

Sjúkrabjálfarinn

1. tbl. 46. árgangur 2017



Fagmennska í fyrirrúmi !

Við bjóðum upp á allar gerðir af dýnum.
Kristín Gísladóttir, sjúkrabjálfari,
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
Arna Steinarsdóttir, ritari
Helga Ágústsdóttir, gjaldkeri
Sigurður Sölvi Svavarsson, meðstjórnandi

Varamenn:

Margrét Sigurðardóttir
Sólveig Dröfn Andrésdóttir

Ritnefnd Sjúkraþjálfarans:

Kristín Reynisdóttir
Andri Þór Sigurgeirsson
Áspóur Sigurðsson,
Berghildur Ásdís Stefánsdóttir,
Jón Gunnar Þorsteinsson
Helga Sjöfn Jóhannesdóttir
Margrét Garðarsdóttir
Sif Gylfadóttir

Forsíðumynd:

Kristjana Jónasdóttir, sjúkraþjálfari,
Reykjalundi.

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

Gleðilegt ár kæru kollegar og gleðilegan Dag sjúkraþjálfunar.

Ritnefnd Sjúkraþjálfarans 2017 er skipuð sjúkraþjálfurum starfandi á Reykjalundi. Við þökkum forverum okkar í ritnefnd vel unnin störf. Þegar Unnur Pétursdóttir, formaður FS hringir og biður um eitthvað, er ekkert svo auðhlaupið frá þeim óskum. Blaðið skyldi koma út fyrir Dag sjúkraþjálfunar sem er með fyrri skipum þetta árið og nokkur tímapressa á ritnefndarmeðlimum.

Efnistöð teljum við í áhugaverðari kantinum í fyrra tölublaði ársins. Við ákváðum að fara vítt yfir sviðið og fengum jákvæð viðbrögð hjá öllum sem leitað var til og eins voru nokkrir sem vildu koma efni að. Þökkum við kærlega fyrir þeirra framlag.

Í blaðinu verður tæpt (það telst kannski vægt til orða tekið) á ýmsu, m.a. textahálsi, streitu, teipingum, EM í knattspyrnu, starfrænum einkennum, hreyfiseðli, ACT meðferð, ICF, fjarmedferð, listsjúkraþjálfun, NICE leiðbeiningum, mataræði, heimasíðum og félagslífi sjúkraþjálfunardeildar Reykjalundar og ein nýjung, latnesk-íslenska sjúkraþjálfarakrossgátan, lítur dagsins ljós. Þegar er búið að skipuleggja næsta tölublað. Þar stefnum við amk að einni ritrýndri grein. Þeir sem vilja koma efni að í haustblaðið, endilega verið í sambandi við kollega ykkar á Reykjalundi sem fyrst.

Eigið fróðlegan og skemmtilegan Dag sjúkraþjálfunar 2017 og auðvitað yndislestur í Sjúkraþjálfaranum.

MEÐ KVEÐJU
RITNEFND

Efnisyfirlit

- 4** Formannspistill
- 6** Pistill frá fræðslunefnd FS
- 8** Viðtal við Ingibjörgu H. Jónsdóttur
- 12** Starfræn taugaeinkenni
- 14** Hreyfiseðlar á Íslandi
- 18** Viðtal við Friðrik Ellert Jónsson
- 20** Biomechanical Taping
- 23** Nýjungar í sálfræðimeðferð þráláttra verkja
- 24** Fjarmedferð á verkjasviði Reykjalundar
- 28** Uppskriftir
- 30** Lífsstíll og vellíðan
- 32** Textaháls „TextNeck“
- 34** Klínískar leiðbeiningar um meðferð bakverkja
- 38** Viðtal við Kári Árnason
- 40** Strategic planning and execution
- 44** Fréttir frá Námsbraut í sjúkraþjálfun
- 46** Áhugavert í netheimum
- 48** Reynsla af NUstep tækinu

Rakel Dögg
sjúkráþjálfari

Sigrún
sjúkráþjálfari

Arna Mekkín
sjúkráþjálfari

Elfa Björt
þroskaþjálfari

Edda
hjúkrunar-
fræðingur

Katrín Klara
hjúkrunar-
fræðingur

Jóhanna
iðjuþjálfari

Gígja
hjúkrunar-
fræðingur

Magnea Freyja
heilbrigðis-
verkfræði



Fagmenntað fólk í þína þágu



Eirberg

Heilbrigðissvið
Medical & Healthcare

Á heilbrigðissviði Eirbergs á Stórhöfða 25 starfar hópur fólks með sérþekkingu og mikla reynslu. Heilbrigðismenntað starfsfólk býr yfir víðtækri fagþekkingu á vörum og búnaði en metnaður er lagður í að greina þarfir viðskiptavina og koma til móts við óskir þeirra. Við veitum heilbrigðisstofnunum, fagfólki og einstaklingum faglega ráðgjöf og góða þjónustu.

Við bjóðum fagfólki, og skjólstæðinga þeirra, velkomið í nýjan sýningarsal okkar staðsettan á Stórhöfða en þar eru til sýnis, og prófunar, mörg þau hjálpartæki og vörur sem heilbrigðissvið hefur upp á að bjóða. Sem áður bjóðum við einnig upp á að bóka tíma í lokuðum viðtalsherbergjum og í göngugreiningu sjúkráþjálfara í sérhönnuðu rými.

Markmið okkar eru að efla heilsu og auka lífsgæði, auðvelda störf og daglegt líf, stuðla að vinnuvernd og hagræði.

Heilbrigðissvið Eirbergs er staðsett að Stórhöfða 25 og er fagþjónusta veitt alla virka daga frá kl. 9:00 til 16:30. Tímamantanir eru í síma 569 3100.

Eirberg Heilsa, Stórhöfða 25 • Eirberg Lífstíll, Kringlunni 1. hæð • Sími 569 3100 • eirberg.is



Frá formanni Félags sjúkraþjálfara



UNNUR PÉTURSDÓTTIR
FORMAÐUR FS

Kæru félagsmenn

Blaðið okkar, Sjúkraþjálfarinn, hefur nú verið gefið út í þessu formi allt frá árinu 1997 og tók við af forvera sínum sem kallaðist Félagsmiðill. Það blað var gefið út frá árinu 1975. Hin síðari ár hefur sá háttur verið á að einstakir starfsstaðir sjúkraþjálfara hafa tekið að sér að vera ritnefnd blaðsins eitt ár í senn og hefur það að mínu mati gefið góða raun. Blöðin hafa af þessari ástæðu borið nokkurn keim af starfsemi þess starfsstaðs sem með ritstjórn fer og hefur af þeim sökum náð að verða óformleg þemablöð og borið fjölbreytni fagsins okkar gott vitni. Þetta árið fara sjúkraþjálfarar á Reykjalundi með ritstjórn og verður forvitnilegt að sjá hvað þeir draga upp úr hatti sínum, enda er hér um afar öfluga og fjölbreytta endurhæfingarstofnun að ræða.

Fagið okkar er alltaf að þróast og því er það mikilvægt fyrir okkur sem fagstétt að eiga öflugar endurhæfingarstofnanir á borð við Reykjalund sem eru í stakk búnar til að sinna rannsóknarstafi samhlíða öflugri endurhæfingu. Ekki er síður mikilvægt að vera í sambandi við erlenda sjúkraþjálfara og heimssamband sjúkraþjálfara (WCPT). WCPT og Evrópudeild þess, ER-WCPT, er vakandi og sofandi yfir faglegri þróun, leggur mikið á sig til að tryggja stöðu fagsins innan heilbrigðisgeirans og rýnir allar reglugerðir varðandi það. Þetta er gífurlega mikilvægt, því allt sem WHO, Evrópusambandið, evrópsk og norræn heilbrigðis-

yfirvöld ákveða, það á endanum hefur áhrif á regluverkið okkar hér heima og þar með okkar daglegu störf. Og það sem WCPT leggur fram, er grundvallað á þeim fundum sem ég hef sótt fyrir hönd félagsins og tekið þannig þátt í að móta.

Fagleg veisla er framundan. Handan við hornið er Dagur sjúkraþjálfunar 2017 sem eins og fyrr verður hápunkturinn í faglegri starfsemi félagsins og hvet ég alla félagsmenn til að mæta. En einnig eru að reka á fjörur okkar erlendar ráðstefnur sjúkraþjálfara á næstunni. ENPHE ráðstefnan verður haldin í Reykjavík í september 2017. ENPHE stendur fyrir „European Network of Physiotherapy in Higher Education“ og er haldin fyrir háskólafélög í Evrópu sem kennir sjúkraþjálfun en verður opin íslenskum sjúkraþjálfurum og eru verkmenntunarkennarar sérstaklega hvattir til þátttöku. Þar á eftir, eða í apríl árið 2018, mun undirfélag WCPT, International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH) halda ráðstefnu í Reykjavík og mun Félag sjúkraþjálfara, ásamt Félagi sjúkraþjálfara um sálvefræna heilsu (FSSH) verða gestgjafar.

Það er ómetanlegt að geta boðið félagsmönnum upp á faglegar veislur af þessu tagi og skora ég á félagsmenn að sækja þessa viðburði vel. Það er ekki á hverjum degi að svona tækifæri bjóðast á heimavelli.

Dagur sjúkráðjálfunar 17. febrúar 2017

Hilton Reykjavík Nordica

Tími	A+B		
8:15	Ráðstefnugögnum úthlutað		
8:45	Setning Dags sjúkráðjálfunar		
9:00	James Moore Erindi í vinnslu		
9:45	Kolbrún Kristínardóttir Ég vil fá þau með mér út		
10:10	Hlé		
10:40	James Moore Erindi í vinnslu		
11:25	Unnur Pétursdóttir Erum við eyland? Formaður gluggar út í hinn stóra heim		
11:45	Hádegishlé		
	A	B	F og G
13:15	Gunnar Smári Jónbjörnsson og Tómas Gunnar Tómasson <i>Sports Concussion Assessment Tool 3 (SCAT3) – Íslensk þýðing og áreiðanleikaprófun</i>	Kári Árnason <i>The show must go on - Aðkoma sjúkráðjálfa að meðhöndlun raddvandamála hjá söngvurum</i>	Bergþóra Baldursdóttir <i>Jafnvægisstjórnun og starfsemi skynkerfa hjá einstaklingum sem hlotið hafa úlnliðsbrot við byltu - Samanburðarrannsókn</i>
13:40	Þorgerður Sigurðardóttir <i>Hefur mikil íþróttaiðkun áhrif á fæðingarferlið?</i>	Gunnar Svanbergsson <i>Diagnostic Ultrasound (hljóðmyndun til greiningar og meðferðar fyrir sjúkráðjálfa)</i>	Sólveig Ása Árnadóttir <i>Sjúkráðjálfun á stofu á árunum 1999-2015: Eru sjúklingar/notendur að eldast í takt við öldrun þjóðarinnar?</i>
14:00	Hlé		
14:30	Ágústa Ýr Sigurðardóttir og Þóra Hugosdóttir <i>Ofþjálfun ungmenna í íþróttum</i>	Agnes Ósk Snorrardóttir, Freyja Barkardóttir og Lilja Minný Sigurbjörnsdóttir <i>Einstaklingar með starfræn einkenni á taugalækningadeild Landspítala á árunum 2014 og 2015 og þekking sjúkráðjálfa á röskuninni</i>	Björn Ómarsson <i>A New Brace Concept For Pain Management For Patient With Thumb Carpometacarpal Osteoarthritis</i>
14.55	María Ragnarsdóttir <i>Öndun sem takmarkandi þáttur í árangri íþróttafólks og orsök vandamála</i>	Sigrún Knútsdóttir og Halldóra Eyjólfssdóttir <i>Könnun á viðhorfi sjúkráðjálfa Landspítala til starfsþróunar</i>	Fríða Pálsdóttir og Harpa S. Ragnarsdóttir <i>Áreiðanleiki mælitækisins hryggþrýsti- og hreyfingamælir, HPH, ásamt könnun á stífni hryggjarliða í brjóstbaki og upplifun af þrýstingi frá tæki og höndum</i>
15.25	A+B - EM 2016 Séð með augum sjúkráðjálfa 20 mín		
15:45	Viðurkenningar, léttar veitingar og gleði		

Framkvæmdanefnd áskilur sér rétt til breytinga á dagskrá.

Þáttökugjald:

Félagsmenn kr. 13.500 kr

Gjaldið hækkar í kr. 16.500 þann 10. febrúar

Utan félags kr. 16.500 kr

Gjaldið hækkar í kr. 18.500 þann 10. febrúar

Nemar (B.Sc), heiðursfélagar, +65 ára og öryrkjar: kr. 7.500 kr

Gjaldið hækkar í kr. 16.500 þann 10. febrúar

Ath. Þáttökugjald fæst ekki endurgreitt

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 2016 var mjög viðburðaríkt hjá fræðslunefndinni en haldin voru 9 námskeið í Reykjavík og á Akureyri og gengu þau öll mjög vel. Aðsóknin á námskeiðin var framar öllum vonum og fullt var á þau öll. Félagsmenn hafa tekið vel í þær athugasemdir um mikilvægi þess að skrá sig á námskeið á réttum tíma og ber að hrósa ykkur öllum fyrir það.

Það er margt áhugavert á vegum nefndarinnar á þessu ári 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:

Sporting Hip and Groin

Reykjavík, 18. - 19. febrúar 2017

Leiðbeinandi: James Moore M.Phty (Manips), BSc (Hons) PG Dip App Biomechanics MCSP, CSCS

James Moore er aðalfyrirlesari á Degi sjúkraþjálfunar 2017 og verður þetta námskeið haldið í kjölfarið. Hann er yfirsjúkraþjálfari hjá breska ólympíusambandinu. Hann er einnig yfirsjúkraþjálfari á einkastofu í London, The Centre for Health & Human Performance (CHHP) en sú stofa leggur áherslu á að vinna með einstaklinginn frá mörgum hliðum með það markmið að bæta frammistöðu hans sem íþróttamanns.

James Moore hefur unnið mikið með vandamál frá mjöðm og nára í gegnum tíðina og heldur hann námskeið um það út um allan heim.

Fullbókað er á námskeiðið og það hefur verið lokað fyrir skráningu á biðlista.

Áhugahvetjandi samtal

Reykjavík, 11. mars, 12. mars og 11. apríl 2017.

Leiðbeinendur: dr. Helga Sif Friðjónsdóttir, dr. Sveinbjörn Kristjánsson, Soffía Eiríksdóttir BSc, MPH og Héðinn Svarfdal Björnsson MA, MPhil.

Áhugahvetjandi samtal (Motivational Interviewing) er notað bæði með fullorðnum og unglingum sem gætu verið í þörf fyrir breytingar á lífsstíl eða hegðun. Aðferðin sem hér er um að ræða miðar að því að virkja vilja skjólstæðings til jákvæðra breytinga á lífsstíl og hegðun. Starfsmenn efla færni sína í að mæta skjólstæðingi þar sem hann er staddur, laða fram og ýta undir hugsanir og tillögur hans sjálfs um jákvæðar breytingar. Aðferðin byggist á skilningi starfsmannsins á ferli samtalsins og vilja til samvinnu. Á námskeiðinu er farið yfir fræðilegan bakgrunn, grunnhugmyndir og áhersla er lögð á æfingar.

Skráning er hafin og skráningarfrestur er til 25. febrúar.

Evidence based management of musculoskeletal pain

Reykjavík, 21. apríl 2017

Leiðbeinendur: Þorvaldur Skúli Pálsson, MT, Ph og Steffan Wittrup Christiansen MT, stud PhD.

Þorvaldur og Steffan vinna báðir við Háskólann í Álaborg í Danmörku ásamt klínískri vinnu. Á námskeiðinu munu þeir m.a. fjalla um tenginguna á milli lífeðlisfræði verkja og upplifun sjúklinga. Farið verður yfir taugalífeðlisfræðina á bak við verki ásamt því að fjalla um hvað gerist við meðhöndlun s.s manual therapy og æfingar. Námskeiðið er blanda af fræðilegri og verklegri kennslu.

Skráning er hafin og skráningarfrestur er til 10. mars 2017.

Mechanism based manual therapy

–the low back and pelvic girdle

Reykjavík, 22. apríl 2017.

Leiðbeinendur: Þorvaldur Skúli Pálsson, MT, PhD og Steffan Wittrup Christiansen MT, stud PhD.

Þetta námskeið byggir á “Evidence Management of Musculoskeletal Pain” og er markmið þess að auka við þekkingu og hvernig hægt er að nýta betur viðeigandi skoðunaraðferðir fyrir skjólstæðinga sem eru með mjóbaks- og mjaðmagrindarverki.

Skráning er hafin og skráningarfrestur er til 10. mars 2017.

Mulligan Upper Quarter

Reykjavík, 12. - 13. maí 2017.

Leiðbeinandi: Johan Alvemalm (MT)

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

Fullbókað er á námskeiðið og búið er að loka fyrir skráningu á biðlista.

Mulligan Advance

Reykjavík, 14. - 15. maí 2017.

Leiðbeinandi: Johan Alvemalm (MT).

Þetta tveggja daga námskeið er einungis opið fyrir þá sem hafa nú þegar lokið bæði Upper Quarter og Lower Quarter Mulligan námskeiðum. Á þessu námskeiði verður farið nánar í þær aðferðir sem kenndar voru á fyrri námskeiðum og þátttakendur munu öðlast betri tækni. Það verður einnig farið í notkun á nýjum aðferðum (Pain Release Phenomenon techniques og compression techniques).

Skráning er hafin og skráningarfrestur er til 1. apríl 2017.

The Shoulder: Theory & Practice

Reykjavík, 1.-2. september 2017

Leiðbeinandi: *Dr. Jeremy Lewis PhD FCSP.*

Dr. Jeremy Lewis kemur aftur með námskeiðið sem hann hélt hér á landi í mars 2016 en gríðarlegur áhugi var fyrir öðru námskeiði. Hann er margviðurkenndur 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). Hann mun einnig vera með fræðslufyrirlestur um frosna öxl 31. ágúst, verður auglýst nánar síðar.

Fullbókað er á námskeiðið**The Temporomandibular Joint**

Reykjavík 29. - 30. september 2017.

Leiðbeinandi: *Dr. Guy Zito*

Dr. Guy Zito hefur starfað sem sjúkraþjálfari með áherslu á stoðkerfi og íþróttasjúkraþjálfun og við kennslu í yfir 35 ár. Hann er með doktorsgráðu frá Melbourne háskóla í Ástralíu og hefur hann lagt áherslu á rannsóknir á höfuðverkjum út frá hálshrygg, vandamálum frá kjálkalið og mismunagreiningar á höfuðverkjum. Hann hefur einnig verið viðloðandi kennslu sjúkraþjálfara við the Collage of Physiotherapists í Ástralíu.

Árið 2015 fékk hann viðurkenningu frá Félagi sjúkraþjálfara í Ástralíu fyrir framlag hans til sjúkraþjálfunar.

Hann heldur reglulega námskeið um vandamál frá kjálka, hálsi og höfuðverki í Ástralíu, Evrópu, Asíu, Karabíska hafinu og í Mið Austurlöndum.

Á þessu tveggja daga námskeiði verður farið ítarlega í skoðun, greiningu og meðferð á einkennum frá kjálkaliðnum.

Skráning er hafin á námskeiðið og skráningarfrestur er til 18. ágúst 2017.**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).

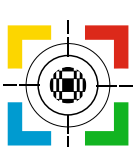
Þriggja daga námskeið byggt á nýjustu rannsóknum við mat, mismunagreiningu og meðferð á svima, höfuðverk og einkennum frá efri hálsi. Sérstök áhersla verður lögð á klíníska rökhugsun og sérhæfð meðferðarúrræði fyrir sjúkraþjálfara. Námskeiðið var haldið hér á landi haustið 2016 við góðan orðstír.

Skráning hefst 1. apríl 2017**og skráningarfrestur er til 20. september 2017.**

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

Viðræður eru hafnar við nokkra erlenda fyrirlesara um að halda námskeið hér á landi á næstu árum. Stefnt er að því að Deborah Falla og Martin B. Josefsen muni halda Cervicogenic Headache and Dizziness Part 2 fyrrihluta árs 2018. Líklegt er að Diane Lee muni koma hingað og vera með námskeið á haustönn 2018.

Fræðslunefndin hvetur alla sjúkraþjálfara 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 fraedslunefndsfs@gmail.com.



LITRÓF
umhverfissvottuð prentsmiðja

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

STJÁ SJÚKRAÞJÁLFUN ehf.

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



Institutet för Stressmedicin er staðsett í Grasagarðinum í Gautaborg

Sálfræðileg vinnuvernd og hreyfing Lykilatriði gegn streitu

Sjúkrapjálfarar á Reykjalundi hafa í gegnum tíðina eignast góðan bandamann í prófessor Ingibjörgu H Jónsdóttur, lífeðlisfræðingi og forstöðumanni í Institutet för Stressmedicin í Göteborg. Vinskapurinn hófst þegar við höldum málþing í mars 2006 á Reykjalundi um Lífeðlisfræði streitu og Ingibjörg var aðalfyrirlesarinn. Föstudaginn 13. janúar sl. fengum við hana í heimsókn og tókum viðtal við hana fyrir Sjúkrapjálfarann.

Fyrst var hún spurð út í rannsóknir um hvernig hugarfar getur haft áhrif á streitu og áhrif oxytócins (love/knús hormónsins), sem verndandi þátt í áhrifum streitu.

IHJ: Þetta er þekkt innan streiturannsóknafraeðanna. Sálfræðilegum hliðin og lífeðlisfræðilega hliðin tengjast náttúrulega, en eru báðar eru mjög flóknar. Sálfræðilega hliðin hefur mjög mikil áhrif. Margir þættir skýra hvort streita hefur áhrif á fólk eða ekki. Einn þáttur sem skiptir mjög miklu máli þar er hversu mikið einstaklingar bera með sér að atburðum og þá jafnvel aftur í barnæsku. „Emotional neglect“ í barnæsku getur t.d. haft áhrif hjá fólki með „burnout“/ „utmattning“. Streituálag er eðlilegt fyrir líkamann og bæði sálfræðileg streitustjórnun og líkamleg er

mikilvæg. Streituhormónið kortisol tekst á við álagið og blóðþrýstingur og hjartsláttartíðni hækkar. Til að vernda líkamann fara síðan önnur streitukerfi af stað samhliða og ber þar helst að nefna anabola hormón þeas testósterón, estrogen og dehydroepiandrosteron. Flerir mikilvæg hormón eins og prolaktín og oxytócín taka þátt í streitusvari líkamans. Öll þessi hormón skipta verulegu máli og stuðla að því að vernda líkamann við streituálagi. Margir þættir geta haft áhrif á þessi hormón. Þar má nefna andlegur og félagslegur stuðningur, hreyfing og góður svefn. Við á ISM höfum birt fjölda niðurstaða um „clinical burnout“, þar sem dehydroepiandrosteron hefur verið í fókusi. Okkar rannsóknir sýna að það virðist skipta meira máli en kortisol. Það skiptir svoliðis máli að vera víðsýnn í rannsóknum, ekki einblína eingöngu á eitt hormón.

Þú hefur talað um að það sé munur á því að vinna með fólk annars vegar og tæki hins vegar. Einnig hefur þú talað um kynjamun mtt þessa. Segðu okkur meira um þetta.

IHJ: Álagið að vinna með fólk hefur verið þekkt langt aftur í tímann. Þeir sem eru að vinna með fólk í dag; t.d. skóla- og heilbrigðiskerfið eru komnir með svo marga „sérfræðinga“ í kringum sig sem vita betur. Það er orðið svo mikið í kringum allt, það er ekki bara að vita hvernig einstaklingur hugsar heldur eru kerfin

orðin svo flókin í kringum hvert mál. Menn vilja trúa því að þú getur tekið þau atvinnuskilyrði á vinnustöðum sem eru að vinna með tæki og halda að það virki líka í þeim aðstæðum þar sem verið er að vinna með fólk. Það er að sjálfsögðu ekki svo einfalt.

Hvað varðar kynjamun þá ein af vísindamönnum frá stofnunni okkar að birta grein um rannsókn sem gerð var fyrir nokkrum árum (sjá: http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Institutet-for-stressmedicin/Nya_vetenskapliga_publicationer/Skillnader-i-organisatoriska-forutsattningar-for-chefer-i-genusstyrda-verksamheter/).

Þeir vinnustaðir þar sem er sálfræðilega meira álag og verri vinnuskilyrði eru þeir vinnustaðir þar sem meira er um konur og það er líka ein mikilvægasta ástæðan fyrir því af hverju fólk verður veikt af streitutengdum einkennum. Það skiptir ekki máli hvort þú ert kona eða maður á þeim vinnustöðum. Ef það eru um 80% konur að vinna á þeim stöðum þá verður hlutfallið svipað meðal þeirra sem að fara að finna fyrir streitutengdum einkennum og geðröskunum vegna streituálags. Þetta fjallar lítið um hvort kynið þú ert. Þetta fjallar um aðstæður á þessum vinnustöðum; opinberar stofnanir, skóla- og heilbrigðiskerfið, kirkjan, félagsmálakerfið þar sem meirihluti starfsmanna eru konur. Samhliða starfsumhverfi þá sýna rannsóknirnar að það er mikill munur á því hvernig stuðningur við yfirmenn er á þessum vinnustöðum miðað við þann stuðning sem yfirmenn fá á þeim vinnustöðum þar sem meirihluti starfsmanna eru karlmenn. Það kom út skýrsla núna frá Arbetsmiljöverket í Svíþjóð, þar sem þetta var tekið saman. Þegar bætt er við álag vegna heimilis og barna þá stendur eftir sú spurning hversu mikið af þeim kynjamun sem við sjáum hvað varðar algengi streitutengdra einkenna skýrist af hreinum kynjamun og ekki af aðstæðum og mismunandi álagi. Það verður að fara að lyfta umræðunni frá því að tala um einstaklinginn, kynin eða veiku konuna og fara að tala um VINNUSTAÐINN. Kúpla það alveg frá kyninu. Það er sama með stoðkerfavandræðin, ekki margar rannsóknir, en það er til skýrsla hjá Arbetsmiljöverket sem sýnir fram á að konur eru oft, innan sama fyrirtækis, í öðrum tegundum af störfum. Þessi endurteknu og einhæfu verk sem m.a. latissimus og trapezius og fleiri vinna, konur lenda oft í þeim verkum á meðan karlmenn vinna frekar „ergónómísku“ fínu, þungu verkin, sem krefjast meira átaks og eru allt í lagi ef þú gerir þau rétt. Ef karlmenn yrðu settir í sömu einhæfu verkin eru sömu líkur til að þeir fá stoðkerfisvandamál. Svo spurningin er hvað er mikið hægt að ákveða hvort þetta stafi af kyni eða vinnuáðstæðum.

Margar konur vilja halda í ákveðin hlutverk tengt m.a. ábyrgð á börnum og fjölskyldu. Velja því frekar hlutastörf. Konur taka því að sér álagið á heimilinu auk vinnunnar. Hvað hefur þú um það að segja?

IHJ: Það sem var m.a. rætt á ráðstefnu starfsgreinasambandsins 12. janúar sl. var m.a. vaktavinna og hlutastörf. Hlutastörf má kalla kvennagildru. Það er ekki þannig að ef þú ferð í 80% vinnu, að þú minnkir það sem þú átt að gera í vinnunni um 20%? Nei. Síðan, þar sem þú ert í 80% vinnu, þá getur þú gert svo ofboðslega mikið heima því þú ert bara í hlutastarfi. Þeir sem eru í hlutastarfi (lesist konur), þeir lenda í meira álagi ef lítið er á vikuna, sérstaklega heima. Við erum komin langt en ekki alla leið í jafnréttismálunum. Ég sá tölur á ráðstefnu starfsgreinasambandsins, sem voru verri á Íslandi en í Svíþjóð. Spurt var að því hver væri



Sjúkrapjálfarar gigtarteymis Reykjalundar í heimsókn hjá Ingibjörgu í ISM í Gautaborg, í apríl 2015. F.v.: Hlín, Ingibjörg, Heiða og Kristjana

ástæðan fyrir því að viðkomandi færi í hlutastarf á Norðurlöndum og Evrópu. Hagstofan var að birta rannsókn um þetta. 40% allra kvenna sem eru í hlutastarfi segjast hafa gert það vegna barna/fjölskyldu. 0% af íslenskum karlmönnum til samanburðar nefndu fjölskylduástæður. Það var alla vega einhver prósent karlmanna á hinum Norðurlöndunum sem að nefnir fjölskylduástæður sem ástæða fyrir hlutastarfi og umræðan er sem betur fer að breytast. Á öllum Norðurlöndunum eru hlutfallslega mun færri karlmenn sem vinna hlutastörf. Konur sem fara í hlutastarf vinna þá frekar á kvöldin í staðinn og verður því meira álag á þeim. Venjan er svo rík, að þetta er sjaldnast rétt hvort karlinn eða konan fari í hlutastarf til að geta sinnt börnum og búi betur. Það er alveg jafn mikilvægt fyrir báða foreldra að vera með börnunum sínum, þannig að þetta á ekki koma upp. En það er langur vegur í átt til jafnréttis. Í rannsóknum í Svíþjóð hefur komið í ljós að í 13% tilfella er jafnt hlutfall karla og kvenna á vinnustaðnum. Vinnustaðir er svo flokkaðir hvað varðar konur og karla. Það verður að gerast eitthvað hvað varðar þessi kynbundnu störf. Þetta er mun ríkara á Norðurlöndum með kynbundin störf heldur en sunnar í Evrópu. Það hefur jú að gera með að þar eru karlmenn oftar fyrirvinnan og þeir sjást þá oftar í þeim störfum sem Norðurlandabúar flokka t.d. sem kvennastörf t.d. við hjúkrun, kennslu og umönnun.

Þú talaðir um Drullupollinn í viðtali á www.ruv.is sl haust, og vísaðir þá í aðstæður og umhverfi á vinnustöðum. Segðu okkur meira af því.

IHJ: Við tókum nýlega þátt í að meta niðurstöður verkefnis sem gert var meðal lækna- og ljósmæðra á sjúkrahúsi í vestur Svíþjóð, þar sem mjög mörg streitutengd vandamál auk geðraskana eru til staðar. Hóparnir sjálfir að miklu leyti völdu hvaða úrræði var hægt að nota. Núvitund, hreyfing og streitustjórnunarþrógrömm urðu fyrir valinu fyrir lækna- og ljósmæðra. Allir fóru í það, sem eru fin úrræði fyrir ákveðna hluti. Eftir ákveðin tíma var þetta metið aftur. Þá kom í ljós að þetta hafði ENGIN áhrif á fjarvistir vegna veikinda. Það sem vitað var fyrirfram af okkur var að vinnuskilyrði hjá lækna- og ljósmæðra voru mjög slæmar. Starfslýsingar óljósar og

stjórnun slæm. Það má líkja þessu við að laga skóinn að steinunum sem hafa lent í skónum í staðinn fyrir að taka steinana úr skónum. Já það er rétt, kallaði þetta drullupollinn í haust. Góð samlíking. Að biðja fólk um að æfa betur til að geta stappað í pollinum í staðinn fyrir að taka pollinn. (Hér sýndi Ingibjörg mikil leikræn tilþrif sem því miður voru ekki tekin upp og enn síður er hægt að birta hér í blaðinu). Það er að koma betur í ljós að stærstu vandamálin fjalla ekki endilega um einstaklinginn (skiptir jú máli að heilsan sé í lagi, megum ekki gleyma því). Þú getur sett toppþjálfaðan flugmann í flugstjórnarklefan en svo vantar einn ákveðinn takka/“fidus“ í stjórnborðið og þá fer vélin ekkert. Á liðnu ári, 2016, komu nýjar leiðbeiningar frá Arbetsmiljöverket í Svíþjóð sem heita Organisatorisk og social arbetsmiljö (<https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/publikationer/foreskrifter/organisatorisk-och-social-arbetsmiljo-afs-20154/>). Þessi nýja reglugerð hefur það umfram reglugerðir um hávaða, lýsingu, stóla og borð á vinnustöðum að hún snýr að sálfélagslegum þáttum, skipulagningu og skilgreiningu á störfum.

Það gengur ekki að fólk viti ekki sína starfslýsingu og sú spurningin hefur vaknað hjá okkur í Svíþjóð hversu marga starfsmenn vanti í raun ef að allir gætu komið til vinnu og starfslýsingar og aðstæður á vinnustað væru skýrar. Eins og staðan er í dag eru 3500 manns heima á hverjum degi vegna veikinda hjá heilbrigðiskerfinu í Vestur-Svíþjóð. Einstaklingur sem finnur fyrir streitueinkennum er að missa 12-15 tíma í vinnugetu/afköst á viku. Ef þú ert með 10 manns með streitueinkenni á 50 manna vinnustað, þá erum við að tala um eina manneskju á viku sem vantar (miðað við 10 klst). Áherslan þarf að vera á greiningu vinnustaðanna líka, ekki eingöngu á einstaklinginn þar sem þess er þörf. Á ISM stofnuninni sem IHJ stýrir er verið að leggja meiri áherslu á mismunandi aðferðir við að greina vinnuaðstæður – og þá er ekki verið að tala um starfsgetu einstaklinga heldur hvernig aðstæður eru til staðar hvað varðar starfslýsingar, stjórnun, möguleika á hvíld, samskipti, kröfur, umbun, ferli við vaktaskipti og svo framvegis. Greining hjá fyrirtækjaheilsunni er einnig mjög mikilvæg. Ef það koma t.d. 5 veikir einstaklingar frá sama vinnustað þá er ekki í boði lengur að hver einstaklingur sé endurhæfður á einstaklingsmiðuðum grunni og ekkert sé verið að spá í að eitthvað sé að í vinnuumhverfinu.

Í þessum tilfellum þarf að skoða vinnuaðstæður í stærra samhengi. Það er mesta áskorunin, því yfirmenn starfstöðva eru ekki alltaf tilbúnir að líta á vinnuaðstæður, horfa frekar til þess veikindaskrifada. Til eru góð dæmi. Þau í Félagsmáladeildinni í Mölndalskommúnu í vestur Svíþjóð ákváðu að gera eitthvað í Drullupollinum, breyta alveg til og skipuleggja sig uppá nýtt (*sjá: <https://www.suntarbeitsliv.se/artiklar/ledarskap-och-organisation/molndals-socialtjanst-har-fatt-tid-for-aterhamtning/>*). Þau skilgreindu alla vinnuferla, nánari tengsl urðu við yfirmanninn, yfirmaður ekki með 40-60 manns undir sér, heldur 8-10 manns. Rannsóknir sýna að þú getir í raun ekki verið með fleiri undirmenn en 35. Ef yfirmenn eru með 50-70 undirmenn, þá er það ekki að ganga. Félagsmáladeildin breytti skipulagi og veikindaskrifuðum fækkaði mjög mikið, nær í enga veikindaskrifada, halda fólki í vinnu og allir ánægðir. Kannski var það mikilvægast að hægt var að ráða meira fólk og það kostaði ekkert meira. Ef að vinnuaðstæður eru lagaðar sparast mikill peningur í starfsgetu og betri heilsu starfsmanna. Það eru til mörg svona dæmi. Það sem fólk hefur þá gert umfram hreyfingu, núvitund og streitustjórnun er að gera

eitthvað með steininn í skónum/Drullupollinn. Það sem streitustjórnun og hreyfing er að gera snýst frekar um að laga sig að steinunum í skónum í stað þess að fjarlægja þá.

Það er býsna algengt að fá mæður alveg úrvinda af streitu-einkennum á Reykjalund. T.d. konur með langveik börn og/eða börn með greiningar t.d. einhverfu, ADHD. Þá eru margir steinar heima líka ekki satt?

IHJ: Já þetta er gott dæmi. Þá þurfa félagskerfin að virka vel fyrir þessi tilfelli. Yfirmenn vinnustaðanna segja þá gjarnan; Við getum ekkert gert á þessum vinnustað því þetta fjallar um heimili og fjölskyldu starfsmanna. ISM birti grein fyrir nokkrum árum, þar sem þau höfðu farið inní sjúkraskrá 100 sjúklinga; 50 karla og 50 kvenna, sem höfðu fengið streitutengd einkenni; kulnun, þunglyndi, kvíða. Sýnt var fram á í þessari grein að það er aldrei bara vinnustaðurinn og aldrei bara heimilið. Þeir sem verða virkilega veikir í streitutengdum einkennum þá er ekkert í lífinu að virka. Það er fullt af „böggi“ í vinnunni, þú ert með foreldri sem að þjáist af Alzheimer, barn með einhverfu og þú stendur í skilnaði. Svo ertu með óljósa vinnulýsingu og slæma stjórnun og vinnuaðstæðurnar hálfgerður drullupollur. Við fundum nánast enga sjúklinga þar sem það vara bara vinnan eða bara heimilið. Auðvitað eru undantekningar og það er fullt af fólk með alveg ótrúlega flókin vandamál og rata endalaust í fleiri vandamál. (Þetta eru þekktar stærðir á Reykjalundi). Ef annar hvor staðurinn, heimilið eða vinnan, virkar vel, allt vel skilgreint og samskipti ganga vel, þú ert metinn fyrir það sem þú ert, þú færð stuðning og tækifæri þannig að þú nærð að hlaða batteríð á öðrum staðnum og þá ertu tilbúnari að koma heim og takast á við það sem er. Rannsóknir sýna ekki annað og við sjáum í gegnum klíníkina, að ef vinnuveitandi sér um að vinnuaðstæður virki þá aukast afköst og starfsgeta. Í hvert sinn sem vinnuveitandi segir að allt sé í lagi, þrátt fyrir mikið bögg, þeir finna ekkert vinnutengt sem áhrif getur haft á heilsu fólk en samt er fólk veikindaskrifað þá leynist oftast ekki vandamál á vinnustaðnum, lélegar vinnuaðstæður eða lélegur yfirmaður svo dæmi sé tekið. Þetta er spurning að þora að lyfta þessum steinum sem eru að þyngja starfsfólki. Það þarf að aðlaga vinnuaðstæður meðan þú ert að takast á við erfiðan pakka heima. En það var enginn sjúklingur af þessum 100, sem voru allir í svona pakka, þar sem það var bara heimilið sem var vandamál.

Er eitthvað nýtt í fræðunum sem sjúkráþjálfarar geta nýtt sér í sinnu vinnu með skjólstaðinga sína?

IHJ: Til dæmis fólk sem er í vaktavinnu, þar skiptir hreyfing mjög miklu máli. Fólk sem er á næturvöktum er ekki að fá nægilega hreyfingu á milli vakta. Sólarhringurinn nýtist oft illa. Það er almennt ekki gott fyrir hormónakerfið að vinna á næturnar. Fólk er að borða óhollari mat og sýnt hefur verið fram á að það er ekki að komast upp í sömu ákefð og aðrir og hreyfa sig ekki nægjanlega miðað við aðra. Það er því spurning að þrýsta á það að vinnuveitendur og einstaklingar sjái til þess að þeir æfi reglulega. Það hefur líka góð áhrif á svefninn sem er jú enn mikilvægari. Við erum fyrst og fremst að tala um að koma í veg fyrir hjarta- og æðasjúkdóma og efnaskiptasjúkdóma t.d. sykursýki. . Mikilvægt að koma hreyfingunni í rútinu hjá þessu fólki til að koma í veg fyrir þessa sjúkdóma.

Hvað með ákefð og tíðni hreyfingar, hversu mikið er nóg?

Eitt er nýtt í þeim efnum. Nú er verið að ræða það að kyrrseta sé hið „new smoking“ og stórhættulegt. Það er aðeins farið að koma fram að það skiptir máli hver þú ert í þessu sambandi. T.d. hópurinn sem er að þróa með sér sykursýki. Ef þú ert grannur, heilbrigður og ert að hreyfa þig reglulega þá skiptir það ekki eins miklu máli hversu mikið þú situr.

Við fréttum að komnar séu nýjar leiðbeiningar í FYSS sem snúa að börnum og hreyfingu.

Já nýr FYSS var að koma út og við erum mjög stolt af því (sjá: <http://www.fyss.se/>). Þar koma fram leiðbeiningar um æskilega hreyfingu fyrir börn 0-5 ára og 6-17 ára. Í nýju útgáfunni kemur einnig fram hversu mikilvæg hreyfing er fyrir þunglyndi og vefjagigt. Þar eru t.d. skýrar leiðbeiningar um hversu mikilli hreyfingu er mælt með (http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/Langvarig-smarta-fibromyalgi_161112.pdf). Verð í þessu samhengi að nefna að ég tel að það verði að athuga þetta með tíðni vefjagigtar á Íslandi. Ég get engan veginn skýrt þetta með vísindalegum leiðum að hún sé tvöfalt meiri en í nágrannalöndum. Tel að það sé mikilvægt að lyfta þessari umræðu og fara betur í saumana á því hvort sé um streitutengd einkenni að ræða í eitthvað af þessum tilfellum, sem að í mörgum tilfellum er hægt að ráða bót á. Greiningar eru mismunandi fyrir streitutengda sjúkdóma og einkenni eftir hvaða menning er í gangi. Í Noregi hafa það verið bakverkir. Í Svíþjóð er þetta kulnun/þunglyndi. Á Íslandi er þetta þunglyndi/vefjagigt. Í Japan er þetta hjarta- og æðasjúkdómar, því þar er fólk síður greint með þunglyndi. Vandamálið með vefjagigtina og síþreytu („chronic fatigue syndrome“) er að fólk er sagt að það verði aldrei heilbriggt. Það er að mínu mati ekki gott og það verður að athuga nánar hversu mörg þessara tilfella séu almenn streitutengd einkenni. Misjafnt hvernig fólk er að fá vefjagigtargreiningu. Ég hef áhyggjur af þessu. Það er búið að gera Cochrane „review“, þar sem kemur fram mjög góð áhrif hreyfingar við vefjagigt - sjá: http://www.cochrane.org/CD003786/MUSKEL_exercise-for-fibromyalgia

Ingibjörg H. Jónsdóttir, eldfjallið úr norðri eins og vinnufélagar hennar kalla hana, hafði nú ausið úr viskubrunni sínum og mál var að linni, að sinni. Ástríða hennar fyrir efninu er okkur öllum til eftirbreytni og hvatningar í okkar störfum.
www.vgregion.se/stressmedicin
Twitter: @Ingibjorg_ISM



ALHLIÐA ÞJÓNUSTA FYRIR STOÐTÆKI OG SPELKUR. FAGLEG RÁÐGJÖF



Markmið okkar er að veita faglegar lausnir sem bæta og auka lífsgæði fólks. Auk sérsníðni á gervihöndum, gervifótum og spelkum, eigum við fjölbreytt vöruúrval af spelkum vegna stoðkerfisvandamála, slita í liðum, slysa eða íþróttameiðsla.

Ef óskað er eftir sérhæfðum lausnum er mælt með að bóka tíma hjá stoðtækjafraeðingi í síma **515 1300**

Einfaldari stuðningsvörur eru fáanlegar án tímapantana. Opnunartími er **kl. 08:30-16:00**



Össur Stoðtækjapjónusta

Grjótháls 1-3
110 Reykjavík
www.ossur.is

Sími: 515 1300
innanlandsdeild@ossur.com

Rannsókn á árangri endurhæfingar einstaklinga með starfræn taugaeinkenni

Á tauga- og hæfingarsviði Reykjalundar fer fram endurhæfing einstaklinga með skerta færni vegna tauga- eða vöðvasjúkdóma, einstaklinga sem hafa fatlast ungir, auk einstaklinga með margvísleg einkenni sem rekja má til breyttrar starfsemi taugakerfisins. Um fjórðungur einstaklinga sem kemur til þverfaglegrar endurhæfingar á tauga- og hæfingarsviði er með greininguna starfræn taugaeinkenni eða taugakerfisröskun (ICD 10: F44.4). Starfræn taugaeinkenni geta verið margvísleg svo sem göngulagstruflanir, máttminnkun, kippir, krampar/köst, svimi, taltruflun, minnstruflun, skyntuflun svo sem dofi eða sjóntruflun. Einkennin eru oftast mjög hamlandi í daglegu lífi þessa fólks og hafa mikil áhrif á félagslega virkni einstaklinganna, hlutverk þeirra og starfshæfni. Í flestum tilfellum er um að ræða unga einstaklinga, en samkvæmt afturvirkri samantekt á tauga- og hæfingarsviði Reykjalundar fyrir árin 2010-2013 var meðalaldur einstaklinganna 38 ár sem komu til endurhæfingar, þar af voru 80% konur. Einkennin höfðu í 48% tilvika verið til staðar í minna en þrjá mánuði, en 28% höfðu haft einkennin í 3 ár eða lengur. Árangur endurhæfingarinnar á þessu tímabili sýndi að 60% einstaklinga voru laus við einkennin eða með áberandi minni einkenni við útskrift, en 40% með aðeins minni eða svipuð einkenni og við komu. Þessi samantekt á nokkurn samhljóm við niðurstöður



SIF GYLFADÓTTIR
MSc, SÉRFRÆÐINGUR Í
TAUGASJÚKRAPJÁLFUN.
TAUGA- OG HÆFINGARSVIÐI
REYKJALUNDAR

rannsókna í vísindaheiminum og ýtti við okkur á tauga- og hæfingarsviði Reykjalundar til að auka þekkingu okkar enn frekar. Frá því í byrjun árs 2016 hefur rannsókn verið í gangi á Reykjalundi á árangri endurhæfingar á einstaklingum með starfræn taugaeinkenni. Markmið rannsóknarinnar er að auka þekkingu á starfrænum taugaeinkennum, sjúkdómsgangi, meta hvað einkennir þennan sjúklingahóp og meta árangur endurhæfingar á Reykjalundi. Rannsóknin er unnin af þverfaglegu teymi og er leidd af Guðrúnu Karlsdóttur, endurhæfingarlækni á Reykjalundi.

Sjúkráþjálfun er stór hluti meðferðar einstaklinga með starfræn taugaeinkenni á Reykjalundi, sem er í samræmi við niðurstöður nýlegra rannsókna á endurhæfingu þessara einstaklinga.

Teymisvinnan er því oft leidd áfram af sjúkráþjálfurum og á sama tíma og hún er mjög skemmtileg þá er hún krefjandi á tíma og hugmyndauðgi, þolinmæði, og þverfaglegt samstarf. Mikilvægt er að nýta þekkingu sem hefur verið að byggjast upp á Íslandi og eiga samvinnu á milli stofnana um nálgun. Gott samstarf ríkir á milli sjúkráþjálfara tauga og hæfingarsviðs Reykjalundar og taugadeildar Landspítalans og tengsl verið við sjúkráþjálfara Glenn Nielsen í Skotlandi, sem hefur verið leiðandi í rannsóknum á þessu sviði. Samstarfsaðili Nielsens, Jon Stone hefur þróað vefsíðu sem getur nýst sem fræðslufni fyrir einstaklinga með starfræn einkenni og er hjálpleg viðbót í meðferð þeirra (<http://www.neurosymptoms.org>).

Fylgist með í næsta tölublaði Sjúkráþjálfarans

Við undirbúning rannsóknarinnar á Reykjalundi var leitað í klíniska reynslu hér á landi og í niðurstöður annarra rannsókna. Niðurstaðan var að nota 10 metra göngupróf, 6 mínútna göngupróf, sitja og standa á 1 mínútu, stigagöngu upp og niður 10 þrep, stöðujafnvægi á gólfi og á púða og mælistiku á þörf á stuðningi/hjálpartækjum við að fara 5m, 50m eða 500m. Mælingarnar eru framkvæmdar við komu, við útskrift og við 6 mánaða og 12 mánaða eftirfylgd. Þessi mælitæki gefa góðar upplýsingar um breytingar í tíma, en hafa þó vissa takmörkun þar sem þær meta ekki gæði hreyfinga nema að litlu leyti. Í klínískri vinnu er notkun hreyfimynda mikið notuð, bæði til að útskýra einkennin og til að skilgreina meðferð og framfarir fyrir einstaklingunum sjálfum og aðstandendum þeirra. Þörf er á frekari vinnu til að þróa betri mælitæki fyrir einstaklinga með starfræn taugaeinkenni.

Frá upphafi rannsókna, í byrjun árs 2016 hafa 11 einstaklingar tekið þátt í rannsókninni en eftirfylgd er ólökð. Frekari upplýsingar um innihald rannsóknarinnar á Reykjalundi og samantekt yfir fyrstu mælingar kemur í næsta tölublaði Sjúkráþjálfarans, haustið 2017. Fylgist með



Dæmi um starfræn taugaeinkenni

VÖNDUÐ TÆKI TIL ENDURHÆFINGAR

HJÓL MEÐ MÓTOR OG MOTIVIEW

Mikið úrval af hjólum með hjálparmotor, þar sem einstaklingurinn situr í stól eða hjólastól á meðan hjólað er. Þjóðum einnig upp á áhugahvetjandi sjónvarpsmyndir frá Motiview með hjólamyndum frá Íslandi og Norðurlöndunum.

Thera-Trainer Mobi 540

- Lítið og nett hjól með rafmagnsmotor.
- Handföng og fótpedalar fylgja með.
- Sambærilegt hjól fánlegt án mótors.
- 100 Watta, hljóðlátur motor.
- Rammi mjög sterkur.
- Hæðarstillanlegir gúmmifætur undir hjólinu.
- Stærð: 50x46x43 cm.



Thera-trainer tigo 504

- Öflugur 240 watta motor í fótahjól.
- 5,7" eða 10,2" snerti- litaskjár með íslensku viðmóti.
- Festingar í hjólastól/stól til að hann þrjóni ekki.
- 100 watta motor í handahjól.
- Stiglaus stilling á radius pedalanna.
- Spasmavörn, stillanleg.
- Raddstýrt öryggisstop, stillanlegt.



GÖNGUBRETTI

Biodex RTM600

Hljóðlætt göngubretti sem gengur fram og aftur á bak upp og niður brekkur.

- Hraði 0,1 - 16,9 km/klst, halli 0-15%.
- Hraði aftur á bak 0,1 - 4,8 km/klst.
- Fánleg með þremur mismunandi útgáfum af handföngum.
- Hjartsláttarnemi í handföngum og tengist Polar hjartsláttarnema.
- Lágt uppstig, 12 cm.
- Gönguflötur 160x51 cm. Stærð 218x69 cm.
- Auðvelt að nota með upphengi.
- Snertiskjár með einföldu og þægilegu viðmóti.
- Hámarksþyngd notanda 182 kg.



Gaitkeeper 2200

- Hraði 0,2-16 km/klst, halli 0-15%.
- Gönguflötur 153x55 cm, stærð 210x90 cm.
- Lágt uppstig, 16 cm.
- Skjánum er hægt að snúa 45°.
- Fjarstýring með öllum helstu stillingum fyrir þjálfara.
- Hjartsláttarnemi í handföngum og tengist Polar hjartsláttarnema.
- Fánleg með stuttum handföngum og löngum endurhæfingarhandföngum.
- Hámarksþyngd notanda 160 kg.



Nánari upplýsingar: Herdís Þórisdóttir, sjúkraþjálfari MBA, herdis@fastus.is

Hreyfiseðlar á Íslandi

Gangur og staða að lokinni innleiðingu

Vísindarannsóknir síðustu áratuga hafa sýnt að hreyfingarleysi er einn af sterkum áhættuþáttum varðandi heilsu og líðan. Aðrir áhættuþættir sem vel eru þekktir eru hár blóðþrýstingur, tóbaksneysla, háar blóðfitur, hár blóðsykur og offita svo eitthvað sé nefnt. Hreyfingarleysi er landlægt í okkar heimshluta og stærstur hluti Vesturlandabúa hreyfir sig ekkert eða minna en almennt er ráðlagt. Vísindarannsóknir síðustu ára hafa sýnt fram á áhrif hreyfingar sem meðferð eða hluti meðferðar við algengum sjúkdómum. Má þar nefna fullorðinssykursýki, háan blóðþrýsting, vægt þunglyndi, þráláta stoðkerfisverki af ýmsum toga, langvinna lungnateppu, beinþynningu o.fl.

Greinarhöfundar ásamt Ingibjörgu Jónsdóttur prófessor í Gautaborg hófu árið 2011 að þróa hugmyndir sem gætu orðið grundvöllur að upptöku hreyfiseðla eða ávísunar á hreyfingu í íslenska heilbrigðiskerfinu. Ávísun á hreyfingu hafði rutt sér til rúms í nágrannalöndum Íslands og tilögur höfðu verið fluttar um málið á Alþingi Íslendinga án þess að hljóta framgang. Ingibjörg hafði komið að innleiðingu ávísunar á hreyfingu í Svíþjóð og hafði því reynslu og innsýn sem kom að góðum notum við undirbúning verksins á Íslandi.

Með styrk frá Velferðarráðuneytinu (VEL) var gert tilrauna-verkefni með ávísun á hreyfingu á fimm heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu á árunum 2011- 2013. Á meðan á tilrauna-verkefninu stóð voru þróaðir og prófaðir ferlar og aðferðir m.a. var farið út í að þróa einfalt og gagnvirk samskiptaforrit sem skjólstæðingurinn notar til að skrá hreyfingu og sjá myndrænt hvernig hann stendur sig miðað við þá áætlun sem er gerð í byrjun. Hreyfistjórnir notar það til að koma til skila markmiðum og fylgjast með hvernig gengur miðað við áætlunina. Samskipti þessara tveggja aðila eiga sér stað með tölvupóstsamskiptum gegnum forritið eða með símtölum.

Ákvörðun um innleiðingu hreyfiseðla á Íslandi

Kristján Þór Júlíusson f.v. heilbrigðisráðherra tók ákvörðun vorið 2014 að hreyfiseðlar yrðu huti af íslensku heilbrigðiskerfi. Þá lá fyrir áætlun um hvernig slík starfsemi færi fram, áætlun sem var byggð á reynslu tilrauna-verkefnisins 2012-13 og reynslu annarra þjóða fyrst og fremst Svía og einnig áætlun um hvernig að innleiðingu skyldi staðið á árunum 2014-2016.

Innleiðing 2014-2016

Skipuð var verkefnisstjórn sem í sátu Auður Ólafsdóttir sjúkrapjálfi, Héðinn Jónsson sjúkrapjálfi og Jón Steinar Jónsson heilsugæslulæknir. Stýrihópur var skipaður fulltrúa frá SÍ og HH og Valgerður Gunnarsdóttir frá Velferðarráðuneytinu var formaður stýrihópsins. Að lokinni vinnu við gerð samninga milli



AUÐUR ÓLAFSDÓTTIR,
SJÚKRAPJÁLFI. MPM



HÉÐINN JÓNSSON,
SJÚKRAPJÁLFI



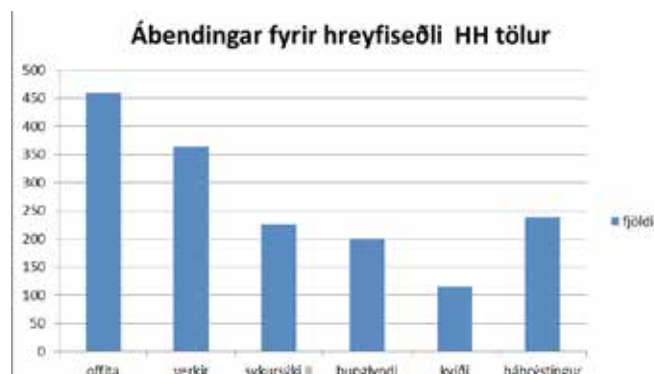
JÓN STEINAR JÓNSSON,
HEIMILISLÆKNIR

aðila og frágang ýmissa formsatriða hófst á vordögum 2014 formleg innleiðing með fundum á öllum heilsugæslustöðum HH. Innleiðing á heilbrigðisstofnunum utan HH hófst á haustdögum 2014 og lauk á vordögum 2015. Fundað var með læknum og öðru starfsfólki á Egilsstöðum, Selfossi, Keflavík, Akranesi, Ísafirði, Sauðárkróki, Fjallabyggð, Akureyri og Húsavík. Innleiðing hjá sérgreinalæknum á stofum þ.e. hjartalæknum, lungnalæknum, geðlæknum, innkirtlalæknum, gigtlæknum, öldrunarlæknum, krabbameinslæknum og heimilislæknum utan heilsugæslustöðva hófst haustið 2015. Haustið 2015 var hreyfiseðlinn innleiddur á Reykjalundi og Heilsustofnun NLFÍ í Hveragerði. Vegna verkfalla á Landspítala haustið 2015 dróst innleiðing hreyfiseðla á spítalanum til vors 2016.

Helstu tölur á árunum 2013 – 2016 – tafla1

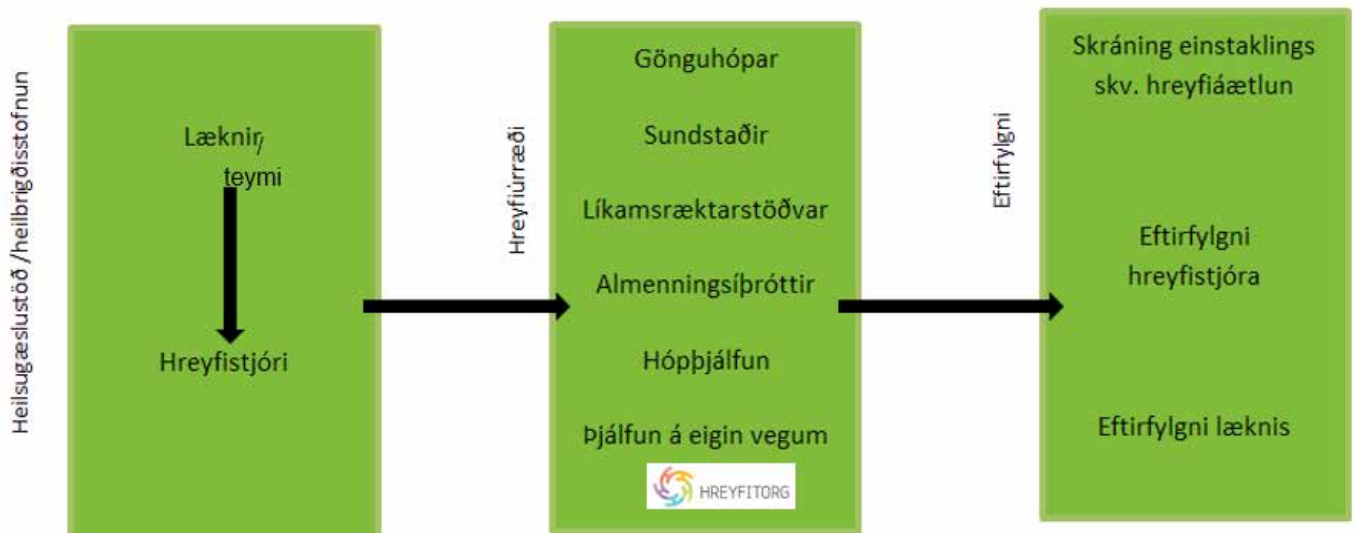
	Fjöldi	Konur	Karlar	Meðalaldur	Meðferðar- heldni
2013	264	67%	33%	49	64%
2014	606	63%	37%	48	69%
2015	942	66%	34%	48	67%
2016	1232	63%	37%	50	71%

Meginábending fyrir hreyfiseðlum (tölur frá HH 2014-16) – mynd 1



Notkun hreyfiseðla eftir heilsugæslustöðvum og heilbrigðisstofnunum á s.l 12 mánuðum (25.jan 2016 – 24.jan 2017) – tafla 2

Stofnun	Fjöldi	Karlar	Konur	Meðferðarhaldni	Meðalaldur
Árbær	26	30%	70%	80%	45
Efra Breiðholt	50	47%	53%	72%	51
Efstaleiti	39	31%	69%	64%	50
Fjörður	16	37%	63%	68%	44
Garðabær	50	31%	69%	71%	44
Glæsibær	37	32%	68%	62%	49
Grafarvogur	79	33%	67%	72%	52
Hamraborg	15	33%	67%	62%	51
Hlíðar	43	40%	60%	62%	47
Hvammur	14	43%	57%	62%	47
Lágmúli	44	36%	64%	69%	47
Miðbær	40	35%	65%	70%	48
Mjódd	20	35%	65%	80%	45
Mosfellsbær	65	45%	55%	74%	55
Salahverfi	44	32%	68%	64%	46
Seltjarnarnes	71	45%	55%	55%	49
Sólvangur	68	42%	58%	69%	50
HSS	40	55%	45%	51%	52
HSU Selfoss	86	24%	76%	75%	52
HSU Vestm	11	18%	82%	45%	48
HSU Höfn	15	33%	67%	85%	52
HSA	39	31%	69%	61%	48
HSN Þing	21	29%	71%	74%	48
HSN Ak	80	31%	69%	73%	43
HSN Dalvík	10	50%	50%	82%	51
HSN Fjallabyggð	4	25%	75%	65%	55
HSN Krókur	30	30%	70%	54%	46
HSN Blönduós	17	12%	88%	68%	51
HVEST	6	20%	80%	37%	48
HVE	34	38%	62%	49%	50
Reykjalundur	109	37%	63%	61%	50
Landspítali - Landakot	8	62%	38%	73%	72
Landspítali - Hringbraut	20	55%	45%	64%	57
Landspítali - Fossvogur	50	56%	44%	63%	53
Landspítali - Geðdeild	23	39%	61%	57%	43



Mynd 2.

Hreyfiseðill.is

Samskiptaforritið hreyfiseðill.is var hannað og þróað í samvinnu verkefnisstjórnar og tölvunarfræðings. Sú vinna hófst í byrjun árs 2011 og hefur þróun þess staðið allan innleiðingartímann. Tölvukerfið er gagnvirk þannig að þær upplýsingar sem sjúklingurinn skráir inn í tengslum við hreyfingu sína birtast hreyfistjóranum á einfaldan og þægilegan máta. VEL hefur svo ákveðið að samskiptaforrit hreyfiseðla verði í framtíðinni í Veru. Vinna við þessa breytingu er þegar hafin og þegar henni lýkur mun samskiptaforritinu í hreyfiseðill.is verða lokað. Hugmyndin er þó að nota heimasíðuna áfram til upplýsingagjafar og fræðslu.

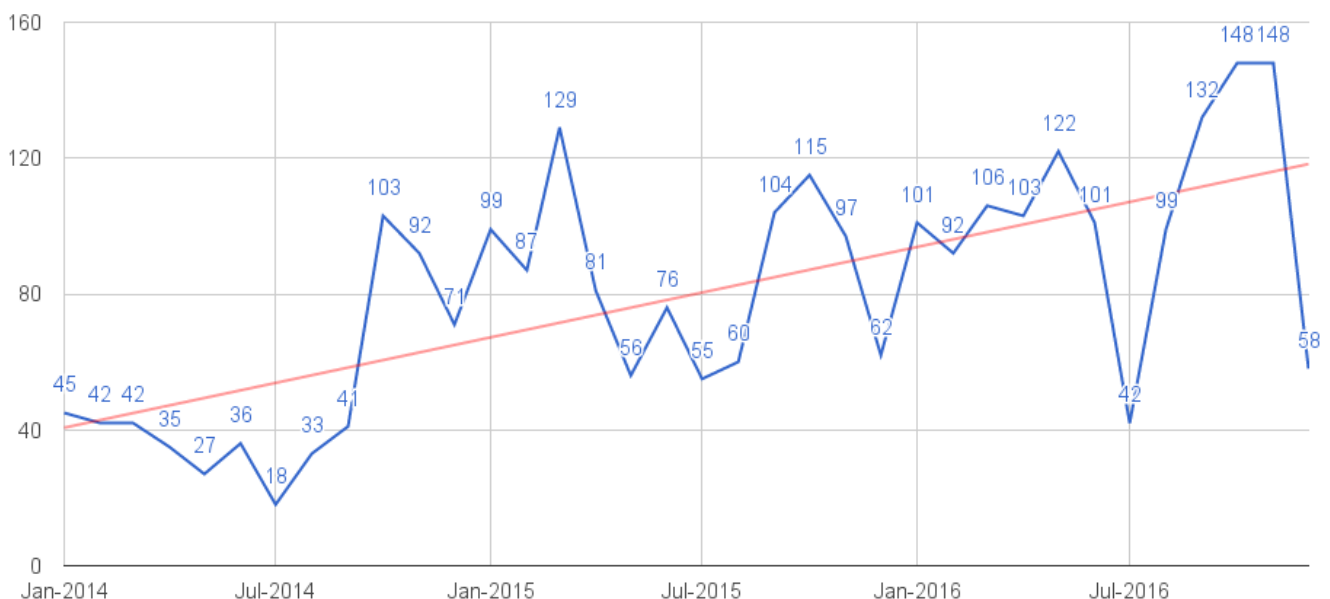
Hreyfistjórar

Í tilraunaverkefninu 2011-13 var í byrjun einn hreyfistjóri í 30% stöðu starfandi fyrir 5 heilsugæslustöðvar. Samkvæmt áætlun voru ráðnir hreyfistjórar við HH, einkareknar heilsugæslustöðvar, allar heilbrigðisstofnanir utan HH, Reykjalund og LSH - sjá töflu 2.

Hreyfistjórnir eru samkvæmt kröfulýsingu, sjúkraþjálfarar sem eru með a.m.k. 3ja ára starfsreynslu og með menntun í áhugahvetjandi samtölum. Þeir eru nú 25 talsins í 6,2 stöðgildum og starfa á 36 starfsstöðvum sbr. töflu 2. Hreyfistjórnir hafa talsvert samband sín á milli um ýmis mál er varða framkvæmd hreyfiseðla. Verkefnisstjórn hefur staðið fyrir námskeiðum í áhugahvetjandi samtölum fyrir þá hreyfistjóra sem ekki höfðu þá þjálfun fyrir.

Hreyfistjórahópurinn hefur hist á ársfundi í september s.l. 3 ár þar sem unnið er með ýmis samræmingar og gæðmál, mál sem snúa að þróun og ýmis konar fræðsla verið í boði sérstaklega varðandi vinnu með áhugahvöt. Stýrihópur verkefnissins og verkefnisstjórn hafa lagt áherslu á að nauðsynlegt sé að hreyfistjórahópurinn haldi áfram að vinna þétt saman og að haldið verði utan um verkefnið á landsvísi. Í desember s.l. var tekin ákvörðun innan ráðuneytisins um að ráða tímabundið í verkefnastjórstöðu hreyfiseðilsins í hlutastöðu og hefur nýlega

Fjöldi útgefna hreyfiseðla 2014-2016



Mynd 3.

verið gengið frá þeirri ráðningu. Verkefnastjórnin er sjúkráþjálfari og er staðsettur á Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, en starfar eins og áður sagði á landsvísi.

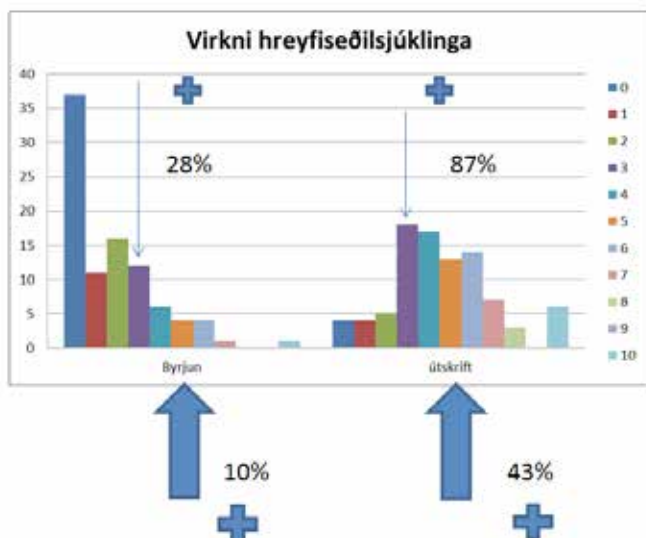
Ferlið

Einstaklingur sem fær uppáskrifaðan hreyfiseðil frá lækni / teymi pantar tíma hjá hreyfistjóra. Í því viðtali, sem tekur um 1 klst, aflar hreyfistjórnin nauðsynlegra upplýsinga frá sjúklingi varðandi sjúkdóminn, hreyfingu og áhuga sjúklings og notast er við áhugahvetjandi samtaltækni, skráir inn og kennir sjúklingi á samskiptakerfið og sjúklingurinn svarar virknisspurningum. Hreyfistjórnin framkvæmir síðan 6 mín göngupróf til að skoða hvernig sjúklingurinn bregst við álagi en einnig til að meta hversu gott þol viðkomandi hefur og hversu mikla þjálfun hann þolir til að byrja með. Í framhaldinu er sett upp hreyfiáætlun í samráði við sjúklinginn og hreyfiúrræði eru valin út frá FYSS (www.fyss.se), þ.e. tegund, ákæfð, magn og tími. Síðan sammælast hreyfistjóri og sjúklingur með hvaða hætti eftirfylgd verður háttad (sími / tölvupóstur), en eftirfylgnin felst í stuðningi, hvatningu og faglegum ráðleggingum um að koma hæfilegri og hentugri hreyfingu inn í lífsmynstur viðkomandi. Eftirfylgdin getur staðið í allt að 12 mánuði.

Eftirfylgd

Mikilvægt er að þekkja hvort áhrif hreyfiseðla vara þegar formlegu innngripi líkur og hvort áhrifin séu eins hjá öllum hópum skjólstæðinga. Í hreyfiseðilferlinu er skjólstæðingurinn spurður að virknisspurningum bæði í upphafi og lok meðferðar, sjá mynd 3 hér fyrir neðan. Til þess að kanna hvernig skjólstæðingum gengur að viðhalda meðferðinni eftir að formlegu innngripi líkur var ákveðið að hreyfistjórn myndu hafa samband við skjólstæðinga sem hafa útskrifast úr hreyfiseðli. Hringt er í skjólstæðinga 6, 12 og 18 mánuðum frá útskrift. Þessi eftirfylgd hófst á haustmánuðum 2016 og mun gefa mikilvægar upplýsingar um áhrif hreyfiseðilsins.

Virgni sjúklinga í byrjun og við útskrift (100 manna úrtak) – mynd 4.



Rannsóknir

Nokkrar rannsóknir hefa verið gerðar í tengslum við verkefnið á síðustu árum af háskólanemum og innan HH og má þar nefna BS ritgerð í hagfræði um kostnaðarvirknigreiningu

BS ritgerð í sjúkráþjálfun um reynslu lækna og skjólstæðinga af notkun hreyfiseðla á Íslandi, BS ritgerð í sálfræði um viðhorf íslenskra heimilislækna til hreyfiseðilsins.

MS rannsókn lýðheilsuvísindum um mat á árangri og upplifun sjúklinga á meðferðinni og núna stendur yfir rannsókn innan HH um íhlutun með hreyfiseðlum hjá konum sem fengu meðgöngusykursýki.

Kynningar

Hreyfiseðilsverkefnið hefur verið kynnt á fjölda funda í félagasamtökum, innan stjórnsýslunnar og heilbrigðiskerfisins, í dagblöðum, blöðum áhugafélaga, í útvarpsviðtölum o.fl. Auk þess hefur verkefnisstjórn kynnt málið fyrir nokkrum forsvarsmönnum sveitarfélaga svo sem í Reykjavík, Kópavogi, Garðabæ, Ísafirði, Húsavík og Egilsstöðum.

Hreyfiseðilsúrræðið hefur einnig verið kynnt á ráðstefnum fagaðila, svo sem tvisvar á Læknadögum, á heimilislæknaþingum, fræðadögum heilsugæslunnar, degi sjúkráþjálfunar og innan vettvangs lýðheilsunnar.

Lokaorð

Það er mat fráfarandi verkefnisstjórnar að vel hafi tekist til við innleiðingu verkefnisins og ljóst er að þörf er fyrir þetta úrræði innan heilbrigðisþjónustunnar og fer notkun á því vaxandi ár frá ári. Þó er ljóst að halda þarf utan um þjónustuna og þróa hana áfram á komandi árum og ef þróunin verður svipuð og verið hefur í Svíþjóð þá verður vaxandi þörf á þessu úrræðin á komandi árum.

Verkefnisstjórn vill nota tækifærið og þakka samstarfsmönnum okkar og þá sérstaklega hreyfistjórn og aðilum í stýrihóp, fyrir góða og gefandi samvinnu á liðnum árum, - því án ykkar værum við ekki stödd þar sem við erum í dag.



Öll þjóðin
-eitt hjarta

HjartaHeill

Billinn fer í skoðun einu sinni á ári
- hversu oft ferð þú í skoðun?

HJARTAHEILL, LANDSSAMTÖK HJARTASJÚKLINGA | SÍÐUMÚLA 6 | 108 REYKJAVÍK
SÍMI 552 5744 | FAX 562 5744 | WWW.HJARTAHEILL.IS

„Hver einasti dagur var eins og ótrúlegt ævintýri“

Síðastliðið sumar fylgdist þjóðin spennnt með knattspyrnu-landslíði karla á EM í Frakklandi. Árangurinn var frábær og má segja að stór hluti Íslendinga hafi gengið um á bleiku skýi á meðan á mótinu stóð. Sjúkraþjálfarastéttin átti sína fulltrúa á mótinu í starfsliði landsliðsins og lék okkur forvitni á að heyra í einum af þeim.

Fríðrik Ellert Jónsson sjúkraþjálfari í Orkuhúsinu sat fyrir svörum.

Hversu margir starfsmenn voru í sjúkrateymi landsliðsins þarna úti?

Við vorum þrír sjúkraþjálfarar, ég, Stefán H. Stefánsson og Rúnar Pálmason. Síðan skiptu tveir lækningarferðinni á milli sín, Sveinbjörn Brandsson bæklunarlæknir var með okkur fyrrihluta mótsins, en Reynir Björnsson heimilislæknir tók seinni hlutann.

Veist þú hvernig sjúkrateymi annarra þjóða á mótinu voru mönnuð. Ætli við séum langt á eftir í þeim efnum?

Okkar sjúkrateymi er samansett á svipaðan hátt og hjá öðrum Norðurlandþjóðum. Flest lið eru með 3-4 meðferðaraðila. Það helsta sem vantaði hjá okkur var fitness þjálfari og næringarfræðingur en langflest liðanna voru með fitness þjálfara og mörg voru með næringarfræðing. Eftir EM kom fitness þjálfari í okkar teymi, sem léttir aðeins á okkar vinnu. Fjögur lið voru með sálfræðing hjá sér allt mótið og nokkur voru með sálfræðing sem kom og fór. Við höfum engan sálfræðing. Algengt er að landsliðsmenn séu með sinn eigin sálfræðing sem þeir leita til.

Hvaða meðferðartæki hafið þið til umráða í svona ferðum?

Við erum með blandstraum, hljóðbylgjur, laser, nálastungur, togbelti og Game Ready tæki (Kæli- og þrýstigræja). Við erum



Tveir góðir saman og ævintýrið lifir áfram.

einnig með tæki sem heitir Normatec (þrýstingstæki - Recovery boots) sem á að flýta fyrir endurheimt.

Það er auðvelt að ímynda sér að þetta hafi verið stórkostleg upplifun að vera þarna úti en kannski er lítið talað um hversu mikil vinna þetta var. Getur þú lýst því hvernig dagarnir voru hjá ykkur sjúkraþjálfurunum?

Fljótlega eftir morgunmat hófst undirbúningur fyrir æfingu; teipingar og losun á stífum vöðvum/liðum. Fyrir æfingu taka flestir strákanna virknisæfingar (stundum gert saman á æfingasvæðinu) í líkamsræktinni og nota jafnvel foam rúllur og lítinn bolta til að losa sjálfir um stíf svæði. Ég sá svo oftast um upphitun fyrir æfingar og sá líka um niðurskokk (Cool Down) eftir æfingar. Við sáum einnig um að hafa kolvetna- og próteindrykki klára á æfingum og eftir þær.

Strákarnir sáu um að vigta sig fyrir og eftir æfingar og var það allt skráð niður. Þess var gætt að þeir vökvuðu sig (fá líka sölt og steinefni) með tilliti til vökvatapsins, sem gat verið mismunandi mikið m.a. eftir ákefð æfinga og hitastigi. Eftir æfingu eða leik fóru margir í ísbað eða í kalt/heitt bað til skiptis sem við þössuðum upp á að væri klárt. Meðferðir tóku svo við fram á kvöld (um klukkutíma hlé í kvöldmat) til kl. 21:45, en þá var starfsmannafundur þar sem farið var yfir daginn, ástand leikmanna og hvernig næsti dagur yrði uppsettur. Svona voru flestir dagar hjá okkur fyrir utan dagana fyrir og eftir leik; þá unnum við til miðnættis, þar sem töluverður tími fór í flug daginn fyrir leik og eftir leik.

Nú hefur þú töluverða reynslu af því að vinna með íþróttalið, myndir þú mæla með því að nýútskrifaðir sjúkraþjálfarar væru duglegir að taka að sér íþróttalið við upphaf starfsferils.

Það fer mikið eftir því hvaða kröfur eru gerðar, það getur verið betra að byrja hjá litlu liði og vinna sig svo upp. Sjálfur byrjaði ég að vinna með úrvalsdeildarliði Vals í knattspyrnu karla tveimur árum eftir útskrift og ég held að ég hefði ekki verið almennilega klár mikið fyrr en það. Það er mikilvægt að þeir sem eru að vinna með íþróttalið séu búnir að fara á skyndihjálparnámskeið og rifja þau fræði upp árlega eftir það. Ef ég mætti vera með ráðleggingar til þeirra sem eru nýútskrifaðir þá mæli ég með því að þeir verði duglegir að spyrja reynslumeiri sjúkraþjálfara á þeirra vinnustað spurninga ef þeir eru óruggir með eitthvað, svo kemur að þeim degi að aðrir fara að spyrja þá. Sjúkraþjálfun er lifandi fag og því verður maður að halda sér á tánum með því að fylgjast með því nýjasta (fara á námskeið og kíkja á greinar). Ég verð að viðurkenna að þeir sem þykjast kunna og geta allt fara í taugarnar á mér. Um leið og þú telur þig vita allt, þá er kominn tími til að hætta, það er allavega mitt mat.

Lumar þú á einni góðri sögu úr ferðinni sem þú mátt láta flakka?

Það var nokkuð gott þegar það var liðsmyndataka á hótelinu einn morguninn. Þegar myndatökan var afstaðin tóku menn eftir því að



Rúnar, Stefán og Friðrik á góðri stundu.

Þar var enginn Alfreð Finnbogason mættur. Enginn virtist hafa saknað hans, hvorki í morgunmatnum né í myndatökunni. Hann hafði fengið svefntöflu hjá læknum kvöldið áður og svaf þymirósarsvefni á meðan allt fór fram. Þessu var síðar reddað með því að fótósjoppa hann inn á myndina. Alfreð hafði sjálfur mestan húmor fyrir þessu.

Síðan lenti ég frekar illa í því í undankeppninni daginn eftir útileikinn á móti Hollandi. Þá vorum við Gunnar, starfsmaður KSÍ, að ganga saman yfir brú eftir æfingu. Það var rigning og

þessi brú var mjög hál timburbrú. Ég segi við Gunnar; „Réttast væri að kasta þér útí þetta ógeðslega sýki“ og ég var varla búinn að sleppa síðasta orðinu þegar ég sá fætur mína allt í einu fyrir ofan höfuðið á mér og ég hentist ofan í sýkið, lenti með höfuðið af fullum krafti á botninum. Síminn ónýtur, sjúkrataskan ónýt og allt sem í henni var. Svona læðist lífið aftan að manni, ef maður vill öðrum illt þá fær maður það sjálfur óþvegið. Ég var í raun heppinn að hálsbrjóta mig ekki.

Annars má ég til með að nefna það að þótt það hafi verið töluvert álag á öllum úti í Frakklandi, enda mikið í húfi, þá var hver einasti dagur eins og ótrúlegt ævintýri. Menn nutu hverrar einustu mínútu með ástríðuna að leiðarljósi, algjörlega tilbúnir að fórn sé fyrir íslensku þjóðina. Þessi hópur okkar hefur síður en svo sagt sitt síðasta orð.

Við þökkum Friðriki kærlega fyrir þetta viðtal, þess má geta að þetta viðtal fór fram í gegnum netið því Friðrik var einu sinni sem oftast á faraldsfæti með landsliðinu og að þessu sinni var hann staddur í Kína.

Áfram Ísland.



FRIÐRIK ELLERT JÓNSSON

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.

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

GILOFA flug og stuðningssokkar örva blóðflæðið í líkamanum og draga úr vökvæðun.

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.

GREEN COMFORT®

GREEN COMFORT®
MEDICAL

Sandalar 9606
Litir: Svart/brúnn

Klossar 9453
Litir: Svart/hvitt

Skóverslunin iljaskinn

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



Biomechanical Taping

for the Management of Load, Movement and Function

Biomechanical evaluation and intervention is regularly incorporated into the management of musculoskeletal and neurological conditions.

Greater magnitude and velocity of navicular drop has been associated with Medial Tibial Stress Syndrome¹. Hip adduction and internal rotation is predictive of pain severity in Patellofemoral Pain Syndrome². While correlation does not necessarily suggest causation, known kinematic alterations warrant investigation as possible contributing factors, the modification of which may have a positive impact on function (e.g. foot drop), pain or performance.

Similarly, those with poor outcomes post injury or surgery may demonstrate altered mechanics when compared with those with good outcomes or with the uninvolved limb. Those with patella tendinopathy reduce motion at the knee but exhibit increases at the hip during hopping activities³. Following ACL repair, those with poorer outcomes similarly demonstrate meaningful asymmetries at the hip⁴. Other factors such as fatigue can result in considerable changes even within a single event. Runners pre and post half marathon demonstrated a bilateral increase in navicular drop of 5mm and hamstring injuries often occur late in matches suggesting that fatigue may play a role^{5,6}.

Interventions such as Antipronation Taping can be effective at reducing navicular drop and in doing so reduce EMG activity in Tibialis Anterior and Tibialis Posterior⁷.

The pain associated with tendinopathy is also load dependent - the more load, the more pain but furthermore load is credited as being the driver that progresses tendinopathy from an early, reactive tendinopathy through the stages of tendon dysrepair to a degenerative tendinopathy, as described by Cook and Purdham,



VALGEIR VIDARSSON, Sjúkrapjálfrari.
RYAN KENDRICK, Sjúkrapjálfrari

20098.

Orthotics, taping and bracing attempt to combat some of these changes, primarily by providing a passive restriction to motion or perhaps via neurophysiological mechanisms. They do not however provide a deceleration force through range, load absorption or assistance to motion. Furthermore, rigid tapes can restrict motion and maintain correction but usually only for short periods and in many athletic endeavours the restriction of movement interferes with the performance of complex skills or manoeuvres. Normal movement is also required to dissipate load

over multiple motion segments and to maintain normal balance strategies. Dynamic Taping, developed over six years ago, helps overcome these limitations.

Dynamic Tape is a highly elastic tape that stretches in all directions. It has strong elastic resistance and recoil through range (measured in excess of fifteen kilograms compared to less than one hundred grams with kinesiology tapes). It is designed to provide a strong mechanical input (think bungee jumper) while permitting full range of motion even during complex, multiplanar movements. Taping techniques can involve multiple joints, introduce rotation and cross the midline with no limitation to movement.

While possible neurophysiological effects are acknowledged, our ability to manipulate these for a positive clinical outcome is less well understood. When applied correctly, mechanical changes have been demonstrated and it is this mechanical approach that guides the clinical reasoning. Tissues do not fail because of pain, they fail because of load. We know that pain has a very poor correlation to structural pathology yet even in centrally sensitised pain states low threshold mechanical stimulation i.e. load (tactile,

Table 1 Tape comparison.

	Dynamic tape	Kinesiology tapes	Rigid athletic tapes
Material	Nylon/Lycra or Recycled PET/Lycra	Cotton ± Lycra	Rayon/Cotton & may contain natural rubber latex
% Elongation	>200%	140–180%	Nil
Rigid end point	No	Yes	Yes
Resistance and recoil	Strong (double layer measured at 10–15 kg)	Weak	Nil
Direction of stretch	Longitudinal and transverse	Longitudinal only	Nil
Application position	Shortened	Lengthened (generally)	Neutral/corrected/shortened
Primary mode of action	Mechanical – deceleration, load absorption and assistance of movement	Neurophysiological	Mechanical – restrictive
Secondary mode of action	Neurophysiological	Mechanical – resistive/restrictive with weak recoil and rigid end point	Neurophysiological

Used with the permission of Ryan Kendrick.

pressure or punctate) of A β and A δ pathways can evoke altered pain responses. Many clients may not even have pain e.g. foot drop and Dynamic Taping techniques aim to manage the loading profile of the tissues. Dynamic Tape can absorb load directly by providing a deceleration force to reduce the eccentric demand on the affected muscle or stimulation of sensitised peripheral drivers, either primary or secondary directly e.g. hamstring tear or indirectly by modifying the movement pattern as a whole or introducing an accessory motion at a joint e.g. Mulligan techniques.

Techniques are developed based on a thorough assessment and sound clinical reasoning. In addition to identifying aberrant movement patterns, the clinician must also consider the type and stage of the pathology, pain processes at play, and the demands placed on the injured tissue. Once a clear objective is identified, the technique is developed placing importance on elements such as the axis of rotation, line of pull relative to the axis, position and leverage. Re-evaluation follows to determine if the taping application has created the desired effect on movement and the subsequent effect on pain and function. The result can immediately be fed back into the clinical reasoning process to support or contradict one's primary hypothesis.



Figure 1. Indirect Technique - Arch support technique decelerates navicular drop, assists resupination of the foot and creates an artificial windlass effect.

To illustrate this, consider a mid portion achilles tendinopathy. Ryan et al, 2009 reported increased subtalar eversion in a group with achilles tendinopathy⁹. An indirect technique might aim to reduce the subtalar eversion and consequent strain on the achilles tendon. A variety of techniques could be selected depending on assessment findings. One example would be to provide a hip extension and external rotation force to reduce the magnitude and velocity of hip internal rotation, adduction and consequent valgus collapse at the knee and foot if this was identified on assessment and altering this has a positive impact on pain or function.

A more localised alternative would be to address the navicular drop at the foot itself (Figure 1.) This technique provides a force vector to shorten the foot and raise the transverse arch. It also acts to resist calcaneal valgus. The technique is applied with the foot in plantar flexion, forefoot adduction, inversion and great toe flexion. An artificial windlass mechanism can be created by



Figure 2. Direct Technique for Achilles Tendon - Longitudinal strip includes a 2" PowerBandTM (2 x 2" Dynamic Tape strips laminated together before application) and an additional 3" cover strip to provide additional load absorption and to anchor the PowerBandTM on all sides. The transverse strip through the midfoot is applied to lift the navicular and provide a deceleration force to navicular drop. The achilles strip acts to provide more resistance into dorsiflexion and assistance into plantarflexion as well as creating a soft tissue offloading effect similar to a traditional 'box' offload technique.

commencing on the great toe, using great toe extension to tension the tape thereby providing a longitudinal force to resist lengthening of the foot. Preliminary research suggests a shortening of the foot and raising of the arch of between 5-10mm can be obtained when assessing static foot posture.

Figure 2. shows a direct technique aimed at reducing the load through the calf/achilles tendon/ plantar fascia unit. The tape is applied with the foot in plantar flexion and the knee in flexion. As the foot and ankle move into dorsiflexion, the tape stretches, providing a direct, deceleration force to reduce the eccentric demand on the calf/achilles tendon unit. As plantar flexion commences, the stored energy is re-injected to assist the transition into the concentric phase.

More load absorption can be achieved by the application of a PowerBandTM. A PowerBandTM is made by laminating two or more layers of Dynamic Tape together before it is applied to the body. This binds the tape together and provides stronger resistance with excellent recoil and recovery properties. The decision to use a PowerBandTM is based on the size of the athlete, the stage of pathology and the demands that will be placed on the target tissues.

Although this is considered a direct technique as the tape acts to mimic the function of the calf/ achilles unit by decelerating dorsiflexion and assisting plantar flexion, it also contributes indirectly as the lines of pull will act to shorten the foot, raise the

arch, decelerate the navicular drop and augment force closure to assist in providing a stable lever as re-supination occurs.

Techniques may aim to:

1. Contribute force externally to reduce load on the body e.g. the tape may be applied anteriorly over the knee joint from thigh to mid shin with the knee in full extension. It acts like a spring to resist the collapse of the knee into flexion under gravity and to assist the return to full extension. This may be indicated for patella tendinopathy, someone with poor quads function and control e.g. post operatively for example.
2. Modify movement patterns by resisting motion in one direction or assisting in another. Emerging research supports this - see McNeill and Pedersen 2016¹¹. Accessory glides or rotations consistent with a Mulligan approach may also be indicated.
3. By modifying position, improvements in length-tension relationships and leverage effects can be obtained to improve biomechanical and physiological efficiency of the work of muscle to transfer force or accommodate load
4. Augment Force Closure to enhance stability - the strong recoil acts like a tourniquet when applied circumferentially. This provides a compressive force to increase the coefficient of friction at the articular surfaces to improve stability at an articular level. External Pelvic Compression for example has

shown many positive effects in this regard¹² but this mechanism can be applied to many wrist and finger issues, ankle and syndesmosis injuries and many more.

5. Unload tissue stress by boxing all of the soft tissue together to create a soft, spongy area. McConnell¹³ demonstrated this effect with a 'diamond box' to the lateral epicondyle for tennis elbow and more recently this mechanism has been shown to reduce stress on the muscle fibres of the quadriceps even during contraction, except in absolute inner range¹⁴.
6. Reduce compliance (which is increased with cyclic loading) or compensate for the loss of energy storage and release in degenerative tendons.

More thorough explanation with regard to effects on the pain system, and addressing issues like fear avoidance and maladaptive behaviours is beyond the scope of this article but the reader is referred to www.dynamictape.com.

Dynamic Taping is a mechanical approach which utilizes the 'spring like' load absorption and viscoelastic properties of this unique tape to manage the loading profile of weak, injured, overloaded or inhibited tissues. The clinical reasoning process will identify the aim of treatment and allow the development of a technique capable of addressing the specific needs of each individual client. It can therefore be incorporated into many management approaches to complement manual or exercise based therapies.

Þegar þú þarft að prenta

–fáðu þá tilboð hjá okkur



LITRÓF
umhverfismenntun og prentsmiðja



Nýjungar í sálfræðimeðferð þráláttra verkja

Einstaklingar með þráláta verki njóta minni lífsgæða en aðrir og er ljóst að þrálátir verkir eru alvarlegt heilsufarsvandamál sem veldur miklum sálrænum og líkamlegum þjáningum. Til að mynda er algengi þunglyndis meðal sjúklinga með þráláta verki frá 20% til 54% og svipað má segja um algengi kvíða. Hugræn atferlismeðferð (HAM) er algengasta sálfræðimeðferðin við þrálátum verkjum og hefur árangur þeirrar meðferðar verið vel staðfestur í rannsóknum.

Á síðasta áratug hefur nýtt meðferðarform komið fram sem hentar einnig vel til að draga úr andlegri vanlíðan samhliða þrálátum verkjum og bæta lífsgæði fólks. Þessi nálgun nefnist ACT sem stendur fyrir Acceptance and commitment therapy en hún byggir á hugmyndafræði hugrænnar atferlismeðferðar og atferlissgreiningar. Þetta er gagnreynt meðferðarform þar sem lögð er áhersla á að gangast við stöðu mála (acceptance) og tileinka sér núvitund í bland við breytingar á hegðun. Markmiðið er að auka sálrænan sveigjanleika fólks. Í ACT er ekki markmiðið að losna við óþægilegar tilfinningar eða upplifanir heldur frekar að gangast við þeim og gera ráð fyrir því að erfiðleikar séu hluti af lífinu. Þetta felur ekki í sér uppgjöf heldur að vinna út frá stöðunni eins og hún er og lifa lífinu í samræmi við það sem skiptir fólki máli (gildi þess). Áhersla er lögð á að kenna fólki að vera opið fyrir óþægilegum tilfinningum og hugsunum og falla ekki ofan í það að fordæma alla upplifun hvort sem hún er óþægilegar tilfinningar, hugsanir eða skynupplifanir.

ACT byggir m.a. á nálgun núvitundar sem er aldagömul hugleiðsluáðferð sem á rætur að rekja til Búddisma og gengur út á að gangast við, eða vera meðvitaður um, það sem er að gerast á líðandi stundu og taka þeirri upplifun með opnum huga og af áhuga. Núvitund þýðir að vera með hugsunum sínum eins og þær eru, án þess að grípa þær eða ýta þeim í burtu. Í ACT er hugleiðslan notuð í samhengi við gildi fólks og fólk hvatt til að gera breytingar á hegðun sinni í samræmi við þau. Þannig náum við frekar að lifa innihaldsríku lífi þrátt fyrir verki og vanlíðan sem eru í sjálfu sér hluti af lífinu.

Það má setja aðferðir ACT í fjóra flokka:

- Aftenging: Þetta felur í sér að ná ákveðinni fjarlægð á hugsanir sínar með því, fyrst og fremst, að taka eftir óhjálplegum hugsunum, viðhorfum, minningum án þess að láta þær ráða því sem er gert hér og nú.
- Samþykki/gangast við: Skapa rými fyrir óþægilegar tilfinningar, hvatir og skynupplifanir í stað þess að reyna að bæla þær, ýta í burtu eða streitast á móti (ströggla).



RÚNAR HELGI ANDRÁSSON, PSY.D.
SÉRFRÆÐINGUR Í KLÍNISKRI
SÁLFRÆÐI

- Tenging við líðandi stundu: Að tengjast því sem er að gerast hér og nú og mæta því með opnum huga og af forvitni.
- Íhugandi upplifun á sjálfum sér: Að læra að fylgjast með sjálfum sér og skoða nánast utan frá. Læra að við erum ekki hugsanir, tilfinningar eða ákveðna ímyndir sem við höfum af okkur sjálfum.

Þessar aðferðir eru mjög gagnlegar til að læra að lifa betur með þrálátum verkjum. Ef verkjasjúklingur lærir að aftengja sig frá hugsunum sínum kemst hann hjá því að týna sér í áhyggjum, hörmungarhyggju o.s.frv. Á sama hátt er mjög gagnleg afstaða að samþykka stöðuna eins og hún er en þetta felur ekki í sér að

sættast við verkina heldur að gangast við þeim og læra samt að lifa innihaldsríku lífi. Hætta að ströggla við verkina eða streitast á móti.

Í ACT meðferð lærir fólk að skilgreina hvað það er sem skiptir það máli, hver þeirra gildi eru. Gildin eru oftast flokkuð með eftirfarandi hætti: Foreldrahlutverkið, fjölskyldan, samband við maka, vinátta, starfsframi, vöxtur og þroski, tómstundir, andleg tenging og samfélagið. Með því að skilgreina sig innan þessara gilda er hægt að varða leiðina að betra og innihaldsríkara lífi þrátt fyrir verki, þrautir og erfiðar tilfinningar.

ACT leggur líka höfuðáherslu á breytingar í hegðun í samræmi við gildi og notar ýmsar aðferðir til þess að hvetja til þeirra. Þannig er fólk hvatt til að framkvæma hluti sem skipta máli þrátt fyrir erfiðleika eða hindranir í veginum. Þessi nálgun hefur lítið verið kynnt hér á landi en er notuð í síauknum mæli á verkjasviði Reykjalundar, bæði í einstaklingsviðtölum og hópameðferð.

Kannski má segja að megin kjarninn í ACT sé: *Hver hefur sinn djöful að draga en láttu það ekki stöðva þig í að fylgja hjartanu.*

Lesefni um ACT:

- Dahl, J.C. og Lundgren, T. (2006). Living Beyond Your Pain: Using Acceptance and Commitment Therapy to Ease Chronic Pain. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Dahl, J.C., Wilson, K.G., Luciano, C. og Hayes, S.C. (2005). Acceptance and commitment therapy for chronic pain. Reno: Context Press.
- Harris, R. (2008). The Happiness Trap: How to Stop Struggling and Start Living: A Guide to ACT. Auckland: Existle Publishing Ltd.
- Hayes, S.C. (2005). Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.

Fjarmedferð á verkjasviði Reykjalundar

Frá haustmánuðum 2009 hefur verkjasvið Reykjalundar sinnt fjarmedferð meðfram hefðbundinni starfsemi. Undirbúningur að verkefninu hófst vorið 2009. Töluvert er um að sjúklingar á biðlista verkjasviðs hafi ekki tök á að koma til 5 daga innskriftar í nokkrar vikur samfleytt af ýmsum orsökum, t.d. vegna starfa og ótta við að missa starf, náms og af fjölskylduástandum. Starfsfólk á verkjasviði og göngudeild Reykjalundar hafði áhuga á að færa verkjamedferð í nærumhverfi skjólstaðinga. Hugmyndin var að einstaklingurinn þyrfti ekki á 5 daga innskrift að halda heldur gæti haldið áfram í sínu daglega lífi – hvort heldur væri í vinnu eða skóla, samhliða því að fá fræðslu frá verkjasviði á netinu og með skemmri komu á Reykjalund. Fleiri ástæður lágu þó að baki hugmyndinni: Í kjölfar niðurskurðar eftir fjármálakreppu voru fyrirsjáanlegar breytingar á starfsemi stofnunarinnar. Mikil eftirspurn hefur verið eftir þjónustu verkjasviðs sem sinnir samkvæmt þjónustusamningi um 180 manns á ári. Beiðnir um innskriftir hafa hinsvegar verið 250–300 á ári. Einnig var ljóst að krafa nútímans er að geta nálgast fræðsluefni á netinu og því ákveðin tækifæri í því að setja upp fjarnámsleið.

Innskriftarferlið á Verkjasvið er eftirfarandi: Beiðni kemur frá lækni og skjólstaðingurinn fer á biðlista. Gert er ráð fyrir að vel flestir mæti á kynningarfund á Reykjalund sem haldnir eru á 6 vikna fresti þar sem endurhæfingin er kynnt. Meðal annars er rætt um mikilvægi hreyfingar og virkni, bætta lífsstíl, reykingavarnir, næringu, svefn og niðurtröppun verkjalyfja. Innan þriggja mánaða frá kynningarfundinum er svo 4 daga kynningarinnskrift þar sem ástand viðkomandi er metið, lagt upp með framhaldið, markmið sett með skjólstaðingi og hvað þarf að vinna með fyrir lengri innskrift. Metið er hvort viðkomandi er tilbúinn í þá vinnu sem endurhæfingin krefst og hvort líklegt teljist að fjarmedferð gæti nýst. Þá er metið hvort önnur úrræði séu hentugri og þá vísað í t.d. sjúkrapjálfunarmedferð eða sálfræðimedferð. Ef vantar upp á rannsóknir er því vísað til viðkomandi heimilislæknis.

Yfirleitt líða nokkrar vikur fram að aðalinskrift sem varir yfirleitt um 5 vikur. Eftir útskrift bjóðum við upp á eftirfylgd í 1–3 mánuði.

Framhaldsskólinn í Mosfellsbæ (FMOS) var stofnaður 2009 og leituðum við eftir samstarfi við Guðbjörgu Aðalbergsdóttur, skólameistara Framhaldsskólans í Mosfellsbæ. Hún hafði mikla reynslu af fjarkennslumálum og tók strax mjög vel í þessa hugmynd. Við fengum aðstoð og aðstöðu í FMOS við að taka upp fyrirlestra og fræðslunni hefur verið miðlað gegnum Moodle fjarkennsluforrit skólans.

Verkefnið fékk í upphafi styrk frá Landlæknisembætti en er nú rekið innan ramma þjónustusamnings Reykjalundar. Yfirumsjón með framkvæmd fjarnáms er í höndum Guðrúnar Agnesar Einarsdóttur hjúkrunarfræðings.

Þátttakendur greiða engin skólagjöld í en eru skráðir í FMOS eina önn eða meðan á námskeiðinu stendur. Fjarnámið stendur í 12 vikur. Lotur hefjast að hausti og aftur í janúar og hafa þátttakendur því jafnframt möguleika á að taka fleiri áfanga í FMOS á

meðan þau eru skráð í skólann. Þau fá einingar og einkunn fyrir námið. Til þess að fá einingar metnar, þarf að skila verkefnum eins og svefnskrá, hreyfidagbók, matardagbók og að mæta í staðarlotur.

Þrjár tveggja daga staðarlotur á Reykjalundi eru í náminu; í byrjun, eftir einn mánuð og í lok eða 12 vikum frá byrjun. Í fyrstu staðarlotu fá þátttakendur kennslu á fjarkennsluforritið Moodle hjá kennurum FMOS, kynningu á prógramminu, leiðbeiningar varðandi æfingar og farið er yfir grunn atriði í þjálfun. Í annarri lotu er farið í verklega hluta verkjaskóla, líkamsvitundartíma og fyrirlestra. Einnig fara þátttakendur í hópaprógramm á Reykjalundi; vatnsleikfimi og fá leiðsögn í stafgöngu. Í lok hverrar lotu, eru markmiðsfundir með hverjum þátttakanda þar sem hann fær aðstoð tveggja starfsmanna verkjateymis við að setja sér markmið og farið er yfir gang mála.

Milli staðarlotanna eru sendir vikulegir fræðslupakkar á fjarkennsluvefinn sem þátttakendur geta skoðað þegar hentar. Margir segja það einn mesta kostinn við fjarnámið.

Í fjarmedferðinni er engin bein meðhöndlun sjúkrapjálfa á Reykjalundi en skjólstaðingar halda áfram í þeirri medferð sem þeir hafa verið í og stundum er þeim beint í medferð út í bæ. Þátttakendur sem við teljum hafa þörf fyrir frekari sálræna vinnu höfum boðið upp á hópmedferð í hugrænni atferlismeðferð við verkjum.

Hverjir fara í fjarmedferð.

Fjarmedferð er kynnt á kynningarfundum fyrir þá sem bíða eftir innskrift á verkjasvið og einnig eru upplýsingar um medferðina á heimasíðu Reykjalundar (<https://www.reykjalundur.is/sjuklingar-og-adstandendur/verkjateymi/>).

Þrír fagaðilar (hjúkrunarfræðingur, læknir og sjúkrapjálfi) hitta einstaklinginn á göngudeild og meta hvort líklegt sé að fjarmedferð sé raunhæfur og gagnlegur kostur fyrir viðkomandi og hvort hindranir eru í vegi. Allt að 15 einstaklingar innskrifast í hvern hóp en fjöldi takmarkast af aðstöðu í verklegri kennslu.

Mælitæki eru notuð í upphafi og við lok medferðar. Líkamlegt ástand er metið með 6 mín gönguþolprófi og 1 mínútu “sit to stand” prófi. Þátttakendur svara spurningalistum varðandi kvíða (BAI), depurð (BDI), viðhorf til líkamlegrar áreynslu og vinnu (MÁV) og hörmungarhyggju (FABQ).

Í lok árs 2016 hafa 13 hópar innskrifast í fjarmedferð á verkjasviði eða 182 einstaklingar (117 konur, 55 karlar, meðalaldur um 35 ár). Af þeim hættu 28 (15%) þátttöku en 19 (10,5%) þurftu á lengri medferð að halda og innskrifuðust á Reykjalund í 5 daga endurhæfingu. 135 manns (74%) luku fjarmedferð og þurftu ekki á frekara inngripi Reykjalundar að halda.

Ljóst er að fjarmedferð hefur virkað sem góður valkostur sem medferð fyrir valda einstaklinga. Til stendur að skoða betur árangur af henni til lengri tíma lítið.

ALTIS

- aðeins topp vörur



Inspire M5 Multi Gym



Trissa Lojer



SeersMedical meðferðarabekkur



Monark RT2



h/p/cosmos Mercury







Danskar Flødeboller

Upb.24 stk

Botn

400 g marsipan
smá flórsykur

Stráið flórsykri á borðplötu og fletið marsipanið út í 3-5mm þykkt og skerið út hringi.
Bakið á smjörpappír við 180°C í um 7-8 mínútur.

Fylling

250 g sykur
75 ml vatn
110 g glykósasýróp (t.d. light corn syrup frá essential)
140 g gerilsneiddar eggjahvítur
15 g sykur

Láta eggjahvítur og 15 g af sykri í hrærivélaskál. Ekki byrja að þeyta strax heldur geymið.
Setjið vatn, síróp og 250 g af sykri saman í pott og hitið rólega þar til blandan hefur náð nákvæmlega 117 gráðum. Þegar sykurmassinn hefur náð u.þ.b. 110° má byrja að þeyta eggjahvítur og sykurinn léttar og ljósar. Hellið 117° sykurmassanum rólega saman við eggjahvítur og þeytið áfram á fullum krafti í um 10 mínútur eða þar til fyllingin er orðin stíf og glansandi.

Setjið fyllinguna í sprautupoka og sprautið á marsipanið (t.d. stúttinn 2D frá Wilton).
Látið standa í 1-2 klukkutíma við stofuhita svo þær stífnir aðeins upp og einfaldara sé að setja súkkulaðið á.
Eða stingið í kæli eða örstutt í frysti.

Hjúpur

400 g súkkulaði (best að nota dropna frá Odense)
Bræðið súkkulaðið yfir vatnsbaði. Leyfið súkkulaðinu að kólna áður en það er sett á bollurnar því annars falla þær. Gott er láta súkkulaðið leka yfir bollurnar með skeið og halda á bollunum yfir skálinni á meðan.
Ef vill stráið kókos eða öðru því sem hugurinn girnist yfir.
Geymið bollurnar í kæli og njótið vel!



Fræhrökkbrauð

½ dl sólblómafræ
 ½ dl sesamfræ
 ¾ dl hörfræ
 ½ dl graskersfræ
 ½ tsk salt
 1 dl maismjöl
 ½ dl repjuolía eða önnur bragðlítill olía
 1 ½ dl sjóðandi vatn

Purrefnum blandað saman í skál. Hellið olíu og sjóðandi vatni yfir og hræið saman.

Hellið grautnum á bökunarpappírsklædda ofnskúffu. Breiðið þunnt út og stráðið sjávarsalti yfir ef vill Einnig er gott að gera ýmis tilbrigði við þessa uppskrift t.d. tsk. af kryddi eins og karrý, túrmerik, kanil og fleiru. Eða setja annarskonar fræ t.d. chiafræ en þá þarf að auka vökva. Bakið við 150° í 1 klst. Slökkvið á ofninum og látið fræhrökkbrauðið standa áfram í ofninum í 15 mínútur. Takið út úr ofninum og látið kólna. Brjótið í passlega stóra bita.

Súkkulaðikaka sjúkrapjálfarans

400 gr sykur
 6 egg
 2 tsk vanilludropar
 255 gr suðusúkkulaði brætt í vatnsbaði
 65 gr smjör eða olía
 90 gr hveiti (gott að setja möndlumjöl 70 gr og hveiti 30 gr)
 70 gr kakó
 1.5 tsk lyftiduft
 ½ tsk salt
 2 dl sýrður rjómi 10-18 % eða grísk jógúrt
 Sykur og egg þeytt vel saman. Vanilludropum, bræddu smjöri/olíu og súkkulaði bætt varlega út í, síðan þurrefnum og að lokum sýrðum rjóma/grískri jógúrt.
 Bókuð í háu formi í u.þ.b. 55-70 mín við 170° gr.

KREM ef vill

150 gr súkkulaði og um ½ dl rjómi, rjómi hitaður að suðu og súkkulaði bætt í.



Lífsstíll og vellíðan

Ég hef verið sjúkráþjálfari í 25 ár og unnið sjálfstætt nánast allan tímann. Ég lærði sjúkráþjálfun í Danmörku og ólst þar upp með dönskum föður og austurrískri móður. Snemma á lífsleiðinni komst ég í kynni við öðruvísi lífsstíl og til dæmis var grænmetisfæði oft á boðstólum í æsku minni.

NEW START

Fyrir allmörgum árum heyrði ég fyrst talað um NEW START prógrammið. NEW START stendur fyrir eftirfarandi skammstöfun: N nutrition (næring, grænmetisfæði), E exercise (hreyfing) W water (vatn), S sunshine (sólarljós) A air (súrefni), R rest (hvíld) T trust (traust). Hugmyndin að NEW START kemur úr bókinni The Ministry of Healing eftir Ellen G. White. Bókin er meira en 100 ára gömul. Þar kemur fram að þessi aðferð sé sú besta fyrir alla til að ná betri heilsu og lifa lengur og betur (White, 1905).

Hverjum þætti eða skammstöfun í NEW START fylgja margar ráðleggingar. Prógramminu fylgja veggspjöld. Við lestur á veggspjöldum fást smám saman ráðleggingar um af hverju eitt og annað er til bóta og hvernig megi hafa góð áhrif á líðan. Sem dæmi má nefna að undir liðnum „hvíld“ kemur fram hvenær við sofum REM-svefni, hversu oft það gerist á hverri nóttu, o. s. frv. Best er að sofa í tvær klukkustundir fyrir miðnætti og neyta síðustu máltíðar dagsins fjórum tímum fyrir svefn. Einnig eykur nægur svefn lærdómsgetu, svo eitthvað sé nefnt.

Breyttur lífsstíll

Sjálf byrjaði ég að breyta verulega um lífsstíl árið 2004. Ég byrjaði á því að hætta að borða allar mjólkurvörur og fann að það gerði mér gott. Hægt og rólega hætti ég svo að borða nánast allar dýraa-furðir. Ég sagði fólki í kringum mig frá heilsufarslegum ávinningi mínum, minni bólgu og betri líðan með NEW START aðferðinni. Smám saman voru fleiri og fleiri líka tilbúnir til að prófa að gera breytingar. Ég lét ekki duga að tala um mat við skjólstæðinga mína heldur tek inn allan NEW START pakkann. Áðurnefnd veggspjöld eru á stofunni hjá mér. Þar eru ráðleggingar svo fólk geti tileinkað sér efnið hægt og rólega. Gaman er að segja frá því að margir sjúklingar hafa sagt mér að þeir lesi ráðleggingarnar aftur og aftur í hvert skipti sem þeir koma í sjúkráþjálfun. Það getur liðið ár á milli heimsóknar í sjúkráþjálfun en samt er alltaf hægt að rifja upp eitthvað fróðlegt varðandi heilsuna. Á veggspjöldum um traust er til dæmis setning um hve miklu máli skiptir að vera sáttur. Allir hafa upplifað að fá óréttláta meðhöndlun. Einmitt þá þurfum við að vera tilbúnir til að fyrirgefa fólki sem kann sig ekki.



SONJA RIEDMANN, SJÚKRÁÞJÁLFA
SJÚKRÁÞJÁLFUN MOSFELLSBÆJAR

Í dag þekki ég marga sem hafa breytt mataræði og viðhorfi eftir þessari hugmyndafræði. En breytingar taka tíma. Fólk byrjar og prófar í 1-6 mánuði, gleymir þessu svo alveg og tekur sig til og prófar aftur seinna. Ég þekki ótalmörg dæmi um þetta. Það er ekkert rangt í þessu en maður græðir mest þegar maður heldur áfram á braut breytinga.

Rannsóknir

Að gera lífsstílsbreytingar eins og með NEW START prógramminu er vel rannsakað af mörgum fræðimönnum um allan heim. Mig langar að nefna nokkrar bækur sem skrifaðar hafa verið af læknum.

Neal D. Barnard læknir skrifar í bók sinni Foods That Fight Pain að maturinn sem við borðum geti valdið verkjum. Hann útskýrir að með því að sleppa ýmsum fæðutegundum fyrir azsuma, einnig einhverjum grænmetistegundum, getum við minnkað bólgu, fundið sökudólgana og fundið vellíðan í líkama okkar (Barnard, 1998). Shushana Castle og Amy-Lee Goodman gáfu út bókina Rethink Food: 100+ Doctors Can't Be Wrong. Þar skrifa 100 læknar sögur um fólk, sjúkdóma og lífsstíl og hvernig matur tengist vellíðan þess (Castle og Goodman, 2014). Eddie Ramirez kom til Íslands í maí 2015 og hélt röð fyrirlestra um breyttan lífsstíl. Hann skrifar greinina Diabetes Can Be Defeated í bókinni Rethink Food um sykursýki 2 og hvernig er hægt að losna við eða minnka sykursýki með 100% breyttum lífsstíl (Ramirez, 2014). Ramirez vinnur einnig í rannsóknarverkefni fyrir Neal Nedley lækni sem skrifaði bókina Depression - the way out. Þar kemur fram hvernig mataræði hefur áhrif á geðheilsu okkar, til dæmis að tryptophan sé mikilvægt efni fyrir fólk sem á við þunglyndi að stríða. Hægt er að fá þetta efni með því að borða spirulina, ristaðar sojabauur, chia og hörfræ, svo eitthvað sé nefnt. (Nedley, 2001)

Breytingar skipta máli

Reynsla mín í þessum efnum hefur kennt mér að breytingar skila sér í minni bjúg í líkamanum, þyngdartapi, áhrifum á blóðþrýsting, liðugri liðamótum og minni verkjum.

Heimildir:

1. Barnard, Neal D. Foods that Fight Pain. 1998.
2. Castle, Shushana og Goodman, Amy-Lee. Rethink Food: 100+ Doctors Can't be Wrong. 2014.
3. Nedley, Neal. Depression – the Way Out. 2001.
4. Ramirez, Eddie. Diabetes Can Be Defeated. Í Rethink Food: 100+ Doctors Can't be Wrong. 1998.
5. White, Ellen G. Ministry of Healing. 1905.

NÆRING

NÆRING

KOSTIR JURTAFAÐU

- Ekkert kólesteról
- Trefjaríkt
- Hæfilegt magn af hitaeyningum
- Ríkt af plöntuefnum (phytochemicals)



TREFJAR MINNKA LÍKURNAR Á

- ristilkrabbameini
- sjúkdómum í gallblöðru
- æðahnútum
- ristilpokum
- gyllinæð
- offitu



NÆRINGARRÁÐLEGGINGAR

- Borðið ferska ávexti og grænmeti daglega
- Borðið meira af heilkorni og hnetum
- Borðið meira af trefjaríku fæði og minna af unninni fæðu
- Gerið morgunmatinn að meginmáltíð dagsins



**GERÐU HOLLA NÆRINGU
AÐ LÆKNINGAMEÐALI ÞÍNU.**
HIPPOKRATES

Textaháls „TextNeck“

–Ný heilsufarsleg ógn eða heimagert vandamál?

Það er hluti af daglegu starfi heilbrigðisstarfsólks að aðstoða einstaklinga með ýmiskonar kvilla frá stoðkerfinu. Í Danmörku, þar sem greinarhöfundar starfa, hafa nýlegar rannsóknir leitt í ljós að talsverður hluti þessara einstaklinga þjáist af verkjum frá hálsi, herðum og baki [7], sem svipar mjög til þess sem sést á heimsvísu [20]. Það getur verið erfitt að eiga við einkenni frá þessum svæðum, ekki einungis vegna þess að erfitt getur verið að staðsetja nákvæmlega orsök einkennanna [1;6] heldur einnig vegna þess að fjölmargir þættir (líkamlegir og sálfélagslegir) geta haft áhrif á ástand einstaklingsins [3;18].

Á undanföllum árum hafa verkir frá baki og hálsi hjá börnum og unglingum fengið sífellt meiri athygli, sérstaklega í ljósi þess að svo virðist sem bakverki á fullorðinsaldri megi að einhverju leyti rekja til unglingsáranna [2;9]. Hér í landi hefur mikil umræða skapast um háls- og bakverki barna og unglinga þar sem stoðkerfiskvillar hafa verið tengdir ofnotkun á farsímum og spjaldtölvum [Mynd 1].

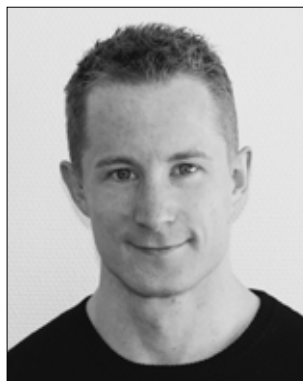
Textaháls – ógn við heilbrigði okkar?

Rætur þessa nýja fyrirbæris má rekja til Bandríkjanna þar sem kiropraktor þar í landi stofnaði the TextNeck® Institute árið 2009. Hver rökin eru, fyrir því að textaháls/TextNeck séu greindur frá öðrum einkennum frá hálsi og herðum og á hvaða vísindalega grunni sú nálgun byggir er hinsvegar ekki skýrt.

Þó ekki sé um það deilt að börn geta fundið til, er vitað að verkjaupplifun þeirra er undir miklum áhrifum frá foreldrum og öðrum fjölskyldumeðlimum [15]. Þar af leiðandi hefur okkar túlkun á því hvað hrjáir börnin okkar og hvað sé þeim mögulega



ÞORVALDUR SKÚLI PÁLSSON,
SJÚKRAPJÁLFARI, SÉRFRÆÐINGUR Í
MEÐFERÐ STOÐKERFISVERKJA
(BSc, MPHTY, PhD)



STEFFAN WITTRUP CHRISTENSEN,
SJÚKRAPJÁLFARI, SÉRFRÆÐINGUR Í
MEÐFERÐ STOÐKERFISVERKJA
(BSc, MPHTY, STUD. PhD).

„hættulegt“, bein áhrif á hvernig þau túlka þau einkenni sem þau eru með. Hér verður maður að passa sig að falla ekki í þá gildru að gera ráð fyrir beinu orsakasambengi milli verkja frá hálsi, herðum og baki og notkunar á hverskyns snallsímatækni. Það er nokkuð vel þekkt, að erfitt er að sýna fram á tengsl líkamsstöðu og verkja [14;17], en í þessu sambengi er mikilvægt að muna að líkami okkar er gerður til að vera á hreyfingu en ekki í kyrrstöðu. Þetta er ef til vill

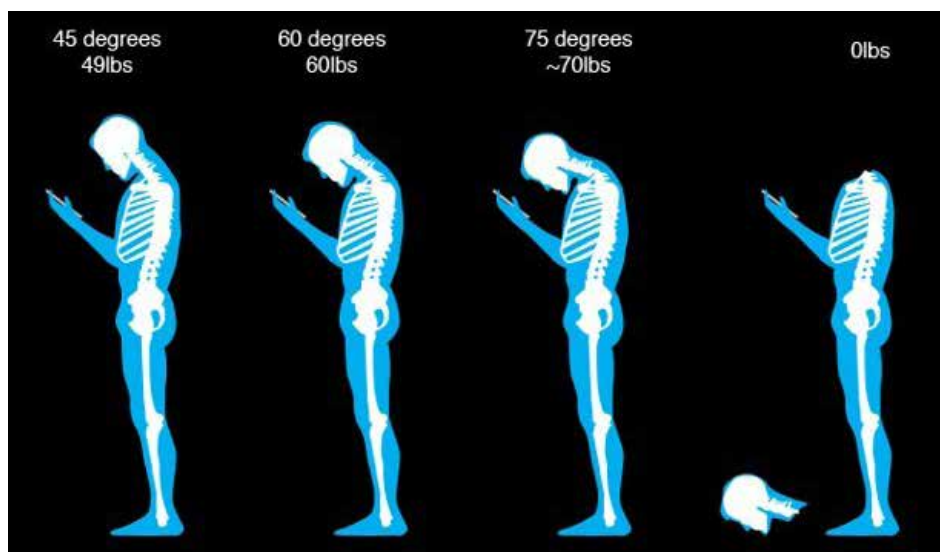
kjarni málsins. Í nútíma samfélagi virðist þróunin vera í þá átt að hreyfing barna sé smám saman að minnka [5;11]. Það, að þetta skuli gerast á svipuðum tíma og notkun snjallsímatækni er að aukast þarf því ekki að koma á óvart. Reyndar er vel þekkt, að börnum sem hreyfa sig minna, er hættara við að fá hverskyns verki en þeim sem stunda reglulega hreyfingu [19]. Snjallsímatækninni virðist þessvegna hafa verið „kennt um“ einkenni sem líkast til eru tilkomin vegna hreyfingarleysis. Sumir líta ef til vill á þetta sem of mikla einföldun, þó svo leiða megi líkur að því, að þetta sé ástæðan fyrir þessum nýja „faraldri“. Í rannsókn, þar sem athugaðir voru þeir kraftar sem hafa áhrif á hálsinn í mismunandi mikilli beygju, kom í ljós að sú höfuðstaða sem við beitum við notkun snjallsímatækni er skaðleg [8]. Ef horft er framhjá augljósum göllum þessarar rannsóknar verður maður muna að sambærileg höfuðstaða, í öðru samengi, yrði seint gagnrýnd. [mynd 2] Fyrirbæri eins og „skák-háls“, „þrjóna-háls“ eða „lestrar-háls“ á maður erfitt með að ímynda sér að myndu ná vinsældum. Eða „hjóla-háls“...við myndum seint benda hjólaferðamönnum á þá „augljósu hættu“ sem tengist því að fara í 4 tíma hjólatúr með höfuðið í reigt aftur í ystu stöðu. Staðreyndin er, að þó svo við komum okkur fyrir í „fullkominni“ stöðu þar sem hugað er að öllum þáttum sem geta aukið álagið á hryggjarsúluna, munum við finna fyrir verkjum ef við hreyfum okkur ekki út úr stöðunni af og til. Í stað þess að tala um textaháls/TextNeck væri líklega meira viðeigandi að tala um „Ekki-sitja-kyrr-of-lengi-án-þess-að-hreyfa-þig-háls“. Þetta er þó væntanlega ekki jafn söluvænlegt og upphaflegt heiti.

Frjálsleg túlkun á vísindaniðurstöðum

Heilbrigðisstarfsmenn eru oft á tíðum fljótir að tileinka sér nýjungar hvað varðar skoðun, greiningar, meðferðarform o.þ.h. Þetta er jákvætt í ákveðnum skilningi en mikilvægt er að þetta gerist ekki gagnrýnislaust.

¹www.politiken.dk/indland/art5732328/B%C3%B8m-f%C3%A5r-skader-af-at-bruge-sk%C3%A6rme
www.jyllands-posten.dk/livsstil/familiesundhed/ECE9216591/boern-faar-skader-af-at-bruge-skaerme/
www.b.dk/sundhed/har-du-smartphone-nakke





Aragrú af meðferðarformum og ágæti þeirra er hægt að finna innan “heilbrigðisðnaðarins” fyrir hinar ýmsu greiningar. Sumt hjá börnum:

- Manual therapy við ungbarnakveisu – þó svo að ekkert bendi til þess að það virki [4]
- Manual therapy við eyrnaveik – sem er byggt á mjög vafasömum grunni....og virkar ekki [16] Og sumt hjá fullorðnum:
- Val á hlaupaskóm til að forðast meiðsli – það hefur komið í ljós að t.d. göngugreining skiptir litlu máli við val á skóm, svo lengi sem þeir eru þægilegir [13]
- Kinesio Tape – sem hefur lítil sem engin áhrif á stoðkerfisverki [12]
- Cupping – víða notað af íþróttamönnum án þess að hafa nokkur sýnileg áhrif [10]

En er þetta ekki í lagi svo lengi sem það virkar?

Með því að gangast við hinum ýmsu meðferðarformum án þess að skoða hver ætluð verkan og sannreynð áhrif eru, getur hæglega valdið misskilningi, hræðslu og óryggi skjólstæðinga okkar. Með því að gera því skóna að þörf sé á meðferð og/eda hverskyns hjálpartækjum til að ná heilsu, getur það valdið því að einstaklingnum sé haldið áfram í verkjaástandinu vegna þeirra hugsana og væntinga sem viðkomandi hefur til einkennanna. Þetta er sérstaklega slæmt þegar börn eiga í hlut þar sem þau eiga mögulega eftir að eldast með það veganesti að líkami þeirra sé brothættur og þurfi að fara varlega með.

Hvernig eigum við að meðhöndla þessi börn?

Svarið er einfalt, við eigum ekki að meðhöndla þau. Fyrir því eru einfaldlega engin rök þar sem þetta ástand lagast yfirleitt af sjálfu sér. Með því að setja í gang meðferð, án þess að taka á undirliggjandi orsakabáttum er hættan sú að við gerum einstaklinginn háðan okkur. Viðeigandi ráðgjöf þyrfti nánast undantekningarlaust að innihalda upplýsingar um mikilvægi hreyfingar og ef til vill breytingar á lífsstíl viðkomandi. Hér er mikilvægt að við æfingaval fari saman það sem við metum að sé mikilvægt OG það sem skjólstæðingi okkar langar til. Að lokum, ber okkur að sjálfsögðu skylda til að hvetja til skynsamlegrar notkunar á snjallsímunum og spjaldtölvum.

Heimildir

- [1] Bogduk N. The anatomy and pathophysiology of neck pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2011;22(3):367-382, vii.
- [2] Coenen P, Smith A, Paananen M, O'Sullivan PB, Beales DJ, Straker LM. Trajectories of low-back pain from adolescence to young adulthood. *Arthritis Care & Research (Hoboken)* 2016;Epub ahead of print.
- [3] Cote P, Velde G, Cassidy JD, Carroll LJ, Hogg-Johnson S, Holm LW, Carragee EJ, Haldeman S, Nordin M, Hurwitz EL. The burden and determinants of neck pain in workers: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *J Manipulative Physiol Ther* 2009;32.
- [4] Dobson D, Lucassen PL, Miller JJ, Vlieger AM, Prescott P, Lewith G. Manipulative therapies for infantile colic. *The Cochrane database of systematic reviews* 2012;12.
- [5] Dollman J, Norton K, Norton L, Cleland V. Evidence for secular trends in children's physical activity behaviour. *British Journal of Sports Medicine* 2005;39(12):892-897.
- [6] Ferrari R, Russell AS. Regional musculoskeletal conditions: neck pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17(1):57-70.
- [7] Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2015.
- [8] Hansraj KK. Assessment of stresses in the cervical spine caused by posture and position of the head. *Surgical Technology International* 2014;25.
- [9] Hestbaek L, Leboeuf-Yde C, Kyvik KO, Manniche C. The course of low back pain from adolescence to adulthood: eight-year follow-up of 9600 twins. *Spine* 2006;31(4).
- [10] Lee MS, Kim J-I, Ernst E. Is Cupping an Effective Treatment? An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies* 2011;4(1):1-4.
- [11] Magnusson KTAS, S. S, E. J. Líkamshreyfing 9 og 15 ára íslenskra barna í ljósi lýðheilsuáhrifa. *Læknablaðið* 2011;2(97).
- [12] Mostafavifar M, Wertz J, Borchers J. A systematic review of the effectiveness of kinesio taping for musculoskeletal injury. *the Physician and sports medicine* 2012;40(4):33-40.
- [13] Mündermann A, Stefanyshyn DJ, Nigg BM. Relationship between footwear comfort of shoe inserts and anthropometric and sensory factors. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2001;33(11):1939-1945.
- [14] O'Sullivan PB, Smith AJ, Beales DJ, Straker LM. Association of Biopsychosocial Factors With Degree of Slump in Sitting Posture and Self-Report of Back Pain in Adolescents: A Cross-Sectional Study. *Physical Therapy* 2016;96(4):470-483.
- [15] Palermo TM, Chambers CT. Parent and family factors in pediatric chronic pain and disability: An integrative approach. *Pain* 2005;119(1-3):1-4.
- [16] Pohlman KA, Holton-Brown MS. Otitis media and spinal manipulative therapy: a literature review. *Journal of Chiropractic Medicine* 2012;11(3):160-169.
- [17] Richards KV, Beales DJ, Smith AJ, O'Sullivan PB, Straker LM. Neck Posture Clusters and Their Association With Biopsychosocial Factors and Neck Pain in Australian Adolescents. *Physical Therapy* 2016;96(10):1576-1587.
- [18] Shahidi B, Curran-Everett D, Maluf KS. Psychosocial, Physical, and Neurophysiological Risk Factors for Chronic Neck Pain: A Prospective Inception Cohort Study. *J Pain* 2015;16(12):1288-1299.
- [19] Vierola A, Suominen AL, Lindi V, Viitasalo A, Ikävalko T, Lintu N, Väistö J, Kellokoski J, Närhi M, Lakka TA. Associations of Sedentary Behavior, Physical Activity, Cardiorespiratory Fitness, and Body Fat Content With Pain Conditions in Children: The Physical Activity and Nutrition in Children Study. *The Journal of Pain* 2016;17(7):845-853.
- [20] Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 2016;388(10053):1545-1602.

Klínískar leiðbeiningar um meðferð bakverkja

Þjóðarstofnunin fyrir heilsu og velferð, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), í Bretlandi gaf út í lok nóvember 2016 nýjar leiðbeiningar um meðferð bakverkja með eða án leiðniverks (NICE guideline: 30 November 2016 - www.nice.org.uk/guidance/ng59).

Leiðbeiningarnar sem byggja á niðurstöðum margra ára rannsókna á bakverkjum eru ætlaðar heilbrigðisstarfsfólki og fólki með bakverki. Leiðbeiningarnar leggja áherslu á að fólki séu veittar ráðleggingar og upplýsingar sérsniðnar að þörfum og getu hvers og eins til þess að hjálpa því að vinna sjálft í mjóbaksvandamáli sínu á öllum stigum meðferðarinnar. Þetta felur meðal annars í sér að fólki eru veittar upplýsingar um eðli bakverkjanna auk þess sem það er hvatt til að halda áfram eðlilegri virkni.



DR. GUÐNÝ LILJA ODDSDÓTTIR,
SJÚKRAPJÁLFARI. SÉRFRÆÐINGUR Í
GREININGU OG MEÐFERÐ STÖÐKERFIS.
NETFANG: GLO@HI.IS



DR. HARPA HELGADÓTTIR,
SJÚKRAPJÁLFARI. SÉRFRÆÐINGUR Í
GREININGU OG MEÐFERÐ STÖÐKERFIS.
NETFANG: HARPAHE@HI.IS

Í leiðbeiningunum eru mismunandi meðferðarform útlustuð í þeim tilgangi að hjálpa fólki að takast á við mjóbaksverki með eða án leiðniverks þ.e.líkamleg og sálfræðileg meðferð, lyfjameðferð og skurðaðgerðir. Markmið leiðbeininganna er að bæta lífsgæði fólks með því að stuðla að skilvirkustu meðferðinni.

Leiðbeiningunum er skipt í flokka þ.e. leiðbeiningar er varða skoðun mjóbaksverkja, leiðbeiningar er varða meðferð án skurðaðgerðar (non-invasive) og meðferð með skurðaðgerð. Einnig er fjallað um lyfjameðferð við bakverkjum. Í seinni hluta leiðbeininganna er fjallað um tillögur (recommendations) að rannsóknum, bæði er varða áhrif lyfja, tauga- og/eða mænudeyfinga og spenginga (spinal fusion).

Í leiðbeiningunum varðandi skoðun mjóbaksverkja með eða án

START skimunarlisti fyrir bakverk

Hugsaðu um síðustu 2 vikur og hakaðu við þitt svar við eftirfarandi spurningum.	Ósammála 0	Sammála 1		
1 Bakverkinn hefur leitt niður í fótinn/fætturna einhvern tíma á síðustu 2 vikum	☐	☐		
2 Ég hef fundið sársauka í öxlinni eða hálsinum einhvern tíma á síðustu 2 vikum	☐	☐		
3 Ég hef aðeins gengið stuttar vegalengdir vegna bakverkjar	☐	☐		
4 Síðustu tvær vikur hef ég klætt mig hægar en venjulega vegna bakverkjar	☐	☐		
5 Það er ekki óhætt fyrir einstakling í mínu ástandi að vera líkamlega virkur	☐	☐		
6 Ég glími oft við áhyggjur	☐	☐		
7 Mér finnst bakverkurinn óbærilegur og held að hann muni aldrei lagast	☐	☐		
8 Almennt séð hef ég ekki notið alls þess sem ég gerði áður	☐	☐		
9 Hve truflandi hefur bakverkurinn verið síðustu 2 vikur?				
Alls ekki ☐ 0	Svolítið ☐ 0	Í meðallagi ☐ 0	Mjög ☐ 1	Gríðarlega ☐ 1



Stigagjöf STarT Back skimunarlista.

Heildarstigafjöldi undir 3 = lítill hættu á því að verkir verði langvarandi.

Heildarstigafjöldi yfir 4 = veltur á því hvernig spurningum 5 til 9 er svarað hvort að miðlungs eða mikil hættu er á að verkir verði langvarandi.

leiðniverks er lögð áhersla á mismunagreiningu og útilokun alvarlegri sjúkdóma eins og krabbameins, sýkinga, áverka eða bólgusjúkdóma. Það er lögð áhersla á að nota skimunartæki eins og STarT Back skimunarlista fyrir bakverk. Í þeim lista er hægt að greina þá sem eru með mikla hættu á að þróa með sér langvarandi bakverki. STarT Back skimunarlistinn hefur verið þýddur á íslensku og er sýndur á mynd 1. Stigagjöf og túlkun listans má sjá á myndum 2 og 3. Skimunarlistinn er hjálplegur við að ákveða hve litla eða hve mikla meðferð viðkomandi er líklegur til að þurfa. Þeir sem eru með litla áhættu á langvarandi bakverkjum eru líklegri til að lagast fljótt með góðum árangri og þurfa fræðslu og leiðbeiningar um hreyfingu og sjálfsmeðferð. Þeir sem hafa samkvæmt skimunarlistanum mikla áhættu á að þróa með sér langvarandi bakverki þurfa ítarlegri meðferð og stuðning t.d. æfingaáætlun með eða án “manual therapy” og/eða þeir þurfa sál-félagslega meðferð.

Í leiðbeiningunum eru tilmæli um hvað ekki beri að gera í meðferð bakverkja enda árangur slíkra meðferðaforma ekki vísindalega sannadur.

Það er mælt með að nota ekki stuðningsbelti, fótainnlegg eða sérstaka skó eins og MBT (rocker sole shoes). Það er mælt gegn því að nota tog í meðferð bakverkja með eða án leiðniverks. Aðferðir eins og “manual therapy” (hnykkmeðferð, liðlosun, mjúkvefjameðferð) á einungis að nota sem hluta af meðferð sem að mestu inniheldur æfingar, með eða án sálfræðimeðferðar. Það er mælt gegn því að nota nálastungur, rafmagnsmeðferð eins og hljóðbylgjur, PENS (percutaneous electrical nerve stimulation), TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) eða blandstraum.

Það er mælt með nota sálfræðimeðferð sem byggir á “cognitive behavioural approach” sem hluta af meðferðarpakka fyrir bakverki með eða án leiðniverks, sem aðallega inniheldur æfingar með eða án “manual therapy”. Þetta á ekki síst við hjá fólki með langvarandi bakverki eða leiðniverk og í þeim tilfellum sem önnur meðferð hefur ekki gagnast.

Í leiðbeiningunum er sterklega mælt með að hreyfing og æfingameðferð séu aðaláhersluatriði í meðferð bakverkja með eða án leiðniverks. Fyrir fólk með bakverki er mikilvægt að fordast rúmlegu og einhæft álag en leggja þess í stað áherslu á æfingar og hreyfingu. Æfingarnar bæta starfsemi baksins og hreyfingin eykur blóðstreymið um svæðið sem færir vefjunum næringu og fjarlægir úrgangsefni. Vefur sem hefur orðið fyrir skaða þarf enn meira á góðu blóðstreymi og næringarflæði að halda til að gróa og starfa eðlilega á ný.

Fólki er ráðlagt að stunda hópæfingar undir leiðsögn sjúkraþjálfara eða annarra heilbrigðisstarfsmanna en vegna þess að ólíkar orsakir geta verið fyrir bakverkjum, þurfa ráðleggingarnar og æfingarnar, á sama tíma að vera einstaklingsmiðaðar. Hreyfingin sem fólk stundar má heldur ekki ofgera stoðkerfinu.

Ganga er í flestum tilfellum góð fyrir hrygginn og hér fyrir neðan eru nokkur atriði sem er gott að hafa í huga þegar ganga er notuð sem heilsurækt. Til að ná góðu blóðstreymi um vefina er gott að ganga rösklega í 15-20 mínútur á hverjum degi. Þegar gengið er rösklega og handleggjum sveiflað, verður snúningshreyfing á hryggnum, bolvöðvarnir spennast og slaka til skiptist og blóðflæðið eykst um vefina. Þegar gengið er mjög rólega eða rólt þá er álagið ekki ólíkt því og þegar staðið er í kyrrstöðu.

Einstaklingar í aukinni áhættu að þróa með sér langvarandi bakverki



Túlkun STarT Back skimunarlista

Hreyfingin er mjög lítil almennt í hryggnum og bolvöðvarnir spennast ekki og slaka til skiptis. Gott er að ganga rösklega og sveifla handleggjunum um axlir. Þeim sem hafa bakverki hættir til að beygja aðeins olnboga í stað þess að hreyfa axlir, auk þess hættir þeim til að halla sér meira fram en þeir sem hafa ekki verki. Að hafa hendur í vösum eða fyrir aftan bak hindrar eðlilegar hreyfingar hryggsúlunnar.

Þegar fólk fær slæmt bakverkjakast er betra að forðast athafnir sem auka verkinn alveg á sama hátt og gert er ef um tognun á ökkla væri að ræða. Það flýttir hinsvegar fyrir bata og minnkar líkurnar á því að verkir verði langvarandi ef passað er upp á góða og eðlilega hreyfingu og snúið er sem fyrst til daglegra athafna. Það þarf samt að auka álagið smátt og smátt til að minnka hættuna á að verkinir aukist. Það er mjög algengt að fólk yfirkeyri sig fyrstu dagana á eftir og geri of mikið og of snemma. Ef gert er of mikið og ekki hætt fyrr en verkurinn er orðinn óbærilegur leiðir það til þess að í kjölfarið þarf einstaklingurinn að hvíla sig og gera minna. Þegar verkurinn minnkar þá fer einstaklingurinn aftur á fullt og ofgerir sér aftur. Ef vítahringurinn fær að þróast í einhvern tíma þá minnkar virkni einstaklingsins með tímanum. Í hvert skipti sem hann ofgerir sér er líklegra að hann forðist að gera það sem olli verkjunum og segi: “Ég get ekki gert þetta þá fæ ég verkina”. Sumir hreyfa sig lítið og eru óvirkir en aðrir vaða áfram, ofmeta getu sína og ofgera sér aftur og aftur. Þeir lenda oft en ekki í þessum vítahring ofálags/vanálags.

Það er mikilvægt fyrir einstaklinginn að hafa trú á því að hann nái sér af bakverk en gæti þess að lenda ekki í þessum vítahring sem leiðir til þess að virkni hans minnkar smátt og smátt með

árunum og hætti að gera hluti sem hann var vanur að gera.

Það er einnig hættu á að fólk verði hrætt við að hreyfa sig eftir að hafa verið sagt að það hafi mikið slit í baki eða til dæmis brjóskslos. Niðurstöður myndgreiningar þarf að taka með fyrirvara þar sem að rannsóknir á fólki sem hefur aldrei fundið til í bakinu sýna að slitbreytingar eru mjög algengar og að um 30% fólks hefur til dæmis brjóskslos án þess að hafa einkenni. Sambandið á milli einkenna og þess sem sést á myndgreiningu er því mjög óljóst auk þess sem rannsóknir hafa sýnt að heilsa þeirra sem fá að vita niðurstöður myndgreiningar versnar samanborið við þá sem fá ekki að vita þær. Myndgreining er mikilvæg til að útiloka alvarlega sjúkdóma og það er mikilvægt að fólk fari til læknis ef það hefur mikla og stöðuga verki sem minnka ekki við hvíld, næturverki, leiðniverk niður í fótlegg með doða og kraftminnkun eða minnkaða stjórn á þvagi og hægðum eða doða á söðulsvæði. Þetta eru einkenni sem ber að taka alvarlega.

Tilgangurinn með þessari grein er að vekja athygli sjúkraþjálfara á að leiðbeiningar eins og þær sem hér er fjallað um, byggja á gagnreynðum rannsóknum og eru því mikilvægar svo hægt sé að veita bestu meðferð við bakverkjum hverju sinni. Við hvetjum sjúkraþjálfara til að kynna sér leiðbeiningarnar ítarlega.

Heimildir:

National Institute for Health and Care Excellence. NICE guideline: 30 November 2016 - <https://www.nice.org.uk/guidance/ng59>

Um Start Back Tool:

<https://www.keele.ac.uk/media/keeleuniversity/group/startback/STarT%20Back%20supporting%20statement.pdf>

<https://www.keele.ac.uk/sbst/startbacktool/>

Hill, J. C., et al. (2010). Subgrouping low back pain: A comparison of the STarT Back Tool with the Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire. *European Journal of Pain*, 14: 83–89. doi:10.1016/j.ejpain.2009.01.003

Synnott, A., et al. (2016) Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after Cognitive Functional Therapy training: a qualitative study. *J Physiother*. 2016 Oct;62(4):215–21.

O'Sullivan, K., et al. (2015) Cognitive functional therapy for disabling nonspecific chronic low back pain: multiple case-cohort study. *Phys Ther*. 2015;95: 1478–1488.

www.pain-ed.com

McGill, S. (2016). *Low back disorders: Evidence-based prevention and rehabilitation* (Third ed.). USA.

Brinjikji, W., et al. (2015). Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol*, 36(4), 811–816.

**Göngum frá
verknum**



Ibúfen®

– Bólqueyðandi og verkjastillandi

400 mg, 30 stk og 400 mg, 50 stk

Ibúfen 400 mg, filmuhúðuð tafla inniheldur 400 mg af íbúprófeni. Íbúfen tilheyrir flokki lyfja sem kölluð eru NSAID lyf (bólqueyðandi lyf sem ekki eru sterar). Lyfið er notað við vægum til meðalmiklum verkjum eins og höfuðverk, einnig migreni höfuðverk, tannpínu, tíðaverkjum, hita og ýmsum gigtarsjúkdómum s.s. liðbólgujúkdómum (t.d. íktsýki þ.m.t. barnaíktsýki), hrörnun í liðum (t.d. slitgigt), vefjagigt, öðrum liða- og vöðvasjúkdómum og meiðslum á mjúkvæfjum. 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



Kári Árnason, sjúkraþjálfari lauk námi í Performing Arts Medicine sl. sumar. Við sendum Kára nokkrar spurningar varðandi námið og vinnu hans með listafólki. Hann brást vel og greiðlega við þessari beiðni okkar.

Í byrjun væri gaman að heyra frá þínu tónlistarlega uppeldi, á hvaða hljóðfæri þú leikur, með hvaða hljómsveitum þú hefur leikið og tengingu tónlistarinnar yfir í þín störf í dag.

Tónlistin hefur alltaf verið fyrirferðarmikil í mínu lífi. Ég hóf nám í tónlistarskóla FÍH 15 ára og nam þar bassaleik í sex ár. Frá 13 ára aldri hef ég verið viðloðinn íslenskt tónlistarlíf og hef verið þess heiðurs aðnjótandi að spila og deila sviði með mörgum af frambærilegri tónlistarmönnum Íslands. Ég hef tekið þátt í útgáfu á fjórum plötum, spilað á mörgum af stærstu tónleikahátíðum landsins og fengið góða reynslu af því að starfa sem tónlistarmaður á Íslandi, meðal annars sem meðlimur í hljómsveit Jóns Jónssonar söngvara. Sú reynsla og þekking hefur reynst mér dýrmæt, bæði í grunn- og framhaldsnámi og við meðhöndlun þeirra listamanna sem til mín hafa leitað því margir sameiginlegir fletir liggja á milli sjúkraþjálfunar og hljóðfæraleiks.

Segðu okkur frá náminu þínu, Performing Arts Medicine? Hvar fór það fram og í hverju fólst það?

Haustið 2015 flutti ég út til London til þess að hefja nám í Performing Arts Medicine við University College London (UCL). Performing Arts Medicine er tiltölulega nýr geiri innan heilbrigðisvísindanna en fyrstu bresku samtökin, sem síðar urðu að British Association of Performing Arts Medicine (BAPAM), voru stofnuð 1984 og bandarísku samtökin, Performing Arts Medicine Association (PAMA), voru stofnuð 1989. Tilgangur og markmið þessara samtaka er að bjóða listamönnum upp á þá sérhæfðu heilbrigðisþjónustu sem þeir þurfa til þess að hámarka getu sína til að koma fram og viðhalda löngum og farsælum ferli. Til einföldunar má segja að Performing Arts Medicine sé ákveðin bræðingur af mismunandi sérfræðigreinum, líkt og íþróttavísindi og gígtarlækningar. Markmiðið er að nýta þá sérfræðipekkingu sem er til staðar og móta hana að hinum sérstöku þörfum listamannsins.

UCL á sér langa sögu en þetta er einn af elstum skólum Englands, stofnaður 1826 og var fyrsti háskólinn sem stofnaður var í London. Hann er staðsettur í miðri stórborginni og skólaárið 2015-16 voru um það bil 37.000 nemendur í grunn-, framhalds- og doktorsnámi. Meistaránámið í Performing Arts Medicine var sett á laggirnar árið 2010 og er UCL eini háskólinn í heiminum sem kennir Performing Arts Medicine á meistarastigi. Námið er þverfaglegt fyrir sjúkraþjálfara, lækna og aðrar heilbrigðisstéttir og er hluti af sviði sem kallast “Division of Surgery and Interventional Science”. Námið er kennt í samstarfi við British Association of Performing Arts Medicine, Royal College of Music, Trinity Laban Conservatoire of Music and Dance og Institute of Exercise, Sport and Health (ISEH - ný íþróttaklíník sem opnuð var í tilefni ólympíuleikanna 2012) og spila þessar stofnanir stór hlutverk í kennslunni.

Samtals vorum við níu saman í náminu. Ásamt mér voru fjórir aðrir sjúkraþjálfarar, frá Englandi, Póllandi, Ungverjalandi og Portúgal, þrír læknar frá Englandi og Grikklandi og ein ensk stelpa sem hafði bakgrunn úr dýralæknisfræði en var starfandi sirkus loftfímléikakona. Það sem ég og samnemendur mínir áttum sameiginlegt var að við vorum langflest með einhvers konar lista-bakgrunn, flest úr tónlist eða dansi. Listaandinn sveif yfir allri deildinni en margir af kennurunum höfðu einnig listabakgrunn eða óbilandi ástríðu fyrir ýmis konar list. Umsjónarmaður námsins var grískur bæklunarskurðlæknir sem hafði sjálf lokið náminu og hafði því góða sýn á það hvernig hlutirnir ættu að ganga fyrir sig.

Námið var uppsett af fjórum áföngum á hvorri önn og meistaranámsókn. Hægt var að velja um að fara í fullt nám og ljúka því á einu ári, líkt og ég gerði, eða vera í hálfu námi og ljúka því þá á tveimur árum. Langstærsti hluti námsins var bóklegur en regluverkið í kringum heilbrigðisstarfsmenn í Englandi gerir það að verkum að ekki er hægt að bjóða upp á neina alvöru verklega kennslu. Þó var einn verklegur áfangi þar sem áhersla var lögð á þá sérstöku þætti sem þarf að hafa í huga við skoðun á tónlistarmönnum og dönsurum. Eftir á að hyggja var það kannski nóg því það rifjaðist fljótlega upp fyrir mér hversu taugatrekkjandi verkleg próf geta verið, sérstaklega þegar þú þarft að rökstyðja mál þitt á öðru tungumáli og hinum megin við borðið sitja enskir

sérfræðilæknar af gamla skólanum. Það kom því að góðu gagni að í undirbúningi verklega prófsins höfðu ensku bekkjarsystkini mín skólað mig til í mannasiðum að hætti innfæddra sem mér, líkt og sonnum Íslendingi sæmir, fannst oft á tíðum vera algjör óþarfa kurteisi. Allt fór þetta þó vel að lokum.

Áfangarnir voru fjölbreyttir í takt við þau fjölbreyttu vandamál sem listamenn glíma við og ólíkan bakgrunn nemenda. Sem dæmi má dæmi nefna áfanga líkt og “Science of music and dance performance”, “Performance psychology” og “Clinical management of professional voice users”. Það var síðastnefndi áfanginn sem vakti hve mesta lukku hjá mér persónulega enda réri ég þar algjörlega inn á ný mið og varð mjög heillaður af því flókna ferli sem leiðir af sér raddmyndun. Á Degi sjúkraþjálfunar 17. febrúar nk verð ég með erindi. Þar mun ég gera tilraun til þess að fræða áheyrendur um þá möguleika sem sjúkraþjálfarar hafa þegar kemur að meðhöndlun söngvara með raddvandamál.

Hluti námsins var kenndur við Royal College of Music og Trinity Laban Conservatoire of Music and Dance. Það var alveg frábært því þar fengum við fylgjast með tónlistar- og dansnemendum að störfum og fengum góða tilfinningu fyrir þeim rússibana sem getur fylgt lífi listanemans. Trinity Laban er þekktur og virtur dansskóli. Þar innanhúss er starfandi svokölluð “on-site clinic” með sjúkraþjálfurum ásamt því að Trinity Laban rekur sína eigin rannsóknarstofu og meistaranám í “Dance science”. Margar áhugaverðar rannsóknir hafa verið gerðar þar og er greinilegt að mikil gróska er á þeim bænum. Royal College of Music er svo einn þekktasti tónlistarskóli í heimi og stendur beint fyrir aftan tónleikahöllina Royal Albert Hall. Innan hans er starfandi stofnun sem kallast “Center for Performance Science” og er hún rekin í samstarfi við Imperial College. Markmið stofnunarinnar er að rannsaka með hvaða vísindalega sannreynðu aðferðum sé hægt að bæta frammistöðu (e. performance), burt séð frá því hvort um sé að ræða lifandi tónlistarflutning eða skurðaðgerð sem lækni þarf að framkvæma undir mikilli pressu. Stofnunin býr meðal annars yfir “performance simulator” sem hefur verið notaður í sálfræði rannsóknum en í honum geta nemendur Royal College of Music æft sig í því að koma fram fyrir framan tölvugerða áhorfendur og dómnefndir og fylgst með hjartsláttartíðni svo dæmi séu nefnd. Til gamans má svo geta að ráðstefna á vegum stofnunarinnar verður haldin hér á landi í lok ágúst næstkomandi.

Síðastliðið sumar lauk ég síðan við meistaranámsókn mína sem bar titilinn “The role of lower trapezius in neck, shoulder and upper-back pain in violin, viola and cello players”. Í stuttu máli fjallaði rannsóknin um að athuga hvaða hlutverk neðri partur trapezius vöðvans hefur að gegna í þróun háls-, axlar- og brjóstbaksverkja hjá strengjaleikurum. Gerðar voru meðal annars kraft- og vöðvavirknimælingar og niðurstöður bornar saman á milli rannsóknar- og viðmiðunarhóps og birtast niðurstöðurnar vonandi á prenti í náinni framtíð.

Hvað er Reykjavík Art Clinic (RAC)? Hver eru helstu viðfangsefni þar?

Stuttu eftir útskrift frá Háskóla Íslands árið 2013 vaknaði sú hugmynd að stofna sérstaka stofu þar sem boðið yrði upp á þverfaglega þjónustu fyrir listafólk og fékk sú hugmynd nafnið “Reykjavík Art Clinic”. Þegar ég lauk náminu í London höttu Bretarnir mig til þess að halda áfram að breiða út boðskap Performing Arts Medicine hér á Íslandi. Reykjavík Art Clinic hélt

því áfram að þróast og er í dag þverfaglegt teymi heilbrigðisstarfsmanna sem hefur það markmið að þjónusta listasamfélagið á Íslandi, hvort sem það eru tónlistarmenn, dansarar, leikarar eða aðrir listamenn, og bjóða upp á þá sértæku heilbrigðisþjónustu sem þessi hópur þarf svo sannarlega á að halda.

Teymið samanstendur í dag af sjúkraþjálfurum, gígtar-, bæklunar og háls,nef og eyrnalæknum ásamt tannlækni. Reykjavík Art Clinic heldur úti móttöku sem staðsett er í Gáska í Bolholti þar sem ég starfa. Móttakan, sem er í formi hefðbundinnar sjúkraþjálfunar, er miðpunktur starfseminnar og eru lækarnir í hlutverki tilvísunaraðila sem ég vísa á eftir þörfum. Á þeim stutta tíma sem teymið hefur starfað hefur samvinnan komið að góðu gagni.

Hvernig er samstarfi Reykjavík Art Clinic, Félags íslenskra hljómlistarmanna (FÍH) og Sinfóníuhljómsveit Íslands háttað, snýst sú samvinna m.a. um forvarnir eða ertu frekar að «slökkva elda»?

Í dag er Reykjavík Art Clinic í samstarfi við Sinfóníuhljómsveit Íslands og Félag íslenskra hljómlistamanna (FÍH). Að auki er ég stundakennari við tónlistardeild Listaháskóla Íslands þar sem ég kenni námskeiðið “Líkami, list og heilsa” og hef sinnt þeirri kennslu undanfarin þrjú ár. Fyrsta verkefnið með Sinfóníunni var að gera stoðkerfismat á öllum meðlimum sveitarinnar og er sú vinna enn í gangi þegar þetta er skrifað enda rúmlega 90 hljóðfæraleikarar fastráðnir hjá sveitinni. Samstarfið við FÍH hefur hingað til verið í formi fræðslufyrirlestra en framtíðin mun vonandi bera með sér nánara samstarf.

Listaheimurinn, sérstaklega heimur tónlistamanna og dansara, er þess eðlis að óraunhæft er að gera sér vonir um meiðslalausan feril. Langvarandi álag, einhæfar hreyfingar, óhagkvæm líkamstaða og oft á tíðum lélegt líkamlegt ásigkomulag býður einfaldlega meiðslahættunni heim. Hins vegar er mjög margt sem má betur fara og þá sérstaklega þegar kemur að forvörnum og meðvitund listamanna um það mikla líkamlega og andlega álag sem fylgir starfi þeirra. Helsta markmið Reykjavík Art Clinic er að stuðla að ákveðinni hugarfarsbreytingu á meðal listamanna á Íslandi og nýta þá þekkingu sem er til staðar, sérstaklega úr íþróttavísindunum og yfirfæra það sem við á yfir á listaheiminn. Í mínu starfi með tónlistarmönnum hef ég lagt til dæmis sérstaklega mikla áherslu á styrktarþjálfun til þess að gera viðkomandi hljóðfæraleikara betur undirbúinn fyrir mikla spilamennsku en rannsóknir hafa sýnt að með sérnsniðnum æfingaáætlunum er hægt að draga úr algengi og alvarleika meiðsla tengdum spilamennsku.

Listasamfélagið á Íslandi er öflugt og því er nauðsynlegt að bjóða upp á þverfaglega og skilvirka þjónustu fyrir þennan tiltekna hóp til þess að hámarka getu þeirra til að sinna störfum sínum. Því án allra þeirra frábæru listamanna sem Íslendingar eiga væri samfélagið ansi litlaust.

Við þökkum Kára kærlega fyrir og óskum honum velfarnaðar í sérgrein sinni.



KÁRI ÁRNASON
SJÚKRAÞJÁLFAREI

Strategic planning and execution in rehabilitation using the bio-psycho-social approach

Þessi grein var upprunalega skrifuð sem hluti af alþjóðlegu samstarfi, Health Policy across Europe, sem er ástæða þess að hún er skrifuð á ensku.

Abstract

Common problems exist when it comes to strategic planning and execution in the business world as well as in the health care system. If one wants to be successful in this area it is important to be aware of those problems when innovating and implementing new ideas as well as being familiar with successful ways.

There are a lot of new knowledge in rehabilitation that needs to be implemented into clinical practice. One has been the knowledge of the bio-psycho-social approach using the ICF system, which involves by other means that more emphasize is on individual activity and participation outcomes, not just the impairment level.

A lot of research and papers have been written about the ICF model but very few on the experience of implementing it into clinical practice. The experience described in this article shows that it is easier said than done to incorporate the model into clinical practice. Therefore it is important to give more attention to the development of effective ways when the ICF system is incorporated into clinical practice.



ÁSA DÓRA KONRÁÐSDÓTTIR B.Sc.
SJÚKRAPJÁLFUN, M.Sc STJÓRNUN
HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU, SEP FRÁ LBS.

Lack of strategic innovation and execution in rehabilitation

In many countries strategic planning is lacking which results in uneven distribution of service capacity and infrastructure as well as lack of agency responsible to administer, coordinate, and monitor the service. Other common problems are inadequate health information systems and communication strategies. This can result in low rates of participation in rehabilitation as well as complex referral systems. In return this can limit access to the service and result in inappropriately referral and unnecessary medical consultations. Absence of engagement with the people receiving the service when it comes to design, implementation, and evaluation of rehabilitation

program was also seen as a common problem in many countries (WHO, 2011).

The knowledge from the business world is also aware of problems when it comes to execution of a strategy. Here are some facts that show that we need to pay a close attention to this part if one wants to be successful in getting important knowledge into practise:

Less than 10% of strategies effectively formulated are effectively executed

5% of the workforce understands the strategy

25% of managers have incentives linked to strategy

85% of executive teams spend less than one hour a month discussing strategy

37% of revenue targets are lost due to misalignment

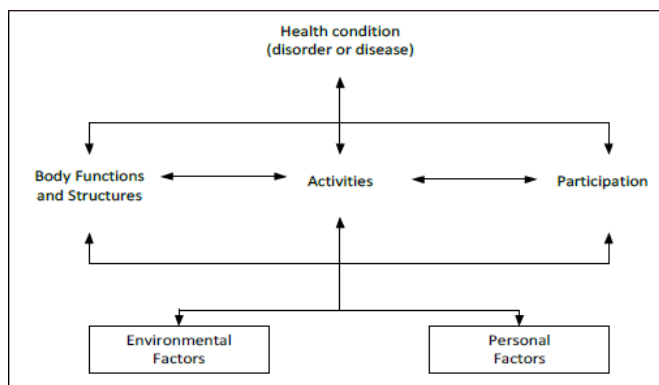
60% of organizations don't link budgets to strategy

(Kaplan, R.S., Norton, D.P., 2004)

The importance of the bio-psycho-social approach in rehabilitation and the measurement of functioning

An assessment of functioning is always the starting point of a patient and goal oriented rehabilitation process. Important part of this assessment is the measurement of activity and participation outcomes, the individual's performance across a range of areas (WHO, 2011). This is in accordance with Nordenfelt statement; a quantified measure of degree of impairment related to separate diseases or injuries cannot give an answer to the question that concerns the overall disability of a person. Nordenfelt further stated:

"In general, a specific impairment can have an effect on one person which is so different from the effect of the same impairment on another person that the impairment itself cannot function as a reasonable criterion for decisions in the medical insurance system.



Introduction

Many countries have good legislation and related policies on rehabilitation, still there are some common problems in development, implementation and delivery of these policies. The use of the bio-psycho-social approach with the help of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is used as an example in this article to describe some of those problems.

A person impairment may but need not lead to an activity limitation and an activity limitation may but need not lead to a participation restriction” (Nordenfelt, 2008).

The internal processes of the individual, the goals and the surrounding nature are also important element. An individual's participation restriction (or activity limitation) cannot be understood, without reference to the individual own view of his situation and own goals. Therefore it is not possible to make a description or assessment of the individual disability unless his voice is heard and involved in the description and evaluation (Solli, 2007).

Integration of ICF in assessment of functioning

Function is the key word in ICF as it looks at the individual in the community in which he lives, regardless of what caused the impairment (WHO, 2001). As a result ICF provides a multi-perspective approach and serves as very helpful tool in connection to the bio-psycho-social approach.

ETV mynd 1 hér sem heitir The framework of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

EUMASS (the European union of social security doctors) used the ICF system to develop a core set for functional assessments in disability benefit claims i.e. for long-term restrictions in work participation. It contains 20 categories from ICF – 5 from body functions, and 15 from activities/participation This core set was intended to be used by medical doctors in the evaluation of rights for long term benefits (Brage S, Donceel P, Falez F., 2008). One idea that has been put forward by Konráðsdóttir (2011) and further described in The Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Assessment (2015) chapter about Work disability assessment, is to use the EUMASS core set early on in the rehabilitation process. That way you can work systematically with important functional factors through the rehabilitation process to receive a maximal functional level before a decision is made on the individual functional level.

At the same time specific ICF tools have been developed that can be integrated into the Rehab-cycle as a problem solving approach and can be useful for a multidisciplinary team. By using existing ICF Core sets and ICF Qualifiers these ICF Tools allow the description of the function of the individual and should support a common understanding of functioning (Rauch, A., Cieza, A., Stucki, G., 2008).

Implementing the ICF system into clinical practice, some thoughts.

Here I list some common thoughts, questions and problems that arose when integrating the ICF into clinical practice.

How do we use the standard language of the ICF system as a common knowledge in a multidisciplinary team and clinical practice?

The ICF system provides a standard language and framework for the description of health and health-related states. Each code in the system is followed by an international explanation about what it means. But is it so easy to understand and use it in clinical practice? Let's have a look at explanation for one code in the chapter Body functions and structure.

„General mental functions of periodic, reversible and selective physical and mental disengagement from one's immediate environment accompanied by characteristic physiological changes”

Does anybody know what function is being described? Is it practical to use this standard language in a clinical practice? For those that didn't come up with the answer this is a description of the code b134, Sleep functions.

How do we differentiate between different parts of the ICF system when it comes to a overall measurement of function?

One thing that is common with all developed core sets is that they are using codes from different parts of the system. In the EUMASS core set for example we have both b and d parts. The EUMASS core set includes both b710 and d455. Individual with frozen shoulder will therefore show problem in b710, Mobility of joint functions. That problem is probably going to affect the function in d455, Hand and arm use (see table 1).

Should we then double the problem in an overall measurement of function or try to differentiate between the b and the d part?

Table 1. Example of b and d part of the ICF system

b710 Mobility of joint functions	d455 Hand and arm use
Functions of the range and ease of movement of a joint	Performing the coordinated actions required to move objects or to manipulate them by using hands and arms, such as when turning door handles or throwing or catching an object

Use of measurement tools

First it is important to keep in mind that when you have more than one team working with same protocol for example an overall assessment you have to be able to compare the function of the individual between different teams and different time zone.

As an example we could easily see that two different teams looking at the same problem could decide to use different measurement tools as a guide to qualify different codes (table 2). Will we get the same result from those two teams when using the qualifiers to get a clear picture of the functional loss of that individual?

Table 2. Two different approaches in measuring activity level of an individual with back pain.

Team 1-measurement of activity level	Team 2-measurement of activity level
Berg Balance Scale	Bending forward and backward
Timed Up and Go	Trunk twisting
Timed Sit to Stand	Transfers
Functional Reach Test	Walking (sit, stand, laying down)

How do we match different measurement tools to different codes without losing their meaning?

An update of the linking rules within the ICF was published in 2005. Four new linking rules were established, three rules to link health-status measures and one to link technical and clinical measures and interventions (Cieza et al, 2005). Still in clinical practice this is not always so easy to do.

There are many tools in clinical practice that are designed to answer the question if an individual fulfills a sudden clinical

criteria. In the psychological field for example we have quite a lot of instruments that are very well studied and widely accepted. An example is GAD-7, Generalized Anxiety Disorder. Higher score has been connected to the severity of anxiety and has been shown to correlate with disability and functional impairment ([see link: http://www.mdcalc.com/gad-7-general-anxiety-disorder-7/](http://www.mdcalc.com/gad-7-general-anxiety-disorder-7/)). But if we are using measurement tools like this that can be connected to more than one code, how do we incorporate them to the codes within the ICF system without losing their overall meaning?

How can we get professionals that are trained in finding problems start to look at possibilities?

To quantify the functional impairment the use of the qualifiers in the ICF is recommended, a qualifier states the magnitude or severity of the problem in question. They also serve as a sitemap to identify the impairment and that way support the understanding of function. This is also very helpful when a multidisciplinary team is working together in the assessment, it enables all team members to get a common language (Rauch, A., Cieza, A., Stucki, G., 2008).

Looking at the explanation of using the qualifiers they refer to an impairment, limitation, restriction or barrier, see table 3.

Table 3. Qualifiers within the ICF system

Qualifier	Explanation
0	NO problem
1	MILD problem
2	MODERATE problem
3	SEVERE problem
4	COMPLETE problem

As one can see the explanation for each qualifier is in connection to the extent of the problem/functional loss of the individual involved. But how does that relate to strengths or can be served as a sitemap to tell us what this individual can do, not only what he cannot do?

Conclusion

It is known that there are some common problems in strategic planning and execution in the business world as well as in the health care system. It is important to be aware of those problems if one wants to be successful in finding new ideas and put them into practice. It is the author experience that this is particularly important to keep in mind if an idea involves new approach or different thinking like putting the ICF system into clinical practice.

Bibliography

- Brage S, Donceel P, Falez F. (2008). Development of ICF core set for disability evaluation in social security. *Disability and Rehabilitation* 30:1392-1396.
- Cieza, A., Geyh, S., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Ustun, B. Stucki, G. (2005). ICF linking rules: an update based on lessons learned. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2005; 37: 212-218
- Kaplan, R.S., Norton, D.P. (2004). *Strategy maps: Converting intangible assets into tangible outcomes*. Harvard Business Press, 2004.
- Konráðsdóttir, Á.D. (2011). Work ability assessment, a description and evaluation of a new tool in vocational rehabilitation and disability claim. University of Bifröst.
- Nordenfelt, Lennart (2008). *The Concept of Work Ability*. P.I.E. Peter Lang
- Rauch, A., Cieza, A., & Stucki, G. (2008). How to apply the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 44;329-342.
- Solli, H. M., (2007). Rettferdighet og objektivitet i trygdemedisinske uførettsvurderinger; En etisk og vitenskapsfilosofisk analyse av tre uførettsmodeller i et historisk perspektiv, Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: Author.
- World Health Organization (2011). *The World Report on Disability*. Malta. Author.



HAFKALK GEGN BEINÞYNNINGU

Kalkþörungar úr Arnarfirði - Vottuð náttúruafurð



Steinunn P. Hafstað,
Lista- og nuddkona

Steinunn P. Hafstað segir Hafkalk og Hafkalk-Gull hafa bjargað lífi sínu en hún hryggbrotnaði í tvígang árið 2015. „Í ættinni minni er mikil beinþynning og móðir mín var á sínum tíma orðin örkumla. Þegar ég lendi inn á spítala í febrúar árið 2015 er ég sett á lyf vegna beinþynningar, sem ég vissi vel að væri til staðar, en lyfin fóru svo illa í mig að ég varð veik af þeim þannig að ég hætti að taka þau og byrjaði að taka Hafkalk,“ segir Steinunn

Steinunn fór í beinþéttnimælingu í júlí 2015 og svo aftur ári seinna. „Þegar ég fer í seinni mælinguna var ég búin að taka Hafkalk samviskusamlega allan tímann, gera teygjuæfingar á hverjum degi og fara í gönguferðir. Mér var nú tjáð að engin breyting sæist í beinþéttnimælingunni og ég vissi eftir fyrstu mælingu að staðan var ekki góð.“

Steinunn, sem er 69 ára, er að eigin sögn við hestaheilsu, stendur teinrétt og er farin að vinna aftur. „Ég mæli hiklaust með Hafkalki, ég þarf ekki að hafa neitt mörg orð um það, en það bjargaði lífi mínu.“



HAFKALK - Ekki bara kalk!

Kalkþörungar úr Arnarfirði innihalda u.p.b. 30% Kalsíum, 2% Magnesíum og yfir 70 önnur stein- og snefilefni eins og járn, sink, selen, kalíum, mangan, joð og kóbalt.

HAFKALK *Gull* - Öflug blanda fyrir beinheilsu

Inniheldur kalkþörunga úr Arnarfirði styrkta með magnesíum og mangan ásamt D3, K2 (MK7) og C vítamínunum.

Vottaðar íslenskar náttúruafurðir!

Fæst í lyfja- og heilsuverslunum um land allt

HAFKALK

www.hafkalk.is





Fréttir frá Námsbraut í sjúkrabjálfun

Aðeins fáum klukkustundum eftir að nýtt ár gekk í garð var starf innan Heilbrigðisvísindasviðs komið á fullt með Ráðstefnu um rannsóknir í líf- og heilbrigðisvísindum á Háskólatorgi dagana 3. og 4. janúar. Þar voru fulltrúar Námsbrautar í sjúkrabjálfun margir, en nemendur kynntu áhugaverðar rannsóknir sínar úr grunn- og framhaldsnámi með erindum og veggspjöldum. Áhugasamir geta nálgast ágripin í ráðstefnuriti sem má finna á vefsíðu Læknablaðsins (<http://www.laeknabladid.is/media/2016-desember/fylgirit-91-pdf.pdf>).

Námsbrautin hefur verið með aðsetur í Stapa við Hringbraut síðan sumarið 2008. Í þessu húsi var áður mótuneyti og Bóksala stúdenta, og þar hafa einnig starfað Félagsstofnun og Ferðaskrifstofa stúdenta. Skrifstofur fastráðinna starfsmanna hafa verið á 2. hæð, Rannsóknarstofa í hreyfivísindum á 1. hæð, og kennslustofur á öllum hæðum. Eftir að Lýðheilsuvísindi færðu sig um set sl. haust munu flestir starfsmenn Námsbrautarinnar flytja skrifstofur sínar niður á 1. hæð. Verða skrifstofurnar við sameiginlegan gang hægra megin í húsinu, en við munum þó halda í tvær skrifstofur uppi. Að auki bætast við fleiri vinnuherbergi fyrir framhaldsnema.

Eins og fram kom í síðasta pistli er nýr starfsmaður að hefja störf á vormisseri og tekur við stöðu lektors við Námsbrautina. Anestis Divanoglou er grískur sjúkrabjálfi sem hefur starfað í Grikklandi, Svíþjóð og Ástralíu og lagt áherslu á taugaendurhæfingu. Hann lauk doktorsprófi frá Karolinska Institute í Stokkhólmi árið 2010, en doktorsrannsóknir hans voru á sviði mænuskaða. Hann starfaði í kjölfarið um nokkurra ára skeið í Ástralíu þar sem hann kom að uppbyggingu nýrrar sjúkrabjálfunardeilda við þarlandan háskóla, og hefur því ekki einungis fagþekkingu heldur einnig góða reynslu á sviði rannsókna og kennslumála.

Árleg ráðstefna ENPHE fer fram í Reykjavík um miðjan september n.k., þar sem akademískir starfsmenn og nemendur við evrópska háskóla koma saman til að funda, móta sameiginlega stefnu, kynna rannsóknarverkefni og sækja námskeið. Háskóli Íslands verður í fyrsta sinn gestgjafi ráðstefnunnar og er þetta jafnframt fyrsta Evrópuráðstefnan sem Námsbrautin býður til.

Heiti ráðstefnunnar verður: Physiotherapy Education in a Changing Society. Áhersla er lögð á hvernig á að efla kennslu um heilsuefingu, forvarnir sem og fjölmenningu í sjúkrabjálfunarnámi. Á meðal gestafyrirlesara verða Elizabeth Dean, prófessor við University of British Columbia í Kanada, og Lynn Snyder-Mackler, prófessor við University of Delaware í Bandaríkjunum. Áhugasamir sjúkrabjálfarar, fyrrverandi sem núverandi og framtíðarkennarar við Námsbrautina, og auðvitað nemendur í sjúkrabjálfun, eru hvattir til að kynna sér dagskrána á vefsíðu ráðstefnunnar (<http://enphe2017.com/>). Þeir sem hafa áhuga á menntamálum á sviði sjúkrabjálfunar, með alþjóðlega skírskotun, ættu tvímælalaust að skrá sig til leiks.

Það er ánægjulegt að greina frá því að enn einn sjúkrabjálfi hefur nýlega lokið doktorsnámi, en Sigrún Vala Björnsdóttir varði doktorsritgerð sína í lýðheilsuvísindum nú í byrjun febrúar við Háskóla Íslands. Ritgerðin ber heitið: Prálátir stoðkerfisverkir – Algengi, áhrif og þverfræðileg úrræði á Íslandi, eða Chronic Musculoskeletal Pain – Prevalence, impact and multidisciplinary treatment in Iceland. Andmælendur voru dr. Dave Walton, dósent í sjúkrabjálfun við Western University í Kanada, og dr. Ragnheiður Harpa Arnardóttir, dósent við Háskólann á Akureyri. Umsjónarkennari og leiðbeinandi var dr. Unnur Anna Valdimarsdóttir, prófessor við Læknadeild Háskóla Íslands, en auk hennar sátu í doktorsnefnd dr. Vilhjálmur Rafnsson, prófessor emeritus við Læknadeild Háskóla Íslands, dr. Jan Triebel, aðstoðaryfirlæknir við City Hospital í Zürich, og dr. Patricia Solomon, prófessor við McMaster University.

Að lokum er vert að geta þess að góð mæting var í afmælishöf Námsbrautarinnar í lok október sl., en það haust voru 40 ár frá því að kennsla í sjúkrabjálfun hófst við Háskóla Íslands. Félag sjúkrabjálfa gaf Námsbrautinni veglega peningagjöf, sem og Sjúkrabjálfi hafnarfirði, og munu þær gjafir nýtast til að efla tækja-/kennslukost Námsbrautarinnar. Takk fyrir okkur!

F.H. NÁMSBRAUTAR Í SJÚKRABJÁLFUN,
KRISTÍN BRIEM, PRÓFESSOR OG NÁMSBRAUTARSTJÓRI.

VERTU Í GÓÐU STANDI MEÐ FLEXOR

Flexor býður upp á göngugreiningu og gott úrval af hlífum frá DeRoyal.



- ÖKKLAHLÍFAR
- KÁLFAHLÍFAR
- HNÉHLÍFAR
- HNÉSPELKUR
- HITTA- OG STUÐNINGSHLÍFAR
- OLNBOGAHLÍFAR
- ÚLNLIÐSSPELKUR
- ÚLNLIÐSBÖND
- AXLAHLÍFAR
- NÁRABUXUR
- HITABELTI
- BAKBELTI
- KVIÐBELTI

Starfsfólk Flexor veitir þér ráðgjöf um val á hlífum og skóm sem henta þér.

Flexor býður upp á gott úrval af Asics og Nike hlaupaskóm, Lytos gönguskóm og skóm fyrir alla fjölskylduna í leik og starfi. Kíktu til okkar og skoðaðu úrvalið.

Göngugreining Flexor
getur skipt sköpum um
líðan þína í framtíðinni.

Pantaðu tíma í síma
517 3900

KOMDU Í FLEXOR- KLÚBBINN!

AFSLÁTTARKLÚBBUR SEM FÆRIR ÞÉR GÓÐ KJÖR

Sem meðlimur í Flexor-klúbbnum færðu:

- ✕ 15% afslátt af innleggjum
- ✕ 15% afslátt af hlífum
- ✕ 15% afslátt af öllum skóm
- ✕ 15% afslátt af göngugreiningu

SKRÁÐU ÞIG Á WWW.FLEXOR.IS

FLEXOR
NÆSTA SKREF

OPÍÐ MÁN.–FÖS. FRÁ KL. 9.00–17.30.

Orkuhúsinu / Suðurlandsbraut 34 / 108 Reykjavík / S. 517 3900 / www.flexor.is

FLEXOR
KLÚBBURINN

Fylgstu með okkur á Facebook!

Áhugavert í netheimum

Sjúkraþjálfarar á Reykjalundi eru að reyna að nútímavæðast og vilja miðla til félaga sinna. Lumi lesendur á fleiri áhuga-verðum síðum eða öppum sem þeir vilja deila þá endilega hafið sambandi við ritnefnd Sjúkraþjálfarans 2017; kristinr@reykjalundur.is.

<http://www.bodyinmind.org/>

Heimasíða sem prófessor Lorimer Moseley, sjúkraþjálfara og rannsóknarteymi hans eru með. Hann stofnaði síðuna til að auka skilning á klínískum verkjavísindum. Mjög virk síða.
Twitter: @bodyinmind

<http://www.pain-ed.com/>

Markmið þessarar heimasíðu er að fræða bæði almenning og heilbrigðisstarfsfólk um nýjustu rannsóknir í verkjafræðum. Eyða algengum mýtum um verki og vekja von um breytingar. Að baki þessari síðu standa fjórir sjúkraþjálfarar þeir; Peter O'Sullivan prófessor í stoðkerfisfræðum (Musculoskeletal Physiotherapy) við Curtin háskóla í Perth í Ástralíu. Wim Dankaerts prófessor í stoðkerfisfræðum við háskólann í Leuven í Belgíu, Kjartan Vibe Fersum nýdoktor við háskólann í Bergen í Noregi og Kieran O'Sullivan, kennari við háskólann í Limerick á Írlandi. Allir eru þeir sérfræðingar í meðferð stoðkerfisverkja.
Twitter: @pain_eddotcom

<http://www.protectometer.com/index.html>

Heimasíða David Butler sjúkraþjálfara og samstarfsfólks (einnig vert að benda á <http://www.noigroup.com>). SIMS og DIMS og fleira áhugavert. Hafa gefið út bók með sama nafni.
Twitter: @noigroup @NOIExplainPain

<http://www.raynersmale.com/>

Blogg Sian Smale og Alicia Rayner sjúkraþjálfarar sem eru báðar með meistaraþráðu í stoðkerfisfræðum frá Melbourne háskóla 2013. Hafa m.a. skrifað áhugavert blogg um eigin reynslu af verkjum.

<http://www.raynersmale.com/blog/2015/9/29/dims-sims-the-protectometer-my-personal-journey-through-pain>

Twitter: @rayner_alicia @siansmale

<https://mikereinold.com/>

Mike Reinold er sjúkraþjálfari sem sem hefur unnið mikið með íþróttamönnum.

<http://www.backfitpro.com/>

Heimasíða Dr. Stuart McGill's prófessors í lífaflfræði við háskólann í Waterloo í Kanada. Hann kom hingað og var með námskeið haustið 2015.
Twitter: @drstuartmcgill

<http://www.paintoolkit.org/tools>

Verkfærakistan. Þróuð af Pete Moore, leikmanni með þráláta bakverki m.a. í samvinnu við heilbrigðisstarfsfólk. Hefur verið þýdd á ýmis tungumál m.a. pólsku, þýsku, spænsku, arabísku og fleiri tungumál. Til í íslenskri þýðingu m.a. á heimasíðu Reykjalundar og **<http://www.moveforwardpt.com>**

<http://www.paintoolkit.org/downloads/>

[Verk% C3% A6rakistan_ - febru %CC %81ar_2016.pdf](#)

<http://www.moveforwardpt.com>

Síða sem ameríska sjúkraþjálfarafélagið stendur að. Ýmsar góðar upplýsingar og einnig hlaðvarp (podcast) um árangur einstaklinga í sjúkraþjálfun.

Twitter: @MoveForwardPT

<http://www.neurosymbols.org/>

Fræðslusíða um starfræn einkenni fyrir fagfólk og einstaklinga með einkenni. Þýdd á þó nokkur tungumál og til stendur að þýða hana yfir á íslensku.

<https://www.facebook.com/UKFNT/?fref=ts>

Félsbókarsíða um starfræn einkenni: FNForum & UK Functional Neurological Therapists Network

<https://www.mobilitywod.com/>

Kelly Starrett sjúkraþjálfari með meiru er með þetta blogg. Tengir þar saman hreyfingu, íþróttir og frammistöðu.
Twitter: @mobilitywod

<http://www.rehabmeasures.org/rehabweb/allmeasures.aspx?PageView=Shared>

Ýmis mælitæki í endurhæfingu

Og fyrir þá sem hafa gaman af grúskinu

<http://blog.strivelabs.com/2014/11/17/physical-therapy-blogs/>
Sjúkraþjálfari sem bloggar og hefur tekið saman áhugaverð blogg, sum þeirra þegar nefnd hér að ofan
Twitter: @strive_labs

Íslenskir sjúkraþjálfarar sem blogga:

<http://arnahjartar.com/blog/>

Arna Hjartardóttir B.s. í sjúkraþjálfun 2009 og ÍAK styrktarþjálfari 2014.

<http://www.maximummobility.is/blogg>

Sigurður Sölvi Svavarsson, sjúkraþjálfari frá Háskóla Íslands 2010 og Kinetic Control Movement Therapist frá Keele háskóla í London 2013. Hjalti Rúnar Oddsson, sjúkraþjálfari frá University College Lillebælt 2013, Arnar Már Kristjánsson, sjúkraþjálfari frá Háskóla Íslands vorið 2014.

<https://haraldursig.wordpress.com/>

Haraldur Sigurðsson, sjúkraþjálfari frá Háskóla Íslands 2009 og með meistaragráðu í íþróttasjúkraþjálfun 2014 frá Háskólanum í Lund, Svíþjóð.

App/Öpp

Þrjú öpp sem vinna vel saman skref fyrir skref

<https://feedly.com/i/welcome>

App sem hjálpar þér að fylgjast með síðum, bloggi og öðru efni sem þú vilt fylgja á netinu.

<https://getpocket.com/>

Hægt að setja áhugavert efni í vasann og lesa seinna (og nota síðan evernote til að geyma það góða)

<https://evernote.com/>

Heldur utan um heimildarlista og hægt að færa beint úr feedly og yfir hingað

Instagram

@shift-movementscience

Hreyfivísindi, forvarnir, íþróttasjúkraþjálfun, fimleikar

@theprehabguys

Fjórir ungir sjúkraþjálfarar í doktorsnámi í Kaliforníu, BNA. Þeir Michael Lau, Arash Rex Maghsoodi, Craig Lindell og Zach Johnston.

@thebarbellphysio

Zach Long, doktor í sjúkraþjálfun, styrktarþjálfari með mikið meiru.

@fitnesspainfree

Daniel Pope, doktor í sjúkraþjálfun. Vinnur með fólk með verki og virkjar til hreyfingar á ný. Einnig einn af bloggum á: www.powermonkeyfitness.com

Youtube

Heimasíða Eflingar, sjúkraþjálfunar, Akureyri:

https://www.youtube.com/channel/UCRnTCQjxuWTK9_-bJZ8v0qw

Heimasíða Stefáns Ólafssonar, sjúkraþjálfara Akureyri:

<https://www.youtube.com/user/MrStefanol>

Peter O'Sullivan:

https://www.youtube.com/results?search_query=peter+o%27sullivan+physiotherapist

Lorimer Moseley:

https://www.youtube.com/results?search_

Óskum sjúkraþjálfurum velfarnaðar í starfi

Reykjavík

Gáski sjúkraþjálfun ehf, Bolholti 8 og Mjódd

MS setrið, Sléttuvegi 5

Sjúkraþjálfunarstöðin ehf, Þverholti 18

Akranes

Sjúkraþjálfun Georgs Janussonar, Kirkjubraut 28

Akureyri

Efling sjúkraþjálfun, Hafnarstræti 97

Endurhæfingarstöðin, Glerárgötu 20

Kópasker

Sjúkraþjálfun Kópaskers, Akurgerði 13

Ísafjörður

Sjúkraþjálfun Vestfjarða, Eyrargötu 2

Reynsla af NUstep tækinu

Í desember 2015 bættist NUstep tæki við flota æfingataekja Reykjalundar. Þessi viðbót er kærkomin í þjónustu einstaklinga með hreyfihömlun. Tækinu má lýsa sem sitjandi stigtæki eða stigvél þar sem efri og neðri útlímur eru beygðir og réttir í ákveðinni krosshreyfingu. Þannig er rétt úr vinstri fæti og hægri hendi á sama tíma og beygður er hægri fótur og vinstri hendi. Með endurteknum hreyfingum miðar tækið að þjálfun á þoli.

Aukin þekking á jákvæðum tengslum þolþjálfunar og starfsemi heilans hefur leitt athygli okkar sjúkrapjálfa á Reykjalundi að mikilvægi þess að tryggja að fólk með skerðingu í miðtaugakerfi hafi tækifæri til þess að stunda þolþjálfun. Vandamálið hefur hins vegar verið að hefðbundin þolþjálfunartæki henta ekki fólk með mikla hreyfiskerðingu eða talsverða máttmínkun, einkum í neðri útlímum. Á

sethjólí eiga t.d. margir þeirra erfitt með að stjórna stöðu mjaðma, svo að hnén ýmist detta út til hliða eða inn á við. Fjölþjálfar, skíðavélar og göngubretti krefjast talsverðs vöðvakrafts, stöðugleika og hreyfistjórnunar til að halda uppréttri stöðu. Margir einstaklingar ráða hins vegar ekki við nægilega mikla ákefð til að hækka þúlsinn og ná þolþjálfunaráhrifum í slíkum tækjum.

NUstep tækið er hannað fyrir einstaklinga með hreyfihömlun. Aðgengi í tækið er gott, hægt er að snúa sætinu 180 gráður og auðveldar flutning úr hjólastól eða með lyftu. Hægt er að lyfta stólmunum upp til að nálgast sætið frá hlið. Tvö öryggisbelti eru til staðar, annað um mjaðmir og hitt yfir brjóstkassann. Hægt er að festa fætur og hendur sem kemur sér mjög vel fyrir helftarlamaða og aðra með máttlitlar hendur eða spastíska eða máttlitla fætur. Möguleiki er á stuðningi utanvert á læri til að forða því að hnéd falli út eða inn á við án þess að skapa viðnám við hreyfinguna. Þar sem staðan er sitjandi er dregið úr kröfunni á stöðugleika samanborið við upprétta stöðu og þá er möguleiki að dreifa álaginu á hendur og fætur og ná upp þolþjálfunarákefð.

Hægt er að stilla mótstöðu við hreyfinguna og fylgjast með á skjánum hraða hreyfinganna (steps pr min), wöttum og tíma. Tækið tilgreinir meðalgildi af t.d. wöttum og stigum á mínútu (steps pr min) og er því nákvæmari mælikvarði á frammistöðu heldur en í mörgum öðrum tækjum. Tækið virðist nokkuð traust, á að þola 272kg líkamsþyngd að hámarki og þrátt fyrir mjög mikla notkun á Reykjalundi þá hafa ekki komið upp neinar bilanir. Taka skal fram að tækið sem um ræðir er af stærri gerð NUstep tækja en einnig er til minni gerð sem hefur hluta af þeim eiginleikum sem nefndir hafa verið hér að framan. Söluaðili tækisins er Fastus

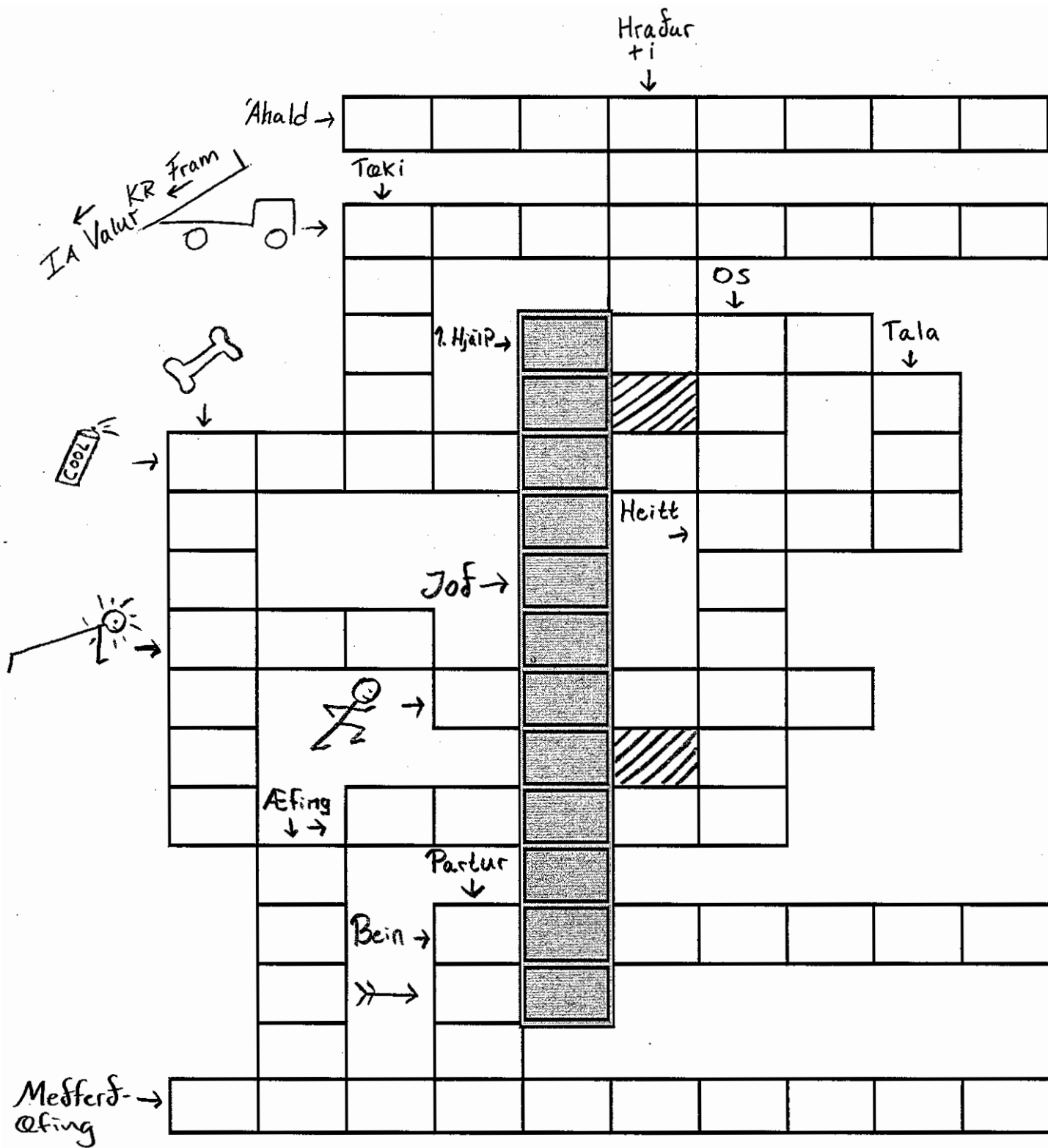


og þjónustan í gegnum Herðísi Þórsdóttur sjúkrapjálfa og sölu-ráðgjafa hjá fyrirtækinu.

Væntingar sjúkrapjálfa á Reykjalundi voru miklar áður en tækið kom í hús og óhætt er að segja að það hafi staðið undir þeim að fullu. Það hefur gagnast mjög fjölbreyttum sjúklingahópum s.s. fólk með MS sjúkdóm, parkinsonsveiki, helftarlömum vegna heilablóðfalls, síðbúnaðar afleiðingar lömunarveiki, hrygggrauð, gigt og einstaklingum með hjarta- og eða lungnasjúkdóm. Söluaðilar frá Fastus hafa bent á að það sé nægjanlegt að vera með einn útlím vel virkan til að geta notað tækið. Það hefur hins vegar komið í ljós að einstaklingar með spastíska fjörlömun hafa einnig getað notað tækið og náð árangri. Tækið getur því í raun og veru nýst nær öllum. Margir notendur hafa lýst tækinu sem uppáhalds tækið sitt og vegna mikillar notkunar í sjúkrapjálfun á Reykjalundi hefur verið sett upp bókunarkerfi fyrir tækið. Samkvæmt upplýsingum frá Herðísi sölu-ráðgjafa Fastus þá eru 31 tæki í notkun á Íslandi og 3 á leiðinni. Þess má geta að sjúkrapjálfa á Reykjalundi eru í auknu mæli farnir að athuga hvar slík tæki eru til þegar lögð er upp áframhaldandi þjálfun, svo að skjólstæðingar eigi möguleika á að halda þeirri þjálfun áfram eftir útskrift af Reykjalundi. Við mælum með kaupum á þessu tæki. Þess má geta að þessi pistill er ekki á neinn hátt styrktur af Fastus!

ANDRI ÞÓR SIGURGEIRSSON, MSc, SÉRFRÆÐINGUR Í TAUGASJÚKRAPJÁLFUN,
TAUGA- OG HÆFINGARSVIÐI REYKJALUNDAR
SÍF GYLFAÐÓTTIR, MSc, SÉRFRÆÐINGUR Í TAUGASJÚKRAPJÁLFUN, TAUGA- OG
HÆFINGARSVIÐI REYKJ

Sjúkrapjálfarakrossgátan



Lausnarorðið _____

Vissir þú að á Reykjalundi...

- var minnt á 72 ára afmæli staðarins 1. febrúar sl.
- starfa 23 sjúkrahjálfarar, þrír sundlaugarverðir, þrír heilsuliðar (aðstoðarfólk) og fimm heilsusportarar (íþróttaræðingar) á sjúkrahjálfunar- og heilsusportdeildum.
- fer fram alhliða endurhæfing sem miðar að því að bæta lífsgæði, færni og sjálfsbjargargetu þeirra sem þangað leita. Reykjalundur er heilbrigðisstofnun í eigu Sambands íslenskra berkla- og brjóstholssjúklinga (SÍBS) og vinnur samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Um þjónustuna gildir þjónustusamningur milli Sjúkratrygginga Íslands og Reykjalundar.
- er unnið í átta þverfaglegum teyllum; hjarta-, geð-, gigtar-, greiningar-, lungna-, offitu-, starfsendurhæfingar-, tauga- og hæfinga- og verkjateymi.
- er teymisvinnan í höndum; sjúkrahjálfa, iðupjálfa, sálfræðinga, íþróttaræðinga, félagsráðgjafa, hjúkrunarfræðinga, næringarfræðings, talmeinafræðinga, sjúkraliða og lækna.
- fara sjúkrahjálfarar, heilsusportari og hitt fallega fólk að kvenkyni árlega í svo kallaða Glyðrugleði
- hefur starfsfólk sjúkrahjálfunardeildar mikið dálæti á SÚKKULADI.
- er farið í kvennaferð annað hvert ár.
- fara sjúkrahjálfarar og heilsusportarar af karlkyni árlega á „skíðanámskeið“ á Akureyri.
- er starfsmannaleikfimi tvisvar í viku, þar af einu sinni á vinnutíma starfsfólks.
- er stunduð einstaklingsmiðuð og heildræn þverfagleg endurhæfing.
- koma fleiri þúsund manns árlega til endurhæfingar, í heilsurækt og á göngudeild.
- eru daglega fjórir vatnsleikfimiþópar, fimm hjólahópar á hjarta- og lungnasviði, fjórir gönguhópar, þrír leikfimiþópar, einn sundkennsluhópur, einn sundþjálfunarhópur, einn stafgönguhópur, einn boltatími, einn spaðatími (borðtennis og badminton), gerð 6 mínútna göngupróf.
- eru einu sinni til þrisvar í viku gerðar háls- og herðaaðferðir, jafnvægisæfingar og fysio flow æfingar í hópi, gerð 2 km göngupróf og líkamsástandsmælingar.
- eru alls kyns skólar og fræðsla í gangi sem m.a. sjúkrahjálfarar stjórna; hjartafræðsla, lungnaskóli, verkjaskóli, líkamsvitund, geðheilsuskóli, o.fl.
- lengir hláturinn lífið á kaffistofu starfsfólks deildarinnar, skemmtilegustu kaffistofu hússins skv. hlutlægru mælingu!
- hóf sjúkrahjálfunardeildin starfsemi sína 1963
- hafa starfað fimm forstöðusjúkrahjálfarar; Birgir Johnsen, Hulda Jeppesen, Íris Marelsdóttir, Sigrún Benediksdóttir, Ásdís Kristjánsdóttir.
- eru sjö sjúkrahjálfarar starfandi með meistaraþráðu þ.e. sérfræðingur í hjartasjúkrahjálfun, lýðheilsuvísindum, lungnasjúkrahjálfun, taugasjúkrahjálfun og þjálfunarlífleðisfræði.
- er stunduð ýmiss konar útivist; siglt á kanó og kajak á Hafavatni, farið á gönguskiði þegar snjókorð falla og haldast á grundu, hjólað nær allan ársins hring (nú orðið), farið í golf og fríðgolf.
- er starfandi sjúkrahjálfari með sérhæfingu í þjálfun á hestbaki.
- er boðið uppá Heilsurækt með sjö vatnsleikfimiþópum, einum karlahópi og æfingum í tækjasal skv. leiðbeiningum frá sjúkrahjálfa.
- hefur verið haldið uppá Alþjóðlegan dag sjúkrahjálfunar í september ár hvert sl. sex ár.
- hafa sjúkrahjálfarar fjölþætta starfsreynslu og fyrir utan að helga Reykjalundi starfskrafta sína að langmestu leiti hafa þeir líka teygst anga sína í Heilsurækt staðarins, HL-stöð, Félag sjúkrahjálfa, kjaranefnd BHM, World Class, Styrk sjúkrahjálfun, VIRK starfsendurhæfingu, knattspyrnulið Aftureldingar (kk) og ÍA (kvk), formennsku Íþróttabandalags Akraness, handknattleikslið Aftureldingar (kvk), Fimleikasamband Íslands, blakdeild Lansans, knattspyrnudeild Stjörnnar, Íþróttafélagið Gerplu, Hestamannafélagið Hörð, Blaksamband Íslands, körfuboltalið dætra Jordans, ÍTK, Hjálparsekt skáta Garðabæ, skíðadeild Ármanns, Lýðheilsunefnd á vegum heilbrigðisráðherra, MS félagið, Parkinsonssamtökin, RÚV, bókaútgáfu, ljósmyndun, hagræðingar, bakstur, veisluhöld og verslunarrekstur, svo fátt eitt sé nefnt!
- mun einn sjúkrahjálfari taka þátt í hjólaferð frá Kaupmannahöfn til Parísar í Team Rynkeby, til fjáröflunar fyrir styrktarfélag krabbameinssjúkra barna.
- veitir sjúkrahjálfari Hjarta- og lungnarannsókn forstöðu.
- fer starfsaldur og lífaldur starfsfólks ört hækkandi og stór hluti þess búinn að starfa í 20 ár eða meira (og búinn að fá armbandsúr því til staðfestingar frá Reykjalundi)!!
- var í upphafi starfandi Vistheimilið að Reykjalundi, þegar SÍBS keypti spildu úr landi Suður-Reykja, en þar voru fjölmargir hermannabraggar sem stóðu auðir og yfirgefnir undir lok stríðsins. Þarna hafði verið svonefndur New-Álafoss-Hospital Camp. Sjá nánar: <https://www.reykjalundur.is/um-reykjalund/saga-reykjalundar/>
- er árlega farið í Haustgöngu með þátttöku núverandi og fyrrverandi starfsmanna sjúkrahjálfunardeildar og fylgihnatta.
- er reglulega haldin fræðsluhádeggi fyrir starfsfólk staðarins undir stjórn Fróðleysis, fræðslunefndar staðarins, auk þess sem sjúkrahjálfarar fræða hvert annað einu sinni í mánuði.
- eru sjúkrahjálfarar að uppgötva að bolur, bolvinda, brjóstbak, leggjast á grúfu, taka í hnakkadrambið á og fara niður á hækjur sér eru hverfandi orð og orðtök í íslensku!
- var stofnað lið til þátttöku í WOW cyclothon 2014, þar sem þátt tóku forstjórinn, lækni, heilsusportarar og sjúkrahjálfari. Síðan hefur einn sjúkrahjálfari haldið uppi heiðri staðarins með þátttöku 2015 og 2016.
- eru ljóskurnar geymdar í sama horninu á skrifstofu sjúkrahjálfa.
- starfar sjúkrahjálfari sem er meðhöfundur kafla um þjálfun í Kransæðabókinni.
- eru nokkrir sjúkrahjálfarar sem stunda stundakennslu við Háskóla Íslands.
- eru reglulega 3-5 sjúkrahjálfunarnemar í verknámi og kynnast margþættri starfsemi og læra m.a. að skrifa langar og stuttar skýrslur.



endurhæfing
þekkingarsetur

- Sjúkraþjálfun og ráðgjöf fyrir fatlað fólk -
Kópavogssgerði 10, 200 Kópavogur
Sími 414 4500

SJÚKRAÞJÁLFAFINN



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

KLÍNÍK
sjúkraþjálfun

BÆJARLIND 14-16, 201 KÓPAVOGUR
SÍMI 445 4404 - KLINIK.IS

SJÚKRAÞJÁLFUN GARÐABÆJAR
GARÐAFLÖT 16 - 18
210 GARÐABÆR



Suðurlandsbraut 34
108 Reykjavík

Símar: 520 0120 og 520 0130
sjukratjalfun@sjukratjalfun.is
www.sjukratjalfun.is



REYKJALUNDUR
endurhæfing



Sjúkraþjálfun Styrkur
Höfðabakka 9
110 Reykjavík
Sími: 587 7750



HRAFNISTA

Reykjavík | Hafnarfjörður
Kópavogur | Reykjanesbær | Garðabær



SJÚKRAÞJÁLFUN
KÓPAVOGS EHF.

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

Viltu meðhöndla liðverkinn án þess að taka töflur?



150g
50% meira magn!



Prófaðu að meðhöndla liðverkina með Voltaren geli.

Berið u.þ.b. 2-4 g af Voltaren geli (samsvarar magni á stærð við kirsuber eða valhnetu) á aumt svæðið. Endurtakið 3-4 sinnum á dag, þangað til einkenni eru horfin.

Voltaren gel er bæði verkjastillandi og bólgueyðandi.