

DANSK SPORTSMEDICIN



OPVARMNING
FOREBYGGER SKADER
•
KAMPSPORT





Redaktør
Svend B.
Carstensen

Noget om forebyggelse og kampsport

Allerførst vil jeg ønske min norske kollega – Odd-Egil Olsen – tillykke! Han har netop forsvaret sin disputats, *Injuries in Team Handball*. Det er et imponerende arbejde, han har lagt for dagen, og desværre fortsat ganske aktuelt. Vi bringer et sammendrag her i bladet.

Det er konkret og umiddelbart brugbart. Nemlig et opvarmningsprogram som i et stort randomiseret studie har kunnet næsten halvere antallet af knæ- og ankelskader i håndbold. Det er det norske Senter for idrettskadeforskning og Norges Håndballforbund som står bag. Vi har fået tilladelse til at bringe Odd-Egil Olsens artikel fra *Norsk Idrætsmedicin*. Og dette kan jo betragtes som den spæde start, eller opvarmning om man vil, på den kampagne om forebyggelse

som FFI er ved at køre i stilling til senere på året.

Der er gennem årene kommet en række "nye" kampsportsgrene til Danmark. Citationstegnene fordi de fleste af dem slet ikke er nye, nærmest tværtimod, de har ældgamle rødder i østens kampkunstsystemer. Og de har alle deres forskellige særpræg – også med hensyn til skader. Vi har sat fokus på tre af dem: judo, taekwondo og karate.

Judo betyder "den milde vej". Hvorfor kan du læse i Holger-Henning F. Carlsens spændende artikel. Vidste du for resten, at de første judoklubber i Danmark blev dannet under 2. verdenskrig som dække for sabotagevirksomhed? I dag er der over 100 klubber her i landet, og Judo er på verdensplan blandt de 8 største idrætsgrene.

Bente Andersen har fulgt taekwondo-landsholdet gennem en årække, og har her bl.a. kunnet iagttage en betydelig risiko for skader indenfor denne idrætsgren, som ikke ser ud til at være helt så mild. Hvordan det mere præcist står til, får vi nogle tal på i Lise Kolby et al's artikel, skader i taekwondo, som belyser skadesmøn-

ster m.v. i forbindelse med stævner – og kig lige en gang på dame-junior kæmperne.

Karate er vist ej heller så mild. Denne idrætsgren skriver Hans Viggo Johannsen om - med mere end 30 års viden og erfaring herom i bagagen. Forreste knæskader har været en hyppigt forekommende skade på grund af dybe statiske stillinger i længere tid. En anden interessant og – med Hans Viggos ord – påfaldende observation, er et næsten totalt fravær af UE-skader i form af muskelforstrækninger, fiberskader, achilleshaleproblemer og lyskeskader. Dette skyldes måske et systematisk og omfattende opvarmnings- og udstrækningsprogram, som ofte er en integreret del af karatetræningen. Og hermed er ringen sluttet – vi er tilbage ved forebyggelsen.

Og glem så ikke – som Hans Viggo skriver – skadeshyppigheden ved mental træning er i alle undersøgelser lav!

Dansk Sportsmedicin nummer 2,
9. årgang, maj 2005.
ISSN 1397 - 4211

FORMÅL

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

ABONNEMENT

Tidsskriftet udsendes 4 gange årligt i månederne februar, maj, august og november til medlemmer af Dansk Idrætsmedicinsk Selskab og Fagforum for Idrætsfysioterapi. Andre kan tegne årsabonnement for 250 kr. incl. moms.

ADRESSE

DANSK SPORTSMEDICIN
Red.sekr. Gorm H. Rasmussen
Terp Skovvej 82
DK - 8270 Højbjerg
Tlf. og tlf.-svarer: 86 14 42 87
E-mail: ffi-dk@post3.tele.dk

REDAKTION

Overlæge Allan Buhl, overlæge Per Hölmich, cand.scient. Bente Kiens, læge Bent Lund, fysioterapeut Svend B. Carstensen, fysioterapeut Henning Langberg, fysioterapeut Gitte Vestergaard, fysioterapi lærer Leif Zebitz.

ANSVARSHAVENDE REDAKTØR

Fysioterapeut Svend B. Carstensen

INDLÆG

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

Manuskriptvejledning kan rekvireres hos redaktionssekretæren eller findes på www.sportsfysioterapi.dk.

Artikler i tidsskriftet repræsenterer ikke nødvendigvis redaktionens holdninger.

PRISER FOR ANNONCERING

Oplyses ved henvendelse til redaktionssekretæren.

TRYK OG LAYOUT

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

FORSIDEFOTO

Sports Foto ApS. Motiv: Fra de danske 2003-mesterskaber i karate for juniorer og kadetter.

© Indholdet må ikke genbruges uden tilladelse fra ansvarshavende redaktør.

Indhold:

FORENINGSNYT	4	Ledere
FAGLIGT	6	Oppvarmningsprogram forebygger kne- og ankelskader <i>Odd-Egil Olsen</i>
	11	JUDO - alsidig motion - Japansk tradition - kampsport! <i>Holger-Henning F. Carlsen</i>
	14	Taekwondolandsholdet - en tværfaglig, fysioterapeutisk oplevelse <i>Bente Andersen</i>
	16	Skader i taekwondo <i>L. Kolby, M. Hvilshøj, S. Larsen, M. Blomgren og S. Overgaard</i>
	18	KARATE - idrætsmedicinske perspektiver <i>Hans Viggo Johannsen</i>
AKTUELT	20	Resumé af afhandling: "Injuries in Team Handball: Risk Factors, Injury mechanisms and prevention" <i>Odd-Egil Olsen</i>
INFORMATIONER	22	Eksamen i idrætsfysioterapi 2005 <i>Vibeke Bechtold</i>
KURSER OG MØDER	24	
NYTTIGE ADRESSER	33	



fagforum
for
idrætsfysioterapi

Deadlines for kommende numre:

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



Dansk
Idrætsmedicinsk
Selskab

v/ Bent Wulff Jakobsen,
formand



Bøgen er sprunget ud, de første forårsblomster er ved at visne væk og haveejerne - som uforvarende har givet græsplænen godt med gødning - har allerede været ude med plæneklipperen flere gange; hvad enten det nu er den motoriserede eller den „sportslige“ klipper.

Idrætsmæssigt er de sidste kampe i indendørsturneringerne ved at være spillet og de danske mestre er tæt på at være kåret. Udendørs har den danske nationalsport, fodbold, været i gang nogen tid, og det trækker op til en spændende slutrunde med specielt 2 bejlere til mesterskabet, og pokalvinderne er fundet.

I Dansk Idrætsmedicinsk Selskab kan vi se tilbage på en veloverstået og særdeles vellykket årskongres i Århus. Årskongressen var velarrangeret, og lad mig her benytte lejligheden til takke de lokale arrangører, ledet af Svend B Carstensen og Svend Erik Christiansen, for en flot indsats.

Årskongressen var en stor succes, med flere deltagere end nogensinde før til et årsmøde eller årskongres. Tak fordi I alle støttede op om årskongressen.

Siden årsmødet har FFI og DIMS været i dialog med Dansk Selskab for Fysisk Aktivitet og Sundhed (DASFAS) og Dansk Selskab for Artroskopisk Kirurgi og Sportstraumatologi (SAKS) om mulighederne for et fremtidigt samarbejde. Uden på nogen måde at skulle interferere med de enkelte selskabers integritet synes der at være enighed om, at vi alle kunne drage fordel af en form for samarbejde. Foreløbig vil vi forsøge at være fælles om datoer og sted for de næste årsmøder i de enkelte selskaber. Formentlig vil DASFAS på samme måde, som det har været almindeligt for SAKS, afholde årsmøde torsdagen op til årskongressen. Tilsvarende vil Antidoping Danmark arbejde for at lægge deres årsmøde på samme lokalisation og i samme periode som Idrætsmedicinsk Årskongres 2006 i Køben-

havn. Dansk Idrætsmedicinsk Selskab finder denne udvikling meget positiv, og vi håber på et frugtbart samarbejde til fælles bedste.

På hjemmesiden vil vi den kommende tid forsøge med et nyt tiltag. Ud over de nyheder, som webmaster finder interessante for vore medlemmer, vil bestyrelsen forsøge at holde trit med de nyeste videnskabelige publikationer. Således vil vi på nyhedssiden bringe korte appetitvækkere omhandlende nyere publikationer, som vi finder relevante for vore medlemmer. Den enkelte kan herefter selv opsøge den fulde artikel. Jeg opfordrer alle til at følge med i disse tiltag på hjemmesiden og bede alle om at kommentere eller selv bringe indlæg til nyhedssiden (www.sportsmedicin.dk). Kontakt gerne vores webmaster Mogens Strange Hansen.

Glædeligt forår
Bent Wulff Jakobsen

Følgende forskningsprojekter blev præmieret ved IDRÆTSMEDICINSK ÅRSKONGRES 2005 i Århus:

Foredragskonkurrencen:

30. BIOMECHANICAL AND CLINICAL CHANGES IN ACL-INJURED SUBJECTS FOLLOWING A NEUROMUSCULAR TRAINING PROGRAM
Risberg MA, Moksnes H, Storevold A, Holm I, Engebretsen L, Snyder-Mackler L

Kategorien "Ung forsker":

1. EFFECT OF FEMALE HORMONES ON COLLAGEN SYNTHESIS IN MUSCLE AND TENDON IN RESPONSE TO EXERCISE
Miller BF, Olesen JL, Hansen M, Barbraj JA, Smith K, Rennie MJ, and Kjaer M.



Posterkonkurrencen:

35. LOW-FIELD MRI INVESTIGATION OF INTRATENDINOUS TREATMENT WITH STEROID IN ACHILLES TENDONITIS
Mikael Boesen, Morten Boesen, Karl Erik Jensen, Henning Bliddal and Søren Torp-Pedersen

Ekstrapræmien:

13. FATIGUE OF THE SERRATUS ANTERIOR MUSCLE DURING TRAINING IN COMPETITIVE SWIMMERS
PH Madsen, S Jensen, U Welter and K Bak

Vi ønsker tillykke!



Fagforum
for
Idrætsfysioterapi

v/ Ann-Britt Kirkmand,
bestyrelsesmedlem



fagforum
for
idrætsfysioterapi

Livsstilssygdomme

En af de store udfordringer vi står overfor i sundhedsvæsenet idag, er håndtering af livsstilssygdomme - og udfordringerne bliver kun større i de kommende år.

Vi har evidens for, at træning virker, og i kraft af forskellige projekter rundt omkring i landet har vi også hjulpet mange mennesker i gang med at træne.

Efterhånden som resultater fra projekterne kommer ind, viser det sig - ikke helt uventet - at den største udfordring ligger i at fastholde deltagerne til ændring af livsstil.

Fagforum for Idrætsfysioterapi er den eneste af faggrupperne under Danske Fysioterapeuter, der har fysisk træning som en del af sit kompetenceområde. Derfor har det været naturligt, at vi har deltaget i diskussionen om motion på recept, bl.a. i fagbladet, men også i form af samarbejde med DF og Sundhedsstyrelsen.

Vi har arbejdet med udvikling af videreuddannelse inden for det fysiologiske felt, men vi er også bevidste om, at træning ikke gør det alene. Menne-

sker har generelt svært ved at ændre vaner og livsstil. Erfaringer fra vores hidtidige arbejde har vist, at det er en meget vanskelig opgave at levere kvalificeret rådgivning til målgruppen for denne behandling.

Temadag

Derfor har vi i samarbejde med DF arrangeret en temadag om adfærdsændring (se www.sportsfysioterapi.dk). Vi har samlet 5 oplægsholdere med ekspertise inden for adfærdsændring, der hver især vil give deres perspektiv på den mest effektive metode til at få skabt en livsstilsændring hos målgruppen.

Efter oplæggene vil deltagerne i grupper diskutere, hvorledes sundhedsvæsenet kan få implementeret eksperternes viden på området. Dagen afsluttes med paneldiskussion i plenum.

Ud over at give inspiration og perspektivere viden samt skabe indsigt hos deltagerne, er det således formålet med temadagen at komme et skridt nærmere håndteringen af udfordringer i arbejdet med mennesker, som ønsker at ændre livsstilsadfærd.

Vi mener, at vi som faggruppe også har et ansvar i forhold til at være med til at præge det fremtidige arbejde med denne gruppe. Yderligere viden på området og politisk opbakning er vigtige skridt på vejen til at blive bedre rådgivere/vejledere for den enkelte patient.

Derfor har vi til temadagen inviteret Lars Løkke Rasmussen og en repræsentant fra Sundhedsstyrelsen. Vi ønsker deres deltagelse for at kunne skabe en faglig og politisk debat, med håb om afsæt i et fælles grundlag - at kunne tackle den fremtidige udfordring.

Hvordan skal behandlingstilbuddet til denne gruppe se ud? Hvordan kan vi etablere en tværfaglig indsats? Er fysioterapeuter fagligt og personligt kvalificeret til at løse opgaven? Hvilke videreuddannelses tilbud skal vi tilbyde i fremtiden?

Vi håber at få nogle af disse spørgsmål besvaret på temadagen d. 6 juni.

Ann-Britt Kirkmand og
Gitte Vestergaard



FFIs FØRSTE ÆRESMEDLEM

På årskongressen 2005 blev Gorm Helleberg Rasmussen på FFIs generalforsamling udnævnt til æresmedlem af Fagforum for Idrætsfysioterapi.

Udnævnelsen har baggrund i Gorms mangeårige, solide og uselviske arbejdsindsats for FFI - fra de første tanker om en forening for idrætsinteresserede fysioterapeuter kom på banen i 1985 og til i dag, hvor FFI er en meget levedygtig og respekteret idrætsfysioterapeutisk interesseorganisation.

Tak for indsatsen - og et stort tillykke.

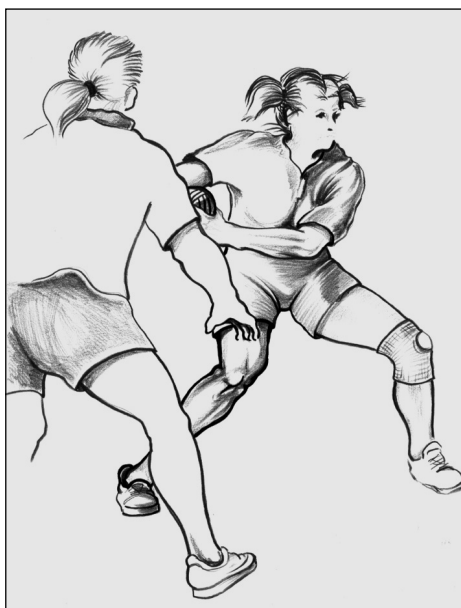


FFIs BESTYRELSE 2005 Fra venstre: Peder Berg, Karen Kotila, Martin U. Hansen, Marianne Dall-Jepsen, Henning Langberg, Vibeke Bechtold, Niels Erichsen, Ann-Britt Kirkmand og Simon Hagbarth.

Oppvarmningsprogram forebygger kne- og ankelskader

Av Odd-Egil Olsen, Senter for idrettsskadeforskning, Norges Idrettshøgskole

Kne- og ankelskader utgjør om lag halvparten av alle akutte skader i ballidretter. Noen av disse skadene kan være svært alvorlige, føre til at idrettskarrieren er over og i verste fall til tidlig medisinsk invaliditet. Senter for idrettsskadeforskning har i samarbeid med Norges Håndballforbund utviklet et strukturert oppvarmningsprogram for å forebygge disse skadetypene. En nylig publisert undersøkelse i *British Medical Journal* viser at oppvarmningsprogrammet kan halvere antall kne- og ankelskader hos idrettsaktiv ungdom.



Figur 1. Den vanligste skademekanismen for fremre korsbåndskader skjer i en finte-situasjon uten kontakt. Illustrasjonen trykket med tillatelse. © Tommy Bolic & Gazette bok. Fra boka *Idrettsskader*.

Innledning

Skandinaviske studier har vist at idrettsskader utgjør 10-19 % av alle akutte skader som registreres ved legevakt og sykehus, og at de mest vanlig er kne- og ankelskader (1). Flest skader skjer i fotball, håndball, basketball, ulike skidisipliner og gymnastikk. Innen disse idrettene er alvorlige kneskader, som fremre korsbåndskader, et økende problem. Høyest forekomst finner man blant ungdom som deltar i ballidretter med finter (figur 1) og landinger, som håndball, fotball, basketball og volleyball. I disse idrettene har kvinner 3-5 økt risiko for å pådra seg slike skader sammenlignet med menn (2-4).

Fremre korsbåndskader medfører operasjon hos om lag halvparten av de skadde, alltid lang rehabiliteringsperiode og drastisk økning i risikoen for konsekvenser på lengre sikt (5). Selv om behandlingsmetodene gir betydelig bedre resultater i dag enn for noen år tilbake, så finnes det ingen dokumentasjon som viser at operasjon av fremre korsbåndsrupstur eller isolert bruskskade forebygger tidlig artroseutvikling (5). Det er derfor nødvendig å utvikle effektive treningsprogrammer for å forebygge idrettsskader.

Noen undersøkelser tyder på at kne- og ankelskader hos voksne (6-8) og ungdom (9-12) kan forebygges, men disse undersøkelsene er små (få deltakere/skader) og ikke-randomiserte, og har uttallige metodiske svakheter. På bakgrunn av dette samt den høye forekomsten av skader i juniorhåndball

Idrettsskader

17 prosent av alle personskader ved norske sykehus og legevakter stammer fra idretten.

Hvert år pådrar omkring 4000 personer seg fremre korsbåndskader, hvorav halvparten må opereres.

Utøvere fra ballidretter som fotball og håndball er mest utsatt.

Jenter er 3-5 ganger mer utsatt enn gutter.

1837 juniorspillere i alderen 15-17 år fra 120 klubber har deltatt i undersøkelsen.

Undersøkelsen er gjennomført ved Senter for idrettsskadeforskning i samarbeid med Norges Håndballforbund.

Kne- og ankelskader er de vanligste skadetypene i håndball og fører ofte til langvarig fravær fra kamp og trening.

For å forebygge kne- og ankelskader bør treningen starte med et oppvarmningsprogram med vekt på teknikk, balanse og styrke.

(9,13,14), og da spesielt kne- og ankel-skader, har Senter for idrettsskade-forskning i samarbeid med Norges Håndballforbund gjennomført prosjek-tet *Bedre håndball – og uten skader!*

I denne artikkelen presenteres øvel-sene og hovedresultatene fra den ran-domiserte kontrollerte studien (refe-ranse A), som nylig ble publisert i Bri-tish Medical Journal, der effekten av et

strukturert oppvarmingsprogram for å forebygge kne- og ankelskader blant yngre utøvere ble prøvd ut.

Om prosjektet

Prosjektet "Bedre håndball – og uten skader!" har hatt som målsetning å utvikle et oppvarmingsprogram for å fremme prestasjon og forebygge kne- og ankelskader hos håndballspillere på

juniornivå. Programmet er utviklet i tett samarbeid mellom håndballtrenere, spillere, Norges Håndballforbund og helsepersonell, samt erfaringer fra tid-ligere forebyggende undersøkelser i håndball (8,9) og andre ballidretter (6,7,12). Informasjon fra videoanalyser av skadesituasjoner er benyttet for å finne fram til de vanligste skademeka-nismene for alvorlige kneskader, som

Oppvarmingsprogram

Oppvarmingsprogrammet er laget for å forbedre pre-stasjon og forebygge skader hos yngre håndballspillere. Øvelsene i programmet har til hensikt å bedre teknikk, balanse, styrke og spenst. Riktig teknikk i utførelsen av øvelsene er viktig for å få et godt utbytte. Trenerens oppga-ve er derfor å få spillerne med slik at de til en hver tid er konsentrerte og utfører øvelsene riktig.

Programmet gjennomføres som oppvarming på hver trening i forberedelsesperioden inntil spillerne har gjen-nomført 15 treninger, og deretter en gang per uke gjennom resten av sesongen. Noen av øvelsene kan om mulig gjøres før kamp (balanse øvelsene kun før trening). Programmet tar 15-20 minutter å gjennomføre.

1. Oppvarming

Hensikt: Forberede spillerne til videre håndballaktivitet gjennom gradvis oppvarming av muskulaturen. Lære spil-lerne riktig løpsteknikk, der hofte-kne-ankel skal være i en rett linje. Fokus på "knær over tær". Samlet varighet 4-5 min.

2. Teknikk

Hensikt: Lære spillerne riktig finte- og landingsteknikk for å oppnå en "optimal" fintebevegelse, tobeinslanding og fallteknikk. Bedre kontroll og bevisstgjøring av spesielt kne- og ankelfunksjon/ posisjon. Det velges en finte- eller landingsøvelse på hver trening. Samlet varighet 4-5 min.

3. Balanse

Hensikt: Bedre kontroll og bevisstgjøring av kne- og ankel-posisjon.

Fokus

- Knær over tær
- Bøy i knær og hofter, og senk tyngdepunktet
- Stabiliser i hoften – spesielt viktig ved øvelser på ett bein

Det velges en øvelse på hver trening, og øvelsen gjøres på balansebrett eller matte. Gjør hver øvelse minimum på tre treninger før man går videre til neste. Start med øvelse A og gå videre til øvelse B, C osv. Varier i øvelsene etter hvert. Varighet 4-5 min.



Figur 2. Eksempler på balanseøvelser. A: ett beins øvelse på balansematte. B: to beins knebøyning på balansebrett. C: "Kamp" = par-øvelse på balansematte.

4. Styrke og spenst

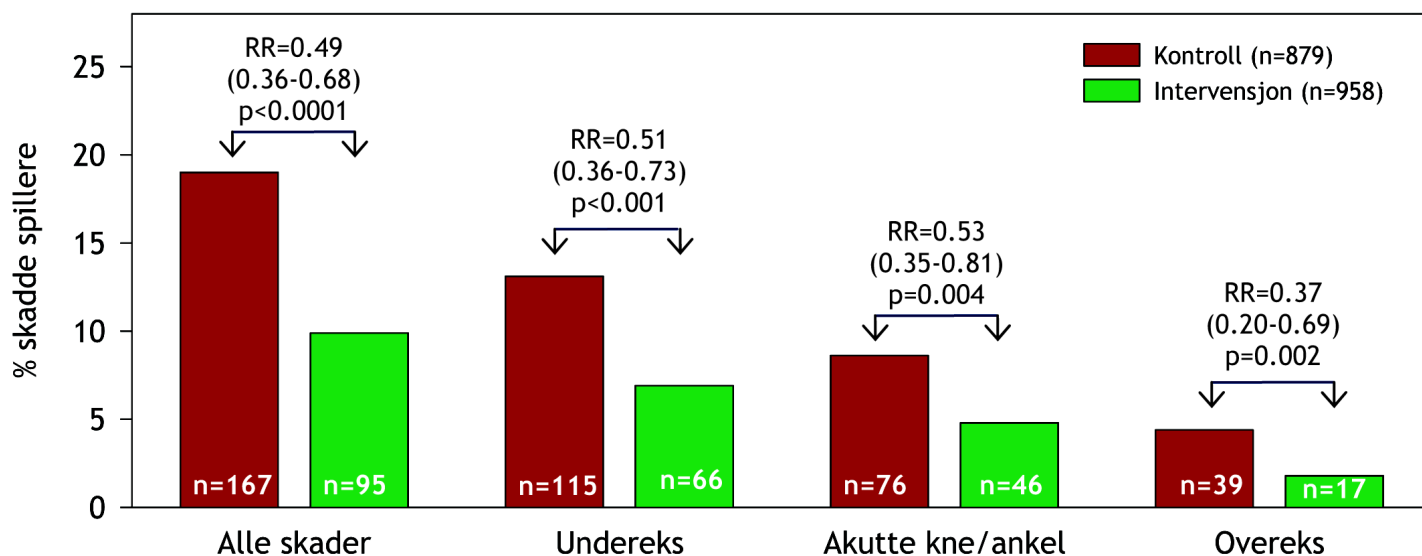
Hensikt: Øke styrke og spenst og bedre kne- og ankelkontroll. Øvelsene er inndelt i to grupper. Det velges en øvelse fra gruppe 1, mens gruppe 2 øvelsen gjøres på hver trening. Samlet varighet 4-5 min.

Gruppe 1: Øvelser som styrker forsiden lår og bedrer stillingssansen.

Gruppe 2: Øvelse som styrker bakside lår.



Figur 3. Eksempel på en styrkeøvelse (Nordic hamstrings). A, startposisjon; en partner holder rundt ankene til spilleren. B, spilleren lener seg sakte frem med en jevn bevegelse; hold rygg og hofter strake og hold igjen med musklene på baksiden av lår. Ta i mot med armene, og skyv opp igjen.



Figur 4. Intention-to-treat analyse. Antall og prosent skadde spillere, og relative risk (RR) med 95% konfidensintervall i kontrollgruppen og intervensjonsgruppen.

Oppvarmingsprogram

Oppvarming

(30 sekunder og en repetisjon på hver)

Løp framover

Løp baklengs m/sidelengs forskyvning

Løp m/knæløft og hælspark

Sidelengs løp m/kryss

Sidelengs løp med løftede armer (parade)

Løp m/stem

Løp m/rotasjoner

Stigningsløp

Teknikk

(En øvelse på hver trening; 4 minutter og 5x30 sekunder på hver)

Finte

Landing

Balanse

(På balansebrett eller matte, en øvelse på hver trening;

4 minutter og 2x90 sekunder på hver)

Pasninger (stående på to bein)

Knebøyninger (to bein/ett bein)

Pasninger (ett bein)

Ballstuss med øynene lukket (ett bein)

To- og ettbeins "kamp"

Styrke og spenst

(2 minutter og 3x10 repetisjoner på hver)

Quadriceps øvelse

Knebøyninger til 80° knefleksjon

Lange stabiliserende hopp (*Sprunglauf*)

Hopp fremover m/ball mellom beina

Hopp opp i luften—tobeinslanding

Nordic hamstrings øvelse



fremre korsbåndskader (15,16). For å forebygge disse skadene i håndball og andre ballidretter bør spillerne unngå å la knærne falle inn i en kalvbeint stilling ("kissing knees") i fintebevegelser og ved landinger – de bør derfor trene på å få "knær over tær". Prosjektet ble gjennomført sesongen 2002-2003 blant 1837 gutte- og jentespillere i 16-17 årsklassene fra kretsene på Østlandet og i Midt-Norge. Halvparten av deltagerne (61 klubber, 958 spillere) ble bedt om å følge et 15-20 min oppvarmingsprogram med håndballrelevante øvelser med og uten ball, og vekt på teknikk, balanse og styrke som del av oppvarmingen. Instruktører fra Norges Håndballforbund besøkte klubbene en gang ved sesongstart der de gjennomgikk øvelsene, samt at de igjen besøkte klubbene midtveis i sesongen. De andre deltagerne (59 klubber, 879 spillere) trente vanlig håndballtrening. Alle skader som skjedde under trening eller kamp ble registrert av ti fysioterapeuter, som var blindet for hvilken gruppe

de skadde spillerne tilhørte. Gjennom sesongen hadde de jevnlig kontakt med klubbens trenere/oppmenn og innhentet opplysninger om trenings- og kampaktivitet og skader. Blant informasjonen som ble innhentet fra de skadde spillerne var personlige data, skadeopplysninger og skademekanismer. I tillegg ble det gjort en complianceregistrering for å evaluere oppfølging av intervensjonen.

Resultater

Spillerne i de to gruppene var lik i kjønnsfordeling, alder og frafallsprosent. Alle utenom åtte (13%) av intervensjonsklubbene brukte oppvarmingsprogrammet gjennom hele sesongen. I tillegg brukte 13 (22%) av kontrollklubbene forebyggende øvelser (inkludert trening på balansebrett/-matte) i sin trening.

I løpet av åttmånedersperioden fikk 262 utøvere (14 %) til sammen 298 skader. Av disse var 81 % akutte skader, mens 19 % var belastningsskader.

Flest skader skjedde i ankel (26%), fulgt av kne (23%) og finger (11%).

Insidensen av akutte kne- og ankel-skader var 0,9 skader per 1000 spillertimer i kontrollgruppen (trening: 0,3; kamp: 5,3), mens den var 0,5 per 1000 spillertimer i intervensjonsgruppen (trening: 0,2; kamp: 2,5). Signifikant færre av de skadde utøverne var i intervensjonsgruppen (figur 4). I denne gruppen fikk 46 utøvere (4,6%) en akutt kne- eller ankelskade, mens tallet var 76 (8,6%) i kontrollgruppen. Tilsvarende tall for alle skader var 95 (9,9 %) mot 167 (19 %). For alvorlige skader ble det påvist en signifikant reduksjon på 50-80%.

Diskusjon

Undersøkelsen er den første randomiserte kontrollerte studien, som er utført blant ungdom og med et tilstrekkelig antall deltakere, som viser at akutte kne eller ankelskader kan reduseres med 50 %, og at alvorlige skader kan reduseres ytterligere. Forebyggende

trening bør derfor inkluderes som en naturlig del av treningen hos ungdom.

Studien har også en betydelig høyere compliance (87%) enn hva en tidligere ikke-randomisert studie gjort blant norske kvinnehåndballspillere (29% compliance) på forebygging av fremre korsbåndskader hadde (8). Dette tyder på at forebygging er lettere å innlemme blant yngre utøvere. Det er også grunn til å anta at oppvarmingsprogrammet kan modifiseres og brukes i andre idretter som fotball, basketball og volleyball, samt på yngre spillere. Disse idrettene har høy skadefrekvens og liknende skademønstre med kne- og ankelskader, og skademekanisme er også sammenlignbare (de fleste skaden skjer i retningsforandringer og landinger). Forebyggende trening med fokus på teknikk (retningsforandringer og landinger) og balanse-trening (på balanse Brett, matte eller lignende utstyr) bør derfor inkluderes som en naturlig del av trening hos utøvere fra 10-12 års alder.

Konklusjon

Et strukturert oppvarmingsprogram utviklet for å øke kne- og ankelkontroll ved retningsforandringer og landinger reduserer skader i underekstremitetene i juniorhåndball. Forebyggende trening bør inkluderes som en naturlig del av treningen til yngre utøvere i håndball, så vel som i fotball, basketball og volleyball.

Takk

Vi vil spesielt takke fysioterapeutene, instruktørene, trenerne og spillerne som deltok i undersøkelsen og Norges Håndballforbund. Harald Madsen har vært koordinator for Norges Håndballforbunds bidrag, som blant annet har innbefattet utstyr og økonomisk støtte til instruktørene som besøkte klubbene. Undersøkelsen ble gjennomført av fysioterapeut Odd-Egil Olsen sammen med fysioterapeut Grethe Myklebust, professor Ingar Holme, professor Lars Engebretsen og professor Roald Bahr.

Referanse:

A. Olsen et al. Exercises to prevent lower limb injuries in youth sports: a cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330: 449-452.

Originalartikkelen og oppvarmingsprogrammet kan finnes via hjemmesiden:
www.klokeavskade.no

Øvrige referanser:

www.idrettsfysioterapi.no

Kontaktadresse:

Fysioterapeut, dr.scient.
Odd-Egil Olsen
odd-egil.olsen@nih.no

*Artiklen er tidligere publisert i
Norsk Sportsmedisin nr. 1, 2005.*

IFSP og FFI-Norge har arrangert rehabiliterings-symposium den 22. juni samme sted - se annonsering side 31



1st **WORLD CONGRESS**
on Sports Injury Prevention
Holmenkollen Park Hotel, Oslo, Norway

June 23 - 25, 2005

www.ostrc.no



JUDO

Alsidig motion – Japansk tradition – Kampsport!

Af Holger-Henning F. Carlsen, praktiserende læge

Historie

Judo er en knap 150 år gammel sport med sine rødder i de gamle Japanske kampkunst-traditioner, hvor kunsten er at udnytte sin partners styrke og bevægelse. Judo betyder "den milde vej" – forklaringen på dette skal findes i historien. Judo er nemlig ikke en nyskabelse, men en modernisering af traditionelle japanske kampkunstsyste-mer, hvis formål var definitivt at sætte en modstander ud af spillet.

Judo blev skabt ved udvælgelse af de mest effektive kampteknikker, som samtidig blev gjort anvendelige til fredelig kampsport. I klassisk kampkunst blev et angreb f.eks. ofte indledt med spark eller slag mod vitale kropspunkter, hvorimod man i moderne judo indleder med greb i judogien (judodragten), og pointscoring sker på et veludført kast eller en holdeteknik. Det betyder, at alle judoteknikker trænes fuldt ud – og stort set alt, hvad man lærer, kan prøves af til træning og i konkurrence. Teknikkerne bygger på eftergiveness og snilde, hvilket betyder at god teknik er meget mere effektiv end råstyrke i en judokamp.

Judo blev hurtigt populær i Japan. Judokæmperne klarede sig nemlig fra starten af godt over for de traditionelle kampformer i turneringer (judokæmperne kunne jo træne uden at risikere liv og lemmer). Fra 1911 blev judo et obligatorisk fag for japanske realskole-drenge – officielt forbød De Allierede at kampsport i Japan efter 2. verdenskrig



"Judo – en sport for dig som gerne vil bruge alle dine muskler og tumle rundt på en tyk måtte sammen med kammeraterne eller familien"

og frem til 1950. Nu til dags hører judo til i gymnasiet, hvor drenge skal vælge mellem judo og kendo (sværdkamp).

På verdensplan er judo i dag blandt verdens 8 største sportsgrene, og har siden 1964 været at finde på programmet til de Olympiske Lege. Judo dyrkes også som en allround familie- og motionssport, og flere steder anvendes judo som handicap- og rehabiliterings-træning, idet der er tale om en motionsform, hvor alle muskelgrupper aktiveres.

I Danmark opstod de første rigtige judoklubber under 2. verdenskrig, nemlig i Esbjerg og Fredericia i 1943. I 1944 startede en gruppe aktive modstandsfolk en judoklub i Hellerup, og det har siden vist sig, at judoklubben blev brugt som dække for sabotage-virksomhed. I dag findes der omkring 100 judoklubber i Danmark.

Træningsforhold

Judo trænes på måtter, som er speciel konstrueret, så man ikke slår sig. Egentlig er måtterne stort set lig de "tatami" som er gulvbelægning i et japansk hjem, og dragten "gien" er lig et klassisk japansk jakkesæt til mænd. "Gien" er lavet, så den kan modstå de træk, som skal til for at lave judoteknikkerne, og den holdes sammen af et stærkt bælte, hvor farven signalerer kæmperens dygtighed.

Judo-"sproget" er stadig japansk.

Det sorte bælte

Prøvesystemerne er tilpasset de enkelte landes lokale forhold. I Danmark har vi prøver for børn, ungdom og voksne. Man skal være 17 år for at kunne gå op til sit første sorte bælte, og ydermere skal man have vundet over 10 med samme grad som en selv inden for et år.

For begyndere er judopensummet bygget op efter et 5 trins system kaldet "go-kyu". Til hvert trin hører gymnastikøvelser, fald, kast og gulvarbejde. Består man det første trin får man gult



Besøg i Kinkai judoklub, Japan



Katame-no-Kata på Italiensk

bælte, så orange, grønt, blå og brunt bælte.

Derefter følger ekspert- eller dangraderne, dem er der 10 af. På verdensplan er der dog kun 1 person med 10. dan. Ved graduering til sort bælte, 1. – 5. dan, viser man en Kata, som kort fortalt er en stiliseret fremstilling af teknikkerne. Fra 6. til 8. dan får man et rødt-hvidt bælte. Det tildeles som anerkendelse af en helt speciel indsats for sporten. 9. og 10. dan er et rødt bælte.

Bæltefarven viser således udøverens niveau og er med til at fortælle hvilke hensyn man bør tage over for en træningspartner.

Kamp

Judokampe afvikles som tvekampe, enten med deltagere fra hold eller i indi-

viduelle turneringer opdelt efter køn, vægt, bæltegrader og alder. Der er en hoveddommer og to sidedommere. Kampen indledes med hilsen og sættes så i gang på dommerens kommando, hajimé. Først kæmpes om at få godt fat i modstanderens gi, hvorefter kampen går i den taktiske fase med at bringe modstanderen ud af balance og få lavet et kast eller en benfejning. Et perfekt kast afgør kampen, ellers kan den fortsættes i gulvkamp, hvor scoringer fås ved holdegreb, armlås eller strangulering.

Et perfekt kast, holdegreb i 25 sek., en strangulering, armlås, eller at modstanderen i øvrigt giver op ved to klap i måtten, giver fuld "Ippon", og kampen er vundet. Mindre scoringer gives ved knap så veludførte teknikker, og

kampen kan da fortsætte op til 5 minutter.

Også børn stiller op til kampe, dog uden strangulerings- og armlåsteknikker, ligesom kampene typisk er kortere.

Den daglige træning

Judoen udfordrer motorik, balance, smidighed, kombinationsevne, styrke og psyke. Træningen er stort set identisk over alt i verden.

En typisk træning starter med at man står på en lang række ordnet efter bæltefarve. Overfor står så træneren, og på besked fra ham sætter man sig ned og hilser på hinanden. Herefter er der så omkring 20 minutters grundig, judorelevant opvarmning samt faldtræning, så ca. en halv times gulvarbejde startende med let rullen rundt med en partner, så vekslende teknikdemonstrationer og kamp. Herefter en halv times stående træning, teknik- og kamptræning og til slut udspændingsøvelser og eventuel leg eller styrketræning.

Ved partnerskift hilser man af med sin gamle partner og hilser på sin nye – respekt for både træner og træningspartner er en vigtig del af judo.

Skader

Grundig opvarmning, disciplin, bæltefarver og hilseritualer antages at begrænse skaderne i judo. Vægtpineri og "overuse" kan være forklaring på, at de fleste skader ses hos konkurrencekæmpere.

I perioden 1988 – 1991 foretog jeg en skadesregistrering i Danmarks 4 største



Ungdomsturnering i Nagasaki



Besøg på Tokai Universitetet hos Y. Yamashita - verdens mest vindende judokæmper

judoklubber, samt under træningssamlinger og i danmarksturneringen. De typiske skader:

- Skulderskader 18%, knæskader 13,5%, albueledsskader 12,5% og fodledsskader 8 %
- 45 % af alle skader sker i kamp
- 67 % af alle skader var distortioner, 11% frakturer, 8% kontusionsskader
- 81 % af de registrerede skader var nye skader
- Gennemsnitligt fravær fra træning er 5,8 uger og fra arbejde 1,6 uger.
- I kamp registreres en skade pr. 83 kampe (baseret på 4653 kampe).
- Skadesfrekvensen var 1,2 skade pr 1000 træningstimer. Sammenlignelig frekvens i fodbold: 4,1 og i håndbold: 8,3 skader pr 1000 træningstimer (Uffe Jørgensen, 1981).

Det sociale

Grundlæggeren af judo, dr. Kano, lagde vægt på at sporten skulle fremme international forståelse.

Judokæmpere er altid velkomne i en fremmed klub. Jeg tager altid min judo-gi med, når jeg er på rejse – jeg har således besøgt stort set alle danske klubber og masser af klubber rundt om i verden: Brasilien, Egypten, England, Island, Italien, Japan, Luxembourg, Malta, Norge, Sverige. Thailand, Tyskland og U.S.A. For mig er judo vejen til at komme i kontakt med folk internationalt.

Afslutning

Judo er et godt bud på en motionssport for hele familien, og for dem der vil,

lige en spændende konkurrencesport.

Lige så krævende det er at stå alene på måtten overfor en modstander i kamp, lige så hyggeligt er det at træne sammen med kammeraterne. Har du lyst til at prøve kræfter med en moderne japansk sport så kontakt den nærmeste judoklub - du er helt sikkert velkommen!

Kontaktadresse:

Holger-Henning F. Carlsen
Maderupvej 60
5471 Søndersø
hhfc@dadlnet.dk

Taekwondo-landsholdet

- en tværfaglig, fysioterapeutisk oplevelse

Af Bente Andersen, fysioterapeut MSc

Kvindeprojekt

Tilbage i 1998 blev jeg tilknyttet et kvindeprojekt i samarbejde mellem Team Danmark og Dansk Taekwondo-forbund. Dansk kvinde-taekwondo trængte til et idrætsligt løft, og det besluttede man at gøre med et tværfagligt projekt fra 1998 til 2000. Jeg havde erfaring fra min tilknytning som fysioterapeut til judo- og ju-jitsu landsholdet og fik dermed endnu et indblik i træning og skader i kampsport.

Til projektet var knyttet en projektgruppe bestående af: en træner, en elitekonsulent (der samtidig var fysisk træner), en aktiv-repræsentant, en konsulent fra Team Danmark, en diætist, en læge og en fysioterapeut samt til slut i projektet en eliteudvalgsrepræsentant fra forbundet. Projektgruppen mødtes regelmæssigt og den idrætslige, fysiske og mentale udvikling blev fulgt i tæt dialog. Erfaringsudvekslingen i projektgruppen viste, at en servicering af de aktive får et løft, når et tilknyttet servicepersonale taler sammen. For eksempel observerede vi i gruppen, at der i flere tilfælde var sammenhæng mellem skader (både overbelastnings- og akutte skader) og undervægt - eller spiseforstyrrelser, som på det tidspunkt var et problem i kvindetaekwondo. I projektgruppen blev der også opnået en løbende læring om hinandens fagområder, og denne læring blev ført med videre i det uformelle netværk, der opstod mellem gruppens medlemmer. Desværre var projektperioden ikke lang nok til, at erfaringerne kunne implementeres og forankres tilstrækkeligt på klubniveau,

men denne udfordring har forbundet taget op.

Da den idrætsmedicinske struktur i Team Danmark blev ændret i 2002 nedlagdes projektgruppen, og jeg fortsatte arbejdet i landsholdsregi. Til hverdag hører landsholdet idrætsmedicinsk til Team Danmarks idrætsmedicinske team i elitelandsbyen i Farum, hvor de har deres træningscentrum. Jeg er nu udelukkende tilknyttet landsholdet under rejseaktivitet og landsholdssamlinger samt til rådgivning herudover. Dette medførte, at jeg deltog i den fysioterapeutiske stab ved OL i Athen i sommeren 2004, hvor vi havde to herrekæmpere med: Jesper Roesen og Zakarias Asidah. Deres deltagelse var en naturlig følge af et godt og stort talentarbejde i taekwondo-verdenen i Danmark i perioden 1998 til 2004.

Betydelig risiko for skader

Taekwondo er en blanding af flere forskellige kampsportsgrene, hvor den største indflydelse kommer fra taekkyon, som er koreansk kick-fighting. *Tae* betyder "at sparke" eller "smadre med fødder", *kwon* betyder "knyttet hånd" eller "slå med hånden", og *do* betyder "vejen" eller "metoden at gøre det på". De grundlæggende principper for taekwondo er at bruge sine hænder og fødder til lynhurtigt at overmande sin "attacker". Taekwondo blev udviklet i Korea i 50'erne, da en gruppe ledende koreanske kampsportsfolk blev enige om at sammenlægge deres respektive discipliner under et enkelt kampsportssystem – taekwondo.

Træning

Hvis man vil noget med sin idræt, må man træne meget, også i taekwondo. På eliteniveau har man ofte god træningsvejledning med skadeforebyggende islet. I sub-eliten og på motionsniveau er vejledningen mindre prioriteret. Generelt er træningen i taekwondo dog god og varieret, og kroppen har på mange måder godt af den.

I træningen lægges der vægt på:

- **Kropskontrol:** Alle muskelgrupper bruges, og der opnås øget styrke, hurtighed, udholdenhed, fleksibilitet, kraft samt en bedre motorik generelt.
- **Mental styrke:** Gennem fysisk træning er målet med taekwondo at bringe ånd og sjæl i harmoni. Fysisk velvære giver mentalt overskud i alle hverdagens gøremål.
- **Selvforsvar:** Udstråler du sikkerhed og fasthed, er det ofte nok til at holde overfaldsmænd væk. Er mulighederne for at undgå konfrontationen udtømte, er taekwondo et yderst effektivt selvforsvar, der skal bruges med omtanke.

Skader

Jeg vidste ikke meget om Taekwondo, da jeg blev tilknyttet. Det blev dog hurtigt tydeligt for mig, at risikoen både for overbelastnings- og akutte skader er betydelig. I kvindeprojektet kom mange af pigerne med "gamle" skader, som der ikke hidtil var gjort meget for at dæmpe op for.

Overbelastningsskader:

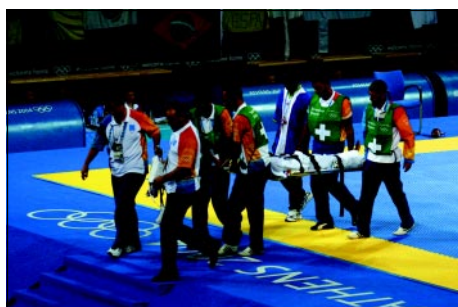
I Taekwondo opstår der overbelastningsskader, fordi alle bevægelser og teknikker skal trænes igen og igen, sparket skal forfines og afprøves i man-

ge repetitioner, indtil man gør det rigtigt hver gang - dette ud fra devisen: det, du har øvet flest gange, kan du bedst. Som i alle andre idrætsgrene er det ofte fejlene man øver flest gange. Når man endelig gør noget rigtigt efter 20 gange forkert, holder man pause!! Derfor skal det korrekte spark trænes lige så mange gange. Det kræver et overskud af styrke - både koncentrisk og ekscentrisk - for at imødegå denne belastning i mange træningstimer om ugen på eliteplan.

Overbelastningsskaderne ses derfor mest i lysken - (hofteflexorer og -adduktorer), i hasemuskulaturen (der skal "bremse" sparket) og i achillesenen, fordi kæmperen står og "stepper" meget. Skader i achillesenen blev vi meget opmærksomme på i kvindeprojektet, og der blev indført sko under træning for at få stødabsorbering (i dem kan også man benytte egne indlæg) samt iværksat træningsprogram for pigerne for at få styrke omkring læg og fod. Det er sjældent, at der observeres achillesene-overbelastninger nu, hvilket muligvis også har noget at gøre med, at der er indført gode måtter at træne på. Tilsvarende er der blevet stor opmærksomhed på at træne både styrke og fleksibilitet af hasemuskulatur for at undgå de tidligere så meget almindelige gener her.

Akutte skader:

De akutte skader i Taekwondo opstår



Af og til må en kæmper bæres fra banen ...

som regel i kamp ved kontakten med modstanderen eller som en del af kontakten med madrassen f.eks. ved et vrid i UE. I min tid med kvindeprojektet og med landsholdet vil jeg mene jeg har set en del af de akutte skader der kan opstå. Jeg har været fysioterapeut ved mange store stævner og både oplevet dem på vores egne kæmpere og set dem på andre. Skaderne strækker sig fra små fiber-overrivninger eller fingerfrakturer til den ultimative skade: et spark på halsen medførende overrivning af arteria vertebralis med døden til følge.

Sidstnævnte skade er vanskelig at forebygge og sker statistisk set næsten aldrig. Alligevel oplevede vi den til US-open i 1999. Ved et sådant tragisk dødsfald fjernt fra Danmark må fysioterapeuten i sagens natur - udover at være involveret fra første færd i nødhjælpen på madrassen - også være klar med psykisk førstehjælp til de andre deltagere på holdet. Den oplevelse med holdet og træneren har haft til følge, at vi kender hinanden særdeles godt og ved, hvor vi skal støtte op om kæmperne og om hinanden.

De øvrige akutte skader går fra frakturer i foden (ved spark - undgås til dels ved at have sko på under træning - det må man ikke ved stævner), ankel- og fodledsdistorsioner, ACL-skader (standbenet vrider i sparket med modsat ben), PCL-skader, hvor man bliver sparket af modstanderen ind på tibia, fibersprængning i læg- og hase muskulatur. Der ses frakturer i alle andre knogler - underarm, albue, hænder og ribben efter uheldige og upræcise spark.

Selv om beskyttelsesudstyr er påbudt ved kampe i taekwondo, er det vanskeligt at undgå skaderne. En god teknik og hurtighed kan gøre rigtig meget, men hvis man stiller op overfor en teknisk meget dårlig kæmper, sker der let skader på begge kæmpere. Det gør ondt at kæmpe i taekwondo og det er ikke en sport for "tøsedrenge". Som fysioterapeut må man mange gange gå på kompromis med sin egen opfattelse af, hvad der er "sundt", men sådan vil jeg tro det er i alle kampsportsgrene. Det er vel aldrig sundt at lægge krop til at blive slået på, sparket eller revet i? Heldigvis er træningen ikke så farefuld som kampene.

Primær og sekundær profylakse

Profylakse er i taekwondo, ligesom i andre sportsgrene, altafgørende for at nedbringe antallet af skader. Selve grundtræningen i taekwondo tager mere højde for behovet, end jeg har observeret i andre sportsgrene. Der gøres meget ud af stabilitets- og balancetræningen for både truncus og UE, og ligeledes prioriteres fleksibilitet højt. Der laves individuelle styrke- og konditionstræningsprogrammer til alle på landsholdet. Problemet er her, som i andre sportsgrene, at udøverne ikke fra træningen i klubberne er vænnet til den høje træningsintensitet til landsholdssamlinger. Derfor opstår der flere overbelastningsskader og akutte skader i det regi, sandsynligvis på grund af træthed. Dette ved jeg, at landsholdstrænerne samarbejder med klubtrænerne om. Kunne man så ikke bare styrketræne rigtig meget? Jo, det kunne man i princippet godt, men det skal være planlagt godt og under supervision, idet taekwondo er en vægtklasserelateret idræt. Det kræver for at forblive i en vægtklasse, at man holder vægten nede, men samtidig forsøger at træne sig stærk og hurtig. Da muskelfæv vejer mere end fedtvæv er det indlysende, at man som kæmper kan forfalde til ikke at ville træne for meget styrketræning. Denne problematik har landsholdet gjort meget ud af at tage fat på, og optimerer styrketræningen individuelt for den enkelte kæmper i samarbejde med fysisk træner og diætist.

Faglig vinkel ...

Som rejsende fysioterapeut med landsholdet er jeg en blanding af fysioterapeut, massør, sygeplejerske, ledsager til dopingkontrol og "bare tilstede, for dem som måtte have behov for en opmærksom lytter, opmuntring, et knus eller et klap på skulderen". Dette har jeg tilfælles med mange rejsende kolleger. Der er mange og lange arbejdsdage, men hvor får vi som fysioterapeuter arbejdet sammen med personer, som er så topmotiverede, og hvor vi føler os så uundværlige, som i eliteidrætten?

Kontaktadresse:

Bente Andersen
bente.andersen@kbhfy.dk

Skader i taekwondo

Af stud.med. Lise Kolby, stud.med. Mette Hvilshøj, læge Søren Larsen, læge Morten Blomgren og professor Søren Overgård

Baggrund

I Danmark er taekwondorelaterede skader kun beskrevet i et tidligere studie i forbindelse med at VM i 1983 (1) blev afholdt i København. Man registrerede da på skadestuen på KAS i Glostrup en række alvorlige skader mod ansigtet. Alle mindre skader, som kunne behandles "på stedet" af stævnelægen blev ikke registreret.

I udenlandsk litteratur eksisterer en række opgørelser over skader i forbindelse med taekwondostævner. Registreringen har her kun fundet sted i forbindelse med få stævner, og disse har været på højt niveau. Risikoen for tilskadekomst varierer fra 26-126 skader/1000 AE (2-6). Den dominerende skadetype er kontusioner og lokalisationen er primært underekstremiteter og hoved/hals.

Vi mener ikke, at man på baggrund af disse opgørelser (1-6) kan vurdere risikoen for tilskadekomst under stævner indenfor breddeidrætten. Vi fandt det derfor interessant at lave en registrering af skader opstået under kamp ved samtlige taekwondostævner arrangeret af Dansk Taekwondo Forbund (DTaF). Vi formodede at en sådan registrering ville gøre os i stand til at vurdere risikoen for tilskadekomst under udøvelsen af taekwondo, samt udtale os om hvilke type skader der sker og placeringen af disse. Denne form for registrering er også en vigtig del i skadeforebyggelsen, ikke kun indenfor taekwondo, men også indenfor andre idrætsgrene.

Formål

Formålet med vores projekt, der er gennemført i samarbejde med Ulykkes Analyse Gruppen, afd. O, Odense Uni-

versitetshospital, er at belyse skademønster, konsekvenser af skaderne, samt vurdere risikoen for tilskadekomst ved udøvelse af taekwondo i Danmark.

Metode

Der er over en fireårig periode, fra 1. januar 1998 til 31. december 2001, foretaget skaderegistrering til taekwondostævner i Danmark. Denne registrering er udført i samarbejde med DTaF. Registreringen af skader er foretaget af den ansvarlig stævnelæge.

Indsamlingen af det samlede datasæt foregik i tre trin: 1. Skadekort blev udfyldt af ansvarlige stævnelæge; 2. Stævnedata, effektiv kamptid, antal kampe og antal deltagere fordelt på aldersklasser, fik vi fra DTaF; 3. Spørgeskema, som gav informationer om skadens konsekvens for udøveren og dennes familie, blev sendt til den skadede udøver nogle uger efter stævnet.

En skade blev defineret som: en skade opstået under kamp og tilset af stævnelægen. En alvorlig skade blev defineret som: en skade der betød, at kæmperen var fraværende fra træning og/eller skole/job på grund af skaden.

Alle udøvere, som kom til skade under kamp, og som blev vurderet af stævnelægen, er inkluderet i opgørelsen. Kæmpere fra udenlandske klubber blev ekskluderet, idet opfølgning med spørgeskema ikke var mulig.

Skaderisikoen blev opgjort i antal skader pr. 1000 AE (Athlete Exposure). En Athlete Exposure refererer til en kæmpers udsættelse for risikoen for at blive skadet under kamp. Under en taekwondo kamp er der altid to AE pr. kamp.

Resultater

Registreringen foregik ved 37 stævner med 4394 kampe med i alt 4317 kæmpere i alderen 9-36 år. I alt 159 skader blev registreret.

Ved den efterfølgende spørgeskemaundersøgelse var svarprocenten på 85 %.

Tabel 1 (Skadelokalisation) viser, at 40 % af skaderne er lokaliseret på underekstremiteten og 30 % på hoved/hals. En årsag til dette kan være, at der primært bruges spark, når der angribes, og hovedet er pointgivende. Det bevirker, at disse to lokalisationer er specielt udsatte for skader.

Tabel 2 (Skadetype) viser, at størstedelen (63 %) af skaderne er kontusioner. Næsthyppest er frakturer (12 %). Den hyppigste frakturtype er metatarsfrakturer, hvilket som tidligere nævnt angiveligt skyldes måden at kæmpe på. I forhold til VM i 1983 (1) er der

Tabel 1. Skadelokalisation

Underekstremiteter	40,3 %
Hoved/hals	30,8 %
Overekstremiteter	27,0 %
Trunkus	1,3 %
Andet	0,6 %

Tabel 2. Skadetyper

Contusioner	63 %
Frakturer	12 %
Distorsioner	11 %
Vulnus	7 %
Commotio Cerebri	6 %
Andre	1 %

Andre = Hyperventilatio efter slag/Dehydratio.

kun to ansigtsfrakturer (næsefrakturer). Indførelsen af obligatorisk brug af hjelm siden 1983 har angiveligt haft betydning for denne relative reduktion.

Tabel 3 (Risikorater) viser, at risikorate for kvinder og mænd er på henholdsvis 21 og 17,4 skader/1000 AE. Der er ingen signifikant forskel på mænd og kvinder (95 % CI). Køns- og aldersopdelt adskiller dame junior klassen sig med en markant højere risikorate i forhold til de andre aldersklasser. Årsagen til dette kan vi ikke vurdere på baggrund af vores data. Det vil kræve nye undersøgelser, hvor der fokuseres specielt på denne aldersgruppe.

Tabel 4 (Time-loss skader) viser, at risikoen for at pådrage sig skader, som medfører fravær fra træning, er på 11,2 skader/1000 AE. Risikoen for at få skader, som medfører fravær fra skole/job, er betydelig lavere (6,1 skader/1000 AE). Dame junior klassen adskiller sig igen med en højere risiko for at få skader, som medfører fravær fra træning samt skole/job i forhold til de andre aldersklasser.

Konklusion

- Skademønstret indenfor taekwondo i Danmark fordeler sig med flest skader på underekstremiteterne efterfulgt af hoved/ansigtsskader. Kontusioner og frakturer var de hyppigste skadestyper.
- Der findes ingen danske opgørelser over skaderisiko inden for andre idrætsgrene, som er sammenlignelige med denne opgørelse.
- Færre alvorlige ansigtsfrakturer end i den tidligere danske undersøgelse (1).
- Større risiko for at komme til skade under taekwondokamp, hvis man er kvinde, særligt i alderen -15-17 år (dame-junior), som udgør en risikogruppe.
- Tendens til, at dame-junior gruppen har større risiko for at pådrage sig skader, som medfører fravær fra træning og/eller skole/job i forhold til de øvrige aldersklasser.

Kontaktadresse:

Lise Kolby
kolbylise@hotmail.com

Referencer:

- 1: Kryger H, Siana JE & Bojsen PB. Skader ved verdensmesterskabet i sportsgrenen Taekwondo. Ugeskrift for læger 1984; 146(44): 3371-3372.
- 2: Zemper ED, Pieter W. Injury rates during the 1988 US Olympic Team Trials for taekwondo. Br. J. Sp. Med. 1989; 23(3): 161-164.
- 3: Oler M, Tomson W, Pepe H, Yoon D, Branoff R, Branch J. Morbidity and Mortality in the Martial Arts: A Warning 1991; 31(2): 251-253.
- 4: Pieter W, Lufting R. Injuries at the 1991 taekwondo World Championships. J. Sports Traumatol. rel. res. 1994; 16(1): 49-57.
- 5: Pieter W, Ryssegem Gv, Lufting R, Heijmans J. Injury situation and injury mechanism at the 1993 European Taekwondo cup 1995; 28: 1-24.
- 6: Pieter W, Zemper ED. Injury Rates in Children Participating in Taekwondo Competition. Jour. Trauma: Injury, Infection, and Critical Care 1997; 43(1): 89-96.

Tabel 3. Risikorater

	Skader (%)	Skader pr. 1000 AE [95%ci]
Piger	14 (8,8%)	19,1 [10,5;32,1]
Drenge	56 (35,2%)	16,4 [12,4;21,3]
Dame Junior	16 (10,1%)	40,0 [22,9;65,0]
Herre Junior	28 (17,6%)	23,3 [15,5;33,7]
Dame Senior	7 (4,4%)	11,1 [4,5;22,9]
Herre Senior	37 (23,2%)	15,3 [10,8;21,1]
Total hunkøn	37 (23,3 %)	21,0 [14,8;28,9]
Total hankøn	122 (76,7 %)	17,4 [14,4;20,7]

Tabel 4. Time-loss skader

	Skolefravær (antal skader m. fravær fra skole)	Timeloss (Antal skader med fravær fra træning >4 dage)	Skolefravær pr. 1000 AE [95%ci]	Træningsfravær pr 1000 AE [95%ci]
Piger	4	7	5,5 [1,5;14,0]	9,6 [3,8;19,7]
Drenge	15	29	4,4 [2,5;7,3]	8,5 [5,7;12,2]
Junior Damer	10	13	25,0 [12,0;46,0]	32,5 [17,3;55,6]
Junior Herrer	12	21	10,0 [5,2;17,5]	17,5 [10,8;26,8]
Senior Damer	1	3	1,6 [0,04;8,8]	4,8 [1,0;13,9]
Senior Herrer	12	25	5,0 [2,6;8,7]	10,4 [6,7;15,3]
I alt	54	98	6,1	11,2

KARATE

— idrætsmedicinske perspektiver

Af Hans Viggo Johannsen, overlæge, ortopædkirurgisk afdeling, Århus Sygehus

Japansk kampsport

Karate er et japansk kampsystem, der stammer fra øen Okinawa, hvorfra det blev indført til Japan i starten af 20'erne. Ordet karate kan lidt frit oversættes til "tom hånd" som en hentydning til, at teknikkerne udføres uden anvendelse af våben. I en periode af Okinawas historie var bondebefolkningen underlagt et forbud mod at bære våben, og det var formentlig en væsentlig medvirkende faktor i systematisering og udvikling af våbenløse selvforsvars- og kampsystemer hvor hænder, fødder og andre dele af kroppen trænedes og hærdes for at kunne anvendes som våben.

Der findes 5 karate hovedstilarter - alle med oprindelse på Okinawa - og selv om der er væsentlige forskelle, er lighederne dog generelt langt større. Således afholdes der nationale og internationale mesterskaber efter fælles regelsæt. Selv i forhold til lidt mere fjernt beslægtede systemer som kung-fu, tai chi og taekwondo, er der mange lighedspunkter og en til dels fælles oprindelse, selv om der ikke her er noget egentligt samarbejde i forhold til turneringer mm.

Den internationale udbredelse af karate tog først rigtigt fart i starten af 70'erne, men væksten har siden været ganske betydelig verden over. I Danmark runder medlemstallet i Dansk Karate Forbund (DIF-forbund) snart 10.000, og der er herudover et stort antal udøvere i uorganiserede eller andetsteds organiserede klubber.

I oplægget til dette mini-temanummer om kampsport bad redaktionen

om en belysning af sportens særegenheder og en beskrivelse af karakteristiske skader. Min indgangsvinkel i den forbindelse er først og fremmest, at jeg har været aktiv udøver og instruktør i snart 30 år og har deltaget i et stort antal nationale og internationale kurser og mesterskaber både som aktiv kæmper, official og stævnelæge. Jeg har herudover i mange år været involveret i organisatorisk arbejde. Som lægelig konsulent for karateforbundet har jeg deltaget i flere komiteer, der har beskæftiget sig med forskellige sikkerhedsmæssige aspekter indenfor sporten.

Træningsmetoder

Teknisk består karate af en række forskellige slag, stød, parader, spark, greb, kast og fodfejninger. Teknikkerne trænedes oprindeligt alene i stiliserede sæt af øvelser - kata - bestående af sammensatte serier af parader, undvigelser, angreb, stød og spark fra forskellige stillinger mod imaginære modstandere fra alle verdenshjørner. Bevægelserne er oftest meget varierede med både langsomme, flydende og mere eksplosive passager. Katatræning er meget krævende, men en belastningsmæssigt varieret træning.

Sparringskampe med en eller flere modstandere og træning af teknikker enkeltvist eller i simple kombinationer er andre væsentlige elementer i den daglige træning. På eliteniveau suppleres der typisk også med styrketræning for relevante muskelgrupper.

Det essentielle i karateteknikker er en eksplosiv fokusering af al kraft i et

punkt. I udførelsen af et stød skal kraften fra kroppens bevægelse fremefter adderes til kraften fra hofte- og kropsrotation, der adderes til kraften fra selve stødet og underarmsrotationen. Når farten og dermed kraften i alle disse delbevægelser er maksimal i kontaktøjeblikket, er kraften i stødet maksimal. Det er svært at opnå denne kraftfokusering, og træningsmæssigt er det et af hovedpunkterne.

I kamp står modstanderne sjældent stille - de flytter sig, når de bliver angrebet, og angriber gerne selv - så reaktionstræning og automatisering af hurtige undvigelser og angreb i alle varianter er en absolut nødvendighed. Bevægemønstrene er i stil med det man ser hos meget bevægelige bokkere - blot er afstanden mellem kæmperne typisk lidt større for at holde passende afstand til mulige spark.

Indlysende fortrin for en karatekæmper er hurtighed, balance, reaktionsevne og smidighed, og det er disse egenskaber træningen sigter mod at styrke.

Karate blev importeret til vesten som et samlet koncept: teknikker, etikette, filosofi og træningsmetoder. Specielt i starten var træningsprincipperne noget fjernøstlige og ikke ligefrem præget af pædagogisk blødsødenhed. Hovedprincippet var endeløse repetitioner - skulle der trænes spark, blev der sparket og sparket til benene næsten faldt af, afbrudt af en kort pause hvorefter der igen blev sparket. Træningen måtte meget gerne gøre ondt, og eftersom det er en kampsport, var det kun godt at man lærte smerten at kende fra

starten. De mange gentagelser kunne også give træningen et næsten meditativt moment, og det var - og er - rent gulf for de mange traditionalister i sporten.

Træningsprincipper og -metoder har siden ændret sig ganske meget. De fleste instruktører er nu veluddannede, og træningen bygget på noget mere moderne og varierede metoder.

Repetitioner er dog stadig det bærende princip i al karatetræning - som det er i de fleste andre sportsgrene. Til forsvar herfor er der i nyere forskning flere undersøgelser der tyder på, at repetitioner faktisk er den bedste måde at effektivisere en bevægelse - bevægelsen kan udføres mere eksplosivt, og også reaktionsevnen forbedres.

Trænings- og overbelastningsskader

Som i al anden sport med en høj gentagelsesgrad af bevægelser er der en indbygget risiko for overbelastningsskader på grund af ensidig træning.

Der findes ingen publicerede undersøgelser som omhandler overbelastningsskader i karate. I et ikke-publiceret pilotstudie (forfatterens) omfattende

de et års systematisk registrering af overbelastningsskader i en mellemstor karateklub på knap 100 medlemmer, blev der fundet 12 overbelastningsrelaterede skader medførende træningsfravær, og kun to typer skader forekom i mere end ét tilfælde: albuesmerter (2 tilfælde) og forreste knæsmarter (5 tilfælde). De to tilfælde af albuesmerter var relateret til gentagen hyperekstension af albuen under træning af stød ud i luften - medførende kollision i fossa posterior. Forreste knæsmarter har oftest en noget kompleks genese, men en væsentlig medvirkende faktor i karate er gentagne statiske belastninger i dybe stillinger og dynamiske belastninger på meget flekteret knæ under angreb og undvigelse (frem-stop-tilbage).

Hovedparten af træningsfraværet skyldtes dog mere akut opståede skader.

I en undersøgelse, hvor hyppigheden af trænings- og turneringsrelaterede skader i fem forskellige kampsportsgrene blev sammenlignet, var hyppigheden per år af skader medførende træningsfravær: 14% i tai chi-gruppen, 30% for shotokan-karate,

kung fu 38% og 59% i taekwondo-gruppen (1).

Den relative fordeling på skadetyper blev ikke specificeret. I tai chi trænes der uden modstander, i kung fu og karate-træning og -turneringer er kontakt ikke tilladt, hvorimod kontakt er tilladt i taekwondo. Skadehyppigheden var forventeligt størst hos de, der trænede mest, og var generelt lav hos de, der kun havde trænet i kortere tid.

Personlige observationer

Når der mangler undersøgelser er personlige observationer tilladte. Den eneste overbelastningsrelaterede skade, jeg har set forekomme med nogen hyppighed, er forreste knæsmarter. I starten var det et ikke så sjældent problem hos juniorerne, men problemet er siden reduceret væsentligt. Reduktionen er formentlig baseret på en større bevidsthed hos instruktørerne om vigtigheden af at undgå længere tids statiske belastninger i dybe stillinger, specielt i de yngre aldersgrupper.

En anden påfaldende observation er et næsten totalt fravær af underkstremitetsskader, så som muskelforstrækninger eller partielle rupturer, achilles-



Karatetræning - balance og smidighed!

seneproblemer eller lyskeskader - dette på trods af de store krav til fleksibilitet i underekstremiteternes led og muskelgrupper karatespark stiller. Det kan skyldes, at opvarmnings- og udstrækningsøvelser altid har været en systematiseret og integreret del af karatetræningen. Også ved turneringer er det for de fleste kæmpere et fast ritual at gå gennem et større opvarmnings- og udstrækningsprogram før hver kamp. En medvirkende faktor kan også være, at der på eliteniveau er en positiv selektion af smidige kæmpere som har mindre tendens til den type skader. Også under træningen sker langt de fleste skader, når der trænes i kamp mod modstander, uanset om det er i fri kamp eller en af de mange varianter af aftalt kamp. Skadehyppigheden ved mental træning er i alle undersøgelser lav.

Akutte skader og turneringsskader

Modsat mange andre sportsgrene er konkurrencemomentet ikke særlig fremtrædende i karate, og langt hovedparten af de, der træner, deltager aldrig eller kun meget sjældent i egentlige konkurrencer, men træner karate som selvforsvar, for motionens skyld eller af andre årsager.

Karatekampe kan afvikles efter forskellige regelsæt, som hovedsagelig adskiller sig fra hinanden ved graden af tilladt kontakt. I traditionel karate er kontakt ikke tilladt, og alle teknikker skal standses så tæt på modstanderen som muligt, idet der højst må være "skin touch". På kroppen tillades dog ofte ganske kontant kontakt. Der tildes point for stød, slag eller spark, der - hvis de var blevet ført igennem - skønnes at ville have skadet modstanderen. Hvis modstanderen rammes hårdt eller eventuelt skades af en teknik, får synderen tildelt en advarsel eller diskvalificeres i grove tilfælde. Det skaber mulighed for at den ramte "filmer" sig til at modstanderen straffes - men da "film" også er strafbart, er det ikke særlig hyppigt forekommende.

Under konkurrenceforhold må stød og slag kun udføres med knyttede hænder, og flere andre teknikker, der skønnes for farlige eller for vanskelige at kontrollere, er forbudte. Kamptiden er oftest 3 minutter effektivt. I karate-

kampe udgør håndteknikker omkring 90 %.

Skadehyppigheden under konkurrenceforhold er velbeskrevet i en række undersøgelser. I en skadeanalyse på 2.837 kampe fandt Arriaza og Leyes (2) en skadehyppighed på 0.31 skader per kamp i god overensstemmelse med rapporterede skadehyppigheder i flere andre undersøgelser (3,4). De fandt en høj procentdel ansigts- (73%) og hovedskader (12%). Hyppigst var simple kontusioner (50%), næseblod (16%) og sårskader (14%). Disse fund er i god overensstemmelse med andre lignende undersøgelser.

Johannsen & Noerregaard (5) fandt, at anvendelse af beskyttelseshandsker reducerede sværhedsgraden af ansigtslæsioner væsentligt og desuden ydede en vis beskyttelse mod finger- og håndskader. Derimod reduceredes hyppigheden af hovedkontakt medførende bevidsthedspåvirkning ikke væsentligt. Egentlige knock-outs eller hovedkontakt medførende bevidsthedspåvirkning er sjældne og forekommer herhjemme i omkring én af 50 kampe (5). Hovedkontakt under træningen er endnu sjældnere forekommende, og reglerne med længere karatæneperioder efter knock out's - som de findes indenfor boksning - er formentlig ikke relevante for traditionel karate.

Kontaktadresse:

Hans Viggo Johannsen
Overlæge, Ortopædkir. afd. E
Sektionen for skulder- og
albuekirurgi
Århus Sygehus NBG
8000 Århus C
Mail: hvjoh@as.aaa.dk



Karate-CV:

6. Dan (sort bælte af 6. grad, SKIF Shokotan karate)
A-licenceret instruktør
Bestyrelsesmedlem Dansk Karate Forbund (DIF) 1985-95
Formand SKIF Danmark 1992-2003
Veteran Europamester (SKIF)

Referencer

- 1) Zetaruk MN, Violan MA, Zurawski D & Micheli LJ. Injuries in martial arts: a comparison of five styles. Br J Sports Med 2005;39:29-33
- 2) Arriaza R, Leyes M. Injury profile in competitive karate: prospective analysis of three consecutive World Karate Championships. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy 2005, Jan 28 (Epub ahead of print)
- 3) Johannsen HV, Noerregaard FO (1986) Karate injuries in relation to the qualifications of participants and competition success. Ugeskr Laeger 148:1786-1790
- 4) Stricevic MV Patel MR, Okazaki T, Swain KB (1983). Karate: historical perspective and injuries sustained in national and international tournament competitions. Am J Sports Med 11:320-324.
- 5) Johannsen HV, Noerregaard FO. Prevention of injury in karate. Br J Sports Med 1988 Sept 22(3)113-5.

Revolutionizing Orthopaedic Surgery

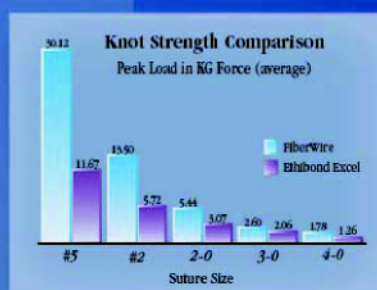
FiberWire®

Orthopaedic Composite Suture



Exceptional Strength

A unique blend of a UHMW polyethylene multi-filament core with braided polyester jacket gives FiberWire suture exceptional strength, virtually eliminating intraoperative suture breakage. FiberWire #2 is actually stronger than #5 polyester suture.



Resistance to Elongation

The UHMW polyethylene multi-filament core is non braided to provide the greatest resistance to elongation during and after implantation. The braided polyester jacket gives FiberWire handling characteristics similar to polyester suture.

Biocompatibility

Biocompatibility characteristics equivalent to standard polyester suture.

Abrasion Resistance

Over five times more abrasion resistant than standard polyester suture.

Tying Characteristics and Knot Profile

Knots advance smoothly and hold while superior strength allows tighter loop security during knot tying. Tighter loops reduce the knot profile compared to polyester suture.

Variety

Available in sizes ranging from 4-0 to #5 in various designs such as FiberStick, FiberTape, FiberSnare, FiberLoop and TigerWire™.

Safety in Numbers

FiberWire has contributed to successful surgical outcomes in over one million orthopaedic surgical procedures ranging from Achilles tendon repair to rotator cuff repair.

FiberTape™

FiberWire
w/10 needle
styles

Bio-Corkscrew™
w/TigerTails

Bio-SutureTak™
w/FiberWire

Mini Bio-SutureTak™
w/2-0 FiberWire

Corkscrew™ FT Suture Anchor
w/internal FiberWire eyelet

Corkscrew™ Parachute II
Tissue Anchor

2-0 FiberWire Meniscus
Repair Needles

Meniscal Viper™
w/2-0 FiberWire

FiberWire Scissor

Suture Cutter

Arthrex®

HEMAX MEDICAL

Generatorvej 41
DK-2730 Herlev
Tel. 36 45 65 17
E-mail: hemax@hemax.dk
WWW.HEMAX.DK

Injuries in Team Handball:

Risk factors, injury mechanisms and prevention

Fysioterapeut Odd-Egil Olsen, Senter for idrettsskadeforskning i Oslo, har den 11. april 2005 med succes forsvaret sin doktorafhandling "Injuries in Team Handball: Risk Factors, injury mechanisms and prevention".

Med tilladelse fra den nybagte dr.scient. gengiver Dansk Sportsmedicin her afhandlingens "Summary".

Summary

Serious lower limb injuries, such as anterior cruciate ligament (ACL) injuries, are a growing cause of concern in team handball. These injuries represent a considerable problem for the sport, the player injured and in a society economical perspective. Some prevention studies report promising results, indicating that it may be possible to reduce the incidence of these injuries, but previous studies are small and mainly non-randomized with significant methodological limitations.

The main aim of this thesis was to increase the knowledge about serious lower limb injuries, such as those to the ACL, and thereby help develop preventive measures of these common team handball injuries. We wanted to examine the relationship between floor type and risk of ACL injury; describe mechanisms for ACL injuries; incidence and pattern of injuries in youth players; and finally, determine the effectiveness of exercises on reducing the incidence of lower limb injuries.

Paper I

ACL injuries were recorded prospectively from the three top divisions for men and women in Norwegian team handball during seven seasons (1989-2000), and the floor types for all regular matches from the same seasons were determined retrospectively based on match schedules. A total of 53 ACL injuries occurred during 6 724 regular league matches, nine among men (incidence: 0.24 ± 0.09 injuries per 1000

match hours) and 44 among women (0.77 ± 0.04 injuries per 1000 match hours). The odds ratio (OR) women vs. men was 3.21 ($p=0.001$). Among women, eight injuries occurred on wooden floors (0.41 ± 0.09 injuries per 1000 match hours) and 36 on artificial floors (0.96 ± 0.04 injuries per 1000 match hours). For women, the OR on artificial vs. wooden floors was 2.35 ($p=0.03$), and on artificial floors women vs. men: 4.77 ($p=0.001$). The main observation of this study was that the incidence of ACL injuries for women was two to three folds greater on artificial floor types than on wooden floors, whereas no such association was found for men.

Paper II

ACL injuries were collected from a systematic analysis of video recordings of actual ACL injuries and through interviews with injured players. A total of 20 videotapes of ACL injuries from Norwegian or international competitions were collected from 12 seasons (1988-2000), and three medical doctors and three national team coaches systematically analyzed these videos in order to describe the injury mechanisms and playing situations. In addition, 32 ACL injured players in the three upper divisions in Norwegian team handball were interviewed during the 1998-1999 season to compare the injury characteristics between player recall and video analysis. Two main injury mechanisms for ACL injuries in team handball were identified. The most common was a

plant-and-cut movement (12 of 20 injuries), and the other main injury mechanism was a one-legged jump shot landing (4 of 20 injuries). The injury mechanism for ACL injuries in female team handball appeared to be a forceful valgus collapse with the knee close to full extension combined with external or internal rotation of the tibia. The results from the video analysis and questionnaire data were similar.

Paper III

Injuries in youth team handball were collected by two different prospective registration methods in the 17-year-old division from Eastern Norway during one league season (2001-2002): match reports (90 teams, 1080 players) and coach reports (34 teams, 428 players). A total of 118 injuries were recorded by coach reports, of which 93 (79%) were acute injuries ($0.9(0.05)$ injuries per 1000 training hours; $9.9(0.04)$ injuries per 1000 match hours; rate ratio vs. training: 10.8 [95% confidence intervals 7.0-16.6]; $p<0.0001$) and 25 (21%) were overuse injuries. Knee (24%) and ankle (19%) injuries accounted for almost half of the acute injuries ($0.5(0.07)$ injuries per 1000 training hours; $4.4(0.07)$ injuries per 1000 match hours; rate ratio vs. training: 8.0 [95% CI 4.5-14.5]; $p<0.0001$). No gender difference was found. Most of the injuries occurred in the attacking phase by back or wing players doing a plant-and-cut, landing or turning movement, and more than half were in contact situations with the opponent. Similar incidence and injury

patterns were observed for acute match injuries in the match report. However, this study suggests that it is impossible to estimate the severity by using match reports; in addition, the overuse injuries were missed. The results indicate that the rate of injuries in youth team handball is as high as at the senior level and that prevention should focus on knee and ankle injuries. Coach reports seem to be the best method to register injuries in youth team handball.

Paper IV

A cluster randomized controlled trial was conducted to investigate the effect of a preventive measure in youth team handball, where 120 clubs in the 16- and 17-year-old divisions from Central and Eastern Norway were block-randomized (61 clubs [958 players] in the intervention group; 59 clubs [879 players] in the control group) and followed for one league season (2002-2003). The players in the intervention group were given a structured warm-up program to improve awareness and knee and ankle control. Four sets of exercises were used, one for warm-up, one for technique, one for balance and one for strength and power. Players were instructed to spend 4 to 5 min on each exercise group, for a total duration of 15 to 20 min. The number of injured players with a knee or ankle injury were reduced from 76 players (8.6%) in the control group to 46 (4.8%) in the intervention group (relative risk vs. control group: 0.53 [95% confidence intervals 0.35-0.81]; $p=0.004$, Cox model, Wald's test). The results showed that a structured warm-up program prevents lower limb injuries in youth team handball. This program should be introduced as a natural part of youth athlete training programs.

Key Words: Team handball, ACL injury, lower limb injuries, risk factors, floor types, friction, video analysis, injury mechanisms, youth sports, randomized controlled trial, intervention, prevention.

Kontaktadresse:

Odd-Egil Olsen
odd-egil.olsen@nih.no

Forkortet produktinformation for Arthrotec® tabletter. Diclofenacnatrium 50 mg + misoprostol 0,2 mg. Tabletten er opbygget på følgende måde: Indert diclofenac omgivet af en mavesyre-resistent skal, yderst misoprostol. **Indikationer:** Reumatiske sygdomme og andre inflammatoriske lidelser hos patienter med særlig stort behov for profylakse mod NSAID-inducerede gastroduodenale ulcera, det vil sige: Alder over 75 år, tidligere peptisk ulcus, tidligere gastrointestinal blødning og iskæmisk hjertesygdom. **Dosering:** Voksne: 1 tablet 2-3 gange daglig efter et måltid. Tabletten skal synkes hel. **Kontraindikationer:** Graviditet. Kvinder, der planlægger at blive gravide. Aktiv gastrointestinal blødning. Overfølsomhed overfor NSAID og syntetiske prostaglandinanaloger. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen:** Selv om misoprostol-komponenten i Arthrotec reducerer risikoen for forekomst af ulcus ved behandling med diclofenac, er der en vis risiko for gastrisk og duodenal ulcus, ofte uden klare symptomer på ulcus. Patienter, som har koagulationsforstyrrelser skal kontrolleres omhyggeligt under behandling med diclofenac. Forsigtighed tilrådes hos patienter med kompromitterende hjertefunktion eller andre tilstande, der er disponerende for væskeretention, samt hos patienter med reduceret hjerte, lever- og nyrefunktion. Børn: Sikkerhed og effekt er ikke undersøgt. **Interaktioner:** Forsigtighed tilrådes ved samtidig behandling med anti-koagulantia og antidiabetika. Koncentrationen af methotrexat, lithium og digoxin kan øges ved samtidig indgift af Arthrotec. NSAID's kan svække den natriuretiske effekt af diuretika. Samtidig behandling med kaliumbesparende diuretika kan potentielt sænke serumkalium-niveauet. **Graviditet og amning:** Kvinder i den fertile alder bør kun behandles, hvis disse bruger adækvat antikonception og graviditet er udelukket. Bør ikke anvendes under amning. **Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger er abdominale smerter og diarré. Derudover er set: Kvalme, dyspepsi, flatulens, opkastninger, forstoppelse og sure opstød. Forøgelse i ALAT, ASAT, alkalisk fosfatase. Som gruppe er NSAID's blevet associeret med nyrepatologi som fx. papilnecrose og interstitiel nephritis. Øget menstruationsblødning, dysmenoré, udlad, pletblødning og vaginal blødning. Hos gravide kvinder kan fremkaldes abort ved terapeutiske doser. Hovedpine, svimmelhed og udslet. Som ved andre NSAID's forekommer der i sjældne tilfælde allergiske reaktioner inklusive anafylaksi. **Overdosering:** Kliniske tegn på overdosis af diclofenac kan være abdominalsmerter, forvirring, somnolens og hypotoni. Kliniske tegn på overdosering af misoprostol kan være sedation, tremor, krampe, dyspné, abdominal smerter, diarré, feber, underlivssmerter, hypotension og bradykardia. Symptomatisk og understøttende behandling. I tilfælde af akut overdosis anbefales ventrikelskyllning. Det er ukendt om diclofenac og misoprostolsyre fjernes ved dialyse. **Priser og pakninger inkl. recepturgebyr (AUP) pr. december 2004:** Vnr 154591, 20 stk. kr. 93,35. Vnr 154708, 100 stk. kr. 370,60. **Udlevering:** A. Tilskud: Ja. Forkortet produktinformation er baseret på det fuldstændige produktresumé dateret (7. juli 2003) som kan rekvireres hos indehaver af markedsføringstilladelsen Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. (API_Art_Nov2004).

Forkortet produktinformation for Arthrotec® Forte, tabletter Diclofenacnatrium 75 mg + misoprostol 0,2 mg. **Indikationer:** Reumatiske sygdomme og andre inflammatoriske lidelser hos patienter med særlig stort behov for profylakse mod NSAID-inducerede gastroduodenale ulcera, det vil sige: Alder over 75 år, tidligere peptisk ulcus, tidligere gastrointestinal blødning og iskæmisk hjertesygdom. **Dosering:** Voksne: 1 tablet 2 gange daglig umiddelbart efter et måltid. Tabletten skal synkes hel, må ikke tygges. **Ældre/nedsat nyre- og leverfunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig. Tæt monitorering af patienter med nedsat nyre- og leverfunktion (se Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen). Børn: Sikkerhed og effekt er ikke undersøgt. **Kontraindikationer:** Gastro- og duodenal ulceration eller aktiv GI-blødning eller andre aktive blødninger f.eks. hjerneblødning. Amning. Graviditet. Kvinder, der planlægger at blive gravide. Overfølsomhed overfor diclofenac, acetylsalicylsyre, andre NSAID-præparater, misoprostol, andre prostaglandiner, eller et eller flere af de øvrige indholdsstoffer. Patienter der får astma, nældefeber eller akut rhinit af acetylsalicylsyre eller andre NSAID-præparater. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen:** Arthrotec forte må ikke gives til menstruerende kvinder, medmindre de bruger adækvat kontraception og er blevet informeret om risikoen ved at tage præparatet ved graviditet. Arthrotec forte kan, som de andre NSAID's, mindske trombocytaggregationen og forlænge blødning. Der anbefales særlig overvågning ved tilfælde af bloddannelse, koagulationsforstyrrelser eller hos patienter med tidligere hjerneblødning. Væskeretention og ødem er set. Forsigtighed tilrådes hos patienter med kompromitterende hjertefunktion og andre tilstande, der er disponerende for væskeretention. Forsigtighed skal udvises hos patienter med nedsat nyre-, hjerte- eller leverfunktion samt med sår i tyktarmen eller Crohn's sygdom. Arthrotec forte må kun bruges i specielle tilfælde og under nøje overvågning ved fremskredet lever-, hjerte- og nyresygdom. Tæt monitorering anbefales hos patienter, der er i vandrivende behandling eller på anden måde har risiko for hypovolemi. Dosis bør være så lav som muligt, og nyrefunktionen bør kontrolleres. Alle patienter, der er i langtidsbehandling med NSAID's, bør kontrolleres forebyggende (dvs. undersøges f. eks. for nyre- og leverfunktion samt blodstatus). **Interaktioner:** Forsigtighed tilrådes ved samtidig behandling med anti-koagulantia, antidiabetika og ciclosporin. Koncentrationen af methotrexat, lithium og digoxin kan øges og ketaconazol-niveauet mindskes ved samtidig indgift af Arthrotec. NSAID's kan svække den natriuretiske effekt af diuretika. Samtidig behandling med kaliumbesparende diuretika kan potentielt sænke serumkalium-niveauet. **Graviditet og amning:** Kvinder i den fertile alder bør kun behandles, hvis disse bruger adækvat antikonception og graviditet er udelukket. Bør ikke anvendes under amning. **Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger er abdominale smerter og diarré. Derudover er set: Kvalme, dyspepsi, flatulens, opkastninger, forstoppelse og sure opstød. Stigning i ASAT og ALAT, alkalisk fosfatase. Som gruppe er NSAID's blevet associeret med nyrepatologi som fx. papilnecrose og interstitiel nephritis. Øget menstruationsblødning, dysmenoré, udlad, pletblødning og vaginal blødning. Hos gravide kvinder kan fremkaldes abort ved terapeutiske doser. Hovedpine, svimmelhed og udslet. Som ved andre NSAID's forekommer der i sjældne tilfælde allergiske reaktioner inklusive anafylaksi. **Overdosering:** Kliniske tegn på overdosis af diclofenac kan være abdominalsmerter, forvirring, somnolens og hypotoni. Kliniske tegn på overdosering af misoprostol kan være sedation, tremor, krampe, dyspné, abdominal smerter, diarré, feber, underlivssmerter, hypotension og bradykardia. Symptomatisk og understøttende behandling. I tilfælde af akut overdosis anbefales ventrikelskyllning. Det er ukendt om diclofenac og misoprostolsyre fjernes ved dialyse. **Priser og pakninger inkl. recepturgebyr (AUP) pr. december 2004:** Vnr 431759, 20 stk. kr. 112,30. Vnr 431783, 100 stk. kr. 443,45. **Udlevering:** A. Tilskud: Ja. Forkortet produktinformation er baseret på det fuldstændige produktresumé dateret (7. juli 2003) som kan rekvireres hos indehaver af markedsføringstilladelsen Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. (API_ArtF_Nov2004).

Eksamen i idrætsfysioterapi 2005

Af Vibeke Bechtold, formand for FFI's Uddannelses- og Kursusudvalg

Indstilling til eksamen

Indstilling til eksamen i idrætsfysioterapi forudsætter minimum 2 års praksis efter endt grunduddannelse. Fysioterapeuten skal derudover have gennemgået kursusrækken i Danske Fysioterapeuters Fagforum for Idrætsfysioterapi:

- Introduktionskursus
- Fod/ankel/truncus kursus
- Hofte/truncus kursus
- Knæ/truncus kursus
- Skulder/truncus kursus
- Albue/hånd/truncus

- eller have gennemgået ekvivalerende kurser, såvel danske som udenlandske. Der skal foreligge dokumentation for deltagelsen i disse kurser med formål, indhold og timetal. Bedømmelseskriterierne ved eksamen er de samme uanset hvilke kurser, der er blevet godkendt som udgangspunkt for indstilling til eksamen.

Fysioterapeuter, som har gennemgået den tidligere kursusrække (kursus 1, 2 og 3) i Danske Fysioterapeuters Fagforum for Idrætsfysioterapi, kan indstille sig til eksamen, men må selv sørge for at være ajour med det faglige indhold svarende til den nye kursusstruktur (af 2002).

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

Form og indhold

Eksamen består af to dele:

1) en skriftlig, teoretisk eksamen, der består af:

- En multiple choice del med både simple og komplekse spørgsmål.
- En case del med diagnostisk udredning ud fra klinisk ræsonering.
- En case del med forslag til rehabilitering og/eller forebyggelse.

2) en praktisk eksamen, der med ud-

gangspunkt i en case består af:

- Undersøgelser og tests, der forevises og forklares.
- Forslag til forebyggelse og/eller rehabilitering, der forevises og forklares.

De to dele skal bestå hver for sig. For at erhverve sig eksamensbevis skal begge dele være bestået inden for en periode på maksimalt 2 år.

Tilmeldingsprocedure

Tilmelding til årets eksamen annonceres i Dansk Sportsmedicin nr. 2 (forårsnummeret).

Tilmelding skal være Fagforums Uddannelsesudvalg i hænde senest 1. september.

De tilmeldte eksaminander får medio september skriftlig meddelelse om godkendelse og dato for afholdelse af eksamen.

Rammer

- Alle nødvendige remedier er til rådighed under eksaminationen.
- Der må ikke medbringes nogen form for elektroniske hjælpemidler.

Eksamensprocedure

Eksamen afholdes over 1 dag for den enkelte eksaminand på følgende måde: Den skriftlige teoretiske del forløber over 3 timer og den praktiske del over ca. 1 time.

Endelig vurdering af eksamen tilsendes den enkelte skriftligt indenfor 1 måned efter afholdelsen.

Bedømmelseskriterier

I den **skriftlig teoretiske del** skal fysioterapeuten:

- Vise forståelse for epidemiologiske og etiologiske forhold ved idrætsskader.
- Vise forståelse for og indsigt i forskning anvendt i idrætsmedicin.
- Vise forståelse for etiske problemstillinger relateret til idræt.

- Anvende klinisk ræsonering i forbindelse med idrætsskader.
- Anvende biomekaniske analysemetoder inkl. træningsfysiologi.
- Vise forståelse for vævsegenskaber og vævsreaktioner inkl. smerte og inflammation.
- Anvende overordnede forebyggelses- og behandlingsstrategier til idrætsaktive.

I den **praktiske del** skal fysioterapeuten:

- Analysere bevægelsesmønstre og belastningsforhold ved idræt.
- Anvende målrettede undersøgelses-, forebyggelses- og behandlingsstrategier.
- Vurdere skadernes omfang og alvorlighed samt planlægge og vejlede i forhold til dette.
- Vise kendskab til parakliniske undersøgelses- og behandlingsmuligheder inden for idrætsmedicin.

Bedømmelse

Eksamen bedømmes af 2 fysioterapeuter, heraf mindst en med en akademisk grad på master- eller kandidatniveau.

Eksamen bedømmes bestået / ikke bestået.

Reeksamen

Reeksamen finder sted efter aftale med bedømmerne og eksaminanden.

Eksamensbevis

- Af eksamensbeviset fremgår, hvad eksamen i idrætsfysioterapi er baseret på.
- Eksamen angives til 9 ECTS point svarende til et modul på diplomniveau.
- Eksamensbeviset underskrives af formanden for Fagforum for Idrætsfysioterapi samt de 2 fysioterapeuter, som har bedømt eksamen.
- Eksaminanden modtager eksamensbeviset efter bestået eksamen.



TILMELDINGSBLANKET

Eksamen i idrætsfysioterapi 2005



Undertegnede tilmelder sig hermed eksamen i idrætsfysioterapi den 19. november (ved mange tilmeldinger også den 20. november) 2005 på Fysioterapeutuddannelsen, Munkebjergvænget 34, 5230 Odense M.

Navn: _____ CPR: _____

Adresse: _____

Postnr. og by: _____

Telefon privat: _____ Telefon arbejde: _____ E-mail: _____

Medlem af FFI (sæt kryds): ☐ ja ☐ nej Uddannelsesår: _____

Kursusdeltagelse:

Introduktionskursus, måned / år: _____

Region fod/ankel/truncus, måned / år: _____

Region knæ/truncus, måned / år: _____

Region hofte/truncus, måned / år: _____

Region skulder/truncus, måned / år: _____

Region albue/hånd/truncus, måned / år: _____

Kursus 1 i idrætsfysioterapi, måned / år: _____

Kursus 2 i idrætsfysioterapi, måned / år: _____

Kursus 3 i idrætsfysioterapi, måned / år: _____

Andre kurser, navn og tidspunkt: _____

Vigtigt!

Kopi af deltagerbeviser på gennemførte kurser i FFI regi skal vedlægges.

Dokumentation for kurser i andet regi inkl. formål, indhold og timeangivelse skal vedlægges.

Oplysninger om eksamen

Se modstående side og/eller www.sportsfysioterapi.dk

Tilmelding og betaling

Tilmelding og betaling skal være sket senest den **1. september 2005**.

Eksamensgebyr: 500 kr. for medlemmer af FFI og 1000 kr. for ikke-medlemmer.

Betalingsmåde (kryds af): ☐ Bankoverførsel til FFI-konto i BG-Bank, 5260 Odense S: reg. 0928, konto nr. 9280461439
☐ Krydset check til FFI v/ Vibeke Bechtold
☐ Andet: _____

Eksamensgebyret tilbagebetales ikke ved afmelding efter **1. oktober 2005**.

Kontaktadresse

Fagforum for Idrætsfysioterapi, Vibeke Bechtold, Kærlandsvænget 10, 5260 Odense S, mail: vbe@cvsu.dk

Kongresser • Kurser • Møder

INTERNATIONALE

1. - 4. juni 2005, USA
52nd Annual Meeting of the American College of Sports Medicine (ACSM), Nashville, Tennessee.

Info: www.acsm.org

23. - 25. juni 2005, Norge
1st World Congress on Sports Injury Prevention, Oslo.

Info: www.ostrc.no

2. - 9. juli 2005, Spanien
26th World Health and Medical Games and International Symposium of Medicine (+Sports Medicine), Alicante.

Info: www.medigames.com

13. - 16. juli 2005, Serbien Montenegro
10th Annual Congress of the European College of Sport Science (ECSS), Beograd.

Info: www.ecss.de

14. - 17. juli 2005, Canada
31th Annual Meeting of the American Orthopedic Society of Sports Medicine (AOSSM), Quebec City.

Info: www.sportsmed.org

13. - 15. oktober 2005, Cypern
4th European Sports Medicine Congress, Lemesos.

Info: www.fims.org

3. - 6. november 2005, Norge
Idrettsmedisinsk høstkongress, Bergen.

Info: www.idrettsmedisinsk-kongres2005.no

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

Info: www.aaos.org

12. - 16. juni 2006, Kina
FIMS World Congress of Sports Medicine, Beijing.

Info: ligp@263.net

DIMS kursuskalender 2005

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

Golfsymposium

21.-22. maj i Middelfart

Målgruppe: Læger og fysioterapeuter

Arrangør: DIMS og FFI

Fodboldsymposium

7.-8. september i København

Målgruppe: Læger og fysioterapeuter

Arrangør: DIMS og FFI

IDRÆTSMEDICIN - DIMS TRIN II

12.-15. oktober i Århus

Målgruppe: Læger

Arrangør: DIMS

Tilmelding: www.sportsmedicin.dk

Venlig hilsen

DIMS Uddannelses Udvalg

FFI kursuskalender 2005

Tilmeldingsfrister:

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

FORÅR:

Golfsymposium

- Middelfart, 21.-22. maj

EFTERÅR:

Fodboldsymposium

- København, 7.-8. september

Tapening

- Århus, 16. september

Idrætsfysioterapi - introduktion + knæ/ankel/fod

- La Santa, 30. september - 7. oktober

Temadag - idrætsfysioterapirelaterede emner

- København, 28. oktober

Idrætsfysioterapi - albue/hånd

- København, 29. oktober

Træning - motion på recept

- Vest for Storebælt, 4.-5. november

Idrætsfysioterapi - hofte

- København, 11.-12. november

Idrætsfysioterapi - skulder

- Ålborg, 25.-26. november

Med forbehold for tid og sted ...

Venlig hilsen

FFI Uddannelses- og Kursus Udvalg

Hjælp os med at gøre denne side bedre!
Giv Dansk Sportsmedicin et tip om interessante internationale møder og kongresser – helst allerede ved første annoncering, så bladets læsere kan planlægge deltagelse i god tid.

DIMS kurser

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



Generelt om DIMS kurser

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

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

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

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

Kurset varer 40 timer over 4-5 hverdage.

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

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

tion herfor ved skriftlig begrundet ansøgning til DIMS uddannelsesudvalg.

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

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

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

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

Krav til vedligeholdelse af Diplomklassifikation

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

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

Idrætsmedicinske arrangementer pointangives af Dansk Idrætsmedicinsk Selskabs Uddannelsesudvalg før kursusafholdelse.

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

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

FFI kurser

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



"Idrætsfysioterapikursus - Introduktion til idrætsskader og de øvrige idrætsskader relateret til idrætsskader i forskellige dele af kroppen."

(Dette kursus er et krav som forudsætning for at kunne deltage på de øvrige kurser)

Målgruppe: Fysioterapeuter med interesse indenfor idræt.

Mål og indhold for Introduktionskursus:

At kursisterne:

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

Indhold:

- klinisk ræsonnering
- epidemiologi, forskning og evidens
- etik
- biomekanik
- vævsegenskaber og vævsreaktioner
- forebyggelses- og behandlingsstrategier
- primær skadesundersøgelse og skadesbehandling

Tid og sted: Næste kursus afholdes i foråret 2006

Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum for Idrætsfysioterapi.

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

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

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



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

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

Mål og indhold for alle kurserne relateret til regioner:

At kursisterne:

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

Teoretisk og praktisk indhold:

- funktionel anatomi og biomekaniske forhold
- epidemiologi, etiologi og traumatologi
- målrettede undersøgelser og tests både funktionelle og specifikke, samt klartest

- målrettede forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsstrategier
- parakliniske undersøgelser og behandlingsstrategier

Emner, tid og sted:

"Idrætsfysioterapi og albueproblemer"

- 29. oktober 2005 på Fysioterapeutuddannelsen i København

"Idrætsfysioterapi og hofteproblemer"

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

"Idrætsfysioterapi og skulderproblemer"

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

Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum for Idrætsfysioterapi.

Pris: 2300 kr. for medlemmer og 2600 kr. for ikke-medlemmer, "Albuekursus" dog 1150 kr. for medlemmer og 1300 kr. for ikke-medlemmer. Prisen dækker kursusafgift og fortæring under kursus.

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

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

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



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

Målgruppe: Fysioterapeuter med interesse indenfor idræt.

Det er målet, at kursisterne:

- får forståelse for ernæringens betydning og problemer i forbindelse med idræt

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

Tid og sted:

- 28. oktober 2005 på Fysioterapeutuddannelsen i København

Undervisere: Ressourcepersoner indenfor de enkelte emner.

Pris: 1150 kr. for medlemmer og 1300 kr. for ikke-medlemmer. Prisen dækker kursusafgift og fortæring under kursus.

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

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

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



"Idrætsfysioterapikursus i tapening og ortoser"

Målgruppe: Fysioterapeuter med interesse indenfor idræt

Tid og sted: Den 16. september kl. 9.00 - 16.30 eller 14.00 - 21.30 i Århus

Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum for Idrætsfysioterapi

Mål og indhold:

At kursisterne:

- får indsigt i indikationer, kontraindikationer og forholdsregler ved anvendelse af tape og ortoser, såvel under lavt som højt funktionsniveau
- erhverver sig grundlæggende færdigheder i tapening til forskellige områder af kroppen
- får indsigt i brug af tapening og ortoser både i forhold til forebyggelse og

rehabilitering

Pris: 1150 kr. for medlemmer og 1300 kr. for ikke medlemmer. Prisen dækker kursusafgift og fortæring under kursus

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

Tilmelding: Tilmelding senest en måned før kursus. Benyt Danske Fysioterapeuters tilmeldingsblanket eller FFIs hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk. Husk at angive om du er medlem af FFI. Tilmeldingen er bindende og betalingen kan foregå ved at sende en crosset check til kursusansvarlig Vibeke Bechtold eller overføre beløbet til FFIs kursuskonto i BG Bank, Odense S, 0928-9280461439. Husk navn og kursus sammen med indbetalingen. Besked om deltagelse udsendes ca. en uge efter tilmeldingsfristens udløb.



Fra træningsfysiologi til fysioterapeutisk øvelseterapi

Målgruppe: Kurset henvender sig til fysioterapeuter som arbejder med "Motion på recept" samt fysioterapeuter som planlægger træning til patienter indenfor kategorierne hjertesyg, overvægtige, diabetes 2, OA, KOL, hypertension og forhøjet kolesteroltal.

Mål med kurset: At deltagerne bliver i stand til at overføre den teoretiske viden/evidens i f.h.t. "Motion på recept" til det praktiske arbejde med patienterne, samt at få et indblik i hvilke mekanismer, der har betydning for en vedvarende effekt af træningen

Tid: 4. - 5. november 2005

Sted: Vest for Storebælt

Undervisere: Ressourcepersoner indenfor området

Indhold:

- må folk med hypertension træne styrketræning?
- bør styrketræning indgå i behandlingen af overvægt?
- er kredsløbstræning hensigtsmæssig til patienter med KOL?

- hvordan sikrer vi motivation og fastholdelse i f.h.t. denne patientgruppe?
- compliance. Hvilke mekanismer gør sig gældende for netop disse patientgrupper, og hvad har betydning for den pædagogik vi vælger for at motivere og fastholde dem?

- den personlige "kamp mod de mange kilo" – om succes og nedture ved at ændre livsstil.

Disse og andre spørgsmål belyses via træningsfysiologiske overvejelser for herved at kunne give praktiske eksempler på konkrete øvelser til både individuel- og holdtræning.

Deltagerantal: 24 deltagere. Medlemmer af FFI har fortrinsret.

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

Forudsætninger: Det forventes, at du har læst Motionshåndbogen siderne 13-76 (del 1) og 109-114 (del 2). Du kan med fordel være orienteret i del 3 som vil være udgangspunkt for undervisningen på kurset. Motionshåndbogen kan downloades via link på DF's hjemmeside.

Tilmelding: Tilmeldingsfrist ca. 1 måned før kursusafholdelse. Se efter annoncering i Dansk Sportsmedicin og Fysioterapeuten, samt på FFIs hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk

IDRÆTSMEDICINSK ÅRSKONGRES 2006

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

Velkommen!

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

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

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

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

Yderligere information:

Sted:

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

Deadlines:

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

Kontaktadresse:

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

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

www.sportskongres.dk

Fagligt program (forbehold for ændringer)

Torsdag den 2. februar:

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

Fredag den 3. februar:

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

- **Posterwalk**
- **Frie foredrag**

Lørdag den 4. februar 2006:

- **DASFAS symposium: CMRC studietur til Andesbjergene**
- **Foredragskonkurrence**
- **Workshop: Screening**



IFSP and FFI SYMPOSIUM
 Wednesday, June 22, 2005
 Holmenkollen Park Hotel, Oslo, Norway



“Current Concepts of Rehabilitation of Sports Injuries”

The International Federation of Sports Physiotherapy (IFSP) and The Norwegian Association of Sports Physiotherapy (FFI) are happy to invite you to a one-day seminar in Oslo, Norway. We are proud to present well known international experts and lecturers from Norway and abroad. They are all involved in clinical work and research and have long experience within their line of work. They will present talks with high clinical relevance and the seminar is relevant for all sports physiotherapists working within active sports rehabilitation.

Registration form can be downloaded from www.ostrc.no. Last day of registration and payment: June 1, 2005.

Program

09.00 – 09.30 **Opening**

IFSP and the impact of the SPA (Sport Physiotherapy for All) project for sports physiotherapists world wide.

Laetitia Dekker-Bakker, the Netherlands, President IFSP

09.30 – 10.15 **The science of hip rehabilitation following arthroscopy.**

Michael Voight, USA

10.15 – 10.45 **Rehabilitation of femoro-acetabular impingement.**

Mario Bizzini, Austria

10.45 – 11.00 Coffee break

11.00 – 11.45 Parallel sessions (A-B)

A. Optimal rehabilitation of athletes with anterior knee pain.

Erik Witorouw, Belgium

B. Why is prevention of ACL-injuries necessary? What are the consequences?

Grethe Myklebust, Norway

11.45 – 12.45 Lunch

12.45 – 13.30 Parallel sessions (C-D)

C. To stretch or not to stretch in rehabilitation?

Peter McNair, Australia

D. The Female Athlete and pelvic floor dysfunction.

Kari Bø, Norway

13.30 – 14.15 **Patients with knee osteoarthritis. How do we best rehabilitate them?**

Hans Lund, Denmark

14.15 – 14.30 Coffee break

14.30 – 15.15 **Clinical and biomechanical changes in knee function following ACL injury and rehabilitation.**

May Arna Risberg, Norway

15.15 – 16.00 **The science of ACL rehabilitation – the accelerated program experience.**

Mark DeCarlo, USA

16.00 – 16.15 Coffee break

16.15 – 17.00 **Preventing osteoporotic fracture: a lifespan approach and the role of physical activity.**

Kim Bennell, Australia

17.00 – 17.30 **Discussion and closing**

Further information
 on the website
www.ostrc.no



1st **WORLD CONGRESS**
 on Sports Injury Prevention
 Holmenkollen Park Hotel, Oslo, Norway
 June 23 - 25, 2005

DIMS/FFI fælles kurser



DIMS og FFI inviterer til

FODBOLDMEDICINSK KURSUS

7.-8. september 2005 på Amager hospital, Hans Bogbinders alle, Kirkesalen, 2300 Kbh S.

Vi har samlet skandinaviens eksperter til et fodboldmedicinsk kursus. Foredragsholderne har specifik fodboldmedicinsk viden gennem arbejde med fodboldspillere i klubberne. Kurset vil være relevant for alle der arbejder med fodboldspillere - enten i superligaen/andre klubber, eller i idrætssklinikker og egen praksis. Kurset er tilrettelagt så deltagerne får viden der direkte kan anvendes overfor fodboldspillere.

Tilmelding: online på www.sportsmedicin.dk

Foreløbigt program:

Onsdag 7. september

- 09.00 -10.00 Registrering
- 10.00 -10.15 Velkomst
- 10.15 -11.00 Forebyggelse/screening v/Jan Ekstrand
- 11.00 -11.30 Kost v/Anna Ottsen
- 11.30 -11.45 Pause
- 11.45 -12.30 Styrketræning v/Jesper L. Andersen
- 12.30 -13.45 Frokost
- 13.45 -14.30 Knætraumatologi v/Uffe Jørgensen
- 14.30 -15.00 Testning af knæ efter længere knæskade v/John Verner
- 15.00 -15.30 Pause
- 15.30 -16.00 Ankel Jan Ekstrand
- 16.00 -16.30 Genoptræning efter ankelskade v/Niels Erichsen
- 16.30 -17.00 Brug af indlægsåler i fodbold v/Henning Langberg
- 17.30 -18.15 Spisning
- 18.15 Oplæg til landskamp v/Erik Rasmussen
- 19.00 Afgang Parken
- 20.00 Kick off

Torsdag 8.9.

- 09.00 - 09.45 Træningsfysiologi/testning v/Jesper L. Andersen
- 09.45 - 10.15 Status efter Landskamp v/Mogens Kreutzfeldt
- 10.30 - 11.00 Pause
- 11.00 - 11.45 Klublægens rolle v/Frank Odgaard
- 11.45 - 13.00 Frokost
- 13.00 - 13.30 Lyske diagnostik v/Per Hölmich
- 13.30 - 14.00 Genoptræning af den lyskepatienten v/Kristian Thorborg
- 14.00 - 14.30 Operativ behandling af lyske skader v/Jan Ekstrand
- 14.30 - 15.00 Pause
- 15.00 - 15.45 Muskel/seneskader indenfor fodbold v/Ulrich Fredberg
- 15.45 - 16.15 Genoptræning af muskel/seneskader

Andre kurser

INTERNATIONAL CONGRESS ON DANCE
MEDICINE AND SCIENCE

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

Dates: 3-6 November, 2005

Location: Balettakademien, Birger Jarlsgatan 70, 10041 Stockholm, Sweden

Objectives:

Upon completion of this conference, attendees will:

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

Host: Balettakademien/Folkuniversitetet

Website: www.iadms.org

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

FFI temadage 2005

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

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

Skulderskader/FFI Nordjylland

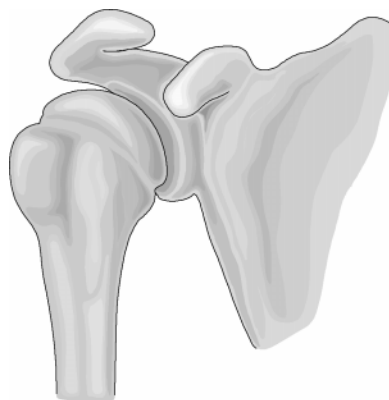
Tid: Søndag d. 12. juni 2005 kl. 9-14.

Sted: Aalborg Sygehus Syd.

Indhold: Skulderundersøgelse, diagnosticering og behandling. Temadagen indeholder både teori som praktik.

Underviser: Torben Blendstrup. Har været med til at udvikle behandlingsmetoder til scapula alata-patienter på Viborg Sygehus. Arbejder på nuværende tidspunkt for Viborgs kvindehåndboldhold.

Deltagerantal: 20



Pris: 425 kr for medlemmer af FFI og 530 kr. for ikke-medlemmer. Frokost er med i prisen.

Tilmelding: Bindende tilmelding senest d. 1. juni efter "først til mølle princip". Medlemmer af FFI har fortrinsret. Tilmeldingen skal ske til Mette Kold: mettekold@hotmail.com eller 98149262 / 26229262. Penge indbetales til Skjern Bank, reg. nr.: 7780, kontonr.: 1359728 (husk at anføre dit navn ved overførslen samt evt. medlemsnummer).

Arrangør: FFI region Nord, Mette Kold

Dansk SPORTSMEDICIN

Adresse:

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

Redaktionsmedlemmer for DIMS:

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

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

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

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

Redaktionsmedlemmer for FFI:

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

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

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

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



Adresse:

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

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

Andreas Hartkopp
Bodegårdsvej 9
3050 Humlebæk
hartkopp@dadlnet.dk

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

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

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

Tommy Øhlenschläger
Valmuevej 16
4300 Holbæk
tpv@dadlnet.dk

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

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

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



fagforum for idrætsfysioterapi

Adresse (medlemsregister):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**fagforum
for
idrætsfysioterapi**

Kontaktpersoner 2005

Nordjylland:

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

Midtjylland:

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

Syddjylland:

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

Fyn:

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

Nordsjælland:

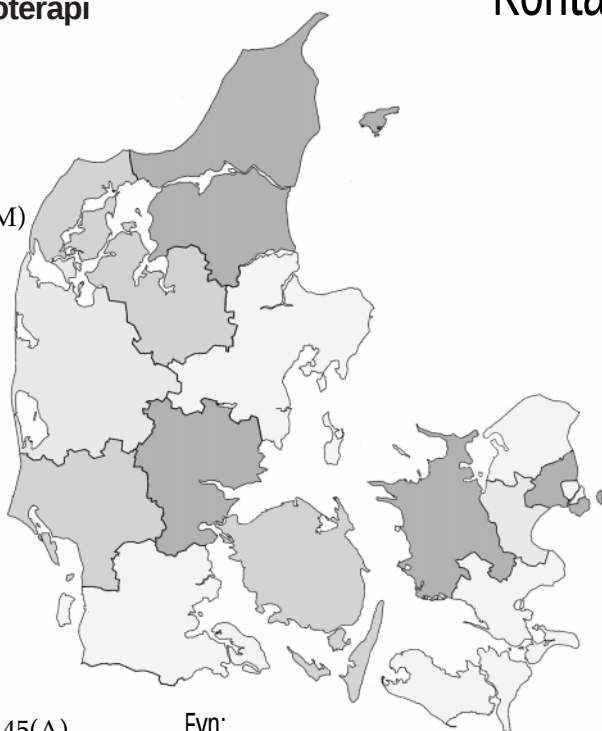
Klaus Petersen
Ordrupvej 46 B, 1.th.
2920 Charlottenlund
3963 2310 (A)
info@ordrupfysio.dk

København og Bornholm:

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

Sydsjælland:

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



IDRÆTSKLINIKKER

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

Frederiksberg og Københavns kommune

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

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

Københavns amt

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

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

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

Amager Hospital, Skt. Elisabeth, tlf. 32343293
Overlæge Per Hölmich
Tirsdag 15 - 17

Frederiksborg amt

Frederikssund Sygehus, tlf. 48 29 55 80
Overlægerne Tom Nicolaisen, Henrik Chrintz og Peter Albrecht-Olsen
Mandag til fredag 8 - 16

Storstrøms amt

Næstved Centralsygehus, tlf. 53 72 14 01
Overlæge Jes Hedebo • Tirsdag 16 - 18

Nykøbing Falster Centralsygehus, tlf. 54 85 30 33
Overlæge Troels Hededam • Torsdag 15.30 - 17.30

Fyns amt

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

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

Ribe amt

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

Ringkøbing amt

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

Århus amt

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

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

Vejle amt

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

Viborg amt

Viborg Sygehus, tlf. 89 27 27 27
Overlæge Martin Steinke
Tirsdag og torsdag 13 - 14.30

Nordjyllands amt

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

Bornholms amt

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

Afsender:
Dansk Sportsmedicin
Terp Skovvej 82
8270 Højbjerg

Adresseændringer:

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

Abonnenter skal meddele ændringer
til Dansk Sportsmedicins adresse.

MAGASINPOST A



POST

PP

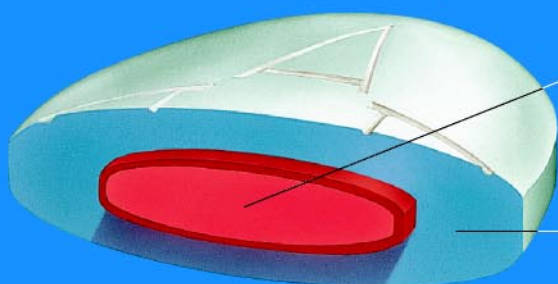
DANMARK

For pligttekst se side 23

Arthrotec® forte og Arthrotec® (diclofenac/misoprostol)

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

Arthrotec® og Arthrotec® forte (diclofenac/misoprostol)
er det eneste produkt der kombinerer et smertestillende
NSAID med en beskyttelse mod alvorlige GI kompli-
kationer¹ såsom maveblødning eller perforering.



Inderst:

Det velkendte, smertestillende diclofenac,
50 mg eller 75 mg

Yderst:

Det mave- og tarmbeskyttende misoprostol, 0,2 mg

TILSKUDSBERETTIGET



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



Vi arbejder med liv og sjæl