

Sjúkrapjálfarinn

1. tbl. 53. árgangur 2025



PRENTUM
í einum grænum



Vatnagarðar 14, 104 Reykjavík
563 6000 | litrof@litrof.is | www.litrof.is

FÉLAGIÐ

Ritnefndarspjall	3
Formannspistill	4
Dagur sjúkrabjálfunar 2025.	10
Pistill frá Fræðslunefnd	24

RITRÝNDAR GREINAR

Meðferðarsvörun: Erfið reynsla í æsku og þverfagleg verkjameðferð	12
Áreiðanleiki og réttmæti íslenskrar útgáfu LEFS spurningalistans (Lower Extremity Functional Scale) . .	30

FAGMÁL OG FRÆÐSLUGREINAR

Dr. Alison Grimaldi og Hip Academy	8
Starfræn taugaeinkenni	20
Verkjamiðstöð Landspítala	26
Sjúkrabjálfun og umhverfið	28
Fréttir frá Námsbraut í sjúkrabjálfun	35
Mannaflaspá – Félags sjúkrabjálfa 2024–2025.	36
Doktorsnemar – Það tekur heilt þorp	38
Sjálfboðaliðastarf sjúkrabjálfa í Úganda	42
Alþjóðleg verkjaráðstefna í Valencia	46

FÉLAG SJÚKRABJÁLFA**STJÓRN FS:**

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

VARAMENN FS:

Hjörtur Ragnarsson
Kristín Rós Óladóttir

FRÆÐILEG RITSTJÓRN:

Dr. Sólveig Ása Árnadóttir - formaður
Dr. Guðný Lilja Oddsdóttir
Þjóðbjörg Guðjónsdóttir, MSc.
Gunnlaugur Jónasson
Karl Fannar Gunnarsson

RITSTJÓRI SJÚKRABJÁLFA

Fríða Brá Pálsdóttir

RITNEFND SJÚKRABJÁLFA

Kristín Reynisdóttir
Þóra Kristín Bergsdóttir

FORSÍÐUMYND:

Frá Úganda
Ástrós Hilmarsdóttir

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.

Fyrri tölublað Sjúkraþjálfarans 2025 er komið út. Við færum þeim fjölmörgu sem lögðu ritnefnd lið við efnistöð kærar þakkir fyrir að gefa af sínum dýrmæta tíma. Forsíðumyndin er að þessu sinni frá Úganda og tengist frásögn Ástrósar af upplifun sinni að vinna sem sjúkraþjálfari þar. Myndin sýnir aðkomu að heimili 9 ára barns sem notaði alltof stóran hjólastól. Þar sem það var svo erfitt að keyra barnið í stólnum upp brekkuna að heimilinu tók amma barnsins hann alltaf á bakið frá veginum og að heimilinu og samstarfsfélagi Ástrósar er hér að koma stólnum upp með erfiðleikum. Hún segir okkur meira frá sinni reynslu á blaðsíðu 38.

Ritnefndin er stolt af að í vorblaðinu birtast tvær ritrýndar greinar. Önnur þeirra heitir “Meðferðarsvör: Erfið reynsla í æsku og þverfleg verkjameðferð” og er eigindleg rannsókn sem fjallar um reynslu kvenna með áfallasögu f verkjaendurhæfingu, hin heitir Áreiðanleiki og réttmæti íslenskrar útgáfu LEFS spurningalistans, og er rannsókn á próffræðilegum eiginleikum listans.

Þá má nefna stutt viðtöl, annars vegar við aðalfyrirlesarann á Degi sjúkraþjálfunar 2025, Dr. Alison Grimaldi. Hún verður einnig með námskeið hér á landi og tengist efni viðtalsins m.a. áherslum á námskeiðinu. Hins vegar er viðtal við þá Glenn Nielsen og Cameron Moss, sem héldu námskeið um starfræn einkenni á vegum fræðslunefndar í nóvember síðast liðnum. Njótið lestrarins kærir kollegar. Ítrekum að þið hafið alltaf tækifæri að senda ritnefnd greinar, pistla, góðar sögur og hugmyndir að efnistöðum að félagsblaði okkar allra. Sjáumst hress á Degi Sjúkraþjálfunar 9. maí 2025!

KÆRAR KVEÐJUR,
RITNEFND SJÚKRAÞJÁLFAVARANS



Stuðningshlífur 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.

Tektape/Íþróttateip - Klippið eftir þörfum, límist vel, vatnshelt. Notist í samráði við sjúkraþjálfara.



NYTT



NYTT



NYTT





Alltaf skil leita til læknis vegna alvarlegra eða viðvarandi meiðsla.

Fæst í apótekum!

Frá formanni Félags sjúkrabjálfara



GUNNLAUGUR MÁR BRIEM
FORMAÐUR FS

Kæra félagsfólk

Ég vil þakka ritnefnd Sjúkrabjálfarans kærlega fyrir þeirra mikla og góða framlag síðastliðin misseri og ekki síst við útgáfu þessa nýjasta tölublaðs.

Það eru oft viðburðarríkir tímar í heimi stéttar- og fagfélaga og eru síðustu mánuðir engin undantekning þar á. Nú er á fullu undirbúningur fyrir okkar frábæru fagráðstefnu Dag sjúkrabjálfunar 2025, sem fram fer 9. maí næstkomandi. Dagurinn verður haldinn í Smárabíói líkt og síðustu ár og bindum við vonir við að félagsfólk fjölmenni á þennan stóra viðburð. Enda tilvalið tækifæri til að hitta aðra sjúkrabjálfa og vini á sama tíma og við vinnum að því í sameiningu að þróa fagið sjúkrabjálfun áfram og styrkja stöðu stéttarinnar sem áframhaldandi lykilaðila innan íslenskrar heilbrigðisþjónustu. Einnig má horfa til þess að hér sé góð upphitun fyrir þann stóra og flotta hóp sjúkrabjálfa sem ætlar að leggja land undir fót í maí mánuði á heimsráðstefnu Sjúkrabjálfa í Tokyo. Vert er að

minnast á þær breytingar sem orðið hafa á stjórnmála-sviði landsins þar sem breytt forysta hefur tekið við stjórnartaumunum til næstu ára. Fulltrúar Félags sjúkrabjálfa hittu fulltrúa flestra flokka sem nú sitja Alþingi í aðdraganda kosningana. Farið var yfir komandi áskoranir og áherslur félagsins og þau miklu tækifæri sem felast í þjónustu sjúkrabjálfa, ekki síst í þeirri stöðugu umræðu sem snýr að öldrun þjóðarinnar og þjóðarátaki í þeim málefnum, auk fjármögnunar og uppbyggingu þjónustunar. Félagið mun áfram vinna að því að hafa sterk tengsl við þá sem fara með framkvæmdarvald þjóðarinnar á sama tíma og hagsmunir félagsfólks verða varðir. Fulltrúar félagsins eiga nú sæti í tveimur virkum vinnuhópum á vegum ráðuneyta um málefni heilbrigðiskerfisins og verður unnið ötullega að framþróun þessarar þjónustu. Við hlökkum til komandi verkefna og samtals við félagsfólk og íslenskt samfélag.



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



Fyrir nánari upplýsingar hafið samband við anna.sigridur@icepharma.is

Frekari upplýsingar um eiginleika, notkun og áhættu af völdum notkunar lækningatækis er að finna í notkunarleiðbeiningum tækis ENR250301



Ekki fela sársaukann á bak við bros

**Bólgueyðandi
og verkjastillandi**



Voltaren Forte **23,2 mg/g hlaup**

díklófenakvíetýlamin

Voltaren Forte dregur úr bólgu og er verkjastillandi.
Þú getur notað Voltaren Forte við meðferð á verkjum,
eymslum og þrota í liðum og vöðvum vegna bólgu.

Vnr 41 61 21

HALEON



150 g

Voltaren Forte 23,2 mg/g hlaup. Inniheldur díklófenakvíetýlamin. Staðbundnir bólgukvillar. Aðeins til notkunar á húð. Voltaren Forte er ekki ráðlagt börnum yngri en 14 ára. Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is.



Komdu á
stærstu
fagráðstefnu
ársins!

9. maí í
Smárabíó



DAGUR SJÚKRADJÁLFUNAR

Skráning og dagskrá á:

dagursjukrathjalfunar.is



Líf án takmarkana

Við bjóðum upp á sértækar lausnir fyrir einstaklinga sem misst hafa finger eða framan af hendi.

HAFIÐ SAMBAND

Grjóthálsi 1-3 | S. 515 1300

Opið virka daga | kl. 8.30-16

Á vordögum mun Stoðtækjapjónusta Össurar á Íslandi taka upp nafnið ForMotion Stoðtækjapjónusta.

ForMotion er alþjóðlegt net stoðtækjapjónustu-
aðila í eigu Emblu Medical, móðurfélags Össurar.

ForMotion býður upp á stoðtækjavörur frá Össuri og veitir alhliða þjónustu og sérfræðiráðgjöf í vali og sérsníði á stoðtækjum og spelkum.



Dr. Alison Grimaldi og Hip Academy

Alison Grimaldi er aðalfyrirlesari dags sjúkraþjálfunar þetta árið, og ritnefnd setti sig í samband við hana til að kynnst henni betur.

Hvaðan ertu? Af hverju ákvaðst þú að fara í sjúkraþjálfun og hvar hlaust þú menntun þína?

Ég er frá Brisbane í Ástralíu. Ég ákvað að fara í sjúkraþjálfun þar sem ég hafði áhuga á starfsferli í heilbrigðisgeiranum og að hjálpa fólki, en ég taldi að læknisfræði hentaði mér ekki. Ég fór í starfsþjálfun sem sjúkraþjálfari og vissi þá að þetta væri rétti starfsferillinn fyrir mig. Mér fannst grunnnámið og framhaldsnámið frábært og að vinna með fólki, svo ég tók góða ákvörðun!

Ég lauk allri minni þjálfun – BS-gráðu í sjúkraþjálfun, meistara-gráðu í sjúkraþjálfun (íþróttir) og doktorsgráðu (sjúkraþjálfun) við Háskólann í Queensland, Brisbane, Ástralíu.

Hvað fékk þig til að sérhæfa þig í mjaðmavandamálum?

Þetta er algeng saga – ég lenti sjálf í mjaðmavandamálum á þrítugsaldri. Það vekur alltaf áhuga manns þegar maður lendir í vandamáli sjálfur! Ég komst að því að skilningur var mjög takmarkaður og lítið um rannsóknir á sviði mjaðmaverkja, svo ég ákvað að reyna að skilja þetta sjálf og hef haldið því áfram síðastliðin rúm 20 ár.



Alison Grimaldi er stofnandi Hip Academy, þar sem boðið er upp á mikið úrval af fræðsluefni á mismunandi miðlum fyrir sjúkraþjálfara.

Segðu okkur frá Hip Academy. Hvenær stofnaðir þú það og af hverju?

Hip Academy er miðstöð á netinu með gagnreynd námskeið og tól til að meta og meðhöndla mjaðmaverki, ásamt því að vera alþjóðlegt fagsamfélag sem kemur saman í beinni útsendingu á netinu til að takast á við krefjandi viðfangsefni og tilfelli. Markmið Hip Academy er að hjálpa heilbrigðisstarfsfólki að yfirstíga yfirþyrmandi og ruglingslegu umhverfi mjaðmaverkja með því að veita þeim dýpri skilning á svæðinu og rannsóknum, svo skjól-stæðingar þeirra geti náð betri árangri.

Ég stofnaði Hip Academy árið 2020, á meðan heimsfaraldurinn geislaði. Það var tími þar sem ég gat ekki ferðast til að veita fræðslu í gegnum staðnámskeið í þrjú ár. Fagfólk var að eyða meiri tíma



ALISON GRIMALDI

heima og á netinu, svo ég ákvað að færa námsefnið yfir á þann vettvang. Það þýddi að heilbrigðisstarfsfólk gæti nálgast hágæða fræðsluefni hvenær sem er, hvaðan sem er, til að meta og meðhöndla fólk með mjaðmaverki betur.

Af hverju eru mjaðmirnar svona flóknar?

Góð spurning. Líffærafræði og starfsemi mjaðmanna er nokkuð flókin en samt falleg! Þegar þú hefur öðlast góðan skilning á því hvernig formfræði (e. morphology), hreyfimyndur og vöðva-truflanir geta haft áhrif á liðinn, mjúkvefi og taugar, verður mun skýrara hvernig best er að meðhöndla mjaðmaverki. Einn af starfsmönnum mínum lýsti því sem að skilja loksins mjaðmirnar í þrívídd. Þetta er mjög spennandi svið til að meðhöndla og nú þegar við höfum aðgang að svona mikilli rannsóknarvinnu, heldur skilningur okkar áfram að dýpka.

Hvaða vandamál í mjaðmanum eiga sjúkraþjálfarar í mestum erfiðleikum með?

Það virðist sem stærsta áskorunin fyrir sjúkraþjálfara við meðhöndlun mjaðmaverkja sé hvað eigi að gera næst ef sjúklingurinn virðist ekki bregðast við almennum meðferðaraðferðum – eins og grunnstyrktarþjálfun fyrir rassvöðva, teygjum á mjaðmabeygjuvöðvum, ásamt hugsanlega einhverri beinni meðferð. Vandamálið hér er oft skortur á skilningi á undirliggjandi orsökum. Almennar meðferðaraðferðir geta verið nokkuð ertandi fyrir sum mjaðmavandamál. Þegar við skiljum betur „hvað“ og „hvers vegna“, getum við verið mun nákvæmari í beitingu markvissra inngrípa og náð betri árangri.

Notarðu sérstaka spurningalista þegar þú metur fólk með mjaðmavandamál?

Í klínískri vinnu geta einfaldir sjálfsmatskvarðar verið verðmætir og auðveldir í notkun, svo sem mat á verkjastyrk (sérstaklega þegar það tengist athöfn sem skiptir sjúklinginn máli), stöðugleika verkja (hlutfall þess tíma sem sjúklingurinn hefur upplifað verki síðustu viku), áhrif á virkni (eins og Patient Specific Functional Scale), og einfalt SANE (Single Assessment Numeric Evaluation) þar sem sjúklingurinn er beðinn um að meta mjaðmirnar á kvarðanum 0 til 100, þar sem 100 er eðlilegt ástand (full virkni, enginn verkur).

Einnig eru til nokkur sérhæfðari mælitæki sem hægt er að nota, svo sem HAGOS (Hip & Groin Outcome Score), HOS (Hip Outcome Score) eða iHOT spurningalistarnir fyrir verki tengda nára og mjaðmarlið. Fyrir sinakvillar höfum við sem stendur VISA-G og VISA-H fyrir þjónvöðva- og aftanlærisinakvilla, þó að vinna sé í gangi á þessu sviði til að þróa öflugri mælitæki.

Hverjar eru mikilvægustu spurningarnar sem á að spyrja sjúklinga með mjaðmaverki?

Mikilvægustu spurningarnar væru:

- Hvar er verkurinn? (Staðsetning verkjarins er frábær upphafspunktur í klínískri rökhusun).
- Hvaða stellingar og athafnir auka verkinn? (Þetta gefur þér upplýsingar um hvers konar álag er mest erandi, t.d. þrýstingur/klemma eða teygja/áskorun á stöðugleika).
- Varð slys, eða hafði eitthvað breyst á tímabilinu áður en verkurinn hófst? (Mikilvægt er að skilja hugsanleg slysa sem orsakir eða viðvarandi/endurtekið álag sem gæti hafa stuðlað að þróun verkjarins).
- eru einhverjar aðrar áskoranir sem þú ert að upplifa varðandi líkamlega eða andlega heilsu þína? (Mikilvægt er að kanna mögulega þætti tengda almennri heilsu og geðheilsu).

Verkir utanvert á mjöðm og rassi eru algengir - hvað þurfum við að hafa í huga þegar við greinum og meðhöndlum fólk með verki í rassi?

Það fyrsta sem við ættum að hafa í huga er líffærafræðin okkar – að þekkja hvaða líffæri eru á verkjasvæðinu, eða gætu vísað inn á svæðið, er frábær byrjun. Rassinn er stórt svæði og það eru margar mögulegar uppsprettur verkja. Síðan ættum við að reyna að skilja hvers konar áskorunum líffærin gætu verið útsett fyrir, með ítarlegri sögutöku og vandlegri skoðun á því hvernig sjúklingurinn framkvæmir viðvarandi eða endurteknar athafnir, eins og að sitja, standa, liggja, beygja sig, ganga, hlaupa og allar sársaukafullar athafnir.

Mikilvægt er einnig að skilja hvað sjúklingurinn þarf og vill gera - hvaða merkingarþæru athafnir eru að hafa áhrif á einstaklinginn og hver eru markmið þeirra? - hvernig myndi „árangur“ líta út fyrir þau? Að sérsníða inngripnið til að hjálpa sjúklingum okkar að ná sínum sérstöku markmiðum er nauðsynlegt fyrir bestu heildaniðurstöður.

SJÚKRAÞJÁLFARI ÓSKAST

Sjúkraþjálfari óskast til starfa á Heilsustofnun í Hveragerði Fjölbreytt og skemmtilegt starf á góðum vinnustað

Hæfniskröfur:

- Íslenskt starfsleyfi
- Faglegur metnaður og frumkvæði
- Góð þjónustulund og færni í samskiptum
- Góð íslenskukunnátta í ræðu og riti

Helstu verkefni:

- Sjúkraþjálfun
- Kennsla í hóptímum
- Útigöngur og fræðsla
- Þátttaka í þverfaglegu teymisstarfi

Aðgangur að baðhúsi og tækjasal er ókeypis fyrir starfsmenn og í hádeginu er í boði hollt og gott grænmetisfæði. Möguleiki er á húsnæði á staðnum og einnig er starfsmannarúta til og frá Olís við Rauðavatn

Nánari upplýsingar veita Sigrún Vala Björnsdóttir yfirsjúkraþjálfari, sigrunvala@heilsustofnun.is og Aldís Eyjólfssdóttir mannauðsstjóri, aldis@heilsustofnun.is, sími 483 0300

Starfið er laust frá 1.maí (eða fyrr). Umsóknarfrestur er til 21.apríl



Heilsustofnun
Náttúrulækningafélags Íslands

Berum ábyrgð á eigin heilsu



Dagur sjúkráðjálfunar

9. MAÍ 2025 Í SMÁRABÍÓI

Fyrir hádegi

VÖRUSÝNING

EUNEO HEALTH

EYLÍF / ICECARE HEALTH

FASTUS

KISO

INTER EHF

STOÐ ICEPHARMA

ÖRYGGISMIÐSTÖÐIN

ÖSSUR

FRAMKVÆMDANEFND UM DAG SJÚKRÁÐJÁLFUNAR

BIRNA ÓSK ARADÓTTIR
GUÐNÝ BJÖRG BJÖRNSDÓTTIR
KRISTINN MAGNÚSSON
JÓN GUNNAR ÞORSTEINSSON
SYLVÍA SPILLIAERT

Félag sjúkráðjálfa í samstarfi við KOMUM ráðstefnur

8.00- 9.00: SKRÁNING, SÝNING OG MORGUNHRESSING
BOÐIÐ UPPÁ MORGUNMAT Í MIÐRÝMI. VÖRUSÝNING

SALUR 1

09.00 - 09.10: SETNING

TILKYNNNT SÍÐAR

09.10-10.00: GLUTEAL TENDINOPATHY - AN UPDATE ON EVIDENCE-BASED ASSESSMENT AND MANAGEMENT STRATEGIES

DR. ALISON GRIMALDI SJÚKRÁÐJÁLFARI OG SÉRFRÆÐINGUR Í
MJAÐMAVANDAMÁLUM

10.00-10.30: ARTIFICIAL INTELLIGENCE

ASHLEY JAMES SJÚKRÁÐJÁLFARI OG EINN SÁ FREMSTI Á SVIÐI
HAGNÝTINGAR GERVIGREINDAR Í SJÚKRÁÐJÁLFUN

10.30-11.00: KAFFIHLÉ OG VÖRUSÝNING

LÉTTAR VEITINGAR. TÆKIFÆRI TIL AÐ SKOÐA VÖRUSÝNINGU OG HITTA
KOLLEGA

11.00-11.50: PANEL UMRÆÐUR: ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN HEALTHCARE

ASHLEY JAMES, PÁLL RAFNAR ÞORSTEINSSON, JÓN INGI HLYNSSON,
GUÐMUNDUR ÖRN GUÐJÓNSSON

11.50-12.30: NÝJAR ÁSKORANIR Í

HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU

RAGNAR OLGEIRSSON, SÉRFRÆÐINGUR Á ENDURHÆFINGARSVIÐI Í
HEILBRIGÐISRÁÐUNEYTI

12.30-13.45 HÁDEGISMATUR

13.25-13.45: VEGGSPJALDAKYNNINGAR

FYRIR FRAMAN SAL 1

STOÐKERFISVERKIR OG ÞREYTA HJÁ BÖRNUM Á ÍSLANDI MED
CP SEM ERU FÆR UM GÖNGU.

KYRRSETUHEGDUN BARNNA MED CEREBRAL PALSY Á ÍSLAND.

FYRIRBURAR Á ÍSLANDI: HEILSUFAR OG HREYFIPROSKI
FYRSTU 2 ÆVIÁRIN.

ÁHRIFADÆTTIR LÍKAMLEGRAR VIRKNI BARNNA OG UNGMENNA
MEÐ BARNACIGT OG JAFNALDRA.

DAGSKRÁIN HELDUR ÁFRAM EFTIR
HÁDEGI Í SÖLUM 1,3,4 OG 5.



Dagur sjúkráðjálfunar

9. MAÍ 2025 Í SMÁRABÍÓI

Eftir hádegi

	SALUR 1	Salur 3	Salur 4	Salur 5
13.45-14.00	MEIÐSLI KNATTSPYRNUKVENNA MEÐ FÓKUS Á NÁRAMEIÐSLI	EIGINDLEG VIÐTÖL UM UPPLIFUN KVENNA AF OFSPENNU Í GRINDARBOTNI	AD GREINA SLINGURÁVERKA-RÓSKUN (WHIPLASH ASSOCIATED DISORDER)	ME/LONG COVID - AKUREYRARKLÍNÍKIN
14.00-14.15	SÖLVEIG ÞÓRARINSDÓTTIR	DAGNÝ BJÖRK EGILSDÓTTIR	HARPA RAGNARSDÓTTIR	RAGNHEIÐUR HARPA ARNARDÓTTIR
14.15-14.45	AQUATIC EXERCISE IN EARLY MANAGEMENT AFTER ACL INJURY	PÁTTAKA Í ENDURHÆFINGU OG ÁHRIF ENDURHÆFINGAR Á HREYFINGU OG ÁHÆTTUÞÆTTI KRANSÆÐASJÚKDÓMS: ÞVERSNÍÐSRANNSÓKN	GREINING OG MEÐFERÐ Á STÖÐUSTEINAFLEKKI	CVI - HEILATENGÐ SJÓNSKERÐING
	BEN WALLER	JÓHANNA KATRÍN KRISTJÁNSDÓTTIR	HOLMFRIÐUR H. SIGURDARDÓTTIR OG RAGNAR FREYR GÚSTAFSSON	ESTELLA BJÖRNSSON
14.45 - 15.00	HIGH-INTENSITY TRAINING FOR INDIVIDUALS WITH CEREBRAL PALSY USING AQUATIC RESISTANCE TRAINING. PILOT STUDY	UMHVERFISVEIKINDI	GREINACERÐIR VEGNA SLYSA	HLUTVERK OG VINNA STÖÐÆKJAFRÆÐINGA Í SAMSTARFI VIÐ SJÚKRÁÐJÁLFA
15.00-15.15	INGI ÞÓR EINARSSON	LINDA GUNNARSDÓTTIR	GUBMUNDUR BJÖRNSSON ENDURHÆFINGARLÆKNIR	BJARKI HJÁLMARSSON STÖÐÆKJAFRÆÐINGUR
15.15-15.45	NEW GENERATION OF DEVICES TO USE IN AQUATIC RESISTANCE TRAINING			
	MAGNÚS GÍSLASON			
15.45-16.15	KAFFIHLÉ	KAFFIHLÉ	KAFFIHLÉ	KAFFIHLÉ
	SALUR 1			
	PANEL UMRÆÐUR: FJÖLGUN ALDRADRA EN SKORTUR ÚRRÆÐA: HVAÐ GETUM VIÐ GERT?			
	ANNA BJÖRG JÓNSDÓTTIR YFIRLÆKNIR Á LANDAKOTI STÝRIR UMRÆÐUM. JAKOBÍNA SIGURDARDÓTTIR, VILBORG KOLBRÚN VILMUNDARDÓTTIR, SIGURBJÖRG HANNESDÓTTIR			
16.15-16.45	SALUR 1	VIÐURKENNINGAR OG STYRKIR ÚR VÍSINDASJÓÐI AFHENTIR		
	RÁÐSTEFNUSLIT			
	GUNNLAUGUR MÁR BRIEM FORMADUR FÉLAGS SJÚKRÁÐJÁLFA			

Meðferðarsvörun: Erfið reynsla í æsku og þverfagleg verkjameðferð

Höfundar:

Fríða Brá Pálsdóttir, sjúkrapjálfari BSc, MSc^{1,2}
Héðinn Sigurðsson, heimilislæknir³
Dr. Sigríður Halldórsdóttir, hjúkrunarfræðingur PhD, prófessor⁴

Vinnustaðir:

1. Geðdeild Landspítala háskólasjúkrahús
2. Stígandi sjúkrapjálfun netfang: frida.palsdottir@yahoo.com
3. Heilsugæsla Höfuðborgarsvæðisins
4. Háskólinn á Akureyri

Inngangur: Verkir eru algengasta ástæða þess að fólk leitar læknis og árangur meðferðar við þeim er oft óásættanlegur. Áföll í æsku (ACE) eru algeng og rannsóknir sýna að langvinnir verkir eru ein algengasta afleiðing þeirra og að verkjameðferð nýtist þessum hópi verr en öðrum. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða reynslu kvenna, sem hafa upplifað endurtekin áföll í æsku, af þverfaglegri verkjaendurhæfingu.

Efniviður og aðferðir: Tulkandi fyrirbærafræði, tíu tilfellarannsóknir með 1-2 hálfstöðluðum viðtölum við þátttakendur sem allir voru með þrjú eða fleiri ACE stig og höfðu farið í þverfaglega verkjaendurhæfingu, samtals 17 viðtöl. Meðferðarsvörun metin með breytingum á þremur mælitækjum sem notuð voru í upphafi meðferðar og þegar fyrsta viðtal var tekið. Þátttakendum skipt í tvo hóp á eftir meðferðarsvörun.

Niðurstöður: Allir þátttakendur voru konur og áttu það sameiginlegt að hafa búið á streituvaldandi heimili í æsku sem einkenndist af drykkju, ofbeldi eða geðveiki og allir þátttakendur lifa í dag við fjölbreyttan heilsufarsvanda. Það sem einkenndi þátttakendur sem ekki svöruðu meðferð var óvirkjað streitukerfi, að hafa ekki verið spurð út í áföll og þekkingarleysi á áhrifum áfalla, ásamt stuðningsleysi fjölskyldu, nærumhverfis og heilbrigðisstarfsmanna. Þátttakendur sem svöruðu meðferð áttu hjálpleg áhugamál og höfðu tileinkað sér leiðir til streitustjórnunar og skildu tengsl áfalla og heilsufarslegra afleiðinga. Þær höfðu skilning fjölskyldu og nærumhverfis auk verndandi persónuleikabátta eins og seiglu og æðruleysi.

Ályktun: Að koma böndum á skaðlega langvarandi streitu, spyrja fólk um áföll í æsku, veita fræðslu um afleiðingar áfalla á heilsu þeirra og líðan, ásamt því að gæta þess að þessi hópur mæti skilningi og stuðningi innan heilbrigðiskerfisins gæti átt þátt í að auka meðferðarsvörun í þverfaglegri verkjaendurhæfingu.

Lykilorð: áföll í æsku, langvinnir verkir, þverfagleg verkjaendurhæfing, afleiðingar áfalla



FRÍÐA BRÁ
PÁLSDÓTTIR



HÉDINN
SIGURÐSSON



SIGRÍÐUR
HALLDÓRSDÓTTIR

Title: Treatment Responses: Adverse Childhood Experiences and Multidisciplinary Pain Rehabilitation

Authors: Fríða Brá Pálsdóttir, Héðinn Sigurðsson, Dr. Sigríður Halldórsdóttir

Abstract

Introduction: Pain is the main reason why people seek medical assistance and pain treatment, and rehabilitation outcomes are often unsatisfactory. Adverse childhood experiences (ACEs) are common, and chronic pain is one of the most common consequences of ACEs. Moreover, pain treatment shows worse outcomes for those with ACEs than others. The purpose of this study was to examine the experiences of women with ACEs of interdisciplinary pain rehabilitation.

Method: Interpretive phenomenology with ten case studies of participants with three or more ACEs undergoing interdisciplinary pain rehabilitation in all 17 semi-structured interviews. Treatment responses were evaluated from changes in three measuring tools that were administered at the start of the treatment and at the time of the first interview. Participants were then grouped into response and non-response groups.

Results: All participants were women who lived in a stressful home as children, characterized by drinking, violence and psychiatric illness. They all have a variety of health problems as adults. The group that did not respond to the treatment had an overactive stress system, had not been asked about ACEs, did not know their effect on future health, and had neither the support of family, social environment, nor healthcare professionals. The group that responded to treatment had helpful hobbies and successful ways to manage stress, had been asked about ACEs and understood the context of trauma and health problems, had an understanding of family and social environment, and had been asked about ACEs and understood the context of trauma and health problems, have an understanding family and social environment and have protective personality traits such as resilience and serenity.

Conclusion: Addressing chronic harmful stress, asking people about ACEs, educating them on the consequences of trauma on their overall health and well-being, and preventing retraumatization within the healthcare system could play a role in increasing interdisciplinary pain rehabilitation response.

Keywords: ACEs, trauma, chronic pain, interdisciplinary pain rehabilitation, consequences of trauma

Inngangur

Áföll breyta byggingu og starfsemi miðtaugakerfisins, lækka streitupól¹⁻³ og geta leitt til langvinnra verkja ásamt fjölda annarra heilsufarsvandamála.⁴ Svipaðar breytingar sjást á taugakerfi fólks með langvinna verki og þeirra sem hafa upplifað áföll.⁵⁻⁷ Heilsufarslegar afleiðingar verða alvarlegri og kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu meiri eftir því sem áföll í æsku eru fleiri og líkur á fjölveikindum aukast með auknum fjölda ACE stiga (e. Adverse Childhood Experiences).^{8,3}

Langvinnir verkir eru algeng afleiðing áfalla^{9-11,30,31} og fólk sem hefur orðið fyrir áföllum er líkleggra til að hafa meiri færni-skerðingu vegna verkjanna en þeir sem ekki hafa áfallasögu.¹² Sýnt hefur verið fram á að skimun fyrir áfallasögu ætti því að vera fastur hluti af heilbrigðisþjónustu, sérstaklega þegar fólk leitar lækniþjónustu vegna fjölbreyttra vandamála¹³⁻¹⁷ og grundvöllur þess að veita góða heilbrigðisþjónustu er að spyrja um áföll þegar fengist er við langvinna verki.^{7,17}

Áfallasaga dregur úr áhrifum verkjameðferðar¹⁸ og hefur jafnvel veruleg áhrif hana.¹⁹ Verndandi þáttum gegn afleiðingum áfalla hefur verið lýst í erlendum rannsóknum en ekki hafa verið gerðar

slíkar rannsóknir hér á landi.²⁰⁻²³ Tilgangur rannsóknarinnar var að auka þekkingu og dýpka skilning á því hvaða þættir skilja á milli þeirra sem hafa sögu um endurtekin áföll í æsku og svara verkjameðferð og þeirra sem ekki svara henni. Ekki hafa verið gerðar rannsóknir á þessu efni áður hér á landi. Rannsóknar-spurningin er: Hver er reynsla íslenskra kvenna með sögu um endurtekin áföll í æsku af þverfaglegri verkjaendurhæfingu?

Aðferðafræði

Túlkandi fyrirbærafræði, Vancouver skólinn í fyrirbærafræði, var valinn til að svara rannsóknarspurningunni, en aðferðin er mikið notuð í rannsóknum á heilbrigðisvísindasviði til að fá heildræna mynd af upplifun fólks og til að bæta mannlega þjónustu t.d. innan heilbrigðisþjónustunnar.²⁴ Aðferðin er sett fram í 12 megin þrepum og byggir á tilfellarannsóknum (e. case studies) þar sem kafað er djúpt í einstaka mál/einstakling (e. within-case analysis) (þrep 1-7) og síðan samanburðargreiningu á öllum tilfellunum (e. between-cases analysis) (þrep 8-12). Í töflu 1 er lýsing á þrepunum og hvernig rannsóknin var framkvæmd.

Vísindasiðanefnd veitti leyfi fyrir framkvæmd rannsóknarinnar (VSNb2021100022/03.01). Mögulegir þátttakendur voru skilgreindir sem íslenskumælandi einstaklingar sem höfðu lokið þverfaglegri meðferð við langvinnnum verkjum á tiltekinni endurhæfingarstofnun á höfuðborgarsvæðinu á árunum 2019-2021 og höfðu að minnsta kosti eina greiningu á verkja- eða stoðkerfisvanda skv. ICD-10 flokkunarkerfinu. Mynd 1 lýsir vali á þátttakendum og tafla 2 veitir yfirlit yfir þá 10 þátttakendur sem tóku þátt í rannsókninni.

Tafla 1. Yfirlit yfir rannsóknaraðferðina og hvernig henni var beitt í rannsókninni

ÞREP	LÝSING Á ÞREPUM	DÆMI UM RANNSÓKN
Prep 1 <i>Val á samræðufélögum</i>	Leitast er við að velja þátttakendur sem hafa bæði dæmigerða og ódæmigerða reynslu af fyrirbærinu. Allir þátttakendur fá rannsóknarnöfn	Þátttakendur voru alls 10 konur, valdar með tilgangsúrtaki, á aldrinum 30-63 ára. Meðalaldur þeirra var 50,6 ár. Tvær þessara kvenna tilheyrðu síðara tíma úrtaki. Allir þátttakendur fengu rannsóknarnöfn
Prep 2 <i>Undirbúningur hugans (áður en samræður hefjast)</i>	Fyrirframgefnar hugmyndir ígrundaðar og settar meðvitað til hliðar	Leitast var við að átta sig á fyrirframgerðum hugmyndum og leggja þær til hliðar eins vel og audið var
Prep 3 <i>Þátttaka í samræðum (gagnasöfnun). Leitast er eftir staðfestingu á túlkun rannsakanda í viðtalinu sjálfu. Staðfesting 1</i>	Tekin eru eitt til tvö hálf stöðluð viðtöl við hvern þátttakanda. Fjöldi þátttakenda er ekki ákveðinn fyrirfram heldur markast það af metnun (e. saturation) hversu marga þátttakendur er rætt við. Öll viðtöl eru rituð orðrétt og þemagreind.	Tekin voru tvö hálfstöðluð viðtöl við sjö þátttakendur og eitt hálf staðlað viðtal við þrjá þátttakendur, samtals 17 viðtöl. Í síðari tíma úrtaki var notast við endurbætta viðtalsáætlun. Fengin var staðfesting á skilningi og túlkun rannsakanda í viðtölunum sjálfum. Öll viðtöl voru rituð orðrétt og þemagreind.
Prep 4 <i>Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök (byrjandi gagnagreining)</i>	Unnið er samhliða að gagnasöfnun og gagnagreiningu og gagnagreiningin hefst strax í viðtölunum	Unnið var samhliða að gagnasöfnun og gagnagreiningu. Hugmyndum var komið í orð, hlustað, lesið, ígrundað
Prep 5 <i>Þemagreining</i>	Rannsakandi les yfir rituð viðtöl og finnur lykilsetningar og merkingu þeirra. Greinir síðan í þemu og undirþemu	Við endurtekinn lestur viðtala var rannsakandi stöðugt að velta fyrir sér og ígrunda hver rauði þráðurinn væri í frásögn hvers og eins. Greint var í meginþemu og undirþemu

Tafla 1. - Framhald

Prep 6 <i>Smíða greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda</i>	Að átta sig á heildarmynd reynslu hvers einstaklings. Meginþemu í sögu hvers þátttakanda eru dregin fram og aðalatriðin sett fram í greiningarlíkan fyrir hvern og einn	Rannsóknargögn um hvern þátttakanda voru ígrunduð og smíðað einstaklings-greiningarlíkan úr öllum þemum (meginþemum og undirþemum) varðandi þann þátttakanda
Prep 7 <i>Staðfesting á hverju greiningarlíkani (niðurstöður um hvern þátttakanda) með hverjum þátttakanda. Staðfesting 2</i>	Í hverju greiningarlíkani felst ákveðin túlkun rannsakanda. Hver þátttakandi er fenginn til að staðfesta þessa túlkun rannsakandans	Rætt við hvern þátttakanda til að hver og einn fengi tækifæri til að skoða „sitt“ greiningarlíkan, koma með athugasemdir, eða staðfesta túlkun rannsakanda. Samræður og sameiginleg ígrundun
Prep 8 <i>Heildargreiningarlíkan er smíðað úr öllum greiningarlíkönunum (fyrir hvern þátttakanda)</i>	Rannsakandi reynir að átta sig á heildarmyndinni af fyrirbærinu sjálfu, átta sig á hver er sameiginleg reynsla þeirra og hvað er frábrugðið. Rannsakandi setur fram heildargreiningarlíkan fyrir alla þátttakendur	Rannsakandandi reyndi að átta sig á heildarmyndinni á fyrirbærinu sjálfu (meginniðurstöður rannsóknarinnar), Öll einstaklingsgreiningarlíkönin voru borin saman og smíðað eitt heildargreiningarlíkan
Prep 9 <i>Heildargreiningarlíkanið borið saman við rannsóknargögnin. Staðfesting 3</i>	Rannsakandi ber saman rituðu viðtölin við heildargreiningarlíkanið	Viðtölin lesin yfir aftur og borin saman við heildargreiningarlíkanið
Prep 10 <i>Að velja rannsókninni heiti sem lýsir niðurstöðum í örstuttu máli</i>	Rannsakandinn setur fram niðurstöðu sína um fyrirbærið í örstuttu máli. Það verður yfirþema rannsóknarinnar	Rannsóknin gefur vísbendingar um að ef ekkert er aðhafst gerir ofvirk streitukerfi, sem afleiðing af óöryggi í æsku, fólki erfiðara fyrir að ná árangri í verkjameðferð. Skilningur nærumhverfis og heilbrigðiskerfis, og skilningur einstaklingsins sjálfs á samhengi sögu og ástands gæti líka verið þáttur í því að ná árangri af verkjameðferð.
Prep 11 <i>Staðfesting á heildargreiningarlíkani og yfirþema með einhverjum þátttakendum. Staðfesting 4</i>	Þróun heildargreiningarlíkans byggir alltaf að einhverju leyti á túlkun rannsakandans. Þessa túlkun er nauðsynlegt að fá staðfesta af einhverjum þátttakendum	Heildargreiningarlíkanið var kynnt einum þátttakanda sem hafði náð árangri í verkjameðferð og einum sem ekki hafði náð árangri og voru þeir samþykkir því. Síðari tíma úrtak fengið til við viðtals til að styrkja stöðir heildargreiningarlíkans enn frekar, og það endurskoðað í framhaldinu.
Prep 12 <i>Niðurstöður rannsóknarinnar skrifaðar niður þannig að raddir þátttakenda heyrast</i>	Að skrifa upp niðurstöður rannsóknarinnar. Beinar tilvitnanir í orð allra þátttakenda úr viðtölunum til að rödd þátttakenda fái að heyrast og auka þannig trúverðugleika niðurstaðna	Niðurstöðurnar skrifaðar upp með hjálp heildargreiningarlíkansins, vitnað í þátttakendur jafnóðum, svo rödd þeirra heyrast.



Mynd 1. Inntaka þátttakenda. Lýsir hvernig þátttakendur í rannsóknina voru valdir. Af þeim 159 sem voru í hópnum sem tímabil rannsóknarinnar spannaði, voru 90 sem höfðu öll gögn sem voru notuð til grundvallar þess að velja í úrtakið. Haft var samband við þau öll, en 18 afþökkuðu strax þátttöku, svo spurningalistar voru lagðir fyrir öll þau 72 sem samþykktu þátttöku og fengu kynningarbréf. Þar af voru 22 með þrjú eða fleiri ACE stig, og teljast því úrtak rannsóknarinnar. Spurningalistar sem lagðir voru fyrir við upphaf meðferðar voru lagðir fyrir aftur og 13 af 22 töldust ekki hafa svarað meðferðinni, en níu töldust hafa svarað henni. Út frá þessu var upprunalegt úrtak átta kvenna valið til að koma til viðtals. Þegar búið var að búa til greiningarlíkan úr viðtölum þeirra var ákveðið að bæta við síðara tíma úrtaki til að fá sterkari stöðir fyrir þeim vísbendingum sem komið höfðu fram og betrum bæta heildargreiningarlíkanið. Aðstodarkona rannsákanda var fengin til að taka viðtöl við tvo af þremur* fyrrum skjólstæðingum úr hóp þeirra sem svöruðu meðferðinni, til að enda með jafn marga þátttakendur úr hvorum hópi.

Tafla 2. Yfirlit yfir þátttakendur

Nafn (dulnefni)	Meðalaldur	ACE stig	Skilyrði: EQ- 5D-5L (breyting á hitamæli, bæting í spurningum um heilsu)	Skilyrði: Færni	Skilyrði: Verkir/Svefn
<i>Meðferðarsvörun</i>					
Arna		4	63, Já	Já	-6 / -1,5
Fjóla		4	50, Já	Já	-2 / 0
Helga		5	40, Já	Já	3 / 3
Silja		3	15, nei	já	-1/6
Þórunn		3	25, já, *20, já	Nei, *nei	-2/1 *-3/2
Meðaltal	48,6 ár	3,8			
<i>Ekki meðferðarsvörun</i>					
Dagmar		3	10, Nei	Já	0 / -4
Elma		11	15, Já	Nei	1 / 0
Íris		4	30, Nei	Nei	0 / 3
Klara		10	-3, Nei	Já	6 / 1
Vilborg		4	-15, Nei	Nei	1 / -4
Meðaltal	52,6 ár	6,4			

Tafla 2: Þessi tafla sýnir hvaða viðmiðum þátttakendur náðu. Til að teljast svara meðferð þurfti að uppfylla tvö af þremur skilyrðum: (1) Hækkun um a.m.k 15 stig á „hitamæli“ „heilsan þín í dag“ á skalanum 0-100 eða lækkan um eitt eða fleiri stig í fleiri en einum flokki af 5 spurningum í spurningalista um heilsu. (2) Hækkun um meira en 2 stig í meira en einni athöfn. (3) Lækkun um 2 stig eða meira í mati á verkjum eða hækkun um 2 stig eða meira í mati á gæðum svefns. Þau atriði sem uppfylla skilyrði um meðferðarsvörun eru lituð græn. *Þórunn taldi sig engu betri en við innritun í úrræðið þegar viðtal var tekið, þrátt fyrir að spurningalistar sem lagðir höfðu verið fyrir fyrir viðtal sýndu fram á annað. Spurningalistar voru því lagðir fyrir hana aftur 3 dögum eftir viðtal, til að kanna hvort staðan hafi breyst frá því listar voru lagðir fyrir. Seinni fyrirlögn er stjórnumerkt, og sýnir óbreytt niðurstöðu, hún nær settum skilyrðum til að teljast svara meðferð.

Notast var við þrjú mælitæki til að meta árangur meðferðar, EQ-5D-5L listinn sem metur heilsutengd lífsgæði og almenna heilsu, færni við athafnir daglegs lífs á 10 stiga NRS skala auk mats á verkjum og svefngæðum á 10 stiga NRS skala. Öll mælitæki voru lögð fyrir fólk sem innritast í úrræðið, og lagði rannsakandi þau aftur fyrir þegar fólk hafði svarað ACE listanum og í ljós komið að þau féllu inn í rannsóknarhópinn. Til að teljast hafa svarað meðferð þurftu þátttakendur að uppfylla tvö af þremur skilyrðum: (1) Hækkun um a.m.k 15 stig á „hitamæli“ „heilsan þín í dag“ á skalanum 0-100 eða lækkan um eitt eða fleiri stig í fleiri en einum flokki af 5 spurningum í spurningalista um heilsu. (2) Hækkun um meira en 2 stig í meira en einni athöfn. (3) Lækkun um 2 stig eða meira í mati á verkjum eða hækkun um 2 stig eða meira í mati á gæðum svefns. Tafla II sýnir breytingu þátttakenda á samkvæmt niðurstöðum á mælitækjunum þremur.

ACE spurningalistinn spyr út í andlegt, líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi, andlega og líkamlega vanrækslu, ofbeldi jafningja, ofbeldi í samfélaginu og erfiðar aðstæður á heimili, svo sem skilnað, fangelsisvistun, geðrænan vanda, neyslu vímuefna eða ofbeldi gegn móður. Niðurstaða úr innritunarmælingu og mælingum rannsakenda var notuð til grundvallar þess að meta meðferðarsvörun. Tuttugu og tveir einstaklingar af þeim 72 sem haft var samband við voru með mikla áfallasögu (3 eða fleiri ACE stig)

og voru þátttakendur valdir úr þeirra hópi. Þátttakendur voru tíu og gerð var tilfellarannsókn um hvern og einn þeirra og þær svo bornar saman til að fá heildar greiningarlíkan rannsóknarinnar.

Niðurstöður

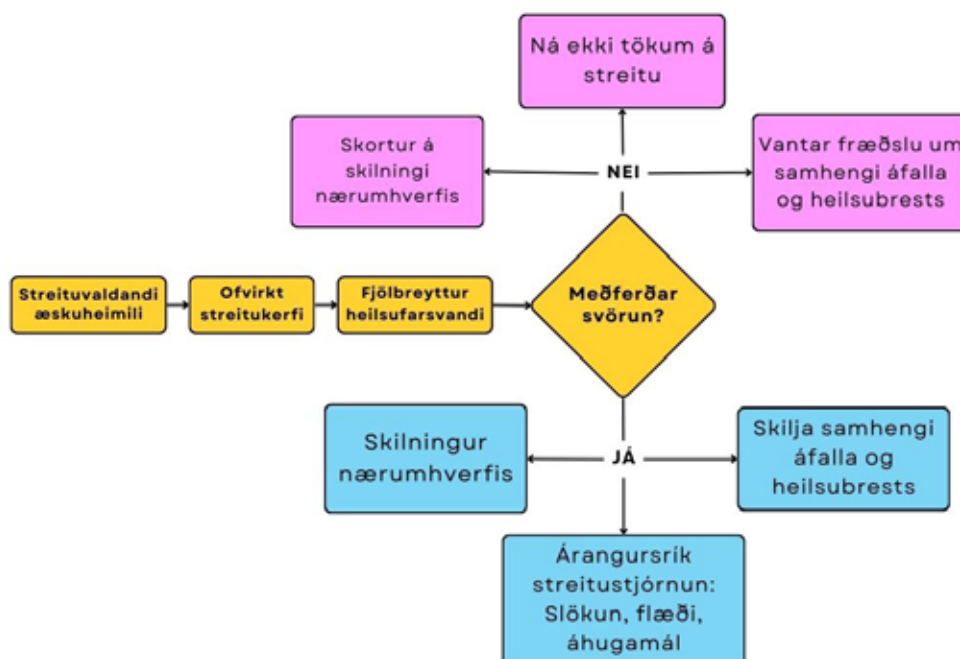
Þátttakendur voru með allar gerðir áfalla. Allir þátttakendur áttu það sameiginlegt að hafa búið á streituvaldandi heimili í æsku sem einkenndist af drykkju, ofbeldi eða geðsjúkdómum foreldra og allir lifa í dag við fjölbreyttan heilsufarsvanda. Þátttakendur sem töldust svara meðferð voru yngri (meðalaldur 48,6 ár) og höfðu færri ACE stig að meðaltali (3,8) en þær sem ekki svöruðu meðferð (52,6 ár og 6,4 ACE stig). Það sem einkenndi þátttakendur sem svöruðu ekki meðferðinni var ofvirkjað streitukerfi (þar sem ótta-flóttu viðbragð eða stjarfa ástand er ráðandi), þekkingarleysi á áhrifum áfalla, ásamt stuðningsleysi heilbrigðisstarfsfólks, fjölskyldu og nærumhverfis. Þátttakendur sem svöruðu meðferðinni áttuðu sig á tengslum áfalla og heilsufarslegra afleiðinga, nýttu góðar leiðir til slökunar, höfðu stuðning fjölskyldu, hjálpleg áhugamál, og verndandi persónuleikabætti eins og seiglu og æðruleysi. Mynd 2 sýnir þemu og undirþemu og hvernig þau falla að hópnum tveimur og mynd 3 sýnir mólél rannsakenda um það hvernig þessir þættir spila saman og hafa áhrif á möguleika fólks til að ná bata af langvinnum verkjum.

ÞEMA	ALLAR	MEÐFERÐAR SVÖRUN	EKKI MEÐFERÐAR SVÖRUN
Ofvirkt streitukerfi: Alltaf á varðbergi, viðkvæmar, hugrofseinkenni fyrr og nú, skömm, erfitt að slaka á, skert álagspól		÷	✓
Slökun, flæði, áhugamál: Gagnleg áhugamál sem þær stunda, eiga sér öruggan stað þar sem þær geta slakað á og hlaðið batterín		✓	÷
Flókin heilsufarsvandi: Andlegir og líkamlegir sjúkdómar, skortur á útskýringum, endurtekin áföll í heilbrigðikerfinu, ráðaleysi varðandi meðferð	✓		
Streituvaldandi æskuheimili: Neysla áfengis eða efna á heimilinu, ofbeldi gegn þeim eða móður þeirra, geðsjúkdómar foreldra, foreldrun	✓		
Verndarenglar: Fullorðinn í nærumhverfi sem barnið gat leitað til og reyndist því vel	✓		
Að sjá samhengið: Spurt um áfallasögu af heilbrigðisstarfsfólki, fræðsla um tengsl einkenna og áfalla, úrvinnsla erfiðrar reynslu		✓	÷
Skilningur: Styðjandi fjölskylda nú og í æsku, viðeigandi viðbrögð við áföllum, skilningur í kerfinu		✓	÷

Meðferðarsvörun: BJARTSÝNI, ÆDRULEYSI, SEIGLA, AÐLÖGUN Á DAGLEGU LÍFI

EKKI meðferðarsvörun: KYNSLÓÐASMIT ÁFALLA, OFBELDISSAMBÖND, UTANVELTA, SVARTSÝNI

Mynd 2. Yfirlit yfir þemu úr heildargreiningarlíkani. Sýnir þau þemu sem greind voru í heildargreiningarlíkani rannsóknarinnar. Sýnt er hvernig þemun birtast þeim sem svöruðu meðferð og þeim sem ekki svöruðu henni. Neðst á myndinni eru talin upp þemu sem komu líka fram, en voru ekki sameiginleg öllum þátttakendum í hvorum hóp, en rannsakendur telja engu að síður mikilvæg fyrir niðurstöður rannsóknarinnar.



Mynd 3. Myndræn framsetning á niðurstöðum rannsóknar. Módel rannsakennda af því hvernig þættir í æsku og viðbrögð við þeim hafa áhrif á það hvort konurnar svöruðu meðferðinni eða ekki.

Ofvirkir streitukerfi kemur í veg fyrir bata

Munurinn á hópunum tveimur kristallast vel í ástandinu á streitukerfum þeirra. Þær sem ekki svöruðu meðferð lýsa ástandi í ósjálfráða taugakerfinu sem einkennist af ofvirkjun sympatíska hluta kerfisins, eða parasympatískum stjarfa. Þær lýsa því meðal annars að vera alltaf á varðbergi, eiga erfitt með að slaka á og fara allt á hnefanum, eru jafnvel grátgjarnar þegar þær hafa ekki verið það áður:

Ég næ ekki að slaka á ég næ ekki að hafa gaman.... ég hef ekki tíma í neitt en samt hef ég allan tímann í heiminum..

- Elma

Þær lýsa því að þær stundi engin áhugamál og hafi jafnvel ekki eirð í sér til að eiga áhugamál, að þær hafi ekki tíma í að sinna sér þó svo að tíminn flækist oft fyrir þeim. Orð Írisar lýsa þessu ástandi ágætlega, þegar hún lýsir því að henni sé ráðlagt að taka því rólega og slaka á, en orðin hafa engin áhrif: „Ég djöflast bara áfram“. Þær sem svöruðu meðferð lýsa hins vegar leiðum til slökunar, hugleiðslu, útivist, samveru með ástvinum, áhugamálum eins og lestri, handavinnu og kórsöng:

“Ég kem yfirleitt öll betri heim af söngæfingum. Líður betur og búin að anda fullt”

- Helga

Þær hafa reynslu af hugleiðslu og nota hana í daglegu lífi og finna hvenær þær þurfa að draga sig í hlé og hlaða batteríin, biðja um og fá þann stuðning sem þær þurfa. Þær lýsa því að hafa meiri þjálfun en hinar í að vera í öryggisástandi, sem einkennist af eðlilegum sveiflum á milli sympatískrar örvunar og parasympatískrar slökunar, sem er nauðsynlegt til að ná bata á andlegum og líkamlegum vandamálum. Silja lýsir ýmsum bjargráðum og áhugamálum sem hún stundar sér til sjálfshjálpar og ánægju, getur gleymt stað og stund og hjálpar henni að berjast við streituna:

„Ég er búin að vera að vinna í því í mörg ár að breyta lífi mínu til hins betra. En það er hörku vinna“

Svo virðist sem ástandið á taugakerfinu og hversu vel þær höfðu tileinkað sér leiðir til streitustjórnunar og slökunar gefi vísbendingu um meðferðarsvörun.

Flókin heilsufarsvandi

Allar konurnar hafa upplifað mikinn heilsuþrest sem byrjaði oft í æsku. Þær lýsa kvíða, stöðugum magapínnum, svefnerfiðleikum og stöðkerfisverkjum:

“Ég var alltaf gubbandi. Fyrsta sem kennarinn minn gerði þegar ég mætti í skólann var að setja fötu við hliðina á mér..”

Þannig lýsir Klara viðbrögðum við óútskýrðum kviðverkjum og uppköstum. Stuttu seinna fer hún í sína fyrstu aðgerð, en þegar fyrsta viðtal var tekið voru aðgerðirnar orðnar á milli 30 og 40, vegna fjölbreyttra vandamála. Konurnar lýsa andlegum vandamálum, höfuðverk, migreni, ljós- og hljóðnæmi, ofnæmi, gigtar-sjúkdómum, hjartavandamálum og ekki síst verkjavanda. Þær

upplifa verkjavandann flestar sem óútskýrðan og ógreindan. Þær upplifa ráðaleysi í heilbrigðiskerfinu og jafnvel að starfsfólk heilbrigðiskerfisins hlusti ekki eða trúir þeim ekki:

“Það fannst ekkert að mér. Ég fór oft í myndrannsóknir og allt leit bara vel út. Hvernig getur það verið? Hvernig get ég verið svona verkjuð en það er ekki neitt að?”

Arna lýsir þessari gremju, að leita svara og koma alls staðar að lokuðum dyrum. Hún upplifir sig ímyndunarveika og bjargarlausu. Klöru sárnar að vera sagt að hún þurfi bara að “setta sig við þetta” þegar læknar standa ráðþrota frammi fyrir vanda hennar. Reynsla kvennanna er af fjölbreyttum heilsufarsvanda, skilningsleysi heilbrigðiskerfisins og takmarkaðri aðstoð.

Streituvaldandi æskuheimili: Drykkja, ofbeldi og geðsjúkdómar

Allar konurnar lýstu því að hafa alist upp við óöryggi á heimilinu, þar sem foreldri eða foreldrar misnotuðu áfengi eða önnur efni, eða glímdu við geðsjúkdóma sem lituðu heimilislífið. Þórunn lýsir því svo „maður þurfti alltaf að byrja á því að þefa út í loftið og finna hvernig aðstæðurnar voru heima“ þegar hún gekk inn um dyrnar heima sem lýsir þessari stöðugu óvissu og óöryggi sem konurnar upplifðu í æsku. Þær lýstu því hvernig neyslan og ófriðurinn sem henni fylgdi hafði neikvæð áhrif á líf þeirra. Arna lýsir því að kvíða helgunum og vakti langt fram á nótt til að fylgjast með og reyna að hafa stjórn á aðstæðum og Elma lýsir því að hún hafi reynt að skerast í leikinn þegar pabbi hennar veittist að mömmu hennar. Klara lýsir truflun á heimilinu vegna drykkju svona:

“Pabbi drakk, hún þurfti oft að fara með okkur til ömmu því pabbi kom reiður heim og hún með glóðarauga.”

Hún lýsir heimili sem er haldið í heljargreipum og börnum sem horfa upp á afleiðingar ofbeldisins. Sex kvennanna ólust upp við andleg veikindi á uppvaxtarheimilinu. Vilborg lýsir því að veikindi móður hennar hafi tekið pláss og litað andrúmsloftið en hafi haft takmörkuð áhrif á heimilislífið. Þórunn og Silja hins vegar lýsa því að veikindi foreldris hafi litað allt heimilislífið, og lýsa foreldrun (e. parentification) þar sem þær taka á sig ábyrgð sem veika foreldrið veldur ekki. Ekki kom fram munur á upplifun kvennanna á östðugleika á heimili í æsku eftir hópum en athygli vekur að þrjár af þeim fimm sem svöruðu ekki meðferð áttu föður á sjó, og ein til viðbótar ólst ekki upp með föður sínum. Dætur sjómanna lýstu mikilli röskun á heimilislífi þegar hann var í landi; drykkja, ofbeldi og ófriður. Elma lýsir því að 11 ára hafi hún hætt að sofa á nóttunni til þess að reyna veikum mætti að passa upp á mömmu sína, sem varð fyrir ofbeldi föður hennar þegar hann var í landi og þau í glasi. Hún vakti í þeirri von að hún gæti stigið inn í og komið í veg fyrir ofbeldi og varð oft sjálf fyrir ofbeldi í þessum tilraunum. Arna lýsir svipuðum aðstæðum:

“Mér fannst ég alltaf þurfa að vera heima.. og ég gat aldrei sofnað [...] ég þurfti alltaf að vera á staðnum.. ekki það að ég hefði getað gert eitthvað.. en mér fannst pabbi halda aðeins meira aftur af sér ef að ég var heima.”

Börn sem alast upp í umhverfi sem er óöruggt sýna oft mörg merki um foreldrun: þau byrja að vinna á barnsaldri til að sjá fyrir heimilinu og axla ábyrgð sem er ekki á færi barna að axla. Þátt-takendur lýstu því að þær reyndu með veikum mætti að hafa stjórn á aðstæðum þar sem óreiðan var við völd.

“Mamma biður mig að fara með þabba niðri bæ að kaupa jólagjafirnar og ég fæ ein fyrirmæli, að fara ekki þar sem er... áfengi... og hvað átti ég að gera?”

Foreldrun af þessu tagi veldur veldur streitu, þar sem börnin standa ekki undir þeirri ábyrgð sem á þau er sett, og upplifun kvenanna endurspeglar þetta.

Verndarenglar: Jákvæðir áhrifabættir í æsku

Konurnar lýsa því að hafa átt manneskju sem þær gátu leitað til sem lét sig stöðu þeirra og velferð ekki óviðkomandi. Oft var þetta einstaklingur innan fjölskyldu en einnig úr heilbrigðis-, mennta- eða félagsþjónustunni. Meira að segja Elma, sem bjó með móður sem drakk og föður sem beitti þau öll ofbeldi upplifði það að finna öryggið í fangi móðurbróður síns þegar þau fluttu til ömmu hennar. Aðrar lýsa hlutverk verndarenglanna ekki alveg jafn bókstaflega, en Helga lýsir því að barnaskólakennari sá einhverja hegðun sem hringdi viðvörunarbjöllum og brást við með því að sinna henni “alveg extra vel” og gera skólaumhverfið að öruggu skjóli sem hún átti ekki heima. Þá lýsir Silja því að fólkið í næsta húsi hafi alltaf verið henni „foreldrar númer tvö“.

Að sjá samhengið: Mikilvægi fræðslu og úrvinnslu áfalla

Konurnar fimm sem rætt var við sem svöruðu ekki meðferð mundu ekki til þess að hafa verið spurðar út í áfallasöguna sína innan heilbrigðiskerfisins, og ekki verið fræddar um afleiðingar áfalla. Helga segir, hins vegar, hjálpa sér að vera meðvitund um að vanlíðan og vandamál dagsins geti tengst sögunni og Fjóra segir að talað hafi verið um að þegar maður lendi í svona þá „fari líkaminn“. Þá var greinilegur munur á milli hópana hvað varðar úrvinnslu erfiðrar reynslu. Fjóra hefur ekki fundið þörf fyrir að leita til fagaðila til úrvinnslu en hefur í gegnum tíðina átt stuðnings-net sem hún leitar til þegar hún hefur þörf fyrir það en Arna, Þórunn, Silja og Helga hafa allar gengið til sálfræðings árum saman. Reynsla Dagmars er að sú aðstoð sem bauðst á sínum tíma hentaði henni ekki, Klara hefur aldrei náð almennilega utan um áfallasöguna sína í sálfræðimeðferð og Elma hafði aldrei sagt neinum alla sína sögu fyrr en hún tók þátt í rannsókninni.

Skilningur á aðstæðum og viðurkenning á upplifun

Konurnar sem svöruðu meðferðinni upplifa allar stuðning og skilning síns nærumhverfis og lýsa því á mismunandi tímapunktum í lífinu. Foreldrar eða nærumhverfi bregst við á videigandi hátt þegar þær greina frá áföllum og fá viðurkenningu á að þeirra upplifun sé rétt. Þetta á þó ekki við um þær Silju og Þórunni sem búa við stöðugt óöryggi vegna veikinda foreldra. Fjóra lýsir viðbrögðum foreldra sinna þegar þau komust að því að hún hafi verið misnotuð þegar þau slíta tengsl við ofbeldismanninn og eru henni innan handar í úrvinnslu eftir áfallið. Þá lýsa þær því að fjölskyldan gefi þeim svigrúm og sýni því skilning þegar þær þurfa að draga sig úr aðstæðum, eða huga að sinni heilsu og líðan á einn eða annan hátt. Arna lýsir því að maðurinn hennar taki alltaf vel í

það þegar hún þarf smá pásu frá fjörugu heimilislífi með ungum börnum til þess að minnka streitu og halda heilsu. Í þessum tilfellum fer hún inn í herbergi og hlustar á hljóðbók og róar líkamann niður áður en hún kemur aftur fram í hasarinn. Sama staða er ekki uppi á teningnum hjá hinum konunum fimm. Þær upplifa að nærumhverfi bregst þeim þegar áföll dynja yfir, eða að þær geti ekki treyst nærumhverfinu til að taka mark á þeim og segi því ekki frá ofbeldi sem þær urðu fyrir sem börn. Vinnustaðir gera ósanngjarnar kröfur stuttu eftir erfiða lífsreynslu og fjölskylda tekur ekki þátt í heimilishaldi svo ábyrgðin lendir alfarið á þeim sem gerir þeim erfitt fyrir að sækja og sinna endurhæfingu. Klara lýsir því að álagið heima fyrir og skortur á skilningi fjölskyldu standi bata hennar fyrir þrifum og hún “nái aldrei að ná sér” vegna þessa.

Fleiri þættir skilja hópana tvo að. Þær sem svöruðu ekki meðferð höfðu flestar sögu um að hafa verið í ofbeldissamböndum og lýsa kynslóðasmiti áfalla. Þær upplifa sig utanveltu í heiminum, tilheyri ekki eða eigi ekki skilið að taka pláss. Viðhorf þeirra til heimsins er almennt svartsýnna en hinna kvennanna, þær upplifa heiminn ósanngjarnan og jafnvel hættulegan. Þær sem svöruðu meðferð lýsa breytingum sem þær hafa gert á athöfnum daglegs lífs til að minnka kröfur á þær sem gætu komið illa niður á heilsufari þeirra og hafa í ríkara mæli verndandi persónuleikabætti, eins og þrautseigju, bjartsýni og æðruleysi. Rannsakendur setja fram líkan um hvernig þættirnir sem komu fram í þemagreiningunni tengjast og mögulega útskýringu á því hvers vegna aðeins sumir fá árangur af verkjameðferð í mynd 3.

Umræða

Allar konurnar lifðu við fjölbreyttan heilsufarsvanda, sem samræmist því sem aðrar rannsóknir hafa lýst um þennan hóp.^{3,8} Vísbendingar eru um að ákveðnir þættir greini á milli þeirra sem fá árangur af verkjameðferð og þeim sem ekki fá árangur, en þessir þættir eru teknir saman í mynd 2.

Hagnýting á niðurstöðum rannsóknar er í senn einföld og mjög flókin. Heilbrigðisstarfsfólk getur strax nýtt sér nokkrar vísbendingar sem rannsóknin gefur um meðferð þessa hóps, en það er að spyrja um áfallasögu þegar fengist er við langvinna verki eða flókin og fjölbreytt heilsufarsvandamál, sem áður hefur verið bent á að tilheyra eigi meðferð hópsins.^{7, 13-16,29} Í því samhengi er auðvelt að nýta t.d. ACE-listann um áföll og erfiða reynslu í æsku. Fræðsla um samhengi áfalla í æsku og tengsla þeirra við einkennin sem fólk er að kljást við í dag virðist líka geta leitt til heilstæðari bata en þegar horft er til einkennanna einna og sér.²⁵⁻²⁷ Áfallamiðuð nálgun er góð til að þessi hópur upplifi að á hann sé hlustað innan heilbrigðiskerfisins og leiðir til betri ástundunar og meðferðarhaldni en hefðbundin þjónusta fyrir hann.^{16,28} Erfiðara er að eiga við streituvaldandi aðstæður á uppvaxtarheimilum og áhrifum langvinnar streitu, en sýnt hefur verið fram á mikilvægi styðjandi nærumhverfis, verndarengla og þrautseigju í því að sigrast á afleiðingum áfalla og langvinnrar streitu og niðurstöður rannsóknarinnar endurspeglar þær niðurstöður.^{20-23,29} Rannsóknarniðurstöður gefa vísbendingar um að mögulega sé hægt að gera meðferð fólks með áfallasögu og langvinna verki árangursríkari og mikilvægt er að rannsaka það frekar hvernig hægt er að veita bjargráð og aðstoða þennan hóp að fást við sín heilsufarsvandamál.

Áhugavert er að ein þeirra sem skilgreinist skv. spurningalistum í hóp þeirra sem fékk árangur telur heilsu sína engu betri en þegar endurhæfing hófst, en líklega eru persónuleikabættir, t.d. hörmunga-hygga (e. catastrophizing) sem þýðir að einstaklingur festir sig við verstu mögulegu útkomu frammi fyrir óvissu, eða aðrir þættir sem lita þennan mismun á mælingum og huglægu mati hennar.

Rannsókn af þessu tagi hefur ekki verið gerð áður. Í ljósi þess hve þessi hópur svarar meðferð illa er mikilvægt að afla upplýsinga og auka skilning á því hvernig hægt er að ná betri meðferðarárangri.

Veikleikar rannsóknarinnar eru að annar heilsufarsvandi en verkja-vandi var ekki tekinn til athugunar og áföll seinna á lífsleiðinni ekki tekin til umfjöllunar. Auk þess er ekki ljóst hvort metun er náð með þessum 10 þátttakendum. Þá var ekki tekið tillit til annarra þátta í vali á þátttakendum, svo sem félagslegrar stöðu. Einnig er úrtakið í rannsókninni valið útfra þeim forsendum eingöngu að þátt-takendur hafi farið í tiltekið úrræði, en þeirra fyrri meðferðarsaga eða lengd vanda er ekki sérstaklega skoðuð.

Heimildir

- Crofford LJ. Violence, stress, and somatic syndromes. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(3):299-313.
- Hamberger, LK, Barry C, Franco Z. Implementing trauma-informed care in primary medical settings: evidence-based rationale and approaches. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2019;28(10):1-20.
- Tómasdóttir MÓ, Sigurðsson JA, Petursson H, Kirkengen AL, Krokstad S, McEwen B et al. Self-reported childhood difficulties, adult multimorbidity and allostatic load: a cross-sectional analysis of the Norwegian HUNT study. *PLoS One*. 2015;10(6):e0130591
- Nelson S, Burns M, McEwen B, Borsook D. Stressful experiences in youth: „set-up“ for diminished resilience to chronic pain. *Brain Behav Immun Health*. 2020;5:100095.
- Amris K, Williams A. Managing chronic pain in survivors of torture. *Pain Manag*. 2015;5(1):5-12.
- Jänig W. Relationship between pain and autonomic phenomena in headache and other pain conditions. *Cephalalgia*. 2003;23 Suppl 1:43-8.
- Spiegel DR, Shaukat AM, Mvroskey AL, Chatterjee A, Ahmadi T, Simmelink D et al. Conceptualizing a subtype of patients with chronic pain: the necessity of obtaining a history of sexual abuse. *Int J Psychiatry Med*. 2016;51(1):84-103.
- Hughes K, Ford K, Kadel R, Sharp, CA Bellis MA. Health and financial burden of adverse childhood experiences in England and Wales: a combined primary data study of five surveys. *BMJ Open*. 2020;10(6):e036374
- Sigurðardóttir, S. Childhood sexual abuse: consequences and holistic intervention (Doktorsritgerð). Heilbrigðisvísindasvið, Hjúkrunarfræðideild, Háskóli Íslands, 2017.
- Sigurðardóttir S, Halldórsdóttir S. Repressed and silent suffering: consequences of childhood sexual abuse for women's health and well-being. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(2):422-32.
- Uvelli A, Ribaudo C, Gualtieri G, Coluccia A, Ferretti F. The association between violence against women and chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 2023;24(1):321.
- Wuest J, Ford-Gilboe M, Merritt-Gray M, Wilk P, Campbell JC, Lent B et al. Pathways of chronic pain in survivors of intimate partner violence. *J Womens Health*. 2010;19(9):1665-74
- Goodfellow A, Bone C, Gelberg L. They didn't believe her pain: my education in interpersonal violence. *Ann Fam Med*. 2018;16(4):361-3.
- McCall-Hosenfeld JS, Winter M, Heeren T, Liebeschutz JM. The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *J Psychosom Res*. 2014;77(3):196-204.
- Poleshuck E, Mazzotta C, Resch K, Rogachevsky A, Bellenger K, Raimondi C, et al. Development of an innovative treatment paradigm for intimate partner violence victims with depression and pain using community-based participatory research. *J Interpers Violence*. 2018;33(17):2704-24.
- Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup, NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82.
- Alhalal E, Ford-Gilboe M, Wong C, AlBuhairan F. Factors mediating the impacts of child abuse and intimate partner violence on chronic pain: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):160.
- Nordin L, Perrin S. Pre-treatment pain predicts outcomes in multimodal treatment for tortured and traumatized refugees: a pilot investigation. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1686807.
- Määttä J, Martikainen A, Pakarinen M, Ikäheimo TK, Nissen M, Von und zu Fraunberg M, et al. High level of childhood trauma predicts a poor response to spinal cord stimulation in chronic neuropathic pain. *Pain Physician*. 2019;22(1):E37-E44.
- Centers for disease control and prevention. Violence prevention: adverse childhood experiences (ACEs). <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/about.html>
- Crouch E, Probst JC, Radcliff E, Bennet KJ, McKinney SH. Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) among US children. *Child Abuse Negl*. 2019;92:209-18.
- Ortiz R. Building resilience against the sequelae of adverse childhood experiences: rise up, change your life, and reform health care. *Am J Lifestyle Med*. 2019;13(5):470-90.
- Youssef NA, Belew D, Hao G, Wang X, Treiber FA, Stefanek M et al. Racial/ethnic differences in the association of childhood adversities with depression and the role of resilience. *J Affect Disord*. 2017;208:577-81.
- Halldórsdóttir, S. The Vancouver School of Doing Phenomenology. Í: Fridlund B, Hildingh C. (ritstjórar), *Qualitative research methods in the service of health*. Lund: Studentlitteratur, 2000:47-81.
- Bryan RH. Getting to why. Adverse childhood experiences' impact on adult health, *J Nurse Pract*., 2019;15(2):153-7.
- Lumley MA, Yamin JB, Pester BD, Krohner S, Urbanik CP. Trauma matters: psychological interventions for comorbid psychosocial trauma and chronic pain. *Pain*. 2022;163(4):599-603.
- Ranjbar N, Matt E. Adverse childhood experiences and trauma-informed care in rehabilitation clinical practice. *Arch Rehabil Res Clin Transl*. 2019;1(1-2):100003.
- Craner JR, Lake ES, Barr AC, Kirby KE, O'Neill M. Childhood adversity among adults with chronic pain: prevalence and association with pain-related outcomes. *Clin J Pain*. 2022;38(9):551-61.
- Matos A, Pais D, Canha I, Duarte M, Pereira R, Cardoso J et al. Relationship between positive and adverse childhood experiences and resilience in adulthood. *Med Sci Forum*. 2023;22(1):48.
- Pálsdóttir VH, Jónsdóttir Þ, Óskarsson GK. Tengsl langvinnra verkja á fullorðinsárum og sálrænna áfalla í æsku. *Læknablaðið*. 2023;109(2):67-73.
- Zubieta C, Dutt A, Zhu G, Pierce J. Sexual assault experiences and differential impacts on pain outcomes. *J Pain*. 2023;24(4):92.



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



Efling sjúkrabjálfun
Hafnarstræti 97
600 Akureyri
Sími 461 2223
efling@eflingehf.is
eflingeflingehf.is

Starfræn taugaeinkenni

Helgina 15.-17. nóvember 2024 héldu sjúkrahjálfararnir Glenn Nielsen (G) og Cameron Moss (C) námskeið um starfræn taugaeinkenni (FND) á vegum Fræðslunefndar FS og var uppselt á námskeiðið. Í kjölfar námskeiðsins fengum við þá félaga í viðtal við Sjúkrahjálfarann.

Til að byrja með segið okkur aðeins frá ykkur sjálfum

G: Ég er upprunalega frá Vestur-Ástralíu, þar ólst ég upp og menntaði mig sem sjúkrahjálfari og hef starfað sem slíkur síðan 2004. Ég flutti til Bretlands árið 2007 og hef búið þar síðan. Um 2012 fór ég að sérhæfa mig í starfrænum taugaeinkennum (functional neurological disorder) (FND). Ég hef verið í klínískum rannsóknum síðan um 2014 og lauk doktorsprófi í FND árið 2017.

C: Ég ólst upp í austurhluta Englands og lauk gráðu í íþróttavísindum áður en ég hóf nám í sjúkrahjálfun. Ég útskrifaðist árið 2008 sem sjúkrahjálfari og starfaði á ýmsum einkareknum og opinberum stöðum áður en ég sérhæfði mig í FND árið 2018. Ég lauk meistaranámi í geðheilbrigðisfræðum og er núna í tíma-bundinni rannsóknastöðu.

G: Ég held að ég hafi lent á þessu sviði fyrir tilviljun. Ég starfaði á taugalækningadeild þar sem margir voru lagðir inn til rannsókna og greiningar og margir þessara einstaklinga enduðu með að greinast með FND. Mér fannst þetta mjög áhugavert. Ég hafði trú á að sjúkrahjálfun hefði mikið vægi í meðferð þessa einstaklinga en það var lítið í boði á þeim tíma.

C: Ég held að ástæðan fyrir því að ég starfa við FND sé vegna almenns áhuga míns á sviði taugaendurhæfingar. Ég er heillaður af fólki og sögum þess. Þegar unnið er með FND þarf maður að kynnast sjúklingunum sínum mjög vel, maður þarf að skilja hvað gæti kallað fram einkenni þeirra. Að vinna á þessu sviði hefur þróað klíníska rökhusun mína og hreyfinga greiningarhæfni og sett kröfur á mig sem meðferðaraðila. Ég tel mig vera í forréttindastöðu að fá að starfa á þessu sviði.

Teljð þið að klínísk nálgun sjúkrahjálfara hafi breyst í meðhöndlun FND einkenna á síðustu árum?

G: Ég tel að það hafi orðið gríðarleg breyting á síðustu 10 til 15 árum í allri klínískri meðferð FND. Ég held að þessi breyting sé aðallega drifin áfram af nákvæmari og flóknari lífsálfræðilegum skilningi á fólki með FND og einkennum þeirra. Það sem dró mig sérstaklega að þessu sviði og hefur mótað starfshætti mína er þegar farið var að útskýra einkenni með forspárvinnslu eða virkri ályktun til að útskýra hvernig einkenni myndast út frá starfsemi heilans. Þetta fékk mig til að hugsa um mismunandi leiðir og aðferðir sem sjúkrahjálfun gæti notað til að hjálpa fólki með FND. Margir aðrir fagaðilar og rannsakendur eru einnig að hugsa á þennan eða svipaðan kerfisbundinn hátt, sem gerir þetta að spennandi sviði innan sjúkrahjálfunar. Svið sem er í stöðugum breytingum, til framfara og bættis árangurs í meðferð fólks með FND.



GLENN NIELSEN



CAMERON MOSS

C: Þegar ég byrjaði fyrst að vinna með fólki með FND, var sjúklingum sinnt á sama hátt og fólki með aðra taugasjúkdóma eins og heilablóðfall, þar sem meðferðin virkaði oft ekki, sem leiddi til þess að sjúkrahjálfarar urðu pirraðir og misstu sjálfstraust. Stundum var FND álitid geðheilsuvandamál og sjúklingar voru sendir til sálfræðings eða geðlæknis án þess að hitta sjúkrahjálfara til að fá aðstoð við hreyfingar sínar. Nú skiljum við hlutina öðruvísi og sjúkrahjálfun er almennt talin gagnleg fyrir marga með FND. Við getum notað hreyfipjálfun til að bæta einkenni og við höfum séð breytingu á sjálfstrausti sjúkrahjálfara í getu þeirra til að hjálpa fólki með FND.

Hverjar eru áskoranirnar við að vinna með fólki með FND?

C: Í fyrsta lagi eru fólki oft með önnur heilsufarsvandamál samhliða sem við getum mögulega ekki tekið á með sjúkrahjálfun, eða höfum aðeins takmörkuð áhrif á. Til dæmis vandamál tengd verkjum, þreytu, hugrænni þöku/heilaþöku og geðrænum erfiðleikum. Önnur áskorun snýr að skilningi og fræðslu sjúklinga. Þetta er flókin greining. Fólki gæti skilið aðrar greiningar eins og heilablóðfall, en það skilur ef til vill ekki hvað veldur FND. Einnig er skortur á þjónustu fyrir FND í Bretlandi og löng bið er í þá þjónustu sem er til staðar. Þetta er algengur vandi hjá fólki en því miður erum við eftirbátar þegar kemur að því að bjóða viðeigandi endurhæfingu.

G: Annað vandamál er að fyrir marga er FND langvinnur vandi og einkenni geta verið viðvarandi til lengri tíma. Þetta getur verið krefjandi sem sjúkrahjálfari, en einnig mjög krefjandi fyrir sjúklinga. Hluti af færninni felst í því að hjálpa fólki að lifa vel með langvinnu ástandi og setta sig/gangast við þeirri hugmynd að sum heilsufarsvandamál séu ef til vill ekki auðleysanleg.

Hvað finnst ykkur mest gefandi við að vinna með fólki með FND?

C: Mér finnst ótrúlega gefandi að sjá fólki ná framförum. Það er svo áhrifarík upplifun að sjá fólki skilja, kannski í fyrsta skipti, hvað er að gerast í heila þeirra og líkama.



Sif Gylfadóttir og Þóra Andrésdóttir sjúkrabjálfarar á ferð um Ísland með Glen og Cameron

G: Þetta er eitt af fáum sviðum í taugalæknisfræði þar sem sjúklingar geta náð verulegum framförum/bata í einkennum sínum. Þó að það sé tiltölulega sjaldgæft geta sumir upplifað að einkennin hverfi alveg, sem er að sjálfsögðu mjög gefandi sem sjúkrabjálfi. Hitt sem ég tek eftir er að flestir sjúklingar mínir eru mjög áhugasamir og það er ánægjulegt að vinna með fólki sem er spennt fyrir sjúkrabjálfun.

Getið þið sagt okkur frá Physio4FMD rannsókn ykkar, í hverju felst hún?

G: Við höfum þróað sjúkrabjálfunaraðferð okkar í nokkur ár núna og hún hefur verið sett fram í formi verkferla í Physio4FMD rannsókn okkar. Það hefur sýnt sig að það sem skiptir mestu máli er að velja vandlega þátttakendur í meðferðinni. Þeir einstaklingar með FND sem hafa mest gagn af meðferð sjúkrabjálfa eru einstaklingar með hreyfivandamál, þeir sem eru að einhverju leyti sammála greiningunni eða að minnsta kosti tilbúnir að vinna með hana, og þeir sem hafa ekki mjög alvarleg einkenni samhliða sem myndu koma í veg fyrir að þeir gætu sótt sjúkrabjálfun. Það þýðir ekki að þessir einstaklingar séu ekki með vandamál eins og verki eða þreytu, heldur einfaldlega að þessi vandamál séu síður truflandi. Fyrir fólk sem uppfyllir ekki þessi skilyrði þá eru til betri og hentugri meðferðir, eins og innlögn á fjölbætta endurhæfingardeild. Meðferðin hefst með fræðslu um FND og síðan í samvinnu við sjúklinginn drögum við saman mynd af því hvernig einkennin þróast. Næst einbeitem við okkur að því að þjálfra hreyfingar þar sem við reynum að kenna einstaklingnum hvernig á að hreyfa sig á sjálfvirkari hátt með því að beina athygli þeirra annað. Við reynum að finna leiðir til að fá þá til að hugsa minna um einangraðar hreyfingar. Síðan förum við yfir í að þróa hæfni til sjálfvirkni hreyfinga, nokkurs konar sjálfsstjórnunarhæfni, áætlanir um áframhaldandi bata eftir sjúkrabjálfun og áætlun um hvað eigi að gera á erfidum dögum og ef bakslag verður. Við þjöpum öllu þessu saman í nýu meðferðartíma og fylgjum þeim eftir í þrjá mánuði. Þetta virðist vera hæfilegur meðferðartími fyrir marga þó að ég myndi vissulega vilja sjá suma þeirra yfir lengra tímabil.

C: Með tímanum er ég farinn að nýta meiri tíma í fræðslubátt meðferðarinnar sem undirbýr í raun endurhæfingu hreyfinga. Einstaklingarnir þurfa að skilja gangverk FND til að skilja rökin á bak við meðferðina. Þegar þeir skilja hvers vegna við erum að meðhöndla einkenni þeirra á þennan hátt, þá taka þeir mun betur þátt í meðferðinni og eru líklegri til að stjórna sér sjálfir á áhrifaríkari hátt.

Vitið þið um aðrar sjúkrabjálfunar-/endurhæfingarstöðvar í Evrópu eða annars staðar í heiminum með svipuðu sniði og ykkar?

G: Það eru margir staðir um allan heim auk Bretlands sem eru að þróa sérhæfða endurhæfingu og/edá sérhæfða sjúkrabjálfun fyrir fólk með FND. Við vitum að það eru nokkur dæmi um framúrskarandi klínísku þjónustu t.d. í Verona á Ítalíu, Toronto í Kanada, Boston í Bandaríkjunum og einnig í Prag í Tékklandi. Allir hafa þróað sína nálgun á endurhæfingu fyrir einstaklinga með FND. Nálgunin er mjög áþekkt en þó nokkur frávik. Það er engin ein rétt leið og það er mikið svigrúm til að sníða nálgunina, jafnvel eftir hverjum og einum einstaklingi. Klínískar ráðleggingar fyrir sjúkrabjálfa um meðferð fólks með FND voru birtar í JNNP árið 2014 og móta meðferðarnálganir á flestum stöðum.

Hvernig mælið þið árangur sjúkrabjálfunar/endurhæfingar fyrir sjúklinga með FND?

C: Fyrir alla okkar sjúklinga framkvæmum við 10 metra tímamælt göngupróf, notum Berg jafnvægispróf og kvarða fyrir hreyfigetu með eða án stuðningi við mismunandi gönguvegalegd. Við notum einnig EQ5D5L fyrir heilsutengd lífsgæði. Í lok meðferðar notum við CGI, sem er mat sjúklings á breytingu einkenna á 5-punkta kvarða. Við fylgjumst oft einnig með kvíða og þunglyndi með því að nota annaðhvort HADS eða PHQ9 og GAD7. Við tökum margar ljósmyndir og myndbönd í tímum til að gefa endurgjöf á staðnum en einnig til að skoða lykilhreyfingar og líkamsstöður eins og að sitja og ganga í upphafi og svo í lok meðferðar. Sum mælitæki hafa verið ónæg fyrir breytingum og við höfum því ekki svarið í dag hvernig er best að mæla árangurinn.

Eru einhverjir sérstakir forspárþættir fyrir góðan árangur í sjúkrabjálfun/endurhæfingu við meðhöndlun FND?

G: Þetta er góð spurning og það er eitthvað sem við höldum að við myndum finna í gögnum rannsókna okkar. En við birtum nýlega grein í tímaritinu Journal of Psychosomatic Research. Við skoðuðum hvaða grunnbreytur spáðu fyrir um útkomu sérhæfðrar sjúkrabjálfunar eftir 12 mánuði. Við komumst að því að það voru engir mjög sterkir forspárþættir fyrir útkomu. Þættir sem við bjuggumst við að hefðu áhrif á meðferðarárangur, svo sem verkir, þreyta, kvíði, þunglyndi eða tímallengd einkenna, virtust ekki koma í veg fyrir að sjúklingar hefðu gagn af meðferðinni. Að hafa trú á því að meðferðin muni hjálpa eða að þú getir stjórnað einkennum þínum virtist benda til örflíðs betri útkomu, en áhrifastærðin var mjög lítil.

Eitt sem vert er að hafa í huga varðandi þessi gögn er að sjúklingar voru valdir með tilliti til þess hversu hentugir þeir voru fyrir sjúkrabjálfun. Óljóst er hvort breyturarnar hefðu áhrif á útkomuna ef hópurinn væri valinn á annan máta.

Eru einhver sérstakur búnaður, verkfæri, umhverfi eða aðrir þættir sem eru einstakir þegar unnið er með einstaklingum með FND samanborið við önnur taugaendurhæfingumhverfi?

Aðalverkfærið sem við notum er langur spegill. Hann veitir sjúklingnum rauntímaendurgjöf um líkamsstöðu þeirra og hreyfingu, og beinist athygli heilans hugsanlega frá líkamanum. Að öðru leyti er búnaður okkar einfaldur. Við notum bekkir við báðar hliðar sjúklingsins til stuðnings og til að þeir upplifi öryggi. Við kjósum að nota bekkir frekar en göngubré þar sem þær geta hvatt til óhóflegs stuðnings efri útlíma. Við getum aukið göngugetu með því að nota hlaupabretti til að auka hraða og sjálfvirkar hreyfingar. Stundum notum við raförvun, til dæmis í tilfelli stífni eða starfræna truflaða vöðvaspennu.

Við höfum tilhneigingu til að byrja í stýrðu umhverfi líkamsræktarsalarins til að hámarka hreyfingu, og vinnum síðan í meira krefjandi umhverfi, eins og á almannafæri, á öjöfnu undirlagi o.s.frv. Það er verðmæti í endurhæfingu á heimili einstaklings til að tryggja að breytingar yfirfærast á daglegt líf.

Bjóðið þið uppá hóppjálfun fyrir fólk með FND?

G: Við bjóðum ekki uppá FND hópa eins og er. Það gæti verið eitthvað sem við skoðum í framtíðinni. Það var áhugaverð rannsókn frá Ítalíu árið 2010, undir stjórn Dalloccchio. Rannsóknin skoðaði kosti göngubjálfunar í hópi sem stigvaxandi hreyfingu. Niðurstaðan var væg en engu að síður jákvæð áhrif á líkamleg einkenni og andlega heilsu. Ég tel að það sé gildi í hópmeðferðum og sumir sjúklingar hafa áhuga á slíku. Mín persónulega skoðun er sú að hópmeðferð ætti ekki að koma í stað vandaðrar einstaklings sjúkrabjálfunar fyrir sjúklinga sem þurfa á því að halda. Ég tel að ávinningurinn sé af sjúkrabjálfun þegar hún er mjög sértæk fyrir einstaklinginn og því mjög krefjandi sem hópmeðferð.

Dalloccchio, C., Arbasino, C., Klersy, C., & Marchioni, E. (2010). Áhrif líkamlegrar hreyfingar á sálrænar hreyfitruflanir. *Mov Disord*, 25(4), 421–425. <https://doi.org/10.1002/mds.22952>

Hvaða fyrirkomulag teljið þið hentugast og árangursríkast í endurhæfingu fyrir fólk með FND?

C: Ég tel að besta fyrirkomulagið sé þegar það er sértækt fyrir einstaklinginn. Við veitum sjúkrabjálfun og þá fyrst og fremst fyrir þá sem eru að glíma við hreyfitruflanir. Sumir þeirra eru einnig með verki og þreytu, en geta engu að síður tekið þátt í virkri hreyfipjálfun. Þeir sem eru með önnur eða fjölbreyttari einkenni gæti þverfagleg endurhæfing mögulega hentað betur. Enn öðrum gæti göngudeild hentað. Í fullkomnum heimi væri meðferðin sniðin að einstaklingnum og hans eigin einkennum, það er engin ein nálgun sem hentar öllum.

Upplifið þið stuðning og skilning frá yfirvöldum við meðferð og/ eða rannsóknum á FND?

C: Heilbrigðisþjónusta Englands (NHS) hefur lagt áherslu á að fólk fái þjónustu hvar sem það býr, frekar en að sérhæfð þjónusta sé bundin við stórborgir. Þau hafa innleitt nokkrar breytingar til að ná þessu markmiði, en við erum enn mörgum árum frá því að þetta verði að veruleika fyrir marga af sjúklingum okkar. Það er mikill áhugi meðal meðferðaraðila á að auka færni sína á sviði FND, sem við sjáum m.a. í aukinni eftirspurn eftir sérhæfðri þjálfun í FND fyrir teymi sín.

Nokkrar vefsíður og áhugaverðar greinar sem Glenn Nielsen og Cameron Moss mæla með:

Vefsíður:

- Neurosymptoms.org – upplýsingar fyrir sjúklinga og heilbrigðisstarfsfólk
- International Functional Neurological Disorder Society (FNDS) <https://www.fndsociety.org/> - aðgangur tiltölulega ódýr. Þar er m.a. að finna frábæra fyrirlestra og vefnámskeið frá sérfræðingum víðs vegar að úr heiminum.
- UK FND Network <https://ukfndnetwork.org/> safnar saman gagnlegum úrræðum fyrir heilbrigðisstarfsfólk
- FND Hope <https://fndhope.org/> - stærstu alþjóðlegu sjúklingasamtökin með gagnlegar upplýsingar.
- Fyrirlestra frá prófessor Jon Stone má finna á Youtube, <https://www.youtube.com/@jonstone69/videos> sem er vel þess virði að horfa á.

Greinar:

- Hallett, M., Aybek, S., Dworetzky, B. A., McWhirter, L., Staab, J. P., & Stone, J. (2022). Functional neurological disorder: new subtypes and shared mechanisms. *The Lancet Neurology*, 4422(21). [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(21\)00422-1](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(21)00422-1)
- Aybek, S., & Perez, D. L. (2022). Diagnosis and management of functional neurological disorder. *Bmj*, 064. <https://doi.org/10.1136/bmj.064>
- Perez, D. L., Edwards, M. J., Nielsen, G., Kozłowska, K., Hallett, M., & Curt LaFrance, W. (2021). Decade of progress in motor functional neurological disorder: Continuing the momentum. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 92(6), 668–677. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2020-323953>

Félag sjúkráðjálfa
stofnað 26. apríl 1940



TIL HAMINGJU
SJÚKRÁÐJÁLFAVARAR!

1940-2025
85 ára



Pistill frá fræðslunefnd FS

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

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.

Eftir að nefndin missti aðstöðu sína í húsi ÍSÍ í Laugardalnum hafa námskeiðin verið haldin hér og þar um höfuðborgarsvæðið m.a í Valsheimilinu, gamla húsnæði BHM, Borgartúni 6, Stíganda sjúkraþjálfun og í húsi Hjálpræðishersins Í byrjun árs 2025 hélt nefndin fyrsta námskeiðið sitt í nýju húsnæði BHM í Borgartúni 27 og vonandi mun sú staðsetning vera okkar aðalbækistöð um komandi tímabil.



Þátttakendur á námskeiði Tron Krosshaug



Þátttakendur ásamt leiðbeinendum á námskeiði um starfræn einkenni



Þátttakendur á námskeiði Jo Gibson.

Á haustönninni voru nokkur fróðleg og fjölbreytt námskeið sem voru vel sótt.

7.sept: ACL. Leiðbeinandi: Tron Krosshaug.

26.okt: Blood flow restriction. Leiðbeinandi: Mathias Thoelen.

xx.xxx.: Hálsinn í stóra samhenginu. 3 námskeið. Leiðbeinandi: Hólmfríður Þorsteinsdóttir.

15-16.nóv: Starfræn einkenni. Leiðbeinendur: Glenn Nielsen og Cameron Moss. Uppselt var á námskeiðið.

Á vorönninni er margt spennandi í boði og góð þátttaka á námskeiðinum framundan og nú þegar uppselt á þau flest.

1-2 og 3-4. Febrúar: Exercise for Neck Pain. Leiðbeinandi Deborah Falla. Seldist upp á fyrri námskeiðið um leið og tókst að bæta við öðru námskeiði sem einnig var uppselt á.

21-22.mars: Áföll og sjúkraþjálfun. Leiðbeinandi: Margrét Gunnarsdóttir. Uppselt er á námskeiðið.

21-22.mars: Exploring the Future of ACL Rehabilitation: The Introduction of OPTIMove ACL RTS Continuum. Alli Gokeler. Nokkur pláss laus.

4-5.apríl: Functional training with focus on the pelvic floor and diastasis recti abdominis. Elin Solheim. Uppselt er á námskeiðið.

6.apríl: Fysio Flow. Elin Solheim. Uppselt er á námskeiðið.

9-11.maí: Mastering Hip & Buttock Pain. Allison Grimaldi. Uppselt er á námskeiðið.

Fræðslunefndin hvetur alla sjúkraþjálfara til símenntunar. Við hvetjum ykkur til þess að fylgjast vel með á heimasíðu Félags sjúkraþjálfara. 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 fraedslunefndsfs@gmail.com.

FRAMÚRSKARANDI OG UMHVERFISVÆN PRENTSMIÐJA



Vatnagarðar 14, 104 Reykjavík | sími: 563 6000 | litrof@litrof.is | www.litrof.is



Verkjamiðstöð Landspítala

Sérhæfð verkjaráðgjöf og þjónusta hefur verið til staðar á Landspítala um langt skeið en töluverð þróun í starfsemiinni hefur átt sér stað á undanförunum áratug. Árið 2024 varð verkjamiðstöð til sem sjálfstæð eining í skipuriti Landspítala. Í dag starfa þar fjórtán manns í samtals 6,8 stöðugildum (sjá töflu 1).

Verkjamiðstöðin sinnir fólki á öllum aldri, alls staðar af landinu. Annars vegar er um að ræða ráðgjöf innan Landspítala, fyrir innliggjandi sjúklinga, en flestir koma í gegnum tilvísun frá heimilislækni eða öðru heilbrigðisstarfsfólki. Markhópurinn er einstaklingar með erfiða, oftast langvinna, verki þar sem þörf er á aðkomu sérfræðinga til að greina og veita sérhæfða meðferð og ráðgjöf. Einstaklingar sem vísað er til verkjamiðstöðvar hafa yfirleitt lokið meðferð annars staðar svo sem hjá sjúkrahjálfurum, á Reykjalundi, í Stykkishólmi og Þraut svo dæmi séu nefnd. Árið 2024 svaraði verkjamiðstöð 320 ráðgjafabeidnum innan Landspítala, gerðar voru 637 deyfingar/inngrip, sérhæfðar lyfjagjafir voru 384 talsins, og göngudeildarkomur voru 746.

Meðferðarúrræði

Starfsemin er þverfagleg og er unnið út frá líf-sálfélagslega líkaninu um meðferð langvinnra verkja. Lögð er upp áætlun um meðferð á göngudeild og á þverfaglegum teymisfundum sem haldnir eru vikulega. Þegar sérhæfðri meðferð er lokið, eða búið er að leggja fram áætlun um meðferð flyst meðferð aftur til tilvísandi aðila, þar sem verkjamiðstöð tekur alla jafna ekki að sér langtíma eftirfylgd. Meðferðarlengd er misjöfn, allt frá skriflegri ráðgjöf upp í nokkurra ára meðferð, en oftast varir meðferð í nokkra mánuði. Meðferðarúrræðum má skipta í göngudeildarþjónustu, deyfingar og íhlutandi inngrip og lyfjagjöf í æð, í miðtaugakerfi eða á húð.

Göngudeildarstarfsemi er fjölbætt. Hjá lækni fer fram upplýsingasöfnun og mat á ástandi, lögð er upp meðferð og sjúklingur fær fræðslu og eftirfylgd eftir því sem við á. Hjúkrunarfræðingar sjá um ráðgjöf varðandi lífstílstengda þætti og veita stuðning og eftirfylgd við meðferð. Sjúkraþjálfari framkvæmir skoðun, veitir fræðslu um verki, kennir á TENS og veitir ráðgjöf um úrræði sem henta viðkomandi sjúklingi. Sálfræðingur framkvæmir mat á andlegu ástandi, kennir um bjargráð við langvinnum verkjum, veitir fræðslu og vísar sjúklingum í viðeigandi úrræði innan geðþjónustu.

Stór hluti starfseminnar snýr að deyfingum og öðrum „íhlutandi“ inngripum, oftast vegna verkja í baki eða hálsi. Algengast er að gefa stera og staðdeyfilyf í bogaliði og mænugöng (epidural) í mjóhrygg, en einnig í háls og stundum brjósthrygg. Púlseruð rafbylgjumeðferð (pulsed radiofrequency) er notuð á ákveðnar taugar en einnig á ákveðin taugahnoð (t.d. ganglion stellatum). Nálum er þá komið fyrir í röntgenskyggingu og síðan eru gefnar rafbylgjur í 15 mínútur við hámarkshitastig 42°C. Meðferðin veldur truflun á verkjaboðum í úttaugum og miðtaugakerfi og hefur þannig áhrif á verki. Önnur rafbylgjumeðferð sem töluvert er notuð er s.k. radiofrequency ablation, stundum nefnd „taugabrennsla“ en þá er nálum komið fyrir í röntgenskyggingu og þær



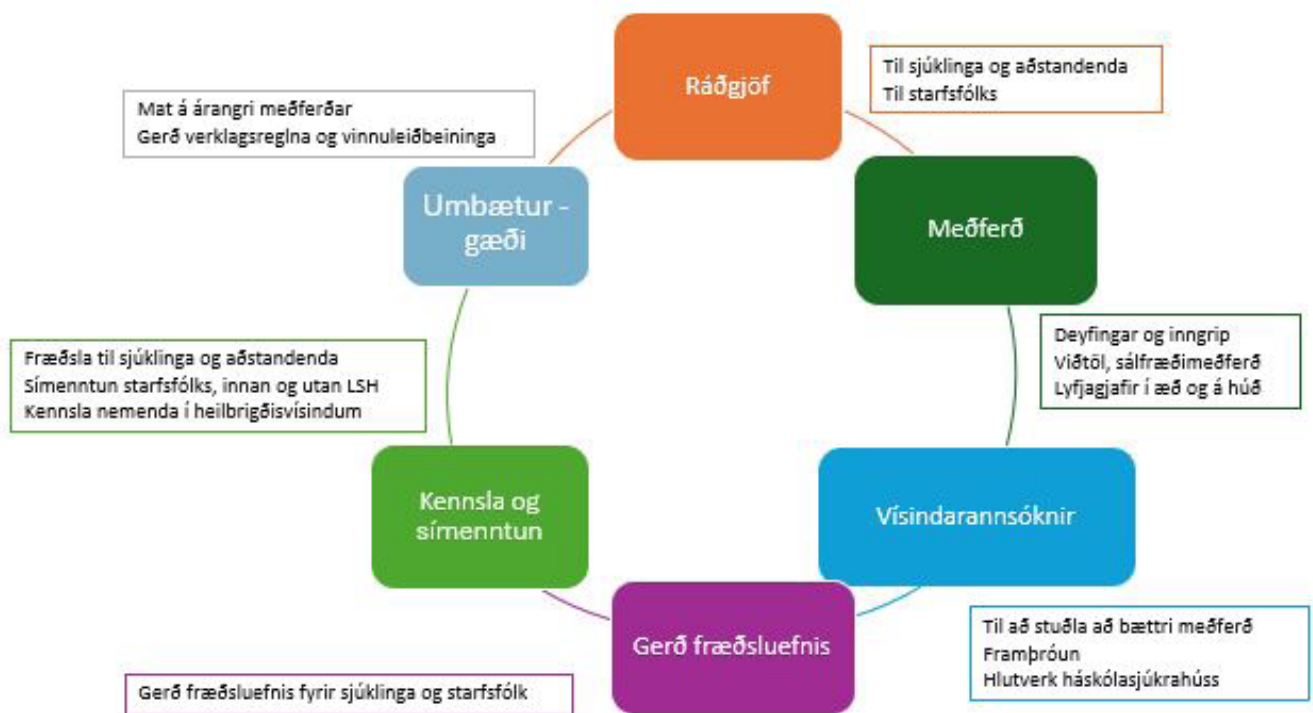
SIGRÍÐUR ZOËGA, SÉRFRÆÐINGUR
Í HJÚKRUN OG DEILDARSTJÓRI
VERKJAMIÐSTÖÐVAR LANDSPÍTALA

síðan hitaðar upp í 80°C í 90 sekúndur. Meðferðin gerir taugarnar óvirkar um tíma (oft 6-12 mánuði) og dregur þannig úr verkjum, en hún er yfirleitt ekki framkvæmd nema sjúklingur hafi svarað taugablokki á miðlægri taugakvísl (medial branch) í háls-, brjóst- eða mjóhrygg. Taugabrennsla er einnig hægt að framkvæma á öðrum taugum, t.d. í kviðarholi. Ísetning raförva í mænu (spinal cord stimulator) er síðan enn eitt úrræðið sem í boði er, einkum þegar um er að ræða taugaverki í einum útlim eða fleirum. Rafskautum er þá komið fyrir utanbasts og síðan er settur ígræddur aflgjafi (á stærð við gangráð) sem gefur rafmagn inn á rafskautin. Meðferðin veldur truflun á verkjaboðum en virðist einnig hafa áhrif á losun endorfína og jafnvel starfsemi glía frumna í miðtaugakerfi.

Ef um er að ræða útbreidda verki eða erfiða taugaverki sem hafa ekki svarað annarri meðferð er veitt meðferð með blöndu af Lidocaine, S-Ketamín og Magnesium í æð. Lyfin eru þá gefin í vöktun og undir eftirliti læknis eða hjúkrunarfræðings. Verið er að vinna rannsókn á öryggi og gagnsemi meðferðarinnar og verða niðurstöður vonandi birtar á þessu eða næsta ári. Annars konar sérhæfð lyfjagjöf á vegum verkjamiðstöðvar er í gegnum leggi sem liggja utanbasts eða innanbasts. Sjúklingar eru þá ýmist með utanáliggjandi legg (ef meðferð er veitt til styttri tíma) en einnig er hægt að nota ígræddar dælur undir húð, en leggurinn liggur innanbasts. Þessi meðferð er notuð þegar um mjög erfiða verki er að ræða þar sem annars er þörf á mjög háum lyfjaskömmtum eða þegar meðhöndla þarf ákveðið svæði, svo sem í kviðarholi. Þá er einnig veitt meðferð með capsaicin plástri (Qutenza) á verkjamiðstöð sem inniheldur virka efnið úr chili pipar. Sú meðferð er notuð þegar um ofursársaukaskynjun (allodynia) er að ræða, sem og við erfiða, staðbundna úttaugaverki, til dæmis eftir ristil (herpes zoster).

Auk þess að veita sjúklingum ráðgjöf og meðferð tekur starfsfólk verkjamiðstöðvar virkan þátt í gæða- og umbótastarfi innan Landspítala, sinnir kennslu nemenda í heilbrigðisvísindum og starfsþróun innan spítalans, vinnur að gerð fræðsluefnis fyrir sjúklinga og starfsfólk og framkvæmir vísindarannsóknir. Á mynd 1 má sjá yfirlit yfir hlutverk verkjamiðstöðvar.

Mynd 1. Hlutverk verkjamiðstöðvar



Framtíðarsýn

eins og sagði í upphafi þá hefur starfsemi verkjamiðstöðvar vaxið og þróast á undanförunum árum. Þó er þörf á frekari uppbyggingu þjónustunnar þar sem bið eftir þjónustu er löng. Við sem störfum á verkjamiðstöð eigum þann draum að starfsemin verði í fullu samræmi við ráðleggingar Alþjóðasamtakanna um rannsóknir á verkjum (International Association for the Study of Pain):

- Þar sem starfar fjölbreyttur hópur starfsfólks sem hefur þekkingu og færni til að sinna flóknum verkjavanda
- Veitt sé séhæfð þjónusta innan ráðlegra tímamarka
- Í boði sé ráðgjöf fyrir heilbrigðisstarfsfólk um land allt
- Nemendum í heilbrigðisvísindum standi til boða öflug fræðsla og þjálfun
- og síðast en ekki síst, að geta sinnt vísindarannsóknum, gæða- og umbótastarfi til að þróa enn frekar þekkingu á verkjum og verkjameðferð, sjúklingum til hagsbóta

Starfsfólk verkjamiðstöðvar er ávallt boðið og búið að taka á móti fólki sem vill kynna sér starfsemina. Gjörð svo vel að hafa samband við undirritaða ef svo er.

Fyrir hönd starfsfólks verkjamiðstöðvar Landspítala,
Sigríður Zoëga, sérfræðingur í hjúkrun og deildarstjóri verkjamiðstöðvar Landspítala

Upplýsingar um hvernig senda skuli tilvísun og fleiri hagnýt atriði má finna á <https://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/teymi/-verkjamidstod-verkjateymi-landspitala/>

Á Facebook síðu Landspítala er að finna kynningu á verkjamiðstöð <https://www.facebook.com/watch/?v=371969651527374>

Þeir sem vilja fræðast um sögu verkjaþjónustu á Landspítala er bent á pistil Guðmundar Björnssonar í Læknablaðinu, <https://www.laeknabladid.is/tolublod/2021/06/nr/7720>

Tafla 1. Yfirlit yfir starfsfólk verkjamiðstöð Landspítala

Starfsheiti	Stöðugildi
Deildarstjóri sem einnig er sérfræðingur í hjúkrun	1
Hjúkrunarfræðingar	1,3
Lyfjafræðingur	0,1
Sálfræðingur	0,5
Sérfræðingur í heimilis, líknar og verkjalækningum	0,6
Sérfræðingur í heimilis, endurhæfingar og verkjalækningum	0,8
Sérfræðingur í svæfinga, gjörgæslu og verkjalækningum	1
Sjúkraliði	0,5
Sjúkraþjálfari	0,2
Ritari	0,8

Sjúkrabjálfun og umhverfið

Við vitum flest öll hvaða áhrif loftslagsbreytingar geta haft og nú er svo komið að Alþjóða heilbrigðismálastofnunin WHO1 hefur skilgreint loftslagsbreytingar sem mestu núverandi ógn við heilsu okkar. Í því samhengi er áhugavert að benda á þá staðreynd að ef heilbrigðiskerfi hins vestræna heims væri sjálfstætt ríki væri það fimmta mest mengandi land í heiminum² og má rekja stærstan hluta kolefnislosunar til framleiðslu, flutnings, notkunar og förgunar búnaðar og þjónustu sem heilbrigðiskerfið notar. Árið 2022 kom út ítarleg skýrsla frá læknatímaritinu The Lancet³ um heilsu og loftslagsbreytingar og þar er einnig kallað eftir samstilltu átaki allra heilbrigðisstétta til að takast á við vaxandi loftslagsvanda. Þrátt fyrir heldur svartsýnar tölur um stöðu mála er þar vakin athygli á því að áhugi á loftslagsmálum innan heilbrigðisgeirans sé þrátt fyrir allt að mjakast upp á við. Vísbendingar eru um að áhugi sé að aukast hér á Íslandi og má benda á Félag lækna gegn umhverfisvá sem stofnað var árið 2023.

Megin áhersla í sjúkrabjálfun er á snertingu, hreyfingu og samskipti og má því segja að sjúkrabjálfun sé í eðli sínu umhverfisvæn. Umhverfissjúkrabjálfun eða græn sjúkrabjálfun (e. Environmental Physiotherapy) fjallar um tengsl heilsu, hreyfingar og umhverfis. Lögð er áhersla á hvernig umhverfispættir, svo sem loftgæði, græn svæði og skipulag í þéttbýli, hafa áhrif á heilsu einstaklinga og möguleika þeirra til hreyfingar. Jafnframt eru lagðar til leiðir sem hvetja og styðja sjúkrabjálfa til að huga að sjálfbærum starfsháttum, til dæmis með því að nota umhverfisvænan búnað, hvetja til virkra samganga og lágmarka kolefnisspor starfsins. Einnig er mikilvægt að nefna að sjúkrabjálfun sem meðferð getur líka dregið úr þörf á lyfjanotkun, skurðaðgerðum og öðrum læknisfræðilegum meðferðum sem hafa mun stærra kolefnisspor og neikvæðari áhrif á umhverfið en sjúkrabjálfun. Það má því segja að þetta nýja svið innan sjúkrabjálfunar miði að því að nýta náttúruna og umhverfið til þess að efla heilsu einstaklinga samhliða því að efla heilsu jarðarinnar (e. planetary health).

En hvaðan kemur þessi umhverfissjúkrabjálfun?

Ég heyrði fyrst af umhverfissjúkrabjálfun og samtökunum The Environmental Physiotherapy Association (EPA) á rafrænu heimsþingi World Physio 2021. Dr. Filip Maric sjúkrabjálfi, dósent við The Arctic University of Norway í Tromsø og stofnandi samtakanna, flutti þar kynningu og tók þátt í pallborðsumræðum.



STEINUNN A. ÓAFSDÓTTIR
SJÚKRABJÁLFARI OG LEKTOR VIÐ
NÁMSBRAUT Í SJÚKRABJÁLFUN

Viðfangsefnið vakti mikinn áhuga hjá mér og hafði ég í kjölfarið samband við Filip þar sem hann kynnti samtökin enn frekar og helstu stefnumál þeirra. Samtökin höfðu þá lagt fram áætlun, Environmental Physiotherapy Agenda 2023 (EPTA2023), sem gengur út á að nemendur sem hófu nám í sjúkrabjálfun 2020 og síðar fái kennslu um tengslin á milli umhverfis og heilsu og hvernig þau tengjast sjúkrabjálfun sem slíki. Áætlunin var framlengd til ársins 2027 (EPTA2027) og er hugmyndin að dýpka enn frekar umfjöllun um umhverfismál og sjúkrabjálfun og aðstoða skóla við að koma kennslu um umhverfissjúkrabjálfun inn í námskrár. Námsbraut í sjúkrabjálfun við Háskóla Íslands gerðist þátttakandi í þessari áætlun árið 2021 og er þar nú ásamt 90 háskólum víðs vegar um heim. Hverjum skóla er í sjálfsvald sett hvernig efnið er nálgast en við námsbrautina höfum við lagt áherslu á að kynna fyrir nemendum hugtakið umhverfissjúkrabjálfun, hvernig sjúkrabjálfarar geti nýtt umhverfi utandyra til að stuðla að betri heilsu einstaklinga og hugmyndir að sjálfbærum og umhverfisvænum vinnustöðum sjúkrabjálfa.

Á síðasta ári vann Lilja Salóme Hjördísar- Pétursdóttir meistara-verkefni um þekkingu og áhuga sjúkrabjálfa á Íslandi á tengslum loftslagsbreytinga, sjúkrabjálfunar og heilsu. Þar kom m.a. fram að sjúkrabjálfarar eru meðvitaðir um tengsl loftslagsbreytinga og heilsu og leitast við að takmarka umhverfisáhrif í sínu starfi en hafa áhuga á að vita meira til að geta gert betur. EPA samtökin hafa staðið fyrir útgáfu á fræðsluefni fyrir sjúkrabjálfa og m.a. gefið út tvö veggspjöld til útprentunar sem finna má á

KLÍNÍK
sjúkrabjálfun

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



SJÚKRABJÁLFUN
AKRANESS

Suðurgötu 126 – 300 Akranes
Sími 422 1122 – mottaka@sjak.is – www.sjak.is



vefsíðu þeirra. Annað veggspjaldið ber yfirskriftina Hvað þarf til að gera vinnustaði sjúkrabjálfa umhverfisvænni? og hitt Hvernig er sjúkrabjálfun góð fyrir þig og umhverfið? Veggspjöldin ásamt ítarefni eru aðgengileg á íslensku en það voru tveir BS-nemar, þær Særún Þorbergsdóttir og Þórey Ólafsdóttir, sem unnu að þýðingunni ásamt mér. Á vefsíðunni má að auki finna fjölbreytt fræðsluefni sem hvet ég áhugasama sjúkrabjálfa til að skoða.

Heilsa okkar ræðst af stórum hluta af þáttum í umhverfinu og því er mikilvægt að fjalla um þá í kennslu og rannsóknum og hvernig við getum nýtt umhverfisþætti til þess að efla heilsu. Jafnframt er nauðsynlegt að átta sig á neikvæðum áhrifum umhverfis á heilsu og hvernig hægt er að draga úr þeim. Með aukinni vitund og menntun geta sjúkrabjálfar orðið leiðandi í sjálfbærum lausnum innan heilbrigðiskerfisins og með því að samþætta umhverfis-sjónarmið í kennslu við Háskóla Íslands er verið að búa til kynslóð sjúkrabjálfa sem er betur í stakk búin til að takast á við áskoranir tengdar bæði heilsu og umhverfisvernd.



Allir áhugasamir sjúkrabjálfar geta skráð sig á póstlista hjá EPA og ef þú hefur áhuga á frekari upplýsingum, ekki hika við að hafa samband við mig á netfangið sao@hi.is.

Til að fræðast meira um umhverfissjúkrabjálfun og EPA má opna QR kóðan hér:



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



Áreiðanleiki og réttmæti íslenskrar útgáfu LEFS spurningalistans (Lower Extremity Functional Scale)

Title: The Lower Extremity Functional Scale; Psychometric properties of the Icelandic version

Höfundar/Authors: Sara Benediktsdóttir^{1,2}, Kristín Briem¹.

Corresponding author: Kristín Briem, kbriem@hi.is, 841 0090

Affiliations: ¹ Department of Physical Therapy, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Iceland, Reykjavík, Iceland. ² Landspítali University Hospital.

Abstract

Background: The Lower Extremity Functional Scale (LEFS) is a questionnaire that assesses symptoms and functional status of people with musculoskeletal impairments of the lower extremities. It is used widely and has been shown to be valid and reliable. The psychometric properties of the Icelandic version have not been evaluated.

Objective: To translate LEFS to Icelandic and evaluate the psychometric properties of that version.

Methods: Translation and cross-cultural adaptation of the original version of LEFS was done using standard guidelines. Participants (n=97) with a variety of mild to severe musculoskeletal symptoms from the lower extremities answered the questionnaire, as well as the SF-36 (RAND version) and information regarding their age, and type and duration of impairments. Most (n=86) answered LEFS twice, three days apart, to assess test-retest reliability (ICC3.1). Internal consistency (Cronbach's alpha) was also evaluated, as was validity by testing the strength of the correlation between LEFS and certain RAND-36 subscales.

Results: High test-retest reliability was found (ICC3.1=0.935) and Cronbach's alpha was 0.941. The correlation between LEFS and RAND-36 was strongest for the physical functioning subscale ($\rho=0.876$, $p<0.001$) and physical component summary ($\rho=0.817$, $p<0.001$) and weakest for subscales representing emotional and mental health ($\rho=0.268$ and 0.377 ; $p=0.008$ and <0.001 , respectively). No floor and ceiling effects were detected.

Conclusion: The results indicate that the Icelandic version of LEFS is both valid and reliable and showed similar psychometric properties as other international studies of the questionnaire have shown. This version is a useful outcome measure for Icelandic speaking individuals as a clinical measure and for research purposes.

Keywords: questionnaire, outcome measures, reliability, validity, physical therapy



KRISTÍN BRIEM

SARA BENEDIKTSDÓTTIR

Ágrip

Bakgrunnur: LEFS (lower extremity functional scale) er spurningalisti til mats á einkennum og athafnagetu í tengslum við stoðkerfissvanda í neðri útlimum. Mælitækið er notað víða og sýnt hefur verið fram á áreiðanleika þess og réttmæti. Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar hafa ekki verið metnir.

Markmið: Að þýða LEFS yfir á íslensku og meta próffræðilega eiginleika þeirrar útgáfu.

Aðferðir: Upprunalega útgáfa LEFS var þýdd og staðfærð samkvæmt staðlaðri aðferð. Þátttakendur (n=97) með mild til alvarleg einkenni frá neðri útlimum svöruðu spurningalistanum, auk SF-36 (RAND útgáfunni) spurningalistanum og spurningum um aldur, eðli og tímalengd einkenna. Flestir þátttakenda (n=86) svöruðu LEFS aftur, þremur dögum síðar, til að meta áreiðanleika endurtekinna mælinga (ICC3.1 stuðullinn). Innri áreiðanleiki var metinn með Cronbach's alpha-stuðli, en réttmæti með því að meta styrk tengsla milli LEFS og ákveðinna undirþátta RAND-36.

Niðurstöður: Áreiðanleiki endurtekinna mælinga var góður (ICC3.1=0,935) og Cronbach's alpha-stuðullinn var 0,941. Fylgnin á milli LEFS og RAND-36 var sterkust fyrir undirþáttinn um líkamlega virkni ($\rho=0,876$, $p<0,001$) og meginþáttinn um líkamlega heilsu ($\rho=0,817$, $p<0,001$). Veikasta fylgnin var við undirþáttina um tilfinningalega og geðræna heilsu ($\rho=0,268$ og $0,377$; $p=0,008$ og $<0,001$). Gólf- og rjáfuráhrif voru ekki til staðar.

Ályktun: Niðurstöðurnar gefa til kynna að íslenska útgáfa LEFS sé bæði áreiðanleg og réttmæt. Þær sýna sambærilega próffræðilega eiginleika og aðrar alþjóðlegar rannsóknir spurningalistans hafa sýnt fram á. Þessi útgáfa er hentugt mælitæki fyrir íslenskumælandi einstaklinga til notkunar í bæði klíník og í rannsóknartilgangi.

Lykilorð: spurningalisti, mælingar, áreiðanleiki, réttmæti, sjúkrapjálfun.

Introduction

Pain and other musculoskeletal symptoms from the lower extremities are common complaints heard by physical therapists (PTs) and other health care workers. Prevalence of impairments in the lower extremities has escalated in recent years due to multiple reasons, such as rising prevalence of osteoarthritis (OA)¹⁻³, sedentary lifestyle⁴, and greater numbers of sport related injuries and overuse⁵. These lower extremity symptoms can compromise physical function, and it is therefore important for PTs to have reliable and valid instruments to assess patient-reported functional status.

Joint specific questionnaires for the lower extremities within the field of orthopedics have been translated to Icelandic, e.g. for assessing the knee^{6,7} and hip⁸. All have been found to be valid and reliable, and their objectives are to assess symptoms, function and quality of life relating to the knee and the hip or groin. However, it is not uncommon for individuals to struggle with impairments from more than one lower extremity joint.

The Lower Extremity Functional Scale (LEFS) is a reliable and valid self-reported questionnaire, suitable for individuals with heterogeneous symptoms from the lower extremities. It was originally developed in English in 1999 by Binkley et al.⁹ and consists of 20 items. The difficulty individuals have while performing various activities are rated and available points for each item range from 0 (extreme difficulty/unable to perform activity) to 4 (no difficulty). Therefore, a full score of 80 points indicates no difficulties performing the rated activities while the minimum score of 0 reflects extreme functional limitations. LEFS has since been translated into multiple languages, where a systematic review revealed that they have shown good to excellent psychometric properties¹⁰, where concurrent validity has typically been assessed with questionnaires measuring health-related quality of life. The questionnaire has not yet been translated to Icelandic.

The purpose of this study was therefore to translate and cross-culturally adapt LEFS to Icelandic and to test the psychometric properties of the Icelandic version. This work would allow for its use to assess a wide range of lower limb symptoms and function of Icelandic speaking patients. The hypotheses were that test-retest reliability and internal consistency would be demonstrated in accordance with other versions of the questionnaire, and that strength of correlations between LEFS and concurrently answered health-related questionnaire subscales would support its validity (strong for subscales representing physical function, but weak for subscales representing emotional and mental status).

Methods

The study was approved by the Icelandic National Bioethics Committee (VSNb2022080005/03.01) and was reported to The Data Protection Authority.

Translation process

The translation was done from the original version of LEFS⁹ using standard guidelines and cross-cultural adaptation^{11,12}. A validation of the psychometric properties of the Icelandic version was then conducted while following the COSMIN checklist for patient-reported outcome measurement instrument¹³.

In short, the initial translation was performed separately by two persons (both bilingual native Icelanders, one of whom is a physical therapist (PT)), after which any discrepancies were resolved, and a consensus translation reached with the assistance of a third person (also a PT). A back-translation was performed separately by two persons (both bilingual with a native English-speaking background), after which any discrepancies were discussed by a three-person panel regarding implications for the Icelandic version. The final version was piloted within a population obtained via convenience sampling, resulting in only minor changes being made to its wording.

Participants and procedure

The original research on LEFS and its psychometric properties showed good validity and reliability using a sample of 107 participants with any lower extremity musculoskeletal problems⁹. That sample size was therefore deemed reasonable for testing the Icelandic version on a heterogeneous sample of participants.

Inclusion criteria for participation were to understand Icelandic, be at least 18 years of age and have any musculoskeletal symptoms in the lower extremities, one or both. Participants were excluded if they did not meet the inclusion criteria and from reliability analysis if they had received physical therapy treatment prior to re-test and demonstrated a change in their score of more than the minimal detectable change (MDC), as this would indicate a treatment response.

Participants were recruited by advertisement on The University of Iceland's campus, through social media and by collaboration with local PT clinics. Participants were informed that answering the questionnaires indicated their consent for the anonymous data being used for research purposes only, and that they could withdraw from the study at any time without explanation and without that decision affecting their current treatment. Questionnaires were answered through REDcap (Research Electronic Data capture), a secure web application designed to support data capture for research studies^{14,15}. In addition to the LEFS, participants answered the 36-Item Short Form Survey (SF-36, RAND version) at baseline. RAND-36 has eight subscales (physical functioning, role limitation-physical, bodily pain, general health, vitality, social functioning, role limitation-emotional, mental health). Each subscale is scored from 0-100, higher numbers indicating better health status¹⁶. When calculating results from the subscales, two dimensions are revealed; a physical and a mental component, each based on four relevant subscales¹⁷. Variations of the scoring methods of SF-36 have been described and one of the most used is The RAND 36-Item Health Survey 1.0 (RAND-36)¹⁶ which was used in the present study. The Icelandic version of SF-36 is reliable and valid¹⁸ and although the Icelandic RAND-36 version has not yet been evaluated specifically, the assumption was made that their similarity would suffice, as has been shown in the English language in terms of conceptual and analytical approaches¹⁹.

Each item had to be answered for the questionnaires to be completed, meaning no missing items for the scores were identified. To avoid recall bias while minimizing the likelihood of change in symptoms, three days passed before participants answered LEFS

for the second time. In addition to answering the questionnaires, participants provided information as to their age group, sex, time since onset of lower extremity symptoms (more than 12 weeks or 12 weeks or less), and the site and nature of their symptoms. As participants could be dealing with more than one lower extremity dysfunction, they were provided with the option of choosing multiple answers when asked about the site and nature of their condition.

Data analysis

Data analysis was performed with Jamovi software, version 2.3.21.0. Level of statistical significance was set at $p < 0.05$. Data was checked for normality using the Shapiro-Wilk test and histograms which led to some non-parametric tests being used.

Differences between LEFS scores at baseline and retest were determined using Wilcoxon signed rank test. Intraclass correlation coefficients (ICC^{3,1}) with 95% confidence intervals (CIs) were used to determine test-retest reliability, while Cronbach's alpha was used to determine internal consistency.

The standard error of measurement (SEM) was calculated to check for precision of the score ($SEM = SD(\sqrt{1 - ICC})$) and the minimal detectable change (MDC) at the 95% confidence level ($MDC^{95} = 1.96 \times \sqrt{2} \times SEM$). ICC levels higher than or equal to 0.70 were considered acceptable, as was Cronbach's alpha value between 0.70-0.95²⁰.

Concurrent validity was assessed by evaluating the level of correlation between LEFS and specific subscales and components of the RAND-36, which was answered at the same time. As physical functioning and bodily pain subscales are known to be the most relevant for people with knee dysfunction^{21,22}, it was hypothesized that those specific subscales and the physical component summary score would have moderate to strong correlations with LEFS for people with lower extremity dysfunction. Specific subscales pertaining to emotional status, however (role limitation-emotional and mental health), were hypothesized to have weak correlations with LEFS. Strength of correlations was tested with Spearman's rho (ρ).

Floor and ceiling effects were considered present if more than 15% of participants received the lowest (0) or highest score (80) for LEFS²³

Results

Descriptive statistics

A total of 98 participants (77% female) who met the inclusion criteria were recruited and answered RAND-36 and LEFS at baseline. Ten of them had complaints, the duration of which was 12 weeks or less, while 86 reported having lower limb problems for more than 12 weeks (missing data $n=2$). Most participants were between 36 and 67 years old (18-25 ($n=4$), 26-35 ($n=18$), 36-50 ($n=27$), 51-67 ($n=41$), 68+ ($n=6$), (missing data $n=2$)). A total of 86 participants answered LEFS at re-test, but one was excluded due to a substantial change of LEFS score after receiving treatment before re-test. The participant's injury characteristics at baseline are shown in table 1 while table 2 describes the outcome measures for LEFS and the two component summaries of RAND-36.

Table 1 – Participants' reported site of lower limb problem and type of condition (if known)

	Hip	Thigh	Knee	Leg	Ankle/foot
Muscle strain	6	6	6	3	0
Ligament injury	9	4	9	3	3
Osteoarthritis	18	6	19	2	9
Meniscal injury	9	3	15	2	2
Tendinopathy	9	3	7	2	2
Something else	21	5	18	8	14
Don't know	25	12	23	3	10

Note: Participants could choose multiple sites, which explains higher numbers than the actual number of participants ($n=98$).

Table 2 – Scores representing baseline ($n=98$) and repeated measures ($n=85$) for LEFS scores and the two component summaries of the RAND-36 subscales.

	N	Median	IQR	Minimum	Maximum
LEFS (0-80)	98	62	18	21	80
LEFS (1) – for repeated measures*	85	64	18	21	80
LEFS (2) – for repeated measures*	85	66	21	19	80
Physical component summary (0-100)	98	64	33	18	98
Mental component summary (0-100)	98	64	39	17	98

N=number of participants answers; IQR=inter-quartile range;

**Statistically significant difference between the available baseline (LEFS (1)) and repeated (LEFS (2)) answers ($p=0.013$).*

Reliability

As seen in Table 2, 88% of participants answered LEFS twice. Their median score for the first vs. second answer was 64 and 66 points, respectively, a difference which the Wilcoxon signed rank test found to be statistically significant ($p < 0.013$). The calculated ICC^{3,1} value for test-retest reliability of LEFS was 0.935 (95% CI: 57.4-62.9). The calculated SEM was 3.6 which resulted in a MDC⁹⁵ of 10 points on the LEFS 80-point scale. Cronbach's alpha for internal consistency was 0.941.

Validity

Although statistically significant correlations were found between all eight subscales of RAND-36 and the Icelandic version of LEFS, the strongest correlations were with the hypothesized, relevant physical component subscales (physical functioning and bodily pain), and the physical component summary (Table 3). Similarly, as hypothesized, correlations between LEFS and the two emotional subscales were weak, while a moderate correlation was found with the mental component summary (Table 3).

Table 3 - Correlation between LEFS and the subscales/ component summaries of RAND-36

	Spearman's rho	p Value
Physical functioning	0.876	<.001
Bodily pain	0.743	<.001
Role limitations-physical	0.655	<.001
General health perception	0.451	<.001
Role limitations-emotional	0.268	0.008
Mental health	0.377	<.001
Social functioning	0.564	<.001
Vitality (Energy/fatigue)	0.497	<.001
Physical component summary	0.817	<.001
Mental component summary	0.485	<.001

Text in bold represents the hypothesized strong (physical function, bodily pain, physical component summary) vs. weak (emotional, mental health) correlations. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Floor and ceiling effects

Neither floor nor ceiling effects were found. Two participants got the highest score (80) when answering LEFS, one of them only at baseline and the other one at baseline and re-test. No participants got the lowest score (0).

Discussion and Conclusions

The aim of this study was to translate and test the psychometric properties of the Icelandic version of LEFS. The results confirmed that this version is a reliable and valid tool to assess functional impairments of the lower extremities in an Icelandic speaking population. Scores of study participants ranged from 21 to 80, and the median of 62 was well below a normative score of 77 found in a Dutch study where over 1000 healthy volunteers participated (age range 18-90 years) ²⁴.

Test-retest reliability was found to be excellent with an ICC^{3,1} of 0.935. That is in accordance with what was expected based on the original version of LEFS 9 (ICC=0.86) and other translations of LEFS where individuals with heterogeneous lower extremity symptoms have been studied, such as the Spanish ²⁵, Arabic ²⁶, and Italian ²⁷ versions (ICC=0.998, 0.96, and 0.91, respectively). Notably, a statistically significant two-point increase was seen between the first and second median scores of the group, which may reflect a slight shift in participants' clinical presentation. The large sample size was well powered to show statistical significance for this small within-groups difference, which must also be considered in terms of clinical significance, which is likely

limited. The calculated MDC⁹⁵ of 10 points, is consistent with results from other studies ^{10, 26}. This value is important as it represents the amount of change needed to be certain (within the 95% statistical confidence) that change is beyond measurement error. This does, however, depend on the homo- vs. heterogeneity and size of the study population, etiology of the specific musculoskeletal problem under investigation, the stability of their condition and time before re-test. This is reflected in a systematic review conducted in 2016 by Mehta et al. where 16 studies testing LEFS measurement properties, reported SEM values ranging from 0.88 to 6.5 and 8 studies reported MDC⁹⁵ of 2.18 to 18.1 points ¹⁰. The lowest values were found in a study with a reassessment period of two to five days ²⁵. The highest values were found in a repeated measures study of people with knee osteoarthritis where the SEM of 6.5 and MDC⁹⁵ of 18.1 was calculated based on the only 28 participants who reported their symptoms as relatively unchanged at the 12 month follow-up, with recall bias and the small sample size likely influencing those results ²⁸. The systematic review by Mehta et al., did provide pooled estimates of the ICC (0.95) and SEM (2.4) fairly similar to the results of the present study ¹⁰.

Internal consistency was high with Cronbach's alpha of 0.941 which is in accordance with data presented in the systematic review by Mehta et al., where 13 translated versions of LEFS had Cronbach's alpha values > 0.92 ¹⁰, as did the original version ⁹. High internal consistency may indicate an instrument's sensitivity to change over time ²⁹, but a value higher than 0.90 may also indicate the presence of redundancy, i.e. disposable items within a questionnaire ³⁰. Notably, a new and shorter version of LEFS (LEFS-10) was recently published ³¹, where items 2, 3, 4, 5, 8, 10, 12, 17, 19 and 20 were omitted, showing satisfactory correlation with the longer version ($\alpha = 0.911$).

The RAND version of SF-36 was chosen as a comparison tool for validity measures and Spearman's rho correlation coefficients showed excellent results. As hypothesized the Icelandic version of LEFS had the strongest correlation with the physical functioning and bodily pain subscales as well as the physical component summary score, which was also the case in the Spanish ²⁵ and Italian ²⁷ versions of LEFS. The lack of floor or ceiling effects is in accordance with previous results ^{9, 25, 32}.

Strengths of this study include the standardized methods that were used for each step of both the translation process and the evaluation of the psychometric properties of the Icelandic version of LEFS. Participants had a broad spectrum of lower extremity problems, which is in tune with the purpose of the tool, which is intended for patients with lower extremity dysfunction regardless of the condition or site of problem ⁹. Although the number of participants was a little lower than that aimed for, other translations have included as few as 30 participants ³³ and as many as 401 participants ³⁴, showing similar results of good or excellent psychometric properties. Despite a reasonable sample size, disparities in male vs. female and age distribution must be considered, as normative data show that males may consistently score a little higher than females, and scores should be expected to lower with increasing age, especially after the age of 50 ²⁴.

In conclusion, this study found The Icelandic version of LEFS to be both valid and reliable, indicating that it can conveniently be used as a clinical and research tool for Icelandic speaking people with a wide range of lower extremity dysfunction, to assess lower extremity function and treatment response.

Acknowledgements

The authors would like to acknowledge Abigail Snook, Belinda Chenery, and Steinunn Arnars Ólafsdóttir, for their significant contribution regarding the process of translating LEFS and reaching consensus regarding the final Icelandic version.

References

1. Lespasio, M. J.; Piuze, N. S.; Husni, M. E.; Muschler, G. F.; Guarino, A.; Mont, M. A. Knee Osteoarthritis: A Primer, Perm J. 2017, 21, 16-183.
2. Lespasio, M. J.; Sultan, A. A.; Piuze, N. S., et al. Hip Osteoarthritis: A Primer, Perm J. 2018, 22, 17-084.
3. Long, H.; Liu, Q.; Yin, H., et al. Prevalence Trends of Site-Specific Osteoarthritis From 1990 to 2019: Findings From the Global Burden of Disease Study 2019, Arthritis Rheumatol. 2022, 74, 1172-1183.
4. Martins, L. C. G.; Lopes, M. V. O.; Diniz, C. M.; Guedes, N. G. The factors related to a sedentary lifestyle: A meta-analysis review, J Adv Nurs. 2021, 77, 1188-1205.
5. Hootman, J. M.; Dick, R.; Agel, J. Epidemiology of collegiate injuries for 15 sports: summary and recommendations for injury prevention initiatives, J Athl Train. 2007, 42, 311-319.
6. Briem, K. [Reliability, validity and responsiveness of the Icelandic version of the knee injury and osteoarthritis outcome score (KOOS)], Laeknabladid. 2012, 98, 403-407.
7. Briem, K. [Validation of the Icelandic Knee Outcome Survey-Activities of Daily Living Scale], Sjúkraþjálfarinn. 2014, 41, 5-10.
8. Ingvarsson, J. H.; Hrafnsson, S.; Jónasson, P. S.; Ámason, Á.; Briem, K. Reliability and validity of the Icelandic version of the International Hip Outcome Tool (iHOT-12) and the Copenhagen Hip And Groin Outcome Score (HAGOS) questionnaires., Sjúkraþjálfarinn. 2022, 50, 24-29.
9. Binkley, J. M.; Stratford, P. W.; Lott, S. A.; Riddle, D. L. The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): scale development, measurement properties, and clinical application. North American Orthopaedic Rehabilitation Research Network, Phys Ther. 1999, 79, 371-383.
10. Mehta, S. P.; Fulton, A.; Quach, C.; Thistle, M.; Toledo, C.; Evans, N. A. Measurement Properties of the Lower Extremity Functional Scale: A Systematic Review, J Orthop Sports Phys Ther. 2016, 46, 200-216.
11. Beaton, D. E.; Bombardier, C.; Guillemin, F.; Ferraz, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures, Spine (Phila Pa 1976). 2000, 25, 3186-3191.
12. Guillemin, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures, Scand J Rheumatol. 1995, 24, 61-63.
13. Mokkink, L. B.; Terwee, C. B.; Knol, D. L., et al. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content, BMC Med Res Methodol. 2010, 10, 22.
14. Harris, P. A.; Taylor, R.; Minor, B. L., et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners, J Biomed Inform. 2019, 95, 103208.
15. Harris, P. A.; Taylor, R.; Thielke, R.; Payne, J.; Gonzalez, N.; Conde, J. G. Research electronic data capture (REDCap)—a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support, J Biomed Inform. 2009, 42, 377-381.
16. Hays, R. D.; Morales, L. S. The RAND-36 measure of health-related quality of life, Ann Med. 2001, 33, 350-357.
17. Lins, L.; Carvalho, F. M. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review, SAGE Open Med. 2016, 4, 2050312116671725.
18. Eiríksdóttir, M. [Assessment of the psychometric properties of The Short Form Health Survey (SF-36)]. In Psychology. Reykjavík, Iceland: University of Iceland, 2011.
19. Cunningham, W. E.; Nakazono, T. T.; Tsai, K. L.; Hays, R. D. Do differences in methods for constructing SF-36 physical and mental health summary measures change their associations with chronic medical conditions and utilization?, Qual Life Res. 2003, 12, 1029-1035.
20. Maher, C. G.; Latimer, J.; Costa, L. O. P. The relevance of cross-cultural adaptation and clinimetrics for physical therapy instruments, Brazilian Journal of Physical therapy 2007, 11.
21. Chatman, A. B.; Hyams, S. P.; Neel, J. M., et al. The Patient-Specific Functional Scale: measurement properties in patients with knee dysfunction, Phys Ther. 1997, 77, 820-829.
22. Jette, D. U.; Jette, A. M. Physical therapy and health outcomes in patients with knee impairments, Phys Ther. 1996, 76, 1178-1187.
23. McHorney, C. A.; Tarlov, A. R. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate?, Qual Life Res. 1995, 4, 293-307.
24. Dingemans, S. A.; Kleipool, S. C.; Mulders, M. A. M., et al. Normative data for the lower extremity functional scale (LEFS), Acta Orthop. 2017, 88, 422-426.
25. Cruz-Diaz, D.; Lomas-Vega, R.; Osuna-Perez, M. C.; Hita-Contreras, F.; Fernandez, A. D.; Martinez-Amat, A. The Spanish lower extremity functional scale: a reliable, valid and responsive questionnaire to assess musculoskeletal disorders in the lower extremity, Disabil Rehabil. 2014, 36, 2005-2011.
26. Alnahdi, A. H.; Alrashid, G. I.; Alkhalidi, H. A.; Aldali, A. Z. Cross-cultural adaptation, validity and reliability of the Arabic version of the Lower Extremity Functional Scale, Disabil Rehabil. 2016, 38, 897-904.
27. Cacchio, A.; De Blasis, E.; Necozione, S., et al. The Italian version of the lower extremity functional scale was reliable, valid, and responsive, J Clin Epidemiol. 2010, 63, 550-557.
28. Williams, V. J.; Piva, S. R.; Irgang, J. J.; Crossley, C.; Fitzgerald, G. K. Comparison of reliability and responsiveness of patient-reported clinical outcome measures in knee osteoarthritis rehabilitation, J Orthop Sports Phys Ther. 2012, 42, 716-723.
29. Lindeboom, R.; Sprangers, M. A.; Zwiderman, A. H. Responsiveness: a reinvention of the wheel?, Health Qual Life Outcomes. 2005, 3, 8.
30. Streiner, D. L. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency, J Pers Assess. 2003, 80, 99-103.
31. Fidelis-de-Paula-Gomes, C. A.; Guimaraes-Almeida, M. Q.; Pontes-Silva, A., et al. Ten-Item Lower Extremity Functional Scale (LEFS-10): Instrument Reduction Based on Brazilian Patients With Lower Limb Dysfunction, Arch Phys Med Rehabil. 2023, 104, 438-443.
32. Lin, C. W.; Moseley, A. M.; Refshauge, K. M.; Bundy, A. C. The lower extremity functional scale has good clinimetric properties in people with ankle fracture, Phys Ther. 2009, 89, 580-588.
33. Watson, C. J.; Propps, M.; Ratner, J.; Zeigler, D. L.; Horton, P.; Smith, S. S. Reliability and responsiveness of the lower extremity functional scale and the anterior knee pain scale in patients with anterior knee pain, J Orthop Sports Phys Ther. 2005, 35, 136-146.
34. Hoozeboom, T. J.; de Bie, R. A.; den Broeder, A. A.; van den Ende, C. H. The Dutch Lower Extremity Functional Scale was highly reliable, valid and responsive in individuals with hip/knee osteoarthritis: a validation study, BMC Musculoskelet Disord. 2012, 13, 117.

VIÐ STYÐJUM ÞIG

Hjá Stod færð þú öll hjálpartækin á einum stað

Pantaðu þér tíma í hjá okkur á netinu www.stod.is
eða skannaðu kóðann

- Göngugreining
- Mælingar fyrir þrýstifatnað
- Ráðgjöf við val á spelkum
- Ráðgjöf tengd gervibrjóstum
- Hjálpartækjaráðgjöf






www.stod.is | Draghálsi 14 - 16 | S. 565 2885 | stod@stod.is

Pistill frá Námsbraut í sjúkráþjálfun - vormisseri 2025

Á þessu ágæta ári 2025 fagnar Námsbraut í sjúkráþjálfun nýju starfsfólki sem hefur bæst í hópinn. Kári Árnason sérfræðingur í bæklunarsjúkráþjálfun og doktorsnemi við HÍ var ráðinn í stöðu lektors í upphafi árs og í apríl mun Halldóra Eyjólfsdóttir sérfræðingur í kvensjúkdóma- og fæðingarsjúkráþjálfun hefja störf sem aðjúkt. Halldóra mun einnig taka að sér verkefni sem Aldarafmælisjóður HÍ hefur styrkt og miðar að því að rýna og efla sjúkráþjálfunarnámið við HÍ til að undirbúa umsókn um alþjóðlega gæðavottun. Jafnframt er mikilvægt að nefna að ný lektorsstaða er laus til umsóknar og við vonumst því til að fá enn frekari liðsauka fyrir lok ársins.

Kennsluhættir í sjúkráþjálfun eru í stöðugri þróun meðal annars tengt tækninýjungum. Í haustpistlinum var greint frá því að Námsbraut í sjúkráþjálfun fékk Erasmus+ styrk vegna verkefnis um þróun kennslu í hreyfigreiningu, í samstarfi við háskóla í Finnlandi, Danmörku og Möltu. Verkefninu var ýtt úr vör í janúar með árangursríkum vinnudögum í Helsinki og verður næsti fundur í Reykjavík í lok apríl. Í byrjun mars fengum við síðan þær ánægjulegu fréttir að Atli Ágústsson hefði aflað námsbrautinni styrks úr Tækjakaupasjóði HÍ til kaupa á sýndarveruleika-gleraugum og aðgangi að öflugum gagnvirkum hugbúnaði (BioDigital Human + XR) sem gerir notendum kleift að kanna mannslíkamann í þrívídd. Þessi tækni sameinar þrívíddarlíkön af mannslíkamanum og gagnvirka upplifun og opnar þannig fyrir möguleika á einstakri innisýn í byggingu og starfsemi mannslíkamans. Þannig geta nemendur skoðað einstök líffæri og líffærakerfi líkamans ásamt því að sjá hvernig þau tengjast og starfa saman við mismunandi hreyfingar líkamans og hinar ýmsu athafnir.



Abby, Kristín og Atli í góðum hópi samstarfsfólks frá Finnlandi, Möltu og Danmörku. Myndin tekin á vinnudögum í Helsinki vegna Erasmus+ verkefnis.

Í haust stefnum við að því að fjölga nýnemum í BS-námi í sjúkráþjálfunarfræðum úr 35 upp í 40. Auk þess verður í fyrsta sinn boðið upp á inntökupróf í sjúkráþjálfun bæði í Reykjavík og á Akureyri í júní. Þessi tvenna gladdi unga fólkið sem mætti á Háskóladaginn þann 1. mars til að kynna sér nám í sjúkráþjálfun. Að venju stóðu nemendur ásamt starfsfólki vaktina þar sem nóg var að gera við að svara spurningum um námið og framtíðartækifæri tengd sjúkráþjálfun.



SÓLVEIG ÁSA ÁRNADÓTTIR
PRÓFESSOR Í SJÚKRÁÞJÁLFUN

Nú stefnir í að 37 nemendur útskrifist með meistarapróf í sjúkráþjálfun til starfsréttinda á þessu misseri og er það stærsti hópurinn til þessa. Við gerum ráð fyrir að íslenskt samfélag taki fagnandi við þessu mikilvæga og ferska heilbrigðisstarfsfólki. Það líður að lokasprettinum í náminu og þriðjudaginn 20. maí munu nemar í sjúkráþjálfun verja meistaraverkefnið sín. Samkvæmt venju verða varnirnar í samsíða málstofum sem hefjast árla morguns og verða fram eftir degi. Dagskráin verður send út þegar nær dregur og við hvetjum sjúkráþjálfara til að taka daginn frá og mæta.

Að loknum meistaravörnum stefnir góður hópur starfsfólks við námsbrautina til Japans á Heimsþing sjúkráþjálfara. Við hlökkum til að hitta fjölmörg ykkar þar, deila því sem við erum að rannsaka, fræðast af öðrum og njóta félagsskapar kollega víðsvegar að úr heiminum.

Á næsta ári eru 50 ár liðin síðan kennsla hófst við Námsbraut í sjúkráþjálfun og af því tilefni mun námsbrautin standa fyrir ýmsum viðburðum afmælisárið, 2026. Undirbúningur er hafinn og hvetjum við ykkur til að fylgjast vel með og taka þátt í að fagna þessum tímamótum með okkur.



(frá vinstri) Atli Ágústsson lektor, Lára Hlín Svavarsdóttir 2. árs nemandi, Hekla Karen Alexandersdóttir 3. árs nemandi og Magdalena Eyjólfsdóttir 1. árs nemandi á Háskóladeginum í mars.

Mannaflaspá

Félags sjúkráþjálfara 2024 – 2050

Þróun mönnunar sjúkráþjálfara í heilbrigðiskerfinu og á vinnu-markaðnum hefur verið nokkuð til umræðu síðastliðin misseri. Vísbendingar voru uppi um að núverandi fyrirkomulag um fjölda sjúkráþjálfara sem teknir eru inn í námið á ári hverju myndi ekki nægja til að mæta mannaflapörf stéttarinnar til komandi ára og áratuga.

Því var farið í vinnu við að greina vænta fjölgun sjúkráþjálfara á tímabilinu 2024 – 2050 í samræmi við fjölgun þjóðarinnar og vænta breytta aldurssamsetningu. Var þetta mikilvægt verkefni í ljósi aukinnar áherslu á endurhæfingu og forvarnir innan heilbrigðiskerfisins. Sjúkráþjálfarar eru fjölmennasta endurhæfingarmenntaða stétt landsins

Aðferðafræði

Reynt var að meta áætlað brottfall sjúkráþjálfara fram til ársins 2050. Var það gert út frá aldurssamsetningu í félagaskrá Félags sjúkráþjálfara. Samhliða var reynt að leggja mat á vænta fjölgun sjúkráþjálfara á komandi árum, en miðað við núverandi gögn má ætla að lang stærsti hluti þeirrar nýliðunar á Íslandi verði þeir sem ljúki námi til starfsréttinda í sjúkráþjálfun frá Háskóla Íslands á umræddu tímabili.

Fjöldatakmörk eru í sjúkráþjálfan við Háskóla Íslands, þar sem fjöldi er stýrt með inntökuþrófum ár hvert, með sama fyrir-komulagi og prófum í læknisfræði. Til nokkuð langs tíma hefur ásókn í námið verið talsvert umfram þann fjölda sem unnt hefur verið að taka inn, og því ljóst að fjölgun sjúkráþjálfara tak-markast ekki af áhuga einstaklinga til að stunda námið eða þeirri eftirspurn sem hefur verið eftir þjónustu þeirra. Vænta má að þörf á umræddri þjónustu muni vaxa á komandi árum samhliða fjölgun og breyttri aldurssamsetningu þjóðarinnar sem og áherslu um á lýðheilsu, virkni og lífsgæði.

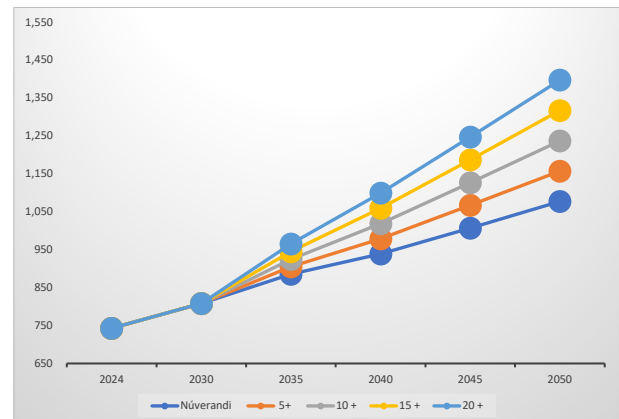
Reynt er að meta áætlaða aukningu í þjónustupörf og nauðsynlega fjölgun sjúkráþjálfara samhliða því. Gögn sem miðað er við er t.a.m. út frá kostnaðarvísitölu úr fjármögnunarlíkani Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins sem og hlutföllum um breytingu kostnaðar fyrir heilbrigðisþjónustu eftir aldurshópum skv. skýrslu WHO „Sustainable Health Financing with an ageing population“.

Brottfall og nýliðun

Gerð var greining á fjölda þeirra sjúkráþjálfara sem gert er ráð fyrir að hætti störfum á tímabilinu 2030 – 2050 og borin saman við vænta nýliðun úr námi úr Háskóla Íslands miðað við óbreyttan fjölda nema sem teknir eru inn á ári hverju sem hafa verið 35 en verið er að fjölga upp í 40 nú 2025. Á meðfylgjandi mynd má sjá ætlan um þróun fjölda starfandi sjúkráþjálfara fram til 2050 miðað við nú-verandi fjölda innritðra sjúkráþjálfaranema saman við áhrif þess að fjölga um 5, 10, 15 eða 20 nema á hverju ári.



GUUNLAUGUR BRIEM
FORMAÐUR FÉLAGS SJÚKRAPJÁLFA

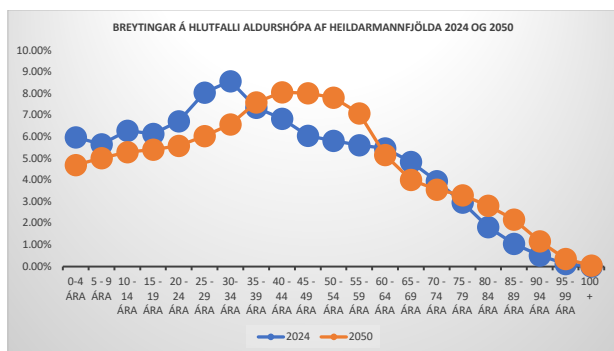


Þróun sjúkráþjálfara samanborið við fjölgun og breytingu mannfjölda

Ef miðgildi mannfjöldaspár hagstofunar eru skoðað á tímabilinu 2024 og fram til 2050 og horft er til aldurssamsetningar þjóðarinnar þá má sjá eftirarandi breytingar á hlutfalli hvers aldursbils sem hluta af heildarmannfjölda. Sjá má vænta hlutfallslega fjölgun einstaklinga yfir 75 ára aldri árið 2050 borið saman við við 2024, á sama tíma og hlutfall einstaklinga undir 35 ára verður heldur lægra. Er ljóst að þetta mun hafa veruleg áhrif á vænta þjónustupörf fyrir þjónustu sjúkráþjálfara, þar sem þörf á þjónustunni fer vaxandi með hækkandi aldri og breyttum kröfum samfélagsins.

Ljóst er að miðað við fyrrgreinda mannfjöldaspá mun mesta hlutfallsaukningin verða í elsta aldurshópnum sem er 80 ára +. Áætlað er að 160 % aukning verði í þeim aldurshópi frá 2024 og fram til 2050 eða sem nemur 22.248 einstaklingum. Heildarfjöldi einstaklinga yfir 80 ára færi þá úr um 14.000 í 36.000.

Sá aldurshópur sem vex næst mest er 40 - 64 ára eða sem nemur 69 %. Er þetta fjölmennasti hópurinn og er ætlað að einstaklingum innan hans muni fjölga um 80.950.



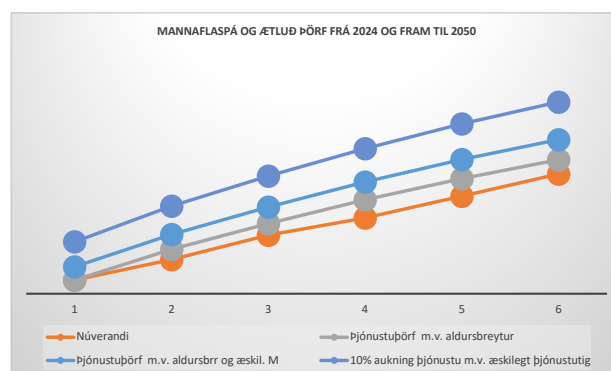
Áætluð þörf fyrir sjúkrabjálfa fram til ársins 2050

Þegar þróun á fjölda sjúkrabjálfa og ætlaðri þjónustubörf með tilliti til breytinga í aldurssamsetningu þjóðarinnar er metin fyrir tímabilið 2024 – 2050, má ætla að árið 2050 vanti umtalsverðan fjölda sjúkrabjálfa miðað við miðgildisspár um mannfjöldaþróun frá Hagstofu Íslands. Í því mati er einungis metnar breytingar vegna breyttrar aldurssamsetningar en ekki er horft til breytinga á þjónustu, aukinni áherslu á endurhæfingu og forvarnir og annarra samfélagslegra breytinga.

Mikilvægt er að horfa til þeirra stöðu að undanfarin ár hefur verið vöntun á starfskröftum sjúkrabjálfa líkt og ýmissa annarra heilbrigðisstétta. Hefur þetta haft áhrif á möguleika stofnana og sjúkrabjálfunarstofa til að manna stöðugildi og sinna þjónustubörf. Einnig hefur þetta haft áhrif á möguleika til að manna ný verkefni og þjónustuleiðir þar sem æskilegt væri að sérfræðipækking sjúkrabjálfa væri nýtt, t.a.m. með aukinni áherslu á endurhæfingu og því að endurhæfingarstarf sé unnið af endurhæfingarmenntuðum fagstétum. Dæmi um slík verkefni eru m.a. mönnun heilsugæslu, endurhæfingateyma, heimahjúkrunar, sjúkrabjálfunarstofa og í sértækum endurhæfingarúræðum. Einnig er vert að benda á að stöðugildum sjúkrabjálfa á Landspítala var fækkað vegna þáverandi erfiðleika við að manna stöður vegna skorts. Hefur þessi staða ýtt undir þrýsting að sækja sjúkrabjálfa erlendis frá til að starfa hér á landi.

Flest bendir til þess að álag og kröfur til heilbrigðiskerfisins muni aukast á komandi árum af ýmsum ástæðum sem margar hafa verið reifaðar hér að framan.

Því var talið mikilvægt að áætla hver vænt þörf væri á fjölda sjúkrabjálfa ef horft væri til mögulegra breytinga. Ef gert er ráð fyrir að fjöldi sjúkrabjálfa sé nægur til að sinna helstu verkefnum sjúkrabjálfa miðað við æskilegt þjónustig nú (2024), og horft til þess hver áætluðu þörf væri árið 2050 þá myndi vanta ríflega 100 sjúkrabjálfa. Þar sem flest bendir til þess að áherslur í málaflokki endurhæfingar muni aukast og samhliða þörf á sérfræðipækkingu sjúkrabjálfa þá var gerð áætlun á miðað við 10% aukningu á umræddri þjónustu fram til 2050. Margt bendir til þess að slík áætlun geti verið varfærin, en ef slík aukning yrði væri vöntun á sjúkrabjálfum um 230.



Miðað við fyrirbyggjandi mannaflaspá telur Félag sjúkrabjálfa mikilvægt að horft verði til þess með hvaða hætti hægt væri að tryggja framtíðarmönnun stéttarinnar. Því þarf að horfa til möguleika Háskóla Íslands til að útskrifa fleiri sjúkrabjálfa á komandi árum og tryggja fjármögnun og aðstöðu fyrir aukið umfang í kennslu á sama tíma og leitað verði leiða til að fjölga mögulegum verknaðsstöðum fyrir klínískt nám. Einnig væri æskilegt að meta aðra möguleika til að styðja við mönnun stéttarinnar á komandi árum.



SJÚKRABJÁLFAFINN



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



– Sjúkrabjálfun og ráðgjöf fyrir fatlað fólk –
Kópavogsgæði 10, 200 Kópavogur
Sími 414 4500

Það tekur heilt þorp

Ritstjóri Sjúkraþjálfarans settist niður með 3 doktorsnemunum nú á haustdögum til að fá innsýn í það hvernig er að vera doktorsnemi. Til viðtals eru þau Faranak Rostamjoud, sem er með grunn og framhaldsgráðu í lífverkfærð, með áherslu á lífaflfræði frá háskóla í heimalandi hennar, Íran; Maria Del Carmen Cortes Molina sem er með grunnmenntun í sálfræði frá heimalandinu México og framhaldsmenntun í vitrænum taugavísindum (e. cognitive neuroscience) frá háskóla á Ítalíu, og Kári Árnason, sérfræðingur í bæklunarsjúkraþjálfun.



Kári Árnason,
Maria Del Carmen
Cortes Molina og
Faranak
Rostamjoud.

Sköpun og nördaskapur

Sjúkraþjálfarinn: Það liggur beinast við að byrja á að spyrja þrýeykið hvernig það kom til að þau fóru í doktorsnám?

Faranak: Í grunnnáminu mínu var ég mikið að spá í gervifótum og ég var í starfsnámi á endurhæfingarstöð þar sem þeir voru notaðir, en þar sem ég er með menntun í lífaflfræði gat ég ekki farið að vinna beinlínis í því, svo ég þurfti að snúa mér að öðru. Þá fór ég í meistaranám og að vinna og eftir nokkur ár í starfi leitaði hugurinn alltaf aftur í rannsóknir og í vísindin tengd gervi-útlimum og ég fór að sækja um doktorsstöður erlendis. Ég sótti um stöðu hér í Háskóla Íslands og fékk tækifæri til að byrja að vinna við það sem ég hef haft áhuga á í öll þessi ár. Mig hefur alltaf langað til að vera rannsakandi, og vísindamaður.

Carmen: Ég er menntuð í sálfræði og taugavísindum, og þetta verkefni sem ég er í núna er þverfaglegt og margar starfsgreinar koma þar að. Í grunnnáminu mínu lærði ég sálfræði, en var alltaf með meiri fókusi á taugavísindi og þá rann upp fyrir mér að ég vildi vera vísindamaður og að ég vildi vinna í þverfaglegu teymi og að verkefnum sem höfðu meiri þýðingu fyrir daglegt líf. Þegar ég hafði komist að þessari niðurstöðu fór ég í meistaranám í taugavísindum á Ítalíu 2021 og vissi strax að mig langaði að fara í doktorsnám og fór að sækja um í mismunandi verkefnum í Evrópu og var mjög heppin að fá þessa stöðu hér þar sem áherslan var meira á sálfræði og atferlisfræði svo ég hugsaði með mér að þetta gæti verið frábært tækifæri til að vinna í því sem mig langar að

gera. Eins og Faranak hef ég mikinn áhuga á vísindum og langar til að vinna við þverfaglegar vísindarannsóknir sem skila niðurstöðum sem hafa áhrif á samfélagið.

Kári: Í grunninn er þetta óslökkvandi áhugi á því að læra meira, dýpka þekkingu og uppgötva meira. Ég hafði náttúrulega verið að kenna í 3 ár áður en ég byrjaði í doktorsnáminu og var búin að sjá að þetta var hálfgerð skilyrði fyrir því að verða akademískur starfsmaður, að hafa doktorspróf. Þetta er því einhver blanda af því, áhuginn á því að kenna og að geta komist áfram á því sviðið, og áhuginn á að læra almennt. Ólíkt þeim er þetta því meira útfrá áhuga á kennslu og nördaskapnum sem því fylgir, meira en brennandi áhugi á rannsóknum rannsóknanna vegna. Ég hef samt gaman af rannsóknum, og því tækifæri sem þær gefa til sköpunar. Í gegnum tíðina hef ég mikið verið í að spila og búa til tónlist en er lítið í því núna, en ég fæ á vissan hátt útrás fyrir sköpunarþörfina í gegnum að skipuleggja kennslu og að fá hugmyndir og sjá þær verða að veruleika í gegnum rannsóknir og birtingu vísindagreina.

Sjúkraþjálfarinn: En hvað með Faranaj og Karmen, er kennslan og akademískur frami einhver drifkraftur í ykkar ákvörðun að fara í doktorsnám?

Carmen: Ég nýt þess að kenna fólki og vera í kringum fólk og tel það bestu leiðina til að læra að kenna. Ef þú ætlar að kenna þá þarftu að hafa djúpan skilning á efninu. Í grunnnáminu og meistaranáminu kenndi ég og naut þess.

Faranak: Ég sé mig í raun ekki sem kennara í framtíðinni. Ég hef kennt, og líður alveg vel með það en ástríðan mín liggur í rannsóknunum sjálfum.

„Frekari rannsókna er þörf“

Sjúkraþjálfarinn: Hvernig er það að vera í doktorsnámi? Hvernig er dagurinn, vikan, mánuðurinn? Hvað eruð þið eiginlega að gera?

Kári: Ég fékk fullan styrk, ég var heppin með það. Ég veit ekki hvort ég væri ennþá að þessu ef ég hefði ekki fengið styrkinn. Ég er búin að vinna í mestalagi 50% vinnu með doktorsnáminu, en vinn núna einn dag í viku á stofu og held aðeins sambandi við klíníkina þannig. Það er í raun ekki kennslu skylda í doktorsprógraminu, en ég hef haldið mér aðeins inn í þeirri kennslu sem ég var í áður en ég byrjaði í náminu. Núna er öll gagnasöfnun búin hjá mér svo ég er svolítið minn eiginn herra hvað vinnutíma varðar, dagurinn fer í að fara yfir gögn og skrifa greinar. Ég er líka að leiðbeina meistaranemum svo það fer smá tími í það. Það er í raun ekki hluti af náminu þannig séð, en ef maður vill þá er hægt að fá meistaranema til að vinna afmarkaða hluta af verkefninu og sú vinna kemur svo inn í loka verkið. Mitt hlutverk er þá að leiðbeina meistaranemunum og hjálpa við að koma því verki saman. Núna er smá kennslu lota, svo þetta er mjög lifandi og mikið frelsi sem fylgir þessu. Ég gæti aldrei funkerað í því að vera á sama staðnum allan daginn alla daga og gera sömu hlutina, ég yrði bara alveg ruglaður á því.

Carmen: Ég byrjaði í prógraminu fyrir 3 mánuðum og ég var að klára rannsóknaráætlunina mína. Í þessu verkefni fékk ég frelsi til að koma með mína eigin hugmynd að því hvernig við gætum nálgast rannsóknarefnið og hvernig ég myndi vilja gera þetta. Það hefur verið mikil áskorun, en það hefur verið mjög skemmtilegt og lærdómsríkt og ég hef fengið tækifæri til að fara í gegnum þetta vísindalega ferli. Núna er mikil pappírsvinna í að fá öll leyfi og slíkt sem fylgir rannsóknarvinnu, en þegar það er allt komið á hreint hefst alvöru fjörið, að þýða hugmyndirnar þínar yfir í rannsóknir, gögn og niðurstöður. Þetta frelsi sem ég fæ í verkefninu tengir mig mjög vel við þessa vísindalegu hugsun. Eins og annað doktorsnám er ætlast til að ég birti 3-4 greinar, en ég fæ líka frelsi til að fara í samstarf með öðrum í verkefninu og vinna að öðrum hlutum sem mér finnst spennandi.

Faranak: Í fyrsta lagi var það að byrja að lesa, lesa mjög mikið. Fara yfir hvaða gögn eru til og finna hvar götin eru í þekkingunni. Það þarf að fara á dýptina og sökkva sér alveg í efnið. Námið hefur hjálpað mér mjög mikið í að ffnússa vísindaleg vinnubrögð, að dýpka þekkinguna mína á fræðunum sem kanski festist ekki alveg í grunnnáminu. Þegar það er orðið ljóst hvaða verkefni þú ætlar að tækla kemur náttúrulega tímabil mikillar pappírsvinnu eins og Karmen er að lýsa, en svo byrjar gagnasöfnun og úrvinnsla og greining og það getur verið mjög áhugavert, sérstaklega þegar niðurstöðurnar koma á óvart, og eru kanski ekki eins og þú hafðir búist við og að lokum spretta fram fleiri rannsóknarspurningar en þú náðir að svara.

Kári: Já, í lokin eru oft fleiri ósvaraðar spurningar en þú byrjaðir með.

Tilfinningarússíðani

Sjúkraþjálfarinn: Er þetta eins og þú hafðir ímyndað þér?

Carmen: Já, en mögulega eru þetta enn hveitibrauðsdagarnir. Mér finnst frábært að vinnan mín snýst að hugsa og leita að svörum. Ég reyni að minna mig á það að þetta eru mikil forréttindi, að fá tækifæri til að vinna svona vinnu, og mig langar til að standa mig vel, því ekki allir fá tækifæri til að vinna svona vinnu. Á erfiðum dögum reyni ég að minna mig á þetta

Faranak: Það góða er að þú ert aldrei ein. Það eru alltaf einhverjir sem eru tilbúnir að hjálpa þér, ef þú lendir í vandræðum geturðu alltaf fundið einhvern sem er með mikla þekkingu á því sviði, og ef þau hafa ekki svarið geta þau eiginlega alltaf vísað þér á einhvern sem hefur svarið, svo ég er aldrei ein. Ég er auðvitað með mitt eigið vinnurými og slíkt, en ég get alltaf leitað til fólks í kringum mig. Námið hefur farið fram úr mínum væntingum, og akademíska umhverfið er nærandi og styðjandi.

Kári: Á margan hátt er þetta eins og ég bjóst við, en þetta hefur alveg verið svolítil rússíðani. Ég hef alveg upplifað mikið af mismunandi tilfinningum, og skiptist á að finnast ég vera með besta starf í heimi og hugsa með mér af hverju í ósköpunum ég ákvað að gera mér og fjölskyldunni minni þetta. Núna er ég að klára 3ja árið og fyrsta greinin mín fer fljótt í birtingu og það verður gott að sjá loksins uppskeruna af allri vinnunni sem ég hef lagt í þetta verkefni síðustu ár, því maður sér ekki mikinn árangur af vinnunni fyrr en greinarnar birtast. Þetta er mikið þolinmæðisverk, og það þarf heilt þorp í að fara í doktorsnám, sérstaklega ef þú ert með fjölskyldu, þá mæðir mikið á þeim á meðan þú stundar doktorsnám. En ég tek undir með því sem Carmen og Faranak segja, nálægðin við meðrannsakendur og vísindafólk er frábær og mjög gagnleg. Það er aldrei neinn of upptekin til að geta tekið samtalið, viðrað hugmyndir og fleira. Ég veit auðvitað ekki hvernig það er annarsstaðar, en ég get ímyndað mér að smæðin og nálægðin hérna sé meiri en annarsstaðar. Ég til dæmis deili skrifstofu með báðum leiðbeinendum mínum, svo það er frekar einstakt, að þurfa ekki að bóka fund, þú getur alltaf átt samtalið.

Fólk er stærsti óvissuþátturinn

Sjúkraþjálfarinn: En hvað hefur komið mest á óvart?

Kári: Það sem hefur verið erfiðast er að þú þarft aðkomu svo margra annarra. Ég hef ekki stjórn á nema litlum hluta. Í gagnasöfnuninni þurfti ég að treysta mikið á fólk úti í bæ, og það var bara ansi snúið. Fólk svaraði ekki í símann, það tók langan tíma að ná sambandi við fólk og bóka tíma, og svo þegar tíminn var bókaður var allur gangur á því hvort fólk mætti eða ekki. Og þetta voru bara hlutir sem ég hafði enga stjórn á. Ég eyddi 60 dögum í gagnasöfnun, og þetta var oft erfið, og hér þurfti oft að grafa djúpt í sálartetrið til að muna af hverju ég var að standa í þessu. Þetta er samt bara eins og í klínísku starfi, það er alltaf fólk, aðrar manneskjur sem er mesti óvissuþátturinn og mesta áskorunin. Kollegi sagði mér áður en ég byrjaði í gagnasöfnuninni að ef ég vildi fá gott svarhlutfall þyrfti ég að vinna fyrir því, og ég þurfti svo sannarlega að vinna fyrir því. En ég er glaður að hafa sett þessa vinnu og þolinmæði í þennan þátt, til að fá betri gögn.

Faranak: Það er í raun svipað hjá mér. Ekki útaf því að það var erfitt til að fá fólk til að svara spurningum eða mæta á staðinn, heldur vegna þess að úrtakið hérna er svo lítið. Við Carmen vinnum með fólki sem hefur þurft aflímun á neðri útlím, og jafnvel þó við vinnum þétt með fyrirtækinu sem biður notendur gervífóta að taka þátt í rannsókninni, þá eru þau svo fá. Úrtakið er því lítið, sem dregur úr tölfraðilegu afli niðurstaðna, svo þegar við hönnum rannsóknina þarf að hafa það í huga.

Carmen: Ég er náttúrulega bara nýbyrjuð, en það hefur komið mér á óvart hvað það er auðvelt að finna fólk til að vinna með. Ég þurfti t.d. sérfræðing í ECG rannsóknum og leiðbeinandinn minn sagði bara jájá, við finnum einhvern. Það hefur komið mér á óvart hvað það er mikið frelsi, annarsstaðar hefur mér verið sagt að ég þurfi að breyta hugmyndinni eða eitthvað sé ekki hægt, en það hefur verið jákvæðara viðmót hérna. Líklega er þetta hluti af menningunni, „þetta reddast“ á líka við í vísindum og er mjög gagnlegt og nytsamlegt þegar maður vill vera skapandi í rannsóknum. Annarsstaðar er ramminn þrengri, og meiri hömlur á því sem „hægt“ er að gera.

Faranak: Fólk er líka til í að aðstoða. Jafnvel þó það fái ekkert útúr því sjálf, þá eru allir til í að hjálpa.

Þrautseigja, auðmýkt og tilfinningagreind

Sjúkrapjálfarinn: Af hverju ættu sjúkrapjálfarar að fara í doktorsnám?

Kári: Það er náttúrulega milljón dollara spurningin.

Faranak: Það er mjög persónulegt. Það fer eftir því hvernig þú hugsar um sjálfann þig. Villtu vera í venjulegu 9-5 starfi? Finnst þér erfitt að fást við áskoranir? Þá er doktorsnám líklega ekki fyrir þig. Þú þarft að þekkja sjálfan þig. Því á sama tíma eru góðar áskoranir, og ef þú finnur lausnina getur þú raunverulega lagt lóð á vogarskálarnar og skipt sköpum í samfélaginu. Ef þú villt það, þá skaltu fara í doktorsnám.

Carmen: Það er auðvitað persónulegt. Ef þér finnst gaman að vera stanslaust að læra, láta þér aldrei leiðast, þá er þetta starfið fyrir þig. Þú munt alltaf læra eitthvað, það verða alltaf áskoranir og ég elska það. Þú þarft líka þrautseigju, mikið af þrautseigju. Þú lærir að treysta á sjálfa þig og finna að þú ert fær um meira en þú heldur, svo þetta krefst líka mikillar tilfinningagreindar, og doktorsnámið er frábær vettvangur til að þróa þessa eiginleika. Ef þú heldur að þetta sé þinn vettvangur, ekki gefast upp. Mundu, þetta reddast.

Kári: Ef þú getur klárað doktorsnám geturðu gert hvað sem er. Ef þú hefur áhuga á umhverfinu í kringum þig og að uppgötva nýja hluti, ert meðvitaður um að hlutirnir eru ekki svart-hvítir, ef þú hefur mikinn fróðleikspörsta þá er doktorsnám besti drykkurinn. Þetta er líka mjög hollt ef maður heldur að maður viti allt, þetta starf rífur mann niður á jörðina og maður áttar sig á að eftir því sem maður veit meira þá veit maður hvað það er lítið sem maður veit. Það er ákveðin auðmýkt sem maður lærir, heimurinn er ekki bara svarthvítur. Þú lærir líka bara þessa túlkun, öguð vinnubrögð og mikla þrautseigju. Þessu fylgir líka svo mikið frelsi. Þú færð að vera þinn eigin herra að svo miklu leiti, ákveða hvað þú gerir, hvernig og hvenær. Það er eiginlega ekki hægt að setja krónutölu á það hvað það er mikils virði og heldur manni ferskum. Það er alltaf eitthvað nýtt. Svo er náttúrulega bara mjög töff að geta kallað sig doktor.

Faranak: Ef þú ert nógu heppinn til að finna verkefni sem þú hefur brennandi ástríðu fyrir þá er það frábært. Og ég mæli ein-dregið með að stökkva á það tækifæri.

Carmen: Að fá þetta frelsi til að ýta sjálfum sér og þekkingunni lengra er frábært tækifæri. Andrúmsloftið í rannsóknarvinnunni er svo gott og gefur rými til að kanna eigin hugmyndir. Ég held að þannig fái maður það besta útúr fólki.

Það er greinilegt að doktorsnám er krefjandi og spennandi starfs-vettvangur fyrir fróðleikspörsta vísindamenn. Við hlökkum til að sjá útkomur doktorsverkefna Faranaks, Carmenar og Kára og óskum þeim góðs gengis.



Stjá Sjúkrapjálfun

Sjálfsbjargarhúsinu
Hátúni 12, 105 Reykjavík
Sími: 551 1120
stja@stja.is
www.stja.is



SJÚKRAPJÁLFUN SELFOSS

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

Rafstillanlegir göngustigar

Rafstillanlegu DST göngustigarnir hafa hjálpað milljónum sjúklinga um allan heim að endurheimta sitt daglega líf.



DST8000

Rafstillanleg þrep.
Auðveldar endurhæfingu
og þjálfun göngugetu.



DST8000 Triple

Sama og DST8000 að viðbættum
rafstillanlegum halla.
Býður upp á fjölbreyttar æfingar við
mismunandi halla og þrepahæð sem
bætir jafnvægisstyrk og færni.

SAMHLIDA STANGIR
stillanlegt handrið



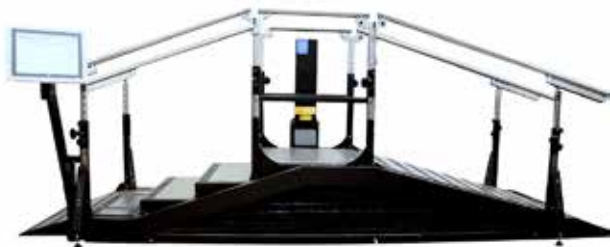
rafstillanleg
PREP



rafstillanlegur
HALLI



ÞRÝSTIMÆLING
á öllum flötum



DST8000 Triple Pro

Sama og DST8000 Triple að viðbættri
þrýstimælingu bæði á þrepum og
halla sem hjálpar til við að fylgjast
nákvæmlega með framförum.



Styrking.is
Sími 897-3710

UMBOÐSAÐILI DPE MEDICAL Á ÍSLANDI

Sjálfböðaliðastarf sjúkrabjálfara í Úganda

Ástrós Hilmarsdóttir útskrifaðist sem sjúkrabjálfari úr Háskóla Íslands sumarið 2022. Hún fór sem sjálfböðaliði til Úganda seinni part ársins 2023 og vann þar í þrjá mánuði hjá Kyaninga Child Development Centre (KCDC) sem sjúkrabjálfari en samtökin veita þjónustu fyrir börn með fatlanir og fjölskyldu þeirra. Nú starfar Ástrós á Æfingastöðinni og í Mætti sjúkrabjálfun á Selfossi. Við fengum Ástrós í spjall um upplifunina hennar í Úganda.

Hvað varð til þess að þú fórst sem sjálfböðaliði til Úganda og vannst sem sjúkrabjálfari fyrir börn með fatlanir?

Hugmyndin að fara til Úganda í sjálfböðaliðastarf kviknaði í janúar 2023 þegar ég sá danska sjúkrabjálfranema sem ég hafði kynnst í náminu vera í verknámi í Kampala, höfuðborg Úganda. Ég er með algjöra ferðadellu og hef ferðast víða um heiminn og m.a. farið til nokkura landa í Afríku. Ég varð alveg heilluð af menningunni í þessum löndum og stefndi alltaf á að ferðast til fleiri landa í Afríku. Ég dauðöfundaði dönsku nemendurnar á að hafa fengið tækifæri á svona spennandi verknámi en hugsaði svo með mér að ég gæti alveg örugglega farið í sambærilegt verkefni sem útskrifaður sjúkrabjálfari. Nokkrum vikum seinna, eftir daglegar hugsanir um þetta, ákvað ég svo að slá til og skoða þetta af alvöru. Ég skoðaði á netinu ýmsar stofnanir og sjúkrahús í suður og vestur Afríku og rakst svo að lokum á samtök sem heita Kyaninga Child Developmental Centre (KCDC) sem eru starfræk í vestur Úganda. Ég gjörsamlega féll fyrir samtökunum sem bjóða upp á heildræna og samfélagsmiðaða þjónustu fyrir börn og ungmenntu með fatlanir en ég hef sjálf unnið mikið með börnum hérna heima á Íslandi, m.a. sem sjúkrabjálfari. Ég hafði því samband við KCDC og var svo heppin að fá að vera hluti af þeirra starfsemi í þrjá mánuði.

Hverjar voru helstu áskoranirnar úti, fyrir þig annars vegar og börnin sem sóttu þjónustu ykkar hins vegar? Hvernig voru þessar áskoranir leystar?

Það kom mér merkilega á óvart hversu fljót ég var að venjast lífinu í Úganda, bæði sem sjúkrabjálfari og þess fyrir utan. Mér fannst menningarmunurinn ekki hafa svo mikil áhrif á störf mín sem sjúkrabjálfari í Úganda, þó ýmislegt sé auðvitað ansi ólíkt því sem við erum vön. Það var nýtt fyrir mér að fá til mín foreldra sem hafa litla sem enga þekkingu á fötlun barnsins síns. Þar sem tungumálakunnátta var oft hindrun í samskiptum við foreldra hafði ég í þeim tilfellum oftast samstarfsfélaga til að túlka fyrir mig og þá var það oftast félagsráðgjafi sem var sérstaklega þjálfaður í að eiga þessi erfðu samtöl og fræða forsjáradilana. Annars tala flestir heimamenn ensku í Úganda þar sem það eru svo ótrúlega mörg tungumál töluð í landinu og því þurfa þau oft að tala ensku sín á milli.

Stærsta áskorunin fyrir mig var líklega var tilfinningin að finnast ég ekki geta hjálpað nóg. Aðstæður flestra fjölskyldnanna voru afar slæmar, flestar glímdu við mikla fátækt og bjuggu við afar léleg skilyrði.



Ástrós með börnum sem hún heimsótti í ABC barnaskóla rétt fyrir utan Kampala. Íslendingar geta stutt þessi börn til náms í gegnum ABC. Allar myndir voru fengnar með leyfi forsjáradila til birtingar.

Þær eru ófáar áskoranirnar sem skjólstæðingar KCDC og aðstandendur þeirra þurfa að eiga við dags daglega. Það er stórt verkefni sem foreldrar fá í hendurnar við það það eignast fatlað barn sama hvar þau eru í heiminum en í Úganda er lítið sem ekkert sem grípur þessar fjölskyldur. Vegna lítillar þekkingar og stigma sem ríkir í kringum fötlun eru þessar fjölskyldur oft útskúfaðar í samfélaginu, oft yfirgefa feðurnir mæðurnar þar sem þeir vilja ekki láta bendla sig við fötlun og þarna er mjög litla þjónusta og/eda upplýsingar að fá. Þar sem þekkingin er svo lítil þegar kemur að fötlun og mikil hjátrú ríkir í landinu eru margar fjölskyldur sem telja að barnið þeirra sé andsetið eða bölvun hvíli á fjölskyldunni og þar af leiðandi sé barnið þeirra „öðruvísi“. Oft á tíðum eru börnin því orðin nokkurra ára gömul áður en þau fá nokkra þjónustu. Stór hluti starfsemi KCDC er því að fræða fjölskyldur og allt þeirra nærsamfélag um fötlun.

Þar sem að fáir staðir í Úganda veita þjónustu fyrir fötluð börn og ungmenni þurfa fjölskyldurnar því oft að ferðast langar vegalengdir til að sækja þjónustuna. Þá er það undantekning að fjölskyldur eigi bíl, heldur ferðast heilu fjölskyldurnar saman á motorhjólatoxum eftir hræðilegum vegum, ef þau hafa þá efni á því yfir höfuð. Að sama skapi eru hjálpartæki af verulega skornum skammti en svo dæmi sé nefnt hitti ég einungis um 5 börn sem átta hjólastól yfir þessa þrjá mánuði sem ég var úti en samt var meirihluti skjólstæðingana með fjölfatlanir. Mæðurnar bera því börnin oftast á bakinu milli staða eins lengi og þær hafa burði til. Til að mæta þessari áskorun er því stór og mikilvægur hluti starfseminnar hjá KCDC að fara í svokölluð “outreach” en þá er farið út í samfélagið og veitt þjónusta á heilsugæslum í nærliggjandi bæjum og smáþorpum í vestur Úganda. Það gat því stýtt ferðalagið til muna fyrir margar fjölskyldurnar að geta sótt þjónustuna á þeirra næstu heilsugæslu.

Geturðu deilt eftirminnilegri reynslu með skjólstæðingi sem hafði djúpstæð áhrif á þig á meðan þú varst þar?

Einn vinnudaginn, þegar ég hafði verið í um tvo mánuði hjá KCDC, fórum við í outreach um þrjár klukkustundir frá Fort Portal. Þar beið okkar m.a. móðir með 7 ára gamlan son sinn en hún hafði heyrt frá frænku sinni um þessi samtök sem gætu hjálpað þeim mæðginum. Hún hafði ferðast í um fjóra tíma aftan á motorhjól með soninn í fanginu til að hitta á okkur, en hún vissi ekki hvað amaði að syninum sem var með CP fjörlömun og flogaveiki. Hún bjó við afar mikla fátækt og hafði verið útskúfuð af nær öllu samfélaginu og hélt drengnum því að mestu innandyrna í moldarkofanum. Í sjö ár hafði hún því lifað í þessari óvissu, grunlaus um hvað fötlun væri og hún tjáði okkur að lengi vel trúði hún því að fötlunin væri henni að kenna eins og margir höfðu sagt við hana, hún hlýti nú að hafa gert eitthvað af sér á meðgöngu. Við gátum því frætt hana um fötlun stráksins, gefið þeim flogalyf og næringarstykki við vannæringu og kennt henni æfingar og teygjur. Sömuleiðis mældum við fyrir sérsmíðuðum stól sem KCDC úthlutar svo að strákurinn gæti setið annars staðar en í fangi móðurinnar.

Aðrar eftirminnilegar reynslur voru þegar ég hitti ég einstæða móður sem hafði ekki efni á að borga fyrir lífsnauðsynlega hjarta- aðgerð fyrir 6 mánaða barnið sitt með Down’s heilkenni og enn önnur móðir hafði verið í marga mánuði að reyna skrapa saman 5000 íslenskum krónum fyrir heilaskanna fyrir barnið hennar sem er með alvarlega flogaveiki. Það gat því verið ansi erfitt að hlusta á þessar ótrúlegu sögur og geta ekki hjálpað þeim öllum.

Hvernig þurftirú að aðlaga sjúkrahjálfunina þína til að mæta sérstökum þörfum barna í Úganda?

Líkt og hefur komið fram fór stór hluti vinnunnar fram í ýmsum bæjum og þorpum um vestur Úganda í þessum “out-reach”um. Sjúkrahjálfunin var að mestu leiti fræðsla og að kenna aðstandendum æfingar, teygjur og aðferðir til að stuðla að aukinni færni barnsins. Búnaðurinn til hjálfunnar var nokkuð takmarkaður en oftast höfðum við einungis dýnur og/eda teppi sem voru breidd úti á grasflöt í skugga undir tré, eða sett á gólfið í tómu húsnæði á svæðinu. Við höfðum nokkrar pullur og körfu fulla af dóti en oftast höfðum við einnig meðferðis einn standbekk sem hluti skjólstæðingana gat notað og eina göngugrind.



KCDC eða Kyaninga Mobility er búð að hanna og er að framleiða eigin hjólastóla sem eru sérstaklega hannaðir fyrir grófa umhverfi Úganda. Þeir eru smíðaðir úr bambus sem er allt í kring og dekkinn eru endurnýtt úr reiðhjólum og allir varahlutir eiga að fást í nærliggjandi hjólabúðum.



Annað dæmi um hjólastól.

Talið er að um 13% barna í Úganda séu með fötlun sem þýðir yfir 2,5 milljónir barna. Þau börn sem ég hitti í gegnum KCDC voru flest með miklar fatlanir, þá var sérstaklega há tíðni af börnum með CP með færni í flokki V skv. GMFCS grófhreyfi flokkunar-kerfinu. Með einungis 1,5 ár af starfsreynslu sem sjúkrahjálfari á bakinu var þetta því gríðarlega mikill lærdómur fyrir mig.

Hvaða mun sástu á heilbrigðiskerfinu og úrræðum fyrir börn með fötlun í Úganda miðað við Ísland?

Mér skilst að séu ekki mörg úrræði fyrir börn með fötlun. Svo ég viti er KCDC eina starfandi stofnunin í vestur Úganda. Ég er kannski ekki með réttan samanburð þar sem KCDC eru svo flott samtök með mjög vestrænan blæ, starfa eftir hugmyndafræði sem við þekkjum - samfélagsleg og heildræn nálgun. Sem er ekki algengt í Úganda. Mín upplifun af sjúkrahúsum var afar léleg aðstaða, léleg hús (fín á þeirra mælikvarða), hreinlæti verulega ábótavant, t.d. fæðingastofurnar eitt með fjórum gömlum og ryðgudum sjúkrahúsum, biðstofurnar úti - mikið af veiku fólki að bíða. Ég var einnig þarna á rigningartímabili og því há tíðni af malaríu.



Aðstaða í "outreach"

Flest þessara barna eru ekki í skóla þar sem skólar geta ekki mætt þörfum þeirra. Eins og hefur komið fram - mikil fáfræði og stigma í kringum fötlun svo sorglega algengt að þau taki lítinn sem engann þátt í samfélaginu og sé haldið heima frá allra augum. Einnig er algengt að trúa á skottulækningar, oftast a.m.k. einn "læknir" í hverju þorpi sem fólk leitar til og fær ýmis jurtalyf og möntrur sem eiga að lækna. Dæmi um hvernig heilbrigðisþjónustan getur verið þarna: 8 ára strákur sem var aflimaður við olnboga en foreldrar hans vissu ekki hvers vegna. Hafði lélega stjórn á hendinni fram að því og hún tekin af, fengu engan rökstuðning frá læknum.

Hvaða aðferðir notaðir þú til að hvetja börn áfram í meðferð?

Ég notaðist mikið við hvetjandi hljóð og bros þar sem að oftast skildu börnin ekki ensku. Annars svipaðar aðferðir og hér heima: klappa fyrir þeim, gefa fimmur, notast við dót sem var oftast sérlega spennandi þar sem þau höfðu oft ekki mikið af dóti heima fyrir. Annars var soldið happ og glapp hvernig börnin tóku mér sem hvítri, ljóshærðri konu með blá augu. Flestum fannst ég verulega framandi og spennandi og sýndu mér mikinn áhuga en önnur urðu skelkuð og fengust ekki í verkefni eða æfingar með mér.

Hvaða annað heilbrigðisstarfsfólk var þarna og hvernig voru samskiptin við þau?

Hjá KCDC starfa sjúkraþjálfarar, iðjuþjálfar, talmeinafræðingar, félagsráðgjafar, næringarfræðingar, sérkennarar og stoðtækjafræðingur auk þess sem stofnunin er með flogaveikisteymi. Þetta eru allt heimamenn sem koma víða að frá Úganda og því með mismunandi móðurmál. Þar sem þau eru öll menntuð og skólakerfið í Úganda er á ensku töluðu þau þó öll góða ensku. Samskiptin voru gríðarlega góð, þau voru fús til að hjálpa og kenna mér þeirra leiðir sem og spennt fyrir að heyra frá minni reynslu og þekkingu.

Hvernig breytti reynsla þín í Úganda sjónarhorni þínu á fötlun og endurhæfingu?

Ég hugsa að fyrst og fremst hafi þessi reynsla sýnt mér hvað við getum verið þakklát fyrir hvað við höfum það gott hérna heima. Bæði þegar kemur að þjónustu, úrræðum og tækifærum fyrir fólk með fatlanir en einnig fyrir okkur sem fagaðila sem störfum með þessum hópi. Hér höfum við frábæra möguleika á hinum ýmsum tækjum og búnaði til þjálfunar og kerfi sem úthlutar hjálpar- og stoðtækjum skjólstæðingum að stóru leyti kostnaðarlaust

Hvaða ráð myndirðu gefa öðrum sjúkraþjálfurum sem íhuga að fara í sjálfboðavinnu í svipuðum aðstæðum?

Að láta vaða. Hvort sem þú ert ný útskrifaður sjúkraþjálfari að sækja þér reynslu líkt og ég gerði eða hefur unnið sem sjúkraþjálfari til margra ára. Við hérna heima höfum gríðarlega mikla þekkingu og þarna er einnig tækifæri til að miðla þessari þekkingu til annara.

"Since opening in October 2014, the KCDC team has grown to more than 90 permanent staff. Through an extensive community-based outreach programme across seven districts in western Uganda, it reaches over 1,000 children and 25 schools monthly."

"Up until the end of June 2024, KCDC had reached more than 7000 children with disabilities and their families, but this is estimated to be less than 1% of the total number of CwDs in the region."

SJÚKRAÞJÁLFUN GARDABÆJAR

GARDAFLÖT 16 - 18

210 GARDABÆR





Áreiðanlegt val fyrir endurhæfingu!

Emotion Fitness 900 motion línan býður upp á tilvalin tæki fyrir endurhæfingarstaði, hönnuð til að tryggja öruggar, skilvirkar og einstaklingsmiðaðar æfingar.

Emotion 900 þrek hjól er með 7" LCD skjá, 25-950 watt mótstöðu og tengimöguleika við Polar úr. Það býður upp á fjölmörg æfingarprógrömm og styður hámarksþyngd notenda upp að 200 kg. Hjólið er áreiðanlegt, hljóðlátt og notendavænt með fjölbreyttum stillingum sem henta endurhæfingu.

FASTUS
HEILSA

VINNUM MEÐ ÞEIM BESTU

Höfðabakki 7, 110 Reykjavík | fastusheilsa.is

Alþjóðleg Verkjaráðstefna í Valencia

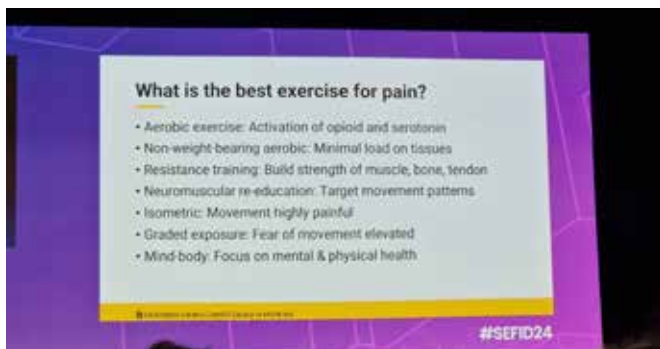
Í byrjun apríl 2024 lögðu fimm íslenskir sjúkraþjálfarar af stað á ráðstefnu til Valencia á Spáni. Ráðstefnan bar spænsku yfirskriftina: SEFID VI Congreso Internacional de Fisioterapia y Dolor 2024, sem útleiggst á ensku: SEFID VI International Congress of Physiotherapy and Pain 2024. Hún var haldin dagana 5. og 6. apríl en fimmtudaginn 4. apríl var boðið uppá fjórar vinnustofur, sem Íslendingarnir sóttu líka.



Fríða Brá Pálsdóttir,
Kristín Reynisdóttir,
Halldóra Gunnlaugsdóttir,
Hrefna Indriðadóttir og
Íris Judith Svavarsdóttir

Vinnustofurnar innihéldu mismunandi efni. Fyrstu vinnustofuna hélt Íslandsvinurinn David Butler, klínískur sjúkraþjálfari frá Ástralíu, menntunarfræðingur og verkjavísindamaður sem senn fer á eftirlaun. Erindi hans var fræðandi og heimspekilegt og fjallaði um garðinn: græna lyfseðilinn við verkjum. Hann talaði m.a. um að allt skipti máli í verkjum/streitu/kvíða rétt eins og í garðinum. Breytingar eru mögulegar í líkamanum rétt eins og í garðinum. Hvatti hann fólk með langvinna verki til að afla sér þekkingar um hvers vegna manni verkjar og það gæti minnkað verkjatilfinninguna.

Ruth Chimenti, sjúkraþjálfari, sem starfar á sjúkraþjálfunar- og endurhæfingarsviði háskólans í Iowa í Bandaríkjunum hélt vinnustofu þar sem hún fjallaði um efnið „Þar sem verkir mæta færni og ótta“, Where pain meets function and fear - Integrating movement-evoked pain and kinesiophobia into a mechanism-based approach to care.



Úr vinnustofu Chimenti

Þriðja vinnustofan var með ástralska sjúkraþjálfaranum Tasha Stanton, sem fjallaði um Complex Regional Pain Syndrome. Hún dýfði sér í verkjavísindin tengt CRPS og áhrif meðferðar við þeim erfiða vanda.

Vinnustofudeginum lauk með fyrirlestri Fernando Exposto, sem er portúgalskur tannlæknir og aðstoðarprófessor við Árósrháskóla, en hann fjallaði um verki í munni og andliti; Differential diagnosis and evaluation of the orofacial pain patient according to the International Classification of Orofacial Pain Classification.

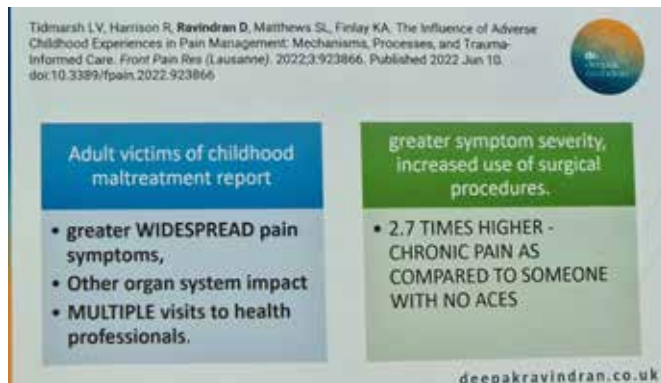
Ráðstefnan sjálf innihélt fjölda erinda bæði á spænsku og ensku. Þær Hrefna Indriðadóttir og Halldóra Gunnlaugsdóttir, sjúkraþjálfarar voru ekki í neinum vandræðum með að skilja spænskuna en við hinar nýttum okkur eftir megni túlkabjónustu sem boðið var uppá.

Fyrri daginn fjallaði David Butler um framtíð Explain Pain, sem ber sama nafn og bók sem margir íslenskir sjúkraþjálfarar þekkja, sem hann gaf út ásamt öðrum Íslandsvini, Dr. Lorimer Moseley.

Cormac Ryan, írskur sjúkraþjálfari og prófessor við The Clinical Rehabilitation at Teesside University, kynnti ráðstefnugestum Flippin Pain herferðina sem er í gangi í Bretlandi, lýðheilsuherferð til að auka og bæta skilning almennings á langvinnum verkjum. Sjá nánar hér: <https://www.flippinpain.co.uk/> Par fræða bæði heilbrigðismenntaðir og fólk sem hefur verið með þráláta verki og náð betri heilsu m.a. með aðferðum sem herferðin mælir með, almenning sem er að glíma við þráláta verki.

Daniel Clauw, bandarískur prófessor í svæfingar-, gigtar og geðlækningum í Michigan fjallaði um vefjagigt; „Fibromyalgia, a discreet disorder or the end of a continuum“

Kollegi Clauw, Deepak Ravindran, frá Bretlandi, vakti athygli okkar en hans erindi fjallaði um hvernig hægt er að sigrast á langvinnum verkjum, með samþættri nálgun sem byggir á lífsstíls-lækningum. Deepak tengist Flippin Pain herferðinni og er oft með fræðslu þar. Hann hefur m.a. gefið út bókina The Pain Free Mindset.

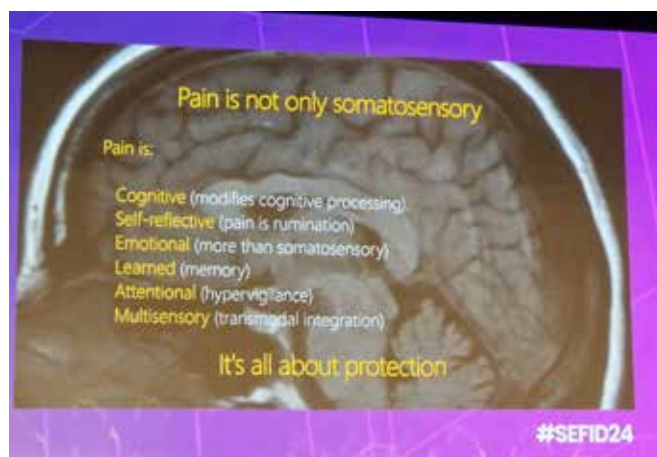


Úr fyrirlestri Deepak Ravindran

Enn einn Íslandsvinuinn, hinn danski kollegi okkar Morten Høgh fjallaði um langvinna stoðkerfisverki; The past, present and future of evidence-based management of people with chronic MSK pain.

Seinni daginn tóku Spánverjarnir við. Þeir eru mjög framarlega í verkjavísindum og voru með mörg mjög áhugaverð erindi. Þar vakti athygli okkar m.a. Rafael Torres, sjúkraþjálfari, sem leitaði að verkjum í heilanum; In search of pain in the brain. Hann fjallaði m.a. um að 55% af lífshlaupi manneskju er heilinn á eftirfarandi staðalstillingu (default mode): Hugsanir sem vísa til sjálfs (Self-referential mental activity), ósjálfráðar hugsanir, hugurinn reikar, að hugsa hvernig aðrir hugsa, að byggja upp sögusvið án þess að ætla það og fleiri þættir. Hann talaði um að verkir væru lærdir/í minninu, tengdir ofurárverkni, tengjast ýmiskonar áreitum/skynjun, eru á tilfinningagrunni og tengjast hugarjórtri (rumination). Fræðsla um verkjavísindin minnkar hugarjörtur, minnkar árverkni og viðbrögð við tilfinningum og bætir vitrænt hugarstarf.

Carlos Goicoechea hélt mjög líflegt erindi um Ónæmiskerfið og verki; Immune system and pain: Who watches the watchman? Hann er menntaður í líffræði og með doktorsgráðu í lyfjafræði frá Complutense háskólanum í Madrid. Ónæmiskerfið er kerfi sem sérhæfir sig í að vernda líkamann gegn utanaðkomandi ógnum til að hjálpa til við að viðhalda heilsu og koma í veg fyrir innilokun. Þetta er skilgreiningin sem við höfum öll heyrt áður. En, í langvarandi verkjum, eru vísbendingar um samband milli virkjunar ónæmiskerfisins og aukinna verkja. Er eitthvað annað kerfi sem stjórna ónæmiskerfinu? Carlos fór yfir nokkrar mögulegar skýringar á þessari þversögn.



Úr fyrirlestri Rafael Torres

Fjallað var um andlega líðan tengda langvinnum verkjum og þar var það Trevor Lentz, bandarískur sjúkraþjálfari og lýðheilsu-fræðingur frá Florida. Erindi hans hét; Að mæla það sem skiptir máli, samþætting mats á geðheilsu í sjúkraþjálfun - Measuring What Matters: Integrating Mental Health Assessment into Physiotherapy. Geðheilsa getur haft veruleg áhrif á árangur fólks sem leitar sjúkraþjálfunar vegna stoðkerfisverkja. Mörgum sjúkraþjálfurum finnst erfitt að samþætta geðheilsumat í meðferð og nota það til að upplýsa um áætlun meðferðar.

Brenon Fullen er núverandi forseti evrópska verkjasambandsins EFIC, fyrsti löggilti sjúkraþjálfarinn og fyrsta konan til að vera kjörin í þetta embætti í sögu samtakanna. Hún er dósent í lýðheilsu-, sjúkraþjálfun og íþróttavísindum við UCD í Dublin, Írlandi. Brenon fræddi viðstadda um forvarnir gegn verkjum í hálsi/Prevention of neck pain: from primary prevention to preventing the transition from acute to chronic pain.

Hér var stiklað á stóru. Nánar má skoða innihald ráðstefnunnar hér: <https://www.congresofisioterapia.es/> Ráðstefna fór fram úr væntingum og lærðu fimm menningarnir heilmikið á henni og hafa nýtt sér í vinnu sinni í kjölfarið. Óhætt er að mæla með heimsókn til hinnar fallegu borgar Valencia á Spáni.

Margt fór af stað í kjölfar ráðstefnunnar, um hvernig við getum gert betur í þessum efnum hér á landi. Sjá íslenskir sjúkraþjálfarar sóknarfæri í að vinna saman að því að efla þjónustu við einstaklinga sem glíma við langvinna verki? Getur herferð eins og Flippin Pain náð fótfestu hér á landi? Heilbrigðisstarfsfólk getur gert svo mikið betur í þessum efnum. Til þess þarf m.a. að breyta menningu, orðræðu og efla samvinnu. Nýji samningurinn við Sjúkratryggingar Íslands gæti nýst t.d. að nýta fræðsla meira sem hluta af meðferð og til þess þurfi jafnvel 60 mínútur í senn.

TÁP
SJÚKRAÞJÁLFUN

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

Sjúkraþjálfunin
SPORTHÚSINU



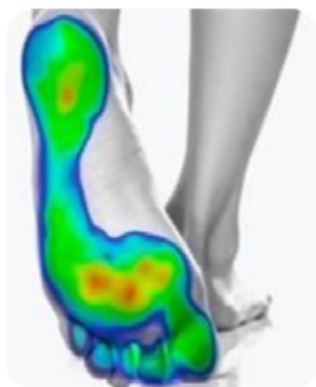
GÖNGUGREINING

Finnur þú fyrir verkjum í stoðkerfi?

- Reynslumesta starfsfólkið
- Sérsmíðuð innlegg í alla skó
- Veljum skó miðað við fótlag og niðurstig frá Asics, Brooks og HOKA
- Öflugasti greiningarþúnaðurinn
- Sérhæft innleggjaverkstæði

Tilboð fyrir sjúkráðgjafara

30% af greiningu og 20% af innleggjum og skóm



481-1000

www.gongugreining.is