

# IdrottsMedicin

4/13

SVENSK FÖRENING FÖR FYSISK AKTIVITET OCH IDROTTSMEDICIN

Handikappidrott –  
idrott i utveckling



# SFAIM – en förening i medvind

När jag nu skall skriva ledaren till nya numret av Svensk Idrottsmedicin, har höstmörkret börjat sänka sig. Denna period är kanske årets mest intensiva jobbmässigt för oss alla, men förhoppningsvis hinner vi stanna upp tillräckligt för att njuta av stunden. Eller varför inte umgås med vänner och nära och kära. Jag läste precis en holländsk studie som visade att ju mer vi "facebookade", desto mer deprimerade och ensamma blir vi. Det enda reellt sociala, är enligt författarna att träffas för att umgås "face-to-face" (ja, man gjorde så förr, på typ 1990-talet...).

Passa också på att glädjas litet med Svensk Idrottsmedicinsk förening som är i medvind på flera plan. Vi ökar medlemsantalet igen i år, och är nu >1 300 medlemmar i huvudföreningen, samtidigt som vi lanserat samarbetet med British Journal of Sports Medicine (BJSM). Tack alla medlemmar som kontaktat Minna på kansliet för att meddela sin mailadress. Ni skall nu ha fått era login-uppgifter för att komma åt tidningen.

## *Stora utmaningar*

Vi har nyligen lanserat några nyheter för att öka interaktionen mellan våra företagsmedlemmar och övriga medlemmar, t.ex. i samband med vårmötet. Men, vi har också stora utmaningar att hantera. Som ett resultat av att Svenska Läkaresällskapet ändrat formerna för den årliga Riksstämman i

början på december, kommer vi att behöva tänka nytt. Förhoppningsvis kommer ändå många av sällskapets medlemmar som tillhör SFAIM till Medicinska Riksstämman Stockholm Waterfront 5-6 december 2013, till två intressanta symposier, om UEFA-skadestudier och Barn och idrott.

Men de vetenskapliga postersessionerna, avsedda för våra unga forskare, kommer tills vidare att hållas enbart på SFAIMs vårmöte, nästa gång i Stockholm, 8-10 maj, 2014. I framtiden blir detta vårmöte, ett ännu viktigare tillfälle för vetenskap och för att träffas "face-to-face"... Vad vi dock har att jobba med, och som diskuterades flitigt på styrelsens strategimöte i september, är behovet av att öka antalet yngre medlemmar, inte minst unga läkare.

Detta nummer av tidningen beskriver bredden i föreningens intresseområden, med artiklar kring traumatologi och skador (två nya avhandlingar), doping i samhället, handikappidrottsmedicin samt flera artiklar om Riksidrottsförbundet (RF) och deras elitidrottsavdelning.

RF har under hösten lanserat "Rådet för Idrottarens hälsa och prestation", där också SFAIM finns representerat, tillsammans med flera andra organisationer som SOK och CIF. Detta råd kan förhoppningsvis öka samarbetet kring gemensamma frågor, som riktlinjer för barn- och ungdomsidrott, hjärtscreening (nya rekommendationer från RF på gång) m.m. SFAIM ser mycket positivt på detta samarbete.

Kör hårt i höststormarna, nu är fotbollen slut och bandyn kan börja. Heja GAIS!

*Mats Börjesson*





## Svensk IdrottsMedicin

Organ för Svensk Förening för  
Fysisk Aktivitet och Idrottsmedicin  
Nr 4 2013, Årgång 32  
ISSN 1103-7652

Svensk Förening för Fysisk Aktivitet  
och Idrottsmedicin  
Tuna Industriväg 4, 153 30 JÄRNA  
Tel: 08-550 102 00  
Fax: 08-550 104 09  
kansli@svenskidrottsmedicin.se  
www.svenskidrottsmedicin.se

### Ansvarig utgivare

Mats Börjesson

### Chefredaktör

Anna Nylén  
Tel: 073-640 08 90  
redaktor@svenskidrottsmedicin.se

### Redaktionsråd

Jon Karlsson, Tönu Saartok, Eva  
Zeisig, Carl Johan Sundberg, Ann-  
Kristin Andersson, Helena Wallin,  
Joanna Kvist och Jessica Norrbom.  
Redaktionen förbehåller sig rätten  
att redigera insänt material.

### Grafisk form

Sam Björk

### Utgivningsplan

|      | manusstopp | utgivning |
|------|------------|-----------|
| 1/14 | 6/12 2013  | 14/2 2014 |
| 2/14 | 3/3 2014   | 15/4 2014 |
| 3/14 | 18/7 2014  | 15/9 2014 |

Tidningen trycks i 2 000 ex och  
ingår i medlemsavgiften på 725 kr.  
Prenumeration för delförenings-  
medlem: 250 kr.

### Annonser

kansli@svenskidrottsmedicin.se

### Tryckeri

Edita Västra Aros AB  
Box 721, 721 20 VÄSTERÅS

### Adressändring

Meddela SFAIM:s kansli så att vi  
kan uppdatera vårt och delföre-  
ningarnas register.

### Omslagsbild

Martin Naucélér

# Innehåll

## 4 Handikappidrott - idrott i utveckling

*Under sex årtionden har handikappidrotten gått från att vara något som hade en undanskymd plats i sjukvården till att bli en världsomspännande rörelse: The Paralympic Movement.*

## 8 Intervju med Peter Mattsson

*Peter Mattsson, chef för Riksidrottsförbundets elitidrottsavdelning har en stark tro på att svensk elitidrott kan bättre.*



## 13 Doping i samhället

*Tester och ett allt strängare regelverk bidrog till en markant minskning av dopade idrottsmän och -kvinnor.*



## 23 Friidrottare får räkna med smärta

*Den största delen av de aktiva tycker att smärtan är ett måste för att nå framgång, samtidigt som de anser att den är ett tecken på att något är fel.*

### Nya avhandlingar:

## 17 Utvärdering av ny kirurgisk teknik vid ACL-skada

## 20 Förekomst av skador inom svensk friidrott

## Samarbeta med Svensk Förening för Fysisk Aktivitet och Idrottsmedicin

Det finns flera alternativ för dig som vill bli samarbetspartner till Svensk Förening för Fysisk Aktivitet och Idrottsmedicin. Kontakta kansliet för information: kansli@svenskidrottsmedicin.se eller ring Ann-Kristin Andersson tel 08-550 102 00

### Huvudsponsor

Ortolab AB, Jörgen Wiklander  
E-post: jorgen@ortolab.se



### Övriga samarbetspartners

Centrum för Idrottsforskning, Christine Dartsch  
E-post: christine.dartsch@gih.se eller cif@gih.se



Baurfeind Nordic AB, Katarina Westerlund  
E-post: katarina.westerlund@bauerfeind.se



Otto Bock – Rehband, Jennie Öhman  
E-post: jennie.ohman@ottobock.se

ottobock.

Concept Träningsredskap AB, Bo Ekros  
E-post: bo.ekros@concept.se



Folksam, Lena Lindqvist  
E-post: lena.lindqvist@folksam.se



# Handikappidrott – idrott i utveckling

*Paralympics i London för ett år sedan visade hur mycket som hänt sedan starten för elithandikappidrotten för över 60 år sedan. Då, 1948, deltog 16 ryggmärgsskadade i en bågskytteturering under sin rehabilitering, mycket för att fördriva tiden. Nu, under spelen 2012 deltog 167 länder och över 4200 aktiva – det gör Paralympics till världens näst största idrottsevenemang alla kategorier. Under dessa sex årtionden har handikappidrotten gått från att vara något som hade en undanskymd plats i sjukvården till att bli en världsomspännande rörelse: The Paralympic Movement.*

Av Jan Lexell

Med tolv medaljer, fyra av varje valör, blev Sverige bästa nordiska nation, och på flera sätt blev spelen i London det mest framgångsrika för Sverige. Men det var Jonas Jacobsson, vår svenske skytt som än en gång utmärkte sig. Med sitt 17:e guld sedan debuten 1980 har han skjutit ihop sammanlagt 30 medaljer, minst en under vart och ett av de nio Paralympics han har deltagit i. Det gör Jonas inte bara till Sveriges utan hela den paralympiska rörelsens



*Jan Lexell, professor i rehabiliteringsmedicin, Lunds universitet. Överläkare, Skånes universitetssjukhus i Lund. Förbundsläkare och medicinskt ansvarig, Svenska Handikappidrottsförbundet och Sveriges Paralympiska Kommitte. Tidigare chefredaktör Svensk Idrottsmedicin.*

meste guldmedaljör. Men så ligger det år av hårt arbete bakom, ofta mer än sex timmars träning varje dag i månader inför ett spel. Handikappidrott är med andra ord elitidrott!

## Framgångsrikt

Sverige har alltid varit en framgångsrik nation inom handikappidrotten. Under flera decennier tog duktiga handikappidrottare medaljer i olika grenar. De senaste åren har stora länder runt om i världen satsat mycket på att utveckla handikappidrotten och idag är det Kina och Ryssland som dominerar. Under det senaste spelen toppade de båda länderna med 131 guld och över 300 medaljer tillsammans. Som trea i medaljligan kom Storbritannien med 34 guld. Av förklarliga skäl satsade landet mycket på spelen när det nu kom att hållas på hemmaplan, och gjorde inte bara idrottsligt ett fantastiskt spel utan även sportsligt. Att Paralympics en gång startade i England på Stoke Mandeville Hospital uppmärksammades – paralympicsmaskoten hette just Mandeville. Intressant var att även flera länder i Östeuropa, Afrika och Asien, som vi kanske inte förknippar med goda villkor för funktionshindrade, placerade sig långt framme i medaljligan.

## Förbund från bredd till elit

Svenska Handikappidrottsförbundet (SHIF), som organiserar stora delar av

handikappidrotten, är ett specialförbund (SF) inom RF. SHIF är genom sin verksamhet också som ett RF för handikappidrotten. En annan roll är också dess Paralympiska kommitté (SPK), motsvarigheten till Sveriges Olympiska Kommitté, som har hand om den paralympiska rörelsen. En tredje del är Special Olympics, som organiserar personer med utvecklingsstörning (*intellectual disabilities*). Det är i första hand inriktat mot bredd- och motionsidrott, och internationellt är 175 länder och över 3 miljoner aktiva anslutna.

## Spelar med ögonskydd

SHIF/SPK organiserar idrotten för personer med rörelsehinder (t.ex. ryggmärgsskadade och amputerade), synskada eller utvecklingsstörning. Man har ansvar för 18 egna idrotter, varav 12 är paralympiska. 18 idrotter är organiserade inom andra förbund, varav 11 av dessa 18 är paralympiska.

Inom handikappidrotten finns många idrotter och grenar som är desamma som inom vanlig idrott, men en del utförs i rullstol, andra med olika utrustning (t.ex. utförsåkning och längdåkning). Sedan finns flera idrotter särskilt utvecklade för personer med funktionsnedsättning. Ett exempel är goalball, där synskadade spelar med ögonskydd och en boll med inbyggd klocka som man orienterar sig efter.



*Christoffer Lindbø, 2006 förlorade han en arm och båda benen i en tågolycka. Sedan 2008 elitsimmare med två Paralympics bakom sig. Foto Karin Naucér*

På sikt är målet att all handikappidrott ska bedrivas inom varje enskilt förbund och därmed ska all idrott för personer med funktionsnedsättning integreras i den vanliga idrotten. Ett stort och omfattande arbete som nyligen påbörjats och som kommer att ta flera år. Den kunskap som idag finns inom SHIF/SPK om handikappidrott kommer att behövas i detta integreringsarbete, så våra roller utifrån det handikappidrottsmedicinska kommer att vara användbart under överskådlig framtid.

#### **Långsiktig satsning**

Inför Paralympics i London 2012 gjorde SHIF/SPK en stor satsning på att vidareutveckla verksamheten, allt för att stödja de aktiva inför och under spelen. En ny struktur för truppleddningen byggdes upp, nya tjänster tillkom och bland annat den medicinska verksamheten kunde utvecklas. Som förbunds-läkare och medicinskt ansvarig var jag med i detta arbete och en av sex personer i vår truppleddning. Vi kunde göra flera viktiga satsningar för att stödja de aktiva i sina förberedelser inför Lon-

don. Det arbetet har vi sedan i byggt vidare på och har tagit med oss viktiga erfarenheter inför nästa års Paralympics i Sochi, Ryssland.

Utöver den medicinska funktionen skapades också en psykosocial funktion. I den ingick flera mentala rådgivare och idrottspsykologer, och deras uppgift blev att inför spelen stödja de aktiva i den mentala förberedelsen.

#### **Elitidrottsförsäkring för paralympicskandidater**

Ett inte så litet problem för en del aktiva har varit kontakten med sjukvården när en skada har uppstått. Att gå till den vanliga sjukvården har oftast inte varit möjligt. Kunskapen om personer med funktionsnedsättning är begränsad. Har dom dessutom en skada, som inte stämmer med vad man tidigare sett, så har de aktiva upplevt svårigheter att komma tillbaka så snabbt som dom önskat.

Tillsammans med vår huvudsponsor Folksam kunde vi ta fram en elitidrottsförsäkring, en så kallad vårdkostnadsförsäkring, som ger de aktiva möjlighet att söka privat vård och få snabb hjälp. Vi kunde kopiera den försäkring som SOK hade tagit fram för sina aktiva och med en del justeringar har alla kandidater till Paralympics anslutits till den.

För flera personer har det inneburit



*Niklas Almers (mitten), friidrottare med 100 m rullstol som specialitet. Har 25 VM-guld och siktet inställt på Rio 2016. Foto Karin Naucér*

väsentligt kortare vårdtider, en snabbare diagnos och åter i träning och tävling med enbart ett kort uppehåll. Den aktive får ersättning för sina utlägg, resa, undersökningar och kopplat till försäkringen är även rehabilitering.

### Privata vårdgivare

En långsiktig ambition vi har inom förbundet är att ta fram en katalog med privata vårdgivare som har både idrottsmedicinsk kompetens och kunnande samt förstår handikappidrottens särskilda villkor. Med start i fjol hade vi en utbildningsdag om handikappidrottsmedicin, och vad det innebär att träna och tävla med en funktionsnedsättning. Personer med minst steg 2-utbildning i idrottsmedicin kan efter genomgången kurs ansöka om att bli upptagna på förbundets lista över vårdgivare dit handikappidrottare kan vända sig. Denna lista ska på sikt också kopplas till Folksamns vårdkostnadsförsäkring. Allt för att trygga kvalitet och kompetens i omhändertagandet.

### Den gyllene generationen

Mycket av den satsning som gjorts de senaste åren är tack vare det ekonomiska stöd som flera stora och tunga sponsorer bidrar med. SPK genom sitt Lag Paralympics har kunnat bygga upp en

stabil grund för en långsiktig satsning på unga handikappidrottare. Just satsningen på unga – den så kallade ”gyllene generation” hoppas vi ska ge utdelning under de kommande fem till tio åren.

Ett led i satsningen på just unga handikappidrottare är den elitidrottsskola som förbundet dragit igång under 2012. I den första kullen med 25 handikappidrottare genomförs samlingar flera gånger per år och målet är att ge dessa idrottare en bra grund att stå på inför sin satsning på väg mot Paralympics.

En del i denna skola är också en grundläggande medicinsk utbildning som vi i den medicinska verksamheten ansvarar för. Bland annat kommer de aktiva att få föreläsningar och praktiska övningar i hur man tar hand om enkla skador och hur man gör när förkylningen slår till.

Varje aktiv kommer att få en väska fylld med förbandsmaterial och en del receptfria läkemedel, samt utbildas i hur man ska använda dessa. Tillsammans med elitidrottsförsäkringen och kontaktuppgifter för att vid behov kunna höra av sig hoppas vi kunna skapa bästa förutsättningar ett snabbt och bra omhändertagande när väl en skada eller sjukdom uppstår.

### Forskning och utveckling

Handikappidrott i kombination med idrottsmedicin har gjort att vi lanserat begreppet ”handikappidrottsmedicin”. För mig som hållit på med idrottsmedicin ända sedan jag började läsa till läkare och med den vardag jag har som rehabiliteringsmedicinare (och med det arbete med personer med funktionsnedsättning), så kan jag se en stor utvecklingspotential för ämnet.

Handikappidrott inrymmer allt från betydelsen av idrott som en del i rehabilitering, till funktionshindrades möjligheter att idrotta, och ytterst paralympisk idrott som elitidrott. Här finns också stora utvecklingsmöjligheter inom forskningen.

Internationellt har det börja komma allt fler studier inom flera olika områden. Jämfört med andra idrottsmedicinska områden är forskningen inom handikappidrottsmedicin i sin linda.

Vi i Sverige har en lång tradition av idrottsmedicinsk forskning. Det är min personliga ambition att tillsammans med andra duktiga forskare sätta Sverige på kartan även inom detta område!



*Sjätteplatsen i Paralympics 2012 följdes upp med EM-guld 2013 för det svenska rullstolsrugbylaget. Foto Karin Naucclér*

*Peter Mattsson, chef för RF:s elitidrottsavdelning*

# Svensk elitidrott kan bättre

*Med en tro på att svensk elitidrott kan bättre leder Peter Mattsson Riksidrottsförbundets elitidrottsavdelning.*

*– Jag tror att vi med lite smartare lösningar och bättre samarbete kan skapa bättre förutsättningar. Vi behöver jobba smartare och utnyttja den kompetens som finns.*

**Av Anna Nylén**

## **Vad är syftet och målet med RF:s elitidrottsavdelning?**

Man kan gå tillbaka till 2009 när pengarna som kom att göra en möjlig elitidrottssatsning blev tillgängliga att använda. Den samlade elitidrottssatsningen kom till tack vare att svenska spel gjort ett överskott som regeringen beslutade låta idrotten göra en satsning på elit. Det blev en satsning som skulle ledas av Riksidrottsförbundet (RF) och göras tillsammans med Sveriges olympiska kommitté (SOK), Sveriges paralympiska kommitté (SPK) och specialidrottsförbunden (SF). Syftet var att "stärka svensk idrotts internationella konkurrenskraft". Det som var nytt 2009 var att man kunde dela ut ett särskilt elitstöd i pengar till specialidrottsförbunden.

2011 skapade RF en särskild avdelning för elitidrott. Erbjudandet var det ekonomiska stödet och en stärkt elitidrottsavdelning med kompetensstöd för att stärka specialidrottsförbundens egen verksamhet.

## **Vilka är kompetensstödet styrkor?**

Styrkorna varierar med vilket kompetensområde det är. Fysiologi är traditionellt det starka området inom svensk idrottsforskning och även inom svensk idrott. Något som tillkom i den här satsningen var möjligheten att skapa en starkare vetenskaplig förank-

ring. Området idrottsnutrition tillfördes som vårt nyaste kompetensområde. Styrkan generellt är nog att skapa lärdom mellan olika specialidrottsförbund. Det är en del i det här stödet som vi vill ge. Vi har personer som kan ge utbildning och föreläsningar men också skapa mötesplatser och nätverks-träffar.

Det vi benämner idrottsmedicin är framförallt rehabilitering och preventivt arbete. Det handlar om att höja kunskapsnivån i specialidrottsförbunden via utbildningsinsatser men också om att utföra viss egen forskning, dra nytta av annan forskning och se till att kunskapen höjs inom idrotten. Vi tror att det går att förebygga skador och ta hand om idrottsskador på bättre sätt.

## **Vilka är verksamhetens svaga sidor?**

Den stora svagheten är att behovet vid överstiger resurserna. Svensk idrott bedrivs i ganska stor omfattning på knappa finansiella resurser. Pengarna räcker till tävling och träningsverksamhet. När det gäller stödresurser är det lätt att specialidrottsförbunden tänker att det där har vi inte råd med. Den största utmaningen är att hitta vägar för att stödsatser på något sätt ska nå fram där de behövs. En av våra uppgifter är att skapa bryggan, se till att akademisk kunskap och praktisk idrott får mötesplatser och får lära av varandra.

## **Vad är du inte nöjd med i kompetensstödet?**

Jag skulle säga att vi behöver återinrätta en struktur för ett utbildningssystem för svensk idrottsmedicin och vi behöver skapa ett bättre och tydligare system för utbildning i de andra områdena. Idag finns det stora luckor vad det gäller förbundsläkare, förbunds-sjukgymnaster och förbundsnaprapater med flera i specialidrottsförbunden. Luckorna handlar mycket om att specialidrottsförbunden inte har personer kopplade till sin landslagsverksamhet. Antingen för att man inte hittar någon eller har gjort bedömningen att man inte behöver någon av ekonomiska skäl. Vi diskuterar kriterier för vad som krävs för att få kalla sig förbundsläkare och så vidare. Det här behöver vi ta nytt tag om. Vi behöver hjälpas åt att bygga en struktur i idrotten tillsammans med medicinen för vad vi tycker att de här funktionerna ska ha för kompetens. Detta är till exempel ett gemensamt intresse med SFAIM.

## **Hur långt har ni kommit med rekommendationer för SF avseende idrottsmedicinskt stöd?**

Det står på vår "att göra" lista. En av RF:s uppgifter är stödja förbunden med rekommendationer inom olika områden "så här tycker RF att det borde vara". När en elitidrottare letar efter exempelvis en sjukgymnast är det



*Peter Mattsson har en bakgrund inom golf och har arbetat inom golfförbundet i både Sverige och England.*

dess kriterier man ska leta efter att sjukgymnasten har. Dessa rekommendationer kommer att skilja sig mellan olika idrotter. I en idrott med mycket trauma som till exempel fotboll krävs annan kompetens än för en idrott där till exempel vikten spelar roll för prestationen.

#### **Vad är dina visioner för elitidrottsavdelningen?**

Jag brukar säga att jag är här för att jag tror att svensk elitidrott kan bli bättre. Jag tror att vi med lite smartare lösningar och bättre samarbete kan skapa bättre förutsättningar. Vi behöver skapa möjlighet till lärande som gör att kunskapen kommer till praktiskt användande. Vi behöver jobba smartare och använda och utnyttja den kompetens som finns.

#### **Hur utvecklas elitidrottsavdelningen i framtiden om du får önska?**

Jag vill att vi blir bättre på att skapa de här viktiga nätverken. Vi behöver ha ett brett perspektiv, vi behöver ha hela Sve-

rige som intresseområde. Svensk elitidrott och riksidrottsförbundets stöd har varit lite för enkelspårigt. Bosön är en del i elitidrottsstödet, sen behöver det finnas andra delar. Olika delar av Sverige är duktiga på olika saker och det behöver samordnas.

#### **I verksamhetsplanen skriver ni om en "vi och dom-kultur". På vilket sätt finns den?**

Den kan man tolka på olika sätt. När jag skrev det tänkte jag bland annat på nätverksskapande- olika platser, och organisationer. Jag skulle vilja att vi mycket större utsträckning talade om "vi i svensk idrott" där vi har olika uppgifter och olika roller.

En traditionell sådan vi och dom-kultur är så klart den mellan RF och SOK och då är min övertygelse att så länge vi säger "vi" och "dom" får vi svårt att komma framåt. Vi behöver istället se att vi har olika roller. Kan vi verkligen se det som "vi i svensk idrott", då har vi skapat en situation som ger möjligheter.

**Namn** Peter Mattsson  
**Bor** Stockholm  
**Gör** Chef för RF:s elitidrott  
**Ålder** 43 år

#### **Hur påverkar det elitidrotten?**

Jag skulle vilja säga så här. Det vi är på väg emot är ett bättre samförstånd. Idag har vi regelbundna möten SPK, SOK och RF där vi koordinerar våra områden för de personer som ska föra dialog med specialidrottsförbunden och för de personer som praktiskt jobbar med att leverera stödinsatser. Det tror jag är ett oerhört viktigt led i att minska förvirringen som kan uppstå i en "vi" och "dom"-situation.

#### **Hur länge har du varit chef på RF:s elitidrottsavdelning?**

Sedan oktober 2011.

#### **Vad gjorde du innan?**

Innan det var jag sex år i England som landslags- och elitchef på deras golfförbund.

### Vad lärde du dig?

Ganska många saker, men en sak var ju definitivt hur man på ett effektivt sätt kan använda sig av och integrera "sports science" och "sports medicine" i ett coaching program, för det tyckte jag man gjorde väldigt bra. Sen lärde jag mig massor av att jobba i en annan kultur med ett annat förhållningssätt till ledarskapsfrågor med mera. Det var oerhört värdefullt.

### Vad har du för bakgrund yrkesmässigt och idrottsmässigt?

Jag var förbundskapten i Golfförbundet i Sverige i tio år, innan jag åkte till England. Jag är GIH-utbildad (Specialidrottslärlarlinjen) och har alltid haft ambitionen att behålla ett ben i den akademiska världen. Därmed är jag i alla fall på papperet också doktorand och risken finns väl att jag förblir det. Det finns så mycket roligt att göra så tiden räcker inte till.

### Vad driver dig?

Jag skulle vilja komma tillbaka till det som jag sa som visionen. Min drivkraft är att jag tror att vi kan bättre. Åstadkomma bättre resultat, förutsättningar, stöd. Det tycker jag är roligt att vara med att påverka för att se hur bra vi kan bli.

### Vad är de tre viktigaste uppgifterna för området idrottsmedicin?

De viktigaste uppgifterna är förebyggande utbildning och omhändertagande. Kunskap om hur skador kan förebyggas behöver komma mer till den praktiska idrottsmiljön för att man där ska förstå hur vila, återhämtning träning hänger ihop. Jag gillar exempelvis Janne Ekstrands forskning i fotboll som tydligt visar sambandet mellan frånvaro av skador och idrottsliga framgångar.

När det gäller omhändertagande så behöver den som ska ta hand om elitidrottare också vara världsmästare. Den personen ska vara bäst på att behandla just den skada det gäller exempelvis knä eller axel.

### I er verksamhetsplan står det en hel del om forskning. Kan du berätta om vilka forskningsprojekt som ni driver tillsammans med SF?

Ett väldigt bra exempel just nu är det

## *Vi ska se till att akademisk kunskap och praktisk idrott får mötesplatser och får lära av varandra.*

CIF-finansierade projekt som Anette Heijne och Anna Frohm gör på den rörelseanalys som används vid Bosön bland annat. Studierna görs på elever vid riksidsrottsgymnasierna och syftet är att se om man med hjälp av rörelseanalys kan förebygga skador. Det finns andra forskningsprojekt bland annat inom idrottsfysiologi där ett exempel är ett projekt vi stöttat orienteringsförbundet med kring kravprofilen för sprintorientering. Syftet är att ta reda på vilka krav sprintorientering ställer det på idrottaren, vilka metoder som kan testa det och i förlängningen hur effektiv träning bör utformas.

Ett liknande projekt har vi gjort med kanotförbundet på sprintkanot där 200 m är en ny distans. Där är det viktigt att bena ut vilka kvalitéer som är viktiga för att prestera bra och hur man man kan utveckla test för att mäta dessa.

### Vad genererar "Rådet för idrottares hälsa och prestation" för idrotten om det fungerar optimalt?

Det genererar en möjlighet för att aktörerna kopplade till rådet att dra sitt strå till stacken. Där sitter RF, SOK, SPK, CIF, SFAIM. Tanken är att vi ska lyfta upp för idrotten viktiga frågor. Dessa kan sedan belysas och tas vidare av flera. CIF kan säga att det här borde det forskas mera kring, vilka utbildningar behöver vi göra kan vara en fråga för SFAIM medan RF, SOK och SPK kan svara för frågor om mera praktisk tillämpning. Jag tänker mig också att den grupperingen är en viktig resurs vid framtagande av rekommendationer. Ett exempel är rekommendationerna vid plötslig hjärtdöd där vi har reviderat och fyllt på med ny kunskap sedan 2005.

Nu ska vi titta på implementeringen. Rådet kan också identifiera andra områden där riktlinjer behövs och sen titta på hur vi kan hjälpa SF:en och förningarna att implementera i sin verksamhet.

### Förutom den idrottsmedicinska kliniken arbetar den idrottsmedicinska avdelningen med ett projekt för att skaderegistrera överbelastningsproblem inom olika specialidrottsförbund.

#### Hur långt har det kommit?

Studierna vid riksidsrottsgymnasierna är en pilotstudie i detta arbete där aktiva själva får sköta registreringen. Risken är stor att överbelastningsskador annars inte registreras.

### Vad anser du är din största framgång?

Det skulle nog arbetlivsmässigt vara den insats som jag gjorde under mina sex år i England. Jag var med om att vända en förhållandevis gammal och traditionell organisation till att fungera mera modernt.

### Vad har du för förebilder?

Jag skulle nog säga att jag har några förebilder som jag haft chansen att jobba med. En är Pia Nilsson som var förbundskapten i golfförbundet när jag kom dit. Hon stod för ett ledarskap som för mig var nytt, annorlunda och visionärt.

En annan förebild som jag har fått chansen att jobba tillsammans med är Clive Woodward som var Englands förbundskapten för rugby när de vann världsmästerskapet 2003. Gör man en sådan insats i England då blir man adlad, så han tilltalas numer Sir Woodward. Jag kom i kontakt med honom för han var lagom golfotrig och ville testa några av sina idéer inom golfen. Hans sätt att tänka och vara var att se möjligheter och han förmedlade tron att vi kan göra vad vi vill bara vi jobbar hårt.

### Vad skulle du göra om du inte gjorde det här?

Om jag fick välja skulle jag nog hålla på med musik i någon form. Inte för att jag har varit en framträdande musiker utan för att vid sidan av idrott är nog musik det roligaste man kan pyssla med.

# Riksidrottsförbundet och elitidrotten

*Riksidrottsförbundet har organiserat sitt arbete i ett antal verksamhetsområden. Ett av dessa är elitidrott med uppgift att stödja specialidrottsförbunden i arbetet med att utveckla sin idrott. Detta sker inom tre områden: de fördelar ekonomiskt stöd, ger verksamhetsstöd till specialidrottsförbunden samt arbetar med att möjliggöra för elitidrottare att kombinera idrott och utbildning.*

**Av Anna Nysten**

## **Verksamhetsstöd - fyra delar**

RF vill att den som satsar på sin idrott både ska må och nå toppen. Därför erbjuder verksamhetsområdet för elitidrott kompetensstöd inom de fyra områdena idrottsfysiologi, idrottsmedicin, idrottsnutrition och idrottspsykologi. Inom dessa områden ska RF Elitidrott stötta specialidrottsförbunden genom tillämpning, utbildning och forskning. I verksamhetsstödet ingår även gemensamma stödsatser för elitidrotten i stort som till exempel förbundslikardagar och elitidrottskonferenser.

Konkret arbetar man inom dessa fyra områden med tester, behandling, forskning och utveckling, rådgivning, utbildning och nätverksträffar där stora delar av verksamheten är förlagd till Bosön. Elitidrottsorganisationen ska göra att elitaktiva, tränare och förbund ska känna trygghet, nytta och få bästa möjliga förutsättningar att utvecklas.

## **Idrottsmedicin**

Det är mycket som är på gång inom elitidrottsområdet. Inte minst inom avdelningen idrottsmedicin. Man arbetar för att stödet till enskilda idrottare och landslag avseende prevention och rehabilitering ska stärkas och har ambitionen att ta fram rekommendationer för specialidrottsförbunden avseende idrottsmedicinsk support. Om elitidrot-

tare skadar sig ska de erbjudas bästa tänkbara rehabilitering. Det pågår för närvarande ett arbete med att skapa ett medicinskt nätverk för specialidrottsförbunden liksom att skapa ett svenskt skaderegister kopplat till aktivitet.

En stor del av arbetet är utbildning. Ett av målen är att höja utbildningsnivån på tränare. Inom det idrottsmedicinska spåret ingår att stötta och kvalitetssäkra utbildningsverksamhet när det gäller förebyggande och behandling av elitidrottarens idrottsskador. RF vill på sikt också producera idrottsmedicinska rekommendationer i samarbete med partners och specialidrottsförbund liksom sätta upp kriterier för säker återgång till idrott.

Inom området idrottsmedicin bedrivs en klinik på Bosön som Capio Artro Clinic driver från och med den 1 oktober 2013. Här erbjuds elitidrottare rehabilitering av både överbelastningsskador och akuta idrottsskador. Idrottarna har också möjlighet att testa styrka och syreupptagningsförmåga i RF:s idrottsfysiologiska labb samt få hjälp av RF:s övriga kompetensområden under rehabiliteringsperioden.

För elitidrottare som är bosatta utanför Stockholmsregionen finns möjlighet att genomföra intensivrehab. De får då hjälp med ett rehabiliteringsprogram och får möjlighet att rehabiliteringsträna intensivt flera

gångar per dag under några dagar på Bosön. Då finns det också möjlighet att bo på Bosön.

För att registrera svaga länkar i rörelsemönster genomförs rörelseanalys enligt ett standardiserat system. Bosöns rörelseanalys är ett reliabelt verktyg som hela tiden utvecklas vidare. (Läs mer om rörelseanalys i bokrecensionen på sid. 28)

Förutom den idrottsmedicinska kliniken arbetar den idrottsmedicinska avdelningen med ett projekt för att skaderegistrera överbelastningsproblem inom olika specialidrottsförbund. De arbetar också i nätverk, bland annat med vår egen förening Svensk förening för fysisk aktivitet och idrottsmedicin (SFAIM), Centrum för idrottsforskning (CIF), Legitimerade sjukgymnasters riksförbund (LSR) sektionen för idrottsmedicin, Sveriges olympiska kommitté, Artrokliniken, Orthocenter och lärosäten runt om i landet.

## **Fysiologi**

Inom idrottsfysiologi kan idrottare testa sin uthållighet tröskeltest eller syreupptagningstest på löpband, rullskidor, inlines, cykel, rodd, rullstol eller kajakergometer. Inom styrke- och effektmätningar finns flera olika specifika mätsituationer.

För att en elitidrottare ska beviljas stöd i sin fysiologiska utveckling krävs



en dialog med RF och specialförbundets landslagsledning.

Det fysiologiska stödet består av tester, träningsrådgivning och utbildning av RF:s Idrottsfysiologiska laboratorium på Bosön såsom idrottsspecifika tester, uthållighet (syreupptagnings- och mjölksyratester), styrke- och snabbhetstester, teknikanalys och träningsrådgivning (individuellt eller i grupp) men stödet kan också levereras av andra aktörer på annan plats, eller av RF i så kallade fälttester.

### Idrottspsykologi

Inom elitidrottsstödet erbjuds idrottspsykologiska rådgivare som arbetar både med rådgivning och utbildning. Stödet är inriktat mot prestation och syftar till att skapa bättre förutsättningar för resultat men även utvecklingen av människan är minst lika viktig som prestationsutvecklingen. Som verktyg används bland annat IPS-profilen för att identifiera styrkor och svagheter hos den aktiva eller hos tränaren.

Tillsammans med Sveriges Olympiska Kommitté (SOK) och Svenska Handikappidrottsförbundet/Sveriges Paralympiska Kommitté (SHIF/SPK) håller RF på att ta fram en gemensam utbildning inom idrottspsykologi. Utbildningen, som riktar sig till både aktiva och tränare/ledare, har startat med en introduktion på fyra platser i landet under 2013. Utöver detta erbjuds föreläsningar med både teoretiska och praktiska inslag, för enskilda grupper och lag.

För att få tillgång till det idrottspsykologiska stödet krävs att landslagsledning, förbundskapten eller motsvarande ansöker som stöd. Rådgivning beviljas aldrig på förfrågan av enskild aktiv eller tränare.

Tillsammans med GIH driver RF/SISU Idrottsutbildarna en KBT-utbildning med inriktning på elitidrott (<http://iof4.idrottonline.se/SISUIdrottsutbildarna/Sokvarautbildningar/?eventid=39341&sisuorgid=28568>). Den andra kullen studenter från kursen examineras i december 2013 och planen är att starta en ny omgång under hösten 2014.

### Idrottsnutrition

Idrottsnutrition är också ett av de fyra områden som verksamhetsstödet omfattar. Kosten påverkar såväl hälsa som prestation. Det är lika viktigt att ha en koststrategi som en träningsstrategi för att få i sig energi och näring vid rätt tidpunkt och i rätt mängd.

Specialidrottsförbunden kan få hjälp med individuell rådgivning och utbildning till tränare och aktiva. Kompetensområdet idrottsnutrition spänner över ett stort fält och omfattar bland annat kosttillskott, ätstörningar och viktreglering. Andra exempel på vad idrottaren kan få hjälp med är periodisering av kost, kost vid tävling, jetlag, rådgivning vid mag-tarmproblem och mätning av kroppssammansättning. Dessutom erbjuds praktiska utbildningar som sker i övningsköket på Bosön eller i annat kök.

## Ekonomiskt stöd

Sedan 2011 har Riksidrottsförbundet (RF) på regeringens uppdrag ansvaret att fördela statliga medel, inklusive elitsatsningen samt att säkerställa de ekonomiska förutsättningarna för deltagande i OS och Paralympics.

Det ekonomiska stödet till Specialidrottsförbunden (SF) består under 2013 av två olika delar – landslagsstöd och riktat stöd. Landslagsstödet ges till förbunden för att stärka deras arbete med sina respektive landslag. Det riktade stödet ges till enskilda lag och individer för att underlätta deras satsning mot den absoluta världstoppen.

### Ekonomiskt elitstöd 2014

Tyvärr har Riksidrottsstyrelsen tvingats besluta att sänka elitstödet ekonomiska del till SF 2014. Även verksamhetsstödet inom elitidrotten som innehåller gemensamma aktiviteter och resurspersoner till förbunden kommer att dras ned. Anledningen är att de pengar som RF kunde sätta undan till en flerårig elitsatsning är slut. Eftersom regeringen inte ökat det statliga stödet till idrotten, som ligger kvar på samma nivå som det gjort sedan 2010, måste RF ta bort Riktat stöd men behåller och utökar Landslagsstöd till 45 miljoner kronor vilket totalt innebär en sänkning med 30 miljoner till förbundens elitverksamhet.

## Rådet för idrottarens hälsa och prestation

Det har också inrättats ett råd för Idrottarens Hälsa och Prestation för samverkan med andra intresseorganisationer. Rådet ska samla företrädare för organisationer som kan förmedla kompetens i områden som är relevanta för idrottaren. Detta ska också bli tillgängligt för RF och medlemsförbunden i RF. Rådet är inriktat mot elitidrott, men tanken är att det spiller över på idrotten i stort så att förutsättningarna för all idrott förbättras på sikt.

# Doping i samhället under ett kvarts sekel

*Missbruk av anabola steroider har de senaste 25 åren utgjort ett samhällsproblem och inte ett primärt idrottsproblem. Dopning i samhället förekommer i en subkultur som de flesta inte kommer i kontakt med, medierna är ganska okunniga om företeelsen och rättsväsendet har inte prioriterat problemet förrän på senare tid. Den illegala handeln med anabola steroider och andra dopningsmedel har nu vuxit till en internationell miljonindustri.*

**Av Gunnar Hermansson**

Doping med anabola steroider (AAS) fick ett uppsving inom idrotten under 1960-talet. Införande av dopingtester och ett allt strängare regelverk bidrog till en markant minskning av AAS-dopade idrottsmän och -kvinnor världen över. Under senare halvan av 1980-talet identifierades doping med anabola steroider som ett samhällsproblem. Missbruket av anabola steroider, som alltså hade fått spridning utanför idrotten bland ungdomar och yngre vuxna här i landet, ledde till fysiska och psykiska skador bland användarna. Man såg också en ökning av våld och annan brottslighet i samhället som kunde relateras till AAS-missbruk.

Smuggling och illegal handel med hormonpreparaten blev nya angelägenheter för tullen och polisen, men effektiv lagstiftning saknades. Regeringen tillsatte en utredning som resulterade i att dopningslagen infördes 1992. Det blev då olagligt att befatta sig med anabola steroider och vissa andra dopningsmedel, men användandet av preparaten kriminaliserades först 1999.

---

*Gunnar Hermansson, fd kriminalinspektör vid Rikskriminalpolisens narkotikarotet. Chefredaktör för SNPF-tidningen [www.snpf.org](http://www.snpf.org)  
[gunnar.hermansson@snpf.org](mailto:gunnar.hermansson@snpf.org)*

## **Prioriterad brottslighet först på senare tid**

Numera upptäcks endast ett fåtal fall av doping med anabola steroider bland aktiva svenska idrottare. Missbruket av anabola steroider i samhället tycks däremot vara mer utbrett än någonsin och den illegala tillgången på preparat är god. Påståendet baseras dels på tullens och polisens beslagsstatistik över antalet gjorda AAS-beslag, som minst fyrdubblats sedan 1999, och dels på en motsvarande ökning av antalet anmälda dopningsbrott enligt Brottsförebyggande rådets statistik. Även uppgifter från Dopingjouren, Rättsmedicinalverket och flera andra berörda instanser bekräftar att samhällsdoping ökat.

Att bekämpa dopningsbrott, d.v.s. brott mot dopningslagen, har inte förändrats under de senaste fem-sex åren prioriterats i någon högre grad. Polisens beslag av förbjudna hormonpreparat har ofta varit en bieffekt av annat polisarbete, t.ex. vid husrannsakingar för att söka efter narkotika. Det har hänt att man på detta sätt slumpmässigt råkat på en AAS-langare, vars verksamhet har kunnat nystas upp.

Den låga prioriteringen av dopningsbrott, jämfört med narkotikabrott, beror huvudsakligen på två saker; låga straff för dopningsbrott jämfört med narkotikabrott och dålig kunskap om preparaten, klientelet och den subkultur det egentligen handlar om.

## **AAS-missbrukare hittas på gym**

Det icke medicinska bruket av anabola steroider, tillväxthormon och vissa hormonhöjande läkemedel blev alltså förbjudet enligt lag den 1 april 1999. Polisen fick samma lagliga möjligheter att göra kroppsbesiktning som vid misstanke om eget bruk av narkotika, d.v.s. ta urin- och blodprov, då man hade en skälig misstanke om illegalt bruk av dopningspreparaten. Det dröjde dock länge innan den möjligheten började tillämpas mer frekvent. Men för några år sedan vände det. Allt fler poliser och tulltjänstemän hade kommit i kontakt med utredningar om dopningsbrott och på så sätt fått ökad kunskap och ett ökat intresse för bekämpning av denna brottslighet. Poliser på fältet upptäckte att AAS-missbruk blivit vanligare och att det ofta involverade annat missbruk och annan kriminalitet.

Problemet var att hitta och identifiera AAS-användare. Narkotikamissbrukare är betydligt enklare att upptäcka genom drogtecken och symtom och de vistas ofta i för polisen kända miljöer.

AAS-påverkan visar sig i allmänhet inte genom några säkra drogtecken, men en gemensam nämnare för de allra flesta AAS-användare är att de tillbringar flera timmar per vecka på gym. Det kunde också hända att gym-



*På många håll i landet besöker poliser gym och genom samtal med vissa gymbesökare försöker man bilda sig en uppfattning om personen kan misstänkas för användning av anabola steroider. Foto: Polisen i Västra Götaland*

ägare vände sig till polisen med misstankar om att vissa tränande dopar sig med anabola steroider. Deras närvaro på gymmet och deras beteende ansågs vara störande för andra besökare.

Polisen fann här en möjlighet att på ett naturligt sätt komma i kontakt med AAS-missbrukare i gymmiljön. Narkotikapoliser i Göteborg var först med att övertyga sina chefer om vikten av att göra insatser på gym. I samråd med några gymägare besöktes träningsanläggningar av civila poliser som tog kontakt med tränande som man kanske hade tips om eller som helt enkelt hade en onormalt stor muskelmassa för sin ålder.

Poliserna presenterade sig och inledde samtal om träning, kost och kosttillskott. Samtalen kunde också beröra anabola steroider och andra förbjudna preparat. Om polispersonalen under samtalets gång skäligen kunde misstänka att den tränande använde sig av förbjudna preparat, togs vederbörande med för urinprovstagnation.

Liknande polisinsatser på gym har under de senaste 6-7 åren genomförts på flera håll i landet. Vid varje sådant tillfälle visar några av de analyserade urinproverna förekomst av anabola

steroider och/eller narkotika. De berörda personerna delges då misstanke om ringa dopningsbrott eller narkotikabrott och saken borde vara klar.

Men under senare år har det blivit vanligt att neka till brott om provsvaren visar förekomst av anabola steroider. Många hävdar att AAS-substanserna måste ha kommit in i kroppen via kosttillskott. Kan polis och åklagare då inte bevisa motsatsen, vilket kan vara ganska svårt, blir det ofta ingen påföljd för den misstänkte.

### **Storskalig försäljning av AAS-preparat**

Fortfarande avslöjas AAS-försäljare ofta av en slump eller genom tips. Men numera är det inte sällan tullen som initierar utredningar när man upptäcker att AAS-preparat smugglas i post- och paketförsändelser från utlandet, adresserade till privatpersoner i Sverige. Både Polisen och Tullverket har nyligen prioriterat några förundersökningar där man haft möjlighet att kartlägga större illegala nätverk med 20-30 personer eller fler som varit involverade i den illegala handeln.

Eftersom försäljningen i regel sker via hemsidor eller forum på internet,

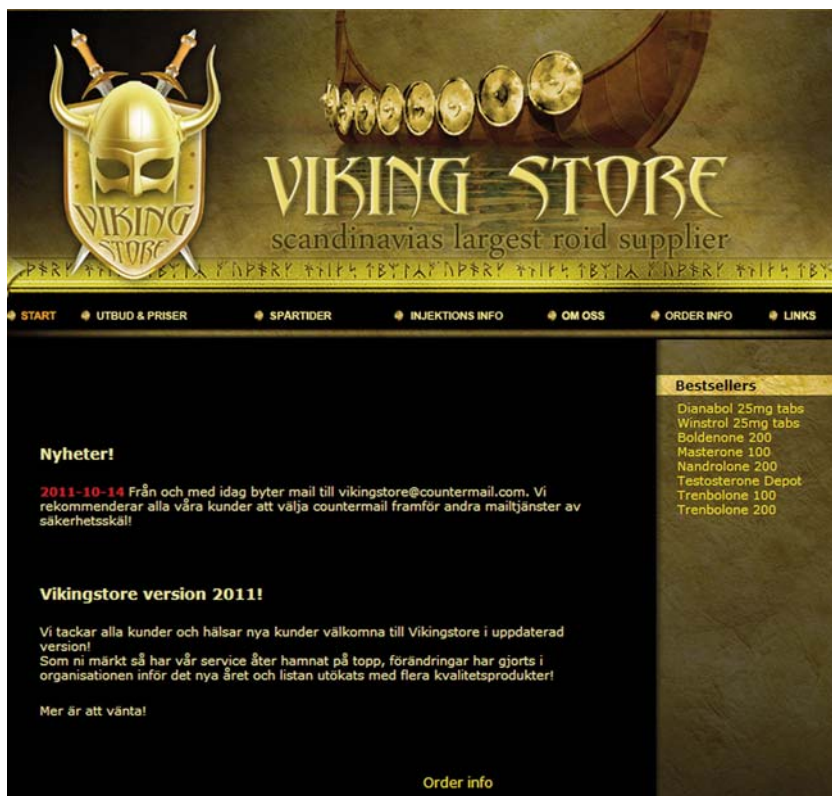
har köparnas antal kunnat uppgå till mer än ettusen personer i ett enda ärende.

Polisen i Sundsvall och Umeå började 2009, efter ett tullbeslag på Arlanda, att tillsammans utreda en landsomfattande AAS-härva som fick namnet Operation Liquid. Förundersökningen var den dittills största i sitt slag och ett 70-tal personer åtalades året därpå för delaktighet i storskalig distribution av AAS-preparat, bland annat illegalt tillverkade injektionsmedel med varunamnet DutchLab.

Såväl tingsrätts- som hovrättsförhandlingarna hölls i sex rättsalor över landet, sammankopplade via videolänk. Ett flertal av de tilltalade dömdes till kännbara fängelsestraff och några har överklagat till Högsta domstolen som ännu inte tagit upp ärendet till prövning.

### **Skandinavien största steroidhandel hade tillverkning i Borlänge**

Tullen på Arlanda öppnade i juni 2011 ett paket från utlandet som transportföretaget UPS försökt leverera till en s.k. bom-adress i Bromma. Adressen existerade inte och UPS hade fått nytt



*Den i steroidsammanhang välkända hemsidan Viking Store har varit i bruk sedan 2005 för försäljning av bl.a. det egna AAS-varumärket Nordic Supplement.*

direktiv att paketet skulle lämnas till en box hos postboxföretaget Brevia i Stockholm.

Paketet visade sig innehålla 50 000 narkotikaklassade tabletter, bensodiazepinerna alprazolam och lorazepam,

samt 20 000 AAS-tabletter med substanserna metandienon och stanozolol.

Tullens förfrågningar hos kurirföretagen visade att förfaringssättet med omdirigerade försändelser på detta sätt inte var helt ovanligt. Man började nu kartlägga liknande försändelser som fortsatte komma från utlandet och efter ett år hade tullkriminalen kartlagt ett kriminellt nätverk. I maj 2012 gjordes ett samordnat tillslag i Borlänge, Stockholm, Göteborg och Malmö då flera personer greps och mängder av preparat och utrustning togs i beslag.

### Företaget

Den efterföljande utredningen, som gick under projektnamnet Robin, kunde visa att den kriminella organisationens huvudsakliga affärsidé var att sälja anabola steroider och andra dopningsmedel via webbsidorna Vikingstore.org, Steroidakuten.org och Anabolic.cc. Under senare år hade utbudet kompletterats med försäljning av narkotikaklassade läkemedel via hemsidan Netpharma.net.

Vikingstore.org, som påstod sig vara "Scandinavias largest roid suppli-



*I en av villorna i Borlänge löstes AAS-substans i olja innan blandningen tappades upp i 10 ml injektionsflaskor som försågs med etiketter. Foto: Tullverket*



Tabletpress och annan utrustning för framställning av tabletter anträffades i en ganska rörig och oren miljö. Foto: Tullverket

er” registrerades 2005 och AAS-handeln hade således pågått länge. Verksamheten var mycket strukturerad och påminde om ett handelsbolag enligt åklagaren.

Den nuvarande ledningen bestod sedan början av 2011 av tre personer som utformade och ansvarade för den brottsliga verksamheten. Ledaren, en 36-årig jurist, arbetade på ett advokatkontor i Stockholm. Han hade läst juridik under det sjuåriga fängelsestraff för bl.a. grov narkotikabrottslighet som han dömdes till 2002. Ledaren ägde 48 procent av verksamheten och de andra två delägarna, en 42-årig man från Malmö och en 33-åring som bodde i Marieholm utanför Eslöv, hade 26 procent vardera.

Förutom ledningen fanns åtminstone 13 anställda på olika platser i landet. Deras uppgifter var bland annat att ta emot beställningar av olika preparat, utrustning och verktyg (sprutor och kanyler), hålla lager, tillverka preparat, skicka ut beställda preparat till köpare, ta ut pengar från bankkonton och skicka ut löner till anställda.

#### Krypterad trafik

All telefontrafik var förbjuden inom företaget. Kommunikationen mellan ledningen och de anställda gick huvudsakligen via krypterad mail, som tullkriminalen i efterhand fått hjälp att dekryptera.

Organisationen anlidade också ett stort antal målvakter, vilka mot ersättning lånade ut sina bankkonton som den illegala verksamheten behövde ha tillgång till för att bland annat kunna ta emot betalning från kunder. Ett 30-tal sådana konton identifierades.

#### Smuggling

Färdiga preparat och råvaror för tillverkning av preparat beställdes från Kina, Thailand och Pakistan och smugglades i paket till Sverige. På fraktsedlarna angavs givetvis att pake- ten innehöll andra legala varor.

Transportvägen följde en sofistikerad plan för att undvika tullkontroll. Första anhalten var företaget Mail Boxes i England, som efter en tid fick direktiv att skicka vidare till en postbox i Berlin eller till olika postboxar i Danmark. Efter ytterligare en tid fick UPS uppdrag att transportera paketen till adressaten i Sverige, som alltså ofta var en fejkad adress. Efter att ha hamnat på Brevia hämtades försändelsen av någon anställd i organisationen, som via ytterligare mellanhänder såg till att det nådde slutdestinationen, oftast i Borlänge. Hela transporten med olika kurirföretag kunde ta tre månader.

#### Tillverkning av preparat

Några av de anställda ansvarade för tillverkning av en stor del av de AAS-preparat och narkotiska läkemedel som såldes på de olika hemsidorna.

Produktionen ägde rum i två villor i Borlänge.

En 36-årig man tillverkade tabletter i källaren i huset där han bodde med sin familj. Han hade en kinesisk tablettpress och en del annan utrustning till sin hjälp.

I den andra villan fanns all nödvändig utrustning för framställning av anabola steroider i vätskeform. Den 39-årige man som ansvarade för denna hantering hade inrett ett utrymme i huset där beredningen pågick.

Eftersom den viktigaste ingrediensen i preparaten, den verksamma substansen, kan beställas från kemiföretag i Kina och Indien, blir tillverkningen relativt enkel att utföra även i hemmiljö. Förfarandet är numera mycket vanligt, även i Sverige, men resultatet blir preparat som inte uppfyller några högre hygieniska krav.

#### Rättslig bedömning

Under den period på drygt tre år som tullens utredning omfattade, beräknades organisationen ha omsatt minst 50 miljoner kronor. Man hade en förhållandevis god ordning på verksamheten och bokförde noggrant alla händelser, något som tullkriminalen hade stor nytta av.

De tre som haft en ledande ställning dömdes till långa fängelsestraff för grova narkotika- och dopningsbrott samt grova smugglingsbrott och brott mot lagen om handel med läkemedel. Juristen, ledaren, dömdes till fängelse i nio år för de olika brotten. De två andra delägarna dömdes till åtta respektive sju års fängelse. Straffen för de anställda blev fängelse i mellan arton månader och fyra år. Värden för sju miljoner kronor förklarades förverkade.

#### Dopingnätverk

Stora dopingnätverk avslöjas även i andra nordiska länder. Polisen i Norge har just avslutat utredningen av Operation Gilde, en illegal verksamhet som omsatt uppskattningsvis 100 miljoner kronor.

I Danmark är maxstraffet fortfarande bara två års fängelse för dopningsbrott, vilket gör att polisen inte får tillgång till de tvångsåtgärder som behövs för att avslöja de större aktörerna på dopningsmarknaden. En skärpning av straffen i nivå med svensk och norsk lagstiftning är dock snart att vänta.

# Så minskar vi idrottsskadorna

Så inleddes inbjudan till den temadag som Riksidrottsförbundet (RF) Elitidrott anordnade i samarbete med Svensk Förening för Fysisk Aktivitet och Idrottsmedicin (SFAIM), Centrum för Idrottsforskning (CIF), och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) – Idrottsmedicin den 5 februari 2013. Syftet med dagen var att diskutera hur vi kan minska antalet idrottsrelaterade skador och sjukdomar.

Till att börja med måste vi förstås ta reda på vilka, och i vilken omfattning, våra idrottare drabbas av skador och sjukdomar. Många tänker kanske i första hand på överbelastningsskador vilka kan vara en följd av "misslyckat" träningsupplägg. Grethe Myklebust var inbjuden från Oslo för att prata om dels sina erfarenheter av förebyggande träning, dels om den världsunika skaderegistreringen av kvinnliga handbollsspelare som Grethe håller i. Det krävs en uthållighet, förutom ekonomiska resurser, för att lyckas uppnå den höga svarsfrekvens som krävs för att dra slutsatser.

## **Skaderegistrering**

Jenny Jacobsson bidrog med sina erfarenheter av skaderegistrering av friidrottare, med skiftande belastning från gren till gren, som finns att läsa i hennes avhandling från 2012. Tankar kring skaderegistrering generellt inom idrott förmedlades av Tomas Timpka och Magnus Forssblad. Jan Ekstrand delade med sig av det fantastiska arbete som pågått i elva år med registrering av skador inom UEFA (Union of European Football Associations). Det är bara att gratulera Linköpings universitet som har tillgång till detta fantastiska material där vi har flera avhandlingsarbeten att se fram emot!

Höjdpunkten var förstås panelde-



*Anja Pärsson, Malin Ewerlöf Krepp och Torbjörn Klingvall deltog i paneldebatten om träning och idrottsskador.*

batten "Erfarenheter av skador, träning och sjukdom" som leddes av Anna Frohm och Roland Thomée. I panelen satt två idrottare; Anja Pärsson och Malin Ewerlöf Krepp. Två av våra mest framgångsrika idrottare som inte varit mer skadade än att de kunnat prestera. Anja tackade naturen runt stugknuten som uppmuntrade till lek och grundträning. Förutom att hon alltid känt sig trygg och haft möjlighet att avstå i de lägen där säkerheten inom hennes fartfyllda alpina grenar sviktat. Att ställa in en träning eller tävling, som äventyrar säkerheten, får aldrig ifrågasättas.

Malin var tacksam för den hjälp hon hade att anpassa sin uppbyggnadsträning utifrån sina förutsättningar. Det ska inte gå att bli framgångsrik som löpare med det höga fotvalv som hon har! Något kanske att tänka på när rådgas i samband med de alltmer populära screening-program med rörelseanalys?

Från den ledarsidan fick vi höra tankar från Torbjörn Klingvall, förbunds-

kaptan i handboll och Stefan Bengtsson, generalsekreterare gymnastik. De lyfte båda fram hur angeläget det är att titta på föreningsstrukturen. Kunskap ska inhämtas och förmedlas genom utbildning på klubbnivå med syfte att spridas ända ner till de yngsta grupperna.

## **Alla kan bidra**

Nu handlar det inte bara om skador, idrottare drabbas även av sjukdom som begränsar förmågan till prestation. Mats Börjesson redogjorde för detta på en avancerad medicinsk nivå.

Avslutningsvis kunde en gemensam panel konstatera att arbetet med att förebygga skador är självklart och vi kan alla bidra genom att samarbeta: idrottsmedicinare, tränare, forskare, statistiker och, självklart, idrottaren själv!

EVA ZEISIG

*Anterior Cruciate Ligament Reconstruction; Randomized Trials, Register Studies and Experimental Analysis of Knee Laxity*

# Utvärdering av ny kirurgisk teknik vid ACL-skada

*Ny kirurgisk teknik vid främre korsbandsrekonstruktion utvärderas i doktorsavhandling från Sahlgrenska akademien*

Denna studie tilldelades utmärkelsen bästa studie i kategorin Arthroscopy/Sports Medicine vid AAOS årsmöte i Chicago i mars i år under symposiet "Best of AAOS"

Av **Mattias Ahldén**

Främre korsbandsskada är en komplex skada som ofta är associerad med menisk- och broskskador och innebär ökad risk för knä artros i ett längre perspektiv. I Sverige drabbas årligen mer än 6 000 personer av främre korsbandsskada varav ca hälften blir opererade med främre korsbandsrekonstruktion. De senaste åren har anatomisk rekonstruktion blivit "gold standard" där syftet är att återställa ursprungsanatomien av det främre korsbandet i så hög utsträckning som möjligt, framför allt avseende korsbandsgraftets anatomiska placering och storlek. I konceptet anatomisk rekonstruktion ingår även möjlighet att utföra rekonstruktionen med double-bundle teknik. Denna teknik syftar till att rekonstruera det främre korsbandets två skänklar; den så kallade AM-skänkeln och PL-skänkeln. De två skänklarna rekonstrueras då separat med användande av två mindre graft i stället för ett stort graft (Fig. 1 och 2).

I och med att så många patienter genomgår operation och/eller rehabilitering i samband med en främre korsbandsskada ökar också efterfrågan på valida och reliabla utvärderingsmetoder, t.ex. metoder för att objektivt kunna värdera och kvantifiera rotationell laxitet med det s.k. pivot-shift testet.

Syftet med avhandlingen var att utvärdera resultatet efter främre kors-

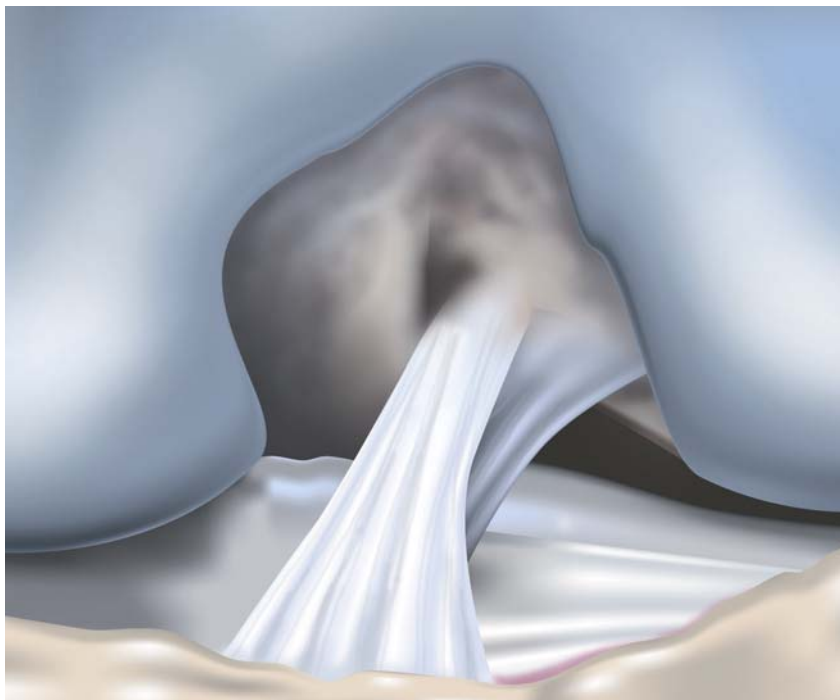
bandsrekonstruktion med avseende på olika kirurgiska tekniker (double-bundle jmf. single-bundle), graftval och kön, utifrån registerstudier och prospektiva randomiserade studier. Ytterligare ett syfte var att i en experimentell studie utvärdera och kvantifiera pivot-shift testet och utvärdera dess korrelation till klinisk gradering.

En randomiserad kontrollerad studie (RCT) med 105 patienter jämförde resultatet mellan "double-bundle" (DB) och "single-bundle" (SB) teknik vid främre korsbandsrekonstruktion med hamstrings (HS)-graft i en oselektad grupp av patienter<sup>5</sup>. Bakgrunden är att flera studier visat en bättre kontroll av rotationell laxitet med DB teknik. Efter två år förelåg inga signifikanta skillnader mellan grupperna avseende primär outcome; pivot-shift test, eller andra subjektiva eller objektiva utfallsmått (Fig 4). Pivot-shift testet var negativt hos 67 procent av patienterna som opererats med SB teknik och 79 procent hos patienterna som opererats med DB teknik. Denna skillnad var inte statistiskt signifikant men antyder ändå en möjlig skillnad i pivot-shift testet till DB teknikens fördel. Resultaten visar att det inte finns någon generell indikation för double-bundle rekonstruktion i en oselektad grupp av patienter. Däremot vet vi fortfarande inte om den nya tekniken passar bättre för vissa patientgrupper. (Fig 3).

I ett arbete med material från Svenska Korsbandsregistret analyserades närmare 18 000 registreringar<sup>3</sup>. Slutsatsen blev att efter primär främre korsbandsrekonstruktion förbättrades samtliga delskalor av KOOS signifikant. Förändringen i subskalorna Sports/Rec och QOL, som utgör mått på förmåga till fysisk aktivitet samt livskvalitet, var 25-30 poäng bättre. En klinisk relevant skillnad brukar anges vara 8-10 poäng. Patienter som opererats med korsbandsrevision uppvisade generellt sämre resultat jämfört med patienter som opererats med primär rekonstruktion, vilket förtydligar vikten



*Mattias Ahldén är specialitläkare i ortopedi och är verksam i Artroteamet på Ortopedkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg.*



**Fig 1.**  
*Främre korsbandets två skänklar (sk "bundles"). Vy framifrån med knä i 90 graders flexion.*

av preoperativ patientinformation när revisionsoperation är aktuellt. En sannolik förklaring till att revisioner uppvisar betydligt sämre resultat är ökad förekomst av associerade skador såsom menisk- och broskskador.

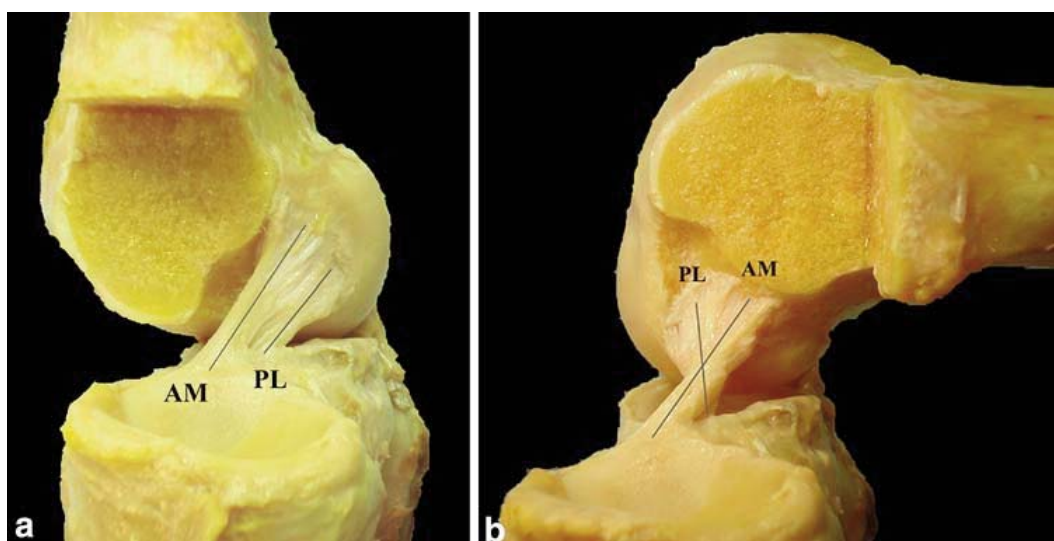
Unga kvinnliga fotbollsspelare ådrog sig ny främre korsbandskada under en femårsperiod antingen på den opererade sidan eller i motsatt knä i större utsträckning jämfört med motsvarande manliga grupp och jämfört

med främre korsbandsopererade patienter generellt (22 procent jmf. 9,8 procent respektive 9,1 procent). Dessa resultat understryker styrkan av registerstudier avseende prognostiska faktorer samt visar att utfallet varierar kraftigt mellan olika subgrupper av korsbandsskadade individer.

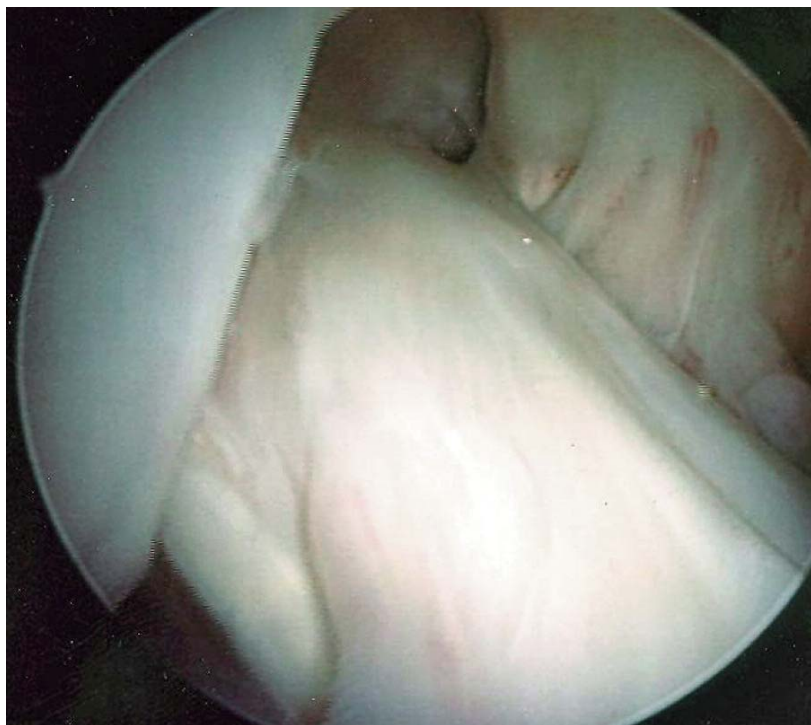
En RCT med sju års uppföljning studerade förändring av knäaxitet över tid efter främre korsbandsrekonstruktion med antingen patellarsenegrift

(BPTB) eller HS-graft vid upprepade uppföljningstillfällen<sup>2</sup>. Det förelåg ingen signifikant sidoskillnad i anteroposterior (AP) knäaxitet mätt med KT-1000 arthrometer mellan grupperna preoperativt eller vid de olika uppföljningstillfällena. Det förelåg en tendens till att sidoskillnaden minskade över tid i båda grupperna. Graden av degenerativa förändringar undersöktes radiologiskt och visade ingen skillnad mellan studiegrupperna efter sju år. Denna studie visade att efter främre korsbandsrekonstruktion är AP-laxiteten oförändrad eller minskad även efter sju år, samt att det inte föreligger någon skillnad mellan BPTB-graft och HS-graft i detta hänseende.

En retrospektiv studie av 244 patienter jämförde resultatet mellan män och kvinnor efter främre korsbandsrekonstruktion med HS-graft<sup>4</sup>. Bakgrunden var att en del tidigare studier visat sämre resultat hos kvinnor jämfört med män vid användande av HS-graft. Vid tvåårsuppföljningen förelåg inga signifikanta skillnader varken avseende kliniska utfallsmått eller funktionell utvärdering mellan män och kvinnor. I registerstudien (ovan) påvisades emellertid stor risk för revision hos unga kvinnliga fotbollsspelare jämfört motvarande manliga subgrupp. Detta väcker frågan om det finns en kvinnlig subgrupp med sämre utfall än män vid främre korsbandsrekonstruktion där faktorer såsom hyperlaxitet och muskulär proprioception kan ha betydelse.



**Fig 2a.**  
*Extenderat knä med vertikalt främre korsbands ursprung på lårbenet och parallella AM- och PL-"bundles". b Ett 90° flekterat knä med nästan horisontellt främre korsbands ursprung på lårbenet och korsade AM- and PL-"bundles" (reprinted with kind permission from Springer Inc)*



**Fig 3.**  
*Artroskopisk "second-look" 6 mån efter rekonstruktion med double-bundle teknik.*

Författaren var "research fellow" under 2011 vid Department of Orthopaedic Surgery i Pittsburgh. Under denna vistelse utfördes en experimentell kadayverstudie där tre olika mätmetoder användes för att objektivt kvantifiera pivot-shift testet samt undersöka korrelationen mellan mätresultaten och den kliniska graderingen av pivot-shift testet<sup>1</sup>. Pivot-shift testet utfördes av

tolv blindade erfarna ortopedkirurger på ett kadaverknä vilket var preparerat med en främre korsbandsskada. Tibiala accelerationsparametrar uppvisade bäst korrelation med den kliniska graderingen. Resultaten kan användas i strävan att bättre standardisera och kvantifiera pivot-shift testet som är det mest specifika testet som finns för främre korsbands skada.



**Fig 4.** *Pivot-shift test.*

## Sammanfattning

Prospektiva randomiserade studier samt studier från Svenska Korsbandsregistret visar att främre korsbandsrekonstruktion har stor effekt vid kort och medellång uppföljningstid avseende kvaliteter som förmåga till fysisk aktivitet, knäaxitet och livskvalitet. Resultaten visar att det inte finns någon generell indikation för främre korsbandsrekonstruktion med double-bundle teknik i en oselektad population. Emellertid kan DB konceptet användas inom ramen för individualisering inte minst i fråga om partiella rekonstruktioner av AM eller PL-skänkeln. Det finns subgrupper med sämre resultat efter främre korsbandsrekonstruktion vilket ytterligare talar för individualisering av omhändertagandet av främre korsbandsskadade patienter. I strävan efter förbättrade utfallsmått har pivot-shift testet analyserats men ytterligare studier kvarstår för att kunna kvantifiera rotationell laxitet hos patienter på ett standardiserat sätt.

## REFERENSER

1. Ahldén M, Araujo P, Hoshino Y, et al. Clinical grading of the pivot shift test correlates best with tibial acceleration. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2012;20(4):708-712.
2. Ahldén M, Kartus J, Ejerhed L, Karlsson J, Sernert N. Knee laxity measurements after anterior cruciate ligament reconstruction, using either bone-patellar-tendon-bone or hamstring tendon autografts, with special emphasis on comparison over time. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2009;17(9):1117-1124.
3. Ahldén M, Samuelsson K, Sernert N, Forssblad M, Karlsson J, Kartus J. The swedish national anterior cruciate ligament register: a report on baseline variables and outcomes of surgery for almost 18,000 patients. *Am J Sports Med.* 2012;40(10):2230-2235.
4. Ahldén M, Sernert N, Karlsson J, Kartus J. Outcome of anterior cruciate ligament reconstruction with emphasis on sex-related differences. *Scand J Med Sci Sports.* 2012;22:618-626
5. Ahldén M, Sernert N, Karlsson J, Kartus J. A prospective randomized study comparing double- and single-bundle techniques for anterior cruciate ligament reconstruction. *Am J Sports Med.* 2013; [Epub ahead of print] doi:23921339

## Länk till avhandlingen:

<http://hdl.handle.net/2077/32383>

*Towards systematic prevention of athletics injuries:  
Use of clinical epidemiology for evidence-based injury prevention*

# Skador inom svensk friidrott

*Jenny Jacobsson har i sin avhandling studerat förekomsten av skador inom friidrott. Resultaten från hennes studier visar att 96 procent av alla skador som rapporterats är klassificerade som icke-traumatiska skador, alltså skador relaterade till överbelastning.*

Av Jenny Jacobsson

Att hålla idrottare fria från skador är en utmaning inom all elitidrott. Förutom att hålla dem skadefria och förebygga skador så ska de skador som ändå uppstår omhändertas och rehabiliteras på bästa sätt. För att effektivt kunna planera sådana åtgärder måste respektive idrotts speciella skadeprofil vara känd. Behovet av en faktabas som grund för planering av förebyggande åtgärder är obestridd. En modell för hur ett sådant arbete systematiskt bör bedrivas inom idrotten har beskrivits <sup>(1)</sup> och den består av fyra steg: 1. Ta reda på omfatt-

ningen av problemet i den aktuella idrotten, 2. Fastställ orsakerna, 3. Inför förebyggande åtgärder, 4. Bedöm åtgärdernas effektivitet genom att upprepa det första steget.

Det övergripande syftet med avhandlingen var att undersöka de två första stegen i modellen det vill säga kartlägga prevalens och incidens av skador inom svensk friidrott vuxen elit och talangfulla ungdomar samt se om eventuella riskfaktorer för friidrotts-skador kunde identifieras. Detta för att ha ett underlag till att vidare utveckla och introducera specifikt riktade skadepreventions program för friidrott.

## Förebygga skador en utmaning

Vid upptakten av avhandlingsarbete 2008 var kunskapen om hur skademönstren ser ut inom många individuella idrotter inte speciellt väl kända. De flesta studier som kartlagt skador var gjorda på lagidrotter, som exempelvis fotboll och ishockey. Dessutom var det få studier publicerade inom friidrott, förvånande med tanke på att friidrotten med 212 medlemsländer är en av de mest utbredda idrotterna globalt <sup>(2-4)</sup>. Hur kom detta sig? En trolig orsak är svårigheten i att samla in nödvändig data, det vill säga uppgifter om hur många timmar en idrottare tränar och information kring nya skador när de väl inträffar. Inom exempelvis lagidrotter finns det på elitnivå oftast en daglig

tillgång till läkare och sjukgymnaster, de personer som vanligen brukar rapportera in uppgifter om skador, så ser det inte ut inom friidrotten. Friidrottare tränar dessutom ofta i mindre grupper eller på egen hand.

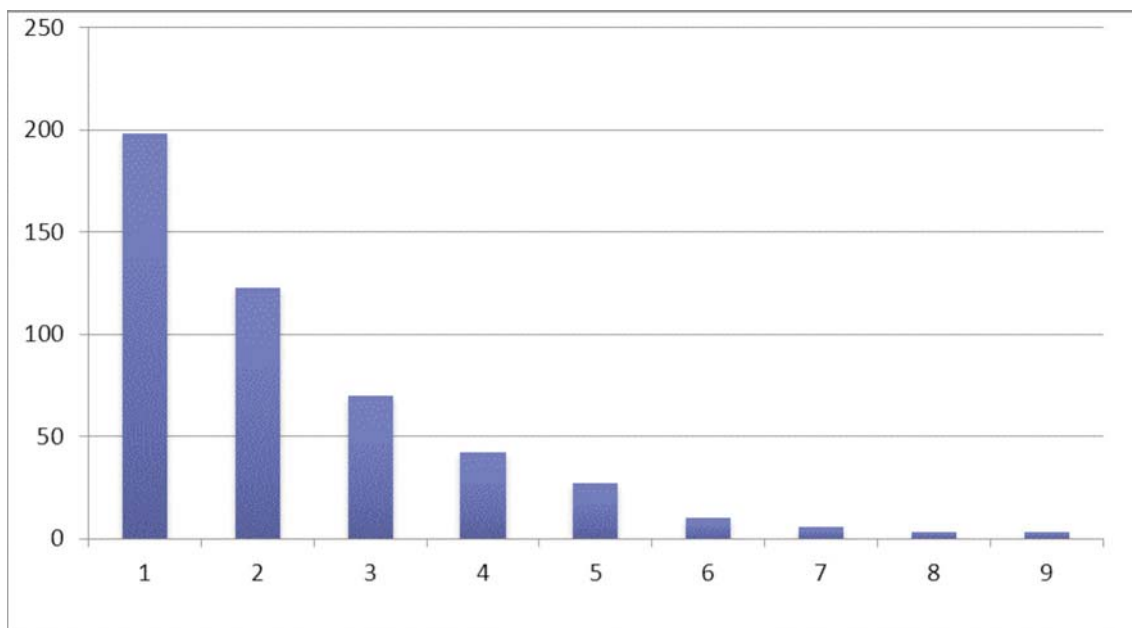
## Metod – E-epidemiologi

Projekt SkadeFri (Svenska friidrottsförbundets namn på arbetet) designades under 2008 då definition på skada och metod för datainsamling arbetades fram <sup>(5)</sup>. För att nå de individuella idrottarna designades studien så att atleterna själva skulle rapportera in sina uppgifter. Studien kom därmed att centreras kring en dagbok på webben (e-dagbok) som utvecklades för detta ändamål

Insamling av data påbörjades efter inomhussäsongen i mars 2009 och pågick i 52 veckor. Vi följde två kohorter om totalt 292 friidrottare på nationell elitnivå. Den ena gruppen bestod av topp 10-rankade män och kvinnor i alla grenar (totalt 20 grenar), samt pojkar och flickor som var bland topp tio i 19 grenar i åldersklassen 16 år sommaren 2008. Idrottarna rapporterade i e-dagboken, varje vecka under året, hur mycket de hade tränat den senaste veckan och fick de en ny skada rapporterades även detta i e-dagboken. En ny skada definierades som en kroppslig känning eller smärta som gjorde att atleten var tvungen att göra en föränd-



*Jenny Jacobsson, leg sjukgymnast, med dr, specialist ortopedisk manuell terapi, Institutionen för medicin och hälsa (IMH), Linköpings Universitet, Svensk Friidrott. jenny.jacobsson@liu.se*



**Figur 1.**  
*Frekvens av multipla skador under studieåret.*

ring i sin planerade träning eller tävling alternativt helt avstå från utövande av friidrott.

#### Andelen skador

Året innan studiestart rapporterades den ettåriga retrospektiva prevalensen av en tidigare tre veckors skada på 42,8 procent (95 procent konfidens intervall [CI], 36,9 procent-49,0 procent); och punkt prevalens av pågående skada var 35,4 procent (95 procent CI, 29,7 procent-41,4 procent) <sup>(6)</sup>.

Under den 52 veckor långa studieperioden lämnade 292 atleter (91 procent) av studiepopulationen veckorapporter (7). 199 atleter rapporterade en incidens på 68 procent (vuxna 73 procent och ungdomar 61 procent), totalt rapporte-

rades 482 skador under året. Median tiden till första skada var 101 dagar (95 procent CI 75 till 127). 42 procent av idrottarna rapporterade mer än en skada och 24 procent mer än två skador, några atleter rapporterade åtta till nio nya skador under året (figur 1). Den kumulativa incidensen var 3,57 skador/1000 timmars exponering av friidrott (män 3,76/1000 h, kvinnor 3,62/1000 h, pojkar 3,89/1000 h och flickor 3,13/1000 h). De flesta av skadorna (73 procent) rapporterades ha inträffat under friidrottsträning.

Nära åtta av tio registrerade skador påverkade de nedre extremiteterna, vuxna 76 procent och ungdomar 78 procent.

Så mycket som 96 procent av alla rap-

porterade skador klassificerades som icke-traumatisk (relaterade till överbelastning). Ungefär varannan skada klassades som svår, det vill säga en rapporterad frånvaro från idrott i minst tre veckor (tabell 1 nästa sida). Den kroppsdel som var mest drabbad av skada var akilless, fotled, fot/tå (28 procent), höft, lumske, lår (24 procent) och knä, underben (24 procent). Den mest frekvent enskilt rapporterade diagnosen var sträckning/kramp i höft/lår.

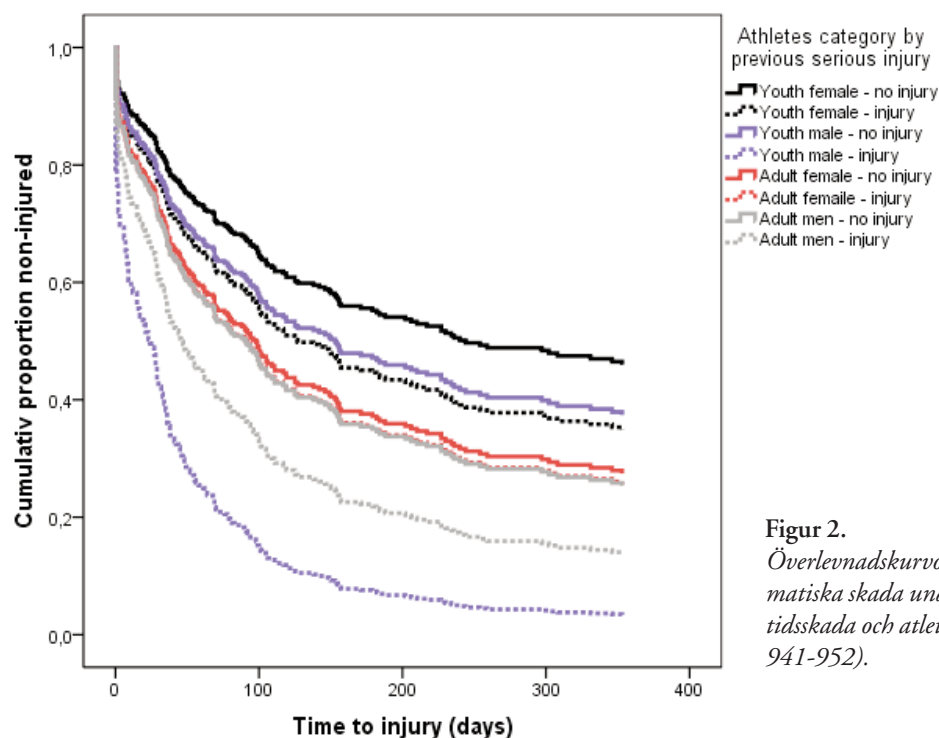
#### Riskfaktorer för skador

Flickor rapporterade minst med skador och vuxna män var mest skadedrabbade ( $p=0,043$ ), ingen skillnad kunde påvisas mellan de olika grengrupperna ( $p=0,937$ ). Det var en ökad risk för ny skada under studieåret för de med en tidigare rapporterad långtidsskada ( $> 3$  veckor) ( $p=0,039$ ), och ökad risk för de med ett högt träningsbelastningsindex (TLRI) ( $p=0,019$ ). Mediantiden till första skada för tidigare långtidsskadade var 69 persondagar (95 procent CI 31 till 107) och 105 persondagar (95 procent CI 59 till 150) för de utan tidigare långtidsskada. Unga pojkar med en tidigare 3-veckorsskada visade på en nära fyra gånger ökad risk (hazard ratio [HR] =4,39; 95 procent CI 2,20 till 8,77) och vuxna män en dubbel så risk



*Ebba Ljungmark.*

*Foto. Ryno Quantz/Svensk Friidrott*



**Figur 2.** Överlevnadskurvor som visar tid till första icke traumatiska skada under studieåret för tidigare långtidsskada och atlet kategori. (BJSM 2013; 47:15 941-952).

jämfört med unga flickor utan tidigare skada (HR=2,56; 95 procent CI 1,44 till 4,58), (figur 2).

### Skador är relaterade till överbelastning

Det är få studier som undersökt prevalens och incidens av skador i friidrott, detta mest tydligt bland unga friidrottare. För vår kännedom är det här den första studie som samtidigt följt två kohorter av friidrottare i alla arena grenar.

Våra studier visade på relativt hög prevalens och incidens av skador relaterade till överbelastning bland elitfriidrottare. De 68 procent skadade som vi såg i vår studie liknar vad som har beskrivits tidigare i mer specifika friidrottspopulationer<sup>(8)</sup>.

Nästan alla skador i studien var relaterade till överbelastning, dessutom rapporterades en stor andel långtids-

skador bland både unga och vuxna idrottare. Studien visar skademönster som är helt oförenliga med framgång i idrott, det vill säga idrottare som blir skadade om och om igen, och dessutom med skador som påverkar idrottsutövande negativt under långa perioder. Riskfaktoranalysen visade dessutom ett samband med träningsbelastning (intensitet).

Avhandlingen pekar på att det krävs åtgärder på alla nivåer av prevention. Särskild uppmärksamhet behöver riktas mot att öka kunskapen om "dos-respons"-samband, det vill säga kunskap om hur kroppen svarar på belastning (primär och sekundär prevention), för att på så sätt bättre optimera träningen. För att säkerställa en säker återgång till idrott efter skada behövs även protokoll för specifika typer av friidrottsskador utvecklas (sekundär/tertiär prevention).

Avslutningsvis så har detta avhandlingsarbetet visat på att en hög andel av skador inom friidrott är relaterade till överbelastning och identifierat områden relevanta för prevention.

Utveckling och implementering av framtida åtgärdsprogram kommer ske i nära samarbete mellan forskare och representanter från olika nivåer inom Svensk Friidrott (förbund, klubbar, tränare, aktiva, medicinare etc.)<sup>(9)</sup>.

### REFERENSER

1. van Mechelen, W. mfl. Sports Medicine. 1992. 14(2):82-99.
2. Alonso, JM. mfl. Clinical Journal of Sport Medicine. 2009. 19(1):26-32.
3. Alonso, JM. mfl. British Journal of Sports Medicine. 2010. 44(15):1100-5.
4. Alonso, JM. mfl. Determination of future prevention strategies in elite track and field. Journal of Sports Medicine. 2012.
5. Jacobsson, J. mfl. Br J Sports Med. 2010. 44:1106-1111.
6. Jacobsson, J. mfl. Am J Sports Med. 2012. 40(1):163-169.
7. Jacobsson, J. mfl. Injury patterns in Swedish elite athletics. Br J Sports Med. 2013; 47:15 941-952.
8. Bennell, KL. mfl. Australian Journal of Science and Medicine in Sport. 1996. 28(3):69-75.
9. Timpka, T. mfl. Sports Medicine. 2006. 36(9):733-45.

### Tabell.

Absolut skadefrekvens för alla registrerade skador (n 482) bland vuxna och ungdomar i relation till frånvaro.

| Frånvaro      | Incidens   |            | Totalt     | Pojkar    | Flickor   | Totalt     | Totalt     |
|---------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|------------|
|               | Män        | Kvinnor    |            |           |           |            |            |
| 1-3 dagar     | 19         | 10         | 29         | 8         | 7         | 15         | 44         |
| 4-7 dagar     | 15         | 22         | 37         | 12        | 9         | 21         | 58         |
| 8-20 dagar    | 44         | 42         | 86         | 25        | 22        | 47         | 133        |
| > 21 dagar    | 76         | 84         | 160        | 40        | 47        | 87         | 247        |
| <b>Totalt</b> | <b>154</b> | <b>158</b> | <b>312</b> | <b>85</b> | <b>85</b> | <b>170</b> | <b>482</b> |

# Friidrottare får räkna med smärta?

*Skador bland svenska friidrottare förekommer i hög grad inom alla grenar. Även smärta förekommer utbrett och är ofta långvarig. Den största delen av de aktiva tycker att smärtan är ett måste för att nå framgång, samtidigt som de anser att den är ett tecken på att något är fel.*

**Av Martin Petersson, Mari Lundberg och Anders Gudmundson**

Elitidrott utgör en liten del av all svensk idrott, ändå lämnar den få obörda. Med cirka 350 000 aktiva är friidrotten en av de största idrotterna i Sverige. Friidrotten innehåller ett brett spann av grenar, från sprint- och löpgrenar till hopp- och kastgrenar. Alla dessa grenar, oavsett gren, ställer höga krav på kroppen för att kunna prestera maximalt.

Det är beskrivet inom litteraturen att idrottare upplever att de möter olika sorters smärta i sin idrott <sup>(1)</sup>. De vanli-

gaste är ansträngningsrelaterad smärta det vill säga smärta under aktivitet och träningsvärk efter aktivitet <sup>(1)</sup>. Den ansträngningsrelaterade smärtan är något man inom friidrott vill lära sig att tolerera bättre för att kunna prestera maximalt <sup>(2)</sup>. Samtidigt kan smärta även betyda skada och nedsatt funktion <sup>(3)</sup>, vilket visar på smärtans komplexitet.

Smärta är ett mångfacetterat begrepp som påverkar såväl livskvalité som utförande. För att förstå smärtans komplexitet är det viktigt att veta att själva upplevelsen av smärta omfattar sensoriska, affektiva och kognitiva komponenter <sup>(3)</sup>. Det finns en "no pain, no gain" attityd inom elitidrotten <sup>(1)</sup>. Det är sedan tidigare känt att många elitidrottare pressar sig upp mot

eller till och med över smärtröskeln av olika orsaker, både på grund av sina egna förväntningar och drivkrafter men även på grund av press utifrån <sup>(4)</sup>. Det har på senare tid föreslagits att smärtan skulle kunna vara en bidragande faktor till att utveckla överbelastningsskador <sup>(4,5)</sup>. I en studie fann man att upp till hälften av alla överbelastningsskador med gradvis insättning föregicks av en period med smärta <sup>(6)</sup>. Att pressa sig över smärtgränsen i icke rehabiliterande syfte kan således leda till följdproblem. Förutom de teoretiska riskerna med överbelastningsskador så påverkar även smärtan i sig den aktives välmående <sup>(7)</sup> och den neuromuskulära funktionen i allmänhet <sup>(8)</sup>. Idag finns det inga studier som visat på

*Samtliga författare tillhör sektionen för klinisk neurovetenskap och rehabilitering/arbetssterapi och fysioterapi, Göteborgs Universitet*



Martin Petersson, leg. sjukgymnast

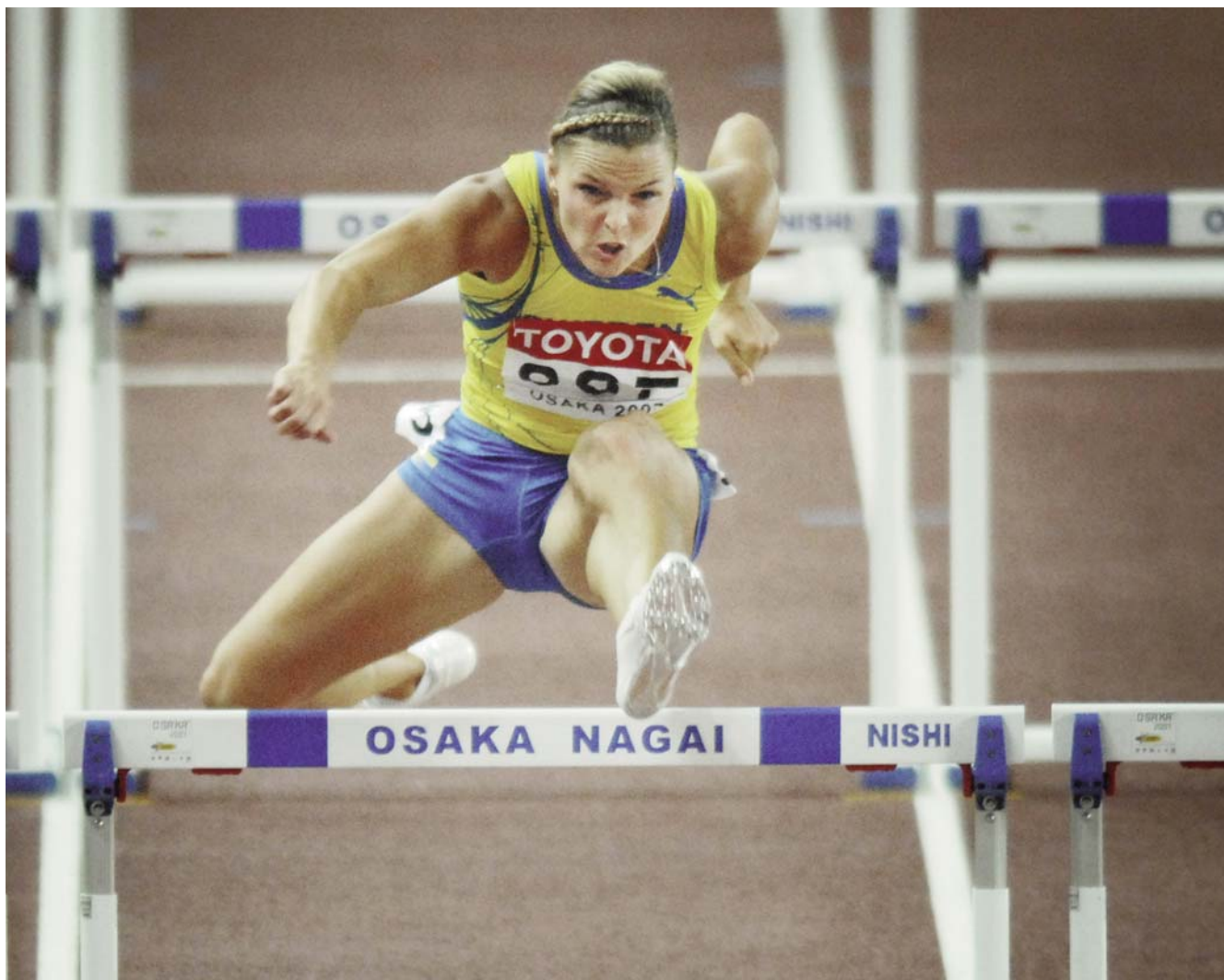


Anders Gudmundson, leg. sjukgymnast.



Mari Lundberg, leg. sjukgymnast, docent

Foto Eva Dalin



Skadedrabbade Susanna Kallur. Foto. Ryno Quantz/Svensk Friidrott

smärtans komplexitet bland svenska friidrottare eller hur de ser på smärta.

Syftet med vår studie var att kartlägga smärta bland elitaktiva friidrottare och deras attityder till smärta.

#### 94 elitaktiva studerades

Studien genomfördes på 94 svenska eller i Sverige elitaktiva friidrottare som placerat sig på Svenska Friidrottsförbundets topp-tio-lista utesäsongen 2012. De aktiva representerade tolv olika grenar fördelat på de fyra olika grenkategorierna sprint, medel-/långdistans, hopp samt kast. För att besvara syftet användes en modifierad version av Örebro Musculoskeletal Pain screening Questionnaire. Av de 201 enkäter som distribuerades till de aktiva inkom 94 svar. Av de 94 som svarade var 47 män och 47 kvinnor.

I studien var rapporteringen av förekomst av smärta skiftande beroende på frågans karaktär. Dock tyder resultaten på att runt tre fjärdedelar av de aktiva

upplevde smärta vid tiden för studiens genomförande. Totalt 85 personer (90 procent) uppgav att de hade upplevt någon typ av smärta de senaste tre månaderna. Av det totala antalet svarande hade ungefär en tredjedel (34 procent) haft sina nuvarande besvär mer än tolv veckor, vilket motsvarar långvarig smärta. En tidigare svensk studie på normalbefolkning har visat en prevalens på 25 procent av detsamma <sup>(9)</sup>. Vårt resultat visar på något högre siffror, vilket skulle kunna härledas till att elitfriidrottare utsätter sig för avsevärt större påfrestningar än normalbefolkningen.

#### Långvarig smärta

Av de som uppgav minst en smärtlokalisation hade mer än hälften två eller flera smärtlokalisationer. Även detta bidrar till att få en bild över den komplexa smärtsituationen. Det kan finnas risk att smärta som blivit långvarig breder ut sig i kroppen och ger sekun-

dära smärtlokalisationer. Om så är fallet skulle merparten av de elitaktiva friidrottarna kunna utveckla ett sådant syndrom.

#### Förändringar i kroppen

Bland dem som uppgav att de upplevt sin smärta i minst en vecka hade mer än hälften (54 procent) haft den mer än tolv veckor (*Bild 1*). Det var alltså en relativt stor del av de som uppgav smärta som hade det som skulle kunna betecknas som långvarig smärta. Detta gör att de riskerar att drabbas av de förändringar i kroppen som den långvariga smärtan kan medföra. Det är sedan tidigare visat att långvarig smärta är betydligt svårare att bli av med än kortvarig smärta <sup>(7)</sup>.

Drygt två tredjedelar av de svarande instämmer mycket eller helt med påståendet att smärta är en signal på att aktuell aktivitet bör avslutas. Knappt två tredjedelar av de som upplevde smärta trodde att den berodde på över-

belastning eller överansträngning. Då smärta kan vara en bidragande faktor för utvecklandet av överbelastningsskador <sup>(4,5)</sup>, och överbelastningsskador är de vanligaste skadorna inom friidrotten <sup>(6)</sup>, är det positivt om de aktiva tar hänsyn till detta och avslutar den smärtsamma aktiviteten. Vi vet dock inte om de aktiva faktiskt gör det eller om de bara tycker att man bör göra det. Vidare vet vi inte hur de som instämde lite eller delvis i påståendet agerar.

### Räknar med smärta

Drygt två tredjedelar av de svarande anser att smärta är något man får räkna med för att bli bäst, vilket tyder på att "no pain, no gain"-attityden är relativt utbredd bland de svenska elitfriidrottarna (Bild 2). Endast en tiondel av de svarande anser att smärta inte är något man får räkna med för att bli bäst. Detta resultat kan fungera som underlag för vidare forskning. Det är en sak att i teori hålla med om ett påstående och en annan sak att faktiskt pressa sig själv över smärtgränsen i syfte att bli bäst.

Resultaten från dessa två ovanstående påståenden kan tyckas ologiska. Detta har hos författarna gett fortsatta frågeställningar om hur de aktiva resonerar kring sina svar. En trolig anledning kan vara att frågorna inte låg i tät anslutning till varandra i formuläret vilket kan ha gjort att de aktiva inte ställt frågorna mot varandra i sitt resonemang.

### Dagens stjärnor påverkas

Det är oklart hur "no pain, no gain"-attityden kan vara så utbredd inom friidrotten. En orsak skulle kunna vara hur de friidrottsstjärnor och tränare som var aktiva tidigare har påverkat dagens stjärnor och hur de i sin tur på sikt eventuellt påverkar framtidens friidrottare. Det är författarnas uppfattning att det finns en kunskapsbrist inom idrottsrörelsen om smärta och skador samtidigt som media idag glorifierar förmågan att fortsätta tävla och träna trots en skada.

För att få en klarare bild över hur de elitaktiva friidrottarna resonerar kring smärta behövs det göras kvalitativa intervjustudier. Detta för att på ett klarare sätt fånga upp åsikter som ligger till grund för hur de aktiva agerar och resonerar.

Sammanfattningsvis tyder våra resultat på att smärta är vanligt förekommande bland elitaktiva friidrottare i

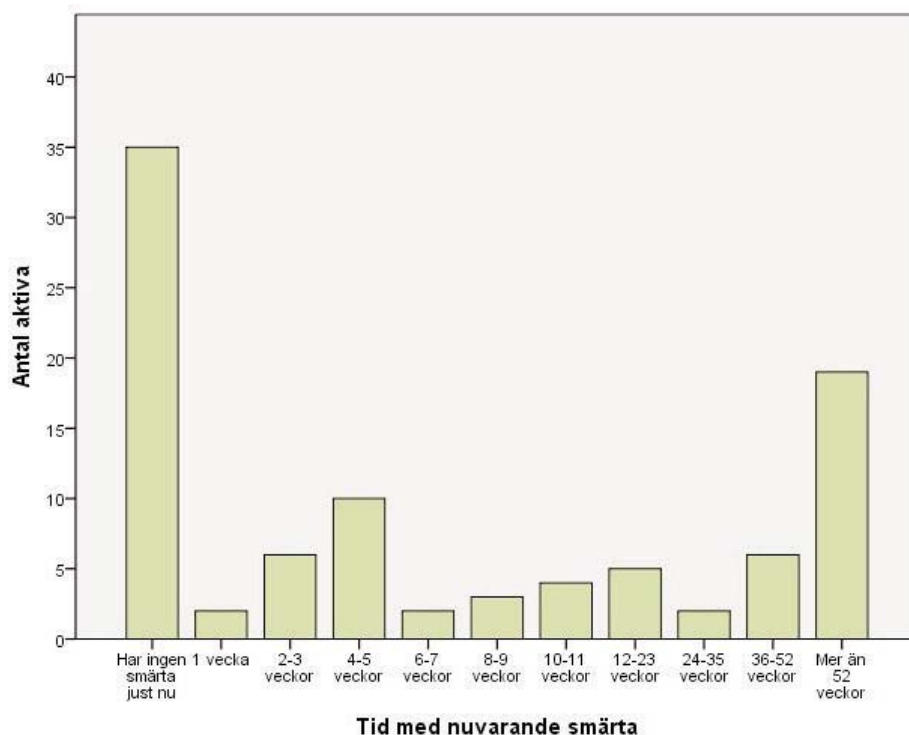


Bild 1.

Bland de som uppgav att de upplevt sin smärta i minst en vecka hade mer än hälften (54 procent) haft den mer än tolv veckor

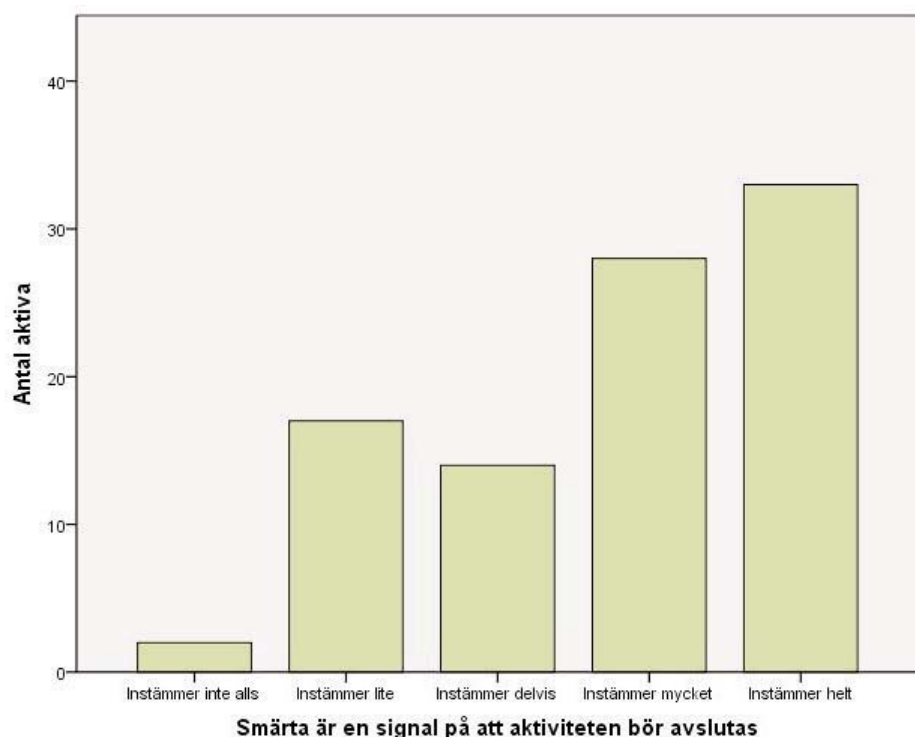


Bild 2.

Drygt två tredjedelar av de svarande anser att smärta är något man får räkna med för att bli bäst, vilket tyder på att "no pain, no gain"-attityden är relativt utbredd bland de svenska elitfriidrottarna

Sverige och att om man väl har fått den kan det vara svårt att bli av med den. Smärtan uppfattas som något dåligt, samtidigt som majoriteten anser att man måste tåla smärtan för att bli bäst.

### REFERENSER

1. Sullivan MJL, Tripp DA, Rodgers WM, Stanish W. Catastrophizing and pain perception in sport participants. *Journal of Applied Sport Psychology*.

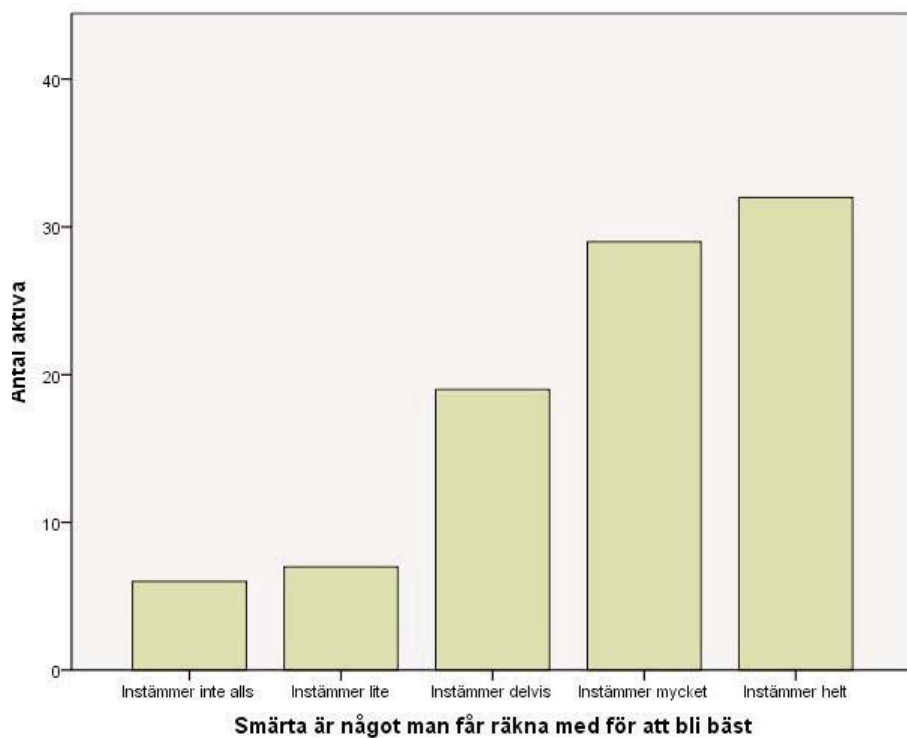


Bild 3.

*Smärta uppfattas som något dåligt samtidigt som majoriteten anser att man måste tåla smärtan för att bli bäst.*

- 2000 2000/09/01;12(2):151-67.
- Saraslanidis PJ, Manetzi CG, Tsalis GA, Zafeiroidis AS, Mougios VG, Kellis SE. Biochemical evaluation of running workouts used in training for the 400-m sprint. *Journal of strength and conditioning research / National Strength & Conditioning Association*. 2009 Nov;23(8):2266-71. PubMed

- PMID: 19826299. Epub 2009/10/15. eng.
- Nemeth RL, von Baeyer CL, Rocha EM. Young gymnasts' understanding of sport-related pain: a contribution to prevention of injury. *Child: care, health and development*. 2005 Sep;31(5):615-25. PubMed PMID: 16101659. Epub 2005/08/17. eng.

- Nixon II HL. Accepting the Risks of Pain and Injury in Sports: Mediated Cultural Influences of Playing Hurt. *Sociology of Sport Journal*. 1993;10(2):183-96.
- van Wilgen CP, Verhagen EA. A qualitative study on overuse injuries: the beliefs of athletes and coaches. *Journal of science and medicine in sport / Sports Medicine Australia*. 2012 Mar;15(2):116-21. PubMed PMID: 22188849.
- Jacobsson J. Towards systematic prevention of athletics injuries [Elektronisk resurs] : use of clinical epidemiology for evidence-based injury prevention. Linköping: Department of Medical and Health Sciences, Linköping University; 2012.
- Molin B, Norrbrink C, Lundberg T, Lund I, Lundberg S. Om smärta : ett fysiologiskt perspektiv. Lund: Studentlitteratur; 2010.
- Arendt-Nielsen L, Graven-Nielsen T, Sværre H, Svensson P. The influence of low back pain on muscle activity and coordination during gait: a clinical and experimental study. *Pain*. 1996;64(2):231-40.
- Bergman S, Herrstrom P, Hogstrom K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson LT. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *The Journal of rheumatology*. 2001 Jun;28(6):1369-77. PubMed PMID: 11409133. Epub 2001/06/21. eng.

# Större skaderisk när laget leder

Fotbollsspelare har större risk att skada sig fem minuter efter att ett kort delats ut eller att något lag gjort mål. Dessutom ökar spelarnas skadefrekvens när det egna laget leder. Det visar forskare vid Sahlgrenska akademien som i samarbete med FIFA analyserat skadorna under de tre senaste VM-turneringarna.

Skadefrekvensen i fotboll följer ett tydligt mönster som styrs av hur olika matchhändelser påverkar spelarnas emotionella och fysiska tillstånd. Det visar tre nya studier vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet som genomförts med stöd från FIFA.

Skadefrekvensen varierar beroende på om ett lag leder, håller på att förlora eller om det står oavgjort. Störst är ska-

derisken för spelare i det lag som leder. Vilken position spelaren har spelar också roll och störst skaderisk har anfallsspelare.

Det finns också ett direkt samband mellan antalet frisparkar i matchen och antal skador per match. En match med fler frisparkar har högre skadefrekvens. Skaderisken är högre inom en femminutersperiod efter utdelning av gula och röda kort, skador och mål.

– En teori här är att spelarna förlorar koncentrationen efter betydelsefulla spelavbrott, vilket ökar skaderisken, säger Jaako Rynänen\*.

Enligt Jaako Rynänen är studierna viktiga för att förebygga skador inom fotboll.

– Vårt främsta syfte är att bidra med kunskap som kan förebygga skador. Att känna igen matchperioder då skadeincidensen är hög kan vara viktigt för preventiva åtgärder, till exempel att byta ut spelare som har risk för att slå upp en tidigare skada.

Fortsatt forskning skulle också kunna leda till nya regler. Som ett exempel anger Jaako Rynänen införandet av temporära utvisningar av spelare för aggressivt beteende, som i ishockey.

\*Jaako Rynänen är doktorand vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet och läkarstuderande vid Helsingfors universitet

# Fler bör ta sitt ansvar för fusk

Ledare, läkare, tränare och sponsorer är betydelsefulla i överföringen av attityder, åsikter och värderingar.

Dopning är ett gissel för idrotten och ett återkommande samhällsproblem. De etiska diskussionerna kring dopning har i hittills kretsat kring om och när dopning kan rättfärdigas. De flesta resonemang utgår från idrottsutövarens individuella ansvar.

Ashkan Atry vid Centrum för forsknings- och bioetik (CRB) tar i sin doktorsavhandling upp en social dimension i dopingdiskussionen. Runt individen finns ett socialt område med normer som bidrar till idrottarens inställning till doping. Genom att sätta doping i ett bredare sammanhang vill Ashkan Atry utvidga ansvaret till att omfatta även idrottsläkare, tränare, sponsorer och sportjournalister.

– Jag menar att det finns ett socialt samspel och ett sammanhang runt en utövare, en outtalad känslomässig kultur och uppsättning attityder. Detta kan leda till att en enskild individ uppfattar doping som något acceptabelt och förväntat, som en del av den omgivande kulturen och sammanhanget. Idag begränsar vi ansvaret till individen, jag föreslår att vi vidgar ansvaret till att omfatta de grupper som finns runt om den enskilda idrottsutövaren, säger Ashkan Atry.

**Avhandlingens titel:** *Transforming the Doping Culture: Whose responsibility, what responsibility?*

## Medicinska Riksstämman 5-6 december

### STOCKHOLM WATERFRONT

#### Svensk Förening för Fysisk Aktivitet och Idrottsmedicin:

#### Sektionssymposium 5 december, Sal C4

**12.15–13.00 En skadad Zlatan ger mindre framgång och kostar 5 miljoner kronor/månad för klubben.**  
Resultat från UEFA:s studie av elitfotboll.

Medverkande: *Jan Ekstrand, Markus Waldén, Sektionen för Fysisk Aktivitet och Idrottsmedicin, Institutionen för Medicin och Hälsa, Linköping.*

11-årig studie av elitfotboll (UEFA). Framtidens skadeprevention kräver nytänkande. De traditionellt förekommande skadepreventiva metoderna synes inte vara tillräckliga på elitnivå.

**13.00–14.15 Fysisk aktivitet under uppväxtåren, rekommendationer**

Medverkande: *Ulrika Berg, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Örjan Ekblom, Gymnastik- och idrottshögskolan, Gisela Nyberg, Inst. för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet.*

Fysisk aktivitet för barn; minskad ohälsa – minskat lidande för individen och minskade kostnader för samhället. Etiska aspekter och möjligheter att stimulera barn till ökad fysisk aktivitet tas upp.

## Sökes

### *Sjukgymnast med idrottsmedicinsk kompetens*

Sjukgymnast med idrottsmedicinsk kompetens sökes för vikariat på etablering.

Från 1:e februari 2014 söker vi två nya kollegor till vår växande idrottskademottagning på en av Sveriges största träningsanläggningar.

**MER INFO** [WWW.ELITREHAB.COM](http://WWW.ELITREHAB.COM).

**Välkommen med din ansökan** senast 1/12-13 till [info@elitrehab.com](mailto:info@elitrehab.com)



# Rörelseanalys för bättre prestation

*Boken ”9+ screening batteri” innehåller en presentation och instruktion av hur rörelseanalys utförs. Boken presenterar de nio testerna och ger förslag till åtgärder vid behov.*

Ett sätt att skapa förutsättningar för ett skadefritt idrottande är att kunna analysera idrottarnas funktion och minimera potentiella riskfaktorer för skador. Denna bok beskriver, på ett lättläst och enkelt sätt, ett testbatteri som har utvecklats vid Riksidrottsförbundets Idrottsmedicinska klinik, Bosön.

Syftet med detta testbatteri är att göra en snabb analys av basfunktioner som är viktiga hos idrottare generellt. Tanken är att man ska kunna bedöma framför allt kvaliteten i utförandet av funktionella och komplexa rörelser. I det begreppet ingår bedömning av rörlighet, stabilitet, eventuella sidoskillnader och kompensatoriska rörelser.

Boken börjar med en lättläst inledning som ger en bakgrund till funktionell rörelseanalys och betydelsen av smärtfrihet och god rörelsekvalitet för att kunna lyckas med idrottandet. Begreppet ”rörelsekvalitet” är komplext och författarna till boken lyckas relativt bra med att simplificera detta och beskriva med enkla ord olika aspekter av betydelse för god rörelsekvalitet, som t.ex. teknik, rörlighet, stabilitet, timing, symmetri och kompensatoriska rörelser. I första delen av boken ingår även instruktioner om hur testbatteriet är tänkt att användas: övergripande instruktioner till testledare, testprotokoll och poängsystem samt rekommendationer om hur ofta testerna bör utföras.

I andra delen av boken beskrivs de nio testerna som ingår i batteriet. Beskrivningen är tydlig med information om syftet med testet, utförande, verbala instruktioner, vanliga kliniska fynd samt bedömningskriterier. Texten och bilderna i boken är informativa, men filmerna som finns på pluswebben ([www.sisuidrottsbocker.se/screeningbatteri](http://www.sisuidrottsbocker.se/screeningbatteri)) är ett välbehövligt komplement.

## 9+ screening batteri

Författare Anna Frohm, Frida Flodström och Britta Kockum

ISBN 9789186323691

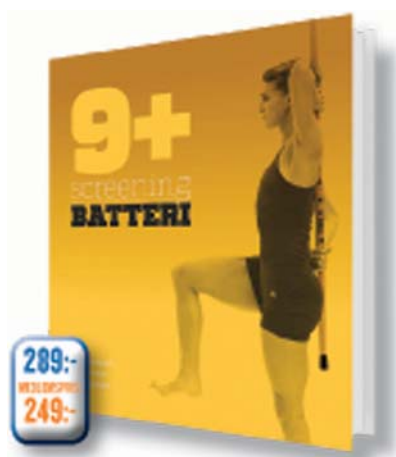
Artikelnummer 1346

Utgivningsår 2013

140 sidor

Format mjukband

Förlag SISU Idrottsböcker.



I sista delen av boken, finns förslag till åtgärder. Under screeningen kommer eventuella problemområden att identifieras. Här kan man läsa hur man kan lägga upp ett träningsprogram med specifika övningar som syftar till att åtgärda olika problemområden. Det finns en prioriteringslista på åtgärder, dosering, och övningsförslag med tydliga bilder.

Sammanfattningsvis, beskrivs i denna bok ett testbatteri som på ett standardiserat sätt värderar rörelsekapaciteter som kan ha betydelse för att en idrottare ska kunna vara skadefri. Studier pågår för att validera detta batteri. Testerna beskrivs på ett mycket bra sätt

och filmerna på pluswebben är ett bra komplement.

Tanken är att olika yrkesgrupper, som t.ex. sjukgymnast/ fysioterapeut, lagtränare, fystränare, personlig tränare eller naprapat ska kunna leda och bedöma dessa tester. Bedömning av rörelsekapacitet är mycket komplext och det kräver erfarenhet och grundläggande kunskap om kroppens funktioner. Jag tror att många kommer kunna instruera och bedöma testerna, men det kommer att krävas utbildning och träning innan testerna kan bedömas på ett bra sätt. Precis som författarna skriver, räcker det inte att titta på filmerna på pluswebben, utan dessa ska användas som ett komplement till boken. Innan man börjar använda testerna, bör man också vara trygg i hur man gör bedömningen, t.ex. genom att diskutera testerna med kollegor.

Boken är skriven av tre sjukgymnaster, Anna Frohm, Frida Flodström och Britta Kockum, med mångårig erfarenhet av idrottsmedicinsk rehabilitering och screening av elitaktiva. Anna Frohm har även disputerat i ämnet idrottsmedicin. Det beskrivs att testbatteriet är en vidareutveckling av ett tidigare testbatteri som har använts på Bosön, samt av flera tester som har beskrivits i vetenskaplig litteratur. ”9+ screening batteri” har även reliabilitetstestats på manliga fotbollsspelare och resultaten är publicerade i *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* (Frohm et al, online 2012).

JOANNA KVIST  
Docent i Sjukgymnastik  
Linköpings Universitet

# Läkares samtal om levnadsvanor – med vem?



Seminarium anordnat av sjukgymnasterna, LSR.

*Dum fråga kanske. Men en reflektion jag gjorde under Almedalsveckan i somras. Visst, vi läkare ska förstås prata om levnadsvanor med våra patienter! Men vi, inom levnadsvaneprojektet, kanske har ett ansvar att även delta i samhällsdebatten?*

Under mina dagar i Visby kunde jag konstatera att det finns många intresseföreningar som arbetar för minskad ohälsa där just betydelsen av levnadsvanor betonas. Min bild kanske är något skev eftersom jag valde seminarier utifrån mitt intresse. Till exempel deltog GIH med seminariet "Börja träna - hjälp Sveriges ekonomi!" Jämfört med Riksstämman upplevde jag "utställarna" under Almedalsveckan mer visionära, som sålde ett budskap, och inte en produkt. En del politik, men mycket ideologi. Budskap är mycket svårare att skicka ut med övrig reklam. Glädjande kunde jag konstatera att jag inte var ensam från SFAIM som ideologisk opinionsbildare!

## **Fysisk aktivitet – den bästa medicinen**

Fysisk aktivitet och fysioterapi är outnyttjade potentialer i vårdens arbete

med att stödja patienter i att ta makten över sin hälsa i relation till såväl rörelseorganens sjukdomar som många av de andra stora folksjukdomarna. Genom medvetna satsningar kan både lidande och kostnader sparas.

## **Hur kan vi minska antalet förtida dödsfall i icke-smittsamma sjukdomar?**

I Sverige svarar icke-smittsamma sjukdomar för 90 procent av alla förtida dödsfall. Dessa omfattar hjärt-kärlsjukdomar, cancer, diabetes och kroniska lungsjukdomar. Gemensamma riskfaktorer är tobak, alkohol, ohälsosamma matvanor och brist på fysisk aktivitet. Hur kan vi minska antalet dödsfall?

*Min förhoppning inför Almedalsveckan 2014 är en större närvaro av SFAIM genom Levnadsvaneprojektet!*

Höstfunderingar från  
EVA ZEISIG

Vetenskaplig sekreterare  
Sektionsansvarig levnadsvaneprojektet  
Svensk förening för fysisk aktivitet och  
idrottsmedicin



Car-Johan Sundberg och Peter Friberg



# kurser & konferenser

## NOVEMBER:

**22-24/11 1080 Treatment Specialist Trunk och Upper Extremity.** Idrottsmedicin Stockholm erbjuder, tillsammans med Athletic 1080, sina medlemmar möjligheten att öka sin kunskap inom kroppens integrerade och tredimensionella rörelsemönster. För vidare information och anmälan kolla  
[www.idrottsmedicinstockholm.se](http://www.idrottsmedicinstockholm.se)

## DECEMBER:

**5: STOCKHOLM, WATERFRONT CONGRESS CENTRE Medicinska riksstämman**  
[www.sls.se/riksstamman](http://www.sls.se/riksstamman)

**10-11: BOSÖN, LIDINGÖ**  
**Elitidrottskonferens 2013 "Tema Svensk elitidrott kan bättre"**  
[www.trippus.se/eventus/userfiles/43613.pdf](http://www.trippus.se/eventus/userfiles/43613.pdf) 2014

## JANUARI

**30 JAN-1 FEB: DANSK IDROTSMED. ÅRSKONGRESS**  
info: [sportskongres.dk](mailto:sportskongres.dk)

## FEBRUARI 2014

**11-12: BUENA VISTA, FLORIDA, USA**  
**Developing the Healthy Youth Athlete**  
[www.acsm.org](http://www.acsm.org)

## MARS

**21-22: Täby Park Hotell, Stockholm**  
**LSR Sektionen för fysisk aktivitet och idrottsmedicins Årsmöte/Kongress 2014**  
[www.sjukgymnastforbundet.se](http://www.sjukgymnastforbundet.se)

## APRIL

**1-4: ATLANTA, USA**  
**ACSM's 18th Health & Fitness Summit & Exposition**  
[www.acsmsummit.org](http://www.acsmsummit.org)

**8-11: RIO DE JANEIRO, BRASILIEN**  
**5th International Congress on Physical Activity and Public Health (ICPAPH)**  
[www.icpaph2014.com](http://www.icpaph2014.com)

**10-12: MONACO**  
**IOC World Conference**  
[www.ioc-preventionconference.org](http://www.ioc-preventionconference.org)

## MAJ

**7-9: HELSINGFORS, FINLAND**  
**57th Nordic Orthopaedic Federation Congress (NOF)**  
[www.confedent.fi/nof2014/welcome/](http://www.confedent.fi/nof2014/welcome/)

**8-10: STOCKHOLM**  
**Idrottsmedicinskt vårmöte "Medaljens baksida"**  
[www.svenskidrottsmedicin.se](http://www.svenskidrottsmedicin.se)

**27-31: ORLANDO, FLORIDA, USA**  
**ACSM's 61st Annual Meeting**  
[www.acsmannualmeeting.org/](http://www.acsmannualmeeting.org/)

## JULI

**2-5: NEDERLÄNDERNA, AMSTERDAM**  
**European College of Sport Science (ECSS)**  
**19:e årskongress**  
[www.ecss-congress.eu/2014/14/](http://www.ecss-congress.eu/2014/14/)

## Att träna och tävla med funktionsnedsättning

### Inbjudan till utbildningsdag

Svenska Handikappidrottsförbundets Medicinska Kommitté inbjuder till en utbildningsdag fredag den 25 april 2014 i Stockholm. Syftet med utbildningen är att ge en introduktion till medicinska aspekter kring handikappidrott. Utbildningsdagen vänder sig i första hand till läkare, sjukgymnaster och naprapater med steg 2-utbildning i idrottsmedicin, men även de med steg 1-utbildning är välkomna att söka liksom andra med sjukvårds- eller idrottsutbildning och intresse för området.

**Anmälan:** Senast 21 mars 2014 till Kerstin Brodin, Svenska Handikappidrotts-förbundet ([kerstin.brodin@shif.rf.se](mailto:kerstin.brodin@shif.rf.se)).

**Kostnad:** 600 kr (inkluderar utbildningsmaterial, kaffe och lunch).

**Upplysningar:** Jan Lexell, Förbundsläkare SHIF/SPK ([jan.lexell@med.lu.se](mailto:jan.lexell@med.lu.se))

**Innehåll:** Utbildningsdagen kommer att ta upp vad handikappidrott är, The Paralympic Movement, Svensk handikappidrott och dess organisation, olika idrotter, klassifikation, licensansökan, medicinskt kort, läkemedel och doping vid träning och tävling med funktionsnedsättning, medicinska aspekter och skador inom handikappidrott, prevention och behandling vid överbelastning samt en inblick i hur det är att träna och tävla med funktionsnedsättning från en aktiv paralympier.

# Montane – den kompletta behandlingbänken!

Montanebänkarna från Chattanooga är utformade med kvalitet, komfort, användarvänlighet och hållbarhet i åtanke. Bänkarna har ett stort spann på arbetshöjden och är därför utmärkt för både långa och korta terapeuter. Montane är en pålitlig behandlingsbänk som tillgodoser alla dina behov och levereras "inklusive allt".



**NYHET!**  
**55 CM BRED!**

**NYHET!**

Alternativ bredd, 55 cm,  
visades för första gången på  
Sjukgymnastdagarna 2013  
hos DJO-Kliniken!

## FÖRMÅNLIG LEASING!

Fördelaktig finansiering med bra leasingavtal kan ordnas. Kontakta våra produktspecialister för mer information.

### KONTAKTA DIN PRODUKTSPECIALIST:



Helene Garpefors  
Mobil 0730-43 70 20  
Stockholm, Uppsala,  
Örebro, Västernorrland (Tillf.)



Kim Forsell  
Mobil 0702-09 71 19  
Västra Götaland, Dalarna,  
Värmland, Västmanland,  
Södermanland, Östergötland,  
Gotland, Västerbotten (Tillf.)

Kontakta kundtjänst  
Tel. 040-39 40 00  
Halland, Kronoberg, Jönköping,  
Blekinge, Kalmar, Skåne,  
Norrbotten (Tillf.)

## ERBJUDANDE! KÖP 4 BETALA FÖR 3!

- ▶ 7, 5 eller 3 sektioner
- ▶ En kraftfull elektrisk motor ger snabb höjdställning mellan 49 till 101 cm
- ▶ Fotram, för enkel höjjustering ingår som standard
- ▶ 4 hjul ingår alltid, liksom centrallåsning för att snabbt stabilisera bordet för behandling
- ▶ Trygghetslås
- ▶ Slitstark bänk – mycket för pengarna
- ▶ Välj mellan 9 olika färger

POSTTIDNING B  
Svensk Idrottsmedicinsk Förening  
Tuna Industriväg 4  
153 30 JÄRNA



## Sportskadeprodukter i världsklass

*Våra tejper, lindor och kylprodukter fungerar lika bra för såväl proffs som amatörer. Oavsett vilken sport och nivå det handlar om är syftet alltid detsamma: Att förebygga skador och snabba på rehabilitering. Vill du veta mer? Kontakta BSN Medical på tel 031-727 98 00.*



*Fotbollen är tejpad med Leukotape Classic – flitigt använd inom elit- och amatörverksamhet.*

**BSN**medical