

NORSK IDRETTSMEDISIN

NUMMER 3 - 2019. 34. ÅRGANG



Norsk forening
for idrettsmedisin
og fysisk aktivitet



FAGGRUPPE FOR
IDRETTSFYSIOTERAPI OG
AKTIVITETSMEDISIN (FIFA)

Kan man forbedre gange ved å gå i en virtuell verden?
Overbelastning av skulder i svømming
Intervju med fjellbestiger akob Urth
Referat Fagdag korsbåndsskader
Korsbåndsskader blant unge flo erer
Reisebrev fra IMHK 2019
Coaching, for hvem og av hvem?
Konkurransetidrett etter hjerteinfarkt
Fartstrening; sammenheng mellom power og styrke
Kurs - idrettsmedisin trinn 3

ISSN 2464 - 1324

Faggruppen for idrettsfysioterapi og aktivitetsmedisin og Norsk forening for idrettsmedisin og fysisk aktivitet.

Nr. 3 – 2019 – Årgang 34

Adresse

Norsk Idrettsmedisin
co. André Fagerborg
Klinikk 24 AS, Storgata 2
9008 Tromsø

Utgiver

Leder i NIMF: Siri Bjorland
Leder i FIFA: Kenneth Martinsen

Redaksjon

Redaktør: André Fagerborg
Redaksjonskomite:
Vibeke Koren, Hege Clemm,
Stine Fjerdumsmoen

Annonse

André Fagerborg
idrettsmedisin@gmail.com

Formål

Norsk Idrettsmedisin er medlemsblad for Faggruppen for idrettsfysioterapi og aktivitetsmedisin og Norsk forening for idrettsmedisin og fysisk aktivitet. Tidsskriftet skal belyse tverrfaglige idrettsmedisinske forhold rettet mot toppidrett, mosjonsidrett og fysisk aktivitet. 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 produseres 4 ganger i året og sendes ut elektronisk til medlemmer av Faggruppen for idrettsfysioterapi og aktivitetsmedisin og Norsk forening for idrettsmedisin og fysisk aktivitet, samt andre interesserte abonnenter.

Adresseendring

Meldes for FIFA til:
informasjon@fysio.no Eller gå direkte inn på www.fysio.no for å endre adressen selv.

Meldes for NIMF til:
register@legeföreningen.no og sekretariat@nimf.legeföreningen.no

Layout

Follotrykk as, 1405 Langhus
Tlf. 64 91 71 01,
kjellove@follotrykk.no

Neste nummer: Mars 2020

NORSK IDRETTSMEDISIN

Nr. 3 2019 Årgang 34



6-7

Kan man forbedre gange ved å gå i en virtuell verden?

22-25

Reisebrev fra IMHK 2019

8-10

Overbelastning av skulder i svømming

26-27

Coaching, for hvem og av hvem?

11-15

Intervju med fjellbestige Jakob Urth

28

Konkurransetidrett etter hjerteinfarkt

18-20

Korsbåndsskader blant unge flo erer

29-31

Fartstrening; sammenheng mellom power og styrke



REDAKTØRENS KOMMENTAR

Hei alle,

Julestemningen inntar oss sakte men sikkert og i tradisjon tro kommer årets siste utgave av NIM akkurat i tide til å kunne benyttes som lett leselektyre mellom all den gode maten.

I denne utgaven har vi et variert innhold. Alexander Mendis skriver om sprinttrening i lagidrett. Kan man bli raskere av styrketrening? Et interessant innlegg med noen små brannfakler som absolutt er verdt å få med seg. Teknologien inntar behandlingsverdenen i større og større grad. Fra Vestlandet kommer en artikkel som tar for seg om man kan forbedre gangen ved å bedrive gangtrening i en virtuell verden. Korsbåndsskader blant barn og unge ser ikke ut til å avta i omfang. I min hverdag har jeg alene godt over et tosifret antall korsbåndsskader under 23 år. Det er dessverre for mye. Hva skal til for at vi klarer endre på dette? Vi får et faginnlegg fra Svein Kristiansen, samt referat fra fagdagen til Fredrikstad Idrettmedisin. Videre kan vi lese om årets høstkongress som ble arrangert på Lillehammer. Hilde Fredriksen har skrevet en kasuistikk om overbelastning av skulder i svømming. Denne kasuistikken ble forøvrig årets vinner av NIMs kasuistikkpris 2019. I tillegg kan du selvsagt lese de faste spaltene våre.

Ønsker samtidig å rette en stor takk til redaksjonskomiteen, Vibeke, Hege og Stine for den fantastiske jobben dere legger ned i å skaffe stoff til tidsskriftet. et er ikke en like enkel jobb bestandig.

Takk til alle samarbeidspartnere og våre faste annonsører Alfacare og Physica. Uten dere ingen NIM. Kjell Ove og Follotrykk, som alltid leverer raskt og pålitelig. FIFA og NIMF, og sist men ikke minst en spesiell takk til våre faste spalter Kristine Jahren fra Stavanger Idrettsklinikk og Anders Revdal fra Nasjonal kompetansetjeneste Trening som medisin.

Da gjenstår det bare å ønske våre lesere en riktig god jul og et godt nyttår.

*Julehilsen
André Fagerborg*



Siri Bjorland, leder NIMF

Hei,

Det ble nok en strålende IMHK både faglig og sosialt! Utmerket ledelese ved Oddvar Knutsen og solid faglig innhold sikret av leder fag komiteen Fredrik Bendiksen med fle e, herlige sosiale innslag med Eva Birkelund ved roret, tusen takk. Styret fra vår danske søster forening var tilstede og fikk opple e en kongress som alltid gir både faglig påfyll, morsomme sosiale sprell og varme. Vi fikk avholdt et meget godt samarbeidsmøte der vi nedfelte hvordan vi kan aktivt bidra til å styrke hverandres arbeid.

Gratulerer til kongressens prisvinnere, våre ny idrettsleger og vår imponerende 70 års jubilant Lars Engebretsen. Du er et forbilde og en stor kraft for norsk idrettsmedisin.

Hele styret jobber godt og her en liten oppdatering;

- Ferdigstilt veiledende brosjyre for stevneleger samt forslag til kontrakt ved slike oppdrag kan dere nå finne på FB og år hjemmeside. Formålet er å bidra med informasjon og råd for våre idrettsleger som tar oppdrag som stevnelege samt en kontakt som bedre kan bidra til bedre å sikre arbeidsforholdet.

- Idrettsmedisinsk etisk råd NIF inkludert vår NIMF representant har gjort et viktig stykke arbeid og har nå publisert Etsiske retningslinjer for helsepersonell i norsk idrett. I idrett ser man at det kan forekomme konflikt mellom hensyn til prestasjon på den ene siden og hensyn til helse på den andre. Retningslinjene skal tjene som rettesnor i behandling av idrettsutøvere på alle nivå.

- Samarbeidet med vår amerikanske søster forening (AMSSM) er godt i rute, og det er planlagt at vi får besøk av første utvekslingsrepresentant nov-20 i forbindelse med IMHK. Det vil bli mulighet for NIMF medlemmer å søke idrettsmedisinsk utvekslings opphold varighet 1 uke i USA regi AMSSM/ NIMF trolig allerede i 2021. Vi skal holde dere oppdatert.

- Nytt Års-hjul 2020 er laget og NIMF årsmøte med faglig påfyll regi Nextgen er satt til 26. Mars og ny IMHK blir 6-8. November.

Ønske om en riktig god jul og givende godt nytt år til dere alle.

*Beste hilsen,
Siri, NIMF*



Kenneth Martinsen, leder FIFA

Hei!

Dette har vært en travel høst. Vi har arrangert høstseminar i Aalesund. Der opplevde vi et fantastisk engasjement for idrettsfysioterapien. Temaet omkring kneproblem for barn og unge virket til å interessere mange. Veldig hyggelig at vi samlet nærmere 90 personer på Nord-Vestlandet.

Vi søkte om å arrangere IFSPT sin kongress for 2021, men ble dessverre ikke tildelt denne. Vi er ikke helt sikre på veien videre, om vi skal forsøke oss igjen eller ikke. Men vi er sikre på at vi ville arrangert en god kongress på høyde med vår egen Idrettsmedisinske høstkongress.

Vår egen kongress ble arrangert på Lillehammer i år. Flott ramme rundt en kongress med et faglig meget høyt nivå. Takk til kongresskomiteen for innsatsen - dere leverte en strålende kongress!

FIFA har vært på landsmøte i NFF og der fikk vi endelig gjennomslag for at faggruppene skal være representert i det

øverste styrende organet, Forbundsstyret. Vi har ment lenge at dette er helt på sin plass, all den tid vi vet at det er faggruppene som skal være førende for utviklingen av fag i forbundet. Nå er vi altså representert og det er viktig at vi er på ballen og bidrar til å utvikle hele forbundet videre med fokus på sterk faglighet.

I mars skjer det to store ting. Årsmøteseminarer blir igjen arrangert sammen med NIMI, og vi får en ny runde rundt temaet Optimal Load. Det blir en litt annen vinkling enn vinterseminaret 2019 og vi tror dette skal bli like vellykket for 2020. Det var lang venteliste for seminaret forrige gang så husk å melde dere på for å sikre plass. Den andre store tingen er at vi presenterer en ny Idrettsskadebok for fysioterapeuter. En praktisk idrettsskadebok med fokus på bredden av utfordringer vi har i det praktiske livet som fysioterapeuter. Vi er helt sikre på at boken blir bra og vil få takke alle bidragsytere. Dette er første gangen en faggruppe lager en bok - det skal vi være stolte av.

Vi ønsker alle gode fysioterapeuter en riktig god jul!

*Kenneth Martinsen
Leder, FIFA*

ALFACare

Ledende leverandør av klinikkutstyr og produkter til forebygging og lindring av muskel- og leddplager og idrettskader.

www.alfacare.no



occlude 
blood flow restriction exercise

Kurs i okklusjonstrening: Oslo, 07.02.2020

Vi tilbyr en times gratis introduksjon til okklusjonstrening på din klinikk. Ta kontakt for mer informasjon!



Les mer om okklusjonstrening og meld deg på kurs på www.alfacare.no!


DYNAMIC Tape
The Biomechanical Tape

Correct
Protect
Perform

Dynamic Tape er en biomekanisk tape som er elastisk i alle fire retninger og har en kraftig rekyll som absorberer kraft for å redusere arbeidsmengden til kroppen. Denne tapemetoden har som mål å direkte avlaste, modifisere bevegelsesmønstre og gi bedre funksjon.

Vi tilbyr kurs i Dynamic Taping!
Se www.alfacare.no for mer informasjon!



www.alfacare.no, post@alfacare.no, tlf: 35 02 95 95

ALFACare



Av Lars Peder V Bovim
Høgskolelektor/Seksjonsleder
Høgskulen på Vestlandet/
Energisenteret for barn og unge
E-post: lpb@hvl.no

Kan man forbedre gange ved å gå i en virtuell verden?

Av Bovim, L.P., Bogen, B., Mæland, S. & Gjesdal, B

■ *Tredemølle blir brukt både i idrett og rehabilitering for å kunne gjennomføre repetert trening i trygge omgivelser. Man kan regulere hastighet, tilpasse stigning og avlaste vekt om det trengs for tilpasset progresjon. Den største og tydeligste ulempen med bruk av tredemølle i gangtrening i helsevesenet er at vi mister uforutsigbarheten og variasjonen som kreves av gange i et naturlig miljø. For å kompensere for dette kan vi supplere med utfordringer. Å føre en samtale eller løse oppgaver mens en person går på tredemøllen er eksempler på dette. Men, kan en virkelig bli god på å gå ute ved å trene inne på en tredemølle?*

I de senere år har virtuell realitet (VR), bruk av interaktive digitale miljøer, kommet som et supplement i rehabilitering og trening. For eksempel har en gruppe forskere fra Tel Aviv sammenlignet seks ukers gangtrening for eldre med fallhistorikk på tredemølle med og uten bruk av VR (1). I dette prosjektet fikk deltakerne se plassering av sin egen fot på tredemøllen projisert til en TV-skjerm foran tredemøllen. Deltakerne måtte jobbe for å plassere foten slik at det digitale fotavtrykket holdt seg på en virtuell sti på skjermen. Ett år senere viste det seg at gruppen som hadde benyttet tredemølle med VR hadde færre registrerte fall enn sammenligningsgruppen som kun gikk på tredemølle. Samme forskergruppe har også vist at denne treningsformen forbedrer fysisk kapasitet og evne til å gjennomføre samtidige oppgaver blant personer med Parkinsons sykdom og personer med MS (2-4). En ulempe med disse studiene er at VR treningen ikke er sammenlignet med en annen intervensjon i studiene og vi kan derfor ikke si om endringene skyldes VR spesielt eller generell intervensjon. Likevel kan dette tyde på at det å trene i et virtuelt miljø kan gi læring som fører til endring

i en annen kontekst. I teori om motorisk læring er det neuroplasticitet som er selve grunnlaget for endring. Ti prinsipper oppsummerer neuroplasticitet og hva som skal til for at neuroplasticke endringer skal skje (5). Disse er: bruk det eller mist det, bruk det og forbedre det, overførbarhet og spesifisitet, epetisjoner og intensitet, tid, alder, salience og interferens. I Bergen (SimArena Rehabiliteringslab ved Høgskulen på Vestlandet) har vi begynt å eksperimentere med bruk av VR-briller, hvor personer blir fullstendig omsluttet i en 360-graders virtuell opplevelse samtidig som de går på tredemølle. Erfaring til nå viser at unge, friske personer uten noen form for nedsatt balanse raskt tilpasser seg et virtuelt miljø med balanseutfordringer. Vi ønsker derfor i denne artikkelen å diskutere/ belyse om VR teknologien kan være relevant for å legge til rette for fysisk aktivitet gjennom gange på tredemølle for grupper som ikke kan gå utendørs på egenhånd.

Det grunnleggende prinsippet for plasticitet er at det dannes nye hjerneceller hele livet og at individets adferd påvirker deres struktur og funksjon. Vi er her spesielt interessert i om omsluttet VR som ledd i gangtrening på tredemølle, kan føre til neuroplasticke endringer hos personer med nedsatt gangfunksjon og om læringen som skjer er overførbart til gange og i naturlig miljø.

Vi begynner med *bruk det eller mist det, bruk det og forbedre det*. Mange personer mister sin evne til å være fysisk aktiv som følge av at de ikke føler seg trygge når de går. Dette fører ofte til vegring for å gå tur som igjen fører til ytterligere tap av selvstendig gangfunksjon. Ved å introdusere VR med utfordringer på tredemøllen vil en kunne gå mye i et kontrollert og trygt miljø, hvilket gjør at en ikke mister funksjon og eventuelt bedrer den gangfunksjonen en har. *Overførbarhet og spesifisitet*: Dette er velkjente prinsipper i all trening og prestasjon; du må trene på en måte som er overførbart til den aktiviteten du ønsker å bli god i. En fordel med å inkludere VR i tredemølletrening er at vi gjennom virtuelle miljøer kan plukke spesifikke situasjoner og miljøer som er tilpasset den aktuelle personens utfordringer. For eksempel kan personen i trygge rammer eksponeres for en travel handlegate eller situasjoner med

uforutsette hendelser i VR for så å ta steget ut i den virkelige verden etterpå. På denne måten kan en trene spesifikt på vi kelighetsnære utfordringer. Vi vet også at *repetisjoner* og *intensitet* er avgjørende for optimalisering av plastisitet og læring, og ettersom vi benytter tredemølle kan vi legge inn trykghetsrammer i form av se-leoppheng og repetitivt eksponere for krevende situasjoner. Intensitet kan justeres tilnærmet naturtro, ved at antall krevende elementer i miljøet økes gradvis. Dette er et tillegg til de grunnleggende innstillingene ved tredemølletrening som hastighet og stigning.

Når det gjelder *tid* og *alder* er disse prinsippene primært knyttet til plastisitet tidlig i livet hvor sentralnervesystemet er under utvikling og er spesielt plastisk. Men, hjernen er alltid plastisk, og en rekke studier har vist at voksne og eldre er trenbare og kan tilegne seg gamle tapte, og nye ferdigheter hele livet. Videre må treningen være viktig for personen (*salience*). Mye mening kan forsvinne i oversettelsen av et begrep, men i denne settingen bygger det på at elementet vi ønsker å forbedre må være fremtredende, eller bemerkelsesverdig, både bevisst og ubevisst for personen. Den som trener må kunne koble det å gå på tredemølle i VR til den aktuelle utfordringen vi trener for å mestre, det være seg å gå i et krevende bybilde eller å manøvrere gjennom verdenseliten i amerikansk fotball. Dermed kan det være avgjørende hvor i forløpet VR blir introdusert, spesielt om personen har kognitive eller fysiske problemer og ikke klarer å gjøre denne koblingen. Dersom vi supplerer med VR før personen mestrer gange på tredemølle alene kan denne ekstra dimensjonen bli for krevende, og dermed hemme positiv læring. Videre må eventuelle virtuelle utfordringer være familiære og fremme forståelse for den som trener. Dette trekker oss videre til siste punkt: *interferens*. Med bakgrunn i disse prinsippene vil individets adferd påvirke struktur og funksjon av nye hjer-



Foto: Øyvind Ganesh Eknes

necceller som igjen fremmer videre adferd. Men i tillegg til å fremme ferdighet kan vi også se hemming av ferdighet dersom treningsmiljøet ikke er «likt nok» det naturlige miljøet hvor ferdighetene skal anvendes. Det er derfor viktig at vi per i dag er positivt optimistiske, men naturlig skeptiske til bruk av VR som supplement til tradisjonell tredemølletrening. Vårt oppsett i Bergen er designet spesifikt for utprøving og forskning, der brukeren får på seg kommersielle VR-briller som er koblet til tredemøllen. Kommerielle oppsett rundt tredemølle er per i dag svært dyre, og ikke dimensjonert for allmenn bruk. Det vil trolig ikke vedvare, da fastvareutstyr som kreves er rimelig billig (tredemølle + ca. kr 20 000) og utvikling av spill rettet inn mot helsevesenet er i vinden for tiden. Vi antar derfor at det bare er

et tidsspørsmål før det kommer aktuelle fungerende produkter på det kommersielle marked.

Veien videre

VR inn i idrett og rehabilitering er bare i startgroppen. Preliminær forskning viser lovende resultater, og bruk av spill inn i idrett og rehabilitering er et satsningsområde for fle e. Ved Energisenteret for barn og unge, et pionersenter ved Haukeland Universitetssjukehus, etablerer vi VR-rommet for barn og unge, ved SimArena Rehabiliteringslab på HVL har vi forskningsmuligheter med VR-satsning, og i Idrettscampus Bergen, et nettverkssamarbeid mellom 8 store aktører på Vestlandet, har vi E-sport og gaming som nytt stort satsningsområde. Gjennom videre arbeid håper vi å vurdere om teori stemmer i praksis de kommende årene.

Referanser

1. Mirelman A, Rochester L, Maidan I, Del Din S, Alcock L, Nieuwhof F, et al. Addition of a non-immersive virtual reality component to treadmill training to reduce fall risk in older adults (V-TIME): a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2016;388(10050):1170-82.
2. Mirelman A, Deutsch JE, Hausdorff JM. Virtual Reality Augmented Training for Improving Walking and Reducing Fall Risk in Patients with Neurodegenerative Disease. In: Weiss PL, Keshner EA, Levin MF, editors. *Virtual Reality for Physical and Motor Rehabilitation*. New York, NY: Springer New York; 2014. p. 145-68.
3. Mirelman A, Maidan I, Herman T, Deutsch JE, Giladi N, Hausdorff JM. Virtual Reality for Gait Training: Can It Induce Motor Learning to Enhance Complex Walking and Reduce Fall Risk in Patients With Parkinsons Disease? *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*. 2011;66A(2):234-40.
4. Peruzzi A, Cereatti A, Zarbo R, Mirelman A, Croce UD. Virtual reality-treadmill training to improve gait in people with multiple sclerosis. *Gait & Posture*. 2015;42:S4.
5. Kleim J, Jones TA. Principles of experience-dependent neural plasticity: Implications for rehabilitation after brain damage. *J Speech Lang Hear Res* 2008. p. S225-S39.



Av **Hilde Fredriksen**

Spes. Manuellterapi og
Idrettsfysioterapi,

PhD stipendiat Olympiatoppen,
Senter for idrettsskadeforskning

E-post:

hilde.fredriksen@olympiatoppen.no

Overbelastning av skulder i svømming - betydningen av tverrfaglig samarbeid

■ Innledning

Overbelastningsskader i skuldrene er de vanligste skadene i svømming. Forekomsten varierer avhengig av alder, nivå, type svømming, treningsmengde, tid på sesongen og definisjon av skuldersmerter, og er beskrevet å ligge på 30-91% [1]. Funksjonell skulderscore (KJOC) hos aktive svømmere = score hos skadede utøvere i andre idretter [2]. Ja det er faktisk så vanlig at det i svømmemiljøer er bred aksept for at skuldersmerter er normalt i svømming! "Swimmers' shoulder" er et begrep på et syndrom med fremre skuldersmerter, som man har antatt skyldes repetitiv impingement av rotator cuffen under acromion [3]. Men det er en mangel på prospektive studier som har identifisert risikofaktorer for utvikling av "swimmers' shoulder", og det er ikke klart om assosierte faktorer er årsak eller virkning av skuldersmerter i svømming [3]. Siden svømmerne har lett for å komme inn i en "ond sirkel" (figur 1), vil kunnskap om dysfunksjonene som er assosiert med swimmers shoulder kunne hjelpe klinikere.

En nylig systematisk review konkluderte med at det var moderat evidens for følgende risikofaktorer: Økt leddlaksitet/hypermobilitet, bevegelighet i innad- og utadrotasjon, forkortet pectoralis minor, tidligere smerte og høyt konkurranse nivå [4].

Per i dag er følgende behandlingsanbefalinger rådende:

Teknisk analyse og korrigerende, aktiv hvile / redusert trening, behandling/ øvelser rettet mot aktuell dysfunksjon (ROM, styrke, scapuladyskinesi, core) [5, 6].

Pasientbeskrivelse og behandlingsforløp

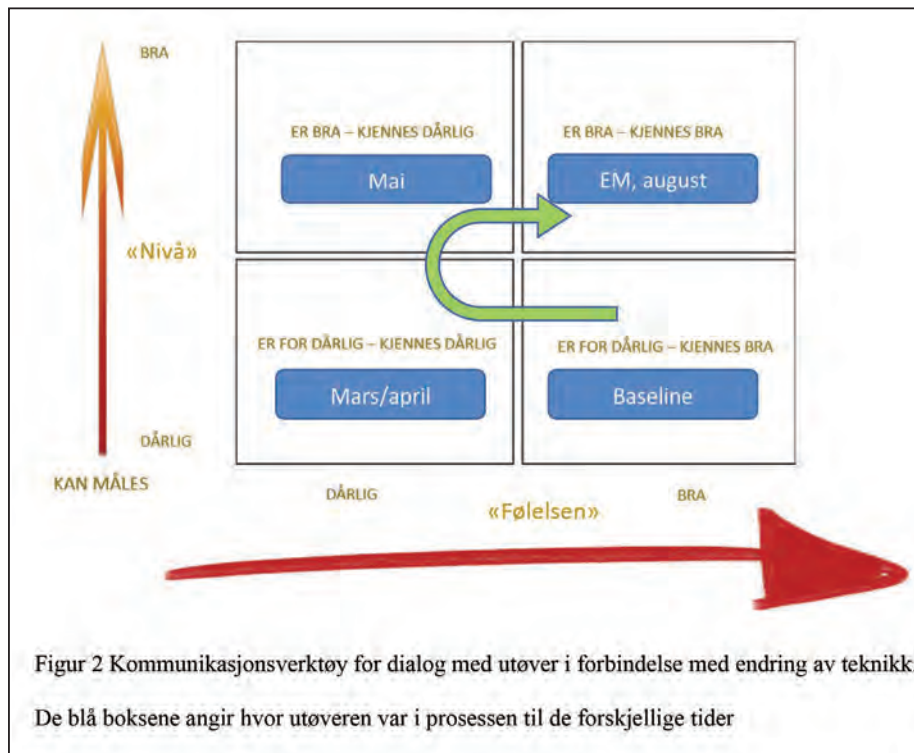
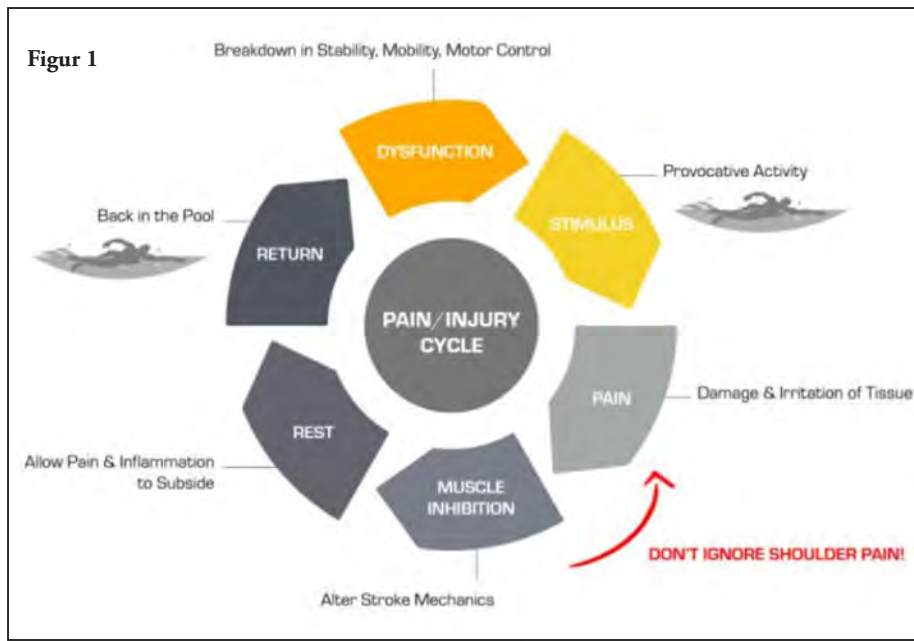
En 21 år gammel mannlig elitesvømmer kom til vurdering ultimo mars 2018 med smerter i venstre skulder siden januar 2018. Smertene kom gradvis i forbindelse med en samling hvor de svømte mye langbane og mer på høyere intensiteter enn han hadde gjort tidligere. Han har hatt et svingende forløp, med en akutt forverring under samling medio februar, uten å kunne angi hva som ga denne forverringen. Han kunne da ikke løfte armen over hodet, og plagene ble antatt å komme fra senen til lange bicepshode. Tidligere behandling hadde vært nåler og tøyning av rotator cuff'en, og han hadde fått to ko tison-injeksjoner med en ukes mellomrom i månedsskiftet februar-mars uten nevneverdig effekt. Han hadde deretter gradvis økning av mengde og intensitet på trening, men fikk på ny akutt forverring etter en hardere økt.

MR 27.02.18 viste antydning tendinose i supraspinatus og infraspinatus. Nærmest uendret fra tidligere MR undersøkelse. Uendret bløtdelsfortykkelse med ødem i subacromiale-subdeltoide bursa. Målet hans var EM i begynnelsen av august, - ikke for å delta, men for å prestere.

Ved første gangs konsultasjon anga han at han kjente smertene hovedsakelig når armen løftes ut av vannet, ved starten av framføringen og når han setter den i vannet ved frisvømming (crawl), men ikke i trekkfasen.

Klinisk undersøkelse avdekket at venstre scapula sto tiltet noe fram og ned. Ved aktiv fleksjon og abduksjon hadde han smerter fortil i skulderen i ytterstilling. Han hadde betydelig nedsatt utadrotasjon i venstre skulder i alle grader av fleksjon og abduksjon. Icepstester, apprehension- og relocation-test var negative. Han var forkortet i pectoralis minor og teres major, og svak i nedre trapezius.

Konklusjon på undersøkelsen: En teori om at det var sammenheng mellom scapuladyskinesi, nedsatt utad-



rotasjon i glenohumeralledet og pasientens plager under svømming. Han hadde forkortet pectoralis minor og dårlig aktivering av nedre trapezius i venstre skulder. Dette bidrar til en ventral tilting av scapula, som igjen øker sannsynligheten for subacromial impingement når han svømmer.

Behandling og rehabiliteringsplan

Kort tid etter første konsultasjon holdt vi et

tverrfaglig møte med utøver, svømmetrener, barmarkstrener og fysioterapeut. Fysioterapeuten gjennomgikk sykehistorie, funn og teori for mulige årsakssammenhenger. Svømmetreneren informerte om at han ikke har optimal teknikk,- han fullførte ikke taket helt før armen løftes ut av vannet og at han hadde mindre rotasjon av kroppen mot venstre enn mot høyre. Å endre på dette ville være en god teknisk løsning, som også var gunstig for skulderen. Vi

ble enige om at en normalisering av de nevnte dysfunksjoner måtte ligge til grunn for å få til den nødvendige teknikkomleggingen, og at det måtte være en «rød tråd» i arbeidet med dysfunksjonene hos fysioterapeut, trening på land og omlegging av teknikken i vannet. Treningsmengden i vann ble redusert til det halve, og intensiteten skulle tilpasses teknikkomleggingen. Det var også essensielt at han optimaliserte treningen sin for øvrig og opprettholdt (helst bedret) sin aerobe kapasitet ved andre treningsformer enn svømming. Kortsiktig målsetning var å normalisere dysfunksjoner for å kunne endre svømmeteknikk, deretter å komme opp i normal treningsmengde. Hovedmålsetningen var å prestere godt i EM i starten av august. Basert på dette, la vi en detaljert ukeplan som inneholdt fysioterapioppfølging, svømmetrening, barmarkstrening, utholdenhetstrening for øvrig og tester.

Fysioterapitiltak:

- Tøyning av pectoralis minor og teres major samt utadrotasjon skulder.
- Bevisstgjøring/trening av nedre trapezius. Bruk av nevro-muskulær elektrisk stimulering for bevisstgjøring og i kombinasjon med v-luntær kontraksjon initialt. Begynte med isolert aktivering for etter hvert å kombinere med isolerte og senere kombinerte skulderbevegelser som imiterte svømmetak.

Vi holdt regelmessige tverrfaglige møter hvor vi evaluerte omfang og innhold i de forskjellige elementene i rehabiliteringsperioden hadde vært optimale, og la videre plan for progresjon. I løpet av mai hadde han fått en bedre følelse med den nye teknikken, og hadde ingen smerter i skulderen lenger. Det ble lagt en progresjonsplan med mål om å være i full, normal trening i løpet av neste måned. Ultimo juli var han i full hardtrening, og i EM nådde han målet sitt om å prestere på et høyt nivå.

Diskusjon

Det fle e viktige momenter for å lykkes med en rehabilitering:

1. Nåværende status må kartlegges tilstrekkelig og det må være en felles forståelse for dette blant de impliserte.
2. Målsetning. Dette må ta utgangspunkt i utøverens mål, som man sammen diskuterer i lys av status. Målene må være konkrete, ambisiøse, realistiske og tidsbestemte. (Locke 1968)
3. Rehabiliteringsplan må utarbeides i fellesskap

Forts. fra foregående side:
**Overbelastning av
 skulder...**



på hvordan komme seg fra status til mål. Denne må være konkret, med regelmessig feedback/ evaluering og progresjon.

4. Tverrfaglig samarbeid. Ved involvering av alle impliserte i statusevaluering, målsetting og rehabiliteringsplan, vil man få en større motivasjon for og forpliktelse til gjennomføringen.

Et vesentlig aspekt ved denne rehabiliteringen er endring av teknikk. Selv om vi anså det nødvendig å normalisere de nevnte dysfunksjoner for å få til en teknikkendring, var trenerens bidrag helt essensielle. Uten hans bidrag ville utfallet høyst sannsynligvis ha vært et annet. Teknikkomlegging er en møysommelig prosess, særlig for utøvere som har etablert en teknikk og automatisert den over fle e år. Utøveren vil ofte oppleve den nye teknikken som dårlig, og resultatene vil også for en periode være dårligere. Men selv når teknikken begynner å sitte bedre og utøveren

presterer bedre, vil utøverens opplevelse av teknikken kunne være dårlig. Det er derfor viktig å forklare utøveren dette på forhånd, og at han følges tett med feedback. I Olympiatoppen bruker vi følgende kommunikasjon-sverktøy, som er utarbeidet i samarbeid mellom avdelingene for motorikk/teknikk og psykologi (figur 2). a utøveren kom til EM i august, satt teknikken så bra at han kunne ha fokus på andre ting enn teknikk, nemlig å konkurrere og prestere.

Konklusjon:

Det er ingen «quick fix». et er viktig å sette seg inn i det utøveren gjør, og det å ha et tverrfaglig samarbeid, hvor man legger vekt på alle sider ved utøveren og hans idrett er helt avgjørende. Som fysioterapeut kan vi bidra med å legge forutsetningene til rette. En liten dysfunksjon kan få stor betydning når bevegelsen repeteres hyppig. Men uansett er teknikk og treningsstyring viktigst.

Referanser

1. Matthews, M.J., et al., The effects of swimming fatigue on shoulder strength, range of motion, joint control, and performance in swimmers. *Phys Ther port*, 2017. 23: p. 118-122.
2. Wymore, L. and J. Fronek, Shoulder functional performance status of National Collegiate Athletic Association swimmers: baseline Kerlan-Jobe Orthopedic Clinic scores. *Am J Sports Med*, 2015. 43(6): p. 1513-7.
3. Struyf, F., et al., Musculoskeletal dysfunctions associated with swimmers' shoulder. *Br J Sports Med*, 2017. 51(10): p. 775-780.
4. Hill, L., M. Collins, and M. Posthumus, Risk factors for shoulder pain and injury in swimmers: A critical systematic review. *Phys Sportsmed*, 2015. 43(4): p. 412-20.
5. Bak, K., The practical management of swimme's painful shoulder: etiology, diagnosis, and treatment. *Clin J Sport Med*, 2010. 20(5): p. 386-90.
6. Kibler, W.B., The ole of the scapula in athletic shoulder function. *Am.J.Sports Med.*, 1998. 26(2): p. 325-337.



Av Kristine Jahren
Fysioterapeut
Stavanger Idrettsklinikk AS

E-post: kristine@stavangeridrettsklinikk.no

Eventyret starter med riktig trening: et intervju med fjellbestiger Jakob Urth

■ I tjuve år har Jakob levd i, med og av fjellet. Han har vært på toppen av de høyeste fjell i verden og har en sekk full av opplevelser og erfaringer. På veien har det oppstått ulike skader, alt fra gnagsår til stygge fall fra klatreveggen. Vi tar en prat med Jakob for å snakke om temaet «trening og skader i fjellsport».

Har du et bevisst forhold til treningen du gjør for å forebygge skade?

«Ja. Det er vel et godt svar. Eller både ja og nei, men mest ja. Når man har vært skadet mer enn en gang i ekspedisjonslivet inkludert lange turer til steder som er vanskelig å komme til og fra, er det veldig viktig at man minimerer sjansene for skade som kan oppstå før og under tur, altså forberede seg. Det er noen spesifikke ting, som jeg gjør av erfaring fra andre som har skadet seg under tur og fra å ha vært en del av redningsaksjoner, hvor det stort sett de samme skadene som skjer. Jeg opplever, på langturer, overbelastningsskader i kne, skuldre og rygg, hyppigere enn skader som oppstår plutselig, for eksempel et overtråkk. Dette kan man være forberedt på hvis man har fokus på det i opptreningsperioden mot avgang. Inn mot større ekspedisjoner, starter treningen et år før planlegging. De siste månedene er finpussing på de små ting og mer konsentrert.»

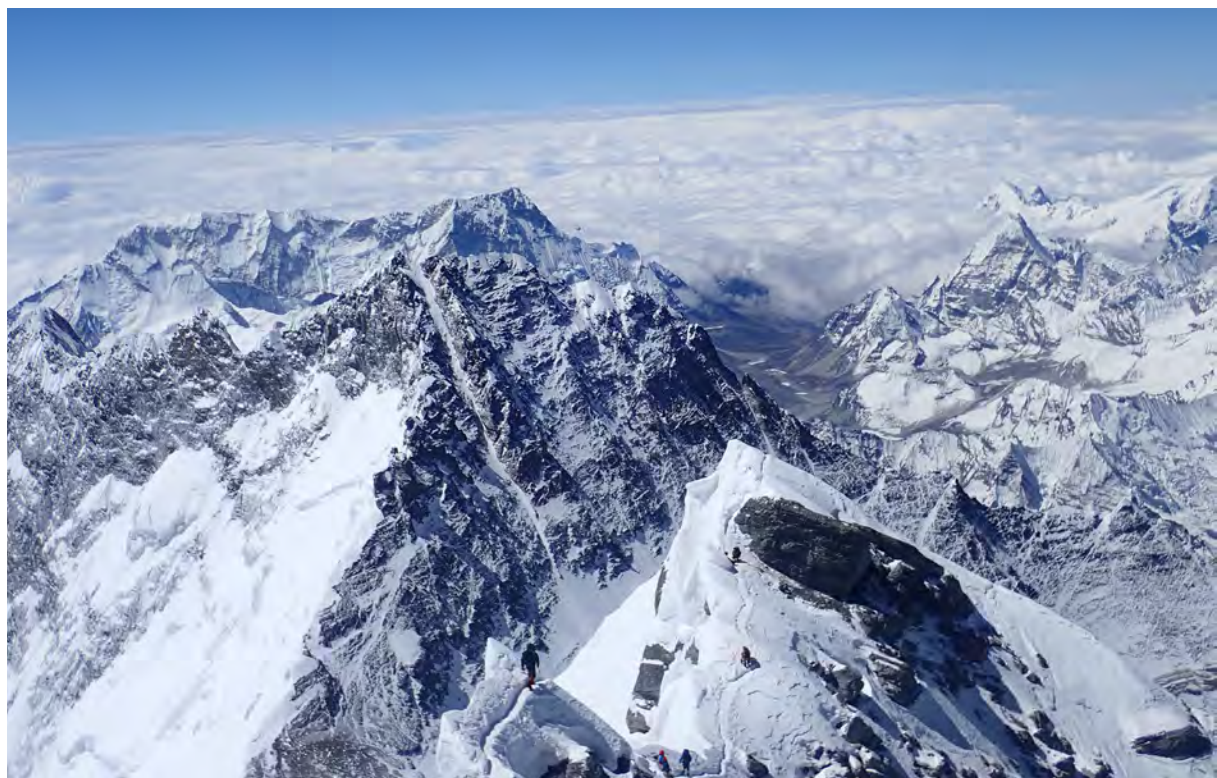
Hva opplever du hyppigst: belastningsskader eller akutte skader?

«Både og. For ti-femten år siden var det mer av overbelastningsskader fordi kroppen var «ny i gamet» og man



brakte flere krefter enn nødvendig på den spesifikke disiplin. For eksempel, når man skal gå over innlandsisen, dersom en ikke har teknikken til å gå ordentlig på ski, belaster du mer. Ved neste tur, og neste tur der igjen, er kroppen din mer vant med denne bevegelsesformen og du har mindre belastning. Disse erfaringene som jeg lært gjennom turer, har økt mitt fokus på å trene blant annet ben og kjerne, så vell som kondisjon. Det er ikke en kondisjonsøvelse å gå innlandsisen, tvert imot, det er mental utholdenhet. Klatreekspedisjoner, krever andre egenskaper. Etter to måneder på 8000 meters høye fjell, er vekt den største utfordringen for meg. Jeg tar kun med meg 10-15kg i sekken, for kroppen er i non-stop over lang tid. Derfor er det fokus på å ta av vekt gradvis, for så videre en kondisjonstest mer enn maks muskelstyrke. Jeg

Forts. fra foregående side:
Eventyret starter med...



vet at jeg er sterk nok, men kroppen må være med både fysisk og mentalt.»

Trener du på mental utholdenhet?

«Ja, mye. Jeg vet hvilke situasjoner jeg blir presset i, det er når jeg ikke har fått søvn i et til to døgn og det er tid for et nytt toppforsøk. Det skal ingenting til før du knekker. Det finnes en rekke unnskyldninger for å snu, og de er alle sammen riktig gode, men det er en tanke som sier: fortsett, fortsett! De andre tjue tankene må du vende om. Dette er vell så viktig som å være fysisk klar, men er du ikke fysisk klar snur du lang tid før disse tankene kommer. Det er forskjell på å snu i hode eller snu fysisk.»

Hvordan trener du?

«Jeg trener mye lange turer, deriblant løpeøkter i fjellet, 1-2-3 timer i rolig tempo for å øke utholdenhet. Ellers fokus på lange intervaller, for eksempel hadde jeg i går fire bakkeintervaller på tre kilometer med tre kilometer ned som pause. Jeg vet at om en måned så står jeg i Syd-Amerika, og det er en motivasjon for meg. Styrketrening per nå er muskeltrening så jeg kan være sterk i blant annet rygg, bryst og kjerne, morgen og kveld. I stedet for å ta en kaffe eller smudi når jeg står opp, tvinger jeg meg selv, mest mentalt, til å gjøre øvelser, så kan jeg ta en kaffe eller smudi i fortjeneste. I forhold til hvilken ekspedisjon jeg skal på, kommer det løpeturer i tillegg til en eller to styrketreninger per dag. Treningene kan være korte og enkle å gjennomføre, fra 10-15 min her og der. En annen ting som er viktig, som jeg har funnet ut de

siste to-tre år, er at når man kommer på ekspedisjonen, så slutter man å trene. Det er naturlig å tenke at det er nok å komme seg til toppen. Det er vell så viktig å opprettholde trening underveis, og det gjør at jeg føler meg fem til ti prosent sterkere mot slutten av turen. På basecamp eller på hviledag, er det fint å trene og det gir noe mer. Ved siden av å ligge å drikke te og bena høyt, bør det trene. Noen ganger på basecamp hvis det ikke er så høyt, rundt 4000 meter, vil en liten løpetur få pulsen til å eksplodere. Dette gjør akklimatisering lettere sammen med en god natt.»

Hvordan forbereder deltagerne dine seg til tur?

«Om en måned har vi avreise til Aconcagua, 6900 moh. Det er ikke noe teknisk fjell som for eksempel klatring, men det er veldig høyt og bratt på toppen. Det er lange avstander, tung sekk, vi skal grave oss ned og det er mange utfordringer underveis. Deltagerne mottar en mail hvor jeg informerer om at jeg står for det praktiske, og det er deres oppgave å trene seg klar med anbefaling om minst en time med moderat puls daglig. Om man bor i Danmark eller Stavanger, hvor det er flatt, oppfordrer jeg til å ta en sekk på ryggen, ikke med 20 kg men med 5-8 kg, stropp sekken ordentlig på og gå på tur. Ta med sekken som en vane, om det er en tur med hunden, handle eller når man har ekstra tid i helgen til lengre to-tre timers turer. Da får du økt styrke i de viktige musklene du trenger til å gå på tur. Dette er noe jeg poengterer. Jeg møter deltagerne i forkant for å vite hvem de er og for å gjøre de klare for høyden.»



Hvor lang tid har de på å trene seg opp til turene?

«Det avhenger av hva turen krever og tidligere erfaring. Minimum tre måneder før. Har du noe å bidra med er du aktiv i gruppen, er du fersk, skal andre passe på deg. Er du sterk bærer du mer, har du erfaring til fjells er du aktiv med i planleggingen. Slik utfyller deltagerne i gruppen hverandre.»

Hvilke skader ser du mest av?

«Under turer over innlandsisen, kan det oppstå smerter på hoftelrådet fra belastningen som sælen til pulken gir. Hjemme sitter sælen umiddelbart fint, men etter et par uker på tur gir den smerte. Dette er et eksempel på hvorfor det er viktig med riktig tilpasning av utstyret. Jeg får selv ofte overbelastning av sener rundt tommelen, noe jeg har hatt i mange år, som trolig er relatert til belastningen av å gå med

staver. Overbelastning over tid er vanligst.

Under klatring i fjell derimot og langt u er på beina, er det knær som oftest blir overbelastet hvis man ikke er forberedt. Dropper du en halvtime med trening her og der i forkant av turen, er sjansen for overbelastning stor når kravet er åtte til ni timer i strekk. Først og fremst er det en oppgave og motiver folk til å gå over lang tid og mange velger å snu før de har startet. Folk kommer vell utstyrt, men er ikke mentalt forberedt på grunn av manglende informasjon fra guide om hva som faktisk er i vente.

Mot toppen av mt everest er halvparten av tiden i basecamp. Du er en måned i basecamp, og hva gjør du der? Det krever å være sterk i hode. Savn etter venner og familie kommer snikende og andre unnskyldninger som frister deg til å snu. Men du er her for en ting og det er å komme til toppen. Det innebærer dødtid

for akklimatisering, hvile og vente på godt vær. De fleste som snur på ei til mt everest, snur på basecamp fordi det er en for tøff oppgave å vente og vente og vente. Du vet ikke om du er på toppen om to dager eller to uker. Hvordan kan man trene mental på dette hvis man ikke er på tur 200 dager i året? Da må du sette deg inn i oppgaven og i forkant tenke gjennom hva er det du egentlig skal. Del opp ekspedisjonen mentalt og lag deg delmål hvor hver basecamp er bonus. Det samme gjør jeg når jeg trener hjemme, hvis jeg skal ha intervaller, tenker jeg at hvert drag er toppen, men egentlig har jeg flere drag igjen. Lag deg delmål som er spiselig og ha fokus på de og ikke rett til toppen av fjellet. Du er der for å komme til toppen, men det slutter ikke på to, tre eller fem timer. Vær dag er en forberedelse til toppen.»

Hva hvis noen ikke er forberedt fysisk og en person starter å få en belastningsskade. Når sier du stopp?

Forts. fra foregående side:
Eventyret starter
med...



«Det er en balanse. Er det en privat tur, hvor en i gruppen ikke er klar, så må vi ta diskusjonen og eventuelt hjelper personen til med så mye han/hun kan. På en organisert tur, er det ulikt. De kommer og har betalt for å være med, med de har også betalt for at jeg har ansvaret og det er jeg tydelig på. Vi er på tur sammen inntil jeg eller en av de assisterende guidene ikke føler det er forsvarlig. Hvis vedkommende ikke har lyst til å gå med sekk, kan jeg si at vi stopper, men det er ikke rettferdig. Da må jeg heller si at jeg tror det er en ide at vedkommende får hjelp med sekken. Det kan også skje at man når et punkt hvor de har presset seg for langt og man må tenke på sikkerhet. Det beste er hvis vedkommende selv sier stopp. Som oftest er ikke dette et problem og de sier fra selv. For eksempel på innlandsisen, kom det en deltager med en rullekoffert. Vi stoppet før vi startet.»

Hva forebygger dere akutte skader?

«Det handler om å optimalisere. Ofte på store fjell, har man fokus på seg selv og sin gruppe. Hvis noen har ubehag med en sekk, må de rette på det før det går for lang tid uten å tilpasse. Det er ofte på kvelden smertene kommer, etter å ha gått en hel dag med for eksempel et høvent kne. Da må man behandle det og drøfte hva som skjer videre. For meg er det ofte, i redningsaksjoner, å ta en del av andre grupper på fjellet hvor det observeres en ulykke. Det er voldsomt å ta del i, men ved siden av å ta ansvar for sine egne folk som guide, må man ta ansvar i situasjoner hvor det ikke er nok folk til det. Det kan være slag fra stein i klatrevæggen, ramle ned fjellet eller noe helt uforventet.»



Hvordan trur du fokuset kurs og foredrag som omhandler temaet «skadeforebygging» kunne blitt like «hot» som temaet «snøskred»?

«Det er det vi gjør nå. Det må frem at det er viktig. At det gir mening. At det har en relevans og gjør deg sterkere på sikt. Det er ofte det umiddelbare som er det nærmeste å ta stilling til. Ultraløpere, klatrere eller ekspedisjonsfarere, som jeg selv er en del av, har en old-school måte å trene på. De trener spesifikt men verser de små detaljene som ofte er årsaken til skadene. Fokuset bør være på å ha en mening med treningen og fortelle at det gir mening. Jeg har selv bestemt meg etter to-tre halv alvorlig skader at nå er jeg nødt til å ta tak i dette, men hvorfor skal det gå to-tre skader til før man gjør

det? Det må opplyses om!

For 10-15 år siden, dro man bare av sted. Det var, og det er, mer kjekt å dra på tur enn det er å forberede seg med spesifikk trening. Folk med dyp interesse ser ut til å forberede seg bedre, men driver man med dette på en liten smule mer seriøst plan, så er det særdeles dumt å ikke forberede seg. Du må være sterk helt til toppen, for å ikke utsetter deg selv eller andre for fare. Jeg trur ikke det er nok interesse for å lære de spesifikke verser.»

Ser du en trend på at det er mer fokus på skadeforebygging?

«Ja, jeg ser en trend på at folk tar det seriøst. Ekspedisjonsmiljøet på høyfjell er lite. Noen gjør dette på fulltid og noen gjør det ved siden av jobb. Det er uansett helt klart en fordel å ta sin oppgave seriøst. Ekspedisjonsturer er potensielt farlig og skader kan skje fort og det kan fort være over. Så hvorfor ikke trene på det så du unngår å måtte snu på grunn av en skade. Det er dumt når du har mulighet til å kunne forberede deg. Min båt handler om å sjekke av for de forebyggende tiltakene jeg kan gjøre noe med for å minimere sjansen for at det kan skje noe.»

Snakker dere mye om skadeforebygging innad i miljøet?

«Det er et emne som er mer rettet mot en praktisk vinkel, for eksempel spørsmål rundt hva du har med av førstehjelpsutstyr. Forberedelsen på skader er diffuse, med mind e man involverer mennesker som kan noe om det. Jeg har lært veldig mye av egne rehabiliteringsforløp, og ser nytten av andre klatrere som har treningsveiledere tilknyttet. Dette er en ny verden for meg med en mer profesjonelt måte å optimalisere på.»

Synes du det er gøy å trene skadeforebyggende?

«Jeg synes det er mer interessant når jeg vet mer om dette. Hvis det er noe jeg ikke synes er gøy, betyr det at jeg skal droppe det? Nei, det ville vært dumt. Vend det om til noe positiv, til målet, jeg skal gjøre dette nå for om to måneder skal jeg på fjellet. Det tar ti minutter av ditt liv, og du står sterkere på toppen. Du må snu tanken for å fokusere på målet, og når man kommer i gang med treningen, gir det mening. De første repetisjoner gjør vondt, men så blir man varm og kommer inn en flyt

Forestill deg å komme fra en kontorhverdag hvor du skal forberede deg til en to måneders lang ekspedisjon. Det krever virkelig at du

skal trene. Kontor-og sofa-klatrere får lettere overbelastning. Jeg pleier å ha med meg tape på tur og det blir alltid brukt opp, hovedsakelig på overbelastningsskader. Dette trur jeg folk begynner å forstå, men vi må også ha de forebyggende små spesifikke versene som gir mye på sikt. Det jeg oftest hører, er at «jeg har ikke tid». Det er fair nok, men du har tid til å dra på tur, betalt for en tur eller har et prosjekt mot et høyfjell. Du er du også nødt til å ta med den andre delen og stille forberedt. Da vil du også føle deg mer mentalt forberedt og turen blir gøyere. Veien er målet.»

Hva kunne du gjort annerledes/hva kunne motivert deg til å ha fokus på dette for ti år siden?

«Opplysning, miljø og være et eksempel for andre. Skadehistorier og erfaringer fra skade. Hvis det skjer en skade, bør det være åpenhet for å snakke om det. Uavhengig av om du har vært skadet eller ikke, snakk om dette temaet i forkant av skade. Du vet at det er mindre sjans for at du blir skadet om du forebygger. Realiteten for at forebyggende trening blir praktisert er større hvis det er en åpen dialog om dette temaet fremfor å holde det «hemmelig». Det er nettopp dette du skal ut å fortelle: Jeg er skadet og jeg trenger hjelp! Hvis du tenker at skaden er noe ingen skal få vite det, for da er jeg svak, må du stoppe deg selv. Det er ikke bevist, kanskje var det et uhell? I ekspedisjonsmiljøet handler det mye om hvem som er sterkest, men dette har begynt å snu og man tar mer vare på hverandre og seg selv. I bunn og grunn handler det om å få en god opplevelse og komme hjem igjen. Det er også viktig å tenke på hvordan du ser tilbake på turen når du kommer hjem. Det er først da tankene kommer.»

Trur du man kan forebygge akutte skader?

«Ja, det trur jeg. Gjennom å trene mentalt på å forberede seg på å ikke presse grensen for langt. Det er ofte i presset situasjoner at skader skjer. Et eksempel er dårlig vær, men hvorfor dro du ut i dårlig vær? Er det nødvendig? Face your fears, jo mer forberedt du er på hva som kan skje, desto mindre skjer. Ha en positiv innstilling og tenk igjennom risikoen. Gjør det du kan og vær forbedret! Mentale fristelser er nok den vanskeligste og største utfordringen for å unngå skader.»

Lyst til å lese mer om Jakob Urth? Sjekk ut hans hjemmeside <http://www.urthadventures.com>

Referat:

Fagdag korsbåndsskader

■ *Onsdag 30. oktober holdt Fredrikstad Idrettsmedisin og MSK Klinikken sin årlige fagdag for 40 fysioterapeuter. Denne gangen var tema korsbåndsskader og over-skriften ACL Skader barn og ungdom. Det ble en dag blandet av teori og workshopper med ekte pasienter.*



Av **Henrik Warpe-Kinn**
Fysioterapeut,
Fredrikstad Idrettsmedisin

E-post: henrik@frim.no

Dagen begynte med manuellterapeut Svein Kristiansen som snakket om status i 2019. Faktum er at ACL skader er økende hos barn og unge og at jenter er vesentlig mer utsatt enn gutter. Forskning viser at av disse barna får 50% et godt fungerende kne i ungdomstid og voksenalv uten operasjon. Svein delte sin erfaring med de yngste pasientene og kunne fortelle at ingen av de MSK/FRIM har hatt siste årene har kommet seg tilbake til vriddningsidrett uten operasjon. På en annen side viser studier at nesten halvparten av de som operer kommer tilbake til idretten på samme nivå som før innen ett år. Og i begge kategorier er det en del som ikke kommer tilbake i til idretten sin på samme nivå. Samtidig vet vi mer og mer om konsekvensene på lang sikt – Når pasientene er 45 år (+/- 9 år) er det 42% som allerede har utviklet kneartrose og sjansen er enda større hvis de har kombinasjonsskade med menisk- eller bruskskader. Det er ingen forskjell på de som operer eller ikke operer. Litt senere på dagen ble det diskutert om og evt når disse barna og ungdommene skal opereres.

Videre snakket fysioterapeut Henrik Warpe-Kinn om forebyggende tiltak, fungerer det og blir det gjort? Det er en godt etablert sannhet at enkle tiltak som spesialtilpassede oppvarmingsprogram forebygger opp til 70% av alle skader. Gode ACL-skadeforebyggende program søker å endre dynamiske belastningen på kneet gjennom nevro-muskulær og proprioseptiv trening. De vektlegger god teknikk i landinger og retningsforandringer. Med dette mener vi ikke lande bare på forfot, kontrollere hofter og knær (knær over tær) og jobbe med å lande mest mulig på to ben.

Problemet er at forebyggingen i liten grad blir gjort av de som trenger det og at svært få klubber har dette som en del av sin sportsplan. Som kjent er den eneste skadeforebyggende treningen som fungerer er den som er med i et fast opplegg hos trenere og utøvere over lang tid.

I påfølgende kaffepause hadde Svein en samtale med 16 år gamle Mathilde, et intervju som også ble delt via facebook live, som har vært pasient hos Svein i to år etter ACL ruptur. Etter først å ha prøvd å få tilbake full funksjon ved opptrening hadde Mathilde glippeepisoder og hun ble til slutt operert. Hun fortalte sin historie og vi fikk et godt innblikk i utøverperspektivet fra en reflektert 16 åring.

Videre inneholdt dagen teori rundt standardiserte tester for Return to Sports for ACL pasienter, de samme testene man bruker for å se om pasienten er klar for operasjon. Testbatteriet består av hinketester og styrketester. Det er viktig at disse testene er objektive og at det blir brukt godt måleutstyr og lite/ingen synsing rundt styrke- og kraft. 90-100% styrke i skadet/operert ben sammelignet med frisk side før operasjon og før retur til spill.

KOOS er ikke lenger anerkjent som det beste spørreskjemaet for ACL pasienter, nå bruker vi IKDC og ACL RSI. Dårlige score på disse spørreskjemaene korrelerer ofte med dårlig sjanse for å returnere til idrett på samme nivå som tidligere.

Etter lunsj ble dagen mer praktisk og deltagerne fikk se ekte pasienter gjennomføre treningsøkter i forskjellige faser. En pasient var klar for operasjon neste uke og viste hvor stabil og sterk hun var før operasjon, og en annen pasient var operert for 6 måneder siden og hadde litt annet fokus på treningen sin. Deltagerne fikk spørre pasientene underveis og diskutere tiltakene med Svein som ledet seansen.

«Take home message» fra dagen:

- Antall ACL skader hos barn øker dramatisk.
- Forebygging fungerer, men kun den som faktisk blir gjort.
- Litteraturen sier 50/50 om operasjon/ikke operasjon
- Sterkere og mentalt tryggere før operasjon eller før RTS fungerer bedre.
- Kun 30% testes skikkelig før de går ut i RTS igjen
- Lek dere med rehab, men følg treningsprinsippene

Kurset blir holdt igjen i regi av PFF på Romerrike Fysioterapi 25.mars 2020.

Enestående support

Våre brukere er våre beste ambassadører



'Aspit har utrolig bra oppfølging av nye kunder! Svært dyktig brukerstøtte med ordentlige og raske svar.'

— Inger Sæterhaug,
Fagleder Fysioterapi,
Målselv Kommune

'Ved overgang fra konkurrent til Physica fikk jeg veldig bra opplæring. Når jeg ringer eller sender e-post til support får jeg kjapt svar. I min fysio-hverdag er dette uvurderlig.'

— Fysioterapeut Mari Sofie S. Fosland

'Må bare få sagt at dere leder/leverer så hinsides på support og det å være løsningsorientert! Hadde alle vært som dere når en tar kontakt hadde verden vært et bedre sted å leve!'

— Fysioterapeut
Bård Hallaråker Grov

Les mer på physica.no



physica



aspit



Av Svein Kristiansen

Fysioterapeut, spesialist i
manuellterapi (MNFF)
MSK Klinikken AS/
Fredrikstad Idrettsmedisin AS

E-post: svein@msklinikken.no

Korsbåndsskader blant unge flo erer: – Vi har ikke tid!

Denne artikkelen ble først publisert i Fysioterapeuten 9/2019, og gjengis med tillatelse.

■ *Vi ser en økende tendens til korsbåndsskader hos barn og unge. Kompetansen ligger hos fysioterapeutene, mens idrettslegene oppgir at de hverken har tid, ressurser eller kunnskap. Et dilemma som bør være mulig å løse. Eller?*

En idrettsfysioterapeut blir ofte assosiert med toppidrett og eliteidrett mens fysioterapeuter med interesse for idrett ofte assosieres med en fysioterapeut som arbeider innenfor breddeidretten og i amatørklubber og idrettslag. Er idrettsfysioterapeutene på feil arena? Burde de ikke være der omfanget og konsekvensene av skader og sykdom er størst? I barne og ungdomsidretten?

Velfungerende frivillighet

Tenk deg et vilkårlig idrettslag i Norge. Et som er drevet etter de grunnleggende verdiene på frivillighet, idrett for alle, inklusjon og som tilrettelegger for 'flest mulig lengst mulig'. Idrettslaget har selvsagt et hovedstyre, ofte også et barneidrettsstyre og en daglig leder, og de tillitsvalgte har ofte kompetanse og erfaring fra næringslivet på ledelse, økonomi og eller et sterkt lokalt engasjement. Idrettslaget har også foreldre - mange av dem engasjert som trenere og ledere fordi de enten har med barna sine og/eller har interesse og kompetanse rundt trenerrollen. Ofte har de formell trenerkompetanse og ser viktigheten av å ha denne kompetansen i møte med både barn og foreldre. En herlig blanding av frivillighet, kompetanse og engasjement utgjør et velfungerende idrettslag. Alle lener seg på hverandre og er stolte av «flaggskipet» i rygda.

Hanne

Tenk deg en vilkårlig 16 åring i et idrettslag i Norge som heter Hanne. Hanne driver med både håndball og fotball fordi det er gøy. Innerst inne har hun en drøm om en dag å få spille fotball og håndball med de beste, kanskje på Ullevål Stadion med flagget på b ystet eller som en av håndballjentene i OL. Det er fortsatt ikke lett å velge mellom hvilken idrett som er best. Mamma var håndballspiller og bestefar

var fotballspiller. Hun har venner på begge lagene og det er bare om våren og høsten at det kolliderer litt. Håndballen er i støtet for tiden. Hun har den siste måneden også spilt på 18 årslaget i tillegg til 16 årslaget samtidig som fotbolls sesongen er i ferd med å avsluttes med kretsmeisterskap og talentsamling for vinterens sonelag. Alt er bra og talentutviklingen i klubben frontes både høyt og lavt.

To målsetninger og ett problem

De fleste idrettslag har to store målsetninger. Det ene er at flest mulig barn og unge skal drive med organisert idrett lengst mulig og det andre er å kunne legge til rette for at alle barn og ungdom skal kunne utvikle seg på best mulig måte og oppnå sitt ytterste potensiale.

Skader blant barn og ungdom er en av de største grunnene til at de går glipp av trening, ikke oppnår sine målsetninger og dermed ikke får muligheten til hverken å være med lengst mulig eller å strekke seg lengst mulig. Ungdom i aldersgruppen mellom 12 og 18 år som driver med fotball, håndball og andre ballidretter er klart mest utsatt for skader (1).

Men hva glemte de?

De fleste barneidrettslag har også handlingsplaner, sportsplaner, visjoner og målsetninger både på inklusjon, prestasjon, utvikling, økonomi og sport. Svært få har derimot planer og/eller målsetninger om å bidra til å skape friske, sunne og skadefrie utøvere. Det er ingen eller få planer om å implementere skadeforebyggende treningsarbeid i idrettslagene eller hvordan klubben skal legge til rette for generelt helsepromoterende arbeid som ernæring, søvn og andre helsefremmende tiltak.

Dersom det finnes et medisinsk apparat i eller rundt idrettslaget, gjelder dette gjerne for seniorspillere/eliteutøvere, mens det i utviklingsavdelingen finnes få eller ingen ressurspersoner. I de unntakene hvor de finnes virker det svært tilfeldig om disse personene kan dokumentere offentlig, formell og idrettsmedisinsk videreutdanning og kompetanse.

Skrekkskaden er ikke strekkskaden

For en 16 år gammel håndball- og fotballspiller er det



en skade som er fryktet mer enn noen annen - fremre korsbåndskade. Prevalensen av korsbåndskader hos barn og ungdom er økende. En korsbåndsskade setter en ungdomsutøver ut av idretten i minimum 12 mnd, det doubler muligheten for å skade det andre kneets korsbånd og sjansene for senskader og et dårlig fungerende kne i voksen alder er stor (2). Når vi også vet at studier på forebygging av korsbåndsskade kan redusere både forekomst og nye skader med opptil 50% er det betimelig å stille spørsmål om hvorfor det virker så vanskelig å få dette implementert i idrettslagenes handlingsplan (3).

En økende tendens

I løpet av 2018 og 2019 har vi i våre idrettsmedisinske avdelinger bare i Fredrikstad sett 54 korsbåndsskader, en økning på 31% fra 2017. Denne økte forekomsten er også beskrevet av andre både nasjonalt og internasjonalt (4). Av de 54 casene var 64% av utøverne under 18 år, den yngste kun 14. Det mest triste og bekymringsfulle er at ved over 65% av tilfellene skjedde skaden hos en utøver hvor idrettslaget ikke hadde fast skadeforebyggende trening implementert i hverdagen. I enkle tall betyr det at dersom skadeforebyggende trening hadde vært implementert, kunne man kanskje unngått korsbåndsskade på opptil 23 av de 36

skadede utøverne under 18 år. Det er en gjennomgående trend at dette er utøvere som ligner på Hanne. Hanne spiller på fle e lag i ulike aldersklasser. Hun spiller like mye kamper som treninger pr. uke på de travleste periodene i året, og hun er jente og driver med rotasjonsbettinget ballidrett(er) (5).

Hva er det som gjør at klubbene ikke prioriterer dette området i sine handlingsplaner? Hva er det som gjør at kunnskapen vi som fysioterapeuter har, om trening og helsefremmende arbeid for barn og ungdom, ikke blir benyttet på treningsarenaene?

I dialogen med ulike idrettslag i min region er ofte forklaringene slik:

1. Vi har ikke tid da vi må bruke den tiden vi har i hall/bane på selve idretten.
2. Vi har ikke ressurser eller økonomiske midler til å bruke på helsearbeid.
3. Vi vet ikke helt hva vi skal gjøre eller hvordan vi skal få det til.

Hanne

Samtidig snører Hanne sekken for tiende gang denne uka. Hun føler seg litt sliten. Hun har

«skranglet» litt i det siste, vært småforkjøla og tung i hodet. Det er bare 14 dager igjen av fotballsesongen og kun to kamper står igjen å spille, men det har gått trøtt i oppstarten på håndballen. Knerne er litt såre, men ikke noe mer enn de pleier. Det skal bli godt med en fridag på søndag, etter to håndballkamper på lørdag hvor hun skal spille på både J18- og J16-laget. Selv håndkleidet fra i går er fortsatt vått - samme kan det være - har ikke tid til å ordne med det nå.

Fysioterapeuten

I det vilkårlige idrettslaget er det styremøte og på agendaen er et innspill til handlingsplanen om å implementere helseforebyggende arbeid som en rød tråd gjennom ungdomsavdelingen. Innspillet kommer fra en far som selv er fysioterapeut og har tre sønner i samme idrettslag – alle tre er i ferd med å gå bra barneidrett og over i ungdomsidretten. En femten minutters monolog konkluderer med følgende svar på idrettslagets opplevde utfordringer:

- Dere har ikke tid til å ikke bruke tid på skadeforebyggende arbeid. Dere har ikke tid til å ikke ta vare på de barna og ungdommene som er en del av den organiserte idretten. Dere har ikke tid til å vente på at de skader seg for så å se at de med høy sannsynlighet ikke returnerer til idretten.

Forts. fra foregående side:
**Korsbåndsskader
 blant unge...**

- Dere har ikke råd til å ikke investere i mennesker med denne kunnskapen og å sette dette høyest på den økonomiske og sportslige agendaen. Det er det aller viktigste arbeidet som finnes i et idrettslag: å ta vare på utøverens helse. Skader som kan forebygges gjennom implementering av kunnskap som eksisterer for å sørge for utøvernes helse må prioriteres - NÅ! Men ikke minst for fremtiden. Tiden etter at idrettskarrieren er over. Tiden som kommer når ikke idretten betyr alt lenger. For mange er det ikke så lenge til.
- Dere har ikke tid til å ikke få det til. Kunnskapen og kompetansen finnes - både internasjonalt, nasjonalt og lokalt. Implementeringen er ikke vanskelig. Det krever dog en radikal endring i kultur og forståelse av hvor man skal implementere de økonomiske ressursene rundt skadeforebygging og det krever VILJE til et utvidet forebyggende helsearbeid.

Hva så med idrettsfysioterapeutene? Skal de fortsette å bruke sine kunnskaper og kompetanse på behandling og rehabilitering etter at skadene har skjedd? Skal de fortsette å være ressurspersoner i de miljøene hvor millimeter og hundredeler teller? Skal de fortsette å være for sent ute, ikke rekke frem tidsnok og ikke kunne bidra der det teller mest? Burde ikke idrettsfysioterapeutene være med når rammen rundt idrettslagene settes og deres kompetanse også bli verdsatt i planlegging, strategivalg, retningslinjer, visjoner og helserelaterte målsettinger? Men ønsker de det selv – å bidra der det gjelder – som beslutningstaker?

Det vilkårlige idrettslaget er ikke lenger vilkårlig – det er et idrettslag som setter barn og unges helse helt øverst på agendaen gjennom følgende tiltak:

- Implementering av helsefremmende arbeid som det aller viktigste i klubbens handlingsplan. Helse-

fremmede arbeid inkluderer allmennhelse, kosthold, søvn, antidoping og skadeforebyggende trening.

- Engasjement av en helsefremmende koordinator som overordnet har ansvar for å implementere forebyggende tiltak i alle foreningens lag og grupper. Koordinatoren er autorisert helsepersonell og har formell utdanning og kompetanse innen idrettsmedisin og forebyggende helsearbeid.
- Fullt ut forpliktete trenere og ledere som viser ubetinget støtte til klubbens helseprofil – både når det gjelder som forbilde på generell helse samt implementering av skadeforebyggende trening for alle medlemmer fra barn til senior.
- En klar og tydelig plan for også de beste utøverne, for å utsette dem for minst mulig risiko slik og at de har størst mulighet til å oppnå sitt ytterste potensiale

Hanne

Hanne ligger på gulvet. Hallen er helt stille. Høyre, venstre og snapp – kneet bare gav etter. Ubeskrivelig vondt i to sekunder, deretter bare en følelse av at kneet fyller seg opp akkurat som en heliumballoon. Fremtiden er usikker. Det vil ta ni måneder, eller kanskje tolv, før hun spiller håndballkamp igjen. Det er dobbelt så stor mulighet for at hun får tilsvarende skade i det andre kneet når hun til slutt returnerer til håndball. Det er også stor sannsynlighet for at hun vil få problemer med kneet når hun blir eldre, og når hun er ferdig på videregående er det 50/50 om hun fortsatt spiller håndball (4). Hvordan det går med henne er mye avhengig av hvem hun treffer på – eien. Forhåpentligvis er det en av oss. Synd hun ikke traff oss tidsnok! Kanskje det kunne ynte på statistikken?

Referanser

1. Bueno, A. M., Pilgaard, M., Hulme, A., Forsberg, P., Ramkov, D., Damsted, C., & Nielsen, R. O. (2018). Injury prevalence across sports: a descriptive analysis on a representative sample of the Danish population. *Injury epidemiology*, 5(1), 6. doi:10.1186/s40621-018-0136-0
2. Myklebust G, Skjølberg A, Bahr R. ACL injury incidence in female handball 10 years after the Norwegian ACL prevention study: important lessons learned Br J Sports Med Published Online First: [please include Day Month Year] doi:10.1136/bjsports-2012-091862
3. David Zbrojkiewicz, Christopher Vertullo and Jane E Grayson. Increasing rates of anterior cruciate ligament reconstruction in young Australians, 2000–2015 *Med J Aust* 2018; 208 (8): 354-358. || doi: 10.5694/mja17.00974
4. Guri Ranum Ekås, Håvard Moksnes, Hege Grindem, May Arna Risberg, and Lars Engebretsen Coping With Anterior Cruciate Ligament Injury From Childhood to Maturation A Prospective Case Series of 44 Patients With Mean 8 Years' Follow-up. *The American Journal of Sports Medicine* 2019;47(1):22–30 DOI: 10.1177/0363546518810750
5. Olsen, O.E. & Myklebust, Grethe & Engebretsen, Lars & Holme, I & Bahr, R. (2003). Relationship between floor type and risk of ACL injury in team handball. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. 13. 299-304. 10.1034/j.1600-0838.2003.00329.x.
 Ardern CL, Ekås GR, Grindem H, et al 2018 International Olympic Committee consensus statement on prevention, diagnosis and management of paediatric anterior cruciate ligament (ACL) injuries. *British Journal of Sports Medicine* 2018;52:422-438

Etiske retningslinjer for helsepersonell i norsk idrett

I idrett ser man at det kan forekomme konflikt mellom hensyn til prestasjon på den ene siden og hensyn til helse på den andre. Retningslinjene skal tjene som rettesnor i behandling av idrettsutøvere på alle nivå.

1. Helsepersonell skal verne utøvernes helse, gjennom å forebygge sykdom og skade og å hjelpe syke eller skadde utøvere til å gjenvinne sin helse. Utøvernes helse skal ligge til grunn for helsepersonellens valg og råd.
2. Behandlinger som utelukkende har som mål å øke idrettsprestasjoner ligger ikke innenfor helsepersonellens oppgaver.
3. Helsepersonell skal ivareta den enkelte utøvers helse og integritet gjennom samarbeid med utøveren og ev. foresatte. Samarbeidet skal bygge på tilrettelagt og god informasjon.
4. Helsepersonellet skal bevare taushet og vise diskresjon overfor det han/hun får vite om både helsemessige og personlige forhold. Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte. Utlevering av informasjon til andre enn utøver og eventuelt foresatte, må ha bakgrunn i utøverens samtykke. Utøvers samtykke fritar ikke helsepersonell for å utøve etisk ansvar.
5. Helsepersonell skal ved undersøkelse, behandling og rehabilitering kun ta i bruk forsvarlige metoder. Dersom helsepersonellet selv ikke har den nødvendige kompetansen, skal hun/han sørge for at utøveren kommer under annen kyndig behandling.
6. Helsepersonell må ikke la seg presse til å bruke medisinske metoder som ikke er faglig forsvarlige.
7. Når utøveren, foresatte eller trenere ønsker aktivitet som helsepersonell mener truer utøverens helse, har helsepersonellet en plikt til å si fra til utøveren, eventuelt foresatte.
8. Helsepersonell oppfordres til å medvirke til at allmennheten og myndigheter får saklig informasjon om etiske dilemma i idrettsmedisinen, i særdeleshet om helsemessige gevinster av idrett og risiko for mulige helsetap som følge av deltagelse over tid.
9. God praksis blir til i samarbeid mellom helsepersonell, utøvere, trenere og foresatte. Når helsepersonell avdekker helseskadelig praksis, har hun/han et ansvar for å løfte problemet fram for rette vedkommende og for ansvarlig organisasjon.

Det skal godt gjøres å være med bare én gang.

- Reisebrev fra idrettsmedisinsk høstkongress 2019
Lillehammer, 22.-24. November.



Av **Tonje Kristine Nilssen**
Fysioterapeut
klinikk24
E-post: tonje@klinikk24.no

■ *Dette reisebrevet er skrevet av en nyutdannet fysioterapeut. Jeg har akkurat begynt å jobbe i privat sektor og har for første gang deltatt på idrettsmedisinsk høstkongress.*

Hvert år i november blir det arrangert idrettsmedisinsk høstkongress, og i år var vertsbyen Lillehammer, 25 år etter at de olympiske lekene tok sted. Det var gjort klart til å feire OL-jubileet med en tilstrømning av personer som har stor interesse for idrett.

Fredagsmorgen, luften er kjølig, det snør og en jevn strøm av mennesker ankommer Scandic Lillehammer hotell. Det er første dag av idrettsmedisinsk høstkongress 2019.

I år er det samlet nærmere 500 leger, terapeuter og andre fagfolk som har spesiell interesse for idrettsmedisin. Det er duket for en helg med lange dager, masse faglig input og sosialt samvær.

Spent på dagen og resten av helgen satt vi oss ned i Lillehammersalen, hvor alle var samlet for første gang. Her var det åpningsseremoni og komiteleder Oddvar Knutsen ønsket oss hjertelig velkommen. Først ut er Roald Bahr og Lars Engebretsen, de har fått æren av å starte showet. De forteller om hva man har lært og ikke lært, gjennom bra og mindre bra forskning på idretts relaterte spørsmål. Blant annet kan man redusere risikoen for skader med

*Årets godkjente idrettsleger og -fysioterapeuter,
NIM gratulerer!*





NIMI -prisen 2019 deles ut av Karin Rydevik. Gratulerer til Ulf Ekelund fra NIH.

ved regelendringer, forbedring av utstyr og fair play. Dette har foreløpig gitt gode resultater og Norge bør trolig vende blikket dit for å lære ytterligere. Foreleserne belyste et viktig tema og hvor viktig det er å ta hjernerystelse på alvor. De understreker at helsepersonell har et spesielt ansvar og ved mistanke om hjernerystelse så skal utøvere ikke tilbake i spill - «When in doubt, sit it out!». Ved retur til idrett etter hjernerystelse er det viktig med gradvis tilbakegang, der hvert trinn skal være symptomfritt. For barn er hovedfokuset på at de skal tilbake til skole og hverdagen. Og idretten vil komme i andre rekke.

Tilslutt var det tidligere NFL-spiller Ole Kristian Tollefsen som forteller om sine erfaringer og senskader etter gjentatte hjernerystelser. I dag har han fle e av symptomene på hjernerystelse, blant annet: fatigue, konsentrasjonssvanser og hodepine. I tillegg forteller han hvordan utøvere kan «lure» systemet for å få spille/være med, men at man tilslutt egentlig «lurer» seg selv.

Ved siden av de ordinære forelesningene, var det mulig å delta på workshops. Dette vil jeg påstå er et must. I en workshop får du innføring i en praktisk tilnærming til ulike

50% gjennom strukturerte oppvarmingsprogram. Det å holde seg skadefri har fle e positive innvirkninger – færre barn og unge slutter med idrett og fysisk aktivitet, forbedret prestasjoner og færre alvorlige skader. De to, tar de fremmøtte med på deres reise i jakten på økt kunnskap. Standarden for resten av helgen er satt.

Med et tettpakket program og stor bredde er det en selvfølge at det var parallellsesjoner å velge mellom. Eneste ulempen med dette er at man ikke har mulighet til å være med på alt og man må velge. Det kan være lurt å tenke på dette på forhånd, hva ønsker du? Hva vil være viktigst for deg?

Fredagen gikk jeg på leksjonen om hodeskader med hovedfokus på hjernerystelse. Her fikk vi innblikk i arbeid med forebygging, akutt behandling og tilbake til idrett både i Norge og i andre land. I Canada og i ishockeymiljøet har de stort fokus på å forhindre hjernerystelser

Forskningsfondet deler ut midler; gratulerer til Marthea Rebne Stenseth og Sindre Fløtlien Barli





AlfaCare-prisen til Bjørnar Berg. Gratulerer!

konkurransinstinktet til deltakerne ble satt på prøve. Det er fint å plassere et ansikt og skape et bekjentskap med leverandører man kun tidligere har pratet med over telefon.

Lørdagskveld er det klart for årets gallamiddag. Spente og nysgjerrige møtte vi opp på hotellet, hvor vi fikk servert velkomstdrink i minglehallen med de andre deltakerne. I løpet av kvelden er det mange interessante samtaler med nye bekjente både før og etter at maten ble servert. Maten var dessuten utsøkt, og til å geleide oss gjennom den treretters menyen var Tom Stiansen innled som kveldens konferansier. Underveis var det flere premier og priser som ble delt ut, både til fagfolk men også til vinnerne av leverandørenes konkurranser. Dette er priser og premier som vinnerne velfortjent mottar gjennom deres bidrag i og til fagmiljøet.

Søndag og siste dag startet med Ole

tematikker, noe som er gull verdt for alle klinikere. Diskusjonene mellom deltakere og tips til øvelser blant annet for hofter, kne og unge utøvere var virkelig lærerikt. For meg som nyutdannet fysioterapeut var kanskje dette det beste med hele kongressen. Her fikk jeg mer «kjøtt på beina» for caser og tematikker som jeg møter i klinikken i min hverdag.

Workshopene bygde fint på forelesningene vi hadde deltatt på tidligere. Der Per Hölmich forteller at 2/3 av akutte og langvarige skader rundt lyske og hofter er relatert til adduktorene. Deretter bruker Thomas T. Ødegaard noe tid på workshops til gjennomgang av hvordan undersøke adduktorene, samt praktisk tilnærming til ulike øvelser for muskulatur rundt hofter/bekken/lyske.

I tillegg til faglig påfyll er det mange leverandører tilstede. De står oppstilt på rekke og rad, og er klar til å hjelpe deg, informere om det nye på markedet og svare på eventuelle spørsmål. Mange har konkurranser som skaper stor blest og

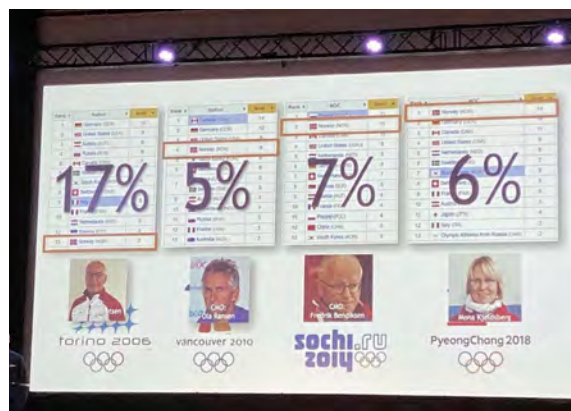
NIMs kasuistikkpris 2019 gikk til Hilde Fredriksen, vi gratulerer!



Petter Hjelle, også kalt #treningslegen. Han forteller åpent og ærlig hvorfor aktivitet er viktig for hjernen. Blant annet så kan fysisk aktivitet halvere risikoen for demens, forbedre hukommelsen og man lever lengre. I tillegg viste han hvor betydningsfullt hans treningsgrupper har vært for pasientene, det er fle e som har minket eller sluttet på medisiner. Dette er en kjempemotivasjon for meg som jobber med å starte opp med gruppetrening i nær fremtid.

Den store æren av å avrunde kongressen får Gjert Ingebrigtsen. Finnmarkingen er kjent for å være en streng og disiplinert far og trener for Ingebrigtsen brødrene. Det er spennende å høre hvordan skader påvirker toppidretten og hvilke hensyn man velger å ta og hvilke man "godtar".

Og med det så er tre innholdsrike dager over, nesen vendes hjemover med mer kunnskap, bekjentskap og gode minner. Idrettsmedisinsk høstkongress 2019 har vært et vellykket arrangement både faglig og sosialt. Det har vært spennende med faglig oppdatering og mitt nettverk innad i idrettsmiljøet har blitt større. Om du skal være med til neste år, så anbefaler jeg å bo på gjeldende hotell og at du blir med på gallamiddagen. Du vil bli kjent med kolleger innenfor feltet og du starter å bygge deg selv et nettverk. Jeg vil på vegne av meg selv og de andre deltakerne av kongressen takke for et flott opplegg. r du fortsatt i tvil om du skal være med til Sandefjo d 2020? Det bør du ikke være - jeg anbefaler det på det sterkeste! Vi ses der!



Coaching, for hvem og av hvem?



Per Eftang;

Utdannet via forsvaret og politiet. Jobbet som innsatsleder og operativ leder fra 2005 til han sa opp i politiet i desember 2018. I den perioden, loggført med mellom 6-700 oppdrag i året, alt fra væpnede skarpe oppdrag til forhandlinger med suicidale mennesker. Startet som coach-mental trener utenfor politiet i 2003. Jobber i dag med utøvere i USA, Canada, Russland, Sverige og Norge, samt gjennomfører en egen nasjonal og internasjonal team – og lederutdanning.

■ Jeg har mange forskjellige navn. Noen kaller meg mental trener, coach, motivator eller sports psykologist. Alt etter som hvem jeg jobber med eller i hvilket land jeg er. For ordens skyld; Jeg er ikke utdannet psykolog, men utdannet via forsvaret og politiet. Psykologi er naturligvis fag i utdanningene, så noen fundamentet et formelt sett tilstede for å jobbe med mennesker.

En coach bør etter min mening bruke langt mindre tid på å fremme sine egne synspunkter enn å forstå andre, langt mindre gi råd om de ikke blir bedt om det. For å hjelpe noen så må jeg forstå de jeg skal hjelpe. Det blir relativt vanskelig å forstå dem om jeg ikke forstår det de forstår. Det betyr at jeg må stille spørsmål for å forstå og være tydelig med hensikten. Det kan av og til å også være nødvendig med det jeg kaller tøff coaching. Det betyr å være veldig tydelig på sammenhengen mellom årsak, handling, resultat og konsekvens. Det lærte jeg relativt usminket den første gangen jeg som ung politimann sto i en forhandlingssituasjon med noen som ville ta sitt eget liv ved å hoppe ut en fjellside med godt over 100 meter ned til grunnen. Da var det helt nødvendig å være tydelig og ærlig uten å være dømmende; «*Ditt valg, dine konsekvenser*»

Og nettopp det synes jeg er spennende i norsk toppidrett. Er idretten så ærlig og pen som den utgir seg for å være? Er det slik at utøverne får være autentiske? Er det slik at utøverne kan velge selv og erfare konsekvensene? Er det slik at de kan utvikle seg i en viss retning under en viss tid, eller er det krav til umiddelbare resultat? Hvilket press utsettes de for når skader oppstår og trener vil ha dem tilbake så fort som mulig?

Jeg møter ofte utøvere som forteller om en tilstand som ikke er som forventet av dem selv eller omgivelsene. Jeg har jobbet med langt fle e utøvere enn det som er kjent, på toppnivå, fordi dette har måttet foregå i kulissene. Jeg har hørt om fortvilelsen og avmaktfølelsen. Jeg har sittet med utøvere som har vært fortvilet over at de har måttet leve med konsekvensen av valg andre har tatt for dem.

Om ledere og coacher i for stor grad, over tid, forteller utøverne hva de skal gjøre fremfor å la dem velge selv, så forsvinner det autentiske og en sunn utviklingskurve. For hvem er det som egentlig eier sannheten? Sannheten kan ikke være for de få som hierarkisk styrer individer og team. Den er jeg veldig overbevist om at utøverne selv sitter på. De trenger bare litt hjelp når de står fast, møter

problemer eller blir for selv gode. De vet innerst inne hva som er riktig, om den som coacher dem ser det på den måten. For skal utøveren til syvende og sist stå ansvarlig for og leve med konsekvensene av sine valg, prestasjoner og handlinger, så må de jo få velge selv.

Jeg synes jeg bruker foruroligende mye tid på drøfte/utfordre mange utøvers syn på det å kunne ta egne valg når det gjelder egen karriere.

Når det gjelder mitt grunnsyn i forhold til mental trening, så er det å ha få klienter og gode relasjoner. Det er noe ulikt syn på dette i forhold til ulike trenere. Mitt grunnsyn er forankret i at det er en stor forskjell på adferd og personlighet, og at adferd er et produkt av flere psykologiske nivåer hos et menneske. Disse nivåene er tenking, sansing, intuisjon og følelse. Det er praktisk umulig å kunne vite noe om årsaken til adferden dersom du ikke kommer "inn" i personligheten og får vite hva en utøver for eksempel har tenkt eller følt. Og når vi vet at følelser/emosjoner er styrende for hvordan vi forholder oss til ulike situasjoner, er det nødvendig å kunne prate om det. Imidlertid er følelser det mest personlige vi har og det vanskeligste å prate om.

En konsekvens av å slippe noen inn i personligheten, er at du blir sårbar. Du blir sårbar for "prating" bak ryggen dersom du ikke stoler helt og fullt på den mentale treneren. En tillit til hverandre er noe som må bygges over tid og praktiseres, det er verdiløst å prate om det. Man

kan gjerne kalle forholdet et gjensidig avhengighetsforhold hvor sårbarhet aksepteres. Det gjør utøveren uavhengig av tanken om hvordan jeg som trener kan komme til å reagere, og kan betegnes som selvstendig. Slike modne relasjoner frigjør mye mental energi som ellers ville gått med på kontrollere egne utsagn i frykt for liten eller ingen aksept for egen årsaksforklaring til ulike handlinger.

På bakgrunn av det jeg nå har beskrevet vil det være naturlig å hevde at effekten av mental trening skjer over tid og at du med fordel bør skape gode relasjoner til utøveren. En konsekvens av dette er at det ikke finnes en fasit eller sannhet innfor fagfeltet. Det er relasjonen og kjemien mellom trener og utøver, utøverens syn på mental trening og trenerens realkompetanse som vil være avgjørende. Det betyr igjen at det er utøveren som til enhver tid må få avgjøre hvem som skal få "rote" i personligheten. For å sette det i perspektiv; Fravær av utøverens mandat i avgjørelsen om hvem og hvordan kan sammenlignes å få råd du ikke har bedt om av mennesker du ikke kjenner eller liker.

For mange av de utøverne jeg nå jobber med rundt om i verden, så kan ingen annen mental trener kan erstatte vår arbeidsmetodikk eller relasjon med mindre utøveren selv har bedt om det selv. Langt mindre når det snakk om prestasjonsøyeblikket. Det skal utøveren forholde seg til kjente begreper, prosedyrer og rutiner for hindre en antagelse om ubalanse mellom prestasjonskravet og egne ferdigheter, spesielt

dersom det oppstår uønskede hendelser eller svake resultat. Det motsatte skaper stress.

Så hvem trenger en coach og hvem skal være det. Jeg tror utøverne selv skal få bestemme om de vil bruke det eller ikke, og de beste gjør gjerne det. De vil bli sett i kortene og vil at utenforstående skal lete etter detaljer de kanskje ikke er bevisste på selv. Det er ingen skam å snu om det ikke fungerer, verken for coach eller utøver. Det har gjerne mer å gjøre med relasjon og forståelse enn tittel og lokasjon

Når det gjelder hvem som skal være coach eller mental trener for våre egne eller andre lands toppidrettsutøvere, så er det egentlig et godt spørsmål. Jeg har møtt mye motstand og kritiske spørsmål på organisasjonsnivå innen idrett, spesielt i Norge, forankret i min mangel på formell psykologitittel, selv når resultatene har vært gode. I starten var det litt uforståelig, men etterhvert lærte jeg meg til å heve meg over det. Jeg har en forståelse for og respekt for det utnevnte fagmiljøet innen idrettspsykologi fordi jeg tror de er gode på jobben sin. Jeg krever derimot ingen respekt igjen fordi de samme som er kritiske til min mangel på tittel trolig aldri vil få oppleve det å snakke ned en ung jente fra et tre med løkka rundt halsen. I min verden krever det forståelse, empati, ærlighet og hurtige løsningsforslag, spesielt når du i samtalen forstår at den unge jenta har vært gjennom det ultimate helvete. Da betyr liksom ikke tittel så mye.



Kan man drive konkurranseidrett etter et hjerteinfarkt?

■ – *Hjertepasienter bør kun frarådes konkurranseidrett hvis det gir stor risiko for alvorlige hendelser eller sykdomsprogresjon, konkluderer det nyeste posisjonsdokumentet fra eksperter på idrettskardiologi i den europeiske organisasjonen for forebyggende kardiologi.*



Av Anders Revdal

Kommunikasjonsrådgiver
Nasjonal kompetansetjeneste
Trening som medisin

St. Olavs Hospital og Cardiac Exercise
Research Group, NTNU
E-post: anders.revdal@ntnu.no

Posisjonsdokumentet ble publisert i European Heart Journal i fjor. Rådene framstår som noe mindre forsiktige enn i de forrige retningslinjene fra 2005, som kun anbefalte konkurranser innen idrettsformer som gir lav belastning, slik som bowling og golf.

Høy eller lav risiko?

Men hva innebærer egentlig «stor risiko»? Ekspertgruppa, som blant annet inkluderer den norske hjertelegen Erik Ekker Solberg, skiller mellom lav-, og høyriskopasienter. Lav risiko betyr at man ikke har signifikante forandringer i hjertets blodårer, at hjertets pumpeevne/ejeksjonsfraksjon er normal, og at man har minst gjennomsnittlig kondisjon for alderen. Lavrisikopasienter kan dessuten gjennomføre en maksimal oksygenopptakstest uten tegn til iskemi selv ved maksimal belastning, og de plages ikke av hjerterytmeforstyrrelser eller svært regelmessige ekstraslag.

Hvis man derimot har signifikante forandringer, svekket pumpekraft, dårlig kondisjon for alderen, iskemi ved høy belastning eller hjerterytmeforstyrrelser, blir man definert som en høyriskopasient. Det samme gjør man dersom man blir tungpustet og/eller får ST-senkning på EKG når treningsintensiteten er lav, hvis man blir svimmel eller besvimer under eller etter anstrengelse, eller hvis hjertemr viser store arr på hjertemuskel.

Individuell vurdering

Posisjonsdokumentet slår fast at lavrisikopasienter i utgangspunktet kan delta i konkurranseidrett, men ikke før det har gått minimum tre måneder etter behandlingen. Faktorer som stress, temperatur, dehydrering og elektrolyttforstyrrelser kan påvirke risikoen for et nytt infarkt i en konkurranse situasjon med høy intensitet, og det kan være et spesielt behov for restriksjoner i den første fasen etter behandlingen.

Ekspertene råder også til at det tas individuelle hensyn, spesielt for pasienter over 60 år og når det gjelder de idrettsgrenene som krever mest av hjertet og det kardiiovaskulære systemet. Dette kan for eksempel dreie seg om løping, sykling, roing og langrenn. For pasienter som står på dobbelt platehemmende behandling bør også kontaktsporter unngås på grunn av blødningsrisiko. Ifølge anbefalingene bør hjertet til alle pasientene som ønsker å konkurrere sjekkes minst en gang hvert år.

Referanser

Borjesson, M., Dellborg, M., Niebauer, J., LaGerche, A., Schmied, C., Solberg, E. E., Halle, M., Adami, P. E., Biffi, A., Calet, F., Caselli, S., Papadakis, M., Pressler, A., Rasmussen, H., Serratos, L., Sharma, S., van Buuren, F., & Pelliccia, A. (2018). Recommendations for participation in leisure time or competitive sports in athletes-patients with coronary artery disease: a position statement from the Sports Cardiology Section of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *European heart journal*, 40(1), 13-18.



Fartstrening, sammenheng mellom power og styrke



Av Alexander Mendis
Fagansvarlig kraft/styrke
Prestasjonstrener
Klinikk24

E-post: alexander.mendis@k24.no

■ *I tidligere artikler som jeg har skrevet for tidsskriftet så har vi gått overfladisk over konseptene “Styrke” og “Power.” Som tidligere diskutert er “power” grovt sett et produkt av “styrke” x “velocity.”*

Kort avklaring av begrep Speed/fart og velocity. Speed kan enkelt forklares som velocity uten retning, mens velocity er speed i en gitt retning. Altså Speed er hvor raskt et objekt forflytter seg, mens velocity er hvor raskt et objekt forflytter seg i en gitt retning.

Det er nok ingen tvil at uavhengig av idrett er fart/velocity en avgjørende “vinnende” egenskap. Den som treffer først har som oftest fordel. Fekting og en del andre kampsporter i såkalt “point fighting” handler hovedsakelig om å touche den andre først. Men fartens sjarm ender jo ikke der. I stort sett all idrett er det en stor fordel å være raskest.

For å avgrense denne artikkelen vil vi hovedsakelig snakke om speed og velocity med tanke på felt og hallidrett. Det er helt klart at både svømming, hockey og ski også har enorme behov for å generere fart, men det avhenger også av en del annen fysikk som gjør kravene er betydelig annerledes sammenlignet med løping/sprinting.

Den raskeste veien mellom to punkter vil alltid være en rett linje. Derfor skal vi i denne artikkelen forholde oss til lineær bevegelse.

En lineær sprint består av 3 faser. Start, akselerasjon og maksimal velocity.

Start

Første fase i en sprint er avhenger stort sett av eksplosiv styrke og noen vi kan kalle for “startstyrke”. I en sprint er man så heldig at man starter i blokkene. En forutsigbar start, mens man i de fleste baneid etter er nødt til å starte ut ifra et mangfold av posisjoner styrt av tilfeldigheter.

Uavhengig av startposisjon er atleten nødt til å stoppe sitt momentum, eller “bryte imot” kreftene som av sin egen kroppsvekt og dens “treghet/inerti.”

Akselerasjon:

Innenfor lagidrett på bane/hall er nok akselerasjon ene og alene kongen blant målbare fysiske attributter. I disse idrettene er det hovedsakelig kortdistanse (10 - 30 m) sprint som gjelder. En signifikant forskjell på akselerasjon i lagidrett vs 100 m sprint er hvordan man ønsker å akselerere. I lagidrett ønsker man som oftest å nå toppfart så fort som mulig, mens man i en 100m sprint ønsker å oppnå maksfart litt senere (rundt 60-80m). Det sier seg selv at en fotballspiller ikke har tid til å bygge akselerasjon gradvis siden hans sprint er en reaksjon på enten ball eller en annen spillers bevegelse.

Med det i tankene er det ønskelig at mesteparten av et lags sprintfokus bør være rettet mot akselerasjonstrening (14).

Maksimal Velocity:

Maksimal velocity oppstår etter akselerasjonsfasen, når atleten har oppnådd sin maksimale fart. I friidrett er det den utøveren som oppnår maks fart ved rett tidspunkt, og ikke minst klarer å opprettholde maksfarten lengst som vinner. Maksimal sprinthastighet trenes sjeldent i en lagsportsetting. Den spesifikke ferdighetsoverføringen er nok ikke spesielt relevant, men det kan argumenteres at den generelle fysiske stimuli som maksimal velocity trening gir vil være nyttig. Det er ikke veldig mange øvelser som er så stimulerende både for nervesystemet og musklene. (9,14)

Sprinttrening:

Stort sett alle fotball- og håndballtrenere er opptatt av at de ønsker raske spillere. De krever at atletene skal bli raskere. Dette selv om, sett ut ifra min egen erfaring og observasjon, ikke alltid gjøres nok for å legge til rette for økt fart hos utøverne sine. Noen ganger gjøres det “grep” som kan virke destruktivt for fartsutvikling hos en utøver, men som gjerne gir en ekstrem belastning. I disse

tilfellene er det for eksempel ukontrollert bruk av hoppøvelser og lignende. Dette inkluderer å bruke avanserte hoppeøvelser på utøvere med lav relativ styrke.

Personlig så tror jeg det kan skyldes mangel på praktisk kunnskap fremfor at man ikke ønsker å implementere slik trening. Mengdetrening på sprint med maksimal "innsats" gir dessverre dårlig fartsutvikling. Eksempler på dette kan være alt ifra sirkeltrening med "hurtighetsøvelser", til drag med ufullstendige restitusjon og hvile mellom settene. Reell fart/hurtighets/velocity trening oppstår i fravær av fatigue. Er atleten sliten kan han eller hun umulig gi et maksimalt fysisk output. Og er det ikke maksimalt fysisk output, så øker man ikke i hurtighet heller.

Ønsker man å drive reell fartstrening må man ligge på 95% + av sin beste distansetid, og samtidig ha god tid til å hente seg inn i mellom settene. For hver 10 m med sprint så bør man ha 30-60 sekund hvile. Jo raskere en atlet er jo lengre må pausen mellom innsatser være.

Brannfakkell:

Tidligere nevnte jeg at trenere faktisk er med på å gjøre utøverne sine treige. Dette fordi det har vist seg at sprinttrening gjort med mye "innsats" fra utøveren gjør sprinten dårlig. Dette har nok mye med at sprinting, som de fleste eksplorative øvelser, er avhengig av fle e velkoordinerte bevegelser. Man er avhengig av at noen muskler kontraherer raskt og maksimalt, mens andre skal «slappe av».

Man har sett at atleter på elitenivå er 200% raskere på å avspenne muskulaturen sammenlignet med en amatør. Dette kan tyde på at muskelavslapningshastighet, altså hvor raskt man avspenner etter kontraksjon for å ikke skape brems med spente antagonister, spiller en viktig rolle i utviklinga av maksimal hastighet (3)

Viktigheten at tid, i utvikling av fart

Om man skal drive på med utvikling av fart på en utøver er det essensielt å måle tiden. Uten og faktisk vite tiden som atleten bruker på en gitt distanse, så vet du ikke om økta gjør dem tregere eller raskere. Som jeg nevnte tidligere; "utøveren må ligge på 95% + av sin beste tid." I en fotballsammenheng der man kanskje driller 15 m sprint, sier det seg selv at det gir liten nytte å begynne med en manuell stoppeklokke. De fleste løper m e raskere med stoppeklokke. Denne "unøyaktigheten" kan være forskjell på en "god" og en "dårlig" sprint.

Utvikling av fart er et spørsmål om kvalitet. Om man ser at atleten faller under akseptkriteriene på tid så stopper man den atleten, uavhengig av hvor mange sprinter/drag du har planlagt på papiret. De raskeste vil nok som oftest også klare færrest drag før cutoff

Velocity, power, strength - Hills Kurven

I tidligere artikler har vi diskutert power, force/strength, og i denne tar vi for oss speed/ velocity. Det som er viktig å forstå er at alle tre elementene, på tross av vilt forskjellige plasseringer på Hills kurven, spiller en viktig rolle i utviklingen av en atlet som ønsker å utvikle fart. Skal man ha langsiktig utvikling av en atlet er man derfor nødt til å dosere disse 3 elementene riktig. For mye av eller for lite av et av elementene vil både være negativt for ønsket treningseffekt og sannsynligvis øke risiko for belastningskader.

Det vi egentlig står igjen med da er hvordan vi avgjøre hva som skal trenes og når. Svaret er todelt. Det kommer an på atleten og hvilke attributter som er godt utviklet hos den enkelte. Hvor de er i sesongen etc, Men viktigst er nok strength- and conditioningcoachens vurdering. Forskning og empiri er kjempeviktig, men ofte glemmes noe som dessverre ikke lar seg konkretisere like enkelt. La oss kalle det "the art of coaching".

Det er noe som utvikles over tid og gir erfaring. Gode coacher kommer fra mange yrkesgrupper, alt i fra fysio, medisin, til pt'er osv, men vi må være enige i at det å være fysioterapeut, eller å inneha master i bevegelsesvitenskap/idrett ikke tilsvarer å være en god coach. I samme gate publiseres det mye forskning hvor det f.eks ikke er definert dybde, eller tatt bilder av start- og sluttposisjon i knebøy. Med andre ord kan man ikke alltid være sikker på at en knebøy alltid er en knebøy.

Min favoritt for å belyse dette er enormt korte styrkeintervensjoner som ikke er gjennomført over nok tid til at atleten mestrer testøvelsen (ofte knebøy) godt nok til å løfte tungt. Studiene avsluttes i det kompetansenivået til atleten endelig er klart for å begynne reell trening. Mitt inntrykk er derfor at det i enkelte studier konkluderes med at styrketrening ikke har effekt på hurtighet, dessverre på feil grunnlag.

Referanser

1. Baker D. Using Strength Platforms for Explosive Performance. In: Joyce D, Lewindon D, editors. High Performance Training for Sports. Champaign (IL): Human Kinetics; 2014. p. 127-144.
2. Cormie P, McGuigan MR, Newton RU. Adaptations in athletic performance after ballistic power versus strength training. *Med Sci Sports Exerc.* 2010;42(8):1582-98.
3. Dietz C, Peterson B. Triphasic training: A systematic approach to elite speed and explosive strength performance. *Bye Dietz Sport Enterprise*; 2012.
4. Francis C, Patterson P. The Charlie Francis Training System. TBLI Publications; 1992.
5. Hansen D. Successfully Translating Strength Into Speed. In: Joyce D, Lewindon D, editors. High Performance Training for Sports. Champaign (IL): Human Kinetics; 2014. p. 145-166.
6. Jeff eys I. Gamespeed: Movement training for superior sports performance. Monterey (CA): Coaches Choice; 2010.
7. Jeff eys I, Moody J, editors. Strength and Conditioning for Sports Performance. New York (NY):Routledge; 2016.
8. Kraaijenhof H. Muscle Fiber Specific Training. In: Thome M, eMayo J, White A, editors. Central Virginia Sport Performance: The annual (Vol. 1). Richmond (VA): Central Virginia Sports Performance; 2016.
9. Kraaijenhof H. What We Need Is Speed: Scientific ractice of Getting Fast. Ultimate Athlete Concepts; 2016.
10. Mann B. Velocity-Based Training In Season. In: Thome M, eMayo J, White A, editors. Central Virginia Sport Performance: The annual (Vol. 1). Richmond (VA): Central Virginia Sports Performance; 2016.
11. Markovic G. Does plyometric training improve vertical jump height? A meta-analytical review. *British J Sports Med.* 2007;41(6):349-55.
12. Newton RU, Rogers RA, Volek JS, Häkkinen K, Kraemer WJ. Four weeks of optimal load ballistic resistance training at the end of season attenuates declining jump performance of women volleyball players. *J Strength Cond Res.* 2006;20(4):955-61.
13. Simmons L. Westside Barbell Book of Methods. Westside Barbell; 2000.
14. Smith J. Applied Sprint Training. James Smith; 2014.
15. Stone MH, Cormie P, Lamont H, Stone M. Developing strength and power. In: Jeff eys I, Moody J, editors. Strength and Conditioning for Sports Performance. New York (NY):Routledge; 2016.
16. Strength Power Speed Web site [Internet]. British Columbia (CA): Strength Power Speed: High Performance Training; [cited 2016 Oct 23]. Available from: <http://www.strengthpowerspeed.com/the-complete-system/>
17. University of Minnesota Duluth Web site [Internet]. Duluth (MN): University of Minnesota Duluth; [cited 2016 Oct 23]. Available from: <http://www.d.umn.edu/~dmills1a/courses/motorlearning/documents/chapter03f2012.pdf>
18. Verkhoshansky Y, Verkhoshansky N. Special strength training: manual for coaches. Rome (IT): Verkhoshansky; 2011.
19. Verkhoshansky Y, Siff MC. Supertraining. 6th ed. Verkhoshansky; 2009.
20. Yessis M. Explosive Plyometrics. Ultimate Athlete Concepts; 2009.



Av Stine Fjerdumsmoen
Spesialist i Allmenntmedisin
Sydsiden Legesenter

E-post: stine@sydsiden.no

Rapport:

Kurs – idrettsmedisin trinn 3: Avansert idrettsmedisin

19-20 september 2019 ble kurset «Trinn 3 Idrettsmedisin: Avansert Idrettsmedisin» arrangert på NIMI, Ullevål Stadion. Kurset arrangeres som ett samarbeid mellom NIMF og FIFA. Engasjerte fysioterapeuter og leger var samlet for to fulle dager med idrettsmedisinsk påfyll.

Hovedtema for kurset var denne gangen var Lagidretter.

Dag 1 startet med to inspirerende foredrag om hvordan man skal bygge gode lag. Det var en fornøyelse å lytte til foredragsholderne Fredrik Bendiksen og Mads Kaggestad, henholdsvis lege og deltaker på noen av verdens beste lag.

Fredrik Bendiksen er en av Norges mest meriterte idrettsmedisinere. Han har bred erfaring både fra idretten og næringslivet i forhold til ledelse av gode team. Han holdt ett inspirerende foredrag om hvordan man med motivasjon, riktig og felles målsetting, god kommunikasjon, systematikk, endringsvilje og god ledelse kan være med på å skape verdens beste lag.

Mads Kaggestad har vært en del av ett av verdens beste sykkellag. Han gav oss ett morsomt og interessant innblikk i sykkelsportens historie, samt sykkel som en lagidrett bestående av lag med individualister – og utfordringer i forhold til dette.

Hovedtema for dag 1 var **Hodeskader i Idretten**. Dette er ett tema som har vært behøring omtalt på idrettsmedisinske kurs og kongresser de siste årene. Mye forskning har blitt gjort spesielt innenfor fotball, men også innenfor andre idretter som ishockey, snowboard og kampsport.

Stian Bahr Sandmo og Ingunn Riise Kirkeby gav oss en innføring i hjernens patofysiologi; hovedsaklig hva som skjer ved gjentagende støt mot hodet. Det er usikkerhet omkring hvor mye hjernen tåler av gjentagende støt, og de gav oss

informasjon om pågående forskning i forhold til dette.

I forkant av dette hadde vi fått møte Gøran Sørloth, som gav oss en ærlig og sterk historie om hans senvirkninger av gjentatte hodestøt. Han fortalte åpent om en hverdag med kronisk hodepine, redusert kapasitet og redusert kognitiv kapasitet på fle e områder.

Han var veldig tydelig på det medisinske støtteperso-



nelles rolle i lagidrettene. Viktigheten av å gi klare begrensninger for utøvere som blitt utsatt for hodetraumer, på tross av press fra utøver selv, trener og andre omkring laget/klubben.

Joachim Walltin fra NISO informerte tilslutt om Idretts Karrieresenter, og deres tilbud til utøvere når karrieren er over.

DAG 2 hadde som hovedtema Restitusjon og Ernæring.

Foreleser Martin Norum var ett nytt ansikt for mange av deltagerne. Han har mastergrad i Idrettsernæring, og er utdannet personlig trener. Han snakket primært om restitusjonsernæring.

Ståle Pallesen er søvnforsker og professor ved Universitetet i Bergen.

Han gav oss en innføring ulike søvnstadier og søvnforstyrrelser. Han kunne vise til søvn som en viktig faktor for å prestere, spes i utholdenhetsidretter, samt for å redusere skadefrekvens. Han fortalte også om hvordan man jobber med utøverne og deres søvnforykning i forhold til konkurranser i andre tidssoner.

Anders Heen er spesialist i idrettsmedisin og lege på kombinertlandslaget. Han gav oss en innføring i behandling av de vanligste infeksjonene, og hvordan tilpasse trening i perioder med sykdom.

Tilslutt fikk vi møte t ener **Christian Berge** og fysioterapeut **Harald Markussen** fra det norske herrelandslaget i håndball. Deres arbeid og samarbeid kan lære oss mye om hvordan man skal bygge gode lag.

Totalt sett fikk vi p esentert ett innholdsrikt, interessant og inspirerende kurs! Mange erfarne idrettsmedisinere som deltagere gav gode refleksjoner og diskusjoner hele kurset igje - nom, noe som løftet kurset ytterligere.

Kan anbefales på det varmeste!



KONGRESSKALENDER

2020

MARS

12.-14.3

IOC WORLD CONFERENCE ON PREVENTION OF INJURY & ILLNESS IN SPORT 2020, MONACO

[HTTP://IOC-PREVENTIONCONFERENCE.ORG](http://ioc-preventionconference.org)

19.-20.3

OPTIMAL LOAD, ULLEVAAL STADION

[HTTPS://WWW.TRIPPUS.NET/OPTIMALLOAD20/DELTAKERTIDLIG](https://www.trippus.net/optimalload20/deltakertidlig)

MAI

26.-30.5

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE 67TH ANNUAL MEETING 2020, SAN FRANCISCO, USA

[HTTP://WWW.ACSMANNUALMEETING.ORG/PAST-MEETINGS/FUTURE-MEETINGS/](http://www.acsmannualmeeting.org/past-meetings/future-meetings/)

OKTOBER

6.-8.10

IIFOMT 2020 MELBOURNE AUSTRALIA

[HTTPS://IFOMPTCONFERENCE.ORG](https://ifomptconference.org)

NOVEMBER

6.-8.11

IDRETTSMEDISINSK HØSTKONGRESS 2020, SANDEFJORD

[IMHK2020.COM](http://imhk2020.com) (NETTSIDE IKKE AKTIV ENDA)

Interessert i fle e utenlandske kongresser? Sjekk denne siden:

<http://www.medical.theconferencewebsite.com/conferences/sports-medicine>

Tips oss gjerne om spennende kongresser!