

DANSK SPORTSMEDICIN



PLUDSELIG UVENTET HJERTEDØD • GRAVIDITET OG MOTION



fagforum
for
idrætsfysioterapi



Redaktør
Kristian Thorborg

Dansk Sportsmedicin går en spændende fremtid i møde

Selveste "Mr. Dansk Sportsmedicin", også bare kendt som Gorm, har efter mange års virke som Dansk Sportsmedicins redaktionssekretær/altmuligmand besluttet sig for at trække sig tilbage. Dette medfører en nødvendig omstrukturering af driften af bladet, da Gorms rolle ikke bare er sådan lige at erstatte. Dette har medført, at man i de respektive foreningers bestyrelser har udarbejdet en plan for, hvordan bladet fremover skal drives, og man har - som det kan ses andetsteds i bladet - valgt at give alle medlemmer muligheden for at blive en del af det nye Dansk Sportsmedicins redaktion og dermed også mulighed for at præge den idrætsmedicinske faglighed i fremtiden. I den forbindelse har jeg meddelt foreningerne, at jeg vælger at afslutte mit arbejde

som ansvarshavende redaktør. I forbindelse med denne omstruktureringsproces og efter tre spændende år på posten synes det logisk for mig at takke af sammen med Gorm og dermed give foreningerne mulighed for at skabe en helt ny konstellation, som frit kan få lov at præge Dansk Sportsmedicins fremtid. Dansk Sportsmedicin har siden sin begyndelse i 1997 haft 4 redaktører og nu skal en femte altså overtage i løbet af 2010. Lad det hermed være en opfordring til, at alle som virkelig brænder for "sagen" søger ind i redaktionen, enten som redaktionsmedlem eller redaktør.

Det faglige indhold i dette nummer er interessant, fordi det bl.a. tager nogle alvorlige spørgsmål op, som mange læger og fysioterapeuter sikkert har mødt i deres kliniske hverdag. Det ene spørgs-

mål handler om pludselig uventet hjertedød hos idrætsudøvere, og om man kan gøre noget for at undgå disse tragiske hændelser. Et andet spørgsmål vedrører, om det er forsvarligt at dyrke idræt under graviditet.

Så hvis du ikke allerede kender de faglige retningslinier i forhold til disse relevante spørgsmål, så er her chancen for at blive lidt klogere.

God læsning.

Dansk Sportsmedicin nummer 4,
13. årgang, november 2009.
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.-svarer: 86 14 42 87
E-mail: info@dansksportsmedicin.dk

REDAKTION

Overlæge Per Hölmich, overlæge Bent Wulff Jakobsen, praktiserende læge Berit Lavik, 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

Arkivfoto: Colourbox

© Indholdet må ikke genbruges uden tilladelse fra ansvarshavende redaktør.

Indhold:

FORENINGSNYT	4	Ledere
FAGLIGT	6	Pludselig uventet hjertedød hos unge idrætsudøvere – skal der screenes? <i>Eva Prescott</i>
	9	Kommentarer til artiklen om pludselig uventet hjertedød <i>Jan Kyst Madsen, Michael Kjær</i>
	10	Graviditet og motion <i>Hanne Kristine Heegaard og Peter Damm</i>
	14	Implementering af skadesforebyggende træning <i>Tom Nissen og John Noesgaard</i>
KURSUSREFERATER	17	FysioRM, maxpuls, Confusionstræning, Laktatgrænser, Superset m.m. <i>Christina Christiansen, Heidi Klakk og Eva Jespersen</i>
SCMSS 2010	18	Headlines, 10th Scandinavian Congress on Medicine and Science in Sports
KURSER OG MØDER	20	
NYTTIGE ADRESSER	26	



fagforum
for
idrætsfysioterapi

Deadlines for kommende numre:

Nummer	Artikelstof	Annoncer	Udkommer
1/2010	1. december	15. december	sidst i januar
2/2010	1. april	15. april	i maj
3/2010	1. juli	15. juli	i august
4/2010	1. oktober	15. oktober	i november



Dansk
Idrætsmedicinsk
Selskab

*v/ Tommy F. Øhlenschläger,
formand*



Forandringer

Det er ikke kun vejret, der har forandret sig.

DIMS er heldigvis også en organisation, hvor der til stadighed sker forandringer. Nogle af disse forandringer er synlige for medlemmerne, andre sker mere internt i organisationen.

Lige nu står DIMS på tærsklen til flere forandringer. Dansk Sportsmedicin mister en af sine trofaste medarbejdere gennem MANGE år, Gorm H. Rasmussen, der har været en uvurderlig arbejdskraft og et fast holdepunkt for tidsskriftet og dets medarbejdere gennem hele bladets historie. DIMS har været (og er) yderst taknemmelig for den indsats Gorm har ydet, og kan ikke takke ham nok. I forbindelse med Gorm aftræder i 2010, har Dansk Sportsmedicin valgt at foretage nogle ændringer med bladet. Redaktionen, FFI og DIMS har arbejdet/ arbejder med en ny struktur og nye tiltag, og jeg glæder mig til at se, hvordan det endelige resultat vil blive.

Der er i uddannelsesudvalget valgt nye folk ind i 2009, så fremtiden byder også her på forandringer og nye spændende tiltag. DIMS, uddannelsesudvalget m.fl. afholder i disse dage visionsmøde for at lægge en strategi for, hvor DIMS er på vej hen. Der vil også på mødet blive diskuteret arbejdsformen i DIMS, om der er behov for en ny struktur, hvilke opgaver DIMS skal varetage, hvem der er vores samarbejdspartnere, hvordan medlemmerne bedst serviceres osv.

Jeg selv går af som formand og bestyrelsesmedlem i forbindelse med generalforsamlingen 2010, så også her vil der være forandringer. Jeg håber dog, at jeg ved en senere lejlighed igen kan få lov til at være en aktiv del af DIMS' udvikling, da arbejdet omkring DIMS er særdeles spændende og har givet mange venskaber.

Kongressen 2010 står også for døren, og jeg er imponeret over det flotte program der er sat op. Vi i Danmark (FFI/DIMS) har æren af at være vært

for den fælles skandinaviske sportskongres 2010, hvilket giver mulighed for at gøre lidt mere ud af kongressen end vanligt. Jeg håber derfor, at I alle vil tage del i dette og komme til kongressen 2010 i København. Mit håb er, at så mange som muligt får mulighed for at deltage.

I ønskes alle et rigtig godt efterår, og selv om det er lidt tidligt, vil jeg allerede nu ønske jer alle en rigtig glædelig jul og et godt nytår.

Vi ses til kongressen 2010.

Idrætsmedicinsk Årskongres 2010

Idrætsmedicinsk Årskongres er i 2010 smeltet om til Scandinavian Congress of Medicine and Science in Sports 2010, der afholdes i København torsdag, fredag og lørdag, den 4. til 6. februar. Det faglige program er på plads og ser rigtig godt ud, og der arbejdes intensivt på et matchende socialt program.

DIMS og FFI afholder deres respektive generalforsamlinger torsdag den. 4 februar kl. 16, og der indkaldes formelt til dem her i bladet på side 25.

På kongressens hjemmeside, www.sportskongres.dk eller www.scmss2010.com, kan der findes informationer om kongressens program med tidsplan, regler for abstracts til frie foredrag, priser på deltagelse etc., og der kan tilmeldes on-line.





Fagforum
for
Idrætsfysioterapi

v/ Karen Kotila,
formand



fagforum
for
idrætsfysioterapi

Kært barn har mange navne

Fagforum for Idrætsfysioterapi (FFI) står på tærsklen til nogle gennemgribende ændringer i løbet af de næste år. Sammen med vores moderorganisation Danske fysioterapeuter er vi så småt ved at køre FFI i stilling til at overgå til et "fagligt selskab" eller "videnskabeligt selskab" - eller hvad det nu ender med at hedde. Det er nemlig stadig uvist - lige som der heller ikke er et klart billede af den organisatoriske struktur - men kært barn har mange navne.

Derfor skal denne leder ses som startskuddet til en debat om FFI's fremtidige arbejdsopgaver og struktur. Debatten får du først og fremmest mulighed for at tage del i på generalforsamlingen i februar 2010, hvor du med din deltagelse blandt andet kan være med til at stemme om FFI's fremtidige brug af økonomiske ressourcer og manpower til at løfte denne og andre opgaver.

Først en kort introduktion til de emner og arbejdsopgaver, der kunne løftes af et fagligt selskab:

Et fagligt selskab har til opgave at:

- Evidensbasere efter- og videreuddannelse
- Samarbejde med professionshøjskoler, ledere og undervisere om uddannelse på alle niveauer

- Samarbejde med universiteter om videreuddannelse på master / kandidat niveau
- Samarbejde med forsknings- og udviklingsinstitutioner
- Formidle nyeste viden
- Udarbejde best practice-beskrivelser og -standarder
- Udvikle kliniske retningslinjer og måleredskaber
- Indgå i videnskabelige kongresser
- Indgå i internationale forskningsnetværk og -subgroups
- Dyrke hjemmeside for offentlig synlighed via udtalelser fra specialister på området
- Søge fondsmidler til udvikling og samling af viden, herunder reviews og medlemsblad

Hvad er forskellen så fra FFI's nuværende position og arbejdsopgaver til et fremtidigt FFI som fagligt selskab? Man kunne fristes til at påstå, at vi allerede er godt på vej. Vi har en vel fungerende kursusvirksomhed, som sætter evidensen i højsædet, og en sportskongres af international format. Men inden selvtilfredsheden bliver for stor, skal det også siges, at der er plads til forbedringer og fornyelser, og at vi i bestyrelsen ser overgangen til et fagligt selskab som en spændende udfordring og et løft til vores organisation.

På nogle områder er vi heldigvis på forkant med udfordringen. Af nye tiltag skal nævnes et igangværende samarbejde med Odense Universitet, Faggruppen Institut for Mekanisk Diagnostik og Terapi og Fagforum for Muskuloskeletal Fysioterapi om en Masteruddannelse.

Yderligere er udarbejdelse af "kliniske vejledninger" på tegnebrættet. Det overordnede formål er at udarbejde vejledninger, som vil være klinisk relevante for FFI medlemmer for at fremme og sikre evidensbaseret praksis blandt idrætsfysioterapeuter i deres daglige virke.

Disse tiltag vil blive nærmere gennemgået i næste nummer af Dansk Sportsmedicin, så du kan blive "klædt på" til debatten på generalforsamlingen. For det er vigtigt at tage del i debatten!

At fungere som et fagligt selskab kan blive en bekostelig affære! De nye tiltag koster både manpower og penge, og vi skal i FFI gerne have mulighed for at være med fra starten. På generalforsamlingen 2010 vil bestyrelsen derfor fremlægge emnet "FFI som fagligt selskab" og blandt andet invitere dig til at debattere et udkast til udarbejdelse af kliniske vejledninger. Ønsker du have indflydelse på, hvorledes dit medlemskontingent vil blive forvaltet, bør du møde op og give din mening til kende.

Nyt tiltag på FFI-kursusfronten

I uge 40, 2010, afholder FFI for første gang et kursus, beregnet for idrætsfysioterapeuter, der er 'gamle i gårde', har rutine i faget i øvrigt, erfaring fra tidligere kursusforløb og som ikke umiddelbart er motiverede for at 'starte forfra' og påbegynde den formaliserede efteruddannelse til 'idrætsfysioterapeut'.

I løbet af kursusugen, der foregår på La Santa på Lanzarote, kan man såvel gøre sig kvalificeret til som gå op til Del A eksamen.

Se nærmere på side 24 her i bladet.

Pludselig uventet hjertedød hos unge idrætsudøvere – skal der screenes?

Af Eva Prescott, dr.med., speciallæge i intern medicin og kardiologi, overlæge Kardiologisk afd. Y, Bispebjerg Hospital

Indledning

De gavnlige effekter af fysisk aktivitet for det kardiovaskulære system er uomtvistelige, men for enkelte unge kan sport være forbundet med en øget risiko for pludselig hjertedød. Med mellemrum bliver vi mindet om dette i forbindelse med dødsfald blandt unge sportsudøvere. I nogle tilfælde er baggrunden for dødsfaldet kombinationen af underliggende hjertesygdom og fysisk anstrengelse. Det rejser naturligt muligheden for screening af idrætsudøvere med henblik på at diagnosticere ikke-erkendt hjertesygdom og at forebygge dødsfald ved at udelukke vedkommende fra sport. En sådan screening er allerede blevet indført af bl.a. UEFA og vil formentlig blive et krav fra IOC inden deltagelse i OL i 2012. Vi må forvente at screening efterhånden vil blive indført for større grupper, men værdien af screening af idrætsudøvere er imidlertid kontroversiel.

Strukturel hjertesygdom i kombination med sport

Baggrunden for overhovedet at overveje screening er, at årsagen til pludselig død blandt sportsudøvere ofte skyldes at sportsudøveren havde en strukturel hjertesygdom, hvor den hårde fysiske belastning udløste en arytmie. Det menes altså ikke at være idrætsudøvelsen alene, der disponerer for arytmi, men kombinationen af en ikke-erkendt underliggende hjertesygdom, som i mange tilfælde er arveligt betinget, og hård fysisk anstrengelse. Hvis man på forhånd kan diagnosticere denne

underliggende hjertesygdom ved en screening, håber man at kunne undgå idrætsrelateret dødsfald ved at reducere idrætsaktiviteten hos den pågældende idrætsudøver, dvs. ved at vedkommende undgår at dyrke sport.

Der er flere forskellige tilstande, som kan forårsage pludselig uventet hjertedød (SCD - Sudden Cardiac Death) blandt idrætsudøvere. De to, som med en vis succes kan identificeres ved screening, er Hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati (HCM) og Arytmogen højre ventrikel kardiomyopati (ARVC). HCM er en delvis genetisk betinget sygdom, hvor man ser patologisk fortykkelse af venstre ventrikels muskulatur. På længere sigt kan sygdommen medføre udløbsobstruktion, og risikoen for arytmie og pludselig død er forøget. HCM er den hyppigste årsag til SCD blandt idrætsudøvere i USA og er særlig hyppig blandt sorte idrætsudøvere. ARVC er en strukturel hjertesygdom, hvor der sker en gradvis fedtinfiltration af højre ventrikels væg, og der er øget risiko for malign arytmie. Ligesom HCM har ARVC et væsentligt arveligt moment. I opgørelser fra Nord-Italien er ARVC en hyppig årsag til SCD. Uoverensstemmelsen mellem opgørelser fra USA og Italien kan skyldes statistisk usikkerhed og forskel i klassificering af obduktionsfund, men det kan også skyldes genetiske forskelle med højere forekomst af HCM i USA og højere forekomst af ARVC i Italien - og at man i Italien/Sydeuropa i øvrigt historisk har været særligt interesseret i sygdommen. Desværre mangler der

pålidelige opgørelser over årsager til SCD blandt sportsfolk i andre dele af verden. Vi har således ikke noget overblik over årsagerne til SCD blandt sportsfolk i NordEuropa.

De hyppigste øvrige årsager til SCD blandt unge idrætsudøvere er iskæmisk hjertesygdom, koronararterieanomali, mitralprolaps, myokarditis og contusio cordis. Forekomsten af iskæmisk hjertesygdom tiltager væsentligt med alderen og er den hyppigste årsag til SCD efter 25-30 års alderen. Koronararterieanomali er abnorm afgang af koronararterierne, som kan medføre afklemning af blodtilførslen til hjertet i forbindelse med aktivitet. Mitralprolaps, en tilstand hvor mitralklapperne prolaberer ned i atrierne, og som på sigt medfører utæthed af mitralklapperne, er ligeledes relateret til arytmie. Myokarditis er en forbigående, inflammationsrelateret tilstand og contusio cordis kan ses ved kontaktsport, men er særdeles sjældent forekommende og kan forebygges ved passende beskyttelsesforanstaltninger af brystkassen. Fælles for disse sygdomme er, at de sjældent vil kunne erkendes ved en almindelig screening.

Screening i Italien

Det siger sig selv at man bør strække sig meget langt for at forebygge SCD blandt unge, hvad enten de er idrætsudøvere eller ikke. Baggrunden for diskussion af screening er de positive erfaringer fra screening, rapporteret fra Italien. I Italien har man siden 1980 haft obligatorisk screening af alle

idrætsudøvere i alderen 12-35 år som dyrker idræt på konkurrenceniveau. Man har derfor en massiv erfaring med over 6 millioner screeninger hvert år. På baggrund af disse erfaringer har en arbejdsgruppe i regi af det Europæiske Cardiologiske Selskab (ESC) i 2005 anbefalet, at denne screeningsmodel udbredes til det øvrige Europa (1). I de øvrige Europæiske lande har man foreløbig ikke indført screening på nationalt plan som i Italien, men lader det være op til idrætsorganisationerne. Derimod har flere nationale og internationale idrætsforbund indført screening, herunder som anført UEFA og IOC. I Danmark gennemgik en arbejdsgruppe under Dansk Cardiologisk Selskab i 2006 fordele og ulemper ved at indføre et screeningsprogram. I denne rapport konkluderede man, at der ikke er tilstrækkelig baggrund for at anbefale screening af unge idrætsudøvere, hverken idrætsudøvere generelt eller eliteidrætsudøvere (rapporten kan downloades fra www.cardio.dk) (2).

I Italien screenes alle unge konkurrenceidrætsudøvere med gentagelse af screening hvert andet år til idrætsudøveren bliver 35 år. Screeningen omfatter optagelse af anamnese med særlig fokus på familiær forekomst af hjertesygdom og pludselig uventet død, en almindelig objektiv undersøgelse inklusiv hjertestetoskopi og et 12-aflednings-EKG i hvile. I en mindre region i Nord-Italien, Veneto regionen med 4 millioner indbyggere, har man siden 1980 systematisk indsamlet resultater af screening og sammenholdt disse med fund ved obduktion af alle unge, som er død en pludselig hjertedød. Stort set al den dokumentation, som danner baggrund for ESC's anbefaling om at screene alle unge idrætsudøvere, stammer fra disse opgørelser. I Veneto har man fundet, at screenede idrætsudøvere har en fordoblet risiko for SCD sammenlignet med alders-matched personer, der ikke dyrker idræt, men at der er færre dødsfald forårsaget af HCM end forventet. Man vurderer, at EKG er abnormt hos op til 95% af personer med HCM og konkluderer, at screening og udelukkelse fra konkurrenceidræt har forebygget en del tilfælde af SCD forårsaget af HCM. En nylig publikation fra samme gruppe viser et overbevisende fald i incidensen af SCD blandt konkurrence-idræts-

udøvere fra 4,19 før screening blev indført til nu 0,87 pr. 100.000. Faldet tilskrives bedre identifikation af kardiomyopati, herunder særligt, at et stigende antal ARVC identificeres (3). En medfølgende leder pointerer dog, at de italienske erfaringer ikke udgør et bevis for effekten af screening, idet der ikke er tale om randomiseret screening, og at andre faktorer i de forløbne 20 år kan have medvirket til det observerede fald i SCD blandt idrætsudøvere (4).

Problemer med screening

Screening af idrætsudøvere rejser imidlertid mange rent metodemæssige spørgsmål: Hvor stort er problemet i Danmark? Hvilke typer hjertesygdom kan man diagnosticere? Kan man skelne mellem milde og svære tilfælde? Er der dokumentation for at det vil reducere antallet af SCD? og Har vi resourcer til at udføre det?

Det rejser også etiske spørgsmål som: Er screening i eliteidrætsudøverens interesse? Hvor skal den screenende læges loyalitet være? og Hvilken pris er vi villige til at betale?

SCD blandt unge er en tragisk, men heldigvis også en meget sjælden, foreteelse. Desværre kan vi ikke sige meget om, hvor hyppig den egentlig er. Amerikanske opgørelser tyder på, at hyppigheden er omkring 0,5 pr. 100.000 idrætsudøvere pr. år. Italienske opgørelser, baseret på de tidlige screeningsår, tyder på at tallet snarere er 9 pr. 100.000 pr. år, mens andre opgørelser af ikke-idrætsudøvere tyder på at tallet er tættere på de amerikanske tal. Der er undersøgelser i gang for at belyse spørgsmålet i Danmark ud fra gennemgang af dødsårsager, dødsattester og obduktionsrapporter for alle unge, der er døde pludseligt, men der foreligger ikke resultater endnu. Indførelse af screening i Danmark, ligesom i øvrige Europæiske lande, ville altså blive rettet mod en sygdom, hvis forekomst vi reelt ikke kender, men som formentlig højst forårsager 2-4 dødsfald om året i

Danmark. Til sammenligning dør der i samme aldersgruppe langt, langt flere personer af ulykker. Der kan således ikke siges at være tale om et større sundhedsmæssigt problem, om end betydningen af hvert af disse dødsfald for den enkeltes familie, venner og sport næppe kan overvurderes. Om tallene er påvirket af misbrug af farmakologiske stoffer (doping), er slet ikke berørt.

Et andet krav til screening er, at screeningen skal være effektiv til at identificere de syge. En screeningsmetodes effektivitet afhænger af dens sensitivitet: Hvor mange af de personer der har sygdommen kan screeningen identificere – og metodens specificitet: Identificerer screeningen kun de syge og ikke også en del raske, som ikke ville dø af SCD. Med screening, som inkluderer hvile-EKG, vil man formentlig have en rimelig god sensitivitet i forhold til HCM og en lavere sensitivitet overfor ARVC. Man vil derimod sjældent identificere unge med koronararterieaterosklerose, mitralprolaps, koronararterieanomali eller de andre årsager nævnt ovenfor. Screeningsens evne til at forebygge SCD afhænger således også af hvor stor en andel af SCD som udgøres af HCM og ARVC i den pågældende screeningspopulation. Vi har ingen oplysninger om fordelingen blandt unge danskere. Jo hyppigere disse sygdomsgrupper er, jo mere 'effektiv' kan screeningen være.

Et større problem er screeningsens specificitet, altså hvor mange 'falsk positive' den udpeger. Det giver sig selv, at der er et betydeligt overlap mellem EKG-fund hos en idrætsudøver, hvis hjerte har adapteret fysiologisk til idrætsudøvelsen, og et patologisk fund hos en idrætsudøver, som også har en strukturel hjertesygdom. Der vil være en del fund, som ikke kan afgøres ved den første hurtige og billige screening, og hvor man må henvise til yderligere undersøgelser for at udelukke hjertesygdom. I de italienske erfaringer vil



ca. 10% af alle screenede blive henvist videre til andre undersøgelser, i første omgang hyppigst ekkokardiografi. Efter disse yderligere undersøgelser vil en del blive frikendt for hjertesygdom, men der rester 2%, hvor man i Italien ender med at anbefale udelukkelse fra idræt. En del af disse har reelt hjertesygdom, men kun en lille del af dem ville være døde af den, hvis de havde fortsat. Med andre ord: I følge de positive italienske erfaringer, som er de eneste positive erfaringer indførelse af screening kan baseres på, vil 2% af alle screenede idrætsudøvere være 'screeningspositive'. Hvis man regner med en forekomst af SCD på 1 tilfælde for hver 100.000 idrætsudøvere hvert år og at 50% af disse skyldes HCM og ARVD og kan forebygges, betyder det, at der for hvert sparede liv er 4000 idrætsudøvere som er 'screenings-positive' og skal udelukkes fra idræt. Man vil formentlig kunne reducere antallet af 'screenings-positive', men det vil kræve en del både økonomiske og faglige ressourcer, som formentlig ikke er til rådighed aktuelt.

Omkostninger ved screening

Den europæiske anbefaling afgrænser ikke, hvem der bør tilbydes screening. I Danmark findes ikke præcise opgørelser over, hvor mange der dyrker konkurrenceidræt eller træner hårdt flere gange ugentligt, men det kan anslås til omkring 10% af en årgang. Afgrænser man populationen til eliteidrætsudøvere, f.eks. deltagere i internationale konkurrencer eller personer som træner mere end f.eks. 10-15 timer ugentligt, er screeningspopulationen til at overskue, men antallet af potentielt forebyggede dødsfald vil være tilsvarende reduceret. Enhver afgrænsning af screeningspopulationen vil være arbitrær, idet der ikke er nogen tal der tyder på, at risikoen for SCD er større blandt eliteidrætsfolk end blandt idrætsudøvere på et lavere niveau. På længere sigt vil det være svært at forsvare ikke at udvide screeningspopulationen. I øjeblikket bliver kun en ganske lille del af danske eliteidrætsudøvere screenet.

Der er opsat mange beregninger af prisen for screening, og den vil afhænge af, hvordan screening organiseres. Prisen i et effektivt program som det italienske anslås til 30 Euro pr. scree-

ning. Den pris vil næppe kunne holde under danske forhold. Spørgekema, objektiv undersøgelse og EKG samt vurdering kan næppe gøres for under 400 kr. pr. screening. Dertil kommer afledte undersøgelser, idet næsten 10% af de screenede må undersøges yderligere med ekkokardiografi, m.m.. Hvis man anslår, at man kan spare et tilfælde af SCD for hver 200.000 screenede, og prisen for en ekkokardiografi er 2500 kr., vil udgiften være over 130 millioner kr. for hvert sparet liv. Nærmere analyse af de økonomiske konsekvenser af screening er udenfor denne artikels rækkevidde, men det ligger fast, at prisen pr sparet leveår er betydelig højere end i andre screeningsprogrammer.

En alternativ cost-benefit beregning, som opvejer tab af livskvalitet blandt de mange idrætsfolk, som udelukkes fra idræt efter at være fundet 'screenings-positive' mod de tilfælde af SCD, som forebygges, falder ikke ud til screeningsfordel. Man kan mene, at sådanne beregninger er spekulative, men de retter opmærksomheden på, at prisen for screening også betales af de mange idrætsudøvere, som udelukkes fra fortsat idræt til gengæld for, at ganske få tilfælde af SCD kan undgås. Baseret på italienske erfaringer bliver 4000 idrætsudøvere 'grounded' for hvert sparet SCD. Man kan spørge, om ikke idrætsudøvere burde informeres om disse 'odds' inden de indgår i et screeningsprogram.

Konklusion

På trods af anbefalinger fra det Europæiske Kardiologiske Selskab og indførelse af screening af flere idrætsorganisationer, er det vores opgave at holde hovedet koldt. Ud over de problemer, der er gennemgået ovenfor – med manglende viden om problemet størrelse under danske forhold, usikker dokumentation af effekten af screening, de for mange 'falsk positive' og de svimlende økonomiske udgifter – bør man i højere grad også inddrage eliteidrætsudøverens interesse i forhold til risikoen for at blive udelukket fra konkurrenceidræt. I et sundhedsvæsen som det danske må man også afveje, om andre typer af forebyggende indsat kan være mere cost-effektive.

Uanset hvad man mener om screening af eliteidrætsudøvere er screening allerede indført. For at tjene idrætsfol-

kene bedst muligt og holde antallet af falsk positive på et absolut minimum er det afgørende, at screening udføres af personer med særlig interesse og viden om sportskardiologi og at erfaringerne samles nogle enkelte steder i landet. Dette er der taget initiativ til via Dansk Kardiologisk Selskab.

Kontaktadresse:

Overlæge, dr.med. Eva Prescott
Kardiologisk afd. Y
Bispebjerg Hospital
Bispebjerg Bakke 23
2400 København NV
E-mail: ep11@bbh.regionh.dk

Referenceliste

(en mere udførlig liste kan rekvireres hos forfatteren)

1. Corrado D, Pelliccia A, Bjornstad HH, Vanhees L, Biffi A, Bjørnsson M, et al. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2005 Mar;26(5):516-524.
2. Andersen LJ, Christensen B, Hartkopp PA, Heath F, Jensen MSA, Kjær M, et al. Screening af unge idrætsudøvere i Danmark. Kan tilfælde af pludselig hjertedød forebygges? Kardiologisk Forum Supplement; 2006.
3. Corrado D, Basso C, Pavei A, Michieli P, Schiavon M, Thiene G. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a pre-participation screening program. JAMA 2006 Oct 4;296(13):1593-1601.
4. Thompson PD, Levine BD. Protecting athletes from sudden cardiac death. JAMA 2006 Oct 4;296(13):1648-1650.

Indhentet kommentar fra Jan Kyst Madsen, Ledende overlæge, dr. med., Hjerteafdelingen Gentofte Hospital, Medlem af Det Medicinske Udvalg i DBU:

Helbredsscreening af elite idrætudøvere er uomgængelig i 2009

Når en fodboldspiller falder død om midt under en fodboldkamp i en af superligaerne i Europa, bliver det vist igen og igen og igen på alle fjernsynskanaler i hele Europa. Dette skæmmer opfattelsen af sport som en sund aktivitet. Og selv om screening ikke totalt kan forebygge dødsfald, vil mange tilfælde blive forhindret og man kan i det mindste sige, at klubber, organisationer, spillere og læger i hvert fald har gjort hvad der var muligt for at forebygge. Professionelle idrætudøvere lever af deres krops præstationer – og ligesom erhvervsdykkere, røgdykkere, piloter m.fl. bliver helbredsscreenet, er det naturligt at de professionelle idrætudøvere gives de samme og bedst mulige betingelser.

Screening er jo ikke kun til for at finde ekstremt sjældne hjertesygdomme. 3% af de 300 fodbold-superligaspillere i Danmark, som blev screenet i 2008, havde en tilstand som krævede behandling eller kontrol. Screeningen havde dermed en betydelig konsekvens for spillerne, og ingen fik spilleforbud! Spilleforbud vil i 2009 være yderst sjældent og med moderne ekkokardiografi, MR- og CT-scanning vil risikoen for "falsk positive" – dvs mistanke om sygdom, uden den er tilstede – være minimal og slet ikke som for 5, 10 eller flere år siden.

Screening er ikke så dyrt. En ekkokardiografi afregnes til 1200 kr. i hospitalsvæsenet og 600 kr. i speciallægepraksis. En klinisk undersøgelse og EKG burde ikke koste mere end 500 kr. inklusive nogle blodprøver. I forhold til, hvad der ellers bruges af midler på helbred og helbredskontrol – eller sat i forhold til priser, lønninger og præmier i mange former for topsport – synes dette ikke så dyrt endda. Men det er jo en smagssag, og netop forebyggelse er svært at regne på.

Screening har som skrevet også langt videre betydning for idrætudøverne end forebyggelse af sjældne hjertesygdomme. Screening fører til identificering af flere behandlingskrævende tilstande og har derfor betydning for idrætudøvernes fremtid.

Screening er indført på nogle områder og vil komme på endnu flere – men som Eva Prescott skriver: Det er afgørende, at screening udføres af speciallæger med særlig interesse og viden om sportskardiologi!

Indhentet kommentar fra Michael Kjær, professor, dr. med., Idrætsmedicinsk Forskningsenhed, Bispebjerg Hospital:

Pludselig uventet hjertedød hos idrætsaktive yngre personer er ulykkeligt og tiltrækker stor medieopmærksomhed. Selvsagt bør dødsfald af denne art undgås, men spørgsmålet er imidlertid, om det er muligt. Eva Prescott's artikel tager et solidt fagligt kritisk blik på de tiltag og overvejelser, som har været gjort i idrætsverdenen over de seneste 3-5 år. Det gør hun fint og fagligt velovervejet ... og hun holder hovedet koldt når det gælder anbefaling af tiltag, som nok kan tilfredsstille en journalist men ikke altid holder fagligt "vand".

Som det fremgår af artiklen er problemet begrænset, og pludselig uventet hjertedød menes kun at berøre 2-4 yngre danskere om året i forbindelse med idræt. Til sammenlægning dør op mod 400 personer i trafikken årligt, heraf et betydeligt antal yngre mennesker – blot for at sætte pludselig uventet hjertedød i perspektiv. De alvorlige livstruende sygdomme (f.eks. brystkræft), som der i Danmark allerede er indført screening overfor, reducerer antallet af dødsfald med flere hundrede tusinde. En screening af idrætudøvere mhp uventet hjertedød opfylder ingen af de basale forudsætninger, der normalt stilles for at indføre screening. Endvidere er der ved de sygdomme, overfor hvilke der eksisterer screening, altid en velbeskrevet behandlingsmodel og klarhed over, hvordan et positivt svar skal følges op. Selv om flere hjertelidelser, som der screenes for, er livsfarlige, er det for fleres vedkommende uvist hvilket konkret råd, der skal gives i relation til fortsat idrætsaktivitet.

Eva Prescott gennemgår fint dokumentationen bag ideen om at screene atleter kardielt forud for idrætsdeltagelse. Som det tydeligt fremgår er den sparsom, og det faktum, at internationale fodboldforbund og snart olympiske komiteer allerede har stillet kardiell screening som krav for deltagelse i større konkurrencer, må ses som et hastigt tiltag, som nok tilfredsstiller visse personer og giver megen mediedækning, men dybest set er udtryk for en mere politisk end videnskabeligt baseret tankegang.

Det er prisværdigt at sætte fokus på problemstillingen, og det kan kun støttes, at den kardielle ekspertise og forskningsaktivitet øges indenfor området, så vi samlet bliver bedre til at forebygge pludseligt uventede dødsfald.

Screening er dog ikke et udtryk for at holde hovedet koldt, eller for grundige, videnskabeligt dokumenterede beslutninger. Skulle man endelig screene i relation til dødsfald, burde man måske hellere se på alle over 35 år, som vil påbegynde idræt - dette for at sikre mod aterosklerotiske dødsfald.

Det er centralt at vi husker, at regelmæssig fysisk aktivitet generelt set forebygger dødsfald og at der kun findes én ting, som er mere farligt end fysisk aktivitet over et livsforløb ... og det er IKKE at dyrke fysisk aktivitet.



Graviditet og motion

En oversigt:

Gravides motionsvaner og sammenhæng mellem gravides motionsvaner og risikoen for en for tidlig fødsel

Hanne Kristine Hegaard, ph.d studerende, jordemoder, JMC Forskning-Panum, Rigshospitalet og professor, overlæge, dr.med. Peter Damm, Obstetrisk Klinik, Juliane Marie Centret, Rigshospitalet samt Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet

Resumé

Formålet med denne artikel er at give en oversigt over studier om gravides motionsvaner før og under graviditet, herunder studier vedrørende motion under graviditet og risikoen for en for tidlig fødsel.

Litteraturen på området viser samstemmende, at gravide kvinders fysiske aktivitetsniveau falder under graviditeten sammenlignet med niveauet forud for graviditeten. Dette fald sker blandt andet, da gravide kvinder stopper med at dyrke mere intensive motionsformer så som løb, styrketræning, boldspil, ketchersport mm., hvorimod hyppigheden af aktiviteter som svømning og gåture øges i nogle studier. Det samlede billede af litteratur om motion under graviditet og risikoen for en for tidlig fødsel kan summeres til, at kvinder, der dyrker motion eller er fysisk aktive på anden vis, har samme eller en mindre risiko for at føde for tidligt sammenlignet med kvinder, der er fysisk inaktive under graviditeten.

Anbefalinger

I 2004 udkom den første danske anbefaling fra Sundhedsstyrelsen om fysisk aktivitet for gravide kvinder, og man anbefalede moderat fysisk aktivitet mindst 30 minutter om dagen til alle gravide – uanset hvor aktive de havde været forud for graviditeten. Siden da har der været en stigende interesse for emnet graviditet og fysisk aktivitet, men til trods for denne interesse er flere aspekter indenfor området endnu kun sparsomt beskrevet i dansk faglitteratur. Det drejer sig blandt andet om belysningen af gravides motionsvaner



før og under graviditet samt sammenhængen mellem fysisk aktivitet/motion under graviditet og risikoen for en for tidlig fødsel. I denne artikel gives en oversigt over studier om gravides motionsvaner før og under graviditet og studier vedrørende motion under graviditet og risikoen for en for tidlig fødsel.

Fysisk aktivitetsniveau forud for graviditeten

For at kunne målrette råd om motion til gravide kvinder, er det nødvendigt at have viden om gravide kvinders motionsvaner før og under graviditet. I nogle studier beskrives fysisk aktivitet som enten "ja noget" eller "intet". Når fysisk aktivitet beskrives således, angav 15% af deltagerne i en population af gravide brasilianske kvinder at være fysisk aktive forud for graviditeten (1), medens andelen var 61% i en population af amerikanske gravide kvinder. I et mindre norsk studie blev regelmæssig træning defineret som anstrengende træning i fritiden i mindst 20 minutter per uge. Ved brug af denne definition angav 50% af kvinderne at

træne regelmæssigt forud for graviditeten (2). I et stort studie fra Norge var regelmæssig motion defineret som regelmæssig træning tre gange eller mere per uge (3), og ud fra denne definition angav 46% af alle gravide kvinder i en norsk population at motionere regelmæssigt forud for graviditeten (3). Motion/fysisk aktivitet defineres således meget forskelligt i litteraturen, og det er derfor vanskeligt at sammenligne kvinders motionsvaner forud for graviditeten i forskellige lande.

Studier fra vestlige lande og Brasilien viser, at de kvinder, der var fysisk aktive/dyrkede motion forud for graviditeten, var karakteriseret ved at have en højere husstandsindkomst, et højere uddannelsesniveau, en højere alder, samt oftere at være ikke-rygere, normalvægtige og uden børn (4). Det, at kvinder med højere skoleuddannelse og højere indkomstniveau oftere var fysisk aktive/dyrkede motion, tyder på en vis social ulighed i kvindernes fysiske aktivitetsniveau forud for graviditeten.

Niveauet af fysisk aktivitet reduceres under graviditeten

Medens fysisk aktivitet defineres vidt forskelligt i litteraturen, er der stor enighed om, at andelen af kvinder, der dyrker motion under graviditeten reduceres (1-3). Den fysiske intensitet falder, da andelen af gravide, der deltager i anstrengende aktiviteter som løb, jogging, styrketræning, aerobic, cykling, fitness, boldspil og ketcherspil mindskes (2-3). Derimod viser nogle studier, at andelen af gravide, der svømmer

eller går ture stiger under graviditeten om end andelen af gravide, der går ture, er uændret i andre studier. Endelig viser enkelte studier, at en lille andel af de gravide kvinder enten øger eller påbegynder fysisk aktivitet i fritiden under graviditeten (5).

Undersøgelser viser, at gravide, der tidligere har aborteret eller fået et dødt-født barn, oftere stopper med at være fysisk aktive i en efterfølgende graviditet end andre. Dette samme gælder for gravide, der venter tvillinger. Træthed, utilpashed, manglende energi, manglende tid, travlhed, graviditetsgener, graviditetskomplikationer samt det at føle det besværligt at være fysisk aktiv i sidste del af graviditeten er også faktorer, der kan have betydning for, at den gravide kvinde stopper med at være fysisk aktiv under graviditeten. Bekymring for, om enkelte typer af sport kan være farlige for barnet, beskrives også som en barriere for at være fysisk aktiv under graviditeten (6). Grunde til at fortsætte med at være fysisk aktiv under graviditeten er bl.a., at have motioneret forud for graviditeten men også ønsket om at være i form og glæden ved at motionere (6-7).

Fysisk aktivitet i fritiden og risikoen for en for tidlig fødsel

I litteraturen har der tidligere været udtrykt bekymring for, om fysisk træning under graviditeten kunne øge risikoen for en for tidlig fødsel (fødsel mere end 3 uger før termin). Denne bekymring er muligvis blevet styrket af, at gravide kvinder med en truende for tidlig fødsel er blevet anbefalet rolige regimer og ingen motion i årevis.

Den samlede litteratur om sammenhæng mellem fysisk aktivitet/motion under graviditeten og en for tidlig fødsel giver dog et helt andet billede. I 1983 blev et af de første studier om sammenhæng mellem motion under graviditeten og risiko for en for tidlig fødsel publiceret. Studiet viste, at gravide kvinder, der trænede, havde en nedsat risiko for en for tidlig fødsel i sammenligning med fysisk inaktive gravide kvinder. Et nyere brasiliansk studie fandt ligeledes, at de fysisk aktive gravide kvinder havde en nedsat risiko for at føde for tidligt i forhold til fysisk inaktive gravide kvinder. I et amerikansk studie fra 1998 viste Hatch

et al. (8), at gravide kvinder, der var fysisk aktive svarende til et energiforbrug på <1000 kcal per uge, havde samme risiko for at føde for tidligt som fysisk inaktive gravide kvinder. Derimod havde gravide, der var fysisk aktive svarende til et energiforbrug på >1000 kcal per uge, en markant nedsat risiko for at føde for tidligt i forhold til fysisk inaktive gravide kvinder. Andre amerikanske studier fandt, at gravide kvinder, der var fysisk aktive i varierende grad, havde samme risiko for at føde for tidligt som fysisk inaktive gravide. I et dansk studie fandt Juhl et al. (9), at gravide kvinder, der dyrkede sport havde en nedsat risiko for at føde for tidligt i forhold til de gravide kvinder, der ikke dyrkede sport. I et andet dansk studie fra den Århusianske Fødselskohorte med 5749 raske gravide kvinder fandt vi, at de gravide kvinder, der i fritiden var beskæftiget med aktiv idrætsudøvelse eller tungt havearbejde / fritidsarbejde mere end 3 timer om ugen, havde en 66% nedsat risiko for at føde for tidligt i forhold til gravide kvinder, der var beskæftiget med stillesiddende aktiviteter i fritiden (10). Kvinder, der var aktive med lette aktiviteter i fritiden havde samme risiko for præterm fødsel, som kvinder der var beskæftiget med stillesiddende aktiviteter i fritiden (10).

Den samlede litteratur om sammenhæng mellem gravidens fysiske aktivitet i fritiden og risikoen for en for tidlig fødsel viser, at gravide kvinder, der er fysisk aktive i fritiden, enten har en nedsat - eller en uændret risiko for at føde for tidligt i forhold til fysisk inaktive gravide kvinder.

Konklusion

Litteraturgennemgangen viser, at gravide kvinder, der motioner eller er fysisk aktive på anden vis, har samme eller nedsat risiko for en for tidlig fødsel i sammenligning med fysisk inaktive gravide. Denne viden understøtter således de eksisterende danske retningslinjer om fysisk aktivitet for gravide kvinder under graviditeten.

Litteraturgennemgangen viser endvidere, at det er vanskeligt at sammenligne studier om gravidens motionsvaner før og under graviditeten, da fysisk aktivitet defineres vidt forskelligt. Endvidere tyder studierne på en

social ulighed i kvinders fysiske aktivitetsniveau før graviditeten. Hvis denne ulighed genfindes i danske studier bør læger og jordemødre være opmærksomme på at motivere de mere socialt udsatte fertile kvinder til fysisk aktivitet – dette er vigtigt for deres generelle sundhed, men også fordi kvinder med et højere fysisk aktivitetsniveau før graviditeten oftere vil være fysisk aktive under graviditeten.

Samtlige udenlandske studier om motionsvaner under graviditeten viser, at andelen af fysisk aktive kvinder falder under graviditeten, og dette formodes også at ske hos danske gravide kvinder. Flere studier viser, at de intensive motionsaktiviteter falder, og her kunne læger og jordemødre i fremtiden være opmærksomme på at vejlede de gravide til at skifte til mindre intensive aktiviteter frem for blot at stoppe deres fysiske aktiviteter. Dette kunne sandsynligvis medvirke til, at flere danske gravide kvinder kunne følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at være moderat fysisk aktive under graviditeten. Svømning og gåture er blandt de få sportsaktiviteter, der i nogle studier rapporteres at dyrkes oftere under graviditeten sammenlignet med før graviditeten. Flere danske gravide kvinder kunne muligvis også have glæde og nytte af disse aktiviteter.

Kontaktadresse:

Jordemoder Hanne Kristine Hegaard
JMC Forskning-Panum afsnit 3341
Rigshospitalet, Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Tlf. 3545 7316
Email: Hanne.Kristine.Hegaard@rh.regionh.dk

Referenceliste til artiklen findes på næste side ...

Referencer

1. Domingues MR, Barros AJ. Leisure-time physical activity during pregnancy in the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Rev Saude Publica* 2007 Apr;41(2):173-80.
2. Haakstad LA, Voldner N, Henriksen T, Bo K. Physical activity level and weight gain in a cohort of pregnant Norwegian women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(5):559-64.
3. Owe KM, Nystad W, Bo K. Correlates of regular exercise during pregnancy: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Scand J Med Sci Sports* 2008 Jun 17.
4. Donahue SM, Zimmerman FJ, Starr JR, Holt VL. Correlates of Pre-Pregnancy Physical Inactivity: Results from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Matern Child Health J* 2009 Jan 21.
5. Zhang J, Savitz DA. Exercise during pregnancy among US women. *Ann Epidemiol* 1996 Jan;6(1):53-9.
6. Duncombe D, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Kelly L. Factors related to exercise over the course of pregnancy including women's beliefs about the safety of exercise during pregnancy. *Midwifery* 2007 Dec 4.
7. Evenson KR, Moos MK, Carrier K, Siega-Riz AM. Perceived barriers to physical activity among pregnant women. *Matern Child Health J* 2009 May;13(3):364-75.
8. Hatch M, Levin B, Shu XO, Susser M. Maternal leisure-time exercise and timely delivery. *Am J Public Health* 1998 Oct;88(10):1528-33.
9. Juhl M, Andersen PK, Olsen J, Madsen M, Jorgensen T, Nohr EA, et al. Physical exercise during pregnancy and the risk of preterm birth: a study within the Danish National Birth Cohort. *Am J Epidemiol* 2008 Apr 1;167(7):859-66.
10. HK Hegaard, M Hedegaard, P Damm, B Ottesen, K Petersson, TB Henriksen. Leisure time physical activity is associated with reduced risk of preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Feb;198(2):180.e1-5.

En mere uddybende referenceliste kan rekvireres ved henvendelse til Hanne Kristine Hegaard.



Parkens Privathospital

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

Nyt om Dansk Sportsmedicin

Der har i de sidste måneder været flere ændringer af Dansk Sportsmedicin.

Som I kan læse andet steds i bladet, afgår redaktør Kristian Thorborg. Redaktionssekretær gennem rigtig mange år, Gorm H. Rasmussen, afgår ligeledes efter mange års "tro tjeneste". Endelig har redaktionen tidligere på året ønsket at give bladet et "brush up", herunder et nyt layout.

Alle disse ændringer giver en unik mulighed for at starte på en frisk med bladet, og lade nye mennesker og nye idéer støde til de gamle traditioner. Erfarne redaktionsmedlemmer vil kunne hjælpe nye hoveder og nye idéer godt på vej, så vi alle i sidste ende står med et endnu bedre og endnu stærkere produkt.

Der bliver derfor annonceret efter personer med interesse for at indgå i det nye og spændende projekt. Så hvis du har lyst til at præge Dansk Sportsmedicin de næste år, har du her en fantastisk mulighed.

Bestyrelserne i FFI og DIMS glæder sig meget til at se den udvikling som Dansk Sportsmedicin vil gennemgå de næste år, og som vi nu står på tærsklen til.

Ansøgninger stiles til DIMS og FFIs bestyrelse (formændenes adresser) med deadline den 4. januar 2010. For nærmere oplysninger kan du henvende dig til Tommy Frisgaard Øhlenschläger tlf. 6136 5678 eller Karen Kotila tlf 3082 0047.

Venligst DIMS og FFI

Ansvarshavende redaktør til Dansk Sportsmedicin søges!

DIMS og FFI søger DIG, som er idrætsmedicinsk fagligt kompetent og har lyst til at drive og sætte dit præg på Dansk Sportsmedicin.

DINE ARBEJDSOPGAVER BLIVER:

Overordnet tovholder på papirudgaven såvel som webudgaven af Dansk Sportsmedicin.

Ansvarshavende for planlægnings-, opgavefordelings- og opfølgingsmøder med redaktionen.

Ansvarshavende for kvalitet og kvantitet af artikler.

Ansvarshavende for idé-generering, vinkling, skrivning og omskrivning i samarbejde med forfatter og redaktionsmedlemmer.

Redaktørposten honoreres med et årligt beløb samt transport og middag til møder.

Ansættelsesperioden starter 1. februar 2010 og varer 4 år

Redaktionsmedlemmer til Dansk Sportsmedicin søges!

Som redaktionsmedlem er du medansvarlig for det faglige indhold i Dansk Sportsmedicin.

Du er ansvarlig for at opsøge forfattere til artikler.

Du skal kunne gennemgå artiklerne kritisk og meddele redaktøren om indholdet.

Hvert år skal du være primær og sekundær tovholder på mindst et blad.

Redaktionsmedlemmer honoreres med deltagelse i Idrætsmedicinsk Årskongres samt transport og middag til møder.

Ansættelsesperioden starter 1. februar 2010 og varer 3 eller 4 år



**fagforum
for
idrætsfysioterapi**

Implementering af skadesforebyggende træning

En spørgeskemaundersøgelse blandt trænerne vedrørende brugen af skadesforebyggende træning blandt børne-fodboldspillere.

Af fysioterapeut Tom Nissen og fysioterapeut John Noesgaard

Undersøgelsen er foretaget i forbindelse med bachelorprojekt på VIA University College Fysioterapeutuddannelsen Århus

Indledning

Gennem de sidste årtier er konkurrencesporten blevet en mere almindelig del af barndommen. Der trænes oftere, længere og hårdere end tidligere, og børnene deltager i sportsaktiviteter året rundt, hvilket kan have konsekvenser som sportsskader (1).

Skadeshyppigheden er stigende med alderen, og især er den stor for børn i 10-14 års alderen (2). Børn i denne aldersgruppe udgør næsten en tredjedel af alle henvendelserne med fodboldskader (3). Desuden er knæ og ankel-skader den hyppigste form for skader blandt unge fodboldspillere (4).

Studier har vist, at antallet af ledskader i fodbold kan reduceres ved en superviseret forebyggende træningsindsats ved for eksempel fysioterapeuter (5, 6, 7, 8). I mange amatørklubber varetages træning ofte af personer uden eller kun med en kort træneruddannelse, hvilket kan betyde, at fokus på netop skadesforebyggende træning er lav eller måske ikke-eksisterende. Dermed øges risikoen for skader under træning (8).

DGI, Gigtforeningen og Fagforum for Idrætsfysioterapi (FFI) lancerede i efteråret 2006 kampagnen "Spil gigten af banen - Undgå skader". Kampagnen havde til formål at øge trænerens viden om vigtigheden af skadesforebyggende træning til børn og uddanne dem til også at varetage denne del af træningen. Øvelserne bestod af styrkeøvelser for knæ- og ankelmuskulatur, samt

neuromuskulære øvelser til forbedring af den proprioceptive sans omkring disse led. Kampagnen var en primær forebyggelseskampagne, der sigtede mod at undgå skaders opståen.

Undersøgelser har vist, at man kan øge personers viden, mens det er svært at påvise egentlige ændringer af vaner eller adfærd ved forebyggelseskampagner (9). Andre kampagner, der ligeledes sigter mod at implementere nye tiltag og ændre vaner i den daglige træning, har konstateret god effekt ved at involvere målgruppen i undervisningen (10). Derved opnås et tilhørsforhold til det underviste, hvilket øger sandsynligheden for, at der sætter sig spor hos den enkeltes tænkning, handling og praksis (11).

I den aktuelle artikel vil der kun blive fremlagt udvalgte resultater.

Formål

Vi ville på baggrund af ovenstående kampagne lave en opfølgende spørgeskemaundersøgelse blandt de trænerne, der har deltaget på kampagnens kurser. Målgruppen var fodboldtrænere for børn i alderen 8-14 år indenfor DGI. Vi ville undersøge om og i hvilken grad, kurssets øvelser efterfølgende var blevet implementeret i den daglige træning. På baggrund af udvalgte kriterier ville vi vurdere trænerens erhvervede handlekompetencer i forhold til at implementere nye træningstiltag. Vi ville desuden undersøge, hvilken rolle fysioterapeuter havde i tilknytning til

disse fodboldklubber.

Vi håber, at undersøgelsen kan inspirere og oplyse trænerne om deres ansvar i forbindelse med planlægning og brug af skadesforebyggende træning.

Undersøgelsesmetode

Vi lavede undersøgelsen via et postomdelt spørgeskema til 238 trænere for børn i alderen 8-14 år i DGI regi. Respondenterne havde alle på et tidspunkt mellem 1. oktober 2006 og 1. april 2007 deltaget på et kursus tilknyttet kampagnen "Spil gigten af banen - Undgå skader". Desuden har de efterfølgende været fast træner i minimum en halv sæson for fodboldhold I U10, U12 eller U14 i DGI regi.

Resultater

Svarprocenten var blot på 35%, så resultaterne er et udtryk for tendenser og det må forventes, at de er misvisende i positiv retning.

Resultaterne viste, at 90 % af de deltagende trænere efter deltagelse i kursus gjorde brug af de skadesforebyggende øvelser i deres træning. Dog brugte kun 25 % af trænerne øvelserne i hvert træningspas, (figur 1). Samlet set brugte 77 % af trænerne mellem 0 og 10 minutter på øvelserne (figur 2), og størstedelen anvendte mellem en og tre øvelser.

Figur 3 viser fordelingen af trænerens baggrund for at være træner. Forældre var den hyppigste baggrund til at være træner for et fodboldhold.

Fordelingen i brug af øvelserne mellem forskellige trænerbaggrunde, viste, at 86 % af forældrene anvendte de skadesforebyggende øvelser. Alle trænere med Personlig uddannelse, Tidligere spiller og Andet som primær baggrund anvendte skadesforebyggende øvelser, men usikkerheden er her stor på grund af det lave antal respondenter. Trænere med Træneruddannelse som primær baggrund anvendte øvelserne i 60 % af tilfældene.

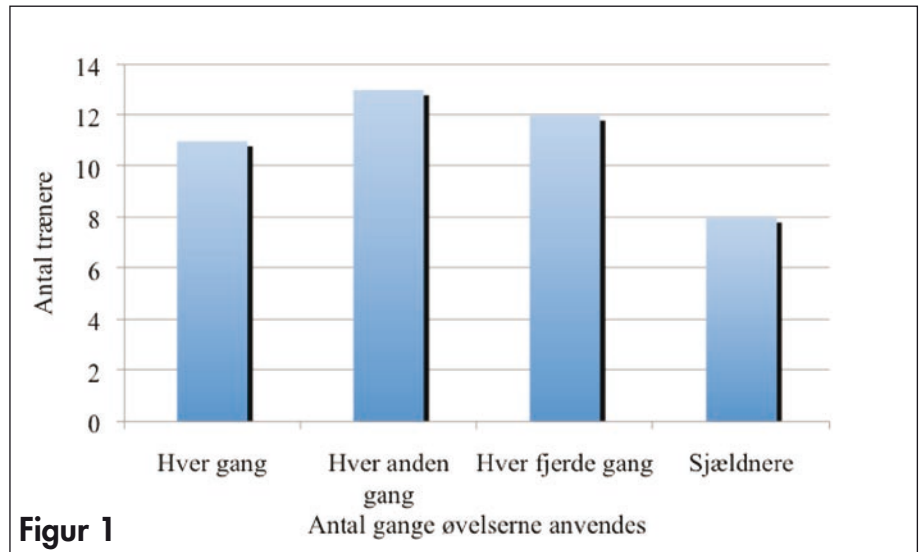
De opstillede kriterier til vurdering af trænerens tilegnede handlekompetencer viste sig at være utilstrækkelige i forhold til at afdække begrebet. Kriterierne var for overfladisk et grundlag til vurdering af trænerens handlekompetencer, set i forhold til hvordan vi definerede begrebet.

Fysioterapeuter havde kun en meget begrænset rolle i fodboldklubber i DGI-regi, da kun fire ud af 49 hold/klubber havde fysioterapeut tilknyttet. De få, der havde en fysioterapeut tilknyttet, angav, at de kun sjældent eller slet ikke havde gjort brug af denne.

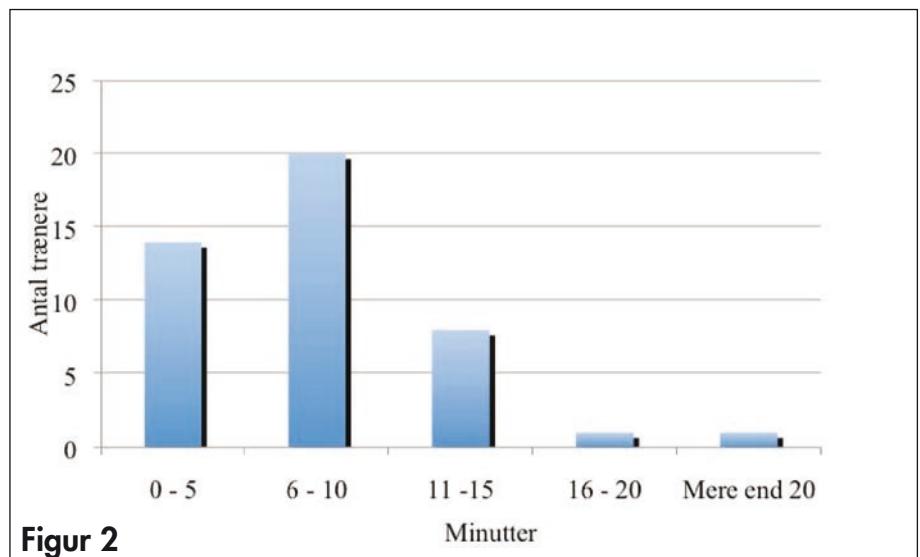
Diskussion

Det er umiddelbart et positivt resultat, at 90 % af de deltagende trænere efterfølgende har anvendt øvelserne, da implementeringen af nye træningsprogrammer kan være svært. Ofte er resultatet af en forebyggende indsats umiddelbart "usynlig", hvilket også gør sig gældende for kampagnen. Trænerne kan ikke umiddelbart se et positivt udfald i form af færre skadede spillere, da en skades opståen ikke kan forudsiges. Desuden kan trænerne have svært ved at se den præstationsfremmende gevinst ved at gøre brug af øvelserne (10). Lignende træningsprogrammer har vist god skadesforebyggende effekt, mens der ikke er dokumenteret klar præstationsfremmende effekt, hvilket angives som en væsentlig grund til at fravælge et træningsprogram af denne type (12).

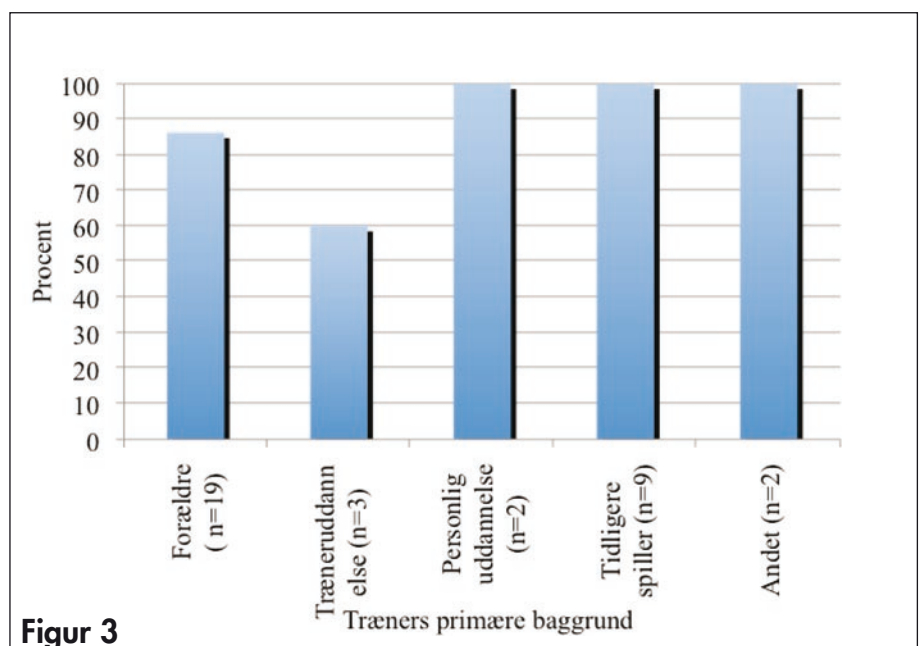
Mange trænere gør altså brug af kampagnens øvelser, men ser man på hyppigheden i brugen af øvelserne, ser det ikke helt så positivt ud. Størstedelen af holdene i undersøgelsen træner to gange ugentligt, men kun en fjerdedel anvender øvelser hver gang. Det er foruroligende set i lyset af, at det anbefales at neuromuskulær træning udføres tre til fem gange ugentligt,



Figur 1



Figur 2



Figur 3

hvis ACL-skader og ankelskader skal forebygges (13). Lidt træning er selvfølgelig bedre end ingen, og det er også langt fra realistisk at disse hold kan opfylde kravet om, at en skadesforebyggende effekt i træningen kræver en stor træningsindsats. Som et minimum mener vi, at øvelserne bør anvendes hver gang holdene træner.

De fleste trænere anvendte mellem 0 og 10 minutter på de af kampagnen foreslåede øvelser. Med tanke på den samlede træningsmængde, disse hold generelt har, er det urealistisk at forvente, at holdene bruger mere tid på øvelser, som måske betragtes som "ikke-fodbold-relaterede". I et andet studie er det angivet, at for at få en effekt af lignende træningsprogram, skal der bruges 20 minutter (14), mens det et andet sted er foreslået at skadesforebyggende træning ikke bør fylde mere end 20 minutter, når det gælder børn og unge, der træner to gange om ugen (12). Tidsforbruget ser altså ud til at være en væsentlig begrænsende faktor for brugen af skadesforebyggende træning på dette niveau.

Mulighed for rådgivning eller tilstedeværelse af fysioterapeuter eller andre medicinske fagpersoner er der kun

i begrænset omfang blandt de deltagende hold/klubber. Netop tilstedeværelsen af en fysioterapeut kunne være med til at øge fokus på indsatsen for at forebygge skader samt vejlede i forbindelse med træning og rehabilitering, men da der i alle tilfælde er tale om amatørklubber, er det ikke realistisk at holdene har mulighed for dette.

Afslutning

Det er vores overbevisning, at tiltag som dette er nødvendige at fremme i dagens fodbold-Danmark. Vi mener, at indsatsen for at sikre at viden også bliver til handling, så implementeringen af skadesforebyggende træning fremmes, eventuelt kan gribes anderledes an.

En fremgangsmåde kunne være et samarbejde på tværs af hovedorganisationen (DGI), klubberne, trænerne og sundhedsfaglige personer som f.eks. fysioterapeuter. Samarbejdet kunne struktureres, så tiltaget blev et fælles tiltag for hele klubben og alle dens ungdomshold, hvormed alle kunne støtte op om det og hjælpe hinanden. Ved at skabe en fælles træningskultur internt i klubben kunne det måske fremme fornemmelsen af ejerskab

først og fremmest blandt trænerne, men også i klubben som helhed. Fysioterapeuterne kunne bidrage med vejledning og instruktion på klubafte-ner løbende i sæsonen, med fokus på skadesforebyggende træning, mens hovedorganisationen kunne have kontakten til klubberne samt strukturere det samlede tiltag. Følges der op løbende, kommer klubberne og de enkelte trænere i tale i forhold til problemstillinger ved implementeringen. Samtidig bliver de bliver inddraget i beslutningsprocessen, hvilket kan betyde en højere grad af deltagelse og ejerskab.

Med forventningen om, at det tager lang tid at implementere et nyt træningstiltag mener vi også, at det er fornuftigt at starte en kampagne på børn. Hvis der i første omgang kan sås noget viden hos trænerne, som videregives til børnene, kan de "flaskes op" med skadesforebyggende træning som en fast bestanddel af træningen, og implementeringen kan måske lykkes på lang sigt.

Kontaktadresse:

Fysioterapeut John Noesgaard
Tordenskjoldsgade 9, 1.sal
8200 Århus N

Litteraturliste

- (1) Shanmugam, C. & Maffulli, N. (2008) Sports injuries in children. British Medical Bulletin: 1-25
- (2) Laursen, B.; Nielsen, L.T.; Christensen, P.H.; Møller, H. & Frimodt-Møller, B. (2006). Børneulykker i Danmark. København, Danmark: Statens Institut for Folkesundhed (<http://www.si-folkesundhed.dk>)
- (3) Statistik - Ulykkesstatistik - Tabeller - Sportsgrene og afslutning - skadestue (www.si-sundhed.dk).
- (4) Kakavelakis, K.N.; Vlazakis, S.; Vlahakis, I. & Charassis, G. (2003) Soccer injuries in childhood. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 13: 175-178
- (5) Ergen, E. & Ulkar, B. (2008) Proprioception and Ankle Injuries in Soccer. Clinics In Sports Medicine, 27: 195-217
- (6) Häggglund, M.; Waldén, M. &

- Ekstrand, J. (2007) Lower Reinjury Rate With a Coach-Controlled Rehabilitation Program in Amateur Male Soccer. American Journal of Sports Medicine, 35, (9), 1433-1442
- (7) Kjær, M.; Krogsgaard, M.; Magnusson, P.; Engebretsen, L.; Roos, H.; Takala, T. et al. (2005). Textbook of Sports Medicine. Massachusetts, U.S.A: Blackwell Publishing.
- (8) Junge, A.; Rösch, D.; Peterson, L.; Graf-Baumann, T. & Dvorak, J. (2002) Prevention of Soccer Injuries: A Prospective Intervention Study in Youth Amateur Players. American Journal of Sports Medicine, 30, (5), 652-659
- (9) Sundhedsoplysende kampagner. København, Danmark: Dansk Sygehus Institut.
- (10) Sundhedsformidling. I: Kamper-Jørgensen, F. & Almind, G. (red) Forebyggende sundhedsarbejde. København, Danmark: Munksgaard.

- (11) Jensen, B.B. (2005) Sundhedsfremme og forebyggelse – to forskellige paradigmer? Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, 3: 67-87
- (12) Steffen, K.; Bakka, H.M.; Myklebust, G.; & Bahr, R. (2007a) Performance aspects of an injury prevention program: a ten-week intervention in adolescent female football players. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports: 1-9
- (13) Caraffa, A.; Cerulli, G.; Proietti, M.; Aisa, G. & Rizzo, A. (1996) Prevention of anterior cruciate ligament injuries in soccer. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy, 4: 19-21
- (14) Olsen, O.E.; Myklebust, G.; Engebretsen, L.; Holme, I. & Bahr, R. (2005) Exercise to prevent lower limb injuries in youth sports: cluster randomized controlled trial. British Medical Journal, 10: 330-449

FysioRM, Maxpuls, Confusionstræning, Laktatgrænser, Superset – og meget mere ...

Af kiopraktor Christina Christiansen og fysioterapeuterne Heidi Klakk og Eva Jespersen

I uge 40 afholdt Fagforum for Idrætsfysioterapi de to del B kurser "Styrketræning" og "Aerob og anaerob træning", som et samlet kursus på La Santa Sport, Lanzarote. Kurset omfattede 36 lektioner, indeholdende såvel teori som praksis og giver 3 ECTS point. Underviserne var Henning Langberg og Flemming Enoch.

Styrketræning

Kurset tog udgangspunkt i den velkendte FFI model fra del A kurserne, hvor begreber som low load og high load stabilitetstræning skal hjælpe os til at tilrettelægge styrketræningen – skal der eksempelvis være fokus på at udfordre proprioceptionen eller skal vi 'load' patienten tungt for at opnå mere funktionel stabilitet?

Den neuromuskulære adaptation og de fysiologiske forandringer ved styrketræning, dosering og RM var nogle af de begreber, der blev gennemgået. Forskellige principper for styrketræning blev gennemgået og afprøvet i praksis, både som en del af genoptræningen, men også som en forebyggende og præstationsfremmende træning. Herunder blev det tydeligt for kursisterne, at et styrketræningsprogram kan opbygges over mange variabler: Vægtbelastning, mængde, øvelser, antal sæt og repetitioner, pauser mellem sæt, øvelser og træningspas, kontraktionshastighed, kontraktionstyper, rækkefølgen af øvelser i det enkelte pas og måden programmet tilrettelægges over uger og måneder. Alt sammen i kombination med eksotiske navne som Superset, Pyramidetræning, Confusion program, Kaatsu træning, Splitprogrammer m.m. Emner som træning i maskiner versus frie vægte, sikkerhed og fysioterapeutens rolle i træningssceneret blev også diskuteret. Herunder blev "FysioRM" præsenteret for første gang i offentligheden (påstod Henning Langberg, der efter sigende har en ar-

tikel på vej om emnet). En FysioRM er den vægt, der i en øvelse kan løftes 1 gang og kun 1 gang UDEN kompensering, fejlstilling eller smerte. Endeligt blev styrketræning perspektiveret i forhold til forskellige diagnose- og aldersgrupper.

Aerob og anaerob træning

Kredsløbstræningen startede med en introduktion til Suunto Systemet, et pc-software system, der via pulsmålere indsamler data omkring belastningen under eksempelvis en Bip-test eller en spinningstime. Efter træningen fremkommer således et 'træningsresume', hvoraf den gennemsnitlige puls, den højeste puls, den gennemsnitlige puls udregnet som procentdel af max-pulsen, inddeling af arbejdsindsatsen i forskellige træningszoner (afhængig af den procentvise pulsbelastning), kalorier forbrugt og oplysninger om hvorvidt træningssessionen havde haft en vedligeholdende eller forbedrende effekt på den aerobe præstation fremgår. En særdeles motiverende faktor ved systemet var, når hele holdets pulsfrekvenser og arbejdsintensitet blev vist på storskærm undervejs i træningen.

Med monitoreringen på plads, var der således klar til diverse kredsløbtest og -træninger. Herunder Bip-test, to-punkts cykeltest, Shuttle run test for overvægtige og KOL-patienter (kursisterne var til dagens anledning ekvipet med 20 kgs rygsække og sugerør i munden samt tape for næsen!) og flere spinningstimer. Ligeledes blev pulsmåling brugt under visse typer af styrketræningen, eksempelvis de såkaldte "Superset", der er karakteriseret ved øget intensitet og større krav til konditionen. Endeligt blev pulsen registreret den sidste aften fra 01 til 02, hvor hele holdet var på diskotek. Her blev der målt ganske forskellige belastninger, med outliers både til hvile- og maxpuls siden.



Evaluering

De to kurser er i ovenstående beskrevet hver for sig, men i praksis blev der skiftet mellem de to emner, hvilket bl.a. havde den fordel at kursisterne kunne gennemføre det praktiske indhold uden at blive hæmmet af alt for meget DOMS. Kombinationen af de to kurser blev rost af samtlige kursister, ligesom man syntes, at der havde været en tilpas blanding af teori og praksis. Som en kursist påpegede, var det svært at forestille sig at man kunne få det samme ud af to separate weekendkurser, frem for dette sammenhængende ugekursus, med rig mulighed for refleksion og afprøvning undervejs i de velegnede rammer på Club La Santa Sport.

De to undervisere supplerede hinanden godt i begge emner, med en god teoretisk indsigt samt praktisk viden og erfaring, der blev formidlet med stort pædagogisk overskud.

Kurset giver mange redskaber med hensyn til tilrettelæggelse og justering af styrke- og fitnessprogrammer til flere forskellige patient- og træningsgrupper, både individuelt og i grupper. Gode diskussioner om problemløsning i forhold til eksempelvis smerter under/ efter træning gav kvalificerede bud på alternative metoder, så træningen fortsat kan gavne patienten/udøveren. Sidst men ikke mindst indeholder kurset elementer til præstationsfremmende træning, selvom sidstnævnte godt kan uddybes mere på mere sportsspecifikke kurser.

Kurset kan altså varmt anbefales til alle, der er engageret i præstationsfremmende og rehabiliterende træning på klinik, kommunalt eller i klubregi.

Kontakt: Heidi Klakk, hekc@ucl.dk

Scandinavian Congress

Radisson SAS Scandinavia

HEADLINES:

Bone, cartilage and training

When sports is a risk taking activity for cartilage. *Professor Harald Roos, Sweden*
Exercise and dose for knee OA. *PT Carsten Juul, Denmark*

How good is exercise for your bone?

Professor Magnus Karlsson, Sweden

When exercise is unhealthy to bone.

Professor Pekka Kannus, Finland

Exercise, lung function and disease

Airway problems in athletes - how big is the problem? *Post doc Lars Petersen, Denmark*

Mechanisms behind exercise associated asthma - can exercise make us sick?

Professor Kai Håkan Carlsen, Norway

Medical treatment of asthma in relation to sports. *Professor Leif Bjermer, Sweden*

It is not all asthma - other causes to airway problems in sports. *Chief physician Vibeke Backer, Denmark*

The kinetic chain in function and dysfunction – What makes the ball go?

Professor Ben Kibler, USA

Glenoid labral injuries - evaluation and treatment

SLAP lesions- pathophysiology, evaluation, and treatment. *Professor Ben Kibler, USA*

Physiotherapeutic evaluation and correction of dysfunctions in the overhead athlete with shoulder pain. *John Verner, PT, Denmark*

MR-evaluation of overhead athletes' shoulder pain. *Chief physician John Gelineck, Denmark*

Current knowledge in surgical treatment of chronic patella instability (SAKS-symposium)

Introduction. *Chief physician Bent Lund, Denmark*

Indications and preoperative planning. *Chief physician Svend Erik Christiansen, Denmark*

MPFL - reconstruction, children and technique. *Chief physician Svend Erik Christiansen, Denmark*

Trochleoplasty, preoperative planning and technique. *Chief physician Lars Blønd, Denmark*

Tuberositas tibia - distalisation / medialisation. The Future? *Chief physician Martin Lind, Denmark*

Treatment modalities in tendinopathy - what to use?

Pathogenesis in tendinopathy. *Ass. Professor Henning Langberg, Denmark*

Growth factors in tendon healing. *Ass. Professor Henning Langberg, Denmark*

Glucocorticoids. *Chief physician Ulrik Fredberg, Denmark*

Surgery. *Chief physician Per Hölmich, Denmark*

Ultrasonography and laser. *Professor Jan Bjordal, Norway*

Strength training. *MSc, PhD Mads Kongsgaard, Denmark*

Schock wave therapy. *PT, MSc Christian Couppé, Denmark*

Sclerosing therapy and el-coagulation. *Morten Boesen, Denmark*

(round table, intro followed by clinical cases, 1-2 from each chair)

Clinical imaging methods in Sports Medicine

Ultrasonography and X-ray. *MD, PhD Morten Boesen, Denmark*

Magnetic resonance imaging. *Professor Leif Dahlberg, Sweden*

DEXA, Scintigraphy and Positron Emission Tomography. *Chief physician Ingelis Kanstrup, Denmark*

(round-table, intro followed by clinical cases)

Anti Doping Symposium

Principles for the haematological passport and blood testing. *Pierre-Edouard Sottas, Neil Robinson, Switzerland*

The UCI programme. *Anne Griper, UCI*

UGT2B17 - the new doping gene. *Influ-*



fagforum
for
idrætsfysioterapi

Scandinavian Congress on Medicine and Science in Sports 2010

Hotel Copenhagen • February 4th - February 6th 2010

Research on circulating testosterone levels after intramuscular testosterone injections. *Professor Anders Juul, Denmark*
Compliance and the level playing field in antidoping. *Rune Andersen, WADA*
Attitudes to doping in sports and in society in general. *Professor Bjarne Ibsen, Denmark*

Sports Medicine Research in Scandinavia - how good and where to go?

Bibliometric analysis of sports medicine science. *Professor Michael Kjær, Denmark*
Sports Medicine in Norway. *Professor Lars Engebretsen, Norway*
Sports Medicine in Finland. *Professor Urhu Kujala, Finland*
Sports Medicine in Sweden. *Professor Jon Karlsson, Sweden*
Sports Medicine in Denmark. *Professor Michael Kjær, Denmark*
Sports Medicine in physiotherapy. *Professor Ewa Roos, Denmark*

Muscle activity - too little, adequate, too much?

How to build muscle in an optimal way. *Cand.Scient, PhD Lars L. Andersen, Denmark*
Unaccustomed exercise - why do we get sore? *Ass. Professor Mal McHugh, NY, USA*
Muscle injury healing - satellite cells and anti-inflammatory medication. *Post doc. Abigail Mackey, Denmark*
Diagnosis of chronic compartment syndrome. *Professor Jorma Styf, Sweden*
What treatment modalities do work after acute muscle injury? *Professor Lars Engebretsen, Norway*

Football - injury and health

How demanding is elite football? *Professor Jens Bangsbo, Ass. Professor Peter Krstrup, Denmark*
Injuries associated with football, how frequent and how bad? *Professor Jan Ekstrand, Sweden*

Assessment and management of elite soccerplayers with groin injuries. *PT Kristian Thorborg, Denmark*
Risk factors for ACL injuries among female soccer players. *PT Agnethe Nilstad, Norway*
Can football be used as health promoting and disease preventing activity. *Ass. Professor Peter Krstrup, Denmark*

Healthy ageing - role of physical activity

Why do we loose muscle as we age? *Professor Steve Harridge, England*
Metabolic ageing. *Professor Flemming Dela, Denmark*
Bone ageing-impact of physical activity. *Professor Peter Schwarz, Denmark*
Physical activity and daily function in elderly. *Ass. Professor Nina Beyer, Denmark*
Physical training in elderly hospital patients. *Ass. Professor Nina Beyer, Denmark*

Ligaments and tendon injuries

Tendon structure and function. *Professor Peter Magnusson, Denmark*
Clinical joint testing and ligaments - how valid is it? *Chief Surgeon Michael Krogsgaard, Denmark*
Ligament injuries and sports - a clinical perspective. *Professor Per Renström, Sweden*
Rehabilitation of patients with ligament injuries. *Ass. Professor Mal McHugh, NY, USA*

Exercise promotes health - how to make it work in society?

Is it realistic to improve exercise activity in the population. *Professor Willem van Mechelen, Holland*
What measures should we take to improve physical activity in the public. *Professor Bente Klarlund Pedersen, Denmark*
Studies of improving physical activity in children. *Professor Lars Bo Andersen, Denmark*

Denmark

Multiple factor intervention: The Danish KRAM investigation. *Ass. Professor Jørn Wulff Helge, Denmark*
Why don't people just do it? - psychological barriers towards exercise. *Professor Peter Hasmen, Sweden*

Rehabilitation after sports injury - when are you ready for exercise again?

Ass. Professor Mal McHugh, NY, USA

Taking it to the extremes! Freediving

Extreme breath holding and diving. *Stig Severinsen, Denmark*

How do we best prevent sports injuries - the short story?

Prevention of sports injuries - where are we now? *Chief physician Per Hölmich, Denmark*
Sensorimotor function of the knee. *Ass. Professor Eva Ageberg, Sweden*
An acceptable balance between health benefits and injury risk in sports. *Professor Willem van Mechelen, Holland*
Can sports injuries be prevented in football? *Professor Jan Ekstrand, Sweden*

WORKSHOPS

1. Scapula - abnormal and normal motion. *Professor Ben Kibler, USA*
2. Back to sport after knee injury - when are you ready and how do you test it? *Chief Physician Martin Lind and PT Mogens Dam, Denmark*
3. Diagnostics of the painful knee - focus on overuse problems. *PT Peter Rheinländer and chief surgeon Per Hölmich, Denmark*
4. Scapula - abnormal and normal motion. *PT John Verner, Denmark*

FREE PAPERS and COMPETITION

The programme is subject to alterations.

For more information and online registration: www.scmss2010.com
Abstract instructions: See back of this magazine or www.scmss2010.com

Kongresser • Kurser • Møder

INTERNATIONALT

4. - 6. februar 2010, Danmark

Scandinavian Congress on Medicine and Science in sports, København.

Info: www.scmss2010.com

19. - 21. februar 2010, Sydafrika

3rd International Football medicine Conference, Sun City.

Info: www.fifa.com

20. - 22. maj 2010, Sverige

Svensk Idrottsmedicinsk Förenings Vårnæte, Båstad.

Info: www.simf.se

1. - 3. juni 2010, USA

World Congress on Exercise is Medicine, Baltimore.

Info: www.exerciseismedicine.org/worldcongress.htm

2. - 5. juni 2010, USA

57th ACSM Annual Meeting, Baltimore.

Info: www.acsm.org

9. - 12. juni 2010, Norge

14th ESSKA Congress, Oslo.

Info: www.esska2010.com

7. - 9. april 2011, Monaco

IOC World Conference on Prevention of Injury & Illness in Sport.

Info: www.ioc-preventionconference.org

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.

DIMS kursuskalender 2010

Se www.sportsmedicin.dk

FFI kursuskalender forår 2010

Del A - kurser:

Introduktionskursus

- København, 22.-23. januar
- Odense, 12.-13. februar

Idrætsfysioterapi og skulder

- København, 11.-12. marts
- København, 26.-27. april

Idrætsfysioterapi og knæ

- Odense, 19.-20. marts
- Ålborg, 23.-24. april

Idrætsfysioterapi og hofte/lyske

- Horsens, 19.-20. april

Idrætsfysioterapi og fod/ankel

- København, 1.-2. marts

Idrætsfysioterapi og albue/hånd

- Odense, 16. april

Førstehjælp

- Århus, 22. april
- København, 28. april

Taping

- Odense, 17. april

Del B - kurser:

Aerob og anaerob træning

- og
- Styrketræning
- København, 6.-9. maj

Træning for ældre

- København, dato ikke fastlagt

Doping/Antidoping

- København, dato ikke fastlagt

Idrætspsykologi/Coaching

- København, dato ikke fastlagt

Kost/Ernæring

- København, dato ikke fastlagt

Andre kurser:

Idrætsfysioterapi og ryg

- København, 8.-9. april

Se også: www.sportsfysioterapi.dk

DIMS kurser

Info: Idrætsmedicinsk Uddannelsesudvalg, c/o kursussekretær Sisse Kay Reinholdt.

E-mail: sisse.reinholdt@webspeed.dk



Generelt om DIMS kurser

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

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

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

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

Kurset varer 40 timer over 4-5 hverdage.

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

DIMS trin 2 kursus: er et videregående kursus, der henvender sig til læger med en vis klinisk erfaring (mindst ret til selvstændig virke) samt gennemført DIMS trin 1 kursus eller fået 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 Meier, Løjtegårdsvej 157, 2770 Kastrup

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: 2800 kr. for medlemmer og 3100 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

NETVÆRKSGRUPPER

FOREDRAGSKLUB

"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 undersøgelser-, forebyggelses- og behandlingsstrategier
- får udvidet kendskab til parakliniske undersøgelser- og behandlingsmuligheder indenfor idrætsmedicin
- kan vurdere skadernes omfang og alvorlighed samt planlægge og vejlede i forhold til dette.

Teoretisk og praktisk indhold:

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

Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum for Idrætsfysioterapi.

Pris: 2-dages kurserne: 2800 kr. for medlemmer og 3100 kr. for ikke-medlemmer; 1-dages kurserne: 1500 kr. for medlemmer og 1800 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

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.

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 netværksgruppen, kan du henvende dig til den relevante kontaktperson.

Hvis du har speciel interesse for et andet idrætsmedicinsk emne, vil DIMS/FFI meget gerne hjælpe med danne en netværksgruppe. Kontakt da:

Anders Skov Hansen, andespot@hotmail.com

Christoffer Brushøj, brushoj@gmail.com

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.

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.

Anders Skov Hansen, andespot@hotmail.com

Christoffer Brushøj, brushoj@gmail.com

Specielt kursus tiltag i FFI i 2010:

"Brush up" kursus til "rutinerede og erfarne"

– en effektiv mulighed for ældre idrætsfysioterapeuter til at erhverve sig Del A eksamen

Baggrund

FFI vil gerne medvirke til at give de rutinerede/erfarne fysioterapeuter, som fungerer indenfor sportsverdenen i forskellige sammenhænge indenfor idrætsfysioterapien mulighed for at tage del A eksamen i forbindelse med et komprimeret kursusforløb. Dette vil give en mulighed for, at fysioterapeuterne får en formel dokumentation for deres reelle færdigheder og kompetencer og kan benytte denne dokumentation i forhold til idrætsverdenen i øvrigt.

Formål

At kursusedtagerne:

- Får såvel teoretisk som praktisk opdatering af viden og kompetencer i forhold til nyere forskningsresultater og praktiske erfaringer – "best practice"
- Får mulighed for at afslutte kursusforløbet med del A eksamen

For at tilgodese dette udbyder FFI et specielt tilrettet kursus til den rutinerede/erfarne fysioterapeut, som har taget nogle af de "gamle" kurser (skal have haft kursus 1 og 2) eller har taget den nye kursusrække for en del år siden og synes, det er for voldsomt at tage hele kursusrækken nu, og som samtidig har de faglige kompetencer ved at være helt eller delvist ansat i en sportsforening/-klub og har været det gennem en årrække (svarende til minimum 8 års erfaring som fysioterapeut og heraf 2 år med ansættelse i en sportsforening/-klub).

Kursus vil blive tilrettelagt, så kursusedtagerne kan komme hele pensummet igennem på 5 dage og gå op til eksamen på 6.-dagen. Hele kurset inkl. eksamen gennemføres som internat for at nå pensum og eksamen igennem.

Målgruppe

Fysioterapeuter der har minimum 8 års erfaring og to års erfaring som idrætsfysioterapeut med tilknytning til idrætsverdenen (som fysioterapeut) samt Idrætskursus 1 og 2 efter modellen fra før 2003 eller mindst to kurser indenfor FFI som matcher disse.

Tilmelding eller ansøgning om optagelse på kursus sendes til Uddannelses- og Kursusudvalget (UKU) i FFI, som vurderer og godkender optagelse på kursus inkl. eventuelle dispensationer.

Indhold (overordnet ramme)

I forhold til praksis bruges kortere tid på patologitestene, idet vi formoder, at de rutinerede fysioterapeuter har god håndtering. Til gengæld bruges længere tid på årsags-sammenhænge (interne faktorer). I forhold til behandling og træning, vil der sættes mest fokus på træningsdelen. Tapekurset indgår i forhold til de regionale problemstillinger.

Akut skades behandling klares ganske kort i forhold til de regionale problemer. Førstehjælp tages separat.

Den sidste dag vil der være eksamen ud fra de beskrevne retningslinjer for del A eksamen dvs. der vil være såvel skriftlig som mundtlig og praktisk eksamen. Program for ugekursus udarbejdet som en rammeplan.

Form

Internatkursus på La Santa, hvor der gennemføres introkursus mellem de praktiske lektioner – dog med overvægt af teori på kursets første to dage. Eksamen afholdes den sidste dag.

Kursus annonceres sammen med La Santa kursus 'Introduktion og OE', uge 40 i 2010.

Førstehjælpkursus tages separat, hvis ikke deltagerne allerede har dette.

Tid, sted og pris

Uge 40 (1.10. - 8.10.2010) på Lanzarote og prisen er 10.500 kr.

Tilmelding og yderligere oplysninger

Vibeke Bechtold, mail: vibe@idraetsfysioterapi.dk



DIMS generalforsamling 2010

I henhold til vedtægterne for Dansk Idrætsmedicinsk Selskab, § 9, stk. 1, indkaldes herved til

ORDINÆR GENERALFORSAMLING

torsdag den 4. februar 2010 kl. 16.00 – 17.45

Generalforsamlingen holdes på Radisson SAS Scandinavia Hotel, København.

Dagsorden:

- 1) Valg af dirigent.
- 2) Godkendelse af nye medlemmer.
- 3) Formandens beretning.
- 4) Beretning fra uddannelsesudvalget.
- 5) Beretning fra eventuelle andre udvalg.
- 6) Forelæggelse af revideret regnskab for regnskabsåret 1. januar 2009 til 31. december 2009.
- 7) Fastsættelse af næste års kontingent.
Herunder fremlæggelse af budget for regnskabsåret 1. januar 2010 til 31. december 2010.
- 8) Behandling af indkomne forslag.
Forslag skal være bestyrelsen i hænde senest 3 uger inden generalforsamlingen.
- 9) Valg:
 - a) Valg til bestyrelsen:
 - 1) Valg af bestyrelsesmedlemmer for to år.
 - 2) Valg af en suppleant for de ordinære bestyrelsesmedlemmer for et år.
 - 3) Valg af en suppleant for det ekstraordinære bestyrelsesmedlem for et år.
 - b) Valg af medlemmer til uddannelsesudvalget for to år.
 - c) Valg af revisorsuppleant for 1 år.
- 10) Eventuelt.

Valg under punkt 9 a) 1 og 2 foretages af og blandt selskabets ordinære medlemmer.

Valg under punkt 9 a) 3 foretages af og blandt selskabets ekstraordinære medlemmer.

Under punkt 9 b) foretages valg af og blandt selskabets ordinære medlemmer.

Valg under punkt 9 c) foretages af og blandt samtlige medlemmer.

Med venlig hilsen BESTYRELSEN

FFI generalforsamling 2010

I henhold til vedtægterne indkalder Fagforum for Idrætsfysioterapi hermed til

ORDINÆR GENERALFORSAMLING

torsdag den 4. februar 2010

kl. 16.00 – 17.45

på Radisson SAS Scandinavia Hotel i København

Generalforsamlingen afholdes i forbindelse med Scandinavian Congress on Medicine and Science in Sports 2010.

Dagsorden:

- 1) Valg af dirigent
- 2) Beretning fra bestyrelsen
- 3) Fremlæggelse af det reviderede regnskab for 2009
- 4) Fastsættelse af kontingent for 2011
- 5) Behandling af indkomne forslag
- 6) Valg af bestyrelse
- 7) Valg af to revisorer
- 8) Eventuelt

Forslag, der ønskes behandlet under punkt 5, samt kandidatforslag til valg under punkt 6 og 7, skal være bestyrelsen i hænde senest den 21. januar 2010, og indsendes til:

Fagforum for Idrætsfysioterapi
Karen Kotila
Morelvej 13
4700 Næstved
Mail: kk@idraetsfysioterapi.dk
www.sportsfysioterapi.dk

Med venlig hilsen BESTYRELSEN

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@amh.regionh.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

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@fyssen.com

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 Krandorf Meier
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

Jens Olesen
Søndre Skovvej 21, st.
9000 Aalborg
olesenjens@yahoo.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@bulowsvejfyys.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 Karen Kotila
Morelvej 13, 4700 Næstved
3082 0047 (P) kk@idraetsfysioterapi.dk

Kasserer Martin Uhd Hansen
Sommervej 9, 5250 Odense SV
2621 3535 (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
3063 6306 (P) sh@idraetsfysioterapi.dk

Lisbeth Wrenfeldt Pagter
Agervangen 26, 9210 Ålborg SØ
2249 7231 (P) lwp@idraetsfysioterapi.dk

Berit Duus
Elmelundhaven 19, 5200 Odense V
2097 9843 (P) bd@idraetsfysioterapi.dk

Kristian Lillelund Seest
Vestervænget 1, 7300 Jelling
2929 9258 (P) ks@idraetsfysioterapi.dk

Suppleant Pernille Rudebeck Mogensen
Ndr. Frihavsgade 32A 1.th., 2100 Kbhvn Ø
2685 7079 (P) prn@idraetsfysioterapi.dk

Suppleant Peder Berg
Abels Allé 58, 5250 Odense SV
5098 5838 (P) pbe@idraetsfysioterapi.dk

www.dansksportsmedicin.dk

Find fakta og gamle guldgruber

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 guldgruber 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

Region Hovedstaden

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

Vestkommunernes Idrætsklinik, Glostrup, tlf. 43 43 08 72. Tidsbestilling tirsdag 16.30 - 18.
Overlæge Claus Hellesen
Tirsdag 16 - 20

Idrætsklinik N, Gentofte, tlf. 39 68 15 41
Tidsbestilling tirsdag 15.30 - 17.30

Idrætsklinik NV, Herlev, tlf. 44 88 44 88
Tidsbestilling torsdag 16.30 - 19.00

Amager Kommunernes Idrætsklinik, tlf. 32 34 32 93. Telefondag tirsdag 16 - 17.
Overlæge Per Hölmich

Idrætsklinikken Frederiksberg Hospital, tlf. 38 16 34 79. Hver onsdag og hver anden tirsdag 15:30 - 17:30.

Frederikssund Sygehus, tlf. 48 29 55 80
Overlæge Tom Nicolaisen/Henrik Chrintz
Mandag, tirsd., torsd. 9 - 15, onsd. 9 - 19

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

Region Sjælland

Næstved Sygehus, tlf. 56 51 20 00
Overlæge Gunner Barfod
Tirsdag 16 - 18

Storstrømmens Sygehus i
Nykøbing Falster, info på tlf. 5488 5488

Region Syddanmark

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 64
Overlæge Jan Schultz Hansen
Onsdag 12 - 15

Haderslev Sygehus, tlf. 74 27 32 88
Overlæge Andreas Fricke, anfr@sbs.sja.dk

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

Vejle Sygehus, Dagkir. Center, tlf. 79 40 67 83
Mandag til fredag 8 - 15.30

Region Midtjylland

Herning Sygehus, ort.kir. amb., tlf. 99 27 63 15,
Overlæge Steen Taudal/Jan Hede
Torsdag 9 - 15

Silkeborg Centralsygehus, tlf. 87 22 21 00
Overlæge Jacob Stouby Mortensen
Torsdag 9 - 14.30, Sekr. tlf. 87 22 27 66

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

Århus Sygehus THG, tlf. 89 49 75 75
Overlæge Martin Lind
Torsdag 8 - 15

Regionshospitalet Horsens, tlf. 79 27 44 44
Overlæge Jens Ole Storm
Torsdag 12.30 - 17

Region Nordjylland

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



Abstract instructions:

Abstracts should be sent from www.scmss2010.com. Deadline is December 1st 2009.

Abstracts should be written in English and structured as follows:

- Title. All letters in large print, max. 20 words.
- Author names. Name of the presenters is underlined. Fully surname followed by initials. Comma between each author's name, no other characters (e.g. Jensen HD, Skov AB, etc.).
- Departments and institutions where abstract is prepared.
- Text (max. 250 words). Recommended four subheadings underlined: Introduction (including purpose), Material and Methods, Results and Conclusion. Each subheading starts a new paragraph.
- No pictures, graphs, tables or references.
- Note below the abstract if there is a wish for a preferred presentation (oral or poster). The Scientific Committee will exclusively decide form of presentation.

If the requirements are not respected abstract may be rejected.

Oral presentations

Presentations are in English. Each presentation will be 8 minutes followed by 2 minutes of discussion. Presentations should be supported by Power Point with English text. Some abstracts will be selected by a scientific committee for an oral presentation competition. Lectures in the competition will be judged according to criteria of novelty, scientific validity and presentation.

Posters

Posters can be maximum 140 cm high and 90 cm wide. During the congress the posters will be judged by a scientific committee. The best poster will be awarded according to criteria's of novelty, scientific quality and presentation. During the congress there will be a poster-walk where the authors will be able to introduce their work (1-2 minutes each.)

Grants

The Danish Society of Sports Medicine donates 1.000 d.kr. in grants to the 50 first young members, active with abstracts. Applications to should be directed to the society and further instructions will be available on www.sportsmedicin.dk.

Questions

should be directed to Henrik Aagaard haa@amartro.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.