

Sjúkrapjálfarinn

2. tbl. 51. árgangur 2023



UMHVERFISVOTTUÐ
PRENTSMÍÐJA

VATNAGARÐAR 14
104 REYKJAVÍK
SÍMI 563 6000
litrof@litrof.is



FÉLAGIÐ

Ritnefndarspjall	3
Formannspistill	4
Pistill frá Fræðslunefnd	16
Dagur sjúkrabjálfunar 2023	26
Golfmót sjúkrabjálfa 2023	40
Bleikir sjúkrabjálfarar	41
Myndir af námskeiðum haustið 2023	51

RITRÝNDAR GREINAR

„Allir á útopnu, boðnir og búnir að standa sína plikt“:
 Upplifun heilbrigðisstarfsfólks af umönnun íbúa
 Súðavíkur eftir snjóflóðin í janúar 1995 6-13

FAGMÁL OG FRÆDSLUGREINAR

Bætt aðgengi betri horfur. Skýrsla Félags sjúkra-
 bjálfa um þróun á nýgengi örorku og endur-
 hæfingarlífeyris
Gunnlaugur Már Briem 14-15

Pistill frá Námsbraut í sjúkrabjálfun
Björg Guðjónsdóttir 18-19

Sálfélagslegir þættir í endurhæfingu meiðsla
Helgi Valur Pálsson 22

Vinna og verkir
Dr. Þorvaldur Skúli Pálsson 28-30

Sjúkrabjálfun í starfsendurhæfingu
Íris Judith Svavarsdóttir 32-33

Digi4MSK
Dr. Þorvaldur Skúli Pálsson 36-37

Frá sjúkrabjálfa í landsliði utanvegahlaupara
Halldóra Huld Ingvarsdóttir 42-43

Ný stefnumótun í íþróttum til tíu ára
Vésteinn Hafsteinsson 48-49

MEISTARAVERKEFNI:

MSc. verkefni – blandað	20-21
MSc. verkefni – samskipti	23
MSc. verkefni – krossbönd	24-25
MSc. verkefni – stoðkerfi	34-35
MSc. verkefni – spurningalistar	38-39
MSc. verkefni – hlauparar og hásinar	44-45
MSc. verkefni – jafnvægi, byltur og aflmun	46-47
MSc. verkefni – íþróttafólk	50

FÉLAG SJÚKRABJÁLFA



STJÓRN FS:

Gunnlaugur Már Briem - formaður
 Fríða Brá Pálsdóttir - varaformaður
 Kári Árnason - gjaldkeri
 Þóra Björg Sigurbórsdóttir - ritari
 Guðný Björg Björnsdóttir - meðstjórnandi

VARAMENN FS:

Hjörtur Ragnarsson
 Kristín Rós Óladóttir

VERKEFNASTJÓRI SJÚKRABJÁLFA:

Steinunn S. Þorsteins Ólafardóttir

FRÆÐILEG RITSTJÓRN:

Dr. Sólveig Ása Árnadóttir - formaður
 Dr. Guðný Lilja Oddsdóttir
 Þjóðbjörg Guðjónsdóttir, MSc.

RITSTJÓRI SJÚKRABJÁLFA

Kári Árnason

RITNEFND SJÚKRABJÁLFA:

Kristín Reynisdóttir
 Hjörtur Ragnarsson
 Þóra Kristín Bergsdóttir

FORSÍÐUMYND:

Bergþóra Hlíðkvist Skúladóttir
Á göngu í nágrenni Þakgils og Kötlujökuls

AUGLÝSINGAR:

Dagbjört Erna Sigmundsdóttir

SKRIFSTOFA FS:

Borgartúni 6, 105 Reykjavík
 Sími 595 5186

UMBROT OG PRENTUN:



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

ISSN 1670-2204

Kæru kollegar.

Hér opnast seinna blað Sjúkraþjálfarans árið 2023. Það kennir ýmissa grasa í fjölbreyttri flóru starfa og áhugasviða innan okkar fags. Þökkum við kærlega öllum þeim sem lögðu ritnefndinni lið fyrir sitt framlag.

Meistaraneðarnir sýna okkur inn í sínar fjölbreyttu rannsóknir og þælingar. Ritrýnda grein blaðsins fjallar um alvarlegt efni sem við, sem sjúkraþjálfarar, getum þurft að takast á við og jafnframt eftir og dýpkað okkur reynslu í lífi og starfi.

Við verðum einnig á hlaupum með einum af langhlaupurum sjúkraþjálfarastéttarinnar. Fleira er í boði og vonum við að þið njótið í litlum og stórum skömmtum, eftir lyst hverju sinni.

Ritnefnd Sjúkraþjálfarans minnir lesendur sína á að vera í virku sambandi við okkur um efnistöð, vilja til að skrifa pistil í blaðið um hvað eina sem ykkur liggur á hjarta til að birta í næsta tölublaði sem gefið verður út fyrir hluta árs 2024.

Við minnum ykkur á Dag sjúkraþjálfunar 3. maí 2024.

GÓÐAR STUNDIR.
RITNEFND

Hjörtur Ragnarsson
Kristín Reynisdóttir
Þóra Kristín Bergsdóttir



PROSENSO
PROFESSIONAL SERIES

**NIÐURBRJÓTANLEGIR
HANSKAR**

ÓSTERÍLIR NÍTRIL HANSKAR
SEM BROTNÁ NIÐUR Á 3-4 ÁRUM

 **Icepharma**

Frekari upplýsingar má finna á vorutorg.icepharma.is
eða í síma 540-8000



Breiðumörk 25b • 810 Hveragerði
Sími 483 3311 • tindur@tindursjukra.is
www.tindursjukra.is



HÁALEITISBRAUT 68 - 103 REYKJAVÍK - SÍMI 556 1300

Frá formanni Félags sjúkrabjálfa



GUNNLAUGUR MÁR BRIEM
FORMAÐUR FS

Kæra félagsfólk

Við fögnum nú útgáfu seinna tölublaðs Sjúkrabjálfa árið 2023. Ritnefnd ber að þakka þeirra góða starf í þágu félagsins og félagsfólks alls. Er það einnig til marks um það góða starf sem fræðileg ritstjórn hefur staðið fyrir að tímaritið er nú komið í tíu stiga flokk samkvæmt matskerfi opinberra háskóla og hefur þá náð þeim áfanga að allar ritrýndar greinar sem birtast í blaðinu hér eftir eru nú viðurkenndar sem vísindagreinar.

Það er sjaldan lognmolla í starfsemi fag- og stéttarféлага og hafa síðastliðnir mánuðir ekki verið nein undantekning. Félagið hefur lagt áherslu á að ákvarðanir og stefnumótun í heilbrigðisþjónustu séu byggðar á bestu gögnum. Því lagði félagið í mikla vinnu við gerð skýrslu sem ber heitið “Bætt aðgengi betri horfur- þróun á nýgengi örorku og endurhæfingarlífeyris”.

Niðurstöður þeirra vinnu benda sterklega til þess að mikið bætt aðgengi almennings að þjónustu sjúkrabjálfa spili stórt hlutverk í jákvæðri þróun örorku vegna stoðkerfissjúkdóma síðastliðin ár. Er það ákveðin viðurkenning á því mikla og góða starfi sem við sinnum og mikilvægi okkar í samfélaginu, ekki bara til að bæta lífsgæði einstaklinga heldur einnig sem fjárhagslega hagkvæmur kostur við veitingu heilbrigðisþjónustu.

Höldum áfram okkar góða starfi og framtíðin er björt.

*Gunnlaugur Már Briem
Formaður FS.*



**SJÚKRABJÁLFUN
SELFOS**

Austurvegur 9 - 800 Selfoss
Sími: 482 2828
afgreidsla@sjukrasel.is



STÍGANDI
SJÚKRABJÁLFUN

Heilsuklasanum - Bíldshöfða 9 - 110 Reykjavík
Sími 599 1600 - mottaka@stigandi.is



BATI

sjúkrabjálfun



www.sjukratjalfun.is

Orkuhúsinu, Urðarhvarfi 8
203 Kópavogur
orkuhusid@sjukratjalfun.is

Kringlan, Kringlunni 4-12
103 Reykjavík
kringlan@sjukratjalfun.is

Sími fyrir báða staði:
520 0120

Unipro frá TensCare

Fjölnota rafmagnstæki með TNS, EMS, microcurrent og blandstraumi hannað fyrir alhliða sjúkræðingun og endurhæfingu.



Lítið en öflugt

- Tveggja rása rafmeðferðartæki
- Val um forstillt eða sérstílt prógrömm
- Þægilegt viðmót
- 12 TENS stillingar
- 4 EMS stillingar fyrir mismunandi vöðvahópa
- 2ja og 4ra póla örvunarbylgjur
- Innbyggt hleðslubatteri með 10 tíma endingu

„Allir á útopnu, boðnir og búnir að standa sína plikt“:

Upplifun heilbrigðisstarfsfólks af umönnun íbúa Súðavíkur eftir snjóflóðin í janúar 1995

Höfundar:

- **Sigríður Lára Gunnlaugsdóttir**, sjúkraþjálfari MS, Heilbrigðisstofnun Vestfjarða
- **Dr. Sigrún Sigurðardóttir**, prófessor Háskólinn á Akureyri
- **Dr. Uta Reichardt**, sjálfstætt starfandi kennari og rannsakandi við Háskóla Íslands og Listaháskóla Íslands.

Rannsókn gerð sem hluti meistaranáms við heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri.

Lykilorð greinar á íslensku og ensku

- *Lykilorð: Náttúruhamfarir, snjóflóð, heilbrigðisstarfsfólk, sjúkraþjálfari, vöxtur eftir áföll, eigindleg rannsóknaraðferð.*
- *Keywords: Natural disasters, avalanches, healthcare professionals, physiotherapist, post traumatic growth, qualitative research method.*

Ágrip

Bakgrunnur: Eftir snjóflóðið í Súðavík 1995 sköpuðust ófyrirséðar aðstæður sem mögnuðust upp vegna lokaðra samgönguleiða og margra daga óveðurs. Heilbrigðisstarfsfólk á Ísafirði bar því hitann og þungann af líkamlegri og andlegri umönnun Súðvíkinga fyrstu dagana eftir flóðin.

Markmið: Tilgangur rannsóknarinnar var að fá innsýn í upplifun heilbrigðisstarfsfólks sem sinnti einstaklingum sem lentu í mannskæðu hamförum og kanna hvort sú lífsreynsla hafi haft áhrif á þeirra líf og störf.

Aðferðir: Rannsóknin var eigindleg, notaður var Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði. Alls voru tekin þrettán viðtöl við tíu heilbrigðisstarfsmenn.

Niðurstöður: Rauði þráðurinn í niðurstöðunum er að þetta var erfið lífsreynsla en viðmælendur voru sammála um að þau tækju úr henni bæði faglega og persónulega reynslu. Starfsmenn lögðu hart að sér og ásamt sínu hefðbundna starfi sinntu þeir gjarnan verkefnum sem voru utan þeirra hefðbundna starfssviðs. Greind voru meginþemur yfirþyrmandi aðstæður og úrvinnsla ásamt sex undirþemum.

Ályktanir: Eftir að hafa sinnt fólki sem lenti í mannskæðum hamförum, bar heilbrigðisstarfsfólk ekki neikvæð sálræn eftirköst. Þvert á móti tók starfsfólkið bæði faglegan og persónulegan þroska úr þessari reynslu. Skýrt kom fram að úrvinnsla atburðanna fór að miklu leyti fram með samtölum og þá sérstaklega við samstarfsfólk. Skapa þarf starfsumhverfi sem gefur starfsfólki kost á að tengjast til að vinna úr erfiðri reynslu eftir áföll og mikið álag.



SIGRÍÐUR LÁRA
GUNNLAUGSDÓTTIR



DR. SIGRÚN
SIGURÐARDÓTTIR



DR. UTA REICHARDT

Í viðbrögðum nýttust ólíkir fagaðilar, til að sinna sálrænum og líkamlegum eftirköstum hjá eftirlífendum hamfaranna. Það er mikilvægt að horfa á styrkleika ólíkra heilbrigðisstétta til dæmis sjúkraþjálfara í viðbrögðum við hamförum.

Lykilorð: Náttúruhamfarir, snjóflóð, heilbrigðisstarfsfólk, sjúkraþjálfari, vöxtur eftir áföll, eigindleg rannsóknaraðferð.

• Abstract

Background: Following severe disasters, local healthcare professionals are often the first respondents. For three days after the 1995 avalanche in Súðavík, Iceland, transportation to the region was difficult due to a ferocious blizzard. This led to healthcare professionals from the small neighbourhood hospital in Ísafjörður attending to the physical and mental health of the victims for the first three days after the avalanche.

Objectives: The purpose of the study was to gain an insight into the experiences of healthcare professionals who cared for victims of the fatal disaster and to investigate whether the experience had an impact on their lives and work.

Methods: This was a qualitative study using the Vancouver-school of phenomenology. One or two interviews each were conducted with ten healthcare professionals, a total of thirteen interviews.

Results: This was a difficult experience where all the employees had demanding work tasks that were often outside their traditional field of work, but the participants took professional and personal experience from it. Two main themes were identified, overwhelming situation and processing.

Inngangur

Frá apríl 1994 til október 1995 féllu þrjú mannskæð snjóflóð í nágrannabyggðalögum á Vestfjörðum (1). Í þessum snjóflóðum létust alls 35 manns. Það fyrsta féll 5. apríl 1994 á skíðasvæði Ísafirðinga á Seljalandsdal og niður í sumarhúsabyggð í Tungudal þar sem fjórir urðu fyrir flóðinu, af þeim lést einn. Þann 16. janúar 1995 féllu snjóflóð á byggð í Súðavík með þeim afleiðingum að 14 manns létust. Síðustu flóðin í þessari hrinu féllu á Flateyri 26. október 1995 og fórust þá 20 manns. Þessi snjóflóð höfðu mikil áhrif á íbúa á svæðinu sem og á landinu öllu og margir veittu aðstoð við björgun og uppbyggingu. Mikill lærdómur var dreginn af atburðinum sem síðan hefur nýst í frekari vinnu við varnir, björgun og eftirmála snjóflóða og annarra náttúruhamfara.

Aðstæður á Vestfjörðum voru mjög erfiðar þegar snjóflóðin féllu í Súðavík 16. janúar 1995 og næstu þrjá daga á eftir, slæmt veður, mikil ófærð og viðvarandi snjóflóðahætta (1). Fyrstu dagana voru allar samgöngur á milli Súðavíkur og Ísafjarðar sem og til annarra landshluta því sjóleiðina (sjá mynd 1).



Mynd 1.

Súðavík stendur í Álftafirði en Ísafjörður er í næsta firði, Skutulsfirði. Vegurinn milli Ísafjarðar og Súðavíkur stendur undir brattri hlíð þar sem getur myndast snjóflóðahætta.

Rauðu línurnar sýna útlínur snjóflóðanna sem féllu á byggðina í Súðavík 16. janúar 1995.

Conclusions: After caring for people in the aftermath of a deadly disaster, the healthcare professionals did not experience psychological distress, on the contrary they experienced post disaster growth.

The results showed that processing the event took place primarily by discussion, especially by talking with colleagues.

In the response, different healthcare professionals, physiotherapists among others, dealt with the psychological and physical consequences of the survivors. It is important to look at the strengths of different healthcare professions in disaster response.

Keywords: Natural disasters, avalanches, healthcare professionals, physiotherapist, post traumatic growth, qualitative research method.

Þessir samgönguerfiðleikar leiddu til þess að tafir urðu á komu sérhæfðrar aðstoðar á svæðið og ekki var hægt að koma slösudum og öðrum íbúum Súðavíkur til Reykjavíkur (2). Heilbrigðisstarfsfólk á sjúkrahúsinu og heilsugæslunni á Ísafirði voru því helstu umönnunaraðilar í byrjun en í skýrslu Almannavarna ríkisins um snjóflóðin í Súðavík kemur fram að innan sjúkrahússins á Ísafirði hafi starfsandinn verið mjög góður og að allir starfsmenn hafi sýnt ótrúlegt starfsþrek og unnið af fórnfýsi. Eftir snjóflóðin á Flateyri lagðist veðrið strax sama dag og því reyndi ekki á starfsfólk sjúkrahússins á Ísafirði með sama hætti og eftir flóðin í Súðavík (1). Hér verður því horft á eftirköst snjóflóðanna í Súðavík og upplifun starfsfólks sjúkrahússins af vinnu sinni eftir þau flóð.

Íslenskar rannsóknir sýna að þeir sem lenda í alvarlegum náttúruhamförum glíma gjarnan við áfallastreituröskun eftir atburðinn (3-5) og sumir í mörg ár á eftir (6). Rannsókn á sjálfbodaliðum björgunarsveita í nágrenni Flateyrar og Súðavíkur sem komu til leitar eftir snjóflóðin og slökkviliðsmönnum af höfuðborgarsvæðinu sýndi að hjá báðum hópum komu fram einkenni áfallastreituröskunar og voru einkennin marktækt meiri hjá sjálfbodaliðunum en slökkviliðsmönnum (7). Engin íslensk rannsókn hefur skoðað sjónarhorn eða upplifun heilbrigðisstarfsmanna sem voru að störfum þegar hamfarir hafa dunið yfir.

Ýmsar erlendar rannsóknir hafa skoðað viðbrögð heilbrigðisstarfsmanna vegna starfa á svæðum sem orðið hafa fyrir náttúruhamförum. Rannsókn Rodriguez-Arrastia og fleiri (8) leiddi í ljós að algengt var að heilbrigðisstarfsfólk fyndi fyrir sorg og vanmætti. Til að sporna gegn því væri mikilvægt að auka fræðslu og seiglu hjá framlínustarfsmönnum og öðrum sem líklegir eru til að starfa við hamfarir eða stórslys. Rannsókn Hugelius og fleiri (9) sýndi að 30 mánuðum eftir að fellibylurinn Haiyan gekk yfir Filippseyjar glímdu margir þolendur hamfaranna við andlegar afleiðingar af áfallinu. Í rannsókninni voru 17% þátttakenda heilbrigðisstarfsmenn og reyndust þeir hafa marktækt meiri einkenni en aðrir. Þegar skoðuð voru áhrif jarðskjálftanna í Canterbury á Nýja Sjálandi á sjúkrahjálfa á svæðinu kom fram að þeir voru óruggir með hlutverk sitt í fyrsta viðbragði (10). Sjúkrahjálfararnir sem voru bæði starfsmenn og þolendur mátu stuðning og samheldni í nærsamfélaginu afar mikilvægan í þeirra úrvinnslu eftir atburðina.

Rannsóknir hafa sýnt að þær tilfinningar sem heilbrigðisstarfsmenn upplifa af vinnu á hamfarasvæði geta einnig verið jákvæðar. Að finna vöxt eftir áföll er þegar einstaklingar og heilu samfélögin upplifa jákvæða þætti eða vöxt, eftir að hamfarið ganga yfir (11). Þegar skoðaðar voru þær áskoranir sem hjúkrunarfræðingar tókust á við eftir jarðskjálftana í Christchurch á Nýja Sjálandi 2010-2011 kom fram að auk ýmissa neikvæðra þátta var einnig lýst jákvæðum upplifunum eftir þessa reynslu (12). Hjúkrunarfræðingarnir upplifðu vöxt eftir áfallið þar á meðal betri samskipti, breytingu á almennum viðhorfum og gildum, breytta sýn á sjálfan sig og þakklæti fyrir ákveðna reynslu sem þeir fengu í gegnum þessa erfiðu upplifun. Svipaðar niðurstöður komu einnig fram þegar skoðuð var upplifun breskra iðjuþjálfara og sjúkrahjálfa sem fóru til hjálparstarfs erlendis (13). Eftir jarðskjálftana í Haiti 2010 var athugað hvernig heilbrigðisstarfsmönnum sem sinntu

fórnarlömbum jarðskjálftanna gekk að koma til baka í sína vinnu eftir hjálparstarfið í Haiti (14). Skoðað var hvort þátttakendur upplifðu frekar samkenndarsátt (e. compassion satisfaction) eða samkenndarþreytu (e. compassion fatigue) og kulnun. Niðurstöður sýndu að þátttakendur fundu frekar fyrir samkenndarsátt en einnig komu fram erfiðleikar við að snúa aftur til daglegs veruleika heima fyrir og tengsl við samkenndarþreytu og kulnun.

Mikilvægi sjúkraþjálfunar er vel þekkt í endurhæfingu slasaðra fórnarlamba náttúruhamfara þegar líður frá hamförunum. Hlutverk sjúkraþjálfara í skipulagi viðbragða og í bráðaviðbrögðum við náttúruhamförum er hins vegar óljóst (15). Þó eru rannsóknir sem sýna að sjúkraþjálfarar ættu að vera hluti af viðbragðsáætlunum heilbrigðiskerfisins þegar hamfarir eða annað neyðarástand verður (10, 16). Helstu styrkleikar sjúkraþjálfara sem viðbragðsaðila í náttúruhamförum eru; hagnýt menntun, áhersla á færni skjólstæðingsins og að sjúkraþjálfarar eru þjálfaðir í að framkvæma skoðun og mat á stoðkerfisvandamálum án mikillar tæknilegrar íhlutunar (16). Mulligan og fleiri (10) benda á þá staðreynd að þegar sjúkraþjálfarar veita sína hefðbundnu meðferð þá eru þeir gjarnan í hlutverki hlustenda en niðurstöður rannsóknar þeirra benda til að með því að hlusta hafi sjúkraþjálfarar veitt sínum skjólstæðingum og samstarfsfólki mikilvæga sálræna aðstoð. Hlutverk sjúkraþjálfara í bráðaviðbragði einskordast ekki við beina endurhæfingu heldur getur falið í sér mat, greiningu, andlegan og félagslegan stuðning ásamt samhæfingu og hagsmunagæslu (15).

Heilbrigðisstarfsfólk í dreifbýli og á einangruðum stöðum býr við sérstakar aðstæður þegar hamfarir dynja yfir. Í fræðilegri heimildasamantekt um reynslu hjúrunarfræðinga í dreifbýli af störfum þegar hamfarir gengu yfir og strax á eftir, kemur fram að í smærri samfélögum eru persónulegar tengingar á milli heilbrigðisstarfsfólks og skjólstæðinga sem geta haft bæði jákvæðar og neikvæðar afleiðingar (17). Einnig hefur komið fram að heilbrigðisstarfsmenn sem starfa á svæðum í dreifbýli sem verða fyrir hamförum þurfa að ganga í störf sem eru utan þeirra hefðbundnu starfa, meðal annars geðheilbrigðisþjónustu (18). Tilgangur rannsóknarinnar er að fá innsýn í upplifun heilbrigðisstarfsfólks sem sinntu einstaklingum sem lentu í snjóflóðunum í Súðavík og kanna hvort sú lífsreynsla starfsfólksins hafi haft áhrif á þeirra líf og störf. Rannsóknarspurningin er: Hver er upplifun heilbrigðisstarfsfólks af umönnun einstaklinga sem lentu í snjóflóðunum í Súðavík í janúar 1995?

Aðferð

Rannsóknin var eigindleg og til að svara rannsóknarspurningunni var notaður Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði (19). Í Vancouver-skólanum er lögd áhersla á þann skilning að rannsóknargögnin tala ekki sínu máli sem slík. Þess í stað verður rannsakandinn smám saman, með textagreiningaraðferðum, að mynda í eigin huga heildstæða mynd af fyrirbærinu sem er til rannsóknar.

Í Vancouver-skólanum er farið ítrekað í gegnum ákveðinn vitrænan vinnuferil sem skiptist í 7 meginþætti; vera kyrr, að ígrunda, að koma auga á, að velja, að túlka, að raða saman og að sannreyna (20). Rannsóknarferlið er sett fram í 12 meginþrepum. Í þrepunum er í grófum dráttum lýst hvernig staðið er að

rannsóknum innan Vancouver-skólans. Þrep 1-7 leiðir fram skilning á því fyrirbæri sem er verið að rannsaka en frá og með þrepi átta kemur heildarskilningur á viðfangsefninu.

• Þátttakendur

Þátttakendur voru valdir með tilgangsrúttaki. Þýðið var þeir heilbrigðisstarfsmenn sem unnu á Fjórðungssjúkrahúsinu og Heilsugæslustöðinni á Ísafirði, nú hluti Heilbrigðisstofnunar Vestfjarða, 16. janúar 1995 og dagana þar á eftir. Við val þátttakenda var horft til þess að velja starfsmenn úr nokkrum starfsgreinum og af sem flestum deildum stofnananna. Rætt var við tíu viðmælendur af báðum kynjum, komu þeir úr fimm fagstéttum og störfuðu á fimm mismunandi deildum. Aldursbil þátttakenda var 20 ár og sá yngsti rétt rúmlega fimmtugur Allir þátttakendurnir komu að umönnun Súðavíkinga á sjúkrahúsinu og heilsugæslunni og hluti þeirra var í greiningarsveit sem fór til Súðavíkur.

• Gagnasöfnun og greining gagna

Gögnum var safnað með viðtölum. Tekin voru hálfstöðluð einstaklingsviðtöl og var stuðst við viðtalsramma (sjá viðauka). Í fyrirbærafræðilegum rannsóknum ræðst fjöldi viðtala af því hvenær mettnun næst, það er hvenær nýjar upplýsingar hætta að koma fram (20). Tekin voru tvö viðtöl við þrjá þátttakendur en eitt viðtal við sjö þátttakendur, alls þrettán viðtöl. Eitt skriflegt viðtal var tekið að ósk viðmælanda, þá ræddust rannsakandi og viðmælandi við með því að skrifa samtalið en hittust ekki persónulega. Hin tólf viðtölin voru tekin á þeim stað sem viðmælandi valdi, ýmist á vinnustað, heimilum þátttakenda eða heima hjá rannsakanda. Hvert viðtal var frá 30 til 90 mínútur að lengd. Viðtölin voru hljóðrituð og eftir að þau voru afrituð orðrétt var upptökunni eytt. Í afrituninni var nöfnum breytt til að ekki væri unnt að rekja niðurstöður rannsóknarverkefnisins til ákveðinna einstaklinga. Greiningarferlið var eftir 12 skrefum Vancouver-skólans (tafla 1) (20) og hófst á því að vitund var skert varðandi hugmyndir og hugtök, síðan var texti kóðaður og smíðuð greiningarlíkon fyrir hvern þátttakanda. Heildargreiningarlíkan var síðan smíðað úr öllum greiningarlíkonunum og þá var kjarni fyrirbærisins settur fram sem heildarmynd.

• Réttmæti og áreiðanleiki rannsókna

Í aðferðarfræði Vancouver-skólans er lögd áhersla á réttmæti og áreiðanleika rannsókna (20). Er ákveðin þrep í rannsóknarferlinu sem ýta undir aukið réttmæti og áreiðanleika, einkum þrep 7, 9 og 11. Greiningarlíkon voru borin undir þátttakendur til að auka réttmæti. Farið var eftir öllum 12 meginþrepum rannsóknarferlis Vancouver-skólans og vitræni vinnuferillinn með reglulegri ígrundun hafður að leiðarljósi í allri rannsóknarvinnunni.

• Siðferðileg sjónarmið

Sótt var um leyfi til Vísindasiðanefndar sem úrskurðaði að rannsóknin félli utan gildissviðs laga nr. 44/2014 um vísindarannsóknir á heilbrigðissviði og þar af leiðandi utan verksviðs Vísindasiðanefndar.

Þátttakendur fengu afhent kynningarblað og skrifuðu undir upplýst samþykki. Þar voru þátttakendur upplýstir um tilgang og framkvæmd rannsóknarinnar og hvernig varðveislu rannsóknar-

	Rannsóknarþáttur	Gert í þessari rannsókn
Þrep 1	Velja samræðufélaga (úrtakið)	Tíu viðmælendur valdir úr fimm fagstéttum af fimm deildum stofnunarinnar
Þrep 2	Vera kyrr	Leitast var við að átta sig á fyrirframgreindum hugmyndum og leggja þær til hliðar
Þrep 3	Taka þátt í samræðum. Gagnasöfnun	Tvö viðtöl við þrjá þátttakendur, eitt viðtal við sjö þátttakendur alls 13 viðtöl
Þrep 4	Hefja gagnagreiningu, skerpt vitund varðandi orð	Gagnagreining og gagnasöfnun var unnin samhliða
Þrep 5	Hefja gagnagreiningu í þrepum	Viðtölin lesin endurtekið á meðan leitað var svara við rannsóknarspurningu og greint í meginþemu og undirþemu
Þrep 6	Átta sig á heildarmynd af reynslu hvers einstaklings	Smíðuð einstaklingsgreiningarlíkon fyrir hvern og einn þátttakanda
Þrep 7	Staðfesta heildarmynd af reynslu hvers einstaklings með honum sjálfum	Hverjum þátttakanda kynnt þeirra greiningarlíkan
Þrep 8	Átta sig á heildarmyndinni (meginniðurstöður)	Öll einstaklingsgreiningarlíkonin borin saman og smíðað eitt heildargreiningarlíkan
Þrep 9	Meta samræmi milli niðurstaða og rannsóknargagna	Viðtölin lesin aftur til að staðfesta niðurstöður heildargreiningarlíkans
Þrep 10	Velja rannsókninni heiti sem lýsir niðurstöðum hennar	„Átakanleg upplifun en þegar upp er staðið stöndum við sterkari“
Þrep 11	Staðfesta niðurstöður með einhverjum þátttakendum	Niðurstöður sannreyndar með 2 þátttakendum
Þrep 12	Skrifa upp niðurstöður rannsókna	Í niðurstöðum var vitnað orðrétt í þátttakendur svo rödd þeirra kæmi fram

Tafla 1. Rannsóknarferli Vancouver-skólans (rannsóknarþættir) (20) og hvernig ferlinu var fylgt í þessari rannsókn.

gagna var háttað. Einnig kom fram að hvenær sem væri í ferlinu gætu þátttakendur hætt þátttöku án þess að gefa upp ástæðu. Þátttakendur höfðu aðgang að Geðheilsuteymi Heilbrigðisstofnunar Vestfjarða ef viðtölin kölluðu fram erfiðar tilfinningar og minningar.

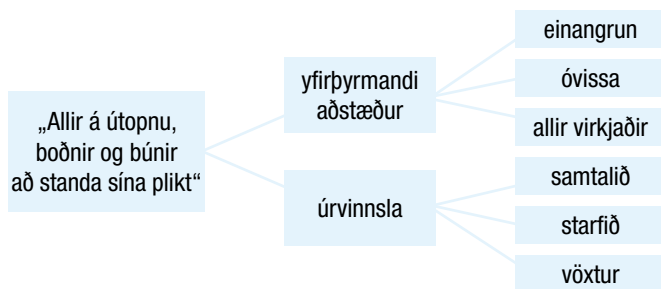
Rannsakendur bera ábyrgð á að rannsóknir þeirra standist siðferðilegar kröfur. Þeir þurfa að rækta með sér vitund og færni í að takast á við siðferðileg álitamál í rannsóknum. Siðferðileg umhugsun er einn mikilvægasti þátturinn í undirbúningi rannsókna (21). Í því sambandi er mikilvægt að upplifun rannsakandans blandist ekki inn í rannsóknina, sérstaklega í gagnaöflun og vinnslu gagna. Þar var í grundunin í vitræna vinnuferli Vancouverskólans mikill styrkur (20). Í þessari rannsókn var það ákveðin áskorun að aðalrannsakandinn var hluti af þýðinu og mikilvægt að vera meðvitaður um að sú staða gæti mögulega haft áhrif rannsóknarvinnuna. Því var þess gætt í byrjun rannsóknarferilsins að hreinsa hugann, átta sig á fyrirframgerðum hugmyndum og leggja þær til hliðar samkvæmt þrepi 2 í meginþrepum rannsóknarferlis Vancouver-skólans. Einnig var þrep 7 mikilvægt, að fá staðfestingu á greiningarlíkani hvers þátttakanda, þar sem þátttakandinn staðfestir túlkun rannsakandans á þeirri reynslu sem rædd var í viðtalinu. Á hinn bóginn hefur verið bent á að tengsl rannsakanda við þýði getur verið hjálplegt í gagnaöflun, þátttakendur finni til tengsla við rannsakandann og myndun úrtaks getur orðið einfaldari (22).

Persónuvernd og friðhelgi

Atburðurinn sem um ræðir er einstæður og þýðið er lítið. Þegar rannsóknir eru gerðar í litlum samfélögum þar sem flestir þekkjast, getur virðing fyrir friðhelgi verið erfið (23). Í rannsókninni var lögð áhersla á að fá viðmælendur úr mismunandi heilbrigðisstéttum en í sumum tilfellum eru í þýðinu einungis tveir aðilar sem tilheyra ákveðnum fagstéttum og því gat verið erfið að halda nafnleyni. Í því samhengi má horfa til etnógrafískra rannsókna þar sem hætt er við að einstaklingar þekkist þegar rannsóknir beinast að litlum þorpum eða samfélögum (22). Það er skylda rannsakandans að hafa í huga að það er raunverulegur möguleiki á að þátttakendur rannsókna þekkist. Í því skyni koma hér ekki fram neinar bakgrunnsupplýsingar um einstaka þátttakendur, einungis um hópinn í heild.

Niðurstöður

Í niðurstöðum kom mjög sterkt fram að þetta var erfið lífsreynsla en viðmælendur töldu sig ekki bera neikvæð sálræn eftirköst. Einnig kom fram að starfsfólk stofnunarinnar vann saman að þessu verkefni en vegna óveðurs, ófærðar og viðvarandi snjóflóðahættu sköpuðust aðstæður sem gerðu miklar kröfur til starfsfólks. Eins og kemur fram í yfirlýsningu: „Allir á útopnu, boðnir og búnir að standa sína plikt“ þá voru allir starfsmenn stofnunarinnar kallaðir til og allir lögðu sig fram við að gera sitt allra besta við erfiðar og yfirþyrmandi aðstæður. Fram komu tvö meginþemu; yfirþyrmandi aðstæður og úrvinnsla, og sex undirþemu (sjá mynd 2).



Mynd 2. Heildargreiningarlíkan. Yfirlit yfir helstu niðurstöður rannsóknarinnar; yfirþemað, tvö meginþemu og sex undirþemu.

Yfirþyrmandi aðstæður

Hjá öllum viðmælendum kom ítrekað fram hversu aðstæður voru yfirþyrmandi og lýstu viðmælendur gjarnan vanmætti gagnvart því verkefni sem þeir stóðu frammi fyrir. Mjög vont veður, ófærð, rafmagnsleysi og snjóflóðahætta hafði mikil áhrif á bæði starfsfólk og starfsemina. Einnig var erfitt að upplifa þetta stóra áfall og þá miklu sorg sem eftirlifendur gengu í gegnum: „Það var svo skritin tilfinning að horfa á þetta fólk sem þú veist að er búin að ganga í gegnum svo mikla sorg og mikla vanlíðan. Maður verður svona hálf heltekinn og vanmáttugur“ (viðmælandi 1).

Viðmælendur lýstu einnig vanmætti gagnvart þeim aðstæðum sem þeir stóðu frammi fyrir í starfi sínu, aðstæður á sjúkrahúsinu voru ólíkar öllu því sem fólk hafði upplifað áður: „ég held að maður sé aldrei undirbúinn undir þetta“ (viðmælandi 2).

Allir viðmælendur lýstu vanmætti gagnvart náttúruöflunum og sérstaklega gagnvart því mikla óveðri sem stendur alveg fram á fimmtudag en snjóflóðið féll snemma á mánudagsmorgni: „Það var alveg brjáláð veður, það sást bara ekki neitt“ (viðmælandi 2). Að sama skapi var erfitt að meðtaka hamfarirnar, eyðilegginguna og sorgina þegar veðrinu slotaði og aftur fór að glitta í hversdagsleikann: „það var rosalega vont veður í svo marga daga svo kemur bara sól og bongó blíða, þetta var svo ósanngjarnt, hvað það varð allt í einu gott veður. Eins og bara allt hefði strokast út og veröldin var falleg“ (viðmælandi 3).

Þessi skyndilega umbreyting á veðri sem varð um hádegi fimmtudaginn 19. var flestum viðmælendum minnisstæð.

Einangrun

Óveður og ófærð urðu þess valdandi að stofnunin og starfsmenn urðu að leysa úr því sem upp á kom án þess að að fá mikla utanaðkomandi aðstoð. Það varð að gera hlutina og gera það saman: „Starfsandinn fannst mér einkennast af samkennd og umburðarlyndi“ (viðmælandi 4).

Allir viðmælendur töldu að bæði starfsfólkið og stofnunin hafi eflst eftir þennan atburð: „Já ég er ekki frá því að þetta hafi bara eflt stofnunina, betri samvinna á milli deilda“ (viðmælandi 5). Ófærð og einangrun þýddi að ekki var hægt að koma þeim sem þurftu strax í sérhæfða meðferð í Reykjavík. Einn viðmælandi lýsir erfiðri reynslu og sterkri tengingu við einn skjólstaðing sem hann sinnti og þurfti lífsnauðsynlega að komast suður í frekari meðferð: „Hvað ertu að hugsa guð? Af hverju varstu að bjarga henni bara til að taka hana svo frá okkur? Ég man að ég stóð þarna fyrir framan dýrnar hjá henni, nærri farin að gráta bara af reiði og vanlíðan“ (viðmælandi 1).

Það var brjáláð veður. Það sá ekki út úr augum. Götur voru ófærar.

Það var snjóflóðahætta á samgönguleiðum milli hverfa innanbæjar. Fólk átti erfitt með að komast í vinnu: „hálf tíma að skríða hálfpartinn þarna niður eftir og það var á tímabili þegar ég var kominn þarna neðarlega í götuna að ég vissi ekkert hvar ég var“ (viðmælandi 6).

Sumir komust ekki í vinnu, meðal annars vegna veðurs eða voru bundnir yfir börnum sem ekki var hægt að skilja eftir ein heima, maki mögulega við leit inn í Súðavík. Einn viðmælenda var í þeirri stöðu og leið afar illa yfir að komast ekki í vinnu fyrstu dagana og fannst hann vera að bregðast skyldum sínum: „maður var alltaf að hugsa um þetta, að komast ekki, ég gæti verið að gera eitthvað.“ (viðmælandi 7).

Óvissa

Nokkrir viðmælendur, lýstu því hversu mikil óvissa hafi verið í byrjun um hvað biði þeirra og hvernig best var að bregðast við. Strax frá byrjun var mikill einhugur innan stofnunarinnar: „Og maður fann bara svo mikinn samhug í starfsfólkinu, allir að standa saman. Það hafði náttúrulega enginn verið í svona áður“ (viðmælandi 5).

Þeir sem voru í stjórnunarstöðu lýstu sérstaklega mikilli óvissu um hversu mikið af slösuðu fólki væri von á inn á spítalann: „þetta hræðilega slys og maður vissi ekkert hvað maður var að fá“ (viðmælandi 8).

Erfitt var að sofna á kvöldin því hugurinn var stöðugt bundinn starfinu: „Hvað átti að gera, hvað þurfti, hvað biður mín á morgun, hvernig á ég að tækla þetta?“ (viðmælandi 8).

EKKI var óvissan minni fyrir þá sem voru í greiningarsveit og fóru inn í Súðavík: „vitum ekki neitt og við reynum að taka eitthvað af græjum með okkur, eitthvað sem við teljum að þurfi að vera með“ (viðmælandi 2).

Ekkert lát var á óveðrinu og því ekki vitað hvenær frekari aðstoð bærst eða hvenær hægt væri að koma sjúklingum í frekari meðferð í Reykjavík: „Við höldum áfram að vinna með þetta fólk á sjúkrahúsinu, við þrekvirkir. Það voru engir sérfræðingar að sunnan komnir fyrstu dagana,“ (viðmælandi 9).

Allir virkjaðir

Það voru allir starfsmenn nýttir við móttöku Súðvíkinga og skipti þá ekki máli hver þeirra reynsla eða menntun var: „þá vorum við beðin um að vera inn í matsalnum, þegar Fagranesið kemur með fólkið úr Súðavík, og bara hlúa að fólkinu og aðstoða þá sem voru að koma, [...] það var ekki það mikið af fólki til að taka á móti þarna í upphafi, það komu svo margir með Fagranesinu þarna fyrst.“ (viðmælandi 10)

Það var mikið álag á hefðbundnu umönnunarstéttirnar, hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða: „Fólk fór inn á deild, þeir sem þurftu að leggjast inn, hjúkrunarfræðingar voru bundnir yfir þeim sjúklingum þannig að annað starfsfólk þurfti þá bara meira að koma inn í annað, sinna fólki sem var bara í andlegu sjokki og áfalli“ (viðmælandi 10).

Að auki voru fyrir sjúklingar á legudeild og öldrunardeild sem þurftu að sinna: „En það þurfti líka að klára öll þessi venjulegu störf og svo var maður bara hlaupandi fram og til baka“ (viðmælandi 3).

Á öðrum deildum var röskun á hefðbundnu starfi þessa daga og þeir starfsmenn því nýttir til annarra verka: „Mér fannst allir gera sitt besta og það voru allir virkjaðir. Ég meina endurhæfingin,

hún var virkjuð í einhverskonar sálgaeslu“ (viðmælandi 1).

Auk þess sem sinna þurfti verkum sem ekki flokkast undir heilbrigðisþjónustu, meðal annars gæslu og móttöku: „við þurftum meira að segja að stoppa fréttamenn sem voru að koma og ætluðu bara að vaða inn og fara beint í lyftuna. Það var þínu svona ágangur“ (viðmælandi 10).

Starfsfólk gekk í þau störf sem þurfti að sinna og oft varð vinnudagurinn langur: „maður var þarna allan daginn, frá átta á morgnana til tólf á kvöldin, þú fórst bara í það sem hendi var næst“ (viðmælandi 5).

Starfið þessa daga riðlaði mörgum verkferlum sem áður voru og skipting starfa eftir deildum máðist að mörgu leyti út. Starfsfólk vann þar sem þörf var á og allir voru tilbúnir að sinna þeim verkum sem þeim voru falin: „Maður var í öllu, inn í eldhúsi, maður var í þvottahúsinu og maður var upp á deild“ (viðmælandi 5).

Allir viðmælendur lýstu góðu viðmóti samstarfsfélaga og að starfsmenn hefðu orðið nánari og sýnt hvort öðru stuðning: „það var svo mikil umhyggjan meðal samstarfsfólksins og við sýndum hvort öðru það“ (viðmælandi 8).

Þessi sameiginlega reynsla tengdi starfsfólkið og það var samtaka í að takast á við þetta stóra verkefni.

Úrvinnsla

Rauði þráðurinn í úrvinnslunni var samtal við baklandið, fjölskyldu og samstarfsfólk og síðan vinnan, sérstaklega bein umönnun þeirra sem áttu um sárt að binda, bæði fyrst á eftir en einnig þegar frá leið. Margir viðmælenda nefndu sérstaklega ákveðna hluti eða stundir sem hjálpuðu þeim við að vinna úr þeirra reynslu. Einn viðmælandi lýsti því hvernig hann byrjaði sína úrvinnslu þegar heim var komið eftir að hafa verið í vinnunni í marga sólarhringa án þess að komast heim: „Ég held að ég hafi setið inni á svona skrifstofu sem er þarna heima með headphona og ég hugsa að ég hafi hlustað á sama lagið í svona klukkutíma, einn og hálfan, bara á meðan hausinn var á fullu og að reyna að svona að ná einhverjum áttum, þetta bara gekk aftur og aftur og aftur svona á meðan að ég var að ná mér niður, ná áttum og slökkva á kerfunum“ (viðmælandi 6).

Að fara í hlutverk og búning var leið sem skýldi persónunni bak við fagaðilann: „þarna klæddi ég bara mig í sjúkraliðabúninginn og fór að vinna, þarna var ég ekki ég Katrín“ (viðmælandi 3). Nokkrir viðmælendur nefndu að minningarathöfnin sem haldin var í íþróttahúsinu á Ísafirði stuttu eftir flóð hefði verið mjög uppbyggileg eftir þessa erfiðu daga: „hún var líka góð, þessi minningarstund í íþróttahúsinu, svona hlutir byggja mann áfram“ (viðmælandi 10) og ekki síður koma Vigdísar Finnbogadóttur forseta, en nærvera hennar veitti ró og öryggi.

Samtalið

Allir viðmælendur höfðu unnið mikið úr þessari reynslu með samtali við sitt bakland, bæði samstarfsfólk og sína nánustu: „samtöl og skoðanaskipti við samstarfsfólk, fjölskylduna og vini“ (viðmælandi 4).

Þó kom fram að stundum var erfitt að ræða við fjölskyldu þar sem þagnarskyldan var mikilvæg: „af því að maður er bundinn þagnareiði en maður getur rætt við kollega og þeir skilja kannski að vissu leyti hvað þú ert að tala um“ (viðmælandi 9).

Einn viðmælandi sem var í yfirmannsstöðu fann líka að það að hlusta á sitt starfsfólk og þá sem það annaðist gaf ákveðna úrvinnslu:

„maður var allan daginn að tala við fólk, að hlusta á fólk sem var að viðra sig og einhvern veginn held ég að maður hafi bara viðrað sig líka, bara í gegnum samtalið“ (viðmælandi 6).

Ítrekað kom fram að samskipti við samstarfsfólk var einn mikilvægasti þátturinn í úrvinnslunni: „Ef maður hefði ekki haft þennan hóp þá veit ég ekki hvernig maður hefði unnið úr þessu“ (viðmælandi 8).

Starfið

Að geta hjálpað fólki sem er í þessari erfiðu stöðu var mjög gefandi og var stór þáttur í úrvinnslu: „segja má að það [umönnun Súðvíkinga] hafi á vissan hátt verið frumafallahjálpar starfsfólks“ (viðmælandi 4).

Margir viðmælendur lýstu því hvernig það að annast þá sem áttu um sárt að binda hjálpaði þeim sjálfum. Þau gátu stuðlað að betri líðan hjá skjólstæðingum með því að sinna sínu fagi: „þetta hjálpaði okkur, að hitta fólkið og vera með því, að fá að hjúkra“ (viðmælandi 9). Slík úrvinnsla átti sér stað strax fyrstu dagana eftir flóð en einnig lengi á eftir hjá þeim fagaðilum sem sinnu fólkinu áfram vikur og mánuði eftir atburðinn: „Mér fannst það í rauninni rosalega gott, að fylgja henni svolítið áleiðis í batanum“ (viðmælandi 10). Að búa og starfa áfram í samfélaginu og hitta og annast Súðvíkinga jafnvel árin á eftir var einnig talið mikilvægt. Hugtakið samkenndarsátt lýsir þeirri fullnægju og ánægjulegu tilfinningum sem fylgja því að hjálpa öðrum í gegnum starf sitt: „Fólk gat í rauninni gefið botnlaust af sér sem gefur náttúrulega eitt það besta sem hægt er að gefa í starfsfyllingu. Það náttúrulega situr mjög vel eftir“ (viðmælandi 6). Flestir viðmælendur nefndu slíka tilfinningu sem þátt í úrvinnslunni og því að líða betur þrátt fyrir erfiða upplifun. „Mögulega hjálpar þessi tilfinning, að maður hafi gert gagn. Maður var þarna og var að gera gagn“ (viðmælandi 1).

Vöxtur

Niðurstöður sýndu mjög skýrt að viðmælendur telja sig hafa vaxið við þennan atburð bæði faglega og persónulega og dregið mikinn lærdóm af honum: „Þetta var átakanleg upplifun en þegar upp er staðið þá stöndum við sterkari“ (viðmælandi 10) þó eðlilega sitji einhver áhrif enn eftir: „fært mér reynslu sem hefur nýst mér í mínu starfi en einnig gert mig meyrari“ (viðmælandi 4). Einnig kom fram hjá flestum að samkennd innan stofnunarinnar hafi aukist, starfsfólk orðið nánara og sterkara í starfi: „Eftir þetta sá maður á mörgu starfsfólki að það bara kallaði ekki allt ömmu sína og það þurfti verulega mikið til að koma því úr jafnvægi“ (viðmælandi 6). Fólk lýsti einnig hvernig það nýtti sér ákveðna yfirvegun sem lærðist þessa daga, þegar það lenti í erfiðum aðstæðum síðar: „Maður verður í meira jafnvægi ef maður lendir í einhverju svona, kannski meiri yfirvegun“ (viðmælandi 5). Orð eins og þrautseigja, seigla, sigg og brynja voru notuð af viðmælendum til að lýsa því hvernig margir upplifa að nú þarf meira til að koma þeim úr jafnvægi: „ég er líka með þessa brynju og kannski þróað hana með mér upp úr þessu“ (viðmælandi 8). Einn viðmælandi taldi það jafnvel á stundum hamla honum við að sýna samúð og stuðning þegar áföll verða hjá fólki í kringum hann: „það [andlegt sigg] ver mann sjálfan en það kannski varnar því að maður meti og þá óafvitandi, atburði í lífi einhvers annars rétt, miðað við það sem ég gæti verið að gera“ (viðmælandi 6). Þó liðin séu 28 ár frá atburðinum þá situr þessi upplifun enn sterk í

viðmælendum: „Maður hugsar til þessara tíma og þessa fólks, það fer ekkert úr huga manns” (viðmælandi 10).

Umræður

Helstu niðurstöður rannsóknarinnar voru að eftir að hafa sinnt fólki sem lenti í mannskæðum hamförum, bar heilbrigðisstarfsfólk ekki neikvæð sálræn eftirköst, þvert á móti hafði reynslan orðið til þess að það óx bæði sem persóna og einnig sem fagaðili innan heilbrigðisþjónustu. Rannsóknin er fyrsta íslenska rannsóknin sem skoðar upplifun heilbrigðisstarfsfólks af vinnu við hamfarir og eftirköst þeirra.

Þrátt fyrir erfiða vinnu og oft átakanlegt vinnuumhverfi kom ítrekað fram í niðurstöðum að vinna við umönnun fórnarlamba náttúruhamfaranna gaf aukinn styrk og heilbrigðisstarfsfólk tók bæði faglegan og persónulegan þroska úr þessari reynslu. Einn þáttur úrvinnslu var að finna samkenndarsátt, jákvæða upplifun eftir vel unnin störf við að hjálpa öðrum. Mögulega eiga aðstæður á staðnum þátt í að vel gekk hjá starfsfólkinu að vinna úr þessari reynslu. Um er að ræða litla stofnun í litlu samfélagi þar sem allt snerist um þessa atburði fyrst eftir hamfarirnar. Það var mikil umræða og skilningur í nærsamfélaginu og því eðlilega auðveldara að fá stuðning og viðrun á erfiðar tilfinningar. Í því samhengi má horfa til niðurstæðna blandaðrar rannsóknar Klappa og fleiri (14) þar sem fram kemur að starfsfólk sem fór til Haiti til að vinna í eftirmálum jarðskjálfta fann fyrir samkenndarsátt í tengslum við vinnuna en átti erfitt eftir heimkomu, þar sem því fannst það ekki finna skilning á sinni upplifun meðal samstarfsfólks og fjölskyldu.

Til að upplifa vöxt eftir áföll er samkvæmt rannsókn Brooks og fleiri (24) mikilvægt að stuðla að góðum samskiptum milli starfsfólks á vinnustöðum til að vinna úr sálrænni streitu í kjölfar hamfara eða stórslysa. Það samræmist vel okkar niðurstöðum þar sem kemur skýrt fram að úrvinnsla atburðanna fór að miklu leyti fram með því að ræða hlutina og þá sérstaklega með því að ræða við samstarfsfólk. Að vinna úr hlutunum með öðrum sem hafa sömu reynslu var mikilvægt. Aðrar rannsóknir hafa sýnt sömu niðurstöður (10, 25). Nishi og fleiri (26) sem skoðuðu tengsl samkenndarsáttar, seiglu og atvinnupátttöku hjá heilbrigðisstarfsfólki eftir hamfarir telja mikilvægt að koma á fót verkferlum í heilbrigðiskerfinu til að vinna úr álagi tengdu starfi við hamfarir. Þó svo að þessi rannsókn hafi skoðað upplifun heilbrigðisstarfsfólks eftir náttúruhamfarir þá eru ýmsar aðrar áskoranir sem heilbrigðisstofnanir þurfa að kljást við. Mögulega má heimfæra þessar niðurstöður yfir á aðra atburði líkt og kemur fram hjá Knezevic og fleirum (27) þar sem úrræði til að vinna úr reynslu eftir störf tengd mannskæðum náttúruhamförum, nýttust einnig vel sem úrræði eftir vinnu í COVID19 faraldrinum sem kom í kjölfar hamfaranna. Þau úrræði byggðust á samtölum og samveru heilbrigðisstarfsfólks innan vinnustaðarins. Það er mikilvægt að stjórnmendur heilbrigðisstofnana og forsvarsmenn heilbrigðismála í landinu hafi í huga að skapa það starfsumhverfi að heilbrigðisstarfsfólki gefist kostur á að tengjast og tala saman til að vinna úr erfiðri reynslu eftir áföll og mikið álag.

Þrátt fyrir að þátttakendur hafi lýst mikilli óvissu um hvað væri framundan tókst að virkja vel starfsfólk spítalans og viðmælendur voru sammála um að starfsfólk og stofnunin sem heild hefðu

unnið gott verk við erfiðar aðstæður og komist vel frá þessari stóru áskorun. Í niðurstöðum kom berlega fram að allir heilbrigðisstarfsmenn nýttust við umönnun fólks sem hafði lent í mannskæðum náttúruhamförum. Starfsfólk var að sinna margvíslegum hlutverkum þar á meðal að veita sálrænan stuðning og návist, átti það við sjúkrabjálfa sem aðra fagaðila. Í niðurstöðum þversniðs-rannsóknar Lennon og fleiri (28) kemur fram að 80% írskra sjúkrabjálfa fengu til sín skjólstæðinga með sálræna vanlíðan að minnsta kosti einu sinni í viku. Niðurstöður eigindlegrar rannsóknar McGrath og félaga (29) á áströlskum sjúkrabjálfum er á sömu lund og því má áætla að töluverð reynsla sé meðal sjúkrabjálfa af að fást við sálræna vanlíðan ekki síður en líkamlega. Hlutverk sjúkrabjálfa í að veita sálrænan og félagslegan stuðning eftir hamfarir hefur fengið sífellt meiri athygli. Eftir jarðskjálftana í Nepal 2015 gerði Félag nepalskra sjúkrabjálfa (Nepal Physiotherapy Association) samantekt um hlutverk og framlag sjúkrabjálfa eftir hamfarirnar (30). Þar kemur fram að í byrjun hafi sjúkrabjálfarar, auk þess að sinna hefðbundnum störfum, unnið við hlið lækna og hjúkrunarfræðinga við að greina og flytja sjúklinga ásamt því að sinna fyrstu hjálp. Þessi teymisvinna hafi reynst vel og er einnig bent á að í bráðaviðbragði við hamförum í framtíðinni sé mikilvægt að vanmeta ekki það framlag sem sjúkrabjálfarar geta lagt fram í viðbragðsferlinu. Í skýrslu sem gerð var á vegum Heimssamtaka sjúkrabjálfa (World Confederation for Physical Therapy, WCPT) (15) um hlutverk sjúkrabjálfa í hamförum kemur fram að sjúkrabjálfarar er sú heilbrigðisstétt sem eyðir hvað lengstum tíma með sínum skjólstæðingum. Eftir hamfarir eru það því oft sjúkrabjálfarar sem mest ræða við sjúklinga og aðstandendur um atburðinn. Það er í samræmi við niðurstöður rannsóknar Mulligan og fleiri (10) þar sem fram kom að í kjölfar hamfara voru sjúkrabjálfarar, meðfram sinni hefðbundnu meðferð, að veita mikilvæga sálræna aðstoð til sinna skjólstæðinga með því að hlusta á frásagnir þeirra.

Við túlkun á niðurstöðum rannsóknarinnar er mikilvægt að hafa mögulegar takmarkanir í huga. Valskekkja getur hafa átt sér stað við val á tilgangsrúttaki en ekki er hægt að ganga úr skugga um að úrtak sé dæmigert fyrir þýðið. Einnig gæti bakgrunnur rannsakennda haft áhrif á túlkun gagna en alltaf er hætt við að reynsla þeirra og fyrirframgefnar hugmyndir hafi áhrif á niðurstöður. Styrkleiki rannsóknarinnar er að hún er fyrsta rannsóknin þar sem rýnt er í upplifun heilbrigðisstarfsfólks á Íslandi af vinnu við hamfarir og eftirköst þeirra.

Niðurstöður rannsóknarinnar veita innsýn í reynslu heilbrigðisstarfsmanna sem unnið hafa að umönnun fórnarlamba náttúruhamfara. Fram kemur sterkur rauður þráður í niðurstöðum sem gefur ákveðinn skilning á upplifuninni en hafa verður í huga að þar sem þátttakendur rannsóknarinnar eru fáir, er ekki hægt að alhæfa yfir á alla sem lifa við svona reynslu. Til þess þyrfti að gera stóra megindega rannsókn með fleiri þátttakendum.

Þakkir

Höfundar þakka viðmælendum fyrir þátttökuna í rannsókninni. Vísindasjóður Félags sjúkrabjálfa og Bygðastofnun er þakkað fyrir veitta styrki til rannsóknarinnar. Einnig fær Heilbrigðisstofnun Vestfjarða þakkir fyrir námsleyfi, aðgang að skýrslum og gott samstarf.

Heimildir

- Bernhardsdóttir AE. Learning from past experiences: The 1995 avalanches in Iceland. Swedish National Defence College; 2001.
- Almannavarnir ríkisins. Snjóflóð '95: Skýrsla um snjóflóðin í Súðavík og Reykhólasveit í janúar 1995. Almannavarnir ríkisins 1996.
- Böðvarsdóttir I, Elklit A. Psychological reactions in Icelandic earthquake survivors. *Scand J Psychol*. 2004;45(1):3-13.
- Hlodversdóttir H, Petursdóttir G, Carlsen HK, Gislason T, Hauksdóttir A. Long-term health effects of the Eyjafjallajökull volcanic eruption: A prospective cohort study in 2010 and 2013. *BMJ Open*. 2016;6(9):e011444.
- Gylfi Ásmundsson og Ágúst Oddsson. Áfallaröskun eftir snjóflóðin á Vestfjörðum. *Sálfræðiritið*. 2000;6:9-26.
- Thordardóttir EB, Valdimarsdóttir UA, Hansdóttir I, Resnick H, Shepherd JC, Gudmundsdóttir B. Posttraumatic stress and other health consequences of catastrophic avalanches: A 16-year follow-up of survivors. *J Anxiety Disord*. 2015;32:103-11.
- Haraldsdóttir HA, Gudmundsdóttir D, Romano E, Þórðardóttir EB, Gudmundsdóttir B, Elklit A. Volunteers and professional rescue workers: traumatization and adaptation after an avalanche disaster. *J Emerg Manag*. 2014 Nov-Dec;12(6):457-66.
- Rodriguez-Arastia M, Garcia-Martin M, Villegas-Aguilar E, Ropero-Padilla C, Martin-Ibañez L, Roman P. Emotional and psychological implications for healthcare professionals in disasters or mass casualties: A systematic review. *J Nurs Manag*. 2022;30(1):298-309.
- Hugelius K, Gifford M, Örtengwall P, Adolfsson A. Health among disaster survivors and health professionals after the Haiyan Typhoon: a self-selected Internet-based web survey. *Int J Emerg Med*. 2017;10(1):13.
- Mulligan H, Smith CM, Ferdinand S. How did the Canterbury earthquakes affect physiotherapists and physiotherapy services? A qualitative study. *Physiother Res Int*. 2015;20(1):60-8.
- Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq*. 2004;15(1):1-18.
- Johal SS, Mounsey ZR. Finding positives after disaster: Insights from nurses following the 2010-2011 Canterbury, NZ earthquake sequence. *Australas Emerg Nurs J*. 2015;18(4):174-81.
- Cole MJR, Barrett RV, Mein GK. UK rehabilitation professionals' experiences undertaking short-term responses after sudden-onset disaster. *Int J Ther Rehabil*. 2020;27(6):1-13.
- Klappa SG, Crocker R, Hughes LC, Thompson JAI, Kloppe SP. Compassion fatigue: A conceptual model for re-entry after disaster relief work in Haiti. *HPA Resource*. 2016 Jan 1;15(4):1-18.
- World Confederation for Physical Therapy. WCPT report: The role of physical therapists in disaster management. London, UK: WCPT; 2016.
- Mousavi G, Ardalan A, Khankeh H, Kamali M, Ostadtaghizadeh A. Physical Rehabilitation Services in Disasters and Emergencies: A Systematic Review. *Iran J Public Health*. 2019;48(5):808-15.
- Brewer CA, Ranse J, Hammad K, Hutton A. Experiences of rural and remote nurses during and following disasters: a scoping review. *Rural Remote Health*. 2022;22(4):7230.
- Willson KA, FitzGerald GJ, Lim D. Disaster Management in Rural and Remote Primary Health Care: A Scoping Review. *Prehosp Disaster Med*. 2021;36(3):362-9.
- Halldórsdóttir S. The Vancouver school of doing phenomenology. Í: Fridlund B, Hildingh C, ritstj. *Qualitative research methods in the service of health*. Lundur: Studentlitteratur; 2000. p. 47-81.
- Sigríður Halldórsdóttir. Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í: Sigríður Halldórsdóttir, ritstj. *Rannsóknir: Handbók í aðferðarfræði*. Akureyri: Háskólinn á Akureyri; 2021. p. 255-75.
- Sigurður Kristinsson og Arnún Halla Arnórsdóttir. Grunnþættir í siðfræði rannsókna. Í: Sigríður Halldórsdóttir, ritstj. *Rannsóknir: Handbók í aðferðarfræði*. Akureyri: Háskólinn á Akureyri; 2021. p. 99-115.
- Saunders B. Anonymising interview data: challenges and compromise in practice. *Qual Res*. 2015;15(5):616-32.
- Ástríður Stefánsdóttir. Eigindlegar rannsóknir og siðferðisleg álitamál. *Netla - Veftimarit um uppeldi og menntun*. 2013:1-17.
- Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ, Greenberg N. Protecting the psychological wellbeing of staff exposed to disaster or emergency at work: A qualitative study. *BMC Psychol*. 2019 -12;10(7):78.
- Umeda M, Chiba R, Sasaki M, Agustini EN, Mashino S. A literature review on psychosocial support for disaster responders: Qualitative synthesis with recommended actions for protecting and promoting the mental health of responders. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(6):2011.
- Nishi D, Kawashima Y, Noguchi H, Usuki M, Yamashita A, Koido Y, et al. Resilience, post-traumatic growth, and work engagement among health care professionals after the Great East Japan earthquake: A 4-year prospective follow-up study. *J Occup Health*. 2016 -7;20;58(4):347-53.
- Knezevic A, Olcoff K, Smith L, Allan J, Pai P. Wellness Warriors: A qualitative exploration of healthcare staff learning to support their colleagues in the aftermath of the Australian bushfires. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2023;18(1):2167298.
- Lennon O, Ryan C, Helm M, Moore K, Sheridan A, Probst M, et al. Psychological distress among patients attending physiotherapy: A survey-based investigation of Irish

physiotherapists' current practice and opinions. *Physiother Can*. 2020;72(3):239-48.

- McGrath RL, Parnell T, Verdon S, Pope R. "We take on people's emotions": A qualitative study of physiotherapists' experiences with patients experiencing psychological distress. *Physiother Theor Pract*. 2022 sep 5:1-23. Doi: 10.1080/09593985.2022.2116964.
- Nepal Physiotherapy Association. The role of physical therapists in the medical response team following a natural disaster: Our experience in Nepal. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2015;45(9):644-646.

Viðauki. Viðtalsrammi rannsóknarinnar

- Hver er upplifun þín af því að vinna á sjúkrahúsinu á Ísafirði dagana eftir snjóflóðið í Súðavík?
- Hvernig metur þú að þín menntun, fyrri störf og reynsla hafi undirbúið þig undir þína vinnu á sjúkrahúsinu þessa daga eftir flóðið?
- Telur þú mögulegt að það að vera heilbrigðisstarfsmaður að sinna umönnun þeirra sem lentu í þessum hamförum hafi haft jákvæð áhrif á þína líðan þessa daga og dagana á eftir miðað við þá íbúa Ísafjarðar sem ekki komu að því að aðstoða Súðvíkinga? Hvernig metur þú það núna?
- Þegar þú horfir til baka, hvernig metur þú að reynslan þessa daga hafi haft áhrif á þína líkamlegu eða andlegu líðan bæði fyrst á eftir og þegar lengra leið frá?
- Hvað telur þú að hafi hjálpað þér mest við að vinna úr þessari reynslu fyrstu dagana? En þegar lengra leið frá atburðinum?
- Hvernig telur þú að vinna þín á sjúkrahúsinu dagana eftir snjóflóðið í Súðavík hafi haft áhrif á þig sem fagmann og þín störf sem heilbrigðisstarfsmaður á þeim tíma sem liðinn er frá atburðinum?
- Hvernig telur þú að sú reynslan af þessum dögum hafi haft áhrif á þig sem persónu þegar til lengri tíma er lítið?
- Hvernig upplifðir þú starfsandann á sjúkrahúsinu vikurnar og mánuðina eftir snjóflóðin?
- Hvernig líður þér núna 27 árum síðar, þegar við ræðum þennan tíma?
- Upplifðir þú að þessir atburðir, snjóflóðið í Súðavík og þín vinna á Sjúkrahúsinu dagana á eftir, hefðu áhrif á búsetuval þitt eða annarra sem störfuðu á sjúkrahúsinu þegar til lengri tíma er lítið?



**SJÚKRAÞJÁLFUN
AKRANESS**

Suðurgötu 126 – 300 Akranes

Sími 422 1122 – mottaka@sjak.is – www.sjak.is

Bætt aðgengi betri horfur

Skýrsla Félags sjúkrabjálfa um þróun á nýgengi örorku og endurhæfingarlífeyris

Félag sjúkrabjálfa gaf nýlega út skýrslu þar sem fjallað er um þróun á nýgengi 75% örorku og endurhæfingarlífeyris á Íslandi.

Félagið leggur áherslu á að við skipulag heilbrigðiskerfisins og við ráðstöfun opinberra fjármuna séu ákvarðanir rökstuddar og teknar eftir greiningu á tiltækum gögnum. Ísland stendur nokkuð vel er kemur að gagnaskráningu opinberra stofnana, og því eru tækifærin til staðar, það er bara samfélagsins að grípa þau.

Því töldum við mikilvægt að reyna að meta hvaða möguleg áhrif greiðsluþátttökukerfi Sjúkratrygginga sem innleitt var 1.maí 2017 hefði haft. Markmið þessa kerfis var að lækka kostnað þeirra sem þurfa að nota mesta þjónustu og jafna kostnað þeirra sem þurfa að nýta sér þjónustuna almennt. Því var ákveðið að greina þróun á nýgengi örorku og endurhæfingarlífeyris bæði fyrir og eftir innleiðingu kerfisins. En þess má geta að breytingin hafði einna mest áhrif á aðgengi almennings að þjónustu sjúkrabjálfa og hafði þau áhrif að hlutfall landsmanna sem nýttu sér þjónustuna fór úr 14% í 15%. Ætla má að þessi aukning skýrist að miklu leiti af einstaklingum sem höfðu ekki möguleika til að sækja sér þjónustuna vegna kostnaðar fyrir breytinguna. Því til stuðnings má benda á að meðalútgjöld einstaklinga á ári vegna sjúkrabjálfunar lækkaði um 56% á fyrsta ári eftir gildistöku eða úr 42.270 kr. og niður í 18.508. Lækkunin varð enn meiri hjá þeim sem flokkast sem almennir þar sem lækkunin nam 59% eða úr 53.148 kr og niður í 21.698. Þess má þó geta að heildarkostnaður kerfisins þ.e. samanlagður kostnaður einstaklings og Sjúkratrygginga jókst ekki eftir breytingarnar umfram almennar hækkunar árin fyrir innleiðingu nýja greiðsluþátttökukerfisins.

Þróun á nýgengi örorku og endurhæfingarlífeyris

Niðurstöður þessarar greiningar sýna okkur að nýgengi örorku



GUUNLAUGUR MÁR BRIEM
FORMAÐUR FÉLAGS
SJÚKRABJÁLFA.

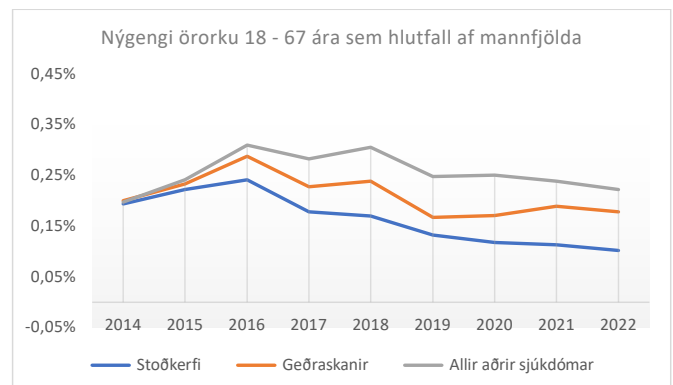
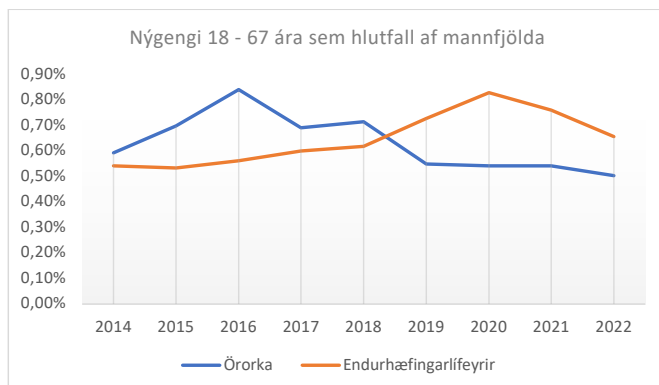
hefur farið lækkandi á sama tíma og nýskráningar á endurhæfingarlífeyri hafa farið hækkandi ef tekið er mið af nýskráningum sem hlutfalli af mannfjölda hverju sinni. Sá mannfjöldi sem miðað er við eru einstaklingar á aldursbilinu 18 – 67 ára.

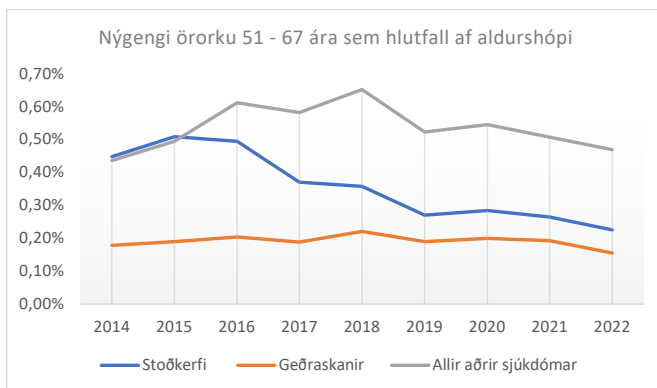
Á tímabilinu 2014 – 2022 lækkaði heildarhlutfallið nýskráninga á örorku úr 0,59% og niður í 0,50%, en á sama tíma hefur hlutfall þeirra sem nýskrást á endurhæfingarlífeyri hækkað úr 0,54% og upp í 0,65%.

Mikilvægt er samt að hafa í huga að aukning nýskráninga teljast líklega jákvæð þróun þar sem ætla má að það sé merki um að verið sé að leggja áherslu á endurhæfingu og finna úrræði fyrir fleiri einstaklinga en áður.

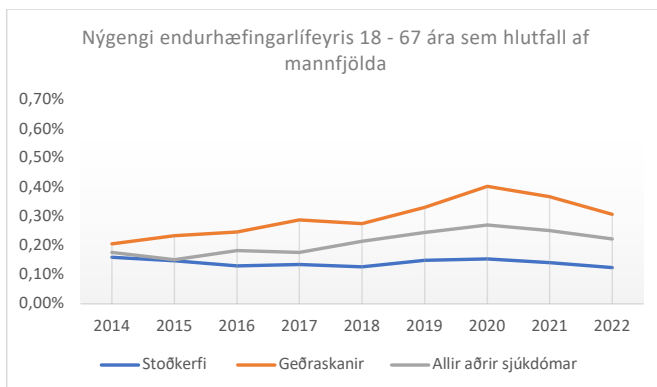
Heildarþróun örorku segir þó bara hálfa söguna. Þegar við rýnum ástæður fyrir nýgengi örorku þá sjáum við nokkuð ólíka þróun. Árið 2014, var nýgengi örorku af ólíkum ástæðum, þ.e. stoðkerfis, geðraskan og allra annarra sjúkdóma nokkurn veginn það sama eða um 0,20% allra einstaklinga á aldursbilinu 18 – 67 ára. Þróunin eftir ástæðum hefur hins vegar verið ólík ef við horfum á tímabilið frá 2014 og fram til 2022. Þar hefur nýgengi örorku vegna stoðkerfisvandamála lækkað verulega eða úr 0,20% og niður í 0,10% af mannfjölda á meðan mun minni breytingar hafa orðið bæði vegna geðraskan (0,18%) og allra annarra sjúkdóma (0,20%).

Mesta breytingu sjáum við svo í elsta aldurshópnum sem er 51 – 67 ára þar sem flestar nýskráningar á örorku eru. Þar hefur náðst gríðarlegur árangur í því að fækka þeim einstaklingum sem þurfa að fara á örorku vegna stoðkerfisvandamála líkt og sést á meðfylgjandi mynd, samanborið við vegna geðraskan og allra annarra sjúkdóma





Á sama tíma hefur orðið lækkun á nýskráningum á endurhæfingarlífeyri vegna stoðkerfisvandamála á meðan slíkar nýskráningar hafa aukist nokkuð bæði vegna geðraskanir sem og vegna allra annarra sjúkdóma. Því má ætla að aukin áhersla á endurhæfingarlífeyri sé ekki megin ástæða þessarar miklu lækkana á nýgengi vegna stoðkerfisvandamála heldur liggja ástæður þeirra breytinga að mestu leiti í þeirri þjónustuaukningu og bætta aðgengi að þjónustu sjúkrapjálfa og annara heilbrigðisstétta sem fylgdi breytingunni á greiðslupátttökukerfinu.



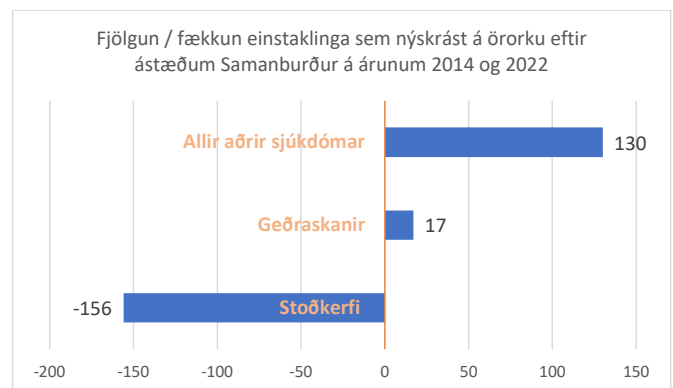
Einstaklingarnir á bakvið tölurnar

Árið 2014 voru 1.234 einstaklingar sem þurftu að nýskrást á örorku og árið 2022 voru það 1.225. Það gerir fækkun um níu einstaklinga. Mikilvægt er að hafa í huga að á síma tíma fjölgaði einstaklingum á aldursbilinu 18 – 67 ára um heila 44.000 eða um 21%.

Þessi þróun og árangur sýna okkur lítið nema við rýnum ástæður árangursins. Eins og kemur fram á meðfylgjandi mynd, þá voru 156 færri einstaklingar sem nýskráðust á örorku vegna stoðkerfisvandamála árið 2022 borið saman við 2014. Á sama tíma var lítil aukning örorkuskráninga vegna geðraskanir en nokkur fjölgun eða 130 manns vegna allra annarra sjúkdóma. Stærsta ástæða þess að nýgengi örorku hefur farið niður á við síðastliðin ár liggur því í fækkun þeirra einstaklinga sem þurfa slíkt vegna stoðkerfisvandamála.

Niðurstöður

Út frá niðurstöðum þessarar skýrslu er það mat okkar að kerfisbreytingin á greiðslupátttöku, sem fól í sér bætt aðgengi og lægri kostnaðarpátttöku einstaklinga hafi verið verulega hagkvæm fjárhagslega fyrir hið opinbera.



Þetta er gott dæmi um skynsamlega ráðstöfun opinbers fjárs. Stjórnvöld hafa lagt aukna áherslu á endurhæfingu og forvarnir í orðum sínum og eru þetta niðurstöður og reynsla sem vert er að horfa til, þegar kemur að enn frekari skrefum í þá átt. Því fyrr sem hægt er að veita rétta þjónustu innan kerfisins, þeim mun minna álag ætti að vera á þeim stigum heilbrigðiskerfisins sem tilheyra bráðþjónustu og dýrari úrræðum.

Niðurstöður þessarar skýrslu taka einungis til lítils hluta þeirra áhrifa sem bætt aðgengi getur haft og er vert að hafa í huga möguleg áhrif á þætti eins t.d. getu til að stunda vinnu og nám, sjálfstæða búsetu, seinkun á dýrari úrræðum eins og hjúkrunarheimilum eða sjúkrahúsum, lækkun lyfjakostnaðar, álag á heilbrigðiskerfið í heild sinni og síðast en ekki síst á lífsgæði þeirra einstaklinga sem eiga í hlut.

STÖKKTU INN Í VETURINN

ÖSSUR FORMFIT

ÖSSUR STÖÐTÆKJAPJÓNUSTA | GRJÓTHÁLSI 1-3 | S. 515 1300

Pistill frá fræðslunefnd FS

Haust 2023

Hlutverk fræðslunefndar Félags sjúkráðjálfa er að stuðla að símenntun og fræðslustarfi sjúkráðjálfa með fjölbreyttum og áhugaverðum námskeiðum, námsstefnum og fræðslufundum. Fræðslunefndin leitast við að svara væntingum félagsmanna og fylgja stefnum og straumum samfélagsins á hverjum tíma.

Segja má að starfsemi og framboð af námskeiðum Fræðslunefndar sé í miklum blóma þökk sé góðri þátttöku félagsmanna, bæði hvað varðar mætingu á námskeiðin og eins varðandi hugmyndir að námskeiðum og er nefndin alltaf opin fyrir hugmyndum ykkar félagsmanna.

Nefndin hefur verið á hrakhólum áfram varðandi húsnæðismál og hafa nokkrar staðsetningar verið prófaðar, Stígandi sjúkráðjálfun, BHM, Hjalpræðisherinn og Valsheimilið. Námskeið fram að áramótum munu fara fram í húsnæði BHM en óljóst er ennþá hvar námskeiðin árið 2024 munu verða haldin.

Það sem af er ári hafa eftirfarandi námskeið átt sér stað og eitt námskeið hefur verið felld niður vegna dræmrar þátttöku:

27.-28. janúar:

The Adult Hip Patient. Leiðbeinandi Benoy Mathew.

Uppselt var á námskeiðið

11. febrúar:

Blood flow restriction: Ekki næg þátttaka, felld niður.

11.-12. mars

Running Repairs.

Leiðbeinandi: Tom Goom, sjúkráðjálfi. Uppselt var á námskeiðið.

21.-22. Apríl:

**Maximizing Outcomes in Stroke Rehabilitation:
Translating Evidence in Motor Learning to Patient Care.**

Leiðbeinandi: Mike Studer, DPT.

2.-3. júní:

Modern Manual Therapy.

Leiðbeinandi: Brett Scott, DPT og eigandi Barbell Therapy and Performance. Uppselt var á námskeiðið.

21-25. september:

Höfuðverkir og efri háls hryggur.

Leiðbeinandi: Toby Hall, 2 námskeið. Langur biðlisti var á bæði námskeiðin.

19-23. október:

The Movement Solution 2, Masterclass solutions for Pelvis, SIJ, Thorax and ribs.

Leiðbeinandi: Mark Comerford. Uppselt var á námskeiðið.

3-6. nóvember:

2 námskeið, seld sér eða saman. Mulligan - Upper & Lower Quarter.

Leiðbeinandi: Johan Alvemalm.

Fræðslunefndin hvetur alla sjúkráðjálfa til símenntunar. Við hvetjum ykkur til þess að fylgjast vel með á heimasíðu Félags sjúkráðjálfa.

Það er ýmislegt í boði og fræðslunefndin leggur áherslu á að námskeiðin geti nýst sem flestum og viljum við gjarnan fá ábendingar um námskeið og fyrirlestra, jafnt íslenska sem erlenda.

Við tökum við ábendingum í gegnum netfangið fraedslunefndfs@gmail.com.

SJÚKRAPJÁLFARINN



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



**SJÚKRAPJÁLFUN
VILBORGAR**

Miðstræti 15
740 Neskaupstaður
Sími: 864 1193



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



Táp ehf. sjúkráðjálfun
Holtasmára 1
201 Kópavogi
sími 564 5442
tap@tap.is • tap.is

STOÐ



Á NÝJUM

STAÐ

Við höfum opnað glæsilega verslun á Draghálsi 14-16 með sýningarrými fyrir hjálpartæki sem á sér engan líka.

Með sérfræðipekkingu veitum við trausta, faglega og lausnamiðaða þjónustu sem breytir lífi fólks til hins betra.

Hjartanlega velkomin í Stoð!



Pistill frá Námsbraut í sjúkrabjálfun

Hjá Námsbrautinni er vorið uppskerutími og í ár var engin undantekning á því. Þrjátíu og átta nemendur útskrifuðust með Bsc gráðu í sjúkrabjálfunarfræðum og 26 með MSc gráðu í sjúkrabjálfun. Síðarnefndi hópurinn hvarf á braut og bættist í hóp starfandi sjúkrabjálfa en 36 nemendur úr BSc náminu hófu meistaranám í sjúkrabjálfun nú í haust.

Á hverju vori er fimm nemendum boðið upp á vikunámskeið sem er skipulagt af sjö háskólum. Það er styrkt af Nordplus menntaáætlun Norrænu ráðherranefndarinnar. Markmið áætlunarinnar er að efla og þróa norræna samvinnu í menntamálum á Norðurlöndum og Eystrasaltlöndum.

Námskeiðið í okkar samstarfsneti færir á milli háskóla og í ár var það haldið í Satakunta University of Applied Sciences í Pori, Finnlandi. Fjórir nemendur og einn kennari frá Íslandi tóku þátt. Efnið í ár var börn og umhverfi. Námskeiðin gefa nemendum tækifæri á að kynnst stúdentum sem eru að læra sjúkrabjálfun í öðrum skólum og vinna með þeim að verkefnum. Nemendur eru yfirleitt mjög ánægðir með þessi námskeið og þykja þau vel heppnuð.

Um miðjan ágústmánuð komu nemendur til náms og starfa. Í ár hófu 36 nemendur nám á fyrsta ári og tóku eldri nemendur vel á móti þeim á nýnemakynningu. Nú eru haustnámskeið allra árganga á fullu og mikið líf í Stapa sem er okkar hús á háskóla-svæðinu.



BJÖRG GUÐJÓNSDÓTTIR,
VARANÁMSBRAUTARSTJÓRI

Gervigreind er að ryðja sér rúms á öllum sviðum samfélagsins, jafnt á vinnumarkaði sem í háskóla-starfi. Hún er nú þegar farin að nýstast í kennslu og er mikil umræða innan háskólans um hagnýtingu gervigreindarforrita í kennslu, skapandi notkun á gervigreind og gagnaöryggi. Ljóst er að það eru breytingar í gangi og við tökum þátt í þeim.

Hermikennsla (e. simulation) heldur áfram að vera ofarlega á baugi hjá okkur. Eins og fram hefur komið í fyrri pistli frá námsbrautinni er í gangi viðamikil samstarfsverkefni, þriggja íslenskra háskóla, sem miðar að því að skipuleggja og setja á laggirnar sérhönnuð færni- og hermisetun fyrir nemendur í heilbrigðisvísindum. Samstarfsverkefnið byggir á veglegum fjárfram-

lögum frá háskóla-, iðnaðar- og nýsköpunarráðherra og hins vegar frá heilbrigðisráðherra, þar sem yfirlýst markmið yfirvalda er að auka gæði náms og samstarfshæfni háskólanna, ásamt því að fjölga nemendum í heilbrigðisvísindum. Fulltrúar námsbrautar í sjúkrabjálfun taka þátt í þessu verkefni.

Í flestum finnskum háskólum er búið að koma upp færni- og hermisetunum og munu tveir kennarar frá námsbrautinni fara til Pori í haust til að kynna sér hermikennslu í sjúkrabjálfun í Satakunta University of Applied Sciences.

Starfsfólk námsbrautar hefur verið að skoða hvað þarf að breytast til hægð sé að fjölga nemum í sjúkrabjálfun.



Hluti af nemendahópnum sem var í Pori.



Nemendur á Nordplus námskeiði um börn og umhverfi í Pori í júní. Hér eru þeir að skoða hvernig hægt að bæta hreyfifærni barna úti á leikvelli og á Ytteri ströndinni.



Sem fyrr segir er það yfirlýst stefna stjórnvalda að fjölga nemendum í heilbrigðisvísindum. Við höfum gert greiningu á hvað þarf að breytast varðandi kennslu sjúkraþjálfunar innan háskólans t.d. varðandi húsnaði, fjölda kennara o.s.frv. Þegar þessi pistill birtist hafa klínískir kennarar og stjórnendur stofnana fengið könnun þar sem þeir eru spurðir hvað þarf að breytast til að hægt sé að senda fleiri nemendur á klíníska staði. Það er mikil þörf á fleiri starfandi sjúkraþjálfurum og ef hægt er að fjölga nemum er það af hinu góða.

Í lok september hittust fulltrúar stjórnar Félags sjúkraþjálfara og fulltrúar námsbrautar á fundi til að skiptast á upplýsingum og snerta á sameiginlegum málum. Þessir fundir eru tvisvar á ári. Eins og venjulega var um margt að ræða og að mati beggja aðila eru þessir fundir yfirleitt mjög gagnlegir.

Fjórir fulltrúar námsbrautarinnar, tveir kennarar og tveir nemendur mættu á haustráðstefnu ENPHE (European Network of Physiotherapy in Higher Education) sem haldin var í byrjun október í Prag. Samkvæmt venju voru tveir opunarfyrirlestrar þar sem varpað er ljósi á mál sem eru ofarlega á baugi innan menntunar í sjúkraþjálfun á heimsvísu. Annar fyrirlesturinn var haldinn af dr. Michael Rowe um gervigreind: „With great technology comes great ambiguity: The antihero of AI in health professions education.“ Hinn fyrirlesturinn var haldinn af Daniel Stach um mikilvægi þess að almenningur skilji heilbrigðisstarfsfólk: „Education for practice: learn (to) understand and explain.“

Starfsfólk og nemendur námsbrautarinnar tóku þátt í störfum stjórnar ENPHE og hópvinnu með kennurum og nemendum frá öðrum háskólum.

Nýr kennslustjóri hefur verið ráðinn til Námsbrautarinnar og mun hefja störf 1. nóvember. Það er Svava Sigurðardóttir sjúkraþjálfari og doktorsnemi í siðfræði. Hún mun taka við störfum Guðnýjar Lilju Oddsóttur sem lætur af störfum um áramót.

Föstudaginn 10. nóvember kl. 9:00 varði Anna Lára Ármannsdóttir, sjúkraþjálfari, doktorsverkefnið sitt í hátíðarsal aðalbyggingar Háskóla Íslands. Heiti ritgerðarinnar er: „Breytileg stífni gervi-fótar. Lífafræðileg áhrif og huglægt mat einstaklingsins“. Leiðbeinandi hennar er dr. Kristín Briem og meðleiðbeinandi Sigurður Brynjólfsson, prófessor við Verkfræði og náttúruvísindasvið, en andmælendur voru Steven Gard og Toran Macleod.

f.h. Námsbrautar í sjúkraþjálfun,
Björg Guðjónsdóttir

MÁTTUR ehf.
SJÚKRAÞJÁLFUN

Háheiði 5 – 800 Selfossi
Sími 480 6400 – mattur@mattur.is
www.mattur.is

Hjálpartæki innan dvalar- og hjúkrunarheimila Upplifun og verklag fagaðila á Íslandi

Bakgrunnur. Hjálpartæki eru mikilvægur þáttur í heilbrigðisþjónustu fyrir eldra fólk. Heilbrigðisstarfsmenn dvalar- og hjúkrunarheimila sjá um að útvega íbúum þeirra hjálpartæki sem þau þarfnast og sjá um umsjón hjálpartækja. Sjúkratryggingar greiða styrki til kaupa á hjólastólum og göngugrindum til íbúa dvalar- og hjúkrunarheimila. Mikilvægt er að hjálpartækin séu aðgengileg, örugg, notkun þeirra sé árangursrík og stuðli að aukinni færni þessa hóps. Markmið rannsóknarinnar er að kanna verklag innan dvalar- og hjúkrunarheimila þegar kemur að útvegun og umsjón hjólastóla og göngugrinda hér á landi og skilja upplifun fagaðila sem að því koma.

Aðferðafræði. Rannsóknin er eigindleg viðtalsrannsókn á sviði fyrirbærafræða og samanstendur af sex hálf-stöðluðum einstaklingsviðtölum. Þátttakendur voru þrír sjúkráþjálfarar og þrír iðjuþjálfarar sem koma að útvegun og umsjón hjálpartækja á dvalar- og hjúkrunarheimilum.

Niðurstöður. Niðurstöðurnar sýna hversu fjölbreytt verkaskipting sjúkráþjálfara og iðjuþjálfara er. Skipulag útvegunar og umsjónar hjálpartækja er bæði misjafnt og mismikið milli vinnustaða viðmælenda. Útvegun hjálpartækja er nokkuð línulegt ferli frá því að komið er auga á þörf fyrir hjálpartæki og þar til hjálpartækið er afhent notandanum. Reynsla og aðgengi að hjálpartækjum hefur mest áhrif á útvegun hjálpartækja. Umsjón hjálpartækja er ekki í eins línulegu ferli og útvegunin, minna var um ákveðið verklag og allur gangur þar á. Samvinna milli fagaðila og annars starfsfólks hefur mikil áhrif á starfsemina þegar kemur að umsjón hjálpartækja.

Ályktun. Óháð breytileika verklags og verkaskiptingar fagaðila er ljóst að með bætту skipulagi, skýrri verkaskiptingu og aukinni samvinnu innan hvers dvalar- og hjúkrunarheimilis gangi útvegun og umsjón hjálpartækja betur. Þörf er á bætту aðgengi að viðgerðaðþjónustu á landsbyggðinni. Þær breytingar sem gerðar hafa verið á reglugerðum og umbætur Sjúkratrygginga hafa skilað árangri, með bætту aðgengi að hjálpartækjum og einfaldara útvegunarferli.



SIGRÍÐUR ELMA SVANBJARGARDÓTTIR
LEIÐBEINANDI:
DR. ATLI ÁGÚSTSSON

Áhrif 6 vikna þverfaglegar endurhæfingar á þol og líkamlega færni einstaklinga með langvinn COVID-19 einkenni.

Bakgrunnur: COVID-19 heimsfaraldurinn hófst snemma árs 2020 og hefur enn áhrif á samfélagið í dag. Flestir einstaklingar sem smitast af COVID-19 upplifa að minnsta kosti væg eða miðlungs mikil einkenni. Í flestum tilvikum jafna einstaklingar sig að fullu, en í 7-8% tilvika fara þessi einkenni ekki, sem leiðir til þess að einstaklingur þrói með sér langvinn COVID-19 einkenni. Algengustu klínísku einkennin eru þreyta, hósti, mæði og óþægindi fyrir brjósti. Þessi einkenni geta haft neikvæð áhrif á lífsgæði, þol og líkamlega virkni.

Markmið: Markmið þessarar rannsóknar er að kanna áhrif 6 vikna þverfaglegrar endurhæfingar á þol og líkamlega virkni sjúklinga með langvinn COVID-19 einkenni og sjá hvernig áhrifin endast.

Aðferðir: 115 sjúklingar frá tveimur mismunandi tímabilum (framskyggt og afturskyggt) gengust undir 6 vikna þverfaglega endurhæfingu. Sjúklingarnir fóru í líkamleg áreynslupróf fyrir og eftir endurhæfingu. Hluti sjúklinganna fór í eftirfylgdar mælingar 6 mánuðum eftir að endurhæfingu lauk. Til að mæla þol og líkamlega virkni voru eftirfarandi útkomumælingar notaðar: Blásturspróf, hámarksáreynslupróf, 6 mínútna göngupróf og Standa upp og setjast á 1 mínútu.

Niðurstöður: Aldur sjúklinga var á bilinu 21 til 80 ára og meðalaldurinn $54,2 \pm 12$ ár. Sjúklingar sýndu marktækar framfarir í öllum útkomumælingum. Framfarir voru varðveittar í mælingum 6 mánuðum seinna. Afturskyggti hópurinn var að meðaltali eldri og með hærri hlutfall af sjúklingum með lungnateppu. Bætingarnar hjá báðum hópnum voru sambærilegar þegar leiðrétt var fyrir aldur, fyrir utan hámarks áreynslu getu (W/kg).

Ályktun: 6 vikna þverfagleg endurhæfing er örugg og hefur jákvæð áhrif á þol og líkamlega virkni sjúklinga með langvinn COVID-19 einkenni og ávinningurinn varðveittist í að minnsta kosti 6 mánuði. Sjúklingar voru að meðaltali innan eðlilegra marka á blástursprófinu og 6 mínútna gönguprófinu í byrjun meðferðar sem sýnir fram á flækjustig sjúkdómsins.



EINAR MÁR ÓSKARSSON
LEIÐBEINENDUR:
DR. MARTA GUÐJÓNSDÓTTIR, SÓLRÚN
JÓNSDÓTTIR, SJÚKRÁÞJÁLFARI

Neikvæð sýndaráhrif: Þversniðsrannsókn á viðhorfum íslenskra sjúkrabjálfa

Bakgrunnur: Neikvæð sýndaráhrif (SÁ, e. nocebo) eru vel þekkt áhrif innan læknávisinda en lítið er búið að rannsaka í tengslum við sjúkrabjálfun. Markmið þessarar rannsóknar var að útteila spurningalista til íslenskra sjúkrabjálfa í klínískri starfsemi til að athuga þekkingu og trú þeirra á neikvæðum SÁ og kanna hvort einhver munur sé á mill yngri og eldri sjúkrabjálfa.

Aðferðir: Þversniðsrannsókn sem var lögð fyrir íslenska sjúkrabjálfa innan Félags sjúkrabjálfa frá október til nóvember 2022. Verkefnið var byggt á fyrri rannsókn sem gerð var á Ítalíu.

Niðurstöður: Af 643 tölvupóstum innan Félags sjúkrabjálfa svaraði 261 sjúkrabjálfi (40.5%). Meirihluti þátttakenda ($n=193$) var kvenkyns ($n=147$) og aðallega á sviði stoðkerfissjúkrabjálfunar (79.8%). Flestir sjúkrabjálfarar (44%) töldu það vera „sjaldan“ sem aðstæður eða meðferðaráhrif frá þeim sjálfum valdi neikvæðum SÁ með þeim afleiðingum að einkenni eða veikindin versni. Meirihluti (77.2%) trúðu því að þegar „sjúkrabjálfi snertir sjúkling á óviðeigandi hátt og virðir ekki mörk“ valdi mestum neikvæðum SÁ. Flestir (59.2%) voru mjög sammála um að sálrænir persónuþættir eða hugarástand skjólstæðinga geti útskýrt neikvæð SÁ. Flestir sjúkrabjálfarar (57.5%), „tala jafnt um jákvæðar og neikvæðar hliðar á gagnsemi meðferðar“ þegar grunur vaknar um neikvæð SÁ í meðferð. Flestir (37.3%) töldu sig hafa „miðlungs góða“ þekkingu á neikvæðum SÁ og meirihluti (59.6%) töldu að neikvæð SÁ ætti að vera hluti af grunnnámi í sjúkrabjálfunarfræðum. Marktækur munur sást á niðurstöðum milli yngri og eldri sjúkrabjálfa. Yngri sjúkrabjálfarar töldu minna álit skjólstæðings á færni þeirra, sjúkrabjálfarar með svartsýni og óviðeigandi snertingu, neikvæðar væntingar skjólstæðinga og persónuleikabættir þeirra valda meiri neikvæðum SÁ en eldri sjúkrabjálfarar.

Ályktun: Í stuttu máli sýnir þessi innlenda rannsókn að meirihluti íslenskra sjúkrabjálfa telur að neikvæð SÁ hafa áhrif á meðferð þeirra. Íslenskir sjúkrabjálfarar trúðu því að óviðeigandi snerting valdi mestu neikvæðu SÁ en möguleg ástæða fyrir því er vegna aukinnar samfélagslegrar vitneskju um kynferðisofbeldi. Flestir töldu sálræna persónuþætti eða hugarástand skjólstæðinga valda neikvæðum SÁ og ætti því að leggja meiri áherslu á lífsálfélaglega módelið. Meirihluti taldi að neikvæð SÁ ætti að vera hluti af grunnnámi sjúkrabjálfaranema og því lagt til að námskrá Háskóli

Íslands kynni og fjalli um neikvæð SÁ. Yngri sjúkrabjálfarar trúa því að sálrænir þættir hafi meiri áhrif en eldri sjúkrabjálfarar en telja þekkingu sína á neikvæðum SÁ vera takmarkaðri.



INGVI STEINN JÓNSSON WAAGE
LEIÐBEINENDUR:
DR. ABIGAIL GROVER SNOOK, DR. SÍGRÚN
VALA BJÖRNSDÓTTIR

Langtímaeftirfylgni á reglulegri hreyfingu eftir útskrift úr hreyfiseðilsúrræðinu

Bakgrunnur: Hreyfiseðill er viðurkennd aðferð sem felur í sér að skrifa upp á hreyfingu sem meðferð við sjúkdómum. Markmiðið með honum er að auka áhugahvöt einstaklinga á hreyfingu og fá þá til þess að samþætta líkamlega hreyfingu með daglegu lífi. Árangur hreyfiseðilsins hefur lítið verið rannsakaður á Íslandi.

Markmið: Í þessari lýsandi þversniðsrannsókn var verið að skoða hvort að einstaklingar sem fengið hafa hreyfiseðil haldi áfram að stunda reglulega hreyfingu til lengri tíma eftir að þeir hafa útskrifast úr hreyfiseðilsúrræðinu. Jafnframt var verið að skoða hvort þessir sömu einstaklingar upplifi hindranir fyrir ástundun reglulegrar hreyfingar eftir útskrift úr úrræðinu.

Aðferðir: Rafræn könnun sem innihélt 9 spurningar var send á 974 einstaklinga sem að áður höfðu fengið ávísad hreyfiseðilsúrræði og útskrifast fyrir allt að 18 mánuðum einhvern tímann á tímabilinu 1. mars, 2020 - 31. ágúst, 2021. Lýsandi tölfraði var notuð til skoða hversu lengi þátttakendur héldu áfram að stunda reglulega hreyfingu eftir útskrift, hvort þeir töldu að hreyfiseðill myndi gagnast á ný, hverjar væru helstu hindranir gegn hreyfingu og hversu mikla hvatningu þátttakendur fengu á meðan á hreyfiseðilsúrræðinu stóð. Kí- kvaðrat próf voru framkvæmd til að meta mun á milli hópa og T-próf var notað til að bera saman niðurstöður á meðaltali heildarstiga þátttakenda og þýðis úr virknispurningum.

Niðurstöður: Svarhlutfall rannsóknarinnar var 32,3%. Meirihluti þátttakenda (62%) stunda enn reglulega hreyfingu eftir útskrift úr hreyfiseðilsúrræðinu. Helstu hindranir fyrir reglulegri hreyfingu voru líkamleg vanlíðan (20,8%) og tímaskortur (20,4%). Áhugahvöt (41%) var helsta hindrunin þegar hindrunum var skipt í þrjá flokka. Niðurstöður virknispurninga sýndu að þátttakendur hreyfðu sig marktækt meira en þýðið gerði í upphafi hreyfiseðilsúrræðis ($p<0,001$). Einnig sýndu niðurstöður að þátttakendur hreyfðu sig marktækt meira en þýðið við útskrift en tengslin voru minni ($p<0,01$).

Ályktanir: Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að úrræðið virkar til að koma fólki af stað í reglulega hreyfingu og ætti því að vera mikilvægur hluti af þjónustu heilbrigðiskerfisins sem ef til vill mætti nýta betur. Helsta hindrunin fyrir reglulegri hreyfingu var áhugahvöt. Sú niðurstaða gæti bent til þess að þátttakendur séu að upplifa hvatningu á mismunandi máta og þurfi að fá annars

konar form af hvatningu, eða þurfa meiri hvatningu á meðan hreyfiseðill er virkur til að geta haldið í áhugahvötina í gegnum úrræðið og eftir útskrift. Þess vegna er mikilvægt að leita leiða til að efla áhugahvöt enn frekar til að ýta undir áframhaldandi hreyfingu eftir útskrift.



THELMA BJÖRK THEODÓRSDÓTTIR
LEIÐBEINANDI:
AÐUR ÓLAFSDÓTTIR, SJÚKRABJÁLFI

Sálfélagslegir þættir í endurhæfingu meiðsla

Meiðsli eru óhjákvæmilegur fylgikvilli íþróttaíðkunar. Þó það sé vissulega hægt að fyrirbyggja ýmis meiðsli að hluta til (um allt að 50%) með skimun, markvissri styrktarþjálfun og hugarþjálfun er ólíklegt að íþróttafólk nái að koma í veg fyrir öll meiðsli. Líkamleg hömlun og skert hreyfigeta eru þekktar afleiðingar meiðsla en meiðsli geta einnig haft neikvæð sálfræðileg áhrif á íþróttafólk. Þar má til dæmis nefna þætti eins og hræðsla við að meiðast aftur, brostið sjálfstraust, depurð, hreyfifælni, félagsleg einangrun, sködduð sjálfsmýnd, ótti við að ná ekki fyrri hæðum, aukin streita, kvíði og áhugaleysi. Síðastliðna tvo áratugi hafa sprettið upp ótal rannsóknir sem sýna hvernig sálfræðilegir og/eða sálfélagslegir þættir hafa áhrif á meðferðarhæðni í sjúkrapjálfun og endurhæfingarferlið í heild sinni og þá hvort og hvenær íþróttafólk nær að snúa til baka í sína íþrótt að fullu eftir meiðsli. Það gefur auga leið að skipulögð sjúkrapjálfun og einstaklingsmiðuð endurhæfing eru ómissandi fyrir íþróttafólk sem stefnir á að snúa aftur í sína íþrótt örugglega. Það er því nauðsynlegt fyrir fagaðila sem sinna íþróttameiðslum að gera sér grein fyrir því hvernig þessir sálfélagslegu þættir hafa áhrif á útkomur í endurhæfingu meiðsla og geta þannig hugsanlega gripið inni með viðeigandi aðferðum, sérstaklega í ljósi þess að einstaklingar eru ólíklegri til að gera fyrirlagðar æfingar heima eftir því sem þeir upplifa meiri streitu og neikvætt skap.

Einn mikilvægur sálfélagslegur þáttur sem spáir fyrir um meðferðarhæðni og útkomur íþróttameiðsla er meðferðarsamband sjúkrapjálfa og skjólstæðings. Jafnframt hafa rannsóknir greint frá því að skjólstæðingum finnst samskipti sín við meðferðaraðila oft mikilvægari en sjálfar æfingarnar í endurhæfingarferlinu. Sjúkrapjálfaþinn er gríðarlega mikilvægur skjólstæðingnum þegar kemur að væntingastjórnun, markmiðssetningu, félagslegum stuðning og hvatningu. Ef skjólstæðingur (sá meiddi) upplifir að hann sé ekki að fá þann stuðning sem hann þarf á að halda frá sjúkrapjálfa getur það haft neikvæð áhrif á meðferðarsambandið, meðferðarhæðni og útkomu endurhæfingar. Það er því gríðarlega mikilvægt fyrir fagaðila að mynda gott og traust samband við þann meidda og reyna að gera þetta erfða ferli sem endurhæfing getur verið að ánægjulegri upplifun með því að sýna einlægan áhuga, veita viðeigandi stuðning, vera vingjarnleg(ur), búa til skemmtilegar og fjölbreyttar æfingar og gefa skýra endurgjöf á framvindu. Séu þessi atriði til staðar í meðferðarsambandi sjúkrapjálfa og skjólstæðings eru auknar líkur á að íþróttafólk snúi aftur örugglega í sína íþrótt. Með öðrum orðum, ef ég sem skjólstæðingur hef mikla trú á sjúkrapjálfa mínum og upplifi að ég sé í góðum höndum og að fá þann stuðning sem ég þarf á að halda þá er líklegri að ég fylgi æfingaprógramminu og nái þannig að snúa aftur í mína íþrótt á sama stigi og fyrir meiðsli.



HELGI VALUR PÁLSSON
MSC. ÍÞRÓTTASÁLFRÆÐI
HÆFI ENDURHÆFINGARSTÖÐ

Sálfræðileg færniþjálfun (e. Psychological skills training) er annar mikilvægur þáttur í endurhæfingu meiðsla og er skilgreind sem kerfisbundin og markviss þjálfun á hugrænni eða sálfræðilegri færni og getur verið notuð í margvíslegum tilgangi. Til dæmis greindu Cupal og Brewer (2001) frá því að íþróttafólk sem fékk sálfræðilega færniþjálfun í formi skynmyndaþjálfunar og slökunaræfinga samhliða hefðbundinni sjúkrapjálfun eftir aðgerð á fremra krossbandi, upplifði marktækt minni kvíða og sársauka ásamt því að hnéstyrkur þeirra jókst umfram samanburðarhóp sem fékk eingöngu sjúkrapjálfun, mælt sex mánuðum eftir aðgerð. Hugsanlega getur sjúkrapjálfaþinn reynst erfitt að sinna sálfræðilegri færniþjálfun (t.d. markmiðssetningu, skynmynda-

þjálfun og spennustjórnun) samhliða þeirra hefðbundnu meðferðarúrræðum sökum tímaleysis eða vankunnáttu við að kenna/þjálfna slíka færni. Ef svo er getur verið mikilvægt fyrir sjúkrapjálfa að vísa skjólstæðingum til viðeigandi fagaðila eins og klínískra sálfræðinga eða íþróttasálfræðinga eða mynda jafnvel teymi með slíkum aðilum svo að hægt sé að gefa bæði íþróttafólki og öðrum þverfaglega umönnun í kjölfar meiðsla til að efla meðferðarhæðni og ýta undir jákvæðar útkomur úr endurhæfingu. Meiðsli eru í eðli sínu neikvæð, hvort sem þau eru minniháttar eða halda íþróttafólki frá íðkun til lengri tíma eða jafnvel varanlega. Sjúkrapjálfun og hennar fjölbreyttu aðferðir í meðhöndlun meiðsla eru óumdeilanlega mikilvægur þáttur í endurhæfingarferlinu en fjölmargir þættir, bæði líkamlegir og sálfélagslegir, geta dregið úr meðferðarhæðni um allt að 40-60% og haft þannig augljós neikvæð áhrif útkomu endurhæfingar. Ef íþróttafólk sem glímur við langvarandi meiðsli eins og til dæmis krossbandaslit og hyggst snúa til baka í sína íþrótt örugglega og af fullum krafti á sama stigi og það gerði áður, þá er áhrifaríkasta leiðin að sinna sjúkrapjálfun og sálfræðilegri færniþjálfun ásamt því að huga að sálfélagslegum þáttum eins og meðferðarsambandinu.

Heimildir

1. Brewer, B. W. (2010). The role of psychological factors in sport injury rehabilitation outcomes. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 3(1), 40-61.
2. Brewer, B. W., & Redmond, C. (2016). *Psychology of sport injury*. Human Kinetics.
3. Cupal, D. D., & Brewer, B. W. (2001). Effects of relaxation and guided imagery on knee strength, reinjury anxiety, and pain following anterior cruciate ligament reconstruction. *Rehabilitation psychology*, 46(1), 28-43.
4. Drole, K., & Paravlic, A. H. (2022). Interventions for increasing return to sport rates after an anterior cruciate ligament reconstruction surgery: a systematic review. *Frontiers in psychology*, 13, 939209.
5. Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., & Ferreira, M. L. (2010). The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical therapy*, 90(8), 1099-1110.
6. Levy, A. R., Polman, R. C., Clough, P. J., & McNaughton, L. R. (2006). Adherence to sport injury rehabilitation programmes: a conceptual review. *Research in Sports Medicine*, 14(2), 149-162.
7. Marshall, A., Donovan-Hall, M., & Ryall, S. (2012). An exploration of athletes' views on their adherence to physiotherapy rehabilitation after sport injury. *Journal of sport rehabilitation*, 21(1), 18-25.

Áhugahvetjandi samtal og langvinnir stoðkerfisverkir. Fræðileg samantekt

Inngangur: Tíðni langvinnra stoðkerfisverkja er að aukast á heimsvísu og áhrif þeirra geta haft miklar afleiðingar fyrir líkamlega sem og andlega heilsu fólks, sem og samfélagslegan kostnað. Kostir sálfélagslegra aðferða hafa fengið vaxandi vægi innan sjúkráþjálfunar síðustu áratugi sem og mikilvægi samskiptatækni ásamt trausts meðferðarsambands milli skjólstæðinga og sjúkráþjálfara. Áhugahvetjandi samtal er ein þessara aðferða og þessi fræðilega samantekt hefur það að markmiði að lýsa niðurstöðum rannsókna um árangur og áhrif áhugahvetjandi samtals hjá einstaklingum með langvinna stoðkerfisverki.

Aðferðir: Þessi fræðilega samantekt var gerð á rannsóknum sem birtar voru á árunum 2011-2021 og leitað var í gagnagrunnunum PubMed, PEDro and Web of science. PRISMA-ScR gátlistanum var fylgt við framkvæmd hennar. Inntökuskilyrði voru fullorðnir einstaklingar með langvinna stoðkerfisverki sem höfðu fengið áhugahvetjandi samtal í meðferð og þurftu rannsóknir að vera birtar á ensku. Helstu útkomumælingar sem leitast var eftir voru verkjaupplifun, líkamleg virkni, áhugahvöt og meðferðarhaldni þátttakenda. Gæði valinna rannsókna voru metin sem og áhætta á bjögun niðurstæðna þeirra.

Niðurstöður: Við gagnaleit komu upp 316 greinar og fimm þeirra uppfylltu inntökuskilyrði rannsóknarinnar. Fjórar slembiræðaðar samanburðarrannsóknir og ein rannsókn með hálftilraunasniði. Rannsóknir gáfu sterkt til kynna að áhugahvetjandi samtal auki líkamlega virkni, líkamlega færni, áhugahvöt og meðferðarhaldni en ósamræmi var í niðurstöðum um hvort áhugahvetjandi samtal hafi jákvæð áhrif á verki. Niðurstöður sýndu ekki fram á meiri heilsutengd lífsgæði, minni þreytu eða minni þunglyndiseinkenni hjá þátttakendum. Valdar greinar voru af góðum gæðum og var áhætta fyrir bjögun metin lítil í þremur greinum, miðlungs í einni grein og mikil í einni grein.

Ályktun: Áhugahvetjandi samtal getur verið fýsilegur kostur fyrir sjúkráþjálfara sem viðbótarméðferð hjá einstaklingum með langvarandi stoðkerfisvandamál sem þurfa að breyta ákveðinni heilsuhegðun, þá sérstaklega í sambandi við líkamlega færni, virkni, áhugahvöt og meðferðarhaldni. Þörf er á frekari rannsóknum sem meta lengd og magn áhugahvetjandi samtals í meðferð sjúkráþjálfara.



GUÐRÚN MARÍN VIÐARSDÓTTIR
LEIÐBEINANDI:
DR. STEINUNN ARNARS ÓLAFSDÓTTIR

Teach-Back aðferðin: Samantekt á kerfisbundnum yfirlitum

Bakgrunnur og markmið: Teach-Back aðferðin (TBA) gengur út á að bæta og styrkja fræðslu heilbrigðisstarfsmanna til skjólstæðinga sinna og stuðla þannig að bættri skjólstæðingsmiðaðri þjónustu. Samantekt á kerfisbundnum yfirlitum (SKY) var gerð til að endurspegla áhrif aðferðarinnar innan veittrar heilbrigðisþjónustu. Upplýsingarnar voru svo nýttar til að leggja fram leiðbeiningar við innleiðingu og þróun á sterkari skjólstæðingsmiðaðri þjónustu með notkun TBA í sínum meðferðum.

Aðferðafræði: Þessi SKY var unnin í samræmi við PRIOR (e. *Preferred Reporting Items for Overviews of Reviews*). Leitað var í eftirfarandi rafrænum gagnagrunnum: PubMed, Web of Science og Google Scholar á tímabilinu 20. október til 12. nóvember 2022. Leitað var eftir yfirlitsgreinum innan heilbrigðiskerfis sem lögðu sérstaka áherslu á TBA. Gæði yfirlitanna voru metin út frá AMSTAR 2 gæðamatslistanum og skörun á greinum. Gerð var sérstaklega grein fyrir rannsóknum sem fjölluðu um sjúkráþjálfun í tengslum við TBA innan kerfisbundnu yfirlitanna.

Helstu niðurstöður: Níu yfirlitsgreinar uppfylltu kröfur og voru þær gefnar út á tímabilinu 2016 til 2022 sem í heildina innihéldu 204 mismunandi greinar. Öll yfirlitin drógu saman rannsóknir innan spítala og lögðu áherslu á mismunandi hópa: Hjartabilun (n=1), með langvarandi veikindi (n=1), krabbamein (n=1), með ósmittbæra sjúkdóma (n=1), lyflækningar og skurðaðgerðir (n=1) og ýmsir hópar (n=4). AMSTAR 2 gæðamat sýndi almennt fram á lélegar gæðaniðurstöður á yfirlitum. Mat á hlutdrægni og misleitni innan yfirlita var almennt hátt. Áherslur yfirlitanna voru greiningar á notkun aðferðarinnar í meðferð og viðhorfum, endurinnlagnir og útskriftar af spítala, meðferðarhaldni, ánægju í meðferð, sjálfstæði, þekkingu á sjúkdómsástandi, hæfni til endursagnar, sjálfsvirkni, lífsgæði og sjálfsmyndun. Tvö þessara yfirlita voru safngreiningar. Af þeim 204 greinum innan kerfisbundnu yfirlitanna var einungis ein sem gerði grein fyrir TBA í tengslum við sjúkráþjálfun. Öll yfirlitin sem fjallað var um sýndu fram á jákvæð áhrif notkunar á TBA innan heilbrigðisþjónustunnar.

Ályktun: Mikið misræmi er á milli rannsókna um hvernig TBA er framkvæmd. Niðurstöður sýndu jákvæða útkomu hjá einstaklingum í mismunandi heilsu- og sjúkdómsástandi, í fjölbreyttum félags- og efnahagsaðstæðum og á öllum aldri og sömuleiðis á notkun lyfja. Mikill skortur og þörf er á rannsóknum um TBA og sjúkráþjálfun. Kennsla, vitundavakning og aukin

reynsla er undirstaðan í aukinni notkun á TBA í sjúkráþjálfun.



ALEXANDER PÉTUR KRISTJÁNSSON
LEIÐBEINANDI:
DR. ABIGAIL GROVER SNOOK

Hvaða hreyfing er best til þess fallin að finna einstaklinga sem framkvæma stífar lendingar?

Markmið: Eitt hreyfimylnstur sem gæti leitt til krossbandsmeiðsla eru stífar lendingar.

Markmið rannsóknar var að leggja til og greina fjórar mismunandi hreyfingar með tilliti til undirþátta stífra lendingar.

Aðferðir: Framkvæmd var lífaflfræðileg þversniðsrannsókn á tilraunastofu þar sem þátttakendur framkvæmdu 10 endurtekningar á hvorn fót fyrir sig af fjórum mismunandi hreyfingum. Hreyfingarnar voru: 1. öfug gabbhreyfing, þar sem hreyfing var framkvæmd í sömu átt og fótur sem var á jörðu, 2. gabbhreyfing, þar sem stefnubreyting var framkvæmd í u.þ.b. 45° horn átt frá fæti sem var á jörðu, 3. fallstökk af öðrum fæti af 30cm kassa, þar sem viðkomandi féll af kassa og stökk upp af sama fæti og hann lenti á og 4. hliðar-saman-hliðar stefnubreyting, þar sem stefnubreyting var framkvæmd í gagnstæða átt við fót sem var á jörðu í hliðar-stefnu.

Niðurstöður: Fallstökk af öðrum fæti sýndi hæsta fyrsta hágildi lóðréttis jarðgagnkrafts. Öfug gabbhreyfing sýndi stysta tíma frá lendingu að fyrsta hágildi lóðréttis jarðgagnkrafts ásamt minnsta beygjuhorni við hné á sama tíma og fyrsta hágildi lóðréttis jarðgagnkrafts.

Ályktanir: Fallstökk af öðrum fæti er gagnleg hreyfing til þess að finna einstaklinga sem sýna grunnt beygjuhorn við fyrsta hágildi jarðgagnkrafts. Fallstökk er gagnleg hreyfing til þess að finna einstaklinga sem sýna stuttan tíma frá lendingu að fyrsta hágildi lóðréttis jarðgagnkrafts.



BJARNI GEIR GUNNARSSON
LEIÐBEINENDUR:
DR. HARALDUR BJÖRN SIGURÐSSON,
DR. KRISTÍN BRIEM

Hentugar hreyfingar til að finna áhættuþætti fyrir meiðsli á fremra krossbandi í hné

Inngangur: Áverkar á fremra krossbandi (e. anterior cruciate ligament (ACL)) í íþróttum eru talin vera heldur tíð hjá stelpum á aldrinum 10-19 ára eða um 91,3 af hverjum 100.000 íbúa á Íslandi. Slit á ACL gerast oftast án þess að íþróttamaður snerti annan íþróttamann eða mótherja. Rannsóknir benda til þess að valgusvægi sé stór áhættuþáttur fyrir ACL slitum. Markmið þessarar rannsóknar er því að rannsaka hvaða hreyfing framkallar hæsta valgusvægi í hnéliðnum og einnig hvenær hæsta valgusvægið kemur fram í mismunandi hreyfingum.

Aðferð: Alls tóku 17 þátttakendur þátt í rannsókninni. Þátttakendur komu frá íþróttafélögum á höfuðborgarsvæðinu og voru þátttökuskilyrðin að vera 18-21 árs kvenkyns íþróttamaður og vera virkur í íþróttum með stefnubreytingum. Rannsóknin fór fram á Rannsóknarstofu í hreyfivísindum við Háskóla Íslands. Notast var við 12 myndavéla hreyfiföngunarúnað til að fanga fjórar ólíkar athafnir ásamt kraftplötu í gólfi rannsóknarstofunnar. Hreyfingarnar voru framkvæmdar á sem mestum hraða til að líkjast aðstæðum á æfingum eða keppnisleik. Þær athafnir sem þátttakendur framkvæmdu voru; hröð-hliðarhopp, gabbhreyfing, fallstökk af 30 cm kassa og öfug-gabbhreyfing. Úrvinnsla gagna fór fram í gegnum Visual 3D og notast var við lágpasasíu í 10 Hz til að taka út háttíðnimerki, bæði fyrir hreyfingu og kraftplötu. Að því loknu var fundið hæsta hágildi valgusvægis á fyrstu 80 ms frá því að fótur snerti gólfið. Tölfræðiúrvinnsla fór fram í tölfræðiforritinu Jamovi og notast var við Mixed Model dreifigreiningu. Helstu breytur rannsóknar voru; hæsta hágildi valgusvægis, tími, fjórar hreyfingar og hægri/vinstri hlið.

Niðurstöður: Niðurstöður sýndu marktækan mun á valgusvægi þegar hreyfingarnar voru bornar saman (megináhrif $p < 0,001$). Hröð-hliðarhopp var sú hreyfing sem bjó til hæsta hágildi valgusvægis (0,717 Nm/kg að meðaltali) en fallstökk lægsta (-0,229 Nm/kg að meðaltali). Marktæk víxlhrif komu fram við hreyfingu á milli hliða (víxlhrif $p < 0,001$). Hægri hlið hafði almennt lægra valgusvægi en vinstri hlið bæði í öfugri-gabbhreyfingu (munur 0,542 Nm/kg, $p < 0,001$) og gabbhreyfingu (munur 0,292 Nm/kg, $p < 0,001$) en snerist svo við í fallstökki (munur -0,917 Nm/kg, $p < 0,001$). Niðurstöður sýndu marktækan mun á tímasetningu hæsta hágildis milli hreyfinga (megináhrif $p < 0,001$) og sú hreyfing sem sýndi fyrsta hágildið var gabbhreyfing (33,7 ms). Marktæk víxlhrif komu fram á milli hliða og hreyfinga (víxlhrif $p < 0,001$) en eftirápróf sýndi að eini munurinn milli hliða var í fallstökki.

Ályktun: Af þessum fjórum hreyfingum eru hröð-hliðarhopp og gabbhreyfing þær hreyfingar sem eru heppilegastar til að rannsaka

valgusvægi í hnélið í áframhaldandi rannsóknum vegna þess hve hátt hágildi valgusvægis hreyfingarinnar sýndu og tímamunktur valgusvægisins kom fram á milli 30-50 ms hjá þessum hreyfingum, sem er talin vera sá tímarammi sem ACL slit eiga sér stað.



ELLERT INGI HAFSTEINSSON
LEIÐBEINENDUR:
DR. HARALDUR BJÖRN SIGURÐSSON, DR.
KRISTÍN BRIEM

Vöðvastyrkur aftanlærisvöðva eftir endurgerð fremra krossbands með sin úr hálfsinungsvöðva. Samanburður á eccentricri og ísómetriskri frammistöðu - áhrif tíma frá aðgerð

Inngangur: Slit á fremra krossbandi (e. anterior cruciate ligament (ACL)) eru alvarleg meiðsli sem hafa langvarandi áhrif á færni í hné. Ígræðsla á aftanlærisinnum við endurgerð ACL getur leitt til ósamhverfu og minnkuðum styrk í aftanlærisvöðvum. NordBord er mælitæki sem metur ísómetriskan styrk og vægi um hné ásamt samhverfu í aftanlærisvöðvum á meðan framkvæmd er Nordic hamstrings æfingin (NHæ).

Markmið: Tilgangurinn með þessari rannsókn var að mæla vægi um hné við ísómetrisk próf aftanlærisvöðva og NHæ hjá hópi íþróttakvenna með sögu um slit á ACL og endurgerð þess. Samhverfa milli skorna og óskorna fótarsins var metin, sem og áhrif tíma frá aðgerð. Niðurstöður voru bornar saman við samanburðarhóp sem ekki hafði sögu um áverkann.

Aðferð: Þátttakendur voru 72 íþróttakonur, 49 í rannsóknarhópi sem höfðu sögu um ACL slit og endurgerð með vef úr hálfsinungsvöðva og 23 í samanburðarhópi, með enga sögu um ACL áverka. Rannsóknarhópnum var líka skipt upp í 3 hópa eftir tíma frá aðgerð. Framkvæmdar voru ísómetriskar og eccentricar mælingar á NordBord. Niðurstöður voru yfirfærðar í Jamovi fyrir tölfraðisúrvinnslu. Marktektarmörk miððust við $p < 0,05$.

Niðurstöður: Tölfraðilega marktækur munur fannst á milli hópa ($p < 0,001$), þar sem samanburðarhópurinn var almennt með meira hámarksvægi. Einnig var tölfraðilega marktækur munur milli skorna og óskorna fótarsins ($p = 0,002$), þar sem óskorni fóturinn var almennt með meiri hámarksvægi. Tvívíð víxlhrif fyrir hóp og hlið (skorinn/óskorinn) ($p < 0,001$), sýndu ósamhverfu milli hliða sem var einungis til staðar hjá rannsóknarhópnum fyrir báðar mæliaðferðir. Tvívíð víxlhrif sýndu einnig að ósamhverfa milli hliða (skorinn/óskorinn) var meiri fyrir NHæ en ísómetrisku mælingu ($p = 0,019$) óháð tíma frá aðgerð. Fylgnipróf sýndi að heilt yfir var meðalsterk fylgni milli ísómetriskar mælingar og NHæ mælingar (skorinn ($r = 0,573$), óskorinn ($r = 0,619$)). Ekki reyndist vera marktækur munur á hópnum sem höfðu slitið ACL eftir tíma frá aðgerð.

Ályktun: Ósamhverfa milli hliða var meiri við NHæ mælingar heldur en ísómetriskar mælingar hjá rannsóknarhópnum. Tölfraðileg niðurstaða fyrir rannsóknarhópinn gaf skýra niðurstöðu þess að mælingarnar eru að meta ólíka þætti í frammistöðu. Mikill munur er hjá rannsóknarhópnum við framkvæmd ísómetriskar æfingar og NHæ, en áhrifin við að framkvæma tvíhliða (NHæ) hreyfingu sýnir mun minni samhverfu milli hliða samanborið við einhliða hreyfingu (ISO). Því er ekki hægt að

áætla endurkomu í íþróttir einungis út frá ísómetriskum mælingum. Ekki var munur á vöðvastyrk eftir tíma frá aðgerð. Því er ekki hægt að áætla að lengri tími frá aðgerð skili sér í meiri samhverfu í vöðvastyrk milli hliða samanborið við styttri tíma frá aðgerð.



KAREN TINNA DEMIAN
LEIÐBEINENDUR:
ROBERT KRISTJÁNSSON, SJÚKRAPJÁLFARI,
DR. KRISTÍN BRIEM

Vöðvastyrkur eftir endurgerð á fremra krossbandi með vef úr hnéskeljarsin eða úr aftanlærisvöðva: Tengsl ísókínétískra og ísómetriskra mælinga

Bakgrunnur: Slit á fremra krossbandi er alvarlegur áverki sem leiðir oft til skurðaðgerðar þar sem það er enduruppbyggt (e. anterior cruciate ligament reconstruction, ACLR), það veldur því að iðkendur geta ekki stundað íþrótt sína í langan tíma. Vöðvastyrkur er einn mikilvægur þáttur mælinga til mats á því hvort einstaklingar geti snúið aftur til æfinga en ósamræmis gætir í viðmiðum og hlutlægum mælingum sem stuðst er við. Ísókínétískar mælingar eru helsta og nákvæmasta aðferðin við mat á vöðvastyrk, en ísómetriskar mælingar hafa meira verið notaðar á Íslandi.

Markmið: Markmið þessarar rannsóknar er því að kanna hvort notkun ísómetriskra kraftmæla gefi sambærilegar niðurstöður og ísókínétískar mælingar. Jafnframt verður skoðað hvort vöðvastyrkur við 3 mánaða mælingar eftir ACLR hafi forspárgildi um tímalengd endurhæfingar og hvort að munur sé á vöðvastyrk eftir ígræðslutegund.

Aðferðir: Þátttakendur voru 29 karlmenn (afreksíþróttamenn) á aldrinum 17-35 ára sem höfðu farið í ACLR. Framkvæmdar voru ísókínétískar mælingar þar sem hámarksvægi var mælt (e. peak torque) og ísómetriskar kraftmælingar þar sem hámarksvöðvastyrkur var mældur. Gögn voru sett upp í excel og yfirfærð yfir í tölfraðiforritið Jamovi til frekari tölfraðisúrvinnslu. Framkvæmdar voru fjölpátta dreifnigreiningar, línulegar aðhvarfsgreiningar og fylgnigreiningar. Styrklutfall milli fótleggja var reiknað með því að deila útkomu meidda fótleggs með ómeidda og margfalda með 100.

Niðurstöður: Marktækur munur var á milli mæliaðferða ($p < 0,001$). Styrktarhlutfall við 3 mánaða mælingar hafði ekki forspárgildi fyrir hversu lengi einstaklingar voru í endurhæfingu, óháð tegund ígræðslu ($p = 0,141$ fyrir flexion; $p = 0,343$ fyrir extension) Styrktarhlutfalli við 3 mánaða mælingar og tímalengd endurhæfingar (RTS) sýndi ekki marktæka fylgni hvorki fyrir extension né flexion. Einstaklingar sem fengu ígræðslu með sin úr aftanlærisvöðva (e. hamstrings, HS) voru með meiri styrk í m. hamstrings og m. quadriceps við 3 mánaða mælingar og þegar þær snéru aftur til æfinga (e. return to sport, RTS) samanborið við þá sem fengu ígræðslu úr hnéskeljarsin (e. bone patellar tendon bone, BPTB). Við RTS var enn 30% skerðing til staðar í réttu hjá þeim sem fengu BPTB ígræðslu.

Ályktun: Ísómetriskar og ísókínétískar mælingar eru ólíkar mæliaðferðir, gefa ekki sambærilegar niðurstöður og ekki er hægt að nýta þær á sama hátt í klínísku starfi. Ísómetriskir kraftmælar eru hins vegar eina tækið sem er víða aðgengilegt á Íslandi til að mæla hlutlægan vöðvastyrk. Mælingar á styrk 3 mánuðum eftir ACLR á þessum hópi getur ekki sagt til um tímalengd endurhæfingar með vissu. Þeir einstaklingar sem eru lengur í endurhæfingu eru með minni skerðingar til staðar og mögulega betur í stakk búinir til að snúa aftur til æfinga með góðum árangri. Val á ígræðslu hefur mikil áhrif á vöðvastyrk og ætti að hafa kröfur íþróttar í huga við val á ígræðslu. Nauðsynlegt er að prófa betri hlutlæg viðmið og einbeita sér að viðunandi styrk fyrir endurkomu til íþróttar eftir ACLR.



STEFÁN TÓMAS ÞÓRARINSSON
LEIÐBEINENDUR:
EINAR EINARSSON, SJÚKRAPJÁLFARI,
DR. KRISTÍN BRIEM

Dagur sjúkráþjálfunar 2023

Dagur sjúkráþjálfunar fór fram með pomp og prakt þann 10. mars síðastliðinn. Dagurinn var í annað sinn haldinn í Smárabíó, þar sem samkoman var búin að sprengja fyrri staði utan af sér vegna fjölda þátttakenda í deginum. Metþátttaka var á deginum í ár þegar tæplega 400 manns mættu!

Dagskráin var að venju fjölbreytt og glæsileg: Pernille Thomsen heimsótti okkur frá Danmörku og hélt frábært og fróðlegt erindi sem hét „Stress in a Neurophysiological Perspective – The Physiotherapist Approach“ sem vakti mikla ánægju viðstaddra. Þorsteinn Guðmundsson sálfræðingur og grínisti kom og sló á léttu strengi og sagði okkur frá sögu húmors. En stóra atriði dagsinsvar svo Guðmundur Felix Grétarsson sem kom frá Frakklandi til að segja okkur sögu sína. Hann sagði okkur af slysinu þar sem hann missti báða handleggina, endurhæfingunni og ferlinu fyrir og eftir að hann fékk á sig grædda tvo handleggi. Það hefði mátt heyra saumnál detta í salnum á meðan Guðmundur Felix stóð á sviði og varla þurr vangi í salnum eftir á, þar sem Guðmundur var einlægur og hrár í frásögn sinni.

Tvö pallborð voru skipulögð, annars vegar um aðgengi og áskoranir í sjúkráþjálfun og hins vegar um meðferð í kjölfar höfuðhöggs. Eftir hádegi var fjölbreytt dagskrá í þremur söllum og umræðuefnin eins misjöfn og þau voru mörg. Glæsileg fyrirtæki og stofnanir voru með vörusýningu frammi á sýningarsvæði á meðan, þar sem fólk gat spjallað við gamla kollega, kynnst nýjum og skoðað nýjustu þróun á vörum tengdum sjúkráþjálfun, heilsu og endurhæfingu.

Að formlegri fræðsludagskrá lokinni voru ný heiðurs-barmmerki félagsins kynnt. Bronsmerki félagsins fær hver sá sem lýkur

trúnaðarstörfum fyrir félagið, silfurmerki sá sem á sérstakar þakkir skilið fyrir veigamikil framlag til fagsins eða félagsins og gullmerki sá sem á sinni starfsævi hefur unnið ómetanlegt starf fyrir fagið eða félagið.

Það voru þær Bergþóra Baldursdóttir og Auður Ólafsdóttir sem voru sæmdar silfurmerki, og Unnur Pétursdóttir fyrrum formaður FS var sæmd gullmerki félagsins.

Sólveig Steinunn Pálsdóttir fékk hvatningarverðlaun félagsins að þessu sinni, fyrir framlag sitt og elju við að koma Hreyfirás LSH á koppinn, Retro nýsköpun sem er til mikillar fyrirmyndar eins og Gunnlaugur Már formaður FS orðaði það við afhendingu viðurkenningarinnar.

Þá voru veittar viðurkenningar fyrir styrki úr Vísindasjóð. Í ár voru fjórir styrkir veittir; Unnur Sædís Jónsdóttir, Sigríður Lára Gunnlaugsdóttir, Silja Rós Theodórsdóttir og Þorgerður Sigurðardóttir fengu úthlutaða styrki að þessu sinni.

Félagið þakkar undirbúningsnefnd um Dag sjúkráþjálfunar kærlega fyrir vel unnin störf, en nefndina í ár skipuðu þau:

Birna Ósk Aradóttir
Guðný Björg Björnsdóttir
Jón Gunnar Þorsteinsson
Kristinn Magnússon
Sylvía Spilliaert

Við erum strax farin að hlakka til Dags sjúkráþjálfunar 2024, sem fer fram 3. Maí – *Takið daginn frá!*





Vinna og verkir



ÞORVALDUR SKÚLI PÁLSSON
HEAD OF RESEARCH (MPHTY, PhD)
DEPARTMENT OF PHYSIOTHERAPY AND OCCUPATIONAL THERAPY, AALBORG UNIVERSITY HOSPITAL.



STEFFAN WITTRUP MCPHEE CHRISTENSEN (MPHTY, PhD)
DEPARTMENT OF HEALTH SCIENCE AND TECHNOLOGY, AALBORG UNIVERSITY.
DEPARTMENT OF PHYSIOTHERAPY, UNIVERSITY COLLEGE OF NORTHERN DENMARK, AALBORG.



MORTEN HØGH (MSC, PhD)
MUSCULOSKELETAL HEALTH AND IMPLEMENTATION.
DEPARTMENT OF HEALTH SCIENCE AND TECHNOLOGY, THE FACULTY OF MEDICINE, AALBORG UNIVERSITY.

En lyftivinna með litla eða léttu hluti minnkar ekki endilega líkurnar á að fá verk í bakið. Þess vegna má segja, að þó að mikilvægt sé að reyna að finna alla þá þætti sem geta aukið líkur á vinnutengdum stoðkerfisverkjum, er ekki öruggt að sú leit geti fækkað eða stýtt veikindaleyfi eða ótímabært brottthvarf af vinnumarkaði.

Það er hægt að hafa áhrif á marga af fyrrnefndum þáttum (t.d. líkamlega þætti, streituvalda og svefngæði) á meðan erfitt getur verið að fást við þætti eins og menntunarstig og tekjur. Engu að síður er mikilvægt að undirstrika, að það getur verið erfitt að koma auga á hvað það er sem veldur verkjum hjá tilteknum starfsmanni. Burtséð frá orsök verkja er mikilvægt að meðhöndlun slíkra einkenna taki mið af öllum þeim þáttum sem geta stuðlað að verkjum. Það er ekki nóg að heilbrigðisstarfsmenn geri sér grein fyrir þessu flækjustigi þar sem rannsóknir sýna að starfsmenn og vinnuveitendur þurfa einnig að gera sér grein fyrir því⁵.

Starfstengdir stoðkerfisverkir teljast til verkjaástands sem rekja má til, eða leiðir af sér, skerta starfsgetu til skemmri eða lengri tíma. Hversu mikið starfsgetan skerðist fer eftir ýmsu, meðal annars hversu slæmir verkirnir eru, eðli þeirra og öðrum tengdum einkennum. Fyrir utan það að þeir takmarka starfsgetu, er einnig mikilvægt að taka tillit til þeirrar skerðingar á lífsgæðum sem langvinnir stoðkerfisverkir valda¹. Tölur frá Evrópu sýna að 40% vinnufærra einstaklinga upplifa verki a.m.k. einu sinni á ári og að 20% allra vinnufærra karla og kvenna þjást af viðvarandi verkjum². Langalgengast er að fólk á vinnumarkaði upplifi og kvarti yfir þrálátum verkjum í og frá hálsi og baki³.

Starfstengdir stoðkerfisverkir eru flókið fyrirbæri þar sem fjölmargir samverkandi þættir liggja oft að baki (tafla 1). Þetta torveldar greiningu á hver undirliggjandi ástæða verkjanna er í raun, einkum og sér í lagi vegna þess að erfitt er að sýna fram á orsakasamhengi milli þessara þátta (eða annarra) og verkja. Sem dæmi má nefna síendurteknar lyftur í vinnu sem geta mögulega aukið bakverki.

Af ofangreindu má sjá, að margir samverkandi þættir geta hamlað starfsgetu, en sálfræðilegir þættir geta í sumum tilvikum verið meginástæður vandans. Kulnun í starfi er gott dæmi um þetta. Í þessari grein er athyglinni hinsvegar beint að fjarveru frá vinnu þar sem undirliggjandi ástæður eru stoðkerfisverkir. Í greininni fjöllum við um, hvernig mikilvægt er að vinna með slíka verki frá mismunandi sjónarhornum, þ.e. við munum ræða æskilegar áherslur heilbrigðisstarfsfólks, hvað einstaklingur með verki getur sjálfur gert til að flýta batanum og hvernig vinnustaðurinn getur nýst sem mikilvægur þáttur í bataferlinu.

Vinna og verkir – sjónarhorn heilbrigðisstarfsmannsins

Það getur verið freistandi að halda því fram að mikil og krefjandi erfiðisvinna, sérstaklega þar sem um er að ræða síendurteknar lyftur í óæskilegri líkamsstöðu, geti með tímanum haft skaðleg áhrif. Ef skoðuð eru lífaflfræðileg áhrif slíkrar vinnu, þá virðist það að nokkru leyti rétt. Til dæmis vitum við að það að beygja sig fram, sitja með krosslagða fætur eða sitja með bogið bak í hangandi stöðu, eykur töluvert álag á hryggjarliði og hryggþófa,

Líkamlegir þættir	Einstaklingsbundnir þættir	Umhverfisþættir	Þættir tengdir þjóðfélagsgerð
• Lyfta og bera • Vinna í óþægilegum líkamsstöðum • Endurteknar athafnir • Að vinna á miklum hraða	• Streita • Hugsanir tengdar heilsu • Hugsanir tengdar verkjum • Gæði svefns • Félagslegur stuðningur	• Hönnun vinnustaðar • Skipulagning vinnustaðar	• Menntunarstig • Aldur • Kyn • Tekjur

Tafla 1 Yfirlit yfir ýmsa þætti sem geta tengst vinnutengdum stoðkerfisverkjum. Unnið út frá Isusi et al⁴

álagið er langt umfram það sem mælist þegar setið er eða lyft með beinu baki⁶. Þetta þýðir þó ekki endilega að áverki hljóti af, heldur einfaldlega að álagið sé mismunandi eftir því hvaða líkamsstöðu maður er í.

Hinsvegar er mikilvægt að hafa í huga að þó að ákveðið orsakasamhengi virðist vera til staðar milli hreyfingar, álags og slits, þá upplifa ekki allir verki þrátt fyrir að þessir þættir séu til staðar. Reyndar er það svo, að hjá sumum virðist skortur á hreyfingu og breytileika í hreyfimyndstri vera hluti af vandamálinu. Þetta sést til dæmis hjá einstaklingum með bakverki, sem hafa tilhneigingu til að hreyfa sig, að miklu leyti, alltaf eins og eiga erfðara með að slaka á bolvöðvunum (kvið og bakvöðvar) samanborið við einkennalaus einstaklinga⁷⁻⁹.

Með öðrum orðum þá hreyfa þessir einstaklingar sig oft á þann hátt að álagið á bakið eykst frekar en hitt.

Álag er ekki einungis bundið við það að lyfta þungum hlutum síendurtekið, heldur getur það líka byggst upp yfir lengri tíma. Gott dæmi um þetta eru langvarandi setur, sem oft eru settar í samhengi við eymsli/verki í baki, hálsi og herðum, sérstaklega ef bakið er ekki beint/setið er með beint bak. Ef litið er til rannsóknna sést þó að sáralítil fylgni virðist vera milli setstöðu og verkja¹⁰. Engu að síður er það almennur skilningur meðal heilbrigðisstarfsmanna^{11,12} og almennings¹³ að það að vera beinn í baki (sitjandi og standandi) sé betra og „réttara“ heldur en að sitja, standa og lyfta t.d. með bogið bak.

Í þessu tilliti er mikilvægt að hafa í huga að það er ekki endilega líkamsstaðan sem er rétt eða röng, heldur frekar hversu lengi eða oft við höldum sömu líkamsstöðu. Það er nefnilega svo, að flestir þeirra sem eru einkennalausir eða einkennalitlir, skipta reglulega um líkamsstöðu og þar gildir einu hvort um er að ræða setstöðu, standandi eða liggjandi stöðu. Þeir skipta gjarnan reglulega um stöðu án þess að hugsa sig um. Með þetta í huga, gæti það orkað tvímælis að segja að ef/þegar maður finnur fyrir verkjum, eigi maður allt í einu að byrja framkvæma hreyfingar á ákveðinn hátt. Í fljótu bragði getur það hljómað eins og tvær hliðar á sama peningi, en getur hinsvegar haft þýðingu í sambandi við meðhöndlun.

Í þessu tilviki geta heilbrigðisstarfsmenn gegnt lykilhlutverki í því að kortleggja hvernig einstaklingurinn hreyfir sig venjulega, með það fyrir augum að geta aðstoðað hann við að aðlaga sig að þeim athöfnum sem þarf að framkvæma, í stað þess að hætta þeim alfarið. Þetta getur t.d. falist í að breyta setstöðu eða lyftitækni, án þess að það þurfi að þýða að það sé til einhver rétt og/eða röng leið til að beita sér við vinnuna. Lykilatriðið hér er því oft að sýna starfsmanninum (og í mörgum tilvikum vinnuveitandanum einnig) hvernig hægt sé að framkvæma athafnir daglegs lífs og vinnu á mismunandi hátt.

Vinna og verkir – sjónarhorn starfsmannsins

Það getur vissulega verið streituvaldandi að upplifa skerta starfsgetu og slíkt ástand hefur áhrif bæði heima fyrir og að sjálfsögðu á vinnustaðnum. Þetta getur þýtt að einstaklingurinn upplifi (líkamlega) minnkaða getu til að framkvæma þau verkefni sem vinnan krefst og einnig valdið áhyggjum varðandi framtíðina, atvinnuöryggi, tekjumissi og þar fram eftir götunum. Í þeim

tilvikum sem starfsmaður hefur síendurtekið verið í veikindaleyfi vegna verkja, getur það haft neikvæðar afleiðingar fyrir viðkomandi á vinnustaðnum, þar sem oft er litið niður á einstaklinga í slíkri stöðu¹⁵.

Öfugt við það sem margir halda, þá getur það að halda áfram að vinna þrátt fyrir verki, verið mikilvægur þáttur í bataferlinu. Ef haft er í huga að verkir/verkur eru yfirleitt margþætt fyrirbrigði (tafla 1), gefur augaleið, að vinnustaðurinn getur oft verið góður vettvangur fyrir endurhæfinguna. Sem dæmi um þetta má nefna að margir upplifa sterk félagsleg tengsl á vinnustaðnum en þau geta rofnað við langvarandi veikindaleyfi. Að sama skapi hefur það sýnt sig að vinnustaðurinn getur haft jákvæð áhrif bæði á heilsu og lífsgæði¹⁶. Þegar haft er í huga að uppbyggileg félagsleg tengsl geta dregið úr streitu¹⁷ og verkjum¹⁸, styður það einnig við það að það geti haft sína kosti að sinna áfram starfi sínu, þrátt fyrir verki.

Engu að síður er mikilvægt að hafa hugfast að það að mæta til vinnu þrátt fyrir verki og reyna að berjast í gegnum vinnudaginn, á ekki að vera á ábyrgð einstakra starfsmanna. Frekar á að líta á þetta sem hluta af endurhæfingunni, þar sem starfsmaður, vinnuveitandi og heilbrigðisstarfsmenn vinna saman að því að endurheimta starfsgetu. Vinnan eða starfið verður þannig vettvangur endurhæfingarinnar.

Virk nálgun við meðhöndlun verkja á vinnustað

Af ofangreindu má sjá að verkir (vinnutengdir eða almennt) eru yfirleitt ekki fyrirbæri sem hægt er að fjarlægja á einfaldan hátt. Í áraraðir hafa rannsóknir að miklu leyti beinst að því að skoða hvort og hvernig hreyfing og líkamspjálfun, innan og utan vinnustaðarins, geti haft jákvæð áhrif á verki og veikindaleyfi. Niðurstöður rannsókna virðast vera nokkuð einsleitar, þar sem kostir slíkrar nálgunar eru ótvíræðir¹⁹⁻²¹ og sýna, að markviss, létt líkamspjálfun og það að auka hreyfingu utan vinnu, getur dregið umtalsvert úr starfstengdum verkjum, auk þess að fækka veikindadögum.

Að sama skapi hefur verið sýnt fram á að skipulagðar, reglubundnar pásur/hlé innan vinnudags geti verið góður kostur fyrir þá starfsmenn sem vinna líkamlega krefjandi vinnu²². Það að temja sér reglubundna hreyfingu og almennt að tileinka sér heilbrigðan lífsstíl, er ein af bestu leiðunum til að fyrirbyggja stoðkerfisverki á vinnustað og utan hans^{23,24}.

Við erum ekki öll steipt í sama mót. Þetta gildir einnig um hreyfingu og pjálfun innan og utan vinnu. Þar af leiðandi er mikilvægt að slík nálgun taki mið af einstaklingsbundnum þörfum og áhuga. Að öðrum kosti er hætt við að verkefnið verði ekki langlíft, heldur einungis áttak sem lýkur þegar áhuginn þverr. Þess vegna er mikilvægt, til þess að tryggja langlífi slíkrar nálgunar, að pjálfunin sé skemmtileg, fjölbreytt og víðeigandi miðað við þær athafnir sem vinnan krefst.

Hvernig getur vinnan hjálpað við að ná bata?

Vinnan/starfið sem endurhæfing, hefur það að markmiði að snúa aftur til vinnu, þar sem athyglinni er beint að vinnunni en ekki verkjunum.

Fyrir stóran hluta fólks með viðvarandi/þráláta verki, getur virst óhugsandi að snúa aftur til vinnu fyrr en hægt er að ná einhverri stjórn á verkjunum²⁵. Lykilatriði í því að geta snúið til baka er, í þessu samhengi, samvinna milli samstarfsmanna/vinnufélaga, yfirmanna og starfsmannsins sjálfs, þar sem allir þessir aðilar taka virkan þátt í ferlinu¹⁵. Í þessu samhengi hefur það sýnt sig, að markviss samvinna skiptir miklu máli. Þar er verkefnum deilt niður í afmarkaða þætti, þar sem hægt væri að taka tillit til einstakra þarfa t.d. með sveigjanlegum vinnutíma, svigrúmi til að takast á við versnandi einkenni og stjórnun á vinnuálagi²⁵.

Vinna sem hluti af endurhæfingu hefur það að markmiði að vinna með verkjavandamálið í því samhengi og umhverfi sem starfsmaðurinn er á leið til baka í, en þetta getur einmitt stutt við þau gildi og sjálfmynd sem starfsmaðurinn hefur²⁶. Slík nálgun á helst að fela í sér alla þá jákvæðu þætti sem það að vera í vinnu (í stað þess að vera í meðhöndlun á stofu eða endurhæfingar-miðstöð) felur í sér, t.d. samskipti við samstarfsfólk, upplifun af því að leggja eitthvað af mörkum og að sjá tilgang með þeim æfingum og verkefnum sem unnið er með.

Með því að nýta vinnuna og vinnustaðinn sem mikilvægan hluta af meðferðarferlinu, styrkist sambandið milli vinnuveitanda/vinnustaðar og starfsmannsins, enda ekki um eiginlegt veikindaleyfi og fjarveru að ræða, heldur tímabil þar sem verkefni eru aðlöguð að endurhæfingarferlinu. Þessi nálgun getur verið heillavænlegri kostur en að vera í veikindaleyfi og vera fjarverandi frá vinnustað, en sýnt hefur verið fram á að erfitt getur reynst að hefja störf að nýju eftir langvarandi fjarveru vegna veikinda. Þetta á bæði við um einstaka starfsmenn, sem geta átt erfitt með að komast í gang á ný²⁷, og vinnustaðinn sjálfan, þar sem erfitt getur verið að breyta eða aðlaga verkferla að einstaklingi sem hefur verið lengi frá vinnu vegna verkja eða annarra veikinda²⁵. Ef vinnan verður/er hluti af endurhæfingarferlinu, geta starfsmaður og vinnustaður unnið saman að því að aðlaga verkefni að starfsgetu, gjarnan í samstarfi við heilbrigðisstarfsfólk.

Nálgun eins og lýst er hér að ofan er ekki ný af nálinni. Það sem er hinsvegar nýtt í þessu samhengi er, hvernig lítið er á verki og að hvaða marki þeir eigi að stjórna atvinnuþátttöku. Oft er því haldið fram að forsenda þess að snúa aftur til vinnu sé að verkirnir minnki eða hverfi alveg. Boðskapurinn hér er allt annar, þ.e.a.s. að forsenda þess að verkirnir hverfi sé að starfsmaður snúi aftur til fyrri starfs eða sé í vinnu allt endurhæfingarferlið ef mögulegt er. Þetta krefst þess þó, eins og lýst er að ofan, samvinnu milli vinnustaðarins og starfsmannsins, gjarnan með aðkomu heilbrigðisstarfsfólks. Hlutverk heilbrigðisstarfsfólks hefur í áraraddir verið talið að fjarlægja og lækna einkenni. Sú nálgun sem lýst er hér felur hinsvegar í sér að heilbrigðisstarfsfólk ætti í miklu meiri mæli að vinna að því að endurhæfingin fari fram í þeim aðstæðum sem skjólstæðingar þess eru í. Í þessu tilviki á vinnustaðnum.

Greinin birtist fyrst í ársriti VIRK 2023.

Heimildir

- Chang YF, Yeh CM, Huang SL, et al. Work Ability and Quality of Life in Patients with Work-Related Musculoskeletal Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9).
- Parent-Thirion A, Biletta I, Cabrita J, et al. Sixth European working conditions survey—overview report. 2016.
- De Kok J, Vroonhof P, Snijders J, et al. Work-related musculoskeletal disorders: prevalence, costs and demographics in the EU. European agency for safety and health at work. 2019;1.
- Isusi I. Work-related musculoskeletal disorders—facts and figures. Luxembourg: European agency for safety and health at work, 2020. In.
- Rasmussen CDN, Oakman J, Karstad K, Rugulies R, Holtermann A, Stevens ML. Pain management in eldercare employees - the role of managers in addressing musculoskeletal pain and pain-related sickness absence. *BMC Public Health*. 2022;22(1):432.
- Huang M, Hajizadeh K, Gibson I, Lee T. Analysis of compressive load on intervertebral joint in standing and sitting postures. *Technol Health Care*. 2016;24(2):215-223.
- Falla D, Gizzi L, Tschapek M, Erlenwein J, Petzke F. Reduced task-induced variations in the distribution of activity across back muscle regions in individuals with low back pain. *Pain*. 2014;155(5):944-953.
- Wong KC, Lee RY, Yeung SS. The association between back pain and trunk posture of workers in a special school for the severe handicaps. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10:43.
- Lima M, Ferreira AS, Reis FJJ, Paes V, Meziat-Filho N. Chronic low back pain and back muscle activity during functional tasks. *Gait Posture*. 2018;61:250-256.
- Slater D, Korakakis V, O'Sullivan P, Nolan D, O'Sullivan K. "Sit Up Straight": Time to Re-evaluate. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2019;49(8):562-564.
- Korakakis V, O'Sullivan K, O'Sullivan PB, et al. Physiotherapist perceptions of optimal sitting and standing posture. *Musculoskelet Sci Pract*. 2019;39:24-31.
- Nolan D, O'Sullivan K, Stephenson J, O'Sullivan P, Lucock M. What do physiotherapists and manual handling advisors consider the safest lifting posture, and do back beliefs influence their choice? *Musculoskelet Sci Pract*. 2018;33:35-40.
- Korakakis V, O'Sullivan K, Whiteley R, et al. Notions of "optimal" posture are loaded with meaning. Perceptions of sitting posture among asymptomatic members of the community. *Musculoskeletal Science & Practice*. 2021;51.
- Andersen LL, Vinstrup J, Sundstrup E, Skovlund SV, Villadsen E, Thorsen SV. Combined ergonomic exposures and development of musculoskeletal pain in the general working population: A prospective cohort study. *Scand J Work Environ Health*. 2021;47(4):287-295.
- Bean DJ, Dryland A, Rashid U, Tuck NL. The Determinants and Effects of Chronic Pain Stigma: A Mixed Methods Study and the Development of a Model. *J Pain*. 2022;23(10):1749-1764.
- Waddell G, Burton A. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006.
- Jay K, Andersen LL. Can high social capital at the workplace buffer against stress and musculoskeletal pain?: Crosssectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(12):e0124.
- Nicolardi V, Panastis MS, D'Ippolito M, Pecimo GL, Aglioti SM. Pain perception during social interactions is modulated by self-related and moral contextual cues. *Scientific Reports*. 2020;10(1):41.
- Tersa-Miralles C, Bravo C, Bellon F, Pastells-Peiró R, Rubinat Arnaldo E, RubiCarnacea F. Effectiveness of workplace exercise interventions in the treatment of musculoskeletal disorders in office workers: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(1):e054288.
- Kelly D, Shorthouse F, Roffi V, Tack C. Exercise therapy and work-related musculoskeletal disorders in sedentary workers. *Occupational Medicine*. 2018;68(4):262-272.
- Eisele A, Schoser D, Klein M, et al. Interventions for preventing back pain among office workers – a systematic review and network meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2022;49.
- Gupta N, Rasmussen CL, Hartvigsen J, et al. Physical Activity Advice for Prevention and Rehabilitation of Low Back Pain- Same or Different? A Study on Device-Measured Physical Activity and Register-Based Sickness Absence. *J Occup Rehabil*. 2022;32(2):284-294.
- Palmlöf L, Holm LW, Alfredsson L, Magnusson C, Vingård E, Skillgate E. The impact of work related physical activity and leisure physical activity on the risk and prognosis of neck pain – a population based cohort study on workers. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2016;17(1):219.
- Dzakpasu FQS, Carver A, Brakenridge CJ, et al. Musculoskeletal pain and sedentary behaviour in occupational and nonoccupational settings: a systematic review with meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2021;18(1):159.
- Grant M, Rees S, Underwood M, Froud R. Obstacles to returning to work with chronic pain: in-depth interviews with people who are off work due to chronic pain and employers. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2019;20(1):486.
- Haugli L, Maeland S, Magnussen LH. What facilitates return to work? Patients' experiences 3 years after occupational rehabilitation. *J Occup Rehabil*. 2011;21(4):573-581.
- Faour M, Anderson JT, Haas AR, et al. Prolonged Preoperative Opioid Therapy Associated With Poor Return to Work Rates After Single-Level Cervical Fusion for Radiculopathy for Patients Receiving Workers' Compensation Benefits. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2017;42(2):E104-e110.



STJÁ
SJÚKRAPJÁLFUN ehf.

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

SJÚKRAPJÁLFUN GARDABÆJAR
GARDAFLÖT 16 - 18
210 GARDABÆR

Endurhæfingarstöðin
Glerárgötu 20
Akureyri



Sjúkrapjálfun Styrkur
Höfðabakka 9
110 Reykjavík
Sími: 587 7750



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



SJÚKRAPJÁLFUN

A F L



...afl til betra lífs

Borgartúni 6 105 Reykjavík Sími 511 4111 afl@afli.is



SJÚKRAPJÁLFUN
REYKJAVÍKUR ehf.



endurhæfing
þekkingarsetur

- Sjúkrapjálfun og ráðgjöf fyrir fatlað fólk -
Kópavogsgæði 10, 200 Kópavogur
Sími 414 4500

Sjúkrapjálfunin
SPORTHÚSINU

Sjúkraþjálfun í starfsendurhæfingu

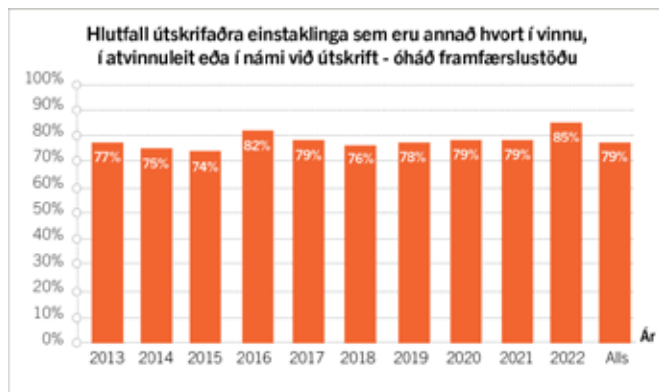
Inngangur

VIRK-Starfsendurhæfingarsjóður var stofnaður 2008 af helstu samtökum stéttarféлага og atvinnurekenda á vinnumarkaði. Helstu skilyrði fyrir þjónustu VIRK eru að viðkomandi geti ekki sinnt starfi sínu að hluta eða öllu leyti vegna hindrana af völdum heilsubreysts. Þjónusta VIRK getur verið viðeigandi ef markmið einstaklingsins er að verða virkur þátttakandi á vinnumarkaði en þar sem um starfsendurhæfingu er að ræða þarf frumendurhæfingu í heilbrigðisferli að vera lokið áður en starfsendurhæfing hefst. Starfsendurhæfing á vegum VIRK ætti að vera lokahnykkur endurhæfingar þar sem megináherslan í starfsendurhæfingu er á atvinnutengingu og endurkomu til vinnu. Á mynd 1 má sjá hlutfall þeirra einstaklinga sem hafa á undanförunum árum útskrifast frá VIRK að fullu eða að hluta sem launþegi, atvinnuleitandi eða námsmaður óháð framfærslustöðu. Langtíma fjarvera frá vinnumarkaði getur haft neikvæð heilsufarsáhrif og meðal annars þess vegna er mælt með vinnu í lægra starfshlutfalli frekar en fullu veikindaleyfi þegar það er mögulegt (1). Vinnan sjálf er mikilvægur hluti starfsendurhæfingarinnar og það að halda áfram að vinna þrátt fyrir verki getur verið mikilvægur þáttur í bataferlinu þegar um langvinna stoðkerfisverki er að ræða (2).

Áætlun um endurkomu til vinnu

Flestir einstaklingar í þjónustu VIRK glíma við samsettan heilsufarsvanda þ.e. bæði stoðkerfisvanda og andlegan vanda/geðraskanir mynd 2 (3). Með hliðsjón af heilsufarsvandinum er unnin heildstæð áætlun um endurkomu til vinnu. Bæði er litið til þess hvernig heilsufar og skert færni hafa áhrif á atvinnuþátttöku en ekki síður til þess hvaða færni og styrkleikar eru til staðar sem geta nýst á vinnumarkaði. Sjúkraþjálfarar hafa mikilvægu hlutverki að gegna í meðferð, endurhæfingu og starfsendurhæfingu fólks með stoðkerfisvanda og annan líkamlegan heilsufarsvanda. Mat sjúkraþjálfara á færni og færniskerðingum getur verið leiðbeinandi varðandi starfsvettvang og starfshlutfall en stundum þurfa einstaklingar sem leita til VIRK að skipta um starfsvettvang.

Mynd 1.



ÍRIS JUDITH SVAVARSDÓTTIR,
TEYMISSTJÓRI HJÁ VIRK

Í dag hafa einstaklingar í starfsendurhæfingu á vegum VIRK aðgang að ýmsum úrræðum á vegum sjúkraþjálfara sem hafa gerst þjónustuaðilar hjá VIRK. Til dæmis má nefna hóppjálfun og námskeið af ýmsu tagi. Rétt er að geta þess að VIRK greiðir ekki kostnaðarhlut sjúklings vegna meðferðar sjúkraþjálfara en einstaklingar í þjónustu VIRK geta sótt um styrk til VIRK árlega vegna kostnaðar við sjúkraþjálfun hvort sem um er að ræða einstaklingsmeðferð eða hópmæðferð.

Einfaldara samstarf VIRK og sjúkraþjálfara

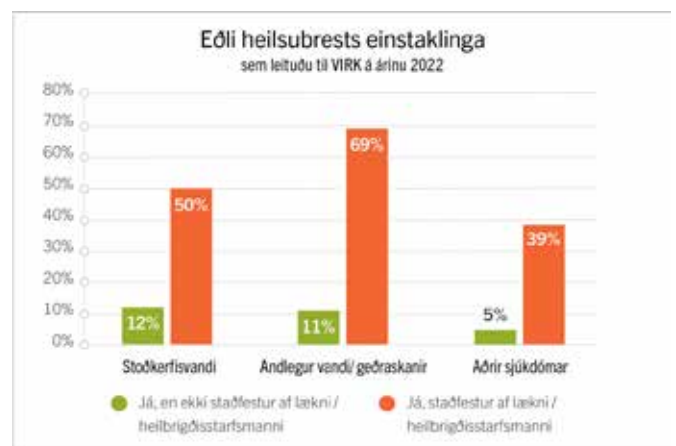
Breytingar voru gerðar á samstarfi VIRK og sjúkraþjálfara um mitt ár 2022 með það að markmiði að einfalda skráningar sjúkraþjálfara í

upplýsingakerfi VIRK. Jafnframt var reynt að tryggja að VIRK fái nauðsynlegar upplýsingar um framgang meðferðar á formi greinargerða frá meðhöndlandi sjúkraþjálfurum. Forminu á greinargerðum hefur verið breytt til einföldunar og herra verð er nú greitt fyrir þær en áður. Þeir sjúkraþjálfarar sem eru skráðir þjónustuaðilar hjá VIRK fá greitt mun herra gjald fyrir greinargerðir en þeir sem eru það ekki. Önnur breyting er að ekki þarf lengur að merkja við mætingar einstaklings í sjúkraþjálfun. Þetta breytta fyrirkomulag hefur gefið góða raun og þeir sjúkraþjálfarar sem eru skráðir þjónustuaðilar eru almennt jákvæðir gagnvart því. Hægt er að gerast þjónustuaðili í gegnum heimasíðu VIRK og ef þörf er á aðstoð eða áhugi er á frekari upplýsingum er velkomið að senda póst á urraedi@virk.is

Styrkir VIRK

Árlega veitir VIRK styrki til ýmissa verkefna sem hafa það að markmiði að styrkja og stuðla að rannsóknum, þróun og uppbyggingu í atvinnutengdri starfsendurhæfingu. Styrkir eru veittir til virkniúrræða, rannsóknarverkefna, til uppbyggingar- og þróunarverkefna og til úrræða fyrir þolendur kynferðisofbeldis.

Mynd 2.



Innan VIRK er mikill áhugi á rannsóknum en VIRK hefur þá stefnu að verða leiðandi afl í þróun hagnýtrar þekkingar á eðli og orsökum skertrar starfsgetu og nýtingu úrræða sem auka virkni og framlag einstaklinga til samfélagsins. Varðandi styrki til rannsóknarverkefna mun VIRK leggja sérstaka áherslu á samstarf við nemendur á meistara- og doktorsnámsstigi og leiðbeinendur þeirra en Rannsóknaráð VIRK fjallar um þær umsóknir sem berast og tekur jafnframt afstöðu til þess hvort veita skuli aðgang að gögnum VIRK. Dæmi eru um að sjúkraþjálfarar hafi fengið styrki til þróunarverkefna en við úthlutunina er farið eftir faglegu mati VIRK á þörf og væntum árangri verkefnanna út frá markmiðum VIRK.

Önnur forsenda er að verkefnið mæti þörf fyrir úrræði þar sem skortur er til staðar hvort sem það er vegna staðsetningar eða vegna þess að viðkomandi úrræði hefur ekki áður verið þróað hér á landi. Nánari upplýsingar um styrkina má finna á heimasíðu VIRK. Þar er einnig að finna ársrit VIRK sem hafa að geyma ýmsan fróðleik, bæði tölulegar upplýsingar og fræðigreinar um starfsendurhæfingu.

Heimildir

1. Jónína Waagfjörð, Aukum atvinnuþátttöku. Hlutaveikindi samhliða starfi. Ársrit VIRK, bls 45-49. 2023
2. Þorvaldur Skúli Pálsson, Steffan Wittrup Møphee Christensen og Morten Högh. Vinna og verkir. Ársrit VIRK, bls 58-61. 2023
3. Vigdís Jónsdóttir, Stöðug þróun og góður árangur. Ársrit VIRK, bls 6-14. 2023




Stuðningshlífar og spelkur

Elasticated - Mildur stuðningur. Þægindi allan daginn. Ætlað fyrir minniháttar ákverka, tognun eða liðagigt. Fyrir veika eða slasaða vöðva og liði, veitir stuðning og þrýsting fyrir verki og bólgu. Getur komið í veg fyrir frekari meiðsli.

Neoprene - Miðlungs stuðningur. Þægindi allan daginn. Ætlað fyrir áverka, tognun eða liðagigt. Fyrir veika eða slasaða vöðva og liði, veitir stuðning og þrýsting á bólgu og verki. Getur komið í veg fyrir frekari meiðsli.

Spelkur - Mikill stuðningur. Fyrir endurtekin álagsmeiðsli, stillanlegar festingar með frönskum rennilás.



Fæst í helstu apótekum landsins

Faraldsfræði svipuólaáverka (Whiplash-associated disorders [WAD]) í kjölfar umferðarslysa á Íslandi - Greining á gögnum frá Landspítala háskólasjúkrahúsi á árunum 2010-2021.

Rannsóknarsnið: Afturskyggn, faraldsfræðileg rannsókn.

Bakgrunnur: Svipuólaáverki (Whiplash Associated Disorders [WAD]) er algengur áverki í kjölfar umferðarslysa. Nýgengið er um 300 af hverjum 100.000 einstaklingum á ári í vestrænum heimi. Svipuólaáverki getur leitt til margvíslegra einkenna, bæði sálrænna og líkamlegra. Um helmingur þeirra sem hafa hlotið svipuólaáverka hafa enn einhver einkenni einu ári eftir áverkann. Að vitund höfunda rannsóknarinnar liggja engin gögn fyrir um faraldsfræði svipuólaáverka hér á landi frá byrjun aldarinnar.

Markmið: Meta nýgengi svipuólaáverka í kjölfar umferðarslysa á árunum 2010-2021 á Íslandi út frá gögnum um þá sem leituðu á bráðamóttöku Landspítala háskólasjúkrahúss (LSH).

Aðferð: Gagna var aflað frá LSH um alla þá einstaklinga sem leituðu á bráðamóttökuna á árunum 2010 til 2021 í kjölfar umferðarslysa og voru skráðir með ICPC kóðanum (International Classification of Primary Care) „umferðarslys“. Nýgengi svipuólaáverka var reiknað fyrir hvert ár frá 2010 til 2021 ásamt meðaltali yfir öll árin og metið út frá hverjum 100.000 einstaklingum. Nýgengi var skoðað eftir aldri, aldurshópum og kyni. Meðaltal svipuólaáverka var metið fyrir hvern mánuð og vikudag fyrir árin 2010-2021 til að sjá dreifinguna.

Niðurstöður: Á árunum 2010-2021 komu alls 18.934 einstaklingar á LSH í kjölfar umferðarslysa og af þeim höfðu 8.539 hlotið svipuólaáverka (45%). Nýgengi svipuólaáverka var 328 af hverjum 100.000 íbúum yfir þessi ár. Konur voru í meirihluta þeirra sem höfðu hlotið svipuólaáverka (59,1%). Hæsta nýgengistíðni var hjá aldurshópnum 20-24 ára þar sem tilfelli voru 795 tilfelli á hverja 100.000.

Ályktun: Hlutfall einstaklinga sem fóru á LSH í kjölfar umferðarslysa og hlutu svipuólaáverka hafði minnkað með árunum. Konur voru í meirihluta þeirra sem hlutu svipuólaáverka. Rannsóknir hafa sýnt að það er líffræðilegur munur á milli kynjanna og því gæti verið þörf á að hanna betri öryggisbúnað í bílum með konur í huga. Flestir þeirra sem hlutu svipuólaáverka voru ungir

fullorðnir einstaklingar á aldrinum 20-24 ára, sem bendir til þess að það sé nauðsynlegt að auka vitundavakningu með forvörnum eins og fræðslu.



KRISTÍN RUT ARNARDÓTTIR
LEIÐBEINENDUR:
HARPA SÖRING RAGNARSDÓTTIR, Sjúkra-
þjálfari, Dr. KRISTÍN BRIEM

Horfur einstaklinga með háls- hnykksáverka eftir bílárekstur - Kerfisbundin samantektar- rannsókn um áhrifapætti.

Bakgrunnur: Háls-hnykksáverkar eru einn af algengustu áverkum í kjölfar áreksturs. Algengt er að einstaklingar þróa með sér langvarandi háls-hnykks-tengdar raskanir í framhaldi af áverka, sem er samansafn af margskonar einkennum og hömlunum í daglegu lífi. Alvarleiki þess getur verið háð hinum ýmsu þáttum og í meðferðarskyni er mikilvægt að auðkenna tiltekna þætti svo hægt sé að stuðla að betri horfum.

Markmið: Þessi rannsókn miðar að því að taka saman helstu þætti sem gætu bent til slæmra batahorfa hvað varðar langvarandi háls-hnykks-tengdar raskanir í kjölfar bíláreksturs.

Aðferðir: Gerð var kerfisbundin leit að ritrýndum vísindagreinum í þremur rafrænum gagnagrunnum: PubMed, Web of Science og Scopus. Skilmerkin voru þau að greinarnar hafi verið gefnar út á árunum 2003-2023, á ensku, að rannsóknin hafi verið gerð á fullorðnum, og að útkomumælingar hvað varðar verki og/eda færniskerðingu hafi verið mældar með VAS (Visual Analogue Scale), NRS (Numerical Rating Scale) eða NDI (Neck Disability Index) kvörðum, ásamt því að innihalda mat með eins árs eftirfylgni. Leiðbeinandi nálgun var framkvæmd samkvæmt yfirlýsingu og gátlista PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

Niðurstöður: Upphafleg leit skilaði 399 niðurstöðum en eftir skimun á titlum og ágrípum var 41 rannsókn skimuð fyrir viðeigandi útkomumælingum og eftirfylgni. Eftir skimun voru samtals 17 rannsóknir valdar fyrir gerð rannsóknarinnar. Helstu niðurstöður sýndu að sálfræðilegir þættir eins og vanlíðan, hörmungarhyggja, hjálparleysi og það hvernig einstaklingar bregðast við í framhaldi af slysi, gátu haft áhrif á horfur eftir háls-hnykks-áverka. Auk þess virtust félagsfræðilegir- og einstaklingsbundnir þættir eins og kyn, aldur, menntun, og atvinna hafa áhrif á horfur, sem og heilsa fyrir og fljótlega eftir áverka. Hins vegar höfðu niðurstöður myndgreininga minni tengsl við langtíma horfur.

Ályktun: Niðurstöðurnar sýndu fram á flókið samspil margra þátta sem geta haft áhrif á þróun langvarandi háls-hnykks-tengdra raskana eftir bílslys. Ásamt líkamlegum áverkum spila inn áhrif frá margvíslegum þáttum, þar á meðal sálfræðilegum-, félagslegum- og einstaklingsbundnum. Niðurstöður sýna fram á mikilvægi þverfaglegrar samvinnu til að greina þessa fjölbreyttu

áhrifapætti og stuðla að snemmtækri íhlutun, með viðeigandi meðferðar-
úrráðum, sem geta haft jákvæð áhrif á horfur einstaklinga.



VÉDÍS GISSURARDÓTTIR
LEIÐBEINENDUR:
DR. KRISTÍN BRIEM OG HARPA SÖRING
RAGNARSDÓTTIR, Sjúkraþjálfari

Lower Cross Syndrome - Fræðileg samantekt um gildi þess

Bakgrunnur: Mjóbaksverkur er algennt og flókið heilsufarsvandamál sem hefur áhrif á fólk af öllum aldri og uppruna. Lower Cross Syndrome (LCS) er tilraun til að greina og meðhöndla mjóbaksverk. Kenningin hefur orðið algengur hugsunarháttur í endurhæfingu, en hún var fundin upp af taugalækninum Dr. Vladimir Janda árið 1979. Í grunninn er LCS líkamsstöðumynstur sem einkennist af 'kross' tengslum milli vöðvapura, þar sem vöðvar eru stuttir og/eda stífir öðrum megin á líkamanum, og langir og/eda veikir hinum megin. Tilgangur þessa verkefnis er að rýna í þessa kenningu og undirliggjandi tilgátur, og þar með meta gildi kenningarinnar.

Aðferðir: LCS og grunnþættir voru skilgreindir og leitarðferð til að finna viðeigandi gögn þróuð út frá því. Gagnagrunnur sem var notaður við leitina var MEDLINE. Leitarorð fylgja með í viðauka. Viðeigandi gögn voru sótt og sett saman. Viðeigandi gögn voru flokkuð í eftirfarandi þætti: lífeðlisfræðileg undirstöðuatriði í LCS, lífeðlisfræðilegar breytingar og áhrif á líkamsstöðu, gagnsemi skoðunaraðferða við LCS, líkamsstaða sem áhættuþáttur fyrir mjóbaksverk, og íhlutanir við LCS. Gögn voru tekin saman frá lykilorðsóknum og borin saman við kenningar LCS.

Niðurstöður: Niðurstöður sýna mismunandi stuðning á grunnþáttum LCS kenningarinnar, en heilt yfir er stuðningur á bak við hana lítill. Þau ferli sem eiga að útskýra lífeðlisfræðilegar breytingar eru möguleg en ólíkleg, skoðunaraðferðir eru óáreiðanlegar, líkamsstaða hefur lítil tengsl við verki og sértækar íhlutanir skila álfikum árangri og hefðbundnar íhlutanir.

Ályktun: Af þessu verkefni má álykta að það virðist minnkaður hvati til að nota LCS kenningu í klínísku umhverfi. Þörf er á frekari rannsóknum, en munu þær koma til með að staðfesta eða afsanna þessar niðurstöður, séu þær gerðar með strangari aðferðarfræði og innihaldi þær vel gerðar rannsóknir.



ARNÓR GAUTI HARALDSSON
LEIÐBEINANDI:
DR. HARALDUR BJÖRN SIGURÐSSON

Upplifun einstaklinga með langvinna stoðkerfisverki af snjallforriti við framkvæmd heimaæfinga

Bakgrunnur: Langvinnir stoðkerfisverkir eru eitt stærsta heilbrigðisvandamálið í heiminum í dag og leita einstaklingar gjarnan til sjúkraþjálfara vegna þeirra. Æfingameðferðir eru gjarnan notaðar sem hluti meðferðar við bæði bráðum og langvinnum stoðkerfisverkjum og er þá gjarnan notast við heimaæfingar. Mikilvægt er að skjólstæðingar sinni heimaæfingum sínum til að ná fram árangri í meðferð. Það er hins vegar þekkt vandamál að einstaklingar með langvinna stoðkerfisverki séu með litla æfingaheldni sem getur haft neikvæð áhrif á batahorfur einstaklinga. Markmið þessarar rannsóknar er að kanna hvort einstaklingar með langvinna verki telji notkun snjallforrits við heimaæfingar hafa áhrif á æfingaheldni sína við heimaæfingar, ásamt því að kanna viðhorf þeirra til forritsins og upplifun af notkun þess.

Aðferð: Rannsóknin byggist á eigindlegri rannsóknaraðferð með fyrirbærafræðilegri nálgun. Tekin voru sjö viðtöl við einstaklinga með langvinna stoðkerfisverki frá tveimur sjúkraþjálfarastofum. Allir þátttakendur notuðu Physitrack/Physiapp forritið og höfðu a.m.k fjögurra vikna reynslu af notkun þess. Til að ná sem mestum upplýsingum fram var notast við hálfstaðlaðan viðtalsramma sem tryggði að allir þættir sem verið var að rannsaka kæmu fram. Viðtölin voru síðan greind með þemagreiningu.

Niðurstöður: Allir viðmælendur voru af kvenkyni og voru þeir á aldursbilinu 18-67 ára. Gagnagreining leiddi í ljós 11 þemu, fimm aðalþemu og sex undirþemu. Fyrsta þemað *Framsetning* innihélt tvö undirþemu 'Notendavænt' og 'Skortur á leiðbeiningum'. Í ljós kom að viðmælendur voru almennt mjög ánægðir með forritið og töldu það mjög notendavænt en þó var greinilegt að skortur var á leiðbeiningum um notkun forritsins. Annað þemað *Stuðningur* innihélt sömuleiðis tvö undirþemu 'Öryggi við framkvæmd æfinga' og 'Hvatning'. Viðmælendur töldu góðar og fjölbreyttar leiðbeiningar um æfingarnar veita sér stuðning, þá sérstaklega myndbandsleiðbeiningarnar, og sögðu þær ýta undir öryggi við framkvæmd heimaæfinga. Þriðja þemað *Upplýsingaflæði* skiptist í tvö undirþemu 'Samskipti við sjúkraþjálfara' og 'Fylgjast með framvindu' en viðmælendur töldu það mikinn kost að geta haft samskipti við sjúkraþjálfara í gegnum forritið ásamt því að geta fylgst með eigin framvindu og ástundun. Fjórdða þemað *Ástundun* innihélt engin undirþemu en viðmælendur voru flestir sammála um að eiginleikar forritsins hefðu jákvæð áhrif á ástundun heimaæfinga og töldu æfingaheldni sína verða betri. Fimmta og síðasta þemað *Valmöguleiki og fjölbreytileiki* endurspeglar þær úrbætur á forritinu sem viðmælendur lögðu til en þær sneru að óskum um fleiri og einstaklingsmiðaðri valmöguleika innan forritsins.

Ályktun: Þátttakendur töldu notkun snjallforritsins hafa aukið æfingaheldni sína og að forritið hefði haft jákvæð áhrif á iðkun heimaæfinga og veitt þeim stuðning og hvatningu. Niðurstöður sýndu einnig fram á mikilvægi góðra og skýrra leiðbeininga við uppáskrift heimaæfinga og að leiðbeiningar í formi myndbanda geti verið áhrifaríkar og eftir öryggis-tilfinningu við heimaæfingar. Notkun á snjallforriti getur stuðlað að jákvæðri upplifun heimaæfinga og þannig mögulega stuðlað að bættri æfingaheldni skjólstæðinga með langvarandi verki við ástundun heimaæfinga.



ÍSAK SIGFÚSSON
LEIÐBEINENDUR:
DR. ABIGAIL GROVER SNOOK,
DR. STEINUNN ARNARS ÓLAFSDÓTTIR

Digi4MSK

Á dögunum hlaut Dr. Þorvaldur Skúli Pálsson, sjúkraþjálfari og yfirmaður við sjúkraþjálfun og iðjuþjálfun við Háskólasjúkrahúsið í Álaborg, auk þess að vera dósent við læknadeild háskólans í Álaborg, ásamt teymi sínu tæpar 224 milljónir í styrk frá Evrópu-



Dr. Þorvaldur Skúli Pálsson.

sambandinu. Teymið vinnur að verkefninu (með þjála og góða nafninu eins og Þorvaldur komst að orði) Digi4MSK, sem gengur út á að bæta aðgengi almennings og heilbrigðisstarfsfólks að gagnlegum sannreynðum upplýsingum, sem geta nýst fólk til að minnka stoðkerfisverki. Ritnefnd Sjúkraþjálfarans fannst við hæfi að hafa samband við Þorvald Skúla og fá nánari upplýsingar um Digi4MSK.

Um hvað snýst verkefnið?

Í stuttu máli er markmið verkefnisins að bæta aðgengi almennings og heilbrigðisstarfsfólks að gagnlegum, sannreynðum upplýsingum sem geta nýst þeim á gagnvirkan hátt til að minnka stoðkerfisverki (t.d. verki frá baki, hálsi, hné osfrv). Til að geta gert þetta er verkefninu skipt í þrjú skref. Í fyrsta skrefinu munum við skoða hvort slíkt efni sé til einhversstaðar og sé aðgengilegt. Fyrsta skrefið verður því að fínkemma rannsóknarumhverfið þar sem hefur verið kíkt á gagnsemi slíkrar nálgunar eða einhvers svipaðs. Niðurstöður leitarinnar verða svo notaðar í að móta þá stefnu sem við tökum í verkefninu. Til dæmis viljum við skoða bæði hvort bætt aðgengi að slíkum upplýsingum sé til gagns en svo að sjálf-sögnu í hvaða formi sé best að veita upplýsingarnar (app, heimasíða, bæklingar, fræðslumyndbönd osfrv.). Næsta skref verður svo að hanna efni sem byggir á sannreynðum upplýsingum þar sem við höfum jafnframt fengið endurgjöf/ feedback frá viðeigandi sjúklingahóp (t.d. fólki með mjóbaksverki).



Peirra aðkoma tryggir að það efni sem við hönnum komi til móts við þarfir einstaklinga með mjóbaksverki. Seinasta skrefið í verkefninu er svo að sannreyna útkomuna úr þessari vinnu með því að gera hana aðgengilega fyrir mismunandi markhópa og skoða hvort þessir hópar upplifi efnið gagnlegt, aðgengilegt og einfalt í notkun. Sérstaklega verður beint athygli að hvort þeir sem nýti sér þetta efni meti það sem svo að ekki sé frekari þörf á hjálp frá heilbrigðisaðilum (t.d. sjúkraþjálfara, lækni osfrv). Allt efni sem við munum framleiða kemur til með að snúa annarsvegar að sjúklingnum og hinsvegar að heilbrigðisstarfsfólki.

Hvar verður afurðin nýtt?

Þetta er samevrópskt verkefni, stutt af EU. Þar af leiðandi er krafan sú að allar niðurstöður verkefnisins eigi að vera opnar öllum og helst á nokkrum tungumálum. Til að byrja með verður efnið byggt upp á ensku og svo seinna þýtt yfir á dönsku og spænsku. Það á þó eftir að taka ákvörðun um á hversu mörgum tungumálum efnið verður aðgengilegt á því tímabili sem verkefnið varir. Kannski eru einhverjir eldhugar áhugasamir um að taka að sér íslenska þýðingu?

Hvað áttu við á því tímabili sem verkefnið varir, fær það að lifa í skamman tíma eða til frambúðar?

Verkefnið varir bara í 3 ár, en eftir það skuldbinda aðilarnir í verkefninu sig til að viðhalda því efni sem verður til á tímabilinu. Þetta þýðir að niðurstöður verkefnisins koma til með að lifa áfram og vera viðhaldið til framtíðar.

Hvernig verður þessu skipt upp?

Þetta verður blandað mól þar sem hugsunin er að geta veitt upplýsingar og fræðslu sem eru aðlöguð einstaklingnum með t.d. mjóbaksverkinn en ekki öfugt þ.e. mjóbaksverknum sem einstaklingurinn er með. Æfingaval og öll önnur nálgun mun einnig fylgja þessari hugsun. Þetta virkar kannski undarlegt en í dag er allt of mikil áhersla lögð á að reyna bjóða upp á staðlaða meðferð við mismunandi tegundum stoðkerfisverkja. Á sama tíma þykir fullsannað að engir tveir einstaklingar eru eins og heldur ekki þau vandamál sem þeir eru að glíma við. Verkefninu er ætlað að leita leiða til að koma til móts við þarfir einstaklingsins án þess að heilbrigðisaðilar þurfa að koma að því sem milliliðir.

Segðu okkur frá teyminu þínu. Er þetta sama teymi og vann í Prevent for work rannsókninni/verkefninu (<https://p4work.com/>)? Já að stórum hluta til. Viðbótin við hópinn í þessu verkefni er þó talsverð þar sem EFIC (evrópsku verkjafræðasamtökin) eru aðilar að verkefninu. Auk þess eru kollegar okkar frá The University of Limerick (Írlandi) með í verkefninu en þau hafa unnið talsvert með rannsóknir þar sem áhersla er á að koma gagnreynðum upplýsingum varðandi stoðkerfisverki áleiðis til almennings. Þátttaka þessara aðila er mikilvæg til þess að við náum markmiðum okkar.

Að hverju ættu sjúkraþjálfarar á Íslandi sem vinna með fólk með stoðkerfisverki helst að horfa til við meðhöndlun skjólstæðinga sinna út frá þínum/ykkar rannsóknum og reynslu?

Hópur fólks með stoðkerfisverki fer stækkandi sem sést m.a. á biðlistum eftir sjúkraþjálfara og lækni. Hérna í Danmörku eru stoðkerfisverkir lang algengasta orsök þess að fólk leiti til læknis eða sjúkraþjálfara. Þar að auki er þetta lang algengasta ástæða fyrir afleiddum þáttum eins og fjarveru frá vinnu, lyfjakostnaði o.s.frv. Með því að gera upplýsingar um hvað maður getur sjálfur gert til að minnka verki og auka færni, er það von okkar að hægt sé að minnka þörfina fyrir sjúkraþjálfun eða læknatíma. Í þeim hluta verkefnisins sem snýr að heilbrigðisaðilum, er ætlunin að auðvelda aðgengi að sannreynðum nálgunum að mismunandi meðhöndlun og meðferð hinna ýmsu stoðkerfiskvilla.

Verkefnið kemur ekki til með að gera lækna og sjúkraþjálfara atvinnulausa. Hugsunin með verkefninu er að styðja við einstaklinga með verki svo að hluti þeirra geti etv náð bata án þess að þurfa á aðstoð fagaðila að halda.

Með þessu móti væri hægt að veita þeim sem eru í stærri vanda meiri eða umfangsmeiri þjónustu og þar með nýta betur þá fjármuni og kunnáttu sem er veitt til málaflokksins



ENRAF-NONIUS Á ÍSLANDI ERU MEÐ TÆKI TIL MEÐFERÐAR FYRIR ÞIG OG ÞÍNA STÖÐ



Frekari upplýsingar um eiginleika, notkun og áhættu af völdum notkunar lækningatækis er að finna í notkunarleiðbeiningum tækis.

ENR231001

Hafið samband við Mary Jean Lerry F. Sicat fyrir frekari upplýsingar.
mary@icepharma.is



Spurningalisti um miðlæga verkjanæmingu: Áreiðanleiki íslenskrar þýðingar

Inngangur: Spurningalisti um miðlæga verkjanæmingu (SMV) (e. Central Sensitization Inventory/CSI) hefur verið þýddur á íslensku og bakþýddur og er í notkun hér á landi. Þessi rannsókn er sú fyrsta á áreiðanleika íslenskrar þýðingar. Áreiðanleikaprófun á íslenskri þýðingu listans er ekki einungis gagnleg fyrir notkun hans við skimun og meðferð heldur einnig fyrir alþjóðlegt samfélag sjúkraþjálfara, til samanburðar á próffræðilegum eiginleikum mælitækisins milli landa.

Markmið: Rannsóknarspurning verkefnisins hljóðar svo: Hver er innri áreiðanleiki og áreiðanleiki endurtekinna mælinga íslenskrar þýðingar á SMV meðal kvenna með greinda endómetríósu eða vefjagigt?

Aðferðir: Rannsóknin var próffræðirannsókn á hentugleikaúrtaki þátttakenda (N = 86). Þátttakendur voru konur á aldrinum 25-76 ára, með greinda vefjagigt (n = 50) eða endómetríósu (n = 36). Listinn var lagður fyrir rafrænt með um viku millibili. Reiknað var gildi innri áreiðanleika og áreiðanleika endurtekinna mælinga hjá þeim konum sem svöruðu einu sinni rafrænt (N = 75) og tvisvar (N = 37). Framkvæmd voru T-próf á bakgrunnsbreytum þátttakenda til að sjá hvort munur væri á hópnum. Bakgrunnsbreytur voru eftirfarandi; aldur, fjöldi ára frá greiningu, fjöldi ára frá upphafi einkenna, fjöldi barna og hvort þær væru í sambúð eða ekki. Cronbach alfa var reiknað til að rannsaka innri áreiðanleika. Innanflokksfylgnistuðull (e. Intraclass Correlation Coefficient, ICC) var reiknaður til að varpa ljósi á áreiðanleika endurtekinna mælinga og mælivillu lýst með Bland og Altman myndum.

Niðurstöður: Tölfræðileg úrvinnsla leiddi í ljós háan innri áreiðanleika þar sem $\alpha = 0,824$ (endómetríósuþópur = 0,839 ; vefjagigtarþópur = 0,801). Þá kom fram framúrskarandi áreiðanleiki endurtekinna mælinga ICC(2,1) = 0,922 (endómetríósuþópur = 0,963 ; vefjagigtarþópur = 0,881). T-próf óháðra úrtaka og Bland og Altman myndir sýndu að ekki var marktækur og kerfisbundinn munur á fyrri og seinni mælingu. Marktækur munur var á meðalaldri og fjölda barna í hópnum, þar sem þátttakendur í vefjagigtarhópnum voru að meðaltali eldri og áttu fleiri börn. Að öðru leiti var bakgrunnur kvennanna í þessum tveimur hópum sambærilegur.

Ályktun: Út frá niðurstöðum þessarar rannsóknar má álykta að íslensk þýðing Central Sensitization Inventory sé áreiðanlegt mælitæki til að meta einkenni miðlægrar verkjanæmingar hjá konum með vefjagigt eða endómetríósu. Því er hægt að mæla með áframhaldandi notkun fagaðila á listanum í tilfelli þessara hópa.

Spurningalistinn gæti einnig verið góð viðbót fagaðila, til að fylgjast með einkennum einstaklinga með aðra sjúkdóma sem geta borið einkenni miðlægrar verkjanæmingar. Áreiðanleiki er að auki í samræmi við áreiðanleika upprunalegu útgáfunnar.



KRISTJANA ÝR ÞÓRDARDÓTTIR
LEIÐBEINENDUR:
DR. SÓLVEIG ÁSA ÁRNADÓTTIR, GUÐBJÖRG
ÞÓRA ANDRÉSDÓTTIR, SJÚKRAÞJÁLFARI,
HALLDÓRA EYJÓLFSÓTTIR, SJÚKRAÞJÁLFARI

Hugsmíðaréttmæti íslenskrar þýðingar á spurningalista um miðlæga verkjanæmingu

Inngangur: Spurningalisti um miðlæga verkjanæmingu (SMV) er sjálfsmatslisti sem var þróaður til að meta einkenni sem stafa af miðlægru verkjanæmingu og nýta í ákvörðun meðferðar og meta árangur hennar. Erlendar rannsóknir á SMV hafa stutt við próffræðilega eiginleika hans en rannsóknir vantar á íslensku þýðingunni.

Markmið: Markmið meistaraverkefnisins var að svara rannsóknarspurningunni „Hvert er hugsmíðaréttmæti íslenskrar þýðingar á spurningalista um miðlæga verkjanæmingu (SMV) hjá konum með vefjagigt eða endómetríósu?“ og að birta fyrstu niðurstöður úr SMV.

Aðferðir: Verkefnið byggir á próffræðirannsókn með hentugleikaúrtaki 86 einstaklinga (25-76 ára) sem svöruðu spurningum um bakgrunn sinn í símtali. Af þeim svöruðu 40 konur með vefjagigt og 29 konur með endómetríósu SMV, átta undirkvörðum SF-36 og NPRS-verkjamatskvarða í Survey Monkey. SMV byggir á 25 atriðum (hvert atriði 0-4 stig), heildarstig spanna bilið frá 0-100 og ≥ 40 stig tákna að miðlæga verkjanæming sé til staðar. Undirvarðar SF-36 gefa 0-100 stig (fleiri stig tákna betra heilsufar) og NPRS-verkjamatskvarði gefur 0-10 stig (fleiri stig tákna meiri verki). Raðfylgnistuðull Spearmans (r_s) lýsti fylgni milli SMV og hinna matskvarðanna.

Niðurstöður: Fylgni milli heildarstiga SMV og NPRS var miðlungs sterk (r_s 0,510) og miðlungs til sterk milli SMV og undirvarðar SF-36 (r_s -0,410 til -0,746). Sterkasta fylgnin var á milli SMV og SF-36 undirvarðans fyrir tilfinningalegt hlutverk. Heildarstig á SVM voru sambærileg ($p=0,092$) hjá hópnum (miðgildi 58; spönn 30-83) en samkvæmt einstaka SMV spurningum þreyttust konur með vefjagigt auðveldar ($p=0,006$) og lýstu frekar verkjum um allan líkamann ($p=0,014$) en konur með endómetríósu. Allar konurnar með vefjagigt og 90% kvennanna með endómetríósu voru með miðlæga verkjanæmingu (SMV ≥ 40 heildarstig). Miðað við konur með endómetríósu voru konur með vefjagigt eldri og áttu fleiri börn.

Ályktun: Niðurstöðurnar styðja við hugsmíðaréttmæti íslenskrar þýðingar á SMV og eru sambærilegar rannsóknum á SMV frá öðrum löndum. Sjúkraþjálfarar eru hvattir til að nota þetta mælitæki þegar grunur vaknar um miðlæga verkjanæmingu.



KARITAS GUÐRÚN FANNDAL
LEIÐBEINENDUR:
GUÐBJÖRG ÞÓRA ANDRÉSDÓTTIR, SJÚKRA-
ÞJÁLFARI, HALLDÓRA EYJÓLFSÓTTIR,
SJÚKRAÞJÁLFARI, DR. SÓLVEIG ÁSA ÁRNA-
DÓTTIR

Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar um áhugahvöt til æfinga og hreyfingar (BREQ-2)

Bakgrunnur: BREQ-2 spurningalistinn (Behavioral Regulation Exercise Questionnaire (BREQ-2)) um áhugahvöt er notaður til þess að staðsetja fólk á áhugaskala fyrir hreyfingu/æfingum. Þetta er gert með því að biðja einstaklinga að svara huglægum staðhæfingum um hreyfingu/æfingar. Í þessari rannsókn var notað úrtak sem var að hefja hreyfingu/æfingar með hreyfiseðli í gegnum heilsugæsluna. Til að hjálpa sjúkráþjálfurum við meðferð fyrir einstaklinga sem vita ekki hvar þeir standa gagnvart hreyfingu/æfingum getur verið gagnlegt að mæla áhuga eða hvöt einstaklinga að þessu leyti. Með rannsókninni var leitast við að svara því hvort íslensk þýðing á umræddum spurningalista sé áreiðanleg og að öllu leyti réttmæt til notkunar á þýði sem er að hefja hreyfiseðilssúrræði.

Aðferðir: Sjúkráþjálfarar á heilsugæslum sáu um að bjóða notendum hreyfiseðils að taka þátt í rannsókninni. 49 þátttakendur fengu senda vefslóð með íslenskri þýðingu BREQ-2 ásamt virknispurningum sem tengjast hreyfiseðlinum. Áreiðanleiki var metinn með endurteknum mælingum með u.þ.b. þriggja til sjö daga millibili. Cronbach's alpha var notað til að meta innri áreiðanleika undirþátta BREQ-2. Réttmæti var metið með virknispurningum og tengsl undirþátta og staðhæfinga metið með meginhlutagreiningu.

Niðurstöður: Áreiðanleiki endurtekinna mælinga var marktækur ($r = 0.89$) svo og mat á innri áreiðanleika samkvæmt Cronbach's alpha ($0.678-0.945$). Fylgnimælingar sýndu fram á réttmæti spurningalistans fyrir tiltekinn hóp fólks með hreyfiseðil en ef færa á niðurstöður yfir á fjölbreyttari hóp fólks þarf að gæta varúðar.

Ályktanir: BREQ-2 spurningalistinn hefur verið þýddur og viðurkenndur á ýmsum tungumálum. Hann hefur verið notaður í rannsóknum á sviðum sálfræði og þjálfunarlífeðlisfræði. Var því gert ráð fyrir að spurningalistinn sé áreiðanlegur og réttmætur fyrir þýði þessarar rannsóknar.



RAKEL RÓBERTSDÓTTIR
LEIÐBEINANDI:
DR. STEINUNN ARNARS ÓLAFSDÓTTIR

The Lower Extremity Functional Scale. Próffræðilegir eiginleikar íslensku útgáfunnar

Bakgrunnur: LEFS er sjálfsmats spurningalisti sem mælir á einfaldan hátt færni hjá fólki með stoðkerfiseinkenni í neðri útlimum. Hann er víða notaður alþjóðlega og hefur almennt mælst bæði réttmætur og áreiðanlegur, en slíkt hefur ekki verið prófað fyrir nýja íslenska þýðingu listans.

Markmið: Meta próffræðilega eiginleika íslenskrar þýðingar The Lower Extremity Functional Scale (LEFS) spurningalistans.

Rannsóknaraðferð: Klínísk þversniðsrannsókn með endurteknum mælingum.

Aðferðir: Stöðluðum leiðbeiningum var fylgt við að þýða og staðfæra upprunalegu ensku útgáfu LEFS. Þátttakendur ($N=97$) með fjölbreytt einkenni, allt frá mildum upp í alvarleg, svöruðu spurningalistanum tvisvar sinnum, með þriggja daga millibili. Áreiðanleiki endurtekinna mælinga var metinn með ICC-gildi og innri áreiðanleiki með Cronbach's alpha. Einnig voru hugsmíðarréttmæti og samtímaréttmæti metin með því að nota Spearman fylgnistuðul til þess að bera saman LEFS við undirvarða The 36-Item Short Form Survey (SF-36) (RAND útgáfa), sem svarað var um leið og fyrri LEFS spurningalistanum.

Niðurstöður: Áreiðanleiki endurtekinna mælinga mældist góður með ICC3.1 upp á 0.935 ($95\% \text{ CI: } 57.4-62.9$) og einnig var innri áreiðanleiki vel ásættanlegur með Cronbach's alpha upp á 0.941 . Fylgni LEFS við SF-36 (RAND útgáfa) var hæst fyrir meginþáttinn um líkamlega heilsu ($\rho=0.817$, $p<0.001$) og undirvarðann um líkamlega virkni ($\rho=0.876$, $p<0.001$) og lægri fyrir meginþáttinn um andlega heilsu ($\rho=0.485$, $p<0.001$). Hvorki mældust gólf- né rjáfuráhrif.

Ályktun: Próffræðilegir eiginleikar mældust svipaðir og í öðrum útgáfum spurningalistans. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess íslenska útgáfa LEFS sé bæði réttmæt og áreiðanleg. Hana er hægt að nota sem klínískt mælitæki í meðferð einstaklinga með kvilla í neðri útlimum og í rannsóknum.



SARA BENEDIKTSSDÓTTIR
LEIÐBEINANDI:
DR. KRISTÍN BRIEM

Golfmót sjúkrabjálfa

Golfmót sjúkrabjálfa 2023 fór fram á Haleyrarvelli Golfklúbbsins Keilis þriðjudaginn 22. ágúst. Mótið var ótrúlega skemmtilegt og af spilamennskunni að dæma vildu þátttakendur helst ekki að það tæki nokkurn tímann enda. Slík var blíðan og aðstæður allar fullkomnar að golfið var hjá mörgum óaðfínnanlegt og sigurvegarar og margir á eftir þeim léku langt undir forgjöf.

Bjartmar Birnir sigraði hvoru tveggja punktkeppni og högggleik í karlaflokki og sigurvegarar í kvennaflokki voru Kristbjörg Helgadóttir í punktkeppni og Hulda Soffía Hermannsdóttir í högggleik.

Önnur úrslit punktkeppninnar voru eftirfarandi:

Punktkeppni karla

- **1. sæti: Bjartmar Birnir**
(Siga) 31 pkt.
- **2. sæti: Þorsteinn Máni Óskarsson**
(Sporthúsinu), 39 pkt.
- **3. sæti: Gísli Vilhjálmur Konráðsson**
(Landspítala Grensási), 38 pkt.

Punktkeppni kvenna:

- **1. sæti: Kristbjörg Helgadóttir**
(Reykjalundi), 39 pkt.
- **2. sæti: Eyja Hafsteinsdóttir**
(Landspítala Grensási), 38 pkt.
- **3. sæti: Ragnheiður Víkingsdóttir**
(Sjúkrabjálfunarstöðinni), 36 pkt.

Nándarverðlaun og lengsta sleggjan

Fjölmargin enduðu nálægt holu á fallegum par 3 holum vallarins og sumir nær en aðrir, sérstaklega Halldór Rafn Halldórsson. Hann hrifsaði til sín tvenn nándarverðlaun. Slík var nálægðin hjá sigurvegurum í þessum flokki að málband var óþarft, væn reglustika hefði dugað. Eitthvað hefur það skolest til í minni pistlahöfundar hverjir slógu lengst af 9. teig en eitt er víst að langt var það!

Mótshaldarar þakka þátttakendum og staðarhöldurum fyrir gott mót og Félagi sjúkrabjálfa fyrir þeirra árlega framlag. Þá fá Golfverslunin Örninn, Stígandi, Golfskálinn, Heil Heilsumiðstöð, Fastus, Eirberg, Stoð, Stjá, Golfstöðin, Sjúkrabjálfun Íslands, Sjúkrabjálfun Kópavogs og Sjúkrabjálfarinn þakkir fyrir sitt rausnarlega verðlaunaframlag.

Sjáumst á næsta ári!

Villi og Rúnar Karl, mótstjórar



Bleikur föstudagur á vinnustöðum sjúkráðjálfara



Sjúkráðjálfun Kópavogs



Gáski Mjódd



Sjúkráðjálfun Sporthúsinu



Sjúkráðjálfun Suðurnesja



Sjúkráðjálfun Akraness



Endurhæfing - Þekkingarsetur

Frá sjúkrapjálfara í landsliði utanvegahlaupara

Áhugi minn á utanvegahlaupum byrjaði fyrir tæpum 3 árum. Þá hafði líkamsræktarstöðvum verið lokað og ég, eins og margir aðrir, þurfti að finna nýjar leiðir til að fá útrás fyrir hreyfipörfina. Ég fór þá að ganga meira á fjöll og fann fljótt hvað það gaf mér mikið að hreyfa mig úti í fersku lofti, sérstaklega á fjöllum með allt það útsýni sem þau hafa upp á að bjóða. En seinna fór ég að vilja meira, vildi fara hraðar yfir en á gönguhraða. Það er svo mikil núvitund og frelsi fólgið í því að hlaupa á fjöllum, sérstaklega þegar undirlagið er aðeins krefjandi og athyglin þarf að vera á næsta skrefi. Ég féll alveg fyrir því. Fjalla túrarnir fóru því smám saman að verða hraðari og ekki lengur hægt að kalla þá fjallgöngur.

Síðan fór áhuginn á keppnum í utanvegahlaupum að gera vart við sig. Ég fann að þegar stefnan var sett á keppnir hélt ég mig meira við efnið. Ferlið er svo miklu meira spennandi þegar markmiðin eru skemmtileg og það er mjög gaman að setja sér markmið tengt keppnum í hlaupum. Markmiðin geta verið svo fjölbreytt og einstaklingsmiðuð, alveg frá því að ætla sér að klára keppnina, njóta allan tímann með vinum, setja sér tímamarkmið, ná ákveðnu sæti og fleira. Það gekk vel í keppnum hjá mér alveg frá byrjun sem vissulega hafði áhrif á það að ég vildi stunda þessa íþrótt meira markvisst. Ég fór því að æfa hlaup undir handleiðslu þjálfara og er núna að æfa hjá Fjallahlaupaþjálfun sem hefur reynst mér rosalega vel. Það minnkar flækjustigið hjá manni að fara eftir vel uppsettu programmi frá þjálfara sem er með mikla



HALLDÓRA HULD INGVARSDÓTTIR,
SJÚKRAPJÁLFARI

þekkingu á hlaupum. Prógrömmir eru jafnvel sett upp mánuð fram í tímann, þannig veit maður nákvæmlega hvað er fyrir stafni. Mikilvægt er þó að hlusta á líkamann og dagsformið og passa að fara ekki fram úr sér. Ef maður fer fram úr sér fellur þjálfunin fljótt um sjálft sig og hættir að vera skemmtileg. Hlaup sem og aðrar íþróttir eiga alltaf að hafa töluvert skemmtanagildi, annars sinnum við þeim ekki. Það þarf að finna jafnvægi í álagi og gleði sem hreyfingin veitir manni.

Það myndast hópefli innan hlaupahópa sem gerir þjálfunina skemmtilegri. Það er auðvelt að kynnast fólki í þessari íþrótt, bæði útaf sam-æfingum hjá hlaupahópum og vegna ferðalaga tengdum hlaupum þar sem mikil samstaða getur myndast. Að fara með hópi fólks í keppnisferðir er líka frábær upplifun. Þá kynnist maður fólki sérstaklega vel. Þá eru allir að stefna að því sama, að standa sig sem best í hlaupinu. Markmiðin eru þó oft ólík og aðferðirnar sömuleiðis. Maður sér ólíkar hliðar á fólki þar sem pressan er oft mikil á að standa sig. Það er síðan ótrúlegt að upplifa tilfinninguna að koma í mark, búin að yfirstíga áskorunina og samfagna með góðum hlaupafélögum. En það gengur ekki alltaf allt upp og það reynir þá á andlegu hliðina að taka þeim lærdómi. Hlaupin færa manni því marga. Maður styrkist mikið, bæði líkamlega og andlega og margar minningar verða til. Úthald verður líka betra og allar athafnir því auðveldari. En þetta krefst líka mikils tíma, sérstaklega þegar þetta er stundað með sömu ástundun og hjá mér.



Þetta getur krafist mikillar orku og einbeitingar og margt annað sem þarf að sitja á hakanum á meðan mesta álagið stendur yfir, þá helst á sumrin þegar keppnistímabilið stendur sem hæst.

Það var mikill heiður fyrir mig að vera valin í landsliðið í utanvegahlaupum í ár. Verkefnið var heimsmeistaramót í utanvegahlaupum í Austurríki. Um var að ræða 12 manna hóp þar sem 8 manns fóru 45 km með samanlagðri 3100 m hækkun, en ég og þrjú önnur fórum 86 km með samanlagðri 6500 m hækkun. Til að setja í samhengi er Esjan með tæpa 600 m hækkun. Að fara út í landsliðsverkefni með svona öflugum hópi hlaupara var yndislegt. Ég var ekki mikið í því að sinna sjúkrapjálfun fyrir aðra íslenska keppendur í þeirri ferð þar sem hugur minn var bara á eitt verkefni og það var hlaupið. Allur tíminn í ferðinni fór í að undirbúa það sem best, enda krefjandi áskorun. 135 konur hófu keppni í minni vegalengd en aðeins 69 náðu að klára. Ég endaði í 43. sæti. Undirbúningurinn fól í sér að fara í léttu brautarskoðun, göngutúra, rúlla, hreyfiteygja, sundhlaupa, slappa af í spa, borða næringarrikan mat og ná sem bestum svefni. Þekkingin í sjúkrapjálfun nýtist þó alltaf og það er gaman að geta miðlað henni til annarra. Þegar farið er í æfingaferðir þar sem pressan er ekki eins mikil og á heimsmeistaramótinu, getur maður gefið sér tíma til að sjúkrapjálfa aðra hlaupara. Auk þess hafa hlauparar í auknum mæli sótt tíma hjá mér í sjúkrapjálfun sem er mjög ánægjulegt fyrir mig. Helstu einkennin hjá þeim hafa verið verkir í hnjám, lærum, kálfum og ökklum sem stundum er hægt að tengja við vandamál frá mjöðmum og mjóbaki. Algengustu ástæður hlaupameiðsla er of hröð aukning á æfingaálagi. Sýnt hefur verið fram á að verkir í hnjám og mjöðmum eru tengdir auknu æfingamagni og verkir í ökklum og kálfum meira tengdir aukningu í hlaupahraða. Ég vinn svolítið út frá því.

Samhliða hlaupum geri ég styrktaræfingar tvisvar sinnum í viku. Ég bý til mín styrktarþrógrömm sjálf. Þekking mín í sjúkrapjálfun hefur hjálpað þar. Á styrktaræfingunum legg ég áherslu á mína veikleika, ég þekki mínar skekkjur, mína veiku punkta í hlaupastíl

og veit hvaða vöðvahópa ég þarf að styrkja og liðka til að ná sem bestum árangri. Einnig hika ég ekki við að leita til annarra í meðferð, það er gott að vera umkringdur mörgum góðum sjúkrapjálfum, sem geta leiðbeint þegar einhver vafi kemur upp ásamt því að veita mér góða sjúkrapjálfun þegar á þarf að halda. Þegar einkenni hafa komið upp er því nokkuð fljótlegt að finna hvað þarf að gera, bæði til að bæta ástandið og hvað þarf að breyta til að fyrirbyggja að þetta komi aftur. Þetta er ekki sjálfgefið og veitir mér forskot. Auk þess hefur áhugi minn á sjúkrapjálfun aukist enn meira eftir að ég fór að æfa hlaup, þá sérstaklega á íþróttasjúkrapjálfun. Núna er skilningurinn fyrir meiðslum tengdum íþróttum meiri en hann var áður, þá sérstaklega hjá hlaupurum.

Því meira sem æfingaálagið er, því meira þarf að huga að endurheimtinni. Ef það gleymist þá getur maður lent á veggnum, fundið fyrir álagseinkennum eða fara í ofþjálfun. Þar sem ég æfi mikið legg ég áherslu á að ná sem bestum svefni, næra mig sem best, fara í þurrufu, kalda pottinn, rúlla og geri hreyfiteygjur sem hjálpar til. Endurheimtin skiptir mig ekki minna máli en þjálfunin sjálf. Styrkur, liðleiki og hreyfistjórnun eru þrír þættir sem ég huga vel að, þeir sýna hversu mikið álag hægt er að setja á líkamann. Með því að fylgjast vel með þessum þáttum er hægt að átta sig vel á því hvernig líkaminn er að taka álaginu. Einnig getur verið gott að skoða hlaupastílinn til að sjá hvort tengsl séu á milli hans og einkenna ef þau koma upp. Skreftíðni, skreflengd, hvar fótur lendir með tilliti til þungamiðju líkamans, halli á bók, sveifla á höndum og fleira getur verið gagnlegt að skoða til að átta sig á hvort eitthvað þurfi að bæta.

Þannig hámarka ég sjálfa mig og tek eitt auka skref í áttina að næsta markmiði. Þó má ekki gleyma því að ein af mínum aðal áherslum í hlaupum er að hafa alltaf gaman og njóta ferðalagsins. Því hvet ég ykkur kærlesendur að hugsa um hvernig þið getið sett eins mikla hreyfingu inn í ykkar líf og hægt er, og njóta á sama tíma.



Tengsl þjálfunarálags og blóð-próteina sem endurspegla streitu, bólgu og ónæmisviðbrögð meðal hlaupara

Inngangur: Hætta er á þróun alvarlegrar ofþjálfunar við aukid þjálfunarálag án viðeigandi endurheimtar. Meðal helstu áhættu-þátta eru ónæg hvíld og ófullnægjandi orkuinntaka. Einkenni alvarlegrar ofþjálfunar og viðvarandi streitu eru að mörgu leyti svipuð, en viðvarandi streita getur haft í för með sér neikvæð áhrif á ónæmskerfið og heilsu fólks almennt.

Markmið: Markmið rannsóknarinnar var að kanna tengsl ákveðinna blóðpróteina sem endurspegla streitu, bólgu og ónæmisviðbrögð við Margþátta Þjálfunarálagskvarðann (MPÁK), þjálfunarmagn og ákefð.

Aðferðir: Þátttakendur rannsóknarinnar voru 20 hlauparar. Þeim var gert að svara spurningalista MPÁK, auk almennra spurninga vikulega yfir fjögurra mánaða tímabil. Magn blóðpróteina sem hafa tengsl við streituhormón auk próteina sem hafa tengsl við bólguviðbrögð og ónæmskerfið voru mæld með próteinmengjamælingum úr blóðsýnum þátttakenda sem tekin voru á fjögurra vikna fresti eða alls fimm sinnum yfir rannsóknartímabilið. Við tölfraediúrvinnslu var notast við samdreifnigreiningu fyrir blönduð líkón þegar tengsl milli niðurstaðna spurningalista og blóðpróteina voru reiknuð.

Niðurstöður: Niðurstöður sýndu tengsl ákveðinna próteina við nokkra undirþætti MPÁK þótt þau hafi ekki verið mörg tölfraðilega marktæk. Þátttakendur skorðu almennt lágt á MPÁK og báru ekki merki um alvarlega ofþjálfun. Niðurstöður sýndu ekki mikinn mun á tengslum blóðpróteina við MPÁK þegar niðurstöður allra þátttakenda, þátttakenda með engin veikindi skráð og þátttakenda sem ekki voru með veirusýkingu voru bornar saman. Depurð undirþáttur MPÁK hafði marktæk jákvæð tengsl við clusterin (CLU). Marktæk neikvæð tengsl voru á milli 72-kDa type IV collagenase (CLG4A) og þreytu. Eins voru marktæk neikvæð tengsl milli alpha 1 acid glycoprotein 1 (AGP 1) og líkamlegra einkenna. Þrjú prótein voru með marktæk jákvæð tengsl við æfingamagn, þ.e. cathelicidin antimicrobial peptide (CAMP), prothrombin (F2) og complement C5 (C5). Tengsl CAMP og F2 voru óháð því hvort þeir sem voru með veikindi eða veirusýkingar eingöngu voru hafðir með eða ekki en fyrir C5 voru tengslin einungis marktæk þegar þeir sem voru með veikindi og veirusýkingar voru útilokuð.

Ályktun: Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að tengsl séu á milli skora á MPÁK, þjálfunarálags og blóðpróteina sem endurspegla streitu, bólgu og ónæmisviðbrögð. Próteinmengjamælingar samhliða heildrænum fjölþátta spurningalista eins og MPÁK geta verið gagnleg aðferð til að fylgjast með þjálfunarástandi einstaklinga en þó er þörf á frekari rannsóknum á efninu.



HILDUR UNA GÍSLADÓTTIR
LEIÐBEINANDI:
DR. ÞÓRARINN SVEINSSON

Einkenni þjálfunarálags meðal hlaupara á Íslandi. Tengsl við efnaskipti

Inngangur: Einkenni ofálags og ofþjálfunar eru margvísleg og almennt ekki vel þekkt á meðal íþróttafólks. Undanfarin ár hefur orðið nokkur vitundarvakning í þessum efnunum og jafnframt hefur rannsóknum um efnið fjölgað. Greining ofálags og ofþjálfunar getur þó verið erfið og óljós. Margþátta þjálfunarálagskvarðinn (MPÁK), sem til er í íslenski þýðingu, hefur reynst vel við að meta þjálfunarálag huglægt meðal þeirra sem stunda íþróttir eða ákafa hreyfingu. Margt er þó enn óljóst um það hvernig hann endurspeglar lífeðlisfræðilega þætti í líkamanum og hvernig á að nota hann til að meta líkur á alvarlegri ofþjálfun. Mikil þörf er á slíkum matstækjum þannig að hægt sé að grípa fyrir inn í hjá einstaklingum sem glíma við slíkt ástand. Því fyrir sem hægt er að grípa inn í, því auðveldara verður að snúa ástandinu við.

Markmið: Markmiðið með þessari rannsókn var að skoða áhrif þjálfunarálags á efnaskipti helstu orkuefna meðal hlaupara á Íslandi og athuga hvort tengsl séu á milli breytinga í efnaskiptunum og skors á MPÁK. Einnig voru æfingamagn og ákefð æfinga metin. Hópi 20 hlaupara var fylgt eftir yfir fjögurra mánaða rannsóknartímabil og svöruðu þátttakendur MPÁK spurningalistanum vikulega. Þá voru tekin blóðsýni á fjögurra vikna fresti og þátttakendur svöruðu OSTRC-O spurningalistanum um álagsmeiðsli. Af þeim próteinum sem greind voru í blóðsýnunum voru 16 prótein valin sem höfðu þekkt tengsl við efnaskipti helstu orkuefna líkamans til að skoða í þessu verkefni.

Niðurstöður: Marktæk tengsl fundust á milli sex blóðpróteina (adiponectin, afamin, apolipoprotein B-100, clusterin, IGF binding prótein 2 og transthyretin) og skors á MPÁK en í flestum tilfellum voru tengslin við staka undirþætti kvarðans en ekki heildarskor hans. Einnig fundust marktæk tengsl á milli æfingamagns og magns fimm blóðpróteina (adiponectin, afamin, apolipoprotein A-I, apolipoprotein B-100 og apolipoprotein C-III) sem og á milli æfingamagns og undirþátta MPÁK. Í flestum tilfellum var jákvæð fylgni á milli skors á MPÁK og magns blóðpróteina en það var þó ekki algilt.

Ályktun: Það er því ályktað að MPÁK geti nýst til að fá vísbendingar um lífeðlisfræðilegar breytingar og til að meta ástand íþróttafólks og álagið sem það er undir hverju sinni. Þannig gæti listinn haft forvarnargildi ásamt því að vera nytsamlegt greiningartæki til að greina mismunandi stig ofþjálfunar. Ljóst er þó að enn er þörf á frekari rannsóknum um efnið. Gagnagrunnurinn sem fékkst við þessa rannsókn mun nýtast við frekari úrvinnslu og greiningar. Þannig má nýta þær niðurstöður sem hafa fengist nú þegar til að kafa dýpra og meta tengsl MPÁK við álag og meiðsli enn betur.



LÚÐVÍK MÁR MATTHÍASSON
LEIÐBEINANDI:
DR. ÞÓRARINN SVEINSSON

Áhrif þjálfunar á þykkt hásinar í meðferð hásinameins

Bakgrunnur: Fólk með hásinamein upplifir verki, skerta færni og morgunstíffleika frá einkennagefandi hásin. Fólk með hásinamein hefur mælst með aukna þykkt í hásinum sem hægt er að þreifa. Notast hefur verið við ómun til þess að mæla þessa þykkun. Þjálfunar meðferð við hásinameini getur haft áhrif á þessa þykkun og minnkað hana. Hins vegar hefur skammtasvörun hásinar ekki verið skilgreind í þjálfunar meðferð við hásinameini. Markmið þessarar rannsóknar er að skilgreina hver skammtasvörun hásinar er í þjálfunar meðferð við hásinameini.

Aðferðir: Einstaklingar með hásinamein fóru í gegnum klíniska skoðun, svöruðu VISA-A spurningalistanum og hásinarnar þeirra voru þykkt mældar með ómun. Ef þátttakendur uppfylltu þátttökuskilyrði rannsóknarinnar var þeim boðin þjálfun þar sem framkvæmdar voru hægjar þungar endurtekningar af hæl lyftum á öðrum fæti. Þátttakendum var skipt í hópa og framkvæmdu þeir annað hvort 3, 6 eða 9 sett af 15 endurtekningum. Vegna fárra þátttakenda voru bornir saman þeir sem voru í virkri þjálfun og þeir sem þjálfuðu ekki.

Niðurstöður: Ekki sást marktæk breyting á hásinþykkt hjá þjálfunarhóp ($p=1,0$) á einkennameiri fæti og ($p=0,248$) á einkenna minni fæti. Marktæk minnkun var á hásinþykkt á einkennameiri fæti hjá þeim sem voru ekki í þjálfun ($p=0,01$) en ekki á einkenna minni fæti ($p=1,0$). Tími hafði marktæk áhrif á minnkun þykktar hásinar ($p<0,001$). Marktækan mun mátti sjá á milli einkennameiri og einkenna minni hliða ($p<0,001$). Marktæk víxlhrif voru á fyrir samanburð á hlið og hóp ($p=0,010$) þar sem þykkt hásinar var almennt meiri hjá þeim hóp fólks sem tók þátt í þjálfun. Þá var hásinþykkt einnig meiri á einkennameiri fæti hjá báðum hópum. Þrívíð víxlhrif voru fyrir samanburð á tíma, hlið og hóp ($p=0,013$) þar sem hásinþykkt á einkennameiri fæti hjá þeim sem tóku ekki þátt í þjálfun minnkaði meira en hjá þeim sem voru í þjálfun. Öfug fylgni var hins vegar á einkenna minni fæti þar sem þykkt minnkaði þá meira hjá þeim sem voru í þjálfun. Hækkun varð á VISA-A svörum allra í rannsókninni en meiri hækkun mátti sjá hjá þeim hóp sem tók þátt í þjálfun. Ekki fannst tenging á milli hækkana á VISA-A og minnkunar á hásinþykkt Spearman's rho 0,014 ($p=0,801$).

Ályktanir: Frekari rannsóknar er þörf til þess að áætla skammtasvörun hásinar í þjálfunar meðferð við hásinameini.



DADI FANNAR SVEINSSON
LEIÐBEINENDUR:
DR. HARALDUR BJÖRN SIGURÐSSON,
DR. KRISTÍN BRIEM

Áhrif mismunandi fjölda æfingasetta á árangur í meðferð hjá fólki með hásinamein

Bakgrunnur: Hásinamein er algengt stoðkerfisvandamál í nútímasamfélagi, bæði hjá íþróttafólki og almenningi. Það virðist vera að álag spili lykilhlutverk þegar kemur að birtingarmynd og bataferli hásinameina. Rannsóknir sýna að skipulögð æfinga-meðferð er besta gagnreynda meðferðin við hásinameinum í dag. Það er hins vegar ekki ljóst hversu mikið atriði eins og tegund æfinga eða ákefð æfinga hafa að segja, því áþekkur árangur hefur náðst með mismunandi áherslum æfingaáætla.

Markmið: Meginmarkmið rannsóknar var að kanna áhrif mismunandi fjölda æfingasetta í meðferð hjá fólki með hásinamein.

Rannsóknarsnið: Slembuð samanburðarrannsókn (*e. randomized controlled trial*).

Aðferðir: Við upphaf rannsóknar mættu 31 þátttakendur í mælingar, 21 þeirra fengu boð um íhlutun og tíu þeirra mættu. Mælingar voru endurteknar eftir 12 vikur. Þátttakendur svöruðu VISA-A-IS spurningalistanum og framkvæmdu þrjár frammistöðumælingar: styrk í kálfalyftum á öðrum fæti, einfætt hopp og úthald í kálfalyftum á öðrum fæti. Við upphaf íhlutunar var úrtakinu skipt af handahófi niður í þrjá hópa sem fengu mismunandi æfingaálag (þrjú, sex eða níu æfingasett af 15 endurtekningum). Lýsandi tölfræði var notuð fyrir almennar upplýsingar og fyrir heildaryfirlit á mælingum. Auk þess voru slembipáttalíkön notuð til þess að bera saman hópana.

Niðurstöður: Niðurstöður sýndu marktæk tengsl milli fjölda íhlutunarskipta og 1 RM vöðvastyrks ($p<0,001$), hoppgetu ($p<0,001$) og vöðvaúthalds ($p<0,001$) þátttakenda. Niðurstöður Spearman's prófs sýndu miðlungssterka fylgni á milli fjölda íhlutunarskipta annars vegar, breytingar á 1 RM vöðvastyrk yfir tímabilið ($\rho=0,519$; $p=0,019$), og á vöðvaúthaldi ($\rho=0,520$; $p=0,027$) hins vegar, en fylgni við breytingu á hoppgetu náði ekki marktæktarmörkum ($\rho=0,434$; $p=0,056$). Einnig fannst miðlungssterk fylgni á milli fjölda íhlutunarskipta og breytinga á VISA-A skori yfir tímabilið ($\rho=0,511$; $p=0,021$).

Ályktun: Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að árangur íhlutunar yfir 12 vikna tímabil stýrist af því að fólk mæti og framkvæmi æfingaplanið. Þetta á bæði við um frammistöðumælingar og sjálfsmat á einkennum/athafnagetu.



SIGURÐUR GYLFI ÁSGEIRSSON
LEIÐBEINENDUR:
DR. KRISTÍN BRIEM,
DR. HARALDUR BJÖRN SIGURÐSSON

Mat á stöðujafnvægi með notkun tregðuskynjara á hvirfli höfuðs - Áreiðanleika og réttmætis rannsókn

Bakgrunnur: Í klíník er mat á jafnvægi almennt byggt á huglægum aðferðum eins og sjónrænu mati, þar sem ekki er notast við hlutlægar mælingar. Hlutlægt mat á jafnvægi með notkun tregðuskynjara hefur í auknum mæli verið notað fyrir nákvæmar jafnvægismælingar og býður upp á færanlegan og hagkvæman kost. Þetta getur leitt til snemmtækrar greiningar, persónulegrar endurhæfingar og metið framgang meðferðar.

Markmið: Að ákvarða áreiðanleika endurtekinna mælinga sem fengnar eru úr mælingum á stöðujafnvægi með notkun tregðuskynjara á hvirfli höfuðs. Annað markmið var að framkvæma aðgreiningaréttmæti slíkra mælinga. Aðferðir: Sextíu og tveir einstaklingar tóku þátt í rannsókninni, í þremur hópum: Heilbrigðir ungir fullorðnir (A) (20-30 ára, n=20), heilbrigðir eldri fullorðnir (B) (67 ára og eldri, n=21) og eldri einstaklingar með jafnvægis-skerðingu (C) (n=21). Jafnvægi var metið með þráðlausum tregðuskynjara staðsettum á hvirfli höfuðs. Mælingar voru gerðar í fjórum mismunandi gangstöðum byggðar á grundvelli fjögurra þrepa jafnvægisprófsins (4-SBT): Fætur saman (FT), gangstandandi með annan fót fyrir framan hinn þ.e. að stóra tá aftari fótur snerti iljaboga fremri fótur (e. Semi-tandem) (ST), gangstandandi með annan fót fyrir framan hinn þ.e. stóra tá aftari fótur snerti hæl fremri fótur (e. Tandem) (T) og standa á öðrum fæti (SL). Hver staða var prófuð þrisvar sinnum í 30 sekúndur. Til að meta áreiðanleika endurtekinna mælinga var mælitótan endurtekin fyrir hóp A. Kvaðratrót meðaltals hröðunar (RMS) var notuð sem mælikvarði stöðuvaggs.

Niðurstöður: Áreiðanleikagreining endurtekinna mælinga gaf til kynna að enginn marktækur munur væri á milli tveggja aðskildra mælinga, nema fyrir T stöðuna í fram-aftur hreyfiátt (AP) ($p=0,006$) og heildar hreyfiáttir (R) ($p=0,018$). T staðan sýndi hæsta innanflokks fylgnistöðulshlutfallið (ICC) í AP og R áttum ($ICC = 0,59$; $ICC = 0,57$) og þar á eftir SL staðan í R átt ($ICC = 0,48$). Í samanburði milli hópa gáfu niðurstöður til kynna að marktækur munur hafi verið á meðalgildum RMS hröðunar í allar þrjár hreyfiáttir, þ.e. AP ($p<0,01$), ML ($p=0,01$) og R ($p<0,01$), meðal hópanna þriggja.

Ályktun: Rannsóknin gaf til kynna að tregðuskynjari staðsettur á hvirfli höfuðs hafi möguleika á að meta stöðujafnvægi og greina á milli mismunandi jafnvægisástands. Hins vegar, voru niðurstöður

áreiðanleikagreiningar ósamræm-
legar, sem leiddu til óvissu um
áreiðanleika og krefjast frekari rann-
sóknna.



ANÍTA SIF RÚNARSDÓTTIR
LEIÐBEINENDUR:
DR. ATLI ÁGÚSTSSON,
DR. JÓNA MARÍN ÓLAFSDÓTTIR

„Svo var bara allt í einu kippt undan mér fæti“ Eigindleg rannsókn á reynslu eldri kvenna, sem búa í heimahúsi, af endurteknum byltum

Inngangur: Allt bendir til þess að á komandi árum muni hlutfall eldra fólks á Íslandi, og einnig víðs vegar um heiminn, fara vaxandi. Slys eru alvarlegt vandamál hjá öldruðum og hjá þeim eru byltur algengasta orsök slysa. Slysnum fjölga með hækkandi aldri, tíðni slysa er hærri hjá konum en körlum og lenda eldri einstaklingar sem búa á eigin heimili oftast í því að slasa sig. Byltur geta haft neikvæð áhrif á bæði líkamlega og andlega líðan eldri einstaklinga. Upplýsingar um reynslu kvenna sem hafa dottið endurtekið geta nýst til að efla byltuvarnir og koma í veg fyrir alvarlegar afleiðingar bylta.

Markmið: Markmið þessa meistaraverkefnis var að rannsaka reynslu eldri (≥ 70 ára) kvenna, sem bjuggu á eigin heimili, af endurteknum byltum.

Aðferðir: Rannsóknin er eigindleg og byggði á fyrirbærafræðilegri nálgun. Notað var tilgangs- og snjóboltaúrtak til að velja þátttakendur sem voru sex konur á aldrinum 70-91 árs (meðalaldur 77,3 ár). Allar bjuggu þær í heimahúsi innan heilbrigðisumdæmis Suðurlands. Gagnaöflun fór fram með einstaklingsviðtölum sem byggðu á hálfstöðluðum viðtalsramma með opnum spurningum. Viðtölin voru tekin upp, afrituð nákvæmlega og gögnin greind með þemagreiningu.

Niðurstöður: Reynsla og bakgrunnur hvers og eins þátttakanda var mjög mismunandi og spönnuðu svör þeirra því breitt svið. Þemun sem komu fram voru þrjú: Óstöðugleiki, óryggi og áfall. Undirþemu óstöðugleika voru svimi og jafnvægisleysi, stjórnleysi og góðkynja stöðusvimi. Undirþemu óryggis voru byltubeygur, minni hreyfing, hjálpertæki og skóbúnaður og að standa upp úr liggjandi stöðu. Undirþemu áfalls voru harkaleg bylta, beinbrot og vankantar heilbrigðiskerfisins. Tveir þátttakendur töluðu um að allt í einu væri kippt undan þeim fótunum. Það átti vel við reynslu þátttakenda í heild og var sú setning því höfð sem yfirþema rannsóknarinnar.

Ályktun: Niðurstöður rannsóknarinnar styðja mikilvægi þess að eldri konur í byltuhættu fái viðeigandi þjónustu ásamt því að vera hvatning til frekari rannsókna. Þessi nýja innsýn inn í líf eldri kvenna, sem eru með reynslu af því að detta og búa í heimahúsi, getur nýst sjúkráþjálfurum og öðru heilbrigðisstarfsfólki til að bæta og skerpa á persónuimíðri þjónustu í tengslum við byltur.

Lykilhugtök: Byltur, slys í heima-
húsi, öldrun, eigindleg rannsókn.



BERGRÚN GESTSDÓTTIR
LEIÐBEINANDI:
DR. SÓLVEIG ÁSA ÁRNADÓTTIR

„Það er sko ekkert mál að detta, en það er að standa upp aftur“ Eigindleg rannsókn á reynslu eldri karla af endurteknum byltum

Inngangur: Byltur eru lýðheilsuvandi meðal eldri einstaklinga í heiminum þar sem einn af hverjum þremur sem náð hafa 65 ára aldri dettur a.m.k. einu sinni á ári og um helmingur þessa hóps dettur oftár. Sýnt hefur verið fram á hærri tíðni bylta meðal eldri kvenna en að því sögðu er dánartíðni í kjölfar bylta hærri hjá eldri körlum. Byltuvandi eldri karla er líklega nokkuð falinn þar sem þeir leita síður aðstoðar eða tjá sig um vandann við fagfólk.

Markmið: Markmið rannsóknarinnar var að rannsaka reynslu eldri karla, sem búa heima, af endurteknum byltum.

Aðferðir: Rannsóknin byggði á hálfstöðluðum eigindlegum viðtölum þar sem stuðst var við fyrirbærafræði. Tekin voru níu viðtöl við jafnmarga karla, á aldrinum 71-84 ára, sem höfðu búsetu í heimahúsi og höfðu dottið a.m.k. tvisvar á 12 mánaða tímabili. Viðtölin voru kóðuð, þemagreind og greiningarlíkan sett fram.

Niðurstöður: Niðurstöður gáfu til kynna margþætta reynslu eldri karla af endurteknum byltum þar sem þó mátti greina ákveðin líkindi þegar frásagnir voru bornar saman. Fimm eftirfarandi yfirþemu komu fram: byltusaga, afleiðingar bylta, sjúkraþjálfun eftir byltur, stuðningur aðstandenda og nærumhverfis og einstaklingurinn. Þá hafði hvert þessara þema nokkur undirþemu. Greiningarlíkanið endurspegladi þá þætti sem tengdust byltureynslu eldri karla. Líkamlegar afleiðingar höfðu ekki háð mörgum þátttakendum en aðra sögu var að segja hvað andlegar og félagslegar afleiðingar varðaði. Vanmáttarkennd, niðurlægning og neikvæðar hugsanir höfðu haft mikil áhrif á meirihluta þátttakenda.

Ályktanir: Niðurstöðurnar gefa til kynna að auka þurfi umræðu, fræðslu og sýnileika þegar að byltuvanda eldri karla kemur. Niðurstöðurnar munu hjálpa sjúkraþjálfurum og öðru heilbrigðisstarfsfólki að skilja hvað gerist í lífi eldri einstaklinga sem detta endurtekið og um leið auka skilvirkni og árangur meðferða eftir byltur. Þörf er á eigindlegum rannsóknum á þessu sviði þar sem eldri karlar virðast eiga erfitt með að deila sinni reynslu séu þeir ekki spurðir að fyrri bragði.



LILJA DÖGG ERLINGSDÓTTIR
LEIÐBEINANDI:
DR. SÓLVEIG ÁSA ÁRNADÓTTIR

Áhrif virkar aðstoðar rafdrifins gervifótar við að standa upp hjá einstaklingum með aflimun neðan hnés

Bakgrunnur: Í kjölfar aflimunar fást margir einstaklingar við skerta athafnagetu. Þessar takmarkanir geta gert aflimuðum erfitt fyrir að eiga við ýmsar athafnir daglegs lífs. Það að standa upp er ein af þeim athöfnum. Að standa upp úr sitjandi stöðu er flókin hreyfing og er talin ein af mest hreyfifræðilega flóknum hreyfingum, sem einstaklingar takast á við oft á dag. Fólk með aflimanir í neðri útlimum á það til að setja meiri þunga á óaflimaða fótlegginn samanborið við þann aflimaða. Þetta getur haft í för með sér ýmsa fylgikvilla eins og slitgigt í hné og/eða mjöðm og verki í baki. Rafdrifinn gerviútlímur og rétt notkun á honum gæti mögulega hjálpað fólki að minnka líkurnar á því að þróa með sér þessa fylgikvilla. Markmið rannsóknarinnar var að skoða áhrif virkrar aðstoðar frá rafdrifnum gervifæti á hreyfinguna að standa upp úr sitjandi stöðu.

Aðferð: Fjórir þátttakendur með aflimun neðan hnés sem nota gervifót tóku þátt í rannsókninni en þrír af þeim kláruðu báðar mælingar. Kraftplötur voru notaðar til að greina krafta sem verka á neðri útlimi. Myndatökubúnaður með 12 myndavélum var notaður til að greina hreyfingar einstaklingsins er hann stóð upp úr sitjandi stöðu. Helstu útkomubreytur sem voru skoðaðar voru lóðréttir jarðarkraftar, liðkraftar og liðhorn sem verka á ökkla, hné og mjaðmaliði. Rafdrifinn gervifótur var notaður í rannsókninni og útkomubreytur mældar, þegar bæði var kveikt og slökkt á virkni fótarins. ANOVA tölfræðigreining var notuð til að meta samræmi jarðarkrafta á milli neðri útlima sem og mun á liðkröftum og liðhornum milli aflimaða og heila fótleggsins. Marktektarmörk voru valin sem alpha 0.05.

Niðurstöður: Enginn tölfræðilega marktækur munur fannst fyrir meginverkun á lóðréttum jarðarkrafta milli hliða eða milli stillinga, né víxlhrif milli hliða og stillingar. Fyrir liðkrafta fannst marktækur munur milli hliða í öllum þremur liðum (ökkli ($p=0.014$), hné ($p=0.021$), mjöðm ($p=0.011$)), en einungis fannst marktækur munur milli stillinga í ökkli ($p=0.014$). Engin víxlhrif hliða og stillingar fundust í liðkröftum. Fyrir liðhorn var marktækur munur milli stillinga í ökkli ($p<0.001$) og mjaðmaliðum ($p<0.001$) og ($p=0.004$)) en ekki í hnéliðum. Marktækur munur milli hliða og víxlhrif hliða og stillinga fundust einnig í ökkli ($p<0.001$) en ekki í öðrum liðum fyrir liðhorn.

Ályktun: Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar hefur rafdrifinn gerviökkli ekki áhrif á samræmi á láréttum jarðarkröftum milli



JÓN GUNNAR KRISTJÁNSSON
LEIÐBEINENDUR:
ANNA LARA ÁRMANNSDÓTTIR, SJÚKRA-
ÞJÁLFARI, DR. KRISTÍN BRIEM

hliða við að standa upp úr sitjandi stöðu hjá einstaklingum aflimuðum fyrir neðan hné. Niðurstöður þessarar rannsóknar þarf að túlka með fyrirvara af nokkrum ástæðum og enn er þörf á frekari rannsóknum með fleiri þátttakendum.

Ný stefnumótun í íþróttum til tíu ára sem mun skila stórbættum árangri í framtíðinni

Íþróttir og íþróttarárangur er einfaldasta leiðin til þess að fá hóp af fólki eða til og með heila þjóð til að líða vel í tiltölulega skamman tíma.

Í yfir tuttugu ár hef ég endað flesta fyrirlestra sem ég hef haldið víða um heim á ofangreindri staðhæfingu, og er ekki búð að margsanna það með rannsóknum að eitt af því mikilvægasta í lífinu eru mannleg samskipti? Að eiga góða fjölskyldu, vini, kunningja, að tilheyra hópi, að finna hamingjuna. Íþróttahreyfingin sér m.a. um þetta í samvinnu við skólakerfið, menningarlífið og aðra aðila.

Mennta- og barnamálaráðuneytið og Íþrótt- og Ólympíusamband Íslands hafa gert með sér samkomulag um stefnumótun og uppbyggingu afreksíþróttastarfs á Íslandi. Tekið er mið af stefnumótun Mennta- og barnamálaráðuneytis í íþróttamálum frá 2019 og Afreksstefnu ÍSÍ sem er reglulega til umfjöllunar á Íþróttapingum ÍSÍ.

Í stjórnarsáttmála ríkisstjórnarinnar segir að áfram verði unnið með félagasamtökum að því að efla umgjörð um afreksstarf íþróttafólks Íslendinga. Afreksíþróttir og hvernig faglegu skipulagi og stuðningi við málaflokkinn er háttað hefur lengi verið til umfjöllunar. Fremsta afreksíþróttafólk þjóðarinnar hefur lengi bent á að aðbúnaður og umgjörð standist ekki samanburð við keppinauta þeirra á alþjóðlegum vettvangi og hefur kallað eftir auknum stuðningi við afreksstarfið til þess að bæta umgjörð og aðbúnað þeirra.

Markmiðið er að Íslendingar eigi afreksíþróttafólk sem stendur jafnfætis þeim bestu á Norðurlöndum, eða í Evrópu og í vissum tilfellum geti íslenskt íþróttafólk orðið best í heimi í sinni íþróttagrein. Til að ná því markmiði þarf afreksíþróttafólk stuðning á við það sem gerist best, hafa möguleika á að æfa og keppa við bestu aðstæður, hafa þjálfara sem kunna sitt fag og eru á við þá best menntuðu hjá öðrum þjóðum. Mikilvægt er að tryggja aðstoð frá háskólasamfélaginu þar sem rannsóknir, mælingar og þróun eru nýttar til að hámarka íþróttalegan árangur. Efla þarf ýmsa þætti og sérstaklega auka það fjármagn sem veitt er til afreksíþróttanna til þess að ná slíkum markmiðum. Samhliða þessu þarf íþróttafólkið að hafa tryggingu fyrir því að það geti helgað sig íþróttinni í einhver ár og stundað nám og/eða komið sér upp fjölskyldu og þak yfir höfuðið, þannig að áhyggjur af framtíðinni séu ekki að trufla ástandun og íþróttaleg markmið.

Undirritaður hefur verið ráðinn sem Afreksstjóri ÍSÍ næstu 5 árin til þess að fylgja nauðsynlegum breytingum eftir og hef ég nýlega



VÉSTEINN HAFSTEINSSON
AFREKSSTJÓRI ÍÞRÓTTA- OG
ÓLYMPIUSAMBANDBS ÍSLANDS

tekið til starfa með gott teymi mér við hlið hjá ÍSÍ og í ráðuneytinu.

Helstu verkefnin eru að leiða starfshóp mennta- og barnamálaráðherra um stöðu og réttindi afreksfólks í íþróttum skipuðum fulltrúum mennta- og barnamálaráðuneytis, félags- og vinnumarkaðsráðuneytis og heilbrigðisráðuneytis auk fulltrúa íþróttahreyfingarinnar, fulltrúa frá sveitarfélögum og annarra hagsmunaaðila.

Að yfirfara í heild fyrirkomulag afreksmála í íþróttum í dag og þann stuðning sem kemur frá ráðuneytinu til afreksíþróttanna. Skoða hvernig aðkoma sveitarfélaga er að stuðningi við afreksíþróttir. Skoða lagaumhverfi sem gildir um stuðning

við afreksíþróttafólk til að stuðningur við afreksíþróttafólk hér á landi verði í fremstu röð. Er hér sérstaklega átt við mikilvæg lýðrættindi afreksíþróttafólks sem hefur helgað sig íþróttinni sem það keppir í fyrir hönd Íslands. Hópurinn skoði hvernig réttindi afreksfólks í íþróttum verði best tryggð innan almannatryggingakerfisins.

Hópnum er falið að skoða sérstaklega kostnaðarþátttöku í landsliðsstarfi. Er hér sérstaklega átt við kostnaðarþátttöku keppnisfólksins og fjölskyldna þeirra í tengslum við þátttöku í landsliðsstarfi einstakra íþróttagreina.

Ráðuneytið og ÍSÍ fari yfir tillögurnar sem koma fram sem eiga að vera til staðar frá starfshópnum um áramót, meti þær og komist



Bláðamannafundur 21.1.2023, frá vinstri: Vésteinn Hafsteinsson, Ásmundur Einar Daðason mennta- og barnamálaráðherra, Lárus L. Blöndal forseti ÍSÍ.

að sameiginlegri niðurstöðu um frekari innleiðingu þeirra sem ráðuneytið fylgir eftir innan Stjórnarráðs Íslands.

ÍSí kynnir og leggur tillögur fyrir framkvæmdastjórn ÍSí vegna Afrekssjóðs ÍSí og undirbýr mögulegar breytingar á Afrekssstefnu ÍSí sem lagðar verða fyrir Íþróttahæðing ÍSí 2025. Fyrir utan þessa vinnu að fá fram nýja stefnumótun erum við þegar farin af stað innan Íþróttahreyfingarinnar.

Fyrst um sinn mun starfið fela í sér ítarlega greiningarvinnu og kortlagningu á afrekssíþróttastarfinu á Íslandi í samvinnu við ÍSí, sérsamböndin og ráðuneytið, en meðal annarra verkefna Afrekssstjóra ÍSí er umsjón með Afrekssstefnu ÍSí og ráðgjöf varðandi afrekssstefnur sérsambanda ÍSí. Þá mun Afrekssstjóri ÍSí vinna að framgangi Afrekssíþróttamiðstöðvar ÍSí, undirbúningi íslenskra keppenda fyrir ólympíska viðburði og markmiðasetningu í íslensku afrekssíþróttastarfi til næstu ára.

Þessi tíu ára stefna gengur út á það að rauður þráður sé í gegnum allt starfið sem byggist mikið á samskiptum, samræðum og samvinnu. Allir aðilar sem tengjast íþrótt- og afrekssstarfi þurfa að koma að þessu verkefni á einn eða annan hátt og skilja vegferðina sem framundan er. Þetta er stórt mál sem þarf að taka alvarlega og sýna skilning á frá öllum í þjóðfélaginu.

Við erum að tala hér um að strákurinn eða stelpa sem byrjar sína íþróttaiðkun í grunnskóla fái góða íþróttakennslu í skólanum og góða þjálfun í sínu íþróttafélagi í sínu íþróttahéraði og þetta verði vel tengt saman. Sveitarfélögin eiga síðan að samræma sína íþrótt- og afrekssstefnu í náinni samvinnu við hin nýju íþróttasvæði sem verða líklega átta talsins sem er hin nýja Farsældarstefna, sem er samvinnuverkefni á milli ÍSí, UMFÍ og ríkisins. Þetta gerir það að verkum að við getum fundið efnin út um allt land í framtíðinni og líka unnið náð með öllum þjálfurum og íþróttakennurum og þannig verið með mikla fagmennsku í starfinu frá byrjun. Þetta er algjört lykilatriði í starfinu að byrjunin sé góð fyrir þá yngstu.

Síðan þegar komið er upp í mennta- og fjölbrautarskóla verði samræmd stefna á íþróttabrautunum um land allt. Hér er mikið atriði að þjálfunin sé góð og brottfall verði minna þannig að efnin haldi áfram að freista gæfunnar með góðum menntuðum þjálfurum og kennurum. Háskólarnir tengist síðan mjög náð íþrótt- og afrekssfólki og þjálfurum landsins þegar þar kemur í sambandi við menntun þjálfara og íþróttafólksins auk þess sem háskólarnir komi mjög náð að íþróttarannsóknunum og mælingum á afrekssfólkinu. Hér er nán samvinna háskólanna mikilvæg.

Til þess að geta stýrt öllu þessu starfi er meiningin að búa til Afrekss- og Íþróttamiðstöð Íslands í Laugardal í Reykjavík, TEAM ICELAND. Þar mun kunnáttufólk á sviði afrekssíþróttastjóra stýra öllu þessu starfi í framtíðinni, þar munu sérfræðingar vinna í svokölluðu fagteymi eins og gert er í flestum öðrum löndum í kringum okkur. Þessi regnhlífarimiðstöð er stuðnings- og eftirlitsaðili sérsambandanna.

Það er í sjálfu sér ótrúlegt hvað Íslendingar eru að ná góðum árangri í íþróttum miðað við hvað lítið fjármagn er til staðar auk manneklu. Ríki, sveitarfélög og stórfyrirtæki eiga að setja margfalt



meira fjármagn inn í þetta starf, það liggur í augum uppi. Við erum að tala um börnin okkar, skóla og íþróttastarf, uppeldi, lýðheilsu, forvarnir, jafnrétti, jaðarhópa auk þess sem íþróttahreyfingin er stærsta fjöldahreyfing á Íslandi auk alls sjálboðaliðastarfs. Þessi hreyfing sparar milljarða á ársgrundvelli fyrir ríkið. Algjörar stefnubreytingar er þörf og það gengur út á það að allir skilji tilganginn með þessu öllu saman. Fáir verða afreksmenn eða -konur en annars erum við að ala upp góða þjóðfélagsþegna, skattgreiðendur, leiðtoga, þjálfara, dómara og búa til gott framtíðarfólk. Afrekssfólkið á síðan að geta haft umgjörð til þess að takast á við keppni á meðal þeirra bestu í heimi.

Ég hef verið spurður að því í þessu ferli síðan það var tilkynnt að ég tæki við þessu starfi hvort þetta væri ekki óraunhæft að geta orðið best í heimi. Ég hef ávallt svarað því neitandi og að vissir aðilar hafa þegar náð þeim árangri í gegnum árin í mismunandi íþróttagreinum. Þrátt fyrir smæð okkar og okkar sérstöðu þar sem fjármagnið hjá sérsamböndunum er aðallega notað í starfsmanna- og ferðakostnað, við erum fá í landinu og sérsamböndin eru veik fjárhagslega, tökum við þátt í jafnmörgum verkefnum og stórþjóðirnar.

Ég hef trú á því að við getum búið til eina bestu umgjörð í heimi hér í íþrótt- og afrekssstarfinu út af smæðinni og hve fá við erum, tiltölulega auðvelt og miklu auðveldara en hjá mörgum stórþjóðum. Og hvernig mér hefur verið tekið síðan ég kom heim eftir öll þessi ár erlendis af öllum er með ólíkindum. Mér finnst vera meðvindur á öllum vígstöðvum í að taka næsta skref í stefnumótun til framtíðar. En þessi nýja stefna sem verður unnin af okkur öllum í hreyfingunni með algjöru gegnsæi er einskis virði nema að fjármagnið komi til, það er algjört lykilatriði. Ráðamenn þjóðarinnar, sveitarfélaga og stórfyrirtækiseigendur verða að koma að þessu verkefni til framtíðar með allri hreyfingunni.

Ég vil enda þessa grein eins og ég byrjaði hana með annarri staðhæfingu sem ég er algjörlega fullviss um að sé rétt eftir nokkra mánuði í mínu nýja starfi.

Íslendingar upp til hópa eru kappsamt, eljusamt og duglegt fólk og þess vegna er ungt fólk á Íslandi mjög oft enfilegt til þess að ná framúrskarandi árangri í íþróttum. Ef þessi efni fá umgjörð og vegferð á heimsmeðlíkvarða með aðgengi að aðstöðu, góðum þjálfurum, réttum verkefnum og geti einbeitt sér að þessu samhlíða námi, þá vinna þau, sígra alla og verða best í heimi.

Hvað verður um þau efnilegu? Lýsandi þversniðsrannsókn á brottfalli efnilegs knattspyrnufólks á árunum 2010-2015 með sérstöku tilliti til meiðsla

Bakgrunnur: Brottfall úr íþróttum á unglingsárum er nokkuð algengt samkvæmt síðustu tölfræðigögnum ÍSÍ og er knattspyrna þar með talin.

Markmið: Vangaveltur um hvað hafi orðið um efnilegt knattspyrnufólk eftir framhaldsskólaaldurinn ásamt áhuga á íþróttameiðslum vöktu spurningu um hver helsta ástæða brottfalls væri hjá knattspyrnufólki sem hafði verið viðloðandi yngri landslið Íslands og ákveðið var að komast að því, með áherslu á þátt meiðsla.

Aðferðir: Rannsóknin er afturskyggn, lýsandi þversniðsrannsókn. Úrtakið voru einstaklingar sem boðin hafði verið þátttaka á úrtaksæfingum á vegum KSÍ fyrir yngri landslið Íslands í knattspyrnu á árunum 2010-2015. Upplýsingar um þessa hópa voru fengnar í samstarfi við KSÍ. Alls voru 1500 nöfn á þessum lista, haft var samband við 315 þeirra og boðin þátttaka. 120 þáðu boðið. Spurningalistinn var fjórþættur, skiptist í almennar upplýsingar, meiðsli, bataferlið og upplifun á endurhæfingu. Var hann sendur út og ítrekaður yfir sjö vikna tímabil vorið 2022. Gjaldgeng svör voru 73 og var tölfræði úr þeim unnin í SPSS útgáfu 27.

Niðurstöður: Meirihluti svarenda hafði hætt iðkun og voru langflest þeirra hætt 22 ára eða yngri, eða 71,4%. Þau sem höfðu hætt iðkun og meiðst alvarlega höfðu nær öll meiðst 21 árs eða yngri. Alls höfðu 80% þátttakenda meiðst alvarlega og voru meiðsli hluti af brottfallsástæðu hjá 52,3%. Aðrar ástæður fyrir brottfalli voru helst áhugaleysi, álag og aðrar ástæður. Sjaldan svöruðu þátttakendur með einungis einni ástæðu fyrir því að hætta iðkun. Nær allir fengu sjúkraþjálfun og þeir þrír sem fengu hana ekki hefðu viljað fá. Flestir sem fengu hana fannst hún hafa hjálpað sér en þó nokkrir hefðu viljað fá fleiri skipti hjá sjúkraþjálfaranum. Því má áætla að sjúkraþjálfun hafi haft jákvæð áhrif á upplifun þátttakenda á endurhæfingunni.

Ályktun: Þessar niðurstöður gefa einnig vísbendingu um að

áhersla ætti að vera á forvarnir og fyrirbyggingu meiðsla, sérlega á framhaldsskólaaldrinum, með tilliti til álagsstýringar hjá þessu efnilega knattspyrnufólki.



RAGNHEIÐUR LÓA STEFÁNSDÓTTIR
LEIÐBEINANDI:
DR. ÁRNI ÁRNASON

Fylgni andlegrar heilsu og íþróttameiðsla - þversniðsrannsókn

Bakgrunnur: Meiðsli hjá íþróttamönnum eru nánast óumflýjanleg og er algengt að íþróttamenn finni fyrir sálfræðilegum einkennum í tengslum við meiðsl. Þó svo að það sé einstaklingsbundið hversu mikil áhrif þessi einkenni hafa á íþróttamenn þá er ljóst að þessi einkenni geta haft neikvæð áhrif á bataferli þeirra eftir meiðsli.

Markmið: Aðal markmið rannsóknarinnar var að skoða fylgni milli andlegrar heilsu og íþróttameiðsla meðal íþróttafólks í Reykjavík. Annað markmið rannsóknarinnar var að skoða mögulegan mun á fylgni milli andlegrar heilsu og íþróttameiðsla með tilliti til ólíkra íþróttageina og kynja.

Aðferðafræði: Rannsóknin var þversniðsrannsókn þar sem spurningalistarnir Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) og General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) voru lagðir fyrir þátttakendur til þess að meta þunglyndis- og kvíðaeinkenni. Þátttakendur svöruðu síðan Oslo Sports Trauma Research Center (OSTRC) spurningalistanum fyrir hné-, læri-, mjóbaks- og axlarmeisli til þess að meta stoðkerfisvandamál. Þýði rannsóknarinnar voru einstaklingar 18 ára og eldri sem æfa og keppa með liðum innan Íþróttabandalags Reykjavíkur (ÍBR). Alls tóku 374 manns þátt í rannsókninni, þar af 155 konur og 219 karlar og var spurningalistunum svarað árið 2021.

Helstu niðurstöður: Helstu niðurstöður rannsóknarinnar voru að jákvæð fylgni var á milli andlegrar heilsu og íþróttameiðsla, óháð kyni eða íþróttategund.

Ályktun: Út frá þessum niðurstöðum má álykta að andleg heilsa gæti spilað ákveðið hlutverk í íþróttameiðslum hjá íþróttafólki í Reykjavík og að bæði kyn og íþróttategund geti haft áhrif á þessi tengsl. Frekari rannsóknir eru nauðsynlegar til þess að ná betri skilningi á undirliggjandi þáttum sem gætu haft áhrif á þessar niðurstöður til þess að fyrirbyggja meiðsli og ýta undir vellíðan íþróttamanna.



ANDRI PÁLL ÁSGEIRSSON
LEIÐBEINENDUR:
DR. HAFRÚN KRISTJÁNSDÓTTIR
OG DR. JOSE M. SAAVEDRA

Frá námskeiðum Fræðslunefndar haustið 2023



Pátttakendur á „The Movement Solution 2“ með Mark Comerford.



Pátttakendur á „Physical Treatment of Headache“ með Dr. Toby Hall, fyrra námskeið.



Pátttakendur á „Mulligan – Lower Quarter“ með Johan Alvimalm.



Pátttakendur á „Physical Treatment of Headache“ með Dr. Toby Hall, seinna námskeið.



Pátttakendur á „Mulligan – Upper Quarter“ með Johan Alvimalm.

Vafningar og þrýstingsfatnaður

Stuðlaberg heilbrigðistækni kynnir stillanlega þrýstingsvafninga frá Juzo til meðferðar við bjúg og langvinnum, erfiðum bláæðasárum og tengdum vandamálum, ásamt því að vera gagnlegt fyrsta viðbragð við áverkum, t.d. meiðslum í íþróttum. Meðferð með stillanlegum þrýstingsvafningum er áhrifarík, fljótleg og einfaldari í framkvæmd en með hefðbundnum vafningum. Fyrirspurnir um stillanlega þrýstingsvafninga má senda á stb@stb.is.



Eirberg býður mikið úrval af þrýstingsfatnaði eftir máli frá Juzo sem er sérstaklega hugsaður til meðferðar við fitu- og sogæðabjúg. Juzo eru fremstir í flokki þegar kemur að vöruúrvali, hvort sem um er að ræða staðlaðar vörur eða sérsaum. Úrvalið nær yfir margskonar vefnað, þrýstingsflokka, líti auk viðbótarvara.

Fyrirspurnir um þrýstingsfatnað má senda á eirberg@eirberg.is.



Systurfyrirtækin Eirberg og Stuðlaberg heilbrigðistækni byggja þjónustu sína á faglegum grunni og vönduðum vörum. Meðal starfsfólks eru hjúkrunarfræðingar, iðjupjálfi, sjúkraþjálfari og aðrir sérfræðingar í velferðartækni. Á skrifstofum okkar veita hjúkrunarfræðingar ráðgjöf vegna þrýstingsmeðferðar, þjónustu eftir skurð- og brjóstaaðgerðir og stóma- og þvagleggjaþjónustu.

Markmið okkar eru að efla heilsu, auka lífsgæði, auðvelda störf og daglegt líf



STUÐLABERG
Heilbrigðistækni