kropsvægt.

Stofskiftecondition

I et sundhedsperspektiv har man i de senere år introduceret begrebet stofskiftecondition. Man kan ved træning forbedre sit stofskifte uden at træne sin kredsløbskondition væsentligt. Vi bruger udtrykket metabolisk fitness eller stofskiftecondition. Det er i tiltagende grad blevet klart, at selv fysisk aktivitet ved relativt lav intensitet, som ikke forbedrer kredsløbskonditionen væsentligt, beskytter mod udvikling af en række sygdomme f.eks. diabetes, hjertesygdomme og visse cancerformer. Dette hænger sammen med, at fysisk aktivitet ved lav eller moderat intensitet øger stofskifteconditionen. Hverdagsmotionen, som at gå eller cykle til

og fra skole, tage trapperne i stedet for elevatoren og rejse sig og tænde for fjernsynet i stedet for at bruge fjernkontrollen. Alle disse små bevægelser i hverdagen betyder noget. Fysisk aktivitet ved lav til moderat intensitet giver stofskiftekon- dition i form af lavere kolesterol, bedre kontrol af blodtrykket og blodsukkeret – men man træner også sin stofskiftekon- dition, når man træner ved høj intensitet.

Hvordan opnår man kredsløbskon- dition versus stofskiftekon- dition?

Kredsløbskon- dition opnås relativt hurtigt, når der trænes ved høj intensitet. I modsætning hertil er intensiteten ikke vigtig for, at man opnår stofskiftekon- dition. Derimod er mængden af fysisk aktivitet afgørende. Det betyder, at ved gang, cykling eller løb er den afgøren- de faktor for stofskiftekon- dition den distance, man tilbagelægger – det er mindre væsentligt om man løber eller går. Man kan tilbagelægge en længere strækning på kortere tid hvis man løber, end hvis man går. Samtidigt opnår man både kredsløbs- og stofskiftekon- dition.

Insulinresistens

Insulinresistens medfører patologisk glukosetolerance. 40% af personer med patologisk glukosetolerance udvikler type 2-diabetes i løbet af 5-10 år, mens nogle forbliver insulinresistente, og andre genvinder normal glukosetolerance. Hos patienter med patologisk glukosetolerance findes høj forekomst af andre risikofaktorer, såsom overvægt, hypertension og dyslipidæmi. Patolo- gisk glukosetolerance er associeret med øget forekomst af iskæmisk hjertesyg- dom.

Evidensbaseret grundlag for fysisk træning

Den isolerede effekt af træning alene, i forebyggelsen af diabetes hos patienter med patologisk glukosetolerance, er sparsomt belyst, mens der er god evi- dens for effekt af kombineret fysisk træning og diæt. En kinesisk undersø- gelse inddelte 577 personer med patolo- gisk glukosetolerance i 4 grupper: diæt, træning, diæt+træning eller kontrol, og fulgte dem i 6 år. Risikoen for diabetes blev reduceret med 31%

($p<0,03$) i diætgruppen, med 46% ($p<0,0005$) i træningsgruppen og med 42% ($p<0,005$) i diæt+træningsgrup- pen.

I et svensk studium blev 6.956 48-årige mænd helbredsundersøgt. Perso- ner med patologisk glukosebelastning blev inddelt i to grupper: 1) træning og diæt ($n=288$) eller 2) ingen intervention ($n=135$) og fulgt i 12 år. Mortalitetsra- ten var den samme i interventions- gruppen, som blandt de raske kontrol- personer (6,5 versus 6,2%) og lavere end i den gruppe med patologisk gluk- osetolerance, som ikke trænede (6,5 versus 14%). I den samlede gruppe med patologisk glukosebelastning var der således prædiktiv effekt af inter- ventionen, men ingen prædiktiv effekt af body mass index (BMI), blodtryk, rygning, kolesterol eller glukoseni- veau.

To randomiserede kontrollerede stu- dier inkluderede personer med patolo- gisk glukosetolerance og fandt, at livs- stilsændringer beskyttede mod udvik- ling af type 2-diabetes.

En finsk undersøgelse randomisere- de 522 overvægtige, midaldrende per- soner med patologisk glukosetolerance til fysisk træning kombineret med diæt eller kontrol, og fulgte dem i 3,2 år. Ri- sikoen for type 2-diabetes var reduce- ret med 58% i interventionsgruppen. Der var størst effekt hos de patienter, der gennemførte de mest omfattende livsstilsændringer.

Et amerikansk studium randomise- rede 3.234 personer med patologisk glukosebelastning til enten behandling med metformin eller livsstilsprogram med fysisk træning mindst 150 min om ugen og diæt eller ingen intervention og fulgte dem i 2,8 år. Livsstilsinter- ventionsgruppen havde en reduceret risiko på 58% for at få type 2-diabetes. Reduktionen var således den samme som i den finske undersøgelse, mens behandling med metformin kun redu- cerede risikoen for diabetes med 31%. Som det fremgår, er det ikke formelt muligt at vurdere den isolerede effekt af træningen i forhold til diæten i 3 af de anførte studier, men interventions-



Sports Foto

gruppen havde kun et beskedent vægttab.

I den finske undersøgelse var vægttabet efter to år 3,5 kg for interventionsgruppen versus 0,8 kg for kontrolgruppen. Interventionsgruppen havde således et fald i BMI fra ca. 31 til ca. 30 i den finske undersøgelse, og et reduceret BMI fra 34 til 33 i den amerikanske undersøgelse.

Træningsmængde og træningstype

Der er overvejende information vedrørende aerob træning ved moderat intensitet over lang tid, men styrketræning med mange repetitioner øger insulinfølsomheden i eksperimentelle design og er formentlig effektiv i forebyggelsen af type 2-diabetes.

Et randomiseret, klinisk kontrolleret forsøg vurderer effekten af træningsmængde og intensitet i en undersøgelse, der inkluderer 111 inaktive overvægtige mænd med mild til moderat dyslipidæmi. Forsøgspersonerne blev randomiseret til en kontrolgruppe eller 8 måneders fysisk træning ved høj mængde/høj intensitet (32 km per uge 65-80% af maksimal iltoptagelse (VO_{2max})); lav mængde/høj intensitet (19 km per uge 65-80% af VO_{2max}) eller lav mængde/lav intensitet (19 km per uge 40-55% af VO_{2max}). De tre træningsgrupper brugte henholdsvis i 171 min; 114 min og 167 min per uge. Forsøgspersonerne blev opfordret til at holde vægten, og personer med meget stort vægttab blev ekskluderet. Trods dette var der små, men signifikante vægttab i træningsgrupperne. Der blev udført undersøgelse af insulinfølsomheden ved hjælp af 3 timers intravenøs glukose tolerance test (IVGTT) før og efter træningsperioden. Alle tre træningsregimer øgede insulinfølsomheden markant. Der var størst effekt i grupperne lav mængde/høj intensitet og høj mængde/høj intensitet og ingen forskel på disse to grupper hvad angår insulinfølsomheden målt ved IVGTT. Der var således størst effekt i de to grupper, hvor den samlede træningsvarighed var størst (omkring 170 min per uge). Hverken intensitet i sig selv eller tilbagelagt distance havde effekt på insulinfølsomheden i omtalte undersøgelser. Disse resultater er endnu ikke konfirmeret i andre undersøgelser. Styrketræning og aerob træning har

uafhængige effekter hos personer med insulin resistens.

Diabetes type 2

Vedvarende insulin resistens kan resultere i Type 2-diabetes - en metabolisk sygdom karakteriseret ved hyperglykæmi og abnormiteter i glukose-, fedt- og proteinstofskiftet. Type 2-diabetes har næsten altid været til stede i flere år, inden diagnosen stilles, og mere end halvdelen af alle nydiagnosticerede diabetespatienter viser tegn på sendiabetiske komplikationer. Disse omfatter særligt diabetiske storkarsygdomme i form af iskæmisk hjertesygdom, apopleksi og underekstremitetsiskæmi, men mikrovaskulære komplikationer som nefropati, retinopati, herunder særligt diabetisk makulopati, er hyppigt forekommende. For patienter med nyopdaget type 2-diabetes er prævalensen for perifer arteriosklerose 15%, iskæmisk sygdom 15%, apopleksi 5%, retinopati 5-15% og mikroalbuminuri 30%. Man finder endvidere høj forekomst af andre risikofaktorer, således er 80% overvægtige, 60-80% har hypertension og 40-50% har dyslipidæmi. Mortaliteten er 2-4 gange baggrundsbefolkningens, heraf 75% pga. kardiovaskulær sygdom. Multifaktoriel intensiv intervention forebygger sendiabetiske komplikationer.

Kontrol af blodsukker

Der foreligger en metaanalyse fra 2001, der vurderer effekten af mindst 8 ugers træning på glykæmisk kontrol. Metaanalysen omfattede 14 kontrollerede kliniske forsøg, i alt 504 patienter. Tolv studier vurderede effekten af aerob træning (mean (SD), 3,4 (0,9) gange/uge i 18 (15) uger og 2 studier vurderede styrketræning (mean (SD) 10 (0,7) øvelser, 2,5 (0,7) sæt, 13 (0,7) repetitioner, 2,5 (0,4) gange/uge i 15 (10) uger. Der kunne ikke påvises forskelle i effekten af aerob og styrketræning. Der kunne heller ikke påvises en dosis-respons-effekt, hverken med hensyn til intensitet eller varighed af træning. Efter interventionen var HbA1c lavere i træningsgruppen end i kontrolgruppen (7,65% versus 8,31%, dvs. en forskel på 0,66%, $p<0,001$). Til sammenligning gav intensiv glykæmisk kontrol med metformin en reduktion af HbA1c på 0,6%, men en reduktion af risikoen på

32% for diabetesrelaterede komplikationer og på 42% for diabetesrelateret mortalitet. En metaanalyse omfattende 95.783 personer viste, at fastebloodsukker er stærkt relateret til den kardiovaskulære morbiditet. Effekten af fysisk træning på HbA1c er således en klinisk relevant effekt. Et mindre studium inkluderede 22 patienter med type 2 diabetes og fandt, at styrketræning var mere effektivt end aerob træning.

Der var ingen effekt af træning på kropsvægt. Der er flere mulige forklaringer på sidstnævnte: Træningsperioden var relativt kort, patienterne overkompenserede for deres energitab ved at spise mere, eller patienterne tabte fedt, men øgede mængden af fedtfri masse. Der er holdepunkt for at antage, at sidstnævnte er den vigtigste forklaring. Det er kendt, at inaktive personer der begynder at træne, øger deres fedtfrie masse. Kun ét af de studier, der blev inkluderet i metaanalysen, vurderede abdominal fedme ved hjælp af MR-scanning. Det aerobe træningsprogram (55 min 3 gange om ugen i 10 uger) resulterede i reduktion af abdominalt subkutant fedt (227,3 cm^2 til 186,7 cm^2 , $p<0,05$) og visceralt fedt (156,1 cm^2 til 80,4 cm^2 , $p<0,05$). Samme studium fandt ikke effekt af træning på kropsvægt.

Siden metaanalysen har vi identificeret et studium, der vurderede effekten af kombineret aerob og styrketræning i form af cirkeltræning 3 gange 1 time pr. uge i 8 uger. Der fandtes et fald i HbA1c fra 8,5 til 7,9, $p<0,05$; fald i fastebloodglukose fra 12,0 til 9,8 mmol/l $p<0,05$, samt signifikant stigning i maksimal iltoptagelse (VO_{2max}) og muskelstyrke. Der var ingen effekt på kropsvægt, men signifikante fald i procent kropsfedt, sum af hudfolder og talje-hofte-ratio.

Effekt på kondition og styrke

Dårlig kondition er en uafhængig prognostisk markør for død hos patienter med type2-diabetes. En metaanalyse vurderer effekten af mindst 8 ugers fysisk træning på den maksimale iltoptagelse (VO_{2max}). I alt 266 patienter med type2 diabetes indgik i metaanalysen. Den gennemsnitlige træning bestod i 3,4 sessioner per uge; varighed 49 min per session; intensitet 50-75%: gennemsnit 20 uger. Samlet var der en stigning



Sports Foto

i $VO_2\max$ på 11,8% i træningsgruppen versus et fald på 1% i kontrolgruppen.

Ældre patienter med type 2-diabetes ($n=31$) blev randomiseret til styrketræningsprogram i 24 måneder. Den gennemsnitlige øgning af muskelstyrken var 31% i træningsgruppen, mens kontrolgruppen ikke ændrede adfærd. Patienter med type 2-diabetes er således trænbare med hensyn til såvel kondition som styrke.

Motivation

Patienter med type 2-diabetes kan motiveres til at ændre fysiske aktivitetsvaner efter konsultation. Halvfjerds inaktive patienter med type 2-diabetes modtog standardinformation om, at "regelmæssig fysisk aktivitet fremmer sundheden". De blev derefter randomiseret til enten ingen konsultation eller 30 minutters individuel konsultation med information/instruktion om fysisk aktivitet baseret på transteoretisk model. Interventionsgruppen øgede mængden af moderat fysisk aktivitet vurderet ved accelerometer (trin-tæller) ($p<0,001$) og opnåede signifikant fald i systolisk blodtryk ($p<0,05$) og HbA1c ($p<0,05$).

"Det første skridt program" (FSP) er udviklet i samarbejde med en række diabetes organisationer. Programmet sigter mod at øge patienternes forståelse for betydningen af at gå i dagligdagen og på arbejde. Der anvendes en skridttæller til at monitorere daglig aktivitet og som feedback og opmuntring til at øge antallet af skridt i dagligdagen. "FSP" blev anvendt som intervention i en gruppe diabetespatienter.

Overvægtige patienter med type 2-diabetes ($n=47$) blev randomiseret til FSP eller kontrol. FSP gruppen øgede antal skridt med 3000 skridt/dag ($p<0,0001$).

Da en øgning af insulinfølsomheden med fysisk træning betyder, at en større mængde glukose kan optages i de insulinfølsomme væv under et mindre forbrug af insulin, er det ovenfor nævnte fald i glykæmisk niveau forventeligt. Det er således også en klinisk erfaring, at en øget insulinfølsomhed som følge af vægttab og/eller fysisk træning må ledsages af en reduktion i evt. antidiabetisk tablet- eller insulinbehandling. En reduktion af hyperinsulinemien – i fald en sådan er til stede – er ligeledes vist, både med og uden diætinervention. Flere studier har dog

vist uændret, forhøjet insulinniveau efter træning, men aldrig en stigning. Et fald i hyperinsulinemien er ønskværdigt, da denne er risikofaktor for aterosklerose og hypertension.

Fysisk træning har herudover en række andre veldokumenterede effekter, som er af betydning for patienter med type 2-diabetes. Som anført ovenfor, forekommer hypertension hos 60-80% af patienter med type 2-diabetes. Den positive effekt af træning på hypertension er veldokumenteret hos ikke-diabetiske personer (se afsnittet om hypertension). Patienter med type 2-diabetes er præget af diastolisk dysfunktion i venstre ventrikel, endotel dysfunktion og kronisk low-grade-inflammation med forhøjede niveauer af f.eks. C-reaktivt protein. Sidstnævnte er af dårlig prognostisk værdi. Fysisk træning øger venstre ventrikels diastoliske fyldning, øger den endoteliale vasodilatoriske funktion og inducerer antiinflammatoriske effekter.

Træningsmængde og træningstype

Der er først og fremmest erfaring med aerob træning, men styrketræning med mange repetitioner er også vist at være effektivt. En metaanalyse fra 2003 vurderede effekten af mindst 8 ugers fysisk træning og fandt, at fysisk træning ved relativ høj intensitet var associeret med fald i HbA1c ($r = -0,91$, $p = 0,002$), mens der ikke fandtes en signifikant association mellem mængden af fysisk aktivitet og fald i HbA1c ($r = -0,46$, $p = 0,26$). Disse korrelationer er til dels i modstrid med et interventionsstudium, der viste at regelmæssig fysisk træning øgede insulinfølsomheden hos inaktive uden diabetes – en effekt, der var størst for dem, der brugte meget tid på at være aktive, mens intensiteten ikke var af betydning. Planlagt og daglig træning er optimal af hensyn til insulinbehandling og -justering og diætregulering.

Dyslipidæmi

Dyslipidæmi er forhøjet koncentration af kolesterol og triglycerid i blodet. Primære dyslipidæmier forårsaget af miljøpåvirkninger og genetiske faktorer er langt de hyppigste og udgør ca. 98 % af alle dyslipidæmier. Isoleret hyperkolesterolæmi og kombineret dyslipidæmi er de hyppigste former for dyslipidæ-

mi og skyldes for de fleste menneskers vedkommende et for stort indtag af fedt. Disse former for dyslipidæmi er associeret med øget risiko for aterosklerose. Ved isoleret hyperkolesterolæmi ses forhøjede koncentrationer af LDL-kolesterol. Ved kombineret dyslipidæmi ses forhøjet triglycerid, forhøjet LDL-, IDL- og VLDL-kolesterol, men lavt HDL-kolesterol. Høj koncentration af LDL medfører, at disse partikler presses ind i intima, hvor de oxideres og optages af makrofager. Således dannes først fedtlæsionen og senere aterosklerose med intra- og ekstracellulær kolesterolaflejring, fibrose, celledød og egentlig forkalkning. Triglyceridforhøjelse med samtidig let kolesterolförhøjelse betyder, at der også er en forhøjelse af IDL- og VLDL-partikler i blodet. Disse partikler fanges måske endda nemmere end LDL-partiklen i intima og fremmer derved ligeledes ateroskleroseudvikling. Lav koncentration af HDL-partikler betyder formentlig, at fjernelsen af kolesterol fra karvæggen er nedsat, og at der derfor indirekte dannes mere aterosklerose.

Der er konsensus om, at fysisk aktivitet beskytter mod udvikling af kardiovaskulære sygdomme, og det har været foreslået, at én af mange mekanismer kunne være en positiv effekt af træningen på blodets lipidprofil.

Evidensbaseret grundlag for fysisk træning

Der er i dag betydelig evidens for, at fysisk træning, uafhængigt af vægttab, inducerer hensigtsmæssig effekt på blodets lipidprofil. En række oversigtsartikler opsummerer denne viden. En metaanalyse fra 2001 omfattede 51 studier, hvoraf de 28 var randomiserede, kontrollerede studier (4.700 personer). I de fleste studier bestod interventionen i træning ved moderat til hård intensitet 30 min pr. gang 3-5 gange om ugen i mere end 12 uger. I træningsstudier, hvor diæten var holdt konstant, fandtes en gennemsnitlig stigning i HDL på 4,6% ($p < 0,05$), et fald i triglyceridkoncentration på 3,7% ($p < 0,05$) og i LDL på 5% ($p < 0,05$), men ingen ændringer i totalcholesterol. Metaanalysen er præget af nogen heterogenitet blandt studier og sammenblanding af ikke-randomiserede undersøgelser. Der er enkelte studier, der sammenligner forskellig

arbejdsintensitet, men ingen studier sammenligner forskellig arbejds mængde, og evt. dosis-respons-sammenhæng kan ikke vurderes. Superviseret fysisk træning reducerer mængden af VLDL hos personer med type2 diabetes.

Et nyligt, randomiseret, klinisk kontrolleret forsøg vurderer effekten af træningsmængde og intensitet i en undersøgelse, der inkluderer 111 inaktive, overvægtige mænd med mild til moderat dyslipidæmi. Forsøgspersonerne blev randomiseret til en kontrolgruppe eller 8 måneders fysisk træning ved høj mængde/høj intensitet (32 km pr. uge 65-80% af maksimal iltoptagelse (VO_{2max})); lav mængde/høj intensitet (19 km pr. uge 65-80% af VO_{2max}) eller lav mængde/lav intensitet (19 km pr. uge 40-55% af VO_{2max}). Dette studium udmærker sig ved at evaluere en ekstensiv lipidprofil, hvor også størrelsen af lipoproteinpartiklerne indgår. Forsøgspersonerne blev opfordret til at holde vægten, og personer med meget stort vægttab blev ekskluderet. Trods dette var der små, men signifikante vægttab i træningsgrupperne. Alle træningsgrupper opnåede positiv effekt på lipidprofilen i forhold til kontrolgruppen, men der var ingen markant forskel i effekten af de to grupper med lav mængde fysisk træning, på trods af at den gruppe, der trænede ved høj intensitet, opnåede større forbedring i konditionen. Der var markant bedre effekt af høj mængde fysisk træning på stort set alle lipidparametre, dette på trods af at de to grupper med høj inten-

sitetstræning opnåede den samme forbedring i fitnessniveau. Der var ingen effekt på total kolesterol. Høj mængde/høj intensitetstræning reducerede koncentrationer af LDL, IDL og små LDL-partikler og øgede størrelsen af LDL-partiklerne og koncentrationen af HDL. Alle grupper havde positiv effekt på koncentrationerne af triglycerid, VLD-triglycerid og størrelsen af VLDL. Der var således klar effekt af træningsmængde, men ingen effekt af træningsintensitet.

Effekten af fysisk aktivitet på HDL er klinisk relevant om end noget mindre end den effekt, man kan opnå ved anvendelse af lipidsænkende medikamina. Det er estimeret, at hver gang HDL stiger 0,025 mmol/l, reduceres den kardiovaskulære risiko med 2% for mænd og med mindst 3% for kvinder. Træning inducerede en gennemsnitlig stigning i HDL på 0,125 mmol/l.

Træningsmængde og træningstype

Den fysiske træning skal være af høj mængde, men kan være enten af moderat eller høj intensitet.

Hypertension

Hypertension er en vigtig risikofaktor for apoplexia cerebri, akut myokardieinfarkt, hjerteinsufficiens og pludselig død. Grænsen mellem lavt og normalt blodtryk er ikke skarp, da hyppigheden af de nævnte hjerte-kar-sygdomme stiger med blodtryksniveauet allerede fra relativt lave blodtryk. En nyligt publiceret metaanalyse omfattende 61

Blodtryk (BT) (mm Hg)	Systolisk	Diastolisk
Optimalt BT	<120	<80
Normalt BT	<130	<85
Højt normalt BT	130-139	85-89
Mild hypertension	140-159	90-99
Grænseværdier	140-149	90-94
Moderat hypertension	160-179	100-109
Svær hypertension	>180	>110
Isoleret systolisk hypertension	>140	>90

Tabel 1. WHO's blodtryksgrænseværdier (1999)

prospektive studier (1 mio. mennesker) viste, at risikoen for kardiovaskulær mortalitet faldt lineært med faldende blodtryk indtil et systolisk blodtryk på under 115 mm Hg og diastolisk blodtryk på under 75 mm Hg. Et fald på 20 mm Hg i systolisk blodtryk eller 10 mm Hg i diastolisk blodtryk halverer risikoen for kardiovaskulær mortalitet. F.eks. har en person med et systolisk blodtryk på 120 mm Hg halvt så stor risiko for kardiovaskulær mortalitet som en person med systolisk blodtryk på 140 mm Hg. Behandlingskrævende hypertension defineres som systolisk blodtryk >140 og diastolisk blodtryk >90 mm Hg. Ca. 20% af befolkningen har ifølge denne definition forhøjet blodtryk eller tager blodtryksnedsættende medicin.

Grænserne for optimalt eller normalt blodtryk, mild, moderat og svær hypertension er arbitrære. WHO fastsatte i 1999 nye grænseværdier (se tabel 1).

Evidensbaseret grundlag for fysisk træning

Effekt på hvileblodtryk (normotensive og hypertensive): Den positive effekt af træning på blodtrykket er veldokumenteret. En metaanalyse, omfattende 54 randomiserede, kontrollerede forsøg (2.419 personer) fandt, at aerob træning (mindst 2 uger) var associeret med reduktion af det systoliske blodtryk på gennemsnitligt 3,84 mm Hg (95% CI -4,97 til -2,72, $p < 0,001$) og det diastoliske blodtryk på 2,58 mm Hg (95% CI -3,35 til -1,81, $p < 0,001$). Effekten af træning steg ved eksklusion af studier, der ikke havde blodtryk som primært endepunkt, ved eksklusion af studier, hvor træningen ikke var superiseret og ved eksklusion af studier med multiple interventioner. Træningsmængden havde signifikant effekt på blodtrykket, men ikke træningsintensiteten. Hverken den initiale vægt eller et eventuel vægttab i tilslutning til træning havde isoleret effekt på blodtrykket.

En anden metaanalyse ekstraherede 44 randomiserede, kontrollerede studier af aerob træning (mindst 4 uger). I hele gruppen ($n=1529$) resulterede træning i et fald i det systoliske blodtryk på 3,4 mm Hg og det diastoliske blodtryk på 2,4 mm Hg. Der er således stor

overensstemmelse mellem de forskellige metaanalyser.

En metaanalyse omfattende 16 blandede randomiserede og ikke-randomiserede studier vurderede effekten af gangtræning og fandt, at denne moderate form for fysisk aktivitet inducerede blodtryksfald på 3 mm Hg (systolisk blodtryk) og 2 mm Hg (diastolisk blodtryk) hos normotensive.

En metaanalyse omfattende 10 randomiserede, kontrollerede studier viste, at styrketræning i mindst 6 uger inducerede fald i både det systoliske og det diastoliske blodtryk på 3 mm Hg hos normotensive patienter, men der var ingen information om effekten af styrketræning hos patienter med hypertension.

Effekt på hvileblodtryk (hypertensive patienter): En såkaldt "position stand" fra "American College of Sports Medicine" ekstraherede data fra i alt 16 studier omfattende personer med hypertension (systolisk blodtryk > 140; diastolisk blodtryk > 90 mm Hg) og fandt, at effekten af fysisk træning hos personer med hypertension var et blodtryksfald på 7,4 mm Hg (systolisk) og 5,8 mm Hg (diastolisk). Det er et generelt fund, at den blodtrykssænkende effekt af fysisk træning har størst effekt hos de patienter, der har mest brug for det.

Døgn-blodtryksmåling (24 timer) blev udført i 11 studier og viste samme effekt af træning som i ovennævnte studier.

Vi har identificeret en række andre systematiske oversigtsartikler, som ikke skal nævnes her, enten 1) fordi der er betydeligt overlap med de allerede nævnte, 2) det ikke har været muligt at identificere de randomiserede forsøg

eller 3) fordi der er ingen eller sparsomme oplysninger om personer med hypertension.

Akut effekt af fysisk aktivitet: Fysisk aktivitet inducerer fald i blodtrykket efter det fysiske arbejde. Dette blodtryksfald varer typisk 4-10 timer, men er målt op til 22 timer efter. Blodtryksfaldet er i gennemsnit 15 og 4 mm Hg for henholdsvis det systoliske og diastoliske blodtryk. Dette betyder, at personer med hypertension kan opnå normotensive værdier i mange af døgnets timer og antages at være af væsentlig klinisk betydning.

Alt i alt finder vi det veldokumenteret, at træning af hypertensive personer inducerer et blodtryksfald på 7,4 og 5,8 mm Hg. Dette blodtryksfald er klinisk relevant. Ved konventionel behandling med blodtrykssænkende midler opnås typisk et fald i diastolisk blodtryk på dette niveau, hvilket på sigt giver en estimeret reduktion i apopleksidødsfald på 30% og en reduktion i risiko for iskæmisk hjertedød på 30%. Den nye metaanalyse omfattende 1 mio. personer beregner, at reduktion i det systoliske blodtryk på blot 2 mm Hg vil reducere apopleksimortaliteten med 10% og død af iskæmisk hjertesygdom med 7% blandt midaldrende. Disse beregninger er i overensstemmelse med ældre analyser. Et nyligt publiceret studium viser, at antihypertensiv effekt af regelmæssig træning som motionsterapi kan opretholdes i i hvert fald 3 år.

Træningsmængde og træningstype

Alle patienter med hypertension (såvel medikamentelt behandlede som ubehandlede) har gavn af fysisk træning.

	BMI (kg/m ²)	Risiko for følgesygdomme
Normalvægt	18,5-24,9	—
Overvægt	25-29,9	let øget
Svær overvægt/fedme	>30	—
- klasse I	30-35	moderat øget
- klasse II	35-40	meget øget
- klasse III (ekstrem overvægt)	>40	voldsomt øget

Tabel 2. Kriterier for inddeling i overvægt og fedme.

Den fysiske træning skal fortrinsvis være aerob træning af moderat intensitet. Hos patienter med mild hypertension er det rimeligt at forsøge ikke-farmakologisk behandling i form af fysisk aktivitet, diæt og rygeophør i en periode på 3-6 måneder inden stillingtagen til medicinsk behandling.

Adipositas

Overvægt er en tilstand, hvor en unormalt stor del af legemsvægten udgøres af fedt. I den almindelige kliniske hverdag stilles diagnosen sædvanligvis ved bestemmelse af legemsmasseindekset (BMI = body mass index), som er vægten målt i kg divideret med højden målt i m, hvor højden er opløftet i anden potens. BMI er i de fleste tilfælde relativt tæt associeret til kroppens fedtmasse. Internationalt inddeles overvægt i forskellige grader efter størrelsen af BMI. Kriterier for inddeling i overvægt og fedme gives i tabel 2. Det er vigtigt at fremhæve, at ændringer af kropssamensætning, fx i retning af mere muskelmasse og mindre fedtmasse, ikke nødvendigvis indebærer ændringer af kropsvægten eller BMI. Vurdering af fedtmængde og fedtfordeling kan vurderes ved forskellige former for scanning (CT, MR-scanning, DXA-scanning).

Fra sessionsundersøgelser vides, at forekomsten af fedme er steget med en faktor på ca. 30 gennem de sidste 40 år. Danskerne er blevet mere overvægtige i 10-års-perioden fra 1982 til 1992, hvor forekomsten af fedme blandt midaldrende (30-60 år) er steget med 30%. Blandt unge er forekomsten af fedme steget omtrent 5 gange i efterkrigsårene. 10-12% af hele den voksne, danske befolkning lider af egentlig fedme (BMI >30), hvilket svarer til ca. 400.000 personer. Hertil kommer den hyppigere bugfedme, som skønnes at være til stede hos 30 procent af voksne mænd og hos en mindre del af voksne kvinder. Dødeligheden er kun let øget hos personer med overvægt, mens dødeligheden er øget med en faktor 2 blandt egentligt fede personer (BMI >30) sammenlignet med normalvægtige. Den øgede dødelighed skyldes overvejende øget forekomst af kardiovaskulær sygdom. Ekstrem fedme (BMI >40) er i en gruppe af 25-30-årige fundet at have en overdødelighed helt op til 10-12 gange.



Sports Foto

Evidensbaseret grundlag for fysisk træning

Betydningen af fysisk aktivitet for vægttab vurderet ved kropsvægt eller BMI er kontroversiel, men fysisk træning medfører reduktion i fedtmasse og bugfedme og modvirker muskelmasse under slankekur. Der er stærk evidens for, at fysisk aktivitet er vigtig for at forebygge vægtøgning generelt, herunder at bevare kropsvægten efter vægttab.

Fysisk træning som middel til vægttab

En metaanalyse inkluderede studier omfattende personer med BMI >25 (overvægtige eller fede), som tillod at vurdere den isolerede effekt af fysisk træning på fedme, vurderet ved hjælp af scanning. Der blev identificeret 9 randomiserede, kontrollerede studier og 22 ikke-randomiserede studier.

Blandt de randomiserede studier var det klart, at kortere intervention (<16 uger) medførte et større energiforbrug og fedtmassetab.

120 inaktive overvægtige mænd og kvinder (40-65 år) blev randomiseret til fire grupper: 8 mdrs fysisk træning i form af enten 1) lav mængde/lav intensitet, 2) lav mængde/høj intensitet eller 3) høj mængde/høj intensitet eller 4) kontrol. Forsøgspersonerne var ikke på diæt. Der var positiv effekt af alle tre trænings regimer på såvel kropsvægt som fedtmasse og central fedme. Høj mængde fysisk træning inducerede de største ændringer, mens der ikke var effekt af intensitet.

I et studium blev 52 mænd med fedme randomiseret til 1) diætinduceret vægttab, 2) træningsinduceret vægttab, 3) træning uden vægttab eller 4) kontrol og blev fulgt i 3 måneder. Vægttabet var 7,5 kg i begge vægttabsgrupper,

og vægten var konstant i de to andre grupper. I begge træningsgrupper øgedes maksimal iltoptagelse (VO₂max). Fedtmassetabet var 1,3 kg større i den vægttabsgruppe, der trænede. Den viscerale fedme aftog i begge træningsgrupper.

I alt 35 overvægtige mænd blev randomiseret til enten en kontrolgruppe (n=6), en diætgruppe (n=8), en gruppe behandlet med diæt og aerob træning (n=11) eller en gruppe behandlet med diæt+aerob træning+styrketræning (n=10). Vægttabet i interventionsgrupperne var henholdsvis 9,64 kg, 8,99 kg og 9,9 kg og heraf udgjorde fedtmasse-tabet 69%, 78% og 97% af det totale vægttab. Diætgruppen havde et signifikant tab af muskelmasse. Samme projekt blev gennemført blandt 31 overvægtige kvinder. I dette studium var der ikke forskel på vægttabet, den procentuelle fedtmasse eller den fedtfrie masse, men i begge studier øgedes konditionen i træningsgrupperne, og muskelstyrken øgedes i den gruppe, der også styrketrænede.

Et dansk studium inkluderede 121 overvægtige postmenopausale kvinder, der blev randomiseret til diæt alene og diæt + fysisk træning. Det samlede vægttab var 9,5 kg versus 10,3 kg, men gruppen, der fik diæt alene, tabte 7,8 kg fedt, mens den gruppe, der trænede, tabte 9,6 kg fedt.

Fysisk træning som middel til at bevare kropsvægten

En metaanalyse fra 2001 inkluderer 6 ikke-randomiserede studier (n=492), der indeholder oplysninger om betydningen af fysisk aktivitet for at bevare kropsvægten efter vægttab. Gruppen af fysisk aktive og gruppen af fysisk inaktive havde et initialt vægttab på 21 kg og 22 kg, respektive. Efter 2,7 år var vægttabet i de to grupper 15 kg for de aktive og 7 kg for de inaktive.

Et dansk followupstudium inkluderede 118 overvægtige postmenopausale kvinder, der 6 måneder tidligere havde afsluttet et randomiseret vægttabsforsøg, hvor de var allokeret til enten 12 ugers diæt alene, diæt + fysisk træning eller kontrol. Der var ingen langtidseffekt af træning i de 12 uger, men markant effekt på kropsvægt og fedtmasse, hvis kvinderne fortsatte med at træne.

Observationelle studier finder gene-

relt god association mellem mængden af fysisk aktivitet og bevarelse af vægttab efter slankekur, bortset fra ét studium. Personer, der øger deres fysiske aktivitet efter en slankekur, holder vægten bedre, kun enkelte studier finder ikke nogen sammenhæng. Ikke-randomiserede vægtreduktionsstudier med prospektivt followup finder, at personer med høj grad af fysisk aktivitet tager mindre på i vægt end personer, der ikke træner. Kun ét studium fandt ikke en sådan sammenhæng.

Effekten af fysisk aktivitet på bevarelse af kropsvægten blev vurderet i 3 studier, hvor patienterne blev randomiseret til fysisk træning eller kontrol (n=672). Patienter, der trænede, havde en vægtøgning på 4,8 kg mod 6 kg i kontrolgruppen. En række studier vurderede patienter (n=475), der var randomiseret til et vægtreduktionsprogram med eller uden træning. Efter 1-2 år havde træningsgruppen i gennemsnit taget 4,8 kg på, mens kontrolgruppen havde taget 6,6 kg på. Tilsvarende data blev ekstraheret i en metaanalyse fra 1997. Blandt 493 moderat fede personer fandtes vægttabet at være 11 kg efter 15 ugers diæt eller diæt+træning. Efter ét år havde diætgruppen fortsat tabt 6,6 kg, mens træningsgruppen havde bevaret et vægttab på 8,6 kg.

En undersøgelse sammenlignede normalvægtige kvinder, hvoraf flere tidligere havde været overvægtige. Kvinderne blev fulgt i et år og herefter inddelt i en gruppe, der bevarede deres vægt (n=20) og en gruppe, der i gennemsnit tog 9,5 kg på (n=27). De kvinder, der tog på i vægt, havde et lavere fysisk aktivitetsniveau (p<0,01), mindre muskelstyrke (p<0,001) og et samlet lavere energiforbrug (p<0,001) både ved baseline og efter et år. Tilsvarende resultater blev rapporteret af andre.

Fysisk træning – andre effekter

Adipositas er ofte ledsaget af hypertension, hyperkolesterolæmi, hypertriglyceridæmi og insulinresistens. Effekten af fysisk træning på disse risikomarkører er beskrevet i selvstændige kapitler. Fedme er også ofte associeret med erektil dysfunktion. Fysisk træning forebygger erektil dysfunktion. Et randomiseret kontrolleret studium inkluderede 55 mænd med fedme og erektil dysfunktion (alder 35 til 55 år). Ved un-

dersøgelse to år efter havde den gruppe, der blev instrueret i vægttab ved hjælp af diæt og fysisk aktivitet, signifikant bedre index for erektil funktion end kontrolgruppen. Multivariatanalyse fandt uafhængig effekt af såvel vægttab som fysisk aktivitet på erektil funktion.

Træningsmængde og træningstype

Fortrinsvis aerob træning af moderat intensitet med stor mængde, gerne kombineret med styrketræning.

Ordination

Mange patienter har både insulinresistens, dyslipidæmi, hypertension og overvægt eller fedme og flere har symptomgivende, iskæmisk hjerte-kar-sygdom. Anbefalingerne må derfor i vid udstrækning individualiseres, men ordinationen følger de generelle anbefalinger for befolkningen. Målet er mindst en halv times motion af moderat intensitet (Borg skala 12-13 med korte perioder ved Borg skala 15-16) dagligt eller 3-4 timer ugentligt i form af f.eks. gåture i rask tempo, cykling, jogging, svømning og golf. Hvis træningen imidlertid skal have afgørende effekt, skal der stiles mod 1 times fysisk aktivitet dagligt. Denne patientgruppe skal primært træne deres stofskiftefunktion, dvs. fysisk træning af moderat intensitet og stor mængde – jo mere, jo bedre. Personer, der kan overkomme samtidigt at træne kredsløbskonditionen ved at øge intensiteten, opnår den fordel, at de kan tilbagelægge større distancer ved gang og jogging på mindre tid.

De fleste patienter med type 2-diabetes kan motionere uden særlige forholdsregler. Det er dog vigtigt, at patienter, der behandles med sulfonylurinstof, postprandiale regulatorer eller insulin, instrueres i forholdsregler så hypoglykæmi undgås. Forholdsregler omfatter blodsukkermonitorering, diætjustering samt medicinjustering. Følgende praktiske råd er foreslået af Dansk Endokrinologisk Selskab og ligger i forlængelse af Diabetesforeningens retningslinjer (www.diabetesforeningen.dk):

- For at undgå hypoglykæmi bør der indtages 10-15 g kulhydrat en halv time inden motion, såfremt blodglukose er tilfredsstillende. Under længere-

varende fysisk aktivitet bør 10-20 g kulhydratsnack (frugt, juice eller soda-vand) indtages for hver en halv times motion.

- Ved påbegyndelse af et specifikt træningsprogram bør patienten måle sit blod-sukker hyppigt under og efter træningen og derved lære sit individuelle respons på en given belastning af en given varighed. Optræder hypoglykæmi alligevel, må insulindosis eller perorale antidiabetika nedjusteres. Injektion af insulin bør ske i en region, som ikke er aktiv under træningen og udførelse af motion umiddelbart efter anvendelsen af regulær insulin eller en hurtigt-virkende analog kan ikke anbefales.

- Mange patienter med type 2-diabetes har kroniske komplikationer i bevægeapparatet (f.eks. smertende artroser) og iskæmisk hjerte-kar-sygdom. Neuropati indebærer, at der rettes særlig opmærksomhed på den motionerende diabetespatients fødder +/- neuropati og fodtøj. Opmærksomheden henledes på tilstedeværelsen af autonom neuropati, hvorfor Borg skalaen her er særlig velegnet til vurdering af belastningen i modsætning til hjertefrekvensen.

- Styrketræning skal være med mange repetitioner.

- Træning bør omfatte opvarmingsperiode 5-10 min og cool-down-periode på 5-10 min efter træning samt kulhydratindtagelse.

Kontraindikationer/forsigtighedsregler

Overordnet er faren ved at undlade motion større end faren ved motion, men der gælder specielle forsigtighedsregler.

Motion udskydes ved blodsukker > 17, indtil det er korrigeret. Det samme gælder ved lavt blodsukker < 7 mmol/l.

Ved hypertension og aktiv proliferativ retinopati frarådes hård intensitets-træning eller træning involverende Valsalva-lignende manøvre. Styrketræning udføres kun med lette vægte og med lav kontraktionshastighed.

Ved neuropati og truende fodsår afstås fra egen kropsbærende aktiviteter. Gentagne belastninger af neuropatiske fødder kan medføre ulcerationer og frakturer. Løbe/gå-bånd, lange gå/jog-

gingture og stepøvelser frarådes, mens ikke-kropsbærende motion anbefales f.eks. cykling, svømning og roning.

Man skal være opmærksom på patienter med autonom neuropati, der kan have svær iskæmi uden iskæmi-symptomer ("stum iskæmi"). Disse patienter har typisk hvile-takykardi, ortostatisme og dårlig termoregulation. Der er risiko for pludselig hjertedød. Henvisning til kardiolog, arbejds-ekg eller myokardiescintigrafi skal overvejes. Patienterne skal instrueres i at undgå motion under kolde/varme temperaturer samt sørge for sufficient hydrering ved motion.

I henhold til retningslinjer fra American College of Sports Medicine (ACSM) bør individer med blodtryk >180/105 først indlede farmakologisk behandling inden regelmæssig fysisk aktivitet indledes (relativ kontraindikation). Man har ikke påvist øget risiko for pludselig død eller apopleksi hos fysisk aktive personer med hypertension. ACSM rekommanderer forsigtighed ved meget intensiv dynamisk træning eller styrketræning med meget tunge løft. Ved kraftig styrketræning kan meget høje tryk opnås i hjertets venstre kammer (>300 mm Hg), hvilket kan være potentielt farligt. Særligt for patienter med venstresidig hypertrofi gælder tilbageholdenhed med kraftig styrketræning.

Ved iskæmisk hjertesygdom afstås fra de korte intensive arbejdsintensiteter (Borg skala 15-16). Ved iskæmisk hjertesygdom afstås fra intensive arbejdsintensiteter (Borg skala 15-16).

Kontaktadresse:

Bente Klarlund Pedersen
Centre of Inflammation and Metabolism
Epidemiklinikken og CMRC
Rigshospitalet 7641
Blegdamsvej 9
2100 Ø
Tel: 3545 7797
E-mail: bkp@rh.dk

Referencer

Fuld referenceliste (277 referencer) kan findes på
www.sportsfysioterapi.dk

Anbefalet litteratur

- Bente Klarlund Pedersen og Bengt Saltin: "Fysisk Aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling".
- Bente Klarlund Pedersen: "Recept på Motion – motion som forebyggelse". Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Bente Klarlund Pedersen: "Motion på recept – motion som behandling". Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2005.

I denne nye bog, der supplerer bogen "Recept på motion, motion som forebyggelse", præsenteres en række sygdomme, hvor der er videnskabelig dokumentation for, at fysisk træning er virksom som behandling.

Forfatteren formidler viden om fysisk træning som behandling af en række sygdomme som astma, depression, diabetes, hjertesygdom, rygerlunger, kræft etc., og der præsenteres instruktive og effektive træningsprogrammer.

Bogens primære målgruppe er patienter og pårørende, men den er desuden velegnet for sundhedsprofessionelle faggrupper i sygehusregi samt praktiserende læger, fysioterapeuter, hjemmesygeplejersker og hjemmehjælpere med kontakt til de patientgrupper, bogen omhandler.

MOTION PÅ RECEPT

Hvordan håndterer den praktiserende læge dette behandlingstilbud – til hvem, hvornår og hvordan?

Af Leif Skive, speciallæge i almen medicin og praktiserende læge i Hørsholm

Resume

De praktiserende læger er generelt positive indstillede overfor "Motion på Recept". Der er skepsis med hensyn til, om patienterne fortsætter med at motionere, når projekt-perioden er slut. Lægerne har mange kandidater til pilot-projekterne, men inkluderer ikke alle. Nogle patienter vurderes på forhånd at have så dårlig compliance, at chancen for at fuldføre træningen er minimal. Når proceduren ved henvisningen opfattes som besværlig og tidskrævende, har lægen tilbøjelighed til at fravælge "Motion på Recept". Hvis langtidseffekten af "Motion på Recept" bliver dokumenteret, og der kommer en simpel henvisningsprocedure, vil de praktiserende læger utvivlsomt gå mere helhjertet ind i at implementere det nye behandlingstilbud. Der er også stor bevågenhed overfor at motivere raske personer til at blive mere fysisk aktive – evt. som en start blot i form af mere aktivitet i hverdagen. Den praktiserende læge er et uundværligt led i "Motion på Recept" pga. deres meget nære og hyppige kontakt med patienterne.

De foreløbige erfaringer

Nærværende orientering om de foreløbige erfaringer med Motion på Recept (MPR) er skrevet på baggrund af mange samtaler med praktiserende læger (PL), både læger som deltager i MPR-projekter, og læger som ikke har muligheden for at henvise til MPR. Jeg har talt med læger fra hele landet, men mest indgående med læger fra Ribe amt og fra Frederiksborg amt. Ribe amt startede allerede i 2002 med MPR og er

derfor et eksempel på et projekt, som har gjort sig de første erfaringer. Frederiksborg amt er derimod først lige startet, og de er midt i en ikke helt problemfri indkøringsperiode. Konklusionerne på baggrund af disse samtaler er mine egne vurderinger og må på ingen måde opfattes som resultatet af en kontrolleret undersøgelse.

Jeg har også benyttet en meget grundig gennemgang af "Den praktiserende læges rolle i motion på recept" (1) med baggrund i Ribe amts forsøgsprojekt samt en "Del-evaluering af pilotprojekt "Motion på recept" i Frederiksborg Amt" (2).

Motion på recept er forsøgsprojekter

Selv blandt PL møder jeg ofte spørgsmålet "Hvordan er det egentlig, vi udskriver MPR? Hvordan ser recepten ud?" Det er en udbredt misforståelse både blandt professionelle og blandt lægfolk, at MPR allerede er indført som en fast bestanddel af PL's behandlingstilbud. Derfor vil jeg indledningsvis slå fast, at MPR *kun* eksisterer som forsøgsprojekter hos nogle PL i udvalgte amter. Amterne kan ses på Sundhedsstyrelsens hjemmeside (3). Der er altså ingen landsdækkende overenskomst med et ensartet MPR-koncept.

Da der er tale om pilotprojekter, betyder det også, at ikke alle patienter, som kunne have gavn af at deltage i MPR, har mulighed for at blive inkluderet. Projekterne har typisk udvalgt 2-3 diagnosegrupper, som kan deltage – i Frederiksborg amt f.eks. hypertension



MOTIONSRECEPTEN

(En praktisk manual til dig)

Navn: _____

Med mål for ugentlige ekstra energiforbrug: _____ kcal

Alkohol: _____

Bewegelsestid	Forbrugte kalorier pr. uge	Energiforbrug / kcal		Forbrugt energiforbrug / kcal pr. uge	Udvalgt pr. uge	
		pr. 10 min.	pr. 30 min.		Minuter	Energiforbrug
Gang, rolig		30	90			
Gang med hand		30	90			
Hurtigt arbejde, moderat indhold		40	120			
Kraftudvald, meget let		40	120			
Gymnastik, let		40	120			
Aktive hemsørelse		50	150			
Løbe med løb		50	150			
Overvægt, rolig		50	150			
Gavn, stærkt- og let		50	150			
Cykling, rolig		60	180			
Gymnastik, ikke rolig		60	180			
Cykling, moderat		65	195			
Gymnastik, moderat		70	210			
Jogging / løb		70	210			
Overvægt		75	225			
Robust		75	225			
Motocicl		80	240			
Jogging		80	240			
Tennis, single		90	270			
Overvægt, hurtig		100	300			
Cykling, hurtig		125	375			
Løb, 8 km, 10 km, 12 km		125	375			
Løb, 5 km, 10 km, 12 km		150	450			
Løb		170	510			

Indtast og underskrift: _____

eller
dyslipidæmi kombi-
neret med overvægt. Senere er også
patienter med type 2 diabetes blevet in-
kluderet.

I et typisk MPR-pilotprojekt-design består lægens rolle i at identificere de patienter, som opfylder inklusionskriterierne, det vil sige: har de rette diagnoser, er villige til at yde en vis selvbetaling og komme til de planlagte kontroller. Lægen skal indledningsvis tage forskellige blodprøver og derefter henviser til den fysioterapeutisk klinik, som varetager selve træningen. Ved afslutningen af træningsforløbet, som typisk er tre måneder, skal lægen gentage blodprøverne og evt. se patienten til yderligere kontrol med henblik på om aktiviteten fortsættes.

Stor interesse blandt praktiserende læger

Er PL de rette til at initiere MPR? Ja, vi er i alt fald i kontakt med de mulige MPR-kandidater. De PL ser over 75% af alle gruppe 1-sikrede i løbet af ét år og omkring 95% af alle tilmeldte patienter mindst én gang i løbet af tre år (1). Livsstilssygdommene har i de senere år optaget en stigende andel af den PL's konsultationer, og det var også at forvente, når vi ved, at WHO har forudsat, at 70% af alle sygdomme i 2020 vil være livsstilsbetingede.

Patienterne er også blevet mere opmærksomme på disse sygdomme og efterspørger nu oftere ydelser, som kan opdage eller monitorere f.eks. dyslipidaemi, hypertension eller type 2 diabetes. Bevidstheden om motion som sundhedsfremmende faktor er også stigende, og forespørgsler om at få målt kondital er så småt begyndt at dukke op. Vi har altså kandidaterne til MPR. Har vi også forudsætningerne for at behandle dem kvalificeret? De læger, som i dag er PL, har ikke hørt et eneste ord om MPR under studiet, og kun de sidst tilkomne kolleger har kendt til begrebet, inden de blev PL. Det har derfor i høj grad været op til den enkelte PL, om han/hun har stiftet bekendtskab med MPR ud over, hvad der har været omtalt i dagspressen.

Min fornemmelse har været og er stadig, at PL har vist meget stor imødekommethed og interesse overfor MPR. De kurser – både aften-, éndags- og ugekurser – som jeg selv enten har undervist på eller deltaget i, har haft stor deltagelse af PL, som har været meget åbne og positive overfor det nye begreb. Motion og herunder også MPR er nu også naturligt blevet en integreret del af kurser, som beskæftiger sig med livsstilssygdomme – typisk kurser om type 2 diabetes.

Materiale om Motion på recept

Den PL har haft ret sparsom tilgang til skriftlige kilder, hvis han/hun ville vide noget om MPR.

Dette forhold er der dog i de senere år blevet rådet bod på, idet f.eks. Bente Klarlund Pedersen har bidraget med flere bøger om emnet (4, 5). Bente Klarlund Pedersen og Bengt Saltin udgav i 2003 "FYSISK AKTIVITET – håndbog om forebyggelse og behandling" i

Sundhedsstyrelsens regi. (6) Denne bog danner grundlaget for det videre arbejde med MPR i Danmark – både for fysioterapeuter og læger. I 2004 udgav jeg for Komiteen for Sundhedsoplysning, PLO og DSAM "Motionsmanualen" med en netbaseret "Motionsrecept" tilknyttet (7). Den var et forsøg på at give en kortfattet vejledning til den PL om, hvordan MPR og evt. blot mere fysisk aktivitet i hverdagen kunne indgå i ordinationsmønstret i det daglige arbejde. Herudover har f.eks. Danske Fysioterapeuter, Giftforeningen, Kræftens bekæmpelse, Sundhedsstyrelsen og mange andre foreninger udgivet mange lødige skriftlige vejledninger vedr. MPR eller blot om mere fysisk aktivitet i hverdagen.

Den praktiserende læge har travlt

Det er næppe nogen hemmelighed, at den PL er meget tidspresset. Har den PL overhovedet tid til at sætte sig ind i MPR endsige tid til at udskrive det? Svaret på dette spørgsmål afhænger i høj grad af, hvordan den PL's rolle bliver i et fremtidigt MPR-koncept – mere om det senere.

Hvorfor er den PL så tidspresset? Det skyldes primært to faktorer. For det første er der i de senere år blevet udlagt flere og flere opgaver til primærsektoren fra sygehusvæsenet. For det andet er antallet af PL'er dalende – det er vanskeligt at forudsige, hvor galt det bliver, men en mangel på omkring 30% af de PL i løbet af de næste 5-6 år kan vise sig at blive en realitet. Det betyder selvfølgelig, at de resterende læger vil få pålagt en ekstra arbejdsbyrde, som i sidste ende kan forøge manglen på PL, idet ældre læger vil være mindre tilbøjelige til at fortsætte et par år længere, hvis arbejdspresset bliver for stort. Manglen på PL kan blive meget regionsbestemt, idet det typisk er yderområderne, som bliver ramt.

En praktiserende læge, som af disse årsager konstant er under tidspres, vil ikke uden betænkeligheder gå ind i nye initiativer, som – om end nok så vigtige – yderligere vil tære på den kostbare tid. Det er derfor af allerstørste vigtighed, at et kommende MPR-koncept tager hensyn til den PL's begrænsede tid. Hvis ikke det sker, vil MPR risikere at sygne hen, allerede inden det er kommet rigtigt i gang.

Et aktuelt eksempel på, hvor meget tidsfaktoren og enkeltheden i udskrivning af MPR betyder, er kommentarer fra læger i henholdsvis Frederiksborg amt og Ribe amt. Hvor lægen i Ribe blot skal sætte et kryds på den kendte fysioterapeuthenvisning, skal lægen i Frederiksborg amt i denne startfase af projektet på nettet for at hente og udfylde en speciel formular. Det opfattes som en lidt besværlig og tidsrøvende procedure, som kan være med til at forklare det meget lave antal udskrevne recepter på motion i Frederiksborg amt. Der blev kun udskrevet 56 recepter mod et forventet antal på 160.

I Motionsmanualen blev der lagt op til, at den PL ideelt efterhånden selv kunne ordinere og følge patienten i forbindelse med MPR. Med den forventede lægemangel står det klart, at kun meget motiverede læger med særlig interesse indenfor området kan tænkes at følge denne ambitiøse version af MPR. Motionsmanualens udtrykte, realistiske mål var dog også "kun" at gøre den PL bedre i stand til at vurdere muligheder og begrænsninger i en patients deltagelse i MPR og bedre at kunne diskutere disse forhold med fysioterapeuten.

Hvis lægen blot skal konstatere, at der hos en patient er behov for MPR og så sætte et kryds og sende patienten videre, vil det ikke kræve en særlig stor indsats. Men ligesom ved ændringer af de andre livsstilsfaktorer har den PL ofte højere ambitioner i retning af at kunne motivere patienten til aktivt at gå ind i det pågældende forløb – hvad enten det drejer sig om rygestop, vægttab eller MPR. Så snart vi begiver os ind i at motivere patienten – typisk vha. "Den motiverende samtale" (8) – accelererer tidsforbruget. Holdningen til dette yderligere tidsforbrug er forskelligt hos de læger, jeg har talt med. Nogle føler det som en helt naturlig og nødvendig ting at bruge tid på, mens andre ikke mener, det er deres opgave.

Hvis et fremtidigt MPR-koncept indebærer et motiverende forløb, kan det blive vanskeligt at få fuld opbakning til det, medmindre den aktuelle tendens til at uddelegere lignende arbejdsopgaver til praksissygeplejersker yderligere breder sig. Et MPR-koncept indeholdende "Motiverende samtale" vil naturligvis også indebære en økonomisk

komensation til den PL, idet tidsforbruget vil stige drastisk i lighed med den nuværende honorerede "Forebyggelseskonsultation". Ved denne konsultation vurderes patientens risiko for hjerte-kar-død vha. samtale og forskellige prøver.

Holder konceptet på langt sigt?

De PL'er er ikke i tvivl om, hvorvidt motion er gavnligt, men de er i høj grad usikre på, om selve MPR-konceptet på lang sigt har nogen effekt. Sporene skræmmer. Vi har mange erfaringer fra tidligere forløb med patienter, som enten skulle tabe sig eller holde op med at ryge. Det går godt, så længe vi holder dem i kort snor, men i løbet af få

måneder på egen hånd vil langt de fleste igen være tilbage ved udgangspunktet.

Den samme risiko vil uden tvivl også være til stede for motion. Hvis ikke der sker en solid forankring i en aktivitet, *inden* tilknytningen til projektet ophører, er der en stor risiko for, at deltageren igen falder tilbage til inaktiv livsførelse.

Den PL kender også sine patienter så godt, at nogle af dem simpelthen ikke får tilbudt MPR, selv om de opfylder inklusionskriterierne. Det skyldes tidligere dårlige erfaringer, hvor patienten gentagne gange har vist, at de slet ikke er i stand til at gennemføre f.eks. aftaler om vægtreduktion. Både bekymrin-

gen for resultatet på lang sigt og patientens umiddelbare dårlige compliance har en negativ indflydelse på lægens tilbøjelighed til at bruge tid på MPR.

Der er ingen tvivl om, at når/hvis dokumentation for langtidseffekten af MPR foreligger, vil det være en motiverende faktor for lægen i arbejdet med MPR.

Endelig kan også usikkerheden om, hvorvidt MPR fortsætter efter forsøgsperioden, have indflydelse på, hvor stor entusiasme den PL lægger for dagen. I en lægepraksis i dag er der mange forskellige kontrolregimer og procedurer, som både lægen og personalet skal have styr på. Det kan godt være



Sports Foto

besværligt at indpasse en ny arbejds-gang i et i forvejen presset program, og derfor kan det være fristende at vente med de store ændringer, til det er sikkert, at MPR bliver permanent.

Både lægerne i Ribe-området og i Frederiksborg amt påpeger, at det er meget vigtigt, at forankringen efter projektperioden sker i det nære lokal-område og med de samme personer, som har gået på holdet. Dette forhold har været svært at opfylde i Frederiksborg amt og angives af lægerne som en væsentlig årsag til, at mange formentlig ikke fastholder deres motionsaktivitet.

De praktiserende læger er positive

Hvis jeg skal sammenfatte indtrykkene mhp. mulighederne for at få de PL til at gå aktivt ind i implementeringen af MPR, er det meget vigtigt at konstatere, at de PL overvejende er positive overfor MPR. De er ikke i tvivl om motionens gavnlige effekt, men skeptiske når det drejer sig om muligheden for at fastholde patienterne, når projektperioden er slut.

De har mange patienter i deres daglige konsultationer, som kunne have effekt af MPR, men også mange raske, som kunne have gavn af blot at komme i gang med mere aktivitet i hverdagen som et profylaktisk tiltag. Den sidste opgave opfattes ikke mindre væsentlig end MPR. Mange læger er forbeholdne, hvis MPR kommer til at indebære et større motivationsarbejde fra lægens side. Det ville også afføde et krav om særskilt honorering. Hvis lægen imidlertid "kun" skal visitere og henvise på samme måde, som han i dag henviser til fysioterapeut, opfattes det ikke som en belastende procedure, og der forventes heller ikke særskilt honorering. Det er at opfatte som enhver anden ordination.

Jeg mener, det er vigtigt, at den PL i de daglige konsultationer altid spørger patienten/personen om, hvor meget han/hun rører sig i det daglige – og det helt uafhængig af, om lægen har mulighed for at udskrive MPR eller ej. Det er faktisk underordnet, om personen er syg eller ej og underordnet hvilken diagnose, der måtte være tale om. Hos den raske gælder salig Edward Stanleys ord stadig: "Hvis du ikke har

tid til motion nu, skal du afsætte tid til sygdom senere" (Edward Stanley (1826-1893), engelsk premierminister).

Hos den syge findes der vel næppe en diagnose, hvor fysisk aktivitet ikke har en gunstig effekt.

Der er derfor ingen grund til for den PL at afvente MPR's endelige komme. Der er utallige muligheder for at få patienten/personen i gang, og det behøver ikke at være svedig omklædnings-motion. Der kunne opnås store sundhedsmæssige gevinster, hvis vi blot kunne få vores patienter til at gå eller cykle noget mere. Vi skal selvfølgelig ikke stikke blår i øjnene på folk og love dem, at de bliver veltrænede blot ved at gå en halv time dagligt i slentretempo – der skal noget mere til. Men som en start er det udmærket blot at tage cyklen frem og tilbage fra arbejdet en halv time daglig. Hvis vi med MPR "tvinger" folk ind i noget, som de i bund og grund ikke synes er sjovt, er det dødsdømt på forhånd. Den PL er derfor nødt til at benytte sig af sit indgående kendskab til den enkelte patient og tilbyde en aktivitetsform, som med rimelig sandsynlighed vil blive accepteret af patienten/personen. I den proces er den PL's kendskab til sine patienter af uvurderlig værdi.

Kontaktadresse:

Leif Skive
Anemonevej 16
Hareskovby
3500 Værløse
Tlf: 20 40 26 44
Mail: skive@dadlnet.dk

Referencer

1. Mortensen, M. H., N. Svendsen. 2004. Den praktiserende læges rolle i "motion på recept". Rapport fra Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet, Odense.
2. Lundberg, C. 2005. Del-evaluering af pilotprojekt "Motion på recept" i Frederiksborg Amt.
3. <http://www.sst.dk/>. Søg på "motion på recept".
4. Pedersen, B. K. 2003. Recept på motion. Motion som forebyggelse. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
5. Pedersen, B. K. 2005. Motion på recept. Motion som behandling. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
6. Pedersen, B. K., B. Saltin. 2003. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.
7. Skive, L. 2003. Motionsmanualen. Motion – nutidens lægemiddel. Komiteen for Sundhedsoplysning. Motionsrecepten findes på www.plo.dk
8. Mabeck, C. E., H. Kallerup, M. Maunsbach. 1999. Den motiverende samtale. Dansk selskab for almen medicin.

Bevægeapparatets hæderspris

Artiklens forfatter, praktiserende læge Leif Skive, har netop modtaget bevægeapparatets årtis hæderspris, en skulptur udført af Mogens Hoff, for sin store indsats med fysisk aktivitet, sundhed og sygdom.

Dansk Sportsmedicin ønsker tillykke

Motion på recept i Ribe amt

— en fysioterapikliniks erfaringer

Af Jakob Mathiasen, fysioterapeut, Klinik for Fysioterapi, Ribe

Udviklingsprojekt

Motion på recept (MPR) i Ribe Amt er et udviklingsprojekt som startede op i november 2002, og tilbuddet om motion eksisterer fortsat. På klinik for fysioterapi i Ribe har 11 hold gennemført MPR i perioden 2002-2005. Et hold består af 10-12 personer.

MPR har i hele perioden været under udvikling og er baseret på de erfaringer, vi har gjort på de 7 fysioterapeutklinikker, der er med i Ribe amt. Vi har bl.a. ændret på henvisningsdiagnoser, inklusionskriterier og sundhedsprofilen.

Følgende diagnoser er med i MPR i Ribe Amt: Metabolisk syndrom, moderat KOL, hjerte-kar sygdomme, diabetes type II og moderat depression. Adipositas er ikke en selvstændig henvisningsdiagnose, men mange af de patienter, der henvises, har samtidig et problem med vægten. Patienter med et BMI over 40 kan ikke deltage på MPR.

Den første tid med MPR

I den første periode var inklusionskriterierne meget åbne. F.eks. kunne lægen henvise KOL-patienter med en meget dårlig lungefunktion, hvilket gjorde, at nogle af dem havde svært ved at følge holdtræningen. Diagnosen KOL er senere blev ændret til moderat KOL for at undgå denne problematik. I starten af projektet var adipositas en selvstændig henvisningsdiagnose, og der blev henvist mange ekstremt overvægtige patienter, hvoraf nogle ikke kunne følge holdet på grund af smerter fra bevægeapparatet.

De dårligste KOL-patienter har fået et andet tilbud i amtet, hvor der er oprettet et rent KOL-hold, og enkelte klinikker i amtet kører hold for overvægtige med BMI over 40, de såkaldte XXL

hold. Ligeledes er der oprettet et hold for patienter med psykiske lidelser.

Det er min opfattelse, at efter vi har fået defineret inklusionskriterierne mere præcist, har vi også undgået at få ekstremerne med inden for de enkelte diagnosegrupper. Og det har betydet at det enkelte træningshold er blevet mere homogent med hensyn til funktionsniveauet. De hold, som har gennemført træningen i Ribe, har alle været sammensat af patienter fra de forskellige diagnosegrupper.

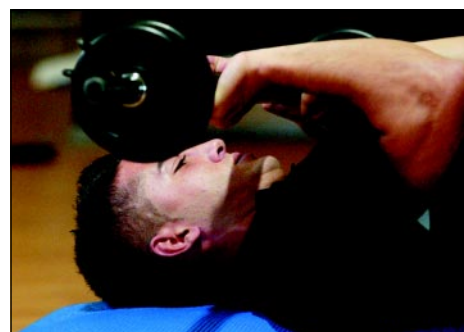
Patienter egnet til MPR?

Af og til ser vi patienter med andre skavanker fra bevægeapparatet ud over deres henvisningsdiagnose.

Nogle af patienterne har kroniske lidelser i bevægeapparatet. Det kan f.eks. være rygproblemer eller problemer fra ekstremitetsleddene. Nogle af disse patienter må stoppe forløbet på grund af smerter. I disse tilfælde findes der i samråd mellem patient, praktiserende læge og fysioterapeut et alternativ til MPR - og det kan f.eks. være individuel fysioterapi.

Mange af patienterne har ikke motiveret før, eller det kan være lang tid siden, de har dyrket motion. Derfor er de i en ringe fysisk form, og deres væv er ikke vant til at blive belastet. Det betyder, at nogle af patienterne oplever muskelømheden efter træning. Her informerer vi patienterne om, at det er en naturlig proces som ikke er farlig.

Vi har haft en enkelt patient som begyndte at gå lange ture på 10 km hver dag. Han fik problemer med en "hælsore", hvorefter han overgik til individuel fysioterapi. Det er dog et positivt problem, idet det vigtigste jo var, at han kom op af sofaen og fandt glæden ved at gå lange ture i naturen. Det med



Sports Foto

"hælsoren" handlede bl.a. om at få doseret og justeret træningen bedre.

I og med at aldersspredningen på MPR er stor, og at vi har forskellige patientdiagnoser på et hold, skal der tages nogle individuelle hensyn til deltagernes, således at alle får noget ud af træningsforløbet. Nogle af de ældre patienter har svært ved at lave gulvøvelser, da de ikke kan komme op fra gulvet, og andre kan ikke løbe. Disse patienter får så alternative øvelser.

Samlet vurdering

Min samlede vurdering er, at jeg ikke synes mange af patienterne har fysiske problemer med at starte på MPR og deltage i holdtræningen. Problemerne, synes jeg, ligger senere i MPR-forløbet, hvor patienterne har svært ved at finde motivationen til at fortsætte med at være fysisk aktive på egen hånd. Når vi har patienterne på klinikken, kommer de i en bedre fysisk form. Kunsten er så at opretholde dette aktivitetsniveau efter den sidste træningstime hos os.

Kontaktadresse:

Fysioterapeut Jakob Mathiasen
Klinik for fysioterapi i Ribe
Mail: jakmat@stofanet.dk

Systemisk Coaching

Modstand mod forandring – hvorfor gør de ikke som jeg siger?

Af Mikkel Ejlsing, cand.psych., erhvervspsykolog, Indsigt ApS

Da Fagforum for Idrætsfysioterapi i forsommeren afholdt konferencen *Ændring af motionsvaner – hvad skal der til?*, blev jeg bedt om at fortælle om coachingens muligheder som forandringsværktøj i forbindelse med livsstilsændringer hos klienter.

Jeg valgte at holde mit oplæg under overskriften: *Hvorfor gør de ikke, som jeg siger?*, og jeg forsøgte at give nogle bud på en erhvervspsykologisk vinkel på relationen mellem behandler og klient. Hvordan håndterer en behandler en pludseligt opstået modstand i klienten? Er det coaching, der er svaret? Og hvad er coaching egentlig? Denne artikel er en opsummering og videreføring af de tanker om modstand og systemisk coaching, som jeg præsenterede på konferencen.

Modstand og skabelse af mening

Scenen er kendt af de fleste behandlere: Jeg taler med en klient, som er kommet til mig for at få hjælp til en livsstilsændring. Efter en kortlægning af klientens behov sætter jeg hele min faglighed ind på at finde de rigtige løsninger til netop denne person. Jeg præsenterer et eller flere løsningsforslag for klienten, som nikker forstående og lover at gøre, som jeg siger. Ugen efter vender klienten tilbage, og har *ikke* gjort, som vi aftalte! Diagnosen er klar: *Modstand mod forandring!* Hvorfor gør de ikke, som jeg siger?

Bag en sådan behandler-klient relation ligger en tro på, at vi med videnskabelige resultater og gode argumenter kan overbevise alle fornuftige mennesker om, at vores gode idéer er gode. Så hvad er problemet? Problemet er, at

de gode idéer og overbevisninger, som jeg har i mit hoved ikke nødvendigvis passer til den person, som jeg skal behandle. Det, der giver mening for mig, giver ikke nødvendigvis mening for den anden.

For at skabe mening for klienten, må vi tage udgangspunkt i den andens opfattelse af, hvad der er godt og dårligt, sundt og usundt, nemt og svært. Vi kan ikke presse vores egen mening ned over hovedet på folk og forvente, at de køber budskabet uden forbehold. Det er ikke ond vilje fra klientens side, det er en simpel overlevelsesmekanisme. Hvis vi som mennesker lod os påvirke ukritisk af alle mulige inputs fra omverdenen, ville det være svært for os at opretholde en klar fornemmelse af vores egen identitet. I forståelsen af denne overlevelsesmekanisme ligger forståelsen af klientens modstand. Og først når vi forstår modstanden, kan vi møde den konstruktivt.

Fra modstand til sund skepsis

Som alle andre levende væsener er vi mennesker i en konstant interaktion med omverdenen. Omverdenen byder på muligheder, som kan give os overlevelse og udvikling. Hvis vi ikke kommunikerer med omverdenen, kan vi ikke overleve. Men omverdenen byder også på risici, som kan true vores eksistens.

Dette gør sig gældende på det fysiske plan. Vi skal spise og drikke, men hvis vi spiser noget giftigt, kan vi blive syge og dø. Derfor spiser vi ikke hvad som helst. Vi undersøger det med sanserne, før vi lader det passere ind i kroppen. Vi har en sund skepsis i forhold til at indtage føde. At spise noget,

som en anden har tilberedt, kræver tillid til den anden. (Tænk på det næste gang du går på restaurant...)

Det gør sig imidlertid i lige så høj grad gældende på det mentale plan. Vi skal kommunikere med andre mennesker. Vi skal tale til dem og lytte til dem. Nogle gange skal vi følge en instruktion, andre gange skal vi selv give den. Vi skal lytte til andres argumenter og råd, men hvis vi tager alt, hvad andre siger for gode varer, så risikerer vi at miste vores selvbillende og integritet. Hvis andre siger noget, som truer vores positive opfattelse af os selv som et fornuftigt og frit menneske, så beskytter vi os selv mod denne udefra kommende trussel. Derfor lytter vi ikke til hvad som helst. Vi har en sund skepsis i forhold til, hvad andre mennesker fortæller os. (Tænk på det næste gang du giver et godt råd...)

Resultatet af denne tankegang bliver, at modstand mod forandring nu kan forklares ved at klienterne passer på sig selv og deres billede af sig selv som nogen, der kan træffe selvstændige og fornuftige beslutninger på egen hånd (uden indblanding fra en behandler). *For at en forandring skal gennemføres hos klienten, skal den altså give mening for vedkommende.* Ellers bliver den ikke lukket ind i den andens system. Det er ikke nok, at det giver mening for mig.

Du er ikke ekspert på andres liv

Konsekvensen af tankegangen bliver altså, at enhver forandring, som vi forsøger at skabe hos et andet menneske, må tage udgangspunkt i den persons integritet og opfattelse af, hvad der kan

lade sig gøre, og hvad der er nemt og svært.

Tankegangen har også en anden betydningsfuld konsekvens. *Som behandlere må vi opgive tanken om at ændre på andre mennesker.* Det kan virke som et paradoks, da der i selve behandlerrollen ligger en forventning om en forandring hos den anden. Men det vil altid være hjælperens dilemma, at man ikke kan hjælpe andre, før man opgiver tanken om at hjælpe dem. Og pludselig har hovedansvaret for forandringen også skiftet fra at være hjælperens til at være klientens. Vi kan ikke hjælpe dem, som ikke vil hjælpes. Vi kan ikke forandre dem, som ikke vil forandres.

Det er ikke dit ansvar som behandler at skabe en forandring i den anden. Det er dit ansvar at skabe et grundlag for, at den anden selv kan tage ansvar for sin egen udvikling. Og dermed bliver livsstilsændringen et projekt, hvor behandleren tilbyder muligheder, udfordrer og stiller spørgsmål. Og hvor klienten vælger de metoder og veje som giver mening for vedkommende. *Behandleren er ekspert på sit fagområde – ikke på andres liv. Klienten må betragtes som ekspert på sit eget liv.* De bedste løsninger kommer som regel fra den, som ved hvor (løbe)skoen trykker!

Den coachende behandler

Og det er her, at systemisk coaching kommer ind i billedet. Systemisk coaching tager udgangspunkt i, at forandringer i sidste ende kun sker, hvis processen giver mening for klienten. Den systemiske coach arbejder ud fra følgende grundregler:

1. Jeg kan ikke ændre på andre mennesker.
2. Det vi siger og gør skal opretholde vores integritet.
3. Alle forklaringer har en indre logik.
4. Det er klientens eget ansvar at skabe forandringer.
5. Holdbare løsninger kommer fra klientens eget univers.
6. Både-og er bedre end enten-eller.
7. Alle mennesker har evnen og ressourcerne til at tage ansvar og skabe forandring i deres eget liv.

I det følgende vil jeg redegøre for betydningen af de enkelte udsagn i forhold til rollen som behandler.



Sports Foto

1. Jeg kan ikke ændre på andre mennesker.

Hvis vi forsøger at ændre andre i en retning, som de ikke kan se meningen med, vil vi opleve en naturlig skepsis og modstand. Den person, vi forsøger at ændre, vil stritte imod, fordi det giver følelsen af at være herre over sit eget liv. Det er det jeg kalder hjælperens dilemma: *"Ved at opgive tanken om at hjælpe den anden, bliver vi bedre i stand til hjælpe."* Jo mere vi forsøger at trække, desto mere vil den anden holde igen.

2. Det vi siger og gør skal opretholde vores integritet.

De historier og mere eller mindre dårlige undskyldninger vi kan finde på for at undgå at tage ansvar for en livsstilsændring, vil altid være en del af en samlet fortælling om os selv som et sundt, godt, flittigt, handlekraftigt menneske, der styrer sit eget liv. Enhver trussel mod det billede vil blive mødt med modstand. *Når vi giver et godt råd kan det mere eller mindre ubevidst blive opfattet som en kritik: "Du skal gøre sådan her, fordi det du selv kan finde på ikke er godt nok..."* Vi mener det ikke sådan. Men den anden opfatter det sådan. Derfor må vi som behandlere være opmærksomme på, at processen hele tiden skal skabe et positivt selv billede hos klienten.

3. Alle forklaringer har en indre logik.

Dårlige undskyldninger og dårlige vaner er klientens værn mod at tage et ansvar selv. Det kræver svære beslutninger og en ekstra indsats fra klienten at erstatte undskyldningerne med personligt ansvar. Derfor skal vi som behandlere anerkende, at vejen kan være svær. Og det indebærer, at vi må acceptere den logik som kan ligge i en forklaring, uanset hvor dårlig vi synes den er. Vi skal anerkende klientens forklaring og først derefter udfordre den forsigtigt med nysgerrige og gradvist mere og mere udfordrende spørgsmål. Og fremfor alt... Gå aldrig imod klienten. Gå med klienten og lav tilpas forstyrrende interventioner hen ad vejen.

4. Det er personens eget ansvar at skabe forandringer.

En forandring består ikke af ord. En forandring består af handlinger. Og det er kun klienten selv, som kan gøre det, der er nødvendigt. Vi kan ikke gøre det for dem. Vi kan kun tilbyde vores støtte og forstyrrelse i processen. Hvis vi tager forandringen på vores skuldre, bliver det til vores egen frustration og selvbebrejdelse, hvis klienten ikke når de ønskede mål. *Vi ønsker alle at gøre en forskel. Men den faglige stolthed må ikke blive til en følelse af utilstrækkelighed hos os selv, når klienten ikke når målene.* Ved at lade være med at påtage os det an-

svar, tvinger vi samtidig klienten til selv at tage det. Og det er dér, det hører hjemme.

5. Holdbare løsninger kommer fra personens eget univers.

Mennesker er eksperter på deres eget liv. Som behandlere kan vi være eksperter på generelle fakta, og vi kan være eksperter på at facilitere en forandringsproces. Hvis vi vil arbejde med systemisk coaching må vi holde lidt igen med vores gode råd. I stedet kan vi stille spørgsmål, som skaber refleksion hos den anden. Derved opstår der nye idéer og handlemuligheder i samspillet mellem behandler og klient. *Den viden du har som behandler skal nogle gange bruges indirekte i form af hypoteser, som kan afprøves i dialog med klienten. Derved bliver klienten en medspiller i stedet for en tilskuer til processen.*

6. Både-og er bedre end enten-eller.

Vi lever i en kultur, hvor der ofte tales enten-eller sprog. *Enten* har den ene ret *eller* også har den anden. Mange dialoger er bygget op omkring troen på, at vi kan finde sandheden om næsten en hvilken som helst situation. I det sprog kan vi som behandlere sige, at klienten kan have *forkerte* opfattelser af f.eks. sundhed. Og derfor må vi forklare dem, at vores sandhed er *mere rigtig* end deres. Jeg kunne ønske mig, at vi som behandlere tænker at *både* deres og min opfattelse kan være interessante vinkler på det, vi taler om. Ved at tale et både-og sprog kan vi give plads til flere forskellige muligheder for fælles forståelse. Og derved gives der også plads til flere løsninger. *Der er jo trods alt flere muligheder i muligheder end i sandheder.*

7. Alle mennesker har evnen og ressourcerne til at tage ansvar og skabe forandring i deres eget liv.

Troen på, at klienten kan tage ansvar for sit eget liv, er helt grundlæggende i systemisk coaching. Hvis ikke vi tror på klienten og giver udtryk for det i vores ord og handlinger, så kan vi godt glemme alle de gode intentioner om at coache, for så vil det alligevel ikke have den ønskede effekt. For at kunne coache skal vi tro på den andens evner, og vi skal turde udfordre på en re-

spektfuld måde. *Vi skal involvere os og engagere os i klientens udvikling, men vi skal lade klienten selv tage ansvaret for at forandringen føres ud i livet.* Hvis klienten ikke vil, så er det klientens eget valg.

Samlet i én sætning har jeg forsøgt mig med følgende definition på systemisk coaching: "Systemisk coaching kan betragtes som en kontekst (sammenhæng), hvor en person støtter en anden persons læring og udvikling i en magtfri relation – hvor coachen ikke nødvendigvis er ekspert på den anden persons liv eller fagområde."

Kodeordet er et langt stykke af vejen den "magtfri relation". Det er i den magtfrie relation mellem behandler og klient at vi kan møde den naturlige modstand eller skepsis hos klienten på en respektfuld og konstruktiv måde.

Og lad det være sagt med det samme: Systemisk coaching er ikke svaret på alle behandlerens eller klientens udfordringer! Systemisk coaching er et effektivt værktøj, men det skal anvendes med varsomhed og bør altid gå hånd i hånd med seriøse etiske overvejelser. I en sammenhæng, hvor vi som behandlere har en magt til at sanktionere eller træffe valg på vegne af klienten, er systemisk coaching ikke det rette værktøj. Vi skal kun bruge det i de situationer, hvor klienten er villig til at tage ansvar selv, og hvor klienten føler sig fri til at vælge. Men er de faktorer til stede, og har behandleren de rette værktøjer, så er vejen også banet for at coachingen kan give nogle store og langtidsholdbare forandringer.

I det følgende vil jeg redegøre for nogle af de centrale værktøjer og metoder i systemiske coaching.

Værktøjer i systemisk coaching

Helt overordnet består systemisk coaching af to typer værktøjer. Rammesætning og spørgeteknik. Oven i det kommer en god portion empati og situationsforståelse. Det ligger uden for denne artikels rammer at redegøre for, hvordan vi udvikler vores empati og situationsforståelse, så jeg vil redegøre for nogle grundlæggende tanker i forhold til rammesætning og spørgeteknik.

Rammesætning og spørgsmål undervejs

Det er behandlerens ansvar og opgave at sætte en ramme for processen, som er tryk og konstruktiv. Det er *ikke* klientens ansvar. En proces som f.eks. en livsstilsændring kan typisk gennemgå de nedenstående faser. Jeg giver eksempler på spørgsmål undervejs.

Før processen starter (invitationen):

Inden vi møder klienten kan vi undersøge eller gøre os tanker om omstændighederne for at vi skal møde denne klient. Hvad er klientens formål med at indgå i processen? Er vedkommende kommet på eget initiativ, eller er vedkommende blevet presset til det? Hvordan skal opstarten forløbe? Hvordan kan klienten inddrages bedst muligt? Sådanne proaktive tanker kan være vigtige i forhold til at skabe en god opstart.

Opstart af processen (kontrakten):

I opstartsfasen kan vi som behandler sikre os, at vi får en god kontakt med klienten. Klienten skal allerede her føle sig som medspiller og medansvarlig. Det kan kun ske, hvis inddrager klienten fra start i overvejelser og beslutninger om det videre forløb. Nogle af de spørgsmål som er vigtige af få afklaret kan være: Hvad skal der ske og ikke ske i dette forløb? Hvordan er rollefordelingen? Hvad forventer vi af hinanden? Hvad er til forhandling og hvad er *ikke* til forhandling?

Et udsagn kan f.eks. være: "Vi er her for at finde en ny løsning på dette problem, og jeg vil gerne høre dine idéer til det. Idéerne skal holde sig indenfor nogle bestemte rammer". *Det kan ikke understreges nok, hvor vigtigt det er at klienten føler sig inddraget i processen.*

Måske kan det første møde med klienten bruges til denne afklaring. Så kan træningen vente til anden gang I mødes!?

Undervejs i processen:

Størstedelen af arbejdet ligger i den fase. Det er behandlerens opgave at vurdere, hvornår der er brug for vejledning, og hvornår der kan anvendes en mere coachende tilgang. Når processen er i gang, er det vigtigt at sikre sig, at klienten stadig er med. Sørg for at

dit eget og klientens ambitionsniveau er realistisk. Dyrk forskellige holdninger og idéer. Anerkend klienten og tilbyd udfordring af antagelser hos klienten om, hvad vedkommende kan og ikke kan. Hjælp klienten til at fokusere på succes'er frem for de gange, hvor de gik galt. Gå ikke imod! For at kunne coache skal vi være neutrale i forhold til, hvad der er godt og dårligt for klienten. Lad klienten bestemme retningen. Vi er med som et respektfuldt forstyrrende element, som motiverer, støtter og udfordrer undervejs.

Nogle af spørgsmålene kan være: Hvad synes du er gået særligt godt indtil nu? Hvilke kendetegn er der ved de situationer, hvor det er lykkedes for dig at opnå dine mål? Hvad vil du gerne selv blive bedre til? Hvad vil det kræve af dig at opnå målene? Hvem kan støtte dig i processen? Hvad har du brug for fra mig som hjælper?

Afslutning af processen:

Som behandler kan du være med til at sikre, at klienten arbejder videre med sine mål efter afslutningen af et forløb. Sørg for at der bliver udformet en realistisk handlingsplan. Og tal med klienten om de faldgruber vedkommende vil møde i sin kamp med foran-

dringen. Understreg at gode intentioner og ord skal følges op af handling.

Spørgsmål kan her kan være: Hvem tror vil kunne støtte dig? Hvad og hvem vil friste dig til at falde tilbage i de gamle vaner? Hvordan vil du kæmpe imod fristelserne? Hvad giver dig troen på at du kan klare en fastholdelse af forandringen? Hvad har været den bedste oplevelse i dette forløb? Hvad har været det sværeste? Hvad har du lært om dig selv?

Spørgsmål er en måde at introducere forskelle, som måske kan gøre en forskel. Derfor skal de være tilpas forstyrrende. De skal ikke forstyrre så meget, at klienten går i forsvarsposition, og de skal ikke forstyrre så lidt, at der ikke sker en refleksion.

Behandlerrollen

Rollen som behandler vil altid være en balancegang mellem at videregive egne erfaringer og lærdom samtidig med, at vi skal give plads til klientens egne ressourcer og give vedkommende en følelse af at være et selvstændigt og stærkt individ, som har evnen og friheden til at kontrollere sit eget liv. Systemisk coaching er en måde at give plads til klienten på en respektfuld måde, samtidig med at vi som behandlere er en aktiv og engageret del af processen.

Jeg vil slutte af med et citat, som rammer ind i hjertet af hjælperens/behandlerens dilemma. Citatet om, at vores gode intentioner skal stemmes af med klientens ønsker:

"Husk, at når man prøver at ændre nogen, selvom det er af kærlighed, kan man ubevidst komme til at overskride grænser. Man risikerer derved at skubbe den anden længere væk." (Hawk of the Yellow Wind)

Kontaktadresse:

Cand.psych.
Mikkel Ejning
Indsigt ApS
Forhåbningssholms
Allé 18
1904 Frederiksberg
Tlf.: 28 80 40 01
Email: mikkel@indsigt.dk
Web: www.indsigt.dk



Litteratur:

Hawk of the Yellow Wind: "Livets cirkel". Aschehougs Forlag (2002).



Sports Foto

Ændring af motionsvaner – hvad skal der til?

Referat fra Fagforum for Idrætsfysioterapi og Danske Fysioterapeuters temadag den 6. juni 2005

Af cand.scient. PhD Gitte Klausen

Utallige undersøgelser har vist, at en række livsstilssygdomme effektivt kan forebygges med en sund livsstil – herunder i særlig grad motion. Mange patienter har brug for hjælp til at komme i gang. Under konceptet *Motion på recept*, henvises patienter derfor til fysisk træning som forebyggelse og behandling. Træningen får imidlertid kun en holdbar og vedvarende effekt, hvis patienten i henvisningsperioden formår at få implementeret træningen som en naturlig del af sin hverdag. De behandlende fysioterapeuter står derfor med et stort ansvar og en kæmpemæssig udfordring i deres daglige virke: *Hvordan hjælper vi patienterne til at skabe holdbare adfærdsændringer?*

Tag patienten med på råd

Professor på Danmarks Pædagogiske Universitet, Bjarne Bruun Jensen, lagde ud med et oplæg om patientens handlingskompetence og aktive deltagelse i behandlingen som forudsætning for varig forandring - og dermed for en succesfuld behandling.

Hvad enten det drejer sig om fysioterapeuter eller andre af de traditionelle behandlere indenfor den medicinske verden, er vores faglighed bygget op om et sygdomsorienteret sundhedsbegreb, hvor vi - lidt simpelt formuleret - ser sundhed som "fravær af sygdom". Vores fag er født af naturvidenskaben, hvor kravet til intervention er en forudsætning for, at der kan dokumente-

res en effekt. Efter denne model er det behandlerens rolle at være den alvidende autoritet, der finder frem til den "fejl", der har givet sygdomssymptomerne og derefter er ansvarlig for at få rettet op på problemet (og få helbredt patienten).

Ifølge WHO skal sundhed dog defineres noget bredere eller mere specifikt som: *"En tilstand af fysisk, psykisk og social velvære og ikke kun fravær af sygdom og svaghed"*. Livskvalitet er derfor også en forudsætning for sundhed, som vi i henhold til WHO har et vigtigt ansvar for at få diskuteret med den enkelte patient. Livskvalitet er imidlertid forbi- stret svært at måle og veje - og som følge deraf - ofte svært at arbejde med for en traditionel naturvidenskabelig behandler.

Bjarne Bruun Jensen argumenterede derfor for, at der er behov for et paradigmeskift i den medicinske behandling. Vi har behov for at gå fra den klassiske opfattelse af en behandling som ekspertstyret til at blive deltagerstyret eller dialogstyret. Det vil med andre ord sige, at patienten i så vid udstrækning som muligt involveres i sin egen behandling og i stigende grad lærer at fokusere på sine egne handlingskompetencer (empowerment-begreb).

Det vil imidlertid ikke være uden problemer at ændre opfattelse. Vi har vores uddannelse og faglige stolthed og skal derfor være parate til at se pa-

tienten handle mod vores bedre viden. Hele vores fagsprog og begrebsapparat skal "oversættes" for at kunne give mening for ikke-fagpersoner. Patientten har som oftest en klar forventning om, at vi tager styringen og kommer med løsningen. Det kan være en pædagogisk og tidsmæssig udfordring at få overbevist dem om, at deres egen deltagelse i behandlingen er nødvendig for et succesfuldt outcome. Derudover mangler vi velbeskrevne løsningsmodeller og redskaber til at nå vores mål. Endelig vil kravet om dokumentation og evaluering være nødvendig, men også en stor udfordring for den dialogstyrede behandlingsmodel.

Bjarne Bruun Jensen understregede i sit indlæg, at det var overordentlig vigtigt at finde balancen mellem den traditionelle opfattelse af en behandling og den dialogstyrede tilgang og advarede imod, at vi i bestræbelserne på se patienterne som eksperter på deres eget liv glemmer, at det er os, der sidder inde med den faglige viden om årsags-sammenhænge og dermed også mulige løsninger.

Hvad fortæller de overvægtige

Medicinsk antropolog Pernille Andreassen var inviteret til temadagen for at fortælle om sit projektarbejde på Ebeltoft Kurcenter. Antropologi er viden-skaben om menneskets måde at opleve verden og tilværelsen på.

Hendes projekt har til formål at for-

tælle os, hvordan de overvægtige selv oplever deres problem, og hvad deres løsning på problemet er. Pernille Andreassens arbejde tog udgangspunkt i en 18 ugers kur på Ebeltoft Kurcenter, som hun fulgte på samme vilkår som kursisterne. Hun kom gennem sit feltarbejde tæt på mange af personerne og interviewede dem ved flere lejligheder.

Generelt var kursisterne voldsomt interesserede i at tabe sig. Men hvor vi som professionelle har fokus på vægt som risikoparameter for sygdom, var kursisternes forhold til deres overvægt af mere emotionel karakter. De overvægtige mænd oplevede generelt deres overvægt som fysisk hæmmende, mens det for kvinderne var den kosmetiske dimension, der gav dem den største motivation for at tabe sig.

En af de overvægtige sagde det på denne måde: *"Overvægt er når man er for tyk til at være sig selv"*. Det er generelt, at den overvægtige holder sig tilbage fra at gøre de ting, han/hun gerne vil i forhold til socialt samvær. Det er svært at møde fremmede, men mange af kursisterne afholdt sig også fra at komme til familiesammenkomster, fordi de både var flove og havde svært ved at tackle, når der blev "stukket til dem". Hvad der for mange af de overvægtige blev oplevet som det største handicap, var deres manglende evne til at finde en kæreste, selv om lysten var til stede. Mange af de (voksne) overvægtige havde aldrig oplevet at have en kæreste. Det er almindeligt, at overvægtige oplever gentagne afvisninger og derfor skal være i stand til at kompensere for deres overvægt på mange fronter (gladere, dygtigere, mere hårdtarbejdende end deres slanke modparter osv) i såvel arbejdsliv som i den private sfære.

Når det gælder almindelig fysisk udfoldelse, er det vigtigt som behandler at vide, at stort set alt, hvad du kan finde på at forslå, vil føles besværligt. Fedtet er tungt og i vejen ved enhver fysisk aktivitet, og det er svært at komme af med varmen. Dertil kommer, at det kan være umådeligt flovt at skulle hoppe rundt i gymnastiktøj og klæde sig om for øjnene af andre mennesker. Mange bærer også rundt på smertelige erfaringer fra barndommens gymnastiktimer. Af mange grunde har den



Temadagen omfattede også arbejde i grupper

overvægtige derfor ringe tiltro til egne evner og selvværd.

Det er meget forskelligt, hvad de opfatter som årsagen til deres overvægtsproblem, og hvad de mener bliver den største udfordring i den adfærdssændring, der er forudsætningen for et vægttab. Når det handler om motion, er det typisk, at de opfatter enhver bevægelsesaktivitet som voldsomt ubehagelig, dyr og besværlig. Kosten er på den anden side forbundet med frustration og en fornemmelse af, at følelserne overtager kontrollen. Når de har det skidt, giver de op, hvilket gør dem ekstra skyldbetyngede og bidrager til deres dårlige selvværd.

Man kan roligt sige, at du som behandler har hårde odds, når du vil hjælpe en overvægtig til en varig livsstilsændring, men et par hurtige staldtips kan måske hjælpe dig videre:

- Lyt! Tag aldrig for givet, at du ved, hvad den enkeltes personlige motivation er. Ofte er det ønsket om et godt liv og et stort håb om, at det denne gang vil lykkes, men der kan være mange individuelle afarter af dette fremtidsønske.
- Lav kost- og motionsplaner, som er realistiske og til at leve med. Tag udgangspunkt i individet og skræddersy løsninger.

- Se på din klient som en aktiv og ansvarlig part i jeres samarbejde. Fokuser på det, de kan overskue og giv aldrig klienten skylden for, at planen ikke virker. Juster på planen indtil den virker efter hensigten.

- Accepter at det er et længerevarende forløb. Efterfølgende opfølgning med jævne mellemrum er ofte nødvendig.

Tid til refleksion

Herefter var det tid for sociologen Tom Kristiansen fra Institut for Idræt på Københavns Universitet til at give sit bud på "Den refleksive sociologiske betydning i adfærdssædrende programmer".

De sociologiske briller giver os mulighed for at træde et skridt tilbage og betragte vores nuværende samfund "lidt fra oven". Som udgangspunkt vil vi få at se, at vi lever i et 2/3-dels samfund dvs. et samfund, hvor der ikke levnes plads til et mindretal af os. Tom Kristiansen udtrykte det som *"at der er et spil i gang – nogle er inde og andre er ude. Alle kan ikke blive integreret"*.

Men vi lever i en tid, hvor vores velfærdssamfund er under kraftig omstrukturering. Vores profession genskaber sig hele tiden: Kravene til os i går var ikke de samme som de er i dag.

I dag er det ikke nok at fortælle den overvægtige patient, at han/hun skal

tabe sig. I de fleste tilfælde er det nødvendigt at sætte sig i personens sted og arbejde med alt det, der overordnet kan betegnes som den sociale arv. Det handler især om personlige værdier og ressourcer. Først i det øjeblik, at klienten eller patienten indser sin personlige fordel i at ændre adfærd, kan behandleren gøre sig håb om at fokuspersonen skifter livsstil – varigt.

Vi skal med andre ord se os selv som den gode pædagog, der både fungerer som forandrings- og forankringsagent i klientens liv. Det er svært – for ikke at sige umuligt – at skulle håndtere alle former for problemer, vores klienter kommer med. Tom Kristiansens bud på fremtidens behandling var reflekterende teams i erkendelse af, at vi er nødt til at læne os op af andre fagfolk, hvis vore klienter skal have den bedste service.

Vær coach for dine patienter

Erhvervspsykolog Mikkel Ejning Jensen fra rådgivningsfirmaet Indsigt ApS arbejder til dagligt med coaching som middel til at forbedre kommunikationen i erhvervslivet. Han mener, at man skal holde lidt igen med alle de gode råd. Ingen af os kan være ekspert på en anden persons liv. Den systemiske coaching kan derimod betragtes som en kontekst, hvor en person støtter en anden persons læring og udvikling i en magtfri relation. Se mere i Mikkel Ejning Jensens artikel om systemisk coaching og modstand mod forandring her i bladet.

De fleste mennesker begår selvmord uden at røre en finger

Historikeren Hans Bonde, professor dr. phil. Ph.d., fra Institut for Idræt på Københavns Universitet satte vores urgamle genetik ind i en historisk sammenhæng. Menneskekroppen er et resultat er en fantastisk produktudvikling, der har stået på gennem millioner af år. I lighed med andre højere dyrearter er vi først og fremmest blevet designet til bevægelse, da vi 99 % af den tid, vi har været på jorden, har levet som samlere og jægere. Først for ca. 10.000 år siden begyndte vi at dyrke landbrug og dermed få en lidt mere sammenhængende madforsyning. Helt frem til det 20. århundrede krævede livet dog stadig store anstrengelser. Meget plud-

seligt – set fra et udviklingsmæssigt synspunkt – er det blevet en stor udfordring at få bevæget sig *nok*.

Vi har stadig sproglige udtryk, der vidner om, at hårdt arbejde og liden energi var daglig kost for ikke alt for mange år siden. Da arbejdede man sig en pukkel til og en undermåler var en person, der manglede for lidt (for tynd til at gennemføre militærtjeneste). I dag er puklen flyttet fra ryggen til bugen og vi kunne med rette kalde os Homo sedens – det stillesiddende menneske. Jo hurtigere vi bevæger os, desto mindre bevæger vi os.

I dag er det blevet et statussymbol at have en slank og trænet krop. Overvægt har da også en social skævvridning, hvor man kan sige, at fattigdomstegnet har holdt flyttedag. I dag er overmålerne hyppigere i de lave socialklasser.

Hans Bonde advarede mod et sundhedshysteri, hvor en tugtelse af kroppen, havde en fremtrædende plads: *"Lad os ikke gøre historiens fejl om. Vi kan ikke erobre livets mening"*.

Derimod skal vi sørge for, at der er bevægelseskrav overalt i samfundet. Han opfordrede til, at vi sender kroppen på aktivering og møder folk, hvor de er. Vi skal bruge teknologien i bevægelsens tjeneste. Eksempelvis kunne man fremstille computerspil, hvor fysisk aktivitet indgik som en del af spillet eller vedtage, at elevatorer maksimalt måtte være 1 meter i højden. Kultur er vaner og hvis vi skruer hverdagen sammen, så man ikke skal tænke over at bevæge sig, kan vi måske igen få balance mellem vores indtagelse og forbrug af energi.

Hvis motion er sundt, så giv det til de syge

Efter de 5 veloplagte foredrag blev deltagerne delt i 7 grupper, der fik til opgave at diskutere, hvad man som fysioterapeut kan/bør tilbyde patienter, der er henvist til adfærdsændrende behandling som motion på recept. Diskussionen tog udgangspunkt i, hvilke muligheder man som professionel og medmenneske har for at sætte sig selv i spil i forhold til patienten, der skal opnå og vedligeholde ny motionsadfærd.

Som udgangspunkt var der bred enighed om, at et succesfuldt forløb

krævede, at man tog udgangspunkt i det enkelte menneske. Derudover handlede det om, at vi som fysioterapeuter fik kompetencer til at planlægge et uddannelsesforløb og opsætte realistiske mål for klienten. Der skulle stilles krav til forankring, således at man ikke slipper klienten, før adfærdsændringen for alvor er på plads. Desuden er det vigtigt at vide, om der er tale om symptombehandling eller årsagsbehandling: Er det hele familien, der skal på værksted, eller er det bare klienten, der skal reddes? Og så er opfølgning afgørende for den langsigtede effekt og bør ligge som en given del af planen.

Undervejs i diskussionen, blev der stillet spørgsmålstejn ved om det i virkeligheden er en god idé at sygeliggøre motion ved at kalde det Motion på recept. Det blev argumenteret at motion ikke er noget man får - det er noget, man gør! Det blev foreslået at den professionelle derimod skal ud i hjemmene, da det er her, klienten skal have forankret sin fremtidige adfærd. Coaching kunne dog givetvis være en velegnet metode til at udforske personens univers i en behandlingsmæssig kontekst og finde de barrierer frem, der fastholder klienten i den nuværende usunde livsstil.



Kontaktadresse:

Cand.scient. PhD
Gitte Klausen
Health Partners ÅPS
Kronprinsessegade 54, 4.th.
1306 København K
Mail: gittek@healthpartners.dk

IFSP Rehabiliteringssymposium i Oslo

Referat af fysioterapeuterne Niels Erichsen og Ann-Britt Kirkmand, bestyrelsesmedlemmer i FFI

Den norske Faggruppe for Idrætsfysioterapi og International Federation of Sports Physiotherapy var vært ved et en-dags symposium med titlen "Current concepts of rehabilitation of sports injuries". Symposiet blev afholdt i Oslo dagen før verdenskongressen om forebyggelse af idrætsskader. Af mange spændende foredrag skal her refereres fra den belgiske fysioterapeut Erik Witvrouw's (EW) foredrag om "Optimal Rehabilitation of Athletes with Anterior Knee Pain" og den amerikanske fysioterapeut Michael Voight's (MV) foredrag om "The science of hip rehabilitation following arthroscopy".

"Optimal Rehabilitation of Athletes with Anterior Knee Pain"

Formålet med foredraget var at introducere et klassifikationssystem til undersøgelse og non-opereativ rehabilitering af patienter med "patellofemoral pain syndrome" (PFPS). EW gennemgik ikke, hvilke strukturer som kan være de symptomgivende. Han koncentrerede sig om en vurdering af, hvilke dysfunktioner personer med PFPS har.

EW inddelte dysfunktionerne i: Muskulær dysfunktion, malalignment og bruskdefekt og lavede en grundig gennemgang af de tre dysfunktioner i forhold til dokumentation, undersøgelsesmuligheder samt rehabiliteringsfor-slag.

Muskulær dysfunktion

Muskulær dysfunktion blev igen inddelt i tre underpunkter: Quadriceps strength deficit, neuromuscular dysfunction og flexibility disorder.

1) Quadriceps strength deficit. Blev nævnt både som årsag til og resultat af PFPS. (Witvrouw 2000, Thomée 1996, Werner 1993). Undersøgelse af quadriceps deficit kan ske ved visuel inspektion (atrofi), isokinetisk styrkemåling

eller et-bens hoppetest. Et-bens hoppetest, som kan udføres i klinikken, har vist at have høj korrelation til isokinetisk styrketest (Ross 2002, Jarvela 2002).

Rehabiliteringen af quadriceps deficit kan ske gennem open chain-øvelser fra 0-50 graders knæfleksion eller gennem closed chain-øvelser fra 90-50 graders knæfleksion.

2) Neuromuskular dysfunction (eller selektiv VMO deficit). Kan undersøges optimalt gennem EMG-analyse, som vil vise nedsat aktivitet i VMO i forhold til vastus lateralis (VL). I klinikken kan den palpatoriske undersøgelse af VMO og VL afsløre samme dysfunction. Ligeledes kan omkredsmåling af låret lige over patella vise nedsat omkreds. De to kliniske undersøgelsesmuligheder er selvfølgelig usikre.

Tape kan benyttes ved denne dysfunction. Tapen øger kontaktfladen mellem patella og femur og EMG-aktiviteten i VMO stiger. EW nævnte, at ingen øvelser har vist sig specielt at aktivere VMO. Det anbefales, at man benytter funktionelle closed chain-øvelser.

3) Flexibility disorder. Kan ramme quadriceps, hamstring og det iliotibiale bånd. EW nævnte 3 referencer som diskuterer, om den nedsatte fleksibilitet er opstået på grund af PFPS eller er årsagen til PFPS (Witrouw 2000, Doucette

1996, Smith 1991). Som behandling nævnte EW udspænding, dog uden en nærmere præcisering af, hvordan udspændingen skal udføres, hvor ofte og hvor meget passiv ledbevægelighed udspændingen skal resultere i.

Malalignment

Malalignment blev inddelt i to kategorier: Patellofemoral joint malalignment og malalignment outside patellofemoral joint.

1) Patellofemoral joint malalignment. Kan undersøges teknisk gennem CT scanning eller klinisk med udgangspunkt i "McConnel patellofemoral joint assessment". Denne undersøgelse vurderer patellas position i forhold til tilt, glide og rotation. Vurderingen gennemgås med og uden kontraktion af quadriceps for at vurdere, om den patellofemorale joint malalignment stammer fra muskulaturen eller de passive strukturer. Hvis den patellofemorale malalignment vurderes at stamme fra passive strukturers påvirkning på patella, skal man differentiere mellem en hypermobil og en hypomobil patella. Den hypermobile patella skal man behandle med tape, bandager og closed chain-øvelser med henblik på at nedsætte patellas mobilitet. Den hypobile patella skal behandles manuelt med mobilisering samt stræk med

Oslo præsenterede sig fra sin pæneste side i slutningen af juni ...
(udsigt fra kongreshotellet på Holmenkollen)



det formål at øge patellas mobilitet.

2) Malalignment outside patello-femoral joint. Vurderes ud fra fodens og hoftens stilling. Eksempelvis kan genu varum stamme fra hyperpronation over subtalarleddet, eller fra en muskulært eller strukturelt forårsaget udadrotation af hoften. Løsningen på de patellofemorale smerter i denne situation vil være at behandle disse ledstillings-anomalier for her igennem at ændre belastningen på patellofemoralledet.

Cartilage defects

Beskrives enten som chondromalaci eller som akut skade på bruskvævet. Begge dele behandles gennem såvel open chain-øvelser som closed chain-øvelser med formål at øge styrken i bruskvævet.

"The science of hip rehabilitation following arthroscopy"

Tidligere har hofteskader ikke fået tilstrækkelig opmærksomhed, bl.a. fordi undersøgelses-metoderne ikke har været gode nok til at identificere patologi. Dette har formentlig betydet, at mange hofteskader er forblevet ubehandlede.

Et studie fra 2001 (Byrd, Clin Sports Med, 2001) hvor patienterne fik identificeret patologi i hofteledet, var 60% af patienterne før artroskopi blevet diagnosticeret til ikke at have patologi i hoften – og de havde været i behandlersystemet i gennemsnit 7 måneder, før der blev rettet opmærksomhed mod hofteledet.

Skader og symptomer

Efterhånden som hofteartroskopi-teknikken er forbedret, har det givet bedre muligheder for diagnosticering og behandling. Typiske ekstraartikulære diagnoser er: Hofteflexor-skade, lumbal dysfunktion, adduktor-skade, trochanter-bursit, hamstring-skade og piriformis-syndrom.

De klassiske symptomer ved intraartikulære skader i hoften er typisk refereret til den anteriore lyskere-region, L3 segment/dermatom (skader i den posteriore del af leddet har også dette symptombillede, derfor foreslår MV, at symptomer posteriort indikerer et rygproblem) og C-sign. C-sign beskrives som "deep interior pain" "hand gripped above greater trochanter with

thumb over posterior aspect of the trochanter and index finger in the groin".

Yderligere undersøgelser bør være MR-scanning, ganganalyse, identificering af kapsulært mønster, specielle tests som "Log rolling" og provokationstests for at reproducere kendt smerte (og evt. indentificere en labrumska-de).

Log rolling: Rotation af femur i fht. acetabulum og kapslen, mest specifik og mindre sensitiv for intraartikulær patologi.

Provokationstests (skal provokere kendt anterior lyskesmerte eller dyb anterior/lateral symptom for at være positive):

Anteriore labrum-skader: Bevæg hoften fra fuld flektion, udadrotation og abduktion til extension, indadrotation og adduktion.

Posteriore labrum-skader: Bevæg hoften fra fuld flektion, adduktion og indadrotation til extension, abduktion og udadrotation.

Indikationer for artroskopi

Indikation for at udføre hofteartroskopi er, at man kan reproducere smerterne, og at de fysiologiske fund ved diverse tests begrænser funktion.

Alle patienter bør have gennemgået konservativ behandling (ro, NSAID og rehabilitering) før der tages beslutning om artroskopi.

Specifikke indikationer for hofteartroskopi er:

- Loose bodies": Diagnosen stilles ved MR-scanning. De fjernes ved artroskopi (dokumenteret effekt).
- Labrum-skader: Denne type skade heler ikke ved konservativ behandling og symptomerne kan være meget begrænsende for funktion.
- Degenerative sygdomme.
- Bruskskader.
- "Synovial disease".
- Ruptur af lig. teres: Denne skade forekommer typisk efter et traume eller i association med degenerativ arthritis.
- Impingement (osteofytter).
- Uidentificerede hoftesmerter.
- Efter alloplastik: De fleste problemer kan identificeres ved klinisk undersøgelse eller røntgen.

Rehabilitering

Efter hofteartroskopi bør rehabilitering påbegyndes på 2. dagen. De 3 fokusområder er vægtbæring, ADL og in-

struktion i post-operative restriktioner.

Alle patienter vurderes individuelt i forhold til ressourcer, patologi og pre-operativ status.

For de mest simple procedurer vil patienten typisk have opnået fuld vægtbæring efter 7-10 dage. Efter brusklesion med behandling i form af microfractur og/eller kapselskade vil patienten skulle aflaste i 4 - 10 uger.

I rehabiliteringen indgår traktion (som generel mobilisering og mobilisering i forhold til indstikshullerne), kondicykel, cross-trainer, gang/løb i vand, ROM, gangtræning og progression af øvelser.

Vedrørende valg af øvelser rettede MV opmærksomhed på undersøgelser i forhold til kompression af femur mod acetabulum. Det bør bemærkes, at ikke-vægtbærende øvelser - som isometrisk abduktion og koncentrisk abduktion i sideliggende - udvikler større kompression mod acetabulum end almindelig fri gang. Det samme gælder for ét-bens stand på opereret ben. (Krebs, Elbaum, Riley, Hodge, Mann: 1991 / Tackson SJ, Krebs DE, Harris BA: 1991 / Krebs DE et al: 1992 / Givens-Heiss et al: 1992). Bækkenløft er den eneste vægtbærende øvelse som har signifikant mindre kompression mod acetabulum end fri gang (Hodge JBJS, 71:1989). Dette tages i betragtning ved tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb.

En god oplevelse

Samlet var IFSP/FFI-dagen vældig indholdsrig med mange spændende emner. Det samme var (selvfølgelig ...) den efterfølgende 3-dages "første verdenskongres om forebyggelse af idrætsskader".

På websiden www.ostrc.no kan man finde forebyggelseskongressens åbnings- og afslutningsindlæg af henholdsvis Roald Bahr & Lars Engebretsen (åbningen) og Winne Meuwisse (afslutningen). Sidstnævnte har en meget flot præsentation af konklusionerne fra næsten alle emnerne på kongressen. Her kan man få et lille indblik i nogle af de budskaber vi tog med os hjem, og man kan måske blive fristet til at deltage næste gang (i 2008 – også i Oslo).

Niels Erichsen, ne@fysiocenter.dk
Ann-Britt Kirkmand, abk@idraetsfysioterapi.dk

Kongresser • Kurser • Møder

INTERNATIONALE

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

1. - 4. juli 2006, Schweiz
European Postgraduate Course in Sports medicine, Magglingen/Lausanne.

Info: www.ecss2006.com

5. - 8. juli 2006, Schweiz
11th annual Congress of the European College of Sport Science, Lausanne.

Info: www.ecss2006.com

29. juli - 2. august 2006, USA
32nd Annual Meeting of the American 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 I
13.-17. marts 2006 i Jægersborg
Målgruppe: Læger
Arrangør: DIMS
Tilmelding: www.sportsmedicin.dk

Skisport og skader
3.-12. marts 2006 Østrig
Målgruppe: Læger og fysioterapeuter
Arrangør: DIMS og FFI
Tilmelding: www.sportsmedicin.dk

Træning af ældre
3.-4. marts 2006 på Bispebjerg
Målgruppe: Læger og fysioterapeuter
Arrangør: DIMS og FFI
Tilmelding: www.sportsmedicin.dk

Venlig hilsen
DIMS Uddannelses Udvalg

FFI kursuskalender 2006

Tilmeldingsfrister:

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

FORÅR:

Introduktionskursus

- København, 27.-28. januar
- Odense, 10.-11. februar

Træning for ældre

- Bispebjerg, 3.-4. marts
- Odense, 10.-11. marts
- København, 17.-18. marts
- Odense, 31. marts - 1. april
- København, 21.-22. april

Tapening

- Esbjerg, 28. april
- Odense, 4. maj
- Odense, 5. maj

EFTERÅR:

Idrætsfysioterapi og skulder/albue/hånd

- Lanzarote, 15.-22. september
- København, 6.-7. oktober
- Århus, 27.-28. oktober

Tapening

- København, 3. november
- København, 10.-11. november

Del A prøve

- Odense, 25. november

HERUDOVER (ikke endeligt fastsat):

Biomekanik/styrketræning • Motion, træning og coaching • Førstehjælp • Idrætsfysioterapi og børn

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

FFI og DIMS byder velkommen til idrætsmedicinsk årskongres 2006 i København. Organisationskomitéen har sammensat et spændende program for årskongressen, der både omfatter symposier, workshops, frie foredrag og postersessioner.

Det videnskabelige program er sammensat af repræsentanter fra FFI og DIMS i samarbejde med SAKS og DAS-FAS. Programmet er sammensat bredt, så det appellerer til alle potentielle deltagere. Som et nyt, spændende tiltag er der workshops på programmet.

Igen i år er der sammensat et stærkt socialt program med motionsløb, underholdning, fest m.m.. Husk sportstøj og løbesko.

Vi opfordrer alle til at tilmelde sig allerede nu for at opnå de laveste deltagerpriser. Indsend gerne abstracts allerede nu og senest 15. december.

Deltag aktivt, så får vi alle en rigtig god årskongres!

Abstracts

Fremsendes elektronisk som Word-dokument på e-mail til sekretæren senest den 15. december. Abstract skrives på engelsk. Se specifikke krav til abstracts på www.sportskongres.dk.

Foredrag

Foredrag præsenteres i PowerPoint, lysbilleder med engelsk tekst. Foredrag afholdes på dansk eller engelsk.

Foredragskonkurrence

Blandt de fremsendte abstracts vil nogle blive udvalgt til foredragskonkurrence lørdag. Foredragene i konkurrencen bedømmes af et videnskabeligt udvalg. Bedste foredrag præmieres efter kriterier om nyhedsværdi, videnskabelig kvalitet og præsentation.

Posters

Maksimum højde er 140 cm og bredde 90 cm. Der planlægges en poster-walk, hvor forfatteren har mulighed for en kort indførsel i arbejdet.

Posterkonkurrence

Under årskongressen vil posters blive bedømt af et videnskabeligt udvalg. Den bedste poster præmieres efter kriterier om nyhedsværdi, videnskabelig kvalitet og præsentation.



fagforum
for
idrætsfysioterapi

Tilmelding, tidsfrister og priser

	Før 15.12.05	Efter 15.12	On location
Medlem FFI/DIMS	2100	2600	2700
Ikke medlemmer	2500	3000	3100
Stud.fys og stud.med.	1800	2000	2100
Dagpris enkelte dage	1200	1400	1400
Gallafest fredag	500	500	600
Ledsager til gallafest	500	500	600

Deltagerprisen inkluderer endeligt program og deltagelse torsdag, fredag og lørdag i videnskabelige foredrag, workshops, frie foredrag og udstilling, desuden kaffe/the/vand med tilbehør alle dage, get2gether med buffet og underholdning torsdag aften samt frokost fredag. Gallafest inkluderer velkomstdrink, trerettens menu, vine ad libitum, kaffe/the avec, underholdning og musik.

Sekretariat (abstracts og udstillere)

Sekretær Lene Biune, ortopædkirurgisk afdeling, KAS Gentofte, Niels Andersensvej 65, 2900 Hellerup, Telefon: 3977 3778, Fax: 3977 7105
E-mail: lebiu@gentoftehosp.kbhamt.dk

Hotel

Værelse på kongreshotellet kan bookes direkte hos Radisson SAS Scandinavia Hotel, SAMager Boulevard 70, 2300 København S, Telefon: 3815 6500
E-mail: copenhagen@radissonsas.com
Referér til kode A0202P eller DIMS for reducerede værelsespriser til årskongressen: enkelt kr. 1.095, dobbelt 1.195.

Arrangørgruppe

FFI/DIMS: Henrik Aagaard, Bente Andersen, Christian Dall, Marianne Dall-Jepsen, Ann Dänhardt, Andreas Hartkopp, Lars Konradsen, Tom Nicolaisen
SAKS: Lars Blønd
DASFAS: Flemming Dela

PROGRAM

Torsdag den 3. februar 2005

STORE SAL

- 10.00 - 14.30 **DASFAS symposium: Er det sundt for hjertet at dyrke idræt?**
 14.30 - 15.00 Udstilling, kaffe og kage
 15.00 - 15.15 Åbning af årskongressen
 15.15 - 17.15 **Symposium: Status for ACL**
 Lecturers: Andreas Weiler MD, Grethe Myklebust PT PhD, Peter Albrecht-Olsen MD
 Chair: Bent Wulff Jakobsen, Peter Rheinlænder
 17.15 - 18.00 Udstilling og kaffe/vand/sandwiches
 18.00 - 19.30 **Symposium: ACL biomekanik**
 Lecturers: Finn Bojsen-Møller MD, Andreas Weiler MD, Gert Kristensen MD, Peter Albrecht-Olsen MD
 Chair: Svend Erik Christiansen, Lars Blønd
 20.00 - **Get together party med let anretning**
 LILLE SAL
 12.00 - 14.30 **SAKS-symposium: ACL-databasen. ACL-forskning**
 Lecturers: Martin Lind MD, Andreas Weiler MD
 18.00 - 19.30 **Symposium: Screening**
 Lecturers: Flemming Enoch PT, John Verner PT, Christian Couppé PT
 Chair: Bente Andersen

Fredag den 3. februar 2006

- 07.30 - 08.15 **Morgenløb. Solopgang ved Amager Strandpark** (5 km langsom tur og 7 km hurtig tur)
 STORE SAL
 08.30 - 09.00 **Workshop: Forebyggende ACL-træning**
 Lecturer: Grethe Myklebust PT PhD
 Chair: Peter Rheinlænder
 09.00 - 10.30 **Symposium: Status for brusklesioner**
 Lecturers: Michael Haugegaard MD, Gunnar Knutsen MD, Martin Lind MD
 Chair: Tom Nikolaisen, Lars Konradsen
 10.30 - 11.00 Udstilling og kaffe
 11.00 - 12.30 **Symposium: Idræt og inkontinens**
 Lecturers: Kari Bø PT PhD, Lone Mouritsen MD
 Chair: Sys Loving, Marianne Dall-Jepsen
 12.30 - 13.30 Frokost og udstilling
 13.30 - 14.45 **Workshop: Idræt og inkontinens**
 Lecturers: Sys Loving PT, Marianne Dall-Jepsen PT

- 14.45 - 15.00 Udstilling og kaffe
 15.00 - 16.30 **Frie foredrag**
 16.30 - 17.00 Udstilling og kaffe/croissant
 17.00 - 18.15 **Frie foredrag**
 19.00 - 01.30 **Gallamiddag**
 LILLE SAL
 09.00 - 10.00 **Frie foredrag**
 10.00 - 10.30 **Guidelines: DIMS guidelines for diagnose og behandling af achillessenetendinit/tendinose**
 10.30 - 11.00 Udstilling og kaffe
 11.00 - 12.30 **Symposium: Resistance training of the ageing individual: Clinical and functional implications**
 Lecturers: Narici MD, Reeves MD, Caserotti MD, Per Aagaard PhD, Charlotte Suetta MD
 Chairmen: Peter Magnusson, Charlotte Suetta
 12.30 - 13.30 Frokost og udstilling
 13.30 - 14.45 **Symposium: Kardiologi og astma i idrætsmedicinsk perspektiv**
 Lecturers: Lars Søndergaard MD, Niels Vejlstrup MD, Vibeke Backer MD
 Chairmen: Michael Kjær, Andreas Hartkopp
 14.45 - 15.00 Udstilling og kaffe
 15.00 - 18.00 **Antidoping Danmark-Symposium**
 GRUPPERUM
 15.00 - 16.30 **Generalforsamling FFI**
 16.30 - 17.00 Udstilling og kaffe/croissant
 17.00 - 18.15 **Generalforsamling DIMS**

Lørdag den 4. februar 2006

STORE SAL

- 09.00 - 10.30 **Workshop: Screeninger af bevægeapparatet**
 Lecturers: Connie Linnebjerg PT, Martin Baun PT, Kim Larsen PT, Christian Couppe PT
 Chair: Henrik Aagaard
 10.30 - 11.00 Udstilling og kaffe
 11.00 - 12.00 **Foredragskonkurrence**
 12.00 - 12.15 Præmier, præsentation af næste Årskongres, afslutning
 LILLE SAL
 09.00 - 10.30 **CMRC studietur til Andesbjergene**
 Lecturers: Bengt Saltin, Gerrit van Hall, José Calbét m.fl.
 Chair: Andreas Hartkopp

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



FAGFORUM FOR IDRÆTSFYSIOTERAPI

Kurser i idrætsfysioterapi

Kursusrækken for idrætsfysioterapi er opbygget i del A og B.

Del A kan afsluttes med skriftlig og mundtlig prøve. Formålet med kursusrækken er at indføre kursisterne i „Best practice“ indenfor undersøgelse, test, forebyggelse og behandling i relation til idrætsfysioterapi samt at sikre, at idrætsfysioterapi i Danmark lever op til internationale kvalitetskrav. Kursisterne skal opnå færdigheder i diagnostik og den kliniske beslutningsproces gennem vurdering og analyse af kliniske fund og symptomer = klinisk ræsonnering samt udvikle deres praktiske færdigheder i forhold til forebyggelse og rehabilitering indenfor idrætsskadeområdet.

Del B fokuserer på forskellige målgrupper indenfor idræt og specialviden i relation til dette. Del B er under udvikling og prøven efter del B vil blive tilbudt, når del B er fuldt udviklet.

Kursusrækken i del A består af:

- Introduktionskursus til idrætsfysioterapi.
- Introduktionskursus skal gennemføres for at gå videre på de efterfølgende regionskurser, som kan tages i selvvalgt rækkefølge.

- Idrætsfysioterapi i relation til skulderregionen
- Idrætsfysioterapi i relation til albue/håndregionen
- Idrætsfysioterapi i relation til hofte/lyskeregionen
- Idrætsfysioterapi i relation til knæregionen
- Idrætsfysioterapi i relation til fod-/ankelregionen

Del B kurserne, som i øjeblikket udbydes:

- Idrætsfysioterapi med fokus på biomekaniske aspekter og relateret til analyse og målemetoder, screeningsmetoder og styrketræning.
- Idrætsfysioterapi med fokus på doping, kost og ernæring samt idrætspsykologi.
- Idrætsfysioterapi til forskellige målgrupper som børn, ældre, handicappede o.a.

Øvrige kursusaktiviteter:

- Årskongres FFI/DIMS (i februar)
- Skikursus FFI/DIMS (i marts)

Der er flere kursusaktiviteter under udvikling, så det er vigtigt hele tiden at holde øje med Fagforum for idrætsfysioterapi hjemmeside

www.sportsfysioterapi.dk med henblik på opdateringer og nye kursustilbud.

Om beskrivelse af idrætsfysioterapi, kursusaktiviteter med mål og indhold, tilmelding, kontaktpersoner etc. kan du læse nærmere på:
www.sportsfysioterapi.dk



"Introduktionskursus til idrætsfysioterapi"

(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 ræsonnering 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

Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum for Idrætsfysioterapi.

Pris: 2400 kr. for medlemmer og 2700 for ikke-medlemmer af FFI. Prisen dækker kursusafgift og fortæring under kursus.

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

Yderligere oplysninger og tilmelding: FFI's hjemmeside
www.sportsfysioterapi.dk

Aktuelle Introduktionskurser:

- 27.-28. januar på Fysioterapeutuddannelsen i København
Tilmeldingsfrist: 22. december 2005

- 10.-11. februar på Fysioterapeutuddannelsen i Odense
Tilmeldingsfrist: 2. januar 2006



“Idrætsfysioterapi relateret til forskellige kropsregioner” (skulder/albue-hånd/hofte-lyske/knæ/fod-ankel)

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 undersøgelses-, forebyggelses- og behandlingsstrategier
- får udvidet kendskab til parakliniske undersøgelses- 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

Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum for Idrætsfysioterapi.

Pris: 2-dages kurserne: 2400 kr. for medlemmer og 2700 kr. for ikke-medlemmer; 1-dages kurserne: 1200 kr. for medlemmer og 1400 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

Emner, tid og sted: Se kursuskalender her i bladet eller på www.sportsfysioterapi.dk



“La Santa kursus 2006”

La Santa kurset er et kombineret introduktions- og regionskursus, der afvikles på La Santa Sport, Lanzarote, i løbet af en uge hvert efterår. For kurset i 2006 gælder:

Indhold: Introduktion og idrætsfysioterapi i relation til skulder/albue/hånd.

Målgruppe, mål og indhold: Se beskrivelserne under introduktionskursus og regionskurserne.

Tid: Uge 38, 2006, fra fredag den 15. til fredag den 22. september.

Sted: Club La Santa, E-355 60 Tinajo, Lanzarote.

Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum for Idrætsfysioterapi.

Pris: 8700 kr. for medlemmer af Fagforum for Idrætsfysioterapi og 9000 kr. for ikke-medlemmer. Prisen dækker kursusafgift, flyrejse og ophold i 3 personers lejlighed uden fortæring. Det vil være muligt at få ophold i 1, 2 eller 4 personers lejlighed mod ekstrabetaling.

Deltagere: 40 fysioterapeuter. Medlemmer af FFI har fortrinsret.

Tilmelding: Tilmeldingsfrist 1. marts 2006 med betaling af depositum på 1000 kr.. Benyt FFIs hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk, hvor du også kan finde proceduren for indbetaling af kursusbeløb.

Besked om deltagelse: Udsendes ca. en uge efter tilmeldingsfristens udløb.

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 idrætsskole, hvor man gennem patientdemonstrationer får et indblik i moderne undersøgelses- og behandlingsstrategier.

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

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

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

Krav til vedligeholdelse af Diplomklassifikation

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

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

Idrætsmedicinske arrangementer pointangives af Dansk Idrætsmedicinsk Selskabs Uddannelsesudvalg før kursusafholdelse.

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

Skemaet klippes ud og sendes til DIMS v/ sekretær Louice Krandorf, Ægyptensvej 33, 2770 Kastrup

DIMS/FFI fælles kurser

IDRÆTSMEDICINSK DIPLOMKURSUS TRIN 1

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

Målgruppe: Fortrinsvis praktiserende og yngre læger, der har interesse for idrætsmedicin og som ønsker basal indføring i emnet.

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

Kursusledelse: Marianne Backer og Bente Korsby. Arrangør: Dansk Idrætsmedicinsk Selskab (DIMS) i samarbejde med Forsvarets Sundhedstjeneste.

Undervisere: Mogens Dam, Peter Rheinländer, Andreas Hartkopp, Michael Kjær, Lars Konradsen, Kjeld Johnsen, Birgitte Kjær, Gina Kollerup, Gitte Vestergaard, Søren Kaalund, Henrik Aagaard, Marianne Backer.

Tid og sted: Mandag 13. marts til fredag d. 17. marts 2006, kl. 08.00 - 16.00. Forsvarets Sundhedstjeneste, Jægersborg Kaserne, Jægersborg Allé 150, 2820 Gentofte. Telefon 3977 1200.

Kursusafgift: Yngre læger, medlemmer af DIMS: 3.500 kr., andre yngre læger: 4.500 kr. Ikke yngre læger, medlemmer af DIMS: 4.000 kr., andre ikke yngre læger: 5.500 kr. Kursusafgiften inkluderer frokost og kaffe.

Tilmelding: Brev, e-post eller fax med navn, adresse samt oplysning om lægelig søjle og eventuelt medlemskab af DIMS til kursussekretær Charlotte Blomberg jeno@get2net.dk tlf: 49151222. Giro: (reg. 1199) konto 16023337. Kost og logi mod betaling kan evt. arrangeres på Jægersborg Kaserne i det omfang, der er ledige værelser efter nærmere aftale med Kaserneforvaltningen, telefon 3977 1581. Maks. 30 deltagere. Sidste frist for tilmelding: 1. februar 2006.

TRÆNING AF ÆLDRE

Betydningen af fysisk træning hos ældre. Nyeste viden og gennemgang af metoder. Motion på recept også for ældre.

**Formål og indhold:**

Kurset vil fokusere på den nyeste viden indenfor træning af ældre – både raske men også ældre med morbiditet. Kurset er overvejende teoretisk, men der vil blive lagt vægt på at der gives praktiske eksempler på træningsprogrammer og anvendelige metoder som kan benyttes både af fysioterapeuter og læger. Første dag, fredag, vil tage udgangspunkt i den aldersrelaterede nedgang i fysisk aktivitet, og en gennemgang af hvilke risikofaktorer der er ved inaktivitet og morbiditet. Der vil desuden blive gennemgået den nyeste viden indenfor de neuromuskulære adaptationer til aldring og træning, ligesom der vil være praktiske demonstrationer af egnet udholdenhedstræning og styrketræning til ældre – og specielt hvilken træning der egner sig til hvem. Der vil også blive diskuteret og gennemgået om ældre har effekt af kosttilskud i forbindelse med træning. Anden dag, lørdag, vil den ældre med morbiditet være i centrum – der vil blive gennemgået evidensbaseret viden i forbindelse med træning til ældre hjerte-lungelidelser, diabetes, osteoporose, arthrose, træning af svage ældre og træning af hospitalspatienter.

Kurset giver 10 CME point til den Idrætsmedicinske Diplomuddannelse og 1,5 ECTS til Idrætsfysioterapeutuddannelsen.

Kursusform: Eksternat

Tid: 3-4. marts 2006.

Sted: Bispebjerg Hospital

Målgruppe: Interesserede fysioterapeuter og læger, max 40

Undervisere: Michael Kjær, Bente Klarlund, Nina Beyer, Per Aagaard, Birgitte Esmarck, Charlotte Suetta og mange flere

Arrangører: DIMS og FFI ved læge Charlotte Suetta og fysioterapeut Nina Beyer

Kursuspris: 2000 kr. for FFI- og DIMS-medlemmer, 2400 kr. for ikke-medlemmer

Tilmelding: Senest d. 15/2-2006 til DIMS kursussekretær Charlotte Blomberg, jeno@get2net.dk. Kursusafgiften betales til Giro: (reg. 1199) konto 16023337

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, liggevojn. 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.liggevojn, 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

Generalforsamlinger 2006

Dansk Idrætsmedicinsk Selskab afholder

ORDINÆR GENERALFORSAMLING fredag
den 3. februar 2006 kl. 17.00 – 18.15

med følgende dagsorden:

- 1) Valg af dirigent
- 2) Godkendelse af nye medlemmer
- 3) Formandens beretning
- 4) Beretning fra uddannelsesudvalget
- 5) Beretning fra andre udvalg
- 6) Forelæggelse af revideret regnskab (2005)
- 7) Fastsættelse af næste års kontingent
- 8) Behandling af indkomne forslag
- 9) Valg
 - a) til bestyrelsen
 - b) til uddannelsesudvalget
 - c) af revisor / revisorsuppleant
- 10) Eventuelt

Oplysninger om kandidater, tidsfrister m.m. kan senere findes på www.sportsmedicin.dk

Fagforum for Idrætsfysioterapi afholder

ORDINÆR GENERALFORSAMLING fredag,
den 3. februar 2006 kl. 15.00

med følgende dagsorden:

1. Valg af dirigent
2. Beretning fra bestyrelsen
3. Fremlæggelse af det reviderede regnskab for 2005
4. Fastsettelse af kontingent for 2007
5. Indkomne forslag
6. Valg af bestyrelse
7. Valg af 2 revisorer
8. Eventuelt

Oplysninger om kandidater, tidsfrister m.m. kan senere findes på www.sportsfysioterapi.dk

Begge generalforsamlinger afholdes på
Radisson SAS Scandinavia Hotel
2300 København S

Venlig hilsen BESTYRELSENE

Andre kurser

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, bløddelstumor, 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 fortæring 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.

Forkortet produktinformation for Arthrotec tabletter. Diclofenacnatrium 50 mg + misoprostol 0,2 mg. Tabletten er opbygget på følgende måde: Inderst diklofenac omgivet af en mavesyre-resistent 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 dagligt 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 ved brug:** 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. Barn: 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. Bør ikke 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 nefritis. 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, sømnlens og hypotoni. Kliniske tegn på overdosis af misoprostol kan være sedation, tremor, krampe, dyspné, abdominal smerte, 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. 10. oktober 2005:** Vnr 154591, 50 mg + 0,2 mg, 20 stk., kr. 99,75. Vnr 154708, 50 mg + 0,2 mg, 100 stk., kr. 395,60. **Udlevering: A. Tilskud:** Ja. Forkortet produktinformation er baseret på det fuldstændige produktresumé dateret 25. april 2005, som kan rekvireres hos indehaver af markedsføringstilladelsen Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. (API_Art_APR2005).

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 dagligt umiddelbart efter et måltid. Tabletten skal synkes hel, må ikke tygges. **Ældre/nedsat nyre- og leverfunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig. Tæt monitorering af patienter med nedsat nyre- og leverfunktion (se bivirkninger). Barn: 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 ved brug:** Arthrotec forte må ikke gives til menstruerende kvinder, med mindre de bruger effektiv kontraception og er blevet informeret om risikoen ved at tage præparatet ved graviditet. Forsigtighedsregler: Arthrotec forte kan, som de andre NSAID's, mindske trombocyttaggregationen og forlænge blødning. Der anbefales særlig overvågning ved tilfælde af bloddannelse, koagulationsforstyrrelser eller hos patienter med tidligere hjerneblødning. Væskeretention 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 nyrsvækkelse og fremskredet leversygdom. Tæt monitorering hos patienter, der er i vanddrivende behandling eller på anden måde har risiko for hypovolem. 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. Bør ikke 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 nefritis. 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, sømnlens og hypotoni. Kliniske tegn på overdosis af misoprostol kan være sedation, tremor, krampe, dyspné, abdominal smerte, 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. 10. oktober 2005:** Vnr 431759, 75 mg + 0,2 mg, 20 stk., kr. 117,05. Vnr 431783, 75 mg + 0,2 mg, 100 stk., kr. 470,90. **Udlevering: A. Tilskud:** Ja. Forkortet produktinformation er baseret på det fuldstændige produktresumé dateret 25. april 2005, som kan rekvireres hos indehaver af markedsføringstilladelsen Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. (API_ArtF_APR2005).

**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 Peder Berg
Schacksgade 42, 2.th.
5000 Odense C 6313 1336 (P)
pbe@cvsu.dk

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

Fysioterapeut Henning Langberg
Idrætsmedicinsk Forskningsenhed, BBH
2400 København NV 3531 6089 (A)
hl02@bbh.hosp.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@kbhffys.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
Sommervej 9
5250 Odense SV
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
Sommervej 9, 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) abk@idraetsfysioterapi.dk

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

Suppleant Henning Langberg Jørgensen
Tjornegårdsvej 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
Støvringgårdsvej 26
8900 Randers
86429100(A) / 86405346(P)
finn@midtbyens-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:

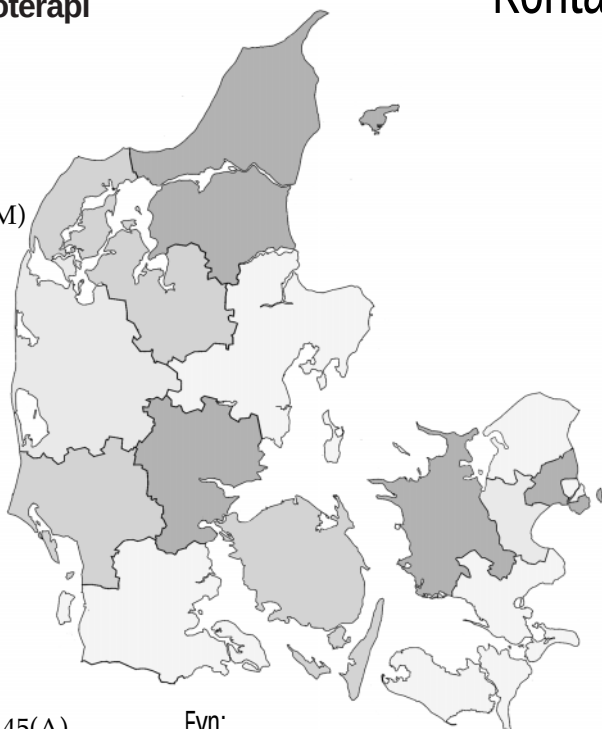
Klaus Petersen
Ordrupvej 46 B, 1.th.
2920 Charlottenlund
3963 2310 (A)
info@ordrupfysio.dk

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 Hellesen
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 Bevægeapparatet, 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



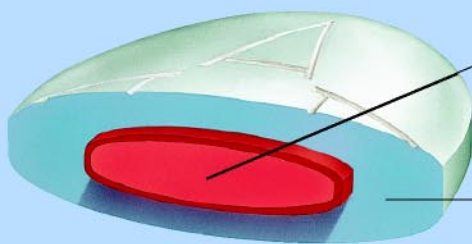
POST

PP

DANMARK

For pligtekst se side 37

Arthrotec® forte og Arthrotec® (diclofenac/misoprostol)



Inderst:

Det velkendte, smertestillende diclofenac,
50 mg eller 75 mg

Yderst:

Det mave- og tarmbeskyttende misoprostol,
0,2 mg

TILSKUDSBERETTIGET



210-Arth-05-01-32



Vi arbejder med liv og sjæl