

## Rulleskøyte- og rullebrettskader blant barn i Bergen Norway

Den økende bruk av rulleskøyter og rullebrett i Norge reflekteres i stadig flere skader ved våre skadekirurgiske poliklinikker.

I 1998 gjorde vi en prospektiv registrering av 7 041 nye skader på barn under 16 år ved Bergen Legevakt og akutt-mottaket ved Haukeland Sykehus.

Vi registrerte 113 rulleskøyte- og rullebrett-assosierte skader, dvs. 1,6% av alle skader i denne aldersgruppen. Tre fire-deler av de skadede var gutter, ni av ti var i alderen 10–15 år og armer eller hender ble skadet hos to av tre. Nesten to av tre hadde bruddskader (n=67), og det er en mye større bruddandel enn sett ved skader forårsaket av andre aktiviteter. Bruddene var hyppigst lokalisert til distale radius (n=39). Skafo-idfraktur, en ellers sjelden frakturtype hos barn, utgjorde nesten en tittel av alle bruddskadene (n=6).

Brudd i skafoid kan ubehandlet medføre komplikasjoner i form av pseudartrose og kroniske håndsmarter. Alle som behandler barn med smerter i hånd eller håndledd etter fall på rulleskøyter eller rullebrett, bør derfor ha skafoidfraktur i mente. Håndledds- og håndrotsbrudd omfattet 40% av alle rulleskøyte-/brettskadene, så bruk av håndleddsbeskyttelse vil sannsynligvis være det forebyggende tiltaket som gir størst reduksjon i antall skader.

Rulleskøyter og rullebrett blir stadig mer brukt av både barn, ungdom og voksne. Dette merkes også ved landets skadekirurgiske poliklinikker, som mottar stadig flere pasienter med skader etter uhell ved bruk.

Skadepanoramaet vil alltid reflektere menneskers fysiske aktivitet. Fotball- og sykkelulykker dominerer som skadeårsak hos barn fordi disse aktivitetene fortsatt er de vanligste. Noen aktiviteter innebærer imidlertid større risiko for skade enn andre, og rulleskøyte- og rullebrettbruk synes å være blant disse. Den første dødsulykken i Norge med rulleskøyter («rollerblades» eller «wheels in-line») skjedde i 1994, da en 12-åring ble påkjørt av en bil. Dødsulykker i amerikanske materialer involverte nesten alltid fall eller kollisjoner i trafikken.

Det er viktig at helsevesenet ved kontinuerlige registreringer merker seg endringer eller tendenser i skadepanoramaet slik at man får et grunnlag for å bidra med informasjon om eventuelle farer og forslag til forebyggende tiltak. Statens institutt for folkehelse har drevet slik registrering siden 1990 i Trondheim, Harstad, Stavanger og Drammen [1]. I Bergen har man ikke tidligere hatt noen slik generell skaderegistrering.

### Månadens nordiska artikel



Artikelen har tidligere varit publicerad i Tidsskrift for Den norske lægeforsening 2001; 121: 18-22

### SUMMARY

Rollerblading and skateboarding injuries in children in Bergen, Norway

Tidsskr Nor Lægeforsen 2001; 121: 19–22

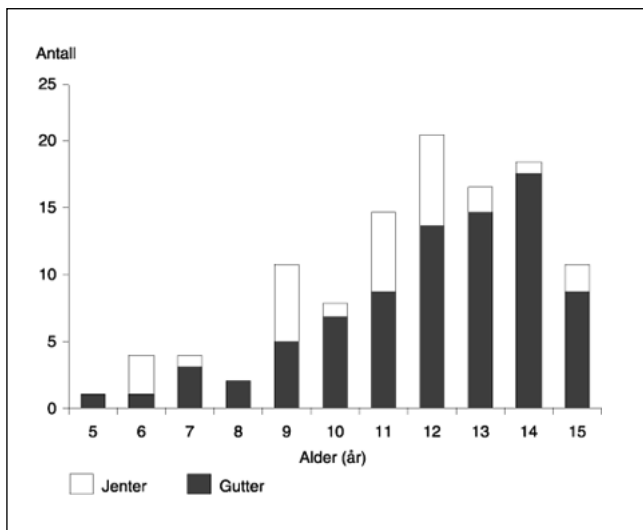
Läkartidningen 2001; 98: 1116-21

Background. The popularity of rollerblading and skateboarding activities in Norway is reflected in the number of injuries seen at our casualty centres and hospitals.

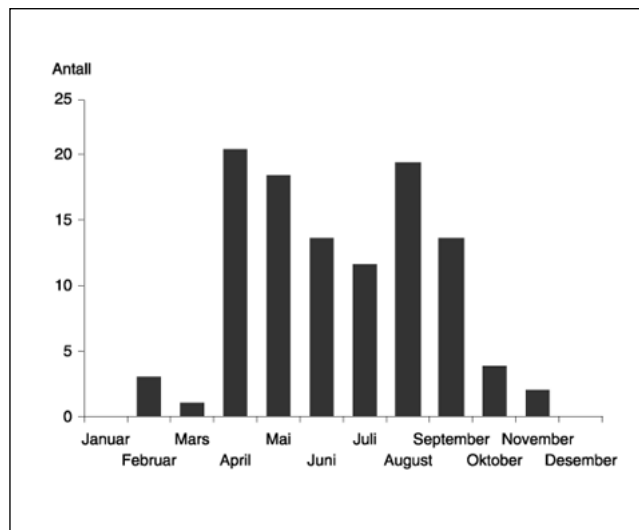
Material and methods. During 1998, we made a prospective registration of 7,041 new injuries involving children below the age of 16 treated at the Accident and Emergency Department and at Haukeland University Hospital in Bergen.

Results. Rollerblading and skateboarding injuries accounted for 113 cases, representing 1.6% of all injuries. Three quarters were boys, nine out of ten were 10 to 15-year-olds, and arms/hands were injured in two thirds of the cases. Almost two thirds of the injuries were fractures (n=67), representing a higher fraction than seen in other activities. Most of them were distal radial fractures (n=39), but scaphoid fractures, an otherwise seldom child fracture, were seen in one tenth (n=6) of all fractures.

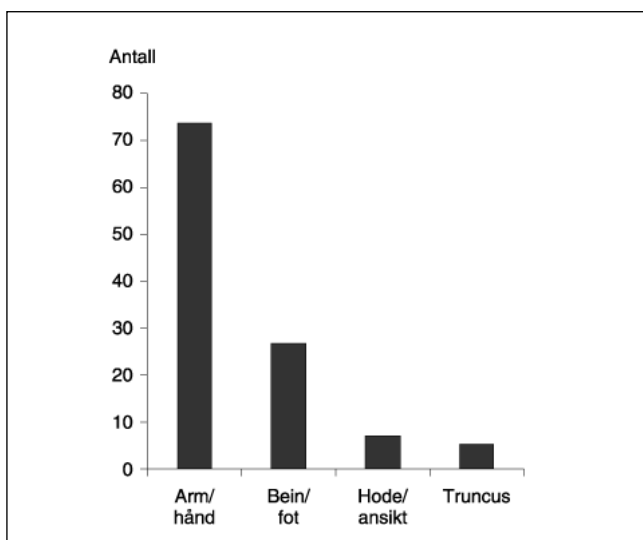
Interpretation. Scaphoid fractures can, when untreated, cause pseudarthrosis; this should be borne in mind when treating children with hand pain after fall on their rollerblades or skateboards. As fractures of the hand root and wrist accounted for 40% of all injuries, hand and wrist protection seem to be the best preventive measure in terms of number of injuries.



Figur 1. Antall skader etter alder og kjønn forårsaket av rulleskøyter eller rullebrett.



Figur 2. Antall rulleskøyte-/rullebrettskader per måned i 1998.



Figur 3. Antall skader på ulike kroppsdeler ved rulleskøyte-/rullebrettskader.

Hensikten med denne studien er å belyse forekomsten av skader ved bruk av rulleskøyter og rullebrett og å sammenlikne disse resultatene med det generelle skadepanoramaet blant barn.

## II Materiale og metode

I perioden 1.1. 1998 til 31.12. 1998 gjennomførte vi ved Bergen Legevakt og akuttmottaket ved Haukeland Sykehus en prospektiv registrering av alle nye skader hos barn under 16 år. Ved Bergen Legevakt, som benytter Infodoc journal-system, brukte vi en datapåminner som dukket opp på skjermen ved innskrivning av alle pasienter under 16 år. Ved positivt svar på spørsmålet om de kom pga. en ny skade, fikk pasient og foreldre eller pårørende et standardisert spørreskjema hvor de besvarte spørsmål om den aktuelle skaden, om tidligere skader, om de trodde skaden kunne vært forebyggt med bruk av beskyttelsesutstyr og om skaden skyldtes uhell eller vold. En liknende datapåminner kom før behandlende lege avsluttet journaler på pasienter under 16 år. Dersom vakthavende lege oppfattet pasientens diagnose som forårsaket av ny skade, ble fem spørsmål besvart, inkludert ett om skadens

alvorlighetsgrad. Graderingen gikk på hvilket behandlingsnivå pasienten tilhørte, eksempelvis om skaden burde vært behandlet i allmennpraksis, på skadekirurgisk poliklinikk eller under innleggelse i sykehus. Det ble også vurdert om kutt-skader trengte suturering og om bruddskader trengte reponering. Abbreviated injury scale (AIS) ble ikke brukt ved legevakten, da langt de fleste skader tilhører nivået 1–2, dvs. liten eller moderat skade. Alle data ble registrert direkte inn i pasientens datajournal og deretter anonymisert og overført til Epi Info statistikkprogram. Spørreskjemaer og pasientinformasjon fra Haukeland Sykehus ble innsamlet manuelt. Alle data var anonyme og inneholdt kun pasientens alder, kjønn og bostedskommune. Pasienter henvist fra Bergen Legevakt ble ikke registrert to ganger. Skader behandlet av byens allmennleger ble ikke inkludert i studien.

I denne delstudien er skader ved bruk av rulleskøyter og rullebrett trukket ut fra hovedmaterialet og behandlet særskilt.

## II Resultater

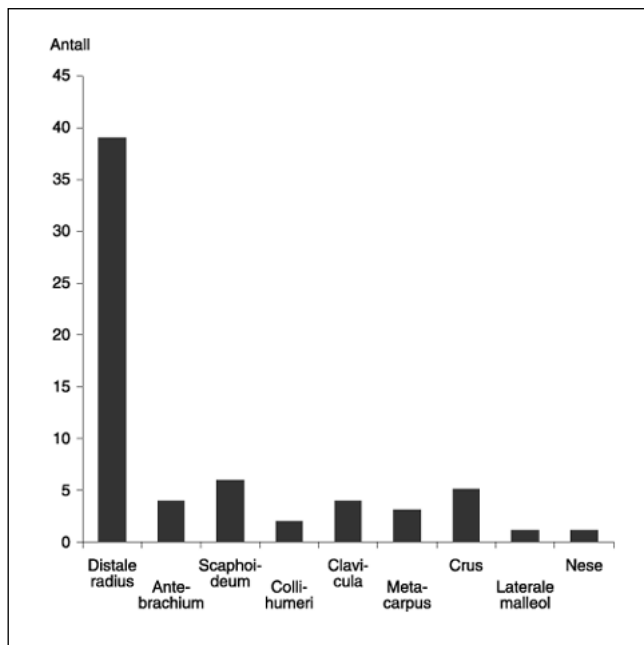
Rulleskøyte- og rullebrettassosierte skader utgjorde 113 av totalt 7 041 nye legebehandlede skader blant barn under 16 år i 1998 (1,6%). Bergen Legevakt og Haukeland Sykehus mottar også skadete barn bosatt i nabokommuner, men tre fire-deler av de skadete var fra Bergen. Insidensen av disse skadene blant skolebarn under 16 år bosatt i Bergen kommune var tre per 1 000.

74% av barna som ble skadet på rulleskøyter eller rullebrett var gutter. Aldersgruppen 10–15 år dominerte klart, med over 90% av skadene (figur 1).

I månedene april, mai og august var det flest rulleskøyte-/rullebrettskader (20 skader per måned). Den månedlige skadefordeling resten av året kunne tyde på at sesongen varte fra og med april til og med september. I sommerferiemånedene var det naturlig nok noe færre skader (figur 2).

Fordelingen mellom rulleskøyte- og rullebrettassosierte skader var 60% versus 40%.

Armer/hender ble skadet i 66% (n=74) av tilfellene, 24% (n=27) skadet bein og føtter, 6% (n=7) skadet hode og ansikt og 4% (n=5) overkropp og rygg (figur 3). Brudd utgjorde hele 60% (n=67) av alle rulleskøyte-/rullebrettskader. 16% (n=11) av bruddene måtte reponeres. Fire av pasientene med bruddskader ble innlagt i sykehus, hvorav to med kompliserte underarmsfrakturer og to med leggfrakturer.



Figur 4. Antall ulike bruddtyper ved rulleskøyte-/rullebrettskader.

Bløtdelesskadene bestod av ni forstuede ankler og fem forstuede håndledd. Ankelforstuinger oppstod oftere på rullebrett enn på rulleskøyter. Av 12 sårskader måtte sju sutureses. Ingen ble registrert med hjernerystelse.

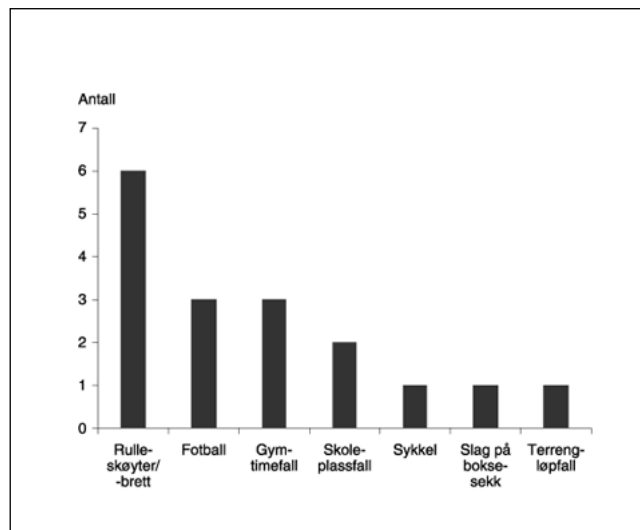
På spørsmål om skaden kunne vært unngått ved bedre sikring, svarte 38% ja, 55% nei og 7% unnløt å svare. 27% mente at håndleddsbeskyttelse kunne ha forebyggt skaden, 3,5% nevnte hjelm og 1,8% nevnte knebeskyttelse. 64% av barna med distale radiusfrakturer etter bruk av rulleskøyter/rullebrett mente at skaden kunne vært forebyggt ved bruk av håndleddsbeskyttelse. Fem av seks med skafoidfrakturer opplyste at de ikke hadde brukt slik beskyttelse.

Ved gjennomgang av bruddskadene dominerte brudd i distale radius, med 58% av alle rulleskøyte/rullebrettassosierte brudd, dvs. 39 tilfeller. 56% av disse ble klassifisert som »greenstick«-fraktur, 26% som Colles' fraktur og 15% som epifysiolyse. Brudd i skafoid utgjorde 9% av alle brudd, dvs. seks tilfeller. De andre frakturtyper fordelte seg på crus, antebrachi, clavicula, metacarpus, colli chirurgicum humeri, ankel og nese, som vist i figur 4.

Brudd i distale radius ved bruk av rulleskøyter/rullebrett utgjorde 8,5% av de 459 distale radiusbruddene som vi registrerte hos barn under 16 år i 1998. Brudd i skafoid etter bruk av rulleskøyte/-brett utgjorde hele 35% (n=6) av de 17 skafoidfrakturene dette året. Vi inkluderte kun de frakturene som var klinisk og røntgenologisk sikre ved kontroll etter 14 dager. Tre av bruddene var forårsaket av rulleskøytebruk og tre skyldtes bruk av rullebrett. De andre årsakene til skafoidfraktur var fall under fotballspill, i gymnastikktime, på skoleplass, fra sykkel, under terrengløp og etter hardt slag mot boksesekk (figur 5). De to yngste barna med skafoidfrakturer var 12 år gamle, og kun to av 17 var jenter. De fleste frakturene var enten distale avulsjoner eller fissurer i distale tredel av os scaphoideum.

## Diskusjon

Bruddskader utgjorde hele 60% av alle registrerte rulleskøyte- og rullebrettskader i vårt materiale. Dette tallet er 11% høyere enn i en liknende engelsk studie fra samme år [2]. Barn skadet på snøbrett (snowboard) var de eneste som kom opp i liknende bruddprosent (58%). Det kan til sammenlikning



Figur 5. Antall skafoidfrakturer hos barn ved ulike årsaker.

nevnes at de fotball- og sykkel-skadene i vår registrering hadde henholdsvis 38% og 33% brudd. 35% av dem som skadet seg under slalåmkjøring, fikk bruddskader [3]. Ettersom fotballspilling og sykling fortsatt har flest utøvere, fikk vi likevel tallmessig flest bruddskader pga. fotballspilling, med 177. Det var 119 skader pga. sykling, 67 pga. rulleskøyte/rullebrett og 22 pga. snøbrett.

I 1990 ble det utført en skaderegistrering av alle sykkeluhell i Bergen [4]. Ved sammenlikning med vårt registreringsmateriale i 1998 fant vi en nedgang i insidens av sykkel-skadene fra 9,3 per 1000 til åtte per 1000 ( $p=0,019$ ). Dette kan skyldes hyppigere bruk av beskyttelsesutstyr og flere sykkelstier, men kan også skyldes at færre barn sykler i dag enn i 1990. Rulleskøyte og rullebrett har kanskje tatt noe av sykkelens plass. Sikre data på hvor mange barn som bruker rulleskøyter og rullebrett i Norge har vi ennå ikke, men at det er populære og økende aktiviteter er sikkert. I 1998 ble det på landsbasis solgt 150 000 par rulleskøyter og i 1999 hele 200 000 par, ifølge importørene [5].

Våre tall indikerer at vi kan forvente flere bruddskader i fremtiden hvis rulleskøyte-/rullebrettbruken øker. Mer enn 38% i vårt materiale mente at beskyttelsesutstyr kunne ha redusert eller hindret skaden. Vi fikk ingen sikre tall på hvor mange som hadde brukt beskyttelsesutstyr, men tidligere studier har vist en så lav andel som 20% [6]. Heldigvis hadde vi få hodeskader i 1998. Ingen av dem var alvorlige, i motsetning til i amerikanske studier, som inkluderte dødelige hodeskader ved rulleskøytebruk i trafikken [6]. De alvorlige konsekvensene av hodeskader gjør det klart at bruk av hjelm bør være påbudt. Håndleddsbeskyttelse vil kunne gi best uttelling i å redusere antall brudd, ettersom håndledds- og håndrotsbrudd utgjør hele 40% av alle skader. Hvorvidt slik beskyttelse virkelig hindrer brudd er ikke undersøkt nøyaktig nok, men den stive støtteskinnen volart over håndleddet demper det direkte støtet mot håndrot og distale radius ved fall mot dorsalflektert håndledd [7], som illustrert i figur 6. Behandlende personale ved Bergen Legevakt har stilt spørsmål om bruk av håndleddsbeskyttelse kan medføre mer dislokerte antebrachialisfrakturer. Denne antakelsen er foreløpig basert på for få enkeltepisoder til å kunne betraktes som signifikant. Liknende bruddmekanisme blir av og til sett i distale crus like prospektivt for slalåmstøvlene.

Noen studier har indikert en svært høy risiko for skade ved første gangs bruk av rulleskøyter. Vårt materiale indikerer en litt høyere skadeandel i sesongens første måned, april, og i au-

# ANNONS



**Figur 6.** Nybegynnere på rulleskøyter faller ofte bakover med dorsalflektet håndledd mot hard asfalt. Hodeskader kan oppstå slik. Ujevnheter i bakken kan medføre fall fremover, mens vått og glatt føre gjør det vanskelig å bremse.

gust etter sommerferien (figur 2). I en engelsk studie fant man at ett av åtte barn som prøvde seg på rulleskøyter for første gang, pådrog seg et brudd [8]. Kun 3% av dem som fikk bruddskader, hadde brukt beskyttelsesutstyr. Mange har ønsket opplæring i basalteknikk under kontrollerte forhold, unna trafikk og med bruk av hjelm og håndledds-, albue- og kneleddsbeskyttelse [9]. Forslag om forbud mot bruk av rulleskøyter i veibanen er forståelig når man vet at rulleskøyter på flatmark kan oppnå hastigheter på over 50 km/t, og selvfølgelig enda mer i nedoverbakke [10]. Rullebrettbrukerne i vår undersøkelse skadet seg ofte ved fall bakover fra rullebrett som vippet. Skadene skjedde også under hopp på ramper og fra utendørstrapper og hellende murkanter, der de øvde seg på å hoppe.

Skafoidfraktur er vanlig blant voksne som har falt på rulleskøyter. I en amerikansk studie fra 1993 stod denne frakturtypen for 13,9% av alle rulleskøyteassosierte brudd [6]. Skafoidfraktur er det vanligste håndrotsbrudd, men likevel relativt sjeldent forekommende hos barn [11]. I en større studie fra England i perioden 1977–84 utgjorde disse bruddene 0,34% av alle bruddskader hos barn [12]. I vårt totale skademateriale utgjorde skafoidfrakturene nesten 1% av alle bruddskader (17 av 1742 bruddskader), men hele 9% av alle bruddskader i forbindelse med bruk av rulleskøyter/rullebrett – en forskjell som var klart signifikant ( $p=0,00013$ ). At vi har høyere tall enn de hadde i den eldre engelske studien, kan derfor skyldes økt bruk av rulleskøyter og rullebrett etter den tid.

De yngste med skafoidfrakturer i vårt materiale var 12 år gamle, mens brudd hos barn ned i ni års alder er beskrevet i andre studier [13]. Dersom denne frakturtypen ikke blir tidlig diagnostisert og behandlet med immobilisering, kan det utvikles pseudartrose. I motsetning til hos voksne er det heldigvis beskrevet gode resultater etter konservativ gipsbehandling av pseudartrose fremfor operativt inngrep i os scaphoideum [14]. Man må heller ikke glemme mulighetene for samtidig skafoid og distal radiusfraktur [15].

Skaderegistrering er et viktig verktøy for å kunne foreslå riktig skadeforebygging. Slike registreringer er imidlertid tidkrevende for helsepersonell. De glemmes eller nedprioriteres når det er svært travelt og skadene er alvorlige, eller når det som skal registreres forekommer sjelden. Vår datapåminner på Bergen Legevakt bidrog nok til at de fleste skader ble registrert. Rulleskøyte-/brettskader behandlet av allmennleger i Bergen ble ikke registrert, men alvorlighetsgraden av disse

var sannsynligvis lav. I Bergen er det dessuten tradisjon i befolkningen for å oppsøke Bergen Legevakt ved akutte skader, og ved mistanke om bruddskader henviser allmennlegene til legevakten. Skaderegistreringen ved akuttmottaket på Haukeland Sykehus var vanskeligere å gjennomføre, da datajournaler ikke er innført. Vi var avhengige av en fast kontaktperson, og deler av dataene måtte innhentes retrospektivt.

## Konklusjon

Skaderegistreringen i Bergen i 1998 avslørte en høyere bruddprosent ved skader forårsaket av rulleskøyter/-brett enn ved andre aktiviteter. Brudd i distale radius dominerte, men skafoidfraktur, som ellers er sjeldent hos barn, forekom oftere enn ved skader i forbindelse med andre aktiviteter. Det er derfor viktig for alle skadekirurgiske poliklinikker og legevakter å ha skafoidfraktur in mente også hos barn ved smerter i håndledd etter fall på rulleskøyter eller rullebrett. Mer bruk av håndleddsbeskyttelse vil sannsynligvis være mest effektivt for å redusere antall bruddskader, men bruken er foreløpig liten.

Antall sykkelrelaterte skader hos barn synes å ha gått ned i Bergen de siste ti årene, mens den stadig økende bruk av rulleskøyter/-brett har medført flere skader. Når nå nye populære aktiviteter som hopping på trampoline og bruk av løperhjul/sparkesykkel er på fremmarsj, må vi fortsette våre registreringer for å kunne gi riktige advarsler og råd om forebygging.

Jeg takker R. Reitan, L.M. Hove, K.S. Hansen, S. Martinsen og staben ved Bergen Legevakt for hjelp til gjennomføringen av denne registreringen.

## Litteratur

- Guldvog B, Thorgersen A, Ueland Ø. Ulykker, vold og selvpåført skade. Personskaderapport nr. 1/1992. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1992.
- Hassan I, Dorani BJ. Rollerblading and skateboarding injuries in children in northeast England. *J Accid Emerg Med* 1999; 16: 348-50.
- Brudvik C. Child injuries in Bergen, Norway. *Injury* 2000; 31: 761-7.
- Hansen KS, Hansen TE, Walløe A, Fjeldsgaard K. Sykkelykker og sykkelkader i Bergen. Bergen: Bergen Legevakt, 1995.
- Kolsrud K. 100 skadet på rulleskøyter. *Aftenposten* 11.8.1999.
- Calle SC, Eaton RG. Wheels-in-line roller skating injuries. *J Trauma* 1993; 35: 946-51.
- Spicer DD, Mullins MM, Wexler DM. Rollerblades: should they carry a government health warning? *Injury* 1996; 27: 401-3.
- Mitts KG, Hennrikus WL. In-line skating fractures in children. *J Pediatric Orthop* 1996; 16: 640-3.
- Heller DR, Routley V, Chambers S. Rollerblading injuries in young people. *J Paediatric Child Health* 1996; 32: 35-8.
- Solheim K. Rulleskøyteskader. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 2159.
- Hove LM. Epidemiology of scaphoid fractures in Bergen, Norway. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg* 1999; 33: 423-6.
- Christodoulou AG, Colton CL. Scaphoid fractures in children. *J Pediatr Orthop* 1986; 6: 37-9.
- Brondum V, Larsen CF, Skov O. Fractures of the carpal scaphoid: frequency and distribution in a well defined population. *Eur J Radiol* 1992; 15: 118-22.
- De Boeck H, Van Wellen P, Haentjens P. Nonunion of a carpal scaphoid fracture in a child. *J Orthop Trauma* 1991; 5: 370-2.
- Hove LM. Simultaneous scaphoid and distal radial fractures. *J Hand Surg* 1994; 19B: 384-8.

## Skadelig – men sunt

### Nye fritidsaktiviteter og idretter gir nye og økt antall alvorlige skader

Lars Engebretsen,  
 klinikdirektør, professor, Oslo ortopediske universitetsklinikk  
 Roald Bahr  
 Norges idrettshøgskole  
*Engebretsen og Bahr leder det nystartede Senter for idrettsskadeforskning ved Norges idrettshøgskole.*

Idrettsskader utgjør 17% av alle persons-skader som behandles ved offentlig legevakt eller sykehus i Norge [1, 2]. På grunnlag av data fra Folkehelsas skaderegister er det estimert at dette totalt representerer 63 400 idrettsskader, hvorav 22 800 blant barn i alderen 7-17 år [2]. Idrettsskader utgjør følgelig et betydelig problem - for idretten, for den enkelte som rammes og for samfunnet. I tillegg til skader fra våre tradisjonelle idretter kommer nye idretter og «leketøy» stadig til og endrer skadepanoramaet. Christina Brudvik presenterer i dette nummer av Tidsskriftet [3] en studie fra Bergen Legevakt og Haukeland Sykehus, der bruk av rulleskøyter og rullebrett forårsaket 1,7% av de vel 7 000 skadene som ble behandlet i 1998. Av de 113 skadene var hele 67 brudd, de fleste i radius og os scaphoideum i håndroten. I tillegg kommer pasienter med smerter i håndleddet uten brudd, men hvor det ofte foreligger bruskskade. Mange av pasientene i Bergens-studien mente at skaden kunne vært forebyggt, i dette tilfellet med håndleddsbeskyttere.

Nye idretter resulterer ofte i nye skademønstre. Trampoline brukes for eksempel mye til lek, og hopping på trampoline har forårsaket enkelte alvorlige nakkeskader, uten at det finnes en fullstendig oversikt over dette i Norge.

Innen den organiserte idretten har vi bedre oversikt over de vanligste og farligste idrettene [4]. I Norge står fotball for en tredel av alle idrettsskader, håndball står for 12% og skiidrett for 16% [1, 2]. Ishockey har den høyeste skadefrekvensen (skader per tid utøvd idrett) blant lagidrettene [5]. Langt de fleste skadene tilhører nivå 1-2 på AIS (Abbreviated Injury Scale: 1=lett skade, 6=dødelig skade). Ikke alle skadene er således alvorlige, men både fotball, håndball og alpin skisport har en bekymringsfull andel alvorlige kneskader. I eliteserien i håndball for kvinner forventer vi å miste et helt lag på grunn av korsbåndsskader hver sesong [6]. Disse skadene er alvorlige fordi de fører til lange fravær fra ar-

beid og idrett og ikke minst fordi de kan føre til tidlig slitasjegikt – noe det ser ut til at vi ikke kan forhindre, selv med moderne behandlingsmetoder.

Vi har for lite kunnskap om skademekanismer og hvilke tiltak som kan forebygge slike skader. Mens det ifølge Medline er gjennomført nesten 7 000 studier på behandling av idrettsskader, finnes det bare ni intervensjonsstudier der man ser på effekten av forebyggende tiltak. Den samme trenden finner vi i Norge. I vårt land er to godt kontrollerte intervensjonsstudier nylig gjennomført. Håndballstudien [7], som pågår i disse dager, viser en sannsynlig effekt av et spesielt treningsprogram på insidensen av fremre korsbåndsskader blant kvinnelige elitespillere. Roar Rønning har vist at risikoen for å bli skadet er 3-6 ganger større hos snøbrettkjørere enn hos slalåm- og telemarkskjørere. Hans intervensjonsstudie [8] på effekten av håndleddsbeskyttere hos snøbrettkjørere viser en signifikant reduksjon i håndledds-skader ved bruk av slike beskyttere. Den siste studien illustrerer nødvendigheten av overvåking av skadeinsidens og alvorlighetsgrad når nye aktiviteter og idretter introduseres.

Når idrettsskadene representerer 17% av alle legevaktskader, er det forståelig at det blir stilt spørsmål ved idrettens legitimitet i vårt samfunn. Det er da viktig å være klar over at helsegevinsten av regelmessig fysisk aktivitet langt overstiger kostnadene. Like viktig er det at idrettens verdigrunnlag favner langt videre enn et snevert helseperspektiv. Idretten er for mange - svært mange - en viktig kilde til glede, samvær, naturopplevelser og mer til.

For øvrig er dokumentasjonen for å satse på idrett og fysisk aktivitet i forebyggende helsearbeid det siste tiåret blitt meget omfattende, som vist i fjorårets artikkelserie i Tidsskriftet og Statens råd for ernæring og fysisk aktivitets ferske rapport [9]. Vi vet nå at god fysisk form ikke bare legger liv til årene, men også år til livet!

Faktum er at helseskadene og kostnadene forbundet med å sitte stille langt overstiger det vi som samfunn investerer i idretten. Som eksempel kan nevnes at idretten i 1998 ble tilgodesett med 623 millioner kroner. Samme år var utbetalingen til statner 598 millioner kroner. Med andre ord: Det suser millioner ut av statskassen gjennom blåreseptordningen på grunn av en gradvis mer stillesittende tilværelse.

Problemet er ikke at vi bruker for mye penger på idretten, men for lite. Det gjelder også bevilgninger til gang- og turveier, til å sikre friområder som gjør at vi kan være fysisk aktive i våre nærmiljø og til å tilrettelegge skolegårder og lekeområder for barn. Vi bruker for mye penger på reparasjon og for lite på forebyggende tiltak!

Når det gjelder idrettsskader, har det forebyggende arbeidet nylig fått vind i seilene gjennom opprettelsen av Senter for idrettsskadeforskning, som er etablert ved Norges idrettshøgskole i samarbeid med Oslo ortopediske universitetsklinikk med finansiering fra Kulturdepartementet, Norges Idrettsforbund og Norges olympiske komité, Norsk Tipping AS og Pfizer AS. Senteret skal drive forskning innen forebygging av idrettsskader, inkludert patofysiologi, risikofaktorer og skademekanismer. Målsettingen er å bygge opp et forskningsmiljø med både idrettsfaglig og medisinsk kompetanse, det skal bli et knutepunkt i et nasjonalt nettverk for forebygging av idrettsskader. I tillegg skal senteret overvåke skadeutviklingen innen nye grener.

### Litteratur

- Sahlin Y, Stene TM, Lereim I, Balstad P. Occurrence of injuries in a defined population. *Injury* 1990; 21: 155-7.
- Lereim I. Idrettsskader i Norge. Oslo: Norges Idrettsforbund og Norges olympiske komité, 2000.
- Brudvik C. Rulleskøyte- og rullebrettskader blant barn i Bergen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 19-22.
- Sahlin Y. Sport accidents in childhood. *Br J Sports Med* 1990; 24: 40-4.
- Bahr R, Kannus P, van Mechelen W. Prevention of sports injuries. Scandinavian textbook of sports medicine. København: Munksgaard, under trykking.
- Myklebust G, Mæhlum S, Holm I, Bahr R. A prospective cohort study of anterior cruciate ligament injuries in Norwegian team handball. *Scand J Med Sci Sports* 1998; 8: 149-53.
- Myklebust G, Engebretsen L, Brækken IH, Skjølberg A, Olsen OE, Bahr R. Prevention of ACL injuries in female team handball players - a prospective study. *Norsk idrettsmedisin* 2000; 3: 29.
- Rønning R, Gerner T, Engebretsen L. Risk of injury during alpine and telemark skiing and snowboarding. The equipment-specific distancecorrelated injury index. *Am J Sports Med* 2000; 28: 506-8.
- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet og helse. Anbefalinger. Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2000.