
Ungdom og idrett, et samspill med mange aspekter

REDAKSJONELT

LEREIM I

En av idrettens bærende og motiverende ideer er at den skal være helsefremmende. Helsefremmende behøver i dennesammenheng ikke bare bety at idretten bedrer den fysiske helsen. Idrett kan også bedre trivselen i et lokalmiljø, i et område og i en nasjon. På den måten vil idretten kunne bidra til å fremme både den individuelle og samfunnsmessige totale helsetilstand.

Gjennom ulike informasjonskanaler konfronteres man imidlertid jevnlig med negative sider ved idretten (1-4), og begrepet overbelastning går ofte igjen i meldinger om idrettsaktivitet. Overbelastning i idrett kan bety at for store byrder er lagt på den enkelte utøver og kan føre til redusert prestasjonsevne. Dette er målbart gjennom de idrettsligeresultater, enten det gjelder tid, meter eller poeng. Den fysiske siden av prestasjonssvikten kan i mange tilfeller rettes opp ved kvalifisert veiledning, tid og tålmodighet (2-4). Både overbelastningsskader som omtales i dette nummer av Tidsskriftet av Terje Halvorsen og medarbeidere (5), og overtreningssyndromet, som drøftes av Gry Berntzen og medarbeidere (6), er kjente problemer.

Ulykker med personskader til følge er et av de største helseproblemer i Norge. Nest etter hjerte- og karsykdommene, men foran kreftsykdommene, inntar de en dominerende plass i nasjonens sykdoms- og skadepanorama både i antall dødsfall per år, tapte leveår og antall liggedøgn i sykehus (7). Cirka 500 000 mennesker behandles årlig i Norge for ulykkesbetingede skader. Skader forvoldt under idrettsaktivitet utgjør ca. 17% av alle personskadeulykker, dvs. 70 000 personer per år. I Norge deltar 1,3 millioner mennesker i aktiviteter gjennom den organiserte idrett, (1). Den relative skadefrekvens er således lavere enn den gjennomsnittlige skadefrekvens i befolkningen sett under ett. Idrettsutøverer representerer derfor ingen høyrisikogruppe. Idrettsskader har også lavere alvorlighetsgrad enn gjennomsnittet. Den overveiende del av de tilskadekomne i idrett er unge (7).

Ungdomsfracfall fra idrett

Den mentale utmatting, som for massive krav og dermed for høyt aktivitetsnivå kan medføre, er ofte vanskeligere å komme over enn de fysiske følger av overbelastning (4). Ved å sette for store krav og være for utålmodig kan man fjerneidrettsleden, en annen av idrettens grunnbjelker. Dersom gleden vi opplever ved egen fysisk utfoldelse blir borte, vil prestasjonsnivået bli skadelidende. Skuffelsen over manglende resultater forsterker mismotet. Dette fenomenet så mantidligere hyppigst i individuelle idretter. Lagidrettens sterke fremmarsj i Norge i de senere år har imidlertid gjort dette problemet aktuelt også her. I særlig grad gjelder dette unge utøvere. Mange talentfulle tenåringer i lagidretter er så dyktige at de blir gitt tillit som deltakere på mange lag samtidig. Det er ingen sjeldenhet at en 16-åring deltar på et juniorlag og seniorlag, i tillegg til lag i sin egen aldersbestemte klasse. Dette kan gå bra en tid, og være både smigrende og inspirerende, men man gir seg ut på en hårfin balansegang. Resultatet kan være tidlig uttretting og motivasjonssvikt, i tillegg til fysiske skader.

Overbelastning og press fra utøvernes miljø forekommer. Trenere, ledere og foresatte i hjemmet har en naturlig, og i utgangspunktet, positiv glede av å se fremgang hos den unge. Den personlige glede ved den unges fremgang kan imidlertid bli for sterk, og utilbørlig press kan være resultatet. Da vil man kunne komme inn i den samme onde sirkel som eromtalt tidligere. Ungdomsfracfall fra aktiv idrett er et fenomen som de senere årene har rammet en rekke idrettsgrener. Gjennom planlegging, gjennomføring og oppfølging av idrettsaktiviteter for barn og ungdom, må man beherske balansegangen mellom positiv belastning og overbelastning. Nøkkelen til suksess eller skuffelse i idrettslig sammenheng kan ligge nettopp her (4).

Spesielle problemer

Dopingbruk synes å ha økt i omfang de siste to decennier (1). Unge kan være særlig utsatt. Forbigående eller varighetseskade kan bli resultatet i tillegg til den skam det er å bli tatt som en jukse-maker i sitt idrettsmiljø. Helsevesenet har en stor informasjonsoppgave på dette felt. Medikamentbruk som del av idrettsskadebehandling er også en faktor som setter stort krav til ansvarsbevissthet hos behandlende lege (6).

Anoreksi og bulimi har i visse idrettsmiljøer (8) vist seg å være et betydelig problem. For relativt få år siden var det liten kunnskap og oppmerksomhet om dette. Forskningen omkring anoreksi og bulimi, som har sitt utspring i idrettsegne institusjoner, har bidratt til å berike resten av det medisinske fagmiljø med kunnskap om forebygging og behandling av disse alvorlige sykdomstilstander. Spiseforstyrrelser må således ikke brukes som et argument mot idrett, men som et eksempel på at idretten har tatt tak i et problem og skaffet kunnskap som man ikke hadde fra før. Dette ertil nytte både for idrettsutøvere med slike tilstander, og selvsagt for andre i samme situasjon.

Overbelastning av annen art

Overbelastning i idretten kan også dreie seg om økonomiske forhold. Mange idrettsaktiviteter medfører store krav til utstyr, reising og tid. Familier med flere barn i aktiv idrett kan oppleve dette som et betydelig problem for sin økonomi. Introduksjonen av nye idrettsgrener medfører ofte et sterkt ønske om spesielle klær og utstyr, utover det som er nødvendig for selve idrettsutøvelsen. Gruppepress og motebølge er forsterkende faktorer. Dette kan medføre at enkelte ikke makter å følge opp, og må gi tapt i ønsket om å være idrettsutøver.

Idrettslag kan oppleve økonomiske overbelastninger på samme måte som en familie kan gjøre. Ombygging, forbedring og drift av anlegg er dyrt. Ildsjeler i lokalmiljøet sliter sent og tidlig for å holde hjulene i sving. Arbeidet med å samle økonomiske midler, bygge idrettsanlegg, drive disse og gjennomføre arrangementer, er en positiv og sosialtengasjerende aktivitet, men dersom man legger ansvaret for disse aktivitetene på for få skuldre, vil overbelastning og uttømming også her kunne bli et resultat. De ressurskrevende tiltak må spres på så mange skuldre at disse kan tåle byrden. Utstyrskravet må dempes.

Gevinst og utfordringer

Et moment som ikke må glemmes, er den skadeforebyggende effekt som idrettsutøvelse i seg selv har (1-3). Pasienter rekreasjonelt raskere dersom de er i generelt god fysisk form. Dette gjelder så vel lidelser som krever operativ som ikke-operativ behandling.

Helsepersonell og trenere i de enkelte særforbund i idrettskretser og lag må drive systematisk sykdoms- og skadeforebyggende undervisning overfor utøvere, trenere og andre med ansvar innen idretten. Dette må være et kontinuerlig arbeid og ikke noe skippertaksarbeid, for stadig nye utøvere kommer til. Foreldre trenger informasjon for å delta med ansvarsbevisst styring av barns aktivitet. Noe av dette arbeidet kan organiseres av helsevesenet og ved opplæring av instruktører innen idretten. Man får således flere aktører i det forebyggende arbeid. Mange særforbund har til nå ikke bygd opp tilstrekkelig godt medisinsk støtteapparat som kan ivareta disse funksjoner. Idretten har internt stor utfordring også på dette feltet.

I de fleste idretter skjer det en rivende teknisk utvikling. Nye måter å utføre selve idretten på, større hastighet og flere færemomenter av alle kategorier dukker opp. Dette fører til at man må følge opp med endringer i regelverket. De nasjonale og internasjonale idrettsorganer har en nøkkelrolle. Leger som påtar seg ansvar innen idretten må delta aktivt i dette arbeidet, og sørge for å bli hørt også i debatten om de tekniske løsninger innen den enkelte idrett. Et nært samarbeid mellom anleggsansvarlige, sportslig ansvarlige og det medisinske personell har i mange sammenhenger vist seg å være nyttig.

Uansett hvilket nivå man beveger seg på som idrettsutøver eller idrettsleder, kreves en viss kvalifikasjon. Kvalifikasjonskravene til dem som velger å ha lederroller må være størst for dem som leder barn og ungdom. Ansvarsbevissthet og aktiv innsats vil bidra til å gjøre idretten til det den skal være; en positiv, helsefremmende og trivselsskapende faktor slik de fleste av oss opplever den.

Inggard Lereim

LITTERATUR

1. St.meld. nr. 41 (1991-92). Om idretten, folkebevegelse og folkeforlystelse.
2. Prokop L. Grenzen der Toleranz in der Medizin, Berlin: Verlag Gesundheit GmbH, 1990.
3. Dirix A, Knütgen H, Tittel K. Training of children and adolescence. I: Dirix A, Knütgen H, Tittel K, red. Olympic book of sports medicine, part 7. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1988: 269-306.
4. O'Brien M. Overtraining and sports psychology. I: Dirix A, Knütgen H, Tittel K, red. Olympic book of sports medicine. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1988: 635-45.
5. Halvorsen TM, Nilsson S, Nakstad PH. Stressfrakturer. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1999-2001.
6. Berntsen G, Roarsen Ø, Stenersen S-A, Nilssen O, Aarbakke J. Skader og legemiddelbruk hos fotballspillere. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1996-9.
7. Ulykkesstatistikk. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1993.
8. Sundgot-Borgen J. Eating disorders in female elite athletes. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 1992.

Publisert: 30. juni 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 23. juni 2026.