



SÅ FUNKAR PARASPORT

En introduktion till olika funktionsnedsättningar
och klassificering inom parasporten



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

3	INLEDNING
4	PARASPORT
5	BEGREPP/SPRÅKBRUK
7	RÖRELSENEDSÄTTNING
7	A. Förlamningar
9	Hjärnskador
10	Cerebral Pares (CP)
13	Traumatiska ryggmärgsskador
16	Ryggmärgsbräck
17	Polio
17	Multipel skleros (MS)
17	Muskeldystrofi
17	Motorneuronsjukdomar och neuropatier
18	B. Amputationer
19	C. Anomalier
20	D. Kortväxthet
21	E. Ledsjukdomar
22	INTELLEKTUELL FUNKTIONSNEDSÄTTNING
24	NEUROPSYKIATRISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING
26	SYNNEDSÄTTNING
28	KLASSIFICERING
30	PRAKTISK INFORMATION

INLEDNING

DETTA MATERIAL är framtaget för att du som idrottsledare, student, förälder med flera ska få kännedom om, och en inblick i, det som är utmärkande för parasport.

Funktionsnedsättningar kan grupperas på en rad olika sätt. I organiserad tävlingsverksamhet inom parasport finns idrottare med rörelsenedsättning (R), synnedsättning (S) och intellektuell funktionsnedsättning (I).

I vissa fall inkluderas även fler målgrupper såsom idrottare med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) i en klass som kallas N. Även idrottare utan funktionsnedsättning kan delta i så kallade Unified-lag. Vissa tävlingar har även klasser för idrottare som inte uppnår minsta funktionsnedsättning i en klass som kallas Övrig.

Materialet ger en kortfattad översikt över de vanligaste skadorna och sjukdomarna inom målgrupperna R, S, I och N.

Om du söker utförligare beskrivning av olika funktionsnedsättningar kan du kontakta olika intresseorganisationer såsom Neuroförbundet, RBU, FUB, Attention, med flera.

Kapitlet **”KLASSIFICERING”** är en beskrivning av principerna för klassificering inom idrott för personer med funktionsnedsättning. Mer om klassificering finns på Parasport Sveriges hemsida, www.parasport.se

I kapitlet **”PRAKTISK INFORMATION”** finns tips och råd för dig som är ledare inom parasport.

Medicinska rådet inom Svenska Parasportförbundet
och Sveriges Paralympiska kommitté (Parasport Sverige), 2021

PARASPORT

Idrott för personer med funktionsnedsättning har funnits i över hundra år. Det var dock först efter andra världskriget som utvecklingen tog fart. Då började en engelsk läkare, sir Ludvig Guttman, att använda idrott som en del av rehabiliteringen av de som skadats i krig. Så småningom startade han Stoke Mandeville Games, föregångare till vår tids Paralympics.

Svenska Parasportförbundet och Sveriges Paralympiska Kommitté (Parasport Sverige) bildades 1969 och är ett av Riksidrottsförbundets 72 specialidrottsförbund (SF).

Parasport Sverige organiserar idrott för personer med rörelsenedsättning, synnedsättning och intellektuell funktionsnedsättning inom 13 olika idrotter (2021). Förutom i Parasport Sverige bedrivs parasport i minst ett 40-tal andra SF, vilket innebär fler än hälften av alla SF.

Sveriges Paralympiska Kommitté är motsvarigheten till Sveriges Olympiska Kommitté och leder arbetet med Paralympics.

Förbundet leder också arbetet med Special Olympics, som är bredd- och motionsidrott för personer med intellektuell funktionsnedsättning.

BEGREPP/SPRÅKBRUK

Idrott för personer med funktionsnedsättning

Benämning på vår idrott är "parasport" – det har ersatt det föråldrade begreppet "handikappidrott".

Funktionsnedsättning

Nedsättning av syn, fysisk eller intellektuell funktionsförmåga.

Funktionshinder

Begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen. Detta innebär att funktionshinder inte är något som en person har, utan något som uppstår i mötet med en otillgänglig miljö. Det är således miljön som i sådana fall är funktionshindrande.

Termen handikapp avråds från att användas som synonym.

Intellektuell funktionsnedsättning

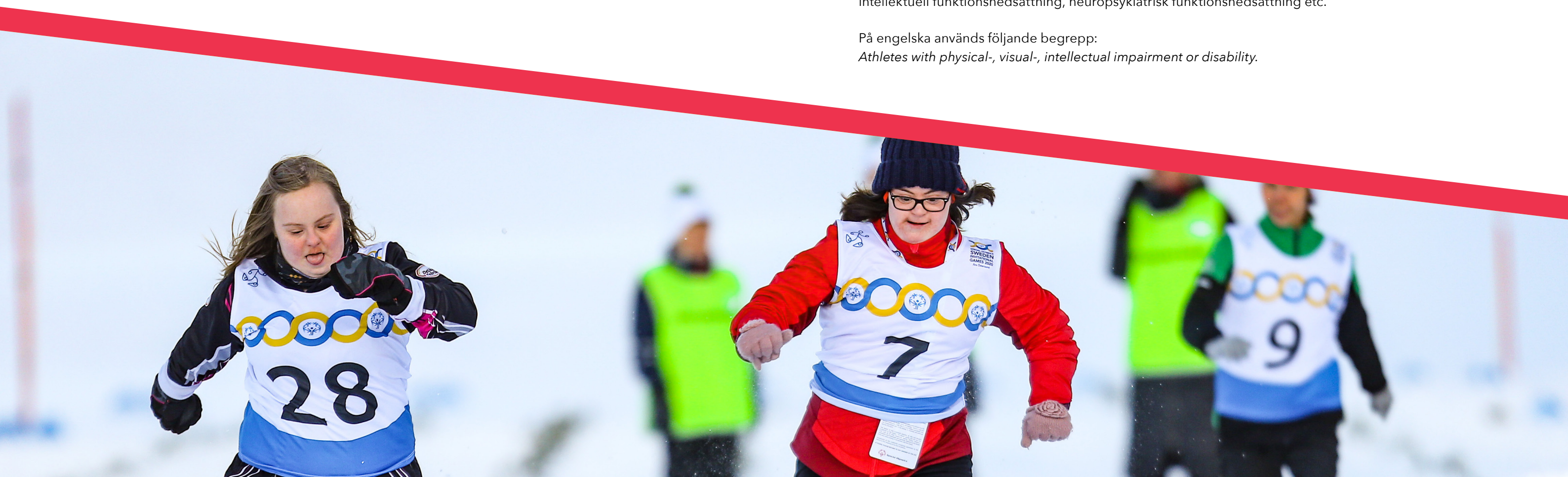
Parasport Sverige använder begreppet intellektuell funktionsnedsättning. Det är det som används av Skolverket och i lagar som till exempel LSS.

Utvecklingsstörning, kognitiv funktionsnedsättning, mental retardation, begåvningshandikapp och förståndshandikapp är andra ord som har använts och kan förekomma i medicinska dokument. Dessa ord används dock inte längre.

Parasport Sverige använder språkbruket "people first language", och säger alltså personer/idrottare med funktionsnedsättning, rörelsenedsättning, synnedsättning, intellektuell funktionsnedsättning, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning etc.

På engelska används följande begrepp:

Athletes with physical-, visual-, intellectual impairment or disability.





RÖRELSENEDSÄTTNING

Med rörelsenedsättning avses här bestående förlamning eller nedsättning i motoriken, amputationer, missbildningar och omfattande ledstelhet.

A. Förlamningar

Nervsystemets anatomi

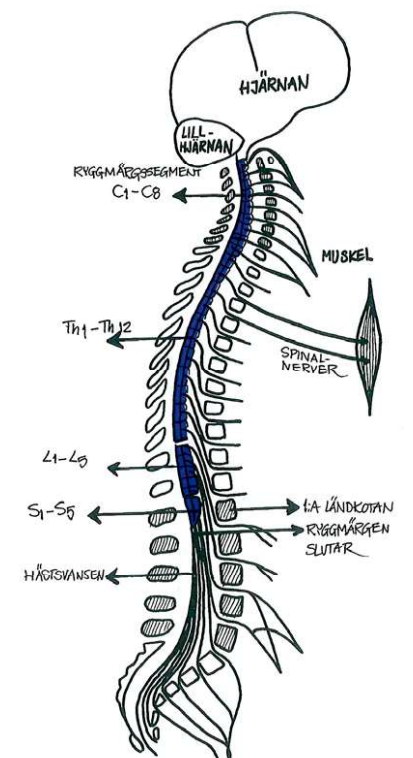
Nervsystemet delas in i det centrala nervsystemet (CNS), perifera nervsystemet (PNS) och det autonoma nervsystemet. Detta avsnitt berör enbart CNS och PNS. CNS består av hjärnan, lillhjärnan och ryggmärgen medan PNS består av nerver som går ut parvis från ryggmärgen (spinalnerver) och hjärnstammen (kranialnerver).

STORHJÄRNAN - består av två hjärnhalvor som har en tvärförbindelse som gör det möjligt för hjärnhalvorna att samarbeta. Den högra hjärnhalvan sänder signaler till musklerna att utföra rörelser i vänster kroppshalva. Motsvarande styr vänster hjärnhalva höger kroppshalva.

LILLHJÄRNAN - kan beskrivas som ett kontrollorgan till storhjärnan. När storhjärnan sänder signaler till musklerna för att utföra en rörelse går det även signaler till lillhjärnan om den önskade rörelsen. Lillhjärnan ser till att rörelserna blir jämna, välbalanserade och koordinerade.

RYGGMÄRGEN - ligger skyddad inuti ryggkotpelaren, den kan liknas vid en lillfingertjock sträng och består av nervceller och nervförbindelser. Ryggmärgen är uppdelad i olika segment:

- 8 halssegment (cervikala) = C1-C8
- 12 bröstsegment (thorakala) = Th1-Th12
- 5 ländsegment (lumbala) = L1-L5
- 5 korsbenssegment (sakrala) = S1-S5



Från varje segment utgår det nerver (spinalnerver) som går till kroppens olika muskler och styr muskelaktiviteten. Spinalnerverna passerar ut genom de hål som finns mellan kotorna. Spinalnerver från halssegmenten går främst till muskler i armarna, spinalnerver från bröstsegmenten går till bålens muskler medan spinalnerverna från ländsegmenten går till muskler i benen. Från korsbenssegmenten utgår nerver som är viktiga för blås- och tarmfunktionen. Nedanför ryggmärgens slut fortsätter ett knippe med spinala nervrötter som kallas hästsvansen (cauda equina) nedåt i ryggkotpelaren.

Förlamning - defininition

Förlamning definieras som nedsatt förmåga att viljemässigt röra musklerna. Förlamningen kan bero på skador i centrala nervsystemet (CNS), i perifera nervsystemet (PNS) eller i själva muskeln.

Benämningar av olika förlamningstillstånd

CENTRAL PARES – förlamning till följd av skada i CNS benämns central pares (pares = förlamning oavsett grad av funktionsnedsättning). Den centrala paresen kännetecknas av livliga reflexer och hög muskelspänning i den förlamade muskeln, så kallad spasticitet.

PERIFER PARES – skada i de motoriska nervcellerna i ryggmärgen, i nervrötterna och nervtrådarna det vill säga det perifera nervsystemet, liksom skada i muskulaturen leder till en perifer pares. Typiskt för denna pares i motsats till central pares är svaga reflexer, låg muskelspänning (slapp pares) samt på sikt muskelförtvining (atrofi).



Förlamningstillstånd delas även upp efter vilka kroppsdelar som blivit drabbade:

HEMIPLEGI – halvsidesförlamning i arm, bål och ben på ena kroppshalvan. Uppkommer oftast vid stroke (blödning eller propp i hjärnan). Den kan också ha uppkommit tidigt i livet vid cerebral pares (CP), och benämns då unilateral CP.

PARAPLEGI – hel eller delvis förlamning i bål och ben. Uppkommer vid skada på ryggmärgen från och med segment T1 och nedåt.

BILATERAL CP (DIPLEGI) – som paraplegi men även viss påverkan på armarna.

TETRAPLEGI – både armar och ben är helt eller delvis förlamade. Uppkommer vid hög skada på halsryggmärgen eller till följd av en CP-skada.

Hjärnskador

Hjärnskador kan vara medfödda eller förvärvade. Skador på hjärnan som uppkommer i fosterlivet eller före två års ålder benämns CP-skada, se separat avsnitt. Skador på ena hjärnhalvan ger upphov till förlamning i motsatta kroppshalvan (hemiplegi). Vanliga orsaker är stroke (propp eller blödning), tumör och olycksfall eller våld mot huvudet. Skador på lillhjärnan leder inte till förlamning utan i stället andra rörelsenedsättningar i form av balans- och koordinationsstörningar (ataxi).

Vid skada eller sjukdom i hjärnan förekommer ofta andra symtom:

SPRÅKSTÖRNING (AFASI) – svårighet att tala/uttrycka sig i ord (expressiv afasi) eller svårighet att förstå vad andra säger (impressiv afasi), vilket är vanligt vid vänstersidiga hjärnskador.

PERCEPTIONSSTÖRNING – förändrad varseblivning och kroppsuppfattning; oftare vid högersidiga hjärnskador

PERSONLIGHETSFÖRÄNDRING – kan innefatta olika karaktärsdrag. Ökad känslsamhet (så kallad affektionsinkontinens) är vanligt.

DEMENS – allmän nedsättning av en persons intellektuella (kognitiva) funktioner inklusive minne.

Hjärnskador och hjärnsjukdomar utgör i vårt samhälle en viktig hälsorisk med stora konsekvenser för den drabbade, dennes närstående och samhället. Stroke är tillsammans med cancer en av de vanligaste dödsorsakerna i västvärlden.

Cerebral pares (CP)

Cerebral pares är den vanligaste orsaken till rörelsenedsättning hos barn och ungdomar. CP-skada är ett följdillstånd efter en skada i den omogna hjärnan under hjärnans tidiga utveckling (från fosterstadiet till två års ålder). Förekomsten är cirka två per 1 000 födda barn. CP-skada har ökat de senaste 35 åren, beroende på att många för tidigt födda barn numera överlever i större utsträckning än tidigare. Barn som väger mindre än 1 500 gram vid födseln löper 40 gånger större risk för CP-skada än fullt utvecklade barn. Cerebral pares är vanligare hos pojkar än hos flickor.

Hjärnans delar är olika känsliga för påverkan vid olika stadier av utveckling. CP-skadans form beror alltså på när skadan har inträffat, det vill säga vilken del av hjärnan som var speciellt känslig just då. Skadan kan inträffa i fosterstadiet (prenatalt), kring födseln (perinatalt) eller efter födseln (postnatalt).

Orsaker till CP-skada:

- Hjärnmissbildningar
- Infektioner under graviditeten, till exempel röda hund, herpes, hiv
- Bristande syre/blodtillförsel till hjärnan före, under, eller efter förlossningen
- Vattenskalle (hydrocephalus)
- Infektioner/skallskador under de första levnadsåren
- Ärftliga faktorer (ovanligt)

Uppdelning av CP-skador

CP-skador kan delas upp i spastisk, ataktisk och dyskinetisk CP där den spastiska är den vanligaste.

Spastisk CP

UNILATERAL (HEMIPLEGI) – uppkommer vid skada i ena hjärnhalvan som ger symtom i motsatt kroppshalva med förhöjd muskelspänning (spasticitet), livliga reflexer och svaghet (pares) i varierande grad beroende på skadans omfattning.

BILATERAL (DIPLEGI) – Bilateral CP uppkommer vid skada i båda hjärnhalvorna och karakteriseras av förhöjd muskelspänning (spasticitet), livliga reflexer och svaghet (pares) i armar och ben som är mindre påtaglig i armarna än benen. Det är inte ovanligt att ena sidan är mer påverkad än den andra. Vid en mindre skada drabbas framförallt nervbanorna till benen, vid större skador drabbas också nervbanor till armarna och även banor till muskler som styr tuggning, sväljning och tal. En mer utbredd skada ger alltså en mer komplex skadebild.

TETRAPLEGI – I likhet med bilateral CP påverkar spastisk tetraplegi både armar och ben men den förhöjda muskelspänningen (spasticiteten) uppträder lika mycket eller mer i armarna jämfört med benen. Personer med denna diagnos har ofta en omfattande rörelsenedsättning och har många gånger ytterligare funktions-nedsättningar.

ATAKTISK CP – skada lokaliserad till lillhjärnan kan ge ataxi som innebär bristande koordination av viljemässiga rörelser, vilket försvårar till exempel förmågan att greppa föremål och styra sina rörelser samt ger nedsatt balans.

Dyskinetisk CP

DYSTON CP (TONUSVÄXLINGSSYNDROM) – karakteriseras av förvridna, stela rörelsemönster med extrem muskelspänning som avlöses av total avspänning.

HYPERKINETISK CP (ATETOS) – typiskt för personer med hyperkinetisk CP är de



överdrivna, ofrivilliga skruvande rörelser i armar och ben, talsvårigheter och tuggande munrörelser.

Cerebral pares innebär:

CP-skada innebär som ovan beskrivet olika grad av förlamning, påverkad muskelspänning och rörelsenedsättning. Eftersom det finns stora variationer inom de olika formerna är det svårt att generalisera CP-skador. Exempelvis kan en person med bilateral CP vara användare av rullstol och ha påtagliga funktionsnedsättningar i både armar och ben med svåra rörelsenedsättningar, medan en annan person med samma diagnos kan gå med lätt "saxgång" som enda funktionsnedsättning. Det är inte heller ovanligt att personer med CP har ytterligare funktionsnedsättningar såsom:

- Synnedsättning
- Hörselnedsättning
- Tal- och språkstörning (cirka 75 %)
- Kontrakturer (inskränkt rörlighet i leder)
- Koncentrationssvårigheter
- Perceptionssvårigheter
- Intellectuell funktionsnedsättning (cirka 40 %)
- Epilepsi (cirka 40 %)

INFO - Personer med spastisk CP är väl representerade inom parasporten, exempelvis inom boccia, bordtennis, framefotboll och framerunning. Personer med ataktisk eller dyskinetisk CP ses mer sällan inom parasporten.



Traumatiska ryggmargsskador

Skada på ryggmärgen orsakas oftast av kraftigare våld (trauma) mot nacke/rygg och skadan innebär att nervförbindelserna mellan hjärnan och ryggmärgen helt eller delvis blivit förstörda. Hjärnan kan inte längre skicka ut impulser till musklerna och nerverna kan inte heller skicka impulser till hjärnan. En ryggmargsskada ger oftast en bestående funktionsnedsättning; hur omfattande beror på skadenivå och var skadan är lokaliserad.

Traumatiska ryggmargsskador förekommer i alla åldrar med en relativ topp bland vuxna (40-60 år). Förekomsten av traumatiska ryggmargsskador i Sverige är cirka 100-120 nya fall per år. Män drabbas i betydligt större utsträckning än kvinnor.

Orsaker/riskfaktorer

Vanligaste orsaken till traumatiska ryggmargsskador är trafikolyckor. Det är vanligare att skador på bröstrygg och ländryggssegment (thorakala och lumbala skador) kräver större våld jämfört med en skada på halsryggssegmenten (cervikala skador). Skador på halsryggssegmenten kan till exempel uppkomma vid dykolycka eller mindre fall.

Vanligaste skadeorsakerna är:

- Trafikolyckor (50 %)
- Fall (20 %)
- Arbete (10 %)
- Våld (10 %)
- Idrott och fritid (10 %)

Ryggmargsskada kan även uppkomma som följd av andra sjukdomar som drabbar ryggmärgen, som exempelvis tumörer, blödningar, blodproppar och infektioner. Den benämns då som icke-traumatisk.

Paraplegi/tetraplegi

Ryggmargsskada kan uppkomma var som helst i ryggmärgen. Av personer som skadar sig har cirka 50 procent skador på halsryggssegmenten, och övriga 50 procent på bröst- eller ländryggssegmenten. Om något av halsryggssegmenten skadas leder detta till en tetraplegi, det vill säga delvis eller total förlamning i varierande grad i ben, bål och armar. Sker en skada längre ner på ryggraden leder detta till en paraplegi med delvis eller total förlamning av bälten och benen.

Komplett/inkomplett skada

Man skiljer på komplett och inkomplett ryggmargsskada. En komplett skada innebär att skadan är total, det vill säga ingen nervkontakt finns kvar och ingen funktion (motorik och känsel) finns nedanför skadenivån. En inkomplett skada innebär att det finns enstaka nervkontakter kvar som gör att viss funktion kan finnas nedanför skadenivån, till exempel muskelfunktion och/eller känsel.

CENTRAL/PERIFER PARES - skada på ryggmärgen ger en central pares nedanför skadeområdet med hög muskelspänning (spasticitet) medan en skada på ryggmärgens förlängning (hästsvansen) medför en perifer pares med låg muskelspänning (slapp pares).

Ryggmargsskada innebär:

En ryggmargsskada innebär olika grader av förlamning, känselbortfall, muskelspänning (spasticitet) och medför oftast omfattande förändringar i personens förmåga och möjlighet att vara fysiskt aktiv och att förflytta sig/gå. Beroende på skadenivå och omfattning av skadan kan förutsättningarna skilja betydligt bland personer med ryggmargsskada. Exempelvis kan en person med komplett tetraplegi med påverkan på andningscentrum vara helt beroende av elrullstol, hjälp av annan person samt ha livslångt beroende av respirator, medan en person med komplett paraplegi kan vara helt självständig och klara sina dagliga aktiviteter, använda manuell rullstol och arbeta.

En person med inkomplett skada på eller nedanför ländryggssegmenten av ryggmärgen kan ha intakt muskelfunktion i benen och gå utan problem, däremot kan problem med inkontinens från blåsa och tarm samt sexuell dysfunktion ändå förekomma i vissa fall.

FÖRLAMNING – Själva förlamningen vid en ryggmargsskada innebär oftast en permanent förlorad eller nedsatt förmåga att använda benen (paraplegi) och/eller förlust av arm-/handfunktion (tetraplegi). Ofta drabbas även bålmskulaturen av förlamning vid dessa tillstånd, vilket ger nedsatt bålstabilitet och balans.

KÄNSELNEDSÄTTNING – Med förlamning följer ofta känselnedsättningar i olika omfattning. Att sakna känsel är en allvarlig funktionsnedsättning som innebär till exempel ökad risk för trycksår/sittsår.

Begränsad fysisk förmåga

Andningskapaciteten kan vid höga ryggmargsskador vara kraftigt nedsatt på grund av att förlamningen också drabbat andningsmusklerna.

Vid en komplett hög ryggmargsskada, det vill säga vid en skada på ryggmärgen ovanför sjätte bröstkotan, kan även ett annat tillstånd som kallas autonom dysreflexi förekomma vid fysisk aktivitet. Autonom dysreflexi kan beskrivas som ett "överaktiveringssyndrom" och karakteriseras av plötsligt högt blodtryck, huvudvärk, låg puls, kallsvettningar, gåshud och rodnad i ansiktet. Läs mer om autonom dysreflexi under kapitlet **"PRAKTISK INFORMATION"** (sidan 30).

Blås- och tarmrubbning

Blåsrubbning med försämrad blåsfyllnadskänsla och förmåga att viljemässigt tömma urinblåsan är vanligt vid ryggmargsskada. Detta medför risk för inkontinens och infektion.

Sexuell störning

Den sexuella förmågan kan påverkas i hög grad vid ryggmargsskada, i synnerhet hos män. Förutom rörelsehinder och känselbortfall i könsorganen kan även begränsad erektionsförmåga och möjlighet till utlösning förekomma. Fertiliteten hos kvinnor med ryggmargsskador påverkas inte och möjligheten finns också att genomgå en vaginal förlossning. Insemination och hjälpmedel har på senare år förbättrat möjligheten för män och kvinnor att bli föräldrar.

INFO - Personer med ryggmargsskada finns väl representerade inom parasporten, till exempel inom cykling, rullstolsbasket (paraplegiker), rullstolstennis, rullstolsrugby (tetraplegiker), alpin skidåkning (sitski), friidrott, bordtennis och sportskytte. Personer med tetraplegi som är helt beroende av elrullstol ses mer sällan inom parasport men förekommer i till exempel bordtennis och boccia.





Ryggmärgsbråck

Ryggmärgsbråck är en medfödd deformation på ryggkotan, som innebär att ryggmärgskanalen inte sluter sig fullständigt och en bråcksäck bildas på ryggen där nerverna från detta område ligger som ett nystan. Ryggmärgen inom detta område har oftast en missbildning och dess nervtrådar är ofta skadade.

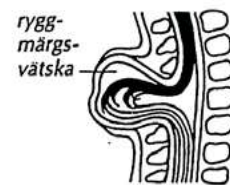
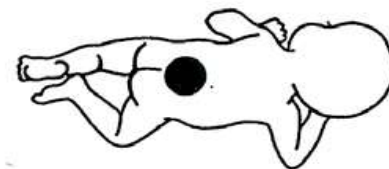
Barn som föds med dessa deformationer opereras inom 24 timmar. Ryggmärgsbråck förekommer hos cirka 1 per 1000 nyfödda barn. Antalet minskar genom att gravida kvinnor numera ges folsyra. Bråcket är oftast lokaliserat till ländryggen eller övergången mellan ländrygg och korsrygg men även högre bråck förekommer. Orsaken till ryggmärgsbråck är inte helt känd.

Ryggmärgsbråck innebär:

Ryggmärgsbråck medför oftast en bestående slapp förlamning i nedre extremiteterna (parapares). Vilken del av ryggmärgen som är skadad och i vilken grad nervtrådarna är skadade påverkar omfattningen av förlamningen och möjligheten att förflytta sig/gå. En person med ryggmärgsbråck kan ha allt från totalförlamning i benen till endast lättare svaghet i fotens muskler.

Ett mycket vanligt (80 procent) samtidigt symptom är vattenskalle (hydrocephalus), det vill säga en störning i hjärnvätskans cirkulation. Shuntoperation förhindrar att barnets skallben utvidgas.

INFO - Personer med ryggmärgsbråck är väl representerade inom parasporten exempelvis rullstolsinnebandy, rullstolsbasket, friidrott, skytte och bordtennis.



Polio

Polio är en akut virusinfektion som angriper de motoriska nervcellerna i ryggmärgen, vilket leder till en slapp förlamning av de muskler som dessa nerver försörjer. Känsl- nerverna drabbas däremot inte. När det akuta stadiet avklingat återkommer funktionen helt i en del muskler, medan andra förblir förlamade och tillbakabildas kraftigt.

Förbättringar kan i allmänhet förväntas under den första tvåårsperioden efter insjuknandet, därefter anses tillståndet permanent. Ofta är några nervceller oskadda och man tränar de delar av muskeln som dessa försörjer, men de tränas desto mer. Numera vaccinerar alla barn som föds i vårt land, och därför förekommer inga nya fall. I hela världen förekommer numera bara några hundra nya fall varje år. De barn, ungdomar och yngre vuxna med polioskador som i dag ses inom parasporten är inte födda i Sverige. Polio upphörde i början av 1960-talet i Sverige, men de som insjuknade på 1950-talet kan man ibland se inom parasporten.

Multipel skleros (MS)

MS är en vanlig orsak till förvärvad rörelsenedsättning. MS är en så kallad autoimmun sjukdom, men exakt vad som orsakar MS är okänt. Kvinnor drabbas oftare än män. Sjukdomen angriper centrala nervsystemet (CNS) och debuterar vanligen i 20-40-års- åldern med övergående skov med symtom från olika delar av nervsystemet. Synned- sättning, domningar, koordinationsstörningar och förlamningar är vanliga. I många fall övergår sjukdomen så småningom i en långsamt fortskridande (progressiv) fas av tilltagande funktionsnedsättning. Personer med MS har en påtagligt ökad fysisk och psykisk uttrötthet, och därför ser vi sällan dessa personer i tävlingsidrott.

Muskeldystrofi

Muskeldystrofi är en grupp ärftliga muskelsjukdomar av olika svårighetsgrad, som i praktiken innebär fortskridande förlamning. Själva nervsystemet fungerar, men muskulaturen är drabbad och en del muskelceller försvinner medan andra omvandlas till fettceller. Muskeldystrofier går inte att bota eller behandla. Den vanligaste formen börjar i småbarnsåldern och drabbar endast pojkar (Duchennes muskeldystrofi). En populär idrott för denna grupp är elinnebandy.

Motorneuronsjukdomar och neuropatier

Vid en sjukdom i perifera nervsystemet (PNS) drabbas den motoriska nervcellen i ryggmärgen (motorneurosjukdomar) eller den perifera nerven (neuropatier). Dessa sjukdomar kan uppträda i alla åldrar.

Vissa är medfödda och ger symtom redan under barndomen, medan andra kan debutera långt upp i vuxen ålder. De leder alltid till en fortskridande försvagning av muskulaturen och ibland även en påverkan på känseln. Personer med motorneuron- sjukdom eller neuropati ses inom olika delar av parasporten, beroende på hur stor omfattningen är.

B. Amputationer

Man skiljer mellan traumatiska amputationer och amputationer på grund av sjukdom.

AMPUTATIONER PÅ GRUND AV SJUKDOM – Den vanligaste orsaken i sammanhanget är cirkulationsrubbningar av olika slag, till exempel diabetes och åderförkalkning.

Tumörer är ytterligare en orsak till amputationer. Dessa maligna tumörer drabbar både äldre och yngre.

AMPUTATIONER PÅ GRUND AV TRAUMA – Traumatisk amputation kan vara total eller partiell och inträffar i samband med olyckshändelser, vanligen trafikolyckor och arbetsskador. Efter en olycka behöver vävnaderna ”snyggas till” och stumpen anpassas till en lämplig nivå ur protessynpunkt.

Amputationsnivåer bestäms av:

- Skadans omfattning, tumörens utbredning och lokalisering
- Anatomiska förhållanden (ska knäleden sparas?)
- Protestekniska förhållanden (vilken typ av protes är mest ändamålsenlig?)
- Personens egna önskemål i förhållande till skada/sjukdom och de möjliga alternativ och risker som föreligger.

Vanligast är amputationer på underben och lår. Efter en amputation kan vissa besvär förekomma.

FANTOMSMÄRTOR – En form av smärta som upplevs komma från den amputerade kroppsdel. Det är en nervsmärta som beror på att signalerna från de amputerade nerverna leds till hjärnan och personen upplever därför smärta som om den kom från den borttagna kroppsdel. Smärtan kan vara mer eller mindre kraftig, men minskar långsamt genom åren. Fantomsmärtor kan behandlas med mediciner eller elektrisk nervstimulering.

AMPUTATIONSNEUROM – I stumppänden kan nerverna rulla ihop sig till nystan, vilket medför stor smärta. Tillståndet kan avhjälpas med operation där man kortar av nerverna.

SKAVSÅR – Skavsår på stumpen är relativt vanligt, och beror ofta på stumpens utformning. Problemet kan avhjälpas med protesjustering eller genom förkortning av ben i stumpen.

INFO - Personer med amputation är vanliga inom parasport – i princip kan alla idrotter som är öppna för personer med rörelsenedsättning utövas av personer med amputation.



C. Anomalier

Anomalier är deformationer av skelettdelar, som kan vara antingen ärftliga eller orsakade av skador under graviditeten (negativ påverkan av miljön som dålig syretillförsel, strålning, kemikalier eller sjukdomar).

Anomalier kan ta sig olika uttryck:

DYSMELI – är en medfödd skada där arm, ben eller delar därav saknas. Runt 60 barn föds med dysmeli varje år i Sverige, varav ett femtontal endast har lätta finger- eller tåskador.

ANDRA ANOMALIER – kan uppstå som sammanväxning av fingrar och tår, underutveckling av arm och/eller ben på grund av åtsnörning under graviditeten, dubblering av fingrar/tår med flera.

INFO - Personer med dysmeli av olika grad ses ofta inom parasporten, till exempel simning, bordtennis, skytte och längdskidor.



D. Kortväxthet

Den vanligaste formen av kortväxthet är akondroplasi, tidigare kallad dvärgväxt. Det är en medfödd skelettsjukdom som påverkar tillväxten hos både pojkar och flickor. Genomsnittslängden för vuxna med akondroplasi är 132 centimeter för män och 125 centimeter för kvinnor. Varje år föds i Sverige 5 barn per 100 000 med sjukdomen. Det nyfödda barnet har korta armar och ben och kroppslängden är något minskad, huvudet är större än genomsnittligt. Under de första månaderna växer barnet normalt men sedan sjunker tillväxten markant.

HYPOKONDROPLASI – medför kortväxthet där slutlängden är 140-160 centimeter. Typiskt för hypokondroplasi är korta ben. Huvudformen är normal eller som vid lindrig akondroplasi.

DIASTROFISK DYSPLASI – är en skelettrubbning som kännetecknas av uttalad kortväxthet med korta lårben, felställningar med rörelseinskränkning i ett flertal leder och ryggradskrökningar.

INFO - Personer med kortväxthet ses relativt ofta inom parasporten till exempel i simning.



E. Ledsjukdomar

Det finns många ledsjukdomar som ger upphov till rörelsenedsättning av olika grad, här följer några exempel.

ARTROGRYFOS (AMC) – AMC betecknar ett syndrom av medfödda felställningar i ett flertal leder. Sjukdomen är ett syndrom, det vill säga en samling av symptom. I Sverige föds cirka 15-20 barn per år med AMC.

Den vanligaste formen av AMC är amyoplasmi som orsakas av bristande muskeltillväxt. Stelhet och kontrakturer drabbar till exempel käk-, axel-, armbågs-, knä- och fotleder. Felställningarna är kombinerade med mer eller mindre omfattande muskelsvaghet. Omfattningen varierar från relativt lindriga besvär till mycket grava rörelsenedsättningar.

REUMATOID ARTRIT (RA) – ledgångsreumatism är den största gruppen inom reumatiska sjukdomar, 2-3 procent av den vuxna befolkningen i Sverige har RA.

SPONDYLOS – betyder förändringar i ryggens diskar och leder mellan olika kotor som medför smärta, snedhet och stelhet. Spondylos kan medföra diskbråck och spinal stenosis (förträngning av ryggmärgskanalen).

HEMOFILI (OLIKA TYPER AV BLÖDARSJUKA) – Med hemofili menas dålig förmåga hos blodet och blodbanan att på egen hand stoppa uppkomna blödningar. Om det vid upprepade tillfällen uppstår blödningar i lederna kan dessa påverkas och på sikt förstöras.

INFO - Personer med ledsjukdomar ses inte så ofta i parasport på tävlingsnivå. Orsaken till detta är att ledsjukdomar i hög utsträckning medför smärta, något som man inte tar hänsyn till vid klassificering i parasport. Diagnosen AMC ses dock relativt ofta i parasport, till exempel simning, bordtennis och tennis.





INTELLEKTUELL FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Intellectuell funktionsnedsättning är en avvikelse i hjärnans kognitiva utveckling och innebär nedsättning i intelligens och bristande adaptiv förmåga som leder till svårigheter att klara vardagslivet inom områden som hem, skola/arbete, fritid och samhälle.

Ungefär 1 procent av Sveriges befolkning har en intellektuell funktionsnedsättning.

Till de intellektuella funktionerna hör bland annat:

- slutledningsförmåga
- problemlösningsförmåga
- planeringsförmåga
- förmåga att tänka abstrakt
- omdömesförmåga
- studieförmåga
- förmåga att lära av erfarenheter

Till de adaptiva förmågorna hör bland annat:

- kommunikation
- social delaktighet
- självständighet
- allmän daglig livsföring (hygien, tvätt, matlagning, betala räkningar etcetera.)

För att bedömas uppfylla kriterierna för intellektuell funktionsnedsättning krävs en intelligenskvot (IQ) under 70, samtidig nedsättning i minst två olika områden inom funktionsförmågor och debut före 18 års ålder.

Beroende på svårighetsgrad kan personen uppfylla kriterierna för lindrig, medelsvår, svår eller mycket svår intellektuell funktionsnedsättning.

Orsaker

Intellectuell funktionsnedsättning kan bero på många olika saker. Det kan bero på skador och sjukdomar som är ärftliga eller uppstår under graviditet, förlossning eller närmaste tiden efter födsel, kromosomförändringar (till exempel Downs syndrom), rubbningar i ämnesomsättningen, missbildning av hjärnan eller syrebrist.

Det är vanligt med samtidig epilepsi, cerebral pares, syn-, hörsel- samt rörelsenedsättningar. Olika typer av psykiska symtom som oro, depression och ångest är också vanliga.

Intellectuell funktionsnedsättning går inte att bota, men rätt stöd och träning kan minska funktionsnedsättningen och hjälpa personen att fungera bättre i vardagen.

INFO - Personer med intellektuell funktionsnedsättning är väl representerade inom parasport, framförallt inom fotboll och innebandy, men även inom friidrott, boccia, judo, mattcurling m.m.





NEUROPSYKIATRISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING

En neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF) innebär att en persons hjärna, inom vissa områden, har ett annorlunda sätt att fungera i jämförelse med gemene man.

Att hjärnan fungerar annorlunda behöver inte nödvändigtvis vara något negativt, men kan ställa till problem i sådan grad att det anses vara en funktionsnedsättning.

Till de neuropsykiatriska funktionsnedsättningarna hör bland annat adhd, autism, Tourettes syndrom, olika kommunikations- och språkstörningar samt specifika inlärningssvårigheter. De olika diagnoserna är närbesläktade och det är vanligt att en person uppfyller kriterierna för flera av dessa samtidigt.

Personer med NPF har ofta svårigheter med:

- reglering av uppmärksamhet/koncentration
- impulskontroll och aktivitetsnivå
- att planera och organisera/strukturera
- problemlösning
- samspelet med andra människor
- inlärning och minne
- att uttrycka sig i tal och skrift
- motorik
- sinnesintryck (lukt, smak, hörsel, visuellt, känsel)

ORSAKER

Det finns en ärftlig komponent i utveckling av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Vanliga riskfaktorer är påfrestningar under graviditeten, komplikationer under förlossningen och för tidig födsel. Näringsbrist i moderkakan eller tidig hjärnhinneinflammation är också riskfaktorer.

Dålig uppväxtmiljö kan inte orsaka neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, däremot kan en ogynnsam omgivning förvärra redan förekommande utmaningar. Detta fungerar också tvärtom; en bra miljö med förstående anhöriga, vänner, lärare, chefer och arbetskamrater kan underlätta och minska symptomen.

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är medfödda och går inte att bota, men rätt stöd och träning kan minska funktionsnedsättningen och hjälpa personen att fungera bättre i vardagen. I vissa fall kan medicinering hjälpa genom att ge ökad förmåga till koncentration och minskad impulsivitet. Det är vanligt med andra, samtidiga, psykiska symtom som oro, depression och ångest.

INFO - Personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning kan inte få internationell parasportlicens, men kan däremot delta i parasport på nationell tävlingsnivå inom Parasport Sverige.



SYNNEDSÄTTNING

Förutsättning för en god synskärpa är att ljus kan passera genom ögats alla delar och nå näthinnan, där bilden av det objekt vi tittar på fokuseras.

Varje del av ögat som ljuset ska passera genom kan drabbas av felbildning eller sjukdom. Därmed kan synskärpan minska, antingen bara till en viss grad eller så mycket att man får en synnedsättning.

HORNHINNAN

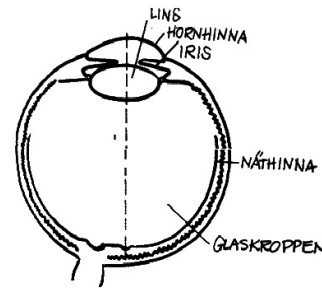
Ljus som kommer in i ögat passerar först genom hornhinnan. Den normala hornhinnan är glasklar. Missbildningar, infektioner eller inflammationer kan göra hornhinnan grumlig och därmed försämra synen.

LINSEN

Nästa viktiga del av ögat som ljuset ska passera är linsen. Den är normalt klar. Senare under livet blir linsen vanligtvis mer eller mindre grumlig, grumligheten kallas för grå starr (katarakt) och kan opereras med gott resultat. Utvecklas grå starr i tidig ålder eller till och med under fosterstadiet, blir synen alltid kraftigt nedsatt även om starren opereras bort.

GLASKROPPEN

Efter linsen når ljuset glaskroppen. Normalt är glaskroppen klar, men vid till exempel diabetes kan den bli grumlig på grund av blödningar och synen försämras.



NÄTHINNAN

Till sist når ljuset näthinnan vars viktigaste del är "gula fläcken". Om den skadas (till exempel vid infektion under fosterstadiet, genom missbildningar, vid diabetes eller näthinneavlossning) kan näthinnan inte skapa en skarp bild och synen blir nedsatt. Det finns också ärftliga sjukdomar, till exempel retinitis pigmentosa och albinism som kan ge en försvagad syn.

GLAUKOM

Glaukom, som tidigare benämndes grön starr, kan vara medfödd eller förekomma när missbildningar eller andra ögonsjukdomar orsakar förhöjt tryck i ögat. Då kan synnerven allvarligt skadas och synen avsevärt försämras. Den vanligaste formen av glaukom är dock den som drabbar äldre människor, men där är orsaken inte klarlagd.

NYSTAGMUS

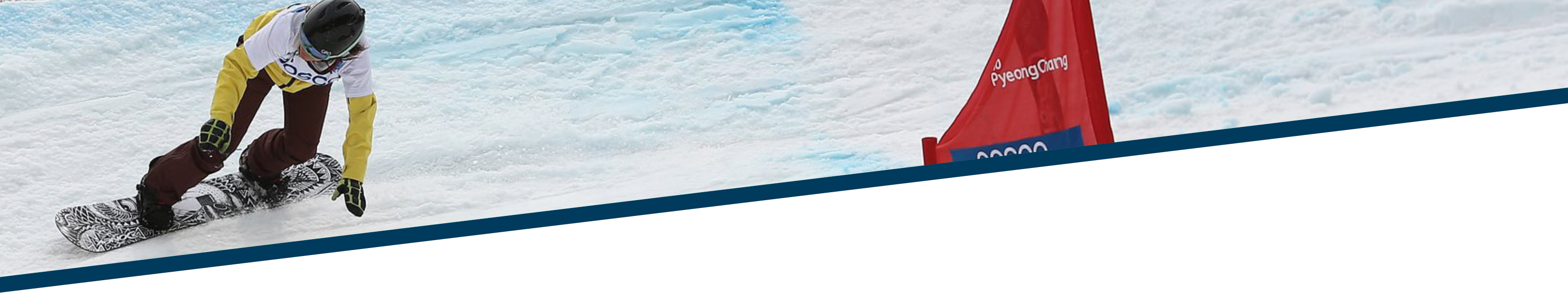
Personer med kraftigt nedsatt syn har ofta ofrivilliga ögonrörelser (nystagmus). Ögonen rör sig praktiskt taget hela tiden och blicken fixeras inte. Nystagmus bidrar ytterligare till synnedsättningen.

SYNFÄLT

Man kan ha ganska bra synskärpa och ändå ha en grav synnedsättning om man har en betydande synfältinskränkning. Vid retinitis pigmentosa, glaukom och ibland efter hjärntumörer kan sådana kraftiga synfältinskränkningar förekomma. Då kan det vara svårt att med synens hjälp orientera sig, trots att man klarar av att läsa en hel del på en syntavla.

INFO - Det finns specifika idrotter för personer med synnedsättning såsom goalball och showdown. Men många aktiva med synnedsättning utövar även andra idrotter som till exempel friidrott, gymnastik, simning och judo.





KLASSIFICERING

Klassificering i parasport är en förutsättning för att de aktiva ska kunna tävla på samma villkor utifrån sina egna förutsättningar.

Detta är inte unikt för parasport – jämför till exempel med olika viktklasser i boxning, brottning och så vidare. Inom parasporten finns klassificering för att skapa ett rättvist tävlingssystem. Utvecklingen går mot färre antal klasser, vilket välkomnas av de flesta. Det är dock en svår balansgång; för få klasser skapar ett orättvist tävlingssystem och missgynnar de aktiva med de svåraste funktionsnedsättningarna, för många klasser medför för liten konkurrens och minskar parasportens trovärdighet.

Polycyn är att klassificeringen ska utgå från respektive idrotts speciella karaktär, vilket är anledningen till att klassificeringen i stor utsträckning baseras på funktion snarare än diagnos – att till exempel ha en amputerad arm innebär inte samma funktionsnedsättning i pistolskytte som i simning.

SKADEGRUPPER

Parasport Sverige organiserar idrott för personer med följande kategorier av funktionsnedsättningar:

- Rörelsenedsättning (förlamningsskador, CP, amputation och övriga rörelsenedsättningar)
- Synnedsättning
- Intellectuell funktionsnedsättning

MINSTA FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Gemensamt för alla tre kategorier är att de aktiva måste uppnå en "minsta funktionsnedsättning" för att vara behöriga att tävla i paraklasserna (R, S, I). Parasport Sverige har fastställt generella regler för minsta funktionsnedsättning som bygger på idrotternas internationella klassificeringsregelverk, och varierar från idrott till idrott. Ungefärliga gränser för "minsta funktionsnedsättning" är följande:

IDROTTARE MED SYNNEDESÄTTNING

Synskärpa till och med 0,1 (6/60) med bästa korrektion och/eller synfält på högst 20 grader.

IDROTTARE MED RÖRELSENEDESÄTTNING, EXEMPEL

Nedsatt muskelstyrka i benen motsvarande hel förlamning av två muskelgrupper eller lättare i förlamning i fler muskelgrupper.

Amputation av hel hand eller fot eller motsvarande missbildningar. Total rörelseoförmåga i exempelvis axel, armbåge, knä eller fotled. Lätt CP-skada.

IDROTTARE MED INTELLEKTUELL FUNKTIONSNEDSÄTTNING

IQ högst 75 och samtidiga svårigheter att klara vardagslivet inom minst två områden till exempel hem, skola/arbete, fritid och samhälle.

Förutom ovanstående tre kategorier finns i vissa idrotter en:

- Öppen klass. Den är till för personer som har en funktionsnedsättning men som inte fyller kraven på minsta funktionsnedsättning
- N-klass. Den är till för personer som har en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (adhd, autism med flera)

KLASSINDELNING

En tumregel för klassindelningen är ju lägre siffra, desto större funktionsnedsättning.

Klassificeringen för idrottare med rörelsenedsättning är i stort sett baserad på funktion och skiljer sig från idrott till idrott, medan klassificeringen för idrottare med synnedsättning fortfarande använder olika synnedsättningsgränser som mått, oavsett idrott.

För idrottare med intellektuell funktionsnedsättning finns endast en klass, det vill säga ingen uppdelning i klasser.

De idrotter som även finns internationellt har anpassat sitt klassificeringssystem efter internationella regler, i en del idrotter kan man på tävlingar välja att slå samman flera klasser som tävlar mot varandra.

LÄS MER OM KLASSIFICERING PÅ WWW.PARASPORT.SE



PRAKTISK INFORMATION

För dig som är ledare inom parasporten presenteras här en del praktisk information, råd och tips kring vissa tillstånd som kan vara viktiga att känna till.

KÄNSELNEDSÄTTNING

Att ha en förlamningsskada innebär förutom förlorad förmåga att viljemässigt röra muskler, ofta även olika omfattande känselnedsättningar. Personer med känselnedsättningar har ökad risk att skada sig på olika sätt och att få skav- och trycksår.

Det kan vara lätt hänt att vara lite oaktsam om en kroppsdel som saknar känsel och på så sätt skada sig. Kroppen får inte heller någon varningssignal om något smärta, skaver eller trycker i området för känselnedsättningen. Detta kan få mycket stora konsekvenser. Personer som sitter länge i rullstol, som inte får "träsmak" eller signaler på att ändra läge, har ökad risk att utveckla trycksår/ sittsår.

Det är därför viktigt att vara medveten om riskerna som nedsatt känsel medför och försöka motverka skada. Man kan försöka undvika material som kan ge skav mot huden, även klädesveck och sömmar kan ge tryck. Att använda bra tryckavlastande underlag i rullstol och säng samt att inspektera huden ofta är viktigt. I idrotts-sammanhang bör man vara särskilt observant vid byte av utrustning till exempel nya skor, ny rullstol, dyna, handskar med mera.

TRYCKSÅR

Trycksår kan uppkomma i olika grad, allt ifrån en rodnad i huden som med rätt avlastning läker relativt lätt, till ett öppet, fult och stort sår. Detta sår kan innefatta såväl hud, fett- och muskellager in till ben, vilket kräver omfattande medicinska resurser i rehabilitering, och är ofta förknippat med ett mycket stort personligt lidande.

Trycksår kan vara mycket svårläkta hos personer med känselnedsättning då även cirkulationen är nedsatt i området. Vid röda tryckmärken på huden eller skavsår bör man således omedelbart avlasta det utsatta området och ta kontakt med sakkunnig för råd.

Avlastning av det utsatta området är mycket viktigt både vid behandling och förebyggande av trycksår. Detta kan ske genom att man så ofta som möjligt förändrar sittposition. I idrotts-sammanhang kan långa resor med bil eller flyg och nya ovana miljöer innebära ökad risk att utveckla trycksår. Det kan därför vara klokt att använda lämpliga tryckavlastande hjälpmedel på resan, till exempel en sittdyna, samt att planera in extra vila och avlastningsmöjligheter i samband med långresa.

SPASTICITET

Ökad muskelspänning, så kallad spasticitet till följd av skada i centrala nervsystemet (CNS), kan för den enskilde upplevas olika och ha olika inverkan på aktiviteter i dagliga livet. Måttlig spasticitet kan ibland vara till fördel, och kan till exempel ge bättre balans vid förflyttningar och ökad cirkulation. Allt för kraftig spasticitet kan däremot vara ett stort hinder i det dagliga livet och vid idrottsutövning.

Spasticitet kan reduceras genom ståträning, långvarig töjning av den spastiska muskeln, aktivitet samt läkemedel. Spasticitet i till exempel en arm eller hand behandlas i dag vanligtvis med så kallade botulinumtoxin-injektioner.

Plötslig ökad spasticitet bör alltid kontrolleras. Det kan vara ett tecken på skada eller sår på någon kroppsdel eller infektion av något slag, till exempel urinvägsinfektion.

ANDNING

De stora andningsmuskelnerna är mellangärdesmuskeln (diafragman) och musklerna mellan revbenen (intercostalmuskelnerna). Hos personer med ryggmärgsskada och komplett tetraplegi finns endast diafragman kvar som andningsmuskel, vilket innebär att andningskapaciteten är kraftigt nedsatt liksom förmågan att hosta och nysa.

Nedsatt andningskapacitet kan även föreligga hos personer med exempelvis grav skolios, samt hos personer med polio eller muskelsjukdom.

Vid förkylningar kan andningshjälp behövas för djupandning. Andningshjälp kan ges genom ett tryck på nedre delen av bröstkorgen (på båda sidor) samtidigt som utandning sker. Hoshjälp kan ges genom ett kraftigt tryck uppåt/inåt på nedre delen av bröstkorgen samtidigt som personen hostar.

HJÄRTFREKVENNS

Maxpulsen kan vara begränsad hos vissa personer med funktionsnedsättning, vilket bör beaktas vid träningsupplägg och tävling.

Personer med ryggmärgsskada och komplett tetraplegi samt personer med paraplegi och hög skadenivå har en begränsad hjärtfrekvens och kan sällan öka hjärtfrekvensen vid maximal belastning över 125 slag/min. Vanligt är att man i stället får blodtrycksfall vid fysisk utmattning och kroppstemperaturen kan också öka onormalt mycket, se värmeintolerans nedan. Även personer med muskelsvaghet, exempelvis personer med polio eller muskelsjukdom kan ha svårt att uppnå hög puls på grund av muskelsvaghet.

AUTONOM DYSREFLEXI/”BOOSTING”

Autonom dysreflexi är ett ”överaktiveringssyndrom” och ses hos personer med ryggmärgsskada och kompletta skador över Th6 (tetraplegiker och paraplegiker med hög skadenivå).

Karakteristiskt för syndromet är högt blodtryck, huvudvärk, låg puls, kallsvettningar, gåshud och rodnad i ansiktet som kan uppkomma i samband med fysisk aktivitet. Blodtrycksstegring kan i svåra fall ge hjärnsvullnad och i enstaka fall hjärnblödning, vilket kan vara livshotande.

Autonom dysreflexi kan utlösas av olika stimuli till exempel överfull blåsa, urinvägsinfektion, tryck, smärta eller något annat som aktiverar ryggmärgen under skadenivån och som en person med känselbortfall kan vara omedveten om.

Vid symtom är det viktigt att så snart som möjligt ta reda på utlösande stimuli och försöka avlägsna det så snabbt som möjligt, till exempel tömma blåsan och/eller ta bort det som trycker eller ger smärta.

Medveten användning av detta överaktiveringssyndrom inom parasporten kallas ”boosting” och kan ses som medveten doping och är således inte tillåtet. Det är även förknippat med stora medicinska risker och bör starkt avrådas.

VÄRMEINTOLERANS

Centrum för reglering av värme och kyla är satt ur spel hos personer med ryggmärgsskada och tetraplegi då det sympatiska nervsystemet skadats.

En person med tetraplegi fryser mycket lätt och måste i förebyggande syfte försöka klä sig ordentligt varmt vid vistelse i kyla. Det finns också risk för ”överhettning” då förmågan att svettas och avge överskottsvärme kan saknas.

Det är därför viktigt att dessa personer ges möjlighet till avkylning i samband med fysisk ansträngning och/eller vid höga temperaturer i omgivningen. Detta kan till exempel ske genom användande av kylväst, sprayflaska med kallt vatten eller fläkt i träningshallen.

RÖRELSEINSKRÄNKNING/KONTRAKTUR

Stelhet i muskler och rörelseinskränkningar kan ske i alla kroppens leder som inte är i rörelse. Kraftigt inskränkt eller upphävd rörlighet i en led som följd av till exempel en muskelförkortning kallas för kontraktur. Kontrakturer utvecklas lätt i höftböjarna hos personer som har lårbensamputation och i knäböjarna hos personer med underbensamputation.

I förebyggande syfte bör man därför töja dessa muskler regelbundet. Hos personer som använder rullstol kan kontrakturer ofta uppstå i höfter, knän och fotleder på grund av långvarigt sittande, men även i axlar, armbågar och händer.

Lämpligt sätt att förebygga dessa kontrakturer är med kontrakturprofylax, även kallad KP. Det innebär att rörligheten i utsatta leder tas ut passivt och försiktigt i leder och muskler. Att regelbundet, helst dagligen, ligga på mage kan även förhindra oönskade rörelseinskränkningar i höfter och knän.

ÖVERTRÄNING/SKADLIG TRÄNING

Om idrottsresultaten inte förbättras av träning utan snarare försämras kan detta vara tecken på överträning. Som ledare bör man vara uppmärksam på detta och vid misstanke se över träningsdos och träningsupplägg samt tid för vila och återhämtning.

Inom parasporten kan personer med muskeldystrofier, personer med polio eller svag muskulatur av annan orsak vara extra utsatta. Ren överbelastning av muskler och leder kan också ske vid en alltför intensiv träning.

Tänk på att personer med muskelsvaghet och personer som sitter i rullstol har en ökad sårbarhet att få överbelastningsskador. Nedsatt styrka och koordination kan finnas kring utsatta leder, till exempel axelleden, som ökar risken för skada. Använder man rullstol är man ofta begränsad till att använda armarna i flertalet dagliga aktiviteter, till exempel rullstolskörning och förflyttningar samt att man utöver detta använder armarna vid träning och idrott. Tid för vila och återhämtning kan bli otillräcklig och risken ökar då för överbelastningsskada.

SMÄRTA

Smärta bör alltid uppfattas som en varningssignal från kroppen och ska inte nonchaleras. Smärta kan ha smygande förlopp eller komma plötsligt. Uppträder smärta plötsligt under idrottsaktivitet kan detta vara tecken på akut skada som till exempel muskelbristning eller stukning och aktiviteten bör avbrytas och eventuell skada omhändertas.

Omhändertagande av akut mjukdelsskada syftar till att stoppa blödning så att svullnaden blir så begränsad som möjligt. Då kommer läkningen av skadan förbättras och rehabiliteringstiden kortas. Ofta används tryckförband, kyla för smärtlindring och högläge för att minska blodflödet till skadan.

Sedan bör man skydda det skadade området och påbörja mobilisering och relevant belastande träning så tidigt som möjligt. Dessa åtgärder kan sammanfattas med förkortningen P.O.L.I.C.E. (Protection, Optimal Loading, Ice, Compression, Elevation).

URINVÄGSINFEKTIONER

Personer som har blåsrubbningar har ofta ökad risk för att utveckla återkommande urinvägsinfektioner. Urinen kan bli illaluktande, personen kan få feber och blir allmänt påverkad av infektionen.

Hos en person med förlamningsskada kan ökad spasticitet också ge misstanke om infektion. Det är då viktigt att personen får i sig rikligt med vätska samt får medicinering och behandling för infektionen. Idrottare bör avstå träning vid pågående infektion.

EPILEPSI

Epileptiska anfall uppträder sällan under fysisk aktivitet, däremot vid vila och återhämtning. Ett anfall avklingar oftast spontant inom någon minut.

Det du som ledare kan göra är att se till att individen inte skadar sig i onödan under krampen. Till exempel kan du lägga något mjukt under huvudet, och vid behov lägga personen i framstupa sidoläge och säkra fria luftvägar. Försök inte att bända isär käkarna eller stoppa något i munnen eftersom personen kan bita sönder tänderna.

SKELETTURKALKNING/OSTEOPOROS

Belastas inte skelettet regelbundet av vare sig tyngdkraft eller muskelkraft uppstår en urkalkning av skelettet och det blir skörare och därigenom ökar risken för benbrott (frakturer). Exempelvis är det inte helt ovanligt att en person med förlamningsskada och känselnedsättning i benen kan få ett benbrott utan att ens veta om det, och söker därför inte den vård skadan kan kräva.





Svenska Parasportförbundet och Sveriges Paralympiska Kommitté

Box 110 16, 100 61 Stockholm. Tel: 08-699 60 00. E-post: kansli@parasport.se

www.parasport.se