

NORSK IDRETTS- MEDISIN



NORSK IDRETTS-
MEDISINSK FORENING



NFFS
FAGGRUPPE FOR
IDRETTSFYSIOTERAPI

NUMMER 2 - 2003

18. ÅRGANG



- Evaluering av ryggpasienter
- Hjerterehabilitering
- Idrett og humor

- Antidopingseminar
- Fondsmidler
- Høstkongressen



All effekt der det gjør vondt

Ibux gel

Ved smerter i forbindelse med forstuing eller forstrekning.

50 g



Ingen rapporter om fototoksisitet.
Ibux gel kan brukes så lenge det er nødvendig.
Ingen begrensning i behandlingstiden.

Brukes ikke på slimhinner, i øynene eller på skadet hud. Ved langvarige smerter bør lege kontaktes.
Skal ikke brukes av personer som ikke tåler acetylsalisylsyre, ibuprofen eller andre betennelsesdempende legemidler. Skal ikke brukes av gravide de 3 siste månedene før fødselen. Les nøye på pakningsvedlegget på innsiden av esken.

ISSN 0806 - 9328

Organ for Norsk Idrettsmedisinsk
Forening/DNLF og Faggruppen for
Idrettsfysioterapi
Nr. 2 – 2003 – Årgang 18

Adresse

Norsk Idrettsmedisin
co. Odd-Egil Olsen
Saturnveien 5
0492 Oslo
Tlf. 22 22 62 51
E-post: oddeo@nih.no

Utgiver

Leder i NIMF: Anders Walløe
Leder i FFI: Knut Jæger Hansen

Redaksjon

Redaktør: Odd-Egil Olsen
Redaksjonssekretær: Håvard Moksnes
Redaksjonskomite: Bjørn Fossan,
Cecilie Piene Schrøder, Ingunn Rise

Annonse

Hilde Fredriksen

Formål

Norsk Idrettsmedisin er medlemsblad for Norsk Idrettsmedisinsk Forening og Faggruppen for Idrettsfysioterapi. Tidsskriftet skal belyse tverrfaglige idrettsmedisinske forhold rettet mot fysisk aktivitet, mosjonsidrett og toppidrett. Tidsskriftet skal kunne stimulere til debatt og diskusjon av faglige og organisatoriske forhold. Ut fra dette kan tidsskriftet være med å påvirke utviklingen av idrettsmedisin i Norge.

Abonnement

Tidsskriftet sendes ut 4 ganger i året til medlemmer av Norsk Idrettsmedisinsk Forening og Faggruppen for Idrettsfysioterapi. Andre kan tegne årsabonnement for kr. 160,-.

Produksjon, layout og trykk

Nikolai Olsens Trykkeri AS
1410 Kolbotn
Tlf. 66 82 39 80. ISDN: 66 80 48 50
christin@not.no

Opplag: 2200

Neste nummer: Oktober 2003

Forsidefoto: SCANPIX

INNHOOLD

| | |
|---|----|
| Leder NIMF/FFI..... | 2 |
| Evalueringsverktøy for pasienter med ryggproblemer..... | 3 |
| Eldre voksne og hjerterehabilitering..... | 7 |
| Aktive barn populære og får selvtilit | 10 |
| Forebygging som resept for bedre folkehelse..... | 11 |
| Idrett og humor | 12 |
| Forskningssenter for aktiv rehabilitering..... | 18 |
| NIF's Antidopingseminar – referat..... | 20 |
| Idrettsmedisinsk Råd..... | 23 |
| Doktorgrads disputas..... | 24 |
| Høstkongressen..... | 25 |



Redaktørens kommentar

Koffein står fortsatt på dopinglisten! Det betyr at utøvere kan bli tatt dersom han/hun enten doper seg bevisst eller ubevisst inntar for store mengder koffein. Det er satt en romslig grenseverdi slik at utøvere i likhet med andre kan ha et normalt kosthold uten fare for å bli tatt i doping. Å ta seg en til to vanlige kopper kaffe på morgenen og etter lunsj og middag – slik mange gjør – skal ikke utgjøre noen fare. Professor Bengt Saltin, som er en ledende antidopinglege, har i media uttalt at han vurderer å foreslå at koffein fjernes fra dopinglisten. Foreløpig tilhører imidlertid koffein de forbudte preparatene, og avdelingsjef for etikk og antidoping Anders Solheim i NIF advarer derfor mot misbruk av koffein. Olympiatoppen vil komme med en nærmere informasjon om inntak av koffein og urinutskillelse i neste nummer av NIM.

I juni er det flere spennende doktorgrads disputaser. Ola Rønsen forsvarer sin doktorgrad ved Universitetet i Oslo tidlig denne måneden. Ved Ortopedisk senter, Ullevål universitetssykehus, disputerer Per Høiness på ankelfrakturer og Robert LaPrade på kneskader i midten av juni. I slutten av juni vil Grethe Myklebust, som den første stipendiat fra Senter for idrettskadeforskning, forsvare sin doktorgrad «Fremre korsbåndskader i håndball – fra skade til forebygging». Vi håper at det idrettsmedisinske miljøet markerer dette skikkelig og at så mange som mulig kan være til stede i salen på de aktuelle disputasene. Sammendrag av doktorgradsavhandlingene vil bli publisert i senere nummer av NIM.

I dette nummeret presenterer Inger Holm og Kjersti Storheim forslag til evalueringsverktøy for å kartlegge funksjon hos ryggpasienter. I artikkelen til Jostein Grimsmo beskrives ny strategi for bedring av fysisk funksjon innen hjerterehabilitering av eldre voksne. Videre har Stein Tyrdal tatt for seg humorens psykiske, fysiske og sosiale effekter – og hvordan humor kan brukes i idretten. Bjørn Fossan gir oss en rapport fra NIF's antidopingseminar for leger, fysioterapeuter og annet støttepersonell. Vedlagt dette nummeret finner du også invitasjon til «The 1st World Congress on Sports Injury Prevention», som vil finne sted i Oslo i juni 2005. Senter for idrettskadeforskning har tatt initiativet til å organisere denne første idrettsmedisinske kongressen om forebygging av idrettsskader. Oppdatert informasjon om kongressen finner du på senterets hjemmeside (www.klokeavskade.no). Sist men ikke minst presenteres programmet for høstkongressen – husk abstractfristen som er 1. september. God sommer og god lesning!

Odd-Egil Olsen

NIMFs styre

Anders Walløe, leder

Ostadsølv. 79, 0753 Oslo
Arb.: Ort. avd., Ullevål Universitetssykehus, 0407 Oslo
Tlf.: 22 11 96 25 (a).
E-post: andres.walløe@ullevål.no

Jon Olav Drogset, sekretær

Nedre Stokkanv. 8, 7500 Stjørdal
Arb.: Ort. avd., St. Olavs Hospital, 7006 Trondheim
Tlf.: 73 86 80 00 (a).
E-post: Jon.O.Drogset@medisin.ntnu.no

Terje Halvorsen, kasserer

Nedre Gullhaug 25, 1354 Bærum Verk.
Arb.: NIMI, Pb. 3843, US, 0805 Oslo.
Tlf.: 23 26 56 56 (a).
E-post: te-halv4@online.no

Cecilie P. Schrøder, styremedlem

Voksenliv. 13, 0789 Oslo.
Arb.: Kir. avd., Lovisenberg Diagonale Sykehus, 0440 Oslo
Tlf.: 22 92 11 30 (a).
E-post: cecilie.schrøder@lds.no

Ove Talsnes, styremedlem

Arb.: Kir. avd., Sykehuset Innlandet, 2418 Elverum
Tlf.: 62 53 34 21 (a).
E-post: ove.talsnes@sjukehuset.no

Harald Jodalen, styremedlem

Arb.: Nordstrand Legesenter, Nordstrandv. 62, 1164 Oslo
Tlf.: 22 28 56 05/22 74 65 25 (a)
E-post: harald.jodalen@samfunnsmed.uio.no

Knut Fjeldsgaard, styremedlem

Arb.: Kir. avd., Haraldsplass Diagonale Sykehus, 5009 Bergen
Tlf.: 55 97 85 00 (a)
E-post: kffe@haraldsplass.no

Agnar Tegnander, varamedlem

Arb.: Kir. avd., St. Olavs Hospital HF, 7006 Trondheim
Tlf.: 73 86 94 98 (a)
E-post: agnar.tegnander@rit.no

FFIs styre

Knut Jæger Hansen, leder/kontaktperson

Tyslevv. 13, 1163 Oslo. Tlf.: 23 26 56 26 (a).
E-post: knujh@online.no

May Arna Risberg, nestleder

Bjerkelundsvn. 44, 1358 Jær. Tlf.: 23 26 56 03 (a).
E-post: mayarnarisberg@hotmail.com

Oddvar Skramstad, sekretær

Nøtteskjellbakken 2, 4310 Hommersåk
Tlf.: 51 66 21 99 (a). E-post: oddstad@online.no

Terje L. Toften, kasserer

Grønnslettvn. 8, 8400 Sorland. Tlf.: 76 11 05 30 (a).
E-post: terje.toften@c2i.net

Chris Drummond, styremedlem

Mensendieck Klinikken Fysioterapi,
Kristian August gt. 19, 0164 Oslo. Tlf.: 22 36 38 03 (a).
E-post: drummond@start.no

Bjørn Fossan, styremedlem

Toppidrettsenteret, Pb. 4004 US, 0806 Oslo.
Tlf.: 22 02 57 45 (a).
E-post: bjorn.fossan@olympiatoppen.no

Jorunn Ytrefjord, styremedlem

Lundarvegen 18, 5700 Voss. Tlf.: 56 51 66 50 (a)
E-post: j_ytrefjord@hotmail.com



NORSK IDRETTS-
MEDISINSK FORENING

Anders Walløe,
leder NIMF



Våren har kommet og sommeren nærmer seg når jeg skriver denne lederen. Dessverre er doping igjen et tema i media. Denne gangen er det bruk av kaffe før og under konkurranser. Det er omdiskutert om koffein øker den fysiske prestasjonsevnen og det er diskusjon om påliteligheten av urinanalyser for dette stoffet. Utøvere og ledere vet imidlertid godt at koffein står på dopinglisten. Mange mennesker føler at de blir mer opplagt av en eller to kopper kaffe. Dette kan ifølge ekspertisen ikke forårsake mistenkelige konsentrasjoner av koffein i urinen. Hvorfor noen utøvere da inntar større mengder koffeinholdig drikk og i noen tilfeller konsentrater av stoffet er for meg uforståelig. Mistanken blir naturligvis at man ønsker å oppnå en prestasjonsforbedring på kunstig måte som ikke klassifiseres som doping. Bengt Saltin mener ifølge media at koffein bør fjernes fra dopinglisten. Imidlertid er det allerede utøvere som er utestengt fra toppidrett i to år på grunn av tilsvarende verdier som de vi har sett i Norge nylig. Uansett hvilket middel som er brukt vil en positiv dopingtest i dag føre til en utestengelse på to år fra idretten. Også dette er naturligvis et tema som kan diskuteres. Skal alle forseelser straffes like strengt/mildt? Dessverre tror jeg ikke dette blir siste diskusjon om doping i Norge. Norsk friidrett har slitt med manglende resultater i noen år. Utøverne trener visstnok bra, men resultatene uteblir. På mange områder i livet hevder vi at trening gjør mester. Hvorfor trener ikke våre beste friidrettsutøvere på å konkurrere på høyeste plan? Våre skiskyttere og langrennsløpere, som nok har færre konkurrenter, deltar i konkurranser med verdenseliten minst en gang i uken hele sesongen. I dag er det ikke stor forskjell på lengden av vinter- og sommersesongen for våre topputøvere og ingen blir verdensmester i trening. Det er bare et år til neste sommer OL og jeg håper vi igjen kan få glede oss til gode norske prestasjoner i noen av sommeridrettene.

Kosthold, fysisk aktivitet og helse er temaer som i de senere år stadig blir aktualisert i media. Nå er også viljen og innsatsen fra myndighetene økende. Vi ser fra anti røykekampanjer hvor vanskelig det er å endre folks vaner. Jeg tror i tillegg til kampanjer, økonomiske tiltak og lokale arrangementer på eksempelets makt. Jeg håper derfor at flest mulig av dere er beviste på dette og stimulerer alle i nærheten til å benytte denne fine årstiden til å komme i gang med regelmessig fysisk aktivitet. Jeg ønsker med dette alle en god sommer og husk å melde dere på til Idrettsmedisinsk høstkongress i Stavanger!



NFFs
FAGGRUPPE FOR
IDRETTSFYSIOTERAPI

Knut Jæger Hansen,
leder FFI



Fremtiden

Nok en gang er vårt sommerseminar i Tønsberg fylt til randen av deltakere. Det gleder meg at temaet barn og ungdom trekker så mange deltakere. Temaet er hett etter toppidrettssjefens tanker om tidlig spesialisering av barn for å få flere olympiske gullmedaljer. Vi håper på en heftig debatt om dette temaet. Hovedtemaet er skader og fysisk aktivitet i de aktuelle aldersgruppene. Jeg gratulerer kursutvalget med et svært spennende program. Det samme gjelder fagkomiteen ved årets kongress i Stavanger. Her synes jeg at komiteen har fått noen av de absolutt største kanonene på de aktuelle fagområdene til å komme til Norge. Jeg gleder meg til å treffe mange av dere i Stavanger.

Ellers er det fremtiden for oss som helsearbeidere som opptar meg mest i disse dager. Jeg er av den oppfatning at forandringen vil komme raskere og i større grad enn det vi har vært vant til fra tidligere. Jeg nevner større konkurranse, friere konkurranse, anbudsavtaler og større krav til dokumentasjon som eksempler på stikkord i det som jeg tror blir viktig i fremtiden. Svaret på dette er å knytte fagutvikling og jobbing med rammevilkår for utførelsen av det vi bedriver enda tettere. Dette gir enda større krav til oss som forening og til vår moderforening NFF. Utvikling av gode forskningsmiljøer der klinikere og forskere jobber tett sammen tror jeg vil være et av svarene som på lang sikt kan gi oss nødvendig dokumentasjon på våre behandlingsformer. Utviklingen skjer i så rask tempo at jeg vil foreslå at min etterkommer som FFI leder må få avsatt minimum to dager i uken til dette arbeidet. Dessuten bør vi etter min mening prøve å formalisere samarbeide med andre visjonære og dynamiske miljøer. Per i dag er det vel bare MT – gruppa som er aktuelle, men også andre faggrupper eller økonomiske interessegrupper bør kunne inngå i et slikt samarbeide. Det mest nærliggende for oss er å prøve å blåse liv i samt vitalsere PFG og privat råd. Samtidig må vi påvirke fag og spesialistrådet samt fondet. Vi må jobbe enda hardere for å få våre folk inn sentrale posisjoner i disse sammenhenger ved neste landsmøte til NFF (2004). Fremtiden er både lys og spennende, men den kommer ikke av seg selv. Med disse litt svulstige betraktninger ønsker jeg dere alle en riktig god sommer. Husk både på de positive sammenhenger mellom fysisk aktivitet og helse og mellom helse og rødvinn (gjelder bare oss over 40).

Evalueringstøytøyt for vurdering av selvrapportert funksjon og fysisk kapasitet hos pasienter med ryggproblemer

AV INGER HOLM¹ OG KJERSTI STORHEIM²

¹FYSIOTERAPIAVDELINGEN, RIKSHOSPITALET, ²NORGES IDRETTSHØGSKOLE

Ryggproblemer er en av våre vanligste muskelskjelett sykdommer. I en norsk epidemiologisk studie ble det funnet en ett-års prevalens på 53 % pr. år (20). Behandlingstilbudet er stort og stadig nye behandlingsmetoder blir introdusert. Det er derfor viktig å evaluere effekten av den behandlingen vi gir, både i vår daglige praksis og i forskningsøyemed.

Mange spørsmål reiser seg når vi skal velge kartleggings- eller evalueringstøytøyt som dekker nettopp våre behov; hva er mest egnet og nyttig i klinikken, hvilke instrumenter kan gi best svar på våre problemstillinger, hva er viktig for pasienten og hva vektlegger de bevilgende myndigheter i sine vurderinger. Det er dessuten viktig, i så stor grad som mulig, å velge evalueringstøytøyt som allerede finnes. Utvikling av nye instrumenter er svært arbeidskrevende og dyrt. Eksisterende og anbefalte måleinstrumenter er testet for reliabilitet, validitet og sensitivitet og gir oss muligheten til å sammenligne våre resultater med tidligere studier og andre pasientgrupper (5).

Tradisjonelt har smerte, utstråling, radiologiske forandringer, fysiske egenskaper (for eksempel utholdenhet, styrke og bevegelse) og tilbakefall/nye ryggepisoder vært de vanligste parametre å måle, både i kartlegging og som effektvariabler. Studier har imidlertid vist at det ofte er dårlig samsvar mellom grad av smerte, radiologiske funn og evnen til å fungere i dagliglivet, i arbeid eller fysisk aktivitet. Den senere tid har fokus derfor endret seg mer over mot psykososiale faktorer, generell helse, stress, mestring og sykdomsspesifikk funksjon. Pasientens egen vurdering av funksjon er også i økende grad vektlagt, og flere ryggspesifikke funksjonsskjema er utviklet. Det viser seg dessuten at psykososiale faktorer er viktig for å predikere hvem som får vedvarende symptomer og går over fra en akutt til en kronisk smertetilstand (8).

Spine utgav i år 2000 et spesialnummer «Outcome assessment in the evaluation of treatment of spinal disorders» (1), med hovedfokus på selvrapportert funksjon.

Målet var å komme med anbefalinger når det gjaldt hvilke måleinstrumenter som var best egnet for de ulike pasientgruppene (både pasienter med lette og store funksjonsbegrensninger). Etter at eksperter hadde gjennomgått og evaluert de ulike instrumentene som fantes kom panelet med følgende anbefalinger: De selvrappporterende måleinstrumentene bør dekke fem hovedområder: ryggspesifikk funksjon, generell helse, smerte, arbeids- evne og pasienttilfredshet.

Denne artikkelen har til hensikt å gi en oversikt over de anbefalte evalueringstøytøyt som finnes både når det gjelder selvrapportert funksjon, registrert ved hjelp av spørreskjema, samt ulike tester av fysisk kapasitet. Det eksisterer riktignok ikke noe ideelt sett av måleinstrumenter, de fleste har både sine sterke og svake sider, men denne oversikten kan forhåpentligvis gjøre det noe enklere å velge.

Selvrapportert funksjon

Det finnes flere standardiserte spørreskjema for å registrere selvrapportert funksjon, både generelle og sykdomsspesifikke (15). De generelle skjemaene innbefatter en global vurdering av respondentens helsestatus (både pasientens fysiske, mentale og sosiale helse) og livskvalitet. Fordelen med generelle skjemaer er at de gir oss mulighet til å sammenligne ulike pasientgrupper. De sykdomsspesifikke funksjonsskjemaene registrerer de aspektene ved helsen som skyldes den aktuelle sykdommen.

Sykdomsspesifikk funksjon

De meste brukte ryggspesifikke instrumentene er Roland-Morris Disability

Questionnaire (RDO) og Oswestry Disability Index (ODI) (22). RDO måler 20 ulike fysiske aktiviteter og deres begrensninger pga ryggsmerte og har dessuten fire spørsmål som omhandler smerte, søvn og mental helse (2). ODI består av ti spørsmål om smerte i ulike fysiske aktiviteter. Forenklet kan man si at RDO er et mål på funksjon, mens ODI kombinerer smerte og funksjon, men det er ikke store forskjeller (5). Pga gulv- og takeffekten, hevdes ODI å være det beste skjemaet å velge for pasienter med betydelig nedsatt funksjon, mens RDO anbefales ved lettere grad av funksjonssvikt. Begge skjemaene er reliable, valide og enkle å bruke (5) og er oversatt til norsk (24).

Generell helse

SF-36 (26) er det instrumentet som anbefales brukt når det gjelder registrering av generell helse (18). Analyser har vist at SF-36 har den beste balansen mellom lengde, reliabilitet og validitet, og instrumentet er benyttet på store ryggpasient populasjoner. Det finnes dessuten store normalmaterialer, bl.a. et norsk (16). SF-36 er oversatt til norsk og det finnes en «akutt» og «kronisk» versjon (17). Skjemaet er delt inn i åtte ulike helserelaterte temaer: fysisk funksjon, fysisk rollefunksjon, kroppslig smerte, generell helse, vitalitet, sosial fungering, emosjonell rollefunksjon og mental helse.

Smerte

Smerte kan registreres kontinuerlig over tid ved hjelp av dagbok. Dette er imidlertid svært tidkrevende, og både i daglig praksis og klinisk forskning er dette så og si umulig å få til. Det er derfor vanlig og helt akseptert å registrere smerte retro-

spektivt over en definert tidsperiode (f.eks. 1 uke, 1 eller 3 måneder) (25). For kroniske eller stadig tilbakevendende smeretilstander (som f.eks. ryggproblemer) er det sannsynligvis viktigere å angi grad av smerte i løpet av en gitt periode enn å angi smerte i øyeblikket. Det er viktig å registrere både smer teintensitet, varighet og smer tens innvirkning på ulike aktiviteter og gjøremål. To av de vanligste måtene å registrere smer teintensitet på er: verbale skalaer (en liste adjektiver som beskriver ulike grader av smerte) og visuell analoge skalaer, VAS, (en linje, vanligvis 10 cm lang, hvor endene beskriver ytterpunktene, f.eks. 0 = ingen smerte, 100 = uutholdelige smerter). Begge disse skalaene er testet for validitet (12), og VAS er den mest sensitive pga. et større antall svarkategorier (13,25). En annen mulighet er å bruke subskalaen i SF-36 som registrerer kroppslig smerte. Den måler smer teintensitet og smer tens innvirkning på aktiviteter. Fordelen dette smertemålingsverktøyet har er at det finnes referanse- materialer, at det er kort og at det er del av et større skjema som registrerer generell helse.

Smertetegning er et annet instrument som ofte brukes. Her markerer pasienten smertefulle områder på en helkroppsfigur. Figuren er delt inn i 256 ruter, og antall skraverter felter registreres (21). Smertetegningen egner seg godt for å beskrive somatisering og smerteadferd (23) og er mest brukt som et diagnostisk verktøy.

Det finnes altså ulike måter å registrere smerte på. Von Korff og medarbeidere (25) foreslår i sin artikkel at faktorer som smer tens intensitet, varighet og innvirkning på ulike aktiviteter alle bør være med når vi måler smerte.

Bierring-Sørensens isometrisk styrketest for ryggstrekkene.



Arbeidsevne

Pasientenes arbeidsevne er viktig både av sosiale og økonomiske grunner. Amick og medarbeidere (2) anbefaler at skjemaer som registrerer arbeidsevne minimum må inneholde data om: type arbeid (fysisk tungt, stillesittende osv.), i arbeid/sykemeldt, sykemeldt pga. andre helseproblemer, arbeidsledig, ulønnet arbeid (student, husmor, pensjonist osv.).

Pasienttilfredshet

Tradisjonelt sett har vi som helsearbeidere vært mer opptatt av effekten av den behandlingen vi gir enn av pasientens tilfredshet. Pasientens subjektive grad av tilfredshet med behandlingen er imidlertid svært viktig, da det viser seg at fornøyde pasienter samarbeider bedre, følger bedre opp (har bedre compliance når det gjelder f.eks. medikamentbruk eller trening), og tar mer ansvar for egen helse (10). Det finnes etablerte spørreskjemaer når det gjelder pasienttilfredshet (10), men disse er forholdsvis omfattende. Deyo (6) konkluderer med at et enkelt spørsmål er nok når det gjelder pasientens tilfredshet med behandlingen. Hudak (10) anbefaler at man avslutter med et åpent svaralternativ, hvor pasienten kan uttrykke sine følelser og komme med både ros og ris, så her er anbefalingene litt ulike. Hvis du lager dine egne spørsmål, bør disse registrere pasientens tilfredshet både med behandlingsforløpet og med resultatet av behandlingen.

Fysisk kapasitet

Det er godt dokumentert at pasienter med ryggproblemer har nedsatt muskel-



Åstrand sykkeltest for indirekte måling av O₂-opptak.

styrke (27). Det har imidlertid blitt stillt spørsmål ved om ryggpasienter har lavere aerob kapasitet enn friske personer, her er nemlig resultatene mer sprikende (14,27). Aerob trening er likevel ofte inkludert i treningsprogrammene ryggpasienter tilbys, og det er derfor viktig at en utholdenhetstest er inkludert i de fysiske testene.

Aerob kapasitet

Åstrand testen er den mest brukte testen for å måle indirekte O₂-opptak. Utstyret som trengs er ergometersykel, pulsklokke og evt. metronom. Testpersonen sykler med en frekvens på 50 omdreininger pr. min. Finn den belastningen som gjør at testpersonen kommer opp i en puls på mellom 120-140 slag pr. minutt. Avslutt testen etter seks minutter dersom pulsen ikke stiger/synker med mer enn fem slag det siste minuttet. Oksygenopptaket estimeres ut fra kroppsvekt, alder, kjønn og arbeidsbelastning. De nyere ergometersyklene har en computer som kalkulerer resultatene direkte, hvis ikke må pulsen registreres hvert minutt og oksygenopptaket kalkuleres ut fra en tabell (3). Testen har akseptabel reliabilitet og har god diskriminerende evne (14).

Bevegelighet

Fingertupp til gulv

Pasienten står på en plattning med en målepinne som står ca. 50 cm opp. Det skal være ca. ti cm mellom føttene, rette knær. Vedkommende får beskjed om å bøye seg sakte og rolig så langt som mulig med fingerspissene ned langs målepinnen (11). Man regner gjennomsnittet av tre forsøk, som måles i mm. Reliabiliteten er moderat. Det er viktig å merke seg at metoden måler bevegelighet på hele baksiden og skiller ikke mellom bevegelighet i columna, hamstrings og triceps surae. Det finnes også tester som måler bevegeligheten i columna isolert, eksempelvis modifisert Shobers test som måler bevegelsesutslag i mm (11,19).

Styrke

Hos normale/friske personer er ryggstrekkene sterkere enn bukmusklene. Hos pasienter med ryggproblemer blir ekstensorene relativt mer svekket enn bukmusklene, slik at dette forholdet endres (9). Styrken i disse muskelgruppene kan testes på ulike måter, men vi har her valgt å presentere to enkle tester som ikke krever avansert og kostbart utstyr.

Dynamisk styrketest for bukmusklene

Ryggliggende med 90° vinkel i kneleddet, armene langs siden og håndflatene i kontakt med underlaget. En 12 cm lang tape festes i underlaget fra fingertuppene og fremover, med null som utgangsverdi. Testpersonen løfter hodet/skuldre opp fra underlaget, inntil fingertuppene er i høyde med 12 cm-merket. Tempoet skal være jevnt og holdes med metronom, 80 slag pr. minutt, man bruker to slag på å rulle opp, og to slag på å gå ned. Maks. antall re-

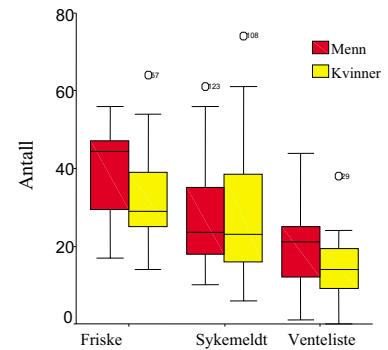
petisjoner er 120. Testen har akseptabel reliabilitet og validitet (7,11).

Bierring-Sørensens isometrisk styrketest for ryggstrekkene

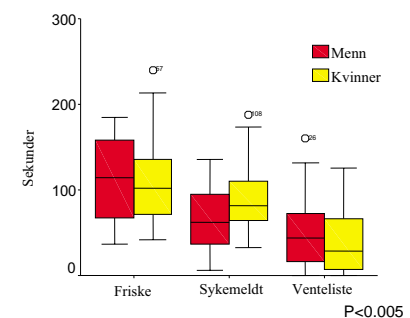
Her trenger man en benk, eventuelt tre fikseringsbelter og en stoppeklokke. Testpersonen ligger i mageleie med overkroppen utenfor benken (kanten av benken i høyde med crista iliaca anterior superior). Beina fikseres til benken med tre belter, et over hoftepartiet, et over nedre del av låret og et over nedre del av leggen. Alternativt kan en person sitte over testpersonens ben, eller man kan benytte en mobiliseringsbenk som vist på bilde nederst side 12. Pasienten støtter seg initialt med hendene utenfor kanten av benken, for så å løfte overkroppen opp til en stabil horisontal stilling som skal holdes så lenge som mulig, maks. 240 sekund. Reliabiliteten og validiteten er middels god (4,14).

En studie vi selv har gjort, viser at både sit-up testen og den isometriske ryggtesten har god evne til å diskriminere mellom ulike pasientgrupper. Figur 1 og 2 viser resultatene for begge testene på friske kontroll, pasienter på sykemelding II og pasienter som stod på venteliste til avstivningsoperasjon. Vi ser av figurene at antall repetisjoner/holdetid blir lavere jo lenger pasienten har hatt sine problemer.

Vi har i denne artikkelen, på grunnlag av egne erfaringer og aktuell litteratur, kommet med forslag til evalueringsverktøy for å kartlegge funksjon hos ryggpasienter. Som nevnt innledningsvis, er det fem hovedområder som bør dekkes når man vel-



Figur 1. Sit-ups til utmattelse.



Figur 2. Isometrisk styrke, ryggstrekkene (Sørensen test).

ger måleinstrumenter, nemlig ryggspesifikk funksjon, generell helse, smerte, arbeidsevne og pasienttilfredshet. Gode måleinstrumenter er det viktigste verktøyet både klinikere, pasienter og bevilgende myndigheter har for å evaluere effekten av ulike behandlingsmetoder.

Referanser: www.idrettsfysioterapi.no



Norsk Idrettsmedisinsk Institutt med team for behandling av spiseforstyrrelser

Jorunn Sundgot-Borgen har samlet et team med psykiater, allmennleger, ernæringsfysiolog, fysioterapeut og treningsveileder på NIMI Ullevål for behandling av spiseforstyrrelser. Teamet blir koblet inn der det er behov etter en innledende utredning av problemet. Dette er et tilbud som tidligere bare ble tilbudt toppidrettsutøvere, men som nå kan tilbys alle med spiseproblemer. Instituttet er privat og pasientene må derfor betale behandlingen selv.

Kontaktperson - Maria Biagioni, NIMI, tlf. 23 26 56 56

TERAPI MASTER® PRESENTERER:



Styrke, stabilitet og sansemotorikk

Dette er begreper som henger sammen, som det forskes mye på og "alle snakker om".

I 12 år har Nordisk Terapi AS vært ledende i utvikling av produkter og metoder for å omsette kunnskap til klinisk anvendelig praksis. Styrke, stabilitet og sansemotorikk utgjør kjerneelementene i S-E-T.

MFT, Airex, Togu

Vi utvider vårt sortiment med utvalgte artikler fra MFT, Airex og Togu. Disse produktene gir deg mange muligheter til å individuelt dosere øvelser for styrke, stabilitet og sansemotorikk. Bruk dem i kombinasjon med TerapiMaster eller på egen hånd.

Produktene er av høy kvalitet og har en fornuftig pris!

Airex

Vi er glade for å kunne tilby produkter fra verdens ledende produsent av treningsmatter.

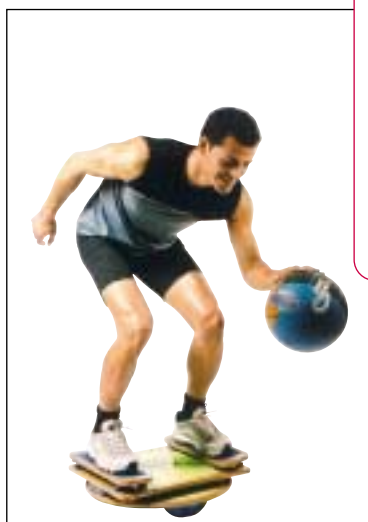
Airex mattene kan brukes til gymnastikk, fysioterapibehandling, aerobic, fitness trening, hjemmetrening etc.

• God støtabsorbering • Hygienisk • Sklisikre

MFT balanse Brett -multifunksjonell trening

En serie produkter som dekker de fleste behov. Naturlig progresjon fra enkle endimensjonale vippebevegelser til avanserte og sammensatte bevegelser i flere plan inklusive rotasjoner.

Instruksjonsplakater medfølger og video med øvelsesprogram er tilgjengelig.



Togu

Terapiballer og balanseprodukter til individuell behandling/trening eller gruppeaktiviteter.



AERO-Step:
Balansepute med to kammer.



www.terapimaster.com

Eldre voksne og hjerterehabilitering

En ny strategi for bedring av fysisk funksjon

AV JOSTEIN GRIMSMO

FEIRINGKLINIKKEN/GJENSIDIGE NOR FORSIKRING

Denne artikkelen bygger på en artikkel i det amerikanske tidsskriftet «*Medicine & Science in Sports & Exercise*» i desember 2002: «*Older adults in cardiac rehabilitation: a new strategy for enhancing physical function*» av W. Jack Rejeski et al., Canada (www.acsm-msse.org).

Feiringklinikken er i gang med et større prosjekt innen hjerterehabilitering med støtte fra Helse- og Rehabilitering. Prosjektet vil fokusere på hjerterehabilitering og yrkesaktivitet, hvor de fleste er eldre voksne over 50 år. I likhet med artikkelen til Rejeski et al. vil også dette prosjektet se på fysisk form som en sentral faktor.

Kardiovaskulær sykdom og hjerterehabilitering

Kardiovaskulær sykdom (CVD) er en hovedårsak til både sykkelighet og død blant eldre menn og kvinner i den vestlige verden. Selv om hjerterehabiliteringsprogrammer har resultert i bedre fysiske ferdigheter, har det vært problemer med langtids opprettholdelse av bedringen, og det har vært gjort få studier på dette området når det gjelder eldre voksne og kvinner. I geriatrisk litteratur har nylig Keyser og Jette konkludert med at trening synes å ha potensialet til positivt å kunne påvirke flere objektive markører i forhold til fysisk funksjon hos eldre voksne. Imidlertid fant de at selvrapporterte data om funksjonsbegrensning (disability) i forhold til dagliglivets aktiviteter (ADL) var blandet. Rejeski og Mihalko har i en artikkel i et geriatrisk tidsskrift i 2001 anslått at resultatene etter programmer for bedring av fysisk aktivitet for eldre, spesielt de som involverer kognisjon og persepsjon, vil kunne økes gjennom bruk av kognitive terapi-programmer for atferdsendring. På denne bakgrunn ble det startet et prosjekt for å kartlegge dette, og artikkelen til Rejeski et al. beskriver resultatene etter den første tremåneders fasen av rehabiliteringsprogrammet «Cardiovascular Health and Activity Maintenance Program» (CHAMP).

Dette er en randomisert klinisk undersøkelse, hvor man sammenlikner effekten av standard hjerterehabilitering (CRP) med gruppe-mediert kognitiv adferdsterapi (GMCB). Fysisk funksjon hos eldre voksne med enten dokumentert CVD eller med dokumentert høy risiko for CVD ble undersøkt.

Manglende langtidsresultater

Det er kjent at mange områder av medisinen sliter med manglende pasientoppfølging av behandling, selv om behandlingen har vist seg å være nødvendig og riktig. Dette kan skyldes mange forhold, som for eksempel bivirkninger av medikamenter eller mangel på motivasjon. På området hjerterehabilitering er det ikke overraskende å finne at rundt 50% av de som deltok i et rehabiliteringsprogram hadde droppet ut av dette i løpet av de første seks månedene. Dette samsvarer bra også med det vi ser på Feiringklinikken, hvor kun noe over 50% kommer tilbake for ny vurdering med tredemølletest seks måneder etter avsluttet fireukers rehabiliteringsopphold. Mange strategier har vært forsøkt for å strukturere hjerterehabiliteringsprogrammer for å bedre pasientoppfølgingen (compliance). Mange hjertepasienter, som tidligere aldri har drevet noen regelmessig form for fysisk aktivitet, vil med manglende motivasjon falle ut av et rehabiliteringsopplegg.

Hovedhensikten med hjerterehabiliteringsprogrammer er å bedre fysisk funksjonsevne gjennom generell opptrening. Fysisk funksjon innbefatter imidlertid også persepsjon (blant annet evne til å oppfatte og iverksette) og den Eldres muligheter og begrensninger i forhold til omgivelsene.

Det er også viktig å understreke at effekt av CRP har vært vist mer for menn enn for kvinner. Dette kan skyldes at menn oftere har deltatt i CRP enn kvinner og at kvinner kan ha flere komplikasjoner etter CVD enn menn. Noen hevder at kvinner rapporterer lavere grad av fysisk funksjon enn menn ved start av CRP og at mannlige hjertepasienter rapporterer om bedre effekt av kondisjonstrening. På den annen side blir det imidlertid bemerket at kvinner som fullfører CRP synes å oppnå samme bedring i helse status, energinivå (MET-levell) og opplevd god livskvalitet som menn.

Den kanadiske studien hadde flere forskjellige målsettinger. Hovedhensikten var å sammenlikne en gruppe som deltok i GMCB med standard CRP i forhold til forandringer i objektiv og selvrapportert fysisk funksjon etter tre måneder med fysisk trening. Det andre målet var å se på kjønnsforskjeller, og det tredje var å se på utgangspunktet i fysisk funksjon (baseline) og hvordan dette virket inn. Den statistiske modellen her inkluderte prosedyrer for å se på interaksjon mellom kjønn, behandling og utgangspunkt av fysisk funksjon i forhold til parametre som var av interesse.

Kort om selve undersøkelsen

Deltakere i studien var enten voksne eldre (mellom 50-80 år), som enten allerede hadde CVD (operert eller blokket, gjennomgått infarkt, angina pectoris, hjertesvikt grad I eller II) eller som hadde minst to betydelige risikofaktorer for å få CVD. Gjennomsnittsalderen for alle var 64,7 år, og det deltok 76 menn og 71 kvinner. Alle gjennomgikk seks minutters gangtest, måling av MET-nivå (kondisjonsnivå) i form av gangtest på tredemølle, hvor alle måtte gå

til de ikke klarte lengre, som følge av pus-tevansker, utmattelse, leggsmerter, bryst-smerter eller andre årsaker. Alle måtte vi-dere fylle ut et skjema (physical functioning questionnaire – PFO), som bestod av 40 spørsmål som måler selvrappor-tert fysisk funksjon.

Etter tre ganger med kartlegging og tes-ting, ble deltakerne randomisert til de to gruppene GMCB og CRP, med jevn for-deling av menn og kvinner i hver gruppe.

Behandlingen

Begge grupper fikk samme treningsopp-legg, hvor treningen var senterbasert med trening tre dager i uken i tre måneder. Opplegget bestod av gåtrening og styrke-ting for overkropp. Hvert øvelsespro-gram bestod av fire deler i form av opp-varming fem minutter, 30-35 minutter aerob trening, 15-20 minutter styrketre-ning og fem minutter nedtrapping. GMCB-gruppen fikk i tillegg gruppebasert opp-legg etter hver trening, i form av kognitiv adferdsterapi med vekt på motivering, i til sammen 20-25 minutter. Denne gruppen hadde mer og mer overgang til hjemme-basert trening.

Diskusjon

Etter forfatterens viten, er dette den før-ste undersøkelsen som direkte ser på eventuelle forskjeller mellom GMCB og CRP på fysisk funksjon hos eldre.

Begge gruppene, som en hovedkonklu-sjon, hadde statistisk (parret t-tester) sig-nifikant forbedring både i objektivt regis-trerbar – og selvrappor-tert fysisk funksjon ($p < 0,001$). Generelle lineære modeller in-kludert effekter av utgangsverdier, for fy-sisk funksjon, behandlingsgruppe og kjønn viste at dårlig fungerende menn i GMCB-gruppen hadde større fremgang enn noen annen subgruppe på seks minutters gang-test og kondisjonsnivå (MET-verdi) ($p < 0,01$). Kjønn betydde ikke noe i forhold til selvrappor-tert grad av fysisk funksjon ($p > 0,05$), men de lavest funge-rende deltakerne i GMCB rapporterte bedre grad av fysisk funksjon enn de i CRP ($p < 0,05$).

Forfatterne konkluderer med at inter-vensjon med fysisk trening er et viktig vir-kemiddel for å forbedre fysisk funksjon hos eldre voksne med kardiovaskulær sykdom og de med stor risiko for det samme. Ut-gangspunktet for fysisk form og kjønn er

viktige variable å ta med i vurderingen når man studerer sammenhengen mellom tre-ningsopplegg og forbedring i fysisk funk-sjon.

Egne vurderinger av artikkelen

Fysisk form handler om mye mer enn kun kondisjonsnivå, men aerob kapasitet er en viktig prediktor blant annet i forhold til ri-siko for utvikling av hjer-te- og karsykdom. Det begynner etter hvert også å komme undersøkelser som viser effekt av fysisk trening/kondisjonsnivå i forhold til sykelig-het og overlevelse hos de med allerede etablert koronar hjertesykdom. Store og gode undersøkelser mangler imidlertid fortsatt. Artikkelen er spennende, da den fokuserer på et stort problem i all livs-stilsintervensjon.

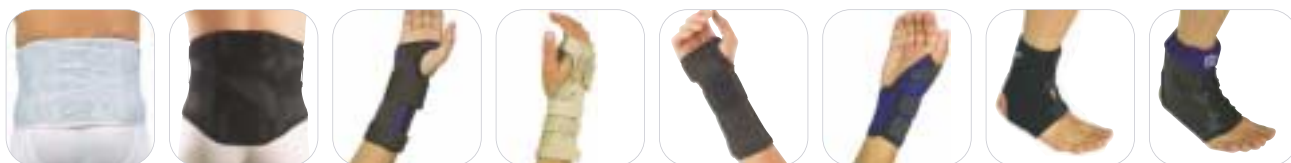
Hvordan få pasientene til å følge opp et hjer-terehabiliteringsprogram? Mange av de som får sin hjer-te- og karsykdom i yngre og yrkesaktiv alder, har aldri hatt interesse verken for fysisk trening eller kostrestrik-sjon. I tillegg har mange i denne gruppen enten vært eller er røykere. Livsstilsinter-vensjon handler om mer enn fysisk trening. Det handler om en betydelig forandring i



REHBAND 
Make your move.

Back up

Komplexa skador och sjukdomar ställer höga krav på en ortos funktion, passform och design. Rehband utvecklar avancerade skydd och ortoser i nära samarbete med kliniskt verksamma experter och patienter. Det gör att Rehband kan erbjuda produkter av högsta kvalitet samt bästa funktion och passform på både ortoser och skydd. Rehband erbjuder patienten ett så rörligt liv som möjligt och hjälper till att rehabilitera eller lindra patientens besvär. Make your move.



Otto Bock Scandinavia AB, Sweden, +46 11 28 06 00. www.rehband.com

en persons levemåte, som inkluderer flere aspekter i form av psykisk helse, kosthold, medikamentell behandling, røykestopp og reduksjon i forbruk av alkohol. Forandring på et eller flere av disse områdene skal settes i system samtidig med at fysisk aktivitet skal bli en naturlig del av tilværelsen. Det er da kanskje ikke så merkelig at bortimot 50% dropper ut av et opplegg i løpet av seks måneder.

Det store spørsmålet artikkelen tar opp, er hvordan klare å få eldre voksne med hjertesykdom eller risiko for dette til å følge opp et rehabiliteringsprogram over tid. Dette har vi ikke fått svar på, da det så langt kun er gjort undersøkelser etter tre måneder, som er for kort tid til å kartlegge dette. Andre undersøkelser har vist at selv ett års oppfølging er for kort tid, da mange får tilbakefall til tidligere livsstil når det undersøkes på ny etter to år. I vår studie ved Feiringklinikken, vil vi følge opp pasientene over et år (med kontrollgruppe), men med planer om ytterligere oppfølging av en gruppe som ledd i et forskningsprosjekt. I undersøkelsen fra Canada vil det spesielt bli interessant å se om den gruppen som har fått kognitiv tilnærming over tid kommer bedre ut enn gruppen uten. Gruppene i undersøkelsen er noe små, og det er gjort en blanding av de med hjertesykdom og de med risiko for hjertesykdom, noe som kan bli en svakhet i undersøkelsen. Forskning på hjerterehabilitering er imidlertid vanskelig og tidkrevende, da det er så mange faktorer som spiller inn på resultatene, og det er vanskelig å få til en riktig kontrollgruppe.

Det er behov for større og flere undersøkelser, før vi kan si noe om hva som skal til for å få mennesker med og uten hjertesykdom til å forandre en allerede etablert livsstil.



DR. PER SUNDE
SKULDERDIAGNOSTIKK
ULTRALYD

SKULDERKLINIKKEN

Bislett legesenter 23196080 www.persunde.no
Rådhuset spesialistsenter 23010980 / fax: 23010981

Velkommen til Norges første spesialpraksis for klinisk og sonografisk skulderdiagnostikk.

Dr. Per Sunde er Idrettslege NIMF, og har mangeårig erfaring innen emnet, med skolering og veiledning bl.a. av senioroverlege A. Bouffard ved radiologisk avdeling, Henry Ford Hospital, Detroit.



En kombinert klinisk-sonografisk skulderundersøkelse bidrar til å endre vanlig norsk undersøkelsespraksis.

Hos de fleste skulderpasienter anbefales ultralyd som første videreundersøkelse etter den kliniske undersøkelsen. Man vil gjennom en klinisk-sonografisk dynamisk beggesidig undersøkelse kunne få opplysninger om strukturdetaljer som ofte ikke kan skaffes på annen måte. Undersøkelsen er smertefri og pasientvennlig, uten kontraindikasjoner og uten strålebelastning.

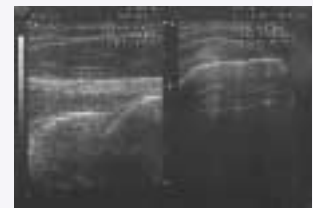
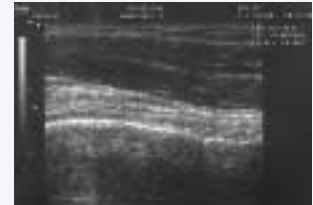
De fleste blir overrasket over hvor raskt og effektivt man således hos de fleste skulderpasienter kan skaffe seg tilstrekkelig informasjon for videre rådgivninger og behandlinger.

Klinikken tar imot direkte henvendelser.

Honorar kr. 600. Tillegg kr. 100-200 dersom injeksjoner. Disse vil i så fall som oftest foretas ultralydveiledet.

Klinikken kan tilby:

- **Raske vurderinger** ved akutte hendelser/-tilstander, f.eks. spørsmål om cufrruptur. Disse er langt hyppigere enn de fleste er klar over.
- **Impingement-/instabilitetsvurderinger**
- **Differensialdiagnostiske** vurderinger ved forskjellige slags smerter og stivheter i skuldrene:
 - a) Tendinitter/tendinoser?
 - b) Kalkdannelser?
 - c) Patologiske væskedannelser?, f.eks. Bursaer – årsaker til disse.
 - d) Acromioclavicularleddsproblemer?
 - e) Frozen shoulder?



Grafisk produksjon: GlaxoSmithKline AS 0303

Konkurrer om forskerpris

Er du en idrettsmedisinsk forsker som er yngre enn 40 år? Da har du sjansen til å være med og konkurrere om den Skandinaviske idrettsmedisinske forskerprisen, «Young Scandinavian Sports Medicine Investigator Award». Prisen er på 1 350 EUR (ca. NOK 10.000,-).

Denne prisen deles ut annet hvert år, på de Skandinaviske Idrettsmedisinske kongressene. I fjor var kongressen i Aarhus i Danmark, og vinnerartikkelen kan leses i Scand J Med Sci Sports side 316-322. Neste gang er det Stockholms tur å arrangere kongressen (mars 2004).

Prisen går til det beste aksepterte idrettsmedisinske originalmanuskript, der hovedforfatteren er en skandinavisk forsker under 40 år (per 1/1 2004). Artikkelen sendes inn til Scand J Med Sci Sports og gjennomgår referee-bedømmning på vanlig sett. Artikkelen må være **innsendt senest 1/8 2003**.

For nærmere informasjon angående konkurransen og prisen, se oktobernummeret 2002 av SJMSS side 325. Se også hjemmesiden: www.blackwellmunksgaard.com/sportsmedicine

Aktive barn populære og får selvtillit

Småskolebarn som er dyktige fysisk er de mest populære barna, viser studier som en gruppe norske forskere har gjennomført.

God selvfølelse

Forskningsleder Per Egil Mjaavatn ved NTNU konstaterer at de motorisk flinke barna utvikler en god selvfølelse, og han har en rekke studier i ryggen når han mener at disse barna har bedre forutsetninger for å bli mentalt sunne voksne.

– Vi vet at fysisk aktivitet har god virkning mot depresjon, og det er allerede påvist sammenhenger mellom selvbilde og fysisk aktivitet blant ungdommer. At de aller yngste så tydelig er opptatt av motoriske ferdigheter hos hverandre, forteller oss litt om hvor viktig det er at barn får god motorisk utvikling, sier Mjaavatn.

NTNU-forskeren driver prosjektet sammen med Høgskolen i Agder, og Norges Idrettsforbund støtter forskningen, sammen med Norges Olympiske Komité. Prosjektet strekker seg over flere år, og 90 barn i småskolealder er involvert. Så langt foreligger det vesentligste av tallene fra 7-åringene i studiegruppen.

Tester ungene

De grovmotoriske ferdighetene måles ved at koordinasjon og balanse testes gjennom flere øvelser. Finmotorikken testes ved hjelp av brett med hull der ungene skal feste små pinner. Hvordan barna fungerer sosialt måler forskerne ved både å spørre barna selv, og la lærerne gi en vurdering. Barn som opplever seg som en aktuell venn for mange, og som ofte velges til å være med i leken, får høy skåre på sosial kompetanse. Bildet fylles ut eller korrigeres av lærerens vurdering av barnas utadvendthet, aggressivitet, skyhet og humor.

– Utadvendte barn, eller det vi kaller prososiale unger, bidrar til høy skåre på sosial kompetanse, det samme gjør barn som har humor. Barn som viser en sky eller aggressiv adferd, får lavere skåre, forklarer Mjaavatn.

Gutter og jenter like

Det mest overraskende er at det ikke er forskjeller mellom gutter og jenter. Vi trodde ikke motorikken hadde så stor betydning for jenters lek, men det viser seg at det også blant jentene er de mest motorisk flinke som er populære. Forskning har vist at mobbing og sosiale evner henger sammen, og Mjaavatn ser ikke bort fra at utvikling av motoriske ferdigheter ligger bak.

– Både mobberne og de som mobbes sliter med selvbildet, og det er ikke utenkelig at dette igjen henger sammen dårlig fysisk form og svakt utviklet motorikk. Utvikling av gode motoriske ferdigheter og fysiske evner må starte tidlig. Mjaavatn mener det er for sent å starte med målrettet aktivitet når barnet når skolealder.

– Vi legger grunnlaget for den mentale utviklingen tidlig. Med god fysikk stiller man med et godt selvbilde og kommer lettere inn i en positiv spiral i forhold til skolearbeid og andre krav. Med et dårlig utgangspunkt blir spiralen negativ, og dette kan sette preg på et menneske resten av livet. Alle vet hvordan det føles for et barn når man blir satt utenfor vennegruppen, sier Mjaavatn.

Mye handler om å bli sett av de voksne, foreldre så vel som lærere og barnehageansatte. Verken skolen eller barnehagen er god nok, mener Mjaavatn, selv om det er bedring å spore.

– Det avgjørende er at de voksne - foreldre, førskolelærere og lærere - er oppmerksomme på barn som er svake sosialt eller motorisk, og gir dem stimulans, sier Mjaavatn.

Kilde: www.aftenposten.no

MEST POPULÆRE, MINST TV

Undersøkelsen som Per Egil Mjaavatn har gjennomført viser at barna som er flinkere motorisk og er de mest populære elevene, ser minst TV. De har de yngste mødrene med den høyeste utdannelsen, og de fleste av dem har eldre søsken. Fars alder og utdannelsen gir ikke tilsvarende utslag i undersøkelsen.

JENTER MED HØY BMI ER SKY

Selv om undersøkelsen av sammenhengen mellom motorikk og sosiale evner ikke finner forskjeller mellom jenter og gutter, skiller jentene seg ut på ett punkt. De jentene som veier mest i forhold til høyden - målt i form av kroppsmasseindeks - er også de jentene som vurderes av lærerne som sky og tilbaketrukkne. Det samme gjelder ikke for guttene, men det er felles for alle ungene at de tyngste barna er dårligst på de grovmotoriske øvelsene.

Skriv i

NORSK IDRETTSMEDISIN!

Vi håper flere av medlemmene vil bidra med innlegg og at vi får noen debatter i bladet. Innlegg bør ikke være lenger enn 500 ord eller 3000 tegn. Forkortelser/endringer som går ut over det ortografiske, grammatikalske eller det å gjøre setninger mer forståelige, sendes til forfatter før trykking for godkjenning. Kom gjerne med forslag til tittel, eller så lager vi dette i redaksjonen. Frister for innsendelse, se utgivelsesplan side 31.

Forebygging som resept for bedre folkehelse

Ved å forebygge mer, kan man reparere mindre, er hovedbudskapet i den nye stortingsmeldingen om norsk folkehelsepolitikk.

Helseminister Dagfinn Høybråten la i januar frem stortingsmeldingen «Resept for et sunnere Norge» (1), som trekker opp strategiene for folkehelsearbeidet de neste ti årene.

Fire delresepter

Flere leveår med god helse og reduserte helseforskjeller er hovedmålene for fremtidens folkehelsepolitikk, understreker Høybråten, og fremhever meldingens fire «resepter» for et sunnere Norge:

- Det skal bli enklere for den enkelte å ta ansvar for egen helse
- Det skal bygges brede allianser for folkehelse
- Helsetjenesten skal legge større vekt på forebygging og
- Tiltakene skal bli mer kunnskapsbaserte

I det moderne samfunn sitter vi og spiser oss til sykdom og tidligere død. Livsstilsrelaterte sykdommer har enorme kostnader for den enkelte i form av redusert livskvalitet og tapte leveår, og kostnadene for samfunnet bare øker. Relativt små endringer i kostholds- og mosjonsvaner kan ha stor betydning for en bedre helse og et bedre liv, sier Høybråten.

Fysisk aktivitet og riktig kosthold

Stortingsmeldingen peker på uheldige utviklingstrekk i nordmenns livsstil og advarer mot konsekvensene av dem: Mangel på fysisk aktivitet er i ferd med å bli fremtidens store helseproblem. Røyking er vår tids viktigste enkeltårsak til sykdom og tidlig død. Det er markante sosiale skjevheter når det gjelder livsstil og helseatferd, og risikofaktorer samles i spesielle og sårbare deler av befolkningen. Regelmessig fysisk aktivitet og et riktig sammensatt kosthold kan redusere forekomsten av hjerte- og karsykdommer, redusere forekomsten

av kreft med en tredjedpart og forhindre økningen i overvekt og type 2-diabetes.

Vil ha økt livsstilspåvirkning

Regjeringen ønsker å sette søkelys på hvordan samfunnet tilrettelegger mulighetene for fysisk aktivitet, trivsel og sunne matvaner; hvordan skolen håndterer mobbeproblerne; og hvordan arbeidslivet kan være helsefremmende og ikke helse- nedbrytende.

Meldingen tar til orde for økt livsstilspåvirkning og styrking av forebyggende tjenester for barn, unge og familier. Et av virkemidlene skal være å gi fastlegene nye takster for å skrive ut «grønne resepter». Man vil også styrke forskningen innen temaområdene kosthold, fysisk aktivitet, kvinners helse, psykisk helse og sosiale ulikheter.

Strategi for kvinnehelse

Meldingen inkluderer en kvinnehelsestrategi som vektlegger tiltak som skal gi jenter større selvtillit og bevisstgjøre dem i forhold til egen kropp. Kunnskap om sykdommer og bivirkninger som i særlig grad rammer kvinner skal styrkes. Helsetjenesten skal gjøres bedre tilgjengelig for innvandrerkvinner og i beslutningsprosesser skal kjønnsperspektivet vektlegges sterkere. Kvinnehelsestrategien er en oppfølging av «NOU 1999: 13 Kvinners helse i Norge» (2).

1. www.odin.dep.no/hd/norsk/publ/stmeld/042001-040003/index-dok000-b-n-a.html
2. www.odin.dep.no/hd/norsk/publ/utredninger/NOU/030005-020023/index-dok000-b-n-a.html

Kilde: www.tidsskriftet.no / Tidsskrift for Den norske lægeforening

Sixtus

Sixtufit - Den komplette muskelpleie for sport og aktivitet!

Hardt arbeidende muskler fortjener profesjonell pleie. Sixtufit-serien omfatter produkter som tar vare på musklene ved:

- oppvarming og forberedelse før sport og aktivitet
- trening og konkurranse
- restitusjonsfasen etter sport og aktivitet

Sixtufit har siden 1952 vært leverandør og sponsor for den tyske olympiske komité og for et stort antall andre sportsforeninger og særforbund. I Norge er Sixtufit leverandør av produkter til flere klubber og enkelutøvere. Sixtufit benyttes av ledende idrettsleger, terapeuter, trenere og massører. Olympia-produktene har bevist sin verdi gjennom grundige tester og harde konkurranser og har et utmerket rykte både blant amatører og toppidrettsutøvere.

Sixufit - Den profesjonelle muskelpleie!

TM Agenter AS
Tlf. 22 08 08 18
www.sixtufit.no



Idrett og humor

AV STEIN TYRDAL

DAGKIRURGISK SENTER, ULLEVÅL UNIVERSITETSSYKEHUS

«Håndballforbundet mener det er for mange ledd i norsk idrett, men vi mener også at det blir ledd for lite i norsk idrett.»

Niels Hertzberg

Denne artikkelen omhandler humor - dens psykiske, fysiske og sosiale effekter - og hvordan humor kan brukes i idretten. Det finnes imidlertid ingen artikler om idrettshumor i Medline. Artikkelen bygger derfor på bøkene «Humor og helse» (1), forfatterens idrettslige bakgrunn og samlede forståelse av fenomenene humor og idrett.

Frisk Ishockey vitset seg til seier (2) og fikk Frisk-gutta til å glemme at de var dødstrøtte (3). Fotballandslaget (herrer) lader opp med stand-up (4) og håndballandslaget (damer) har brukt humor i forbindelse med håndball-EM 2002. Galgenhumor brukes av håndballspillere for å verne seg mot kriser (5) og langrennsløpere møter nedturer med humor (6). Smil og latter er en viktig del av logoen for fotball-VM 2006 (figur 1) (7). Practical jokes i ishockeymiljøet har imidlertid ført til håndgemeng (8). Oppslagene om bruk av humor og latter i idretten er mange. Bevisstheten om at humor kan være nyttig i idretten synes å øke, men er det noe grunnlag for at humor har noen effekt?

Humor, følelser og effekter

Det er forvirrende at humor ikke bare betyr ulikt for ulike personer, men det betyr ulikt for samme person til ulik tid. En standarddefinisjon av humor er «den mentale evne til å oppdage, uttrykke eller sette pris på elementer av latterlig eller absurd inkongruens i ideer, situasjoner, hendelser eller handlinger» (9). Inkongruens (latin) kan lettest oversettes med uoverensstem-

mende (10), dvs. det som ikke passer sammen eller er motstridende (figur 2). Det kan være situasjoner eller ideer som passer dårlig sammen eller som avviker fra det som er vanlig, normgivende eller det forventede. Humor er således en måte å tolke verden på. Humør er en betegnelse på milde stemninger av varig karakter uten klar årsak til noen bestemt hendelse dvs. en slags emosjonell termostat. Følelser er vanligvis sterkere, forbigående og henger sammen med hendelser. Affekter er sterke følelser, som vises gjennom kroppsspråk, som for eksempel når fotballspillere kaster seg oppå hverandre i en haug etter en scoring. Humor kan regulere humøret både ved at den kan øke graden av godt humør og redusere graden av dårlig humør. Alvor er motsetningen til humor.

Vanlige humortegn er 1) overraskelse, 2) ordspill dvs. uvante ord og kombinasjoner av lyder, 3) kontraster/ paradoks dvs. misforhold mellom situasjon og beskrivelse, 4) overdrivelse/ underdrivelse og 5) perspektivendring. Alene gir ikke de fem tegnene humor, men opptrer flere tegn samtidig oppfattes budskapet som oftest som humor. Gjenkjenning vil øke opplevelsen av humor. Hvilken form humoren tar, varierer og gjenspeiler de ulike kulturelle forventninger (11). Erfaringer tyder på at humoren i idrettsmiljøene ofte kan være direkte og røff, gjerne preget av galgenhumor.

Idrett, lek og humor

Ordet idrett kommer av det gammelnorske idrott – et ord som er sammensatt av id = virksomhet, og drotrr = styrke. Ordet idrott ble opprinnelig brukt som en fellesbetegnelse for alle former for legemlig og åndelig ferdighet, slik denne kunne komme til uttrykk i musikk, dikterkunst, runekunnskap og lignende i tillegg til alle former for fysisk eller kroppslige ferdigheter (12). Under den senere utvikling av idrettsbegrepet er det først og fremst tale om: «fritids- eller hobbypreget aktivitet hvor kroppstillinger og -bevegelser er det sentrale element, og hvor utøverens egeninnsats er avgjørende for resultatet» (13). I denne mer moderne betydning dreier det seg altså om bevegelsesaktivitet i form av mosjon, trening eller konkurranser med sikte på mestring av bevegelsesoppgaver/prestasjonsutvikling eller bevaring/bedring av

VM-logo med smil

VM-logoen for 2006 er full av smil. Franz Beckenbauer kastet seg med da lanseringen ble foretatt.

– Vi ønsker å være en gjestfri vert og holde en fest sammen med resten av verden, sa Beckenbauer tirsdag.

Fotballlegenden var sammen med FIFA-president Sepp Blatter da logoen viste seg fram for offentligheten. (NTB-AFP)



GLEDE: Franz Beckenbauer og VM-logoen for 2006 var et eneste stort smil i går. Foto: AP

egen helsetilstand. Terminologikomiteen i Norges Idrettsforbund fremholder også betydningen av avkobling og trivsel (12).

Det er mange likhetstrekk mellom idrett, lek og humor. Fysisk aktivitet som omfatter ulike former for lek, dans og friluftsliv kan bli godtatt som idretter av de ulike idrettsorganisasjonene. Mellom lek og humor er det fem felleskriterier (14):

- 1) Begge starter med et signal for eksempel spørres det: «Har du hørt den om...?» eller «skal vi leke?»
- 2) De er preget av transformasjoner (omdanning) for eksempel kan en pinne bli til et sverd, en pistol, en penis osv.
- 3) Både humor og lek innebærer en frigjøring fra regler og normer (sosiale og moralske regler)
- 4) Begge er avhengige av konteksten (sammenhengen) de opptrer innenfor
- 5) De er frivillige aktiviteter: Ingen kan tvinge noen til verken å le eller leke.

Både i idrett, lek og humor er mestring et sentralt begrep. Selv om alle tre aktiviteter har mål og nytteverdi, drives de hovedsakelig for aktivitetens egen skyld.

Vi har eksempler på idrettskulturer hvor nytteverdien dominerer og hvor elementer av lek og humor synes fraværende. De gamle Øst-blokk landene var eksponenter for det maskinmessige alvor. Mange vil kunne hevde at også Vest-Europas idrettskultur i for liten grad preges av lek og humor og i for stor grad blir preget av systematikk, alvor og penger (jfr. innledende sitat fra Niels Hertzberg). Det kan også hevdes at det er humor og glede som opprettholder idrettens ideal om en sunn sjel i et sunt legeme. Det er idrettsgleden, humøret, følelsene og affektene som fascinerer oss enten vi er utøvere eller tilskuere. Men vårt idrettsideal trues av humorhemmere som måltetthet (systematikk), konkurranse og tidspress. Barn har størst behov for fysisk og mental lek. Det er kanskje derfor lekeaspektet er ekstra vektlagt i barneidretten? Å stimulere idrettsutøvere med humor vil derfor være både sunt, nødvendig og morsomt på samme tid.

Humor og motivasjon

Humor verdsettes bare når vi er våkne og i den rette motivasjonstilstand. Vi er preget av to motstridende motivasjonstilstander. Perioder på dagen er vi motivert for å være målrettet, seriøse og planmessige. Da leker vi ikke. Da vil vi at våre handlinger skal ha en hensikt, et mål, en plan og en mening. I andre perioder vil vi være i den motsatte tilstanden der målet er å leke med aktiviteten for aktivitetens egen skyld uten en gjennomtenkt plan eller et fornuftig mål. Humor er tankens lek og kommer bare til uttrykk når vi er motivert for lek dvs. en tilstand hvor improvisasjon og impulsivitet dominerer. Selv om vi er i den lekne tilstand, må situasjonen gi en betydelig grad av engasjement (tenning) for at humoren skal føles morsom (jfr. oppvarmingens effekt på idrettsutøverens motivasjon). Skifte mellom lekende (paratelisk) og seriøs (telisk) tilstand skjer via tre ulike mekanismer som innbyrdes påvirker hverandre:

- 1) Metning: Når en tilstand har vart en tid, vil sannsynligheten øke for at den motsatte tilstanden vil inntre. Har vi vært alvorlige lenge nok, melder behovet seg for tøys og tull. Barn vil oftere enn voksne ha behov for skifte av motivasjonstilstand.
- 2) Suggesjon: Vi smittes av munterhet dersom vi synes den kommer fra en hyggelig person - eller surhet fra sure personer.



Inkongruens kan lettest oversettes med uoverensstemmende, dvs. det som ikke passer sammen eller er motstridende.

- 3) Frustrasjon: Lek, men også alvor, endres ved at vi blir frustrert når noe går galt, f. eks. at det vi leker med går i stykker eller når en idrettsutøver blir skadet.

Humorens betydning for helsen

Humor er overlevelsesstrategi når det røyner på, men også en kilde blott til lyst og kan brukes til å skaffe seg overskudd. Humor er helsebringende når den er uten ubehagelig virkning på andre; og er uten sårende og kritiske elementer. Brukes humor med omsorg, føler du deg verdsatt. Positive bånd skapes mellom mennesker, forståelse utvikles og isolasjon forebygges eller brytes. Storforbrukere av inkluderende humor synes å være mer tolerante, ha mindre skyldfølelse, være mer interesserte i sosial kontakt (15), være mindre harde og rigide, og ha et bedre selv-bilde. De er også mer fornøyd med livet, har suksess i arbeidet og har større ekteskapelig stabilitet. Det er i tillegg grunn til å anta at bruk av humor fører til bedret moral og mindre humørsvingninger. Negative hendelser i livet påvirker storforbrukerne av humor mindre enn andre. Fordi humor hever stemningsleiet, kan det argumenteres at humor fører til bedret motivasjon, bedret årvåkenhet og derved bedret læring og stimulering av hukommelsen. Andre argumenterer for at effekten av humor er mindre omfattende, men totalt sett tyder studiene på at humor er sjelenes støtdemper og kroppens indre trim-apparat. Stress dempes, men effekten synes å være indirekte via bedret sosialt nettverk (16). Siden stress bidrar til en rekke livsstilssykdommer, kan man utlede at en reduksjon av stress ved hjelp av humor, eller på annen måte, vil bidra til å øke folkehelsen.

Latter kan 1) gi mer latter, 2) gi avslapning mot angst, trusler, sorg og bekymring, 3) fungere som flukt eller forsvar slik at man kommer vekk fra den daglige kamp, 4) fungere som ikke-voldelig forsvar mot aggressive impulser som irritasjon og sinne, 5) gi aksept i en gruppe og 6) gi utløp for triumf (den som ler sist, ler best). Humor flytter også fokus ved å avlede oppmerksomheten. Humor er en moden forsvarsmekanisme som har sammenheng med bedre mental og fysisk helse. Humor er den fjerde viktigste mestringsstrategien ved kriser og katastrofer. I de fleste situasjo-

ner, både sosialt (privat og i arbeid) og i helsemessige sammenheng, vil vår oppfatning av situasjonen kunne påvirkes av en humoristisk innstilling.

Humor i idretten

En humoristisk innstilling til livet, gir en rekke psykisk og sosiale effekter.

Psykososiale effekter

Humor bygger relasjoner innen en sosial gruppe og kommenterer samfunnet sosialt og politisk. Fellesskapsfølelsen internt styrkes og bidrar til å integrere individet inn i et idretts miljø. Korrektiv kan gis på en ikke-truende måte til utøvere, nye som gamle, treneren eller ledelsen (17). Humor snur og vender på sosiale og kulturelle normer eller allmennmenneskelig svakhet som dumhet, egoisme, gjerrighet, griskhet og utroskap – og gjør dem til latter. I lagidretten vil også mangel på samhandling, klønete løsninger, tabber og uakseptabel atferd bli gjenstand for korrigerende humor. Humor frigjør fra fastlåste mønster og bidrar til å finne problemløsninger og øker kreativiteten. Selv om alle idretter har et element av problemløsning, vil utøvere av lagidretter trolig ha størst effekt av bevisst bruk av humor.

Humor er en del av den holistiske medisin hvor hele mennesket, og ikke bare vev og organer, blir ivaretatt. Tilsvarende kan det i idretten sies at humor er en del av toppidrettsfilosofien hvor hele utøveren blir trent og ikke bare ledd og muskler. Også det psykososiale miljøet må trenes. Brukt på en inkluderende og aksepterende måte, forenkler og forbedrer humor kommunikasjonen.

Stress

Stress er en trussel både mot helsen og mot prestasjonene. Å finne det rette stressnivå (les: spenningsnivå) er en utfordring. Effekten av humor på helsen går indirekte ved å dempe stressopplevelsen (tabell 1) og øke mestringen. Humor bør derfor bare brukes i de situasjoner hvor man ønsker å redusere spenningen fysisk eller psykisk. Positiv og vennlig humor bygger relasjoner, mens negativ humor med ironi og sarkasmer river ned motstanderens selvfølelse og styrker samholdet i inn-gruppen. Følelsesmessig støtte, aksept og anerkjennelse kan gis gjennom inkluderende og positiv humor. Humor, gitt med sympati, vil derfor kunne bedre trivselen og dermed bedre menneskets yteevne og helse. Ironi og sarkasmer vil derimot kunne øke aggresjonen hos egne utøvere dersom de er mottagere eller ofre for denne humorformen. Balansegangen mot å rive ned kan være hårfin. Uten sympati blir det lett negativ humor som bidrar til mobbing, redusert velvære og sykelighet. Negativ humor har ingen plass i barneidretten.

Tabell 1. Hvordan kan humor virke stressreducerende?

- se tingene i et annet lys
- ikke hefte seg opp i bagateller
- unngår overdimensjonere sine problemer
- motvirke fremmedgjøringen
- stressnivået reduseres
- veksle mellom spenning og avslapning

Konflikter kan dempes fordi humor er en måte å si at det ikke er så farlig eller alvorlig som du tror. Du kan også få sagt det du ikke klarer å si for spøk er ofte kamouflerte meninger (18). Med humor finnes en sosialt akseptert uttrykksform både for kritikk, negative tilbakemeldinger og konfliktstoff. Negativ humor kan imidlertid forsterke konflikttemperaturen (19). Ironi vil kunne vekke aggresjon og øke spenningsnivået, men effekten er vanskelig å forutsi. Ironi og sarkasmer vil i kampsport kunne vekke motivasjonen («Jeg skal jammen vise dem»).

Mestring fører til reduksjon av stress og stress mestres bla. ved et godt sosialt nettverk, bruk av humor og rasjonalisering (20-22). Mye tyder på at latterøvelser også virker avslappende og stressreducerende. Fordelen med slike øvelser, er at de kan gjennomføres på «bestilling» uten spesielle forberedelser, de tar kort tid, er enkle å dosere og er nærmest bivirkningsfrie. Kollektivt stress kan enkelt reduseres og er man rutinert, kan øvelsene individualiseres ved at den enkelte utøver kan utføre øvelsene foran speilet på egenhånd.

«Kriser og katastrofer»

Selv om begrepene kriser og katastrofer har en annen betydning i idrettsverden, vil den emosjonelle opplevelsen av «katastrofen» sannsynligvis kunne behandles etter de samme prinsipper. Humor er den fjerde viktigste mestringsstrategien ved kriser og katastrofer (1). Humor brukes i alle typer mestringsstrategier. Det gjelder både ved å regulere de følelsesmessige reaksjoner, ved å endre måten å tenke på, ved å endre vår aktivitet og ved å ta i bruk andre mennesker. Galgenhumor er en viktig del av mestringsstrategien (5,6). Da Stabæk relativt heldig gikk til semifinale i fotballcupen for menn etter staffesparkkonkurranse høsten 2002 ble de i Aftenposten karakterisert som «Norges heldigste menn!» (Lyn-Stabæk 2-2 etter 2. omg. 4-5 etter str.). Om de uheldige Lyn-spillerne kunne man lese: «Hos Lyn rotet begge midtstopperne, Tommy Berntsen og Steven Lustü, seg bort. Berntsen hadde matchball, men Jon Knudsen reddet, mens Lustü aldri ga den gode Stabæk-keeperen sjansen til å komme i nærheten av ballen. Den gikk jo nesten i kretsløp rundt jorden», sa triste Lustü, som skjøt både over og utenfor.» (23). Lustü bruker her en vanlig humor-teknikk (overdrivelse) for å distansere seg fra «katastrofen» at han var syndebykk for cup-tapet. På denne måten kan nederlaget bearbeides i akseptable posjoner. Verden går videre og det kommer nye sjanser. Humor lindrer forlegenhet (11), reduserer frykten for å miste ansikt (24), og redder ansikt (25).

Humor og kreativitet

Humor henger sammen med kreativitet. Med kreativitet menes evnen til å produsere nye eller originale ideer, innsikter, oppfinnelser eller kunstneriske produkter som har vitenskapelig, estetisk, sosial eller teknologisk verdi (26). Humor hever stemningsleiet. Det synes å være hevingen av stemningsleiet og de kognitive (tankemessige) forandringene det medfører, som gjør at humor resulterer i mer kreative tanker.

I den grad idretten har nytte av kreative løsninger fra trener, leder eller utøver, vil humor kunne bidra. I de fleste sosiale sammenhenger vil det oppstå konflikter. Kreative løsninger vil kunne være påkrevd for å finne gode løsninger. Kreativitet er derfor nødvendig i de fleste idretter og må anses som et konkurransefortrinn.

Humorens sosiale funksjon i idretten

Humor handler i stor grad om å teste ut grenser. Ved bruk av humor vil man således kunne finne ethvert samfunns sosiale og moralske grenser. Vår bruk av humor viser våre omgivelser hvem vi er. Vi danner relasjoner, lufter følelser og utøver sosial kontroll (11).

Forventninger og forventningspress kan true selvbildet. Humor bidrar til å opprettholde et positivt selvbilde samtidig som man gir uttrykk for usikkerhet, ubehag og smerte. Således kan lidelse både reduseres og unnvikes (11). I idretten er det viktig å ha et positivt selvbilde. Negative tanker kan lett ødelegge for den mest talentfulle utøver. Likevel hender det ikke så sjelden at både utøvere, ledere og trenere har behov for å kritisere, klage, skryte og refse. Humor kan brukes til å be om tilbakemelding og samarbeid selv om treningen kan medføre ubehag. Slik kan man bruke humor også til å forhandle om sosiale forventninger (27).

Humor skaper kontakt, verdsetter vennskap, tillater velmente hint og reduserer spenninger (28), men trekker også grenser mellom mennesker (29). Humor er et potent verktøy på godt og vondt. Brukt til mobbing er det nesten umulig å beskytte seg mot. Da blir humor helseskadelig. Balansen kan være vanskelig. Derfor er humor et uttrykk for sosial intelligens. Uten humorsignaler kan mang en tilbakemelding bli oppfattet som en alvorlig anklage. Man kan spøke med alt dersom det sies med sympati og det er etablert et fortlølig forhold.

Fysiske effekter av humor og latter

Den fysiske treningseffekten av humor og latter, vil på ingen måte kunne konkurrere med annen fysiske trening, selv om den best trente idrettsutøver kan oppleve å bli støl i magemuskulene etter kraftig latteraktivitet dagen før. Latter gir trim av de indre organer som hjertet, lunger og muskler. De største entusiaster argumenterer for at også det endokrine apparat og tarmsystemet blir massert og derved blir mer velfungerende.

Effekter på hjertet

Studier har vist at latterutbrudd fører til at pulsen umiddelbart stiger med 30-40 slag i minuttet for så å falle til under utgangsnivået (fall på inntil 50 slag/min) (30). Også blodtrykket følger samme mønster med en akutt stigning etterfulgt av et fall til under utgangsnivået. Reguleringen av hjertet skjer sannsynligvis gjennom det parasympatiske og sympatiske nervesystem. Fordi endringene av puls og blodtrykk følger samme mønster som ved fysisk aktivitet, vil mosjonister kunne få en signifikant trening av hjertet – gitt at man lo 20 minutter minimum tre ganger i uken.

Lunger

Latter består av serier med dyp inspirasjon og ekspirasjon med korte pauser. Deretter følger korte, avbrutte krampelignende sammentrekninger i brystet og mellomgulvet. Under latter vil respirasjonsfrekvensen øke fra normalt 16-18 ganger i minuttet opp til 25-30 ganger, og ved ekstatisk latter 40 ganger i minuttet. Pusting under latter er, i motsetning til respirasjonen ved stress, dyp og effektiv og vil derfor gi kroppen maksimal tilgang på oksygen (31). Normalt er imidlertid ikke lungene begrensende for oksygentilførselen til kroppens vev, men hos lungesyke vil en mer effektiv respirasjon kunne ha betydning. Noen pasienter foretrekker humor og latter fremfor konvensjonell lungefysioterapi. Pasienter med nakke- og skuldermyalgier vil ofte ha et overfladisk respirasjonsmønster. Disse vil kunne få redusert sine smerter med et bedret respirasjonsmønster. Latter er god aerobisk trening og det er hevdet at hundre latterutbrudd tilsvarer ti minutter med roing eller jogging (32).

Muskler

Noen ler så de slår seg på knærne, spreller med beina og vifter med hendene. Ved hjerterelig og høyrøstet latter brukes store muskelgrupper som gir treningseffekt for rullestolbrukere og sengebundne pasienter (32). De rytmiske bevegelsene som latter gir, medfører avspenning og avslapning i musklens aktivitet (33).

Immunsystemet

Humor påvirker kroppens immunsystem. Høy NK (Natural Killer)-celleaktivitet er assosiert med optimal evne til å vise følelser. Visning av humoristiske videoer for kvinner med kreft har ikke vist noen økning av antallet NK-celler, men de som lo mest fikk en betydelig økning i NK-cellenes evne til å skille ut giftstoff som rammet kreftcellene (34). En foreløpig rapport om skolebarn med kreft viser at de med stor sans for humor har tendens til færre infeksjoner sammenlignet med de med liten sans for humor (35). Mengden av IgA i munnens slimhinne og i spytt øker når man ser på humoristiske videoer (36-39), men både virkningsmekanismen og den kliniske helseeffekten er uklar. I idretten er det kjent at hardt fysisk arbeid medfører redusert immunforsvar. Muligheten for at humor styrker immunapparatet er derfor spennende. Det er knyttet stor interesse til fremtidige psykonevroimmunologiske studier for forskning indikerer at positive følelser kan hjelpe til i helbredelsesprosessen (40). Det ser ut til at latterens effekter med forbigående spenning og påfølgende avspenning er generell da den også gjenfinnes i det sympatiske nervesystem (41).

Vår helse påvirkes via psykologiske mekanismer på to prinsipi-

Fondet til fremme av idrettsmedisin og idrettsfysioterapi i Norge

Utlysning av fondsmidler

Søknad om tildeling av fondsmidler fra forskningsfondet innsendes i tre eksemplarer. Søknaden skal utformes som en full søknad om forskningsstøtte med prosjektmål, prosjektbeskrivelse og budsjett-/finansieringsplan.

Søknadsberettigede skal være medlemmer av NIMF eller FFI.

Søknaden sendes innen 15. september 2003 til:

Fondsstyreleder Fredrik S. Bendiksen,
Valumsveien 48,
2319 Hamar.

elt forskjellige måter: Først og fremst vil psykologiske forhold bestemme opplevelsen av symptomer og plager. Men det er også påvist at psykologiske problemer kan gi påvisbare endringer i bestemte organer. Psykosomatiske sykdommer omfatter begge disse mekanismer (42). Det er når kroppens tilpasningsdyktighet (buffermekanismer) ikke strekker til at sykdom opptrer.

Smerter

Man tåler mer både psykisk og fysisk smerte ved bruk av humor. Smer teterskelen heves og smer teopplevelsen distraheres (43-45). Sykehistorien om Norman Cousins viste at ti minutter mageristende latter ga inntil to timers smer tefri søvn (46). Også sinne og frykt demper opplevelsen av smerte, men har neppe den samme slitestyrke i et sosialt miljø som skal bygge positive relasjoner. I de fleste idretter har smer teopplevelsen betydning for prestasjonen. Smer tegrenser skal krysses og utøverne skal yte stadig mer. Når smer ter ikke har noen varselfunksjon, er de bare bryssomme. Å presse kroppen til maksimal ytelse gir smer ter som må tåles. Humor vil derfor virke prestasjonsfremmende.

Kommunikasjon

Humor er kommunikasjon og kan formidle sterke budskap som ellers ville virke truende. Vår språkbruk styres ikke bare av grammatikalske regler, men også av sosiale og kulturelle skikker (47,48). Det er viktigere hvordan et utsagn faktisk blir oppfattet enn hvordan det var ment (49). Møtet mellom trener og utøver kan være preget av patriarkalske holdninger. Ofte møtes in-

divider fra ulike kulturer. Humor bidrar til å avgjøre det psykologiske klimaet som avgjør hvordan ordene skal oppfattes. Humor skaper kontakt, øker følelsen av samhörighet og samhandling. Humor kan øke fortroligheten, bidra til å se sin situasjon i et nytt perspektiv og øke selvspekten (50). Kommunikasjonen blir mer helhetlig.

I treningsarbeidet skal treneren finne balansen mellom belastning og overbelastning. Det foregår en kontinuerlig forhandling, verbalt og non-verbalt, hvor ord og grammatikalske regler alene ikke kan formidle hele meningsinnholdet. Alle som har drevet trening vet at morsomme treninger oppleves kortere enn kjedelige treninger. De færreste orker å fortsette med sin idrett over tid dersom det ikke er god kommunikasjon på trening og under konkurranser.

Pedagogikk

Humorens plass i undervisning og instruksjon er omdiskutert. Kreative studenter utmerker seg med at de har mye humor (51). Taktisk og teknisk trening kan være krevende. Opplevelsen av kjedsomhet i et monotont i treningsarbeid kan reduseres ved bruk av humor. Humor i pedagogisk arbeid kan være bra av tre grunner: Humor skaper avspenning mellom lærer (trener) og elever (utøvere), den opprettholder oppmerksomheten og skaper interesse for temaet. Den gode pedagog utmerker seg ved å planlegge sine humoristiske innslag så godt at de likevel skaper inntrykk av overraskelse og tilfældighet. Humor kan bidra til å gi en tiltrengt mental pause. Fordi humor gir økt våkenhet, vil utøverne følge bedre med og mulighetene for å huske stoffet som pre-



ProMed Privat for Videre
Pasientoppfølging og regnskap

Effektiv administrasjon med ProMed !

ProMed benyttes i dag av om lag 2500 terapeuter i privat og offentlig sektor, og er det klart ledende programmet for fysioterapeuter. ProMed er utviklet for å

- Øke rasjonalitet og effektivitet i det administrative arbeidet
- Øke sikkerheten om innsamlet, sensitiv pasientinformasjon
- Forbedre kvaliteten vedr. pasientinformasjon, dokumentasjon, regnskap og statistikk
- Sikre optimal kontroll og oversikt vedr dine pasienter og din arbeidsdag.

Vår fokus ligger konsentrert om behovsorientert og kontinuerlig produktutvikling basert på våre brukeres behov, serviceorientert brukerstøtte for å bidra til sikkerhet omkring kontinuerlig drift, samt effektiv kompetansebygging basert på kurs, opplæring og dokumentasjon tilpasset brukerens ønsker.

Kontakt oss gjerne på tlf, e-post, eller besøk vår hjemmeside, for ytterligere informasjon, en liten prat, eller simpelthen for å prøve ut vårt system i ro og mak

De nye oppgjørsrutinene som ble gjort tilgjengelig fra nyttår gjør det mulig for fysioterapeuter å gjøre oppgjør for alle behandelende timer, uavhengig av om rekvisisjonen til pasienten er ferdig brukt opp eller ikke. Ved månedsoppgjør får fysioterapeutene:

Bedre økonomi fordi fordringsmassen til trygdekontoret blir minimert. Dette gir kapitalgevinst og bedre økonomisk frihet. Bedre økonomi ved at ingen krav om refusjon på behandlingstimer "foreldes" ift kravene til oppgjør fra RTV.

Men det blir mye ekstra papirarbeide av det !!

Behovet for bruk av datamaskin har således blitt større. ProMed er utviklet for å håndtere den nye oppgjørordningen. ProMed's Express -oppgjørmodul kan gi ytterligere gevinster:

Store tidsbesparelser ved elektronisk oppgjør/utskrifter – "bare trykk på knappen"!

ProMed kontrollerer selv hva det skal gjøres oppgjør for. Ved tvil om refusjonsgyldighet, - utskrift av "forhåndsgodkjenning"

Om dette høres fristende ut, - kontakt oss for ytterligere opplysninger!

Programvareforlaget AS Boks 150 Oppsal 0619 Oslo Tlf.: 22 62 72 40 Fax: 22 62 73 66
e-post: promed@pvf.no internett: www.pvf.no

senteres blir bedre. For mye humor på feil tid kan imidlertid distrahere og forstyrre.

Fra inaktivitet til aktivitet

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet påvirker helsen positivt. Utfordringen er «hvordan gjøre de passive aktive?» og hindre frafall av de som allerede er aktive. Humor, smil og latter er en morsom måte å komme i form for de inaktive og en morsom måte å holde ut lange treningsøkter for de aktive. For de som har vært inaktive lenge, anbefales aktivitet av moderat karakter som tilsvarer eksempelvis ca 30 minutter daglig gange i moderat tempo. Aktiviteten kan deles opp i mindre bolker for eksempel av 5-10 minutters varighet. Det anbefales variert fysisk aktivitet som inkluderer kroppens store muskelgrupper (52). Latter vil kunne være en del av variasjonen. I betegnelsen fysisk aktivitet inngår også lek. Dvs. at fysisk aktivitet knyttet til humoraktiviteter som latter, kan forventes å gi de samme helsegevinster som idrett så lenge bevegelsene resulterer i et minimum energiforbruk på 150 kcal (630kJ) per dag (eller drøyt 1000 kcal (4,2MJ) per uke) (52). Om ikke hyppige latterutbrudd erstatter annen trening, vil de være et meget godt supplement. Pulsen bør da opp i 120 slag per minutt. Fordelen er et humor kan praktiseres mange ganger om dagen i små avbrekk uten skifting til treningstøy eller «tidkrevende» dusjing.

Når humor oppleves som negativt

Humor og mobbing

Humor kan klassifiseres som positiv eller negativ (53). Positiv humor er betegnet av at man ler med en person. Det er godlynt humor som tar vare på relasjoner og knytter bånd mellom mennesker (54). Den er belønnende og vennlig. Negativ humor kjennetegnes ved at man ler av en person. Ofte brukes sarkastisk, ironisk, ondskapsfull og fiendtlig humor. Det kan forsterke konflikttemperaturen i en personalkonflikt (19). Alle typer humor kan oppleves som krenkende av den som rammes dersom senderen har antipati overfor mottageren eller mottageren opplever at senderen er fiendtlig innstilt. Har senderen sympati for mottageren vil humoren som oftest oppfattes som vennlig og inkluderende. Om og hvor krenkende humor oppfattes er også avhengig av antall ganger negativ humor blir brukt, hvor trygge personene er på hverandre og hvor likeverdig forholdet er. Spesielt sårbar er en kvinnelig utøver overfor en mannlig trener som bruker humor om sex. Jo vanskeligere en person har for å ta igjen, jo større er risikoen for å bli mobbeoffer. Over tid vil selv «uskyldig» spøk kunne oppleves som mobbing og føre til sårede følelser, depresjon og i verste fall selvmord.

For å unngå negative effekter bør humor brukes med forsiktighet og sympati overfor mottageren. Humorsendere bør ta hensyn til mottagerens kjønn, sosiale posisjon, kulturelle skikker og språklige ulikheter. Personfokuserede vitser om for eksempel funksjonshemning og rase bør unngås selv som den enkelte kan spøke med egen situasjon på det groveste. Stressede og usikre personer risikerer å feiltolke humorsignaler. Tydelige signaler kan være nødvendige for å unngå at misforståelser oppstår (8).

Humor og idrettsmiljø

Miljøfaktorer som skapes gjennom atferd, avgjør ofte prestasjonene til idrettsutøverne. Mange utøvere opplever å få kallenavn. F.eks fikk Espen Knudsen kallenavnet «Shampo» fordi faren, som

var frisør og ishockeyspiller, ble kalt «Såpa». Hvordan slik personfokuseret humor («morsom» sjikane) oppfattes, er avhengig av om vedkommende er trygg i gruppen dvs. om en er del av inn-gruppen. Inn-gruppen er den gruppen man føler seg hjemme i, som man er akseptert og inkludert i, og som man identifiserer seg med. Ut-gruppen består av personer som av en eller annen grunn står utenfor inn-gruppen, f.eks. fordi de ikke er ønsket eller fordi de blir nedvurdert. Fleiping og er ting kan oppfattes som sosial støtte når man er en del av i inn-gruppen hvor man er trygg og derfor tolker budskapet som vennlig. Er man derimot i utgruppen, vil humor lett oppleves som trakassering fordi utrygghet bidrar til en fiendtlig tolkning. Da kan humor føre til sårede følelser, fremmedgjøring, mistriksel, aggressive handlinger, krenkelse og ydmykelse. Det er som oftest situasjonen som avgjør hvordan ulike meningsinnhold blir oppfattet.

En skal ikke se bort fra at noe av frafallet innen idretten skyldes feil bruk av humor. På den annen side er litt røff humor en måte å teste ut lagspillere på: «Tåler du humoren vår, så er du en av oss.» Da tåles sannsynligvis treningen som trengs også. Idrett er ikke bare fysisk, men også psykisk trening. Personrettet humor (om utseende/egenskaper/funksjonstap) skal man være tilbakeholden med dersom utøvere blir sinte, frustrerte eller med sitt kroppsspråk viser at de ikke setter pris på humoren. Personer fra kulturer i mindretall (norske som utenlandske) er mest sårbare.

Humor og idrettsglede

Trivsel gir idrettsglede. Positiv humor bidrar til å øke trivselen, tilhørigheten, den sosiale støtten og til å styrke samholdet. Samti-

SKULDERVIDEO

Videoen «Dynamic Control of the Spino-Brachial Complex» (62 min) produsert av manuellterapeutene Paul Christensen og Roar Robinson, viser et stort utvalg av øvelser der scapulaes funksjon og proprioceptiv trening er vektlagt i betydelig grad. Treningsprogrammet bygges opp fra pasientens første øvelser på benken til toppidrettsutøverens siste finpuss. Videoen har også med et hjemmetreningsprogram. Engelsk tale.

Pris kr. 350,- inkl. porto

Hjemmeøvelsene er også produsert på egen video med norsk tekst med tanke på salg eller utleie til pasientene.

Pris kr. 200,-

Bestillingsadresse:

Roar Robinson, Brattåsveien 2, 1415 Oppegård
Faks: 22 20 30 19, E-mail: robinso@online.no

dig føler idrettsutøveren seg både sett og verdsatt. Humor bedrer resultatene og hjelper til å bedømme proporsjoner. Dvs. å skille det viktige fra det uviktige, motvirker krisemaksimering, reduserer effektene av stress og rutine i treningsarbeidet, bygger relasjoner, gir avspenning, reduserer angst, motiverer og stimulerer hukommelsen, og bedrer evnen til å takle motgang.

Humor er en selvstendig del av personligheten. Idrettslederen og treneren har et spesielt ansvar for det humoristiske klimaet i idrettsmiljøet. De kan med fordel la utøvere som har stor humoristisk sans få utfolde seg. Drillo utalte i sin tid til media: «Klovn er nødvendig», «På landslaget har Mini Jacobsen hatt en selvskreven rolle». Mange har savnet Fjora (Jan Åge Fjørtoft) og Mini (Jakobsen) på landslaget vel så mye for deres humoristiske personlighet. Humor er viktig og sunt for helsen til den enkelte utøver, men også for lagets eller organisasjonens ve og vel. Humor karakteriserer også hele organisasjonen og bidrar til kontinuerlig videreutvikling av dens kultur. Ved ansettelse og uttak kan man med fordel skjele til søkerens/utøverens humoristiske sans som en betydningsfull kvalifikasjon. Man kan gjerne lage en humorstrategi for hvordan humor kan og bør brukes i idretten.

Avslutning

Det mangler dokumentasjon på effekten av humor brukt i idretten. Selv om det er dokumentert fysiologiske effekter av humor og latter, er det mangel på gode studier som viser at den fysiske helsen bedres. Den generelle psykiske og sosiale effekten er imid-

lertid rimelig godt dokumentert pga. dens stressdempende effekt. I det lange løp er alvor uten humor ikke til å holde ut og humor uten alvor er meningsløst. Det er derfor sterke indisier på at både toppidrettsutøvere, mosjonister og inaktive vil kunne oppleve positive effekter av bevisst bruk av humor. Positiv humor gir god mental trening som både øker kreativiteten, hever stemningsleiet og bygger relasjoner. Ved rett bruk til rett tid vil sannsynligvis humor både øke gleden ved idrett og virke prestasjonsfremmende. Foreløpig står ikke humor på dopingslisten og kan derfor doseres fritt i enhver form.

Referanser finnes på: www.idrettsfysioterapi.no

Nyttig lesestoff

Spurkeland, J (1998): Relasjonsledelse. Oslo: Tano Aschehaug.
Svebak, S (1999): Forlenger en god latter livet? Humor, stress, helse. Bergen: Fagbokforlaget.

Tyrdal, S (2002): Humor og helse – fra teori til praksis. Bok 1 og 2. Oslo: Kommuneforlaget.

Internettadresser (til praktisk bruk):

www.humorkanari.com

www.humor911.com

www.humorbua.no

Nytt senter skal forske på aktiv rehabilitering



13. mai åpnet Forsknings-senter for aktiv rehabilitering i Oslo. Rehabilitering av kneskader, artroser i hoftelodd og ryggproblemer er satsingsområder i

2003. May Arna Risberg er ansatt som forskningsleder.

Det nye forsknings-senteret er et samarbeid mellom Ullevål Universitetssykehus/Ortopedisk Senter, Norsk Idrettsmedisinsk Institutt og legemiddelfirmaet Pfizer.

Tre år

Risberg forteller til www.manuellterapi.com at legemiddelfirmaet bidrar med en snau million kroner i året i tre år.

– Ullevål Universitetssykehus bidrar med veilednings- og forskningskompetanse, fysioterapeuter og leger med kli-

niske spesialiteter og forskningskompetanse og kontorfasiliteter, mens Norsk Idrettsmedisinsk Institutt bidrar med høy faglig kompetanse fra fysioterapeuter og leger, et aktivt rehabiliteringsmiljø for pasienter samt kontorfasiliteter for forskere.

Står fritt

Aktive rehabiliteringsmetoder legger som regel liten vekt på bruk av legemidler. Det kan derfor virke rart at et legemiddelfirma sponser det nye senteret. Risberg avviser at firmaet har lagt føringer for virksomheten.

– Senteret skal drive med forskning innen aktiv rehabilitering og alle resultater skal publiseres etter vanlige prosedyrer for forskere. Vi er ikke pålagt å teste ut legemidler fra det aktuelle firmaet. Dette er kun en generell profilering for firmaet.

Formål

– Hensikten med forskningssamarbeidet mellom Ullevål/Ortopedisk Senter og NIMI er å utvikle et forskningsmiljø innen aktiv rehabilitering, sier Risberg.

Hun understreker at den beste kliniske forskningen skjer gjennom et nært samarbeid mellom forskere og klinikere.

– Vi ønsker derfor kontakt og kommunikasjon med forskningsinteresserte fysioterapeuter og manuellterapeuter, sier forskningslederen.

På åpningsdagen presenterte hun hvilke aktiviteter som allerede er igang og hvilke prosjekter senteret kan tenke seg å sette igang. Senteret vil også få en egen hjemmeside.

Kilde: www.manuellterapi.com

Synvisc®

HYLAN G-F20



MINDRE SMERTE

OG STØRRE

BEVEGELIGHET

MED

Synvisc®

HYLAN G-F20

Distribueres av:

OrtoMedic

Telefon 67 51 86 00 – Fax 67 51 85 99
e-post: ortomedic@ortomedic.no

genzyme
BIOSURGERY
A DIVISION OF GENZYME CORPORATION

Rapport fra NIF's Antidopingseminar

AV BJØRN FOSSAN

HELSEAVDELINGEN, TOPPIDRETTSENTERET

Fredag 7. mars arrangerte NIF sitt første antidopingseminar for leger, fysioterapeuter og annet støttepersonell. Kursleder Gunnvor Aase Hole ved NIF's Avdeling for Etikk og Antidoping kunne ønske ca. 30 deltagere velkommen til en elleve timers meget innholdsrik dag.

Leder av Antidopingavdelingen, Anders Solheim, gjennomgikk kursets målsetting og innhold. Han informerte om status i det internasjonale antidopingarbeidet og om Norges plass i dette. Tidligere leder av avdelingen, Rune Andersen, har hatt en sentral rolle i utarbeidelsen av «The Antidoping Code». Derfor er det, ikke minst for ham, en stor seier at alle land nå har gitt sin tilslutning til denne.

Etter denne innledningen slapp lederen for FFI, Knut Jæger Hansen og, lederen for NIMF, for anledningen representert ved professor Roald Bahr, til med for å fortelle om bakgrunnen for kurset. Antidopingkursene har tidligere vært arrangert i forbindelse med de idrettsmedisinske kursene på Oppdal og i Oslo. Etter hvert er det blitt et behov for å samkjøre disse kursene og det ble derfor en naturlig løsning at NIF selv står for arrangementet. For fysioterapeutene er kurset obligatorisk i kravet til «Idrettsfysioterapeut FFI»-tittelen og inngår også i spesialistkravene.

Også legene trenger kurset til sin «Idrettslege NIMF»-tittel, men trenger i tillegg praksis gjennom deltakelse i antidopingarbeid som kontrollør.

Idrettsmedisinerens og støtteapparatets rolle i antidopingarbeidet

Dr. Bahr fortsatte etter denne innføringen, med et foredrag om idrettsmedisinerens

og støtteapparatets rolle i antidopingarbeidet. Han gikk detaljert inn på idrettsmedisinerens kompetansekrav, forbundslegens arbeidsområder og hvilket ansvar man har både som behandlende lege og som utøverledsager ved konkurranser. Deretter filosoferte han rundt problemstillingene «hvorfor dopingregler?», «hvorfor dopingkontroller?» og «hva skal til for å få en mer effektiv kontroll?» Samlet sett ga foredraget en meget klar og god oversikt over temaet.

Dopinglista

Overlege Per Wiik Johansen ved Avdeling for Klinisk Farmakologi ved Rikshospitalet tok for seg selve dopinglista og forklarte både hensikten med og bakgrunnen for denne. Selve innholdet i dopinglista ble gjennomgått, med spesiell vekt på de endringene som er gjort i løpet av 2003. Han gikk også grundig inn på hvilke muligheter og krav som finnes for fritak på medisinsk grunnlag fra listas bestemmelser og for å få dispensasjon for bruk av enkelte medikamenter. Foredraget var nok mest nyttig for legene, siden vi andre nok ikke hadde tilstrekkelig basiskunnskap i farmakologi til å henge helt med i svingene. Mye stoff ble gjennomgått på kort tid.

NIFs lover og regler om doping

Et tema de fleste av oss forventet skulle bli litt kjedelig, nemlig de juridiske sidene ved antidopingarbeidet, ble tvert i mot både spennende og engasjerende fremstilt av «NIF's egen jurist» Niels Kiær. Han tok for seg NIF's lover/regler og straffe- og dopingbestemmelser og påpekte både likheter og forskjeller i forhold til regler og bestemmelser i noen internasjonale særforbund, IOC og ikke minst WADA. Både straffe- og dopingbestemmelsene i NIF's straffelov ble sett i lys av legemiddeloven



og straffeloven. Viktige begreper som «rettstridighet», «forsett», «grov og simpel uaktsomhet» og «skyld» ble gjennomgått.

Utøverens rettssikkerhet – positiv prøve

Det ble videre forklart hvordan utøvernes rettssikkerhet er ivaretatt i NIF's lovverk. Kiær gjennomgikk hele saksgangen ved en positiv dopingprøve, hvor han fulgte saken gjennom NIF's forskjellige organer og understreket betydningen av at kontrollfunksjonen, påtalesfunksjonen og domsfunksjonen er knyttet til separate og uavhengige organer. Til slutt kom han inn på kravene for å få en sak gjenopptatt for å bli benådet eller for å få sin sak prøvet for domsstolene.

Astmamedisinering

Astmamedisinering var satt opp som et eget punkt på dagsorden. Behovet for en opprydning var stort fordi de internasjonale bestemmelsene på området, med forbudte og tillatt brukte legemidler, har virket svært rotete. Professor Kai-Håkon Carlsen som representerer både Voksen toppen, NIF og Rikshospitalet, holdt foredrag om et av sine spesialtemaer: «Astma, idrett og doping». Han har i flere år vært tilknyttet langrennsavdelingen i Norges Skiforbund og har i den perioden gjort studier over forekomsten av Exercise Induced Asthma (EIA) hos idrettsutøvere. Likeledes har han som en av flere forskere interessert seg for hvordan den medikamentelle behandlingen av disse pasientene vil kunne virke på friske utøvere. Vi fikk en grei innføring i definisjoner, mekanismer og hvilke testprosedyrer man i dag bruker for å avsløre utøvere med diagnosen EIA. Dr.

Carlsen gikk også nøye gjennom det vitenskapelige grunnlaget både for testprosedyrene og ikke minst for det som i dag er anbefalt medikamentell behandling av pasienter med EIA og hvordan de forskjellige medikamentene kan innvirke på parametere som utholdenhet, muskelstyrke og hurtighet. Han gav også en oversikt over hva som kreves for at en utøver skal få lov til å bruke sin astmamedisin i konkurranser.

Kosthold, ernæring, kosttilskudd og doping

Kosthold, ernæring, kosttilskudd og doping har vært et av Olympiatoppens satsningsområder de siste årene, med utarbeidelse av en egen policy og med individuell kostholdsveiledning og obligatorisk registrering av kosttilskuddsbruk hos alle Olympiatoppens stipendmottakere. Dette arbeidet har vært ledet og i stor grad utført av ernæringsfysiolog Christine Helle, som dessverre ikke kunne være tilstede. Foredraget ble holdt av hennes kollega Camilla Movik Laukeland, og hun ga en fin oversikt og grei innføring i gjeldende regler og retningslinjer.

Forskning ved Hormonlaboratoriet

Kjemiker Hanne Lund ved Hormonlabora-

toriet på Aker Sykehus, Seksjon for Dopinganalyse, holdt foredraget «Forskning ved Seksjon for Dopinganalyse». Hun fortalte hvordan seksjonen var bygd opp og om målsetningen til seksjonen. Deretter forklarte hun hva en dopinganalyse er, hvorfor og når den utføres og ikke minst hvordan den utføres. Spesielt tok hun for seg problemstillingene rundt nandrolon, prohormoner, designer-drugs, forurensete kosttilskudd, HES og EPO/NESP. Vi fikk en innføring i hva disse stoffene er, hvordan de virker og hva den prestasjonsfremmende effekten består i. Videre fikk vi en innføring i lab.-arbeidet og hvilke metoder man har til rådighet for å påvise de forbudte stoffene, spesielt sett i lys av kravet til bevisførsel for domfellelse.

Dopingkontrollen – presisering av ledsagerrollen

Helt til slutt denne lange dagen fikk vi det som for de fleste av oss var selve «rosinen i pølsa». Testlederen ved NIF's avdeling for Etikk og Antidoping, Lindbjørg Stølan, holdt foredrag om «Ledsagerrollen ved Dopingkontroll». Her gikk hun gjennom hvordan NIF planlegger sine dopingkontroller og hvordan de velger ut utøvere som skal testes. Hun gikk gjennom testprosedyrene i detalj og la vekt på utøvers rettigheter og plikter under kontrol-

len. Hun kom også med en rekke gode råd om hva ledsageren bør passe på ved dopingkontroller og ikke minst hvordan man skal reagere på mulige prosedyrefeil eller andre forhold som kan påvirke testresultatet negativt.

Praktisk dopingkontroll – ledsagerrollen

Etter denne gjennomgangen ble kursdeltakere plukket ut til å delta i et rollespill som utøvere og ledsagere ved en dopingtest. «Ekte» dopingkontrollører spilte seg selv og la inn «skjulte» prosedyrefeil under innkallelse og gjennomføring av dopingtestene. Deretter gjennomgikk vi prosedyrene på nytt i fellesskap, påpekte de feilene som ble gjort og diskuterte hvordan man som utøver og ledsager burde ha forholdt seg til dette. «Learning by doing» er effektivt!

Antidopingkurset var både godt planlagt og vel gjennomført. For noen av oss, som ikke lenger er vant til å slite skolebenken, ble nok dagen i lengste laget. Et par av foredragene burde kanskje også omarbeides litt for å bli enda mer matnyttige. Kurset er helt klart en nødvendighet for alle idrettens helsearbeidere. Man bør til og med vurdere å gjøre kurset obligatorisk også for annet støttepersonell i særforbundene.

Advarer mot koffeinmisbruk

Avdelingssjef for etikk og antidoping Anders Solheim i Norges Idrettsforbund og Olympiske Komité (NIF) advarer mot misbruk av koffein. – Koffein står på IOC's og NIF's dopingliste under stimulerende midler. Idrettsutøvere må forholde seg til dette regelverket, og det er satt en romslig grenseverdi slik at utøvere i likhet med andre kan ha et normalt kosthold uten fare for å bli tatt i doping. Å ta seg en til to vanlige kopper kaffe på morgenen og etter lunsj og middag – slik mange av oss gjør – skal ikke utgjøre noen fare, sier han til idrett.no.

– Koffein står på dopinglisten fordi det kan ha en stimulerende effekt, og jeg vil på det sterkeste advare mot bruk av koffein i den hensikt å utnytte stoffets stimulerende effekt i konkurranseøyemed, forsetter Solheim.

Antidopingsjefen understreker at utøveren selv er ansvarlig for å overholde dopingreglene, og at all nødvendig informasjon er tilgjengelig på NIF's nettsider (www.idrett.no / www.antidoping.no).

NIF har tidligere advart mot sterke koffeinholdige drikker, les mer på www.idrett.no om:

«15 av 20 energidrikker uegnet» & «Kosttilskudd og ergogene tilskudd»

Kilde: www.idrett.no

Ny urintest tar EPO-juksere

Bloddopingmiddelet EPO avsløres nå gjennom urinprøver og revolusjonerer jakten på juksemerne.

Aker universitetssykehus var blant de første dopinglaboratoriene i verden som tok metoden i bruk i samarbeid med Norges Idrettsforbund.

Mens unormale blodverdier opp mot de lovlige grensene bare har gitt rom for mistanke om dopingmisbruk, spores nå det ulovlige stoffet direkte i urinprøven og er akseptert som fellebevis.

– Metoden er revolusjonerende. Det viktigste nå er å bruke den målrettet. Riktig tid for testing er når det er mest sannsynlig at en jukser bruker EPO. Det trenger ikke nødvendigvis å være i konkurranser, men ofte under trening og like før konkurranser, sier seksjonssjef Peter Hemmersbach ved dopinglaboratoriet på Aker universitetssykehus til NTB.

Liten forskjell

Antidopingsjef Anders Solheim i Norges Idrettsforbund sier at ikke alle er klar over

at positive urinprøver er fellebevis for EPO-doping.

– Det har vært en oppfatning i systemet om at man også må ha blodprøver over grenseverdiene. Med den nye testmetoden kan man ikke manipulere blodverdiene og slippe unna med det, forteller Solheim til NTB.

Hormonet EPO, som stimulerer dannelsen av røde blodlegemer, produseres naturlig i kroppen. Problemet har vært at forskjellen på kunstig og naturlig EPO er svært liten.

Minst ti år skulle passere før en sikker metode for å avsløre stoffet, ble utviklet i Frankrike.

Fellebevis

De russiske langrennsløperne Larissa Lazutina og Olga Danilova, samt tysk-spanieren Johann Mühlegg ble avslørt for NESP-misbruk (svært likt stoff som EPO) i forbindelse med OL i Salt Lake City i fjor. De fellebevisene ble hentet ut av utøvernes urinprøver.

– Problemet med blodverdiene er at noen på forhånd kan ligge naturlig lavt i forhold til grenseverdiene og manipulere verdiene opp mot disse. Andre kan ligge naturlig høyt og kan kanskje bli felt på feil grunnlag. Grensene har sine ulemper og kan derfor ikke brukes som absolutte bevis, sier Hemmersbach.

Doktor Françoise Lasne ved det franske antidopinglaboratoriet utviklet testmetoden som avslører EPO i urin for drøyt tre år siden.

Vanlige blodtester sporer ikke dopingmiddelet EPO, men viser bare effekter som hemoglobin- og hematokritverdier. Det holder ikke som direkte bevis for misbruk av bloddopingmiddelet.

(NTB)

Oppdatert dopingliste



Listen over forbudte midler er nå utvidet med midlene Brevibloc og Hyperhaes.

NIFs dopingliste inneholder preparater som selges i Norge og som ikke er tillatt benyttet for utøvere.

Nye preparater som inneholder forbudte stoffer er nå i salg i Norge. Preparatene er oppført på NIFs dopingliste.

Preparatene er foreløpig ikke nødvendigvis oppført i papirkopien i felleskatalogen, men vil finnes under

www.felleskatalogen.no

Den oppdaterte dopinglisten finner du her: www.idrett.no/dopinglisten

Listen over forbudte midler er utvidet med følgende midler:

Brevibloc

Preparatet inneholder det virksomme stoffet esmolol og tilhører gruppe III E, midler som er gjenstand for visse restriksjoner. Unntak gjelder som med betablokkere forøvrig.

Hyperhaes

Preparatet inneholder det virksomme stoffet hydroksyetylstivelse og tilhører klasse IG, Maskeringsmidler. Det er ingen unntak knyttet til dette preparatet.

Kontaktperson - NIFs avdeling for etikk og antidoping: doping@nif.idrett.no

Kilde: www.idrett.no

Idrettsmedisinsk Råd

Idrettsmedisinsk Råd – Norges Idrettsforbund og Olympiske Komité.

Idrettsmedisinsk Råd ble opprettet i 1991 og er i dag rådgivere for Idrettsstyret i viktige prinsipielle saker på det idrettsmedisinske området. Idrettsmedisinsk Råd ønsker et nært samarbeid med særforbund og idrettskretser i idrettsmedisinske spørsmål. Gjennom internett skal vi informere om rådets oppgaver og hvordan vi kan hjelpe i spørsmål som vedrører idrettsmedisin.

Medlemmer

Anders Solheim, avdelingssjef etikk, antidoping NIF
Lars Engebretsen, sjefslege OLT
Roald Bahr, Professor NIH (medlem i kraft av person, ikke stilling)
Inngard Lereim, direktør UUS (medlem i kraft av person, ikke stilling)
Anders Walløe, leder NIMF
Knut Jæger Hansen, leder FFI
Ingrid Aase Bahr, sekretær i IMR

Lars Engebretsen er fra 1/1-03 ansatt som sjefslege i Olympiatoppen (OLT), med spesielt fokus på utadrettet virksomhet. Det er derfor naturlig at han da overtar lederansvar for Idrettsmedisinsk Råd.

Hvilke saker kan rådet hjelpe deg med?

Bistå med råd og veiledning ved oppbygging og utvikling av det medisinske støtteapparat i særforbund, kretser og lag, (personer, kompetanse, materiell, etc.) samt kvalitetssikre denne helsetjenesten

1. Gi generelle råd og informasjon angående beredskap ved idrettsarrangementer. (Skriftlige retningslinjer, medisinsk utstyr, legekofferter etc.).
2. Delta selv eller formidle forelesere ved kurs/-temamøter innen det idrettsmedisinske fagområdet. (Forebygging av sykdom/ skade, kosthold, anti-doping arbeid, høyde-trening, kjønnstesting etc.).
3. Formidle kontakt med regionale idrettsmedisinske klinikker og behandlingssentra som er kvalitetsgodkjent av Norges Idrettsforbund og Olympiske Komité.
4. Bidra til at all idrett skal foregå under etiske og helsemessige forsvarlige forhold

Nærmere og mer utdypende informasjon kan fåes ved å kontakte:

Idrettsmedisinsk Råd
v/Ingrid Aase Bahr
Toppidrettssenteret
Postboks 4004
Ullevål Stadion
0806 Oslo

Neste møte i Idrettsmedisinsk Råd er onsdag 20/8 kl 16.30-19.00



Ankeltrening på fotballbanen

Dette programmet (CD 29min) henvender seg til fotballspilleren og viser hvordan opptrening etter et «ankelovertråkk» kan gjøres.

Programmet innledes med et kort resymé over den vanlige akuttbehandlingen og opptreningen sammen med fysioterapeut. Hoveddelen av programmet viser fotballspesifikke øvelser som utføres på treningsfeltet. Det er delt opp i tre trinn med økende vanskelighetsgrad. Situasjoner der spilleren er særlig skadeutsatt – landingsfase og plantarflektert talocrural-ledd – er fokusert.

Treningen skal bidra til en funksjonell stabil ankel. Gode ferdigheter hos rollefigurene Petter Rudi og John Arne Riise gir mulighet for å vise trening som gir en funksjonell stabil ankel samtidig som spilleren vedlikeholder – og videreutvikler – sine fotballtekniske ferdigheter.

De fleste av øvelsene egner seg også utmerket for stabiliserende kne-trening.

Programmet er produsert av manuellterapeutene Roar Robinson og Leif-Arne Lystad. Utfyllende kommentarer og bilder er vedlagt som eget Word-dokument. **Pris kr. 300,-**

Bestillingsadresse:

Roar Robinson, Brattåsveien 2,
1415 Oppegård
Faks: 22 20 30 19,
E-mail: robinso@online.no

Grethe Myklebust disputerer!

Grethe Myklebust vil som den første stipendiat fra Senter for Idrettsskedeforskning forsvare sin doktorgrad. Temaet for avhandlingen er: Fremre korsbåndskader i håndball _ fra skade til forebygging. Disputasen vil finne sted torsdag 26. juni 2003 kl. 13.00 i auditorium A ved Norges idrettshøgskole med prøveforelesning over oppgitt emne kl. 10.00-10.45. Både prøveforelesninger og disputas er åpne for publikum.



Grethe Myklebust forsvare sin doktorgrad 26. juni.

Grethe Myklebust er født 8. juni 1958 og oppvokst i Trondheim. Hun er utdannet fysioterapeut, spesialist i idrettsfysioterapi, og har arbeidet ved Norsk Idrettsmedisinsk institutt (NIMI) siden 1988 med unntak av to år ved Toppidrettsenteret. Hun har vært aktiv håndballspiller på elitenivå. Hun har vært fysioterapeut for både kvinnelandslaget i håndball og fotball, og er i dag knyttet til landslagene i sandvolleyball.

Grethe Myklebust startet sin stipendiatperiode ved Senter for idrettsskedeforskning, Norges idrettshøgskole i mai 2000. Professor Roald Bahr ved Norges idrettshøgskole har vært hennes veileder. Bedømmelseskomiteen består av overlege professor dr. med. Jon Karlsson (1. opponent), Sahlgrenska Universitetssjukhus, Göteborg, klinikkjef dr. med. Arne Ekeland (2. opponent), Martina Hansen Hospital og professor dr. scient. Kari Bø (leder), Norges idrettshøgskole.

Avhandlingen omfatter fire studier to epidemiologiske studier, en studie hvor målet var å undersøke konsekvensene av en fremre korsbåndskade over tid, samt en studie hvor hensikten var å forebygge fremre korsbåndskader blant kvinnelige håndballspillere.

Skader

Undersøkelsen viser at kvinner skader seg dobbelt så hyppig som menn i de tre øverste divisjonene, og fem ganger så hyppig i elitedivisjonen. Fremre korsbåndskader skjer hyppigst i kamper og bakspillerne er mest utsatt. Av spillere som ble fulgt opp 6-11 år etter skaden hadde 60% av dem som ble operert, og 80% av dem som ble konservativt behandlet kommet tilbake til idrett på samme nivå. Om lag halvparten av spillerne hadde imidlertid problemer med kneet i form av ustabilitet, redusert bevegelighet eller smerter. Så mange som 20% av spillerne røk korsbåndet på nytt i samme kne og 9% i motsatt kne, alle i håndball.

Forebygging

I den forebyggende studien blant 950 kvinnelige håndballspillere i de tre øverste divisjonene gjennomførte spillerne et 5-7 ukers treningsprogram, 15 minutter 3 ganger pr uke, med øvelser på gulv, balansematte og balanse Brett. Antall fremre korsbåndskader ble registrert i en kontrollsesong og i løpet av to intervensjons-sesonger. Resultatene tyder på at treningsprogrammet forebygger fremre korsbåndskader for spillere som gjennomfører programmet som planlagt.

Les mer om Grethes prosjekter på: www.klokeavskade.no

Norsk Idrettsmedisin ønsker alle sine lesere
en riktig god, fysisk aktiv og skadefri sommer.
Lykke til med abstractskrivningen!
Vi sees på høstkongressen!

IDRETTSMEDISINSK HØSTKONGRESS

Stavanger 6. - 9. november 2003



www.idrettsmedisinsk-kongress2003.no



NORSK IDRETTS-
MEDISINSK FORENING



NFFs
FAGGRUPPE FOR
IDRETTSFYSIOTERAPI

Velkommen til Idrettsmedisinsk Høstkongress i Stavanger 2003

Årets idrettsmedisinske begivenhet, Høstkongressen, nærmer seg nok en gang. For andre gang i kongressens historie skal Stavanger stå for arrangementet, og vi satser på like god deltakelse som i 1999.

Det faglige programmet har et vidt spekter som bør interessere flere i miljøet vårt. Vi har en gjennomgående sesjon med fysisk aktivitet og helse, f. eks. kreft, hjertesvikt og barns helse.

Innenfor skadesesjonen skal vi ha forelesninger omkring temaene tendinopatii og skulderproblematikk. Dette er bare noen eksempler innenfor fagprogrammet.

I tillegg har vi selvfølgelig satt av tid til frie foredrag og Vitalprisen. Både gamle og nye bidragsytere er velkomne til å presentere arbeidene sine.

Men vi må ikke glemme de sosiale arrangementene! Det første sosiale programmet går av stabelen i Folken, studentenes storstue i Stavanger. Fredagens arrangement tar turen ut til ærverdige Sola Strand Hotell. Og så blir det finale i storstua til Clarion Hotell, nemlig banketten.

Vi ønsker dere velkommen til noen flotte dager i Stavanger i november!

Oddvar Skramstad
Leder av kongresskomiteen

Kongresskomitè

Leder: Oddvar Skramstad

Sekretær: Irma Blaker

Fagkomitè: Inger Holm (leder) og Gaute Bjaanes

Teknisk komitè: Arne Sture (leder), Øystein Dale og Marit Kristiansen

Sosialkomitè : Harald Christian Knudsen (leder), Irma Blaker og Beate Løkken

NIMF's representant: Knut Fjeldsgaard

Økonomiansvarlig: Hilmar Auran

Viktig informasjon

Kongressenter: Clarion Comfort Hotel Stavanger.

Påmelding: På www.idrettsmedisinsk-kongress2003.no. Et påmeldingsskjema er vedlagt dette preliminærprogrammet, men deltakerne oppfordres til å melde seg på via internett. (Det vil bli trukket en spennende premie blant dem som benytter internett!)

Påmeldingsfrist: 30.september 2003 til redusert pris, ellers fram til kongress-start.

Frist for abstracts: 1.september 2003.

Priser: Se påmeldingsskjema.

Utstilling: Firma vil ha produktutstilling under kongressen.

Kongressbyrå: Via Flyspesialisten Trondheim v/Mari J. Sølsnes, Postboks 27, 7404 Trondheim.
E-mail: mari.solsnes@via.no , tlf. 73552267.

Kongressekreteriat: Nycomed Pharma.

For legene: Det er søkt om godkjenning av kongressen som utdanningskurs i allmennmedisin, fysisk medisin og rehabilitering, generell kirurgi, idrettsmedisin, indremedisin og ortopedi. For allmennmedisin blir det i tillegg søkt om godkjenning for klinisk emnekurs i fysisk medisin. Ved søknad om dekning av utgifter må Lægeforeningens reiseopplegg benyttes.

Inviterte forelesere

Per Fugelli

Åpningsforedraget under kongressen vil bli holdt av Per Fugelli, som er utflyttet Stavanger-mann . Han er professor i sosialmedisin ved Universitetet i Oslo , og burde være kjent av de fleste som en fargerik deltaker i norsk helse og samfunnsdebatt . Han er særlig opptatt av hvordan fordeling av makt og goder i samfunnet påvirker menneskenes helse.

Karim Khan

Fra Vancouver i Canada kommer Karim Kahn , Assistant Professor v/University of Columbia. Han er forfatter av mer enn 70 vitenskapelige artikler, og har skrevet flere bøker om idrettsmedisin, bl.a. "Clinical Sports Medicine"

sammen med Peter Bruckner. Han er spesielt interessert i fysisk aktivitet både i forhold til tilheling av vev og benhelse. På kongressen vil han presentere nye resultater når det gjelder trening og benhelse sett i et livsløpsperspektiv. Deres studier viser helt andre resultater enn tidligere studier. Han vil også gi en oversikt over nye aspekter ved behandling av seneproblemer. Karim Kahn har også tidligere vært invitert foreleser på Idrettsmedisinsk Høstkongress.

Håkan Alfredson

Fra vårt naboland Sverige kommer Håkan Alfredsson, som er spesialist i ortopedisk kirurgi og professor ved universitetet i Umeå. Han har bl.a. publisert 33 viten-

skapelige artikler, og hans forskning har vært rettet mot tendinopatier (achilles- og patellarsenen) og osteoporose. Han sitter dessuten i styret i Svensk Idrottsmedisinsk Förening.

Sigmund Loland

Sigmund Loland er professor ved Institutt for Samfunnsfag ved Norges Idrettshøyskole. Sigmund er også fra Stavanger, og hans doktorgrad omhandler fair play. Han er opptatt av etiske problemstillinger innen idretten. Han har skrevet flere bøker, bl.a. "Idrett, kultur, samfunn", "Toppidrettens pris" og "Fair play in Sport".

Work-shops

1. Fred. 07.11 09.45. Rygg
2. Fred. 07.11 09.45. Skulder
3. Fred. 07.11 11.45. Rygg
4. Fred. 07.11 11.45. Skulder/Injeksjoner
5. Fred. 07.11 14.00. How to get a paper published
6. Fred. 07.11 14.00. Eksentrisk trening
7. Fred. 07.11 16.30. Hjertestarter, innføring
8. Fred. 07.11 16.30. Skulder
9. Lørd. 08.11 09.30. Eksentrisk trening
10. Lørd. 08.11 09.30. Hjertestarter, innføring

Sosialt program

Torsdag 6/11: Happy hour!

"Jysla kjekt å se deg igjen!"

Etter siste forelesning torsdag blir det anledning til å ta et selskaperig glass nede hos utstillerne, og vi lar Ranveig jasse oss opp til kvelden.

Torsdag 6/11 klokken 20.00: Get together party!

"Kor e Folken?" "Rett øve gadå!"

Vi har jo alle vært studenter en gang, og denne kvelden slipper vi oss løs i Folken – det lokale svar på Hulen i Bergen og Samfundet i Trondheim.

"Vannari, dillerina, bisletud, grævla løye" – dette er sikkert helt gresk for deg, slik som maten vil være denne kvelden. Etterpå beveger vi oss raskt eller langsomt til lyden av Beat Brothers.

Fredag 7/11 klokken 19.30: Ut mot havet!

"Det e sjynt å kjøra buss!"

Det blir felles bussavgang til ærverdige Sola Strand Hotel hvor det legges opp til en uforglemmelig aften: Konsert i sanddynene, Rogalam på matfatet og trøkk på dansegolvet!

Lørdag 8/11 klokken 19.00: Storfesten!

"Ka e det du ligge å løybe itte?" "Klokkå e fem på!" Dette er kvelden ingen idrettsmedisinere vil gå glipp av! Vi doller oss opp og skrider inn i Stavanger Hall – festsalen på Clarion Hotel – iført våre stiligste kreasjoner. Ved festbordet skal vi ta for oss av utsøkt mat & drikke, glede oss over innslag av lått & løye – og la oss beruse av smektende toner fra Jorunn Hodne Band.

Idrettsmedisinsk høstkongress 2003

Stavanger 6. - 9. november

Torsdag 06.11.03

| | |
|---------------|---|
| 11.00 - 14.00 | Registrering |
| 14.00 - 14.30 | Åpningsseremoni |
| 14.30 - 15.30 | Gjesteforelesning Professor Per Fugelli |
| 15.30 - 16.15 | Kaffe/utstillere |
| 16.15 - 17.15 | Gjesteforelesning Strategies for successful fall prevention in the elderly - exercise and more! Professor Karim Kahn |
| 17.15 - 17.45 | Pause/utstillere |
| 17.45 - 18.30 | Gjesteforelesning Tendinopatii. State of the art Spes. i ortopedisk kirurgi Håkan Alfredson |

Fredag 07.11.03

Sesjon A

Sesjon B

| | | | |
|---------------|---|---------------|---|
| 08.30 - 09.30 | Overuse knee pain - resolving the challenging cases Professor Karim Kahn | | |
| 09.30 - 09.45 | Pause | | Pause |
| 09.45 - 11.15 | Fysisk aktivitet | 09.45 - 11.15 | Tendinopatii |
| 09.45 - 10.15 | Kreft og fysisk aktivitet Professor Inger Thune | | Patellarsene- og achillessene tendinose Grunnforskning |
| 10.15 - 10.45 | Hjertesvikt og fysisk aktivitet Overlege Alf Inge Larsen | | Etiologi. Kirurgisk behandling |
| 10.45 - 11.15 | Diabetes og fysisk aktivitet Overlege Halvor Bævre | | Ortop. kirurg Håkan Alfredson |
| 11.15 - 11.45 | Kaffe/utstillere | 11.15 - 11.45 | Kaffe/utstillere |
| 11.45 - 13.00 | Barn og fysisk aktivitet | | Tendinopatii |
| 11.45 - 12.20 | Hjertebarn og fysisk aktivitet Forsker Per Morten Fredriksen | 11.45 - 12.15 | Eksentrisk trening |
| 12.20 - 12.45 | Astmabarn og fysisk aktivitet Forsker Wenche Nystad | 12.15 - 13.00 | Behandling av tendinopatii med eksentrisk trening |
| 12.45 - 13.00 | Diskusjon | | Ortop. kirurg Håkan Alfredson |
| 13.00 - 14.00 | Lunsj | 13.00 - 14.00 | Lunsj |
| 14.00 - 16.00 | Frie foredrag | | Frie foredrag |
| 16.00 - 16.30 | Kaffe/utstillere | 16.00 - 16.30 | Kaffe/utstillere |
| 16.30 - 18.30 | Frie foredrag | | Frie foredrag |

| Lørdag 08.11.03 | | Sesjon A | | Sesjon B | |
|-----------------|---|---------------|---|----------|--|
| 08.30 - 09.15 | Gjesteforelesning | | | | |
| 09.15 - 09.30 | Pause | | | | |
| 09.30 - 11.00 | Kosthold og kosttilskudd for idrettsutøvere | 09.30 - 11.00 | Skuldervesjon | | |
| | Ansvar for sesjonen, <i>Heidi Tomten Sosial- og helsedir</i> | | Forelesere: <i>Forsker Cecilie Røe og spes. i ortopedi Cecilie P. Schrøder.</i> | | |
| | Programinnhold bestemmes senere | | Programinnhold bestemmes senere | | |
| 11.00 - 11.30 | Kaffe/utstillere | 11.00 - 11.30 | Kaffe/utstillere | | |
| 11.30 - 13.00 | Frie foredrag Presentasjon av kandidatene til Nycomed prisen 6 frie foredrag | | | | |
| 13.00 - 14.00 | Lunsj | 13.00 - 14.00 | Lunch | | |
| 14.00 - 14.15 | Utdeling av Vitalprisen og Nycomedprisen | | | | |
| 14.15 - 15.15 | Prisforedragene | | | | |
| 15.15 - 15.45 | Kaffe/utstillere | 15.15 - 15.45 | Kaffe/utstillere | | |
| 16.00 | Årsmøte FFI Generalforsamling NIMF | | | | |
| Søndag 09.11.03 | | Sesjon A | | | |
| 09.00 - 10.00 | Den utbrente idrettsutøveren <i>Gunn Rita Dahle</i> | | | | |
| 10.00 - 10.30 | Kaffe | | | | |
| 10.30 - 11.30 | Etiske dilemmaer innen idrettsmedisin <i>Professor Sigmund Loland</i> | | | | |
| 11.30 - 12.30 | Paneldebatt Deltakere: idrettsmedisiner, fysioterapeut, utøver, trener/leder, idrettsfilosof | | | | |
| 12.30 - 12.45 | Avslutning | | | | |
| 13.00 - 14.00 | Lunsj og hjemreise | | | | |

Nycomed Pharmas priser for beste frie foredrag 2003

Faggruppen for Idrettsfysioterapi (FFI) og Norsk Idrettsmedisinsk Forening (NIMF) har også i år gleden av å annonsere Nycomed-prisene for beste frie foredrag for 2003. Det utdeles to priser, et reisestipend på kr. 15.000 og et stipend på kr. 5.000. Prisene utdeles under Idrettsmedisinsk Høstkongress. Reisestipendet skal benyttes til deltakelse på årsmøtet til American College of Sports Medicine (ACSM) påfølgende år, hvor prisvinnerforedraget vil bli presentert som "The Nycomed Pharma Norwegian Sport Medicine Award". ACSM vil dessuten dekke kongressavgiften for prisvinneren. Prisene utdeles til de to beste foredrag. Foredraget kan presenteres som et vanlig foredrag, poster eller som en video med fastsatt tidsramme. Innsendte videoer må også presenteres med et sammendrag. Forskningsrådene i FFI og NIMF innstiller hver de fem beste arbeidene på grunnlag av innsendte sammendrag, uavhengig av fagområde. En priskomite bestående av to medlemmer fra hvert av forskningsrådene samt en representant fra kongresskomiteen velger ut prisvinnerne blant de innstilte etter at de er presentert på Høstkongressen.

Alle sammendrag som sendes inn til Høstkongressen vil delta i konkurransen med mindre man reserverer seg fra deltagelse ved innsending.

Vitalprisen 2003

Faggruppen for Idrettsfysioterapi (FFI) og Norsk Idrettsmedisinsk Forening (NIMF) har i samarbeid med Vital igjen gleden av å invitere til konkurranse om Vital idrettsmedisinske priser, to priser på kr. 20.000. En pris utdeles for beste arbeid innen fagområdet idrettsmedisin utført av et medlem av NIMF; den andre til medlem av FFI. Prisen utdeles på grunnlag av eget forskningsarbeid innen disse fagområdene. Prisoppgavene utformes som et fullstendig manuskript til et 20 minutters langt foredrag; inkludert de figurer og tabeller prisvinneren vil presentere i foredraget. Besvarelsen skal utformes på norsk og dessuten inneholde en komplett referanseliste. Prisvinnerne velges ut på grunnlag av innsendte oppgaver. De to prisvinnerne skal presentere sitt foredrag under prisutdelingen på årets Høstkongress og vil få dekket utgiftene til reise, opphold og kongressavgift av Vital.

Besvarelsen sendes i fem kopier til:
NIMF v/ Marianne Olsen, Nycomed Pharma A/S,
Postboks 205, 1372 Asker.
Email: mols@nycomed.com
Innen 1. september 2003.

Sammendrag til Høstkongressen

Sammendraget skal inneholde følgende punkter:

1. Tittel og forfattere inkludert arbeidssted

Tittelen skrives med store bokstaver. Tittelen skal være presis og begrenset til høyst 15 ord. På neste linje skrives forfatterens navn, arbeidsstedets navn og stedsadresse (ikke gateadresse), samt land forskjellig fra Norge. Navnet på den som skal presentere undersøkelsen understrekes. Dersom det er forfattere fra flere arbeidssteder markeres dette med hevede arabertall før navn og arbeidssted.

Eksempel på tittelhode:

Hvordan utarbeide et sammendrag til Høstkongressen
Hansen AA, Nilsen BB, Larsen CC, ²Jensen DD jr.
Idrettsmedisinsk avdeling, Sportssykehuset, Helseland.
¹Idrettsfysikalsk avdeling, Stadionklinikken, Trimbyen, Sverige.

2. Undersøkelsens formål-innledning

I innledningen settes problemet i fokus med et par setninger. Eksempel: Knesmerter er svært vanlig blant norske barn. Hver fjerde elev vil i løpet av ungdomsskolen være plaget av knesmerter. Innledningen avsluttes alltid med en kortfattet og presis beskrivelse av formålet med undersøkelsen, for eksempel: Formålet med studien var å undersøke effekten av et forebyggende treningsprogram på forekomst av knesmerter hos ungdomsskoleelever.

3. Kort metodebeskrivelse

I metodebeskrivelsen omtales kortfattet de metoder som er benyttet for å besvare spørsmålet i innledningen. Dersom undersøkelsen dreier seg om pasientgrupper eller forsøkspersoner, må disse beskrives med relevante data. Velkjente tester trenger ingen beskrivelse, men nye målemetoder må beskrives kortfattet og nøyaktig. Avsnittet avsluttes med beskrivelse av de statistiske metoder som er benyttet.

4. Sammendrag av resultatene

I resultatdelen presenteres de viktigste resultatene. Dersom det er stilt flere spørsmål i innledningen, beskrives disse fortløpende. Det er ikke nødvendig å presentere samtlige resultater. Konsentrer deg om hovedproblemstillingene.

5. Diskusjon og konklusjon

I diskusjonen skal funnene relateres til litteraturen for øvrig (uten at du tar med referanser). Stadfest dine funn og pek på betydningen av dem. Sammendraget avsluttes med en konklusjon som besvarer spørsmålet i innledningen.

Layout

Sammendraget skal skrives på norsk og ikke overstige 300 ord. Skriv teksten i ett sammenhengende avsnitt med rett venstre marg og enkel linjeavstand i Microsoft Word, Times New Roman 12 punkt, ikke bruk stiler (styles), kun normal tekst. Benytt standard forkortelser, terminologi, symboler og rettskrivning i henhold til veiledning i ordliste for Tidsskriftet for Den norske Lægeförening. Spesielle forkortelser må skrives fullt ut med forkortelsen i parentes ved første gangs bruk. Benytt SI-systemet for måleenheter. Tabeller og figurer kan benyttes dersom de arealmessig erstatter tilsvarende tekst.

Innsending og vurdering

Sammendraget sendes på e-post som tilheftet word-fil til: Marianne Olsen, Nycomed Pharma AS, Pb 205, 1372 Asker. mols@nycomed.com. Telefon 66 76 36 45.

Innsendelsesfrist: 1. september 2003

Aksepterte sammendrag presenteres som frie foredrag (10 minutter + 5 minutter til diskusjon) på Høstkongressen. Videoprojektor for Powerpoint-presentasjoner vil være tilgjengelig.

Utlysning av Årsmøte i NFFs Faggruppe for Idrettsfysioterapi 2003

Årsmøtet i FFI avholdes lørdag 8. november kl. 16.00

Sted: Clarion Comfort Hotel Stavanger

Saker som ønskes fremmet på årsmøtet, må leveres til styret innen 30. september 2003

Saker som skal fattes vedtak på, skal konkludere med «Forslag til vedtak».

Saker sendes til: Knut Jæger Hansen
Tyslevveien 18
1163 Oslo
eller e-post:
knujh@online.no

Nå ut til mer enn 2 000 idrettsleger og fysioterapeuter

Annonser i Norsk Idrettsmedisin

Norsk Idrettsmedisinsk Forening og Faggruppen for Idrettsfysioterapi sitt tidsskrift, Norsk Idrettsmedisin, er nå inne i sitt 18. utgivelsesår. Hele tidsskriftet er i 4-farger, noe som tilfaller både skribenter og annonsører. Vi kommer ut med fire nummer i året, og har omlag 40 sider i hvert nummer.

Opplaget er på 2200 eksemplarer, og tidsskriftet sendes, i tillegg til leger og fysioterapeuter, også til sykehus og høyskoler, samt sykepleiere innen aktivitets- og idrettsmedisin.

Vår redaksjonskomite har knyttet til seg en bred sammensatt faggruppe med ressurspersoner innenfor viktige felt innen idrettsmedisin, noe som sørger for et innhold med høy kvalitet og aktualitet.

Høres det interessant? Kontakt tidsskriftets annonseansvarlig:

Hilde Fredriksen, Toppidrettsenteret, Pb. 4004 Ullevål Stadion, 0806 Oslo,
tlf. 22025745, fax. 22025750, e-post: Hilde.Fredriksen@nif.idrett.no

Den redaksjonelle linje

Redaksjonen forbeholder seg retten til å endre på overskrifter, lage mellomskrifter samt skrive inngresser der vi mener det er behov for det. Dersom stoffet påvirkes i særlig grad av endringer vil disse diskuteres med forfatteren og/eller merkes med «red.s.anmerknng». Vi må også forbeholde oss retten til å forkorte innlegg som er for lange. Dersom ikke annet er anmerket står artikkelforfatterne ansvarlig for artiklenes innhold.

ANNONSEPRISER 2003

| Side | Sort/hvitt | 4-farger |
|------|------------|----------|
| 1/1 | 5.500,- | 7.000,- |
| 2/3 | 4.200,- | 5.500,- |
| 1/2 | 3.000,- | 4.000,- |
| 1/3 | 2.200,- | 3.000,- |
| 1/4 | 1.800,- | 2.500,- |
| 1/8 | 1.500,- | 2.000,- |

STILLINGSANN.:

1/4-1/2 side: 1.000,-
1/8-1/4 side: 500,-
Prisene er eks. MVA

UTGIVELSESPPLAN 2003

| Utgave | Matr.frist | Utgivelse |
|--------|------------|-----------|
| Nr. 3 | 01.09.03 | 15.10.03 |
| Nr. 4 | 01.11.03 | 15.12.03 |

Innmelding i FFI / NIMF



Navn:.....

Adresse:.....

Postnr. og postadresse:.....

Student:.....

Ferdig (år):.....

Melding om innmelding eller ny adresse sendes til:

FYSIOTERAPEUTER:

NFF v/Kristin Stormo
Pb. 2704 St.Hanshaugen, 0131 Oslo
kristin@fysio.no

LEGER:

Marianne Olsen
Nycomed Pharma a/s, Pb. 205, 1372 Asker
mols@nycomed.com

Artikler og stoff

Norsk Idrettsmedisin ønsker velkommen artikler og stoff i form av fagartikler, reportasjer, bokanmeldelser, leserinnlegg, sammendrag doktorgradsavhandlinger, referater fra kongresser, seminar og kurs etc. relatert til idrettsmedisin og idrettsfysioterapi. Oversetting av internasjonale publiserte artikler, der man forkorter artikkelen er også aktuelt. Skriv på norsk, og unngå begreper som bare er kjent for spesielt interesserte. Manuskriptveiledning kan fåes hos redaksjonssekretæren. Tidsskriftet forbeholder seg retten til å lagre og utgi alt stoff i tidsskriftet i elektronisk form.

Artikler i tidsskriftet representerer ikke nødvendigvis redaksjonens holdninger.



NORGES FOTBALLFORBUND

Norges Fotballforbund (NFF) er landets største særiddrettsforbund med over 500 000 medlemmer. Disse er organisert i og utøver aktivitet via 18 fotballkretser, ca. 1830 klubber og mer enn 20 000 lag. Organisasjonen har ca. 125 heltidsansatte og 100 000 tillitsvalgte. Sentraladministrasjonen på Ullevaal Stadion har 40 ansatte og er organisert i fem avdelinger (toppottball, breddefotball, marked, administrasjon og økonomi). NFF har en årlig omsetning på ca. kr. 260 mill.

Til et aldersbestemt guttelandslag søker NFF ny

FYSIOTERAPEUT

Fysioterapeuten vil være lagets medisinske hovedkontakt og inngå i støtteapparatet rundt laget sammen med trenerne og våre internasjonale koordinatører.

Vi ønsker å engasjere en fysioterapeut som ser viktigheten av å veilede og jobbe med unge toppidrettsutøvere som har høye sportslige ambisjoner. Det settes store krav til samarbeidsevne og positiv innstilling, samt evne til å oppnå gode relasjoner til utøvere i 16-20 års alderen.

Søkere må ha idrettsmedisinsk kurs trinn 1 & 2, eller ta dette innen kort tid. Søkere med videreutdanning i Manuell Terapi, samt egenerfaring innen fotball vil bli foretrukket.

Laget vil i gjennomsnitt ha ca 20-40 samlingsdøgn i året. Dette vil variere i henhold til de turneringer laget kvalifiserer seg til.

Ta kontakt med Roar Robinson tlf. a. 22 99 31 77 eller pr. 66 99 16 62, for mer utførlige opplysninger.

Søknad med utfyllende CV, **som ikke returneres**, sendes: Norges Fotballforbund, Serviceboks 1 - US, 0840 OSLO, att: Mette S. Sveen **snarest og senest innen 1. juli 2003.**

KONGRESS KALENDER

JULI

9 – 12: Salzburg, Østerrike
8th Annual Congress of the European College of Sports Science (ECSS)
Info: www.ecss2003.at

22 – 23: San Diego, CA, USA
29th Annual Meeting of the American Orthopedic Society of Sports Medicine (AOSSM)
Info: www.sportsmed.org

NOVEMBER

6 – 9: Idrettsmedisinsk høstkongress, Stavanger 2003
Se annonse side 25.

21 – 23: Assisi, Italia
7th International Conference in Orthopaedics, Biomechanics and Sports Rehabilitation
Info: www.letpeoplemove.com
E-post: letpeoplemove@tin.it

MARS 2004

25 – 27: Stockholm, Sverige
7th Scandinavian Congress on Medicine and Science in Sports i komb. med IMF:s 52:a Vår møte
Info: www.svenskidrottsmedicin.org
E-post: per.renstrom@kirurgi.ki.se

APRIL

29 – 2.5: Drama, Hellas
13th Balkan Sports Medicine Congress, 7th International Congress of Sports Medicine Association of Greece, 4th Greek - Cypros Sports Medicine Congress
Info: www.sportsmedicinegreece.com
E-post: natsis@med.auth.gr

MAI

20 – 25: Buenos Aires, Argentina
Arthroscopy, knee surgery & sports medicine congress, AAA Annual Meeting
Info: www.arthroscopia.com.ar
E-post: arthroscopia_arg@ciudad.com.ar

Tips oss. Denne listen er ikke fullstendig. Hjelp oss å gjøre den bedre. Tips oss om kongresser og seminar som kan være av interesse for våre lesere, så kan vi bidra til at de kan planlegge sin deltakelse i god tid.

Medinor ASA

nå også som totalleverandør av fysikalsk utstyr.



MEDINOR
Et AXIS-SHIELD selskap

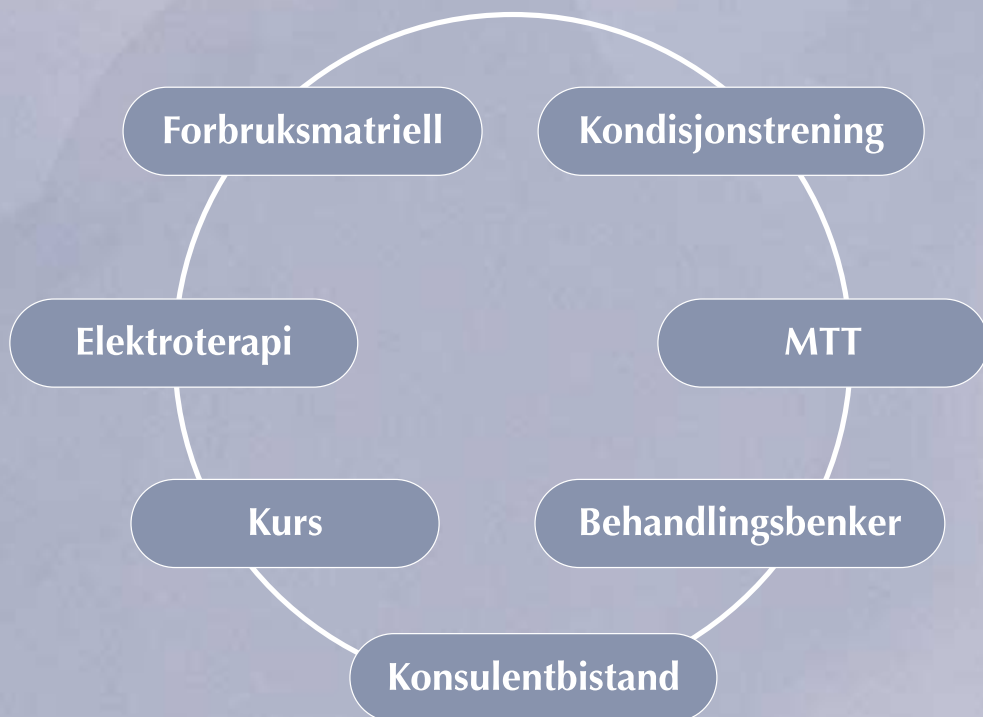
Medinor Care

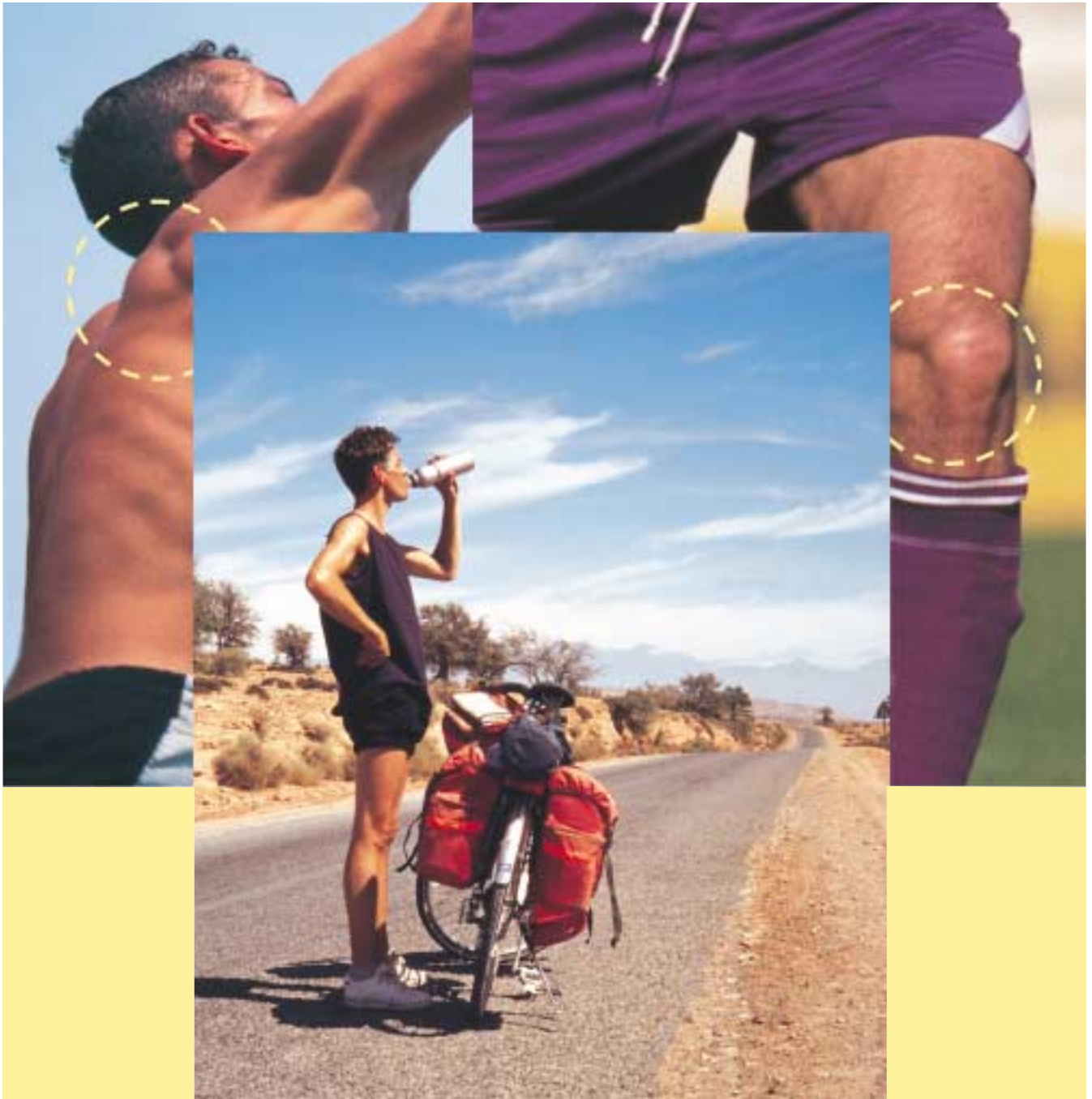
Er en avdeling i Medinor ASA som er ledende spesialleverandør av medisinsk utstyr i Norge. Vi leverer kvalitetsprodukter til bl.a. primærhelsetjenesten, sykehus og laboratorier, fysioterapeuter og kiropraktorer samt hjelpemiddelsentralen

Adresse:
Nils Hansens vei 4
postboks 94 Bryn
N-0611 Oslo

Telefon: 22 07 65 00
Telefaks: 22 07 65 05

mail: medinor@medinor.no
www.medinor.no





Vi ønsker alle en skadefri sommer!