

DANSK SPORTSMEDICIN



BÆKKENBUNDEN OG INKONTINENS • KVINDER OG KORSBÅNDSSKADER



faggruppen
for
idrætsfysioterapi



Arne Gam
Redaktør

Tour de France kører på skærmen med idylliske billeder fra Frankrig. Bedre reklame findes vel ikke – bortset fra at der kan komme lidt savsmuld i navet, når talen falder på at Armstrongs fantastiske kørsel må have noget med doping at gøre. Som i så mange andre sportsgrene er det kun focus på den mandlige idræt, mens transmissionerne fra Tour de France Feminen er ikke eksisterende.

Dette nummer indeholder 2 artikler, som fokuserer på kvindelige idrætsudøvere. Incontinens er til-

syneladende et langt større problem indenfor den kvindelige idræt end de fleste af os egentlig tror. Hver 2. kvindelig eliteidrætsudøver lider af incontinens og op til 20% må ophøre med idræt pga. problemet. Sammenhængen med fødsler og incontinens udgør en stor risiko for ophør med sport, måske på et tidspunkt, hvor der er endnu mere behov for motion.

I den anden artikel fokuseres der på korsbåndsskader hos kvindelige idrætsudøvere. Der er ingen tvivl om, at der har været en reel stigning, selvom bedre diagnostiske metoder har en hvis betydning for den øgede forekomst. At skaden opstår på et tidligere tidspunkt af karrieren for kvinders vedkommende end mændenes er alarmerende. Artiklen peger mod mulige årsager og på områder, hvor forskningen bør intensiveres, og dermed på de mange ubesvarede spørgsmål.

Dette nummers artikler indleder en planlagt række artikler med fokus på kvindeidræt, som skal komme indenfor det næste år. Der til er det planlagt, at der også skal komme artikler om idrætspsykologi indenfor det næste. Det er også planlagt, at der skal komme mere debat i bladet, men det er mest op til jer.

Når vi ser Tour de France har man så ikke lidt ondt af Jan Ulrich – hele tiden i front og så tabe det hele på de sidste kilometer, men han får dog nogle transmissioner.

Arne Gam

Dansk Sportsmedicin nummer 3, 5. årgang, august 2001.
ISSN 1397 - 4211

Formål

DANSK SPORTSMEDICIN er et tidsskrift for Dansk Idrætsmedicinsk selskab og Faggruppen for Idrætsfysioterapi. Indholdet er tværfagligt klinisk domineret. Tidsskriftet skal kunne stimulere debat og diskussion af faglige og organisationsmæssige forhold. Dermed kan tidsskriftet være med til at påvirke udviklingen af idrætsmedicinen i Danmark.

Abonnement

Tidsskriftet udsendes 4 gange årligt i månederne februar, maj, august og november til medlemmer af Dansk Idrætsmedicinsk Selskab og Faggruppen 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, tlf.-svarer og fax: 86 14 42 87
E-mail: ffi-dk@post3.tele.dk

Redaktion

Overlæge Allan Buhl, overlæge Svend Erik Christiansen, speciallæge Arne Gam, overlæge Uffe Jørgensen, fysioterapeut Henning Langberg, fysioterapilærer Nina Schriver, fysioterapilærer Leif Ze-bitz.

Ansvarshavende redaktør

Speciallæge Arne Gam

Indlæg

Redaktionen modtager indlæg og artikler. Redaktionen forbeholder sig ret til at redigere / forkorte i manuskripter efter aftale med forfatteren. Stof modtages på diskette vedlagt udskrift eller (efter aftale) i maskinskrevet form.

Manuskriptvejledning kan rekvireres hos redaktionssekretæren.

Artikler i tidsskriftet repræsenterer ikke nødvendigvis redaktionens holdninger.

Priser for annoncering

Oplyses ved henvendelse til redaktionssekretæren.

Tryk og Layout

Tryk: EJ Offset AS, Beder
DTP: Gorm Helleberg Rasmussen

Forsidefoto

Sportsfoto ApS.
Motiv: Damelandsholdsspiller i håndbold, Rikke Skov, knæskades i landskamp marts 2001.

Dansk Sportsmedicin udgives med støtte fra Kulturministeriet.

© Indholdet må ikke genbruges uden tilladelse fra ansvarshavende redaktør.

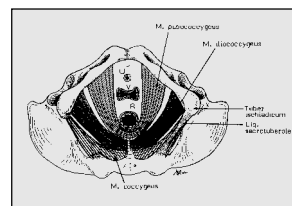
Indhold:

FORENINGSNYT	4
FAGLIGT	6
	10
KURSER OG MØDER	15
NYTTIGE ADRESSER	22

Ledere

Bækkenbunden og inkontinens
Birthe Bonde og Hans Thyssen

Kvinder og korsbåndsskader
Allan Buhl



**faggruppen
for
idrætsfysioterapi**

Deadlines for kommende numre:

Nummer	Udkommer	Artikelstof	Annoncer
4/2001	ca. 1. november	15. september	1. oktober
1/2002	ca. 15. februar	1. januar	15. januar
2/2002	ca. 15. maj	1. april	15. april
3/2002	ca. 15. august	15. juni	15. juli
4/2002	ca. 15. november	1. oktober	15. oktober

Venlig hilsen Redaktion



Dansk
Idrætsmedicinsk
Selskab

v/ Klaus Bak,
formand

Doping er som sex

... det er kommet for at blive (frit efter Groucho Marx). Jeg tilslutter mig efterhånden slapper-gruppen inden for spørgsmålet om doping kan bekæmpes 100% eller ej. Jeg tror simpelthen aldrig viljen vil være der, helt ude i verdens afkroge, eller er jeg blevet ramt af et tilfælde af pessimisme? Jeg synes stadig, vi kan være stolte i Danmark over de få dopingtilfælde som afsløres herhjemme. Antidoping Danmark er på ret kurs, mens vores eliteatleter over hele verden forsvare de danske farver, vel vidende, at metallet af og til lige nøjagtig ikke nås, fordi der altid er nogen der er lidt smartere og lidt foran på mere end en måde.

Det, der den seneste måned skærer mest i øjnene, er en fuldstændig mangel på ensartethed i dopingtestenes anvendelse, hyppighed og konsekvens fra land til land og fra idrætsgren til idrætsgren. Lad mig nævne i flæng: Cykelrytterne bliver nu testet for EPO-misbrug med en så stor hyppighed, at Tour de France i år for første gang i mange år fremstod som troværdigt, eller er jeg blot dybt naiv? Samme EPO-test efterlyses af

seriøse svømmere, blandt andet den nybagte, seksdobbelte, australske verdensmester Ian Thorpe. En såkaldt ansvarlig leder i det internationale svømmeforbund affærdiger Thorpe med en bemærkning om, at han hellere skulle koncentrere sig om at svømme! Denne leders arrogance er formentlig omvendt proportional med hans egen tidligere erfaring som topsvømmer, og dermed med et kendskab til hvilken indsats verdenstop-placeringer kræver. Samme EPO-test fælder en folkekær dansk cykelrytter med en positiv A-prøve, hvorefter der udkommer 2 B-prøver med forskelligt resultat? Hvorfor dette ikke øjeblikkeligt har ført til mistankefrafald er mig en gåde. Skal tvivlen ikke komme den mistænkte til gode? Samtidig reduceres en dopingdom for en hollandsk fodboldstjerne, som hævder at hans positive test for anabole steroider enten er et resultat af indtagelse af et normalt kosttilskud, eller et middel til at få hans hvide blodlegemer op i normalområdet. Det er så vidt jeg ved ikke noget, der doceres på DIMS' kurser, eller har jeg sovet i timen? Dopingdomme er som hovedregel aldrig ens mellem det internationale og det nationale forbund, eller mellem to internationale forbund, og i Spanien lader man nationalismen overvinde fornuften i medierne, når landets egne sportsfolk bliver afsløret trodsentydige beviser på skyld.

Hvorfor falder USA mig ind på dette tidspunkt? Hele verdens Big Brother, ædle sportsfolk af en stolt nation, som hviler på en forfatning der oser af retfærdighedsfølelse. USA er altid gået forrest i kampen mod doping – personligt oplevede jeg deres fænomenele indsats ved VM i Svømning i Rom det

år man antog, at alle kinesere var dopede med anabole steroider. Men ak, tyv tror hver mand stjæler. Doping-syndere i amerikansk svømning er ikke et ukendt fænomen, og samtidig kan USA ikke bryste sig af at være lige konsekvente overfor egne idrætsfolk når det gælder uanmeldt dopingkontrol og andre internationale konventioner om antidopingpolitik. De overvægtige baseballspillere og quarterbacks'ene praler ligefrem af og til over at de ikke kun får Big Mac til morgenmad. Senest er det kommet frem, at USA har "glemt" at indrapportere 17 dopede atletikfolk, som blev afsløret af det nationale forbund – heraf fik en på trods heraf lov til at deltage i OL i Sydney, og navnet på den pågældende vil amerikanerne ikke udlevere. Ordet boykot ligger en meget nær.

Der må også være nogle australske idrætsledere, der har en dårlig smag i munden efter heksejagten på alle, men især kinesiske idrætsfolk, ved OL i Sydney sidste år, hvorefter der siden har været en del pinlige dopingsager – blandt australske idrætsfolk!

En det en opgave for IOCs nye præsident at sørge for:

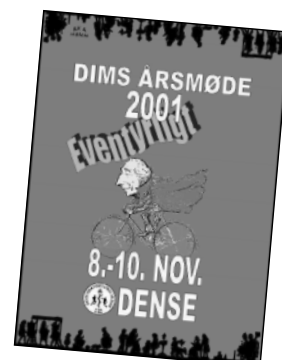
- ens dopingtests i alle idrætsgrene
- ens domme/én domstol uanset idræt, forbund og nationalitet
- ens uafhængige stikprøvekontroller

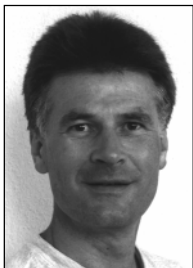
– eller hvad med at stille det hele på hovedet og berømme alle de ærlige, seriøse idrætsfolk, som aldrig har indtaget forbudte stoffer, og som klamrer sig til den sidste sørgelige rest af sportens fairness?



Dansk Idrætsmedicinsk Selskabs ordinære generalforsamling 2001 afholdes i forbindelse med DIMS årsmøde 8. - 10. november 2001 i Odense.

Se indkaldelsen på side 15.





Faggruppen
for
Idrætsfysioterapi

v/ Gorm Helleberg
Rasmussen, formand

Navneskifte

Bestyrelsen har i foråret ansøgt Danske Fysioterapeuter om godkendelse af Faggruppen for Idrætsfysioterapi som fagforum. Samtidig ansøgte vi om at vi uændret kunne fortsætte med at benævne os "faggruppe", selv om vi ændrede status til "fagforum".

Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse godkendte i juni, at faggruppen ændrer status til fagforum, hvilket falder fint i tråd med alles opfattelse af idrætsfysioterapi som et bredt fysioterapeutisk fagfelt. Godkendelsen blev givet under forudsætning af, at ændringen til fagforum godkendes på faggruppens førstkommande generalforsamling på årsmødet i 2002. Da der er tale om en vedtægtsændring er der krav om, at to tredjedele af de tilste-

deværende på generalforsamlingen stemmer for ændringen. Angående navnet besluttede DFs hovedbestyrelse, at der for et fagforum skal indgå benævnelsen "fagforum". Det vil altså sige, at vi – hvis generalforsamlingen godkender statusændringen til fagforum – må ophøre med at kalde os Faggruppen for Idrætsfysioterapi og i stedet finde på et navn der indeholder ordet "fagforum". Faktisk skal vi finde på to navne: et formelt navn til vedtægterne og et velklidende til dagligt brug. Det formelle skal signalere, at vi er et fagforum tilhørende Danske Fysioterapeuter – det kunne fx. være "Danske Fysioterapeuters fagforum for Idrætsfysioterapi" eller "Idrætsfysioterapeutisk Fagforum - et fagforum under Danske Fysi-

oterapeuter". Til dagligt brug kunne man forestille sig at "Idrætsfysioterapeutisk Fagforum" var den velklidende, korte mulighed for at inkludere "fagforum" i navnet. Vi får se til generalforsamlingen i februar næste år.

Herefter kræves der, før statusskiftet er helt til ende, endnu en behandling i DFs hovedbestyrelse, idet DF skal godkende såvel de nye vedtægter som det nye navn – så en gang sent næste forår skulle alt være på plads. Arbejdet med få det nye navn indarbejdet i målgruppen ("idrætsudøvere på alle niveauer") og hos vores samarbejdspartnere kræver næppe det helt store foderarbejde og kan derfor vente til navneskiftet er helt sikkert. Den tid - den glæde.



faggruppen
for
idrætsfysioterapi



fagforum
for
idrætsfysioterapi



idrætsfysioterapeutisk
fagforum



FFI årsmøde 22. - 23. februar 2002

80-erne var knæleddets årti, 90-erne var skulderleddets og mon ikke dette årti bliver hofteleddets? FFI har derfor valgt at sætte fokus på hofte- og bækkenleddene på årsmødet 2002 på Hotel Nyborg Strand.

Fredag 22.02.2002

- 16.00 Ankomst og indkvartering
- 17.00 Hofteleddets biomekanik
v/ Finn Bojsen-Møller
- 18.30 Middag
- 20.00 Workshop (om dans)
- 21.30 Socialt samvær

Lørdag 23.02.2002

- 08.30 Idrætsrelaterede skader/fund i hofte/bækkenregionen
v/ Ernest Schilders
- 11.30 FFI generalforsamling 2002
- 13.00 Frokost
- 14.00 Fysioterapi og rehabilitering af hofte/bækken-relaterede problemer
v/ Peter Rheinländer
- 15.30 Afslutning

Lektor, dr.med. Finn Bojsen-Møller og fysioterapeut Peter Rheinländer har rigtig mange idrætsfys'er stiftet bekendtskab med i forbindelse med faggruppens kursusvirksomhed. De er begge kendt for deres faglige ekspertise, og en nærmere præsentation skulle ikke være nødvendig.

Det udenlandske navn blandt foredragsholderne, Ernest Schilders, er belgisk uddannet ortopædkirurg, der bor og arbejder i England. Han har sammen med Wayne Gibbon forsket i akutte og kroniske lyskesmerter og har udført dissektionsstudier på symfyserregionen og adduktorse- nen, herunder fundet et nyt ligament. Han er desuden kendt for foredrag om overuse/overload-problematikker og differentialdiagnostiske overvejelser ved bækken- og hofteproblemer.

Nærmere om programmet i næste nummer af Dansk Sportsmedicin. Ret til ændringer forbeholdes.

William Sloth/Marianne Dall-Jepsen

Bækkenbunden og inkontinens

Fysioterapeut Birthe Bonde, GynObs klinikken, København Ø
Afdelingslæge, Hans Thyssen, Gynækologisk afdeling, Glostrup amtssygehus.

Hyppighed

Urininkontinens er et tabubelagt emne, også i idrætsverdenen. En folkeundersøgelse har vist, at 17% af 40-60-årige kvinder har problemer med at holde på vandet – de er inkontinente. Ved graviditet og de første 3 måneder efter fødslen oplever hver 3. kvinde urininkontinens. Otte % af de nybagte mødre har svært ved at holde på tarmluft eller afføring.

Cirka hver anden eliteidrættskvinde oplever af og til urininkontinens i forbindelse med sport eller hverdagsaktiviteter, så problemet findes også hos de veltrænede. Generelt stiger problemet med alderen, men har en top ved overgangsalderen.

Vi vil i denne artikel gennemgå bækkenbunden og dens betydning for stressinkontinens hos kvinder.

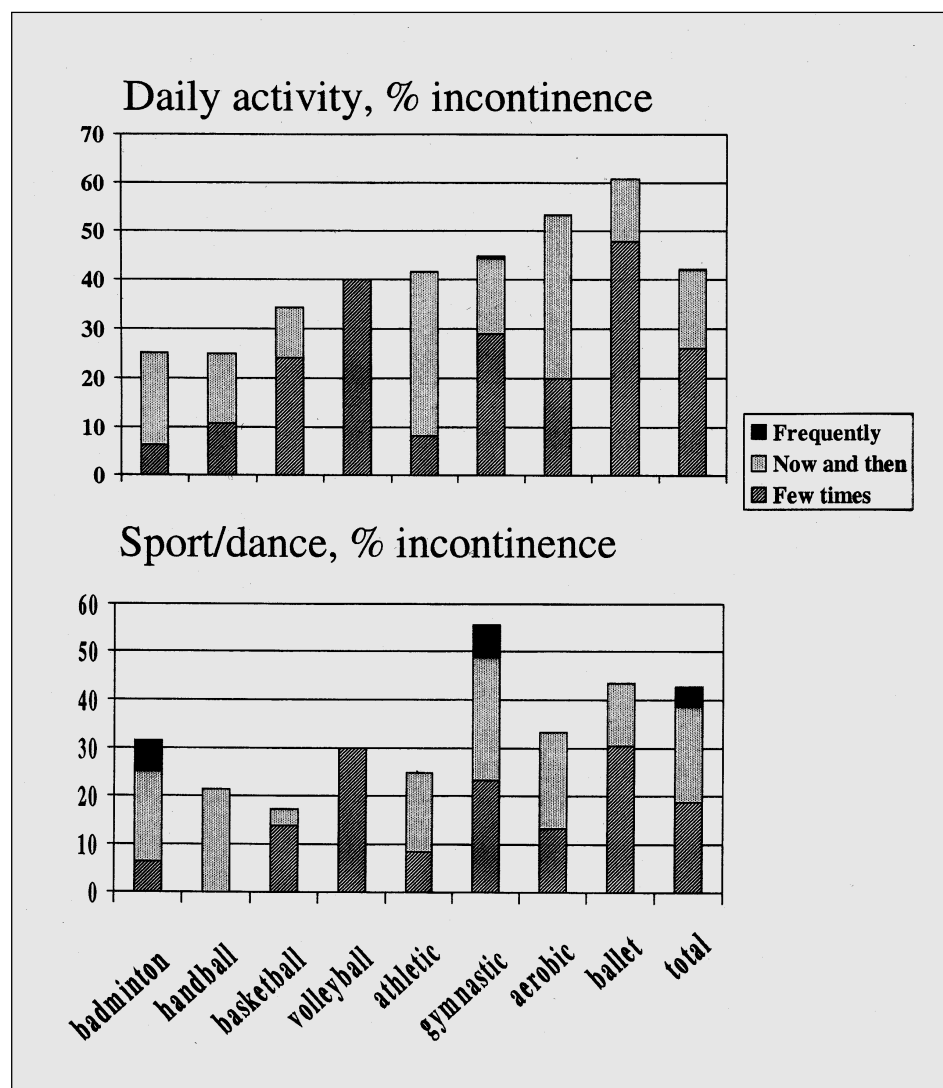
Årsager

Hovedårsagen til stressinkontinens er en svag bækkenbund, eller dyskoordination af bækkenbunden. En svag bækkenbund kan skyldes fødsler, specielt hvis kvinden ikke efterfølgende går til bækkenbundstræning. Desuden er kvinder med kronisk hoste, allergi med mange nys og fedme i risiko for inkontinens.

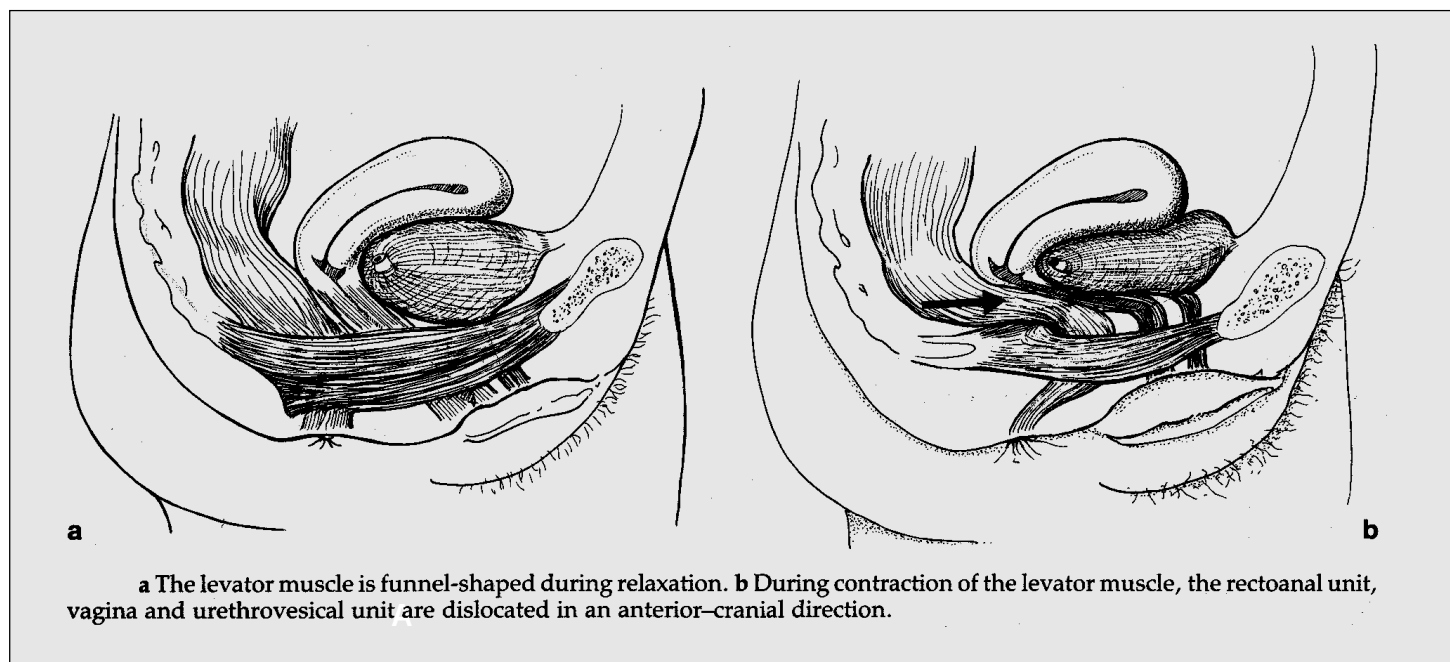
Inkontinens hos kvinder kan formentlig alene skyldes kraftig belastning af bækkenbunden, fx ved hop eller spring. En undersøgelse af urininkontinens hos eliteidrættskvinder viste, at ca. 50% oplevede urintab i forbindelse med deres sport eller i forbindelse med hverdagsaktiviteter (figur 1). I forbindelse med sport, hvor belastningen på bækkenbunden må formodes at være væsentlig større end ved hverdagsaktiviteter, opstod urintabet også væsentligt hyppigere. Springgymnastik, som var den mest belastende

sportsgren i undersøgelsen, havde også den klart højeste forekomst af inkontinens. Der er således næppe tvivl om, at alene en kraftig belastning af bækkenbunden hos mange kvinder kan medføre urininkontinens. En amerikansk undersøgelse viste, at ca. 20% af de kvindelige studerende på college op-

hørte med at dyrke motion pga. inkontinens. Den er derfor et væsentligt problem for mange kvinder. Alment veltrænede kvinder har ikke nødvendigvis en specielt veltrænede bækkenbund, hvorfor bækkenbundstræning er vigtig også hos disse.



Figur 1



Figur 2

Bækkenbundens funktion

Bækkenbunden er den muskelgruppe, der støtter underlivsorganerne blære, livmoder og tarm. Desuden sammen-snører / knækker den åbningerne i urinrør, skede og endetarm (figur 2). Det er kvindens eneste muskelgruppe, der er større end mandens, idet omkredsen er næsten dobbelt så stor hos kvinden.

Bækkenbunden løfter og støtter underlivsorganerne, og lukker / sammen-snører samtidig åbningerne. Udover dette skal muskelgruppen tillade pas-sage af urin, tarmluft og afføring, være eftergivelig for samlejer, og hos kvin-den eftergivelig under en fødsel.

Bækkenbundens sidste vigtige funktion er dens hæmmende virkning på blærens glatte muskulatur. Ved vandladningstrang og blærekontrakti-on kan man undgå en lækage ved at spænde bækkenbunden.

For at undgå urintab skal bækken-bunden være trukket sammen før og under host, nys, hop, løb og latter – kort sagt hver gang bugtrykket pludse-lig stiger. Dette sker reflektorisk (myo-tatisk refleks), hvis den er i en normal længde. Er bækkenbunden for lang og stor, kommer der ingen sammentræk-ning i bækkenbunden når bugtrykket stiger, den udspiles bare. Derved er der risiko for nedsynkning af underlivsor-ganerne. Nyere undersøgelser har vist, at kontinente kvinder automatisk træk-

ker bækkenbunden sammen før bugt-rykket stiger, mens inkontinente kvin-der ikke gør det eller gør det for sent. Hvis bugtrykket stiger langsomt, fx ved kontrolleret løft, sker der ingen re-flektorisk sammentrækning af bækken-bunden.

Bugtrykket er forskelligt i rygløft, bredstående og gangstående løft, selv-om det er den samme byrde/vægt, der skal løftes. Bugtrykket er størst i gang-stående løft, og dette modsvares des-værre af den mindste bækkenbunds-kontraktion. At spænde bækkenbun-den under løft skal indlæres så det bli-ver en betinget refleks. Den løftestil-ling, hvor bugtrykket er mindst og bækkenbunden svarer bedst igen, er rygløft – dvs. med stive knæ, hvilket jo er en uhyre dårlig løfteteknik for ryg-gen.

Ved maksimal kontraktion af bæk-kenbunden spændes mavemusklerne altid – især m. tranversus abdominis.

Mange kvinder kommer til at skub-be bækkenbunden ned, når de skal spænde den. De øger bugtrykket – hol-der vejret og presser, samtidig med at de spænder mavemusklerne, især m. tranversus abdominis. Derved udspi-les/ forlænges bækkenbunden samti-dig med at den spændes. Dette er uhensigtsmæssigt, da det er vanskeli-gere at holde på vandet samtidig med at der presses. Der kan opnås en højere

spænding i muskler når de arbejder i forlængelse, hvilket er yderst hensigts-mæssig i andre muskelgrupper i krop-pen – bare ikke i bækkenbunden. Kvin-den mærker også mere i sit underliv, når der presses samtidig med et knib. Derfor er det nødvendigt observere hvordan denne muskelgruppe arbejder under afslapning og sammentrækning, for at afgøre om muskelarbejdet er op-timalt og velkoordineret.

Bækkenbundens anatomi

Bækkenbunden er en tragtformet muskelplade på ca. 1 cm tykkelse. Den be-står af 3 lag (figur 3 og 4).

Første lag er levatormuskelen, der be-står af m. levator ani. Den inddeles i m. puborectalis/pubococcygeus, iliococ-cygeus og coccygeus, med levatorspal-ten mellem højre og venstre side. Den er u-formet og går rundt om alle tre åb-ninger. Den udspringer fra begge sider af symfyse, fra hele den indvendige bækkenside – fra fascien af m. obtura-torius internus for at samles på os coc-cygis. Det er den største og stærkeste af alle musklerne i bækkenbunden. Den er ansvarlig for det uretrale knæk og også knækket i vagina og rectum. Det er m. levator ani, der udgør "hylden" til underlivsorganerne – vel og mærke hvis de to levatorbuge når sammen un-der et knib.

Andet lag er diaphragma urogenitale. Det er en lille tynd trekantet "pyntemuskel", der hos kvinden ikke har den store betydning.

Tredje lag er ringmusklen rundt om endetarmen, m. sphincter ani externus. Den ligger i et lag for sig og er omkring 2-3 cm lang.

Kvindens sphinctere er meget tyndere end mænds, både om uretra og analkanalen.

Bækkenbunden bliver livet igennem svagere og tyndere som al anden tværstribet muskulatur. Fibersammensætningen i bækkenbunden er overvejende af slow-twitch karakter. Kun ca 30% er fast-twitch. Bækkenbunden er altså overvejende en holdningsmuskel, der er konstrueret til mange og lange sammentrækninger.

Bækkenbunden indeholder meget få muskeltene. Derved kan den lettere strækkes, men muskelen kan desværre også lettere beskadiges, når den myotatiske refleks udebliver.

Ved kontraktion af musklen øges tværsnittet med 23%, fuldstændig som al anden tværstribet skelet muskulatur. Under kontraktionen løfter bunden sig op, mest i analområdet, mindst i uretralområdet, hvor det er målt til et 4 mm. løft af blærehalsen. Levatorspalten bliver mindre, både horisontalt og vertikalt. Den trækkes samtidig fremad mod skambenet og knækker derved både endetarm, skede og urinrør. Endelig sker der en fortykkelse af bækkenbunden med indkærvninger omkring åbningerne. Det skyldes nogle gode tilhæftninger fra urinrør, skede og endetarm ud til levatormusklen og ud til bækkenvæggen. Disse tilhæftninger strammes når bækkenbunden arbejder.

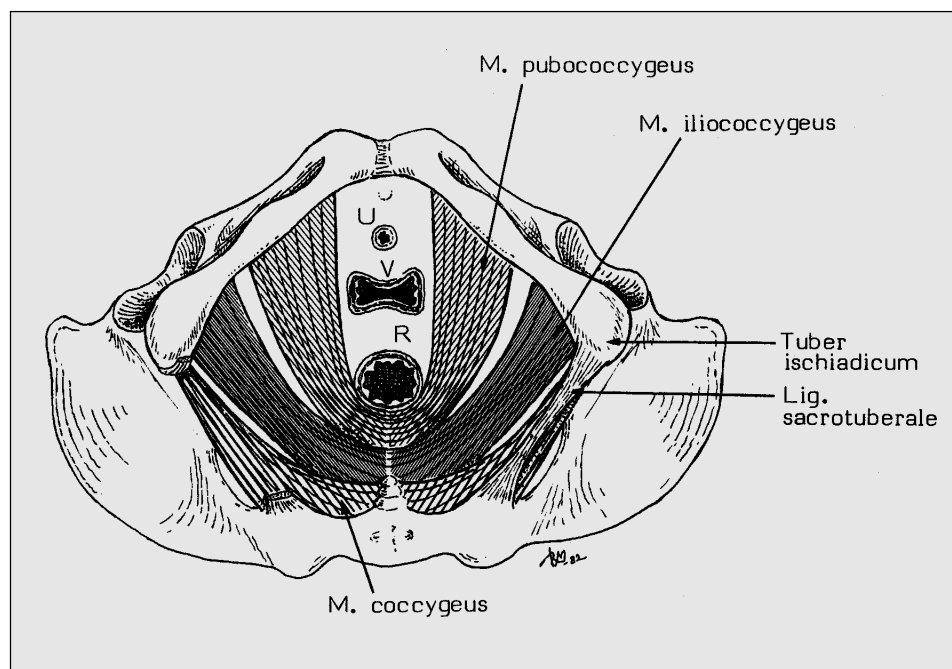
Innervation

Nerverne til bækkenbunden kommer fra højre og venstre n. pudendus.

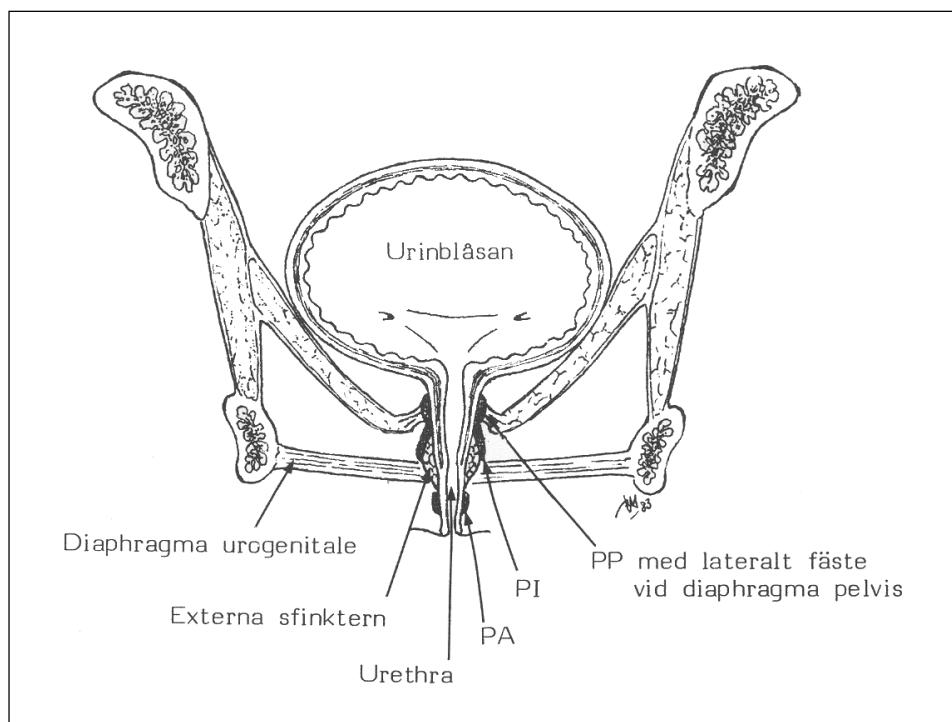
42% af alle førstegangsfødende får en beskadigelse af nerveforsyningen, der kan måles en måned efter fødslen. 3 måneder efter fødselen har 20% stadig ikke fuld nerveforsyning. Der vil derfor være en del kvinder, der har meget svært ved at træne bækkenbunden op, hvad man skal være opmærksom på efter en fødsel.

Træning af bækkenbunden

Bækkenbunden er kun 1 cm tyk. Der-



Figur 3



Figur 4

for kan en muskelsammentrækning i bækkenbunden ikke være noget vildt og voldsomt. Det er nærmest som at lukke munden – bare i den anden ende.

Ved en korrekt knibeøvelse skal man ikke forsøge at suge eller trække sit underliv op. Man kommer ofte til at suge maven ind og holde vejret i stedet for. Derved øges bugtrykket, og man kom-

mer til at presse underlivsorganerne ned i stedet for at understøtte dem. Man skal derfor bare forsøge at lukke om endetarmen – derved får man knækket/lukket urinrør og skede. Det er vigtigt at lave denne sammentrækning af bækkenbunden før bugtrykket stiger. Har man aldrig trænet dette FØR-knib, tager det omkring 3-4 måneders træning før det sker automatisk.

Bækkenbundsmusklerne skal både være stærke og udholdende for i løbet af en dag at kunne trække sig sammen alle de gange bugtrykket stiger. Derfor er det vigtigt også at optræne udholdenheden. Man kan ikke være sikker på, at almindelig træning styrker bækkenbunden, men det kan man teste med et specielt EMG-apparat.

Hvis man gerne vil optræne koordinationen af bækkenbunden, kan man forsøge med vaginalvægte. Disse findes i forskellige former og vægtstørrelser. Det er levatorspaltens størrelse under et knib og kraften i levatorerne der er afgørende for valget. Valget træffes lettest hos en specialuddannet fysioterapeut.

Hjælpemidler

Udover bind og bleer til at opsamle ufrivillig urinafgang, kan man bruge en støtte-tampon eller bandage til blærehalsen.

Pessarbehandling til kvinder med urininkontinens og har været kendt siden oldtiden. Pessarer findes i et hav af udformninger og materialer. Det er

nødvendigt at have pessarer i en lang række forme og størrelser til sin rådighed for at kunne forsøge sig frem til det, som kvinden kan have gavn af. Diametrene varierer fra 5 til 10 cm. Det gælder om at vælge det mindste pessar som medfører kontinens.

Hvis man bruger pessaret permanent, kan det være en fordel at bruge lokal østrogenbehandling for at styrke slimhinden i skeden. Men ellers bruges pessaret kun under sportsudøvelse og tages ud bagefter.

Der findes også en blød engangstampon fra firmaet Coloplast (Contrelle). Den findes i 3 størrelser, kan bruges i op til 16 timer, men er ikke til genbrug som pessaret er.

Kontaktadresse:
Fysioterapeut Birthe Bonde
GynObs klinikken
Classensgade 37, st.th.
2100 København Ø

Litteraturliste kan fås ved henvendelse til kontaktadressen.

Dansk Sportsmedicin er altid i bekneb for faglige artikler, aktuelt stof, gode tips og idéer, henvisninger til interessante steder på internettet og andet, der kan have interesse for bladets målgruppe.

Der er også plads til mange flere annoncører.

Vil du hjælpe redaktionen med at gøre bladet endnu bedre, kan du indsende relevant materiale og evt. henvisninger til annoncører til redaktionens adresse:

Dansk Sportsmedicin
Terp Skovvej 82
8270 Højbjerg

- eller sende en e-mail til:

ffi-dk@post3.tele.dk

Venlig hilsen Redaktionen

Kvinder og korsbåndsskader

— den øgede risiko og mulige årsager

Overlæge Allan Buhl, Ortopædkirurgisk afdeling, Viborg Sygehus

Indledning

I mange lande er antallet af skader på det forreste korsbånd steget voldsomt de seneste 10 år, og omfanget af korsbåndsrekonstruktioner er nærmest eksploderet de sidste 5-7 år. Ifølge landspatientsregisteret blev der i 1991 på de danske sygehuse udført 408 ligamentrekonstruktioner i knæledet, i 1995 var tallet steget til 959 og i 1999 blev der gennemført 1826 rekonstruktioner, hvoraf 260 blev foretaget i et samdagkirurgisk behandlingsregi. Der bliver i dag udført flere korsbåndsrekonstruktioner end knæalloplastik-operationer i Danmark.

På Idrætsmedicinsk Klinik i Viborg registrerede vi i en 5-årsperiode fra 1996 til 2000 en 30% stigning i antallet af patienter med nydiagnosticerede forreste korsbåndsskader eller med kronisk instabilitet, og antallet af rekonstruktioner blev i samme periode forøget med 28 %.

Årsager til den generelle stigning

Den eksplosive udvikling er observeret i USA og næsten alle de europæiske lande. Der er meget naturligt opstået en debat indeholdende en række teoretiske udsagn om årsagerne til denne udvikling, og de mere videnskabelige undersøgelser peger på flere årsagsfaktorer, hvoraf de mest betydningsfulde er følgende:

1. et stigende antal aktive i sportsgrene med mange knæleds-pivoteringer som f.eks. håndbold, basketball, fodbold og skiløb, 2. et højere tempo og en større fysisk kraft i disse sportsgrene, 3. flere kvindelige aktive i disse sportsgrene, 4. en forbedret diagnostik af ligamentlæsioner i knæledet og 5. kvinder er mere udsat for korsbåndsskader end mænd.

Ifølge medlemsstatistikken fra Dansk Boldspil Union, Dansk Håndbold Forbund og Dansk Basketball Forbund er der i 90'erne kun en markant stigning (11%) i antallet af kvindelige fodboldspillere, hvorimod antallet af kvindelige håndbold- og basketballspillere har været konstant. Det totale antal aktive i de populære pivoterings-sportsgrene er således ikke øget, men medlemmernes tidsforbrug og intensiteten i disse sportsgrenes udførelse er uden diskussion steget kraftigt i de sidste 10 år.

Man formoder, at lægerne igennem de senere år er blevet dygtigere til at diagnosticere korsbåndslæsionerne. Dette er opnået via en forbedret klinisk diagnostik, den artroskopiske teknik samt en øget anvendelse af MR-scanninger. Der findes dog ingen studier som kan dokumentere, at lægerne er blevet bedre til at stille diagnosen ud fra den kliniske undersøgelse, hvorimod flere videnskabelige studier viser høj diagnostisk specificitet ved MR-scanning og en mere end 95 % diagnostisk sikkerhed ved artroskopi.

Den sidste forklaring på den eksplosive stigning i korsbåndsskaderne er at kvindelige idrætsudøvere har en større risiko for korsbåndsskader, og denne antagelse efterfølges meget naturligt af spørgsmålet, hvorfor har de så det?

Jeg har ved hjælp af litteraturen tilblandet med egen "erfaringsfilosofi" forsøgt at analysere denne problemstilling, og emnet er i denne artikel afgrænset til forekomsten af de isolerede læsioner i det anteriore cruciate ligament.

Incidensen hos kvinder

Dokumentationen for en øget risiko med en faktor 2-8 for korsbåndsskader hos kvinder kan aflæses i resultaterne fra flere epidemiologiske undersøgelser, der er gennemført på idrætsaktive i forskellige sportsgrene gennem de seneste 10 år. Registreringerne er dog oftest foretaget inden for kortere tidsperioder og der er anvendt varierende former for måle- og registreringsmetoder i de forskellige studier. Undersøgelsesresultaterne er svære at sammenligne, men alligevel foreligger der mange

KVINDER				
	<20år	20-30 år	>30 år	I alt:
Indlagt:	97	118	69	284
Amb:	271	431	318	1.020
I alt:	368 (28%)	549 (42%)	387 (30%)	1.304

MÆND				
	<20år	20-30 år	>30 år	I alt:
Indlagt:	55	157	151	363
Amb:	192	563	552	1.307
I alt:	247 (15%)	720 (43%)	703 (42%)	1.670

Tabel 1: Køns- og aldersfordelingen af patienter med forreste korsbåndsskader og kronisk instabilitet efter en tidligere korsbåndsskade, der er blevet behandlet på Idrætsmedicinske Klinik, Viborg i perioden 1995-2000.

facts, som bekræfter postulatet om den forøgede risiko for forreste korsbåndsskader hos kvinder.

I håndbold har norske undersøgelser således vist en signifikant højere incidens blandt kvindelige håndboldspillere, amerikanske undersøgelser af basketballspillere har vist en lidt mindre, men fortsat signifikant øget incidens blandt kvinder, og resultaterne af flere nyere undersøgelser fra forskellige lande tyder på, at der blandt kvindelige fodboldspillere også findes en øget risiko, der dog antages at være mindre end i de to øvrige idrætsgrene.

En udviklingsanalyse af de epidemiologiske forhold gennemført som en langtidsskohorteundersøgelse er endnu ikke lavet indenfor dette videnskabelige område, og vi har ingen beregninger, der kan beskrive skadens/lidelens naturlige udvikling i befolkningen og samtidig danne materiale til at beregne prognoser for korsbåndsskadens udbredelse hos mænd og kvinder i de kommende år. Vi må fortsat støtte vores viden til de nævnte prospektive undersøgelser samt til landenes sundhedsregistre.

Køns- og aldersfordeling

I tabel 1 ses køns- og aldersfordelingen hos patienter med akutte korsbåndsskader samt kronisk løshed efter en tidligere korsbåndsskade, undersøgt og behandlet i tidsrummet 1995-2000 på Idrætsmedicinsk Klinik i Viborg. Kvinderne udgjorde 44% af materialet, og den samme procentdel kvinder fik foretaget en korsbåndskonstruktion i denne periode. I alt blev 647 patienter rekonstrueret på de seks år. Der ses en tydelig forskel mellem kønnene når man betragter aldersfordelingen. Gruppen "kvinder under 20 år" udgjorde 28% af alle kvinder og 12% af hele materialet, og de tilsvarende tal for gruppen "mænd under 20 år" var henholdsvis 15% og 8%. Modsvarende er frekvensen af mænd over 30 år med korsbåndsstabilitet højere. Tallene tyder på at kvinderne er noget yngre end mændene når de får deres korsbåndsskader, men resultatet skal dog samtidig vurderes i lyset af den geografiske placering for undersøgelsen, nemlig i en landsdel hvor kvindehåndbold har været meget populært i flere år, og hvor dette forhold sikkert har haft en



Figur 1: Illustration af fodfintestilling og vridtraumet under håndbold.

indflydelse på omfanget af kvindelige ungdomsspillere i landsdelen.

Danmarks Idræts-Forbunds statistik fra 2000 viser, at kvinderne procentvis udgjorde 38% af alle aktive DIF medlemmer. I tallene fra Viborg er andelen af kvinder med korsbåndsskader forholdsmæssigt større. En af forklaringerne kan være, at der i Dansk Håndbold Forbund er dominans af kvindelige aktive (55%).

Ikke-kontakt skader

Næsten samtlige epidemiologiske studier viser, at kvinderne har en signifikant øget risiko for at lædere korsbåndet i ikke-kontakt traumesituationer som f.eks. under udførelsen af fodfinter eller ved landinger efter et hopskud. De mange ikke-kontakt ACL-skader var et af hovedemnerne ved et møde i 1999, hvor resultatet af analyser på 54 video-optagelser af akutte non-kontakt korsbåndsskader hos begge køn blev fremlagt på Hunt Valley konferencen, og man gjorde følgende relevante observationer:

1. alle mandlige basketballspillere læderer korsbåndet ved landingen efter hop/rebound, 2. 50% af kvinderne i alle sportsgrene kommer til skade under et pludselig stop med en retningsændring og den anden halvdel under



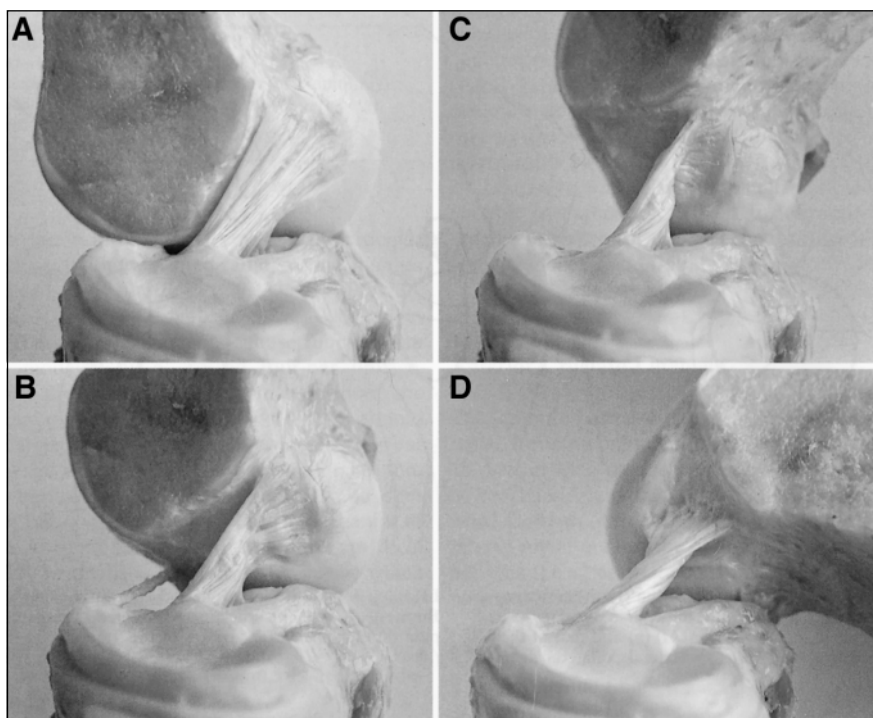
Figur 2: Skematisk tegning af det rumpe-rede korsbånd ved en kombineret anterior-, udadrotations- og valguspåvirkning.

landingen efter et hopskud, 3. alle mænd og 2/3 af kvinderne har tyngdekraften placeret posterior for knæledet i traumeøjeblikket, 4. alle mænd og 2/3 af kvinderne har gulvkontakt med foden i en flad/valgus position i traumeøjeblikket og 5. meget ofte er knæledet placeret i en valgus position med mere end 20 graders fleksion og underbenet samtidigt udadroteret i forhold til femur (figur 1 og 2).

Disse traumemekanismer kan biomekanisk beskrives som kræfter, der presser tibia fremad i forhold til femur (tyngdekraften posterior placeret) samt som rotationskræfter, der presser tibia i en udadrotation i forhold til femur og samtidig valgiserer leddet i fleksionsstillingen. På video-optagelser af skiløbere er de samme belastninger i traumemekanismen registreret ved en række forreste korsbåndsskader.

Korsbåndet som primær stabilisator

Den stabiliserende effekt af knæledets knogler er størst når leddet er i strakt position eller flekteret mere end 90 grader, og de collaterale ligamenter og kapselapparatets betydning for stabiliteten er ligeledes størst i extenderet stilling og når leddet er mere end 50 grader flekteret. Inddrages disse for-



Figur 3: Det forreste korsbåndets anatomi under en komplet bevægelse af knæledet. Bemærk hvordan spændingen i ligamentets forskellige partier ændres under bevægelsen.

hold i analyserne om traumeetiologien for korsbåndsskaden, kan man efter min mening godt antage, at korsbåndet overrives når leddet belastes i de specifikke positioner knæ og fod indtager i traumeøjeblikket. Her bliver korsbåndet leddets vigtigste primære stabilisator ved kraftpåvirkningens maksimum (se figur 3).

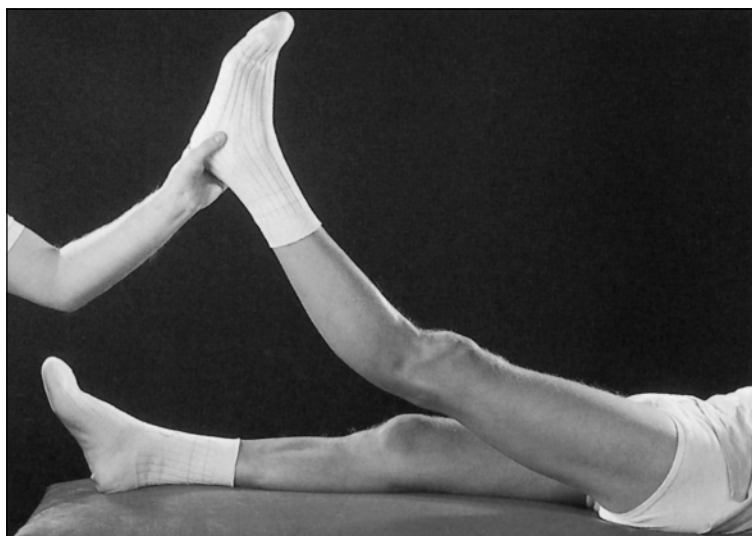
Man kan også formode, at hos patienter med en øget ledmobilitet, fremkommer spændingen i de collaterale ligamenter og kapselapparatet med en forsinkelse ved både anteriore- og rotationskraftpåvirkninger. I en tidsforsinkelse på nogle få millisekunder er stresset på forreste korsbånd stærkt forøget i de beskrevne traumesituatio-

ner sammenlignet med den påvirkning korsbåndet bliver udsat for hos patienter med en mindre ledmobilitet.

Den gennemsnitlige hyperekstensions- og tibiale udadrotationsbevægelighed hos kvinder og især unge kvinder er større end hos mænd. Dette forhold kan være en af forklaringerne på, at stresset på korsbåndet øges væsentligt i mange non-kontakt situationer som er præget af både en anterior stress og en tibial udadrotation. Den isolerede korsbåndsskade skulle af den grund opstå hyppigere hos kvinder. Dette forklares med, at man hos de fleste patienter med hyperekstension og samtidig løshed efter en tidligere isoleret korsbåndsskade finder en øget passiv hyperekstension sammenlignet med den raske side, et forhold som næsten aldrig ses hos korsbåndspersoner med en mere "normal" ekstensionsevne i leddet (figur 4 og 5).

I undersøgelser på mandlige fodboldspillere har man dog ikke kunnet konstatere en øget skadesincidens hos spillere med hypermobilitet. Der er endnu ikke gennemført tilsvarende undersøgelser hos kvinder eller håndboldspillere.

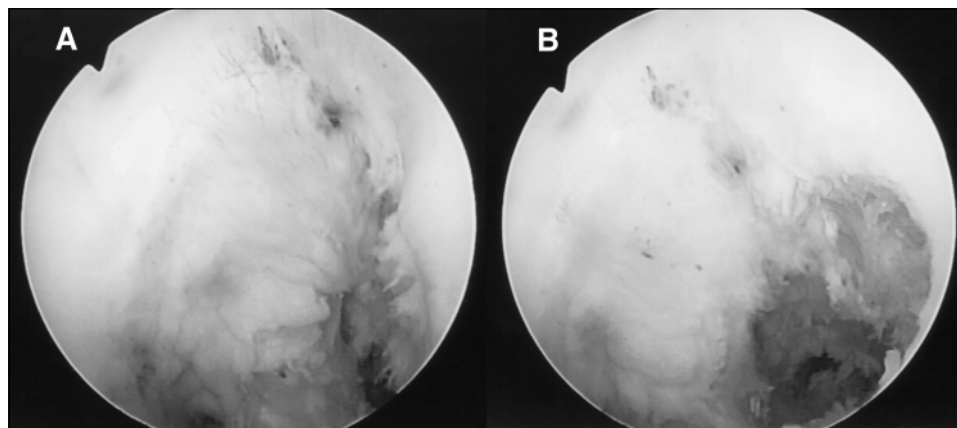
En anden – og mindre hyppig – non-kontakt traumemekanisme ved de isolerede korsbåndsskader består af en kombineret tibial anterior kraftpåvirkning og en samtidig indadrotation af tibia, hvor knæledet er maksimalt 30 grader flekteret og uden valgus/varus



Figur 4: Måling af den passive hyperekstensionsevne – her vist på en patient med læsion af det posteriore cruciate ligament.



Figur 5: Måling af den passive udadrotationsevne på et normalt knæled.



Figur 6: A) Snæver notch hos patient med kronisk instabilitet. B) Bredden af notchen efter plastik udført under en korsbåndskonstruktion.

påvirkning. Situationen opstår ved skiløb samt ved landinger efter spring/hop. Analyser af disse stresskræfter på knæledet viser, at det forreste korsbånd igen kommer til at blive den vigtigste primære stabilisator, og derfor bliver mest sårbar for skader.

Anatomiske forhold

Billeddiagnostiske undersøgelser hos high-school elever, som forskere har fulgt i tre år, har vist en sandsynlig sammenhæng mellem en snæver notch (figur 6) og incidensen af korsbåndsskader. Undersøgelserne kritiseres dog for mangelfuld sikkerhed i målemetoderne, og et endeligt svar på notchs betydning kender vi ikke. Når man under en artroskopisk undersøgelse laver en kombination af et anteriort stress og en udadrotationsbevægelse af tibia med leddet flekteret mellem 20 og 40 grader, vil korsbåndet hos de fleste patienter være presset imod den laterale femurkondyls mediale side. Hos patienter med en smal notch vil stresset øges yderligere, påvirkningen bliver koncentreret til et meget lille stykke (areal) på ligamentet og brudgrænsen nåes hurtigere på en stress-strain analysekurve. Den gennemsnitlige notchs bredde er ca. 3 mm. mindre hos kvinder, hvilket kunne indvirke på skadehyppigheden. Dette forhold er dog ikke bevist i videnskabelige undersøgelser.

Længden af ligamentet er også blevet analyseret for at finde en skadesammenhæng, men ingen data har kunnet bekræfte dette. Ligeledes er der

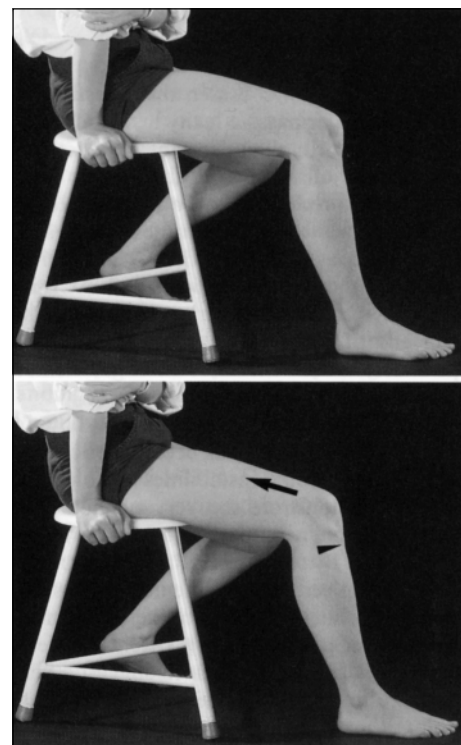
gjort forsøg på at finde en sammenhæng mellem korsbåndsskader og en øget tibial udadrotation, platfodstilning eller en øget hoftelæds-indadrotation uden at det er lykkedes.

Neuro-muskulære forhold

I langt de fleste ikke-kontakt skadesituationer i håndbold, fodbold og basketball forekommer der en kraftig og pludselig opbremsning af kroppen. For at foretage denne deceleration med et ben, skal lårets extensormuskler udføre et kraftigt excentrisk arbejde, og hamstringsmusklerne skal opføre sig som antagonister for at stabilisere tibia i forhold til femur. En ubalance mellem musklernes stabiliserende funktion, f.eks. en stærk quadriceps kontra en svage hamstrings, vil skabe en ekstrem høj anterior kraftpåvirkning på tibia under opbremsningen, og dette forhold har været analyseret som en årsagsfaktor for korsbåndsskader. Der er en forskel i den gennemsnitlige muskelstyrke på låret hos kvinder og mænd, og i flere studier er der konstateret en større forskel mellem den maksimale styrke i quadricepsmusklen og hamstringsmusklerne hos kvinder end hos mænd. Såfremt kvinderne har en forholds-mæssigt svagere muskelstyrke til at modvirke de anterior rettede kræfter, kunne dette være en vigtig etiologisk faktor, selv om denne skadesammenhæng aldrig er blevet bevist i videnskabelige undersøgelser.

Et andet vigtigt område af de neuro-muskulære forhold som kan være af betydning for ligamentskadernes op-

ståen, er indflydelsen fra de proprioceptive egenskaber i både korsbåndet og de øvrige ligament- og kapselstrukturer i knæledet. Det er vist, at der findes mekanoreceptorer i korsbåndet, og at der er en direkte refleks mellem disse receptorer og muskulaturen. Der forskes fortsat i samspillet mellem de forskellige typer receptorer i ligamenterne og deres tilknyttede muskelreaktion. Således vil det være meget interessant at få afklaret, hvordan de afferente impulser fra de forskellige ligamenters mekanoreceptorer styres indbyrdes, samt deres individuelle refleksindvirkning på muskelbeskyttelsesreaktionen. F.eks. kunne det tænkes, at en betydeligt reduceret hamstringsstyrke kan være forårsaget af manglende eller forsinkede impulser fra specifikke mekanoreceptorer i bestemte ligamenter eller kapselvæv, et forhold som kunne være aktuelt hos kvinder med øget ledmobilitet. Trykbelastninger på områder af knæledets brusk og den subchondrale knogle, og de deraf udløste refleksimpulser, har muligvis en større indflydelse på muskelfunktionen end man kender i dag.



Figur 7: Demonstration af musculus quadriceps' anteriore traktionsevne på tibia – her på en patient med et kronisk instabilt knæled.

Kvindens proprioceptive reaktionsmønster, målt ved stabilometri-test og et-bens hop, er fundet signifikant forskelligt fra mænds, men kønsforskelle i knæleddets neuromuskulære reflekser er endnu ikke dokumenteret.

Håndbold- og basketballspillere har som regel tidligere i deres karriere udsat knæleddet mange hundrede gange for kraftpåvirkninger, som kan sammenlignes med dem der forårsager korsbåndsskaden. Årsagen til, at korsbåndet præcis ødelægges i fodfinte nummer 1001, kan efter min mening godt skyldes et udtrætningsproblem i enten ligamentvævet, i mekanoreceptorerne eller i refleksbanerne, og den videnskabelige forklaring kan måske findes i fremtidige undersøgelser af de neuro-muskulære risikofaktorer.

Andre faktorer

I et norsk studie har man konstateret en øget forekomst af korsbåndsskader hos kvinder i perioden en uge før og en uge efter menstruationsstart. Fra dag 7 - 21 i cyklus opstod kun 3 af de ialt 17 registrerede skader. Andre undersøgelser har ikke kunnet bekræfte en hormonal årsag til kvinders ligamentære elasticitet eller øgede skaderisiko, og sportsfravær på bestemte tidspunkter i cyklus eller hormonel behandling som forebyggelse kan ikke anbefales.

Blandt en række eksterne faktorer har interessen været mest koncentreret omkring betydningen af friktionen mellem sko og halgulvets overflade. En sikker sammenhæng mellem høj friktion og korsbåndsskader er ikke dokumenteret, og friktionsforholdene er normalt ens for begge køn.

I begyndelsen af halvfemserne havde en del idrætsmedicinere den opfattelse, at en af årsagerne til de mange korsbåndsskader hos kvinder kunne forklares igennem en utilstrækkelig dygtighed til udøvelsen af deres sport sammenlignet med mændene. Der er dog intet som taler for at skadesincidensen er reduceret i de sidste ti år, hvor intensiteten og kvaliteten i kvindehåndbold er steget væsentligt – det modsatte ser desværre ud til at være tilfældet.

Afslutning

I artiklen bliver nogle af de forhold, som litteraturen belyser og som har

indflydelse på opståelsen af de isolerede korsbåndsskader, analyseret med specifikt fokus på kvinders skaderisiko. De kraftpåvirkninger, som knæleddet udsættes for når flere ligamenter læderes samtidigt, er meget mere nuancerede, og i langt de fleste skadesituationer er der tale om kontaktskader eller ikke-kontaktskader med meget høj energi. Derfor vil de eksterne faktorerne få en større betydning for skadens sværhed (fart, taklinger o.s.v.). Hos kvinder finder man heller ikke den samme forøgede skaderisiko for kombinerede ligamentlæsioner, som tilfældet er ved de isolerede korsbåndsskader.

Vores traumatologiske viden om korsbåndsskaderne forøges langsomt, men der foreligger i dag kun meget lidt videnskabelig evidens for den øgede skaderisiko hos kvinder, og fremtidig forskning på området er nødvendigt. Resultatet af de foreløbige undersøgelser tyder på, at der ikke findes en enkel årsagsammenhæng til at korsbåndet læderes under sport, men at traumatologien må anses som en multi-faktoriel problemstilling, hvor de enkelte faktorer vægt og indbyrdes afhængighed fortsat er ukendt.

Kontaktadresse:

Overlæge Allan Buhl
Ortopædkirurgisk afdeling
Viborg Sygehus
8800 Viborg

Referencer ud over de 10 vigtigste (her til højre) kan rekvireres ved at kontakte forfatteren.

De 10 vigtigste referencer:

1. Solomonow M., Krogsgaard M.: Sensorimotor control of knee stability. A review. *Scand. J Med Sci Sports*. 2001; 11; 64-80.
2. Myklebust G., Mæhlum S., Holm L., Bahr R.: A prospective cohort study of anterior cruciate ligament injuries in elite Norwegian team handball. *Scand J Med Sci Sports*. 1998; 8; 149-153.
3. Arendt E., Agel J., Dick R., Cohen M.: Profile of the ACL injured athlete. A pilot study presented at the ACL consensus conference on prevention strategies, Hunt Valley, June 1999.
4. Arendt E., Dick R.: Knee injury patterns among men and women in collegiate basketball and soccer. *Am J Sports Med*. 1995; 23 (6): 694-701.
5. Huston J., Greenfield M., Wojtys E.: Anterior cruciate ligament injuries in the female athlete: Potential risk factors. *Clin Ortho Related Res*. 2000; 372: 50-63.
6. Malinzak R., Colby S., Kirkendall D., Yu B., Garrett W.: A comparison of the knee motion and electromyography patterns between men and women in selected athletic maneuvers. *Clin Biomech* 2001.
7. Chappell J., Yu B., Kirkendall D., Garrett W.: Knee kinetics and knee kinematics in different landing tasks: Implication to anterior cruciate ligament injuries. *J Bone Joint Surg*. 2000.
8. Woodford-Rogers B., Cyphert L., Deenager C.: Risk factors for anterior cruciate ligament injury in high school and college athletes. *J Athl Train*. 1994; 29: 343-346.
9. Muneta T., Takakuda K., Yamamoto H.: Intercondylar notch width and its relation to the configuration and cross-sectional area of the anterior cruciate ligament. *Am J Sports Med*. 1997; 25: 69-72.
10. Loudon J., Jenkins W., Loudon K.: The relationship between static posture and ACL injury in female athletes. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1996; 24: 91-97.

Kongresser • Kurser • Møder

INTERNATIONALE

14. - 17. november 2001, Spanien
11th European Congress on Sports Medicine, Oviedo.

Info:

Sistemas de Organizacion q2c3 - Viajes Intercoastas, Calle lanzarote 13, San Sebastian de los reyes, Centro de Comunicaciones COSEPRO, 28700 Madrid, Spain.

Tel: +34 902 157 695

Fax: +34 902 120 880

E-mail: femede@q2c3.com

Web: www.q2c3.com/

sportsmedicine01

24. - 27. april 2002, Italien
10th Congress of ESSKA (European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy).

Info:

www.alternet.pt/esska

5. - 9. juni 2002, Ungarn
27th FIMS World Congress of Sports Medicine, Budapest.

Info:

E-mail: mar13880@helka.iff.hu

21. - 24. november 2002, Danmark
6th Scandinavian Congress on Medicine and Science in Sports, Århus

Info: Congress Secretariat, 6th Scandinavian Congress on Medicine and Science in Sports, Division of Sports Trauma, Hanne Bräuner, Aarhus Amtssygehus, DK-8000 Aarhus C.

Tel: +45 8949 7411

Fax: +45 8949 7429

E-mail: hanne.brauner@aas.auh.dk

27. - 30. november 2002, Østrig
European Congress on Prevention of Diseases through Physiotherapy, Wien.

Info: OePV, Koestlergasse 1/29, A-1060 Wien, Østrig.

Tel: +43 1 486 40 40 45

Fax: +43 1 486 40 40 46

E-mail: office@physio.at

Web: www.physio.at/congress/2002.htm

DIMS generalforsamling

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

ORDINÆR GENERALFORSAMLING

FREDAG DEN 9. NOVEMBER 2001
KL. 16.45-17.45

Generalforsamlingen afholdes på SAS Radisson Hotel H. C. Andersen i Odense.

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. oktober 2000 til 30. september 2001.
- 7) Fastsættelse af næste års kontingent.
- 8) Behandling af indkomne forslag.
- 9) Valg:

a) Bestyrelsen:

1. Valg af tre bestyrelsesmedlemmer for to år:

Keld B. Andersen, Sunds, Bent Wulff Jakobsen, Århus og Inge Lunding Kjær, afgår efter tur.

2. Valg af ekstraordinært bestyrelsesmedlem for to år.

Leif Zebitz, Odense afgår efter tur. Der kan i henhold til vedtægternes § 7, stk.

5, ikke ske genvalg af Leif Zebitz.

3. Valg af en suppleant for de ordinære bestyrelsesmedlemmer for et år:

Lars Konradsen, Hillerød, afgår efter tur.

4. Valg af en suppleant for det ekstraordinære bestyrelsesmedlem for et år:

Fysisoterapeut Gorm H. Rasmussen, Århus, afgår efter tur.

b) Uddannelsesudvalget

Valg af medlemmer til uddannelsesudvalget for to år:

Andreas Hartkopp, Ålgårde, Henrik

Aagaard, Dragør og Finn Johannsen, Gentofte, afgår efter tur.

c) Revisor/revisorsuppleant

Valg af revisor for to år:

Finn R. Jahnsen, København, afgår efter tur.

Valg af en revisorsuppleant for et år:

Finn T. Østergaard, Esbjerg, afgår efter tur.

10) Eventuelt.

Valg under punkt 9 a) 1 og 3 foretages af og blandt selskabets ordinære medlemmer.

Valg under punkt 9 a) 2 og 4 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.

Forslag til behandling under punkt 8 samt forslag til valg skal i henhold til vedtægternes § 9, stk. 3, være bestyrelsen i hænde senest tre uger før generalforsamlingen og fremsendes, således at de er selskabets sekretær i hænde med posten senest fredag den 19. oktober 2001.

Specificeret dagsorden indeholdende indkomne forslag udsendes til selskabets medlemmer i uge 44.

Venlig hilsen

BESTYRELSEN

DIMS kurser

Info: Idrætsmedicinsk Uddannelsesudvalg, c/o sekr. Lissi Petersen, Fasanvænget 307, 2980 Kokkedal.



Generelt om DIMS kurser

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

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

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

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

Kurset varer 40 timer over 4-5 hverdage.

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

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

tion herfor ved skriftlig begrundet ansøgning til DIMS uddannelsesudvalg.

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

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

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

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

DIMS kursuskalender

Oversigt over fremtidige kurser og arrangementer.

De enkelte arrangementer annonceres særskilt, hvorefter tilmeldinger modtages.

Forhåndstilmelding før annoncering er ikke mulig.

Trin 1 vest. Kursus.

10.-13. september 2001 i Vejle.

Målgruppe: Læger.

Arrangør: DIMS

Trin 2. Kursus (eksternat).

4.-7. oktober 2001 i Århus.

Målgruppe: Læger.

Arrangør: DIMS

Arbejdsfysiologisk og idrætsmedicinsk forskning. Kursus.

November 2001 i København.

Målgruppe: Læger.

Arrangør: Idrætsmedicinsk Forskningsenhed BBH

Ketchersport. Symposium.

Januar/februar 2002 i København.

Målgruppe: Læger, fysioterapeuter.

Arrangør: DIMS, FFI

Vintersport. Symposium.

Januar/februar 2003 i Norge eller Sverige.

Målgruppe: Læger, fysioterapeuter.

Arrangør: DIMS, FFI

FIRST ANNOUNCEMENT

SAKS SYMPOSIUM
10. – 11. oktober 2001
Store Auditorium, Gentofte Amtssygehus

**LEDBRUSKSKADER – HVAD VED VI OM LEDBRUSKEN, SKADER OG
BEHANDLING?**

FORMÅL: Opdatering vedr. ledbruskens opbygning og funktion, skademekanismer.
Behandlingsmuligheder:

Medicinsk:

- * Inflammationsdæmpning
- * Chondroprotektive muligheder
- * Mesenchymiale stamceller
- * Tissue engineering

Kirurgisk:

- * Mikrofrakturteknik
- * Mosaikplastik
- * Autolog chondrocytimplantation
- * Allograft
- * Osteotomi
- * Hemialloplastik

Rehabilitering

FAKULTET: PROFESSOR DR.MED. PETER EBBESEN, DR. ARNOLD CAPLAN, DR.
MATTS BRITTEBERG, DR. RICHARD STEADMAN, OVERLÆGE DR.MED. PEKKA
HELIN m.fl.

Pris for medlemmer kr. 2.700 (inkl. kaffe, frokost og gallamiddag).

Pris for ikke medlemmer kr. 3.100 -

Tilmeldingsfrist 01.09.01

På arrangementskomiteéns vegne – med venlig hilsen

Uffe Jørgensen
overlæge, dr.med
Ortopædkir. afd.
Gentofte Amtssygehus
tlf. 39 77 35 84
e-mail: anbon@gentoftehosp.kbhamt.dk

Gert Kristensen
overlæge.
Ortopædkir. afd.
Ålborg Sygehus
tlf. 99 32 25 89
gk@aaas.nja.dk

Hvis du vil tilmelde dig eller modtage yderligere oplysninger om symposiet, bedes
du udfylde nedenstående:

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr: _____

Ortopædkir. ☐

Reumatolog ☐

Fysioterapeut ☐

Andet ☐

Andre kurser

Kursus i arbejdsfysiologisk og idrætsmedicinsk forskning

Formål og indhold:

Efter kurset skal deltagerne forstå grundlæggende principper bag arbejdsfysiologiske metodikker og idrætsmedicinske funktionstest med relation til specielt muskel- og bindevæv. Herudover skal deltagerne være i stand til at planlægge undersøgelser hvori fysisk aktivitet indgår, og få kendskab til litteraturgennemgang, databearbejdning, statistiske problemstillinger og mundtlig/skriftlig fremstilling.

Målgruppe:

Ph.d.-studerende og yngre læger som er i færd med eller planlægger at påbegynde undersøgelser hvori fysisk træning eller idrætsmedicinsk/idrætstraumatologiske problemstillinger indgår.

Tid og sted:

26. - 29. november 2001, kl 8-16 alle 4 dage (i alt 28 timer) på Idrætsmedicinsk forskningsenhed, bygn 8, 1. sal, Bispebjerg Hospital

Kursusafgift:

Ingen kursusafgift for ph.d.-studerende ved Københavns Universitet eller for læger som kan dokumentere medlemskab af DIMS. Andre: kr. 1500.

Kursussekretær:

Henning Langberg, cand.scient. et hum.biol., Idrætsmedicinsk forskningsenhed, Bispebjerg Hospital, tlf: 3531 6089, fax 3531 2733, e-mail: hl02@bbh.hosp.dk

Tilmelding:

Seneste tilmeldingsfrist: Torsdag den 1. november 2001 til kursussekretæren

Se mere uddybende annoncering i sidste nummer af Dansk Sportsmedicin (maj 2001).



CALL FOR PAPERS

European Congress on Prevention of Diseases through Physiotherapy

(Messe Congress Center in Vienna, Austria, November 27 – 30, 2002)

The Congress invites paper submissions to be considered for inclusion in the scientific sessions. The information presented in the abstract must be original, not a duplicate, and not published previously.

We would like to invite papers for lectures, posters and workshops covering the following designated topics below:

1. Children/Youth
2. Women
3. The Elderly
4. Sports
5. Work Environment

What can physiotherapy offer for preventing diseases and injuries?

Recent research papers supporting **clinical effectiveness** as well as planned or already implemented **programmes/clinically appraised studies** are welcomed.

Students and newly qualified physiotherapists are invited to submit papers for poster presentation.

Some proposals for topic areas could be:

Children and Youth

Participation in exercise for health
Prevention of musculo-skeletal problems through screening
Ergonomics in the classroom
Load progression and the immature skeleton
Muscle work analysis for healthy/impaired children
Importance of appropriate seating / wheelchair
Widening access for participation and activity for children with learning difficulties
Motivation and adherence issues for adolescents in physical activity participation

Work environment

Risk assessment
Moving and handling; legislation to application
Occupational health
Stress and burnout
Fitness for return to work

Women

The role of exercise in the prevention of depression/burnout
Osteoporosis risk factors, prevention and intervention.
Women at work - reducing the risks
Incontinence risk factors, prevention and intervention

The Elderly

Risk assessment and prevention of falls
Screening for perceptual, cognitive, motor deficits
Maintaining and restoring function
Matching interventions to expectations
Measuring quality of life
Inter-professional community programmes
Fitness and strength training in the elderly
Activity for health

Recreational activities and Sport

Reducing risks of injury / re-injury in specific sports
Benefits of participation for people with impairments
Fitness for return to activity / sport

Further information and abstract submission guidelines are located at the website: www.physio.at

FFI kursusbeskrivelser

Info: Kursusudv., Vibeke Bechtold,
Kærlandsvænget 10, 5260 Odense S.
Tlf. 6591 6693 / 2028 4093
Mail: vibeke.bechtold@odenergfys.dk



Faggruppen for Idrætsfysioterapi Kursusbeskrivelser

I faggruppens regi kører 3 efteruddannelseskurser:

Kursus (1) er relateret til idrætsgrene og idrætsskader i den øvre del af kroppen (truncus og O.E.).

Kursus (2) er relateret til idrætsgrene og idrætsskader i den nedre del af kroppen (truncus og U.E.).

Kursus (3) er relateret primært til idrætsfysioterapi på idrætspladsen (i "felten")

Kurserne skal ikke nødvendigvis tages i en bestemt rækkefølge, men det må anbefales, at man tager kursus 1 og 2 før kursus 3, medmindre man har virket som idrætsfysioterapeut i mange år.

(1) "Idrætsfysioterapi relateret til problemer i truncus og overekstremiteterne"

Kursusformål:

At kursisterne:

- får kendskab til udbredelse og årsagermuligheder i forbindelse med idrætsskader i O.E.
- får forståelse for overuse og overload problematik.
- kan analysere belastningsforhold ved idræt incl. analyse og anvendelse af funktionelle tests og scoresystemer i relation til O.E.
- får forståelse for og kan anvende primær undersøgelse og behandling ved akutte skader i O.E..

- kan anvende fysioterapeutisk undersøgelsesmetodik i forbindelse med idrætsskader og vurdere skadens omfang og alvorlighed.

- kan vurdere og anvende målrettede behandlingsstrategier i relation til idrætsskader

- kan vurdere og give vejledning i forbindelse med tilbagevenden til en specifik idrætsgren

- får kendskab til netværksmuligheder og eventuelle samarbejdsparteres funktioner

Følgende emner kan indgå - teoretisk og praktisk:

- epidemiologi i relation til de enkelte områder
- overuse og overload suppleret med undersøgelser, inflammations- og smerteproblematik samt medicinske aspekter
- undersøgelsesmetodik og -principper
- hypo og hypermobilitetsproblemer
- funktionelle behandlingsstrategier
- specifikke forhold vedrørende de enkelte områder og enkelte idrætsgrene

(2) "Idrætsfysioterapi relateret til problemer i truncus og underekstremiteterne"

Kursusformål:

At kursisterne:

- får kendskab til udbredelse og årsagermuligheder i forbindelse med idrætsskader i U.E.
- får forståelse for overuse og overload problematik
- kan analysere belastningsforhold ved idræt incl. analyse og anvendelse af funktionelle tests og scoresystemer i relation til U.E.
- får forståelse for og kan anvende primær undersøgelse og behandling ved akutte skader i U.E.
- kan anvende fysioterapeutisk undersøgelsesmetodik i forbindelse med idrætsskader og vurdere skadens omfang og alvorlighed.
- kan vurdere og anvende målrettede behandlingsstrategier i relation til idrætsskader

- kan vurdere og give vejledning i forbindelse med tilbagevenden til en specifik idrætsgren

- får kendskab til netværksmuligheder og eventuelle samarbejdsparteres funktioner

Følgende emner kan indgå - teoretisk og praktisk:

- epidemiologi i relation til de enkelte områder
- overuse og overload i relation til de enkelte områder
- undersøgelsesmetodik incl. smerte og traumer (udbredning)
- hypo og hypermobilitetsproblemer
- funktionelle behandlingsstrategier
- specifikke forhold vedrørende de enkelte områder
- tape og ortoser

(3) "Idrætsfysioterapi relateret til idrætspladsen ("i felten")"

Kursusformål:

At kursisterne

- kan analysere typiske bevægelsesmønstre og -belastninger i nogle udvalgte idrætsgrene
- kan anvende målrettede undersøgelses- og behandlingsstrategier med henblik på at undgå idrætsskader og vende tilbage til idræt efter skade
- kan anvende funktionstests rettet både mod profylakse, rehabiliteringsstrategier og klarmelding
- får kendskab til fysiske, psykiske og traumatologiske barrierer i forbindelse med tilbagevenden til idræt

Følgende emner kan indgå - teoretisk og praktisk:

- grenspecifikke bevægelsesmønstre og -strategier
- funktionelle tests og scoresystemer
- forskellige former for trænings- og behandlingsstrategier
- fysiske, psykologiske og traumatologiske barrierer for tilbagevenden til idræt
- idræt og ernæring

FFI kurser

"Skulderproblemer ved idræt"

Kursusindhold: Specielle skadesmekanismer og årsagssammenhænge relateret til skulderen i forbindelse med idræt • Gennemgang og udredning af typiske skuldertraumer • Betydningen af konservativ og/eller kirurgisk handling i forhold til problemerne • Hvordan afgøres placering og omfang af intraartikulære skader • Billeddiagnostiske muligheder • Gennemgang af forskellige kirurgiske tiltag • Rehabilitering efter kirurgi med fokus på postoperative muligheder og restriktioner • Hvad skal der til i behandlingen for at idræt igen bliver mulig og hvilke barrierer kan umuliggøre tilbagevenden til idræt? • Hvordan kan man tilrettelægge forebyggelse og hvad er effekten?

Målgruppe: Fysioterapeuter, der har haft Idrætskursus relateret til OE eller lignende og arbejder med idrætsfysioterapi.

Tid og Sted: Lørdag den 29. september kl. 09.00 - 17.00 på Fysioterapeut-

skolen, Universitetsparken 4, 2100 København.

Undervisere: Ressourcepersoner indenfor idrætsfysioterapi og idrætsmedicin.

Deltagerantal: 20-24 fysioterapeuter. Medlemmer af faggruppen og de, der har deltaget på Idrætskursus relateret til O.E. (1), har fortrinsret.

Pris: 1050,- kr. for medlemmer og 1250,- kr. for ikke medlemmer. Dækkende kursusafgift, frokost, kaffe / te.

Tilmelding: Fristen er 31. august 2001. Benyt DF's eller Dansk Sportsmedicins tilmeldingsblanket (skriv venligst tydeligt og om du er medlem af FFI, samt hvornår du har deltaget på kursus for O.E). Tilmeldingen er bindende og sendes sammen med betaling på crossed check eller Gironr. 1-690-6948 (angiv betalingsmåde på tilmeldingen) til: Vibeke Bechtold, Kærlandsvænget 10, 5260 Odense S, tlf 65916693.

Kursus 3 i Idrætsfysioterapi:
"Fysioterapi i relation til tilbagevenden til idræt og fysioterapi i "felten"

Undervisere: Fysioterapeuter fra Faggruppen og Idrætsmedicinske resourcepersoner.

Tid: den 26., 27. og 28. oktober 2001, fra fredag kl. 16.30 til søndag kl. 17.45

Kursusform: Eksternat

Sted: Skolen for Fysioterapeuter, Universitetsparken 4, 2100 København Ø.

Pris: 2400,- kr. for medlemmer og 2700,- kr. for ikke-medlemmer. Prisen dækker kursusafgift og fortæring.

Deltagere: ca. 25 fysioterapeuter. Kursister, der har deltaget på Idræts-

kursus O.E. og U.E., samt medlemmer af Faggruppen for Idrætsfysioterapi har fortrinsret.

Arrangør: Faggruppen for Idrætsfysioterapi. Kursusansvarlig Vibeke Bechtold

Tilmelding: Fristen er 14. September 2001. Benyt DF's eller Dansk Sportsmedicins tilmeldingsblanket (skriv venligst tydeligt).

Husk at angive på tilmeldingen, om du er medlem, og hvornår du har deltaget på Kursus O.E. / U.E.

Tilmeldingen er bindende og sendes sammen med betaling på crossed check eller giro 1690-6948 (angiv betalingsmåde på tilmeldingen) til: Vibeke Bechtold, Kærlandsvænget 10, 5260 Odense S. tlf. 65916693.

FFI kursuskalender

Kursus 3 i Idrætsfysioterapi

26. - 28. oktober i København

Kursus 1+2 i Idrætsfysioterapi

16. - 23. november på La Santa Sport, Lanzarote

Symposium om ketchersport

Januar / februar 2002 i København.
Målgruppe: Læger, fysioterapeuter.
Arrangør: DIMS og FFI

Symposium om vintersport

Januar / februar 2003 i Norge eller Sverige.
Målgruppe: Læger, fysioterapeuter.
Arrangør: DIMS og FFI

Tilmeldingsfrister:

Hold øje med detailannoncering i Dansk Sportsmedicin og/eller Danske Fysioterapeuter.



2001, 7.-8. december i Utrecht, Holland

"General meeting and (1st.) Congress" i forbindelse med den hollandske idrætsfys.-organisations årsmøde (se modstående side)

2002, 27.-30. november i Wien, Østrig

"General meeting and Congress" i forbindelse med den internationale forebyggelseskongres "European Congress on Prevention of Diseases through Physiotherapy".

2003, 7.-12. juni i Barcelona, Spanien

"General meeting and congress" i forbindelse med WCPT's 14. internationale kongres.

FFI Internationalt

International Federation of Sports Physiotherapy • 1st International Congress • December 7 – 8, 2001, Utrecht, The Netherlands

"Multidisciplinary Evidence Based Management of Over-use Injuries and Degenerative Joint Disorders in the Athlete"

The Executive Board of the International Federation of Sports Physiotherapy (IFSP) is pleased to announce the 1st Annual International Congress.

This first international congress is organized in cooperation with the Dutch Association of Sports Physiotherapy (NVFS), that celebrates their 20th anniversary. This cooperation leads, amongst others, to a mutual congress on the Saturday afternoon.

Theme

During the two days of congress participants will be exposed to many facets of athletic injury management including advanced evaluation, treatment and rehabilitation principles designed to facilitate appropriate treatment of musculoskeletal dysfunction. The congress will focus on integrating evidence-based didactic lecture material with hands-on workshop sessions, supplementary video clips and panel discussions to expand and enhance clinical skills.

Programme

Day one will be devoted to a detailed discussion on micro-traumatic over-use disorders, beginning with an in-depth review of the basic science of inflammation followed by a comprehensive series of lectures on upper and lower extremity topics.

The second day will begin with hands-on demonstration workshops that integrate lecture material from the first day in covering examination, functional training and special topic considerations. Two workshops focus on innovation within the field of sports physiotherapy.

The remainder of day two will encompass a thorough review of musculoskeletal dysfunction across the life span. Topics associated with pediatric, middle-aged and older adult pathology will be reviewed.

Lecturers

Our faculty represents many varied clinical, academic and research settings from around the world, making this a truly international congress. Each of the speakers has a commitment to clinical research and evidence based practice which will be demonstrated through their lectures and workshop sessions.

Target groups

(Sports) Physiotherapists, Manual Therapists, (Sports) Physicians, (Sports) Orthopedics, Movement Scientists and others interested.

Place

The Netherlands, Utrecht, Royal Jaarbeurs Congress Centre Utrecht, Beatrixbuilding.

Congress Bureau:

The Wellness Publishers, tel: +31 522 452245, e-mail: info@wellness.nl

ASpplication forms and congress information can be found at www.ifsp.nl



Congress Schedule:

Friday December 7, 2001

09:00	Registration and exposition visit	
09:30	Opening ceremony	Chairman Laetitia Dekker-Bakker, MSM, PT, President IFSP (Netherlands)
09:35	Adaptation of Connective Tissue to Exercise	Henning Langberg, PT, PhD, MSc in Physiology, Human Biology and Physical Education, Denmark
10:00	Differential Diagnosis and Treatment of Rotator Cuff Dysfunction	Jaap Willems, MD, PhD, Orthopedic Surgeon, Netherlands
10:30	Break and exposition visit	
11:00	Rehabilitation of Rotator Cuff Dysfunction	Michael Voight, PT, DHS, SCS, OCS, ATC, Associate Professor, USA
11:30	Differential Diagnosis and Treatment of Elbow Instability in Sports	Denise Eygendaal, MD, PhD, Orthopedic Surgeon, Netherlands
12:00	Rehabilitation Principles of Elbow Instability in Sports	Michael Voight, PT, DHS, SCS, OCS, ATC, Associate Professor, USA
12:30	Lunch and exposition visit	
13:30	Current Concepts in Surgical Management of Articular Cartilage Injuries	Vladimir Bobic, MD, FRCS, Consultant Orthopedic Knee Surgeon, UK
14:30	Biomechanics of Lower Extremity Overuse Injuries	Mark De Carlo, PT, MHA, SCS, ATC, Chief Operating Officer, USA
15:00	Break and exposition visit	
15:30	Differential Diagnosis and Rehabilitation of Patellofemoral Dysfunction	Mark De Carlo
16:15	Current Concepts in Management of Achilles Tendon Pathology	Henning Langberg
16:45	Panel discussion	
17:00	End of the session	
20:00	International buffet	

Saturday December 8, 2001

08:30	Registration NVFS congress, coffee and exposition visit	
09:00	Introduction	Chairman IFSP, Laetitia Dekker-Bakker, MSM, PT, President IFSP (Netherlands) President NVFS Chairman NVFS, dr. Anton de Wijer chief editor NTVF
09:15	Workshop 1	
10:15	Workshop 2	
	You can choose two of the following workshops:	
	Code A: Clinical Examination of the Shoulder	Jaap Willems, MD, PhD, Orthopaedic surgeon
	Code B: Clinical Examination of the Knee	Vladimir Bobic, MD, FRCS, Consultant Orthopaedic Knee Surgeon
	Code C: Clinical Examination of the Elbow	Denise Eygendaal, MD, PhD, Orthopedics Surgeon
	Code D: Functional Training of the Upper Extremity	Michael Voight, DHS, SCS, OCS, ATC, Sports Physiotherapist
	Code E: Functional Training of the Lower Extremity	Mark De Carlo, MHA, SCS, ATC, Sports Physiotherapist
	Code F: Principles and Innovation of Unloading and Functional Braces in Managing Different Knee Disorders (dj Orthopedics)	Godelieve Vanden Bergh, PT, PhD in Motor Rehabilitation and Physiotherapy, dj Orthopedics
	Code G: Musculoskeletal Ultrasound Imaging in Over-use Injuries of the Infrapatellar Tendon and the Achilles Tendon (Dynamic Medical & Veterinary Products BV)	Richard Geryszewski, Sports Physiotherapist, teacher Fonteyns Hogeschool Eindhoven
	Code H: Innovation (1) Prevention and Cure of Over-use Injuries with Nutrition Supplements (Ortho Institute)	Gert Schuitemaker, MSc, Pharmacist, Director Ortho Institute
	Code I: Innovation (2) What is the Meaning of Bright Light for the General Well-Being of Athletes?	Dr. Timo Partonen, MD, PhD, National Public Health Institute, Department of Mental Health & Alcohol Research, Helsinki; Department of Psychiatry, University of Helsinki, Helsinki, Finland
11:15	Break and exposition visit	
11:45	Differential Diagnosis and Rehabilitation of Pediatric Musculoskeletal Dysfunction	Mark De Carlo
12:30	Lunch and exposition visit	
13:30	Anterior Cruciate Ligament Injuries Across the Lifespan	Mark De Carlo
14:15	Meniscal Pathology in the Middle Aged Athlete	Michael Voight
15:00	Break and exposition visit	
15:30	Treatment and Rehabilitation Considerations with Total Joint Arthroplasty	Vladimir Bobic
16:30	Panel discussion	
16:45	Summary	
17:00	Closing ceremony	
Until 18:00	Cocktail Party in the Millennium bar	

**Dansk
SPORTSMEDICIN**
Adresse:

Redaktionssekretær
Gorm Helleberg Rasmussen
Terp Skovvej 82
8270 Højbjerg
8614 4287 (A+fax), 8614 4288 (P)

Redaktionsmedlemmer for DIMS:

Overlæge Allan Buhl
Kraghøjvej 5
8800 Viborg 8667 1196 (P)

Overlæge Uffe Jørgensen
Ibsgården 3
4000 Roskilde

Speciallæge Arne Nyholm Gam
Lyngholmvej 53
2720 Vanløse 3874 3021 (P)

Overlæge Svend Erik Christiansen
Emborgvej 42 A
8660 Skanderborg 8788 5272 (P)

Redaktionsmedlemmer for FFI:

Fysioterapilærer Nina Schriver
Elmegårdvej 70
8270 Højbjerg 8627 2875 (P)

Fysioterapilærer Leif Zebitz
Dankvart Dreyersvej 56
5230 Odense M 6612 3220 (P)

Fysioterapeut Henning Langberg
Willemoesgade 61 3.tv.
2100 København Ø 3526 2595 (P)

**Adresse:**

DIMS
c/o sekretær Louice Kranderf
Ortopædkir. afd., Amager Hospital
Italiensvej 1, 2300 København S
Tlf: 3234 3292 tirsdage 15:30-16:30
E-mail: louice@ah.hosp.dk
Web: www.sportsmedicin.dk

Formand Klaus Bak
Rosenstandsvej 13
2920 Charlottenlund, tlf. 3964 0302 (P)
kbak@post4.tele.dk

Næstformand Arne Nyholm Gam
Lyngholmvej 53
2720 Vanløse
arnegam@dadlnet.dk

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

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

Inge Lunding Kjær
Kløvervænget 20 B, 3.tv.
5000 Odense C
ilk@dadlnet.dk

Andreas Hartkopp
Bodegårdsvej 9
3050 Humlebæk
hartkopp@dadlnet.dk

Fysioterapeut Leif Zebitz
Dankvart Dreyersvej 56
5230 Odense M
leif.zebitz@odenergys.dk

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

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


**faggruppen
for
idrætsfysioterapi**
Adresse:

Faggruppen for Idrætsfysioterapi
Terp Skovvej 82
8270 Højbjerg
8614 4287 (tlf.+tlf.svarer+fax)
ffi-dk@post3.tele.dk (e-mail)
www.sportsfysioterapi.dk

Formand Gorm Helleberg Rasmussen
Terp Skovvej 82
8270 Højbjerg 8614 4288 (P)
ffi-dk@post3.tele.dk

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

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

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

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

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

Suppleant Marianne Dall-Jepsen
Mikkelsborg Allé 84
2970 Hørsholm 45864485 (P)
m.dall-jepsen@mail.dk



**faggruppen
for
idrætsfysioterapi**

Kontaktpersoner 2001

Hovedstadskreds og Københavns Amtskreds:
Christian Couppé, Willemoesgade 61, 3.th.,
2100 KØBENHAVN Ø, 31426141(P)
Frank Jacobsen, Vejringevej 30, 2730 HER-
LEV, 44921090(P)

Frederiksborg Amtskreds:
Lotte Bølling, Håndværkerhaven 22, 2200
KØBENHAVN N, 31678467(P)
Klaus Petersen, Ordrupvej 64, 2.th., 2920
CHARLOTTENLUND, 42255316(P),
info@ordrupfysio.dk(mail)

Roskilde Amtskreds:
Dorte Thorsen, Kildehusvej 27, 4000 ROS-
KILDE, 46322323(A)
Vibeke Pedersen, Munkedammen 4, 4320
LEJRE, 46480208(P)

Vestsjællands Amtskreds:
Hanne Merrild, Sct. Knudsgade 13 B, st.,
4200 SLAGELSE, 53534118(P), 58559790(A)
Gurli Knudsen, Garvergårdsvej 80, 4200
SLAGELSE, 53527138(P), 53523941(A)

Storstrøms Amtskreds:
Philippa Nielsen, Vestensborgallé 72, 4800
NYKØBING F, 54857002(P), 54885534(A)
Susanne M. Læssøe, Brorsonsvej 7, 4600
KØGE, 56632125(P), 54885534(A)

Bornholms Amtskreds:
Ledig

Fyns Amtskreds:
Lau Rosborg, Kongensgade 38, 2.tv., 5000 ODEN-
SE C, 66120140(P), 66121431(A),
groennegade.fysioterapi@get2net.dk(mail)
Henriette Heingart Jepsen, Kongensgade 38,
2.tv., 5000 ODENSE C, 66121431(A)

Nordjyllands Amtskreds:
Anders Nielsen, Hans Aabelsvej 11, 9300 SÆBY,
96890096(P), 98842800(A)
Steven Franch, Stormgade 8, 1.th., 9000 ÅL-
BORG, 98115905(P), 96225860(A)

Viborg Amtskreds:
Peter Lasse Pedersen, Præstemarken 11 - Vristed,
7800 SKIVE, 97522489(P), 97524500(A)
Morten Sode, Sct. Nikolajgade 23, 1.tv., 8800 VI-
BORG, 86614006(P), 86622254(A),
sode.hede@get2net.dk(mail)

Århus Amtskreds:
Per Krag Christensen, Skernvej 12, 1.tv., 8000 ÅR-
HUS C, 86202555(P), 86121070(A),
per.kl@wanadoo.dk(mail)
Erik Schmidt, Søndre Ringgade 19, 2.tv., 8000
ÅRHUS C, 86142811(P), 70221217(A),
erik@eft.dk(mail)

Ringkøbing Amtskreds:
Anne Mette Antonsen, Urnehøj 12 - Tjørring,
7400 HERNING, 97268297(P), 97223236(A)
Jan Lundsgaard, Østerled 4, 6950 RINGKØ-
BING, 97325610(P), 97492220(A),
jan.l@vip.cybercity.dk(mail)

Vejle Amtskreds:
Jesper Hove Frehr, Svalevej 16, 6000 KOL-
DING, 75539596(P), 75533222#6067(A),
jesper@frehr.dk(mail)
Rasmus Christoffersen, Gl. Bjert 60 K, 6091
BJERT, 75577857(P), rasmet@mail.tele.dk(mail)

Ribe Amtskreds:
Anders Winther Christensen, Svendsgade 66,
st.tv., 6700 ESBJERG, 40934508(P),
awinther@ofir.dk(mail)
Susie Ø. Jensen, Sydslunden 35, 6800 VARDE,
75212149(P), susieoe@hotmail.com(mail)

Sønderjyllands Amtskreds:
Helle Algren Brøgger, Kortegade 1, st.tv., 6100
HADERSLÆV, 73520302 / 40199898(P),
helle.broegger@mail.tele.dk(mail)

IDRÆTSKLINIKKER

Bortset fra klinikkerne på KAS Glostrup,
KAS Gentofte og KAS Herlev i Københavns
amt og lægeværelset i Ribe amt, kræver alle
henvendelser henvisning fra læge.

Frederiksborg og Københavns kommune
Bispebjerg Hospital
Tlf. 35 31 35 31
Overlæge Michael Kjær
Mandag til fredag 8.30 - 14

Københavns amt
KAS Glostrup
Tlf. 43 43 08 72
Overlæge Claus Hellesen
Tirsdag 16 - 18.30, torsdag 16 - 18

KAS Gentofte
Tlf. 39 68 15 41
Overlæge Uffe Jørgensen
Tirsdag 15.30 - 18.30

KAS Herlev
Tlf. 44 88 44 88
Overlæge Bent Ebskov
Torsdag 18 - 19.30

Amager Hospital, Sct. Elisabeth
Tlf. 32 34 32 93
Overlæge Per Hölmich
Tirsdag 15 - 17

Frederiksborg amt
Frederikssund Sygehus
Tlf. 48 29 55 80
Overlæge Tom Nicolaisen
Mandag, tirsdag og torsdag 8 - 16, onsdag 8 - 19
og fredag i lige uger 8 - 12

Storstrøms amt
Næstved Centralsygehus
Tlf. 53 72 14 01
Overlæge Jes Hedebo
Tirsdag 16 - 18

Nykøbing Falster Centralsygehus
Tlf. 54 85 30 33
Overlæge Troels Hededam
Torsdag 15.30 - 17.30

Fyns amt
Odense Universitetshospital
Tlf. 66 11 33 33
Overlæge Søren Skydt Kristensen
Onsdag 10.45 - 13.30, fredag 8.30 - 14

Ribe amt
Esbjerg Stadionhal (lægeværelse)
Tlf. 75 45 94 99
Læge Nils Løvgren Frandsen
Mandag 18.30 - 20

Ringkøbing amt
Herning Centralsygehus
Tlf. 99 27 27 27
Overlæge Johannes Yde
Torsdag 12 - 15

Århus amt
Århus Amtssygehus
Tlf. 89 49 75 75
Overlæge Bent Wulff Jakobsen
Tirsdag 15 - 18, torsdag 14 - 17

Viborg amt
Viborg Sygehus
Tlf. 89 27 27 27
Overlæge Allan Buhl
Tirsdag og torsdag 13 - 16.30

Nordjyllands amt
Ålborg Sygehus Syd
Tlf. 99 32 11 11
Overlæge Gert Kristensen
Mandag til fredag 8.50 - 14

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

Postbesørget blad

nr. 12133 (8245 ARC)

Adresseændringer:

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

Abonnenter skal meddele ændringer til Dansk Sportsmedicins adresse.