

# DEN DÅRLIG ERNÆRTE IDRETTSUTØVEREN

---

Vektreduksjon, kroppsmodifikasjon og spiseforstyrrelser i toppidrett. Retningslinjer for holdning og handling

Finn Skårderud, Terje Fladvad, Ina Garthe, Heidi Holmlund & Lars Engebretsen

Bekymringstelefon Sunn jenteidrett: 4815 4444.

Åpen mandager 14-18

Mail: [bekymret@sunnjenteidrett.no](mailto:bekymret@sunnjenteidrett.no)



## RETNINGSLINJER FOR TRENING OG KONKURRANSE

Når det er avdekket problemer knyttet til vekt og spiseatferd og eventuell klinisk spiseforstyrrelse, må det gjøres en individuell vurdering ut i fra risiko for den enkelte, men også for laget og miljøet omkring. Nødvendige tiltak kan innebære endring av treningsopplegg, noen ganger treningsforbud og forbud mot deltakelse i konkurranser. Dette er krevende vurderinger og beslutninger. Samarbeidet med utøveren selv, trenerteam eller pårørende kan bli utfordret. Det kan være uenighet også innad i behandlerteamet. Dersom det er slik, må dette avdekkes og arbeides med slik at behandlingsteamet blir tilstrekkelig samlet – og fremstår som samlet. Behandlingsteamet bør ha en leder som har den medisinske faglige kompetansen og det overordnede ansvaret. Dersom lederen ikke har dette, må vedkommende støtte seg på andre i teamet med slik kompetanse. Ved spiseforstyrrelser skal det etableres strukturerte behandlingsopplegg med vekt på å gjenvinne psykisk og fysisk helse.

Det er en helhetsvurdering som må ligge til grunn for tiltak når det gjelder beslutninger om restriksjon av trening og konkurranser. Selv om vi her presenterer retningslinjer, må det alltid gjøres individuelle vurderinger av parametere som f. eks KMI og fettprosent. *Retningslinjene kan ytterst sjelden være helt eksplisitte og absolutte. Det må alltid gjøres individuelle vurderinger; av personens fysiske og mentale helse, av samarbeidsforholdene omkring helseproblemen, av støtteapparatets kompetanser og andre viktige kontekster.* Retningslinjene er nettopp det navnet antyder; de peker i en retning; og er ikke lover. En utøver kan ha en relativt sett stor muskelmasse med en KMI som isolert sett ikke vekker bekymring, mens fettprosenten er lav. Utøveren kan være i en katabol tilstand over tid med amenoré. Samtidig påvirkes fettprosent av genetik. Noen har normale menstruasjonsforhold til tross for lav fettprosent.

Retningslinjene er delt opp i henholdsvis *overordnede* og *spesifiserte retningslinjer*. De overordnede representerer mer en holdning og en måte og tenke og handle på, mens de konkrete er mer håndfaste og nettopp konkrete i sin utforming. Det er få, men dog noen absolutte kriterier, mens de øvrige er relative. Er ett eller flere av de relative kriteriene “innfridde”, vil det normalt lede til konkurransenekt og treningsrestriksjoner og i ytterste konsekvens treningsforbud.

## Overordnede retningslinjer

- Helse kommer alltid før prestasjon.
- Vurdering og ivaretagelse av helse skal innbefatte både fysisk og psykisk helse.
- Unge skal vurderes strengere enn eldre.
- Beslutninger skal tas i team og i dialog med utøver og eventuelle andre, som familie og trenere.
- Skriftlige avtaler bør utarbeides i vanskelige saker.
- Tenk lengre enn bare utøveren. Hva er mulige konsekvenser for laget og idrettsmiljøet?
- Vurderingen gjøres avhengig av fremgang eller manglende fremgang i forhold til den samlede medisinske tilstanden.

## Spesifiserte retningslinjer

### Trening og fysisk aktivitet

Det skal avtales tilpasset aktivitet, og dette gjelder både typer og intensitet. De aller yngste samarbeider ofte dårligst, ofte med minst selvinnsikt og dessverre med minst ærlighet om faktiske praksiser.

### Konkurransenekt

Selv om det ofte vil være vanskelige beslutninger, vil det tidvis være nødvendig å nekte en utøver å stille opp i konkurranser. Dette gjelder dels hensynet til utøverens egen helsetilstand, men det er også høyst relevant å vurdere hvordan eventuell deltakelse kan ha betydelige negative konsekvenser i miljøet. Dette gjelder selvfølgelig både mannlige og kvinnelige utøvere.

Retningslinjer for konkurransenekt per januar 2012:

### Alltid – ”Rødt lys”

- Hos personer, av begge kjønn, som tilfredsstillende de medisinske kriteriene for den psykiatriske lidelsen *anorexia nervosa*. Et diagnostisk tilleggskriterium for anoreksi er i mange sammenhenger KMI mindre enn 17,5. Dette anbefales brukt (12). Dette begrunnes eksplisitt både med hensynet til utøverens samlede helse, til medutøvere og til det mer overordnede målet om en idrett fundert på sunne verdier.

- Hos personer som har alvorlige somatiske komplikasjoner av undervekt/manglende energitilgjengelighet, eksempelvis i form av hjerterytmeforstyrrelser, alvorlige elektrolyttforstyrrelser, betydelige vandannelser (ødemer) i kroppen eller besvimelser.
- Andre alvorlige spiseforstyrrelser. Restriksjoner kan også være aktuelle ved bulimia nervosa med et alvorlig symptombilde i form av hyppig oppkast og elektrolyttforstyrrelser.
- Eller minst tre av kriterier under det som nedenfor beskrives som ”gult lys”.

#### Aktiv og helhetlig vurdering – ”Gult lys”

- Hos kvinner: KMI under 18,5 og/eller fettprosent under 12%.  
Hos menn: KMI under 18,5 og/eller fettprosent under 5% og lavt testosteron.
- Amenore  $\geq$  6 måneder (3 måneder for utøvere under 18 år).
- Redusert BMD (enten fra forrige måling, eller Z-score  $\geq$  -1).
- Somatiske komplikasjoner basert på medisinsk faglig vurdering. Eksempler er elektrolyttforstyrrelser og anemi. Ved tretthetsbrudd skal det alltid vurderes om det utøveren har hatt en lav energitilgjengelighet over tid.
- Utøveren deltar ikke i samarbeid om behandling eller har ikke reell progresjon i behandlingen.
- Utøvers adferd har en klar negativ effekt på andre, spesielt i laget. Det kan dreie seg om synlig restriktivt inntak av mat, lav vekt, sterkt fokus på slike forhold med mer. Et særlig dilemma er når utøvere over kortere eller lengre perioder faktisk presterer på et høyt nivå.
- Utøver klarer ikke å komme i en situasjon med en positiv energibalanse over tid, responderer ikke på trening, er slapp, sliten og orker lite.
- Idrettsaktivitetene fungerer som opprettholdende for spiseforstyrrelsen.

Det følsomme temaet om konkurransenekt må være gjenstand for fortløpende vurdering. Tidsaspektet er av betydning. Om utøveren er i behandling, men at det er en stagnasjon i vekt, ernæring og menstruasjonsforhold, kan det eksempelvis bety at kriteriene for å konkurrere over tid bør skjerpes. Det er av helt avgjørende betydning i slike sammenhenger at det er avklart hvem som har hovedansvaret, og at man evner å vise en felles holdning overfor utøver/pasient. Vi har gode erfaringer med skriftlige kontrakter.

Ved all triadeproblematikk må det arbeides aktivt for å heve tilstanden. Spørsmålet er hvor lenge en skal la en utøver med en utøvertriade "være i fred" før en iverksetter tiltak som påvirker treningsmengder, - typer og muligheter for å konkurrere. Spesifikt foreslår vi at en aktivt vurderer dette når en kvinnelig utøver ikke får tilbake menstruasjon eller en mannlig har vedvarende lavt testosteron over 6 måneder. Det er ikke entydig hva som er normalverdier for testosteron. Flere forhold virker inn for å at verdier svinger mellom normalt og ikke-normalt. Noe må således nødvendigvis overlates til klinisk skjønn og helhetlige vurderinger av individ og kontekst.

Vi foreslår at yngre og eldre utøvere vurderes forskjellig. For de yngre, er det viktig å gripe tidlig inn og forsøke å stanse en risikabel utvikling så tidlig som mulig. For utøvere under 20 år, vil vi foreslå å sette grensen lavere: til 3 måneder. Fettprosent bør også være høyere hos de yngre utøverne, henholdsvis 14 for jenter og 7 for gutter. Svekket benhelse er den primære komplikasjonen. Utøvere bør derfor følges med DXA målinger. I forhold til benhelse er det spesielt viktig å gripe inn tidlig da bentetthet nettopp bygges opp i denne perioden. Den er en "reserve" en skal ha resten av livet.

Konsekvensene av lav KMI, lav fettprosent og undervekt er imidlertid mange utover svekket benhelse. Undervekt og feilernæring kan føre til en rekke somatiske symptomer og komplikasjoner. Det er kjent hvordan ernæringsunderskudd også har konsekvenser for både psykologisk, kognitiv og sosial funksjon, og kan bidra til mindre fleksibel tenkning, mer tvangspregede adferd, irritabilitet, nedstemthet, konsentrasjonsvansker og sosial tilbaketrekning. Det er viktig å drøfte denne type effekter av undervekt med utøveren, sammen med andre somatiske symptomer og komplikasjoner, og ikke isolert sett bare være opptatt av benhelse.