

DANSK SPORTSMEDICIN



REHABILITERING EFTER
HOFTEARTROSKOPI



RYGPROBLEMER OG IDRÆT



FOREBYGGELSESKONGRES



fagforum
for
idrætsfysioterapi



Redaktør
Kristian Thorborg

Redaktionen til tælling !

Som flere sikkert har bemærket udkom maj-nummeret af Dansk Sportsmedicin ikke. Redaktionen beklager dybt overfor vores medlemmer, abonnenter, annoncører m.m., at vi ikke var i stand til at udkomme på grund af manglende fagligt indhold. Det er første gang i bladets historie, at dette er sket, og som forholdsvis ny redaktør kan jeg godt blive en smule forfængelig og irriteret over, at det lige skulle ske på min "vagt". Omvendt må vi konstatere, at uden fagligt stof til bladet mister det både sin betydning og berettigelse i forhold til de mange medlemmer og personer, der hver gang ser frem til at læse bladet.

Bladets skæbne har før været til debat på de respektive generalforsamlinger i forhold til, om man skulle overgå til at blive et elektronisk medie. Dette ville på mange

måder være lettere og ikke mindst billigere. Dette er dog blevet klart afvist af medlemmerne, som altså stadig har ønsket at få det blå magasin med posten. Personligt har jeg altid værdsat den trykte udgave. Jeg tror på, at bladet i sin nuværende form er en af de ting som "kitter" os sammen på tværs af faggrænser. Bladet er sammen med årskongressen måske det tydeligste bevis på, at vi har gang i noget sammen og at vi er del af et progressivt og spændende fagfelt, der hele tiden forsøger at udvikle sig.

Men intet består jo som sagt af sig selv. Dansk Sportsmedicin, ikke mindst, er afhængig af frivilligt arbejde, ikke bare i redaktionen, men også hos de folk som vælger at bidrage med stof til bladet. Derfor skal der herfra lyde endnu en opfordring til, at man henvender sig med alt hvad man har liggende i skufferne, hvis man mener at det kan have en idrætsmedicinsk interesse for andre ligesindede. Til sidst en lille reprimande til alle involverede parter, inklusive mig selv: Overhold så vidt muligt aftaler og deadlines. Husk at frivillighed som regel er baseret på godt humør, lyst og overskud og sådan

skulle det gerne blive ved med at være, også i Dansk Sportsmedicin, mange år fremover.

Denne udgave af Dansk Sportsmedicin indeholder et referat fra den 2. verdenskongres om forebyggelse af idrætsskader. "Forebyggelse er nøglen", lyder et ofte anvendt mantra. Alligevel forholder det sig stadig sådan, at hver gang vi bruger 1000 kroner på at helbrede en dansker for en livsstilssygdom, bruger vi kun 1 krone på at forebygge, hvilket er tankevækkende. Sådan er det givetvis også indenfor idrætsmedicinen, men de senere år har der været mere fokus på forebyggelse af idrætsskader end nogensinde. Læs referatet inde i bladet.

Rigtig god fornøjelse.

Dansk Sportsmedicin nummer 2,
12. årgang, august 2008.
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: info@dansksportsmedicin.dk

REDAKTION

Overlæge Per Hölmich, cand.scient. Bente Kiens, overlæge Bent Lund, lektor Peder Berg, fysioterapeut Svend B. Carstensen, fysioterapeut Kristian Thorborg, fysioterapeut Gitte Vestergaard.

ANSVARSHAVENDE REDAKTØR

Fysioterapeut Kristian Thorborg

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.dansksportsmedicin.dk. Dansk Sportsmedicin forholder sig retten til at arkivere og udgive al stof i tidsskriftet i elektronisk form. 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

Venligst stillet til rådighed af EIRA Privathospitalet, Skejby.

© Indholdet må ikke genbruges uden tilladelse fra ansvarshavende redaktør.

Indhold:

FORENINGSNYT	4	Ledere
FAGLIGT	6	Rehabilitering efter hofteartroskopi <i>Karin Jensen og Gorm Helleberg Rasmussen</i>
	13	Rygproblemer og idræt – hvad ved vi? <i>Niels Wedderkopp</i>
	16	Referat fra 2nd World Congress on Sports Injury Prevention <i>Kristian Thorborg, Jesper Pedersen, Anders Winther, Bente Andersen, Vibeke Bechtold</i>
AKTUELT	22	DIMS diplomeksamen <i>Michael Kjær og Marianne Backer</i>
DEBAT	24	Ryst blot posen igen ...! <i>Svend B. Carstensen</i>
INFORMATIONER	25	FFI-eksamen i idrætsfysioterapi – del B <i>Vibeke Bechtold</i>
KURSER OG MØDER	28	
NYTTIGE ADRESSER	34	



fagforum
for
idrætsfysioterapi

Deadlines for kommende numre:

Nummer	Artikelstof	Annoncer	Udkommer
3/2008	1. oktober	15. oktober	i november
1/2009	1. december	15. december	sidst i januar
2/2009	1. april	15. april	i maj
3/2009	1. juli	15. juli	i august



Dansk
Idrætsmedicinsk
Selskab

*v/ Tommy F. Øhlenschläger,
formand*



Idrætsmedicinen nu og i fremtiden

Det har været glædeligt at se, hvordan idrætsmedicinen har fået en større plads i både læge- og fysioterapiverdenen, hos idrætsudøverne og i befolkningen generelt.

Dette må dog ikke foranledige os til at hvile på laurbærrene. Jeg ser forsat store udviklingsmæssige muligheder for idrætsmedicinen i Danmark.

En af de udfordringer som jeg ser, er at få samlet de mange idrætsmedicinske områder og personer i større enheder. Der er i selskaberne (DIMS/FFI), så mange dygtige og engagerede mennesker som ikke udnyttes optimalt. De enkelte personer sidder ofte i klinikker og afdelinger, hvor der er få med samme interesse for idrætsmedicin, eller i klinikker og afdelinger hvor man først og fremmest kun har samlet samme type af ekspertise (ortopædkirurger, fysioterapeuter, reumatologer, kardiologer, lungemedicinere, kliniske fysiologer og nuklearmedicinere, cand.scient.'er i idræt, biokemikere, human fysiologer, statistikere osv.). Mulighederne for tværfaglig synergi er, alt andet lige, større i enheder af en vis størrelse. Såfremt der skal forskes, uddannes eller forebygges, vil det forudsætte, at der findes enheder med en kapacitet, der kan klare disse opgaver.

Ser vi på vores Skandinaviske broderlande, er der først i Norge og senere i Sverige oprettet klinikker, der indeholder større eller mindre dele af de

elementer, der skal til for at skabe optimale miljøer for vidensudveksling og forskning - og frem for alt er de steder med gode "legekammerater", der har samme glødende interesse for idrætsmedicin.

Jeg besøgte for nyligt det seneste skud på stammen af disse klinikker, Capio Artro Clinic i Stockholm.

Den er opstået som et samarbejde mellem "Capio" klinikken og "Centrum för idrottsskedeforskning och utbildning vid Karolinska Institutet". Klinikken har 8 konsultationer, 2 mindre operationsrum, 7 store operationsrum, tre auditorier, bibliotek, café, forskningslaboratorium (inkl. udstyr som kraftplatform, balanceplade, EMG, ganganalyselaboratorium m.m.). Til at håndtere disse ydre rammer er der ansat 14 læger og 20 fysioterapeuter.

Den Svenske klinik har naturligvis også sine begrænsninger, men det er glædeligt at træde ind i et miljø, hvor man tydelig mærker, at der er en ånd for at udbrede og arbejde med idrætsmedicin.

Der er en forskningsdel, arbejde med forebyggelse, der er uddannelse og så naturligvis produktion. Her til kommer udenomsaktiviteter som "tirsdagsklubben", hvor aktuelle emner eller artikler diskuteres, der er konference- og kursusvirksomhed, for ikke at tale om den daglige udveksling af viden som naturligvis må forekomme, når man går op og ned af hinanden.

Jeg er selv for nyligt skiftet fra en mindre enhed inden for idrætsmedicin, til en større enhed. Det har været en fantastisk oplevelse, og jeg kunne godt unde alle jer med interesse for idrætsmedicin den oplevelse at befinde sig blandt engagerede, vidende og entusiastiske folk, som alle brænder for at dele viden med lige netop dig.

For at kunne opnå målet om større tværfaglige enheder, vil det være nødvendigt med politisk opbakning. Der skulle komme en erkendelse af, at idrætsmedicin har en selvstændig berettigelse og ikke kun er noget, der kan varetages i eksisterende afdelinger - eller endnu værre - at befolkningen (motionister såvel som elite) selv må varetage disse "selvforskyldte" problemer. Yderligere vil det kræve Jeres forsatte ihærdige arbejde i klinikkerne.

Jeg ønsker Jer derfor alle forsat god vind med idrætsmedicinen, og håber at I alle på jeres vej har lige så megen glæde og gode oplevelser, som jeg selv har haft - og har.



Fagforum for Idrætsfysioterapi

v/ Niels Erichsen,
formand



fagforum for idrætsfysioterapi

Bestyrelsen i FFI har gennem de sidste år planlagt og prioriteret bestyrelsesarbejdet ud fra en målsætning, som udarbejdes hver 2. år. På denne måde opnår vi en velovervejet arbejdsindsats og en sikring af prioriteringen af de enkelte arbejdsopgaver. Bestyrelsen har i foråret udarbejdet en ny målsætning, som skal indfries inden sommeren 2010.

Overordnede betragtninger

Overordnet vil bestyrelsen i FFI gerne udvikle den politik og holdning, som generelt tegner og beskriver FFI. Vi vil gerne følge med tidens trend, som efterhånden gør op med det frivillige foreningsliv og i stedet byder det mere professionelle og virksomhedsorienterede arbejde velkommen. Det betyder, at bestyrelsesarbejdet i FFI i højere grad lader sig styre af generelle overvejelser vedrørende bl.a. synlighed overfor vores egne medlemmer, uddannelse, hjemmeside og samarbejde med Danske Fysioterapeuter, i stedet for kortsigtet at lade os præge og styre af et øjebliksbillede.

Målsætning

I målsætningen, som skal indfries inden sommeren 2010, står der blandt andet:

Om uddannelse:

- 10 personer skal have bestået del B eksamen.

UKU er ved at lægge sidste hånd på hele del B uddannelses forløbet. Det betyder at de første medlemmer

inden sommeren 2010 skal have taget eksamen i del B.

- Beskrive retningslinjer i fht. at fastholde sin del B idræts titel.
- Beskrive retningslinjer i fht. at fastholde sin del A idræts titel.

Der foregår en konstant udvikling i vores uddannelsesbehov. Hvor behovet for 5 år siden var at etablere en eksamen, er behovet nu i lige så høj grad en systematisk vurdering af de medlemmer, som har taget eksamen. Derfor vil FFI konkretisere og beskrive, hvilke krav man skal opfylde for at fasthold sit eksamensniveau. Herved sikres den fremtidige kvalitet af de medlemmer, som har taget eksamen.

- Afholde 1 temadag med en international foredragsholder og 1 national foredragsholder om mere specifikke emner.

Bestyrelsen er bevidst om, at mange af vores medlemmer har taget del A eksamen og derfor savner et kursus-tilbud som modsvarer deres kliniske niveau. Derfor vil FFI afholde 2 temadage med internationale og nationale anerkendte foredragsholdere om året.

Om Idrætsmedicinsk Årskongres:

- Minimum 20 % af vores medlemsskare skal deltage til Idrætsmedicinsk årskongres.

Vi er fast besluttet på, at deltager antallet på årskongressen skal øges. Kvaliteten både fagligt og socialt skal belønnes med et større deltagerantal. Der er i år til årskongressen nedsat et PR udvalg, som skal støbe kuglerne i forhold til profilering og information vedrørende årskongressen.

Om ekstern og intern PR:

- Iværksætte initiativer, som skal bedre FFI's synlighed overfor idrætsudøvere/trænere/læger mm.
 - Iværksætte initiativer som skal bedre FFI's synlighed overfor fysioterapeuter.
- FFI står blandt andet for idrætsfysioterapeutisk kvalitet. Det stempel ønsker vi at vores brugere i idrætsverden skal informeres om. Vi vil derfor iværksætte initiativer som skal have det formål at informere trænere, udøvere, læger mm. om, at fysioterapeuter, som har bestået eksamen i FFI eller eksamen med tilsvarende niveau, er troværdige samarbejdspartnere, som bygger deres kliniske arbejde på evidens og best practice.

Hermed håber jeg at have givet et indblik i nogle af de arbejdsopgaver, bestyrelsen i FFI har besluttet at prioritere højt i de næste arbejdsår. Vi glæder os til at sætte skibene i vandet og fortsat være med til at udvikle idrætsfysioterapien i Danmark.

Rehabilitering efter hofteartroskopi

— genoptræning efter synovektomi, labrumlæsion, mikrofraktur og cheilektomi

Af Karin Jensen og Gorm Helleberg Rasmussen, fysioterapeuter, EIRA Privathospitalet Skejby

Tidligere har hofteskader ikke fået tilstrækkelig opmærksomhed, måske fordi hofteskader er mindre almindelige end andre skader, men også fordi undersøgelsesmetoderne ikke har været gode nok til at identificere patologi. Der har kun været få behandlingsmuligheder for hofteproblematikker, hvilket ikke har været motiverende for diagnostisk udvikling/udforskning.

Introduktionen og udviklingen af hofteartroskopi har åbnet op for en helt ny indgang til behandling og rehabilitering af flere hofteproblemstillinger.

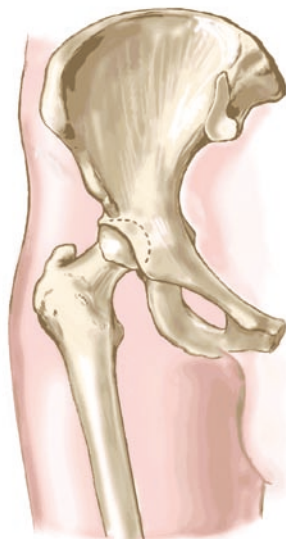
Indikationerne for hofteartroskopi er i hastig udvikling, men nøglen til succesfulde resultater afhænger af en korrekt patientudvælgelse.

Anamnese og undersøgelse

En omhyggelig anamnese og klinisk undersøgelse vil sædvanligvis indikere, om det er hofteleddet, der er kilden til problemerne.

Smerternes opståen: Er det sket traumatisk eller kommet snigende? Hofteproblemer sekundært til et bestemt traume tenderer til at respondere bedre på hofteartroskopi, hvorimod snigende hofteproblemer leder tanken hen på prædispositioner eller degenerative forandringer med mindre sikre resultater af en hofteartroskopi (1).

Hvordan påvirkes symptomerne ved aktivitet? Bliver symptomerne værre i en bestemt stilling, ved stillingsændring eller ved retningsskift? Ubehag i sidende stilling (hoftefleksion) og ved rejse/sætte sig-bevægelsen tyder på hoftepatologi, ligesom der kan være



besvær med at gå op og ned ad trapper og tage sko og strømper på.

Smertelokalisation: De klassiske symptomer ved intraartikulære skader i hoften er typisk refereret til den anteriore lyskere region og kan radiere til indersiden af låret, L3 segment/dermatom. Posterioire hoftesymptomer er sjældent hoftepatologi, men indikerer snarere et rygproblem. En anden karakteristisk smertelokation er "C-sign", der beskrives som "deep interior pain, area as hand gripped above greater trochanter with thumb over posterior aspect of the trochanter and index finger in groin".

Yderligere undersøgelser bør være *ganganalyse*, *ledbevægelighedsundersøgelse* med afsløring af kapsulært mønster og *specifikke tests*.

En omhyggelig ganganalyse vil oftest afsløre svaghed og kompensatoriske bevægemønstre. Det typiske bevægemønster er præget af stramme hofteflexorer og rygekstensorer og svage/inhiberede glutealmuskler og mavemuskler.

I den objektive undersøgelse benyttes forskellige specifikke tests og provokationstests til afsløring af patologien i hofteleddet. Der skal testes specifikt for impingement og labrumlæsion. Provokationstests skal kunne reproducere den kendte smerte, for at testen er positiv.

I betragtning af at hofteproblematikken ofte har stået på i lang tid, bør undersøgelsen desuden bestå af funktionelle bevægelsestests for at screene for muskelubalance i truncus- og hoftere regionen.

Endelig bør der foretages MR-skanning for at klarlægge patologien.

Konservativ, ikke-operativ rehabilitering

De fleste hofteproblematikker bør forudgås af et konservativt behandlingsforløb, inden der gribes til en hofteartroskopi. Behandlingsforløbet skal fokusere på at normalisere muskelbalancen i truncus- og hoftere regionen. Især skal der fokuseres på at genoprette styrken i hofteekstensorerne og fleksibiliteten i hofteflexorerne for derved at inhibere/nedsætte de store fremadrettede kræfter på hofteleddet og skabe bedre muskulær balance. Manuel mobilisering af leddet vil også være hensigtsmæssig, ligesom kor-

reaktion af bevægelsesmønstre, blandt andet med henblik på normal hofteextension under gang og at undgå drejebewægelser med vægtbelastning, hvor acetabulum roterer på femur, skal med i behandlingen.

Postoperativ rehabilitering

Det postoperative rehabiliteringsprogram varierer, idet det afhænger af patologi, operationsprocedure, patientens ressourcer og præoperative funktionelle status.

Den mekaniske årsag til hofteproblematikken kan ofte behandles operativt, mens funktionelle problemer må korrigeres gennem rehabilitering. Alle patienter er forskellige og må behandles individuelt med skyldig hensyntagen til de forskellige vævs helingstider. Der vil være hurtigere fremskridt efter fjernelse af løse dele i leddet end efter reparation af ledbrusk og ledlæbe eller fjernelse af knogle.

Progression af vægtbæring, ROM og styrketræning må ske på basis af den nuværende viden om vævshelingsrespons for hver specifikke operationsprocedure. Overvejelser om vægtbæring afhænger desuden af læsionens størrelse. Ved simple procedurer kan fuld vægtbæring opnås inden for 2 uger. Ved kondrale læsioner og/eller labrumreparationer er der behov for aflastning i en længere periode for at opnå tilfredsstillende biologisk ophealing (op til 8 - 10 uger).

Den præoperative status med muskelubalance og svaghed vil påvirke den postoperative rehabilitering, ikke mindst fordi tilstanden ofte har stået på i lang tid med kompensatoriske forandringer til følge.

Progression

Hvordan beslutter vi, hvor hurtigt vi kan progredierte et rehabiliteringsforløb? Ud over hensynet til operationstype og vævshelingsrespons er kendskab til kontaktryk mellem femur og acetabulum afgørende for, hvilke øvelser og aktiviteter der vælges i genoptræningsforløbet. At undgå øvelser, der skaber stort acetabulært tryk, kan være med til at forhindre yderligere forværring af ledbruskens status. Undersøgelser i forhold til kompressionskræfter omkring hofteledet viser, at ikke-vægtbærende øvelser, som f.eks. isometrisk

abduktion og dynamisk abduktion i sideliggende udvikler større kompression mod acetabulum end almindelig gang. Bækkenløft er faktisk den eneste vægtbærende øvelse, som udvikler signifikant mindre kompression mod acetabulum end fri gang. Dette skal tages i betragtning ved tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløbet.

Opbygning af rehabiliteringsprogrammet

Rehabiliteringen begynder præoperativt med en grundig information om genoptræningsforløbet, dets længde og restriktioner i bevægelser og vægtbæring, alt efter hvilken operationsprocedure, der bliver foretaget.

Det postoperative rehabiliteringsprogram kan typisk inddeles i 4 faser:

Fase 1: Den umiddelbare postoperative fase (0 – 2 uger).

Mål:

- beskytte opereret væv
- nedsætte hævelse og smerter
- genvinde ledbevægelighed inden for smertegrænsen
- modvirke muskelatrofi

Midler:

- instruktion i hjemmeøvelsesprogram, hvor patienten skal lære ikke at provokere til smerteudvikling.
- Programmet består af isometriske øvelser, truncusøvelser og ledet aktive øvelser i alle retninger. Dog vil der være bevægerestriktioner, hvis der foretages labrumsutur/-rekonstruktion. Her skal man undgå fleksion over 120 grader, abduktion over 25 grader og udadrotation over 20 grader i 3 uger.
- instruktion i gang med skyggebelastning (10 kg) med krykkestokke i 14 dage.

Keypoints:

- patienten skal forstå, at dette stadie i rehabiliteringen danner grundlag for videre progression.
- vægten er lagt på håndtering af smerter og kontrol af inflammation.
- smerteprovokation skal undgås.

Fase 2: Mellemliggende fase (3 – 6 uger).

Mål:

- fortsat beskytte opereret væv.
- øge ledbevægelighed og fleksibilitet.
- genvinde muskelstyrke.
- normalisere gangfunktion.

Midler:

- hjemmeøvelsesprogram med øvelser til øgning af bevægelighed uden smerteprovokation (lette udspændingsøvelser), styrkeøvelser for hoftemuskulatur, stabilitetstræning for truncus og bækken og balance- og proprioceptiv træning. I bevægelighedstræningen fokuseres på indadrotation, da denne oftest er stærkt indskrænket.

- gangtræning med stigende til fuld belastning kan ske i denne periode.

Undtagelsesvis ved mikrofraktur, hvor det tilrådes at benytte aflastning med krykkestokke i op til 6 - 8 uger postoperativt.

- træning på kondicykel kan påbegyndes med let belastning.

- træning i vand tilrådes i denne periode.

Keypoints:

- vægten er lagt på rolig fremgang i funktionel mobilitet med fortsat kontrol af inflammation.

Fase 3: Avanceret fase (7 – 12 uger).

Mål:

- forbedre funktionel styrke og udholdenhed.
- forbedre neuromuskulær kontrol.

Midler:

- øvelsesprogram med henblik på fuld bevægelighed i hoften, optimering af styrken i hoftemuskulaturen, funktionel træning (cykling, træning i træningscenter) og træning af truncusstabilitet.

- korrektion af gang uden ganghjælpe-middel.

- når det kan tolereres, kan småløb påbegyndes. Her er det vigtigt at informere om optimal stødabsorption til at afbøde kompressionskraften i hofteledet.

Keypoints:

- funktionsniveauet forbedres og kravene bliver større, så det er fortsat vigtigt at have fokus på adækvat muskelstyrke, -udholdenhed og neuromuskulær kontrol.

- fokus skal lægges på kvalitet fremfor kvantitet for at undgå symptomprovokation.

- tilbagevenden til normale hverdagsaktiviteter (ADL) og arbejde

Fase 4: Specifik fase (3 – 6 måneder).

Denne fase er for patienter med store krav til aktivitetsniveau, f.eks. idræts-

folk, der dyrker sport med stødbelastning, retningsskift, acceleration og deceleration. Det er vigtigt fortsat at planlægge efter vævs fysiologiske tilvæksttider (helings-/remodelleringsrespons) og at beregne sig tilstrækkeligt med tid til at få de fysiologiske parametre (styrke, udholdenhed, neuromuskulær kontrol) på plads. Deltagelse i konkurrence bør ikke tillades, før det er fuldt forsvarligt, dvs. før træning kan gennemføres i fuldt omfang uden problemer og før, den aktive selv føler sig klar. Fuld rehabilitering tager tid og kræver tålmodighed (!).

Konklusion

Mål for den hofteartroskoperede patient:

- Patienten skal gennemgå en tilstrækkelig rehabilitering og få forståelse for tegn og symptomer på overbelastning og tilpasning af aktiviteter, så smerter forebygges.
- Behandlerteamet skal sikre sig at patientens forventninger stemmer overens med mål for rehabiliteringen, og at patienten lærer at manøvrere selvstændigt i den videre genoptræning.
- Patienten skal have compliance for at fortsætte med træning af muskelstyrke og -fleksibilitet samt neuromuskulær kontrol til fortsat bedring af funktionsniveauet.

Artiklen er skrevet dels på basis af 2 foredrag af professor Michael L. Voight (i Oslo 2005 på IFSP seminar og i København 2008 på Idrætsmedicinsk Årskongres), dels på basis af (den sparsomme!) litteratur om rehabilitering efter hofteartroskopi og egne erfaringer med rehabilitering af hofteartroskoperede patienter.

Se også artiklen om hofte-lyskesmerter og hofteartroskopi i sidste udgave af Dansk Sportsmedicin (nr. 1/2008).

Kontaktadresse:

Fysioterapeut Karin Jensen
Fysioterapeut Gorm Helleberg
Rasmussen
Eira Privathospitalet Skejby
Science Center Skejby
Brendstrupgårdsvej 21
8200 Århus N
E-mail: karinjensen@postkasse.com

Referencer:

1. Michael L. Voight. The science of hip rehabilitation following arthroscopy: IFSP Seminar juni 2005 Oslo (hand outs).
2. Michael L. Voight. Current concepts in the rehabilitation of the athletic hip: Idrætsmedicinsk Årskongres januar 2008 København (hand outs).
3. Enseki KR, Martin RRL, Draovitch P, Kelly BT, Philippon MJ, Schenker ML. The hip joint: Arthroscopic procedures and postoperative rehabilitation. JO-SPT 2006; Vol.36 (7):516-525.
4. Karen M. Griffin. Rehabilitation of the hip. Hip Arthroscopy 2001; Vol.20 (4): 837-849.
5. Tackson SJ, Krebs DE, Harris BA. Acetabular pressures during hip arthritis exercises. Arthritis Care and Research 1997; Vol. 10: 308-319.
6. Marc J. Philippon. Debridement of acetabular labral tears with associated thermal capsulorrhaphy. Operative Techniques in Sports Medicine 2002; Vol. 10 (4): 215-218.
7. Kelly BT, Williams RJ, Philippon MJ. Hip Arthroscopy: Current indication, tearment options, and management issues. AJSM 2003; Vol. 31: 1020-1037.

Forslag til genoptræningsøvelser efter hofteartroskopi (hjemmeøvelser til patienten)

Fra operationen og 14 dage frem (umiddelbar postoperativ fase):



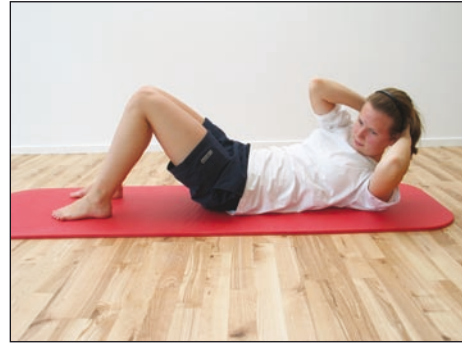
1. Lig på ryggen med bøjede ben. Spænd ballerne og pres lænden i underlaget. Hold spændingen i 5 sek.



2. Lig på ryggen eller halvsiddende. Spænd den forreste lårmuskel, så du presser knæhasen i underlaget og løfter hælen. Hold spændingen i 5 sek.



3. Lig på ryggen m. bøjede ben med en pude mellem knæene.
Pres knæene sammen, så du mærker spænding på indersiden af låret.
Hold spændingen i 5 sek.



4. Lig på ryggen med bøjede ben og hænderne i nakken.
Pres lænden i underlaget og knib sammen i bækkenbunden.
Løft den ene skulder mod modsatte hofte.
Hold stillingen i 5 sek.
Øvelsen laves også modsat.



5. Lig på ryggen.
Bøj det opererede ben op mod maven, hjælp evt. med hænderne.
(Ved sutur eller rekonstruktion af labrum må hoften kun flekteres 120 grader)



6. Lig på ryggen med strakte ben.
Drej foden indad og udad, så du roterer i hoften.
(Ved sutur eller rekonstruktion af labrum må hoften kun udadroteres 20 grader)



7. Lig på ryggen.
Lad det opererede ben glide ud til siden så langt, du kan.
Træk det tilbage til udgangsstillingen.
(Ved sutur eller rekonstruktion af labrum må hoften kun abduceres 25 grader)

Fra 2 uger efter operationen (mellemliggende fase):



1. Lig på ryggen med begge ben bøjede. Løft bagdelen fra underlaget – hold stillingen i 5 sek. I starten kan du tage mest vægt på det raske ben.



2. Lig på ryggen med bøjede ben med et bælte eller strop placeret oven for knæene. Pres begge ben ud mod bæltet. Hold stillingen i 5 sek.

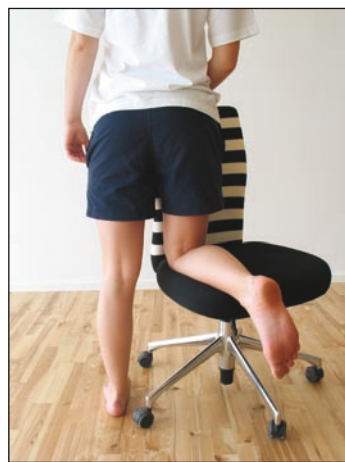
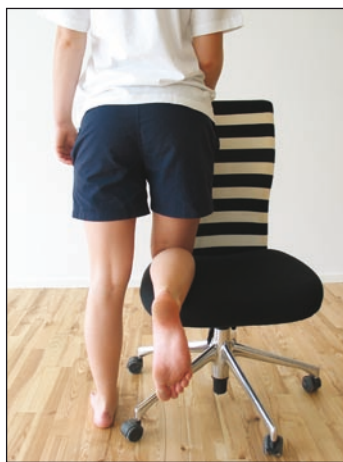


3. Lig på maven. Løft det opererede ben strakt. Hold hoftekammen i underlaget.



4. Lig på maven. Bøj knæet og løft låret fra underlaget. Hold hoftekammen i underlaget.

Hvis du er meget stram på forsiden af hoftelæddet, rådes du til at ligge på maven ½ time 2 gange om dagen for at udspænde muskulaturen.



5. Stå på det raske ben. Lad underbenet på det opererede ben hvile på en kontorstol. Tag fat i ryglænet på stolen og drej på stolen, så du roterer indad i hoftelæddet.



6. Stå på begge ben. Vægtoverføring fra det ene ben til det andet ben. Forsøg at tage så meget vægt på det opererede ben som muligt.



7. Sid på en bordkant eller stol med parallelle fødder.
Rejs og sæt dig med vægten ligeligt fordelt på begge ben.

Fra 6 uger efter operationen (avanceret fase):



1. Lig på ryggen m. begge ben bøjede.
Løft bagdelen fra underlaget – hold stillingen i 5 sek.
Når du kan tage fuld vægt på det opererede ben, laver du øvelsen sværere ved at løfte og strække det raske ben.



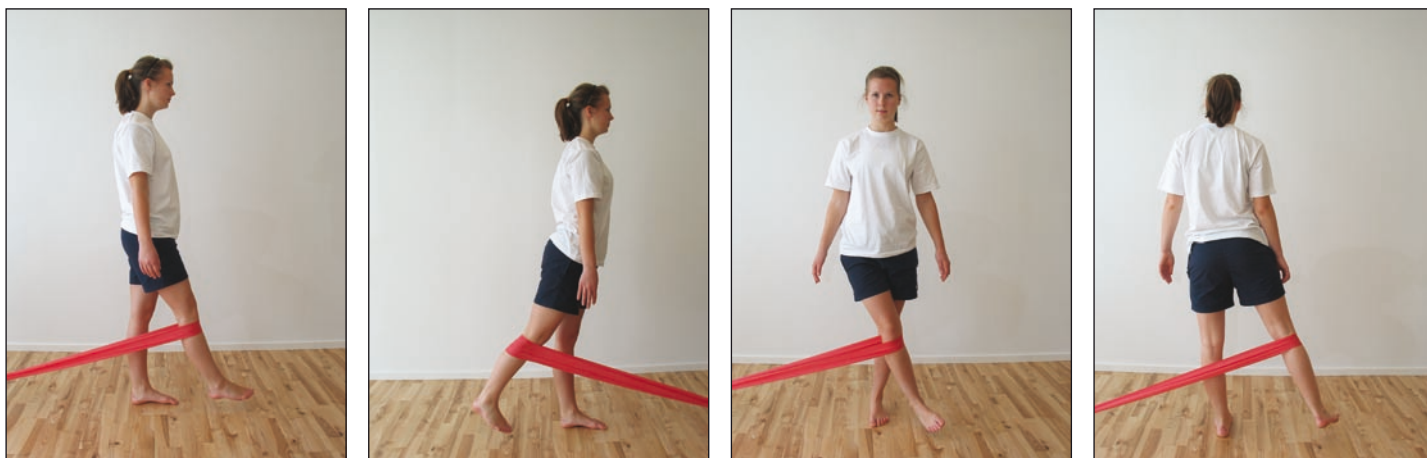
2. Lig på ryggen.
Spænd lårmusklen og stræk knæet helt.
Løft benet, mens du holder strækningen i knæet.
Før benet langsomt tilbage til underlaget.



3. Stå på det opererede ben og hold balancen.
Øvelsen gøres sværere ved at bevæge det frie ben, bevæge armene og/eller lukke øjnene.



4. Stå på det raske ben.
Løft benet strakt ud til siden.



5. Elastikøvelser – elastikken gøres fast på et bordben eller lignende.

Stå på det raske ben, og det andet ben sættes i elastikken.

Du kan nu lave 4 forskellige øvelser, hvor du fører benet fremad, bagud, ind foran kroppen og ud til siden.

Jo længere elastikken sidder nede mod foden, jo mere belastning kommer der på musklerne omkring hofteledet.

Temadag: Skader efter idræt

Tid: Mandag d. 3. november 2008 kl.: 9.30-16.00

Arrangør: Fagligt Selskab for Ortopædkirurgiske Sygeplejersker, FSOS

Sted: Ledernes Conferencecenter, Rugårdsvej 590, 5210 Odense



Målgruppe: Sygeplejersker samt andre faggrupper, der arbejder med patienter, som er skadet efter idræt, f.eks. assistenter, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sekretærer.

9.30-10.00: Deltager registrering. Kaffe/te og udstillingsbesøg

10.00-10.15: Velkomst og præsentation af udstillere

10.15-11.45: Idrætsskader v/ speciallæge i idrætsskurgi Bent Wulff Jakobsen
EIRA Privathospitalet Skejby

11.45-12.00: Pause og udstillingsbesøg

12.00-13.00: Sygepleje til den idrætsskadede patient v/ specialeansvarlig sygeplejerske Lone Frandsen
Idrætsskader, Århus Sygehus

13.00-14.00: Frokost og udstillingsbesøg

14.00-14.45: Fysioterapi til den idrætsskadede patient v/ fysioterapeut Lars Nygård, Odense

14.45-15.15: Kaffe og udstillingsbesøg

15.15-15.55: Når idræt gør ondt. Psykiske konsekvenser ved at få en idrætsskade v/ idrætspsykolog
Mia Beck Lichtenstein, Odense

15.55-16.00: Evaluering og afslutning v/ formand Grethe Kirk

Tilmeldingsfrist: Mandag d. 25/8-08

Pris: For medlemmer af FSOS: 900,-, for ikke-medlemmer af FSOS: 1300,-

Tilmelding til: Ulla Birkelyng, Heimdalsvej 43, 9800 Hjørring

Rygproblemer og idræt

— hvad ved vi ?

Af overlæge, lektor, ph.d. Niels Wedderkopp, Rygcenter Fyn, Ringe

Rygproblemer er et stort problem i samfundet i dag, og muligvis også indenfor sport. Der er mange sportsgrene, som er vi mener at vide giver rygproblemer. Det er f.eks. "kendt", at springgymnaster har øget risiko for arcolyse og spondylolisthese og dermed rygsmerter, og ridning beskytter mod rygproblemer fordi den rygstøttende og aktivt stabiliserende muskulatur styrkes i forbindelse med ridesport. Herudover er det indenfor de sidste år blev kendt, at skisport giver anledning til rygproblemer, og at det specielt er i forbindelse med langrendsløb.

Hvad er fakta og hvad er 'type fire evidens', baseret på empiri?

For at finde ud af det, er det nødvendigt at lave en systematisk søgning i de medicinske databaser og samtidig definere, hvordan undersøgelserne skal være designet for at vi kan acceptere resultaterne.

Hvordan designes en undersøgelse som skal undersøge om en sportsgren er medvirkende til at udøverne får rygproblemer? Der skal for det første være en kontrolgruppe, som ideelt er udvalgt tilfældigt i baggrundsbefolkningen, alders- og kønsmatchet. Herved kan en prevalens og incidens af rygproblemer i en idrætsgren sammenlignes med den tilsvarende i baggrundsbefolkningen. Herudover kan undersøgelsen f.eks. designes som følger:

En tværsnitsundersøgelse af rygproblemer indenfor en idrætsgren, beskriver antallet af personer med rygproblemer på et givet tidspunkt indenfor den



pågældende idrætsgren, men kan ikke sige noget kausalitet, kun om korrelation. Dermed er tværsnitsundersøgelsen ikke egnet til at beskrive om en given idrætsgren skaber rygproblemer - den kan give en mistanke, men kan intet konkludere om kausalitet.

En longitudinal undersøgelse kan være follow up undersøgelser eller "ægte" prospektive undersøgelser:

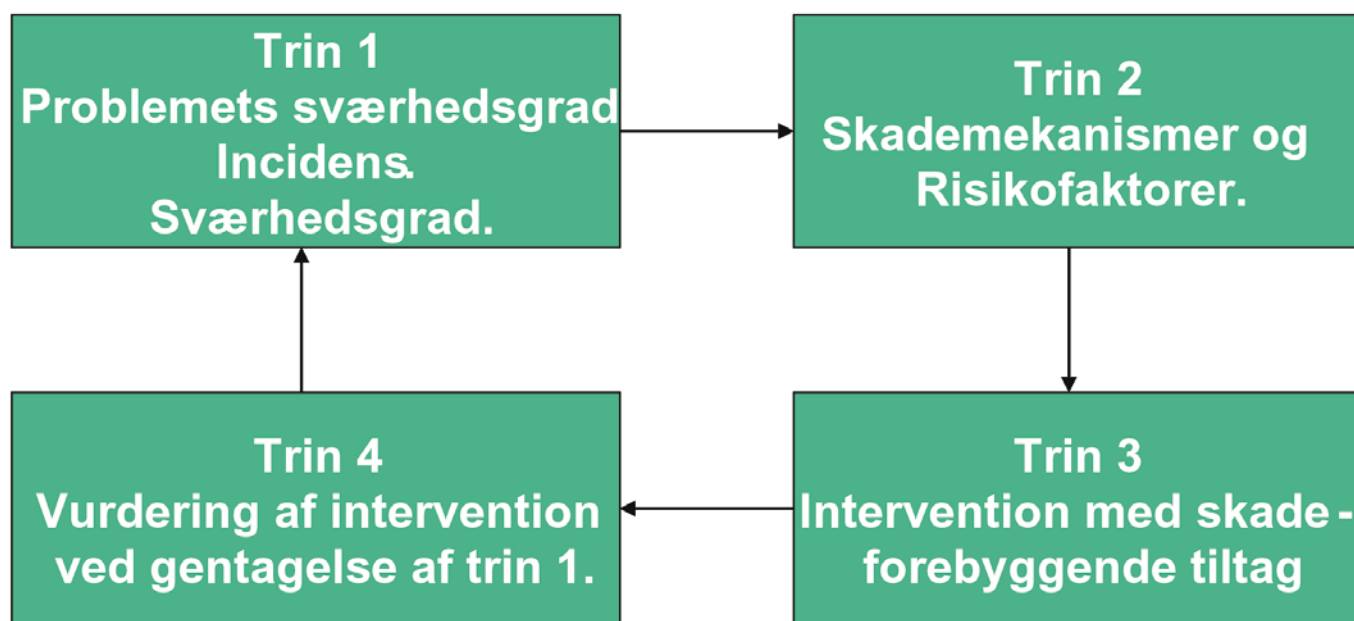
En follow-up undersøgelse er en eller flere tværsnitsundersøgelser foretaget på den samme kohorte af idrætsudøvere. Denne type af undersøgelse kan til dels beskrive sammenhænge, og kausalitet kan estimeres, men det er stadig ikke en perfekt undersøgelsestype da den ikke giver en incidens men "kun" punktprevalenser på to eller flere givne tidspunkter.

En "ægte" prospektiv undersøgelse følger deltagerne kontinuerligt og kan dermed beskrive incidensen af rygproblemer, samt med større sikkerhed estimere effektstørrelser af en eventuel risiko og dermed kausalitet.

For at kunne udtale sig med størst sikkerhed skal der laves en kontrolleret, prospektiv, randomiseret undersøgelse, det vil sige, at der i en gruppe personer tilfældigt udvælges et antal (ofte halvdelen) til at udøve en bestemt sport, og de resterende personer er kontrolgruppe. Disse to grupper følges så over tid, og man får derved et godt estimat for effektstørrelsen af sportsudøvelse eller mangel på samme. Den type undersøgelse er i praksis umulig, og man må derfor vælge det næstbedste: Den prospektive undersøgelse af idrætsudøvere og en tilsvarende kontrolgruppe fra beggrundspopulationen.

Hvor mange gode undersøgelser findes så?

Hvis der søges bredt på PubMed, findes der 2297 manuskripter, hvoraf de 278 er review-manuskripter. Der skulle således potentielt være mange gode undersøgelser, men ved inklusion af kravet om, at manuskriptet skal være lavet på baggrund af en longitudinal eller prospektiv undersøgelse, falder antallet af manuskripter markant. Der er således fra 1966 til dato lavet ti undersøgelser med 3002 deltagere. Heraf er der tre generelle undersøgelser, som har langtids follow-up, den ene på en repræsentativ kohorte af 640 skolebørn, som følges op 25 år senere og hvor det også blev undersøgt, om det at dyrke sport betyder noget for udviklingen af rygproblemer. Der blev i undersøgelsen ikke fundet nogen sammenhænge (1). Den anden undersøgte 937 tidligere mandlige eliteudøvere, som sammenlignes med en kontrolgruppe på 620



W. van Mechelens interventionsmetode

tilfældigt udvalgte mænd (2). Undersøgelsen viste, at det ikke var forbundet med øget risiko for rygproblemer at have været eliteidrætsudøver, der kunne dog heller ikke findes nogen beskyttende effekt. Det blev dog fundet, at en sportsgren som vægtløftning gav øget risiko for diskusdegeneration, men ikke for selvrapporterede rygproblemer. Den tredje er om topatleter indenfor brydning, gymnastik, fodbold og tennis. Her blev der ved skanning ikke fundet flere skader og abnorme fund end hos kontrolpersonerne. Et bifund var at nedsat diskushøjde var signifikant korreleret til rygsmerter (3).

Alle undersøgelser er reelt "kun" tværsnitsundersøgelser med meget lang tid imellem, og da rygproblemer er et intermitterende fænomen, som "kommer og går", er der en risiko for et "fejl-estimat" af prævalens og dermed risikoestimerne for, at de enkelte idrætsgrene skulle kunne medføre rygproblemer.

Generelt kan det siges, at der aldrig er lavet reelle incidensstudier over rygproblemer i baggrundsbefolkningen, og at de få, der er lavet hos idrætsudøvere, er blevet lavet med for få deltagere og uden kontrolgrupper.

Det største prospektive studie der er lavet, er med 327 skoleelever som spillede rugby (4), med regelrette incidens-

beregninger, men uden kontrolgruppe. Dermed kan der ikke konkluderes noget om kausalitet - det er kun en beskrivende artikel.

Kujala et al foretog en ægte prospektiv undersøgelse af teenagere: 34 drenge, 17 fodboldspillere + 17 ishockeyspillere og 31 piger, 17 kunstskøjteløbere + 14 gymnaster, i sammenligning med en kontrolgruppe på 33 personer. Problemet er, at det er en meget lille undersøgelse med kun 98 deltagere, heraf 33 kontrolpersoner (5). Undersøgelsen er korrekt lavet, men ikke stor nok til at uddrage nogen generelle konklusioner ud over, at megen træning med rygbelastning kan forårsage rygproblemer.

Skiløb er også blevet undersøgt som prospektiv undersøgelse to gange (6;7). Den ene beskriver kun incidensen for skiløberne, og der sammenlignes ikke med en kontrolgruppe. Forfatterne kan derfor ikke udtale sig om den relative risiko ved skiløb, men kun beskrive de patologiske fund hos skiløberne. De finder, at strukturelle knogle- og diskusændringer øger risikoen for rygproblemer hos skiløbere, men de kan ikke udtale sig om dette har større betydning hos skiløbere end hos baggrundsbefolkningen. I den anden sammenlignes eliteskiløbere med motionskiløbere, og forfatterne finder en vis

risiko ved skiløb på højt niveau, men igen kan de ikke konkludere at skiløb er en risikofaktor for rygproblemer, da der ikke er nogen generel kontrolgruppe.

Hos 20 tårnudspringere fandtes ved 5 års follow-up tendens til skader på diskus, med degeneration og afsmalning, og dermed også tendens til rapportering af rygsmerter (8). Forfatterne sammenligner med den forventede prævalens i baggrundsbefolkningen og konkluderer, at tårnudspringere har større risiko for rygproblemer end baggrundsbefolkningen. Det er højst sandsynligt sandt, men kan muligvis være en overfortolkning af resultaterne, da 20 deltagere ikke giver stor statistisk styrke. Men på baggrund af den belastning som tårnudspringere bliver udsat for, er det højst sandsynligt et rigtigt fund. Det vil også være svært at lave en tilstrækkelig stor undersøgelse på baggrund af, at tårnudspring er en "lille" sportsgren i de fleste lande, uden ret mange udøvere. Et eventuelt studie må derfor være et multicenterstudie, som skulle løbe over 2-4 år for at få den tilstrækkelige statistiske styrke.

De to sidste studier omhandler gymnaster. Det ene i rytmisk gymnastik, hvor syv landsholdsgymnaster blev undersøgt, fulgt over syv uger og sammenlignet med 11 andre gymnaster

retrospektivt (9). Resultatet var, at alle havde bevægeapparatsskader, og seks ud af syv også rygproblemer. Undersøgelsen er meget lille, og selvom den er prospektiv og følger de pågældende gymnaster tæt, må værdien af den betragtes på linie med kasuistikker og ikke som et egentlig prospektivt studie. Den anden undersøgelse - i springgymnastik - er en kontrolleret intervention med træning af "core stability" for at undersøge, om dette kan forhindre rygproblemer hos springgymnaster (10). Samme forfatter har vist, at rygskade er den næsthøypigste skade ved springgymnastik (11). Det er ikke undersøgt, om sporten springgymnastik i sig selv forårsager rygproblemer på baggrund af de belastninger, som sporten udsætter springgymnaster for.

Konklusion

Konklusionen på spørgsmålet om nogle sportsgrene i sig selv forårsager rygproblemer er, at det ved vi reelt

ikke. Der er evidens som antyder at rytmisk gymnastik, tårnudspring og skisport kan forårsage rygproblemer, men studierne er ikke store nok til at være konklusive. Det må konstateres, at der er skrevet utrolig mange artikler som tværsnits- og retrospektive undersøgelser, men de kan ikke bringe os videre, hverken med viden om reel risikovurdering eller forebyggelse. Hvis vi skal have mulighed for at forebygge rygproblemer generelt og specielt hos idrætsudøvere er vi nødt til at bruge metoden beskrevet af W. van Mechelen et al. (12)

Gældende for stort set alle idrætsgrene er, at der endnu ikke er nogen som har undersøgt problemets sværhedsgrad og efterfølgende analyseret skademekanismer og risikofaktorer, hvilket gør det meget svært at forebygge rygproblemer. Der er således behov for megen forskning inden for området - specielt set i lyset af, at rygproblemer er et af de største og dyreste generelle

sundhedsproblemer i samfundet i dag og vi reelt ikke ved, hvad vi skal gøre ved det.

Kontaktadresse:

Overlæge, lektor, ph.d.
Niels Wedderkopp
E-mail: nwedderkopp@health.sdu.dk

Referenceliste

- (1) Harreby M, Neergaard K, Hesselsoe G, Kjer J. Are radiologic changes in the thoracic and lumbar spine of adolescents risk factors for low back pain in adults? A 25-year prospective cohort study of 640 school children. *Spine* 1995; 20(21):2298-2302.
- (2) Videman T, Sarna S, Battié MC, Koskinen S, Gill K, Paananen H et al. The long-term effects of physical loading and exercise lifestyles on back-related symptoms, disability, and spinal pathology among men. *Spine* 1995; 20(6):699-709.
- (3) Lundin O, Hellstrom M, Nilsson I, Sward L. Back pain and radiological changes in the thoraco-lumbar spine of athletes. A long-term follow-up. *Scand J Med Sci Sports* 2001; 11(2):103-109.
- (4) Iwamoto J, Abe H, Sukimura Y, Wakano K. Relationship between radiographic abnormalities of lumbar spine and incidence of low back pain in high school rugby players: a prospective study. *Scand J Med Sci Sports* 2005; 15(3):163-168.
- (5) Kujala UM, Taimela S, Erkintalo M, Salminen JJ, Kaprio J. Low-back pain in adolescent athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1996; 28(2):165-170.
- (6) Bergstrom KA, Brandseth K, Fretheim S, Tvilde K, Ekeland A. Back injuries and pain in adolescents attending a ski high school. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2004; 12(1):80-85.
- (7) Ogon M, Riedl-Huter C, Sterzinger W, Krismer M, Spratt KF, Wimmer C. Radiologic abnormalities and low back pain in elite skiers. *Clin Orthop Relat Res* 2001;(390):151-162.
- (8) Baranto A, Hellstrom M, Nyman R, Lundin O, Sward L. Back pain and degenerative abnormalities in the spine of young elite divers: a 5-year follow-up magnetic resonance imaging study. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2006; 14(9):907-914.
- (9) Hutchinson MR. Low back pain in elite rhythmic gymnasts. *Med Sci Sports Exerc* 1999; 31(11):1686-1688.
- (10) Harringe ML, Nordgren JS, Arvidsson I, Werner S. Low back pain in young female gymnasts and the effect of specific segmental muscle control exercises of the lumbar spine: a prospective controlled intervention study. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2007; 15(10):1264-1271.
- (11) Harringe ML, Renstrom P, Werner S. Injury incidence, mechanism and diagnosis in top-level teamgym: a prospective study conducted over one season. *Scand J Med Sci Sports* 2007; 17(2):115-119.
- (12) van Mechelen W, Hlobil H, Kemper HC. Incidence, Severity, Aetiology and Prevention of Sports Injuries. *Sports Med* 1992; 14(2):82-99.

Referat fra

2nd World Congress on Sports Injury Prevention

Et referat af fysioterapeut Kristian Thorborg(1), Læge Jesper Pedersen(1), fysioterapeut Anders Winther(2), fysioterapeut Bente Andersen(3) og fysioterapeut Vibeke Bechtold(4)

(1)Ortopædkirurgisk Forskningsenhed, Amager Hospital, (2)Fysioterapiafsnittet, Herlev Hospital, (3)University College Øresund, (4)University College Lillebælt

"Og det var Danmark ..."

Kongressen blev denne gang afholdt i byen Tromsø i det nordlige Norge fra den 26-28 juni, 2008. Mere end 700 deltagere fra 55 forskellige lande deltog, og det videnskabelige program var omfattende - tre dage fra morgen til aften - med key-note lectures og 4 parallelsessioner, hvoraf den ene var workshops. Fra Danmark var vi umiddelbart 15-20 deltagere. Institut for Idrætsmedicin på Bispebjerg Hospital var flot repræsenteret ved det store åbningssymposium "Tendons-from molecule to man", et grundforskningssymposium om sene-overbelastningsskader. Professor Michael Kjær, seniorforsker Jens Bojsen-Møller samt cand. scient og ph.d.-studerende Mette Hansen, Bjarki Haraldsson og ph.d. Mads Kongsgaard var inviteret til dette symposium, som havde Henning Langberg som chairman. Derudover havde cand. scient, ph.d. Mette Zebis fået accepteret et indlæg om neuromuskulær træning og effekten på timing af hamstring muskulaturen.

Selv om det måske ikke lyder af så stort et dansk islæt, kan man godt som dansker være stolt af mange af de ting som netop foregår, især i forhold til sene-overbelastningsskader. I åbningstalen blev der flittigt refereret til de nogle af de studier, som Henning Langberg og medarbejdere har publiceret i forhold til at betragte senen som

et i høj grad levende og adapterende organ. Samtidig blev Ulrich Fredbergs forebyggelsesstudie vedrørende achilles- og patellar-tendinopati fremhævet og gennemgået, bl.a. på baggrund af, at dette er det eneste publicerede forebyggelsesstudie omhandlende overbelastningsskader. Så alt i alt må man sige, at når der tales overbelastningsskader, også på verdensplan, så er lille Danmark svær at komme udenom, hvilket er ganske godt gået.

I modsætning til den første verdenskongres var programmet mere blandet og dækkede generelt meget store dele af det idrætsmedicinske område, ikke kun forebyggelse, men selvfølgelig hele tiden med dette som omdrejningspunkt i de enkelte sessioner. Dette referat er et forsøg på at videreformidle noget af den videnskab, som er brændende varm for øjeblikket. Vi kunne af gode grunde ikke dække hele kongressen - der var ganske enkelt for meget at se til - og referaterne bærer selvfølgelig præg af vores personlige interesseområder og præferencer. Vi kan heller ikke på en forståelig måde genfortælle alt hvad vi har hørt, men vi håber at referatet vil kunne bruges til at blive hurtigt opdateret i forhold til de nyeste landvindinger, eller at give læserne mulighed for selv at indhente mere information, direkte fra kilden. Vi har derfor angivet nogle nøglereferencer, herunder både "klassikere" og "sidste

nyt". Læserne er desuden velkomne til at kontakte os i forhold til yderligere information.

"Do we need to shift the focus from ACL to overuse injuries?"

Professor Roald Bahr og den nyudnævnte redaktør for British Journal of Sportsmedicine, ph.d., læge Karim Khan, åbnede sammen det videnskabelige program med en introduktion, der omhandlede forebyggelse af idrætsskader. Denne gang med det udgangspunkt og spørgsmål, om det er på tide at skifte fokusområde fra de mere akutte skader til overbelastningsskader. Netop forreste korsbånd må siges, historisk set, at fylde ekstremt meget i idrætsmedicinsk forsknings-sammenhæng, så meget, at man nogen gange kan undre sig over, hvad det er ved denne lille anatomiske struktur, der har fascineret forskere verden over til at undersøge og publicere så meget forskning indenfor området.

Som "sene-interesseret" var Karim Khan da heller ikke sen til at påpege de helbredsmæssige og sociale problemstillinger som gør sig gældende hos fysisk aktive med overbelastningsskader. Karim Khan understregede samtidig, at disse problemstillinger er tilstede hos en stor del af de fysisk aktive uden at disse, ud fra de klassiske skadesdefinitioner, kan defineres om værende skadet. Dette fik Roald

Bahr til at understrege, at den klassiske forebyggelsesmodel og skadedefinition havde store begrænsninger i forhold til overbelastningsskader, og at den store udfordring i fremtiden lå i at revurdere og etablere en ny forebyggelsesmodel, inklusiv skadedefinition, som forholder sig til overbelastningsproblemstillingen. Meget kort kan man sige, at "udeblivelse" fra træning eller kamp ofte ikke karakteriserer denne problemstilling, og at omfanget af overbelastningsskader derfor underestimeres og fremstår utydeligt.

Karim Khan's indspark til debatten var anvendelse af VISA-scoren som udtryk for funktionsnedsættelse og aktivitetsbegrænsninger hos patienter med overbelastningsproblemer i senevæv. Om denne form for "skaderegistrering" er anvendelig, må fremtiden vise. Umiddelbart er der selvfølgelig visse problemstillinger, der går på, at VISA-scoren som udgangspunkt ikke er udviklet som et diagnostisk redskab, men er tænkt som et indeks, der kan angive sværhedsgraden af problemstillingen, og derfor muligvis kan have visse validitetsproblemer - men tanken er selvfølgelig besnærende. Et af de områder, som er interessant i øjeblikket i forhold til overbelastningsskader, er genetikken. Enkelte studier har påvist betydningen af forskellige gentyper i forhold til udvikling overbelastningsskader og det kan muligvis forklare noget af det vi ser i klinikken, nemlig at visse patienter fremstår mindre "kollagenstærke" end andre. Selv om det måske ikke er overraskende, at vi heller ikke på seneniveau er tildelt de samme kort fra begyndelsen, vil det alligevel være et væsentligt fremskridt den dag vi vil kunne identificere personer med dårligere kollagen forudsætninger, da dette vil kunne bruges i vejledning om træning og belastning af den enkelte.

"Av mit baglår"

Vi deltog også i en inspirerende session om skader i hasemusklene (biceps, semimembranosus og semitendinosus). De enkelte indlæg er beskrevet her, men hovedbudskabet vi tog med fra hele sessionen var: Man skal tænke i længde og fleksibilitet af hasemuskulaturen mere end på den egentlige styrke. Semitendinosus er den stiveste,

derefter kommer semimembranosus og biceps er den mest fleksible. En muskel brister ikke, hvis den forlænges indenfor rammen af dens strækbarhed. Derfor giver det mening at træne hasemusklene excentrisk, hvor de forlænges under kontraktionen og således virker som "bremser". Desuden argumenterede Geoffrey Verrall for at det oftest vil være trætheden (fatigue) der medvirker til bristning. Biceps' konstruktion giver størst mulighed for træthed, hvorfor dette kan være en medvirkende faktor til, at det oftest er netop biceps, der bliver skadet. Op-lægsholderens navne i denne session var: Geoffrey Verrall fra Australien, Thomas M Best fra USA, David Morgan fra Australien og Árni Árnason fra Island.

Hele sessionen om baglårsskader blev afholdt lørdag eftermiddag. Sessionen havde titlen "Mechanisms of hamstring muscle strain and implications for prevention" og chairman var australske Geoffrey Verrall.

Verrall startede sessionen ved kort at omtale denne skades omfang i forskellige idrætsgrene. Det er velkendt, at baglårsskaderne er et stort problem i fodbold, australsk fodbold (Australian rules football), rugby og andre idrætsgrene, hvor der skal løbes med stor hastighed over længere distancer.

Endvidere er baglårsskader beskrevet inden for balletdans, hvor skaden opstår under udstrækning.

Verrall viste van Mechelens model for forebyggelse af skader. I denne model er det nødvendigt at kende til skademekanismen for at kunne forebygge skaden. Verrall henviste til Carl Askings studier fra 2007, der beskriver skader opstået under henholdsvis sprint (atletik) og udstrækning (ballet). Disse studier antyder, at der kan være tale om forskellige skademekanismer afhængigt af, om skaden opstår under "slow-speed" eller "fast-speed" forhold.

Næste taler var Thomas M. Best fra USA. Hans emne var baglårsmuskulaturens kinematik under sprint. Best henviste til resultater fra sin egen forskergruppe, hvor de har udviklet en simulationsmodel for baglårsmuskulaturen under løb/sprint. Her har de vist, at muskulaturen opnår den største kraft i den ekscentriske fase, dvs. den fase, hvor baglåret skal bremse underbenets fremadrettede bevægelse - og altså inden bevægelsen skifter til koncentrisk og foden sættes i underlaget. Han angav endvidere tanker om denne ekscentriske kontraktion kunne skyldes en isometrisk kontraktion af selve musklerne og en forlængelse kun af senerne.



Herefter tog Verrall atter over i et indlæg omhandlende det faktum, at det hyppigst er biceps femoris musklen, der bliver skadet i forhold til semimembranosus og semitendinosus. Flere hypoteser har forsøgt at forklare dette, og i litteraturen er nævnt forhold som: 1) at biceps består af to hoveder hvoraf det lange hoved arbejder over to led (hoft og knæ) mens det korte hoved kun arbejder over ét led (knæ); 2) at biceps skulle indeholde en større del af hurtige type 2 fibre i forhold til semi-T og semi-M; 3) at der er forskellig nerveforsyning til musklerne; 4) at biceps er mere udsat for fatigue. Kun de to sidstnævnte faktorer er der nogen evidens for. Verrall fremhævede således et dissektionsstudie af Woodley og Mercer fra 2005, der beskriver de makroanatomiske forhold med henblik på muskelarkitektur og nerveforsyning. Endvidere beskrev han et studie af Mair et al. fra 1996, der undersøger fatigue fænomenet og som har vist, at en muskel kan absorbere mindre energi, når den har arbejdet i længere tid (er træt).

Så kom professor David Morgan fra Australien på banen. Han er manden bag "non-uniform sarcomer modellen" til forklaring af mekanismen bag bristninger i baglårsmuskulaturen. I denne model gør han op med tidligere antagelser om, at alle sarcomerer i en muskel ændrer længde samtidigt. Hans teori går ud på, at når en muskel strækkes udover dens optimale længde (i forhold til musklens længdespændingsforhold), vil alle musklens sarcomerer ikke strækkes jævnt (og evt. blive skadet samtidigt), men derimod vil den svageste sarcomer bryde først, herefter den næst-svageste etc. Han brugte som analog et bøjeligt sugerør (som alle i salen havde fået udleveret) hvor det ikke er muligt at strække sugerøret ud i én jævn bevægelse, men derimod vil bevægelse ske rykvis idet hver fold i sugerøret vil poppe enkeltvis afhængig af, hvilken der er svagest.

Ifølge Morgans teori vil det være antallet af sarcomer-brist der vil afgøre, om der er tale om en skade eller fx kun DOMS efter ekscentrisk træning, hvor "skademekanismen" er den samme. Morgan har endvidere en teori om, at en muskel vil reagere på få sarcomer-bristninger (DOMS) ved at danne flere

sarcomerer. Morgan åbner herved op for en mulig skadesforebyggende effekt af ekscentrisk træning (der jo som bekendt medfører DOMS). Morgan afsluttede sit oplæg med mantraet/sloganet: "Think length - not strength".

Så tog Geoffrey Verrall atter over og præsenterede sin fatigue- vs. force-model. Verrall argumenterede for, at der er forskel på skadesmekanismen afhængigt af, om skaden opstår som en følge af fatigue eller om den skyldes en øget kraft på musklen (fx ved at man bliver skubbet eller bøjer overkroppen ned samtidig med sprint). Han fremlagde endvidere en teori om, hvorfor skaden typisk sker i den muskulo-tendinøse overgang.

Thomas Best overtog nu igen. Emnet var nu inflammationens rolle i forbindelse med heling af en baglårsskade. Best præsenterede her spændende data fra laboratoriet og netop publicerede resultater omhandlende massage efter træning. Disse netop publicerede data indikerer en gavnlig effekt af massage i forhold til hurtigere at kunne udvikle maksimal kraft (Butterfield et al. 2008). Det bliver spændende at læse denne artikel, der netop er blevet publiceret i juli udgaven af Medicine and Science in Sports and Exercise.

Sidste mand på banen var Árni Árnason fra Island. Han startede med at præsentere litteraturen omhandlende risikofaktorer for baglårsskader i henholdsvis sprint, Australian rules football, vandski og dans. Herefter argumenterede han for at indførelse af skadesforebyggende træning skal være målrettet skadesmekanismen i den pågældende idrætsgren.

Derefter præsenterede han sit eget interventionsstudie (Árnason et al. 2008). I dette studie viser han i et ikke randomiseret klinisk forsøg, at der er en stor skadesforebyggende effekt ved at udføre et program bestående af opvarmning, udstrækning og ekscentrisk træning af baglårsmuskulaturen. Styrketræningsøvelsen ("Nordic Hamstrings") er en af de 10 øvelser FIFA har udvalgt i deres F-MARC program "The 11" (10 øvelser + opfordring til fair-play).

Afslutningsvis opsummerede Verrall alle indlæggene og seancen blev sluttet med spørgsmål fra salen og en livlig paneldebat.

Kan vi forebygge skulderskader?

Forebyggelse af skulderskader er stadig forholdsvis uopdyrket land. I USA findes der i dag undersøgelser som har kigget på unge baseballspillere og udviklingen af skulderskader. Undersøgelser i USA har vist at antal af "pitches" (kast) har betydning for udvikling af skulderskader. En ung "pitcher", der kaster mere end 60 kast i en kamp, har forøget risiko for at udvikle skulderproblemer. Man har derfor taget konsekvensen og indført 3 dages "kastepause" samt pause fra næste kamp til de spillere, der havde "pitchet" mere end 60 kast i en kamp. Baseball er selvfølgelig en ekstremt krævende "skuldersport", hvilket bl.a. understreges af, at det er vigtigt for de unge "pitchere" at kastetræne meget, da adaptation i forhold til forbedret udadrotation - især gennem strukturelle forandringer og rotation af humerus - er gavnlige for kastet. Om dette er en strukturel tilpasning som er hensigtsmæssig, og om dette også kan være skadesforebyggende for en "pitcher" i det lange løb er uvist. Ideen med trænings- og konkurrence-karantæner efter ekstreme belastninger er dog god, og burde uden problemer kunne overføres til andre skulder-repetitive idrætsgrene, såsom svømning, tennis, badminton osv. Det kræver selvfølgelig, at man bliver klogere på hvornår belastningsgrænsen er nået og risikoen for skulderskade begynder at stige mærkbart. Fysioterapeuterne Todd Ellenbecker og Ann Cools understregede vigtigheden af god scapulakontrol og styrke i bagerste del af rotatorcuffen i forhold til ekscentriske belastninger og decelerationer, der findes i mange sportsgrene. Der blev desuden henvist til et studie fra 2007 som kan dokumentere, at belastninger i udadrotation på mellem 10 % og 40 % af isometrisk MVC, giver god relativ aktivitet i infraspinatus i forhold til den midterste del af deltoideus. Belastninger på 70 % derimod ændrer dette billede og øger den relative deltagelse af deltoideus i en udadrotationsaktivitet. Vil man fokusere på at styrke infraspinatus og samtidig undgå unødigt/uhensigtsmæssig deltoideus aktivitet, er der noget der tyder på at man skal skrue ned for belastningen i øvelserne.

"Stress without distress"

I en session om forebyggelse af skader i atletik holdt Karim Khan et oplæg om forebyggelse af stressfrakturer hos mellem- og langdistanceløbere. Ligesom resten af sessionen var også dette oplæg præget af en udtalt mangel på nyere studier om skadesforekomst og profylakse. Der henvises derfor fortsat til Kim Bennells studie fra 1996. Der findes dog mange studier foretaget på militære rekrutter, da disse ofte pådrager sig stressfrakturer og samtidig udgør en relativt let kontrolleret gruppe af individer. Overførbareheden fra disse studier til idrætsverdenen er imidlertid ikke så ligetil, idet idrætsudøvere i reglen har trænet gennem flere år mens militære rekrutter jo netop er karakteriseret ved at påbegynde den militære træning med vidt forskellig træningsbaggrund. I forbindelse med forebyggelse af stressfrakturer er ernæring formentlig den vigtigste risikofaktor, der er identificeret siden Bennells studie. Der har tidligere været meget fokus på "the female athlete triad", hvor menstruationsforstyrrelser og lavt østrogen

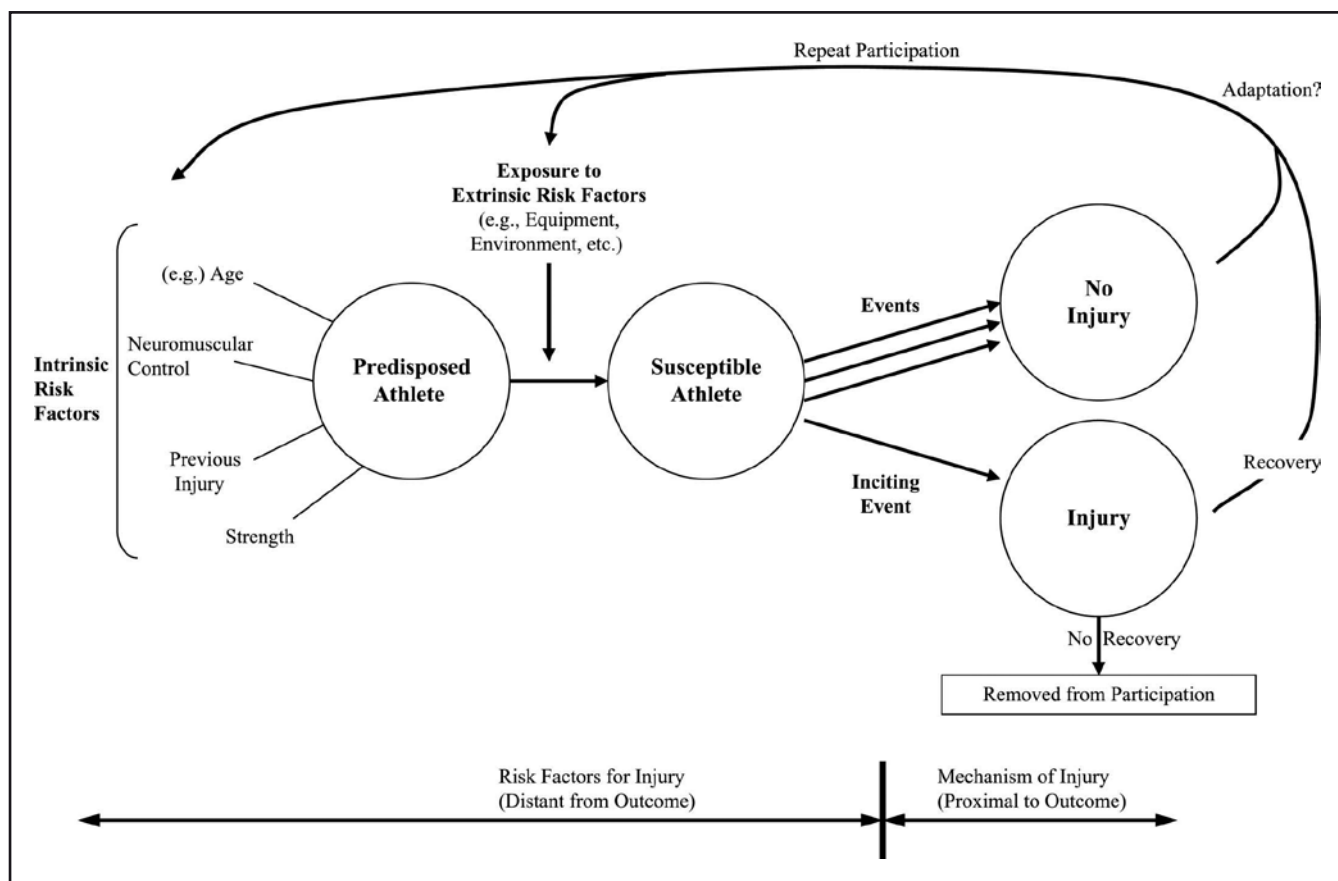
har været fremhævet som risikofaktor for udvikling af stressfraktur hos unge, tynde og udholdenhedstrænede kvinder. Studier af blandt andre Zanker og Swaine har siden vist, at energiunderskud forårsaget af lavt kalorieindtag kombineret med øget forbrænding på grund af udholdenhedstræning, har langt større negativ indflydelse på knoglerne end det lave østrogen-niveau. Karim Khan lagde derfor stor vægt på at understrege ernæringens betydning for risikoen for udvikling af stressfraktur.

Derudover bør det nævnes, at tidligere stressfraktur hos en idrætsudøver fortsat fremhæves som den vigtigste risikofaktor. Måske er nogle idrætsudøvere simpelthen genetisk mere disponerede for at udvikle stressfrakturer end andre. Den høje forekomst af gentagne stressfrakturer kan dog også ses som et udtryk for manglende evne hos behandlerne til at identificere og modificere de risikofaktorer, der måtte være til stede hos idrætsudøvere med stressfrakturer.

Det står klart at forskning i forebyggelse af stressfrakturer hos idrætsudøvere er et emne med "god plads" til nye undersøgelser!

Hvorfor gør folk ikke som vi siger?

Grethe Myklebust havde et vigtigt indlæg om "compliance", baseret på de oplevelser som nordmændene har haft i forbindelse med gennemførelse af deres store prospektive forebyggelsesstudier. "Compliance" er et begreb, der anvendes i forhold til den reelle deltagelse/udførelse af programmet i interventionsgruppen. "Compliance" er altså, om programmet bliver fulgt af udøverne efter hensigten. I et stort forebyggelsesstudie, hvor man anvendte FIFA's forebyggelsesprogram F-MARC 11, kunne man ikke dokumentere nogen effekt i forhold til forebyggelse af skader hos unge kvindelige fodboldspillere. I efterbehandlingen af data fandt man ud af, at "compliance" havde på været ca. 50 % i interventionsgruppen, dvs. at kun halvdelen havde udført programmet efter hensig-



Meuwisse's dynamiske model fra 2007 (8), vedr. etiologi og idrætsskader

ten. Det medførte, at man gennemførte et nyt studie, hvor man i højere grad fokuserede på at forbedre "compliance", bl.a. gennem en justering i forhold til instruktioner til trænere og udøvere og en modificering af programmet for at gøre det mere fodboldrelevant, mindre ensformigt og med mulighed for progression. Dette medførte at programmet fik en "compliance" på omkring 70 %, samt ikke uvæsentligt, at det viste en reduktion af skader i interventionsgruppen. Diskussionen omkring compliance er vigtig, ikke kun i forhold til at opnå effekt af forskningsinterventioner, men måske i ligeså høj grad i forhold til, om vi generelt kan få udøverne til at udføre de øvelser, som forskningen har vist har en effekt.

I forskningssammenhæng taler man om to begreber: "efficacy" and "effectiveness". "Efficacy" er effekten under optimale og kontrollerede forhold, og er den situation man ofte tilstræber i forbindelse med klinisk kontrollerede forsøg. "Effectiveness", til gengæld, er effekten i "virkeligheden", altså under normale daglige forhold uden stricte kontrollerede forhold. Man kan derfor være fræk og konkludere, at der ikke findes nogen effekt af de ovennævnte øvelser i virkeligheden, med mindre vi indfører meget kontrollerede og kunstige forhold og hele tiden følger op i forhold til uddannelse og motivation af spillere, trænere, ledere og forbund. Så det store spørgsmål, når vi taler forebyggelse i fremtiden, bør være "compliance". Vi ved, at visse øvelser er effektive i forhold til at forebygge skader, men hvordan sikrer vi at råd og anvisninger følges efter hensigten i fremtiden?

Hvilket forskningsdesign er det bedste?

Willem Meeuwisse fra Calgary, Canada holdt en inspirerende keynote forelæsning, hvor han understregede, at "Hvordan vi tænker er ofte mere vigtigt, end hvad vi tænker". Vi skal overveje, om vi forsker i og undersøger mekanismerne omkring forebyggelse på den forkerte måde. Man skal ikke ligestille skader i sport med ulykker. Skader i sport kan forudsiges og dermed også forebygges. Når vi forsker og undersøger "the Mechanisms of Injury" (MOI) skal vi overveje at forske i og undersøge "the Mechanisms of No Injury" (MONI) - og forskellen på disse. Ved at kende MONI kan vi måske blive meget bedre til at forebygge skaderne i at opstå. Meeuwisse har udarbejdet en skematisk model til forebyggelse af sportsskader, først i 1994 og senest revideret i 2007

Derudover var der et symposium, arrangeret som en "battle" mellem forskellige forskere, som på forhånd var blevet bedt om at argumentere for og imod forskellige forskningsdesigns, dvs. RCT vs. tværsnitsstudier, vs. observationsstudier osv. Udover at været et ganske morsomt indslag, var der flere gode betragtninger. Den australske læge John Orchard brugte et hav af analogier i forhold til RCT-studier, bl.a. at viden på evidensniveau 1 var et ligeså sjældent fænomen som en Royal Flush i Poker. John Orchards hovedpointe var, at man ikke kan sidde at vente på at man får en Royal Flush og at man indimellem er nødt til spille med den hånd, man har. Han mente at viden og erfaring fra andre evidensniveauer kan være nødven-

dige at inddrage i den daglige kliniske praksis. Der blev debatteret lystigt og i en god ånd, samtidig var der dog bred enighed om at forskellige forsknings-spørgsmål kræver forskellige designs og at der derfor er plads til dem alle.

Monaco 2011

Næste verdenskongres i idrætsskade-forebyggelse er i Monaco om 3 år. Der er forlydender om, at den internationale olympiske komite (IOC) skal overtage ansvaret for kongressen. Om dette er godt eller skidt må fremtiden vise, men man kan i hvert fald sige at forebyggelse af idrætsskader er kommet på dagsordenen nu, også på højeste niveau.

Kontaktadresse:

Fysioterapeut Kristian Thorborg
Ortopædkirurgisk Forskningsenhed
Amager Hospital
Italiensvej 1, 2300 Kbh. S.
Email: kristian.thorborg@amh.regionh.dk



Udvalgte referencer

- (1) Heiderscheit BC, Hoerth DM, Chumanov ES, Swanson SC, Thelen BJ, Thelen DG. Identifying the time of occurrence of a hamstring strain injury during treadmill running: a case study. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2005;20:1072-1078.
- (2) Olsen SJ, Fleisig GS, Dun S, Loftice J, Andrews JR. Risk factors for shoulder and elbow injuries in adolescent baseball pitchers. *Am J Sports Med*. 2006;34:905-912.
- (3) Reinold MM, Wilk KE, Fleisig GS et al. Electromyographic analysis of the rotator cuff and deltoid musculature during common shoulder external rotation exercises. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2004;34:385-394.
- (4) Arnason A, Andersen TE, Holme I, Engebretsen L, Bahr R. Prevention of hamstring strains in elite soccer: an intervention study. *Scand J Med Sci Sports*. 2008;18:40-48.
- (5) Visentini PJ, Khan KM, Cook JL, Kiss ZS, Harcourt PR, Wark JD. The VISA score: an index of severity of symptoms in patients with jumper's knee (patellar tendinosis). *Victorian Institute of Sport Tendon Study Group. J Sci Med Sport*. 1998;1:22-28.
- (6) Bitter NL, Clisby EF, Jones MA, Magarey ME, Jaberzadeh S, Sandow MJ. Relative contributions of infraspinatus and deltoid during external rotation in healthy shoulders. *J Shoulder Elbow Surg*. 2007;16:563-568.
- (7) Bennell KL, Malcolm SA, Thomas SA et al. Risk factors for stress fractures in track and field athletes. A twelve-month prospective study. *Am J Sports Med*. 1996;24:810-818.
- (8) Meeuwisse WH, Tyreman H, Hage B, Emery C. A dynamic model of etiology in sport injury: the recursive nature of risk and causation. *Clin J Sport Med*. 2007;17:215-219.
- (9) Langberg H, Bulow J, Kjaer M. Standardized intermittent static exercise increases peritendinous blood flow in human leg. *Clinical Physiology*. 1999;19:89-93.
- (10) Langberg H, Skovgaard D, Karamouzis M, Bulow J, Kjaer M. Metabolism and inflammatory mediators in the peritendinous space measured by microdialysis during intermittent isometric exercise in humans. *Journal of Physiology-London*. 1999;515:919-927.
- (11) Mokone GG, Schwellnus MP, Noakes TD, Collins M. The COL5A1 gene and Achilles tendon pathology. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2006;16:19-26.
- (12) Zanker CL, Swaine IL. Responses of bone turnover markers to repeated endurance running in humans under conditions of energy balance or energy restriction. *European Journal of Applied Physiology*. 2000;83:434-440.
- (13) Fredberg U, Bolvig L, Andersen NT. Prophylactic training in asymptomatic soccer players with ultrasonographic abnormalities in Achilles and patellar tendons - The Danish super league study. *American Journal of Sports Medicine*. 2008;36:451-460.
- (14) Steffen K, Myklebust G, Olsen OE, Holme I, Bahr R. Preventing injuries in female youth football - a cluster-randomized controlled trial. *Scand J Med Sci Sports*. 2008.

DIMS diplomeksamen

Af professor, overlæge Michael Kjær og overlæge Marianne Backer

Onsdag d. 5 marts 2008 var en stor dag for Dansk Idrætsmedicinsk Selskab. Den første diplomeksamen i Idrætsmedicin blev afholdt på den Idrætsmedicinske Forskningsenhed på Bispebjerg Hospital.

Forarbejdet

Dansk Idrætsmedicinsk Selskabs bestyrelse har gennem de sidste par år på initiativ fra Uddannelsesudvalget forberedt at udvide uddannelsen til diplomlæge med et 10 timers praktikophold på en idrætsskole og en afsluttende eksamen. Man ønskede med denne ændring af diplomuddannelsen at prøve at sikre, at niveauet hos de nyudnævnte diplomlæger blev så højt, at vi fra DIMS kan stå inde for at de kan fungere i idrætsklubber og i idrætsskoler på betryggende vis.

Forslaget om en afsluttende eksamen blev første gang taget op på generalforsamlingen i 2006, og da det blev positivt modtaget, blev der til generalforsamlingen i 2007 fremlagt et gennemarbejdet oplæg til en revidering af uddannelses- og eksamensforløbet. Det blev besluttet at indføre en frivillig forsøgsordning med en afsluttende eksamen på uddannelsen til diplomlæge forudgået af et gennemført trin 1 og trin 2 diplomkursus samt et 10 timers ophold på en idrætsskole. Forslaget blev godkendt, og eksamen blev til ved et samarbejde mellem en arbejdsgruppe i DIMS' Uddannelsesudvalg bestående af Søren Kaalund, Charlotte Suetta og Marianne Backer og den idrætsmedicinske professor Michael Kjær fra den Idrætsmedicinske Forskningsenhed på Bispebjerg Hospital. Det forventes ud fra det årlige antal civile kursister, der deltager i trin 1, og de kursister, der deltager i trin 2 hvert andet år, at antallet af tilmeldinger til eksamen vil ligge mellem 5 og 10 årligt.

Eksamen

6 læger var tilmeldt eksamen. De 6 læger: Simon Døssing, Phillip Hansen, Maren Skau, Allan Villadsen, Jacob Astrup og Christian Dippmann var den 5. marts 2008 gennem en eksamen, der bestod af en teoretisk del med 50 MC-spørgsmål indenfor hele pensum, dækkende både basal idrætsmedicin og træningsfysiologi, idrætsmedicin og kroniske sygdomme samt udredning og behandling af idrætsskader. Hvert spørgsmål talte 1 point i alt 50 point, og lægerne skulle have to tredjedele rigtige for at bestå. Efter de 50 MC-spørgsmål blev lægerne præsenteret for 3 tekstopgaver. Opgave 1 omhandlede udredning, forløb og behandling af en elitehåndboldspiller med en knæskade. Opgave 2 omhandlede astmabehandling af en idrætsudøver og opgave 3 omhandlede hvilke ændringer man ser, når ældre dyrker idræt. Hver tekstopgave gav 10 point og lægerne skulle igen have mindst to tredjedele rigtige for at bestå. Efter frokost var lægerne igennem den praktiske del af eksamen, hvor de blev eksamineret i undersøgelsesteknik, udredning og behandling af en skulder-, en knæ- og en ankelskade. De var oppe 20 minutter i hver region, og skaden blev illuderet og vurderet af 2 eksaminatorer, hvor den ene var figurant mens den anden var bedømmer. De fik for hver skade udleveret en kort sygehistorie og skulle så selv få uddybet anamnesen, undersøge figuranten herefter komme med en udredningsplan, diagnoseforslag og behandlingsplan. Den nuværende formand for DIMS Tommy Øhlenschläger, den afgående formand Bent Wulff Jakobsen, formanden for Uddannelsesudvalget Søren Kaalund, bestyrelsesmedlemmerne i DIMS Lars Konradsen og Mads Hemmingsen og overlæge Ebbe Ebbesen fra Forskningsenheden havde

stillet deres arbejdskraft til rådighed og deltog som figuranter og bedømmere. Det samlede pointtal for de 3 skader var 20 fordelt med 7 point for skulderskaden, 7 point for knæskaden og 6 point for ankelskaden. Igen skulle der opnås 2/3 af det samlede pointtal for at bestå.

Alle 6 læger klarede eksamen rigtig fint og bestod alle tre dele.

Fremtiden

De første 6 læger har nu været igennem diplomeksamen og klaret sig flot. Eksamen forløb ukompliceret og kom godt omkring stoffet. Da det var første gang eksamen blev afholdt, vil der selvfølgelig være nogle rettelser og ændringer til næste gang: Lægerne behøver ikke så lang tid til MC-opgaverne som der var sat af, pointfordelingen opgaverne imellem skal nok også ændres, så der kommer endnu mere fokus på den praktiske del (da det jo i høj grad er det vi gerne vil vurdere lægerne på), og så vil der formentlig også være andre mindre ændringer til næste gang. Vi forventer at afholde eksamen igen til næste år, idet der allerede har været flere, der har vist interesse for at gå op. Om vi i fremtiden skal holde eksamen hvert år eller lade det følge trin 2 hvert andet år, må vi regulere undervejs.

Kontakt:

Marianne Backer
E-mail: mar@hamlet.dk





Fællesbillede fra eksamensdagen, fra venstre: Simon Døssing, Lars Konradsen, Mads Hemmingsen, Phillip Hansen, Bent Wulff Jakobsen, Christian Dippmann, Marianne Backer, Jacob Astrup, Søren Kaalund, Maren Skau, Michael Kjær, Tommy Øhlenschläger.



AMBULANT KLINIK FOR ARTROSKOPISK KIRURGI OG IDRÆTSSKADER

- Hurtig, præcis diagnostik og behandling af lidelser i bevægeapparatet.
- Artroskopisk kirurgi af hofte-, knæ-, ankel-, skulder-, hånd- og albueled.
- Vi behandler patienter fra ventelistegarantien, samarbejder med alle forsikringsselskaber og har faste aftaler med mange elite sportsklubber.



Parkens Privathospital
Øster Alle 42, 3 tv
2100 København Ø
Tlf: 3544 1000
Fax: 3544 1001

info@parkensprivathospital.dk
www.parkensprivathospital.dk

Ryst blot posen igen...!

Af Svend B. Carstensen, fysioterapeut og medlem af redaktionen

Knokler de unge håndboldspillere fortsat for at bevare deres knæ? Og dribler de små fodboldspillere fortsat forbi gigten med 'knæ over fod'? Med andre ord – kører de forebyggelses-kampagner, som FFI tidligere har været med til at sætte i gang, fortsat?

Tjaa... jeg ved det ikke. Det viste sig nemlig noget vanskeligt at opspore en træner eller instruktør, som med fasthed i stemmen ville sige: 'ja, det gør vi da fortsat!' Faktisk fandt jeg ingen. Ikke hermed sagt, at de ikke findes – det gør de forhåbentlig - blot stødte jeg ikke på nogen i min research, hvor jeg blandt andet kontaktede flere af de klubber, som oprindeligt deltog i kampagnerne.

Hvor dybe spor en forebyggelseskampagne sætter, er nok vanskeligt at måle præcist. Men uden opfølgning og konstant input er varigheden sikkert ret begrænset, vil jeg påstå. At materialet ligger tilgængeligt på nettet, er næppe nok.

Og hvorfor tager jeg nu fat i det problem? Jo, fordi jeg til dette nummer af bladet tog opgaven at følge op nogle af de kampagner, som FFI med forskellige samarbejdspartnere har sat i søen gennem de seneste år. Gerne helt ude på det praktiske plan. 'Knokl for dit knæ', som var og er rettet mod de unge på håndboldbanen, og 'Spil gigten af banen – undgå skader', målrettet de 8 til 14årige fodboldspillere.

De gode intentioner findes skam fortsat i klubberne. Så absolut da. Det er mere den praktiske del, altså ude på gulv- og græsniveau, der var nogen usikkerhed omkring. Mildt sagt. Og hvis den for-



Find materialet fra kampagnerne - foldere, øvelser, videoklip på www.sportsfysioterapi.dk

byggende træning ikke når herud, ja, så kan det hele jo være lige meget.

Der skortede da heller ikke på 'gode forklaringer' fra de klubfolk, som jeg talte med. Især to udmeldinger gik igen...

Grov uagtsomhed med risiko for alvorlig legemsbeskadigelse
For det første er de hyppige skift af trænere i børne- og ungdomsrækkerne et åbenlyst problem for klubberne. Langt de fleste trænere er frivillige og ulønnede, ofte forældre, i de lavere rangerende rækker. De gør uden tvivl et stort og vigtigt arbejde, men de fleste har sikkert ikke de helt store trænerambitioner og stopper igen efter et par år. Her sker en afskalning af viden, som konstant skal fornyes og opdateres.

For det andet angives der mangel på ressourcer i form af tid og penge. De fleste klubber vil såmænd gerne ofre kurser på deres frivillige trænere, men når disse – trænerne, altså – også skal have tabt arbejdsfortjeneste, transport og diæter, ja, så begynder det at knibe. 'Klubånden' er ikke alle steder, hvad den har været. Og pengene til en kvalificeret fysioterapeut er gået til førsteholdstræneren. Spørgsmål om prioritering, vil jeg nok sige til det sidste.

Men det korte af det lange er: Med de undersøgelser, som dokumenterer effekt af en målrettet træning mod skader, in mente, nærmer det sig jo 'grov uagtsomhed med risiko for alvorlig legemsbeskadigelse', når trænere og klubber ignorerer eller glemmer den skadesforebyggende træning. Hvis jeg nu skal stille sagen lidt på spidsen.

Ansaret skal løftes af idrætsorganisationer, som må lægge energi og ressourcer i. Og det skal støttes af den idrætsmedicinske verden, som har ekspertisen.

Det bringer mig frem til en opfordring til FFI, DIMS og idrætsorganisationerne, nemlig - ryst blot posen igen...! Gentag gerne de gode initiativer fra tidligere forebyggelseskampagner. Opmåler og lad dem komme ud i nye og spændende former – og helt derud, hvor bolden ruller.

Og til slut ros til FFI og DIMS med flere for de forebyggende initiativer, som er taget og kører.

Kontaktadresse:

Fysioterapeut
Svend B. Carstensen
E-mail: svend@fyssen.com

FFI-eksamen i idrætsfysioterapi - del B

Af Vibeke Bechtold, formand for FFI's uddannelses- og kursusudvalg



Danske Fysioterapeuters Fagforum for Idrætsfysioterapi er nu færdig med forarbejdet til eksamen i idrætsfysioterapi - del B. I det fælgende beskrives såvel de overordnede retningslinier for eksamen som bilaget med de mere specifikke retningslinier. Begge dele kan også findes på FFI's hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk.

Formål

Udvikling og målretning af idrætsfysioterapeutiske indsatser mod højere niveauer i forhold til de idrætsfysioterapeutiske kerneområder og med evidensbaseret baggrund.

Dokumentation af specialviden og færdigheder indenfor Idrætsfysioterapi med fokus på kerneområderne: Idrætsfysioterapi og biomekanik, træningsprincipper/ fysisk aktivitet og disses indikationer/ kontraindikationer for både raske og syge, undersøgelse og analyse i forhold til genoptræningsforløb både i forhold til overbelastnings- og akutte skadesmekanismer og tværfagligt samarbejde.

Gennemførelse af idrætsfysioterapeutisk relevant praksis på såvel individ- som holdplan ud fra evidensbaseret baggrund.

Indsigt i betydningen af psykologiske forhold, kost og ernæring samt doping.

Indgå som del af specialistanerkendelsen af idrætsfysioterapeuter.

Efter afsluttet del B eksamen betragtes man som *Idrætsfysioterapeut* godkendt i FFI regi.

Indstilling til eksamen

Indstilling til eksamen i Idrætsfysioterapi forudsætter minimum 2 års praksis efter endt grunduddannelse samt bestået del A eksamen. Fysioterapeuten skal derudover have gennemgået følgende kurser i Danske Fysioterapeuters Fagforum for Idrætsfysioterapi - Del B Kurser: (1 - 5 er obligatoriske og af 6 - 10 skal der tages 2 af før tilmelding til Del B eksamen)

1. Idrætsfysioterapi og biomekanik inkl. forskellige analysemetoder f.eks. video
2. Idrætsfysioterapi og styrketræning / screening
3. Idrætsfysioterapi og udholdenhed
4. Idrætspsykologi, coaching, kost/ ernæring og spisevaner (fedme/ anoreksi).
5. Doping/ antidoping.
6. Træning og ældre.
7. Træning, idræt og børn.
8. Handicapidræt
9. Idrætsspecifikke (grenspecifikke) kurser f.eks. fodbold, alpinisme o.l.
10. Relevante emner i relation til Idrætsfysioterapi, fx MT kurser, dynamisk stabilitet, fysisk aktivitet/ motion o.l.

- eller eksaminanden kan have gennemgået ækvivalerende kurser, såvel danske som udenlandske. Der skal foreligge dokumentation for deltagelsen i disse kurser med formål, indhold og timetal.

Uddannelsesudvalget vurderer i hvert enkelt tilfælde tilmelding og forespørgsel vedrørende eksamen og vejleder Fysioterapeuten med hensyn til manglende kurser.

Bedømmelseskriterierne ved eksamen er de samme uanset, hvilke kurser, der er blevet godkendt, som udgangspunkt for indstilling til del B eksamen.

Der vil blive mulighed for kursus i skriftlighed (eksamensrelevant).

Eksamensbeskrivelse - form og indhold

Eksamen består af to dele:

En skriftlig teoretisk del (Synopsis) med demonstration af viden indenfor det valgte idrætsfysioterapeutiske felt (retningslinier for dette udarbejdet separat).

En praktisk del med demonstration af færdigheder indenfor det idrætsfysioterapeutiske felt med udgangspunkt i synopsis og forevisning af udvalgt praksis (f. eks. ud fra video optagelser eller med medbragt idrætsudøver/ -udøvere).

Den teoretiske del skal vurderes egnet som baggrund for den praktiske, før idrætsfysioterapeuten indstilles til eksamen.

Den praktiske del indeholder fremlæggelse af synopsis med uddybende kommentarer og forevisning af den valgte praksisdemonstration efterfulgt af *mundtlig eksamination* af såvel den teoretiske som den praktiske del.

Tilrettelæggelse

Det tilstræbes at eksamen finder sted 1 gang årligt i efteråret.

Tilmelding til eksamen annonceres i Dansk Sportsmedicin og i Kursuskalenderen.

Tilmelding skal mailles via tilmeldingsblanket fra www.sportsfysioterapi.dk så den er FFI's Uddannelses- og Kursusudvalg i hænde senest 1. september.

De tilmeldte eksaminander får skriftlig meddelelse om indstilling til eksamen ultimo september og endelig plan for afholdelse medio oktober.

Rammer

Synopsis afleveres i 3 eksemplarer til Uddannelsesudvalgets formand 1 måned før afholdelse af den mundtlige eksamen.

Den mundtlige, praktiske eksamen afvikles på et eksamensegnet sted.

Den mundtlige, praktiske eksamen indeholder fremlæggelse, praksis, eksamination og votering.

Der vil være remedier, som angivet ønsket i synopsis, klar for eksaminanden.

Bedømmelse af eksamen vil ske umiddelbart i forbindelse med eksaminationen.

Ved ikke bestået eksamen finder eventuel reeksamen sted efter aftale mellem eksaminatorerne og eksaminanden indenfor en rimelig tid efter eksamen.

Uddybende retningslinier for Synopsis forefindes særskilt som bilag.

Litteratur

Følgende litteraturhenvisninger er obligatoriske ved eksamen i Idrætsfysioterapi Del B:

- Kjær, Michael m.fl. (2003), "Textbook of Sports Medicine", Blackwell Publishing, ISBN 0-632-06509-5
- Materialer og litteraturhenvisninger anvendt i forbindelse med de enkelte kurser.

Følgende litteraturhenvisninger er anvendt i forbindelse med del A og forventes kendt til del B:

- Sahrmann, S (2002), "Diagnosis and Treatment of Movement, Impairment, Syndromes", Mosby, ISBN0-8016-7205-8
- Brukner, P. & Khan K. (2000/2006), "Clinical Sports Medicine", McGraw – Hill Australia, ISBN 0- 074- 70651-9

- Bahr, R. m.fl. (2002), "Idrettsskader", Gazettebok, ISBN 82-91149-10
- Peterson, L. & Renström P. (2001), "Sports Injuries", Martin Dunitz, ISBN1 85317-119-0
- Bojsen-Møller, Jens (2003), "Styrke-træning", DIF

Bedømmelseskriterier

I den skriftlig teoretiske del samt den mundtlige, praktiske del skal fysioterapeuten:

- kunne foretage en idrætsfysioterapeutisk relevant undersøgelse og diagnosticering
- kunne analysere idrætsfysioterapeutisk relevant på idrætsudøverens problemstilling(er) i et bio-psyko-socialt og træningsmæssigt perspektiv
- kunne formulere mål og plan for den valgte praksis som en del af den idrætsfysioterapeutiske intervention.
- kunne gennemføre en sammenhængende idrætsrelevant praksis med udgangspunkt i målene og planen
- kunne håndtere og anvende den valgte praksis præcist og velbegrundet.
- kunne argumentere for, dosere og progredierte en idrætsfysioterapeutisk praksis
- kunne integrere det idrætsfysioterapeutiske tilbud på baggrund af den enkelte idrætsudøvers individuelle behov og ressourcer eller på baggrund af en gruppe
- kunne forholde sig til og handle professionelt i forhold til epidemiologi, ætiologi, etik, evidensforhold samt indikationer og kontraindikationer for den valgte idrætsfysioterapeutiske praksis.
- kunne argumentere for og diskutere den valgte idrætsfysioterapeutiske praksis.
- kunne argumentere for og diskutere eventuelt tværfagligt samarbejde.

Bedømmelse og vægtning af synopsis og mundtlig eksamen

Synopsis og den mundtlige eksamen skal bestå hver for sig i forhold til angivne bedømmelseskriterier.

Synopsis skal være bedømt "bestået" før den mundtlige, praktiske eksamen kan afholdes.

Bedømmelse

Eksamen bedømmes af 2 fysioterapeuter, hvoraf mindst en med en akademisk grad på master eller kandidatni-

veau.

Eksamen bedømmes bestået / ikke bestået.

Eksamensbevis

Af eksamensbeviset fremgår, hvad Eksamen i Idrætsfysioterapi del B er baseret på.

Eksamen angives til 10 ECTS point.

Eksamensbeviset underskrives af Uddannelsesudvalgsformanden for Fagforum for Idrætsfysioterapi samt de 2 fysioterapeuter, som har bedømt eksamen.

Efter afsluttet del B eksamen betragtes man som *Idrætsfysioterapeut* godkendt i FFI regi.

Bilag

Bilag til retningslinier for Del B eksamen i idrætsfysioterapi

Hvad forstås ved synopsis?

Synopsis er et græsk ord, der betyder "samsyn". Det bruges her i betydningen "sammenfattende oversigt".

Synopsis er en udvidet disposition skrevet i prosa til beskrivelse, analyse og diskussion af en eller flere problemstillinger.

Problemstillingen skal holde sig indenfor det emne, eksaminanden har besluttet sig for at anvende i sin mundtlige eksamen. Problemstillingen eller problemstillingerne skal behandles ved hjælp af det pågældende områdes teorier, begreber og metoder.

Til eksamen bruges synopsis som oplæg til den mundtlige eksamination. Den mundtlige eksamen tager udgangspunkt i og centrerer om det tema, der er beskrevet i synopsis.

Synopsen fungerer samtidig som en mulighed for afgrænsning af emnet og som et afsæt for diskussioner under eksaminationen.

Overordnede retningslinjer

Synopsis skal være bedømt "bestået" før den mundtlige, praktiske eksamen kan afholdes.

Synopsis udgør udgangspunkt for den mundtlige eksamination, men der kan eksamineres i hele efteruddannelsens Del B's obligatoriske litteratur

samt den udleverede litteratur til de enkelte emnekurser, som eksaminanden har valgt.

Som bilag i synopsis vedlægges en referenceliste med den litteratur, der er direkte anvendt i synopsis. Det anvendte reference system kan være systemerne: APA, Harvard eller Vancouver. Det anvendte referencesystem skal anvendes konsekvent i synopsisen.

Synopsen skal minimum være på 6 sider (14.400 anslag med mellemrum) og maksimum 10 sider (24.000 anslag med mellemrum) ekskl. Indholdsfortegnelse, referenceliste og bilag.

Vejledende retningslinjer for indhold i synopsis

1. **Forside** med emne, navn samt dato for eksamen m.m.
2. En **emnebeskrivelse**/beskrivelse af de problemstillinger, der ønskes belyst i det pågældende idrætsfysioterapeutiske emne/fagområde
3. **Begreber og teorier.** Her angives hvilke begreber og teorier, der anvendes til at beskrive og analysere emnet/fagområdet. Der angives begrundelser for valg af teorier og begreber.
4. **Kritisk analyse og diskussion** af de valgte begreber og teorier. Er der sammenhæng mellem på den ene side forståelsen af emnets/fagområdets fremtrædelse og på den anden side foranstaltningerne og disses omsætning til praksis.
5. **Betragtninger og diskussioner over idrætsfysioterapiens funktioner** i forhold til emnet/fagområdet.
6. **Referenceliste**
7. **Bilag:** kan vedlægges med uddybende beskrivelser/illustrationer, men synopsis skal kunne læses uden bilag.

Valg af emne/fagområde

Emnet indsendes til godkendelse hos FFI's Uddannelses- og kursusudvalg senest 14 uger før eksamen. Eksaminanden modtager godkendelse af emnet senest 2 uger efter modtagelsen af emnet.

Eksaminanden vælger selv sit emne/fagområde. Dette kan have karakter af:

- Planlægning og udførelse af undersøgelse og forebyggende træning til en udvalgt målgruppe/individ
- Planlægning og udførelse af undersøgelse og rehabiliterende træning til en udvalgt målgruppe/individ

Rammer for den mundtlige – praktiske eksamen

Forevisning af praksis ved den mundtlige eksamen kan bestå af:

- forevisning af praksis med medbragte idrætsudøvere,
- medbragt video suppleret med direkte forevisning af udvalgt praksis,
- medbragt posters med beskrivelse og fotos af praksis og lignende samt direkte forevisning af udvalgt praksis.

Eksaminanden har 10 minutter til fremlæggelse af synopsis med evt. rettelser og uddybende kommentarer.

Den valgte praksis demonstration skal have en varighed af max 30 minutter.

Den mundtlige eksamination har en varighed af 30 minutter.

Evalueringskriterier for synopsis

(skal bestås før mundtlig, praktisk eksamen)

Eksaminanden skal:

- Kunne argumentere for og analysere idrætsfysioterapeutisk relevant på den valgte problemstilling(er) og/eller det valgte emne/fagområde i et bio-psykosocialt og træningsmæssigt perspektiv
- Kunne formulere mål og plan for den valgte praksis som en del af den idrætsfysioterapeutiske intervention.
- Kunne forholde sig til og handle professionelt i forhold til teori, epidemiologi, ætiologi, etik, evidensforhold samt indikationer og kontraindikationer for den valgte idrætsfysioterapeutiske problemstilling(er) og/eller det valgte emne/fagområde.
- Kunne argumentere for og diskutere den valgte idrætsfysioterapeutiske praksis og forhold til nyeste forskning og evidens på området.

Evalueringskriterier for den mundtlige, praktiske eksamen

Eksaminanden skal:

- Kunne uddybe og argumentere relevant for den indleverede Synopsis og den valgte idrætsfysioterapeutiske praksis
- Kunne foretage en idrætsfysioterapeutisk, relevant undersøgelse og diagnosticering
- Kunne uddybe valget af mål og plan for den valgte praksis som en del af den idrætsfysioterapeutiske intervention.
- Kunne gennemføre en sammenhængende idrætsrelevant praksis med ud-

gangspunkt i målene og planen og den valgte praktiske metode

- Kunne håndtere og anvende den valgte praksis præcist og velbegrunder.
- Kunne argumentere for, dosere og progrediere en idrætsfysioterapeutisk praksis
- Kunne integrere det idrætsfysioterapeutiske tilbud på baggrund af den enkelte idrætsudøvers individuelle/den valgte gruppes behov og ressourcer
- Kunne uddybe, forholde sig til og handle professionelt i forhold til epidemiologi, ætiologi, etik, evidensforhold samt indikationer og kontraindikationer for den valgte idrætsfysioterapeutiske praksis.
- Kunne argumentere for og diskutere det valgte tværfaglige samarbejde eller indikationer herfor.

IDRÆTSFYSIOTERAPEUT



Kongresser • Kurser • Møder

INTERNATIONALT

16. - 18. oktober 2008, Luxembourg

EISCSA Sportsmedica Congress 2008.
Optimization of physical activity.
Implications for sports, prevention and rehabilitation.

Info: www.sportsmedica.org

6. - 9. november 2008, Norge

9th Scandinavian Congress of Medicine and Science in Sports, Stavanger.

Info: www.scmss2008.org

18. - 23. november 2008, Spanien

Sports Medicine World Congress of the International Sports Medicine Federation (FIMS), Barcelona

Info: www.fims.org, www.fermede.es

DIMS kursuskalender 2008

Børn, idræt og træning

30. - 31. oktober 2008 i København
Målgruppe: Læger, fysioterapeuter, trænere og ledere
Arrangører: DIMS, FFI og Team DK
Tilmelding: www.sportsmedicin.dk

Idrætsmedicinsk diplomkursus, trin 1

8. - 12. september 2008 i Ålborg
Målgruppe: Læger
Arrangør: DIMS
Tilmelding: www.sportsmedicin.dk
Tilmeldingsfrist: 1. september 2008

Se også: www.sportsmedicin.dk - og DIMS kursuskatalog i sidste nummer af Dansk Sportsmedicin

FFI kursuskalender 2008

Del A - kurser:

Introduktionskursus

- Lanzarote, 12.-19. september

Idrætsfysioterapi og skulder

- Lanzarote, 12.-19. september

Idrætsfysioterapi og knæ

- Fuldt booket i resten af 2008

Idrætsfysioterapi og hofte/lyske

- Fuldt booket i resten af 2008

Idrætsfysioterapi og fod/ankel

- Fuldt booket i resten af 2008

Idrætsfysioterapi og albue/hånd

- Lanzarote, 12.-19. september
- Horsens, 3. oktober

Førstehjælp

- Odense, 30. september
- Roskilde, 28. oktober

Taping

- Fuldt booket i resten af 2008

Del B - kurser:

Screening og styrketræning

- Lanzarote, 12.-19. september
- Idrætsfysioterapi og udholdenhed
- København, tid ikke fastlagt
- Børn, træning og idræt
- København, 30.-31. oktober

Andre kurser:

Supervision, eksamensforberedende

- København, 5.-6. november
- Temadag om hofte/lyske
- Er under planlægning

Del A eksamen

- 29. november i Odense

Hjælp os med at forbedre denne side!

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.

Se også: www.sportsfysioterapi.dk

NETVÆRKSGRUPPER

DIMS og FFI støtter igangsættelsen af 2 tiltag, der skal formidle idrætsmedicinsk viden til og mellem medlemmerne: Netværksgrupper og Foredragsklub.

Netværksgrupper

Netværksgrupperne er fora der koncentrerer sig om mere eller mindre specifikke idrætsmedicinske problemstillinger. Formen bestemmes af gruppen, men vil typisk være foredrag, patientdemonstrationer eller oplæg fra deltagerne og diskussion.

Der er på nuværende tidspunkt dannet 4 grupper, der alle holder første møde i foråret 2008:

Fodboldmedicinsk netværksgruppe

Kontaktperson:

Jesper Petersen, jesper.petersen@dadlnet.dk

Håndboldmedicinsk netværksgruppe

Kontaktpersoner:

Mikkel Hjuler, mikkelhjuler@hotmail.com

Jesper Bencke, Jesper.Bencke@hvh.regionh.dk

Anders Skov Hansen, andespot@hotmail.com

Idrætsskadepsykologi

Kontaktperson:

Kim Dietrichsen, kd@dsts.org

Idrætsmedicinsk ultralyd

Kontaktperson:

Philip Hansen, ph09@bbh.regionh.dk

Hvis du er interesseret i et af ovennævnte områder og har lyst til at deltage i netværkegruppen, kan du henvende dig til den relevante kontaktperson. Du har mulighed for at læse mere om gruppernes første møde andetsteds i bladet, og på de respektive hjemmesider. Hvis du har speciel interesse for et andet idrætsmedicinsk emne, vil DIMS/FFI meget gerne hjælpe med danne en netværksgruppe. Kontakt da en af undertegnede.

Med venlig hilsen

Anders Skov Hansen, andespot@hotmail.com

Christoffer Brushøj, brushoj@gmail.com

FOREDRAGSKLUB

Idrætsmedicinsk foredragsklub

Hvert år er en række udenlandske sportsmedicinske profiler på besøg i København, og indenlandske sportsmedicinere publicerer nye resultater eller gør sig på anden vis interessante for andre sportsmedicinere. Vi vil med idrætsmedicinsk foredragsklub skabe et aktivt netværk af DIMS/FFI sportsmedicinere, der vil deltage i foredragsarrangementer ol. med "hotte" udenlandske og danske foredragsholdere. Formålet er på den måde at orientere foredragsklubbens medlemmerne om hvad der rør sig i frontlinien i sportsmedicin. Foredragsklubben fungerer på den måde at medlemmerne selv formidler kontakten til den ønskede foredragsholder og kontakter en af nedenstående personer. Vi annoncerer foredraget via en mailliste og er behjælpelige med at arrangere mødet i det omfang det ønskes.

Det første arrangement, med **Professor Ewa Roos** som foredragsholder over emnet "**Meniskskader, muskelfunktion og artrose – årsag eller konsekvens**", blev afholdt i april i København.

Det var en god oplevelse med mange fremmødte og alt i alt et vellykket arrangement, der lover godt for fremtiden.

Hvis du vil være med på idrætsmedicinsk foredragsklubs mailliste med henblik på kommende arrangementer, kontakt da en af undertegnede. Det vil også give dig muligheden for selv at annoncere foredrag, hvis du kender aktuelle foredragsholdere.

Med håb om stor opbakning!

Per Hölmich, Henning Langberg, Kristian Thorborg,
Anders Skov Hansen, andespot@hotmail.com
Christoffer Brushøj, Brushoj@gmail.com

FFI kurser

Info: Kursusadministrator Vibeke Bechtold, Kærlandsvænget 10, 5260 Odense S.
Tlf. 6591 6693 • E-mail: vibe@ucl.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 en kombineret 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 kan afsluttes med en prøve bestående af en skriftlig teoretisk del (synopsis) og en praktisk/mundtlig del. Formålet med kursusrækken er udvikling og målretning af idrætsfysioterapeutiske indsatser mod højere niveauer i forhold til de idrætsfysioterapeutiske kerneområder og med evidensbaseret baggrund.

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
- Taping relateret til idrætsfysioterapi
- Førstehjælp

Førstehjælpskurset er først obligatorisk for del A - eksamen fra 2009.

Kursusrækken i **del B** består af:

- Idrætsfysioterapi og biomekanik inkl. analyse og målemetoder
- Idrætsfysioterapi og styrketræning/screening
- Idrætsfysioterapi og udholdenhed
- Idrætspsykologi, coaching, kost/ernæring og spisevaner
- Doping/antidoping
- Træning og ældre
- Børn, idræt og træning
- Handicapidræt
- Idrætsgrenspecifikke kurser
- Kurser med emner relateret til idrætsfysioterapi, fx. MT-kurser, kurser i fysisk aktivitet/motion o.l.

De første fem kurser er obligatoriske, og af de øvrige skal der gennemføres minimum to, før det er muligt at tilmelde sig del-B eksamen.

Efter bestået del A og del B eksamen betragtes man som *idrætsfysioterapeut*, godkendt i FFI-regi.

Der er hele tiden kursusaktiviteter under udvikling, så det er vigtigt regelmæssigt at holde øje med Fagforum for idrætsfysioterapi hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk med henblik på opdateringer og nye kurstillbud.

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: 2700 kr. for medlemmer og 3000 for ikke-medlemmer af FFI. Prisen dækker kursusafgift og fortæring under kursus.

Yderligere oplysninger og tilmelding: www.sportsfysioterapi.dk/kurser

Tid og sted: se kursuskalender

Fælles kurser

"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: 2700 kr. for medlemmer og 3000 kr. for ikke-medlemmer; 1-dages kurserne: 1400 kr. for medlemmer og 1600 kr. for ikke-medlemmer. Prisen dækker kursusafgift og fortæring under kursus.

Yderligere oplysninger og tilmelding: www.sportsfysioterapi.dk/kurser

Emner, tid og sted: se kursuskalender

BØRN, IDRÆT OG TRÆNING

Beskrivelse:

Træning af børn kan ikke sidestilles med træning af små voksne. Der skal tages hensyn til børns fysiologi og psykologi. Kurset vil omhandle aldersrelateret træning, betydningen af fysisk aktivitet/ idræt, træningsmetoder, fysiologi, ernæring, psykologi og specielle idrætsskader, forebyggelse og behandling specielt relateret til børn.



CME/ECTS:

Kurset giver 10 CME points til den idrætsmedicinske diplomuddannelse (DIMS regi) og 1,5 ECTS til idrætsfysioterapeut-uddannelsen, del B (FFI regi).

Målgruppe:

Praktiserende læger, idrætslæger, fysioterapeuter, trænere og ledere med speciel interesse i børn og idræt.

Kursusform:

2 dages eksternatkursus.

Tid og sted:

30. - 31. oktober 2008 i hovedstadsområdet. Torsdag 9 - 17 og fredag 9 - 16.

Undervisere:

Ressourcepersoner på området.

Priser:

2500 kr. for medlemmer af DIMS og FFI.

2800 kr. for ikke-medlemmer.

2500 kr. for ledere og trænere.

Frokost og kaffe inklusive.

Tilmelding:

Senest den 30. september 2008 via FFI hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk, hvor reglerne for betaling for kurset også kan findes. Vær specielt opmærksom på, at først tilmeldte har fortrinshed og at tilmeldingen først gælder, når kursusafgiften er betalt. Husk ved betaling at anføre dit navn og navnet på kurset.

Arrangører:

Dansk Idrætsmedicinsk Selskab (DIMS) og Fagforum for Idrætsfysioterapi (FFI) i samarbejde med Team Danmark.

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 basalkursus, 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 nyttilskadede 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 dispen-

sation herfor ved skriftlig begrundet ansøgning til DIMS uddannelsesudvalg.

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

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

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

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

Krav til vedligeholdelse af Diplomklassifikation (CME)

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

Opdateret februar 2007.

Opdaterede Krav til opnåelse af Diplomklassifikation kan findes på www.sportsmedicin.dk

AKTIVITET	CERTIFICERINGSPOINT
Deltagelse i årsmøde	10 point per møde
Publicerede videnskabelige artikler inden for idrætsmedicin	10 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 eller symposier	5 - 15 point per kursus
Anden idrætsmedicinsk relevant aktivitet	5 point
Praktisk erfaring som klublæge, Team Danmark læge eller tilknytning til idrætssklinik (minimum 1 time per uge) - 10 point	Klub / forbund / klinik: Periode:

Idrætsmedicinske arrangementer pointangives af Dansk Idrætsmedicinsk Selskabs Uddannelsesudvalg før kursusafholdelse.

NAVN: _____ KANDIDAT FRA ÅR: _____ DIPLOMANERKENDELSE ÅR: _____

Skemaet klippes ud og sendes til DIMS v/ sekretær Louice Krandorf, Løjtegårdsvej 157, 2770 Kastrup



Invitation

WELCOME TO THE 9TH SCANDINAVIAN
CONGRESS OF MEDICINE AND SCIENCE
IN SPORTS STAVANGER 6.-9. NOV 2008

www.scmss2008.org

Stavanger is situated in the south-western corner of Norway. The population is approximately 117 000. Stavanger is Norway's 4th largest city, 3rd largest city region, European Capital of Culture 2008 and a university town. The Stavanger region has numerous attractions, among others The Pulpit Rock.

STAVANGER, NORWAY

Welcome to Stavanger, Norway, and the 9th Scandinavian Congress of Medicine and Science in Sports 6th to 9th November 2008.

We hope to see many participants, not only from Norway, but also from the other Scandinavian countries and the rest of Europe. With your help we hope that we can make this possible.

Apart from the scientific programme, we will also be organising social events every evening during the congress. Welcome to some great scientific days in Stavanger!



PRELIMINARY PROGRAM

- Ankle injuries
- ACL injuries in children
- The chronic painful tendon
- Effect of intervention program to reduce overweight
- Cardiac screening in Sports
- New Guidelines for Physical Activity
- Work shops
- Free papers

INVITED LECTURERS

Bent Wulff Jakobsen
Denmark

Anette Heijne
Sweden

Håkan Alfredsson
Sweden

Sture Forsgren
Sweden

Katja Mjøsund
Finland

Roald Bahr
Norway

Sverre Mæhlum
Norway

Registration on: www.scmss2008.org



CONGRESS COMMITTEE
Oddvar Skramstad, President

Irma B. Blaker	Øystein Dale
Inger Holm	Arne Sture
Jon Olav Drogset	Marit Kristiansen
Anne Torkelsen	John Fleck
Gaute Bjaanes	Kenneth Rosbach
Beate Løkken	

Convention Bureau:
Døvre Event & Marketing
www.eventogarrangement.no

Dansk SPORTSMEDICIN

Adresse:

Redaktionssekretær
Gorm Helleberg Rasmussen
Terp Skovvej 82
8270 Højbjerg
Tlf. 8614 4287 (A), 8614 4288 (P)
info@dansksportsmedicin.dk
www.dansksportsmedicin.dk

Redaktionsmedlemmer for DIMS:

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

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

Overlæge Bent Lund
Ingerslevs Plads 1 A, 4.
8000 Århus C
bentlund@dadlnet.dk

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

Redaktionsmedlemmer for FFI:

Lektor Peder Berg
Abels Allé 58
5250 Odense SV 5098 5838 (P)
pebe@ucl.dk

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

Fysioterapeut Kristian Thorborg
Mathildevej 20, 3.th.
2000 Frederiksberg 3645 1506 (P)
kristian.thorborg@amh.regionh.dk

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



Adresse:

DIMS c/o sekretær
Louise Kranderf
Løjtegårdsvej 157
2770 Kastrup
Tlf. 3246 0020
lkr@amartro.dk
www.sportsmedicin.dk

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

Næstformand Mads V. Hemmingsen
Dyrupgårdvænget 84
5250 Odense SV
madsbeth@dadlnet.dk

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

Niels Wedderkopp
Østrupvej 18
5210 Odense NV
nwedderkopp@health.sdu.dk

Marianne Backer
Birke Allé 14
2600 Glostrup
mar@hamlet.dk

Christoffer Brushøj
Oldensti 21
2300 København S
brushoj@gmail.com

Fysioterapeut Mogens Dam
Carolinevej 18.
2900 Hellerup
md@bulowsvejfys.dk

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

Suppleant, fysioterapeut
Gorm Helleberg Rasmussen
Terp Skovvej 82
8270 Højbjerg
gormfys@sport.dk



fagforum for idrætsfysioterapi

Adresse (medlemsregister):

Fagforum for Idrætsfysioterapi
Sommervej 9
5250 Odense S
Tlf. 6312 0605
muh@idraetsfysioterapi.dk
www.sportsfysioterapi.dk

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

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

Ann-Britt Kirkmand
Rentemestervej 110, 2.mf., 2400 København NV
38161117 (P) abk@idraetsfysioterapi.dk

Karen Kotila
Tulipanparken 18, 8700 Horsens
3082 0047 (P) kk@idraetsfysioterapi.dk

Lisbeth Wirenfeldt Pagter
Agervangen 26, 9210 Ålborg SØ
lwp@ucn.dk

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

Suppleant Peder Berg
Abels Allé 58, 5250 Odense SV
50985838 (P) pebe@ucl.dk

www.dansksportsmedicin.dk

Find fakta og gamle guldkort

På hjemmesiden kan du finde de forskellige faktuelle oplysninger af interesse i forbindelse med Dansk Sportsmedicin, potentielle annoncører kan finde betingelser og priser, og der kan tegnes abonnement online.

Du kan også finde eller genfinde guldkort i artiklerne i de gamle blade. Alle blade ældre end to år kan læses og downloades fra "bladarkiv".

Du kan også søge i alle bladenes indholdsfortegnelser for at få hurtig adgang til det, du er interesseret i at finde.

Adresser. Referencelister. Oplysninger, aktuelle som historiske. Det er alt sammen noget, du kan "hitte" på hjemmesiden, og savner du noget, må du gerne sige til.



IDRÆTSKLINIKKER

Bortset fra klinikkerne på KAS Glostrup, KAS Gentofte og KAS Herlev i Storkøbenhavn og lægeværelset i Esbjerg, 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

Storkøbenhavn

KAS Glostrup, tlf. 43 43 08 72
1. reservelæge Tommy Øhlenschläger
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. 32343578
Overlæge Per Hölmich
Tirsdag 15.30 - 16.30

Nordsjælland

Frederikssund Sygehus, tlf. 48 29 55 80
Overlægerne Tom Nicolaisen, Henrik Chrintz og Peter Albrecht-Olsen
Mandag, tirsdag, torsdag 9 - 15, onsdag 9 - 19

Sydsjælland

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

Fyn

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

Sydvestjylland

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

Midtjylland

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

Silkeborg Centralsygehus, tlf. 87 22 21 00
Ovl. Søren Kjeldsen, Ovl. Ulrich Fredberg
Torsdag 9 - 14.30

Viborg Sygehus, tlf. 89 27 27 27
Overlæge Martin Steinke
Tirsdag og torsdag 13 - 16.30

Østjylland

Randers Centralsygehus, Medicinsk Ambulatorium, plan 3, indgang 4, tlf. 8910 2478
Overlægerne Thomas Hahn og Peter Faunø
Torsdag 9.00 - 14.00

Århus Sygehus THG, tlf. 89 49 75 75
Overlæge Bent Wulff Jakobsen
Tirsdag 15 - 18, torsdag 14 - 17

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

Nordjylland

Ålborg Sygehus Syd, tlf. 99 32 11 11
Overlæge Gert Kristensen
Mandag til fredag 8.50 - 14

Bornholm

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

IDRÆTSMEDICINSK ÅRSKONGRES 2009

Radisson SAS H. C. Andersen Hotel Odense
29. - 31. januar 2009



ID nr. 47840

Velkommen

Arrangørgruppen byder velkommen til Idrætsmedicinsk Årskongres 2009 i Odense.

Fagligt program

Der arbejdes på højtryk for at sammensætte et spændende, højt fagligt program. Nogle af emnerne på årskongressen bliver:

- OL i Beijing 2008
- Børn og forreste korsbåndsskader
- Ultralydskanning workshop
- Rygproblemer og idræt
- Ekstremsport
- Muskelskader
- Albuediagnoser og -differentialdiagnoser
- Screening generelt - og virker det?
- Patelladysplasi - nye operationsteknikker
- Knæalloplastikker til "unge"
- Akupunktur til behandling af idrætsskader
- Operationsteknikker til forreste korsbånd - individuelle hensyn?
- Workshops
- Frie foredrag og posterudstilling

Socialt program

Der bliver som sædvanligt et fantastisk socialt program med get together-party torsdag aften og legendarisk festmiddag fredag aften.

Generalforsamlinger

DIMS og FFI afholder de ordinære generalforsamlinger under kongressen, torsdag den 29. januar.

Abstracts

Deadline for abstracts er 1. december 2008. Abstracts udformes efter nærmere fastsatte retningslinier (se www.sportskongres.dk).

Følg med i planlægningen og hent yderligere info på kongressens hjemmeside:

www.sportskongres.dk



fagforum
for
idrætsfysioterapi

Afsender:

Dansk Sportsmedicin
Terp Skovvej 82
DK - 8270 Højbjerg

Adresseændringer:

Medlemmer af DIMS og FFI skal meddele ændringer til den respektive forenings medlemskartotek. Abonnenter skal meddele ændringer til Dansk Sportsmedicins adresse.