ISSN 1397-4211

DANSK SPORTSMEDICIN

NR. 4, 10. årgang, NOVEMBER 2006

SKADER PÅ ISEN ...
•
SKISKADER

DANSK IDRÆTSMEDICINSK SELSKAB

fagforum
for
idrætsfysioterapi

Redaktionelt

Redaktør Svend B. Carstensen

Skader på isen…

Klask. Krasch. Og smask..! Hvem kan det undre, at ishockeyspillere får skader? Sikkert ingen. Men den enorme forskel på skadesincidensen ved kamp og ved træning kan måske undre. Er regelsættet godt nok? Er sikkerhedsudstyret? Allan Buhl stiller skarpt på ishockeyskaderne og giver os en oversigt over skadeepidemiologi, -mekanismer og -forebyggelse.

Rasmus Holst skøjter videre på ishockeybanen, hvor han tegner et billede af fysioterapeutens rolle i en ishockeyklub, nemlig Odense Ishockey Klub. Heller ikke her er der mangel på skader, så fysioterapeuten og det øvrige sundhedspersonale har vist rigeligt at se til.

Alvorlige knæskader og alpint skiløb ser – desværre – ud til at hænge uløseligt sammen. Specielt nybegynderne er udsatte. Og de 55 – 64-årige fremgår det af statistikkerne. Ortopædkirurgerne får hænderne fulde. Men det har Bent Lund fod på, han skriver om de forskellige typer af knæskader og behandlingen af dem på Idrætsklinikken i Århus.

Måske skal der en anden "skikultur" til. En kultur, hvor skiløberen både tager ansvar for sig selv og de andre. Og selvfølgelige er velforberedte. Det, blandt andet, argumenterer Allan Butans Christensen for i sin artikel om skiskader og "skikultur".

Så glider vi videre til curling. Bente Andersen var med curlingkvinderne til OL. Og det gik jo ikke så godt, resultatmæssigt altså. Men ellers gik det vist fint. Curling er ikke nogen speciel farlig sport, selvom der også her sker skader på isen. Og det kan vel heller ikke undre, når man tumler rundt med en 20 kg tung granitsten.

ACL-debatten raser…

Nå ja, raser og raser – det er måske så meget sagt. Men Mogens Dams indlæg i sidste nummer af Dansk Sportsmedicin har i hvert fald affødt flere reaktioner. Og det er jo positivt. Redaktionen hilser debatten velkommen.

Debatten har vel ligget og ulmet gennem mange år. Så pustede Grethe Myklebust og Roald Bahr til gløderne i BJSM, marts 2005, hvor påpege den øgede risiko for artrose. Og de stillede spørgsmålet: Skal de rekonstruerede idrætsfolk tilbage på banen?

To læger, Bent Lund og Marianne Backer, følger op i dette nummer. Her understreger Bent Lund blandt andet vigtigheden af, at fysioterapeuten kommer på banen. Enig. Marianne Backer overvejer, om der ikke også er en tendens til at romantisere det postoperative forløb. Enig.

TV2 bragte for nylig et indslag med to tidligere håndboldstjerner, Rikke Solberg og Anne Dorte Tanderup. De døjer nu begge med deres knæ. Medaljens bagside. Men de fik dog lov at smage sejrens sødme og fik deres medaljer. Hvad med alle dem, som ikke opnåede nogen medajle, kun de skadede knæ, hvad med dem? Hvad siger du?

Debatten er åben…

Til slut nyt fra bladet: Henning Langberg er trådt ud af redaktionen, hvor han har siddet for FFI siden 1999. Tak til Henning for en stor indsats for Dansk Sportsmedicin.

Dansk Sportsmedicin nummer 4, 10. årgang, november 2006.
ISSN 1397 - 4211

FORMÅL
DANSK SPORTSMEDICIN er et tidsskrift for Dansk Idrætsmedicinsk selskab og Fagforum for Idrætsfysioterapi. Indholdet er tværfagligt klinisk domineret. Tidsskriftet skal kunne stimulere debat og diskussion af faglige og organisationsmæssige forhold. Dermed kan tidsskriftet være med til at påvirke udviklingen af idrætsmedicinen i Danmark.
ABONNEMENT
Tidsskriftet udsendes 4 gange årligt i månederne januar, maj, august og november til medlemmer af Dansk Idrætsmedicinsk Selskab og Fagforum for Idrætsfysioterapi. Andre kan tegne årsabonnement for 250 kr. incl. moms.

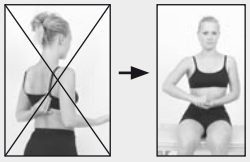
ADRESSE
DANSK SPORTSMEDICIN
Red.sekr. Gorm H. Rasmussen
Terp Skovvej 82
DK - 8270 Højbjerg
Tlf. og tlf.-svarer: 86 14 42 87
E-mail: info@dansksportsmedicin.dk
REDAKTION
Overlæge Allan Buhl, overlæge Per Hölmich, cand.scient. Bente Kiens, overlæge Bent Lund, fysioterapilærer Peder Berg, fysioterapeut Svend B. Carstensen, fysioterapeut Gitte Vestergaard.
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. Dansk Sportsmedicin forholder sig retten til at arkivere og udgive al stof i tidsskriftet i elektronisk form.
Artikler i tidsskriftet repræsenterer ikke nødvendigvis redaktionens holdninger.
PRISER FOR ANNONCERING
Oplyses ved henvendelse til redaktionssekretæren.
TRYK OG LAYOUT
Tryk: EJ Grafisk AS, Beder
DTP og produktion: Gorm H. Rasmussen
FORSIDEFOTO
Venligst stillet til rådighed af www.oik.dk, Odense Ishockey Klub

© Indholdet må ikke genbruges uden tilladelse fra ansvarshavende redaktør.

Indhold:

Rettelse til artikel i sidste nummer. Se side 26 ...



FORENINGSNYT	4	Ledere
FAGLIGT	6	Ishockeyskader – epidemiologi, mekanismer og forebyggelse *Allan Buhl*
	11	Fysioterapeut i ishockeysporten *Rasmus Holst*
	14	Alvorlige skiskader og alpint skiløb *Bent Lund*
	18	Skiskader og "skikultur" *Allan Butans Christensen*
	21	Curling – OL, spillet og skaderne *Bente Andersen*
DEBAT	24	Debatten om ACL-rekonstruktion fortsætter ... *Bent Lund / Marianne Backer*
INFORMATIONER	25	Referenceprogram for ligamentskader i knæet • Presseklip • Rettelse
KURSER OG MØDER	28	
NYTTIGE ADRESSER	38	

DANSK IDRÆTSMEDICINSK SELSKAB

fagforum for idrætsfysioterapi

Deadlines for kommende numre:

Nummer	Artikelstof	Annoncer	Udkommer
1/2007	1. december	15. december	sidst i januar
2/2007	1. april	15. april	i maj
3/2007	1. juli	15. juli	i august
4/2007	1. oktober	15. oktober	i november

Dansk Idrætsmedicinsk Selskab

v/ Bent Wulff Jakobsen, formand

Det er blevet november måned, og vi har igen dansk normaltid. Nogle få uger endnu kan vi glædes over lyset om morgenen, selv om de fleste af os tager hjem fra jobbet i vintermørket. Snart er dagene dog blevet så korte, at vi drager af om morgenen i mørke og kommer hjem om eftermiddagen – i mørke. Vinteren er virkelig over os.

Og hvad er der så at glædes over i den mørke tid. Jo, for eksempel, at dit Idrætsmedicinske selskab igen sender den det trykte medlemsblad, Dansk Sportsmedicin. Lige til at tage med ind til den dybe lænestol, med stearinlyset blafrende og muligvis med brændeovnens flammer slikkende op fra det velduftende birkebrænde, som blev hentet hjem sidste år. Fødderne op og så fordybe sig i en af de talrige gode artikler i bladet. Som det sig hør og bør i denne vinternære tid, omhandler bladet denne gang vintersportsidrætterne og deres skader. Der er masser af godt læsestof til en tur på sofaen, mens vi forbereder os på og eventuelt søger metoder til forebyggelse af de idrætssskader, som vinteren altid fører med. Samtidig kan jeg fortælle, at DIMS er gået i samarbejde med FFI, Dansk Skiforbund samt Gigtforeningen for at kortlægge mulige forebyggende tiltag ved alpin skisport, hvor tidligere undersøgelser har vist, at ca. 500.000 danskere drager på skisportsferie og en meget stor del bliver skadet. Vi håber – måske ikke denne sæson men så næste – at kunne bidrage til at nedsætte antallet af skader.

Samtidig kan vi også glæde os til Idrætsmedicinsk Årskongres, som denne vinter, nærmere betegnet 1.-3. februar 2007, afholdes i Odense. Vi forventer endnu engang at byde en stor gruppe idrætsmedicinsk interesserede velkommen til en fortættet stemning og fagligt dybdeborende kongres. Du kan også medvirke til dette ved at sende et abstrakt omhandlende dit interesseområde, din pågående forskning eller dine seneste observationer. Deadline er 1. december 2006. Husk fordelagtig deltagerpris ved tilmelding før 15.12.2006.

Jeg glæder mig tillige over, at Michael Kjær og Andreas Hartkopp fik lejlighed til at give en nuanceret holding til problematikken omkring brugen af gigtmedin hos idrætsudøvere (Politiken 8.10.2006). Siden sidste nummer af DS har der verseret en markant offentlig debat om brugen af gigtmedicin hos fodboldspillere, initieret af DR-udsendelsen "Når døden spiller med". Debatten har også haft stor bevågenhed i ledelsen af Dansk Idrætsmedicinsk Selskab. Der skal ikke være tvivl om Dansk Idrætsmedicinsk Selskabs anbefalinger: 1) hvis en idrætsudøver indtager medicin, bør idrætsudøveren tage hensyn hertil og ikke anstrenge sig samt 2) at alle former for medicin til idrætsudøvere, også smertestillende eller gigtmedicin, bør være lægeordineret.
Som det fremgår af artiklen i Politiken er det eneste vi ved med sikkerhed, at der i Danmark er 1,8 hjertedødsfald per 100.000 mennesker i alderen 15-35 år, og at tallet for eliteudøvere i samme aldersklasse er 1 per 100.000. At der skulle være en sammenhæng mellem fornuftig brug af gigtmidler hos idrætsudøvere og hjertedødsfald er ikke videnskabeligt underbygget.

Endelig kan børn og barnlige sjæle begynde at glæde sig til den tilstundende jul. Det kan godt være det bliver mørkt, men julelysene – både ude og inde – skal nok hjælpe os til glædes, og ikke midst det faktum, at dagene atter bliver længere efter den 21.12, vil glæde mig.

I ønskes alle en glædelig jul og et lykkebringende nytår…

IDRÆTSMEDICINSK ÅRSKONGRES 2007

Radisson SAS H.C. Andersen Hotel i Odense den 1. - 3. februar

Se annonce side 30-31. Yderligere info og tilmelding: www.sportskongres.dk

Fagforum
for
Idrætsfysioterapi

v/ Niels Erichsen, formand

fagforum
for
idrætsfysioterapi

NSAID

I eftersommeren har flere medier sat fokus på fodboldspilleres brug af NSAID-præparater. Det er på mange områder en relevant diskussion, som FFI har fulgt med interesse.

Det er FFI´s grundlæggende holdning, at fysioterapeuter kun skal anbefale brugen af NSAID efter lægeordination. Derudover er det oplagt at det er uacceptabelt, at fysioterapeuter opfordrer eller accepterer idrætsudøveres vedvarende indtagelse af NSAID som en del af en smertelindrende behandling eller som middel til at muliggøre idrætsudøverens deltagelse i træning eller konkurrence. Det er helt sikkert, at NSAID ikke bør bruges som en erstatning for restitution eller for at camouflere kroppens advarselssignaler. Korrekt behandling med genoptræning af det skadede væv kan aldrig erstattes af medicinsk smertedæmpning. Som fysioterapeuter besidder vi evnen til at smertelindre og genoptræne idrætsudøvere til det høje aktivitetsniveau, de skal tilbage til. Vores manuelle færdigheder og genoptræningsprincipper af det beskadigede væv skal være grundstenene i den fysioterapeutiske behandlingstilgang. Disse holdninger kan ikke tilsidesættes på trods af, at idræt er kompromisernes verden hvad angår længde af skadesforløb og genoptræning.

Forbyggelseskampagner

I eftersommeren lød startskuddet til fodbold-forbyggelseskampagnen "spil gigten af banen – undgå skader". Kampagnen, som FFI har planlagt i samarbejde med Gigtforeningen og DGI/fodbold, består af flere dele, som samlet skal fremme den forebyggende træning blandt unge fodboldspillere. En væsentlig del af kampagnen er de 28 fysioterapeuter, som har meldt sig til forebyggelseskorpset. Fysioterapeuterne vil i løbet af efteråret undervise fodboldtrænere i, hvorledes forebyggende balance- og koordinationstræning kan udføres. Undervisningsmaterialet, som fysioterapeuterne skal benytte i undervisningen, er udviklet af FFI, Gigtforeningen og DGI. På denne måde sikrer vi en ensretning af de budskaber, som fysioterapeuterne formidler til trænerne. Til kampagnen er der ligeledes produceret en folder, der indeholder øvelser som skal forbedre spillernes balance, koordination og muskelstyrke. Denne folder kan downloades fra www.idraetsfysioterapi.dk.

Som opfølgning på "knokl for dit knæ"-kampagnen er der produceret en DVD, som i efteråret vil blive sendt rundt til samtlige håndboldklubber i landet. DVD´en indeholder en række øvelser, som trænerne kan benytte i deres bestræbelser på at nedsætte skaderisikoen hos deres håndboldspillere.

PS: husk nu årskongressen

Generalforsamlinger 2007

Generalforsamlingerne 2007 holdes i Odense i forbindelse med den idrætsmedicinske årskongres. Denne gang er generalforsamlingerne – med begge bestyrelsers accept – tidsmæssigt sammenfaldende, hvilket betyder, at medlemmer med medlemsskab af både DIMS og FFI må vælge, hvilken generalforsamling, de vil deltage i. Se indkaldelserne på side 29.

Uddannelsesudvalgene efterlyser ...

Såvel DIMS's som FFI's uddannelsesudvalg efterlyser nye medlemmer, og FFI efterlyser desuden nye undervisere. Se annoncerne side 23.

Ishockeyskader
– epidemiologi, mekanismer og forebyggelse

Af Allan Buhl, overlæge, Højbjerg

Indledning
Ishockey er et holdspil, der baserer sine regler og sit underholdende spil på hyppig fysisk kontakt mellem spillere i høj hastighed. Udskiftning af kæderne på holdet er med til at vedligeholde den høje intensitet i alle spillets faser. Den glatte overflade stiller mange krav til spillernes balance- og koordinationsevner, og brugen af skøjter og stav på konkurrenceniveau er en virkelig teknisk udfordring.

Spillets udfoldelser skaber en naturlig baggrund for mange risikoprægede kontaktsituationer, og den obligatoriske brug af beskyttelsesudstyr er helt nødvendig for at spillet kan gennemføres uden at blive bedømt for at være rent voldeligt.

Dansk Ishockey har i de seneste 10 år oplevet et kvalitetsløft både internationalt - medlem af A-gruppen - og nationalt, bl.a. med tiltrækningskraft for udenlandske ishockeyspillere, der ønsker at fortsætte karrieren i Danmark. Sporten er meget publikumspopulær i flere større danske byer, men den sportslige succes har dog ikke haft afsmitning på udviklingen i medlemstallet i Dansk Ishockey Union. De seneste 6-7 år har tallet holdt sig konstant omkring 4.000 medlemmer, hvoraf knap 10 % er kvinder. Godt halvdelen af medlemmerne er ungdomsspillere under 18 år.

Skandinavisk litteratur
For at finde brugbare oplysninger om de epidemiologiske og traumatologiske forhold i ishockey, skal man tilbage til 80´ernes store antal artikler om idrætsskader, og de fleste skadesanalyser er svenske eller finske. Undersøgelserne er i flere tilfælde prospektive (de svenske) med en veldefineret population omfattende enten 1-2 hold (omkring 25 spillere) fulgt i flere sæsoner eller populationer bestående af en hel division, oftest med 10-12 hold fulgt over én sæson. Skadesrisikoen er i næsten alle undersøgelser angivet som incidencer (skader per antal kamp- eller træningstimer).

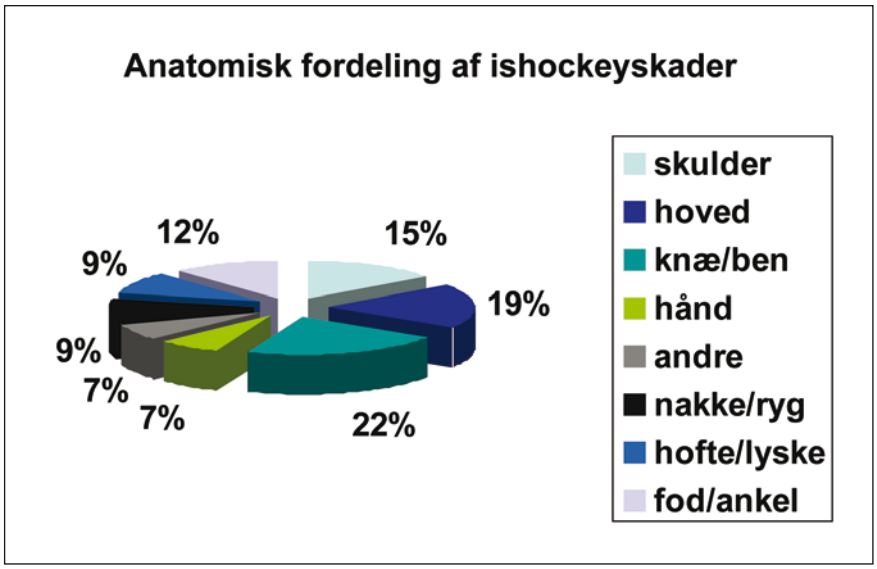
Undersøgelserne viser en tårnhøj forskel på skadesincidencen i kampsituation og til træning, vist i tabel 1. Den store forskel i skader mellem træning og kamp adskiller sig fra tilsvarende resultater i andre holdsportsgrene som f.eks. fodbold og håndbold, og risikoen for at komme til skade under en ishockeykamp er meget høj (50-78 skader/1000 kamptimer) sammenlignet med f.eks. fodbold (15-25 skader/1000 kamptimer).De finske undersøgelser af udviklingen i ishockeyskader igennem mere end 20 år er kohorteundersøgelser, som har vist en incidensstigning fra 54 til 83/1000

Reference	Undersøgelsestidspunkt	Materiale	Incidens i kamp	Incidens til træning
Lorentzon, Wedren et al. (Svensk)	1982-1984	24-25 spillere (2 sæsoner)	28.8	1.5
Lorentzon, Wedren et al.	1982-1985	24-25 spillere (3 sæsoner)	78.4	1.4
Petterson & Lorentzon	1986-1990	22-25 spillere	74.1	2.6
Tegner & Lorentzon	1986-1990	12 hold - 245 spillere	53.0	?
Mölsa et al. (Finland)	1976-1979 1988-1989 1992-1993	17-22 spillere på 3-7 hold (forskellige perioder)	54 55 83	1.5
Flik et al. (USA)	2002	8 hold	13.8	2.2
Willer et al. (Canada)	2002-2004	2600 spillere under 18 år	14.5	?
Roberts et al. (USA)	1994	273 spillere under 20 år	26.4	?

Tabel 1. *Skadeincidens: Skader/1000 aktivitetstimer*

spiltimer i observationsperioden (tabel 1). Antallet af skader opstået ved kropstaklinger eller anden kollision (f.eks. med stav) er steget med en faktor 4.5 i perioden fra 1970 til 1990. Ledskader i skulder- og knæled samt knoglebrud i hånd og håndled er øget mest. Derimod er der observeret et mindre fald i incidensen af ansigtsskader, hvilket forklares med øget brug af hjelme.

Den anatomiske fordeling på skader i ishockey er vist i figur 1. På overekstremiteten dominerer ligamentskaderne i acromioclaviculær-leddet og i tommelens grundled. På underekstremiteten er den hyppigste ligamentskade lokaliseret til det knæets mediale collaterale ligament og dernæst til ACL. Der er ingen forskel på de regionale traumatologiske forhold, når man sammenligner data fra Skandinavien og Nordamerika.



Figur 1. *Skader fordelt på anatomien*

Nordamerikansk litteratur

Den epidemiologiske ishockeylitteratur er omfattende i USA og Canada. Antallet af registrerede spillere er enormt sammenlignet med danske forhold. I sæsonen 2000/2001 er der registreret ca. 520.000 spillere i det canadiske ishockeyforbund. Skadernes antal er tilsvarende store og de økonomiske udgifter til diagnostik og behandling løber op i mange millioner dollars. Dertil skal lægges de sociale omkostninger, som mange af de alvorlige skader medfører. I den nordamerikanske litteratur finder man en række artikler, offentliggjort i pædiatriske tidsskrifter, der naturligt nok sætter fokus på skaderne hos unge spillere under 18 år.

Flere af undersøgelsesmaterialerne inkluderer mere end 1000 ishockeyspillere. Selv om populationerne er store, må man være meget kritisk overfor hovedparten af undersøgelserne og deres resultater, idet undersøgelsesmetoder, dataindsamling samt definitioner på skader og sværhedsgrad er rodede og uigennemskuelige, og undersøgelserne har ikke den samme grad af metodisk korrekthed som f.eks. de svenske undersøgelser.

Til trods for disse metodefejl vil jeg på baggrund af den nordamerikanske litteratur karakterisere ishockeyskaderne på følgende måde:

1) Skaderne sker mange gange hyppigere i kamp end til træning (faktor 4-10).

2) Skaderne optræder hyppigst i perioden før sæsonstart samt i den første tredjedel af sæsonen (faktor 1.5-2).

3) Skaderne sker oftest i kampenes 3. periode (42%) og indenfor de sidste fem minutter af hver periode (47%). Det må formentlig være i de tidsperioder, hvor intensiteten er størst samtidig med at den fysiske og psykiske træthed er tiltagende.

4) I 25-30% af alle skadessituationer bliver der begået en ulovlig handling med udvisning som resultat.

5) Kontakt med anden spiller - kropstakling (42%) eller spillers stav (16%) - er årsag til 4 gange så mange skader som ikke-kontaktsituationer (resultatet genfindes i flere studier).

6) 30% af skaderne er lokaliseret til hoved og ansigt, ca. 25% til overekstremiteten og knap en tredjedel til underekstremiteten (fordeling af skaderne genfindes i flere studier).

7) En mindre overvægt af skaderne rammer de 3 angribere (ca. 60%) i forhold til de to backs og målmanden.

8) I ungdomsturneringer rammes unge mellem 15 og 18 år hyppigst af skader, og de har den klart højeste frekvens af hovedskader.

9) Unge under 15 år har lige så mange skader som spillere over 15 år og seniorspillere, men de har langt færre alvorligere skader.

10) Ishockey i USA og Canada var i 60-70´erne årsag til flere alvorlige skader samt dødsfald end nogen anden holdsportsgren. Dødsfald blandt børn under 12 år er beskrevet. I en 7 års periode i 70-80´erne fandtes 42 spinalskader i Canada, og alvorlige øjenskader med varige mén, f.eks. tab af syn, er beskrevet i flere artikler. Det canadiske øjenselskab har i perioden 1972-2002 registreret 1914 øjenskader i ishockey med tab af synet i 311 tilfælde.

Hoved- og ansigtsskader

Der er publiceret mange artikler, som omhandler omfanget og sværhedsgraden af hoved- og ansigtsskader i ishockey, samt forebyggelsen af disse.

De første hjelme blev taget i brug i 50´erne, og de blev obligatoriske i Sverige i 1963. Disse hjelme havde ingen øjenbeskyttelse, og i en stor canadisk undersøgelse i 1974-75 fandtes 43 øjenskader med tab af synet, hvoraf 38 % skyldtes slag fra pucken. Full face-masken (Combo hjelm) og plastikvisir til standardhjelme blev udviklet i 70'erne. Full face-maske blev obligatorisk i ungdomsrækkerne i USA i 1978, og i Sverige blev hjelm med visir obligatorisk for alle seniorspillere i 1987. Øjenskadernes antal og alvorlighed blev herefter kraftigt reduceret, og tab af synet er kun registreret i få tilfælde (8 i Canada og 1 i Sverige) siden den obligatoriske indførelse af visir eller maske. Desværre er der fortsat mange professionelle spillere, som kun bruger en hovedhjelm eller bruger hjelme med visir på forkert vis, og derfor er de alvorlige øjenskader ikke forsvundet i ishockey.

De alvorlige hjerneskader med indre blødninger blev reduceret efter

Beskyttelsesudstyr: *Almindelig hjelm (uden visir), combohjelm (full face-maske) og skulderbeskytter*

indførelsen af hjelme og masker, men frekvensen af de lettere hjerneskader (let til moderat commotio cerebri) er overraskende steget ret betydeligt i fire landes undersøgelser, som vist i figur 2. Desværre er definitionen på let til moderat commotio cerebri ikke særlig præcist anført, og undersøgelsernes resultater er svære at sammenligne.

Traumemekanismer imod hovedet deles hyppigt i 3 hovedgrupper: **1)** direkte excentrisk påvirkning mod cerebrum, **2)** direkte slag mod ansigt/hage region og **3)** direkte slag mod temporalregionen. De nærmere traumatologiske detaljer er beskrevet af Biasca, Wirth og Tegner i 2002 i en større oversigtsartikel.

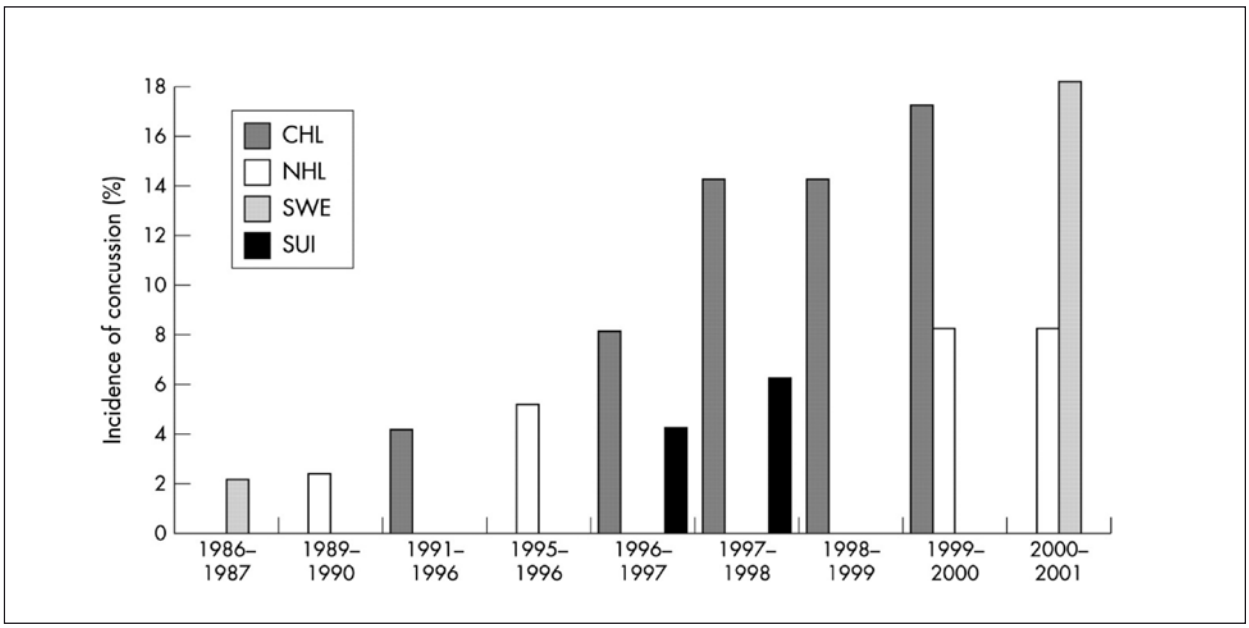
Man forsøger fortsat at forbedre hjelmen med nyt og stærkere stødabsorberende materiale, men resultatet har endnu ikke vist sig på antallet af hovedskader. En mulig forklaring er, at traumets accelerationskraft meget ofte indeholder et rotationsmoment, når virkningen af traumet rammer cerebrum. Hjelmen har en ringe beskyttelse mod rotationskrafterne. Der er lavet flere forsøg på at fastlægge et mål på, hvornår denne rotationskraft fører til skader i cerebrum. Resultaterne antyder, at den skadelige virkning af accelerationen ligger mellem 150 og 200 G, men virkningen varierer med kraftens retning på cerebrum, f.eks. er kraft rettet mod mandibel- eller temporalisregionen mere skadelig end andre kraftretninger. Videnskabeligt er der stadig en del uafklarede forhold på området, og nye undersøgelser bliver til stadighed gennemført i USA og Canada.

Ansigtsskaderne er oftest sårskader lokaliseret til øjen- og mundregionen (55%). Sårskaderne optræder 2-3 gange hyppigere hos spillere, der bruger hjelm med visir i forhold til dem, der bruger maske. Ulovligt løftet stav er årsag til flertallet af sårskaderne. Frakturer (maxil, mandibel, zygoma) forekommer i 23% af hoved/ansigtsskaderne.

Mund- og tandskaderne er mere sparsomt beskrevet i litteraturen. Skadernes hyppighed varierer fra 10% til 30% af alle ishockeyskader, og de fleste opstår ved slag fra stav.

Overbelastningsskader

Overbelastningsskadernes hyppighed i ishockeysporten er mindre godt belyst, og definitionerne på overbelastningsskader og kroniske skader er meget forskellige i undersøgelserne. Lorent-



Figur 2: *Viser udviklingen af hovedskader i Canada (CHL), USA (NHL), Sverige (SWE) og Schweiz (SUI) (fra BJSM 2002; 36, p 410-427).*

zon & Wedren fandt i flere af deres undersøgelser, at andelen af overbelastningsskader var 15-20%. Undersøgelser fra USA viser, at overbelastningsskaderne hyppigst er lokaliseret til lyskeregionen samt hamstringssenerne og -musklerne. Tyler et al. (2001) har publiceret flere artikler om bløddelsskader i lysken. De fandt, at på én sæson havde 47 spillere i New York Islanders pådraget sig 11 adduktorskader og 4 iliopsoasskader.

De kroniske skader er mindre hyppigt forekommende i ishockey (under 5%). De ses ikke overraskende hos ældre spillere, og oftest drejer det sig om rygsmerter med forskellige baggrund. I mange af de epidemiologiske undersøgelser er omfanget af de kroniske skader ikke angivet.

Danske forhold

Mig bekendt findes der ingen epidemiologiske undersøgelser, som beskriver omfanget af ishockeyskader i Danmark. Der findes kun det tilgængelige sygehusregister for skadestuerne, og her kommer ishockeyskaderne langt nede på listen over idrætsskader. F.eks. kan jeg nævne, at der kun går 3 ishockeyskader på 100 fodboldskader.

I Dansk Ishockey Union er 1.250 spillere under 12 år, og 350 spillere er kvinder. Blandt de ca. 2.500 mænd over 12 år vil jeg på baggrund af litteraturen forvente, at der årligt opstår 900-1.100 skader, som medfører fravær fra ishockey mindst en gang. Der er formentlig 250-300 hoved- og ansigtsskader om året, og 40% af disse må betragtes som alvorlige - eksempelvis commotio cerebri, ansigtsfrakturer, øjenskader og større tandskader. De danske tal er små sammenlignet med forholdene i andre lande. Som eksempel kan jeg nævne, at der i 2004 var 32.750 henvendelser på skadestuerne i USA, som skyldes ishockeyskader hos unge under 18 år.

Forebyggelse

Med formål at nedsætte antallet af skader og deres alvorlighed er der gennemført en lang række forbedringer af spillernes udstyr de seneste 30 år. Undersøgelser fra bl.a. Canada og Schweiz har vist at brug af full face-maske (Combo hjelm) forhindrer øjenskader og reducerer antallet af hoved/ansigtsskader væsentligt. Brug af hjelm med visir beskytter derimod ikke så effektivt imod ansigtsskader. I begge landes undersøgelser kan man konstatere, at ikke-korrekt brug af visir (stroppen ikke bundet fast under hagen eller visiret slået op) er årsag til tre fjerdedele af alle skaderne i ansigtet, og alle øjenskaderne kunne være undgået med korrekt brug af udstyret. En stor undersøgelse i en canadisk juniorhockeyliga viste, at spillere med visir havde 3 gange så mange øjenskader som dem der brugte en full face-maske.

Brug af hovedhjelm alene (uden visir) har reduceret antallet af alvorlige, intracerebrale skader, men har desværre ikke haft nogen effekt på forekomsten af lettere og moderate hovedskader samt de øvrige ansigtsskader. De fleste hjelme har kun én hagestrop. Undersøgelser har vist, at stroppen ikke altid giver en tilstrækkelig fiksation af hjelmen. Nye hjelme med en dobbelt strop anbefales således.

Brug af tandbeskytter har nedsat antallet af tand- og andre mundskader. De fleste forebyggende undersøgelser af tandbeskytternes effekt er lavet på andre sportsgrene (amerikansk fodbold, boksning). Tandbeskyttere har været obligatoriske for ungdomsspillere i mange lande i flere år, men brugen er fortsat frivillig hos de professionelle ishockeyspillere. Der findes både externe og interne tandbeskyttere. Ved brug samtidig af full face-maske rekommenderes kun anvendelse af de interne tandbeskyttere.

Der findes plastikudstyr som kan beskytte columna cervicalis, men effekten af dette er dårlig belyst i litteraturen, og brugervenligheden er angiveligt ringe. Anvendelsen af full face-maske har ikke - som man kunne have frygtet - forøget antallet af skader i columna cervicalis.

I USA og Canada er der lavet flere undersøgelser for at vurdere effekten af fairplay i ishockey, og

Robert et al. (1996) viste, at ekstra point via fair play medførte et fald i skaderne med en faktor 4,8. I Canada er kropstaklinger (body-checking) forbudt i ungdomsturneringer for spillere under 12 år. Hos ældre spillere i ungdomsrækkerne har man i flere stater i både Canada og USA forsøgsvis gennemført turneringer, hvor disse kropstaklinger var forbudt. Det medførte et dramatisk fald i antallet af skader, og derfor har American Academy of Pediatrics anbefalet, at kropstaklinger ikke tillades i ishockeyturneringer for spillere under 16 år. Så vidt jeg er orienteret, er kropstaklinger fortsat tilladt i high school-ishockey og i andre turneringer for børn over 12 år.

Beskyttende, formstøbt skum til skulder, albue, knæled osv. er materialemæssigt forbedret og blevet mere brugervenligt gennem årene. Nyere litteratur (efter 1980) har ikke vist, at dette ledbeskyttende udstyr signifikant har kunnet nedsætte antallet af ledskader. Flere undersøgelser peger endda på, at antallet af ledskader er steget igennem de sidste 20 år - et forhold, som kun kan forklares ved sportens udvikling i hurtighed, intensitet og spillernes fysiske egenskaber. Disse faktorer opvejer den eventuelle positive effekt af det ledbeskyttende udstyr, og den aflæses således ikke i undersøgelsesresultaterne.

Konklusion

Ishockeyskaderne i Danmark udgør kun en lille del af alle danske idrætsskader, og den enkelte idrætslæge eller fysioterapeut ser kun få ishockeyskader på hospitalet eller i klinikken hvert år. Viden om skadernes omfang og sværhedsgrad har vi fra talrige undersøgelser i andre lande, og de fleste af disse videnskabelige studier angiver, at såvel skadernes antal som alvorlighed er stigende. Antallet af moderate alvorlige hoved- og ansigtsskader er fortsat højt, og ledskadernes antal i både arme og ben er øget.

Hurtighed, kraft, hyppige kropstaklinger, brug af stav og slag fra pucken er alle potentielle faremomenter i ishockeysporten. Det beskyttende udstyr forbedres kontinuerligt, og mange skadestyper er reduceret væsentligt som følge af den obligatoriske brug af hjelme med visir, full face-maske, tandbeskyttere, plastikbeskyttere til led osv. Der bliver begået mange ulovlige handlinger i en ishockeykamp, og en stor del af disse forseelser er årsag til skadernes opståen. De er ligeledes en væsentlig forklaring på, at skadeincidencen i kampsituationer i forhold til træning er meget højere end i andre holdsportsgrene. Forkert brug af udstyret - f.eks. af hjelmene med visir - er ligeledes medvirkende årsag til mange skader.

Med sportens stigende popularitet i Danmark må vi forvente at antallet af spillere og klubber øges fremover. Skaderne forventes dermed også at blive flere og alvorligere. Vigtigheden af korrekt brug af beskyttelsesudstyret, overholdelse af reglerne i spillet samt højnelse af niveauet på uddannelsen af trænere, ledere og dommere, kan i fremtiden få stor betydning for udviklingen af skaderne i ishockeysporten i Danmark.

Kontaktadresse:

Overlæge Allan Buhl
buhl-bersang@mail.dk

Referencer

• N. Biasca, S. Wirth, Y. Tegner, The avoidability of head and neck injuries in ice hockey: an historical review. Br. J. Sports Med. 2002; 36, 410-427.
• P. Clayton, A review of head injury data in Canadian hockey league with emphasis on the incidence of concussion, Third International Symposium on Safety in Ice Hockey, 1997.
• Y. Tegner, Concussion experiences: Swedish elite ice hockey league: International Symposium on Concussion in Sport. Br. J. Sports Med. 2001; 35, 376.
• R. Lorentzon, H. Wedren, T. Pietila, Incidence, nature and causes of ice hockey injuries. A three-year prospective study of a Swedish elite ice hockey team. Am. J. Sports Med.; 1988, 4, 392-396.
• J. Mölsä, U. Kujala, O. Näsman, et al., Injury profile in ice hockey from the 1970s through the 1990s in Finland, Am. J. Sports Med. 2000, 28, 322-327.
• T. Tyler, S. Nicholas, R. Campbell et al. The association of hip strenght and flexibility with the incidence of adductor muscle strains in professionel ice hockey players., Am. J. Sports Med. 2001, 29, 124-128.
• K. Flik, S. Lyman, R. Marx, American collegiate men´s ice hockey, an anlysis of injuries, Am. J. Sports Med., 2005, 33, 183-187.
• W. Roberts, J. Brust et al., Fairplay rules and injury reduction in ice hockey., Arch. Pediatrics and Adolescent Med., 1996, 150, 140-145.
• A.Macpherson, L. Rothman, A. Howard, Body-checking rules and childhood injuries in ice hockey., Pediatrics, 2006, 117, 143-147.
• Y. Tegner, R. Lorentzon, Ice hockey injuries, Br. J. Sports Med.,1991, 25, 87-89.
• P. Piccininni, Typical dental injuries in ice hockey with and without face protection and recent advances in mouthguard design. Safety in ice hockey, Eighth International Symposium of the International Ice Hockey Federation IIHF., 2000, 95-103.
• N. Biasca, Y. Tegner, Head injuries fascial injuries in ice hockey: role of the protective eqiupment. European J. Trauma., 2005.31, 369-374.

Komplet referenceliste kan rekvireres hos forfatteren.

Parkens Privathospital

AMBULANT KLINIK FOR ARTROSKOPISK KIRURGI OG IDRÆTSSKADER

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

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

info@parkensprivathospital.dk
www.parkensprivathospital.dk

Fysioterapeut i ishockeysporten

Af Rasmus Holst, fysioterapeut, Odense Ishockey Klub
Foto: Odense Ishockey Klub, www.oik.dk

God fysik

Ishockey er en kontaktsport. Fysisk krævende og med masser af tempo og tacklinger. Også en sport, der i Danmark har oplevet stor fremgang de senere år.

Ishockeysporten vokser

Både medlemsmæssigt og tilskuermæssigt er ishockeysporten på vej frem. På eliteplan rangerer sporten som den næstmest eksponerede danske vintersport efter håndbold. Dette påvirker professionalismen i sporten. Flere penge, større administrationer, øget træningsmængde osv.. Flere og flere danske spillere får mulighed for i højere grad at satse på sporten. Breddemæssigt betyder dette, at sporten oplever stor medlemsfremgang, og at der arbejdes ihærdigt for flere ishaller i Danmark.

Fremgangen er dog ikke helt slået igennem i sundhedssektoren. Klubberne har i større eller mindre grad fysioterapeuter og massører tilknyttet på timebasis, og typisk en holdlæge. Langt hovedparten af behandlerne har deres primære beskæftigelse andre steder.

Sundhedssektoren i Odense Ishockey Klub

I Odense Ishockey Klub (OIK) har udviklingen fulgt tendensen. Klubben har resultatmæssigt været med i og omkring toppen de seneste 5-6 år, og er ved at have en veludviklet professionel organisation, primært omkring eliteafdelingen.

Tidligere har fysioterapien i OIK bestået af tilknytning til en klinik i Odense og en massør tilknyttet én gang om ugen. Dette er blevet forbedret og udvidet med årene og nu har man: læge, fysioterapeut, kiropraktor og massør.

Dog alle på forskellige vilkår og aflønnet efter dette.

Den fysioterapeutiske behandling er stadigvæk organiseret igennem en privatpraktiserende fysioterapeut i Odense. Men nu med en ugentlig konsultation i klubben, mellem kampe og i forbindelse med en træning. Her konsulteres og vurderes spillere efter behov. Herefter behandles spillerne efter behov i dagtimerne på klinikken eller i forbindelse med en træning i hallen. Mobiltelefonen er her blevet et uundværligt redskab, da en vigtig del af denne konsulentfunktion er altid at stå til rådighed i forhold at lave aftaler med de enkelte spillere.

Der er altså tale om en tværfaglig vurdering en gang ugentligt, hvor læge og fysioterapeut er tilstede sammen, og herefter varetages behandlingen af fysioterapeuten. Rollefordelingen for alle faggrupper er, at man refererer til klubbens manager, som står med det overordnede ansvar overfor behandler, træner og spillere.

I tillæg til arbejdet med eliteafdelingen er man i OIK begyndt at undervise de ældste ungdomsårgange, og på træner/leder niveau. Fysioterapeutens rolle er her at undervise i basal akut skadebehandling og skadeforebyggende træning. Undervisning er på et meget alment niveau, men bestemt et skridt i den rigtige retning i forhold til integrering af fysioterapien i ishockeyens verden, også på lavere niveau end eliten.

Fysioterapeutens rolle

Sæsonens gang i ishockeysporten gør, at fysioterapeutens rolle skifter i løbet af året. Ligesom der fra år til år kan være stor udskiftning i spillerstaben. Det er på grund af de mange udlændinge, som klubberne ofte skifter ud fra sæson til sæson.

Den egentlige ishockeysæson løber fra august til april i Danmark. Dette giver et slip på tre måneders off season, hvor der er mulighed for at fokusere på fysisk og skadesforebyggende træning. Igen med fysioterapeuten i en konsulentrolle.

Generelt for holdet skal der i denne periode trænes tung styrketræning, men der lægges også i højere grad vægt på stabilitetstræning for både skulder, ryg og underekstremiteterne. Dette planlægges sammen med holdets træner. Enkelte spillere har i denne periode brug for specifik træning i form af rehabilitering efter skader eller forebyggelse af skader, som vi ved, de er disponerede for. Dette foregår i fysioterapeutisk regi alene.

Ligesom en ishockeykamp kan selve sæsonen på isen opdeles i tre perioder, nemlig opstart, grundspil og slutspil.

Opstarten

Oven på en sommer med masser af styrketræning og kredsløbstræning, kombineret med rehabilitering og skadeforebyggende træning, skal spillerne på is for første gang i godt tre måneder. Dette giver en kombination af hård fysisk træning og lidt uvante bevægemønstre. Spillerne er derfor i denne periode særlig disponeret for overbelastningsskader, og det gælder derfor for fysioterapeuten om at fange disse tidligt i forløbet. Lyskeskader forekommer ofte i denne fase, og er ekstremt vigtige at få behandlet korrekt. Ellers risikerer spilleren at være plaget resten af sæsonen. En del af nøglen til dette ligger dog i spillerens forberedelse til sæsonen.

Grundspillet

Grundspilsperioden har tendens til at være den mindst skadeplagede. Godt nok spiller man mange kampe i oddset-ligaen, men i denne periode er der dog så lidt pres på, at spillerne som regel får mulighed for at komme sig over skaderne. Man spiller kamp ca. to gange ugentligt, med indlagte turneringspauser til landsholdssamlinger. Skaderne her er som regel af akut karakter, hvis ikke spillerne har bragt skader med videre med fra sommer- og opstartsperioden. Der er mange behandlinger af mindre blødninger efter slag, enkelte forstrækninger osv.. Der er også spillere, der døjer med rygproblemer. Mod slutningen af grundspillet prioriteres det ofte at have alle spillere klar til slutspillet, såfremt de sportslige resultater tillader det.

Slutspillet

Denne periode er karakteriseret ved mange kampe og stor intensitet i kampene. Det betyder flere akutte skader og større pres på sundhedssektoren. Det skyldes, at sæsonen nu er inde i en vigtig fase for klubberne, men det er også en fase, hvor spillerne vil gøre hvad som helst for at være klar til næste kamp, som måske spilles to til tre dage senere. Man spiller tre kampe om ugen, og der er først pause, når holdet er elimineret fra slutspillet. Det drejer sig helt enkelt om, fra dag til dag, og med meget kort behandlingstid til rådighed, at holde så mange spillere klar til kamp som muligt.

Et job der kræver fleksibilitet

Som fysioterapeut i ishockeymiljøet er det en fordel at kende sporten og mentaliteten indefra. Man skal kunne forstå, hvad der rører sig i hovederne på spillerne, når de vil gøre hvad som helst for at spille næste kamp. Måske negligerer spillerne skader, fordi de ikke synes, de er værd at snakke om.

Man skal kunne færdes hjemmevant i et omklædningsrum, hvor meget af samtalen med, og behandlingen af, spillerne foregår. Man skal kunne skelne mellem hvornår en spiller kan behandles i omklædningsrummet, og hvornår der kræves individuel tid på klinikken. Der kræves en vis fleksibilitet, da der skal tages hensyn til den normale drift på klinikken. Det kan somme tider kræve lange arbejdstider - og fleksible spillere, der må møde op til behandling med kort varsel, hvis der pludselig opstår et hul i tidsplanen. Til gengæld er det et job, der bidrager med variation til hverdagen på klinikken, hvilket - sammen med interessen for sporten - er med til at motivere én til at gå langt for være del af en spændende udvikling.

Ny sæson

"Ny dag, nye muligheder!" – det er der engang en klog mand der har sagt. Det samme gælder for en ny sæson i OIK. Ny samarbejdsvillig træner. Flere nye udenlandske og danske spillere. Ingen nævneværdige skader, hvilket fysioterapeuten kan glæde sig over og måske ræsonnere lidt over - om det bare er tilfældigheder det hele...? Faktum er i hvert fald, at holdet i år har fået en ganske fornuftig start på sæsonen, hvilket i sidste ende er det vigtigste, også i forhold til videreudviklingen af fysioterapien i ishockeysporten.

Kontaktadresse:

Rasmus Holst
Fysioterapeut
Odense Fysioterapi & Idrætsklinik
rholst@sol.dk
rasmush@odensefysioterapi.dk

Chokerende nyhed!

Nu kan du købe alt dit chokbølgeudstyr ét sted

FITPartner har det **største udvalg af chokbølgeudstyr** i Danmark og kan levere både fokuserende og radierende teknologi.

- Du får det udstyr, der passer bedst til dine kliniske behov og økonomi.
- Du får en uvildig rådgivning om fordelene ved begge typer teknologi.

Glemte vi at sige, at FITPartner er de eneste der forhandler chokbølgeapparatet DUOLITH® SD1 med begge teknologier indbygget – **kombinationsterapi**? Det betyder at dine behandlingsmuligheder nu bliver endnu flere. Ring og hør mere om de fordele Storz Medical's chokbølgeapparater kan give dig og specielt dine patienter.

FITPartner
Medical

FITPartner ApS er eneforhandler af chokbølgeudstyr fra Storz Medical AG. Teknologien udspringer fra nyrestensknusere som i dag er standard i behandlingen af nyresten på danske hospitaler. Storz Medical AG er ledende inden for dette felt og har flere patenter inden for teknologien. Chok- og trykbølger kan behandle en lang række kroniske tilstande, som før var meget svære at behandle og kunne kræve invasiv behandling. F.eks. plantar faciitis med/uden hælspore, skuldersmerter med/uden forkalkning af sene, fortykkelse og arvæv af acillessenen, golf- eller tennisalbue, springerknæ. Ydermere behandling af triggerpunkter og smidiggørelse af muskler.

Vi kan ligeledes formidle leasingaftaler så du betaler en lav månedlig ydelse på chokbølgeudstyret. FITPartner's service omfatter meget mere end blot udstyret.

FITPartner
Vesterparken 5c
DK-2630 Tåstrup

Tlf. 70 204 234
info@fitpartner.dk
www.fitpartner.dk

Alvorlige knæskader og alpint skiløb

Af Bent Lund, overlæge, Idrætsklinikken, Århus Sygehus THG

Indledning

Forekomsten af alvorlige knæskader i forbindelse med alpint skiløb har hos danskerne ligget nogenlunde stabilt gennem de seneste år. Ser man på tallene fra Europæiske Rejseforsikring A/S (fra en pressemeddelelse) ligger antallet af menisk- og ledbåndsskader ved skiløb på mellem 342 og 386 anmeldte skader de senere år. Procentvis udgør skaderne mellem 30 og 38% af samtlige skader opstået i forbindelse med skiløb, hvilket er en stor procentdel. Af tallene fremgår ikke hvad der er isolerede meniskskader, og hvad der er alvorlige ligamentskader, dvs. overrivning af forreste korsbånd mm..

Kigger man på tal rapporteret fra Skotland (Langran), var forekomsten af knæskader her 33,2%. I tal fra Vermont (Ettlinger et al) er beskrevet en forekomst på omkring 25%. I disse udgør meniskskader godt 2%, og det stemmer godt overens med den fornemmelse, vi har i hverdagen i Idrætsklinikken.

Det er ledbåndsskaderne, der dominerer, og her er det specielt grad II og III Medial Collateral Ligament-læsionerne (MCL), der fylder, sammen med forreste korsbåndsskader (ACL). Den danske ACL-database, der blev etableret sidste år, giver mulighed for at trække data ud på korsbåndsoperede, og her var der 271 ACL-skader opstået ved skisport ud af 2412 anmeldte ACL-opererede, hvilket svarer til 11,2%. Til sammenligning var der i alt 883 (36,6%) skader opstået ved fodbold og 373 (15,5%) ved håndbold. Ved snowboard var der 5 anmeldte og det samme fra langrend (data fra Dansk ACL-database).

Vermontgruppen har publiceret tal for ledbåndskader, hvor grad I MCL-skaderne dominerer med 8,1% af alle skader, og ACL i kombination med MCL- og LCL-skader ligeledes udgør en stor procentdel, nemlig godt 13% (se tabel 1). I andre studier er forekomsten af ACL skader lidt højere (16%, Ski injury statistics, 1982 to 1993, Jackson Hole Ski Resort).

Fordeling af ledbåndsskader ved alpint skiløb (Vermont studiet: 1972-1998)

	Antal	% af skader
Gr. I MCL	1259	8,1
Gr. II MCL	197	0,3
Alvorlige knæskader:		
Gr. II-III og Gr. 1-2 MCL	725	4,7
Gr. II-III ACL	692	4,5
Gr. II-III MCL	462	3
Gr. III MCL og ACL	376	2,4
Gr. III ACL og LCL	207	1,3
PCL eller bagre kapsel	44	0,3
Gr. II-III LCL	24	0,2
Knæ luksation	6	0,05

Figur 1

Risikofaktorer

Mange faktorer spiller ind på risikoen for at få en alvorlig knæskade. *Nybegyndere* har i den første uge, de er på ski, en op til 10 gange øget risiko for at komme til skade med deres knæ, og her har bl.a. Uffe Jørgensen et al. vist, at man ved at vise en simpel instruktionsvideo kan reducere risikoen med op til 40%. Den altafgørende faktor er dog *skibindingernes indstilling og type*, og her har bl.a. franske undersøgelser (Binet et al) vist, at man ved at stille bindinger til at udløse ved lavere belastninger end de af fabrikanten rekommenderede, kunne reducere forekomsten af ACL-skader med 26%, og 38% af andre knæskader hos både mænd og kvinder.

Skademekanisme

I sagens natur er man nødt til at spænde skiene fast under skiløberen, således at man kan manøvrere ned over de mere eller mindre præparerede løjper. Bindingerne er lavet, så de udløses ved vrid i bestemte retninger, så skien ryger af. Dette system har bevirket, at forekomsten af alvorlige ankel- og crusfrakturer er blevet markant reduceret gennem årene, men til gengæld har det øget forekomsten af ACL-skader. Problemet er at få indstillet bindingerne, så de udløses inden der sker ligamentskader, men ikke udløses så let, at skien ryger unødigt af.

Korsbåndskaden sker ofte ved en belastning så lille, at bindingerne ikke udløses. Dette ses i to velbeskrevne skademekanismer kaldet *Phantom Foot Injury Mechanism* og *Boot Induced Injury Mechanism*. Disse to mekanismer er beskrevet af Vermontgruppen og er opdaget ved at filme løjper med videoka-

mera. I begge tilfælde kan skaden ske ved meget lav hastighed og - som vi også ofte hører - ske i liftkøen eller når man stille og roligt glider ned af løjpen og pludselig mister balancen.

Skadetyper og -behandling

MCL-skader

MCL-skader kan deles op i tre grader:

Grad 1: ømhed af indvendige sideledbånd, som oftest ved det proximale hæfte, alternativt ved det distale hæfte, ledsaget af lokal ømhed og ingen eller minimal løshed. Beskeden hævelse indvendigt på knæet. Behandles efter RICE-princippet og kræver ikke bandagering med Don-Joy bandage. Kan sættes til genoptræning uden yderligere udredning.

Grad 2: ømhed af indvendige sideledbånd, som oftest ledsaget af ømhed svarende til ledlinien. Moderat indvendig hævelse. Som hovedregel er det muligt at uddifferentiere, om ømheden er proximal eller distal. Ømheden er ledsaget af let til moderat indvendig sideløshed på let bøjet knæ. Læsionen kan være ledsaget af læsion af forreste korsbånd og her vil der være intraartikulær ansamling. I dette tilfælde tillige indvendig løshed på strakt knæ. Behandles initielt efter RICE-princippet, men suppleret med en Don-Joy bandage med frit bevægeudslag. Behandlingsvarighed 5-6 uger. Der skal tidligt startes op på bevægetræning og med fokus på ekstensionen. Bør henvises til undersøgelse hos knæspecialist for at få udredt eventuelle skader på mediale menisk og forreste korsbånd. MCL-skaden heler op uden at der skal laves kirurgisk indgreb.

Grad 3: som oftest led i flerligament skade. Svær indvendig hævelse. Svær ømhed. Som oftest ledansamling. Svær løshed på let bøjet samt strakt knæ. Behandles initielt efter RICE-princippet, som suppleres med en Don-Joy bandage med frit bevægeudslag. Behandlingsvarighed 5-6 uger. Der skal tidligt startes op på bevægetræning og med fokus på ekstensionen. Skal henvises til undersøgelse hos knæspecialist for at få udredt skader på menisker og andre ligamenter. Som hovedregel kan MCL-skaden hele op af sig selv på skinnebehandlingen alene, men i svære tilfælde kan det være nødvendigt at lave en rekonstruktion af MCL i forbindelse med rekonstruktion af ACL og andre rekonstruktioner. Dette gøres med anvendelse af Semitendinosus-senen, der trækkes op som forstærkning på indsiden af knæet (figur 2).

Figur 2. *Rekonstruktion af MCL*

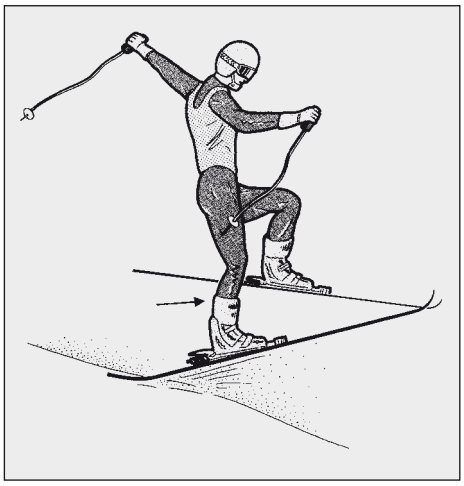
ACL-skader

ACL skader ses isolerede eller i kombination med især MCL-skaderne, og her findes der ofte kraftig ledansamling. Svær ømhed til tider, specielt i fuld ekstension, men ofte er der ikke så kraftig ømhed som ved MCL-skaderne. Lachmann-løshed på let bøjet knæ samt ved skuffetest. Sideløshed på strakt knæ. Pivot shift er positiv. Behandlingen er initielt aflastning og opstart på bevægetræning og ved isolerede ACL-skader er det ikke nødvendigt med Don-Joy bandage. Skal henvises til knæspecialist med henblik på udredning af eventuelle følgeskader ("Unhappy triad" MCL, ACL og indvendige menisk) med henblik på evt. rekonstruktion af ACL. Patienterne ses i Idrætsklinikken typisk efter 4-6 uger. og er de her ikke i stand til at strække knæet helt ud (gælder en del), opstartes fysioterapeutisk træning med henblik på at opnå normal ekstension i leddet. Der kan også være tale om en indeklemt menisk (buckethandle læsion). Her vil man planlægge subakut operation for at reponere menisken og evt. suturere den. Ved samme lejlighed vil man rekonstruere forreste korsbånd.

I forbindelse med ACL-rekonstruktionen anvendes hamstringsener (semitendinosus- og gracilis-senerne, STG), lig. patellae inf. (BPTB) og quadricepssene (BQT). Der er en overvægt af STG-rekonstruktioner. Ved operationen behandles samtidig ledsagende menisklæsioner. Der ses menisklæsioner hos ca. 45% af nye ACL-skader (mindre end 1 år efter skaden) og dette stiger til mere end 70% jo længere tid der går fra skadestidspunktet til operation, viser tal fra ACL-databasen, Århus Idrætsklinik 2001-2005 (Mogens Strange Hansen et al). Antallet af bruskskader ligger på 28% og stiger til 61% efter mere end 4 år med et instabilt knæ.

Formålet med rekonstruktionen af ACL er at stabilisere knæet og mindske risikoen for følgeskader, men det er ikke gjort alene ved en rekonstruktion. I efterforløbet er der et meget stort genoptræningsarbejde at udføre

Phantom Foot Injury Mechanism



Boot Induced Injury Mechanism

for patienten. På trods af en vellykket rekonstruktion er der mange patienter, der ikke opnår fuld funktion af knæet og herved ikke har mulighed for at vende tilbage til samme aktivitetsniveau. Metaanalyser har angivet tal mellem 65 og 95% tilfredshed med resultatet og tilbagevenden til sport på samme niveau på 47%. (Yunes et al og Freedman et al) Det ser heller ikke ud til at rekonstruktion reducerer risikoen for at udvikle artrose, men foretages der ikke rekonstruktion, er risikoen for følgeskader betydeligt forøget (som beskrevet ovenfor). Der foregår en del undersøgelser i øjeblikket rettet mod anvendelsen af dobbelt-bundts teknik til rekonstruktion af forreste korsbånd, hvor man forsøger at imitere det normale korsbånds struktur med to bundter, henholdsvis et posterolateralt og et anteromedialt bundt. Der foreligger dog ingen randomiserede studier, der kan vise, at dette skulle være bedre end de anvendte teknikker, og man afventer fortsat disse studier.

LCL-skader

Isolerede skader på LCL (laterale kollaterale ligament) eller PLC (popliteus senen) er sjældne, men ses. De behandles primært med Don-Joy Bandage, men frakturafrivning skal udelukkes ved røntgen. Ved afrivning kan subakut operation komme på tale for at fæstne afrevet knogle. Ellers er LCL/PLC skaderne ofte kombineret med ACL- og/eller PCL (bagerste korsbånd)-skader, og her er behandlingen initielt aflastning og opstart på bevægetræning. Diagnosen stilles klinisk ved at undersøge udvendig sideløshed ved varus test, og ved at undersøge rotationen i bugleje ved udaddrejning af fødderne ved 30 og 90 graders knæfleksion (Chaplin-test, figur 3). Ved rekonstruktion af LCL/PLC anvendes samsidige hamstringssener, der trækkes gennem borekanaler i henholdsvis tibia og fibula (figur 4).

PCL-skader

PCL-skader kan deles op i tre grader:

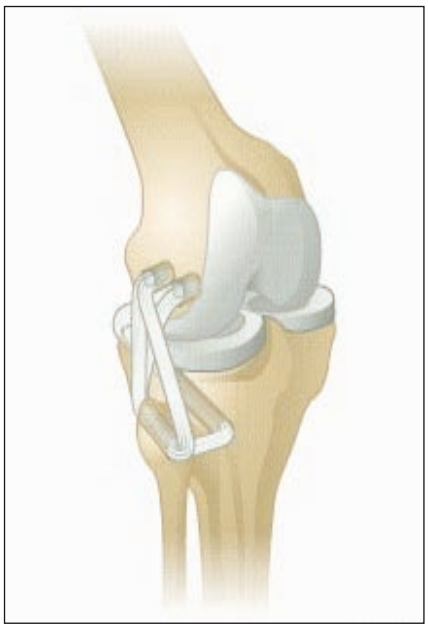
Grad 1: her findes der mindre end 5 mm løshed ved posterior skuffetest. Disse kræver som regel ingen behandling ud over genoptræning med hovedvægt på styrkelse af Quadriceps.

Grad 2: har løshed på mellem 5 og 10 mm. En del af disse patienter har selv efter adækvat genoptræning instabilitetsproblemer og tilbydes derfor en rekonstruktion af PCL.

Grad 3: har over 10 mm løshed, og der er indikation for bageste korsbåndsrekonstruktion. Disse skader er ofte kombineret med skader på det posterolaterale hjørne, og dette må så rekonstrueres i samme seance.

Ved PCL-skader er der noget, der tyder på, at man med fordel kan anvende en PCL Jack Brace, som trækker skinnebenet frem til normal position og herved hindrer udviklingen af kronisk posterior subluksation. Der foreligger dog ikke studier, der dokumenterer dette. Skaderne præsenterer sig lidt ligesom ACL-skaderne med hævelse og smerter. Afhængig af graden kan der være mere eller mindre løshed, og diagnosen kan være svær at stille. Diagnosen er primært klinisk ved posterior skuffetest og step-off test. PCL-skader er relativt sjældne ved skiløb.

Ved rekonstruktionen af isolerede PCL-skader anvendes enten hamstringsener eller quadricepssenegraft. Ved kombinationsskader bruges oftest BQT eller donorsener (allografter) og hamstringssener til udvendige hjørne.



Figur 4. *Rekonstruktion af LCL/PLC*

Vi laver rekonstruktionen af bagerste korsbånd med to-bundtsteknik for at efterligne forløbet af det naturlige PCL bedst muligt.

Knæluksationer

Knæluksationer i skisport er sjældne og er højenergitraumer. Der er stor risiko for kar- og nervepåvirkning. Knæet vil være svært multidirektionelt instabilt og med svær ansamling. Der skal tages røntgen for at afklare eventuelle knogleafrivninger/frakturer, og der anvendes Don-Joy bandage i strakt stilling. Der skal laves subakut MR-scanning for at få afklaret omfanget af læsionerne, og patienten skall henvises til specialafdeling med erfaring i behandling af multiligamentlæsioner i knæet. I visse tilfælde kan en subakut operation komme på tale, hvor man vil rekonstruere de centrale ligamenter og behandle kapseludrifter og sideledbånd med rekonstruktion/repair.

Afslutning

Afslutningsvis kan man sige, at ved patienter med vridtraume og hævet knæ efter skiskade, bør man tænke på ACL-ruptur og lægge sin udredning an derefter. Det vil sige at henvise patienten til en knæspecialist, der vil undersøge knæet og evt. bestille MR-scanning. ACL-ruptur er dog fortsat en klinisk diagnose, der kan stilles på anamnese og klinisk undersøgelse, herunder La-

Figur 3a. *Chaplin-test v. 30 grader*

Figur 3b*. Chaplin-test v. 90 grader*

chmann-test, Pivot shift og instrumenteret Laxity-test, f.eks. KT-1000.

Idrætsklinikken i Århus foretager i dag godt 600 ledbåndsrekonstruktioner på årsbasis. Heraf er ca. 250 primære korsbånd og resten er rekonstruktion af bagerste korsbånd, flerligament-rekonstruktioner, revisionskorsbånd og rekonstruktion af mediale patellofemorale ligament (MPFL). Operationsbeskrivelser kan findes på idrætsklinikkens hjemmeside, www.knae.dk, under patientinformation.

Kontaktadresse:

Overlæge Bent Lund
Idrætsklinikken, Århus Sygehus THG
bentlund@dadlnet.dk

Referencer:

• www.europaeiske.dk/upload/ER/PDF/Skiskade_13122005.pdf
• http://www.ski-injury.com/stats1.htm
• Am J Sports Med. 1995 Sep-Oct;23(5):597-600. Ski injury statistics, 1982 to 1993, Jackson Hole Ski Resort Warme WJ, Feagin JA Jr, King P, Lambert KL, Cunningham RR.
• The incidence of meniscal and cartilage lesions increases with time after ACL-injury. (Antaget til ISAKOS 2007) Mogens Strange Hansen et al, Århus Idrætsklinik
• Patellar versus hamstring tendons in anterior cruciate ligament reconstruction: A meta-analysis. Yunes et al. Arthroscopy. 2001 Mar; 17(3):248-257.
• Arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction: a metaanalysis comparing patellar tendon and hamstring tendon autografts. Freedman et al Am J Sports Med. 2003 Jan-Feb; 31(1):2-11.
• Prospective Trial of a Treatment Algorithm for the Management of the Anterior Cruciate Ligament–Injured Knee. Fithian, DC et al. AJSM 2005

Skiskader og "skikultur"

Af Allan Butans Christensen, praktiserende læge og skiløber

Indledning

Skiløb er blevet kaldt verdens ældste sport, den hurtigste ikke-motoriserede sport på jorden og den farligste sport udført af voksne på rutinebasis.

Alpint ski- og snowboardløb dyrkes af over 200 millioner mennesker som ferieaktivitet, sportsgren og konkurrencesport. Skaderisikoen ved skiløb er ikke ubetydelig, og det er ved forskellige undersøgelser anslået, at der forekommer fra 3-30 skiskader per1000 skidage (Hunter,Skiing injuries, U.J. et al). Mortaliteten er angivet til 1,6 per 1.000.000 skidage. Variationen i de forskellige studier skyldes forskel i definitioner af en skiskade samt registreringsmåden. Skisportsskader, som ikke umiddelbart kræver lægekontakt, vil ikke blive registreret, med mindre der registreres med fx spørgeskemaer blandt skirejsende efter skiferie (U.Jørgensen et al).

Selve fordelingen af skaderne vil ligeledes være forskellig afhængig af registreringsmåden. En skiskade kan fx angives som skiløbere, der har haft lægekontakt ved skisportsstedet eller som skiløbere, der rapporterer en aktivitets indskrænkning på mere end én dag som følge af hændelsen. Rapporteringen vil have indflydelse på fordelingen af arten og antallet af skiskader.

Ved selvrapportering (U.J. et al) fandtes i kontrolgruppen en fordeling, hvor halvdelen af de tilskadekomne havde underekstremitetsskader, og knæskade var dominerende. En tredjedel havde nakke eller hovedklager. En femtedel havde klager fra overekstremiteter, væsentligst finger- og skulderskader. 6 % havde rygskader. Fordelingen vil også være anderledes afhængig af andelen af snowboardere, som har forholdsvis flere hovedskader (Fukuda O, Takaba M et al 2001). Blandt snowboardere er de hyppigste skader underarms- og fodledsskader.

Epidemiologi

Generelt er aldersgruppen 55-64 årige den mest udsatte gruppe med en skadesrisiko på 29.0 per 1000 skiløbere. Blandt snowboardere er den mest udsatte gruppe de 10-13 årige.

Knæskader, som omtales i en anden artikel her i bladet, udgør langt den største del af de alvorligere skisportsskader. Trods fortsat forbedring af skibindingerne udgør de godt 30% af skiskaderne. I mange studier udgør ACL skader to tredjedele af de rapporterede knæskader. Når man ser på hjemtransporter med Europæiske, har knæskadeandelen gennem de sidste år konstant ligget på godt 30%. Flere studier viser, at risikoen for knæskader fordobles, hvis man er kvinde, ligesom der er en 2-10 gange øget risiko, hvis man er nybegynder på ski.

En ny standard for indstilling af bindinger(AF-NOR FD S 52-748 norm), hvor bindingerne indstilles mindre stramt, viste i et materiale med 14.688 skadede skiløbere en 26% reduktion i ACL-skader og 38% reduktion af andre skader hos både kvinder og mænd. Desværre er det fortsat således, at mange skiudlejningssteder fortsat indstiller bindingerne efter gammel standard.

U.J et al viste ved deres undersøgelse, at specielt uøvede skiløbere reducerede deres risiko for knæskader betydeligt, hvis de havde set en instruktionsvideo, som instruerede i bindingstest før skiløb.

Vermont Safety Research har lavet et flot studie, hvor man video filmede et større antal skiløbere som pådrog sig ACL skader. Man analyserede deres fald og fremstillede derefter en

Hovedskader (Colorado 1982-98)
350 skiløbere og snowboardere.

47% kollisionsskader med træ eller andet stationært objekt
37% simple fald
13% kollision med anden skiløber
3% niveau fald

Kollision med træ og niveaufald gav de værste skader
7,2 % mortalitet ved kollision med træ, 0 ved kollision med anden skiløber

2,23 gange farligere at være mand
2,81 gange farligere at være under 35 år
3,04 gange farligere at være snowboarder

Tabel 1

instruktions video, hvor man kunne give anbefalinger til fald teknik for at undgå risikoen for en ACL skade (ACL awareness).

Materialemæssigt er der forsøgt udvikling af en skistøvle, som udløste i toppen af skaftet når der kom en risikabel belastning af ACL. Skistøvlen har aldrig fundet udbredelse.

Skulderskader og overekstremitetsskader udgør omkring 20%, igen afhængig af registreringsmåde. Med hensyn til reduktion af skader på tommelens ulnare collaterale ligament er der studier, som anbefaler, at man undgår at anvende stavenes håndledsstrop.

Hovedskader udgør afhængig af opgørelsesmåde mere end 10% af de rapporterede skiskader. De fleste alvorlige hovedskader (47%, Colorado 1982-98) sker ved kollisioner med træer eller andet fast objekt. 13% skete som følge af kollision med anden skiløber. Risikoen for hovedskader var 2,23 større, hvis var mand, 2,81 gang større, hvis man var under 35 år og 3.04 gange større, hvis man var snowboarder. Hovedskader hos snowboardere er blevet hyppigere, og hovedskader som sådan er årsag til mere end halvdelen af dødsulykkerne. Hovedskaderne ser ud til at optræde hyppigere på lette og middelsvære løjper (Fukuda et all 2001).

Anvendelse af hjelm vistes i et studie at reducere risikoen for hovedskader med 60%. Et andet studie (Vancouver) viste, at der ikke rapporteredes flere hovedskader i forbindelse med anvendelse af hjelm, og at anvendelse af hjelm reducerede antallet af hovedskader blandt unge skiløbere og snowboardere. Til gengæld skal man undgå hjelm med stiv hagebeskytter, i hvert fald hvis man er motionsløber, idet der kan være en øget risiko for whiplashskader.

Rygskader er relativt sjældne. De alvorlige rygskader sker hos skiløberen oftest ved fald. Hos snowboardere er rygskader hyppigere og sker oftest ved hoprelaterede aktiviteter.

Pistens beskaffenhed: 1410 skisportsuheld registreredes i Voss og Hafjell i Norge 1990-1996. Man påviste en sammenhæng mellem skader og utilstrækkelig pistepræparering.

Farten: Dr. Jake Shealy har med "radargun" målt, at gennemsnitshastigheden på de lettere pister var 29,9 km/t, de middelsvære 55,5 km/t og på de svære 46,3 km/t. Den højeste målte hastighed var 84,7 km/t. I dette perspektiv er det værd at bemærke, at en skihjelm kun giver beskyttelse op til 22 km/t ved direkte kollision (men ved afglidninger er der selvfølgelig en fortsat god beskyttelseseffekt).

Carvingski: Carving skiene har været anvendt i små 10 år og anvendes nu af mere end 80% af de alpine skiløbere. Dette har i sig selv ikke ført til en øgning af skadeantallet. De nye carving ski har også gjort det lettere for mindre øvede at løbe med højere fart, men der heller ikke undersøgelser, der viser, at dette skulle have givet flere skader.

Fremtidens "skikultur"

Risikoen for en skade i forbindelse med skiløb er ikke blot materiel-afhængig, men i betydelig grad afhængig af den enkelte løbers *"skikultur"*.

De sidste par år er der ikke sket nogen radikal ændring i udstyret, som har kunnet reducere skadefrekvensen. Væsentligst er det at få den enkelte til at lave bindingstest. Dernæst bliver det nok tiltagende vigtigt, at man får valgt den rigtige ski, idet der er sket en betydelig udvikling af special-ski, men heldigvis også allround-ski. Selv en god skiløber kan få store vanskeligheder, hvis vedkommende udsættes for den forkerte ski. Faren for den almindelige skiløber kan være at købe sidste års "topmodel" til udsalgspris. Køberen kan få en ski, som for den pågældende er næsten umulig at håndtere, idet det kan være en helt forkert special-ski. Det er vigtigt at få den rigtige vejledning. Mange steder er der mulighed for at teste skien først eller tage på testture.

Skiens kant er en vigtig materialefaktor, som kræver vedligeholdelse. Den kan være afgørende i en uventet situation med krav om hurtig retningsskift, måske på et iset underlag.

Anvendelse af *hjelm* er et must for både børn og voksne. Indbygget hagebeskytter skal undgås. *Rygskjold* og eventuelt håndledsbeskytter bør overvejes, ikke mindst hos snowboardere. Pas på med at anvende skistavenes håndledsstropper.

Som forberedelse til skiferien kan anbefales et progredierende udholdenheds-og anaerobt *træningsprogram*, hvori der bør indgå koordinationsøvelser med udgangspunkt i skiløbets karakter. Træningen skal starte mindst 3 måneder før skituren.

Det rigtige valg af *skidestination* vurderes også at kunne have indflydelse på risikoen for at komme til skade. Terræner, hvor underlaget på grund af lavere beliggenhed er mere udsat for at veksle mellem at være iset først på dagen og opkørt grødsne sidst på dagen, udgør en betydelig risiko for den mindre rutinerede og muskeltrætte skiløbere. Passager, hvor mange skiløbere

passerer og måske i forskellig hastighed, øger risikoen for kollision og fald.

Når man er af sted, kan det være vigtigt at kende dagens vejrudsigt, førets beskaffenhed og ens egen form på dagen. Hvis der løbes i grupper, kan det være vigtigt at finde ud af, om der er "risikoløbere" med i gruppen, dvs. løbere, der øger kollisionsrisikoen.

At kunne bevare koncentration, når skiene er på, er også en vigtig ting. En del skader opstår, mens man står stille på skiene, fx i liftkøerne, eller ved lav fart, når man føler sig i "sikkerhed".

Det er vigtigt at planlægge tilstrækkelig *restitution* til næste dags skiløb, herunder tænke på den negative virkning af alkohol.

Tag ansvar for dig selv og andre

Skiløbet bør starte med relevant opvarmning. Det øgede overskud fra træningen bør anvendes til at forbedre teknikken i skiløbet og ikke kun til at øge farten. Skiløberen bør have en plan med sit nedløb, ligesom fx håndboldspilleren har en plan med sin træning eller kamp.

Fremtidige forsøg på at reducere skaderisikoen bør således fokusere på disse faktorer, som kunne kaldes skikultur, hvor man i større grad tager ansvar for sig selv og andre.

Endeligt kunne der måske også fokuseres på, at skisportsstederne med en øget indsats af *pistepoliti* kunne være med til at reducere antallet af kollisioner og fald på grund af hensynsløs kørsel. Ligeledes bør skisportsstederne fortsætte deres udvikling med afskærmede snowboardparker, så risikoen for kollision med andre skiløbere reduceres. Der burde måske også fokuseres på et maksimum af solgte liftkort.

GOD TUR!

Kontaktadresse:

Allan Butans Christensen
abutans@christensen.tdcadsl.dk

Nøglereferencer

Artikler fra søgning på PubMed:

• U.Jørgensen et al, Reduction of injuries in downhill skiing by use of an instructional ski-video.

• Levy AS,Hawkes AP, an anlysis of head injuries among skiers and snowboarders.

• Macnab AJ,Smith T, effect of helmet wear on the incidence of head/face and cervical spine injuries in young skiers and snowboarders.

• Oslo Sports trauma Research Center. Helmet use and risk of head injuries in alpine skiers and snowboarders.

Curling – OL, spillet og skaderne

Af Bente Andersen, fysioterapeut MSc

Til OL med curling-kvinderne

Jeg havde den fornøjelse at tage med Danmarks Idrætsforbund og curling-kvinderne som fysioterapeut til De Olympiske Lege i Torino i februar 2006. Resultatet i OL turneringen skal ikke kommenteres her, men det var en stor fornøjelse at arbejde med curling-kvinderne, som det jo er at arbejde med nogen, der tager den sport, de udøver, alvorligt og har et professionelt team med træner, holdleder og en stab omkring sig.

Vi var i Torino på et, for Danmark, turbulent tidspunkt, med afbrænding af det danske flag i forskellige lande. Curling-kvinderne klarede denne situation professionelt og over al forventning. Blot var vi alle ærgerlige over, at den internationale presse fokuserede så meget på disse "tegninger" og ikke på sporten.

På isen med kost og sten

Curling er en sport med store traditioner og sportsånd. Sporten stammer fra Skotland med traditioner helt tilbage til det 16. århundrede. Det er en strategisk baseret sport, hvor man skal have god færdighed i "at ramme et mål". Hvis man ser på antal udøvere i verden, er det en "lille" sport. Der er ca. 1.5 millioner udøvere i 36 lande – og heraf er 80% af dem i Canada. De fleste curling nationer findes dog i Europa. Skotland er den ældste og har 40.000 spillere. Dansk Curling Forbund blev stiftet i 1977, og der er i dag 16 foreninger i Danmark med ca. 900 medlemmer.

Spillerne bruger en ca. 20 kilo tung sten af poleret granit og koste som spilleredskaber. Der spilles på en ca. 40 meter lang isbane. Spillerne bærer en "glidesko" med teflonsål på den ene fod og har løse bukser på, så bevægeligheden i glidet ikke hæmmes.

To overordnede færdigheder skal være til stede: 1) præcis "sætning" af stenen og 2) "fejning" for præcis dirigering af stenen. Stenen følger en kurvet linie, der afhænger af farten, friktion mellem is og sten og af isen. "Fejning" glatter isen foran stenen og holder farten oppe på stenen, således at den glider hurtigere. En curling kamp varer typisk 2 - 2 1/2 time. Når en spiller ikke sætter sten, fejer vedkommende. "Skipperen" fejer som regel ikke, men "skipperen" er så til gengæld den eneste, som må feje inde i "huset". "Skipperen" dirigerer spillet for sine holdkammerater.

Kun en irriteret menisk og ømme muskler

Curlings belastning på bevægeapparatet forekommer typisk i to situationer: 1) Efter at have afleveret stenen, vil spilleren typisk glide videre på isen for at følge med i stenens bane. I dette glid er der en ekstrem knæ- og hoftefleksion af den ikke-dominante side. 2) Fejningen kræver fleksion i columna og hofte, desuden kraftige, repetetive bevægelser af overekstremiteterne samtidig med, at man skal holde balancen på isen.

Curling-kvinderne kom til Torino uden skader. De havde udført et fornuftigt træningsprogram inden, tilrettelagt af deres træner. Hver kamp ved OL havde som indledning et opvarmningsprogram, som vi udførte uden for hallen, dels for at have plads og dels for at få fred for pressen. Opvarmningen kan, når kampen varer over 2 timer, ikke holde hele kampen, men som al opvarmning er den en del af ritualet i at "sætte sig op til en kamp", og det var kvindernes opvarmning særdeles velegnet til. Nedvarmningen måtte afvente turen gennem pressezonen.

Opvarmning uden for hallen

Ud over en spillers meniskirritation og ømme muskler i UE og ryg, havde vi ingen "skader" ved OL.

Curling er en relativ sikker sport

Der er kun lidt publiceret forskning, faktisk kun en enkelt artikel fra 2004 af værdi for idrætsmedicin (1): I en opgørelse over selv-rapporterede skader fra USA ses, at de fleste –79% af spillerne – oplever curling-relateret muskuloskeletal ømhed og smerter. Disse var specielt relateret til aflevering af stenen og fejning for stenen. Heraf var der flest knæ-smerter (54%), efter dette kom rygsmerter (33%) og skuldersmerte (20%).

Af knæsmerterne rapporteres flest (62%) fra det bøjede knæ, men 31% rapporterer bilateral smerte. Skader, der resulterer i mindst en dags fravær fra træning eller konkurrence, er enten ikke forekommende eller i hvert fald usædvanlige, rapporterer undersøgelsen.

Det diskuteres, om de ovennævnte smerter er relaterede til de repetetive bevægelser af overekstremiteterne og vedvarende knæfleksion og fleksion af columna. Der findes forskellige måder at sætte stenen på, f.eks. med "backswing", men disse forskelle giver ingen signifikant forskel i den rapporterede skuldersmerte. Artiklen fremhæver mulig bias fra designet som retrospektiv undersøgelse (krav til hukommelse) og at der ikke var optimal deltagelse. Der fremhæves dog, at deltagerne var seriøse curlere på højt plan, og at undersøgelsen blev udført i en periode op til et stort mesterskab.

Det konkluderes, at curling er en relativ sikker sport, hvis man sammenligner den med andre vintersportsgrene som skiløb, snow boarding og ishockey. Fald på isen og "fejning" ser ud til at være det mest risikofyldte ved curling. Forfatterne foreslår, at man designer et prospektivt studie for at få kortlagt risikoraten ved curling nærmere.

Prøv det selv

Jeg vil fastslå, at curling ikke er så let, som det ser ud til! Med mindre du er medfødt, naturlig "glider" på isen på ét ben med kontrol over en 20 kilo tung sten, som du skal aflevere så nøjagtigt som muligt i den rigtige retning – og det uden at falde.

Jeg prøvede det selv og vil fremhæve, at det ikke er let at have en "slider" under skoen med en meget glat overflade. Når man lægger vægten på den sko – ja, så er det ikke svært at gætte, hvad der sker! Og beundringen for curling-kvinderne stiger, når man tænker på den elegance, hvormed de bevæger sig på isen.

Hvis I får lyst til at prøve curling: Kom ikke og påstå, at jeg ikke har advaret jer om disse "sliders"! God fornøjelse!

Kontaktadresse:

Bente Andersen
bente.andersen@kbhfys.dk

Tak til curlingkvinderne, deres træner og holdleder samt DIF's stab for en god oplevelse ved OL i Torino.

Reference:

• J C Reeser and R L Berg. Self reported injury patterns among competitive curlers in the United States: a preliminary investigation into the epidemiology of curling injuries. Br. J. Sports Med. 2004;**38**:e29.

Se desuden: www.curling.dk

Efterlysninger fra uddannelsesudvalgene ...

DIMS Uddannelsesudvalg søger nye medlemmer!

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

Til generalforsamlingen på årsmødet i februar 2007 er 3 ordinære medlemmer og 1 ekstraordinært medlem ud af udvalgets 8 medlemmer på valg.
Kun et af de ordinære medlemmer, der er på valg, ønsker genvalg, så vi skal have valgt mindst to nye medlemmer. Det er en praktiserende læge og en reumatolog der ikke er villige til genvalg, så specielt er interesserede indenfor disse grupper meget ønskværdige, men alle er velkomne til at stille op.
Det er vigtigt, at uddannelsesudvalget hele tiden er på forkant med udviklingen for at kunne sikre spændende og udfordrende kursustilbud til medlemmerne. Udvalget skal derfor være så bredt sammensat som muligt mht specialer, interesser og uddannelsesniveau. For at undgå at vi i uddannelsesudvalget selv sidder og udpeger vores efterfølgere, opfordrer vi alle interesserede ordinære medlemmer til at melde sig.
Hvis det har din interesse, skal du kontakte formanden for udvalget, Marianne Backer, på mail marianne.backer@hamlet.dk senest den **30. november 2006**, så du kan nå at blive opstillet til valget.

Med venlig hilsen Uddannelsesudvalget.

Medlemmer til Uddannelsesudvalget i FFI

Vi mangler nye medlemmer til Uddannelsesudvalget og vil gerne opfordre medlemmer, der kunne have lyst til at medvirke til den fortsatte udvikling af uddannelses- og kursusaktiviteterne i FFI, til at melde sig til udvalget.
Kravet for at komme i betragtning er, at du har afsluttet del A-kurserne eller er i gang med kurserne, så du kender en del af kursusstrukturen, som den er nu.
Opgaverne i udvalget består blandt andet af:
- udvikling af uddannelses- og kursusaktiviteter inkl. eksamensmuligheder
- medvirken som praktisk kursusleder i forbindelse med kursusafholdelse
- planlægning og deltagelse i samarbejdsmøder med de faste undervisere

Hvis dette er lige dig, så send en angivelse af, hvem du er, hvad du beskæftiger dig med og har taget af efter- og videreuddannelse, samt hvilke tanker og ideer du gør dig i forhold til at indgå i uddannelsesudvalget.
Deadline er den **1.12.06** og du vil umiddelbart efter denne dato få en tilbagemelding med besked om du er blevet den heldige, der skal være medlem af Uddannelsesudvalget.

Yderligere informationer kan fås ved at kontakte Vibeke Bechtold, formand for Uddannelsesudvalget vbe@cvsu.dk
Ansøgning sendes til Vibeke Bechtold, Kærlandsvænget 10, 5260 Odense S.

Nye undervisere i FFI

Den stigende forespørgsel og udbud af efteruddannelses- og kursusaktiviteter bevirker, at vi har brug for en udvidelse af den faste undervisningsstab med 1 - 2 idrætsfysioterapeuter.
Uddannelsesudvalget vil derfor meget gerne høre fra medlemmer, der kunne have lyst til at blive del af undervisningsstaben, især i forhold til undervisning på del A-kurserne.
Du vil i første omgang deltage på kurserne som volontør med udvalgte opgaver og mulighed for supervision og evaluering af din funktion både i forhold til det pædagogiske og faglige.
For at kunne komme i betragtning skal du som minimum have bestået del A-eksamen.
Hvis dette har din interesse, skal du sende en nærmere angivelse af hvem du er, hvad du beskæftiger dig med og har taget af efter- og videreuddannelse, samt din motivation for at starte som underviser i FFI-regi.
Deadline for indsendelse af ansøgning er den **1.12.06**, og du vil umiddelbart efter denne dato få en tilbagemelding (enten indkaldelse til en samtale med Uddannelsesudvalget eller et afslag).

Yderligere informationer kan fås ved at kontakte Vibeke Bechtold, formand for Uddannelsesudvalget vbe@cvsu.dk
Ansøgning sendes til Vibeke Bechtold, Kærlandsvænget 10, 5260 Odense S

Fortsat debat fra sidste nummer – "ACL-rekonstruktion, og hvad så?"

Vigtigt, at fysioterapeuterne kommer på banen…

I det seneste nummer af Dansk Sportsmedicin har fysioterapeut Mogens Dam et meget spændende og relevant debatindlæg, hvor han ridser nogle problemstillinger op i forbindelse med ACL-rekonstruktion og tilbagevenden til sport. Et emne vi har snakket en del om i hverdagen i Idrætsklinikken på Århus Universitetshospital.

Et spørgsmål, som jeg næsten dagligt støder på fra patienter, er: Hvornår kan jeg vende tilbage til sport? Et svar indgår da også i den almindelige information til patienterne i forbindelse med instruktionen forud for operation. Men vi savner nok en nuancering af hvem der melder ud, når, man kan vende tilbage til sporten. Det er ikke gjort med at sige indledende, at "det tager mindst 9 måneder". Jeg er fuldstændig enig med Mogens Dam i, at der bør ske en tilpasning i vores information til patienterne om træning og tilbagevenden til sporten.

I Referenceprogrammet for ligamentskader i knæet fra SAKS anføres det, at ca. 80% af konkurrenceidrætsudøvere må forventes at vende tilbage til sport efter ca. 12 måneder, men kun 50% på samme niveau som før skaden. Man bør ikke vende tilbage til konkurrenceidræt, før der er opnået et funktionelt stabilt knæ og en tilstrækkelig muskelstyrke, som er nødvendig for at udføre den aktivitet, der skal genoptages. Og knæet skal være reaktionsløst efter aktivitet.

Her er det vigtigt, at fysioterapeuterne kommer på banen. Den enkelte patient med korsbåndsskade skal vurderes individuelt, og ved hjælp af tests bør man sikre sig, at de er klar til at blive sluppet fri – tilbage til sport. Problemet er, at en stor del af patienterne kun træner 3-4 måneder vejledt af fysioterapeut og herefter bliver sluppet løs. Men der går jo nemt et år, mindst, inden knæet er trænet tilstrækkeligt op! De patienter, der ikke kan trække på en klubfysioterapeut, har et problem. For tilbagevenden til sport er jo ikke kun et problem i eliteidrætten, hvor der er sundhedspersonale tilknyttet, men i allerhøjeste grad også for den almindelige motionist. De har ikke muligheden for at få vejledning forud for deres tilbagevenden.

Debat

ACL-rekonstruktion, og hvad så?

Ortopædkirurgerne bør også fortælle deres patienter, at risikoen for at man ikke kan vende tilbage til samme niveau som før skaden, kan være stor - og at man må regne med, at der kan være gener fra knæet i meget lang tid efter. Det skal også fortælles, at knæet altid vil være anderledes end det var, før skaden skete. Det er jo heller ikke uden grund, at en isoleret forreste korsbåndsskade tilkendes en méngrad på mellem 5 og 8 % af forsikringsselskaberne.

Jeg hilser en debat meget velkommen omkring dette emne og måske kunne det være oplæg til en debat på et årsmøde eller ligefrem en konference?

Overlæge Bent Lund
Idrætsklinikken
Århus Universitetshospital
bentlund@dadlnet.dk

Vi har nok også generelt en tendens til at romantisere efterforløbet…

Kære Mogens! Tusinde tak for dit gode indlæg om forreste korsbåndsrekonstruktioner. Det kommer næppe bag på dig, at jeg er meget enig.

Jeg er også meget enig i, at vi i vores forum bør kunne diskutere disse patienter og deres forløb åbent og ærligt til gavn for patienterne - også på lang sigt. I takt med at vi som ortopædkirurger synes, at vi blive bedre og bedre til rekonstruktionerne, og traumet udadtil bliver mindre, så skrider indikationerne nok i nogen tilfælde.

Vi skal efter min menig nødigt havne i amerikanske tilstande, hvor en 60årig kvinde, som pådrager sig en korsbåndsruptur, fordi hun snubler på en trappe, 6 uger efter får rekonstrueret sit korsbånd, fordi " man da ikke kan leve uden"!

Og vi har nok også generelt en tendens til at romantisere efterforløbet noget, og der kan være noget "smart" i at få patienterne tilbage hurtigst muligt. De patienter, der af den ene læge får at vide, at de er tilbage og kan spille efter 3 måneder, og af den anden læge får at vide, at de først er tilbage efter tidligst 1 år og måske slet ikke skal spille igen - de vil selvfølgelig vælge den første kirurg. De ved jo ikke bedre. Når det så alligevel ikke lykkes, er det for sent at fortryde.

En amerikansk sportskirurg sendte for et par år siden en patellasene-korsbåndsrekonstrueret patient tilbage for at spille Amerikansk football efter 3 måneder, hvorefter patienten fik en patellafraktur. Kirurgen undlod ikke at prale med, at han havde fået sin patient

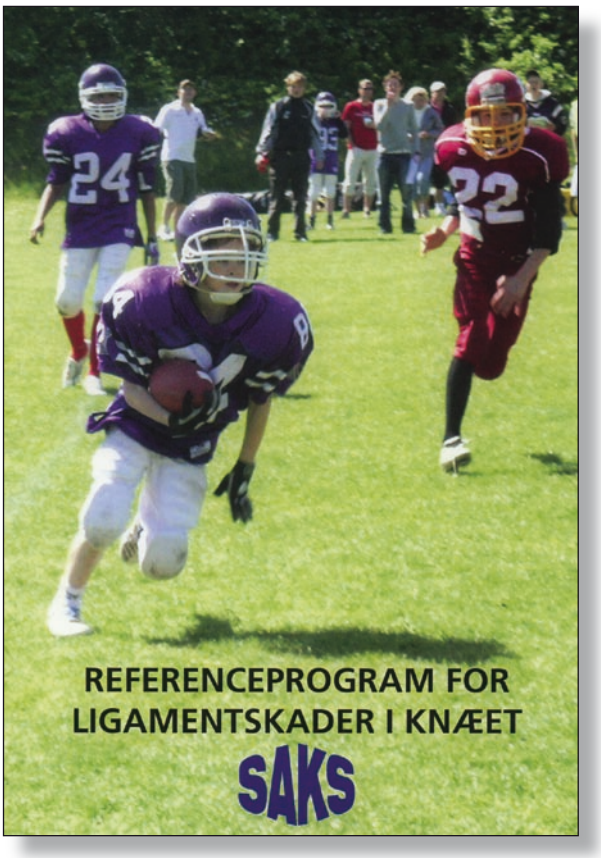
ACL-rekonstruktion, og hvad så?

tilbage til sporten tidligt, men "glemte" at fortælle om patellafrakturen. De fleste andre syntes ikke, han havde gjort patienten nogen tjeneste.

Vi kender også alle til tilfælde, hvor der i de første kampe efter en – måske for tidlig - tilbagevenden fra en korsbåndrekonstruktion, er tilkommet bruskskader i det opererede knæ. Det har ikke bare ødelagt spillerens fortsatte karriere, men også givet så dårligt et knæ efterfølgende, at selv dagligdags ting er besværlige og smertefulde. Vi gør det jo ikke, fordi vi som ortopæder er onde eller lyver, men først og fremmest fordi vi virkelig håber, det passer og går godt.

Så jeg vil da meget opfordre til, at vi i vores kreds kan få en åben og ærlig debat i gang om, hvad vi ser som et acceptabelt og fornuftigt efterforløb efter en korsbånds-rekonstruktion. Vi kunne jo overveje at lægge os op ad ACL-databasen, hvor forhåbentlig de fleste korsbåndkirurger efterhånden tilmelder sig og får deres patienter registreret. Om vi så skal nedsætte en arbejdsgruppe, der laver guidelines for dette, som efterfølgende kan diskuteres i DIMS-regi, må vel afhænge af den fortsatte interesse i debatten.

Marianne Backer
Ortopædkirurg, overlæge
Privathospitalet Hamlet
mar@Hamlet.dk



Referenceprogram for ligamentskader i knæet

Referenceprogrammet er udformet af en arbejdsgruppe under Dansk Ortopædisk Selskab bestående af Michael Krogsgaard, Bent Wulff Jakobsen, Poul Tordrup, Michael Kjær, Peter Magnusson og Michael Nielsen og er udgivet i trykt form af Dansk Selskab for Artroskopisk Kirurgi og Sportstraumatologi.

Det udleveres gratis ved henvendelse til SAKS (www.saks.nu).

Den elektroniske udgave, som også omfatter en nøjere gennemgang af de artikler, der danner basis for anbefalingerne, findes på www.saks.nu og www.ortopaedi.dk

Klippet fra pressen

Amatørboksning giver hjerneskader

En svensk undersøgelse, offentliggjort i tidsskriftet Archives of Neurology viser, at amatørboksning giver hjerneskader.

Det er velkendt, at professionelle boksere kan tage skade af en lang karriere med mange hårde slag mod hovedet, men hvorvidt også amatørboksere tager skade af boksningen har været omdiskuteret.

I undersøgelsen indgik 14 amatørboksere, og en kontrolgruppe på 10 personer. Forskerne tog prøver fra rygmarvsvæsken på samtlige deltagere. Bokserne blev undersøgt to gange, dels 7-10 dage efter en kamp, dels tre måneder efter samme kamp. De måtte ikke bokse mellem undersøgelserne. Kontrolgruppen, der aldrig havde bokset, blev kun undersøgt én gang.

Forskerne fandt små, men tydelige tegn på hjerneskader hos amatørbokserne. To proteiner, som normalt findes i nervecellernes udløbere, havde lækket ud i rygmarvsvæsken. Også fra gliacellerne, som omgiver nervecellerne, havde et stof lækket ud.

Forfatterne til undersøgelsen tør ikke sige, hvor alvorlige skaderne er for amatørbokserne, og om der er tale om skader, som senere forsvinder. De planlægger en opfølgende undersøgelse, hvor boksere, der har fået hjernerystelse og været bevidstløse, skal gennemgå en tilsvarende undersøgelse som bokserne i denne undersøgelse.

Archives of Neurology 2006; 63: 1277-1280 *(nyhed fra dagensmedicin.dk)*

Rettelse til sidste nummer

Nyt billede

I sidste nummer af Dansk Sportsmedicin, august 2006, havde der desværre indsneget sig en fejl i artiklen "Svømning er en mærkelig idræt ... af Mogens Dam.

Fotoet i figur 7 på side 14 var forkert, og undertekst og foto passede derfor ikke sammen.

Det korrekte foto, inklusive undertekst, er gengivet her til højre – i "klip ud og klæb ind"- størrelse. Det kan også findes på bladets hjemmeside www.dansksportsmedicin.dk .

Figur 7. *Træne subscapularis: Subscapularis setting.*
Sid med 30 graders elevation i scapulas plan. Modsat knyttede hånd anbringes i hånden. Indadroter og adducer nu forsigtigt.

Dansk Sportsmedicin ønsker læserne
mange gode skioplevelser i vinter ...

Kongresser • Kurser • Møder

INTERNATIONALT

16. - 17. marts 2007, Sverige
1st European Conference of Sports Rehabilitation, Stockholm.
Info: suzanne.werner@capio.se

19. - 21. april 2007, Sverige
Svensk Idrottsmedicinsk Förenings Vårmöte 2007, Uppsala.
Tema: Barn & idrott.
Info: www.imf2007.se

27. - 31. maj 2007, Italien
6th Biennial ISAKOS Congress, Firence.
Info: www.isakos.com

30. maj - 2. juni 2007, USA
ACSM's 54:th Annual Meeting, New Orleans.
Info: www.ascm.org

12. - 15. juli 2007, Canada
Annual Meeting of the American Ortopedic Society of Sports Medicine (AOSSM), Calgary.
Info: www.aossm.org

26. - 28. juni 2008, Norge
2nd World Congress on Sports Injury Prevention, Tromsø.
Info: www.ostrc.no/congress2008 or

Hjælp os med at forbedre denne side!

Giv Dansk Sportsmedicin et tip om interessante internationale møder og kongresser – helst allerede ved første annoncering, så bladets læsere kan planlægge deltagelse i god tid.

DIMS kursuskalender 2007

Akutte og kroniske hoftesmerter
8. - 9. januar 2007 i København
Målgruppe: Læger og fysioterapeuter
Arrangører: DIMS og FFI
Tilmelding: *www.sportsmedicin.dk*

Idrætsmedicinsk diplomkursus - trin I
26.-30. marts 2006 i Gentofte
Målgruppe: Læger
Arrangør: DIMS
Tilmelding: *www.sportsmedicin.dk*

Idrætsmedicinsk Årskongres 2007
1.-3. februar 2007 i Odense
Arrangør: DIMS og FFI
Info: *www.sportskongres.dk*

Nordisk skikursus
25. - 31. marts 2007 i Hemsedal, Norge
Arrangør: DIMS og FFI

Se også: *www.sportsmedicin.dk*

FFI kursuskalender 2007

Del A - kurser:

Introduktionskursus
- København, 26.-27. januar
- Færøerne, 22.-26. februar*
- Odense, 9.-10. marts
- Frankrig, 17.-24. marts*
- Lanzarote, 28. sepember-5. oktober*
- København, 12.-13. november

Idrætsfysioterapi og skulder
- Færøerne, 22.-26. februar*
- København, 13.-14. marts
- 22.-23. oktober

Idrætsfysioterapi og knæ
- Frankrig, 17.-24. marts*
- København, 17.-18. september
- Lanzarote, 28. sepember-5. oktober*

Idrætsfysioterapi og hofte/lyske
- 16.-17. april
- København, 5.-6. november

Idrætsfysioterapi og fod/ankel
- København, 23.-24. april
- Lanzarote, 28. september-5. oktober*
- 29.-30. oktober

Taping
- Odense, 1. maj
- København, 7. november

Idrætsfysioterapi og albue/hånd
- Odense, 11.maj
- København, 24. september

Del A eksamen
- 26. og 27. november i hhv. Odense og København

Del B - kurser:

Træning for ældre
- København, 16. - 17. februar

Antidoping
- København, 27. april

Ernæring/kost samt idrætspsykologi
- København, 28. april

Biomekanik og styrketræning
- København, 12. - 13. maj

Børn, træning og idræt
- ikke fastsat

Screening og styrketræning
- Lanzarote, 28. september-5. oktober

Andre kurser:

Akutte og kroniske hoftesmerter
- København, 8. - 9. januar

Idrætsmedicinsk Årskongres 2007
- Odense, 1. - 3. februar

Alpinski og idrætsfysioterapi
- Frankrig, 17. - 24. marts*

Nordisk skikursus
- Hemsedal, Norge, 25. - 31. marts

Motion, træning, coaching
- sted og tid ikke fastsat

Førstehjælp
- Odense, 1. maj

(* : kombineret med andre kurser)

Se også: *www.sportsfysioterapi.dk*

DIMS generalforsamling 2007

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

ORDINÆR GENERALFORSAMLING

torsdag den 1. februar 2007 kl. 16.45 – 18.30

Generalforsamlingen afholdes på Radisson SAS, Odense.

Dagsorden:

1) Valg af dirigent.
2) Godkendelse af nye medlemmer.
3) Formandens beretning.
4) Beretning fra uddannelsesudvalget.
5) Beretning fra eventuelle andre udvalg.
6) Forelæggelse af revideret regnskab for regnskabsåret 1. januar 2006 til 31. december 2006.
7) Fastsættelse af næste års kontingent.
Herunder fremlæggelse af budget for regnskabsåret 1. januar 2007 til 31. december 2007.
8) Behandling af indkomne forslag.
Forslag skal være bestyrelsen i hænde senest 3 uger inden generalforsamlingen.
9) Valg:
a) Valg til bestyrelsen:
1) Valg af to bestyrelsesmedlemmer for to år:
Andreas Hartkopp, Humlebæk og Tommy Øhlenschlæger, Holbæk, afgår begge efter tur, og der kan i henhold til vedtægternes § 7, stk. 5, ikke ske genvalg af Andreas Hartkopp.
2) Valg af en suppleant for de ordinære bestyrelsesmedlemmer for et år: Mogens Strange Hansen, Silkeborg afgår efter tur.
3) Valg af en suppleant for det ekstraordinære bestyrelsesmedlem for et år: Fysioterapeut Gorm H. Rasmussen, Århus, afgår efter tur.
b) Valg af medlemmer til uddannelsesudvalget for to år:
Andreas Hartkopp, Humlebæk, afgår efter tur, og kan efter vedtægternes § 7 ikke genvælges
Lisbeth Vincentz, Herlev, afgår efter tur.
Charlotte Suetta, Frederiksberg, afgår efter tur.
Vibeke Bechtold, Odense, afgår efter tur.
c) Valg af revisorsuppleant for 1 år:
Finn T. Østergaard, Esbjerg, afgår efter tur.
10) Eventuelt.

Valg under punkt 9 a) 1 og 2 foretages af og blandt selskabets ordinære medlemmer.
Valg under punkt 9 a) 3 foretages af og blandt selskabets ekstraordinære medlemmer.
Under punkt 9 b) foretages valg af og blandt selskabets ordinære medlemmer.
Valg under punkt 9 c) foretages af og blandt samtlige medlemmer.

Med venlig hilsen BESTYRELSEN

FFI generalforsamling 2007

I henhold til vedtægterne indkalder Fagforum for Idrætsfysioterapi hermed til

ORDINÆR GENERALFORSAMLING

torsdag den 1. februar 2007
kl. 16.45 – 18.30
på Radisson SAS Hotel i Odense

Generalforsamlingen afholdes i forbindelse med Idrætsmedicinsk Årskongres 2007.

Dagsorden:

1) Valg af dirigent
2) Beretning fra bestyrelsen
3) Fremlæggelse af det reviderede regnskab for 2006
4) Fastsættelse af kontingent for 2008
5) Behandling af indkomne forslag
6) Valg af bestyrelse
7) Valg af to revisorer
8) Eventuelt

Forslag, der ønskes behandlet under punkt 5, samt kandidatforslag til valg under punkt 6 og 7, skal være bestyrelsen i hænde senest den 18. januar 2007, og indsendes til:

Fagforum for Idrætsfysioterapi
Niels Erichsen
Brådervej 14
3500 Værløse
ne@fysiocenter.dk
www.sportsfysioterapi.dk

Med venlig hilsen BESTYRELSEN

IDRÆTSMEDICINSK ÅRSKONGRES 2007

Radisson SAS H.C. Andersen Hotel, Odense, 1.-3. februar 2007

Velkommen til et spændende program

Der vil blandt andet blive fokuseret på børn og betydningen af, at børn dyrker sport og er fysisk aktive. En af de mest vidende i verden på dette felt har givet tilsagn om at komme og gøre rede for betydningen af børn og unges fysiske aktivitet for deres fremtidige helbred. I samme session vil der blive fokuseret på, hvor meget det er muligt at træne børn, og hvorledes det bør gøres.

Fodens led er vigtige, ikke kun ankelleddet, men også de øvrige led, ligamenter og sener. Hvordan undersøges og behandles disse led bedst, når der er opstået problemer? Vi har i samarbejde med Dansk Fod- og Ankelkirurgisk selskab fået nogle af de bedste i verden til at komme og fortælle os, hvad de mener, og hvordan de behandler.

Vi har bedt en af landets bedste MR-radiologer om at komme og beskrive, hvad der er den bedste billeddiagnostiske metode til at undersøge skulderen, når vi mistænker en SLAP-læsion. Samtidig har vi bedt om bud på behandling og genoptræning af læsionen fra en af de mest erfarne skulder-kirurger og en af de mest erfarne fysioterapeuter i landet.

En kiropraktor med erfaring i behandling af idrætsskader kommer og fortæller om erfaringerne og baggrunden for brug af manipulation til behandling af idrætsskader. Dette vil foregå som foredrag og workshop.

Dårlig gang og løbestil betragtes af mange som skadesfremkaldende, og der er i dag en hel industri, som laver skoindlæg til løbere. Vi vil på kongressen for en indføring i evidensen og rationalet for dette.

Sidst men ikke mindst har Anti Doping Danmark givet tilsagn om at de gerne vil deltage på kongressen igen i 2007. Vi har ladet torsdag eftermiddag være det tidspunkt, hvor vi finder ud af, hvad det sidste nye på dopingområdet er og får spørgsmålet "hvordan kommer vi videre med kampen mod doping, hvordan skal problemet angribes" taget op til debat.

Priser for deltagelse

Torsdag	kr. 750,-
Fredag inklusiv kongresmiddag	kr. 1500,-
Lørdag	kr. 750,-
Alle tre dage inklusive kongresmiddag	kr. 3000,-

Der gives afslag på kr. 500, hvis man vælger ikke at deltage i kongresmiddagen.

ABSTRACT-vejledning

Abstracts skrives i et Word dokument i DOC- eller RTF-format, der vedhæftes en e-mail, som inden 1. december 2006 sendes til :

Overlæge Niels Wedderkopp
nwedderkopp@health.sdu.dk
Emne/subject : "Abstract 2007"

Abstract skrives på engelsk og opbygges som følger:
- Titel (Alle bogstaver med stor skrift, max. 20 ord).
- Forfatternavne. Foredragsholder understreges. Fuldt efternavn efterfulgt af initialer. Komma mellem hvert forfatternavn, ingen andre tegn (f.eks. Jensen HD, Hansen AB, osv.).
- Afdeling, institution hvorfra abstract er udarbejdet.
- Blank linie.
- Tekst (max. 250 ord). Anbefalet inddeling i fire underoverskrifter (fremhæves med fed): Introduction (inkl. formål), Material and Method, Results og Conclusion.
- Ingen billeder, figurer, tabeller eller referencer.

Præsentationsform: Notér nederst hvis der er ønske om foretrukken præsentationsform: foredrag eller poster. Abstractkomitéen afgør præsentationsform.

Såfremt kravene ikke overholdes kan abstract blive afvist.

Foredrag

Der er 8 min. til hvert foredrag og 2. min til efterfølgende diskussion. Foredrag præsenteres i Power Point, lysbilleder med engelsk tekst. Foredrag afholdes på dansk eller engelsk.
Blandt de fremsendte abstracts vil nogle foredrag blive udvalgt til foredragskonkurrence lørdag. Foredragene i konkurrencen bedømmes af et videnskabeligt udvalg. Bedste foredrag præmieres efter kriterier om nyhedsværdi, videnskabelig kvalitet og præsentation.

Posters

Posters kan maximalt være 140 cm høje og 90 cm bredde. Der planlægges en poster-præsentation, hvor forfatterne har mulighed for en kort indførsel i arbejdet. Under årskongressen vil posters blive bedømt af et videnskabeligt udvalg. Den bedste poster præmieres efter kriterier om nyhedsværdi, videnskabelig kvalitet og præsentation.

fagforum
for
idrætsfysioterapi

Program

Torsdag, den 1. februar

STORE SAL

14:00 Åbning af årskongressen

14:15 - 16:00 **Skuldersymposium**
- MR-diagnosticering ved SLAP
- behandling af SLAP-læsioner
- rehabilitering ved skulderinstabilitet

Indlæg: OverlægeTrine Torfing, Overlæge Lars Henrik Frick, fysioterapeut MSc Kristian Thorborg
Chair: Søren Skydt Kristensen, Martin Uhd Hansen

16:45 - 18:30 **Generalforsamlinger DIMS og FFI**

18:30 - 20:00 **Doping**
- hvad er nyt?
- hvordan skal doping angribes?

Indlæg: Professor Michael Kjær, Professor Verner Møller

20:00 - **Get together**

LILLE SAL

14:15 - 16:00 **Anti Doping Danmark**
- hvad nyt er der om doping og analyser

Fredag, den 2. februar

STORE SAL

09:00 - 09:30 **Rygproblemer og idræt**
- er der nogle sportsgrene som er farlige?
- tilbage til sport efter rygproblemer

Indlæg: Overlæge Niels Wedderkopp, fysioterapeut Flemming Enoch
Chair: Claus Manniche, Per Kjær

10:30 - 11:00 Pause

11:15 - 12:15 **Frie foredrag**

12:15 - 13:15 Pause

13:15 - 15:00 **Børn og unge, idræt og fysisk aktivitet**
- betydning for helbred nu og i fremtiden
- børn og fysisk træning

Indlæg: Lektor Karsten Froberg, cand.scient. Morten Zacho
Chair: Michael Kjær, Bente Andersen

15:00 - 15:30 Pause

15:30 - 16:45 **Symposium: Ankel- og fodproblematikker**
- kirurgisk behandling
- blokader i fod, ankel - evidens?

Indlæg: Nick van Dijk, overlæge Ulrich Fredberg
Chair: Jan Schultz Hansen, Jens Wester

16:45 - 17:15 Pause

17:15 - 18:15 **Frie foredrag**

19:15 - **Kongresmiddag**

LILLE SAL

11:15 - 12:15 Workshop: Kiropraktik og idrætsskader
- manipulation til idrætsskader?

Indlæg: Kiropraktor Poul H. Poulsen ICSSD

13:15 - 14:15 **Workshop v/ Dansk Fod-Ankel Kirurgisk Selskab**
- artroskopisk bagfodskirurgi

Indlæg: Nick van Dijk

Lørdag, den 3. februar

STORE SAL

09:00 - 10:30 **Løbesymposium**
- løbets biomekanik og udvikling af skader
- skoindlægs virkningsmekanismer og evidens

Indlæg: Fysioterapeut PhD Henning Langberg, læge BSc Charlie Baycroft, New Zealand
Chair: Finn Johannsen, Thomas Kaiser

10:30 - 11:00 Pause

11:00 - 12:15 **Frie foredrag – foredragskonkurrence**

12:15 Uddeling af præmier (foredrag og poster)
Næste årskongres 2008 i Århus
Lukning af årsmødet

Tilmelding til kongressen og ajourført program:

www.sportskongres.dk

FFI kurser

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

FAGFORUM FOR IDRÆTSFYSIOTERAPI

Kurser i idrætsfysioterapi

Kursusrækken for idrætsfysioterapi er opbygget i del A og B.
Del A kan afsluttes med skriftlig og mundtlig prøve. Formålet med kursusrækken er at indføre kursisterne i „Best practice" indenfor undersøgelse, test, forebyggelse og behandling i relation til idrætsfysioterapi samt at sikre, at idrætsfysioterapi i Danmark lever op til internationale kvalitetskrav. Kursisterne skal opnå færdigheder i diagnostik og den kliniske beslutningsproces gennem vurdering og analyse af kliniske fund og symptomer = klinisk ræsonnering samt udvikle deres praktiske færdigheder i forhold til forebyggelse og rehabilitering indenfor idrætsskadeområdet.
Del B fokuserer på forskellige målgrupper indenfor idræt og specialviden i realtion til dette. Del B er under udvikling og prøven efter del B vil blive tilbudt, når del B er fuldt udviklet.

Kursusrækken i del A består af:
• Introduktionskursus til idrætsfysioterapi.
Introduktionskursus skal gennemføres for at gå videre på de efterfølgende regionskurser, som kan tages i selvvalgt rækkefølge.
• Idrætsfysioterapi i relation til skulderregionen
• Idrætsfysioterapi i relation til albue-/håndregionen
• Idrætsfysioterapi i relation til hofte/lyskeregionen
• Idrætsfysioterapi i relation til knæregionen
• Idrætsfysioterapi i relation til fod-/ankelregionen
• Taping relateret til idrætsfysioterapi

Del B kurserne, som i øjeblikket udbydes:
• Idrætsfysioterapi med fokus på biomekaniske aspekter og relateret til analyse og målemetoder, screeningsmetoder og styrketræning.
• Idrætsfysioterapi med fokus på doping, kost og ernæring samt idrætspsykologi.
• Idrætsfysioterapi til forskellige målgrupper som børn, ældre, handicappede o.a.

Øvrige kursusaktiviteter:
• Årskongres FFI/DIMS (februar)
• Nordisk skikursus FFI/DIMS
• Alpint skikursus
• Motion, træning, coaching
• Førstehjælp

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

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

www.sportsfysioterapi.dk

"Introduktionskursus til idrætsfysioterapi"

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

Målgruppe: Fysioterapeuter med interesse indenfor idræt.

Mål og indhold for Introduktionskursus:
At kursisterne:
• får udvidet forståelse for epidemiologiske og etiologiske forhold ved idrætsskader
• får forståelse for og indsigt i forskning anvendt i idrætsmedicin
• får forståelse for og kan forholde sig kritisk til etiske problemstillinger relateret til idræt
• kan anvende klinisk 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

Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum for Idrætsfysioterapi.
Pris: 2600 kr. for medlemmer og 2900 for ikke-medlemmer af FFI. Prisen dækker kursusafgift og fortæring under kursus.
Yderligere oplysninger og tilmelding: www.sportsfysioterapi.dk/kurser

Aktuelle introduktionskurser:

• 26. og 27. januar 2007 i København
• 9. og 10. marts 2007 i Odense
• 22. og 23. februar på Færøerne
• 17. til 24. marts i Frankrig
Tilmeldingsfrist for alle: 2. januar 2007

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

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

Mål og indhold for alle kurserne relateret til regioner:
At kursisterne:
• får ajourført og uddybet viden om epidemiologiske og etiologiske forhold til idrætsskader og fysioterapi i de enkelte kropsområder
• kan analysere bevægelsesmønstre og belastningsforhold ved idræt
• kan anvende målrettede undersøgelses-, forebyggelses- og behandlingsstrategier
• får udvidet kendskab til parakliniske undersøgelses- og behandlingsmuligheder indenfor idrætsmedicin
• kan vurdere skadernes omfang og alvorlighed samt planlægge og vejlede i forhold til dette.

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

Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum for Idrætsfysioterapi.
Pris: 2-dages kurserne: 2600 kr. for medlemmer og 2900 kr. for ikke-medlemmer; 1-dages kurserne: 1300 kr. for medlemmer og 1500 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 hvornår du har deltaget på introduktionskursus. Tilmeldingen er bindende.
Tilmeldingsfrist: Ca. en måned før kursusafholdelse. Yderligere oplysninger på www.sportsfysioterapi.dk
Emner, tid og sted for aktuelle kurser: (fuldstændig oversigt findes under kursuskalender her i bladet eller på www.sportsfysioterapi.dk)

• Idrætsfysioterapi i relation til skulderregionen
24. og 25. februar 2007 i Thorshavn, Færøerne.
Tilmeldingsfrist: 2. januar 2007

• Idrætsfysioterapi i relation til knæregionen (i kombi med intro- og skikursus)
17. til 24. marts i Frankrig.
Tilmeldingsfrist: 2. januar 2007

SKIKURSUS I FRANKRIG kombineret med Introduktionskursus og regionskursus for knæ

Indhold: Ud over at dække mål og indhold for introduktionskursus og knæregionskursus, vil oplæggende relatere sig til øget indsigt i skisport og skader i relation til alpint skiløb.
Målgruppe: Fysioterapeuter med interesse indenfor idrætsmedicin
Tid og sted: 17. -24. marts 2007. Kurset foregår i *Les Contamines Montjoie* meget tæt på det kendte skisportssted Chamonix. Yderligere informationer om stedet kan findes på www.oure-sport.dk.
Form: Kursus vil veksle mellem teori og praksis i kombination med skiløb.
Undervisere: Fysioterapeuter fra Fagforum for Idrætsfysioterapi samt en skilærer.
Pris: 9800 kr. for medlemmer og 10200 kr. for ikke medlemmer. Prisen dækker flyrejse, transfer Geneve tur/retur, ophold i 4 personers lejligheder, 6 dages liftkort, fuld pension samt undervisning og undervisningsmaterialer.
Deltagere: Max. 24 fysioterapeuter. Først til mølle, først med, så skynd dig. Medlemmer af FFI har fortrinsret.
Tilmelding: Tilmeldingsfrist 2. januar 2007. Benyt FFI's hjemmeside www.sportsfysioterapi.dk/kurser, hvor du også kan finde proceduren for indbetaling af kursusbeløb. Du er først endeligt registreret, når du har betalt, og indbetalingen er bindende. Husk at få navn og kursus noteret ved indbetalingen.
Obs: Husk at du selv skal tegne forsikring, og at det skal det være en erhvervsrejseforsikring (ikke en fritidsrejseforsikring), hvis man får tilskud eller trækker kursus fra i skat.

DIMS kurser

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

Generelt om DIMS kurser

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

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

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

Kurset afholdes i samarbejde med Forsvarets Sanitetsskole, og en væsentlig del af kurset beskæftiger sig med den praktiske kliniske udredning og behandlingsstrategi af nytilskadekomne 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 dispensation herfor ved skriftlig begrundet ansøgning til DIMS uddannelsesudvalg.

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

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

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

Hvert år afholdes et eksternat kursus i oktober måned (overnatning sørger kursisterne selv for). I lige år afholdes kurset øst for Storebælt (Bispebjerg Hospital), i ulige år vest for Storebælt (Århus 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 idrætsklinik (minimum 1 time per uge) - 10 point	Klub/forbund/klinik: Periode:

Idrætsmedicinske arrangementer pointangives af Dansk Idrætsmedicinsk Selskabs Uddannelsesudvalg før kursusafholdelse.

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

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

DIMS kurser

IDRÆTSMEDICINSK DIPLOMKURSUS TRIN 1, ØST

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

CME point: 40 CME point i DIMS regi.

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

Kursusform: Eksternat (indkvartering kan måske tilbydes). Forelæsninger afvekslende med emneorienterede, praktiske kliniske øvelser og patientdemonstrationer.

Tid: Mandag 26. - fredag 30. marts 2007 kl. 08:00 - 16:00.

Sted: Forsvarets Sundhedstjeneste, Jægersborg Kaserne, Jægersborg Allé 150, 2820 Gentofte, tlf. 3977 1600.

Kursusledelse: Christoffer Brushøj, Marianne Backer og Bente Korsby.

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

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

Tilmelding: Senest den 1. februar 2007 via hjemmesiden eller med brev, e-post med navn, adresse samt oplysning om lægelig søjle og eventuelt medlemskab af DIMS til kursussekretær Charlotte Blomberg, jenoe@get2net.dk, Gl. Strandvej 58 B, 3050 Humlebæk. Giro: reg 1551, konto 16023337.
Maks. 30 deltagere.

Evt. indkvartering: Kost og Logi mod betaling kan evt. arrangeres efter nærmere aftale med Kaserneforvaltningen på Jægersborg kaserne i det omfang, der er ledige værelser, tlf. 3977 1581.

IDRÆTSMEDICINSKE STUDIEKREDSE 2006

DIMS og FFI har planlagt i 2006 at være formidler af en eller flere studiekredse. Formålet er at deltagerne i et uformelt forum kan komme i dybden med et emne, samtidigt med at der er mulighed for at udbygge sit netværk inden for et interesseområde. Formen i studiekredsene er tænkt at være teoretiske oplæg, diskussion og hands on med cases. Mødehyppighed cirka seks gange om året.

Studiekredsene henvender sig til læger og fysioterapeuter med alle slags erfaring.

På www.sportsmedicin.dk - under kurser - kan du tilkendegive, hvilke emner, der interesserer dig, og hvilken by du vil kunne deltage i.

DIMS kurser

SKISPORT OG SKADER.
Kursus i St. Anton,Østrig

Formål og indhold: Hvert år rejser 500.000 danskere på skiferie. 50.000 kommer til skade. En stor del af disse ses i praksis til diagnostisering, behandling, viderevisitering eller opfølgning. Formålet med kurset er at gøre kursisten i stand til at deltage i forebyggelsen, diagnostik og behandling af skaderne. Ski-skade-epidemiologien forelægges og via lærerstyret gruppearbejde udarbejdes vejledninger til forebyggelse. Skadediagnostik og -behandling af knæ og skuldre forelæses og indøves. Øvelser til forebyggende træning og genoptræning af knæ og skulder demonstreres. Gennem lærerstyret gruppearbejde indøves knæ- og skulderdiagnostik vha. cases, og der udarbejdes ideer til øvelsesinstruktioner som kan anvendes i almen praksis. Skadeforebyggelse på skisportsstedet diskuteres med lokal underviser.

Målgruppe: Læger og fysioterapeuter med interesse for idrætsmedicin

Form: Internatkursus. Forelæsninger med en del praktiske øvelser såvel indendørs som udendørs i alpint ski terræn. Øvelser. Gruppearbejde med ski and talk som anvendt metode.

Kursusledelse: Allan Butans Christensen.

Undervisere: Allan Butans Christensen, Finn Johannsen, Søren Skydt Kristensen, Niels Erichsen, lokal underviser.

Tid: Fredag d. 9. marts til søndag d. 18.marts 2007.

Sted: St. Anton, Østrig. 4-stjernet hotel. Kursuslokalet er på hotellet og noget af undervisningen foregår i skiterrænet.

Kursusafgift: Ca. 7.000 kr. plus ca. 13.000 kr. til rejse med ophold på 4 stjernet hotel med halvpension. Evt. enkeltværelse mod ekstragebyr. Rejsen foregår med tog, liggevogn direkte til St. Anton by. Påstigning i København, Ringsted, Odense, Kolding. Liftkort er med i prisen, men du skal selv sørge for at tegne forsikring og evt. afbestillingsforsikring.

Tilmelding: Der er kun 20 pladser, så hurtig tilmelding anbefales. Tilmelding foregår via e-mail eller brev til nedenstående adresse. Derefter sendes oplysninger om indbetaling. Når indbetalinger registreret, er du tilmeldt.
E-mail adresse: abutans@christensen.tdcadsl.dk. Postadresse: Allan Butans Christensen, Allehelgensgade 7, 2.sal, 4000 Roskilde.
Supplerende oplysninger på tlf. 46364902.

Kurset forventes godkendt af efteruddannelsesfonden for 4 - 5 dage. Kurset tæller 15 timer til diplom i idrætsmedicin.

DIMS/FFI fælles

AKUTTE OG KRONISKE HOFTESMERTER HOS BØRN, UNGE OG ATLETER

Coxitis, epifysiolyse, bursitis, stressfraktur, labrumlæsioner, indvendig eller udvendig springhofte, degenerative lidelser. Hoftesmerter hos unger og atleter indbefatter en vid række differentialdiagnoser. Manglende kendskab til genesen bag hoftesmerter hos yngre og atleter medfører ofte en underdiagnostisering og insufficient behandling hos disse grupper. En gennemgang hoftens anatomi og undersøgelsesteknikker samt kendskab til parakliniske undersøgelses-, og behandlingsmuligheder vil kan fremme udredningen, rådgivning og behandling.
Hvor langt kan man komme med undersøgelser i almen praksis, hvilke undersøgelser bør man foretage. Sandsynlige diagnoser hos børn, unge og voksne. Skal man behandle med NSAID, aflastning, ændret træning, injektioner, skoindlæg eller skal der henvises til MR arthrografi og arthroskopi?

Detailprogram og tidsplan: Se www.sportsmedicin.dk

Målgruppe: DIMS medlemmer, ortopæder, læger, der arbejder med idrætsmedicin, børnelæger, almen praktiserende. Fysioterapeuter, der er medlem af FFI og fysioterapeuter, der i øvrigt arbejder med idrætsfysioterapi.

Målsætning: Øget kendskab til sygdomme og årsager til hoftesmerter hos børn, unger og atleter med relevante differentialdiagnoser. Øget kendskab til hoftens anatomi og biomekanik, til undersøgelsesteknikker i hoften med praktiske øvelser. Viden om relevante parakliniske undersøgelser og behandlingsmuligheder ved hoftesmerter hos ovenstående gruppe. Hvornår er der indikation for diagnostisk og terapeutisk hoftearthroskopi.

Kursusform: 2 dages eksternatkursus som en kombination af teori og praktiske øvelser, hvor kursusdeltagerne efter gennemgang foretager relevante øvelser og undersøgelsesteknikker på hinanden.

CME Points: 15 CME points i DIMS regi.

Tid og sted: København d. 8. og 9. januar 2007.

Kursusledere: Marianne Nygaard og Andreas Hartkopp.

Undervisere: Finn Bojsen-Møller, Niels Ellitsgaard, Andreas Hartkopp, Peter Rheinlænder, Trine Torfing, Michael Bachmann Nielsen, Per Hölmich, Kjeld Søballe.

Pris: 2300 Kr for medlemmer og 2700 for ikke medlemmer. Frokost og kaffe inklusiv. Max. 24 deltagere.

Tilmelding: Senest 12. december 2006. Send e-mail med navn, adresse og eventuelt medlemskab af DIMS til kursussekretær Charlotte Blomberg, e-mail: jenoe@get2net.dk. Du kan også tilmelde dig via DIMS hjemmeside www.sportsmedicin.dk under kurser (det røde link i øverste højre hjørne). Betaling ved tilmelding på BG bank reg. 1551 kontonr. 16023337. Først tilmeldte har fortrinsret og vær opmærksom på, at tilmeldingen først gælder, når kursusafgiften er betalt. Husk ved betaling at anføre dit navn og navnet på kurset.

Arrangører: Dansk Idrætsmedicinsk Selskab (DIMS), Fagforum for Idrætsfysioterapi (FFI).

NORDISK VINTERSPORTSKURSUS I NORGE
Forebyggelse og behandling af skader relateret til skiløb

Mål og indhold:
At kursisterne:
· får indsigt i skisport og skader generelt og med fokus på langrend, telemark og alpint skiløb
· får indsigt i de bio mekaniske aspekter ved skiløb
· afprøver undersøgelsesteknikker i praksis
· får indsigt i såvel forebyggelse som rehabilitering i forbindelse med ski skader
· bliver i stand til at rådgive skiløbere i forhold til både primær og sekundær profylakse
· får forståelse for betydningen af tværfaglig behandlingsteam
· får indsigt i problemer i forhold til laviner og forholdsregler ved langrend eller offpiste løb
· får indsigt i træning, kost, ernæring og væske i relation til primært langrend.

Målgruppe: Fysioterapeuter og læger med interesse indenfor idrætsmedicin

Tid, sted og form: 25. til 31. marts 2007, Hemsedal, Norge. Kursus foregår på Norlandia Skogsted Hotel, hvor der er svømmebassin, sauna mm. Kursus er internat kursus, som starter med en del af teoretiske undervisning om bord på færgen. Kursus vil veksle mellem teori og praktiske øvelser såvel indendørs som udendørs i ski terrænet.

Undervisere: Ressourcepersoner indenfor emnet i form af reumatolog, ortopædkirurg, fysioterapeut og skilærer.

Pris: 8700 kr. for medlemmer og 9000 kr. for ikke medlemmer. Prisen dækker 4 personers kahyt på DFDS retur, tranfer med moderne bus Oslo - Hemsedal, fuldpension, 5 overnatninger på hotel i dobbelt værelse, liftkort i seks dage, fri afprøvning af skiudstyr og mulighed for gratis skiskole. Fortæring på færgen er ikke inkluderet.

Deltagere: Max. 40 fysioterapeuter/læger. Først til mølle, først med, så skynd dig. Medlemmer af FFI/DIMS har fortrinsret.

Tilmelding: Tilmeldingsfrist 10. december 2006 via www.sportsmedicin.dk/kurser. Kursusgebyret indbetales til BG bank kontonr. 1551 - 16023337. Du er først endeligt registreret, når du har betalt og indbetalingen er bindende. Husk at få navn og kursus noteret ved indbetalingen Tilmeldingen er først endelig, når kursusgebyret er indgået. Kursusansvarlig er Vibeke Bechtold, Kærlandsvænget 10, 5260 Odense S. Tlf. 65 91 66 93 / 20 28 40 93, mail: vbe@cvsu.dk eller via www.sportsfysioterapi.dk

Obs: Husk at du selv skal tegne forsikring, og at det skal være en erhvervsrejseforsikring (ikke en fritidsrejseforsikring), hvis man får tilskud eller trækker kursus fra i skat.

Dansk SPORTSMEDICIN

Adresse:

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

Redaktionsmedlemmer for DIMS:

Overlæge 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

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

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

Redaktionsmedlemmer for FFI:

Fysioterapilærer Peder Berg
Sigurd Rings Vej 17
5200 Odense V 6313 1336 (P)
pbe@cvsu.dk

Fysioterapeut Svend B. Carstensen
Lindegårdsvej 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

DANSK IDRÆTSMEDICINSK SELSKAB

Adresse:

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

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

Næstformand Tommy Øhlenschlæger
Valmuevej 16
4300 Holbæk
tpv@dadlnet.dk

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

Andreas Hartkopp
Bodegårdsvej 9
3050 Humlebæk
hartkopp@dadlnet.dk

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

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

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

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

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

fagforum for idrætsfysioterapi

Adresse (medlemsregister):

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

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

Kasserer Martin Uhd Hansen
Sommervej 9, 5250 Odense SV
6312 0605 (P) muh@idraetsfysioterapi.dk

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

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

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

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

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

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

Suppleant Peder Berg
Sigurd Rings Vej 17, 5200 Odense V
63131336 (P) pbe@cvsu.dk

www.dansksportsmedicin.dk

Find fakta og gamle guldkorn

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

Du kan også finde eller genfinde guldkorn i artiklerne i de gamle blade. Alle blade ældre end to år kan læses og downloades fra "bladarkiv".
Du kan også søge i alle bladenes indholdsfortegnelser for at få hurtig adgang til det, du er interesseret i at finde.

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

IDRÆTSKLINIKKER

Bortset fra klinikkerne på KAS Glostrup, KAS Gentofte og KAS Herlev i 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
1. reservelæge Tommy Øhlenschlæger
Tirsdag 16 - 18.30, torsdag 16 - 18

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

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

Amager Hospital, Skt. Elisabeth, tlf. 32343578
Overlæge Per Hölmich
Tirsdag 15:30 - 16:30

Frederiksborg amt

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

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
Sekr. 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
Ovl. Søren Kjeldsen, Ovl. Ulrich Fredberg
Torsdag 9 - 14:30

Vejle amt

Give Sygehus, Center for Skader i Bevægeapparatet, tlf. 79 71 80 84
Speciallægernes 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 - 16.30

Nordjyllands amt

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

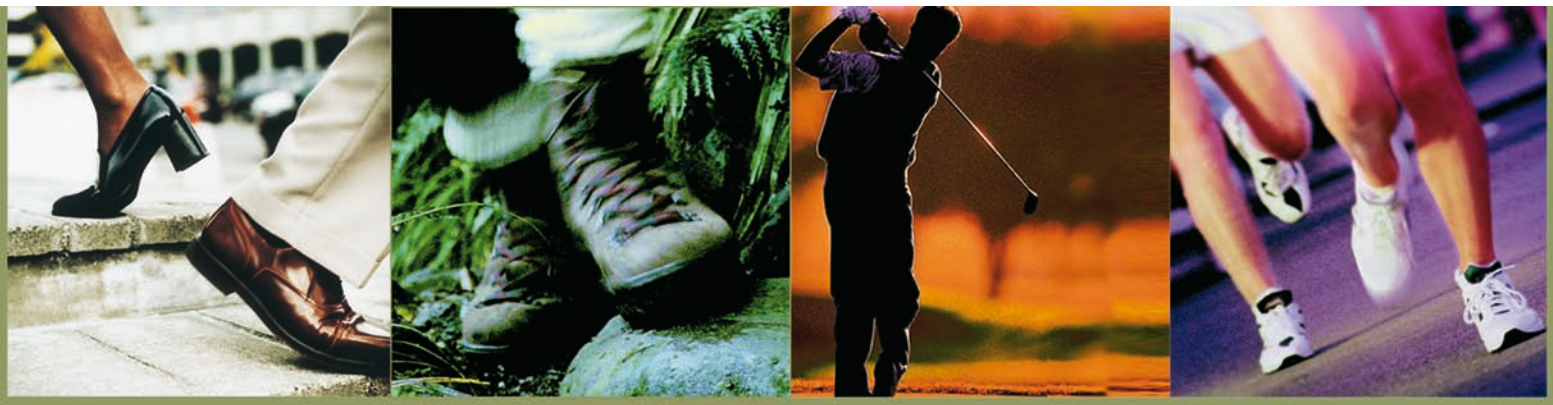
Bornholms amt

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

Adresseændringer:
Medlemmer af DIMS og FFI skal meddele ændringer til den repektive forenings medlemskartotek.
Abonnenter skal meddele ændringer til Dansk Sportsmedicins adresse herunder.

POST
PP DANMARK

Afsender: Dansk Sportsmedicin, Terp Skovvej 82, DK - 8270 Højbjerg



SKRÆDDERSYET fodkomfort

Formthotics er et revolutionerende termoplastisk indlæg, som med specialudstyr hos forhandlerne på få minutter formes præcis til dine fødder.

- fordeler belastningen jævnt under hele foden
- modvirker ømme, overbelastede, trætte fødder
- er effektiv ved hælsmerter, skinnebenssmerter, akillessenesmerter og nedsunken forfod
- forebygger skader

FORMTHOTICS®
ULTIMATE FOOT COMFORT

Er du aktiv sportsudøver - eller bare træt af ømme fødder?

Har du normale fødder - eller problemfødder?

Læs mere på **www.sportspharma.dk** Tlf: 7584 0533