

Sjúkrapjálfarinn

2. tbl. 45. árgangur 2017



Fagmennska í fyrirrúmi !

Við bjóðum upp á allar gerðir af dýnum.
Kristín Gísladóttir, sjúkrapjálfari,
veitir faglega ráðgjöf við val á réttri dýnu,
alla fimmtudaga milli kl: 16:00-18:00.

Vogue
FYRIR HEIMILIÐ

Síðumúla 30
Sími: 533 3500
www.vogue.is

Félag
sjúkraþjálfara

Stjórn FS:

Unnur Pétursdóttir, formaður
Veigur Sveinsson, varaformaður
Anna Steinarsdóttir, ritari
Helga Ágústsdóttir, gjaldkeri
Sigurður Sölvi Svavarsson, meðstjórnandi

Varamenn:

Margrét Sigurðardóttir
Sólveig Dröfn Andrésdóttir

Ritnefnd Sjúkraþjálfarans:

Kristín Reynisdóttir
Andri Þór Sigurgeirsson
Anna Sólveig Smáradóttir
Arnar Már Ármannsson
Áspór Sigurðsson
Berghildur Ásdís Stefánsdóttir
Kristjana Jónasdóttir
Margrét Garðarsdóttir
Ragnheiður Lýðsdóttir
Sif Gylfadóttir
Sólrun Jónsdóttir

Ritrýnnefnd

Dr. Sólveig Ása Árnadóttir
Þjóðbjörg Guðjónsdóttir
Dr. Guðný Lilja Oddsdóttir

Forsíðumynd:

Kristbjörg Helgadóttir, sjúkraþjálfari,
Reykjalundi (fyrirsætur; Gulli og Anna
Sólveig, sjúkraþjálfarar).

Auglýsingar:

Dagbjört Erna Sigmundsdóttir

Skrifstofa FS:

Borgartúni 6, 105 Reykjavík
Sími 595 5186

Umbrot og prentun:

Litróf ehf.
Umhverfissvottuð prentsmiðja



Félag sjúkraþjálfara þakkar
stuðningsaðilum og öðrum sem lögðu
hönd á plóg við útgáfu þessa blaðs.

ISSN 1670-2204

Ritnefndarspjall

Ritnefnd Sjúkraþjálfarans 2017 er skipuð sjúkraþjálfurum starfandi á Reykjalundi. Efnistöð eru fjölbreytt í seinna tölublaði ársins. Þökkum við greinarhöfundum kærlega fyrir sitt framlag sem og þeim er lögðu í viðtöl við okkur.

Í þessu tölublaði verður meðal annars fjallað um þjálfun fólks með MS sjúkdóm, ENPHE ráðstefnuna, þjálfun fólks með hjartasjúkdóma, reynslu af nýja SÍ kerfinu, þjálfun krabbameinsgreindra, íþróttasjúkraþjálfun, útivist og heilsu og forvarnargildi meðferðar. Auk þess kynnumst við nokkrum sjúkraþjálfurum við leik og störf og gefum ykkur færi á að prófa þekkingu ykkar í lauflettu „kvissi og flissi“ hér í blaðinu.

Á alþjóðadegi sjúkraþjálfunar 8. september 2017 var yfirskriftin: „Hreyfing bætir heilsu“ (Physical activity for life skv. WCPT). Þar vorum við minnt á að vera dugleg að hvetja skjólstaðinga okkar til bættrar heilsu með hreyfingu og þjálfun og efla trú þeirra á eigin getu. Þar þurfum við líka að vera góð fyrirmynd. Verum virkir sjúkraþjálfarar! Eins og maðurinn sagði, þú hvílir þig ekki til heilsu (nema með örfáum undantekningum).

Reykjalundarritnefndin þakkar kærlega fyrir sig og óskar komandi ritnefnd, Fagdeild sjúkraþjálfara um sálvefræna heilsu, alls góðs við útgáfu Sjúkraþjálfarans 2018.

MEÐ KVEÐJU
RITNEFND

Efnisyfirlit

- 4** Formannspistill
- 5** Dagur sjúkraþjálfunar 2017
- 6** Pistill frá fræðslunefnd FS
- 8** Heimsþing sjúkraþjálfara í Höfðaborg
- 10** Útivist og heilsa
- 12** Áhrif jafnvægisþjálfunar á líkamsstarfsemi, athafnir og þátttöku hjá fólki með MS sjúkdóm
- 16** Þjálfun og hreyfing að lokinni endurhæfingu á hjartasviði Reykjalundar
- 19** Pistill frá Námsbraut í sjúkraþjálfun
- 20** Viðtal við Mundínu Ásdísi Kristinsdóttur, sjúkraþjálfara
- 22** Könnun á viðhorfi sjúkraþjálfara á Landspítala til starfspróunar
- 26** Viðtal við Óskar og Hólmfríði, sjúkraþjálfara í Heilsuborg
- 28** Dömuklúbburinn í útskriftarárgangi 1987
- 30** Viðtal við Selmu Margréti Reynisdóttur, formann ESB
- 32** BS verkefni
- 38** Greiðslupátttökukerfi SÍ
- 44** Viðtal við Hauk Guðmundsson, sjúkraþjálfara hjá Ljósinu
- 46** Viðtal við Sigurð Má Hlíðdal, sjúkraþjálfara í Svíþjóð
- 48** Viðtal við Dr. Elizabeth Dean, sjúkraþjálfara
- 50** Sjúkraþjálfara kvissið
- 52** Til fundar við Heilsuþjálfara á Reykjalundi
- 54** Viðtal við unga fólkið á sjúkraþjálfunardeild Reykjalundar



STARFSFÓLK STODAR ÞAKKAR SJÚKRAÞJÁLFRUM ÁNÆGJULEGT SAMSTARF Í 35 ÁR

Frá formanni Félags sjúkraþjálfara



UNNUR PÉTURSDÓTTIR
FORMAÐUR FS

Kæru félagsmenn

Hér gefur að líta seinna blað ársins 2017 sem er í ritstjórn sjúkraþjálfara á Reykjalundi. Fjölbreytt efnið sýnir gróskuna í framþróun fagsins en sú gróska er í samræmi við grósku fagsins á alþjóðlega vísu. Það sýndi sig á heimsþingi sjúkraþjálfara í Suður-Afríku s.l. sumar (WCPT 2017) hversu gríðarlega framfarir hafa orðið í rannsóknum innan sjúkraþjálfunar að vísindanefndinni bárust yfir 1600 ágríp, þar af voru 1283 samþykkt ýmist sem fyrirlestrar eða veggspjöld. Af þessum fjölda áttu íslenskir sjúkraþjálfarar þrjú ágríp. Þær Bergþóra Baldursdóttir og Þorgerður Sigurðardóttir kynntu rannsóknir sínar og Þorvaldur Skúlason, starfandi í Danmörku hélt einnig tölu.

Önnur fagleg veisla var nú í september er námsbraut í sjúkraþjálfun við HÍ var gestgjafi ENPHE ráðstefnunnar (ENPHE stendur fyrir European Network of Physiotherapy in Higher Education). Þar hittast árlega kennarar í sjúkraþjálfun við háskóla víðsvegar um Evrópu, ásamt fulltrúum nemenda. Það er ánægjulegt að skýra frá því að á ráðstefnunni var kosinn nýr formaður nemendasambands ENPHE og hlaut Selma Margrét Reynisdóttir kosningu í það embætti, fyrst íslenskra nema í sjúkraþjálfun.

Af verkefnum félagsins undanfarið er það helst að segja að í fyrsta skipti tókum við þátt í Fundi fólksins, sem að þessu sinni var haldinn á Akureyri í september og bar upp á alþjóðlegan dag sjúkraþjálfunar. Fundur fólksins er samræðuþing “þriðja geirans”, þ.e. félagasamtaka, hagsmunahópa og stjórnmálanna. Félag sjúkraþjálfara stóð fyrir tveimur málstofum, um heilsuefningu aldraðra og hlutverk sjúkraþjálfara í heilsugæslu. Báðar heppnuðust afar vel en mest var um vert að þarna náðum við óformlegum samræðum bæði við stjórnmálamenn um heilbrigðismál, sem og umræðum við aðra hópa sem starfa að heilbrigðismálum.

Það er ljóst að gróskan er mikil, hvort sem litið er á faglega framþróun eða félagsmálapólitíkina. Ég hvet því fólk til að setjast niður með kaffibollann, taka sér aldrei slíku vant prentað blað í hönd og njóta lestursins.

Óskum sjúkraþjálfurum velfarnaðar í starfi

Reykjavík

Ás sjúkraþjálfun ehf, Hraunbæ 115
Gáski sjúkraþjálfun ehf, Bolholti 8 og Mjódd
MS setrið, Sléttuvegi 5
Sjúkraþjálfunarstöðin ehf, Þverholti 18
Sjúkraþjálfun Grafarvogs ehf, Spönginni 37

Akranes

Sjúkraþjálfun Georgs Janussonar, Kirkjubraut 28

Akureyri

Efling sjúkraþjálfun, Hafnarstræti 97
Endurhæfingarstöðin, Glerárgötu 20

Kópasker

Sjúkraþjálfun Kópaskers, Akurgerði 13

Ísafjörður

Sjúkraþjálfun Vestfjarða, Eyrargötu 2

Dagur sjúkrabjálfunar 2017

Dagur sjúkrabjálfunar var haldinn þann 17. febrúar 2017 á Hótel Nordica í Reykjavík. Þátttaka var afar góð, rétt tæplega 300 sjúkrabjálfarar komu til að hlýða á góða fræðslu, ræða fagfélagsmál og svo bara sýna sig og sjá aðra. Aðalfyrirlesari dagsins var James Moore, yfirsjúkrabjálfi breska Ólympíuliðsins, sem hélt áhugaverða fyrirlestra, annars vegar um undirbúning og ferð breska liðsins til Ríó sl. sumar og hins vegar um hamstrings-vandamál.

Viðurkenningu fyrir sérfræðiréttindi fengu þær:

Eygló Traustadóttir – stoðkerfissjúkrabjálfun -bæklun
Aníta Sigurveig Pedersen – íþróttasjúkrabjálfun
Árný Lilja Árnadóttir – íþróttasjúkrabjálfun
Helena Magnúsdóttir – íþróttasjúkrabjálfun
Unnur Sædís Jónsdóttir - íþróttasjúkrabjálfun

Hvatningarverðlaunin að þessu sinni hlutu þau Rúnar Marínó Ragnarsson og Sólveig Steinþórsdóttir fyrir ótrúlega elju og vinnu í nefnd um mat á menntun, sem sett var á laggirnar vegna nýs menntunarákvæðis í samningi sjúkrabjálfa við SÍ.

Styrk úr Þýðingarsjóði Vísindasjóðs FS árið 2016 hlaut Anna Lára Ármannsdóttir vegna verkefnisins: Prosthetic Mobility Questionnaire - Hreyfifærni með stoðtæki

Framkvæmdanefndina skipuðu þau:

Andri Helgason
Helga Ágústsdóttir
Magnús Birkir Hilmarsson
Margrét Sigurðardóttir
Steinunn S. Kristjánsdóttir

Í lok dagsins var kíkt í glas og haft í huga að „*maður er manns gaman*“.



”
*maður er
manns gaman*



Pistill frá fræðslunefnd FS

Hlutverk fræðslunefndar Félags sjúkraþjálfara er að stuðla að símenntun og fræðslustarfi sjúkraþjálfara með fjölbreyttum og áhugaverðum námskeiðum, námsstefnum og fræðslufundum. Fræðslunefndin leitast við að svara væntingum félagsmanna og fylgja stefnum og straumum samfélagsins á hverjum tíma. Árið 2017 hefur hingað til verið mjög viðburðaríkt hjá fræðslunefndinni en haldin hafa verið átta námskeið í Reykjavík og gengu þau öll mjög vel. Aðsóknin á námskeiðin var framar öllum vonum og fullt var á þau öll nema eitt námskeið sem var framhaldsnámskeið. Vegna mikillar aðsóknar á námskeið vinnur fræðslunefnd hörðum höndum við að fjölga námskeiðum og auka fjölbreytni. Fræðslunefnd hefur einnig staðið fyrir fimm fræðslufyrirlestrum og hefur aðsókn á þá einnig verið með ágætum. Nokkrir af þessum fyrirlestrum hafa verið sendir út í streymi og hefur það reynst vel. Það er margt áhugavert á vegum nefndarinnar á næstu árum og hvetjum við ykkur til þess að fylgjast vel með á heimasíðu Félags sjúkraþjálfara. Hér að neðan má sjá þau námskeið sem eru væntanleg á vegum nefndarinnar:

Master Class: Cervicogenic Headache and Dizziness - Part I

Reykjavík 3. - 5. nóvember 2017.

Leiðbeinendur: **Martin B. Josefsen (Musculoskeletal Physiotherapist, DipMT)** og **Deborah Falla (Professor, PhD, Physiotherapist)**.

Þriggja daga námskeið byggt á nýjustu rannsóknum við mat, mismunagreiningu og meðferð á svima, höfuðverk og einkennum frá efri hálsi. Sérstök áhersla verður lögð á klíniska rökhugsun og sérhæfð meðferðarúrræði fyrir sjúkraþjálfara. Námskeiðið var haldið hér á landi haustið 2016 við góðan orðstír.

Understanding Pain: From Biology to Care, Part 1

Reykjavík, 18. - 19. febrúar 2018

Leiðbeinandi: **Lorimer Mosesley PhD**.

Á þessu tveggja daga námskeiði mun Lorimer Moseley fara yfir þá þætti sem hafa áhrif á verki og tengingu þeirra inn í klíniska meðferð. Þetta námskeið hentar vel þeim sem vilja öðlast dýpri skilning á verkjum og verkjahegðun og þá sérstaklega þeim sjúkraþjálfurum sem vinna með einstaklinga með króníska verki.

Lorimer Moseley er prófessor í Háskólanum í Suður Ástralíu og er framarlega í rannsóknum á verkjum. Hann hefur yfir 25 ára reynslu af því að vinna með einstaklinga með króníska verki. Hann skrifaði m.a. bókina Explain Pain ásamt David Butler.

Skráning er hafin á námskeiðið.

Sogæðanudd

Reykjavík, 1.-4. mars 2018

Leiðbeinendur: **Marjolein Roodbergen og Heiðbjört Tíbrá Kjartansdóttir**.

Á þessu fjögurra daga námskeiði verður farið yfir aðferðir til að greina mismunandi bjúg og velja viðeigandi meðferð og úrræði. Námskeiðið byggist upp á fyrirlestrum og verklegri kennslu. Ítarlega verður farið í líffærafræði sogæðakerfisins og hvað hefur áhrif á virkni þess. Áhersla verður á að kenna sogæðanudds handtök og þau æfð ásamt því að farið verður í notkun vafninga og hvers konar þjálfun hæfir best.

Kinetic Control Level 1 Movement, Alignment & Coordination

Reykjavík, 17. - 18. mars 2018.

Leiðbeinendur: **Mark Comerford B.PHTY, MCSP, MAPA**.

Á þessu tveggja daga námskeiði verður áhersla lögð á að meta hreyfingar og leiðréttu hreyfimumstur. Þessir þættir verða svo nýttir til þess að bæta hreyfihærni einstaklingsins.

Mark Comerford verður aðalfyrirlesari á Degi sjúkraþjálfunar 2018.

Fullbókað er á námskeiðið.

Mulligan Lower Quarter

Reykjavík, 4. - 5. maí 2018.

Leiðbeinandi: **Johan Alvmalm (MT)**

Á þessu tveggja daga námskeiði verður farið yfir aðferðir byggðar á Mulligan fyrir neðri útlím. Námskeiðið samanstendur af fyrirlestrum og verklegri vinnu. Námskeiðið hefur verið haldið hér áður við góðan orðstír.

Skráning á námskeiðið er ekki hafin.

Master Class: Cervicogenic Headache and Dizziness - Part II

Reykjavík 25. - 27. maí 2018.

Leiðbeinendur: **Martin B. Josefsen (Musculoskeletal Physiotherapist, DipMT)** og **Deborah Falla (Professor, PhD, Physiotherapist)**.

Framhaldsnámskeið af Cervicogenic Headache and Dizziness Part I námskeiðinu sem Martin B. Josefsen og Deborah Falla héldu hér haustið 2016 og 2017. Námskeiðið er eingöngu opið fyrir þá sem hafa lokið við fyrra námskeiðið. Á þessu námskeiði verður lögð áhersla á úrlausn vandamála við skoðun og meðferð vandamála tengdum höfuðverkjum og svima.

Skráning á námskeiðið hefst 6. nóvember 2017.

The Shoulder: Theory & Practice

Reykjavík, 24. - 25. ágúst 2018.

Leiðbeinandi: **Dr Jeremy Lewis PhD FCSP**.

Dr. Jeremy Lewis kemur aftur með námskeiðið sem hann hélt hér á landi í mars 2016 og september 2017 en gríðarlegur áhugi var fyrir öðru námskeiði. Hann er marg vðurkenndur fyrir störf sín og hefur ferðast víða um heim með námskeið sín um greiningu og meðhöndlun á axlarvandamálum. Hann hefur m.a. þróað ákveðið skoðunarkerfi til að meta og meðhöndla

axlarvandamál sem hlotið hefur lof víða. Dr. Jeremy Lewis er hefur margra ára reynslu af rannsóknarvinnu og skrifum og er m.a. einn af höfundum nýjustu útgáfu bókarinnar Grieve's Modern Musculoskeletal Physiotherapy (4th ed).

TOP 20 DN - Dry Needling Course

Reykjavík 14. - 15. september 2018.

Leiðbeinandi: **Christine Stebler Fischer PT, FH Bsc, MAS GF&P.**

Christine Stebler Fischer kemur aftur með þetta tveggja daga námskeið sem var síðast haldið haustið 2016 við góðan orðstír. Á þessu tveggja daga námskeiði verður farið yfir grunninn í nálastungum (dry needling), kvikupunkta (trigger points) og hvernig hægt sé að nota nálastungur sem meðferðarform. Megin áhersla verður lögð á verklegar æfingar og læra þátt-takendur að nota nálastungur í 20 mismunandi vöðva.

Skráning hefst 14. janúar 2018.

Cranium, Neck and Upper Thorax

Reykjavík 5. - 7. október 2018.

Leiðbeinandi: **Diane Lee**

Diane Lee er vel þekkt um heim allan fyrir hennar klínísku vinnu á einkennum frá hrygg og mjaðmagrind. Hún hefur haldið fjölmörg námskeið hér á landi og alltaf hefur verið mikil aðsókn. Nú kemur hún í annað sinn með námskeið um greiningu og meðhöndlun á vandamálum tengdum brjóstbaki,

háls og höfði. Hægt er að nálgast ýmsan fróðleik og lýsingar á starfi hennar og námskeiðum á heimasíðunni <http://dianelee.ca/>
Skráning hefst 5. febrúar 2018.

Pelvic Health

Reykjavík, 9. - 10. nóvember 2018.

Leiðbeinendur: **Ruth Jones og Bill Taylor.**

Á þessu tveggja daga námskeiði verður farið yfir greiningu og meðferð á vandamálum frá grindarbotni. Nákvæm lýsing á námskeiðinu liggur ekki fyrir.

Skráning er ekki hafin.

Þetta er ekki tæmandi listi yfir það sem er á döfinni hjá fræðslunefndinni næsta árið. Við erum með nokkra fræðslu-fyrirlestra í vinnslu en ef einhver hefur áhuga á að halda slíkan fyrirlestur þá má hinn sami endilega hafa samband við fræðslunefnd í gegnum netfangið fraedslunefndfs@gmail.com.

Viðræður eru hafnar við nokkra erlenda fyrirlesara um að halda námskeið hér á landi á næstu árum. Stefnt er að því að James Moore muni koma aftur með námskeiðið Sporting Hip & Groin vorið 2019.

Fræðslunefndin hvetur alla sjúkrahjálfa til símenntunar. Margt er í boði og viljum við gjarnan fá ábendingar um námskeið og fyrirlestra, jafnt íslenska sem erlenda. Við tökum við ábendingum í gegnum netfangið fraedslunefndfs@gmail.com.



Heimsping sjúkrabjálfara (WCPT 2017) haldið í Höfðaborg, S-Afríku í byrjun júlí 2017

Heimspingið WCPT 2017 var opnað með trumbuslætti að afrískum sið, en við tók innblásin ræða Emmu Stokes, heimsforseta, þar sem hún brýndi stéttina til góðra verka og lagði áherslu á að við værum betri með samvinnu (We are better together).

Afrískur vinkill var á mörgum viðburðum og fylltist ég aðdáun á þessum kollegum okkur sem margir hverjir eru að reyna að gera allt með engu. Okkur finnst alltaf undirmannað, en hvernig væri að vera eini sjúkrabjálfarinn á svæði með 1 milljón íbúa?

Á ráðstefnunni kynntu Bergþóra Baldursdóttir, Þorbjörg Sigurðardóttir og Þorvaldur Skúlason rannsóknarniðurstöður sínar, Héðinn Jónsson (fyrrverandi formaður FÍSP og núverandi starfsmaður WCPT í London) var í panelumræðum um markaðssetningu/kynningu á sjúkrabjálfun og sjálf talaði ég á þremur viðburðum, um leiðtoga í sjúkrabjálfun, á kynningu Norrænu félaganna um hreyfingu/þjálfun barna og fór svo fyrir borðumræðum um samfélagsmiðla og hvernig þeir nýtast bæði sjúkrabjálfurum og skjólstaðingum okkar.



UNNUR PÉTURSDÓTTIR
FORMAÐUR FÉLAGS
SJÚKRABJÁLFA

Íslenski hópurinn, tíu sjúkrabjálfarar og fimm makar, hristist fljótt saman og makarnir fimm voru fljótir að finna sér „strákaferðir“ til að fara í á daginn, þegar við sjúkrabjálfarnir þeyttumst um ráðstefnusvæðið á hlaupum eftir næsta viðburði. En á kvöldin var slakað á undir afrískum næturlampi (veturinn þeirra er hlýrri en sumarið okkar) og við nutum afrískrar matarmenningar (sem er ævintýrlega góð) og góðra vína úr þrögum sem ræktaðar eru í nágrenninu.

Öll náðum við að nýta nokkra daga annað hvort fyrir eða eftir ráðstefnu til að skoða okkur um í framandi landi, sem gerir þessa ferð ekki bara faglega ánægjulega, heldur einnig að ógleymanlegu ævintýri. Náttúran, menningin, sagan... alveg magnað.

Næsta heimsping, WCPT 2019, verður haldið í Genf, Sviss. Ég ætla að endurtaka mig enn og aftur þegar ég segi, það eiga allir sjúkrabjálfarar að fara a.m.k. einu sinni á starfsævinni á heimsping. Sviss er í hóflegri fjarlægð, svo nú hvet ég alla sjúkrabjálfa til að grípa tækifærið og fara á WCPT 2019 dagana 10. – 13. maí 2019 í Genf.



Trumbusláttur að afrískum sið



Íslenskir sjúkrabjálfarar og forseti WCPT



Þorgerður Sigurðardóttir,
með erindi á WCPT þingi

GYMNA HÖGG- OG STUTTBYLGJUTÆKI

SHOCKMASTER HÖGGBYLGJUTÆKI

Höggbylgjutæki með yfir 90 forstilltum prógrömmum fyrir 33 sjúkdómsgreiningar. Tækið býður upp á heildar-meðferðarplan og eru gildi í hverri meðferð miðuð við nýjustu rannsóknarniðurstöður.

Hugbúnaðaruppfærslur innifaldar t.d. nýjar sjúkdómsgreiningar, rannsóknarniðurstöður o.fl.

Tækið er einfalt í notkun og með góðum skýringarmyndum sem lýsa meðferð.

Anatómíuhandbók með myndum.



SHOCKMASTER 300

Eitt tengi fyrir höggbylgjuhausa

Hámarksprýstingur 4 bör

Tíðni 1-17 Hz (1-31 Hz með V-actor)



SHOCKMASTER 500

Tvö tengi fyrir höggbylgjuhausa

Hámarksprýstingur 5 bör

Tíðni 1-21Hz (1-35 Hz með V-actor)



STUTTBÝLGJUTÆKI THERMO 500

- Gymna Thermo 500
- Púlserandi stuttbýlgjur með og án hita.
- Kemur standard með einum armi og 14 cm elektróðu.
- Annar armur fánlegur, val um 8 eða 14 cm elektróðu.
- Rásirnar vinna sjálfstætt, þannig að hægt er að vinna með stærra svæði eða tvö mismunandi vandamál á sama tíma.
- 38 forstillt meðferðarprógröm og frjáls meðferð.
- Hægt að vista 50 prógröm.

NÁNARI UPPLÝSINGAR VEITIR:



Herdís Þórisdóttir

Söluráðgjafi – Heilbrigðissvið

Sjúkrapjálfari B.Sc., MBA

Sími: 580 3912

GSM: 843 3912

Netfang: herdis@fastus.is

Útivist og heilsa - *Förum út saman!*

Mér líður best úti í náttúrunni - helst uppi á fjalli. Ég fyllist einhverjum óútskýranlegum innri frið; finn hvernig líkaminn róast, hugsunin verður skýrari og ég hleð inn orku til að geta betur tekist á við hið daglega amstur.

Lýðheilsuvandinn

Eins og við vitum er dagleg hreyfing okkur öllum nauðsynleg enda líkaminn ekki gerður fyrir mikla kyrrsetu – hann er gerður til að vera á hreyfingu. En í nútíma samfélagi er kyrrseta stór hluti af degi margra og í raun eru kröfurnar um að við hreyfum okkur í hinu daglega lífi alltaf að minnka^{1,2}. Kyrrsetan er orðin svo mikil að hún flokkast nú sem ein mesta heilsuögn mannkyns og fjórða algengasta orsökina fyrir ótímabærum dauða á heimsvísu³. Á sama tíma er fjöldi þeirra sem æfa reglulega til að halda sér í formi meiri en nokkurn tíma áður. Það sama á við um íþróttir barna og unglinga, þátttakan hefur sennilega aldrei verið meiri⁴⁻⁶. Samt eru allt of margir sem ekki uppfylla viðmiðin um daglega hreyfingu og bilið á milli þeirra sem hreyfa sig og þeirra sem ekki gera það er alltaf að aukast^{1,7,8}.

Stór hluti af starfi okkar sjúkráþjálfara snýst um það að hvetja fólk til að hreyfa sig og axla ábyrgð á eigin heilsu. Lýðheilsa snertir okkur öll og til að sporna gegn sívaxandi kyrrsetuvanda þurfum við aukna þekkingu á hvað það er sem virkar. Við vitum að hreyfingin þarf að vera skemmtileg því ef okkur finnst ekki gaman að hreyfa okkur verður það aldrei hluti af okkar daglega lífi. Þá hefur sýnt sig að hvatningin til að hreyfa sig virðist vera meiri úti heldur en inni og fólk sem ekki er vant að stunda



Pönnukökur og sólsetur á Helgafelli

hreyfingu er líklegra til að halda áfram að hreyfa sig reglulega ef það gerir það úti^{9,10}. Auk þess er stærri heildarávinningur fyrir heilsuna þegar við hreyfum okkur á grænum svæðum og náttúrusvæðum, meðal annars vegna streituminnkandi áhrifa og meiri hreyfigleði^{9,11,12}. Í raun mælast jákvæð áhrif á líkamann af því einu að vera úti í náttúrunni, algjörlega óháð því hvað þú ert að gera þar^{6,9,10}. Undanfarin ár hafa því tengslin milli náttúru og heilsu fengið aukið vægi í lýðheilsustarfi á Norðurlöndum.



KOLBRÚN KRISTÍNARDÓTTIR, MS,
SJÚKRÁÞJÁLFARI Á ÆFINGASTÖÐINNI.

Foreldrar sem fyrirmyndir

Samkvæmt Lýðheilsustefnu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar er eitt mikilvægasta skrefið í átt að bættri lýðheilsu að fjárfesta í heilsu barna og forvarnir ætlaðar yngstu aldurshópnum ættu því að vera í forgangi¹³. Þá er nauðsynlegt að hafa í huga að lífstíll foreldra og þátttaka þeirra í hreyfingu með börnunum eru sterkir áhrifaþættir. Fyrstu æviárin hafa nefnilega mikið

forspárgildi um heilsu einstaklinga síðar í lífinu og það sem við gerum með börnunum okkar í dag hefur áhrif á lífnaðarhætti þeirra og hreyfivenjur seinna meir^{2,6,14-17}. Til að auka líkurnar á góðri heilsu út í lífið þurfum við því að vera virk í hreyfingu með börnunum okkar því það eru foreldranir sem eru mikilvægasta fyrirmyndin¹⁶. Að sjálfsögðu geta margir samvirkandi þættir í umhverfinu haft áhrif á heilsu og vegferð barna gegnum lífið, en það eru alltaf foreldranir sem eru stærstu áhrifavaldarnir¹⁶. Virk samvera fjölskyldunnar er því mikilvægur hlekkur í öllu lýðheilsustarfi.

Útileikurinn

Ein besta leiðin til að auka hreyfingu barna er að þau leiki sér úti. Því miður virðast börn leika sér mun minna úti en áður fyrr og er útileikurinn í harðri samkeppni við tölvur, síma og þéttþakkaðar stundaskrár. Frjáls leikur er nauðsynlegur öllum börnum og hefur hann jákvæð áhrif á nánast alla þroskaþætti barna^{6,18}. Með frjálsum leik er ekki átt við skipulagðan leik sem stýrt er í ákveðna átt, heldur sjálfsprottinn og skapandi leik barna þar sem ímyndunaraflíð fær að ráða ferðinni. Í gegnum leikinn og hreyfinguna læra börnin best, en útileikur og þá sérstaklega leikur úti í náttúrunni hefur enn jákvæðari áhrif t.d. á andlega líðan barna, hreyfifærni, sjálfsstraust, útsjónarsemi, hugmyndaríki, úthald og hreysti^{2,6,18-21}. Náttúran hefur líka róandi áhrif á börn²² og þau leika sér betur saman úti, þau leika meira þvert á hópinn og það er minna um ósætti og rifrildi en í innileiknum²³. Hreyfileikur þ.e.a.s. leikur sem innihalda grófhreyfingar eins og að hlaupa, hoppa, kasta eða klifra eru börnum eðlislægir við leik í náttúrulegu umhverfi. Hugmyndaríki auðkennir útileikinn, enda náttúran endalaus uppspretta skyn- og hreyfiðrvunar^{2,6,18,21}. Þar sem foreldrar eru mikilvægustu fyrirmyndirnar er einn liður í því að auka útiveru barna að við förum með þeim út. Saman getum við lært á nærumhverfið, lært að njóta útiverunnar og upplifa undur náttúrunnar. Ekki skemmir fyrir hvað útiveran er skemmtilegt samveruform og samverustundir í náttúrunni nærandi fyrir sál og líkama.

Áhrif náttúrunnar

Undanfarin ár hefur komið fram töluverður fjöldi rannsókna sem sýnt hafa fram á mikilvægi náttúrunnar fyrir andlega og líkamlega heilsu. Til dæmis virðist hreyfing á grænum svæðum



Gengið að Dröngum á Ströndum

hafa jákvæðari áhrif en þegar við hreyfum okkur í þéttbýli eða innandyrá^{11,24,25}. Náttúran dregur úr streitu, hjartsláttur hægist, blóðþrýstingur og kortisólíði lækka og upplifun af vellíðan verður meiri^{9,10-12,24,25}. Nýleg rannsókn sýndi einnig fram á að hreyfing á grænum svæðum hefur jákvæð áhrif, umfram hreyfingu innandyrá, á lengd litningaenda sem styttest við streitu og álag²⁶. Náttúrustundir létta líka lundina - við verðum glaðari af því að vera úti, kvíði minnkar og við verðum minna vör við depurð⁹⁻¹². Í náttúrunni „hvílum við okkur vakandi“ og kannski er það einmitt þess vegna sem við tökum oft ekki eftir því að við séum að „púla“ og komum endurnærð inn eftir hressandi hreyfistund.

Samverustundir fjölskyldunnar í náttúrunni eru því ekki einungis skemmtileg afþreying, heldur eflandi heilsubót fyrir alla meðlimi fjölskyldunnar. Síðast en ekki síst er útivera ódýr og einföld líkamsrækt sem hentar öllum, allt frá þeim yngstu til þeirra elstu. Það er alltaf hægt að finna útiveru við hæfi, hvort heldur sem það eru fjallgöngur eða göngustígarölt á náttúrusvæðum.

Látum ekki veðrið stoppa okkur

Veðrið er okkur íslendingum tíðrætt og við látum það gjarnan stoppa okkur í að fara út. En það eru ekki margir dagar á ári þar sem veðrið er svo slæmt að við getum ekki klætt það af okkur. Það er líka allt í lagi að snúa við ef veðrið er er okkur ekki hliðhollt og ef við þurfum að berjast á móti rokinu til að komast aftur í bílinn ættum við ekki að líta á það sem misheppnaða útiveru heldur



Helgafell í vetrarbúningi

frábæra minningu. Að skapa minningar með börnunum okkar er mikilvægt og minningin af brjáluðu veðri og heitum kakóbolla þegar heim er komið er ekkert síðri en minning af nestispásu í logni og sól.

Góð barnæska varir út lífið og það er á ábyrgð okkar allra að börnum sé búið heilbriggt líf. Samveran er forvörn – hvetjum til útiveru, verum fyrirmyndir og förum saman út, sköpum minningar með börnunum okkar, upplifum og njótum í náttúrunni.

Heimildir

1. Helsedirektoratet. (2014). Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet (Rapport IS-2167). Oslo: Helsedirektoratet.
2. Mjaavatn, P.E. & Fjørtoft, I. (2008). Barn og fysisk aktivitet – med hovedvekt på aldersgruppa 0-16 år. Temahefte. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet & Helsedirektoratet.
3. World Health Organization. (u.å.). Physical inactivity: a global public health problem. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/
4. www.isi.is
5. Sandseter, E.B.H. (2000). Barn i fysisk aktivitet. Barn 2, 55-66.
6. Tordsson, B. & Vale, L.S.R. (2013). Barn, unge og natur – en studie og drøftelse av faglitteratur (HIT rapport nr.1). Porsgrunn: Høgskolen i Telemark.
7. Eiðsdóttir, S.Þ., Kristjánsson, Á.L., Sigfúsdóttir, I.D. & Allegrante, J.P. (2008). Trends in physical activity and participation in sports clubs among Icelandic adolescents. The European journal of public health, 18 (3), 289-293.
8. Magnússon, K.Þ., Arngrímsson, S.Á., Sveinsson, Þ. & Jóhannsson, E. (2011). Líkamsþynging 9 og 15 ára íslenskra barna í ljósi lýðheilsuþróunar [Fysisk aktivitet hos 9 og 15 år gamle islandske barn, sett i lys av mål for folkehelse]. Læknablaðið, 97, 75–81.
9. Naturvårdsverket. 2006. Naturen som Kraftkälla – om hur och varför naturen påverkar hälsan. Stockholm: Naturvårdsverket.
10. Kurtze, N., Eikemo, T. & Hem, K.G. (2009) Analyse og dokumentasjon av friluftslivets effekt på folkehelse og livskvalitet (SINTEF-rapport nr. A11851).
11. Gladwell, V.F., Brown, D.K., Wood, C., Sandercock G.R. & Barton J.L. 2013. The great outdoors: how a green exercise environment can benefit all. Extrem Physiol. Med.
12. Bratman, G.N., Hamilton, J.P., Hahn, K.S., Daily, G.C. & Gross, J.J. (2015). Nature experience reduces rumination and subgenual prefrontal cortex activation. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 112(28).
13. www.who.int
14. Sallis, J.F., Prochaska, J.J. & Taylor, W.C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. Medicine & science in sports & exercise, 32(5), 963-975.
15. Mjaavatn, P.E. & Gundersen, K.A. (2005). Barn – bevegelse – oppvekst. Betydningen av fysisk aktivitet for småskolebarns fysiske, motoriske, sosiale og kognitive utvikling. Oslo: Akilles.
16. Helsedirektoratet. (2010). Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Oslo: Helsedirektoratet.
17. Steinbeck, K.S. (2001). The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion. Obesity reviews, 2(2), 117-130.
18. Burdette, H.L. & Whitaker, R.C. (2005). Resurrecting free play in young children. Arch Pediatr Adolesc Med, 159, 46–50
19. Gray, C., Gibbons, R., Larouche, R., Sandseter, E.B., Bienstock, A., Brussoni, M., Chabot, G., Herrington, S., Janssen, I., Pickett, W., Power, M., Stanger, N., Sampson, M. & Tremblay, M.S. (2015). What is the relationship between outdoor time and physical activity, sedentary behaviour, and physical fitness in children? A systematic review. International journal of environmental research and public health, 12(6), 6455-6474.
20. Fjørtoft, I. (2001). The Natural Environment as a Playground for Children: The Impact of Outdoor Play Activities in Pre-Primary School Children. Early Childhood Education Journal, 29(2), 110-119.
21. Fjørtoft, I. (2004). Landscape as playscape: the effects of natural environments on children's play and motor development. Children, youth and environments, 14(2), 21–44.
22. Mårtensson, F., Jensen, E.L., Söderström, M. & Öhman, J. (2011). Den nyttiga utevistelsen? Forskningsperspektiv på naturkontaktens betydelse för barns hälsa och miljöengagemang (Rapport nr. 6407). Sverige: Naturvårdsverket.
23. Fjørtoft, I. & Reiten, T. (2003). Barn og unges relasjoner til natur og friluftsliv. En kunnskapsoversikt. Høgskolen i Telemark.
24. Ólafsdóttir, G., Cloke, P. & Vögele, C. (2017). Place, green exercise and stress: An exploration of lived experience and restorative effects. Health & Place, 46, 358-365.
25. Coon J., Boddy K., Stein K., Whear R., Barton J. & Depledge M.H. (2011). Does participating in physical activity in outdoor natural environments have a greater effect on physical and mental wellbeing than physical activity indoors? A systematic review. Environ Sci Technol. 45(5), 1761-1772.
26. Ólafsdóttir, G., Epel, E., Cloke, P. & Vögele, C. (2016). Green exercise is associated with better cell aging profiles. Conference paper: 9th European Public Health Conference.

Áhrif jafnvægisþjálfunar á líkamsstarfsemi, athafnir og þátttöku hjá fólki með MS sjúkdóm

Greinin er hluti af rannsókn minni til meistaraþrófs í hreyfivísindum við námsbraut í sjúkraþjálfun við Háskóla Íslands. Leiðbeinandi var Þjóðbjörg Guðjónsdóttir sjúkraþjálfari og lektor við námsbraut í sjúkraþjálfun og aðrir í meistaranámsnefnd voru Guðrún Karlsdóttir, yfirlæknir á taugasviði Reykjalundar og Dr. Jóhanna Jónsdóttir rannsóknarsjúkraþjálfari á Don Gnocchi taugaendurhæfingarstofnun og rannsóknarsetri í Milanó.



ANNA SÓLVEIG SMÁRADÓTTIR
SJÚKRAÞJÁLFAÐI, M.Sc.
Á TAUGASVIÐI REYKJALUNDAR

Fólk með MS sjúkdóm upplifir oft jafnvægis-skerðingu snemma í sjúkdómsferlinu. Skert jafnvægi hefur áhrif á daglegar athafnir s.s. göngu, standa upp og setjast, snúa og teygja sig (Shumway-Cook og Woollacoot, 2010). Rannsóknir hafa sýnt fram á að fólk með MS detti við aðstæður sem reyna á hreyfijafnvægi s.s. við breytingar á stöðu, taka af stað, stoppa, beygja sig og rétta (Cattaneo, Jonsdóttir, og Coote, 2014a; Nilsagård, Lundholm, Denison, og Gunnarsson, 2009). Aukin fallhætta, dettni og meiddi við að detta geta leitt til hræðslu við að detta og dregið úr sjálfstrausti til þátttöku og haft enn frekari áhrif á heilsu og færni. Fræðimenn hafa kallað eftir rannsóknum á jafnvægisþjálfun hjá fólki með MS þar sem áhrif þjálfunarinnar er metin og skoðuð á víðtækan hátt (Cameron, Nilsagård, 2013). Til þess að nálgast viðfangsefnið hefur verið bent á notkun líkansins ICF, sem er alþjóðlegt flokkunarkerfi á færni, heilsu og fötlun (ICF). Líkanið horfir m.a. á líkamsstarfsemi, athafnir, þátttöku og persónulega þætti hjá einstaklingum. Hugmyndafræðin byggir á því að færa nálgunina frá einum þætti (s.s. skerðingu á starfsemi líkamans) yfir í heildræna nálgun á einstaklinginn (WHO, 2013).

Áhrif jafnvægisþjálfunar hjá fólki með MS

Síðastliðna tvo áratugi hafa hugmyndir um endurhæfingu fólks með MS breyst í takt við aukna þekkingu og aukin áhersla verið sett á líkamlega þjálfun og athafnamíðaða nálgun (e. task-oriented approach). Hér verða skoðaðar þær rannsóknir sem gerðar hafa verið á jafnvægisþjálfun hjá þessum hópi m.t.t. notkunar á mælitækjum, árangurs og áhrifum á mismunandi þætti innan ICF líkansins.

Áhrif jafnvægisþjálfunar á athafnir

Sýnt hefur verið fram á góðan árangur af sérhæfðri jafnvægisþjálfun á athafnir hjá fólki með MS. Í rannsókn þeirra Cattaneo, Jonsdóttir, Zocchi, og Regola (2007), voru inn-tökuskilyrði fyrir þátttakendum að geta staðið í 30 sekúndur og geta gengið 6 m með eða án hjálpartækja. Hópnun var skipt í tvo rannsóknarhópa og einn samanburðarhóp. Hjá öðrum rann-

sóknarhópnum (n=24) var lögð áhersla á skyn-og hreyfiþætti, þ.e. æfingar voru framkvæmdar með mismunandi truflunum á skynskilaboðum, og hjá hinum hópnun (n=12) var lögð áhersla á hreyfiþætti eingöngu, þ.e. styrk og þjálfun í athöfnum. Samanburðarhópurinn (n=15) fékk hefðbunda sjúkraþjálfun þar sem ekki var lögð áhersla á jafnvægi. Allir hóparnir þjálfuðu tvisvar í viku í 6 vikur. Árangursmælingar voru fjöldi bylta, stöðujafnvægi sem var mælt með Berg jafnvægisprófi, hreyfijafnvægi mælt með Dynamic gait index próf (DGI) og A-Ö jafnvægisöryggiskvarði sem er spurningalisti um eigið mat á öryggi við að framkvæma ákveðnar daglegar athafnir. Niðurstöður sýndu marktækar

framfarir í athöfnum sem krefjast stöðujafnvægis (BBS) hjá báðum rannsóknarhópnum. Klínískt marktækar framfarir urðu á hreyfijafnvægi samkvæmt DGI hjá þeim rannsóknarhópi þar sem lögð var áhersla á skynþætti samhliða. Dettini minnkaði eftir þjálfun miðað við mánuð fyrir þjálfun (mælt afturvirkir) hjá báðum rannsóknarhópum en ekki var marktækur munur á jafnvægisöryggi. Rannsókn Straudi o.fl. (2014) sýndi framfarir í athöfnum en þjálfað var með meiri ákefð og yfir styttri tíma. Árangurinn hélst eftir þrjá mánuði þegar notast var við heimaæfingar til að halda áfram þjálfuninni og viðhalda árangrinum. Brichetto, Piccardo, Pedulla, Battaglia og Tacchino, (2014) framkvæmdu rannsókn þar sem áhersla var lögð á að örva þann skynþátt sem var skertur hjá hverjum einstaklingi (sjón, andarkerfi, stöðuskyn) hjá einum hópi en hinn hópurinn fékk hefðbundnar jafnvægisæfingar og göngubjálfun (n= 32 alls). Niðurstöður sýndu fram á marktækt meiri framfarir hjá hópnun sem fékk sérhæfða skynþjálfun á stöðujafnvægi.

Áhrif jafnvægisþjálfunar á líkamsstarfsemi og athafnir

Hebert og Corbody (2013) framkvæmdu slembiraðaða samanburðarrannsókn með einum rannsóknarhópi (n=12) og tveimur samanburðarhópum (hvor með n=13) þar sem þjálfað var tvisvar í viku í sex vikur. Rannsóknarhópurinn fékk jafnvægisþjálfun sem innihélt örvun á úrvinnslu og samþættingu skynáreita með sérstakri áherslu á örvun andarkerfis. Annar samanburðarhópurinn stundaði hefðbundna þjálfun (hjól og teygjur) en hinn samanburðarhópurinn fékk enga þjálfun. Marktækur munur mældist á milli hópanna eftir þjálfun á BBS prófi, þreytuskala (Fatigue Severity Scale), við úrvinnslu skynskilaboða (Sensory Organization Test) og á dettni. Rannsóknarhópurinn bætti sig meira en samanburðarhóparnir. Framfarir sáust einnig á 6 mín gönguprófi hjá rannsóknarhópnum en ekki marktækar. Sosnoff, Finlayson, McAuley, Morrison, og Motl (2014) sýndu fram á marktækar framfarir á 25 feta gönguprófi

í slembiræðri forrannsókn á 10 eldri einstaklingum með MS sem þjálfuðu heima, þrisvar í viku í 12 vikur í senn. Framfarir urðu ekki marktækar á mælingum á líkamsstarfsemi s.s. styrk, líkamsræði, liðskyni, viðbragðsjafnvægi og ekki heldur í jafnvægisöryggi.

Nýleg slembiræðuð samanburðarrannsókn kannaði áhrif jafnvægisþjálfunar á aðlögun skynþátta, þ.e. mælingar á líkamsstarfsemi eingöngu, hjá fólki með MS. Rannsóknarhópurinn (n=25) gerði æfingar sem miðuðu að bæði hreyfi- og skynþáttum en samanburðarhópurinn (n=28) gerði hefðbundnar æfingar með áherslu á hreyfipætti. Markmiðið var að skoða hvort þjálfun á mismunandi skynáreitum yfirfærðist yfir í aðstæður sem þátttakendur höfðu ekki þjálfað sérstaklega, þ.e. við hreyfingu á jafnvægisplötu. Niðurstöðurnar urðu þær að þjálfunin yfirfærðist ekki í nýjar aðstæður. Þetta eru mikilvægar upplýsingar þegar hugað er að uppsetningu jafnvægisþjálfunaráætlunar sem miðar að því að undirbúa einstakling fyrir sem fjölbreyttastar aðstæður (Cattaneo, Jonsdottir, Regola og Caraballona, 2014).

Áhrif jafnvægisþjálfunar á athafnir og þátttöku

Mikil þróun hefur átt sér stað undanfarið varðandi mælitæki í þjálfunarrannsóknunum og beinast nú útkomumælingar í ríkari mæli að þátttöku (Parenboom, Chorus, 2003). Erfiðleikar við að sinna áhugamálum og hlutverkum heima og utan heimilis flokkast undir takmarkaða þátttöku og mikilvægt er að huga að langtímaáhrifum þjálfunar á þátttöku sem skiptir einstaklinginn máli og gefur aukin lífsgæði (Finlayson o.fl., 2014). Nilsagard, Nilsson, Von Koch og Fossberg, (2014) gerðu hópþjálfunarrannsókn með mælingum fyrir og eftir þjálfun (e. single-group pretest-posttest). Hver hópur samanstóð af 4-7 þátttakendum (n alls= 32). Þjálfunin fór fram á sjö mismunandi þjálfunarstöðum (e. multi-center) og samanstóð af æfingum þar sem áhersla var lögð á stöðugleika í bol, tvíþætta athygli í athafnamiðaðum æfingum þar sem einnig þurfti að huga að hugrænu áreiti og mismunandi skynáreiti. Æft var í 60 mínútur í senn, tvisvar í viku í 7 vikur. Þátttakendur fengu heimaæfingar, sem þeir lærðu og sinntu samhliða rannsókninni og sem þeir áttu að halda áfram að sinna eftir að þjálfun lauk. Athafnamiðaðar mælingar voru notaðar til að meta árangur: TUGcogn sem eru samsettar athafnir sem eru framkvæmdar samhliða hugrænu áreiti s.s. reikningi, ásamt BBS, DGI og Four square step test. Dettini var skráð í dagbók og að auki var lagður fyrir Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29) sem er spurningalisti um áhrif sjúkdómsins á líkamsstarfsemi, athafnir og þátttöku, ásamt A-Ö jafnvægisöryggiskvarða. Marktækar framfarir náðust í athafnamiðaðum mælingunum fjórum og dettni minnkaði en hvorki sást marktækur munur á MSIS-29 né A-Ö jafnvægisöryggiskvarðanum. Árangurinn var enn til staðar 7 vikum eftir að þjálfun lauk.

Í annarri rannsókn kom fram marktækur munur á MSIS-29 kvarðanum, ásamt athafnamiðaðum mælingum, eftir 2 vikna athafnamiðaða þjálfun með mikilli ákefð (n=17) (Chisari, Venturi, Bertolucci, Fanciullacci, og Rossi, 2014).

Rannsóknir um áhrif jafnvægisþjálfunar þar sem allar víddir ICF líkansins eru hafðar í huga þ.e. líkamsstarfsemi, athafnir, þátttaka og persónulegir þættir

Tvær rannsóknir hafa verið gerðar þar sem mælitæki úr ofangreindum víddum hafa verið gerðar til að kanna árangur jafnvægisþjálfunar. Önnur þeirra, slembiræðuð rannsókn þeirra

Coote, Hogan og Franklin (2013) kannaði áhrif jafnvægis- og styrkþjálfunar á dettni. Þátttakendur (n=111) gengu með stuðningi göngugrindar. Þjálfað var einu sinni í viku í 10 vikur og voru þátttakendur ýmist í hópþjálfun eða í einstaklingsmeðferð hjá sjúkrahjálfa. Þjálfunarprógrammið samanstóð af athafnamiðaðum jafnvægisæfingum. Helsta útkomumælingin og sú eina sem lögð var áhersla á var dettni undanfarna 3 mánuði en einnig var spurt um áhrif sjúkdómsins á líkamsstarfsemi, athafnir og þátttöku (MSIS-29), þreytu (MFIS), framkvæmdar mælingar á athöfnum (BBS) og stöðuskyni á stóru tá (líkamsstarfsemi). Dettini minnkaði umtalsvert eftir þjálfunina, fór úr 50,5% í 22,9%. Þess má geta að dettni var einnig minnkuð hjá samanburðarhópi og telja rannsakendur að þátttakendur hafi ekki verið mjög áreiðanlegir þegar þeir áttu að segja til um fjölda bylta. Þeir töldu að hegðun gæti hafa breyst þegar þátttakendur voru beðnir um að fylgjast með dettni sinni, þ.e. þeir hafi farið að huga meira að dettni en áður, taka betur eftir eða passa sig meira.

Í hinna rannsókninni skoðuðu Kasser, Jacobs, Ford og Tourville (2015) einnig áhrif þjálfunar á nokkrar víddir ICF líkansins í forrannsókn. Tíu einstaklingar með MS tóku þátt í þjálfun þar sem lögð var áhersla á athafnamiðaða jafnvægisþjálfun, tvisvar í viku í 10 vikur. Um endurteknar mælingar var að ræða, tvær mælingar fyrir þjálfun og ein eftir þjálfun. Niðurstöður voru þær að marktækar framfarir urðu á jafnvægi í athöfnum samkvæmt Brief-BESTest en ekki voru gefnir upp einstakir þættir á prófinu í niðurstöðum. Prófið mælir nokkra þætti sem falla undir líkamsstarfsemi s.s. styrk og skyn og mismunandi þætti jafnvægis: hreyfi-, -stöðu-, -og viðbragðsjafnvægi. Einnig mældist minni líkamsræði, betra jafnvægi þegar staðið var á jafnvægisþúða með lokuð augu og minni þreyta. Niðurstöður á lífsgæðaprófi sýndu marktækan mun til hins betra. Gönguhraði jókst ekki en göngugreining leiddi í ljós minni hliðarhreyfingar í bol á göngu. Ekki varð marktækur munur á öðrum mælingum s.s. styrk, jafnvægisöryggi og mælingum á daglegri hreyfingu fyrir og eftir þjálfun.

Samantekt

Fáar rannsóknir eru til sem skoða áhrif jafnvægisþjálfunar á allar víddir ICF líkansins. Eins vantar samræmingu í vali á mælitækjum fyrir þennan hóp en hluti af skýringunni getur legið í margvíslegum einkennum og mismunandi getu í athöfnum. Því er þörf á frekari rannsóknunum til að styðja ofangreindar niðurstöður. Miðað við rannsóknir sem greint er frá hér að ofan hefur jafnvægisþjálfun með áherslu á örvun einstaka skynþátta jákvæð áhrif á athafnir a.m.k. þær sem krefjast hreyfijafnvægis sé árangur borin saman við jafnvægisþjálfun þar sem ekki er lögð áhersla á skynþætti. Ein rannsókn sýndi fram á marktækan mun á MSIS-29 kvarðanum og var það eftir athafnamiðaða þjálfun. Aðrar rannsóknir sýndu ekki fram á marktækan mun. Kvarðinn var þýddur og bakþýddur yfir á íslensku fyrir rannsóknina og ætti nú að vera aðgengilegur í mælitækjabanka Félags sjúkrahjálfa.

Þverfagleg endurhæfing fyrir fólk með MS sjúkdóminn á Reykjalundi

Árlega berast Reykjalundi 20-30 beiðnir um endurhæfingu í hópi fyrir fólk með MS sjúkdóm. Þrisvar til fjórum sinnum á ári eru fjögurra til fimm manna hópar innskrifaðir. Eftir að beiðni berst hitta hjúkrunarfræðingur og sjúkrahjálfi á taugasviði

einstaklinginn sem um ræðir ásamt nánasta aðstandenda á göngudeild og afla upplýsinga um vanda einstaklings, félagslega stöðu, heilsufarsástand, færni og hindranir í daglegu lífi. Einstaklingunum er svo ráðað í hópa í samráði við lækni og mögulega aðra fagaðila. Við val í hópa er tekið mið af sjúkdómsstigi, tímalengd frá greiningu, félagslegri stöðu, hreyfigetu og aldri. Í sumum tilvikum er ákveðið að fólk komi inn í einstaklingsmeðferð í stað hópmeðferðar. Í taugateymi Reykjalundar eru auk sjúkraþjálfara, hjúkrunarfræðingur, læknir, sálfræðingur, heilsuþjálfari, taugasálfræðingur, talmeinafræðingur, félagsráðgjafi, iðjuþjálfari og sjúkraliði.

Hlutverk sjúkraþjálfarans í teymisvinnunni er fyrst og fremst að sinna einstaklingunum í líkamlegri þjálfun, þ.e. jafnvægisþjálfun, styrkþjálfun og úthaldsþjálfun, sem stuðlar að framförum í athöfnum sem skipta einstaklinginn máli. Jafnvægis- og færniþjálfun fer fram þrisvar sinnum í viku og er þungamiðjan í líkamlegu þjálfuninni. Þjálfunin fer fram í stöðvavinnu þar sem unnið er í 90 sekúndur í senn í gegnum 10 stöðvar. Áhersla er lögð á að þjálfar bæði skyn- og hreyfipætti í athafnamiðaðum hreyfingum við mismunandi aðstæður og undir mismunandi líkamlegu og hugrænu áreiti (e. dual task). Einnig fer fram markviss styrkþjálfun tvisvar sinnum í viku. Allar æfingar og þjálfunarþrógrömm eru einstaklingsmiðuð þrátt fyrir að meðferðaformið sé með hópívaði. Önnur hreyfing fer eftir getu, markmiðum og áhugasviði einstaklingsins s.s. vatnsleikfimi, sundþjálfun, þolþjálfun á hjóli eða NuStep, ganga, stafganga, badminton o.fl. Að auki fer fram fræðsla og önnur íhlutun eftir þörfum frá öðrum fagaðilum í teyminu s.s. varðandi minnistækni, samskipti, andlega líðan, truflun á blóðrustarfsemi, líkamsbeitingu, skipulag, réttindi til vinnu og almennt um tryggingarkerfið svo eitthvað sé nefnt. Allir fagaðilar hittast einu sinni í viku á teymisfundum og fara yfir gang meðferðar og boðið er upp á fjölskyldufund með aðstandendum ef þurfa þykir eða ef einstaklingar óska eftir slíku. Endurhæfingin stendur yfir í fimm vikur og þremur mánuðum síðar koma einstaklingarnir í eftirfylgd til sjúkraþjálfara og iðjuþjálfara þar sem mælingar fara fram og farið er yfir gang mála og útskriftarplani fylgt eftir. Þau mælitæki sem sjúkraþjálfararnir nota eru metin hverju sinni miðað við einkenni og getu hvers einstaklings en helstu próf eru TUG og TUG (cogn) þar sem einstaklingurinn leysir hugrænt verkefni á sama tíma, 10 m göngupróf, 6 mín göngupróf, Clinical Test of Sensory Interaction and Balance fyrir úrvinnslu skynskilaboða, Push and release test fyrir viðbragðsjafnvægi, ásamt fleirum.

Kveikjan að rannsókninni var því sú að skoða þátt jafnvægis- og færniþjálfunarinnar í endurhæfingunni og sjá hvaða áhrif sú þjálfun ein og sér myndi hafa á útkomu mælitækja sem náðu yfir nokkrar víddir ICF líkansins, þ.e. líkamsstarfssemi, athafnir og þátttöku. Forvitnilegt væri að halda áfram með þá vinnu og bera saman við árangur af þverfaglegu endurhæfingunni.

Heimildaskrá

1. Brichetto, G., Piccardo, E., Pedulla, L., Battaglia, M. A., og Tacchino, A. (12. nóvember 2014). Tailored balance exercises on people with multiple sclerosis: A pilot randomized, controlled study. *Sótt 30.05.2015*, af vef Multiple Sclerosis Journal: <http://msj.sagepub.com/content/early/recent>
2. Cameron, M. H., og Lord, S. (2010). Postural control in multiple sclerosis: implications for fall prevention. *Current Neurology and Neuroscience Report*, 10(5), 407-412.
3. Cameron, M. H., og Nilsagård, Y. E. (2013). Measurement and treatment of imbalance and fall risk in multiple sclerosis using the international classification of functioning, disability and health model. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 24(2), 337-354.
4. Cattaneo, D., De Nuzzo, C., Fascia, T., Macalli, M., Pisoni, I., og Cardini, R. (2002). Risks of falls in subjects with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(6), 864-867.
5. Cattaneo, D., Jonsdóttir, J., og Coote, S. (2014a). Targeting Dynamic Balance in Falls-Prevention Interventions in Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*, 16(4), 198-202. doi: [10.7224/1537-2073.2014-062](https://doi.org/10.7224/1537-2073.2014-062)
6. Cattaneo, D., Jonsdóttir, J., og Coote, S. (2014b). Targeting Dynamic Balance in Falls-Prevention Interventions in Multiple Sclerosis: Recommendations from the International MS Falls Prevention Research Network. *International Journal of MS Care*, 16(4), 198-202. doi: [10.7224/1537-2073.2014-062](https://doi.org/10.7224/1537-2073.2014-062)
7. Cattaneo, D., Jonsdóttir, J., Zocchi, M., og Regola, A. (2007). Effects of balance exercises on people with multiple sclerosis: a pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 21(9), 771-781. doi: [10.1177/0269215507077602](https://doi.org/10.1177/0269215507077602)
8. Chisari, C., Venturi, M., Bertolucci, F., Fanciullacci, C., og Rossi, B. (2014). Benefits of an intensive task-oriented circuit training in Multiple Sclerosis patients with mild disability. *NeuroRehabilitation*, 35(3), 509-518.
9. Coote, S., Garrett, M., Hogan, N., Larkin, A., og Saunders, J. (2009). Getting the Balance Right: A randomised controlled trial of physiotherapy and Exercise Interventions for ambulatory people with multiple sclerosis. *BMC Neurology*, 9(1), 34.
10. Coote, S., Hogan, N., og Franklin, S. (2013). Falls in People With Multiple Sclerosis Who Use a Walking Aid: Prevalence, Factors, and Effect of Strength and Balance Interventions. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(4), 616-621. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.10.020](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.10.020)
11. Finlayson, M., Peterson, E., og Matsuda, P. N. (2014a). Participation as an Outcome in Multiple Sclerosis Falls-Prevention Research. *International Journal of MS Care*, 16(4), 171-177. doi: [10.7224/1537-2073.2014-053](https://doi.org/10.7224/1537-2073.2014-053)
12. Finlayson, M., Peterson, E., og Matsuda, P. N. (2014b). Participation as an Outcome in Multiple Sclerosis Falls-Prevention Research: Consensus Recommendation from the International MS Falls Prevention Research Network. *International Journal of MS Care*, 16(4), 171-177.
13. Gianni, C., Prosperini, L., Jonsdóttir, J., og Cattaneo, D. (2014). A systematic review of factors associated with accidental falls in people with multiple sclerosis: a meta-analytic approach. *Clinical Rehabilitation*, 28(7), 704-716.
14. Gunn, H., Creanor, S., Haas, B., Marsden, J., og Freeman, J. (2013). Risk factors for falls in multiple sclerosis: an observational study. *Multiple Sclerosis Journal*, 19(14), 1913-1922. doi: [10.1177/1352458513488233](https://doi.org/10.1177/1352458513488233)
15. Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Whitenack, G., Bogner, J., og Rodríguez, E. (2008). What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 30(19), 1445-1460. doi: [10.1080/09638280701625534](https://doi.org/10.1080/09638280701625534)
16. Hebert, J. R., og Corboy, J. R. (2013). The association between multiple sclerosis-related fatigue and balance as a function of central sensory integration. *Gait & Posture*, 38(1), 37-42. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/j.gaitpost.2012.10.015](https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2012.10.015)
17. Hobart, J., Lamping, D., Fitzpatrick, R., Razi, A., og Thompson, A. (2001). The Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS-29): a new patient-based outcome measure. *Brain*, 124(5), 962-973.
18. Kasser, S. L., og Jacobs, J. V. (2014). Understanding and Treating Balance Impairment in Multiple Sclerosis. *The Journal of Clinical Outcome Management*, 21(9), 419-432.
19. Kasser, S. L., Jacobs, J. V., Ford, M., og Tourville, T. W. (2015). Effects of balance-specific exercises on balance, physical activity and quality of life in adults with multiple sclerosis: a pilot investigation. *Disability and Rehabilitation*, 4, 1-12.
20. Learmonth, Y. C., Paul, L., McFadyen, A. K., Mattison, P., og Miller, L. (2012). Reliability and clinical significance of mobility and balance assessments in multiple sclerosis. *International Journal of Rehabilitation Research*, 35(1), 69-74.
21. Matsuda, P. N., Shumway-Cook, A., Bamer, A. M., Johnson, S. L., Amtmann, D., & Kraft, G. H. (2011). Falls in Multiple Sclerosis. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 3(7), 624-632. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2011.04.015](https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2011.04.015)
22. Matsuda, P. N., Shumway-Cook, A., Ciol, M. A., Bombardier, C. H., og Kartin, D. A. (2012). Understanding falls in multiple sclerosis: association of mobility status, concerns about falling, and accumulated impairments. *Physical Therapy*, 92(3), 407-415.
23. Motl, R. W., og Pilutti, L. A. (2012). The benefits of exercise training in multiple sclerosis. *National Review in Neurology*, 8(9), 487-497.
24. Nilsagård, Y., Denison, E., Gunnarsson, L. G., og Boström, K. (2009). Factors perceived as being related to accidental falls by persons with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 31(16), 1301-1310.
25. Nilsagård, Y., Gunn, H., Freeman, J., Hoang, P., Lord, S., Mazumder, R., og Cameron,

- M. (2015). Falls in people with MS--an individual data meta-analysis from studies from Australia, Sweden, United Kingdom and the United States. *Multiple Sclerosis*, 21(1), 92-100.
26. Nilsagård, Y., Lundholm, C., Denison, E., og Gunnarsson, L. G. (2009). Predicting accidental falls in people with multiple sclerosis -- a longitudinal study. *Clinical Rehabilitation*, 23(3), 259-269.
27. Nilsagård, Y. E., von Koch, L. K., Nilsson, M., og Forsberg, A. S. (2014). Balance Exercise Program Reduced Falls in People With Multiple Sclerosis: A Single-Group, Pretest-Posttest Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(12), 2428-2434. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.06.016>
28. Paltamaa, J., Sjögren, T., Peurala, S. H., og Heinonen, A. (2012). Effects of physiotherapy interventions on balance in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Rehabilitation and Medicine*, 44(10), 811-823.
29. Perenboom, R. J. M., og Chorus, A. M. J. (2003). Measuring participation according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 25(11-12), 577-587. doi: [10.1080/0963828031000137081](http://dx.doi.org/10.1080/0963828031000137081)
30. Peterson, E. W., Ben Ari, E., Asano, M., og Finlayson, M. L. (2013). Fall Attributions Among Middle-Aged and Older Adults With Multiple Sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(5), 890-895. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.11.027>
31. Peterson, E. W., Cho, C. C., og Finlayson, M. L. (2007). Fear of falling and associated activity curtailment among middle aged and older adults with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 13(9), 1168-1175. doi: [10.1177/1352458507079260](http://dx.doi.org/10.1177/1352458507079260)
32. Sandroff, B. M., Dlugonski, D., Weikert, M., Suh, Y., Balantrapu, S., og Motl, R. W. (2012). Physical activity and multiple sclerosis: new insights regarding inactivity. *Acta Neurologica Scandinavica*, 126(4), 256-262.
33. Shumway-Cook, A., og Woollacott, M. H. (2012). *Motor Control Translating research into clinical practice*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
34. Sosnoff, J. J., Boes, M. K., Sandroff, B. M., Socie, M. J., Pula, J. H., og Motl, R. W. (2011). Walking and thinking in persons with multiple sclerosis who vary in disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(12), 2028-2033.
35. Steiner, W. A., Ryser, L., Huber, E., Uebelhart, D., Aeschlimann, A., og Stucki, G. (2002). Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. *Physical therapy*, 82(11), 1098-1107.
36. Straudi, S., Martinuzzi, C., Pavarelli, C., Sabbagh Charabati, A., Benedetti, M. G., Foti, C., Bonato, M., Zancato, E., og Basaglia, N. (2014). A task-oriented circuit training in multiple sclerosis: a feasibility study. *BMC Neurology*, 14(124), 1471-2377.
37. Tarakci, E., Yeldan, I., Huseysinoglu, B. E., Zenginler, Y., og Eraksoy, M. (2013). Group exercise training for balance, functional status, spasticity, fatigue and quality of life in multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 27(9), 813-822.
38. Wajda, D. A., Motl, R. W., og Sosnoff, J. J. (2013). Dual task cost of walking is related to fall risk in persons with multiple sclerosis. *Journal Of The Neurological Sciences*, 335(1-2), 160-163. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jns.2013.09.021>
39. WHO. (2013). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Sótt 30.05.2015 af, <http://www.who.int/classifications/icf/en/>



- Sjúkrahjálfun og ráðgjöf fyrir fatlað fólk -
Kópavogsgærði 10, 200 Kópavogur
Sími 414 4500

STJÁ SJÚKRÁÐJÁLFUN ehf.

SJÁLFSBJARGARHÚSINU HÁTÚNI 12
Pósthólf 5344 • 125 Reykjavík • sími 551 1120
fax 551 1469 • netfang stj@isl.is



SJÚKRÁÐJÁLFARINN



Sjúkrahjálfarinn ehf - Strandgötu 75 - 220 Hafnarfirði
 Sími: 555 4449 - Netfang: afgreiðsla@sjukrathjalfarinn.is



Sjúkrahjálfun Styrkur
Höfðabakka 9
110 Reykjavík
Sími: 587 7750



SJÚKRÁÐJÁLFUN
KÓPAVOGS EHF.
 HAMRABORG 12 • 200 KÓPAVOGUR
 S. 564 1766 & 554 5488 • FAX 564 1799

Þjálfun og hreyfing að lokinni endurhæfingu á hjartasviði Reykjalundar

SÓLRÚN JÓNSDÓTTIR¹, RAGNHEIÐUR LÝÐSDÓTTIR¹, MARTA GUÐJÓNSDÓTTIR^{1,2}

¹ REYKJAUNDUR – ENDURHÆFINGARMÍÐSTÖÐ, ² LÍFEDLISFRÆÐISTOFNUN HÁSKÓLA ÍSLANDS.

Inngangur

Hreyfingarleysi er lýst sem áhættuþætti ýmissa sjúkdóma, ekki síst hjartasjúkdóma. Í þeim lýðheilsuáhrifum sem hafa verið sett fram, meðal annars af Landlækniseimbættinu og Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (WHO), er lögð áhersla á mikilvægi reglubundinnar hreyfingar sem bæði fyrsta og annars stigs forvörn gegn ýmsum sjúkdómum, þar á meðal hjartasjúkdómum.⁽¹⁻⁷⁾

Á hjartasviði Reykjalundar fer fram þverfagleg hjarta-endurhæfing. Hún er hugsuð sem annars stigs forvörn fyrir þá sem greinst hafa með hjartasjúkdóm. Auk hjartasjúklinga hefur nokkur fjöldi krabbameinssjúklinga eftir stofnfrumuágræðslu komið í endurhæfingu á hjartasviði undanfarin ár. Markviss líkamleg þjálfun og hreyfing er stór þáttur í endurhæfingu. Tilgangur þjálfunarinnar er að sjúklingar nái auknu þreki, öðlist öryggi og læri að setja sér mörk hvað varðar líkamlega áreynslu. Lögð er áhersla á að sjúklingarnir finni hreyfingu og þjálfun farveg að endurhæfingu lokinni.

Niðurstöður mælinga sem gerðar eru við upphaf og lok endurhæfingar sýna, að algengar er en ekki að sjúklingar auki þol sitt og þrek á endurhæfingartímabilinu. Hins vegar er ekki nægilega vel vitað hvernig gengur að viðhalda þeim árangri eða fylgja áætlun og markmiðum sem sett eru varðandi hreyfingu eftir útskrift.

Til þess að fá vitneskju um þetta var ákveðið að gera gæðarannsókn á hjartasviði Reykjalundar þar sem þetta yrði skoðað sérstaklega.

Markmið, tilgangur og rannsóknarspurningar

Markmið gæðarannsóknarinnar var að athuga hvernig sjúklingum gengur að halda þeirri áætlun og þeim markmiðum varðandi þjálfun og hreyfingu sem sjúkrapjálfaði setur með þeim við útskrift.

Tilgangurinn var að athuga hvort þörf væri fyrir endurskoðun verkferla á hjartasviði í framhaldi af niðurstöðum þessarar gæðarannsóknar.

Spurningar sem leitað var svara við:

1. Hvernig gengur þeim sjúklingum sem koma í endurhæfingu á hjartasviði Reykjalundar að ná settum markmiðum varðandi áframhaldandi þjálfun og hreyfingu eftir útskrift?
2. Er einhver ákveðinn hópur sjúklinga sem síður /ekki nær settum markmiðum?

Endurhæfingin

Þeir sjúklingar sem innskrifast á hjartasvið Reykjalundar fara í komuviðtöl við lækni, hjúkrunarfræðing og sjúkrapjálfa. Í viðtölum við sjúkrapjálfa eru sjúklingar m.a. spurðir um það hvort þeir hafi stundað reglubundna hreyfingu fyrir veikindin. Að loknum innskriftarviðtölum fara sjúklingar í þolpróf og/eða önnur próf eftir því sem við á. Því næst er gerð þjálfunaráætlun sem tekur mið af sjúkrasögu viðkomandi, niðurstöðum innskriftarprófa og viðtala. Endurhæfingartímabilið varir að jafnaði í fjórar vikur. Þjálfunarpátturinn í endurhæfingunni er einstaklingsmiðaður og fjölbreyttur. Stór hluti þjálfunarinnar felst í að ná upp þoli og þreki hjá sjúklingunum en einnig getur verið um sérstaka færni-, liðleika- og eða jafnvægisþjálfun að ræða, allt eftir ástandi hvers sjúklings. Í þolþjálfuninni fylgist sjúkrapjálfaði með svörum sjúklinga við álaginu meðal annars með mælingum á þúls, blóðþrýstingi og súrefnismettun. Samhliða þeim mælingum er spurt um og skráð upplifun sjúklinganna sjálfrá samkvæmt Borg-álagsskala.⁽⁸⁾

Auk þjálfunar fá sjúklingarnir þverfaglega fræðslu m.a. um slökun og streitustjórnun, mataræði, svefn, lyf, þjálfun og



hreyfingu. Fyrir hjartasjúklingana er farið vandlega yfir áhættuþætti hjartasjúkdóma og hvað leggja þurfi áherslu á til að vinna gegn frekari versnun þeirra.

Í vikulegum viðtölum sjúklinga við sjúkrahjálfa á meðan á endurhæfingu stendur - er strax byrjað að leggja drög að þeirri hreyfingu sem þeir ætla að stunda eftir útskrift. Í útskriftarviðtalinu er svo gengið frá áætlun og markmiðssetningu varðandi áframhaldandi þjálfun og hreyfingu. Sú áætlun miðar að því að sjúklingar nái að hreyfa sig reglubundið 3svar til 5 sinnum í viku að lágmarki, eða nái að lágmarki þjálfun og hreyfingu í 150 mínútur vikulega.

Gæðarannsóknin

Rannsóknartímabilið var frá ágúst 2015 til júní 2016. Leitað var til allra sjúklinga sem útskrifuðust af hjartasviði Reykjalundar á þessum tíma. Við innskrift skráði sjúkrahjálfi niður upplýsingar um fyrri hreyfingu og þjálfun sjúklings bæði fyrir veikindin og eins vikurnar fyrir innskriftina. Auk þess var skráð sjúkdómsgreining, innngrip, búseta, aldur, atvinnuþátttaka, líkamsþyngdarstuðull (BMI), hámarksálag á innskriftarprófi og þreptala (w/kg). Sjúklingarnir fóru síðan í endurhæfingu eins og að framan er lýst. Að endurhæfingu lokinni voru endurtekin þau próf sem tekin voru við innskrift og niðurstöður þeirra skráðar. Í útskriftarviðtali við sjúkrahjálfa var óskað eftir leyfi frá sjúklingunum til að fá að fylgja þeim eftir með símtali til að heyra hvernig þeir hafi það og hvernig gangi hjá þeim. Hringt var í sjúklingana þremur til fimm mánuðum eftir að þeir útskrifuðust.

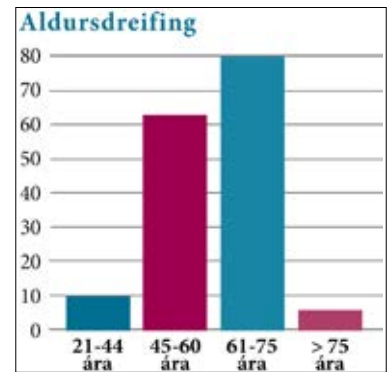
Í eftirfylgdinni var spurt um líðan og hvernig hafi gengið að halda þeirri áætlun og þeim markmiðum varðandi þjálfun og hreyfingu sem sett voru fyrir útskrift. Að gagnasöfnun lokinni var öllum persónugreinanlegum þáttum eytt.

Úrvinnsla gagna

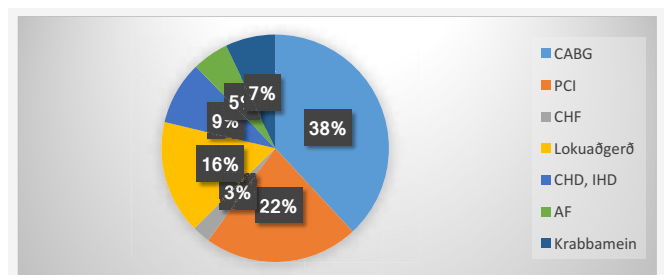
Tölfræðileg úrvinnsla gagna var unnin í tölfræðiforritinu Stat-View. Á talnabreytur var notað óparað t-test og kí-kvaðrat á nafnabreytur. Miðað var við marktæknistuðul $p < 0,05$.

Niðurstöður

Þátttakendur í þessari gæðarannsókn voru 159 sjúklingar (115 karlar, 44 konur) sem útskrifuðust af hjartasviði Reykjalundar á ofangreindu tímabili og gáfu sjúkrahjálfa leyfi til að hafa samband við sig með símtali eftir útskrift. Allir sem leitað var til veittu leyfi og þáðu þetta boð um eftirfylgd.



Mynd 1. Aldursdreifing þátttakenda.



Mynd 2. Sjúkdómsgreining þátttakenda. Skilgreining á skammstöfunum: CABG=Kransæðaaðgerð (coronary artery bypass graft), PCI=Kransæðablástur (percutan coronary intervention), CHF=Hjartabilun (chronic heart failure), CHD=Kransæðasjúkdómur (coronary heart disease), IHD=Blóðþurrðarsjúkdómur í hjarta (ischemic heart disease), AF=Hjartsláttartruflanir frá gáttum (atrial fibrillation).

Flestir sjúklinganna voru útivinnandi (70%) og á aldrinum 45-75 ára. Mynd 1 sýnir aldursdreifingu þátttakenda.

Algengasta sjúkdómsgreiningin var kransæðasjúkdómur, eða 67%. Mynd 2 sýnir sjúkdómsgreiningu þátttakenda.



		Fyrir		
		JÁ	NEI	
Eftir	JÁ	64	71	= 135
	NEI	3	16	= 19
		= 67	= 87	

Tafla 1.
Hreyfing fyrir og
eftir endurhæfingu.
Rauðu tölurnar
sýna breytingu á
atferli.

Af 159 sjúklingum náðist í 154 eða 97%. Af þessum 154 sjúklingum hreyfðu 135 (88%) sig reglulega og fylgdu markmiðum sem sett voru fyrir útskrift. Fyrir veikindin voru það 68 sjúklingar (43%) sem sögðust hafa stundað reglubundna hreyfingu. Sjá töflu 1.

Prektala þeirra sem hreyfðu sig fyrir veikindin reyndist marktækt hærri á innskriftarþolprófi en þeirra sem ekki höfðu stundað reglubundna hreyfingu (1,61 w/kg vs 1,47 w/kg., $p < 0,05$). Sjá töflu 2.

Flestir þeirra 19 sjúklinga (12%) sem ekki náðu settum markmiðum varðandi hreyfingu eftir útskrift, tilgreindu önnur veikindi sem helstu ástæðuna fyrir því að það náðist ekki.

Ekki reyndist vera munur eftir aldri, búsetu, atvinnuþátttöku eða kyni þátttakenda hvort þeir náðu að halda áætluninni.

Hreyfðu sig reglulega fyrir veikindin (N):		Prektala við innskrift:	
JÁ:	68	1,61 w/kg	$P < 0,05$
NEI:	91	1,47 w/kg	

Tafla 2. Hreyfing fyrir veikindi og þrektala við innskrift.

Það eina sem greindi þá sem ekki náðu settum markmiðum frá hinum var, að líkamsþyngdarstuðull þeirra (BMI) við innskrift sem var almennt hærri.



Umræða

Ánægjulegt var að sjá hve stór hluti þátttakenda náði að halda settum markmiðum varðandi hreyfingu að endurhæfingu lokinni, eða tæplega 90%. Það er sérstaklega ánægjulegt að 71 sjúklingur sem ekki hafði stundað reglubundna hreyfingu fyrir veikindin var farinn að hreyfa sig reglulega. Í ljósi þeirrar áherslu sem lögð er á hreyfingu í lýðheilsu markmiðum teljum við það mikilvægar niðurstöður. Það að þrektala þeirra sem sögðust hafa stundað reglubundna hreyfingu fyrir veikindin er marktækt hærri en þeirra sem sögðust ekki hafa gert það eykur trúverðugleika á svörum hópanna. Svarið við fyrri spurningu okkar er að langflestir sjúklinganna í þessari gæðarannsókn héldu áfram reglubundinni hreyfingu eftir útskrift úr endurhæfingunni. Svarið við seinni spurningunni er að ekki virðist þörf fyrir að breyta verkferlum á hjartasviði á grundvelli þessara niðurstaðna þar sem þær eru óháðar aldri, kyni, búsetu, sjúkdómsgreiningu eða atvinnuþátttöku. Hugsanlegt er þó að þörf sé á að huga sérstaklega að þeim sjúklingum sem eru með mjög háan líkamsþyngdarstuðul og setja þá ákveðin viðmið í þeim efnum.

Lokaorð

Mun fleiri eru að hreyfa sig reglulega að lokinni endurhæfingunni heldur en fyrir veikindin. Flestir sem ekki náðu að hreyfa sig samkvæmt áætlun höfðu fyrir því gilda ástæðu, eins og t.d. önnur veikindi. Niðurstöður okkar sýna að markvissar ráðleggingar og raunhæf markmið skila árangri.

Heimildalisti

1. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al.: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2012;33(17):1635-1701.
2. Piepoli M, Corra U, Benzer W, et al.: Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2010;17(1):1-17.
3. Heran B, Chen J, Ebrahim S, et al.: Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011(7).
4. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, et al.: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2007;14:E1-E40.
5. Piepoli MF, Corra U, Abreu A, et al.: Challenges in secondary prevention of cardiovascular diseases: a review of the current practice. Int J Cardiol. 2015;180:114-9.
6. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
7. <https://www.landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/hreyfing/#main>
8. Borg G, Hassmen P, Lagerstrom M.: Perceived exertion related to heart rate and blood lactate during arm and leg exercise. Eur J Appl Physiol Occup Physiol. 1987;56(6):679-85.



LITRÓF

umhverfismarkmið
umhverfismarkmið



Sími 563 6000 · Vatnagördum 14 · 104 Reykjavík · www.litrof.is

Pistill frá Námsbraut í sjúkraþjálfun

Í byrjun haustmisseris 2017 hófu 26 nemendur nám í meistaranámi í sjúkraþjálfun, en eftir breytingar í náminu er þetta nauðsynlegt skref í grunnmenntun sjúkraþjálfara til starfsréttinda. Síðastliðið vor var þannig tvöföld útskrift nemenda með BS gráðu; annars vegar síðasti árgangurinn sem lauk fjögurra ára BS gráðu í sjúkraþjálfun, og hins vegar fyrsti árgangurinn sem útskrifaðist með þriggja ára BS gráðu í sjúkraþjálfunarfræðum. Vorið 2018 verður því óvenjulegt fyrir þær sakir að í fyrsta sinn frá því að fyrsti árgangurinn útskrifaðist frá Háskóla Íslands árið 1980 mun enginn nemandi ljúka námi sem gefur rétt til að sækja um starfsréttindi sem sjúkraþjálfari. Fyrirnefndar breytingar hafa það í för með sér að lokaverkefni nemenda stækka og til að mæta þörfum nemenda höfum við kallað eftir samstarfi við stærri rannsóknareiningar sem nú þegar hafa sterk tengsl við Háskóla Íslands, þ.e. Landspítalann (þ.m.t. Grensásdeild) og Reykjalund.



Augljós tækifæri fyrir stéttina felast í auknu rannsóknarstarfi innan Námsbrautar í sjúkraþjálfun og margar spennandi hugmyndir að rannsóknarverkefnum eru nú þegar í mótnun, en grunnvinna nemenda fyrir komandi MS verkefni hefst á komandi vormisseri. Samstarf námsbrautarinnar hefur einnig aukist við ýmis fyrirtæki, sem hafa í auknum mæli stutt fjölbreytta kennsluhætti með því að bjóða til kynninga og lána tækjakost, sem er ómetanlegur styrkur sem við munum reyna að nýta eins og kostur er í framtíðinni.

Ekki hefur farið fram hjá mörgum að Námsbraut í sjúkraþjálfun tók að sér að halda árlega ráðstefnu ENPHE (European Network of Physiotherapy Higher Education) september síðastliðnum. Jón Atli Benediktsson, Rektor Háskóla Íslands, setti ráðstefnuna og fór hún almennt mjög vel fram. Sem fyrr stóðu nemendur okkar sig með þryði hvað varðar BS (Ólafía Helga Jónasdóttir og Björn Hákon Sveinsson) og MS (Hjálmar Jens Sigurðsson) verkefni og hlutu bæði verkefni þriðju verðlaun af öllum innsendum verkefnum, en Þórarinn Sveinsson var aðalleiðbeinandi beggja.

Björg Guðjónsdóttir, sem situr í stjórn ENPHE, Sólveig Ása Árnadóttir og Þórarinn Sveinsson eiga heiður skilinn fyrir ómælda vinnu við undirbúning ráðstefnunnar mánuðina áður, en ásamt þeim stóð hópur nemenda vaktina á ýmsan hátt alla ráðstefnuna og var eftir því tekið hversu lipur og örugg þau voru í sínum hlutverkum.



Ólafía og Björn taka við 3. verðlaunum.



Þórarinn tekur við 3. verðlaunum fyrir hönd Hjálmars.

Magnað að tilheyra sterkri liðsheild

-Viðtal við Mundínu Ásdís Kristinsdóttur,
sjúkrabjálfa í Gáska og á HL-stöðinni

Margir byrja að læra sjúkrabjálfun vegna áhuga á íþróttum en svo breytast kannski áhugasvið þegar liður á námið. Íþróttasjúkrabjálfun er mikilvæg og sl. vetur var stofnað fagfélag íþróttasjúkrabjálfa innan Félags sjúkrabjálfa.



Ólympíuleikarnir í Torino á Ítalíu 2006. Mundína Ásdís Kristinsdóttir, Dagný Linda Kristjánsdóttir og þjálfari Dagnýjar, Dejan Poljansek.

Mundína Ásdís Kristinsdóttir hefur langa reynslu sem sjúkrabjálfi íþróttafólks. Undanfarin ár sínu mest hjá Blaksambandi Íslands.

Íslenska kvennalandsliðið í blaki hefur tekið stórtækum framförum sl. þrjú ár með tilkomu nýs landsliðsþjálfara, hins ítalska Daniele Capriotti. Hann innleiddi m.a. teymisvinnu í kringum kvennalandsliðið og einn af máttarstólpunum þar er umrædd Mundína. Íslenska kvennalandsliðið náði frábærum árangri á þessu ári, stúlkurnar unnu EM smáþjóða í Luxemborg í júní sl og ekki var síðra afrek að komast í 2. umferð undankeppni HM þar sem liðið spilaði við sterkustu þjóðir Evrópu í Póllandi í maí sl.

Mundína, þú hefur sinnt ýmsum störfum sem sjúkrabjálfi hjá ÍSÍ um árabil, hvernig kom það til og segðu okkur frá þeim störfum.

Jú rétt, það kom nú til eins og margt í lífinu fyrir hálfgerða tilviljun. Gauti Grétarsson forfallaðist á síðustu stundu í ferð á Ólympíuhátíð Evrópuæskunnar í Slóvakíu í ársbyrjun 1999. Á þeim tíma var ég að vinna á Reykjalundi og það var einfaldlega hringt og spurt hvort einhver sem kynni á skíði og væri sjúkrabjálfi væri klár í verkefnið. Ég hoppaði á vagninn og hef sinnt þessu skemmtilega verkefni fyrir ÍSÍ reglulega síðan og síðast 2015. Einnig hef ég farið á tvöna vetrarólympíuleika í Torino á Ítalíu 2006 og Vancouver Kanada 2010. Eins og gefur að skilja eru verkefnin æði mörg sem þarf að sinna og bakgrunnur minn í skíðaíþróttinni verði nýttur til að aðstoða keppendur sem mest í brekkunum og oftar en ekki var mín staðsetning í startinu

með keppendur og með talstöð við þjálfarana sem þurftu að koma upplýsingum á sína keppendur. Það var svo í mínum verkahring að koma öllum aukabúnaði þ.e. skíðum, fötum ofl. niður í mark. Hin eiginlega "sjúkrabjálfun" fór svo yfirleitt fram heima á hóteli í lok eða upphafi dags svo dagarnir verða oft ansi langir en skemmtilegir. Það gildir í þessum ferðum að allir hjálpast að sameiginlegu markmiði. Þrátt fyrir að vetraríþróttirnar séu einstaklingsíþrótt erum við lið. Árið 2009 tók ég svo að mér ferð fyrir ÍSÍ í "sumaríþróttum" þ.e. að fara á Smáþjóðaleikana á Kýpur og víkka þannig sjóndeildarhringinn, en það var mjög skemmtilegt að fá að kynna fjölmörgum íþróttagreinum.

Hvernig kom það til að þú fórst að sinna blaklandsliðunum og hefur þú unnið lengi sem sjúkrabjálfi hjá Blaksambandi Íslands?

Í kjölfarið á Smáþjóðaleikunum 2009 á Kýpur þar sem ég var fyrir ÍSÍ kom það til að ég var beðin um að taka að mér liðstjórn hjá kvennalandsliðinu í blaki til Möltu 2010. En á Kýpur hafði ég náð að fylgjast með öllum leikjum þeirra og sinnt nokkrum leikmannanna. Á þessum tíma var starfsliðið í kringum landsliðið talsvert fámennara en í dag. Það samanstóð af einum landsliðsþjálfara og svo mér sem liðstjóra og sem liðstjóri mátti ég ekki vera á varamannabekknunum í leikjum, varð að vera upp í stúku! Ég hef sinnt kvennalandsliðinu frá þessum tíma ásamt Kristínu Reynisdóttur sjúkrabjálfa.

Nú telst Blaksamband Íslands ekki mjög stórt sérsamband. Mæðir eitthvað meira á sjúkrabjálfanum í landsliðsferðum fyrir vikið, hefur hann fleira en einu hlutverki að gegna eða hefur það breyst í árunna rás?

Eins og ég sagði áðan þá var starfsliðið í lágmarki á fyrstu árunum sem ég fór í þessar ferðir og þá var mér nánast ekkert óviðkomandi varðandi landsliðið hvort sem það var búningaþvottur, skipulagning rútumála, matarmál nú eða að sinna meiðslum, endurheimt og undirbúningi fyrir leiki. Í dag er öldin önnur og get ég því einbeitt mér að leikmönnum og undirbúningi þeirra fyrir leiki. Ekki má heldur gleyma sálfræðihlutanum í starfi sjúkrabjálfa í svona ferðum, en við höfum unnið náið með Hafrúnu Kristjánsdóttur í undirbúningi verkefna og hefur það verið á mínum herðum að halda þeim verkefnum að stelpunum.

Nú er aldursbilið tiltölulega breitt hjá A-landsliði kvenna í blaki. Breytir það einhverju með álag í starfi, þ.e. er ekki munur að vinna með unglíngalandsliðin og svo kvennalandsliðið í blaki?

Aldursbilið hefur til langs tíma verið talsvert í A landsliði kvenna en mér finnst það hafa gengið ágætlega. Það eru yfirleitt eldri leikmennirnir sem þurfa meira á sjúkrabjálfanum að halda til að vera í eins góðu standi og mögulegt er fyrir leiki, eru einnig oftar þeir leikmenn sem mest mæðir á í leikjum. Landsliðið hefur mest

verið að taka þátt í keppnum þar sem leikið er mjög þétt, oftast leikið daglega í 4 daga, en þó hef ég í tvígang lent í ferð þar sem voru tveir landsleikir sama dag sem er gríðarlegt álag á mannskapinn. Vinnan með unglingalandsliðin er aðeins öðruvísi en með A liðið þar sem við erum meira að vinna í fræðslu og að fyrirbyggja álagseinkenni leikmanna.

Hversu margir starfsmenn eru í kringum kvennalandslið Íslands í blaki?

Árið 2017 erum við 7 sem förum í hverja ferð en þá eru ótaldir þeir sem eru að vinna með liðinu hér heima í undirbúningi verkefna, s.s. Hafrún sálfræðingur, Kristín sjúkrapjálfi og fleiri.

Í hverju fólst starf þitt hjá liðinu í undirbúningi fyrir törnina í vor og sumar?

Undirbúningsvinna með Daniele Capriotti til að meta hvort allir leikmenn væru í lagi líkamlega eftir veturinn. Svo þegar æfingatörnin hófst að mæta á æfingar og grípa inni ef einhver þurfti á aðstoð að halda.

Var mikið álag í keppnisferðunum?

Þetta var auðvitað svakaleg törn þar sem spilaðir voru 10 leikir á 12 dögum í 2 löndum, en leikmenn voru nokkuð heilir og átti ég von á meira álagi hjá mér. Þjálfarinn deildi álaginu líka mjög vel á leikmannahópinn og það skipti miklu máli. Eftir þetta var æft í tæpar 3 vikur og farið til Luxemborg og þar spilaðir 4 leikir á 3 dögum, þar sem við misstum t.d. einn okkar sterkasta spilara í botnlangauppskurð fyrir fyrsta leik úti og þá mæddi meira á þeim sem eftir voru.

Hvernig varstu tækjum búin og hvernig var aðstaðan á keppnisstöðunum?

Við erum nú ekki mjög tækjavædd í þessum ferðum en jú alltaf TNS með í för og stundum laser. Annars eru það nú bara hendurnar og höfuðið sem virka best. Aðstaða á keppnisstöðum yfirleitt nokkuð góð, þ.e. nuddbekkir í búningaklefum og góð aðstaða í undirbúningi fyrir leiki, en auðvitað er það svolítið misjafnt eftir því hvar er leikið og þá gildir bara að aðlaga sig aðstæðum, t.d. í San Marínó í sumar þegar strætóinn okkar kom ekki og því þurfti undirbúningurinn að fara fram í vagninum sem næstur kom niður kræklótta fjallshlíðina svo það var aðeins öðruvísi.

Þú ert í landsliðsnefnd Blaksambands Íslands, í hverju felst það starf?

Já ég lét plata mig í landsliðsnefnd BLÍ fyrir nokkrum árum, en sú nefnd sér m.a. um ráðningu landsliðspjálfa og leggur línur varðandi verkefni yngri og eldri landsliða ásamt landsliðspjálfurum. Ég lét til leiðast á sínum tíma með eitt markmið að stelpurnar fengju búninga sem þær pössuðu í, en í fyrstu ferðinni sem ég fór í voru þær allar í vandræðum með of stutta búninga! En búningaverkefnið er löngu í höfn en áfram er ég að sinna uppbyggingu landsliðanna en árið 2017 var langstærsta landsliðsár BLÍ frá upphafi. Einnig er það á minni könnu að manna



Gullhafarnir Karen Gunnarsdóttir, Fjóla Rut Svavarsdóttir, Thelma Dögg Grétarsdóttir, Mundína Ásdís Kristinsdóttir

sjúkrapjálfa í allar landsliðsferðirnar, en frá 2010 hefur sjúkrapjálfi verið með í flestum unglinga- og A landsliðsferðum.

Viltu segja okkur einhverja góða sögu úr landsliðsferðum þínum?

Þar sem ferðirnar eru nú orðnar ansi margar er erfitt að velja eina sögu en eftirminnilegt er þegar ég var á vetrarólympíuleikunum í Torínó en þá áttum við einn keppanda í bruni karla, ég var kannski ekki alveg búin að átta mig á að ég væri að fara upp í startið en þjálfarinn kom og tók skíðin mín

kvöldið áður til að brýna kantana. Þegar ég kom upp og leit í kringum mig sá ég að ég var eini kvenmaðurinn þarna uppi, málið var að ég þurfti að fara niður fyrsta kafla brunbrautarinnar með skíði á öxlinni og fót í fanginu, en þessi braut var það vel ísuð að hún var eins og skautasvell sem búið var að reisa upp á rönd. Þetta er trúlega eina skiptið sem ég hef orðið verulega hrædd á skíðum en niður komst ég og út fyrir ísaða hlutann, en ég var viss um að ef ég hefði dottið hefði ég verið skemmtiefni á Eurosport í dágóðan tíma. Margar aðrar ferðir eru eftirminnilegar og alltaf eftirminnilegt þegar hlutirnir ganga ekki alveg eins og gert var ráð fyrir. Á Ólympíudögum Evrópuæskunnar í Jaca á Spáni 2007 vorum við t.d. farangurslaus þar til um miðnætti fyrir fyrsta keppnisdag og því var næturvinna okkar í fararstjórninni að græja skíði og annað fyrir keppendur, þetta slapp allt fyrir horn en einungis af því búið var að ná í forstjóra flugfélagsins sem skildi farangurinn okkar eftir í París.

Viltu hvetja unga sjúkrapjálfa til að feta þessa slóð og hvað þurfa þeir að hafa í huga í starfi sem sjúkrapjálfi íþróttaliðs?

Já að sjálfsögðu hvet ég unga sjúkrapjálfa með áhuga á íþróttum að prófa að taka að sér svona verkefni og sjá hvert það leiðir. Í þessum ferðum a.m.k. hjá minni samböndunum þarf að gera sér grein fyrir að verkefnin eru fjölbreytt og ekki öll tengd sjúkrapjálfun. Sjúkrapjálfaferbergið er yfirleitt vinsælasta ferbergið á hótelinu og þar er oft mikið líf og fjör en þar koma allskonar hlutir til umræðu og þjálfararnir sem ég hef unnið með segja að, ef eitthvað er að í liðinu þá veit sjúkrapjálfi þetta fyrstur manna. Eins þarf að gera sér grein fyrir að maður er á vakt allan sólarhringinn því ef eitthvað kemur upp heilsufarslega þarf að sinna því sama hvað klukkunni líður.

Hvaða eiginleika þarf íþróttasjúkrapjálfi að hafa?

Hann þarf að vera rólegur og yfirvegaður þegar eitthvað kemur uppá, þarf auðvitað að þekkja fræðin sín en ekki síður að vera hluti að liðinu, ná trausti leikmanna og þjálfara. Hafa áhuga á íþróttinni og íþróttamönnum sem hann er að sinna.

Eitthvað sem þú vilt koma til skila að lokum?

Tilviljun réð því að ég byrjaði að fara í landsliðsferðir en allar þessar ferðir með öllu þessu góða fólki eru ógleymanlegar og hef ég eignast marga af mínum bestu vinum í gegnum þessa vinnu. Þetta eru oft langar tarnir en þegar vel gengur og maður sér uppskeru er það svo magnað að tilheyra svona sterkri liðsheid!

Könnun á viðhorfi sjúkráðgjafara á Landspítala til starfspróunar

HÖFUNDAR: SIGRÚN KNÚTSDÓTTIR¹, HALLDÓRA EYJÓLFSÓTTIR²

1: Verkefnastjóri um starfspróun, klíniskur ráðgjafi um mænuskaða, sjúkráðgjafun Landspítala

2: Sérfræðingur í meðgöngu- og fæðingarsjúkráðgjafun, rannsóknarsjúkráðgjafi, sjúkráðgjafun Landspítala

INNGANGUR

Í siðareglum og í reglugerð um sjúkráðgjafara og í lögum um heilbrigðisstarfsmenn eru ákvæði um að sjúkráðgjafi viðhaldi þekkingu sinni og faglegri færni og tileinki sér nýjungar er varða starfið¹⁻³. Símenntun og starfspróun eru hornsteinar hæfra sjúkráðgjafara segir Í stefnu Heimssambands sjúkráðgjafara⁴. Evrópudeild Heimssambandsins hefur gefið út skýrslu um stöðu starfspróunar sjúkráðgjafara Í Evrópu og tillögur um starfspróun þar sem áherslan er á skipulagða og markvissa starfspróun á ábyrgð starfsmannsins með stuðningi yfirmanns⁵.

Innan heilbrigðisþjónustunnar, bæði hér á landi og í öðrum löndum Evrópu, Bandaríkjunum, Kanada og Ástralíu hefur áherslan á mikilvægi starfspróunar heilbrigðisstarfsmanna aukist mjög á seinni árum. Krafan um starfspróun hefur aukist í takt við auknar kröfur um árangur meðferðar sem byggir á gagnreyndri þekkingu⁶⁻¹⁴. Sjúkráðgjafar eins og aðrar heilbrigðisstéttir þurfa stöðugt að viðhalda, bæta við og þróa hæfni sína og sérþekkingu til að geta mætt þessum kröfum, tileinkað sér breytta starfshætti og veitt sem besta þjónustu. Miklar breytingar innan heilbrigðisþjónustunnar munu væntanlega eiga sér stað í framtíðinni og starfsvettvangur sjúkráðgjafara verður sífellt fjölbreyttari með auknum áskorunum. Sjúkráðgjafar þurfa sjálfir að bera ábyrgð á eigin starfspróun og meta hvaða þekkingu og færni þeir þurfa að bæta. Yfirmenn bera ábyrgð á að veita starfsmanni svigrúm til starfspróunar sem nýtist starfsemiinni. Í sumum löndum, t.d. í Bretlandi, Ástralíu og mörgum fylkja Bandaríkjanna er gerð krafa um starfspróun til að heilbrigðisstarfsmaður haldi starfsleyfi sínu⁶⁻¹⁴. Starfspróun felst ekki eingöngu í formlegu námi, þátttöku á námskeiðum eða ráðstefnum heldur felst starfspróun einnig í óformlegu námi sem á sér stað á vinnustað, s.s. fræðslufundum, starfi í vinnuhópum, gerð fræðsluefnis og fræðslu/kennslu^{4-8,11-12,18}.

Á Landspítala hefur verið mörkuð stefna um starfspróun sem er hluti af starfsmannastjórnun sjúkráðgjafara og er skipulögð með hliðsjón af hagsmunum starfsmanns og vinnustaðarins til að bæta þjónustu og auka starfsánægju. Þar segir að starfsmenn skuli leitast við að laga sig að þeim kröfum, sem starfið gerir til þeirra, svo sem vegna tæknilegrar og faglegrar þróunar og vera reiðubúnir að þjálfa sig til nýrra og breyttra verkefna¹⁵.

Sjúkráðgjafar á Landspítala hafa að jafnaði verið duglegir að sinna starfspróun samkvæmt upplýsingum frá yfirsjúkráðgjafurum. Þannig hefur skapast sérhæfing og sérfræðiþekking. Starfspróun hefur þó ekki verið með markvissum hætti. Nú er unnið að



SIGRÚN KNÚTSDÓTTIR



HALLDÓRA EYJÓLFSÓTTIR

innleiðingu starfspróunarkerfis fyrir sjúkráðgjafara með það að markmiði að leiða til markvissari starfspróunar.

MARKMIÐ

Markmið könnunarinnar var að afla upplýsinga um viðhorf sjúkráðgjafara á Landspítala til starfspróunar áður en starfspróunarkerfi yrði innleitt og kanna áhuga þeirra á námskeiðum.

AÐFERÐAFRÆÐI

Framkvæmd og þátttakendur

Að fengnu leyfi Siðanefndar stjórnsýslurannsóknna á Landspítala var ópersónugreinanlegur spurningalisti á rafrænu formi sendur til allra sjúkráðgjafara sem starfa á Landspítala (N:74). Áður en spurningarlistinn var sendur til þátttakenda var hann lagður fyrir vinnuhóp um starfspróun og Fagråd sjúkráðgjafunar á Landspítala (n:9) sem mátu spurningalistann áður en hann var sendur til þátttakenda.

Rannsóknaraðferðir

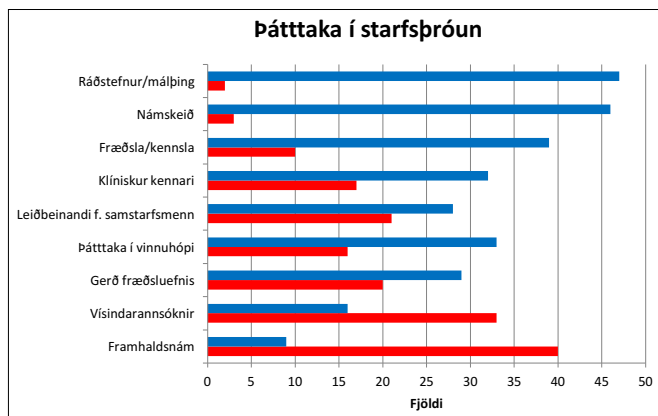
Könnunin samanstóð af 15 spurningum og var unnin í Lime Survey forritinu. Í könnuninni voru almennar lýðfræðilegar spurningar og spurt um viðhorf til gagnsemi starfspróunar, hvata til að sinna starfspróun, hindranir, umbun og kostnaðarþátttöku við starfspróun. Einnig var spurt um áhuga á námskeiðum fyrir sjúkráðgjafara. Úrvinnsla gagna var unnin í Excel forritinu og notast við lýsandi tölfræði við túlkun niðurstaðna.

NIÐURSTÖÐUR

Sextíu og sex prósent (N:49) svöruðu könnuninni. Fjörutíu og þrjú prósent þátttakenda (n:21) voru yfir fimmtugu, 43% (n:21) voru 31 – 50 ára en 14% (n:7) voru undir þrítugu. Nær helmingur (49%, n:24) hafði starfað á spítalanum í meira en 20 ár.

Starfspróun

Næstum allir þátttakendurnir höfðu farið á námskeið, málþing og ráðstefnur á síðustu 5 árum en 18% höfðu stundað formlegt framhaldsnám. Áttatíu prósent höfðu sinnt kennslu eða fræðslu, 65% höfðu sinnt klíniskri kennslu og 57% höfðu verið leiðbeinendur fyrir samstarfsmenn. Sextíu og sjö prósent höfðu tekið þátt í vinnu í vinnuhópi, 59% höfðu unnið að gerð fræðsluefnis og 33% höfðu sinnt vísindarannsókn, sjá mynd 1.



Mynd 1. Starfspróun sjúkráðgjafara á Landspítala

Gagnsemi starfspróunar

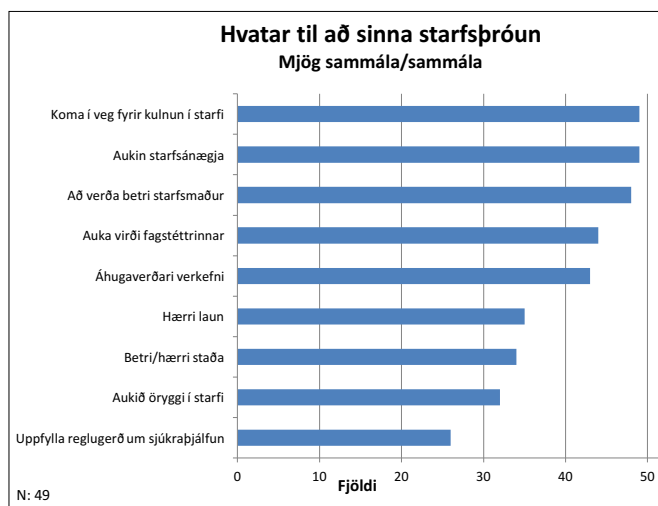
Allir voru mjög sammála eða sammála um gagnsemi starfspróunar og 92% töldu að starfspróun gagnaðist skjólstæðingum spítalans.

Starfspróunarskylda

Áttatíu og átta prósent voru mjög sammála eða sammála um að setja ætti kröfur um árlega starfspróunarskyldu. Tuttugu og fimm prósent (n:12) töldu að meira en 20 klukkustundir væri æskilegur árlegur tímafjöldi, 57% (n:28) töldu 11 – 20 klukkustundir æskilegan tímafjöldi en 18% (n:9) töldu innan við 10 klukkustundir æskilegan tímafjölda.

Hvatar til að sinna starfspróun

Helstu hvatar til að sinna starfspróun voru að koma í veg fyrir kulnun í starfi, aukin starfsánægja, að verða betri starfsmaður og að auka virði fagstéttarinnar, sjá mynd 2.



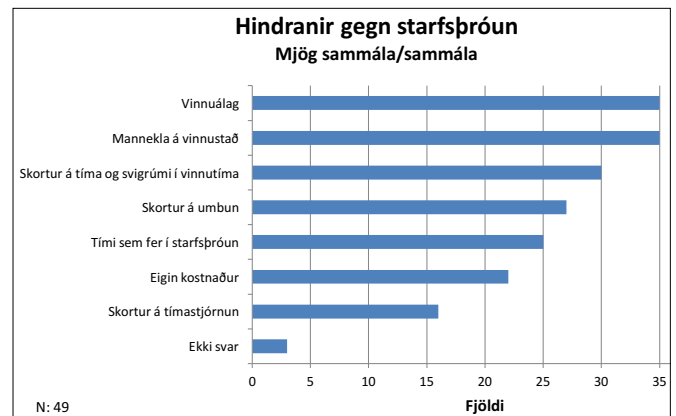
Mynd 2. Hvatar til að sinna starfspróun

Hindranir gegn starfspróun.

Helstu hindranir gegn því að sinna starfspróun voru vinnuálag og mannekla á vinnustað, sjá mynd 3.

Kostnaður við námskeið/ráðstefnur og umbun fyrir að sinna starfspróun

Flestir þátttakendanna voru mjög sammála eða sammála um að



Mynd 3. Hindranir gegn því að sinna starfspróun

þeir vildu fara á námskeið eða ráðstefnu ef vinnuveitandi og/eða stéttarfélag greiddi kostnaðinn að fullu (90%, n:47).

Ef vinnuveitandi og/eða stéttarfélag greiddi kostnað að hluta vildu 88% (n:43) fara á námskeið eða ráðstefnu en 20% þátttakenda (n:10) ef þeir þyrftu að greiða allan kostnað sjálfir. Sextíu og eitt prósent þátttakenda (n:30) fóru á námskeið og ráðstefnur utan vinnutíma síns.

Svo til allir (n:48) vildu fá umbun fyrir að sinna starfspróun og 39 þátttakendur röðuðu óskum eftir mikilvægi. Fjörutíu og níu prósent þeirra (n:19) settu hærra laun í 1. sæti, 36% (n:14) settu aukna starfsánægju í 1. sæti og 15% (n:6) settu ósk um auka frídaga í 1. sæti.

Óskir um námskeið

Þátttakendur voru spurðir um áhuga á námskeiðum og beðnir að raða þeim eftir áhuga. Í fyrstu fjórum sætum var áhugi á sértækum námskeiðum í sjúkráðgjafun (n:27), áhugahvetjandi samtal (n:24), námskeið um gagnreynda starfshætti (n:13) og að fylgjast með í faginu (n:8).

UMRÆÐUR

Starfspróun hefur lengi verið viðurkennd sem mikilvægur þáttur í starfi heilbrigðisstarfsfólks til að geta veitt sem besta þjónustu. Mikilvægt er að starfspróun sé markviss til að skila sem bestum árangri⁴⁻⁵. Á Landspítala er mikið framboð af fræðslu sem starfsfólk hefur tækifæri til að sækja, m.a. fræðslufundir, námskeið og málþing. Í erlendum rannsóknum hefur komið fram mikilvægi þess að yfirmenn styðji við bakið á starfsmönnum, hvetji þá og veiti svigrúm til að sinna starfspróun^{6-8,17-19}.

Allir voru mjög sammála eða sammála um gagnsemi starfspróunar og flestir töldu að starfspróun gagnaðist skjólstæðingum spítalans. Hins vegar var ekki spurt um á hvern hátt starfspróunin gagnaðist skjólstæðingunum en erfitt getur verið að meta slíkt nema helst með því að skoða hvort breytingar í kjölfar starfspróunar hafi bætt árangur þeirra^{5-7,18}. Starfspróun og aukin færni ein og sér tryggir ekki bætt þjónustu við skjólstæðinga.

Stundum getur verið erfitt að innleiða breytingar bæði vegna tímaskorts, skorts á stuðningi yfirmanna og tregðu samstarfsmanna⁶⁻⁷.

Langflestir töldu æskilegt að hafa starfspróunarskyldu en mismunandi skoðanir voru á því hversu margir tímar væru æskilegir. Það kom höfundum nokkuð á óvart að mikill meirihluti

Þátttakenda taldi að æskilegur árlegur tímafjöldi í starfsþróun væri innan við 20 klukkustundir. Hugsanlega getur skýringin verið að lítið sé á starfsþróun mjög þröngt og fyrst og fremst einblínt á ráðstefnur, námskeið og formlegt framhaldsnám en ekki tekið mið af óformlegri starfsþróun. Einnig getur eigin kostnaðarþátttaka í formlegri starfsþróun skipt máli en tæplega helmingur þátttakenda taldi það hindrun gegn starfsþróun. Í rannsókn H.P. French og félaga kom fram að starfsþróun sjúkrahjálfa væri skylda á Írlandi, í Hollandi, Ástralíu, á Nýja Sjálandi, og í 31 af ríkjum Bandaríkjanna, árið 2009. Algengast var að krafan væri 100 klukkustundir á þriggja ára tímabili eða að jafnaði 33 klukkustundir á ári^{6,8,13-14,18}.

Allir voru sammála um að helsti hvati til að sinna starfsþróun væri að koma í veg fyrir kulnun í starfi. Umræða um kulnun bæði á Landspítala og í samfélaginu þegar könnunin var gerð gæti hugsanlega endurspeglad þessa skoðun. Einnig gæti hár starfsaldur þátttakenda haft áhrif á niðurstöðuna. Allir þátttakendur töldu aukna starfsánægju mikilvægan hvata til að sinna starfsþróun og til að verða betri starfsmaður en kulnun í starfi getur einnig haft neikvæð áhrif á starfsánægju. Það var ánægjulegt að sjá að fagstéttarvitund var mikil en langflestir töldu starfsþróun vera hvata til að auka virði fagstéttarinnar. Þetta er í samræmi við niðurstöður rannsókna Jane Ryan¹⁷ meðal hjúkrunarfræðinga, iðjuþjálfara og sjúkrahjálfa og H. Gunn og L. Goding¹⁸ meðal sjúkrahjálfa innan heilsugæslunnar í Bretlandi. Í þeim rannsóknum kom fram að mikilvægustu hvatarnir til að sinna starfsþróun væru til að auka þekkingu, auka virði fagstéttarinnar og þróa og sýna faglega hæfni til að geta veitt betri þjónustu. Sömu niðurstöður komu fram í rannsókn meðal geislafræðinga á Möltu¹⁹. Í könnun okkar var ekki spurt sérstaklega um hvort aukin þekking og færni væri hvati til að sinna starfsþróun en gera má ráð fyrir að þetta séu innbyggðir hvatar í starfsþróun til að auka starfsánægju, verða betri starfsmaður og geta veitt betri þjónustu.

Skoðanir þátttakenda á helstu hindrunum gegn því að sinna starfsþróun voru nokkuð skiptar en helstu hindranirnar voru vinnuálag og mannekla á vinnustað. Þetta er í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna þar sem komið hefur fram að tíminn sem fer í starfsþróun og mannekla væru helstu hindranir gegn starfsþróun^{6-7,18-19}. Langflestir vildu fara á námskeið eða ráðstefnu ef vinnuveitandi og/eða stéttarfélag greiddi kostnaðinn að fullu eða að hluta en fáir vildu fara á námskeið/ráðstefnu ef þeir þyrftu að greiða allan kostnað sjálfir. Með tilkomu starfsþróunarseturs BHM hafa möguleikar á fjárhagsstuðningi til að sækja námskeið og/eða ráðstefnur aukist til muna sem ætti að gera sjúkrahjálfurum kleift að sinna starfsþróun án eigin tilkostnaðar. Í erlendum könnunum hefur kostnaður vegna starfsþróunar einnig verið ein af hindrunum^{6,17-18}. Mikilvægi námskeiðs/ráðstefnu fyrir starfseminu getur haft áhrif á hvort vinnuveitendur veiti styrk til starfsmanna⁷. Nánast allir vildu fá umbun fyrir að sinna starfsþróun, í formi hærri launa en einnig til að auka starfsánægju. Niðurstöðurnar sýna óyggjandi mikilvægi starfsánægju í starfi bæði sem umbun og hvati til starfsþróunar.

LOKAORÐ

Könnunin sýndi að þátttakendur voru mjög virkir bæði í formlegri og óformlegri starfsþróun. Mikilvægt er að yfirmenn skapi andrúmsloft sem styður og hvetur starfsfólk til þátttöku í starfsþróun. Þannig mætti koma í veg fyrir kulnun í starfi og auka starfsánægju. Nauðsynlegt er að draga úr vinnuálagi í sjúkrahjálfun á Landspítala til að veita svigrúm og uppfylla þarfir starfseminnar og starfsmannanna fyrir markvissa starfsþróun þrátt fyrir takmarkað fjármagn og manneklu. Hugsanlega þarf að endurskoða mönnunarmodel og verkferla í sjúkrahjálfun á Landspítala til þess að þetta verði mögulegt. Koma þarf á árlegri starfsþróunarskyldu. Mikilvægt er að innleiða breytingar á þjónustu í kjölfar starfsþróunar og áhugavert væri að kanna hvort slíkar breytingar bæti árangur skjólstaðinga og geri starf sjúkrahjálfa skilvirkara.

Innleiðing starfsþróunarkerfis sjúkrahjálfa á Landspítala er liður í að starfsþróun verði markviss. Markviss starfsþróun stuðlar að aukinni þekkingu, faglegri hæfni og aukinni starfsánægju með hagsmuni skjólstaðinganna að leiðarljósi

ÞAKKIR:

Höfundar þakka öllum sem tóku þátt í könnuninni, Maríu Ragnarsdóttur og Ólöfu R. Ámundadóttur fyrir yfirlestur og góðar ábendingar og yfirsjúkrahjálfa Landspítala fyrir stuðninginn.

Heimildir

1. Siðareglur Félags sjúkrahjálfa
2. Lög um heilbrigðisstarfsmenn <http://www.althingi.is/altext/stjt/2012.034.html>
3. Reglugerð um menntun, réttindi og skyldur sjúkrahjálfa og skilyrði til að hljóta starfsleyfi og sérfræðileyfi. <http://www.reglugerd.is/reglugerdir/eftir-raduneytum/velferddarraduneyti/nr/18521>
4. WCPT Education Policy statement http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/PS_Education_Sept2011.pdf
5. European Vision for Continuing Professional Development. Briefing Paper. http://www.ewcpt.eu/education/continuous_professional_development
6. H.P. French, J. Dowds. Physiotherapy 94 (2008) 190 – 197. An Overview of Continuous Development in physiotherapy.
7. D. Ahuja, J. Phys Ther. 2011; 3:4-8. Continuing Professional Development within Physiotherapy-a Special Perspective
8. A joint statement on continuing professional development for health and social care practitioners <https://www.bda.uk.com/training/cpd/cpdjointstatement>
9. <http://www.hpc-uk.org/registrants/cpd/standards/>
10. <http://www.csp.org.uk/documents/continuing-professional-development>
11. Irish Society of Chartered Physiotherapists Position Paper Continuing Professional Development https://www.iscp.ie/sites/default/files/CPD%20postion%20statement%20Amended%202014_0.pdf
12. <http://www.apta.org/Policies/ProfessionalDevelopment/>
13. <http://www.ahpra.gov.au/Education/Continuing-Professional-Development.aspx>
14. <http://www.physiotherapyboard.gov.au/Registration-Standards.aspx>
15. <http://innri.lsh.is/starfsmadurinn/namskeid/starfsthroun/>
16. Julia O'Sullivan, Editorial: Physiotherapy 90 (2004) 174-175. Continuing Professional Development – is it beneficial?
17. Jane Ryan. Nurse Education Today (2003) 23, 498-508. Continuous professional development along the continuum of lifelong learning.
18. Hilary Gunn, Lois Goding. Physiotherapy 95 (2009) 209-214. Continuing Professional development of physiotherapists based in community primary care trusts: a qualitative study investigating perceptions, experiences and outcomes.
19. Joseph Castillo, Varmel J Caruana. Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences 45 (2014) 37-46. Maltese Radiographers' Attitudes towards Continuing Professional Development: An Initial Study Using Concept Maps.

ÁGRIP

Bakgrunnur

Í siðareglum og reglugerð um sjúkraþjálfara og lögum um heilbrigðisstarfsmenn eru ákvæði um að sjúkraþjálfari viðhaldi þekkingu sinni og faglegri færni og tileinki sér nýjungar er varða starfið.

Markmið

Að kanna viðhorf sjúkraþjálfara til starfsþróunar og áhuga þeirra á námskeiðum.

Aðferðir:

Ópersónugreinanlegur spurningarlisti á rafrænu formi var sendur til allra sjúkraþjálfara á Landspítala (N:74). Hann skiptist í almennar lýðfræðilegar spurningar, spurningar um gagnsemi, hvata, hindranir, kostnaðarþátttöku og umbun við starfsþróun auk áhuga á námskeiðum. Spurningalistinn var unninn í Lime Survey forritinu, úrvinnsla gagna unnin í Excel forritinu. Notast var við lýsandi tölfærði við túlkun niðurstaðna.

Niðurstöður

Fjörutíu og níu sjúkraþjálfarar svöruðu könnuninni (66%). Allir voru mjög sammála/ sammála um gagnsemi starfsþróunar. Mikill meirihluti taldi að setja ætti kröfur um árlega starfsþróunarskyldu. Helstu hvatar til að sinna starfsþróun voru að koma í veg fyrir kulnun í starfi, aukin starfsánægja, að verða betri starfsmaður og auka virði fagstéttarinnar. Helstu hindranir gegn því að sinna starfsþróun voru vinnuálag og mannekla á vinnustað.

Flestir vildu fara á námskeið/ráðstefnu ef vinnuveitandi/stéttarfélag greiddi kostnaðinn að fullu eða að hluta en 20% voru mjög sammála eða sammála því ef greiða þyrfti allan kostnað sjálfur. Langflestir vildu fá umbun fyrir að sinna starfsþróun. Mestur áhugi var á sértækum námskeiðum innan sjúkraþjálfunar og áhugahvetjandi samtali.

Ályktanir

Mikilvægt er að draga úr vinnuálagi í sjúkraþjálfun á Landspítala til að skapa svigrúm og uppfylla þarfir starfsmanna og starfsmannanna fyrir starfsþróun. Koma þarf á árlegri starfsþróunarskyldu. Markviss starfsþróun stuðlar að aukinni þekkingu, faglegri hæfni og aukinni starfsánægju með hagsmuni skjól-stæðinganna að leiðarljósi.

Lykilorð: Starfsþróun, starfsþróunarskylda, viðhorf, kulnun, starfsánægja.

A Survey of the attitude of physiotherapists at Landspítali University Hospital to Continuous Professional Development

Authors: Sigrún Knútsdóttir¹, Halldóra Eyjólfssdóttir¹

1: Project manager on Continuous Professional Development and clinical adviser on Spinal Cord Injury, Physiotherapy department Landspítali

2. Specialist in women's health physiotherapy, research physiotherapist, Physiotherapy department Landspítali

Background

Physiotherapists have an obligation to maintain their knowledge, professional skills and acquire new skills according to the ethical rules and regulations of physiotherapists and the law for health professionals.

The Purpose was to investigate the attitude of physiotherapists towards Continuous Professional Development (CPD) and interest for courses.

Methods

An anonymous electronic questionnaire was sent to all physiotherapists at Landspítali (N:74) with demographic questions and questions on the usefulness, motivations, barriers, cost and rewards for participating in CPD and interest for courses. The Lime Survey and Excel programs were used. Descriptive statistics were used to interpret the results.

Results

Forty nine answered the questionnaire (66%). All strongly agreed/agreed that CPD was useful. A great majority considered that CPD should be mandatory. The main motivations for participating in CPD were to prevent burnout, increase job satisfaction, become a better practitioner and increase the status of the profession. The main barriers were workload and a lack of staff to participate in CPD. A great majority was willing to participate in a course/conference if the employer /trade union paid the cost fully or partly, 20% were willing to participate if they had to pay themselves. A great majority wanted rewards for participating in CPD.

Conclusions

It is important to decrease the workload of physiotherapists in Landspítali to create a better opportunity and fulfill the requirements for CPD. A mandatory CPD should be implemented. A structured CPD will promote increased knowledge, professional skills and job satisfaction for the benefit of the patients.

Key words: Continuous Professional Development (CPD), Mandatory CPD, Burn-out, job satisfaction.



Ný og spennandi Heilsuborg

Í ágúst flutti Heilsuborg úr Faxafeni í nýtt húsnæði að Bíldshöfða 9. Sjúkraþjálfaranum lék forvitni á að komast að því hvaða breytingar þetta hefði í för með sér og fékk Óskar Jón Helgason framkvæmdastjóra heilbrigðisþjónustu og Hólmfríði B Þorsteinsdóttur fagstjóra hreyfingar og stoðkerfis til að segja aðeins frá hvað þessar breytingar hefðu í för með sér.

Helsta breytingin sem verður við þessa flutninga er að mikil fjölgun verður á fagaðilum sem starfa innan Heilsuborgar og við það eykst breiddin í sérhæfingu. Auk þessarar fjölgunar á fagaðilum innan Heiluborgar eru tvö önnur heilbrigðisfyrirtæki á sömu hæð og deila sameiginlegu rými. Þetta eru Heilsugæslan Höfði og Domus Röntgen. Fyrirtækin þrjú eru rekin hvert í sínu lagi en nálægðin veitir tækifæri til að góðrar þjónustu og samvinnu þegar um sameiginlega skjólstæðinga er að ræða.

Heilsuborg hefur alla tíð haft að leiðarljósi að nálgast skjólstæðinga sína á heildstæðan hátt. Eftir flutning og fjölgun í

hópi starfsmanna erum við mun betur í stakk búin til að hjálpa skjólstæðingum okkar að glíma við verkefni af ólíkum toga.

Hvernig er aðstaðan hjá ykkur núna?

Aðstaðan fyrir hópa og líkamsrækt hefur batnað verulega. Í Heilsuborg eru nú þrír íþróttasalir fyrir hópmeðferð hjá íþróttfræðingum og sjúkraþjálfurum, vel búinn tækjasalur, teygjusalur, fyrirlestra- og jógasalur og rými fyrir hópmeðferð hjá sálfræðingunum. Fjórir meðferðargangar eru í húsnæðinu og skiptast þeir í Sjúkraþjálfun, Heilsumóttöku, Gedrækt/hugarhreysti og Sérfræðilæknagang.

Hvað starfa margir sjúkraþjálfarar hjá ykkur og hver er áherslan hjá þeim?

Í ársbyrjun 2017 voru fjórir sjúkraþjálfarar starfandi hjá Heilsuborg. Í vor bættust tveir við og þá tók Hólmfríður B Þorsteinsdóttir við sem fagstjóri hreyfingar og stoðkerfis. Nú eru starfandi 12 sjúkraþjálfarar í Heilsuborg. Við höfum fengið til liðs

við okkur mjög færan hóp sjúkraþjálfara, þar af þrjá með meistaraþráðu í Manual Therapy. Að auki starfa tveir sjúkraþjálfarar hálfan dag á viku hjá Heilsuborg, Harpa Helgadóttir og Þórhalla Andrésdóttir. Þær hafa báðar sérhæft sig og njótum við góðs af að geta boðið þeirra þjónustu. Tækjakostur er góður í Heilsuborg og má þar nefna að Harpa getur boðið upp á mælingu á starfsemi axlarrindar með vöðvarafriti og auk þess er Gunnar Svanbergsson sjúkraþjálfari með sönartæki og geta aðrir sjúkraþjálfarar leitað til þeirra vegna sinna skjólstæðinga.

Sjúkraþjálfarar Heilsuborgar hafa mismunandi sérsvið og vinna mikið saman. Mikið er lagt upp úr því að hjálpast að og nýta þannig styrkleika allra. Þeir sem yngri eru fá aðstoð og leiðsögn eftir þörfum hjá hinum reyndari. Eftir áramót mun fara af stað skipulögð vikuleg kennsla í Heilsuborg, þar sem reyndari sjúkraþjálfarar miðla af sinni þekkingu til annara sjúkraþjálfara. Þetta er hluti af því að auka þekkingu allra sjúkraþjálfara sem starfa hjá Heilsuborg og móta heildrænar aðferðir við meðferð skjólstæðinga. Auk þess starfa átta íþróttafræðingar í Heilsuborg og vinna þeir og sjúkraþjálfararnir talsvert saman.

Eru einhverjar breytingar varðandi sjúkraþjálfun á nýja staðnum?

Við í Heilsuborg erum að stíga fyrstu skrefin í að opna stoðkerfismóttöku. Í stýrihóp sem er að þróa þessa þjónustu eru auk Óskars og Hólmlfríðar, Gunnar Svanbergsson, Harpa Helgadóttir og Sigrún Konráðsdóttir. Í stoðkerfismóttökunni er boðið upp á upphafsviðtal og í framhaldi af því er metið hverjir meðferðarmöguleika Heilsuborgar gagnast hverjum einstaklingi best. Auk hefðbundinnar sjúkraþjálfunar eru námskeið í boði sem hentað geta einstaklingum með ólík einkenni. Í Heilsuborg er mikil áhersla lögð á æfingamiðaða meðferð og því er boðið upp á fjölda námskeiða með mismunandi nálgun í æfingum. Heilsuborg hefur í nokkur ár boðið námskeiðin Stoðkerfislausnir fyrir fólk með verkjavandamál og Orkulausnir fyrir einstaklinga með vefjagigt eða þá sem eru að ná sér eftir erfið veikindi. Eftir flutninginn hafa nú bæst við úrræðin Stoðkerfisskólinn sem Hólmlfríður og Sigrún voru áður með í Sporthúsinu, Breiðu bökin, Bakleikfimi Hörpu en þar er boðið upp á tíma bæði í vatni og í sal og námskeiðið Jógalausnir, sem er hugsað fyrir fólk með verkjavandamál sem vill stunda jóga. Auk þessa halda sálfræðingar Heilsuborgar námskeiðið Andleg líðan og verkir. Þeir sem sjá um greiningu í Stoðkerfismóttökunni geta bent fólki á eitthvað af þessum úrræðum, eftir því sem við á, bent þeim á að fara í nánari skoðun og þá hjá hverjum o.s.frv. Þannig er líklegra að fólk fari í úrræði sem hentar því best. Þannig ætti árangur að nást á styttri tíma en ella.

Hvað með andlega líðan, geðræktina?

Í nýrri Heilsuborg er sérálma þar sem unnið er að hugarhreysti og geðrækt. Þar starfa nú 13 sálfræðingar auk geðlæknis og félagsrágjafa í 10 stofum. Í sálfræðingahópnum er mikil breidd og talsverð sérhæfing. Ásamt því að sinna einstaklingsviðtölum bjóða sálfræðingarnir upp á hópmeðferð í litlum hópum. Boðið er upp á kvíðanámskeið, sjálfsstyrkingarnámskeið og námskeiðið Betri tengsl við mat. Auk þessa er boðið upp á námskeiðið Hugarlausnir sem hentar þeim sem glíma við kvíða, þunglyndi og streitu. Um 200 manns fara í gegnum Hugarlausnir árlega. Annar hluti námskeiðsins byggir á hreyfingu, þar leiða íþróttafræðingar



Sjúkraþjálfarar Heilsuborgar

æfingarnar sem settar eru upp skv. hugmyndafræði hreyfiseðils og hreyfing þannig notuð til að vinna á móti þessum kvillum. Hinn hlutinn byggir á fræðslu og þjálfun í núvítund undir leiðsögn sálfræðinga.

Nú hafið þið lagt áherslu á breyttan lífsstíl hjá ykkar skjólstæðingum, eru áherslurnar áfram svipaðar?

Í heilsuþöttöku er fyrst og fremst unnið með lífsstílstengd vandamál. Þar starfa læknar, næringarfræðingar, hjúkrunarfræðingar og íþróttafræðingar við að aðstoða fólk við að ná tökum á mataræði og vinna gegn hinum ýmsu lífsstílstengdu sjúkdómum. Hægt er að velja um að vera í einstaklingsmeðferð eða meðferð í hópum. Námskeiðið Heilsulausnir er stærsta námskeiðið sem heyrir undir þetta svið en þar er boðið upp á ársnámskeið þar sem unnið er á heildrænan hátt með hreyfingu, mataræði, matarvenjur og hugarfar. Svefn er líka tekinn föstum tökum í Heilsuborg. Okkur finnst að þessi þáttur í heilsunni sé of oft vanræktur. Í heilsuþöttökunni bjóðum við því svefnmælingar og meðferð við svefnavandamálum.

Eru fleiri nýjungar með nýrri Heilsuborg?

Í nýrri Heilsuborg er sérgangur þar sem sérfræðilæknar eru með sinn stofurekstur. Læknahópurinn saman stendur af þremur gigtarlæknum, tveimur húðlæknum, þremur ofnæmis- og ónæmislæknum. Tveir þeirra hafa sérhæft sig í meðhöndlun barna.

Eitthvað sem þið viljið segja að lokum?

Heilsuborg er á fleygiferð. Að hugsa vel um líkama og sál er verkefni sem aldrei lýkur, jafnvel þó þarfinnar kunni að breytast með tímanum. Þjónusta Heilsuborgar er sniðin að því að koma til móts við þarfir mismunandi einstaklinga og ná langvarandi árangri en leitast ekki við að steypa alla í sama mót. Hreyfing, mataræði, hugarró og góður svefn eru þeir þættir sem stuðla að vellíðan og bættri heilsu. „Hjá Heilsuborg köllum við þá hornsteina góðrar heilsu og vinnum með þá alla en áherslurnar eru mismunandi eftir einstaklingum. Það eru allir að kljást við eitthvað. Við hjá Heilsuborg samvinnum þessa þætti við daglegt líf, það er okkar sérstaða,“ sagði Óskar að lokum.

Hláturinn lengir lífið.

Dömulúbburinn í útskriftarárgangi 1987, 30 ára 2017

Útskriftarárgangur 1987 hefur verið duglegur að hittast í sk Dömulúbbi. Fyrstu árin fór allur árgangurinn út að borða einu sinni á ári. Það breyttist síðan í reglubundna hittinga, fyrst með börnin og var þá mömmulúbbur. Á þeim árum var farið í fjölskylduferðir, bæði í tjaldútilegur og leigð stór sumarhús þar sem allir gátu verið saman. Um tíma var stór hluti hópsins í ritnefnd Félagsmiðils íslenskra sjúkraþjálfara sem var forveri Sjúkraþjálfarans.

Dömulúbburinn þróaðist síðan og hafa bekkjarsysturnar haldið virðulega mánaðarfundi, farið í vísinda- og menningarferðir þar sem kollegar eru heimsóttir og menning hinna ýmsu bæjarfélaga könnuð. Einnig hafa verið farnar stuttar skipulagðar gönguferðir innan höfuðborgarsvæðisins, árleg þorrablot með mökum hafa verið haldin, nokkrar utanlandsferðir hafa verið farnar og margt, margt fleira. Vinskapurinn eflist og styrkist með hækkandi aldri og alltaf eitthvað í kortunum.

Eins og meðfylgjandi myndir sýna eru þessar stundir sérstaklega endurnærandi og öllum finnst þær ómissandi. Sannkallaðar gleðistundir þar sem lífsins er notið í góðra vina hópi. Mikið hlegið því hláturinn lengir lífið og samveran er svo dýrmæt.

Dömulúbbinn skipa: Bryndís Erlingsdóttir, Hildur Björnsdóttir, Hólmfríður Erlingsdóttir, Hrafnhildur Ósk Broddadóttir, Jórunn Ingibjörg Hafsteinsdóttir, Kristbjörg Guðmundsdóttir, Laufey Sigrún Hauksdóttir, Ragnheiður S Einarsdóttir, Sigrún Jóhannsdóttir, Þorbjörg Guðlaugsdóttir.

Aðrir í árganginum 1987: Árni Árnason, Ingimar Guðmundsson, Krístrún Hermannsdóttir, Ragnheiður Harpa Arnardóttir, Ragnar Hermannsson, Jóhanna Sigríður Sigurðardóttir





Hvött til að bjóða mig fram og tók slaginn

Í september sl var námsbraut í sjúkraþjálfun við HÍ gestgjafi ENPHE ráðstefnunnar (ENPHE stendur fyrir European Network of Physiotherapy in Higher Education) og er Evrópusamstarf um nám í sjúkraþjálfun á háskólastigi. Þar var Selma Margrét Reynisdóttir, nemi á þriðja ári í sjúkraþjálfun, kosin formaður nemendasamtakanna, ENPHE Student Body (ESB), fyrst íslenskra nema í sjúkraþjálfun. Að því góða tilefni tók Sjúkraþjálfarinn viðtal við Selmu.

Til hamingju Selma með formannstitúlinn. Segðu okkur hvað ENPHE er og frá nemendasamtökunum?

ENPHE stendur fyrir European Networking of Physiotherapy in Higher Education og er Evrópusamstarf um nám í sjúkraþjálfun á háskólastigi. Á hverju ári eru haldnar tvær ráðstefnur, málstofa (e.seminar) að vori og ráðstefna með fyrirlesurum (e.conference) að hausti og markar ráðstefnan upphaf starfsársins. Innan ENPHE eru svo starfandi nemendasamtök, ENPHE Student Body (ESB), sem hafa það hlutverk að halda utan um vinnu nemanna og koma henni á framfæri við ENPHE stjórnina. Hver ráðstefna er þrír dagar fyrir nemendurna, en tveir fyrir kennarana. Nemendurnir mæta degi fyrr og halda svokallaðan „Nemendadag“ sem ESB sér um að skipuleggja. Þá eru fimm vinnuhópar (e. working groups) í boði og hver hópur hefur sitt umræðuefni. Við reynum síðan að skipuleggja áhugaverða



SELMA MARGRÉT REYNISDÓTTIR,
FORMADUR NEMENDASAMTAKA
ENPHE STUDENT BODY (ESB)

fyrirlestra eða rökræður inn á milli. Á Nemendadeginum eru það nemafulltrúar (e. representatives) sem stjórna umræðunum en þegar kennararnir bætast í hópinn taka þeir meira við stjórninni. Svo eru alls konar félagslegir viðburðir (e. social events) utan við ráðstefnuna og það veldur því að ráðstefnudagarnir eru oft ansi langir, 15-20 klukkutímar af fjöri.

Hvað varð til þess að þú bauðst þig fram?

Ég fór á ENPHE ráðstefnu í Portúgal í maí og fékk þá að kynnast starfinu. Ráðstefnan var svo haldin hér í Reykjavík í september og þá var okkur öllum sem höfum farið safnað saman í sk. „Student Board“ sem tók þátt í að skipuleggja ráðstefnuna. Ég var tengiliður (e. contact student) við ESB fyrir ráðstefnuna og sá þá um að flytja upplýsingar og hugmyndir á milli nemastjórnarinnar og skipulagsnefndarinnar. Í gegnum það ferli kynntist ég þáverandi formanni mjög vel og hún hvatti mig til að sækja um stöðu í

stjórninni rétt áður en umsóknarfresturinn rann út. Hún var svo ánægð með alla aðstoðina sem ég hafði veitt henni í undirbúningnum og hún vildi að ég tæki við af sér. Mér fannst þetta fráleit hugmynd í fyrstu, að verða formaður í evrópskum nemendasamtökum, en þetta ýtti svolítið við mér. Eftir tveggja daga umhugsun ákvað ég að slá til, ég hefði engu að tapa, og ég sé ekki eftir því!

Í hverju felst embættið og hvað er kjörúmabilið langt? Hvenær og hvar verður næsta ENPHE ráðstefna og hvert verður þitt hlutverk þar?

Embættið mitt er formaður stjórnarinnar og það felst aðallega í því að vera með yfirumsjón yfir því sem er í gangi hjá nemunum. Ég sé um að skipuleggja fundi við talsmenn vinnuhópanna, uppfæra heimasíðu og Facebook síðu nefndarinnar (það er hægt að finna okkur þar undir ENPHE Student Body), útteila þeim verkefnum sem koma upp og svo er ég tengiliður stjórnar við skipuleggiendur næstu ráðstefnu. Á ráðstefnunni sjálfri felst hlutverk formannsins í því einu að halda mikið af ræðum og passa að vinnan í vinnuhópunum gangi smurt fyrir sig. Ég bauð mig fram til tveggja ára, en ég má sitja í 1-2 ár í viðbót, eða allt að ári eftir að ég útskrifast. Eftir það tekur oftast við eitt ár sem ráðgjafi fyrir nýjan formann sem tekur við. Planid er nú samt bara að komast í gegnum þessi tvö ár til að byrja með og sjá svo til. Þetta er frekar stór pakki að fara inn í.

Við erum þrjú í stjórninni og við fundum einu sinni í mánuði í gegnum Skype. Ég er með tvo yndislega hollenska stráka með mér sem eru varaformaður og gjaldkeri. Annar þeirra er að læra í Danmörku og það vill svo til að hann er tengiliður við stjórnina fyrir næstu ráðstefnu sem verður haldin í Hróarskeldu í Danmörku



í apríl. Það var reyndar löngu ákveðið áður en hann bauð sig fram í stjórnina, en það er ekki verra að hafa tengiliðinn í stjórninni.

Hvar ertu stödd í sjálfu náminu hér heima? Eitthvað sérstakt áhugasvið í náminu?

Ég er á þriðja ári og klára B.Sc. gráðuna næsta vor. Við erum reyndar ekki búin að fara í taugaáfangann ennþá, en ég verð að viðurkenna að taugasjúkraþjálfunin heillar mig!

Hvernig líkar þér námið í sjúkraþjálfun, eitthvað sem þú vilt tjá þig um þar, kostir og gallar?

Að skrá mig í nám í sjúkraþjálfun er besta ákvörðun sem ég hef tekið. Ég var búin með tvö ár í lífefna- og sameindalíffræði og það skildu margir ekki hvers vegna ég kláraði það ekki áður en ég fór í sjúkraþjálfunina fyrst ég átti svona lítið eftir, en ég gat bara ekki beðið.

Námið er mjög skemmtilegt og mun meira krefjandi en ég bjóst við. Kennararnir eru yndislegir og við fengum að kynnast þeim svo vel við skipulagninguna á ráðstefnunni, sem var mjög skemmtilegt.

Ég held að við séum öll ennþá að átta okkur á því að námið er ekki lengur fjögur ár, heldur fimm. Fimm ára kerfið er ennþá svo nýtt og það er oft pirringur í nemendahópnum yfir því að vera með þeim fyrstu í nýju prógrammi, sem er skiljanlegt. Við erum þó flest sammála um að þegar það verður komin reynsla á kerfið verði þetta góð breyting fyrir námið og stéttina líka, en maður finnur að það bitnar oft á okkur hvað kerfið er nýtt, en að sama skapi finnur maður líka að það eru allir að reyna sitt besta.

Andinn í deildinni er frábær og það er alltaf gaman að mæta í skólann. Kennararnir eru svo aðgengilegir og þar sem ég hef samanburð úr annarri deild Háskólans, þá verður það að segjast

að kennsluhættirnir eru oft mjög óhefðbundnir, en það er bara skemmtilegt.

Hvað gerir þú fyrir utan námið?

Námið tekur mjög mikinn tíma og það gefst ekki mikill tími til að gera margt annað. Ég er mikill fullkominarsinni og ákvað því að hætta að vinna með skólanum til að geta sinnt náminu þannig að ég væri sátt.

Fyrir utan námið finnst mér nauðsynlegt að mæta reglulega í yoga og aðra líkamsrækt. Mér finnst gaman að baka, prófa nýjar uppskriftir og læra ný tungumál. Þegar tækifæri gefst til að lesa aðrar bækur en skólabækurnar gríp ég það fegin.

Eitthvað meira sem þú vilt segja okkur þessu tengt?

Við erum mjög spennt að halda áfram að þróa Evrópusamstarfið og erum búin að setja okkur það markmið að auka sýnileika ENPHE og ESB innan sjúkraþjálfunarstéttarinnar í Evrópu. Við stefnum að því að fá fleiri háskóla til að nýta sér afurðir þessara ráðstefna, því það kemur margt gagnlegt út úr þeim. Við erum til að mynda að þróa sameiginlegt mat fyrir klínískt skiptinám sem myndi auðvelda allt slíkt innan Evrópu.

Persónuleg finnst ég mjög greinilega á þessum ráðstefnum hvað við erum framarlega á sumum sviðum, en aftarlega á öðrum. Námið hér er mjög gott og við höfum faglegt sjálfstæði, en við erum langt á eftir þegar kemur að alþjóðavæðingu og ólíkum menningarheimum, ekki bara sem stétt, heldur allt samfélagið okkar. Það sem er svo frábært við þessar ráðstefnur er að við getum sest niður með nemum frá öðrum Evrópulöndum og miðlað af okkar reynslu þar sem við erum framarlega, en líka hlustað og lært af þeim sem eru framar en við á öðrum sviðum.



Rófubeinsverkir í kjölfar fæðingar: Tengsl fæðingarstöðu á öðru stigi fæðingar við rófubeinsverki; afturvirk rannsókn.

Ágrip

Inngangur: Fæðing er talin áhættuþáttur rófubeinsverkja en óljóst er hvaða þættir fæðingar eru orsakavaldur. Rófubeinsverkir í kjölfar fæðingar geta haft mikil áhrif á lífsgæði móður.

Markmið: Megin markmið þessarar rannsóknar var að prófa þá tilgátu að tengsl séu á milli verkja í rófubeini og fæðingarstöðu. Að auki var markmiðið að afla upplýsinga um fæðingarstöður íslenskra kvenna, algengi rófubeinsverkja í kjölfar fæðingar og rýna í hvað einkennir þær konur sem eru með skráða rófubeinsverki. Aðferðarfræði: Gögnum um fæðingarstöður og bakgrunnsbreytur var safnað afturvirk frá árunum 2013-2015. Fæðingarstöðum var skipt í tvo flokka; spjaldbein í læstri stöðu og spjaldbein ekki í læstri stöðu. Notast var við lýsandi tölfærði og ályktunartölfærði við úrvinnslu gagna.

Niðurstöður: Á árunum 2013-2015 voru algengustu fæðingarstöðurnar þær þar sem spjaldbeinið var í læstri stöðu. Fæðingar þar sem kona var með skráða rófubeinsverki voru í 80% tilfella í fæðingarstöðu sem fól í sér læst spjaldbein. Hins vegar voru 83% fæðinga hjá konum sem ekki voru með skráða rófubeinsverki einnig í stöðu þar sem spjaldbein var í læstri stöðu. Ekki var marktækur munur á milli hópanna ($p = 0,50$). Bakgrunnsbreytur sýndu að meðalaldur kvennanna var 28 ár, meðalfæðingarþyngd barnanna var 3.536 gr og konurnar höfðu að meðaltali fætt einu sinni áður. Meðal líkamþyngdarstuðull var 24,78 kg/m².

Ályktanir: Fæðingarstöður á öðru stigi fæðingar virðast hafa lítil áhrif á rófubeinsverki í kjölfar fæðinga. Skráning upplýsinga í sjúkraskrár var ábótavant sem veldur mikilli skekkju í rannsókninni og því er erfitt að draga ályktanir af niðurstöðum hennar. Bætt skráning skapar möguleika á frekari rannsóknum.

ALMA RÚN KRISTMANNSDÓTTIR, KRISTÍN ÓSK GÍSLADÓTTIR
OG SUNNA ÖSP RUNÓLFSDÓTTIR
LEIÐBEINENDUR: HALLDÓRA EYJÓLFSDÓTTIR
OG SÓLVEIG ÁSA ÁRNADÓTTIR.



Árangur sjúkráþjálfunar hjá sjúklingum með starfræn einkenni: Kerfisbundin samantektarrannsókn.

Ágrip

Inngangur: Starfræn einkenni eru skilgreind sem taugaeinkenni án vefrænna skýringa. Konur greinast oftast með sjúkdóminn en karlar og er meðalaldur við greiningu í kringum 40 ár. Starfræn einkenni eru fjölbreytt, misalvarleg og misalgeng. Sjúkráþjálfun er þekkt meðferðarúrræði og hefur öðlast gildi sem meðferð fyrir sjúklinga með starfræn einkenni.

Markmið: Að gera kerfisbundna samantekt á árangri meðferða sjúkráþjálfara hjá sjúklingum með starfræn einkenni.

Aðferð: Gagnabankarnir Cinahl, Medline – Ovid, Proquest og CSA, Science direct – Elsevier og Medline – Pubmed voru notaðir við að finna greinar sem lýsa meðferðum og árangri sjúkráþjálfara við meðhöndlun sjúklinga með starfræn einkenni. Leitað var að rannsóknum á ensku sem birst höfðu frá 6. september 2012 til 19. febrúar 2017.

Niðurstöður: Við leitina komu upp 881 grein en aðeins 12 rannsóknir uppfylltu inntökuskilyrðin sem voru notuð í kerfisbundnu samantektinni. Ein slembivalin samanburðarrannsókn fannst við leitina en aðrar rannsóknir voru af lægra sönnunarstigi. Rannsóknirnar innihéldu fáa þátttakendur og var helmingur þeirra tilfellarannsóknir með einum þátttakanda. Mismunandi aðferðir voru notaðar við sjúkdómsgreiningu, mat á árangri og meðferð var fjölbreytt. Allar rannsóknirnar nema ein rannsókuðu áhrif af þverfaglegri nálgun í meðferð sjúklinga með starfræn einkenni þar sem sjúkráþjálfun var hluti af heildarmedferð og því erfitt að ákvarða hvaða íhlutun skilar mestum árangri. Algengasta meðferðarnálgun sjúkráþjálfara var atferlismótun og var hún notuð í helmingi rannsókna. Niðurstöður bentu til mögulegra jákvæðra áhrifa af sjúkráþjálfun.

Samantekt: Fáar hágæða rannsóknir um meðferðir sjúkráþjálfara fundust við leitina. Vísbendingar eru um jákvæð áhrif af sjúkráþjálfun en frekari rannsókn er þörf til að hægt sé að álykta um að sjúkráþjálfun beri árangur.

BIRNA ÓSK ARADÓTTIR OG SOFFÍA KLEMENZDÓTTIR.
LEIÐBEINENDUR: GUÐBJÖRG ÞÓRA ANDRÉSDÓTTIR
OG ÞJÓÐBJÖRG GUÐJÓNSDÓTTIR.



Það læra börnin sem fyrir þeim er haft: Mat á samfelldri kyrrsetu í grunnskólum á Íslandi með tilliti til þróunar á kyrrsetuhegðun.

Ágrip

Inngangur: Á Íslandi eru 6-16 ára börn skólaskyld. Kyrrsetuhegðun, sem byrjar að þróast í fyrstu bekkjum grunnskóla, myndar grunn fyrir slíka hegðun á fullorðinsárum og eykur líkur á lífstíllssjúkdómum. Með því að vinna gegn þróun kyrrsetuhegðunar hjá grunnskólabörnum er lagður grunnur að betri heilsu á fullorðinsárum.

Markmið: Markmið verkefnisins eru: a) að leggja mat á samfelldan kyrrsetutíma nemenda í grunnskólum á Íslandi; b) að bera saman kyrrsetutíma í heilsueflandi, almennum og einkareknum grunnskólum; c) að bera saman kyrrsetutíma milli mismunandi skólastiga; og d) að setja fram leiðbeiningar um uppsetningu stundaskráa fyrir grunnskóla.

Aðferðir: Tekið var þrífagskipt tilviljunarúrtak og upplýsinga aflað úr 20 grunnskólum. Lagt var mat á samfellda kyrrsetu út frá stundatöflum. Unnið var út frá því viðmiði að kyrrseta sem varir í 60 mín eða lengur án þess að vera brotin upp með hreyfingu í a.m.k. 10 mín sé samfelld og þar með talin til heildarkyrrsetu grunnskólabarna.

Niðurstöður: Marktækur munur er á lengd skipulagðrar kyrrsetu á dag á mismunandi skólastigum ($p < 0,001$). Í öllum skólum var minnst kyrrseta á yngsta stigi en mest á elsta stigi. Einnig var marktækur munur á meðallengd skipulagðrar kyrrsetu milli mismunandi gerða af grunnskólum ($p < 0,001$). Styttri skipulögð kyrrseta var í einkareknum þátttökuskólum í samanburði við heilsueflandi og almenna grunnskóla. Ekki var marktækur munur á aukningu skipulagðrar kyrrsetu milli skólastiga í mismunandi skólum ($p = 0,131$); aukning á kyrrsetu er því sú sama á milli skólastiga í öllum skólagerðum.

Ályktanir: Samfelld kyrrseta grunnskólabarna á Íslandi, metin út frá stundatöflum, fer ítrekað yfir 60 mín, eykst með aldri og getur leitt til óæskilegra áhrifa. Settar eru fram leiðbeiningar um uppsetningu stundatafla með það að markmiði að minnka samfellda kyrrsetu nemenda.

BJÖRN HÁKON SVEINSSON OG ÓLAFÍA HELGA JÓNASDÓTTIR.
LEIÐBEINANDI: ÞÓRARINN SVEINSSON. BS RITGERÐ Í SJÚKRAÞJÁLFUN,
HÁSKÓLI ÍSLANDS, 2017.



Hvíldarpsenna grindarbotnsvöðva kvenna með legslímuflakk: For-rannsókn.

Inngangur: Legslímuflakk er ágengur sjúkdómur sem lýsir sér þannig að legslímufrumur finnast utan legs. Hann einkennist af verkjum í grindarholi sem geta þróast í langvinna verki. Greiningartími er langur og eru konur oft með einkenni í langan tíma án viðeigandi meðferðar. Það getur leitt af sér yfirspennu í grindarbotnsvöðvum og erfiðleikum að ná fram slökun. Þar geta sjúkraþjálfarar veitt meðferð og nýtt sérþekkingu sína á stoðkerfi líkamans.

Markmið: Að bera saman hvíldarpsennu grindarbotnsvöðva kvenna með legslímuflakk og kvenna sem ekki hafa sjúkdóminn. Aðferð: Einblind þversniðsrannsókn á 22-52 ára konum. Alls voru 15 konur í rannsóknarhóp og 15 konur í viðmiðunarhóp. Hvíldarpsenna grindarbotnsvöðva var mæld með þrýstingsmæli (Gymna Myo 200™) í leggöngum. Þátttakendur svöruðu spurningalista um stoðkerfisverki, líkamlega virkni og fleira.

Niðurstöður: Í þrýstingsmælingum var ekki marktækur munur milli hópa: meðaltal grunnhvíldarpsennu ($p = 0,18$), hvíldarpsennu eftir endurtekna hámarkssamdrætti ($p = 0,06$) eða hækkun á hvíldarpsennu úr fyrstu hvíld eftir fyrsta hámarkssamdrátt og þar til eftir endurtekna hámarkssamdrætti ($p = 0,41$). Konur í viðmiðunarhópi virðast líkamlega virkari en þær sem eru í rannsóknarhópi ef horft er til atvinnu og hreyfingu í frítíma. Stór hluti kvenna í rannsóknarhópi segjast almennt finna fyrir stoðkerfisverkjum en fáar hafa nýtt sér sjúkraþjálfun sem meðferð við einkennum sjúkdómsins. Ályktun: Niðurstöður þessarar forrannsóknar byggja á litlu tölfræðilegu afli en gefa vísbendingar fyrir frekari rannsóknir á þessu sviði. Gagnreynd þekking er sjúkraþjálfurum nauðsynleg til að vinna á rót vandans hvað varðar einkenni og afleiðingar legslímuflakks.

ELISABET ÞÓRUNN GUÐNADÓTTIR, FANNEY ELSA HÖLMGEIRSDÓTTIR
OG SÓLVEIG STEINUNN PÁLSDÓTTIR.
LEIÐBEINENDUR: HALLDÓRA EYJÓLFSDÓTTIR
OG DR. SÓLVEIG ÁSA ÁRNADÓTTIR.



Stærð stefnubreytingar: Útreikningar og tengsl við lífaflfræðileg gildi í framkvæmd gabbhreyfinga.

Ágrip

Bakgrunnur: Slit á fremra krossbandi er alvarlegur áverki og er endurhæfing löng. Rannsóknir beinast margar að því að greina orsakir og áhættuþætti. Eitt af því sem getur bætt rannsóknum á þessu sviði er traust og gagnreynd aðferðafræði.

Tilgangur: Markmið þessarar rannsóknar var að meta stærð stefnubreytingar við framkvæmd gabbhreyfinga með þremur ólíkum aðferðum. Útkoma tveggja aðferða var síðan notuð til að greina tengsl við þekkta áhættuþætti fyrir sliti á fremra krossbandi. Aðferðir: Þátttakendur voru 10-12 ára börn sem stunduðu fótbolta eða handbolta. Eftir 5 mínútna upphitun framkvæmdu þau 5 stefnubreytingar til hægri og vinstri, og gengust síðan undir þreytuhlutun. Eftir þreytuhlutunina voru mælingar endurteknar. Gögnum var safnað með Qualisys-hreyfigreiningarkerfi og AMTI-kraftplötum. Fjölpátta dreifnigreining (e. multifactorial ANOVA) var notuð til að bera saman reikniadferðirnar og samdreifnigreining (e. ANCOVA) til að athuga fylgni þeirra við lífaflfræðileg gildi. Marktektarmörk voru sett 0,05.

Niðurstöður: Marktækur munur var á öllum þremur reikniadferðunum hvað varðar stærð stefnubreytingar. Reikniadferðin sem byggði á stöðu hæla sýndi stærstu stefnubreytinguna. Marktæk hlutfylgni mældist á milli kiðvægis um hné annars vegar, og stærð stefnubreytingar með reikniadferð hæla og hliðarhalla bols hins vegar.

Ályktun: Hugsanlega er val á aðferð mikilvægur þáttur í rannsóknum á stærð stefnubreytingar. Staða fóta gæti verið góð leið til að meta stærð stefnubreytingar þegar fylgni við kiðvægi um hné er skoðuð.

GÍSLI VILHJÁLMUR KONRÁÐSSON OG GUÐJÓN GUNNARSSON:
LEIÐBEINANDI: DR. KRISTÍN BRIEM.
MEDLEIÐBEINANDI: HARALDUR BJÖRN SIGURÐSSON,
MS. BS RITGERÐ Í SJÚKRAPJÁLFUN, HÁSKÓLI ÍSLANDS, 2017.



Æfingaálag og meiðslatiðni: Bráð meiðsli og álagseinkenni meðal ungra íþróttamanna.

Ágrip

Inngangur: Æfingaálag hjá ungu íþróttafólki hefur aukist á síðastliðnum árum. Rannsóknir gefa til kynna að samband sé á milli æfingaálags og meiðslatiðni hjá íþróttafólki. Íþróttameiðsli geta verið stórt vandamál. Lítið er til af rannsóknum á íþróttameiðslum barna og unglinga á Íslandi.

Markmið: Kanna meiðslatiðni og æfingaálag hjá ungu íþróttafólki, ásamt því að skoða hvort tengsl séu þar á milli. Skoða hvort munur sé á meiðslatiðni og æfingaálagi á milli kynja annars vegar og íþróttagreina hins vegar. Kanna hvert hlutfall álagseinkenna og bráðameiðsla er af heildarfjölda íþróttameiðsla.

Aðferðafræði: Tvennskonar spurningalistar voru lagðir fyrir framhaldsskólanemendur á afreksíþróttasviði. Annar þeirra var lagður fyrir nemendur einu sinni og hinn alls fjórum sinnum yfir 8 vikna tímabil. Gögnum var safnað saman og flutt yfir í Excel og SAS Enterprise Guide 7.1 til úrvinnslu. Notuð voru eftirfarandi tölfræðipróf: Einþátta ANOVA, ANOVA Mixed Models, Logistical aðhvarfsgreining, Poisson aðhvarfsgreining og Generalized Linear Models.

Niðurstöður: Marktækt minna æfingaálag og lægra meiðslahlutfall er í fótbolta miðað við handbolta og aðrar íþróttagreinar. Ekki er marktækur munur á æfingaálagi og meiðslatiðni milli kynja þrátt fyrir að stúlkurnar hafi í öllum tilvikum haft hærri meiðslatiðni. Álagseinkenni mældust marktækt fleiri en bráðameiðsli, bæði hjá stúlkum og drengjum. Ekki er fylgni milli aukins æfingaálags og hærri meiðslatiðni meðal ungs íþróttafólks.

Ályktanir: Þessi rannsókn var lítil og náði yfir stutt tímabil og það gæti hafa haft áhrif á niðurstöður. Því er þörf á stærri og nákvæmari rannsókn á þessu sviði á Íslandi. Niðurstöður gefa þó innsýn í meiðslatiðni og æfingaálag hjá ungu íþróttafólki í mörgum mismunandi íþróttagreinum og þar með byggt grunn að fyrirbyggjandi aðgerðum.

HALLDÓRA HULD INGVARSDÓTTIR, RAKEL JÓHANNESDÓTTIR
OG SVANDÍS ÖSP LONG
LEIÐBEINANDI: ÁRNI ÁRNASON



Áhrif þreytu á göngu eftir hásinaslit. Mælingar á hreyfifræðilegum þáttum ökkla og vöðvavirkni kálfapríhöfða.

Inngangur: Hásinarslit er með algengustu íþróttameiðslum. Mismunandi meðferðarúræði hafa verið rannsökuð en fremur lítið hefur verið skrifað um áhrif vöðvaþreytu neðri útlíma á hreyfifræðilega þætti göngu hjá einstaklingum sem hafa slitið hásin.

Markmið: Að athuga áhrif þreytu á ökklahreyfingar í göngu hjá einstaklingum sem hafa slitið hásin, kanna fylgni "Acilles tendon resting angle" (ATRA) og ómskoðunar (OS) á lengingu sínarinnar og athuga áhrif þreytu á vöðvavirkni mældri með EMG, í þríhöfðavöðva kálfa.

Aðferðafræði: 30 einstaklingar tóku þátt í rannsókninni. Inntökuskilyrði voru að hafa rofið hásin á síðastliðnum 1 til 3 árum, vera á aldrinum 18 til 65 ára, að rof hafi verið greint og meðhöndlað innan fjögurra daga frá áverka, BMI undir 30 og engin önnur taugavöðvaskerðing. Lengd hásinar var mæld með OS og áætluð með ATRA. Að lokinni staðlaðri upphitun gengu þátttakendur á bretti í 5 mínútur í 7° halla og þá voru fallhoppspróf og hællyftupróf framkvæmd. Að því loknu var þreytuinngrip í 5 mínútur á skautabretti, svo voru fallhoppspróf og göngumæling framkvæmd aftur. Vöðvavirknisgögn kálfapríhöfða var safnað og unnin með hjálp: Qualsys kerfis og DELSYS tölvuforrits, Visual 3D var notað við úrvinnslu og gögnin skráð í Excel. SAS Enterprise Guide 7.1 og SPSS voru notuð við tölfræðiúrvinnslu.

Niðurstöður: Hreyfiútslag var marktækt minna ÁM en HM við göngu upp halla ($p < 0,001$) óháð þreytu, og þreytuinngripid dró úr hreyfiútslag bæði ÁM og HM ($p < 0,001$). Heilt yfir ($n=60$) fannst marktæk fylgni milli ATRA og ómskoðunar mælinga ($r=0,454$; $p < 0,001$). Niðurstöður sýndu að þreytuinngripid hafði tölfræðilega marktæk áhrif til lækkunar á EMG merki beggja vegna ($p < 0,001$).

Ályktanir: ATRA virðist vera ágætis mælitæki til að meta lengd hásinar eftir hásinaslit. Þrátt fyrir töluverðan mun á hreyfiferli ÁM og HM þá hefur þreytuinngripid sömu áhrif báðu megin sem við skýrum með mikilli aðlögun hreyfikerfisins (e.locomotor system) að skerðingunni.

KOLBEINN TUMI BALDURSSON, STYRMIR ÖRN VILMUNDARSON.
LEIÐBEINANDI: KRISTÍN BRIEM



Ofþjálfun. Mælitæki sem nýtast í forvörnum.

Útdráttur:

Pegar viðeigandi endurheimt fylgir ekki á eftir þjálfun, er hætt á ofþjálfun. Ofþjálfun geta fylgt alvarleg einkenni með slæmar meðferðarhorfur. Lítið er vitað um hvenær minna alvarleg ofþjálfun þróast út í alvarlega ofþjálfun. Einstaklingur sem upplifir ofþjálfun getur verið marga mánuði upp í ár að ná fullri endurheimt. Lítið hefur verið fjallað um mælitæki til að meta ofþjálfun hér á landi. Því er markmið þessarar ritgerðar að fara yfir og gera mat á þeim mælitækjum sem notuð hafa verið til að meta ofþjálfun og kynna þau fyrir íslensku mælandi þjálfurum, sjúkraþjálfurum og almennum borgurum. Gera stutta samantekt á nýjustu þekkingu um ofþjálfun og meta hver væru góð næstu skref í forvörnum á ofþjálfun á Íslandi. Framkvæmd var fræðileg samantekt og niðurstöður þessarar ritgerðar sýna fram á að það eru til hagnýt, réttmæt og ódýr mælitæki til að meta ofþjálfun. Huglæg mælitæki sýna almennt fram á meira réttmæti og hagnýtni heldur en hlutlæg mælitæki til að meta stig og alvarleika ofþjálfunar. Hlutlæg mælitæki geta þó veitt mikilvægar upplýsingar um ástand íþróttamanns, eins og til dæmis frammistöðumælingar. Spurningalistar sem eru sérhannaðir til að meta streituvalda og ástand íþróttamanns þarf að þýða yfir á íslensku til að hægt sé að nota þá í forvörnum á Íslandi. Mælum við með því að RESTQ-S (Recovery Stress Questionnaire for Athletes) og MTDS (Multi-component Training Distress Scale) verði þýddir. Sjúkraþjálfarar þurfa að beita sér meira í forvörnum gagnvart ofþjálfun og fræða aðrar heilbrigðisstéttir, íþróttamenn og þjálfara um forvarnir. Mikilvægt er að þjálfarar og íþróttamenn vinni saman að því að stýra æfingaálagi og ávinningur þess getur verið betri árangur og líðan íþróttamanns.

KRISTJÁN HULDAR ADALSTEINSSON, RÚNAR KARL ELFARSSON
LEIÐBEINANDI: ÞÓRARINN SVEINSSON



Forvarnir gegn stoðkerfisverkjum í námi í rafvirkjun.

Útdráttur:

Inngangur: Stoðkerfisverkir eru stórt vandamál hjá einstaklingum út um allan heim. Margir vinna með sér stoðkerfiseinkenni tengda vinnu þeirra í iðngreingum. Lífafræðilegir-, lífedlisfræðilegir og sálfélagslegir þættir ýta undir líkur á stoðkerfisverkjum tengdum vinnu. Fræðsla um þessa þætti gæti minnkað líkurnar á þeim og er því mikilvægt að einstaklingar séu meðvitaðir um þessa þætti. Rafvirkjar er ein tegund iðngreinar sem tengist þeim þáttum sem auka líkurnar á stoðkerfisverkjum. Lítið er til um rannsóknir á algengni þessara verkja.

Markmið: Rannsaka hvort fræðsla um forvarnartengda þætti gegn vinnutengdum stoðkerfisverkjum sé veitt í iðnskólum og hins vegar hvort þessir verkir séu raunverulegt vandamál meðal rafvirkja á Íslandi.

Aðferðarfræði: Lesið var yfir námskrár iðnskólanna sem kenndur rafvirkjan eða grunnám í rafiðn og farið yfir námskeiðslýsingar þar sem þær voru aðgengilegar. Lögð var fyrir könnun þar sem rafvirkjar á Íslandi voru spurðir út í þá fræðslu sem þeir hefðu fengið og hvort þeir finndu fyrir stoðkerfisverkjum sem þeir tengdu við vinnu sína sem rafvirkja. Sett var krafa um sveinspróf og að einstaklingarnir hefðu unnið við iðnina í þrjú ár eða lengur. Niðurstöður: Í engum af þeim átta skólum sem kenndu grunnám í rafiðn og/eða nám í rafvirkjun var lögð áhersla á fræðslu um forvarnir gegn stoðkerfisverkjum tengdum vinnu. Þá var heldur ekki lögð áhersla á forvarnir við töku á sveinsprófi né voru áfangar í endurmenntun sem lögðu áherslu á þær. Niðurstaða könnunarinnar var sú að 80,9% rafvirkja fundu fyrir stoðkerfisverkjum sem þeir tengdu við vinnu og mikill minnihluti þeirra hafði hlotið einhverja fræðslu.

Ályktanir: Það þarf að rannsaka betur stoðkerfisverkjamynstur hjá rafvirkjum á Íslandi, en þessi ritgerð sýnir fram á það að þeir eru stórt vandamál. Einnig er lítið fjallað um áhættuþætti, líkamsstöðubeitingu og hagræðingu á vinnu í námi í rafvirkjun og það þyrfti að auka.

MARGRÉT ÁRSÆLSDÓTTIR.
LEIÐBEINANDI: ÞÓRARINN SVEINSSON



Réttmæti activPAL mælis til að meta stöður og skrefafjölda barna sem eru nýbyrjuð að ganga: Forathugun.

Inngangur: Göngureynsla og æfing skipta höfuðmáli við að ná framförum á göngu. Fjölbreyttar hreyfingar barna auka jafnvægi og styrk og eru þáttur í að ná góðri göngufærni. Mikilvægt er að afla upplýsinga um þær. Vitneskja um hversu mörg skref börn með eðlilegan hreyfiproska taka á dag getur gefið vísbendingu um hversu mikla æfingu börn sem eru nýbyrjuð að ganga þurfa til að festa göngufærni í sessi. ActivPAL er hreyfímælir sem metur stöðubreytingar og skref en réttmæti hans hefur ekki verið kannað fyrir börn sem eru nýfarin að ganga.

Markmið: 1. Að skoða hvort gögn frá activPAL mæli gefi réttar upplýsingar um stöður barns sem er nýfarið að ganga borið saman við beint áhorf. 2. Að skoða hvort activPAL mælir gefi réttar upplýsingar um fjölda skrefa barns sem er nýfarið að ganga.

Aðferð: Þátttakendur voru sex börn 13-17 mánaða með að meðaltali 11,7 vikna göngureynslu. Hvert barn lék sér frjálst með foreldri í barnvænu rannsóknarherbergi. ActivPAL mælir var festur á barnið og leikurinn tekinn upp á myndband. Hreyfingar og stöður barnanna voru greindar á myndbandsupptöku sekúndu fyrir sekúndu og niðurstöður bornar saman við gögn frá mælinum. Niðurstöður: ActivPAL mælirinn ofmat marktækt tímann sem varið var í tveimur flokkum: sitja/liggja ($p=0,004$) og standa ($p=0,046$) en munurinn var ekki marktækur á göngu ($p=0,15$). Myndbandsupptaka sýndi að 15,6% af heildartímanum gerðu börnin aðrar hreyfingar en mælirinn mat. Mælirinn taldi 73,5% af þeim skrefum sem talin voru á myndbandsupptöku.

Ályktun: ActivPAL mælir ekki á réttmætan hátt stöður og skrefafjölda barna, sem eru nýfarin að ganga.

MARÍA GUÐNADÓTTIR, HERDÍS ANNA MAGNÚSDÓTTIR.
LEIÐBEINANDI: ÞJÓBBJÖRG GUÐJÓNSDÓTTIR



Áhrif líkamsbyggingar íþróttastelpna og -stráka á hreyfimylnstur við framkvæmd gabbhreyfinga.

Slit á fremra krossbandi (FK) er alvarlegur áverki á hné og getur haft neikvæð áhrif á íþróttaiðkun fólks. Í rannsóknum þar sem kannaðir eru kynbundnir áhættuþættir krossbandsslita er oftast einblínt á einstaklinga eftir kynþroska. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvort kynbundinn munur á líkamsbyggingu væri til staðar hjá 9 - 12 ára börnum og hvort ákveðnar breytur sem endurspeglar líkamsbyggingu hefðu tengsl við hreyfimylnstur um mjöðm og hné við framkvæmd gabbhreyfinga. Einnig var kannað hvort kynbundinn munur væri á hreyfimylnstri hægri og vinstri hliðar, fyrir og eftir þreituíhlutun.

Alls tóku 129 (stúlkur og drengir) þátt, frá handbolta- og fót-boltaliðum á höfuðborgarsvæðinu. Þátttakendur hituðu upp á hjóli í 5 mínútur, framkvæmdu síðan 10 gabbhreyfingar (5 endur-tekningar fyrir hvorn fót) þar sem stigið var á AMTI kraftplötu á meðan átta myndavélakerfi frá Qualisys voru notuð til að taka upp hreyfingarnar í þrívídd. Í kjölfarið fóru þátttakendur í 5 mínútna þreituíhlutun á skautabretti og endurtóku svo 10 gabbhreyfingar. Staða neðri útlíma var skoðuð út frá tímapunkti hámarks fráfærslukraftvægis í hné fyrstu 50 millisekúndur stöðufasans (HFK<50msek). Til tölfraðiúrvinnslu var lúsanði tölfraði notuð ásamt t-prófi og pörðuð t- prófi. Marktektarmörk voru sett við 0,05. Helstu niðurstöður sýndu kynbundinn mun á nokkrum breytum tengdum líkamsbyggingu barnanna. Niðurstöður leiddu líka í ljós að munur milli hliða á hreyfingu mjaðma og búks var ekki eins hjá strákum og stelpum og að áhrif þreytu á fráfærsluhorn í hné voru ólík á milli kynja. Ekki fannst marktæk fylgni á milli líkamsbyggingar og hámarks fráfærslukraftvægis í hné við HFK<50msek en marktæk fylgni var milli líkamsbyggingar neðri útlíma og annarra lífaflfræðilegra breyta.

Líkamsbygging virðist hafa áhrif á hreyfimylnstur við framkvæmd gabbhreyfinga. Þótt ekki sé hægt að hafa áhrif á líkamsbyggingu sem áhættuþátt er nauðsynlegt að vera meðvitaður það hvernig líkamsbygging getur haft áhrif á aðra áhættuþætti þegar hugað er að forvörnum.

SANDRA SIGURDARDÓTTIR, ÞÓRUNN GÍSLADÓTTIR ROTH.
LEIÐBEINANDI: KRISTÍN BRIEM



Sjúkrahjálfunin
SPORTHÚSINU

Táp ehf. sjúkrahjálfun
Hlíðasmára 15
201 Kópavogi
Sími 564 5442
Fax 564 5482
tap@tap.is
www.tap.is

TÁP

SJÚKRAPJÁLFUN



icepharma

Bætt líðan • Betra líf

SJÚKRAPJÁLFUN GARÐABÆJAR

GARÐAFLÖT 16 - 18

210 GARÐABÆR



HRAFNISTA

Reykjavík | Hafnarfjörður
Kópavogur | Reykjanesbær | Garðabær

Reynslan af nýja greiðslupáttökukerfi SÍ

Greiðslupáttökukerfi fyrir heilbrigðisþjónustu.

Sjónarhorn SÍ -Ingveldur Ingvarsdóttir

Í júní 2016 var samþykkt á Alþingi breyting á lögum um sjúkra-tryggingar og greiðslupáttöku sjúkratryggðra fyrir heilbrigðisþjónustu. Þessi lög höfðu verið nokkurn tíma í smíðum og var alþingismaðurinn Pétur Blöndal hvataður að þessum breytingum. Lögin komu til fullnustu í maí sl. og samhliða þeim var sett reglugerð um greiðslupáttöku sjúkratryggðra fyrir heilbrigðisþjónustu.

Markmiðið með nýju greiðslupáttökukerfi var að lækka útgjöld þeirra einstaklinga sem þurfa mikið á heilbrigðisþjónustu að halda og höfðu greitt háar fjárhæðir fyrir þá þjónustu. Sú breyting sem varð með þessu nýja kerfi og skiptir sjúkraþjálfara og skjólstæðinga þeirra mestu máli er að greiðslur sjúkratryggðra einstaklinga fyrir þjónustu vegna þjálfunar, læknishjálpar o.fl. telja nú saman upp í hámarksgjald. Þetta hefur breytt miklu fyrir skjólstæðinga sjúkraþjálfara sérstaklega almenna sjúklinga þar sem engin greiðslupáttaka SÍ var í fyrstu fimm meðferðunum í eldra kerfi.

Innleiðing á nýju greiðslupáttökukerfi var mjög flókin framkvæmd og er henni ekki lokið. Til að kerfið virki eins og ætlast er til þurfa að vera til staðar rauntímasamskipti við alla heilbrigðisveitendur á landinu, bæði stofnanir og einkafyrirtæki. Þau rauntímasamskipti eru ekki til staðar nema við sjúkraþjálfara en fljótlega ættu talmeinafræðingar og iðjuþjálfar að komast í rauntímasamskipti. Verið er að undirbúa rauntímasamskipti við alla veitendur heilbrigðisþjónustu og vonandi ættu þau að nást á næsta ári. Þar sem rauntímasamskipti eru ekki enn til staðar, er einstaklingur í mörgum tilvikum að greiða of mikið fyrir þjónustu því greiðsla fyrir annað en sjúkraþjálfun kemur ekki inn í kerfið fyrr en eftir einhverja daga. Á hverjum degi eru því reiknaðar inneignir sjúkratryggðra og einstaklingur sem hefur ofgreitt fyrir þjónustu fær endurgreitt. Ekki er þörf á að skila reikningum til SÍ vegna þessarar endurgreiðslna, ofgreiddar upphæðir eru greiddar inn á bankareikning viðkomandi (naudsynlegt er að bankareikningur sé skráður í Réttindagátt).

Kostirnir við þetta nýja kerfi eru ótvíræðir fyrir alla sem þurfa að nota heilbrigðisþjónustu að einhverju marki. Börn eru að mestu gjaldfrí í þessu kerfi sem kemur sér vel fyrir barnafjölskyldur. Hámarksgreiðsla annarra fyrir heilbrigðisþjónustu á einum mánuði er mest 24.600 kr. fyrir almenna, en 16.400 kr. fyrir lífeyrisþega. Eftir að hámarksgreiðsla innan mánaðar er náð er þjónustan gjaldfrí. Sæki einstaklingur heilbrigðisþjónustu að jafnaði er hámarksgreiðsla hvers mánaðar 4.100 kr. hjá almennum en 2.733 kr. hjá lífeyrisþegum en ef þjónustan er ekki notuð í einhvern tíma þá hækka þessar greiðslur. Gallinn við kerfið er hins



INGVELDUR INGVARSDÓTTIR
DEILDARSTJÓRI HEILSUGÆSLA OG ÞJÁLFUN

vegar sá að í mörgum tilvikum eru einstaklingar sem lítið nota þjónustu að greiða meira en þeir gerðu áður og fyrir marga lífeyrisþega geta fyrstu greiðslur verið nokkuð háar. Það að þjónusta sé gjaldfrí þegar hámarksgreiðsla er náð og hámarksgreiðsla hækki á hverjum mánuði ef þjónusta er ekki notuð getur virkað sem hvati til aukinnar notkunar á þjónustu.

Áhrif greiðslupáttökukerfis á heildarútgjöld fyrir heilbrigðisþjónustu

Þar sem nýtt greiðslupáttökukerfi er mesta breyting sem gerð hefur verið á greiðslupáttöku sjúklinga í áráðir er fylgst náið með þeim breytingum sem það hefur í för með sér á útgjöld SÍ og notkun á heilbrigðisþjónustu.

Þegar áhrif greiðslupáttökukerfisins eru skoðuð í heild yfir tímabilið maí til ágúst, árin 2016 og 2017 sést að heildarútgjöld hafa hækkað samtals um 6%, með hlutfallslega mestri hækkun hjá tal- og sjúkraþjálfurum. Útgjöld SÍ hafa hækkað samtals um 14% á þessu tímabili, og er einnig mest hækkun þar hjá sjúkraþjálfurum (72%) og talþjálfurum (65%). Útgjöld SÍ vegna klínískra sérgreinalækna virðast haldast nokkuð stöðug milli tímabila og útgjöld vegna rannsókna og heilbrigðisstofnana hafa dregist saman (Sjá töflur 1 og 2).

Útgjöld einstaklinga vegna heilbrigðisþjónustu hafa samtals lækkað um 13%, langsamlega mest hjá talþjálfurum (98%) en það skýrist að mestu af því að stærstur hluti þeirra einstaklinga sem sækja talþjálfun eru börn sem eru gjaldfrjáls í nýja kerfinu. Útgjöld einstaklinga hafa einnig lækkað mikið í iðjuþjálfun (66%) og í sjúkraþjálfun (44%) (Sjá töflu 3).

Heildarupphæð	Maí-ágúst 2016	Maí-ágúst 2017	Breyting	Breyting í %
Talþjálfun	50.070.487	65.422.545	15.352.058	31%
Iðjupjálfun	9.039.468	8.264.921	-774.547	-9%
Sjúkrþjálfun	1.215.113.416	1.502.971.825	287.858.409	24%
Klínískir sérfræðilæknar	2.700.735.840,00	2.792.653.513,00	91.917.673	3%
Rannsóknir*	456.365.891,00	324.710.445,00	-131.655.446	-29%
Röntgen	483.887.628,00	548.130.317,00	64.242.689	13%
Heilbrigðisstofnanir**	44.742.512,00	31.236.238,00	-13.506.274	-30%
Annað	41.894.799,00	39.275.406,00	-2.619.393	-6%
Samtals	5.001.850.041	5.312.665.210	310.815.169	6%

Tafla 1.
Heildarútgjöld í þjálfun
og sérfræðilæknþjónustu.
Samanburður á maí - ágúst
2016 og 2017

Hluti SÍ	Maí-ágúst 2016	Maí-ágúst 2017	Breyting	Breyting í %
Talþjálfun	39.361.201	65.129.761	25.768.560	65%
Iðjupjálfun	8.082.292	7.941.751	-140.541	-2%
Sjúkrþjálfun	703.899.669	1.213.462.809	509.563.140	72%
Klínískir sérfræðilæknar	1.987.493.741,00	2.035.494.007,00	48.000.266	2%
Rannsóknir*	404.864.505,00	278.396.184,00	-126.468.321	-31%
Röntgen	348.894.781,00	397.365.513,00	48.470.732	14%
Heilbrigðisstofnanir**	35.282.036,00	23.267.632,00	-12.014.404	-34%
Annað	33.661.399,00	31.829.617,00	-1.831.782	-5%
Samtals	3.561.539.624	4.052.887.274	491.347.650	14%

Tafla 2.
Útgjöld SÍ í þjálfun
og sérfræðilæknþjónustu.
Samanburður á maí - ágúst
2016 og 2017

Hluti sjúklings	Maí - ágúst 2016	Maí - ágúst 2017	Breyting	Breyting í %
Talþjálfun	10.709.286	237.460	-10.471.826	-98%
Iðjupjálfun	957.176	323.170	-634.006	-66%
Sjúkrþjálfun	507.614.163	283.499.725	-224.114.438	-44%
Klínískir sérfræðilæknar	677.693.316,00	728.509.156,00	50.815.840	7%
Rannsóknir*	47.939.910,00	36.373.162,00	-11.566.748	-24%
Röntgen	134.992.847,00	150.764.804,00	15.771.957	12%
Heilbrigðisstofnanir**	7.826.941,00	7.139.511,00	-687.430	-9%
Annað	8.233.400,00	7.445.789,00	-787.611	-10%
Samtals	1.395.967.039	1.214.292.777	-181.674.262	-13%

Tafla 3.
Hluti einstaklings í þjálfun
og sérfræðilæknþjónustu.
Samanburður á maí - ágúst
2016 og 2017

Fjöldi einstaklinga sem sækir sér heilbrigðisþjónustu hefur aukist talsvert í talþjálfun (19%) og sjúkraþjálfun (10%). Lítil sem engin heildarbreyting er á komum í kerfinu samtals (1%) en komum í talþjálfun hefur fjölgað um 20% og í sjúkraþjálfun um 15% (Sjá töflur 4 og 5). Þessi aukni fjöldi koma skýrist líklega að mestu leiti af auknum fjölda skjólstaðinga.

Benda þarf á að útgjöld í þeim málaflokkum sem falla undir greiðsluþátttökukerfið hafa verið að hækka um 10 – 14% milli ára

síðustu árin, misjafnt eftir málaflokkum. Ef skoðuð eru heildarútgjöld SÍ vegna læknishjálpar (sérfræðilæknar, rannsóknir og röntgen) og þjálfunar (sjúkra-, tal- og iðjuþjálfun) þá hækkuðu útgjöld vegna þessara málaflokka samtals um 14.3% milli ára 2015 og 2016 og um 10% milli ára 2014 og 2015. Sjá Ársskýrslu og staðtölur 2016 á vef sjúkratrygginga <http://www.sjukra.is/media/skyrslur/SI-Arsskyrsla2016-Vef.pdf>.

Fjöldi einstaklinga	Mái - ágúst 2016	Mái - ágúst 2017	Breyting	Breyting í %
Talþjálfun	1.135	1.354	219	19%
Iðjuþjálfun	153	123	-30	-20%
Sjúkraþjálfun	26.926	29.486	2.560	10%
Klínískir sérfræðilæknar	83.853,00	83.609,00	-244	-0,3%
Rannsóknir*	27.726,00	19.858,00	-7.868	-28%
Röntgen	17.716,00	19.290,00	1.574	9%
Heilbrigðisstofnanir**	1.232,00	1.076,00	-156	-13%
Annað	6.127,00	6.017,00	-110	-2%
Samtals	164.868	160.813	-4.055	-2%

Tafla 4.

Fjöldi einstaklinga í þjálfun og sérfræðilæknaþjónustu. Samanburður á máí - ágúst 2016 og 2017

Komur	Mái-ágúst 2016	Mái-ágúst 2017	Breyting	Breyting í %
Talþjálfun	5.297	6.357	1.060	20%
Iðjuþjálfun	1.265	1.103	-162	-13%
Sjúkraþjálfun	185.891	213.372	27.481	15%
Klínískir sérfræðilæknar	158.181,00	155.815,00	-2.366	-1%
Rannsóknir*	46.226,00	24.817,00	-21.409	-46%
Röntgen	20.315,00	22.252,00	1.937	10%
Heilbrigðisstofnanir**	1.623,00	1.298,00	-325	-20%
Annað	9.877,00	9.218,00	-659	-7%
Samtals	428.675	434.232	5.557	1%

Tafla 5.

Fjöldi koma í þjálfun og sérfræðilæknaþjónustu. Samanburður á máí - ágúst 2016 og 2017

*Ekki hefur verið unnt að greiða ákveðna rannsóknarreikninga fyrir þetta tímabil hjá SÍ vegna kerfisvillu í nýja greiðsluþátttökukerfinu og því er líklegt að tölur geti hækkað aðeins fyrir þann yfirflokk.

**Hugsanlega gætu fleiri reikningar borist frá heilbrigðisstofnunum úti á landi fyrir þetta tímabil og því gætu tölur hækkað eitthvað í þessum flokki. Einnig er ekki víst að nákvæmlega sama þjónusta hafi verið í boði á þessum tveimur tímabilum þar sem hún getur breyst ár frá ári.

	Maí – sept 2016	Maí - sept 2017	Breyting	Breyting í %
Heildarkomur	244.088	278.709	34.621	14%
Fjöldi einst.	30.303	32.976	2.673	9%
Hluti SÍ	931.994.977	1.597.135.790	665.140.813	71%
Hluti SÍ/komu	3.818	5.730	1.912	50%
Komur/einst.	8,05	8,45	0,4	5%
Komur/dag	2.303	2.629	327	14%

Tafla 6.

Komur og útgjöld SÍ í maí - september 2016 og 2017

ATH – í þessari töflu er verið að bera saman maí – september, en í töflum hér að ofan maí – ágúst.

Áhrif greiðslupáttökukerfis á útgjöld vegna sjúkraþjálfunar.

Þegar skoðað er hvaða breytingu greiðslupáttökukerfið hefur haft á útgjöld SÍ vegna sjúkraþjálfunar á þessum fyrstu 5 mánuðum eftir gildistöku kerfisins sést að útgjöld SÍ vegna sjúkraþjálfunar hafa aukist um 71% (tafla 6). Megin ástæða þess er líklega sú að greiðslupátttaka SÍ í sjúkraþjálfun er mun meiri nú en var í eldri reglum samhliða því að aukinn fjöldi einstaklinga sækir þjónustu sjúkraþjálfara en áður.

Komum hvers einstaklings til sjúkraþjálfara virðast vera að fjölga og er það áhyggjuefni. Eins og fram kemur hér að ofan þá er ákveðinn hvati til ofnotkunar í kerfinu og því er fagleg ábyrgð

sjúkraþjálfara rík. Það er brýnt að sjúkraþjálfarar fylgi settum meðferðarmarkmiðum þrátt fyrir að greiðslupátttaka sjúklinga sé minni en var í eldra kerfi.

Greiðslupáttökukerfið með sínum kostum og göllum er væntanlega komið til að vera. Nákvæmt eftirlit verður áfram með því hvaða áhrif það hefur á útgjöld vegna heilbrigðisþjónustu. Hvort einhverjar breytingar verða gerðar á kerfinu og hámarksgreiðslum er ekki ljóst á þessum tímapunkti og bíður slíkt líklega nýrra stjórnenda heilbrigðiskerfisins.

Sjónarhorn notenda -Auður Ólafsdóttir

Hver er reynsla ykkar af nýja greiðslupáttökukerfi SÍ?

Reynsla sjúkraþjálfara almennt er mjög góð – kerfið er í sjálfu sér einfalt og það sem mikilvægara er að það er réttlátt. Okkar reynsla er sem sagt góð þ.e. mikil bót fyrir þá sem þurfa að nota heilbrigðisþjónustu mikið - en kerfið átti einmitt að styðja við þá einstaklinga. Einnig munar þetta miklu fyrir almenning - sem áður greiddu um 80% af heildartaxta vegna sjúkraþjálfunar og komust ekki á afslátt fyrr en eftir 30 meðferðarskipti og þá voru þessir einstaklingar búnir að greiða um 140 þúsund krónur, bara fyrir sjúkraþjálfun.

Hvernig hafa verið viðbrögð skjólstæðinga af kerfinu?

Almennt eru viðbrögð skjólstæðinga okkar mjög góð. Fólk er undrandi yfir því að það þurfi kannski ekkert að borga í einhver skipti þegar liðið er á mánuðinn. Öryrkjar og eldri borgarar sem ekki hafa verið að nota heilbrigðisþjónustu geta þó fundið fyrir hækkun á kostnaði í upphafi - en þó má segja að það séu tiltölulega fáir innan þess hóps sem ekki hafa þurft að nota heilbrigðisþjónustu mánuðina á undan. Fólk finnst það hafa unnið í happdrætti að þurfa ekki að borga og trúir því varla þegar sagt er „þú þarft ekkert að greiða í dag“. Sumir vilja samt borga og eru hræddir um að kerfið sé bilað því þeir vilja ekkert skulda!

Bjóst þú við því að kostnaður vegna þess myndi aukast?

Já - það gerðu sér allir grein fyrir því sem eitthvað spáðu í þetta fyrirfram þ.e. að útgjalda-aukning SÍ vegna sjúkraþjálfunar myndi aukast - það lá beint við. Við Kristján Ragnarsson sem sitjum í samstarfsnefnd sjúkraþjálfara og SÍ ræddum þetta á fundum með fulltrúum SÍ og þeim var þetta einnig ljóst. Mesti munurinn er hjá almenningi þar sem niðurgreiðslan var sáralítil áður eins og ég nefndi hér að ofan – kostnaðarhlutdeild SÍ eykst mest vegna þjálfunar þessa hóps. Það sem okkur var líka ljóst og komið hefur á daginn að nú eru fleiri einstaklingar að nýta sér þjónustuna þ.e. fleiri kennitölur að nota þetta úrræði. Þetta eru einstaklingar sem ekki höfðu áður efni á því að vera í sjúkraþjálfun vegna hás kostnaðar og ég hef reyndar heyrt nokkra lækna tala um að nú fyrst geti þeir beint sjúklingum í sjúkraþjálfun þar sem niðurgreiðsla SÍ gerir það að verkum að þeir ná að standa undir kostnaðarhlutdeild sinni. Það er í raun sorglegt að það skuli hafa verið þannig að læknar hafi ekki getað vísað í sjúkraþjálfun þó svo að hún hafi verið talin nauðsynleg. Við vitum allavega að nú hafa fleiri efni á að nýta sér sjúkraþjálfun vegna sinna sjúkdóma, slysa og álagseinkenna (láglaunafólk,



AUÐUR ÓLAFSDÓTTIR,
SJÚKRAÞJÁLFAREI BSC, MPM

námsmenn, atvinnulausir). Heilbrigðisfyrirvöld gerðu sér alveg grein fyrir að kostnaður vegna nýs greiðsluþátttökukerfis myndi aukast og voru búin að áætla þann viðbótarkostnað á ýmsa þætti heilbrigðisþjóstunnar þ.m.t. sjúkraþjálfun. Forstjóri SÍ kom fram í fjölmiðlum og sagði að sjúkraþjálfun hefði farið 19% fram yfir þær áætlanir sem gert hefði verið ráð fyrir. Í fyrsta lagi var þarna einungis verið að skoða einn mánuð milli ára sem er hæpinn samanburður og í öðru lagi er sjúkraþjálfun oft á tíðum úrræði sem fólk fer í þegar það er búið að leita til lækna og jafnvel fara í rannsóknir og því er það mjög algengt að hámarksgreiðslumarki sé náð þegar komið er til sjúkraþjálfara og þ.a.l. er greiðsluþátttaka SÍ vegna sjúkraþjálfunar meiri. Fólk er sem sagt búið að greiða kostnaðinn sinn annarsstaðar í kerfinu. Það að breyta heilu kerfi og setja heilsugæsluþjónustu, lækniþjónustu, alla þjálfun og rannsóknir undir sama greiðslumark er mjög gott mál en það er hins vegar mjög villandi framsetning að taka einn þjónustuþátt út og segja að kostnaður við sjúkraþjálfun hafi aukist. Eðli heildarkerfisins er einfaldlega þannig. Eðlilegur heildarkostnaður vegna alls kerfisins er hærri en gert var ráð fyrir og stjórnvöld telji að grípa þurfi til aðgerða – þá verða þeir að hækka greiðslumark einstaklinga.

Um fjölgun á sjúklingum og/eda meðferðum pr sjúklings eftir innleiðingu nýja GPK?

Eina raunhæfa mælingin til að meta hvort einhverskonar óeðlileg aukning /ofnotkun er innan sjúkraþjálfunar er að skoða hvort meðaltal meðferðaskipta á hvern einstakling hefur fjölgað. Það ætti í sjálfu sér ekki að gerast, en í seinni tíð hefur þessi tala farið frekar lækkandi (sjá töflu). Nú þegar einstaklingar eru jafnvel komnir á núll gjald eftir eitt meðferðarskipti í byrjun mánaðar þá

gæti það alveg gerst að einhverjir hugsi sem svo að fyrst hann er kominn á frítt, þá bara um að gera að fá fleiri tíma innan þess mánaðar. Það sem snýr þá að okkur sjúkraþjálfurum er að láta ekki undan þrýstingi, vera fagleg í okkar meðferðaráætlun og mati á þörf fyrir þjónustu okkar og hafa það í huga að ofnotkun kemur bara til með að bitna á okkur sjálfum. Nú eru komnar fram nýjar tölur frá SÍ um meðalmeðferðarskipti per kennitölu frá maí til september borið saman við sama tímabil í fyrra og þá er örlítill aukning milli áranna 2016 og 2017 eða frá 8,05 skiptum í 8,45 skipti sem er um 5% aukning. Við verðum að vera mjög vakandi þarna og ég veit að bæði SÍ og heilbrigðisráðuneytið vakta þessa mælikvarða. Við getum stýrt þessu að hluta til en ekki að öllu leiti. Eitt nærtækt dæmi: Einstaklingur sem leitaði til sjúkraþjálfara nú í sumar og gengið hafði mjög vel með, var sagt eftir nokkur meðferðarskipti að nú ætti hann að gera sínar æfingar og koma aftur eftir 3 vikur. Viðkomandi mætti að þeim tíma liðnum sem var þá í byrjun mánaðar og þurfti þ.a.l. að greiða sinn hluta. Sjúklingurinn reiddist þjálfaranum og starfsmönnum í móttöku gríðarlega fyrir að hafa ekki sagt sér að hefði hann komið 2 dögum fyrr þá hefði hann ekki þurft að greiða neitt. Bað um beiðnina sína og sagðist ætla að leita eftir þjónustunni annarsstaðar.

Aðsókn í sjúkraþjálfun er að aukast fyrst og fremst vegna þess að fleiri einstaklingar hafa nú greiðslugetu til að standa undir kostnaði. Ástandið er þannig á flestum stöðum sem ég hef heyrt af að biðlistar eru að lengjast. Þess þá heldur er aukinn þrýstingur á sjúkraþjálfara að losa um tíma og hleypa öðrum /nýjum einstaklingum að þjónustunni.

Fyrst og fremst þarf að breyta hugsanagangi Íslendinga sem snýr að því að vera ekki að notfæra sér eða veita þjónustu vegna þess að hún er frí – það kemur okkur öllum í koll. Ég treysti okkur sjúkraþjálfurum fyllilega til að taka þátt í þessa konar hugarfarsbreytingu.

Sérð þú fyrir þér þörf á endurbótum á kerfinu í framtíðinni?

Ég tel allavega ekki vera þörf á því að gera einhverjar umbyltingar á þessu kerfi og stjórnvöld verða að gefa þessu tíma þar sem það er bara rétt um 6 mánuðir frá upptöku þess. Tilgangurinn með nýju greiðsluþátttökukerfi var að það myndi þjóna best þeim sem eru að nota heilbrigðisþjónustu mikið og þannig virkar það. Eðlilegt er að rýna reglulega í tölur og ef niðurstaðan sýnir að ári liðnu að heildarkostnaður ríkisins er meiri en áætlanir gerðu ráð fyrir og ekki fyrirhugað að setja meira fjármagn inn í málaflokkinn – þá verða stjórnvöld að hækka greiðslumarkið. Síðan sé ég það jú fyrir mér að önnur heilbrigðisþjónusta sem er utan þessa kerfis eins og t.d. tannlæknaþjónusta falli undir annars gott kerfi.

Þegar þú þarft að prenta

– fáðu þá tilboð hjá okkur



LITRÓF
umhverfissvottuð prentsmiðja



Vatnagördum 14 · 104 Reykjavík · Sími 563 6000 · www.litrof.is

ALTIS

– aðeins topp vörur



Inspire M5 Multi Gym



Trissa Lojer



SeersMedical meðferðarbenchur



Monark RT2



h/p/cosmos Mercury

Vinnan í Ljósinu krefjandi og gefandi

Haukur Guðmundsson er menntaður sjúkraþjálfari og vinnur hjá Ljósinu, Endurhæfingar- og stuðningsmiðstöð fyrir fólk sem greinst hefur með krabbamein og aðstandendur þeirra. Hann er með meistaragráðu í íþrótt- og heilsufræðum þar sem hann tók sérstaklega fyrir líkamlegt heilsufar og heilsutengd lífsgæði fólks eftir krabbameinsmeðferð. Haukur hefur lokið prófi sem klínískur sérfræðingur í þjálfun krabbameinsgreindra (Clinical Cancer Exercise Specialist) frá University of Northern Colorado Cancer Rehabilitation Institute (UNCCRI). UNCCRI er með sérhæfða miðstöð í líkamlegri endurhæfingu fólks sem greinst hefur með krabbamein sem og að sinna rannsóknum á áhrifum þjálfunar á endurhæfingarferlið.



HAUKUR GUÐMUNDSSON

Segðu okkur frá námi þínu í Háskólanum í Northern Colorado, þar sem þú laukst námi sem klínískur sérfræðingur í þjálfun krabbameinsgreindra.

Námskeiðið hjá UNCCRI sem gefur titilinn klínískur sérfræðingur í þjálfun krabbameinsgreindra tekur fimm daga. Þar er farið í helstu rannsóknir á mikilvægi þjálfunar fyrir fólk sem hefur greinst með krabbamein sem og verklega hluta þar sem maður fær að prófa sig áfram við mat og áætlanagerð. Námskeiðið er ætlað öllum með heilbrigðis- eða þjálfaramenntun og voru þarna aðrir sjúkraþjálfarar, íþróttfræðingar, aðstoðarfólk sjúkraþjálfara og einkaþjálfarar. Í Bandaríkjunum þá eru það samt einungis sjúkraþjálfarar eða fólk með PhD gráðu í þjálfunarfræðum krabbameinsgreindra sem fær að skrifa upp á og meta þjálfunarþarfir fólks eftir krabbameinsmeðferðir og voru flestir sem komu á námskeiðið að gera ráð fyrir að vinna hjá sjúkraþjálfara við þjálfun krabbameinsgreindra.

Nú veiktist þú sjálfur af krabbameini. Varð sú reynsla og upplifun af þjónustu í heilbrigðiskerfinu til þess að þú fékkst áhuga á að læra meira?

Ég greindist með Hodgkins eitilfrumukrabbamein þegar ég var á þriðja ári í sjúkraþjálfun við HÍ og fór í lyfjameðferð vegna þess. Þá fann ég á eigin skinni hversu mikil áhrif slík meðferð hefur á heilsu og þrek til langs tíma og fékk áhuga á að kynna mér hvað væri vitað í þessum málum og hvað væri hægt að gera (sérstaklega sem sjúkraþjálfari) til að sporna við þessum aukaverkunum af meðferð. Sem BS verkefni gerði ég litla rannsókn ásamt Rannveigu Gunnlaugsdóttur á þreki og hreyfivenjum 10 kvenna eftir meðferð vegna brjóstakrabbameina. Um tveimur árum eftir

útskrift var auglýst staða sjúkraþjálfara hjá Ljósinu – Endurhæfingar- og stuðningsmiðstöðvar fyrir fólk sem hefur greinst með krabbamein og aðstandendur þeirra. Ég hafði strax áhuga á því starfi og hóf störf hjá Ljósinu haustið 2009. Núna eru fjórir sjúkraþjálfarar að vinna þar í mismunandi stöðugildum og vonandi mun okkur fjölga í framtíðinni.

Hvernig líður vinnudagurinn í Ljósinu – er boðið uppá einstaklings- og hópmeðferðir hjá sjúkraþjálfara?

Starf sjúkraþjálfara í Ljósinu felur í sér viðtöl við skjólstæðinga Ljóssins. Við tökum sjúkra- og hreyfisögu fólks, metum líkamlegt ástand þeirra með þrekprófum, framkvæmum líkamssamsetningarmælingu sem og önnur próf eftir þörfum. Svo fræðum við skjólstæðinga okkar um þær frábendingar sem og ávinninga sem geta verið við þjálfun í þeirra ástandi, ræðum möguleika á þjálfun og gerum þjálfunaráætlun í samræmi við getu og markmið hvers og eins. Hver og einn getur verið hjá okkur í



Tækjasalurinn í Ljósinu

eftirliti og þjálfun í allt að tvö ár, en sé um verulega skerðingu að ræða vegna krabbameinsins eða meðferðarinnar, eða þá ef fólk endurgreinist, þá er sá tími endurskoðaður.

Við erum með nýlegan æfingasal sem er vel tækjum búinn til þol-, styrktar-, jafnvægis- og liðleikaæfinga og er öllum okkar skjólstæðingum velkomið að æfa þar, ýmist undir handleiðslu í lokuðum tímum eða á eigin vegum þegar salurinn er opinn. Sjúkraþjálfararnir sjá einnig um hópleikfimitíma á ýmsum getustigum og fyrir fjölbreytta hópa, allt frá ungu fólki upp í sértækar æfingar eftir ákveðnar aðgerðir eða vegna ákveðinna aukaverkanna. Við erum með léttu göngu tvisvar í viku í Laugardalnum og útivist einu sinni í viku þar sem gengið er á fjöll, fell sem og aðrar krefjandi gönguleiðir. Ljósíð býður einnig upp á nokkra jóga tíma í hverri viku, en við sjúkraþjálfararnir komum bara að sem íhlaupakennarar þar. Við erum í samstarfi við Hreyfingu í Glæsibæ sem styrkir okkur um aðstöðu til þjálfunar, sérstaklega fyrir þá sem eru lengra komnir í sinni endurhæfingu.

Við erum ekki með beina bekkjar meðferð í Ljósínu að undanskyldu því að við bjóðum upp á nokkur skipti í sogæðanudd fyrir fólk sem hefur fengið sogæðabjúg sökum meins eða

meðferðar. Þetta er aðallega hugsað til að bregðast hratt við þegar ber á bjúgnum, en gert er ráð fyrir að fólk haldi svo sinni sogæðameðferð áfram hjá sjúkraþjálfurum á stofum eftir fyrstu skiptin.

Fáið þið starfsfólkið í Ljósínu stuðning í ykkar erfiða starfi, t.d. handleiðslu eða eitthvað í þeim dúr?

Vinnan í Ljósínu getur sannarlega verið krefjandi og gefandi. Við eigum kost á því að ræða við sálfræðing óskum við þess ásamt því að starfshópurinn er mjög samheldinn og starfsfólkið gætir vel að hvort öðru öllum stundum.

Eitthvað sem þú vilt benda hinum almenna sjúkraþjálfara á tengt sérgrein þinni og sjúkraþjálfun fólks með krabbameinsgreiningu?

Það er gaman að segja frá því að það er algengt að sjúkraþjálfarar héðan og þaðan af landinu hafi samband við okkur í Ljósínu til að spyrja ráða um ýmislegt sem tengist meðferðum fólks með krabbamein.

Hugsaðu vel um fæturna - í vinnunni

Flug og stuðningssokkar fyrir alla fætur – Í ferðalagið, vinnuna, við kyrrsetu, fyrir þig – alltaf.

Nýtt - með Aloe Vera



Mikið úrval af sandölum, klossum og öðrum skóm sem henta vel í vinnuna.

GREEN COMFORT®

GREEN COMFORT®
MEDICAL



Sandalar 9606
Litir: Svart/brúnn



Klossar 9453
Litir: Svart/hvitt

Engin teygja sem þregir að og auðveldar því blóðflæðið úr fótunum.

GILOFA flug og stuðnings-sokkar örva blóðflæðið í líkamanum og draga úr vökvasöfnun.



Góður stuðningur við öklann minnkar bjúg.

GILOFA fást sem: háir sokkar úr bómull, ull, Aloe vera eða light, lágir sokkar úr bómull, sokkabuxur og hnésokkar úr Lycra.

Skóverslunin iljaskinn

Miðbæ · Háaleitisbraut 58-60 · Sími 553 2300 · www.iljaskinn.is



Sigurður Már Hlíðdal, sjúkrabjálfari í Svíþjóð

Sigurður Már Hlíðdal, sjúkrabjálfari og íþróttakennari útskrifaðist úr sjúkrabjálfun frá HÍ 2004. Frá árinu 2011 hefur Siggi Már eins og hann er oftast kallaður starfað sem sjúkrabjálfari í Svíþjóð. Siggi Már og fjölskylda hafa komið sér vel fyrir og vildum við heyra aðeins frá honum hvernig lífið er ytra og hvernig það er að starfa sem sjúkrabjálfari í Svíþjóð.

Hvar hefur þú verið að starfa eftir útskrift, bæði hér heima og erlendis?

Eftir útskrift hóf ég störf í Sjúkrabjálfun Bata í Kringlunni og starfaði þar í um eitt ár eða þar til ég færði mig um set yfir í Kópavoginn í Endurhæfingu vorið 2005. Þar starfaði ég allt til ársins 2008 að ég hóf störf í Sjúkrabjálfun Afli í Borgartúninu. Það var svo í byrjun árs 2011 að við fjölskyldan fluttum til Svíþjóðar. Konan mín, Sigríður Bára Fjalldal, hafði þá fengið stöðu á Háskólasjúkrahúsinu í Lundi þar sem hún hóf framhaldsnám í innkirtla- og efnaskiptasjúkdómum. Í Svíþjóð hef ég svo starfað hjá sama fyrirtækinu síðan í september 2011 en þó ekki alltaf á sama staðnum. Á þessum tíma hef ég starfað í Kristianstad, Hässleholm, í Malmö og loks í Lundi þar sem ég hef haft starfsstöðvar síðan um mitt ár 2013.

Það gekk víst ekki alveg þrautalaust fyrir sig að fá vinnu þarna úti í upphafi, hvernig var það?

Það tekur alltaf ákveðin tíma að láta hjólin byrja að snúast í nýju landi. Á þeim tíma sem við fluttum til Svíþjóðar var mjög lítið framboð af vinnu fyrir sjúkrabjálfa og það var í raun eingöngu vegna reynslu minnar að vinna með fatlaða einstaklinga að ég fékk loks viðtal. Í framhaldinu fékk ég vinnu hjá Vuxenhabiliteringen í Kristianstad, sem er hæfingarstöð fyrir einstaklinga með mismunandi fatlanir og er rekin af Region Skåne. Hingað sækja einstaklingar, 18 ára og eldri með hreyfihömlun, þroskaskerðingu eða einhverfu á mismunandi stigum. Það óx mér nú talsvert í augum að þurfa að sækja vinnu alla leið til Kristianstad þar sem við vorum þá búsett í Lundi en það tekur um 1 klst og 45 mín að koma sér aðra leið með lest.... Maður var greinilega fluttur úr lúxusnum á Íslandi þar sem flestir eiga þess kost að hjóla til vinnu. Ég var handviss um að ég væri sá eini sem tæki lestina um kl.6 að morgni frá Lundi og var farinn að vorkenna sjálfum mér töluvert en hætti því nú strax eftir fyrsta daginn. Það kom á daginn að það var barist um hvert laust sæti í lestinni og þessi ferðamáti er einstaklega þægilegur og nýtist manni í að undirbúa vinnudaginn eða lesa blöðin. Svo hefur mér tekist með árunum að mjaka mér nær og nær Lundi. Ég fékk vinnu í Hässleholm um hálfu ári síðar, svo stöðu í Malmö þegar ég var búinn að vera starfandi í Svíþjóð í rúmlega eitt ár og að endingu fékk ég fastráðningu í Lundi og gat þá loks byrjað að hjóla í vinnuna!



SIGURÐUR MÁR HLÍÐDAL

Hver eru helstu verkefni þín á þeim stað sem þú vinnur á núna?

Hér er lögd rík áhersla á þverfaglega teymisvinnu en ásamt sjúkrabjálfunum þá starfa hér iðjuþjálfarar, félagsráðgjafar, sálfræðingar og sérkennarar. Það er óhætt að segja að hér fáiast maður við nánast allt sem almennur sjúkrabjálfari á einkarekinni stöð getur fengið á bekkinn til sín. Verkjameðferðir eru nokkuð algengar þar sem margir af okkar skjólstæðingum eiga töluverða verkjasögu. Val á hjálpartækjum og handleiðsla í sambandi við ný hjálpartæki kemur oft á mitt borð og loks líkams- og færniþjálfun sem er ansi stór hluti af minni vinnu hér.

Er einhver munur á vinnulagi eða aðstöðu miðað við það sem þú kynntist hér heima?

Aðstaðan á þeim vinnustöðum sem ég hef starfað á hér innan Svíþjóðar er algjörlega samkeppnishæf við það sem gengur og gerist heima á Íslandi (maður segir nú ennþá heima!). Við búum raunar við mjög góða aðstöðu hér í Lundi og erum einstaklega vel staðsett innan Lundar. Hédan er göngufæri við spítalann og Aktiv ortopedtekniska þar sem flest stoðtæki eru smíðuð. Svo erum við í sama húsnæði og hjálpartækjamiðstöðin sem hefur gríðarlega marga kosti í för með sér. Við höfum aðgang að sundlaug og nokkrum meðferðarherbergjum ásamt litlum íþrótt- og tækjasal. Það sem maður tekur helst eftir hér er hvað hlutirnir geta tekið langan tíma og allir verkferlar í föstum skordum. Maður hringir ekki í stoðtækjafræðing og biður hann um að líta við með stuttum fyrirvara eins og raunin er oft heima. Smæðin getur haft marga kosti þó svo að gallarnir séu að sjálfssögdum líka til staðar.

Það er alltaf talað um að Svíar geri vel við barnafólk, getur þú tekið undir það?

Já, það er engin mýta að kerfið hér í Svíþjóð er barnafjölskyldum hliðholl. Við höfum eignast tvö börn á þessum stutta tíma okkar hér og höfum því fengið að kynnst því af eigin raun. Það má til dæmis nefna að barnabætur hér dekkja allan leikskóla og grunnskólakostnað og gott betur en gerir það nú ekki á Íslandi. Fæðingarorlofið er 480 dagar og fyrnist ekki fyrr en barnið er orðið 12 ára gamalt og svo má ekki gleyma því að sumrin eru bæði hlýrri og lengri hér í Svíþjóð. Okkur líður mjög vel hér, erum nýbúin að kaupa hús í Staffanstorp sem er í hjólaþarlægð frá Lundi og börnunum þremur líður vel og það er jú fyrir mestu. Hugurinn leitar þó alltaf heim og sá tími mun koma að við flytjum til baka en það biður betri tíma.

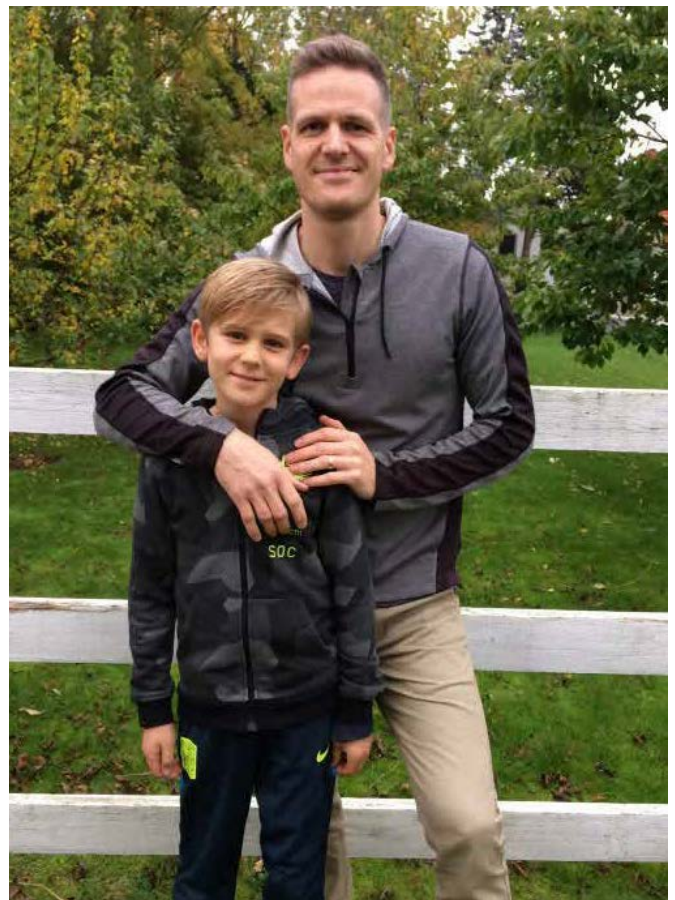


Siggí Már í vinnunni.

Áttu eina góða sögu úr starfinu sem þú getur látið flakka í lokin?

Þegar ég byrjaði að vinna hér í Svíþjóð var sænskukunnátta mín ekki sú allra besta sem var töluvert hamlandi í byrjun en stundum líka kómískt. Eins og einhver sagði verður maður stundum eins og stórt barn þegar maður opnar munninn. Ég hef þó enga skemmtilega reynslusögu úr mínu starfi en það er ekki ólíklegt að ég hafi á einhverjum tímapunkti lent í sambærilegum aðstæðum og hollendingurinn sem starfaði eitt sinn á Íslandi sem sjúkráþjálfari og átti í erfiðleikum með íslenska framburðinn. Hann vann m.a. nokkuð mikið með eldri borgara og þegar hann var að teygja á þeim var hann vanur að segja: og deyjja svo... og deyjja svo...

Við þökkum Sigga Má fyrir að gefa sér tíma í spjallið og óskum honum velfarnaðar í leik og starfi.



Fedgarnir Siggí Már og Oddur Hrannar á góðri stundu.

Heilsudvöl í Hveragerði

Gisting – Baðhús – Matur – Leirböð – Nudd – Náttúruupplifun



Njóttu nálægðar við náttúruna í heilsusamlegu umhverfi

Á Heilsustofnun NLFÍ bjóðast þér fjölbreyttar meðferðir í rólegu umhverfi og nálægð við náttúruna. Við aðstoðum þig við að finna jafnvægi milli álags og hvíldar. Með einstaklingsmiðaðri endurhæfingu, faglegri þjónustu, hreyfingu við hæfi, reglulegu og hollu mataræði, góðum svefnvenjum og andlegu jafnvægi nærð þú árangri að bættri heilsu. **Kannaðu hvað við getum gert fyrir þig.**



Nánari upplýsingar á www.heilsustofnun.is

- berum ábyrgð á eigin heilsu

Hvernig getum við sjúkráþjálfarar skilgreint og mælt forvarnargildi meðferðar?

Viðtal við Dr. Elizabeth Dean, sjúkráþjálfara

Forvarnir eru hluti af þjónustu okkar sjúkráþjálfara og er í raun stór hluti vinnunnar. Forvarnarvinnan er hins vegar ekki alltaf vel skilgreind hjá okkur sjúkráþjálfurum.

Samkvæmt 1. grein siðareglna sjúkráþjálfara þá “búa sjúkráþjálfarar yfir sérþekkingu á eðlilegum hreyfingum líkamans og greiningu á frávikum frá þeim. Þeir starfa við endurhæfingu, hæfingu, forvarnir og fræðslu. Markmið sjúkráþjálfunar er að efla og viðhalda líkamlegri og andlegri færni, heilsu og starfshæfni og stuðla þannig að virkri þátttöku og bættum lífsgæðum.”

Ef við skoðum aðeins almenna skilgreiningu á forvörnum þá eru fyrsta stigs forvarnir oft skilgreindar sem almennar, til að draga úr tíðni sjúkdóma og heilbrigðisvandamála á meðan annars stigs forvarnir beinast að því að koma í veg fyrir frekari þróun heilsufarsvandamála og fjalla um mikilvægi þess að tileinka sér heilbrigðan lífsstíl. Þriðja stigs forvarnir eru síðan að hjálpa fólki að ná heilsu á ný. Þó svo að þjónustan eða meðferðin feli í sér forvarnir þá er það ekki alltaf sett í orð eða mælt og skilgreint eða lagt upp sem sérstakt markmið með skjólstæðingi eða sjúklingi. Hvernig getum við sjúkráþjálfarar skilgreint betur forvarnarstarf okkar í daglegu klínísku starfi gagnvart skjólstæðingum okkar og haldið áfram að bæta þjónustu okkar á Íslandi?

Það lá beinast við að ræða við Íslandsvininn og Kanadabúann Dr. Elizabeth Dean, sem var einn af lykilfyrirlesurum á ENPHE ráðstefnunni í Reykjavík í september sl. Hún er sjúkráþjálfari og heimsþekktur vísindamaður, fyrirlesari, kennari og leiðtogi í að breiða út mikilvægi forvarna. Stór hluti hennar starfs lítur að því að auka vitund, þekkingu og hegðun fólks til bættrar heilsu og lífsgæða. Hún hefur lagt lóð á vogarskálur við þróun námssefnis í sjúkráþjálfun við HÍ auk þess sem hún hefur haldið námskeið, fyrirlestra og leiðbeint nemendum á Íslandi í rannsóknum.

Sjúkráþjálfarinn lagði nokkrar spurningar fyrir Dr. Elizabeth Dean, um hvar við stöndum í dag og hvað við getum gert til að hámarka áhrif þjónustu sjúkráþjálfara. Við vonum að það fyrirgefist að viðtalið er á ensku.



DR. ELIZABETH DEAN

How can physical therapists maximize their outcomes in clinical management with patients/clients today?

The most important priority of contemporary physical therapists today is the protection and promotion of the health and wellbeing of their patients through the promotion of healthy lifestyles. Substantial evidence exists regarding the benefits of healthy lifestyles and the benefits of patients'/clients' lifestyle behavior change for health, disease prevention, as well as non-communicable disease namely, cardiovascular disease, cancer, hypertension and stroke, type 2 diabetes mellitus, obesity, and chronic obstructive lung disease) and other chronic disease management. This includes not smoking, nutritious diet, weight reduction, optimal sleep, manageable stress, as well the more conventional focus of physical therapy on reduced sitting and increased physical activity and exercise.

Recently, my colleague, Professor Anne Söderlund, at Mälardalen University in Sweden, and I have published about the relationship between lifestyle-related risk factors for the non-communicable disease and musculoskeletal conditions that are seen by physical therapists on a daily basis. By paying attention to lifestyle behavior change, physical therapists can reduce the prevalence of musculoskeletal signs and symptoms and augment musculoskeletal physical therapy outcomes, in turn, promote health and reduce non-communicable disease risk.

Are clinical guidelines in physical therapy patient management up to date according to current health care threats as they impact functional capacity in patients with chronic pain?

This interesting question was addressed by myself and colleague, Anne Söderlund, a few years ago (Dean and Soderlund, 2015). We have been a part of an international team that has conducted three Physical Therapy Summits on Global Health through the congresses of the World Confederation for Physical Therapy. We believe clinical practice guidelines need to be updated to reflect the priority of health promotion to maximize health and wellbeing, reduce disease risk and improve physical therapy outcomes across

all physical therapy specialties. Patients who are healthier show better responses to physical therapy as well as medical interventions (drugs and surgery) when they do not smoke, have healthy diets, are of healthy weights, sleep well, and have manageable stress levels. We are advocating to the World Confederation for Physical Therapy some fundamental health competencies needed by physical therapists worldwide to assess health and disease risk, intervene, and evaluate outcomes. We hope these become required accredit-able competencies in physical therapy practice.

What tool do you recommend to be used in physical therapy examination, management and outcome to address risk factors for lifestyle-related non-communicable diseases?

International colleagues and myself have been working on this question for over ten years. Physical therapists need assessment, intervention and outcome evaluation tools that they can readily integrate into their standard practice patterns of care. One prime example is the Health Improvement Card (www.healthimprovement.org) http://www.whpa.org/ncd_Health-Improvement-Card_web.pdf) which is short and easy to use. This Card can be used to evaluate the health and lifestyle status of patients/clients and to set goals. This tool provides an important outcome measure of physical therapy patient/client management. The World Confederation for Physical Therapy was instrumental in the development of the tool which has been endorsed by the five leading health professions in the world. There is an online guide for health professionals on how to use the Health Improvement Card which we strongly recommend physical therapists refer to.

HEALTH IMPROVEMENT CARD

Male () Female ()

Age 20-34 () 35-39 () 40-44 () 50-54 () 55-59 () 60-64 () 65-69 () 70-74 ()

Height () metres or feet Weight () kilograms or pounds

Waist circumference () centimetres or inches

Body mass index = $\frac{\text{weight (kg)}}{\text{height (m)} \times \text{height (m)}}$ () kg/m²
 (SI (metric) units)

OR

Body mass index = $\frac{\text{weight (lb)}}{\text{height (in)} \times \text{height (in)}} \times 703$ () lb/in²
 (Imperial/US customary units)

Biometrics scorecard

- helps you track measurable risk indicators which could over time damage your health, potentially leading to cancers, diabetes, respiratory diseases, heart disease, mental health problems and oral diseases.
 - allows your health professional to help support you with information, advice, treatments (when indicated) and care
 - enables you to improve your health through your own personalised action plan

	GOAL	CAUTION	HIGH RISK
BODY MASS INDEX	18.5 - 24.9	25 - 29.9	30 or greater
FASTING BLOOD SUGAR	less than 100 mg/dL	100 - 125 mg/dL or treat to goal	126 mg/dL or more
CHOLESTEROL	Less than 200 mg/dL untreated	200 - 239 mg/dL or treat to goal	240 or more mg/dL
BLOOD PRESSURE	SBP less than 120 mmHg and DBP less than 80 mmHg	SBP 120 - 139 mmHg and DBP 80 - 89 mmHg	SBP more than 140 mmHg and DBP more than 90 mmHg

HEALTH IMPROVEMENT ACTION PLAN

my commitment		my goal:
my action		target date:
health professional action		

For details, visit www.whpa.org With the support of IFPMA

Áhugaverðir tenglar:

- DEAN E, GREIG A, MURPHY S, ROOTS R, NEMBARD N, RANKIN A, BAINBRIDGE L, ANTHONY J, HOENS A, GARLAND SJ. Raising the priority of lifestyle-related non-communicable diseases in physical therapy curricula. *Physical Therapy*. 2015; Dec 17. <http://ptjournal.apta.org/content/early/2015/12/16/ptj.2015014>. doi: 10.2522/ptj.20150141
- DEAN E, BRUNO S, FAGEVIK OLSEN M, UMERAH G, MOFFAT M. 'Best' inter-professional practice in healthcare: Bridging the knowledge translation gap in relation to non-communicable diseases. *International Journal of Health, Wellness, and Society*. 2015;5:121-131. pain? BMC Musculoskelet Disord. 2015 Apr 13;16:87. doi: 10.1186/s12891-015-0545-y.
- DEAN E, DORNELAS DE ANDRADE A, O'DONOGHUE G, SKINNER M, UMERAH G, BEENEN P, CLEAVER S, AFZALZADA D, DELAUNE MF, FOOTER C, GANNOTTI M, GAPPMAIER E, FIGL-HERTLEIN A, HENDERSON B, HUDSON MK, SPITERI KING J, KLUG JL, LAAKSO E-L, LAPIER T, MATEREKO N, LOMI C, MAART S, MEYER R, M'KUMBUZI VRP, MOSTERT-WENTZEL K, MYEZA H, FAGEVIK OLSEN M, PETERSON C, PÉTURSDÓTTIR U, ROBINSON J, SANGROULA K, STENS DOTTER A-K, TAN BY, TSCHOEPE BA, BRUNO S, MATHUR S, WONG WP. The Second Physical Therapy Summit on Global Health: Developing an action plan to promote health in daily practice and reduce the burden of non-communicable diseases. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2014 May;30(4):261-75. doi: 10.3109/09593985.2013.856977. Epub 2013 Nov 19.
- DEAN E, GORMSEN HANSEN R. Prescribing optimal nutrition and physical activity as "first-line" interventions for best practice management of chronic low-grade inflammation associated with osteoarthritis: Evidence synthesis. *Arthritis* 2012; 560634. Published online 2012 December 31. doi: 10.1155/2012/560634.
- BODNER ME, RHODES RE, MILLER WC, DEAN E. Benchmarking curriculum content in entry-level professional education with special reference to health promotion practice in physical therapy: A multi-institutional international study. *Advances in Health Sciences Education* 2012; DOI 10.1007/s10459-012-9404-x.
- FRERICHS W, KALTENBACHER E, van de LEUR JP, DEAN E. Can physical therapists counsel patients with lifestyle-related health conditions effectively? A systematic review and implications. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2012 (Epub ahead of print DOI: 10.3109/09593985.2011.654179
- DEAN E, AL-OBALDI S, DORNELAS DE ANDRADE A, GOSSELINK R, UMERAH G, AL-ABDELWAHAB S, ANTHONY J, BHISE A, BRUNO S, BUTCHER S, FAGEVIK OLSEN M, FROWNFELTER D, GAPPMEIR E, GYLFAÐÓTTIR S, HABIBI M, HASSON S, JONES A, LAPIER T, LOMI C, MACKAY L, MATHUR S, O'DONOGHUE G, PLAYFORD K, RAVINDRA S, SANGROULA K, SCHERER S, SKINNER M, WONG WP. The First Physical Therapy Summit on Global Health: Implications and recommendations for the 21st century. *Physiotherapy Theory and Practice* 2011;May 25. [Epub ahead of print];<http://dx.doi.org/10.3109/09593985.2010.544052>.
- GYLFADÓTTIR S, DEAN E. The Icelandic physical therapist's role in contemporary health care: Essential evidence-informed changes for the 21st century. *Sjúkraþjálfarinn* 2011;37:42-45.
- DEAN E. Physical Therapy Practice in the 21st Century: A New Evidence-informed Paradigm and Implications. *Physiother Theory Practice*. Invited Special Issue Editor. *Physiotherapy Theory Practice* 2009;25:327-462.
- DEAN E. Physical therapy in the 21st century (Part I): Toward practice informed by epidemiology and the crisis of lifestyle conditions. *Physiotherapy Theory Practice* 2009;25:330-353.
- DEAN E. Physical therapy in the 21st century (Part II): Evidence-based practice within the context of evidence-informed practice. *Physiotherapy Theory Practice* 2009;25:354-368.



Sjúkraþjálfara kvissið – flissið

Á Reykjalundi leynist víðtæk fagþekking í sjúkraþjálfarahópnum sem tók sig til og samdi nokkra spurningar til að spreyta sig á.

1. Gangráður er aðallega settur hjá þeim sjúklingum sem:

- a) Hafa of lágan blóðþrýsting
- b) Eru seinir í gang
- c) Hafa mjög hægán púls og einkenni því samhliða
- d) Hafa fengið lífræna hjartaloku

2. Eftirfarandi skilgreining: „Pain due to a stimulus that does not normally provoke pain“ á við:

- a) Hyperalgesia
- b) Allodynia
- c) Nociception
- d) Allologia

3. Ef mjaðmaliður er mjög illa farinn og brjóskið uppurið er líklegt að hann leiti í hvíldarstöðu sem er 30° abductio og örlítill inrótation.

- a) rétt
- b) rangt

4. Hvað fæddust mörg börn á Íslandi árið 2015

- a) Innan við 4000
- b) milli 4000-4500
- c) milli 4500-5000
- d) meira en 5000

5. Blóð er bandvefur

- a) rétt
- b) rangt

6. Sjúklingur með bjargráð kemur til meðferðar hjá sjúkraþjálfara. Hvers vegna er þörf á því að vita hve langt er síðan sjúklingurinn fékk þennan bjargráð?

- a) Til þess að vita hvort megi þjálfja sjúkling á göngubretti.
- b) Til þess að fá vitneskju um árgæð bjargráðsins.
- c) Til þess að vita hvort sjúklingurinn megi taka út fullan hreyfiferil í öxlum.

7. Eftirfarandi skilgreining: „The neural process of encoding noxious stimuli“ á við:

- a) Nociception
- b) Nocebo effect
- c) Neuritis
- d) Noxiolation

8. Æskilegur hvíldarblóðþrýstingur er:

- a) Sem lægstur.
- b) $\leq 120/80$ mmHg.
- c) Sem bestur.
- d) $\geq 140/90$ mmHg.

9. Sársaukaskyni A delta þráða má lýsa sem:

- a) Skarpur, stingandi, brennandi, fylgir húðítaugunarsvæðum (dermatomal)
- b) Hægur, sljór, skríðandi, fylgir beinítaugunarsvæðum (sclerotomal)
- c) Hægur, sljór, skríðandi, fylgir vöðvaítaugunarsvæðum (myotomal)
- d) Skarpur, stingandi, kælandi, fylgir miðlægum orkubrautum (medial meridian)

10. Bólga í iktýski er eingöngu inni í liðnum þ.e. innan liðpokans.

- a) rétt
- b) rangt

11. Skraddaravöðvinn (m. sartorius) er ítaugaður af

- a) N. sartorius
- b) N. femoralis
- c) N. obturatorius ramus anterior
- d) N. saphenus

12. Hvaða taugaþræðir flytja sársaukaböð?

- a) A alfa og C þræðir
- b) C og A gamma þræðir
- c) A delta og C þræðir
- d) A delta og A beta þræðir

13. Í klínískum leiðbeiningum um þjálfun einstaklinga með vefjagigt er ákefð þjálfunar mikilvægari en tíðni hennar.

- a) rétt
- b) rangt

14. Hvað eru mörg lög í epidermis í lófum?

- a) 2
- b) 5
- c) 3
- d) 4

15. Dæmigerður tími action potential í mótór einingu vöðva (motor unit)

- a) 0,2-1,4 sek.

- b) 2-14 millisek.
- c) 20-124 millisek.
- d) 2-14 microsek.

16. Flexionsstaða er sjaldgæfari en extensionsstaða hjá fólki með hryggikt.

- a) rétt
- b) rangt

17. Ruffini endings eru:

- a) Botnfall í rauðvíni
- b) í Golgi tendon organs
- c) Taugaendar sem nema þrýsting og liggja leðurhúð (e. dermis)
- d) Trosnaðir sinaendar

18. Sjúklingur með Langvinna lungnateppu (COPD) fer í öndunarmælingu sem sýnir FEV1/FVC 65% og FEV1 67% . Þetta er lungateppa sem flokkast sem.

- a) Gold I
- b) Gold II
- c) Gold III
- d) Gold IV

19. Hvað er heitið á krummaklakkshyrnu á latínu

- a) Angulus acromialis
- b) tuberculum costoclavicularis
- c) tuberculum conoideum
- d) processus coracoideus

20. Þetta eru allt söðulliðir (sellar/saddle joints)

- a) subtalaris liður, CMC 1 (carpometacarpal) og brjósbeinsviðbeinsliður (sternoclavicularis)
- b) Brjósbeinsviðbeinsliður, scaphoid trapezium liður og calcaneocuboid liður.
- c) TMT 1 (tarsometatarsal) , subtalaris, mjaðmaliður
- d) CMC 1, TMT 1 og rófubeinsliður

21. Hve margir einstaklingar sem greinst höfðu með krabbamein voru á lífi í árslok 2015 skv. upplýsingum krabbameinsfélags Íslands

- a) Fleiri en 20.000
- b) Fleiri en 15.000
- c) Fleiri en 10.000
- d) Færri en 10.000

22. Æðaprengsli í fótum orsakast aðallega af:

- a) Langvarandi notkun á of þröngum skófatnaði.
- b) Miklum hlaupum á hörðu undirlagi
- c) Reykingum
- d) Langvarandi notkun á of þröngum buxum

23. Heilbriggt hjarta í fullorðnum er á stærð við:

- a) Tennisbolta
- b) Brennibolta
- c) Golfkúlu
- d) Hnefa

24. Hvaða vöðvi dorisflexerar um talocrural lið og gerir eversion í subtalar lið.

- a) peroneus longus
- b) extensor digitorum longus
- c) anterior tibialis
- d) posterior tibialis

Sumar spurningarnar eru reyndar fengnar að láni hjá öðrum t.d.

http://www.gotoquiz.com/physiotherapy_2

<https://www.quiz.biz/quiz-404220.html>

Og ef ykkur finnst þetta gaman má líka finna meira svona efni:

<http://physicaltherapyed.com/musculoskeletal-practice-quiz/>

Sjá svör á blaðsíðu 55.



Til fundar við Heilsupjálfara á Reykjalundi

Heilsupjálfarar hafa lengi starfað á Reykjalundi og sinnt almennri kennslu í leikfimi, vatnsleikfimi, innan- og utanhússíþróttum, gönguprófum og fleiru og fleiru. Þau eru fimm sem starfa á deildinni nú um stundir; Ágúst Már Jónsson, Bergur Heimir Bergsson, Hjalti Kristjánsson, Lárus S Marínusson og Steinunn Hannesdóttir.

Sjúkraþjálfarar á Reykjalundi starfa mjög náið með heilsupjálfurum og því alveg bráðnaðsynlegt að kynna þá til leiks í Sjúkraþjálfaranum.

Hver er menntun ykkar og hafið þið komið að kennslu nema í íþrótt- eða heilsupjálfunarfræðum?

Við þessir gömlu og Steinunn erum öll íþróttakennarar frá Laugarvatni og útskrifuðumst er líða tók á síðustu öld. Svo hefur verið bætt við, til dæmis tók Steinunn MS gráðu í íþrótt- og heilsufræðum frá HÍ og Heimir tók meistaraþráðu í íþróttfræðum frá Háskólanum í Leeds, áður en slíkt nám bauðst hér á landi. Hjalti er sér á báti, enda langyngstur og ekki einu sinni orðinn fertugur. Hann lauk BS námi í Bandaríkjunum og seinna MS gráðu í íþróttalífisfræði. Hvað nema varðar höfum alltaf verið dugleg að taka við þeim og leiðbeina. Á síðustu árum hafa báðir stóru háskólarnir sent til okkar nema í íþrótt- og heilsufræðum

og margir sjúkraþjálfarar eiga sjálfsagt (góðar?) endurminningar frá kennslu í leikfimi hér á Reykjalundi, undir okkar stjórn.

Hver er starfsaldurinn í hópnum ☺? Hvenær hófuð þið störf á Reykjalundi og á hvaða deild (voru jafnvel engar deildir!)?

Samanlagður starfsaldur okkar fimmmenninganna er 110 ár... varlega áætlað. Þeir okkar sem fyrst hófu hér störf muna eftir teppalögðum göngum og mikilli svælu sem barst frá reykingaherbergi í kjallara hússins. Síðan þá hefur mikið vatn runnið til sjávar, það er bannað að reykja á lóð Reykjalundar, teymi hafa myndast og aðstaðan öll er orðin fyrsta flokks. Endurhæfingarstarfið er orðið yfirgrípsmeira og sérsníðið fyrir hvern einstakling sem hér innritast. Mesta byltingin hvað varðar aðstöðu okkar kom með byggingu sundlauga og þjálfunarsala árið 2002. Það var stórkostlegt framfaraskref.

Segið okkur frá þeim fjölbreyttu verkefnum sem þið sinnið;

Við sinnum allskonar þjálfun í okkar daglegu störfum. Við stjórnum leikfimiþópum, miseríðum og einnig gönguhópum í samstarfi við sjúkraþjálfara. Við kennum sund, tökum skjólstaðinga í einstaklingsþjálfun í vatni og stjórnum vatnsleikfimi. Við erum með hjartasjúklinga í sundþjálfun og stöndum fyrir



spáðátíma á hverjum degi þar sem við kennum badminton og bordtennis. Við bjóðum upp á stafgöngu og einnig útgáfu af þeirri tækni sem lungnasjúklingar okkar nota. Svo hjólum við með skjólstæðingum, róm á sumrin upp á Hafravatni, bjóðum upp á skíðagöngu á veturna o.s.fv.

Nú er margt í boði tengt útivist, hvað ber helst að telja og hverjar eru áherslurnar?

Eitt af hlutverkum okkar í endurhæfingunni er að kynna og auka áhuga á almenningsþróttum allskonar. Þar kemur útivistin sterk inn og umhverfi Reykjalundar skemmir ekki fyrir. Hinar daglegu göngur eru náttúrulega merkilegastar því í göngunni felst langmesta vonin að fá kyrrsetufólk til að hreyfa sig. Við förum líka reglulega með fólk upp á fellin hér í kring og þar vinna sjúklingar oft mesta kraftaverkið í endurhæfingunni. Reiðhjólin og rafhjólin hafa orðið vinsælli síðustu árin og stafgangan er fastur liður í kennslunni. Við erum með draumaaðstöðu til bátaróðurs upp á Hafravatni og gönguskiðaþróttin fær líka sína kynningu... þegar snjór leyfir.

Eru einhverjir tímar vinsælli en aðrir í heilsupjálfuninni?

Göngurnar, leikfimin og vatnsleikfimin eru stóru þjálfunarpættirnir en þó hefur það breyst með árunum eftir að fjölbreytnin í endurhæfingunni varð meiri og aðkoma annarra faghópa s.s. sálfræðinga, iðjupjálfa og hjúkrunarfræðinga varð umfangsmeiri.

Hvernig er aðkoma ykkar í teymisvinnunni á Reykjalundi?

Hún er veruleg, sérstaklega í offituteyminu þar sem einn okkar starfar, enda koma þeir skjólstæðingar mikið til okkar í þjálfun. Einn heilsupjálfi starfar líka með taugateyminu sem við þjónustum töluvert. Hjarta- og lungnasjúklingar koma mikið til okkar og þar eigum við líka fulltrúa. Þótt við séum bara fimm skiptum við okkur á öll átta endurhæfingarteymin og reynum að verða að liði í teymisstarfinu.

Nú sinnið þið úthaldsprófunum, með 6 mín og 2 km gönguprófi. Vel flestir sjúkrapjálfarar kannast við 6 mín prófið svo það væri áhugavert að fá upplýsingar um 2 km gönguprófið og tilkomu þess?

Já, það er einmitt eitt af hlutverkum okkar hér á Reykjalundi að

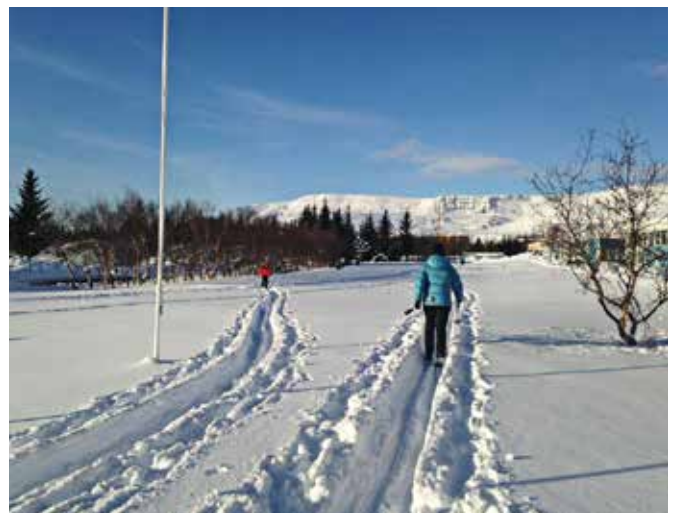
sinna gönguprófum og líkamsgreiningu. Sex mínútna gönguprófin eru vel þekkt í endurhæfingunni, en okkur fannst hér fyrir einum tuttugu árum að gott gæti verið að hafa vel rannsakað en einfalt göngupróf til að meta þrektölu og árangur fyrir þá sem gætu gengið rösklega. Einn af okkur var því sendur til Tampere í Finnlandi þar sem UKK stofnunin er til húsa til að læra inn á 2km göngupróf. Finnarnir bjuggu til þetta 2km göngupróf í bandalagi með Evrópuráðinu, sem þeir svo fylgdu úr hlaði með nokkrum vel gerðum vísindarannsóknum. Það má lesa um prófið hérna http://www.ukkinstituutti.fi/en/products/ukk_walk_test og svo auðvitað „gúggla“ ef menn vilja vita meira.

Vatnsleikfimi og sundkennsla er ríkur þáttur í endurhæfingunni á Reykjalundi. Hafið þið sótt einhver námskeið tengt þessu og hvar þá? Hafa áherslur breyst í kennslunni hér í gegnum tíðina?

Við höfum alltaf verið dugleg að fylgjast með því nýjasta í vatnsæfingum og meðferð í vatni. Tveir okkar fóru til dæmis til Sviss fyrir tveimur árum á vikunámskeið... og ekki gefinn fimm mínútna afsláttur... í einstaklingsmiðaði vatnsmeðferð. Í fyrra fóru líka þrjú okkar til Flórída á námskeið í vatnsleikfimi og vatnsæfingum ýmskonar. Áherslurnar hafa eitthvað breyst frá því við byrjuðum að kenna æfingar og sund í litlu lauginni í kjallaranum hér á Reykjalundi. Núna vilja til dæmis margir læra skriðsund og vatnsleikfimin er orðin fjölbreyttari og almennari en hér áður fyrr. Þó er þetta nú alltaf þannig með kennslu að það þarf að eiga góð samskipti við nemandann og vega og meta leiðir að takmarki. Það breytist ekkert.

Heilsuefning og aukið sjálfstraust gagnvart hreyfingu er mikilvægur þáttur í endurhæfingu á Reykjalund, eitthvað sem þið viljið segja um það svona í lokin? Hefur viðhorf fólks til hreyfingar breyst frá því þið hófuð störf?

Viðhorf fólks til hreyfingar hefur ekki svo mikið breyst frá því við hófum störf, fyrir flesta skjólstæðinga okkar er hreyfingin grunnurinn að auknum lífsgæðum, það gera menn sér grein fyrir. Það hefur annars verið gaman að starfa með fullt af sjúkrapjálfurum hér á Reykjalundi í gegnum tíðina enda sómafolk og það er líka sameiginlegt markmið í störfum beggja þessara hópa; að gera hreyfingu og þjálfun hátt undir höfði í endurhæfingarferlinu.



Viðtal við unga fólkið á sjúkraþjálfunardeild Reykjalundar

Reykjalundur er ekki bara stærsta endurhæfingarsstofnun landsins heldur einnig vinnustaður fjölmargra ótrúlega skemmtilegra einstaklinga. Hér kynnumst við nánar tveimur sjúkraþjálfurum úr þeim hópi. Við kynnum til sögunnar þau Garðar Guðnason eilífðarfótboltakempu, brandarakall og föður í Breiðholti og Heru Rut Hólmarsdóttur zumba- og spinningdrottningu og móður í Kópavogi.

Af hverju eruð þið sjúkraþjálfarar í dag?

H: Til að bæta lífsgæði fólks.
G: Fékk áhuga á sjúkraþjálfun í gegnum fótboltann þegar ég var yngri. Þurfti að fara nokkur skipti til sjúkraþjálfara vegna meiðsla og starfið vakti áhuga minn.

Áttu þér sérstakt áhugasvið innan sjúkraþjálfunar?

H: Áhugasviðin eru sífellt að breytast. Ég er enn bara að reyna að læra sem allra mest frá öllum sviðum en mér hefur alltaf fundist gaman af fjölbreytninni í þessu starfi.
G: Tauga- og íþróttasjúkraþjálfun.

Hvar sérðu þig eftir 10 ár?

H: Að nálgast meðalaldurinn á Reykjalundi.
G: Kominn með stærri fjölskyldu og ennþá að vinna á Reykjalundi.

Hvernig er að vinna á Reykjalundi?

H: Einstakt tækifæri. Þar sem ég er enn frekar mikið unglamb í þessum geira og með minnstu starfsreynsluna á Lundinum finnst mér frábært að vera umkringd svona miklum hæfileikum og afla mér reynslu þar sem margar starfstéttir koma saman við það sama verkefni að bæta lífsgæði einstaklings. Mér hefur þó ekki liðið eins og unglambi því það hefur alltaf verið tekið mark á mér og mínum skoðunum og þannig veitt mér auknið sjálfstraust til að sinna starfinu. Ég er virkilega þakklát fyrir þennan vinnustað.
G: Það er frábært. Skemmtilegt og áhugavert starf ásamt skemmtilegu samstarfsfólki.



Garðar Guðnason og Hera Rut Hólmarsdóttir

Nú eruð þið bæði hreyfistjórar, hvernig er það og hvernig finnst ykkur það ganga?

H: Það er ágætis tilbreyting, gaman að hvetja fólk til dáða og hjálpa þeim að standast markmið sín. Mér finnst það ganga vel núorðið, fór hægt af stað en núna er farið að nýta seðilinn meira og meira sem er frábært þar sem skjólstæðingar eru margir virkilega þakklátir fyrir þetta úrræði.

G: Hreyfistjórastarfið er skemmtilegt og brýtur aðeins upp daginn. Mér hefur fundist starfið ganga mjög vel og almennt eru einstaklingar áhugasamir og ánægðir með þessa þjónustu. Margir segja að þetta sé einmitt það sem því hefur vantað til þess að viðhalda hreyfingu. Oft er búið að vinna mestu vinnuna þegar einstaklingarnir koma til okkar þar sem þau eru

annaðhvort að koma af fjögurra daga kynningarviku eða að ljúka meðferð á Reykjalundi og eru því komin með eitthvað plan. Svo er það okkar hreyfistjóranna að aðstoða þau við að framfylgja því.

Hver er ykkar helsta fyrirmynd innan sjúkraþjálfunarinnar? En í lífinu?

H: Mér finnst erfitt að gera upp á milli fyrirmynda minna innan sjúkraþjálfunar en mamma hefur alltaf verið mín mesta fyrirmynd í lífinu enda mikil baráttukona.

G: Ég leit mikið upp til Kristínar Briem þegar ég var í náminu. Frábær kennari og var einnig leiðbeinandi í lokaverkefninu hjá mér og félögum mínum. Eftir að ég byrjaði að vinna þá vann ég lengi með Þóru Andrésar sem kenndi mér mikið þann tíma sem ég var í Fossvoginum. Ætli það séu ekki foreldrar mínir sem eru mínar helstu fyrirmyndir í lífinu.

Ef þið væruð ekki sjúkraþjálfarar á Íslandi hvar væruð þið þá?

H: Ástralíu.

G: Það er spurning. Ég var að skoða stjórnmálafræði áður en ég skráði mig í inntökuprófið þar sem ég hræddist aðeins prófið.

Áttu þér uppáhalds æfingu?**H:** Clam shell (skelin).**G:** Ýmsar æfingar með TRX böndum eru skemmtilegar. En hér á Reykjalundi finnst mér skemmtilegast að fara í göngur. Frábært að komast aðeins út eftir hádegi og ganga með skjólstæðingunum í náttúrunni.**RICE?****H:** Rest, Ice, Compression, Elevation.**G:** Damien Rice? Einhverntímann heyrði ég að þetta væri orðið PRICE. Protection, Rest, Ice, Compression, Elevation.**Hvert er besta ráð sem þú hefur fengið innan sjúkrahjálfunar ogleða í lífinu?****H:** Ef þér finnst þú vita allt þá veistu ekkert.**G:** Hef fengið mörg góð ráð í bæði lífinu og námi, erfitt að taka eitt út.**Áttu þér lífsmottó?****H:** Gera mitt besta.**G:** Lifa lífinu og njóta þess.**Eftirminnileg saga úr náminu?****H:** Úff, það er ein alltaf sem stendur vel upp úr. Það var þegar ónefnd vinkona fékk TNS á þríhöfðann í náminu. Kennarinn stendur fyrir aftan hana og biður hana að spenna þríhöfðann, hún réttir úr olnboga sínum af fullum krafti og kennarinn sem áttaði sig ekki á hætturni fær hnefann beint í mjög heilagan stað á sér. Já, þetta var karlkyns kennari**G:** Eitt árið í náminu vorum við að taka upp árs hátíðarmyndbandið. Við klæddum okkur upp í búninga og vöktum nokkra eldsnemma um morgun. Það voru skemmtileg viðbrögð sem við fengum frá þeim sem voru vaktir.**Hver er mikilvægasti eiginleiki í fari sjúkrahjálfa?****H:** Traust.**G:** Ná til sjúklings og fá hann á sitt band til að auðvelda samvinnu.**Uppáhalds íþrótt?****H:** Fótolti.**G:** Fótolti.**Ef þú gætir farið hvert sem er í heiminum í frí, hvert myndirðu fara?****H:** Ástralíu.**G:** Ég væri til í að koma til Dubai.**Hvernig myndu kollegar þínir lýsa þér?****H:** Unglingurinn.**G:** Duglegum og skemmtilegum.**Hvaða orð lýsir kollegum þínum best/starfsandanum á Reykjalundi best?****H:** 1. Matarunnendur. 2. Gleði. 3. Samvinna. Þetta þrennt helst fast saman í hendur til að lýsa starfsandanum á Lundinum.**G:** Mjög hress, skemmtileg og ofvirk.**Hvað myndirðu vilja vera frægur fyrir?****H:** Úff erfið spurning, búin að hugsa í 10 mín og finn ekkert svar. Ég held ég vilji bara ekkert vera fræg.**G:** Ekkert viss um að ég vilji vera eitthvað sérstaklega frægur. Ef ég þyrfti að velja þá kannski fyrir að finna upp á einhverju nýtsamlegu.**Geturu nefnt eitt atriði á "bucket" listanum þínum?****H:** Meistaránám.**G:** Fara í heimsreisu.**Ef þú hefur möguleika á að snæða kvöldverð með hverjum sem er, lífs eða liðnum, hver yrði fyrir valinu?****H:** Queen B.**G:** Alex Ferguson**Að lokum, hvaða ráð eða speki viltu gefa sjúkrahjálfurum á Íslandi?****H:** Komdu fram við aðra eins og þú vilt láta koma fram við þig.**G:** Ég held að flestir sjúkrahjálfa á Íslandi séu reynslumeiri en ég. Það væru þá þeir sem gætu gefið mér góð ráð. Annars tel ég það mikilvægt að halda sér á tánum. Sækja námskeið og endurmennta sig.

Við þökkum þessum snillingum kærlega fyrir góð svör.

Ef þið viljið vita meira um þetta flotta fólk, þá finnið þið Garðar eflaust á einhverjum af fótoltavöllum landsins og Heru í World Class skælbrosandi að stjórna spinningtíma.

SVARLYKILL**– Sjúkrahjálfa kvissið – flissið –**

1. c) 13. b)

2. b) 14. b)

3. b) 15. b)

4. b) 16. b)

5. a) 17. c)

6. c) 18. b)

7. a) 19. d)

8. b) 20. a)

9. a) 21. c)

10. b) 22. c)

11. b) 23. d)

12. c) 24. b)

**Göngum frá
verknum**



Ibúfen®

– Bólgueyðandi og verkjastillandi

400 mg, 30 stk og 400 mg, 50 stk

Ibúfen 400 mg, filmuhúðuð tafla inniheldur 400 mg af íbúprófeni. Ibúfen tilheyrir flokki lyfja sem kölluð eru NSAID lyf (bólgu-eyðandi lyf sem ekki eru sterar). Lyfið er notað við vægum til meðalmiklum verkjum eins og höfuðverk, einnig mígreni höfuðverk, tannpínu, tíðaverkjum, hita og ýmsum gigtarsjúkdómum s.s. liðbólgujúkdómum (t.d. iktsyki þ.m.t. barnaiktýki), hrörnun í liðum (t.d. slitgigt), vefjagigt, öðrum liða- og vöðvasjúkdómum og meiðslum á mjúkvefjum. Takið töflurnar með glasi af vatni með eða eftir mat. Til að auðvelda inntöku eða til að stilla skammta má skipta töflunum í tvo jafna hluta. Ekki skal gefa börnum yngri en 12 ára Ibúfen 400 mg filmuhúðaðar töflur. Hámarksdagskammtur á ekki að fara yfir 3 töflur (1200 mg). Fullorðnir skulu ekki taka Ibúfen í meira en 7 daga án samráðs við lækni. Unglingar skulu ekki taka Ibúfen í meira en 3 daga án samráðs við lækni. **Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins.** Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is

Actavis