

Sjúkrapjálfarinn & Þú

2. tbl. 39. árgangur 2012



Fagmennska í fyrirrúmi!

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



Mörkin 4
Sími 533 3500
www.lystadun.is

Göngum frá verknum



Íbúfen®

– Bólqueyðandi og verkjastillandi

Notkunarsvið: Íbúfen inniheldur íbuprofén sem er bólqueyðandi, verkjastillandi og hitalækkandi lyf. Íbúfen tilheyrir flokki lyfja sem kölluð eru NSAID lyf (bólqueyðandi lyf sem ekki eru sterar). Íbúfen er notað við vægum til meðal miklum verkjum eins og höfuðverk, migreni, tannpínu, tíðaverkjum og hita. **Ekkí má taka Íbúfen:** Þeir sem hafa ofnæmi fyrir íbuprofeni, öðrum skyldum lyfjum eða einhverju hjálparefnanna. Þeir sem fengið hafa ofnæmisviðbrögð eins og astma, nefrennsli, útbrot með kláða eða ef varir, andlit, tunga eða háls hafa bólgnáð upp eftir að hafa tekið íbuprofén eða skyld lyf. Þeir sem þjáðst hafa af sárum eða blæðingum í maga eða smáþörmum (skeifugörn) í tengslum við fyrri notkun bólqueyðandi verkjalyfja, þjást núna af sárum eða blæðingum í maga eða smáþörmum (skeifugörn) eða hafa áður þjáðst af sliku, tvisvar eða oftar, með alvarleg lifrar-, nýrna-, eða hjartavandamál (kransæðasjúkdómur meðaldir), þeir sem þjást af umtalsverðum vöðvaskorti (vegna uppkasta, niðurgangs eða of lítillar vöðvaneyslu), eru með einhverjar blæðingar (blæðingar í heila meðtaldar), eru með sjúkdóm af óþekktum uppruna sem leiðir til óeðlilegrar myndunar blóðfrumna. **Sérstök varnaðarorð:** Þeir sem eru með rauða úlfa (SLE) eða aðra sjálfsnæmissjúkdóma, arfgengan sjúkdóm sem hefur áhrif á blóðrauða, hemoglóbín (purpuraveiki), langvarandi bólusjúkdóma í þörmum eins og bólgur í ristli með sárum (sárastilbólgu), bólgur í meltingarvegi (Crohn's) eða aðra maga- eða þarmasjúkdóma, truflanir á blóðfrumnamyndun, vandamál tengd blóðstorkun, ofnæmi, ofnæmiskvef, astma, langvarandi bólgur í nefslímhúð, kinnbeinaholum, kokeitlum eða langvarandi teppusjúkdóma í öndunarvegi, blóðrásarkvilla í slagæðum handleggja og fóta, lifrar-, nýrna- eða hjartavandamál eða háan blóðþrýsting, nykomnir úr meiriháttar skurðaðgerð ættu ekki að nota lyfið. **Meðgangabryóstagjöf:** Íbuprofén má ekki taka á síðustu 3 mánuðum meðgöngu. Aðeins ætti að nota Íbúfen á fyrstu 6 mánuðum meðgöngu í samráði við lækni og ef það er algerlega nauðsynlegt. Íbuprofén getur gert konum erfiðara með að verða þungaðar. Þessi áhrif ganga til baka þegar hætt er að taka lyfið. Íbuprofén berst í brjóstamjólk í litlum mæli og brjóstagjöf þarf yfirleitt ekki að hætta meðan á skammtíma meðferð stendur. Ef lengri tíma meðferð er áætluð, ætti að meta hvort hætta eigi brjóstagjöf. **Aukaverkanir:** Svartar, tjörukenndar hægðir eða blóðlituð uppköst (sár í meltingarvegi með blæðingum), brjóstsvíði, kviðverkir, meltingartruflanir, truflanir í meltingarfaræum s.s. niðurgangur, ógleði, uppköst, vindgangur og harðlífi, sáramyndun í meltingarvegi með eða án rofs, þarmabólga og versnandi bólga í ristli og meltingarvegi (Crohn's) og pokamyndun í digurgirni (rof eða fistlar), smásæjar blæðingar frá þörmum sem geta leitt til blóðleysis, sára og bólgu í munni, höfuðverkur, syfja, svimi, sundl, þreyta, æsingur, svefnleysi og viðkvæmni. **Skammtastærðir:** Fullorðnir og unglíngar eldri en 12 ára (≥ 40 kg): 200-400 mg sem einn skammtur eða 3-4 sinnum á dag með 4-6 klst. millibili. Hámarks dagsskammtur er 1200 mg. Börn 6-9 ára (20-29 kg): 200 mg, 1-3 sinnum á dag á 4-6 klst. fresti eftir þörfum. Hámarks skammtur er 600 mg á dag. Börn 10-12 ára (30-40 kg): 200 mg, 1-4 sinnum á dag á 4-6 klst. fresti eftir þörfum. Hámarks skammtur er 800 mg á dag. Sjá nánar í fylgiseðli. **Börn 12 ára og yngri eiga ekki að nota Íbúfen nema í samráði við lækni. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 6 ára. Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfinu.** Nóvember 2011.

 **actavis**



Félag íslenskra sjúkraþjálfara

Stjórn FÍSP:

Héðinn Jónsson formaður

Arna E. Karlsdóttir varaformaður

Ása Dagný Gunnarsdóttir gjaldkeri

Unnur Árnadóttir ritari

Sigurður Sölvi Svavarsson meðstjórnandi

Ritnefnd Sjúkraþjálfarans:

Kristbjörg Guðmundsdóttir
kristbg@landspitali.is

Sara Hafsteinsdóttir
sarahaf@landspitali.is

Heiðbjört Tíbrá Kjartansdóttir
heidbjkj@landspitali.is

Elín Kristmundsdóttir
elinkr@landspitali.is

Forsíðumynd:

Mynd tekin af Köllu Malmquist
sjúkraþjálfara

Umbrot og prentun:

Litróf ehf.

Auglýsingar:

Erna Sigmundsdóttir

Skrifstofa FÍSP:

Íþróttamiðstöðin Laugardal

Engjavegi 6, 108 Reykjavík

Sími 568-7661

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

ISSN 1670-2204

Ágæti lesandi

Í þessu 2. tölublaði Sjúkraþjálfarans sem við ritstýrum höfum við leitast við að fylgja eftir Degi sjúkraþjálfunar með grein Sólveigar Ásu Árnadóttur og Þjóðbjargar Guðjónsdóttur um gagnreynda sjúkraþjálfun.

Bs verkefnin eru kynnt og í framhaldi af því frábærar fréttir frá Námsbraut um viðurkenningu á erlendri grund. Einnig erum við með nemaverkefni eftir Guðrúnu Magnúsdóttur og Guðfinnu Björnsdóttur.

Í tengslum við fyrra tölublaðið okkar birtum við rannsókn þeirra Þórunnar Ragnarsdóttur og Sigrúnar Knútsdóttur. Nanna Þórunn Hauksdóttir skrifar áhugaverða grein um tjáskipti okkar sjúkraþjálfara við sjúklinga.

Við birtum viðtöl við sjúkraþjálfara sem eru að vinna spennandi störf við Ólympíuleika og á skemmtiferðaskipi.

Eigandi forsíðunnar Kalla Malmquist sannar að það er „líf eftir sjúkraþjálfun“

Héðinn formaður FÍSP skrifar í sínum pistli um tímamót í félagasögu okkar sjúkraþjálfara og ber að fagna því.

Að síðustu vill ritnefndin þakka öllum þeim sem lögðu til efni og vinnu við blaðið og óskum næstu ritnefnd velfarnaðar.

MEÐ KVEÐJU
RITNEFND

Efnisyfirlit

- 4** **Rannsókn á líðan og færni einstaklinga sem misst hafa fót/fætur**
Þórunn Ragnarsdóttir sjúkraþjálfari og Sigrún Knútsdóttir sjúkraþjálfari
- 8** **Gagnreynd sjúkraþjálfun**
Sólveig Ása Árnadóttir sjúkraþjálfari og Þjóðbjörg Guðjónsdóttir sjúkraþjálfari
- 12** **Hugleiðingar um tjáskipti í sjúkraþjálfun**
Nanna Þórunn Hauksdóttir sjúkraþjálfari MPH, Cand.San.
- 15** **Byltur eldra fólks**
Guðrún Magnúsdóttir sjúkraþjálfari og Guðfinna Björnsdóttir sjúkraþjálfari
- 17** **Viðtal, Unnur Sædis Jónsdóttir sjúkraþjálfari**
- 18** **Viðtal, Inga Sjöfn Sverrisdóttir sjúkraþjálfari**
- 20** **Eigandi forsíðumyndar**
Kalla Malmquist
- 23** **Frá formanni**
Héðinn Jónsson
- 24** **Dagur sjúkraþjálfunar**
Arna Elísabet Karlsdóttir og Steinunn A. Ólafsdóttir
- 28** **BS verkefni**
- 33** **Frá Námsbraut**

Rannsókn á líðan og færni einstaklinga sem misst hafa fót/fætur og komu til endurhæfingar á Grensásdeild Landspítala á árunum 2000 til 2009

INNGANGUR

Það er mikið áfall að missa fót. Margar rannsóknir hafa sýnt að fótamissir veldur ýmsum vandamálum, m.a. skertri færni, verkjum og skertum lífsgæðum.¹⁻¹⁰ Algengustu orsakir aflimunar eru blóðrásarsjúkdómar oft vegna sykursýki, slys, sýkingar og krabbamein.¹¹⁻¹⁸ Karlar eru í miklum meirihluta þeirra sem missa fót. Samanburður milli rannsókna getur verið erfiður þar sem skilmerki, viðmið fyrir þátttöku, aðferðir og upplýsingasöfnun eru oft ólík milli þeirra.



ÞÓRUNN RAGNARSDÓTTIR
SJÚKRÁÐJÁLFARI

Mikilvægt er að bæta forvarnir til að koma í veg fyrir aflimun vegna blóðrásarsjúkdóma og sykursýki og einnig er mikilvægt að endurhæfing eftir aflimun sé eins árangursrík og mögulegt er þannig að einstaklingurinn verði eins sjálfbjarga og unnt er og komist aftur út í samfélagið, helst til fyrri starfa.

Frá árinu 2000 hafa flestir sem hafa misst fætur, bæði eftir slys eða sjúkdóma og farið í aðgerð á Landspítala komið á Grensásdeildina til endurhæfingar. Einstaklingarnir komu á Grensásdeildina af bráðadeildum Landspítala og dvöldu þar um lengri eða skemmri tíma allt eftir færni eða félagslegum aðstæðum hvers og eins. Lítið er vitað um afdrif og líðan þessara einstaklinga eftir útskrift. Ekki hafa verið gerðar faraldsfræðilegar rannsóknir um tíðni og orsakir aflimana á Íslandi og sambærileg rannsókn og þessi hefur ekki áður verið gerð hjá þessum sjúklingahópi á Íslandi.

TILGANGUR

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna göngufærni, líðan, lífsgæði, hreyfingu og ánægju með þjónustu sjúkráðgjafunar hjá einstaklingum sem fengu endurhæfingu á Grensásdeild Landspítala frá 2000 til 2009.

ÞÁTTTAKENDUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin var megindeg. Upplýsingar um sjúkdómsgreiningar sjúklinganna samkvæmt ICD 10 sjúkdómaflokkun WHO (International Statistical Classification of diseases and related health problems)¹⁹ voru fengnar úr sjúkraskrá Landspítala að fengnum tilskyldum leyfum. Alls höfðu 88 manns verið í endurhæfingu á Grensásdeild eftir aflimun á fæti á árunum 2000-2009. Fjórutíu prósent þeirra (N:35) voru látnir, en þeir höfðu allir verið aflimaðir vegna sjúkdóma. Þrír höfðu ekki fengið gervifót og þrír voru erlendir ríkisborgarar sem bjuggu erlendis. Fjörutíu og sjö manns sem höfðu verið í endurhæfingu á Grensásdeild á þessum árum og höfðu fengið gervifót fengu sendan spurningalista, 72% karlar (N:34) og 28% konur (N:13).



SIGRÚN KNÚTSDÓTTIR
SJÚKRÁÐJÁLFARI

Ekki skipti máli hversu langt var liðið frá aðgerð, hvaða skurðtækni var notuð eða frá hvaða fyrirtæki gerviföturinn var fenginn. Allir þátttakendur undirrituðu sérstakt eyðublað um upplýst samþykki.

Spurningalistinn samanstóð af 23 spurningum. Spurt var um aldur, kyn, búsetu, atvinnu, orsakir aflimunar, hæð aflimunar, notkun og göngu á gervifæti, gönguhjálpartæki, göngufærni, verki, vandamál síðustu fjórar vikur, lífsgæði, reglulega hreyfingu og mat á

ánægju með þjónustu í sjúkráðgjafun og hvort og þá hvað megi bæta í þjónustunni.

Við mat á færni var notaður kanadískur færnikvarði, Locomotor Capability Index (LCI), gerður fyrir aflimaða neðan hnés sem nýtist einnig við mat á göngufærni fyrir aflimaða ofan hnés.^{1-3,20-21} Kvarðinn skiptist í tvo hluta, 7 atriði í hvorum. Í fyrri hluti kvarðans er spurt um einfalda göngufærni: Standa upp af stól, ganga innandyr og úti á jafnsléttu, ganga upp og niður tröppur með handriði og upp og niður af gangstéttarbrún. Seinni hluti kvarðans metur göngufærni við flóknari athafnir og þar er spurt um eftirtalda þætti: Að taka hlut upp af gólfi standandi á gervifætinum, standa upp frá gólfi, ganga úti á ósléttu, ganga úti í vondu veðri, ganga upp og niður nokkur þrep án handriðs og halda á einhverju í göngu. Heildarstig kvarðans eru 42 stig, 21 stig í hvorum hluta. Svarmöguleikar voru á kvarðanum 0 – 3 fyrir hverja spurningu: 0 = get ekki, 1 = get með aðstoð, 2 = get með eftirliti og 3 = get án aðstoðar.

Leyfi var fengið hjá höfundum til að þýða kvarðann á íslensku og nota hann. Kvarðinn hefur verið þýddur á mörg tungumál m.a. á sænsku þar sem hann var staðfærður.³

Við mat á verkjum var spurt um tíðni verkja í stúf og hvort þeir kæmu fram í hvíld eða í tengslum við göngu. Spurt var um draugaverki og hvenær þeir væru til staðar.

Spurt var um vandamál síðustu 4 vikur, svo sem um vandamál á húð og verki í heila fætinum.

Lífsgæði voru metin með 5 spurningum úr lífsgæðakvarðanum „Heilsutengd lífsgæði“ eftir Kristinn Tómasson og félaga.²²⁻²³ sem tengdust heilsu, ánægju með lífið, líðan í dag, félagslegri stöðu og fristundum. Svarmöguleikar voru á kvarðanum 1 – 10 þar sem 1 er mjög óánægður og 10 mjög ánægður.

Spurt var um tíðni reglulegrar hreyfingar og hvers konar hreyfingu fólk stundaði.

Spurningar um ánægju með þjónustu sjúkráðgjafunar voru á kvarðanum A til E þar sem A er mjög ánægður og E mjög óánægður.

Við úrvinnslu gagna var notað SPSS tölvuúrvinnsluforritið. Ekki var hægt að meta marktækni vegna þess hversu þátttakendur voru fáir.

NIÐURSTÖÐUR

Svarhlutfall var 72,3% (N:34). Karlar voru 74% (N:25) og konur voru 26% (N:9).

Fimmtíu og sex prósent (N:19) voru sextíu ára og eldri en 44% (N:15) voru yngri en 60 ára.

Búseta og atvinna

Niútiú og fjögur prósent (N:32) bjuggu í eigin húsnæði eða leiguhúsnæði, 3% (N:1) á dvalarheimili og 3% (N:1) í foreldrahúsum.

Atvinnu stunduðu 29,4% (N:10), þar af voru 8 manns yngri en 60 ára en 67,6% (N:23) voru ekki í vinnu, einn svaraði ekki.

Orsakir og hæð aflimunar

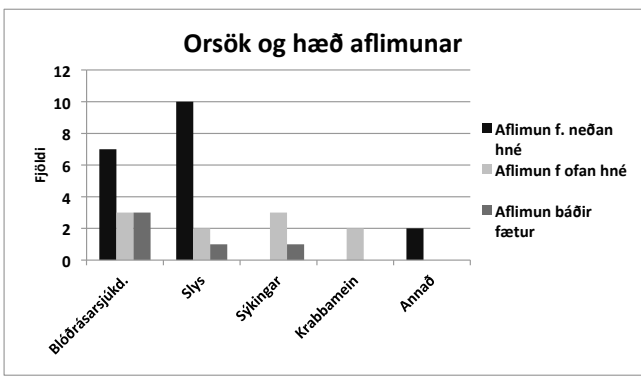
Blóðrásarsjúkdómur/sykursýki og slys voru jafn algengar orsakir aflimunar, 38% (N: 13) í hvorum hópi. Sykursýki var tilgreind sem orsök í 12% tilfella (N:4). Aðrar orsakir voru sýkingar 12% (N:4), krabbamein 6% (N:2) og annað 6% (N:2).

Blóðrásarsjúkdómur voru orsök aflimunar í 74% tilfella (N:14) meðal þeirra sem voru 60 ára og eldri. Slys voru orsök aflimana í 60% tilfella (N:9) þeirra sem voru yngri en 60 ára.

Sjötíu og eitt prósent (N:24) voru aflimaðir fyrir neðan hné, þar af fimm báðum megin og 29% (N:10) ofan við hné.

Orsakir og hæð aflimunar eru sýnd í töflu 1.

Tafla 1



Notkun gervifótar og hjálpartæki í göngu

Niútiú og eitt prósent (N:31) notuðu gervifót og 88% (N:30) sögðust ganga með gervifótinn. Tveir notuðu ekki gervifót og einn svaraði ekki. Af þeim sem notuðu gervifót, notuðu 76,5% (N:26) fótinn oft/alltaf en 14,7% (N:5) stundum. Þrír svöruðu ekki.

Fimmtíu og þrjú prósent (N:18) notuðu hjálpartæki. Fimmtíu prósent þeirra (N:9) notuðu einn staf eða hækju, 39% (N:7) notuðu tvær hækjur og 11% (N:2) notuðu göngugrind. Sjötíu og tvö prósent þeirra sem notuðu gönguhjálpartæki voru 60 ára og eldri (N:13).

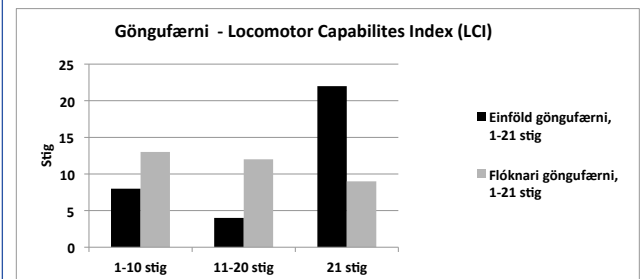
Göngufærni

Niðurstöður úr mati á færni á LCI kvarðanum sýndu að í fyrri hluta prófsins skoruðu 65% (N:22) 21 stig sem er hámark stiga í þeim hluta kvarðans. Erfðast reyndist að stiga niður af gangstéttarbrún. Meðaltal stiga í þessum hluta kvarðans var 17,1

stig hjá körlum og 15,1 stig hjá konum.

Í flóknari hluta LCI kvarðans skoruðu 26,5% (N:9) 21 stig sem er hámark stiga í þeim hluta kvarðans. Erfðast var að ganga úti í vondu veðri og að ganga upp og niður stiga án handriðs. (Tafla 2)

Tafla 2



Meðaltal stiga í þessum hluta kvarðans var 13,4 stig hjá körlum og 9,9 stig hjá konum. Nánari skilgreining á færni miðað við aldur og hæð aflimunar er sýnd í töflu þrjú. (Tafla 3)

Tafla 3

Aldur	Aflimun fyrir neðan hné		Aflimun fyrir ofan hné		Aflimun báðir fætur		Samtals stig
	< 60 ára	60 ára>	< 60 ára	60 ára>	< 60 ára	60 ára>	
Heildarfjöldi	7	12	5	5	3	2	34
Einföld göngufærni							
21 stig - get an aðstoðar	6	7	4	1	3	1	22
11-20 stig - get með eftirliti		3		1			4
1-10 stig - get með aðstoð	1	2	1	3		1	8
0 stig - get ekki							
Flóknari göngufærni							
21 stig - get an aðstoðar	4	3	2				9
11-20 stig - get með eftirliti	2	4	2		3	1	12
1-10 stig - get með aðstoð	1	5	1	5		1	13
0 stig - get ekki							
1-10 stig - get með aðstoð	1	5	1	5		1	13
0 stig - get ekki							

Verkir

Verkir í stúf.

Áttatíu og tvö prósent (N:28) höfðu verki í stúf, 57% þeirra (N:16) höfðu sjaldan verki, 43% (N:12) höfðu oft verki. Þrjátíu og sex prósent (N:10) höfðu verki í hvíld og 28,6% (N:8) eftir göngu. Af þeim 12 manns sem höfðu oft verki voru 7 yngri en 60 ára og 5 eldri en 60 ára. Sex af þessum tólf voru aflimaðir fyrir neðan hné og sex fyrir ofan hné. Færni þeirra var allt frá 1 upp í 42 stig á LCI kvarðanum.

Draugaverkir

Áttatíu og fjögur prósent (N:27) fundu fyrir draugaverkjum, flestir fundu fyrir verkjunum í hvíld. Fimmtán prósent (N:5) sögðust ekki hafa draugaverki og 6% (N:2) svöruðu ekki.

Algengustu vandamál síðustu fjórar vikurnar

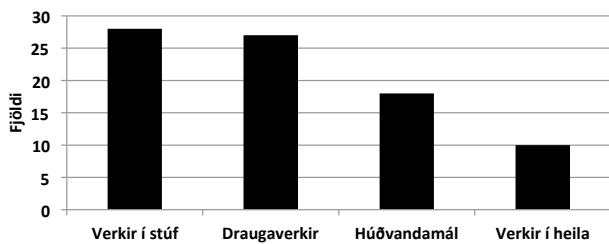
Sjötíu og eitt prósent (N:24) höfðu haft vandamál síðustu fjórar vikur og mátti merkja við öll atriði sem áttu við, s.s. vandamál á húð, verki eða annað. Fjórutíu og tvö prósent þeirra (N:10) höfðu fleiri en eitt vandamál.

Fimmtíu og þrjú prósent af öllum þátttakendum (N:18) höfðu haft vandamál á húð s.s. sár, blóðrur, útbrot, sár á beinenda o.fl. Þrjátíu og tvö prósent (N:11) höfðu haft sár á stúf. Sár á stúf voru algengust hjá þeim sem voru aflimaðir neðan hnés (N:10). Tuttugu og níu prósent (N:10) fundu fyrir verkjum í heila fætinum. Fimm þeirra voru aflimaðir neðan hnés eftir slys og 5 ofan hnés af mismunandi ástæðum og var ekki munur eftir aldri.

Sex prósent (N:2) merktu við önnur vandamál, s.s. bjúg á fæti og þreytu. (Tafla 4)

Tafla 4

Helstu vandamál



Heilsutengd lífsgæði

Spurt var um ánægju með heilsu, lífið og líðan í dag, félagslega stöðu og frístundir. Svarmöguleikar voru á kvarðanum 1 – 10 þar sem 1 er mjög óánægður og 10 mjög ánægður.

Ánægja með heilsu í dag var að meðaltali 6,2 (frá 4,6 til 8,7).

Ánægja með lífið í dag var að meðaltali 7,1 (frá 5,5 til 8,7).

Líðan í dag var að meðaltali 7,3 (frá 5,6 til 8,7).

Ánægja með félagslega stöðu í dag var að meðaltali 6,9 (frá 5,0 til 9,3).

Ánægja með frístundir í dag var að meðaltali 6,5 (frá 4,5 til 8,).

Nánari sundurliðun á stigagjöf er sýnd í töflum 5 og 6.

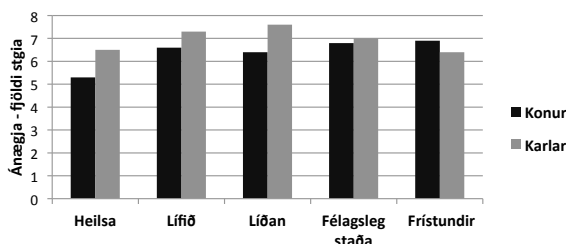
Tafla 5

Heilsutengd lífsgæði

Hæð aflimunar	Aflimun f neðan hné		Aflimun f ofan hné		Aflimun báðir færur	
	< 60 ára	60 ára>	< 60 ára	60 ára>	< 60 ára	60 ára>
Ánægja með heilsu	7.1	6.1	5.8	4.6	8.7	5
Ánægja með lífið	7.7	7.4	6.6	6	8.7	5.5
Ánægja með líðan	7.3	7.9	6.6	5.6	8.7	7.5
Ánægja með félagslega stöðu	6.9	7.7	5.4	6	9.3	5
Ánægja með frístundir	7.3	6.9	5.6	5.4	8	4.5

Tafla 6

Heilsutengd lífsgæði



Allir þátttakendur voru ánægðir eða mjög ánægðir með þjónustu sjúkrahjálfunar á Grensásdeild. Þrjátíu og fimm prósent (N:12) komu með tillögur að úrbótum. Helstu tillögur voru að bæta aðstöðu sjúkrahjálfunar og stækka Grensásdeildina, hafa eins manns herbergi, ósk um frekari þjálfun og göngubjálfun eftir útskrift og eftirfylgni.

UMRÆÐUR

Svarhlutfall í rannsókninni var 72%. Takmörkun rannsóknarinnar var að þátttakendur voru fáir og marktækar

niðurstöður því ekki mögulegar en niðurstöður hennar ættu að gefa nokkuð góða vísbendingu um líðan og færni þessa hóps. Einungis var um sjúklinga að ræða sem komu til endurhæfingar á Grensásdeild á þessum 10 árum en ekki alla sem voru aflimaðir á Landspítala á þessu tímabili. Meirihluti þátttakenda var 60 ára og eldri og voru karlar í meirihluta. Þetta er sambærilegt við aðrar rannsóknir.¹¹⁻¹⁸ Blóðrásarsjúkdómur/sykursýki og slys voru jafn algengar orsakir aflimunar meðal þátttakenda og er það svipað hlutfall og í rannsókn Ziegler-Graham og félaga frá árinu 2008.¹¹ Meirihluti þátttakenda var aflimaður neðan hnés. Í öðrum rannsóknum eru aflimanir vegna blóðrásarsjúkdóma mun algengari en vegna slysa, sérstaklega ef um sykursýki er einnig að ræða.¹¹⁻¹⁷ Sykursýki var einungis tilgreind sem orsök í 12% tilfella en hugsanlegt er að í fleiri tilvikum geti sykursýki verið frumorsök blóðrásarsjúkdóma sem leiddi til aflimunar. Það má telja líklegt að aflimun vegna blóðrásarsjúkdóma sé einnig mun algengari en slys hér á landi eins og í öðrum löndum.

Langflestir þátttakenda notuðu gervifót og þurftu u.þ.b. helmingur þeirra að nota hjálpartæki við göngu. Í rannsókn Gauthier-Gagnon og Grisé frá 1999 notuðu 85% gervifót og meirihluti þeirra þurfti hjálpartæki í göngu.

Algengustu vandamálin meðal þátttakenda voru verkir, bæði draugaverkir og verkir í stúf en einnig kvörtuðu nokkrir um verki í heila fætinum. Draugaverkir og verkir í stúf voru algengari en í erlendum rannsóknum.⁷⁻¹⁰ Nærri helmingur þeirra sem höfðu verki í stúf höfðu oft verki, annað hvort í hvíld eða eftir göngu. Verkir virtust ekki tengjast orsök aflimunar. Ekki var spurt um magn verkja og þyrfti að skoða það nánar.

Rúmlega helmingur þátttakenda hafði haft húðvandamál og er það mun algengara en í rannsókn Kelly og fél. þar sem húðvandamál voru frá 15 upp í 41%.²⁴ Orsakir húðvandamála geta verið ýmsar, s.s. röng umhirða húðar og siliconhulsu, að gervifóturinn sé rangt stilltur eða passi ekki lengur.

Við skoðun á göngufærni samkvæmt LCI kvarðanum kom í ljós að meiri hluti þátttakenda höfðu skorað hámark stiga á þeim hluta sem metur einfaldari þætti í göngufærni. Erfiðast reyndist að stiga niður af gangstéttarbrún.

Mun fleiri áttu í erfiðleikum með flóknari athafnir þar sem gerðar eru meiri kröfur til jafnvægis. Erfiðast reyndist að ganga úti í vondu veðri og ganga upp og niður stiga án handrðs. Þessar niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna.¹⁻⁴ Færni kvenna var lakari en karla.

Þeir sem voru 60 ára og eldri áttu í meiri erfiðleikum með flóknari athafnir en þeir yngri óháð hæð aflimunar nema hjá þeim sem voru aflimaðir báðum óháð.

Við mat á heilsutengdum lífsgæðum kom fram að um það bil helmingur þátttakenda voru miðlungs ánægðir. Þeir sem voru aflimaðir fyrir neðan hné voru ánægðari en þeir sem voru aflimaðir fyrir ofan hné óháð aldri. Sextíu ára og eldri sem voru aflimaðir fyrir ofan hné eða báðum megin fyrir neðan hné voru óánægðari með heilsuna, frístundir og félagslega stöðu. Lífsgæði kvenna mældust verri en karla nema ánægja með frístundir þar sem konur voru ánægðari.

Niðurstöður rannsóknar okkar sýndu meiri óánægju með heilsufar og með lífið meðal 60 ára og eldri en í niðurstöðum rannsóknar Tómasar Helgasonar og fél.²³ Þeir sem voru yngri en 60 ára voru einnig miðlungs ánægðir með þessa þætti. Þessar niðurstöður eru í samræmi við aðrar rannsóknir.⁵⁻⁶ Ekki var samsvörum milli skertrar göngufærni og lífsgæða samkvæmt niðurstöðum í rannsókninni.

Flestir stunduðu reglulega hreyfingu í hverri viku allt frá

hreyfingu einu sinni til tvisvar upp í fimm til sjö sinnum í viku, flestir hreyfðu sig einu sinni til tvisvar í viku. Líkamsrækt, göngufærðir og sund voru algengustu tegundir hreyfingar.

Allir þátttakendur voru ánægðir eða mjög ánægðir með þjónustu sjúkrahjálfunar á Grensásdeild.

ÁLYKTUN

Niðurstöðurnar sýndu að langflestir þátttakenda notuðu gervifót og meirihluti þeirra hafði góða göngufærni í einföldum hreyfipáttum. Margir áttu í erfiðleikum með flóknari göngufærni sem krefjast meira jafnvægis. Ekki var samsvörun milli skertrar göngufærni og lífsgæða. Karlar lýstu betri göngufærni og meiri lífsgæðum en konur. Verkir og húðvandamál voru algeng. Þörf er á frekari rannsóknum um tíðni og magn verkja. Flestir lýstu miðlungs ánægju með heilsutengd lífsgæði. Flestir hreyfðu sig einungis einu sinni til tvisvar í viku. Niðurstöðurnar gáfu vísbendingar um að þörf væri á bættri þjónustu við þennan sjúklingahóp. Regluleg eftirfylgd hófst í janúar 2012 þar sem áhersla er á ráðgjöf m.a. til að draga úr húðvandamálum. Mikilvægt er einnig að veita meðferð með áherslu á að bæta færni, jafnvægi og draga úr verkjum.

Þakkar til Össurar hf. fyrir stuðninginn.

HEIMILDASKRÁ

1. Enabling factors related to prosthetic use by people with transtibial and transfemoral amputation. Gauthier-Gagnon C, Grisé MC. *Arch Phys Med Rehabil* Vol 80, June 1999: 706-713.
2. Reliability, Validity, and Responsiveness of the Locomotor Capabilities Index in Adults with Lower-Limb Amputation Undergoing Prosthetic Training. Franchignoni F, Orlandini D, Ferriero G, Tancredi A, Moscatto A. *Arch Phys Med Rehabil* Vol 85, MAY 2004: 743-748.
3. The Locomotor Capabilities Index; validity and reliability of the Swedish version in adults with lower amputation. Larsson B, Johannesson A, Andersson IH, Atroshi I. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009, 7:44
4. Functional outcomes following trauma-related lower-extremity amputation. MacKenzie EJ et al. *J Bone Joint Surg Am* 2004, Aug; 86-A (8):1636-45
5. Rehabilitation and the Long-Term Outcomes of Persons with Trauma-related Amputations. Pezzin LE, Dillingham TR, MacKenzie EJ. *Arch Phys Med Rehabil* Vol. 81, March 2000: 292-300.
6. Health related quality of life and related factors in 539 persons with amputation of upper and lower limb. Demet K, Martinet N, Guillemin F, Paysant J, André JM. *Disability and Rehabilitation* 2003; vol. 25,(9): 480-486
7. Epidemiology of Phantom Pain and Phantom Sensation in Germany. Kern K-U. *13th ISPO World Congress* 2010.
8. Residual Limb Pain. Reichhalter R. *13th ISPO World Congress* 2010.
9. Phantom limb pain and residual limb pain following lower limb amputation: A descriptive analysis. Gallagher P, Allen D, MacLachlan M. *Disability and Rehabilitation* 2001, Vol 23 Aug: 522-530.
10. The influence of preamputation pain on postamputation stump and phantom pain. Nikolajsen L, Ilkjær S, Krøner K, Christensen J H, Jensen TS. *Pain* 1997. 72; 393-405.
11. Estimating the prevalence of limb loss in the United States: 2005-2009. Ziegler-Graham K, MacKenzie EJ, Ephraim PL, Travison TG, Brookmeyer R. *Arch Phys Med Rehabil*. 2008 Mar;89(3):422-9.
12. Epidemiology of Limb Loss and Congenital Limb Deficiency: A review of the Literature. Ephraim PL, Dillingham TR, Sector M, Pezzin LE, Mackenzie EJ. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003 May;84(5):747-61. Review
13. Epidemiology of lower extremity amputation in centres in Europe, North America and East Asia. The Global Lower Extremity Amputation Study Group. *Br J Surg*. 2000 Mar;87(3):328-37.

14. Incidence of Lower-Limb Amputation in the Diabetic and Nondiabetic General Population. Johannesson A, Larsson G, Ramstrand N, Turkiewicz A, Wirén A, Atroshi I. *Diabetic Care* 2009. Vol 32; (2):275-280.

15. Lower Limb amputations in Trondheim, Norway. Witsø E, Lium A, Lydersen S. *Acta Orthopaedica* 2010; 81(5):737-744.

16. Fewer major amputations among individuals with diabetes in Finland in 1997-2007: a population-based study. Ikonen TS, Sund R, Venermo M, Winell K. *Diabetes Care*, 2010 Dec; 33 (12): 2598-603.

17. Epidemiology of lower limb amputees in the north of the Netherlands: Aetiology, discharge destination and prosthetic use. Rommers G.M, Vos L.D.W, Groothoff J.W., Schuiling C.H, Eisma W.H. *Prosthetics and Orthotics Int*. 1997. 21: 92-99.

18. Epidemiology of Post-Traumatic Limb Amputation: A National Trauma Databank Analysis. Calinos Barmparas et al. *Teha Americal Surgeon* 2010, Nov; 76:1214-1222.

19. International Statistical Classification of diseases and related health problems, tenth revision. *World Health Organisation: Geneva* 1992.

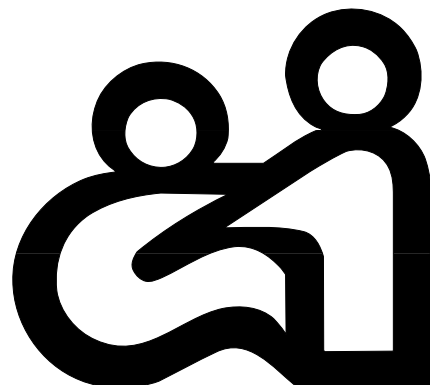
20. The Locomotor Capabilities Index: Content Validity. Gathier-Gagnon C, Grisé MC, Lepace Y. *Rehabil Outcomes Meas*. 1998;2(4):40-46.

21. Tools to Measure Outcome of People with a Lower Limb Amputation: Update on the PPA and LCI. Gathier-Gagnon C, Grisé M-C. *J Prosthet Orthot* 2006; 18:61-69.

22. Heilsutengd lífsgæði. Helgason T, Björnsson JK, Tómasson K, Ingimarsson S. *Læknablaðið* 1997; 83:492-502.

23. Heilsutengd lífsgæði Íslendinga. Helgason T, Björnsson JK, Tómasson K, Grétarsdóttir E. *Læknablaðið* 2000, 86:251257.

24. Skin problems in individuals with lower-limb loss: Literature review and proposed classification system. Kelly M. Bui og fél. *Journal of Rehabilitation Research and development*. 2009. Vol 46(9): 1085-1090



Gagnreynd sjúkraþjálfun

Kraftur og þróun í þitt starf

Samantekt úr erindi á Degi sjúkraþjálfunar 2. mars 2012

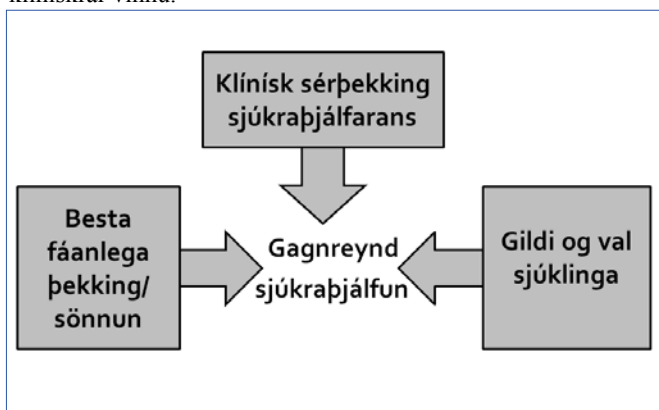
Tilgangur með erindinu var að:

- gera grein fyrir gagnreyndri sjúkraþjálfun
- lýsa vinnuferli gagnreynds starfs
- vísa leiðina að gagnagrunnum til að nota í gagnreyndri sjúkraþjálfun
- hvetja sjúkraþjálfara til að setja sér það markmið að veita gagnreynda þjónustu

Hvað er gagnreynd sjúkraþjálfun (evidence based physical therapy)?

Gagnreynd sjúkraþjálfun er einnig kölluð sannreynd sjúkraþjálfun og er átt við að sjúkraþjálfari sé fær um að vísa í gögn eða sannanir úr rannsóknum til að færa rök fyrir því sem hann gerir í klínísku starfi.

Gagnreynd sjúkraþjálfun inniheldur þó fleira því hún byggir á þremur þáttum (sjá mynd 1): 1) niðurstöðum úr viðeigandi klínískum rannsóknum, 2) gildi og vali skjólstæðings og 3) þekkingu og reynslu sjúkraþjálfarans.^{1,2} Styrkleiki gagnreyndrar vinnu liggur í því að þessir þrír þættir geta ekki staðið einir heldur þarf að samtvinna þá. Þannig gengur gagnreynd sjúkraþjálfun út frá því að sterk tengsl séu á milli rannsókna og klínískrar vinnu.³



MYND 1. ÞRÍR ÞÆTTIR GAGNREYNDAR SJÚKRAÞJÁLFUNAR

Þegar sjúkraþjálfari veitir gagnreynda þjónustu, nýtir hann sér niðurstöður úr nýjustu rannsóknum og horfir fyrst til hágæða klínískra rannsókna (*high quality clinical research*) sem eru rannsóknir sem framkvæmdar eru á sjúklingahópum.² Ef niðurstöður úr hágæða klínískum rannsóknum liggja ekki fyrir þá þarf gagnreynt starf að byggja á öðrum heimildum eins og bestu fánlegu rannsóknarniðurstöðum, vinnuleiðbeiningum (*clinical guidelines*), upplýsingum frá samstarfsfólki og jafnvel klínískri reynslu. Þegar rätt er um gildi og val skjólstæðings er átt við að skjólstæðingurinn (eða aðstandandi) tekur upp-



SÓLVEIG ÁSA ÁRNADÓTTIR
SJÚKRAÞJÁLFAÐI PHD



ÞJÓÐBJÖRG GUÐJÓNSDÓTTIR
SJÚKRAÞJÁLFAÐI MSc

lýsta ákvörðun um hvaða íhlutun er valin og sú ákvörðun byggir á þeim lífsgildum sem viðkomandi hefur. Á síðustu árum hefur orðið viðhorfsbreyting í heilbrigðiskerfinu í þá átt að skjólstæðingar taki þátt í ákvarðanatöku varðandi eigin heilsu og meðferð. Þessi þáttur gagnreynds starfs endurspeglar þá breytingu og hefur þau áhrif að sjúkraþjálfarinn þarf að vera meðvitaður um væntingar skjólstæðingsins varðandi meðferðina. Skjólstæðingsmið-

uð nálgun er talin skila betri árangri þar sem allir vita að hverju er stefnt í íhlutuninni og vinna saman að því að ná settum markmiðum.^{2,4} Þekking og reynsla sjúkraþjálfarans vísar til þekkingar sem fæst í klínískri vinnu. Þessi þekking tvinnast saman við grunnþekkingu sjúkraþjálfarans.^{2,4}

Gagnreynd sjúkraþjálfun er mikilvæg

Herbert o.fl.² segja helstu markmið með gagnreyndri sjúkraþjálfun vera að: 1) tryggja það að allar ákvarðanir um þjónustu til skjólstæðinga séu teknar með hliðsjón af „bestu fánlegu gögnum/sönnunum“, 2) tryggja betri þjónustu og 3) upplýsa skjólstæðinga eins vel og unnt er. Þessi markmið eru í samræmi við 4. grein Siðareglna sjúkraþjálfara á Íslandi⁵ þar sem segir:

Sjúkraþjálfari upplýsir skjólstæðing sinn og ræður honum heilt varðandi þau meðferðarúrræði sem til greina koma. Hann upplýsir um þau réttindi sem vanda hans og meðferð varða og um fjárhagslega hlið samskipta þeirra.

Sherrington o.fl.⁶ bentu á að gagnreynd þjónusta væri besta úrræði sem sjúkraþjálfarar hefðu til að: 1) takast á við mögulega óreiðu og óvissu sem einkennir nútíma klínískt vinnuumhverfi og 2) mæta þeirri síðferðislegu kröfu að veita skjólstæðingum bestu mögulegu umönnun, sem er í takt við 3. grein Siðareglna sjúkraþjálfara á Íslandi.⁵

Sjúkraþjálfari ber hag skjólstæðings fyrir brjósti og leitast við að veita bestu sjúkraþjálfun sem kostur er á. Hann vísar skjólstæðingi annað, telji hann hag skjólstæðings betur borgið á þann hátt.

Saga gagnreyndrar sjúkraþjálfunar

Gagnreynt starf eða gagnreynd þjónusta (*evidence-based practice*) er hugtak sem allar heilbrigðisstéttir geta notað. Rót þess má rekja til gagnreyndra lækninga (*evidence-based medicine*) sem var í fyrstu heiti á kennsluáðferð sem þróaðist við McMasterháskóla í Kanada á 9. áratugnum.⁷ Hvatinn

að baki þessari þróun var þörfin fyrir að brúa bilið sem var að myndast á milli rannsókna og klínískrar vinnu. David Sackett, læknir og faraldsfræðingur, var einn af lykilmönnum þessarar „brúarsmiði“ og við hann eru því kenndar útbreiddar skilgreiningar á gagnreyndum lækningum og gagnreyndu starfi.^{8,1}

Miðstöð gagnreyndar sjúkraþjálfunar (*evidence-based physiotherapy*), á heimsvísu, er í háskólanum í Sydney í Ástralíu.⁹ Þessi miðstöð var sett á stofn árið 1999, í nánú samstarfi við starfsfólk Maastrichtháskóla í Hollandi. Þar er unnið öflugt starf fyrir sjúkraþjálfara og er rafræni gagnagrunnurinn PEDro t.d. unninn og vistaður á þeirra vegum.¹⁰ PEDro var og er mjög mikilvægt skref í sögu gagnreyndrar sjúkraþjálfunar. Hann inniheldur vandaðar og hagnýtar upplýsingar um rannsóknir og er í opnu aðgengi fyrir alla. Árið 2001 hélt stjórn Heimssambands sjúkraþjálfara tímamótafund þar sem hún setti sér þau markmið að hvetja sjúkraþjálfara um allan heim til að ástunda gagnreynt starf.¹¹ Félög sjúkraþjálfara hafa tekið vel við sér í þessum málum og dæmi um slíkt er framtíðarsýn Félags sjúkraþjálfara í Bandaríkjunum þar sem fjallað er um gagnreynt starf sem óaðskiljanlegan hluta af sjúkraþjálfun.¹²

Gagnreynd sjúkraþjálfun: Ofnotað í orði en vannýtt á borði?

Ef við horfum út fyrir landsteinana er ljóst að gagnreynt starf hefur unnið sér fastan sess í heilbrigðisvísindum. Í dag má finna verulegt efni í erlendum bókum, fræðigreinum og á ýmsum vönduðum heimasíðum um það hvernig vinna má á gagnreyndan máta. Hugtakið gagnreynd (sannreynd) sjúkraþjálfun er hinsvegar lítt sýnilegt í íslensku efni. Því er ekki vitað, í raun, hvaða áhrif þessi alþjóðlega umræða um gagnreynda þjónustu hefur haft á störf sjúkraþjálfara hér á landi. Þó má sjá vísbendingar um að áhugi sé fyrir hendi. Dæmi um slíkt er að á Degi sjúkraþjálfunar 2008 héldu Ingveldur Ingvarsdóttir og Van der Wees (frá Maastricht, Hollandi) áhugaverð erindi um þróun klínískra leiðbeininga fyrir sjúkraþjálfara og um Cochrane samtökin. Bæði málefni tengjast sterklega gagnreyndri sjúkraþjálfun. Annað nýlegt dæmi er frá Norðurlandsdeild FÍSP, sem stóð fyrir námskeiði um gagnaleit á netinu í byrjun árs 2012.

Með auknu aðgengi að fjölbreyttum rannsóknarniðurstöðum og ýmsum faglegum upplýsingum hafa skapast forsendur fyrir bættri þekkingu sjúkraþjálfara sem aftur ýtir undir hæfni í gagnreyndu starfi. Bandarísk könnun á meðal sjúkraþjálfara leiddi í ljós að þeir sem höfðu útskrifast fyrir fimm eða færri árum voru líklegastir til að hafa fengið formlega þjálfun í að leita gagna og þekkja til rafrænna gagnagrunna.¹³ Fleiri rannsóknir lýsa því hvernig sjúkraþjálfarar benda á skort á þekkingu og leikni til að vinna gagnreynt og nefna þeir sérstaklega erfðleika við gagnaleit.^{14,15} Niðurstöður þessara rannsókna sýna jafnframt að skortur á tíma til að leita, lesa, gagnrýna og innleiða nýjungar, er stór hindrun á vegi gagnreyndrar sjúkraþjálfunar. Þrátt fyrir hindranir þá benda þessar rannsóknir til þess að sjúkraþjálfarar séu almennt jákvæðir og hafi löngun til að veita skjólstæðingum sínum gagnreynda þjónustu.

Vinnuferli gagnreyndrar sjúkraþjálfunar

Í gagnreyndri sjúkraþjálfun er gengið út frá því að í daglegu starfi sjúkraþjálfara vakni í sífellu spurningar sem

sjúkraþjálfarinn þarf að leita svara við. Þetta eru t.d. spurningar um bestu leiðir til íhlutunar og hvernig meta á árangur íhlutunar og horfur skjólstæðinga. Til að leitinn að svari verði sem skilvirkust er víðast hvar mælt með að sjúkraþjálfarar fylgi ákveðnu vinnuferli (mynd 2).^{2,16} Ferlið skiptist upp í fimm grunnþrep sem hafa nýst vel bæði til að kenna um gagnreynda starfshætti og ekki síður sem hagnýtt ferli í klínískri vinnu.



MYND 2. VINNUFERLI GAGNREYNDRAR SJÚKRAÞJÁLFAUNAR BYGGIR Á FIMM GRUNNÞREPUM.

Að spyrja. Á fyrsta þrepi þarf að skilgreina það viðfangsefni sem kallar á útskýringu og viðbótarupplýsingar. Síðan þarf að umbreyta þessu viðfangsefni í skýra spurningu sem unnt er að svara. Í því samhengi getur svokallað PICO-form nýst vel. PICO dregur nafn sitt af upphafsstöfum efnispátta spurningarinnar á ensku sem eru: 1) *population* eða *problem*, 2) *intervention* eða *exposure*, 3) *comparison* og 4) *outcome*. Spurning telst vera vel uppbyggð ef hún tekur á viðeigandi þáttum sem tengjast upplýsingaþörf sjúkraþjálfarans. Hún felur þannig í sér lykilmála skjólstæðings, þá meðferð sem sjúkraþjálfari og skjólstæðingur hafa í huga, annars konar meðferð sem kemur til greina og að hvaða árangri er stefnt eða hvaða niðurstöðu á að forðast. Spurningin getur beinst að öðrum þáttum en íhlutun/meðferð, eins og horfum á bata, framgangi sjúkdóms, gæðum ýmissa greiningarprófa eða mögulegum áhrifum af reynslu skjólstæðings á gang meðferðar.

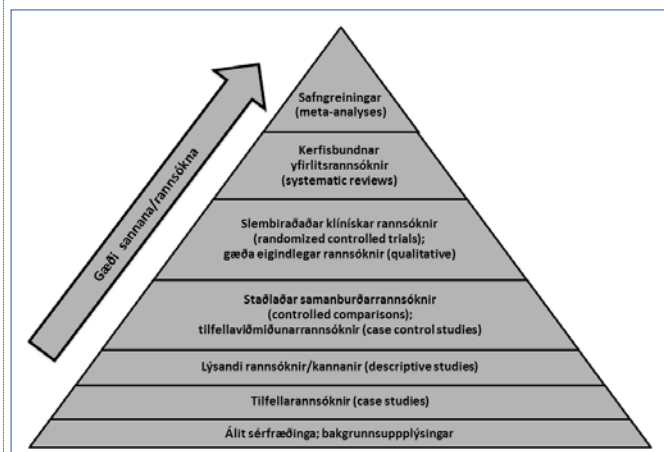
Að leita og finna svar. Næsta skref er að hafa uppi á bestu mögulegu gögnum sem nýta má til að svara spurningunni. Stundum er talað um slík gögn sem sönnun. Rannsóknir sýna að á þessu stigi spyrja flestir sjúkraþjálfarar kollega sína eða fletta upp í bókum, sem oft eru komnar til ára sinna.¹⁷ Það sem skiptir máli fyrir sjúkraþjálfara er að þróa með sér hæfni til að nýta þá fjölmörgu rafræna gagnagrunna sem eru í boði og vera fljótur að finna áreiðanlegar, hagnýtar og læsilegar upplýsingar.^{8,17} Gagnagrunnar eins og PEDro og Hooked on Evidence eru sérstaklega góðir fyrir sjúkraþjálfara og sjúkraþjálfun. Í PEDro má finna tilvísanir á slembaðar staðlaðar rannsóknir (*randomized controlled trials* = *RCTs*), kerfisbundnar yfirlitsrannsóknir (*systematic reviews*) og klínískar leiðbeiningar um íhlutun.¹⁰ Þótt starfsmenn PEDro skrifi ekki sérstaklega um efnið sem þeir birta, þá lýsa þeir stuttlega aðferðafræði rannsóknanna og gefa þeim stig á PEDro kvarða frá 0 til 10. Á árinu 2011 náði gagnagrunnur PEDro til 20 000 heimilda og í rannsókn sinni árið 2009 komst Moseley t.d. að því að PEDro skilaði besta leitarhlutfalli (99%) fyrir RCTs af nokkrum þekktum gagnagrunnum (PubMed, CINAHL, Hooked on evidence).¹⁸ Sjúkraþjálfarar þurfa hinsvegar oft að svara klínískum spurningum sem tengjast greiningu og horfum og jafnframt geta niðurstöður eiginlegra rannsókna gefið

mikilvægar upplýsingar. Því þurfum við að kunna að leita svara í gagnagrunnum með breiðari efnistöð (t.d. Cochrane yfirlitin) og í gagnagrunnum sem vísa veginn að frumheimildum (t.d. PubMed, CINAHL og OVID).

Spurningar sem sjúkraþjálfarar fá um horfur geta verið margbreytilegar: Mun sjúkraþjálfun hjálpa mér? Verð ég orðin góð(ur) eftir 6 vikur? Hvernig þróast þessi sjúkdómur sem ég er með? Með því að leita svara við spurningum eins og „hve langan tíma mun íhlutunin taka?“ er auðveldara fyrir sjúkraþjálfara og skjólstaðing að setja sameiginleg markmið. Einnig er vert að benda á að í starfi sínu nota sjúkraþjálfarar fjöldann allan af klínískum greiningarprófum (sértæk próf) eins og *straight leg raise/raising test (Laségue)* þegar verið er að skoða sjúkling með lendahryggjarvandamál. Oft er framkvæmdum slíkra prófa vel lýst, en túlkun niðurstaðna úr jafnvel bestu greiningarprófum getur verið misvísandi. Því er nauðsynlegt fyrir okkur að átta okkur á því hve miklar líkur eru á rangri greiningu með tilteknu prófi og hér getum við nýtt okkur rafræna gagnagrunna til að fá slíkar upplýsingar. PEDro gagnasafnið beinist að árangri íhlutunar, eins og fyrr er nefnt, en til að fá upplýsingar um horfur eða greiningarpróf er t.d. hægt að fara inn á PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).^{2,19-21}

Ef klínískar spurningar tengjast reynslu (*experiences*) skjólstaðinga er eðlilegast að leita í eigindlegar rannsóknir.² Orðið reynsla vísar í þessu samhengi til spurninga sem snúa að: samskiptum, hugsunum, væntingum, gildum, viðhorfum og atferli. Sjúkraþjálfarar sem vilja hvetja skjólstaðinga sína til heilsueflandi hreyfingar þurfa t.d. að huga alvarlega að þáttum eins og viðhorfum þeirra og atferli. Það sama má segja um íhlutun þar sem hreyfinám er í brennideplinum.

Að meta gögnin. Sjúkraþjálfarar verða að vera færir um að gagnrýna það efni sem þeir finna. Til eru ýmis kerfi þar sem rannsóknir eru flokkaðar eða þeim raðað eftir vísindalegu gildi og er *Sackett's level of evidence* (2001) sennilega þekktast þeirra. PEDro gagnagrunnurinn er einnig með sitt eigið stigakerfi þar sem rannsóknir fá stig eftir vægi gagnanna. Mynd 3 sýnir píramíða þar sem gögnum er raðað eftir vísindalegu



MYND 3. RANNSÓKNUM ER RAÐAÐ EFTIR VÆGI SANNANA OG ERU ÞÆR SEM VEGA ÞYNGST Á TOPPI PÍRAMÍÐANS. STUÐST VAR VIÐ SACKETT'S LEVEL OF EVIDENCE EN MYNDIN ER AÐLÖGUÐ M.A. TIL AÐ KOMA INN EIGINDLEGUM RANNSÓKNUM

gildi, þau sterkustu efst. Þegar við leitum að sönnunum/gögnum ættum við að reyna að finna sterkustu rannsóknirnar til að svara spurningu okkar. Píramíðaröðin á myndinni er m.a. byggð á flokkun Sackett o. fl. (2001) en aðlöguð til að koma eigindlegum rannsóknum inn í myndina.^{1,10}

Þegar kemur að því að rýna í einstakar rannsóknargreinar er fyrsta skrefið að skima í gegnum útdrætti og velja þannig

hvaða greinar, samantektir, og leiðbeiningar er vert að lesa. Kerfisbundin nálgun við að lesa útdrætti felur í sér að leita svara við þremur grunnspurningum: 1) eru niðurstöðurnar trúverðugar, 2) hafa niðurstöðurnar klíníska þýðingu (mikilvægi skv. mati skjólstaðings og sjúkraþjálfara) og 3) er gerlegt að nýta þessar upplýsingar í starfi.² Svörin við þessum þremur spurningum gefa sjúkraþjálfaranum forsendur til að taka upplýsta ákvörðun um það hvort hann á að útvega viðkomandi grein, lesa hana og nýta niðurstöðurnar við gagnreynd störf. Þessari nálgun er hægt að beita við lestur útdráttar úr rannsóknum sem beinast að íhlutunum, greiningu, horfum og reynslu hjá skjólstaðingum með mismunandi vanda og á mismunandi stigum sjúkraþjálfunarþjónustu. Við mat á gögnum þarf að leggja gagnrýnið mat á aðferðafræði og niðurstöður einstakra rannsókna, ákvarða hversu vel gögnin svara klínísku spurningunni og hversu vel þau eiga við þær aðstæður sem um ræðir. Vissulega reynir hér á þekkingu í tölfærð og aðferðafræði. Hægt er að hafa mikið gagn af eyðublöðum og leiðbeiningum fyrir megindelegar og eigindlegar rannsóknargreinar sem eru aðgengilegar á heimasíðu McMasterháskóla.²²

Að nýta í starfi. Á fjórða þrepi þarf sjúkraþjálfari að svara hvort niðurstöður rannsókna gagnist skjólstaðingi hans og því þarf að finna rök með eða á móti því að nýta þær. Ef sjúkraþjálfarinn metur það svo að niðurstöður séu hagnýtar þá upplýsir hann skjólstaðinginn (eða aðstandanda) um þær og þeir taka síðan sameiginlega ákvörðun um íhlutun. Að lokum er gott að sjúkraþjálfarinn upplýsi samstarfsmenn um leitina og niðurstöður hennar. Þannig stuðlar hann að því að innleiða nýjungar í starfi.^{1,2,3}

Að meta eigin árangur. Síðasta þrepið snýst um að meta allt ferlið. Sjúkraþjálfarinn spyr sig spurninga eins og: 1) Setti ég fram klíníska spurningu sem hægt var að svara?, 2) Fann ég bestu sönnun? 3) Lagði ég mat á sönnunina og á réttmæti og gagnsemi hennar? 4) Blandaði ég saman gagnrýnu mati á sönnunina og klínískri reynslu?^{1,2,3}

Að byrja að vinna gagnreynt

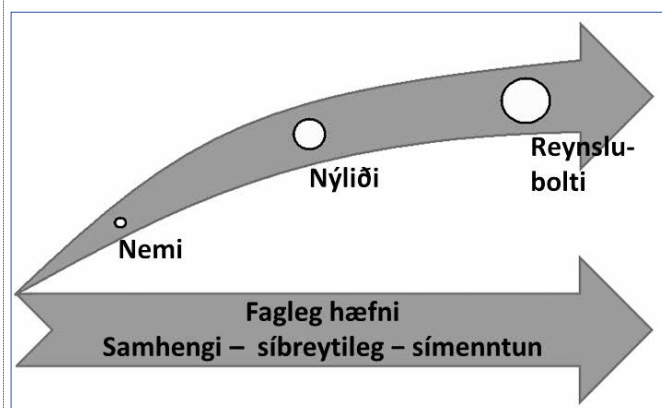
Niðurstöður erlendra rannsókna benda til þess að ennþá sé breið gjá á milli hugmyndarinnar að nota gögn og daglegs vinnulags sjúkraþjálfara.¹³ Það er því mikilvægt að efla almenna vitund sjúkraþjálfara um tengslin á milli þess að nýta sannanir í daglegu starfi og trúverðugleika fagstéttar.²³ Við verðum að finna leiðir til að brúa þetta bil.

Að byrja að vinna gagnreynt krefst breytinga.² Í fyrsta lagi þarf hver og einn að hafa vilja til að verða sér úti um þekkingu og leikni og til að þroska með sér hæfni til gagnreynds starfs. Hann þarf að verða leikinn í að búa til klíníska spurningu sem hefur þýðingu fyrir skjólstaðinginn. Einnig þarf hann að vera fær um að finna gögn, meta þau og hagnýta. Í þessum sambandi skiptir vinnuumhverfið máli og aðgangur að fagtimaritum og fræðigreinum er nauðsynlegur. Á hverjum vinnustað þurfa yfirmenn að hvetja starfsmenn til að vinna gagnreynt. Gera þarf ráð fyrir því að fagfólk þurfi tíma til að leita að og meta þau gögn eða upplýsingar sem finnast. Hvetja þarf sjúkraþjálfara til þess að vinna saman að lausnaleit. Hægt er að stofna leshringi eða hópa þar sem fólk rýnir saman í rannsóknargreinar. Tengslanet sjúkraþjálfara getur gert mikið gagn. Það að leita eftir aðstoð annarra sjúkraþjálfara við að skipuleggja og örva faglegan þroska getur hvatt samstarfsfólk til að huga að eigin málum. Sjúkraþjálfarar eru almennt duglegir að sækja sér

viðbótarmenntun í formi námskeiða eða fara í framhaldsnám. Í því samhengi má leita uppi tækifæri til að læra meira um gagnreynda sjúkraþjálfun bæði á formlegan og óformlegan máta. Við hvetjum til sjálfsnáms og til námskeiða þar sem farið er í hvernig á að stunda gagnreynda þjónustu.

Framtíðin

Árið 2011 benti bandaríski sjúkraþjálfarinn Jensen á að við sjúkraþjálfara höfum ekki efni á því að halda þeirri viðteknu venju að skipta sjúkraþjálfun upp í rannsóknir og klínískan hluta.²⁴ Jensen lýsti því hvernig sameiginleg ábyrgð okkar sem sjúkraþjálfara væri að undirbúa nemendur fyrir störf sem hæfa nýliða í sjúkraþjálfun en ábyrgðin fælist ekki síður í að viðhalda og þroska faglega hæfni okkar, starfsævina á enda. Mynd 4 lýsir hvernig fagleg hæfni er háð samhengi (aðstæðum), síbreytileg



MYND 4. GAGNREYND ÞJÓNSTA ER HLUTI AF NAUÐSYNLEGRI FAGLEGGRI HÆFNI SJÚKRAÞJÁLFARA OG GETUR VAXIÐ OG DAFNAÐ MEÐ REYNSLU Í STARFI. HUN ER ALLTAF HÁÐ SAMHENGÍ (AÐSTÆÐUM), ER SÍBREYTTILEG OG KREFST SÍMENNTUNAR (BYGGT Á JENSEN 2011)

og krefst símenntunar (*lifelong professional learning*).²⁴ Gagnreynd þjónusta er hluti af nauðsynlegri faglegri hæfni sjúkraþjálfara sem getur vaxið og dafnað með reynslu í starfi þegar við þroskumst úr því að vera sjúkraþjálfunarnemi, yfir í nýliða í starfi og síðar í sérfræðing (reynsluboltann).

Við sjúkraþjálfara þurfum að horfa til framtíðar hvað varðar faglega þróun og þroska. Það er hluti af því að vera fagmaður og sambærilegt við það að við ætlum skjólstaðingum okkar að setja sér markmið og finna leiðir til að mæta þeim. Það að ástunda gagnreynd störf er meðal verðugra markmiða í faglegri þróun sjúkraþjálfara. Vitneskja er fyrir hendi, úr erlendum rannsóknum, um hvað hvetur og hvað letur sjúkraþjálfara til að ná slíkum markmiðum. Næsta skref hlýtur að vera að rýna í stöðu mála hér á landi og finna leiðir til að gagnreynd sjúkraþjálfun verði að veruleika, gefi okkur kraft og stuðli að áframhaldandi þróun fagsins.

Heimildaskrá

1. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. 2. útg. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2001.
2. Herbert R, Jamtvedt G, Mead J, Hagen KB. Practical evidence-based physiotherapy. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann; 2005.
3. Bragge P, Refshauge K. Physiotherapy and evidence-based practice. Í: Higgs J, Smith M, Webb G, Skinner M, Croker A, ritstjórar. Contexts of physiotherapy practice. Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier; 2009.
4. Jensen GM, Guyer J, Shepherd KF, Hack LM. Expert practice in physical therapy. Phys Ther. 80;28-43:2000.

5. Félag íslenskra sjúkraþjálfara (FÍSp). Endurskoðaðar siðareglur FÍSp, samþykktar á aðalfundi 26. febrúar 2010. Sótt af: http://www.physio.is/assets/skjal/Sidareglur_sjukrathjalfara_2010.pdf

6. Sherrington C, Moseley A, Herbert R, Maher C. Guest editorial. Physiother Theory Pract. 2001;17(3):125-6.

7. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ. 1995;310:1122.

8. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray J, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312(7023):71-2.

9. The centre for evidence-based physiotherapy [vefsíða]. George Institute for Global Health; 2010 [vitnað í 18. júní 2012]. Sótt af: <http://www.georgeinstitute.org.au/our-work/our-divisions/musculoskeletal/our-projects/centre-evidence-based-physiotherapy>

10. PEDro Physiotherapy Evidence Database [vefsíða]. George Institute for Global Health og University of Sidney [uppfært 4. júní 2012; vitnað í 18. júní 2012]. Sótt af <http://www.pedro.org.au/>

11. Evidence based practice – an international perspective [skýrsla frá sérfræðingafundi WCPT 13.-15. október 2001]. World Confederation for Physical Therapy (WCPT); 2002 [vitnað í 18. júní 2012]. Sótt af: http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/EBP_Report_2001.pdf

12. Vision 2010 [vefsíða]. American Physical Therapy Association (APTA) [uppfært 10. apríl 2011; vitnað í 18. júní 2012]. Sótt af: <http://www.apta.org/vision2010/>

13. Jette DU, Bacon K, Batty C, Carlson M, Ferland A, Hemingway RD, Hill JC, Ogilvie L, Volk D. Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. Phys Ther. 2003;83:786-805.

14. Schreiber J, Stern P, Marchetti G, Provident I, Turocy PS. School-based pediatric physical therapists' perspectives on evidence-based practice. Pediatr Phys Ther. 2008;20:292-302.

15. Iles R, Davidson M. Evidence based practice: a survey of physiotherpists' current practice. Physiother Res Int. 2006;85(11):93-103.

16. Jewell DV. Guide to evidence-based physical therapy. 2. útg. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Learning; 2011.

17. Straus S, Haynes RB. Managing evidence-based knowledge: the need for reliable, relevant and readable resources. CMAJ. 2009;180:942-5.

18. Moseley AM, Sherrington C, Elkins MR, Herbert RD, Maher CG. Indexing of randomised controlled trials of physiotherapy interventions: a comparison of AMED, CENTRAL, CINAHL, EMBASE, Hooked on evidence, PEDro, PsycINFO and PubMed. Physiotherapy. 2009;95:151-6.

19. Guyatt GH, Sackett D, Cook DJ. How to use an article about therapy or prevention [vefsíða]. Centre for Health Evidence; 2001 [vitnað í 18. júní 2012]. Sótt af: <http://www.cche.net/text/usersguides/therapy.asp>

20. Jaeschke R, Guyatt GH, Sackett D. How to use an article about a diagnostic test [vefsíða]. Centre for Health Evidence; 2001 [vitnað í 18. júní 2012]. Sótt af:

<http://www.cche.net/text/usersguides/diagnosis.asp>

21. Laupacis A, Wells G, Richardson WS, Tugwell P. How to use an article about prognosis [vefsíða]. Centre for Health Evidence; 2001 [vitnað í 18. júní 2012]. Sótt af:

<http://www.cche.net/text/usersguides/prognosis.asp>

22. Law M, Stewart D, Pollock N, Letts L, Bosch J, Westmorland M, Philpot A. Occupational therapy evidence-based practice research group [vefsíða]. School of Rehabilitation Science: McMaster University; 2008 [vitnað í 18. júní 2012]. Sótt af: <http://www.srs-mcmaster.ca/Default.aspx?tabid=630>

23. Craik RL. Never satisfied. Phys Ther. 2005;85:1224-37.

24. Jensen GM. Learning: what matters most. Phys Ther. 2011;91:1674-89.

Hugleiðingar um tjáskipti í sjúkrabjálfun – tvö dæmi

Nanna Þórunn Hauksdóttir starfar sem prodekan for utdanning við
Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø

Ég ætla hér að ræða tvö dæmi um tjáskipti sjúkrabjálfa og sjúklinga sem komu upp við rannsókn sem ég gerði í sambandi við mastersritgerð 2004. Þótt þetta sé gamalt efni, þá held ég að enn sé ástæða til að ræða hvernig samskipti okkar sjúkrabjálfa eru við sjúklinga. Ég mun fyrst lýsa í grófum dráttum hvaða spurningar lágu að baki rannsóknarinnar og hvernig að henni var staðið, síðan mun ég lýsa tveimur dæmum um tjáskipti í sjúkrabjálfun og ræða þær spurningar sem vakna í kjölfar þess.

Það er ástæða til að skoða sérstaklega tjáskipti í sjúkrabjálfun, að athuga hvernig talað er saman, um hvað er talað og skoða hvaða hlutverki samræðurnar gegna í meðferðinni. Samanborið við aðra heilbrigðis-starfsemi einkennist sjúkrabjálfun af að sjúklingur, eftir skoðun, byrjar í meðferðarferli sem oft stendur yfir fleiri vikur eða jafnvel mánuði. Oft er sjúklingur í meðferð tvisvar til þrisvar sinnum í viku og jafnan ekki skemur en hálf tíma í senn. Sjúkrabjálfarinn hittir því sinn sjúkling oft og í lengri tíma en aðrar fagstéttir. Það gefur möguleika á að kynnast og tíma til að tala saman. Spurningin er, um hvað er talað? Hvaða hlutverki gegna tjáskiptin í meðferðinni? Sjúkrabjálfun beinist að mestu leyti að hreyfingu, þjálfun, æfingum, nuddi eða annarskonar snertimeðferð og á meðan er talað saman. Um hvað? Um það sem verið er að gera, eða um daginn og veginn? Og skiptir það máli hvort heldur er?

Tjáskipti eru ekki eingöngu munnleg (verbal) heldur einnig líkamleg (non-verbal), og í sjúkrabjálfun er hinn líkamlegi þáttur tjáskipta mjög ríkjandi. Hvernig er samhengi milli þess sem rætt er í meðferðartímanum og þess sem verið er að gera?

Þetta voru spurningar sem ég vildi leita svara við þegar ég fór að vinna úr minni gagnasöfnun í sambandi við mastersritgerðina á sínum tíma.

Aðferð

Rannsóknin byggist á því að veita meðferðartíma hjá sjúkrabjálfa athygli (observasjon). Sjúkrabjálfarinn er sérfræðingur í neurologískri sjúkrabjálfun, hann starfar við stórt sjúkrahús í Noregi og vinnur aðallega með sjúklinga á göngudeild. Meðferð tveggja sjúklinga var skoðuð og tekin upp á myndband í sínu eðlilega umhverfi. Sjúkrabjálfarinn valdi sjálfur hvaða sjúklingar urðu fyrir valinu án þess að vita að markmið rannsóknarinnar yrðu tjáskipti. Upprunaleg hugsun var að skoða sjálfa meðferðina, hvernig sjúkrabjálfi aðlagar sína meðferð í samsvari við viðbrögð sjúklings; seinna, þegar farið var að skoða myndina beindist áhugi minn sérstaklega að tjáskiptunum og ég ákvað að skipta um fókus. Það leyfist að skipta um áherslu þegar um eigindarlega rannsókn er að ræða.



NANNA ÞÓRUNN HAUKSÐÓTTIR
SJÚKRABJÁLFARI MPH, CAND.SAN.

Að lokinni hverri meðferð ræddum við um meðferðina á meðan við horfðum saman á myndböndin.

Gagnrýni á aðferð (metodekritikk)

Þar sem hin upprunalega hugsun var að grandskoða sjálfa meðferðina var ég sjálf til staðar í tímunum með myndbandstækið til að ná öllu, bæði umhverfi, stemningu og öllum smáatriðum í því sem gert var. Ég hélt á einu tæki og lét það fylgja meðferðinni og reyndi sem best ég gat að ná báðum aðilum í einu. Þar að auki var annað upptökutæki sem stóð kyrrt og náði heildarmyndinni. Sjúklingar og sjúkrabjálfi höfðu að sjálfsögd veitt skriflegt samþykki fyrir þessum aðferðum. Margar rannsóknir hafa sýnt að hægt er að

skoða meðferð með opinni observasjon á þennan hátt án þess að það hafi sýnileg áhrif á hvernig meðferðin fer fram (Thornquist 1998). En það er lítil vafi á að nálægð eins og hér var hefur áhrif á tjáskiptin sem fara fram í tímanum. Það hefur töluvert að segja að manneskja er til staðar að horfa á það sem gerist. Enda er það ástæða til sérstakrar umfjöllunar hver áhrif nærvera mín hafði á tímana og samskiptin, og allt þarf að skoðast í því ljósi. Það má búast við að sjúklingur hiki við að taka upp viðkvæm málefni þegar ókunnugur er til staðar. Á sama hátt má kannski búast við að ef nærvera myndavélar og annarrar manneskju á staðnum hefur áhrif á hvað sjúkrabjálfi gerir og segir þá mun það að öllum líkindum virka í þá átt að hvetja sjúkrabjálfa til að sýna „sitt besta.“

„Ekki tala, ég er að einbeita mér að því sem ég er að gera“

Sjúklingur er kona á sextugsaldri með MND. Hún kemur í hjólastól, en getur gengið þegar leiðin er ekki of löng. Hún getur talað vandræðalaust og þarf ekki á öndunarhjálpartækjum að halda. Þau þekkja orðið vel eftir tveggja ára meðferðarferli með nokkrum hléum inn á milli. Sjúkrabjálfarinn er sérfræðingur í Bobathmeðferð og er mjög hátt skrifaður meðal sjúklinga og samstarfsmanna. Meðferðin byrjar á því að sjúklingur fer úr ytri fötum og færir sig í mýkri æfingaföt.

Á meðan ræða þau saman um hvernig henni hefur liðið síðan síðast og hvað hún hafi verið að gera. Síðan er hún beðin um að ganga fram og til baka á gólfinu meðan hann fylgist vel með og heldur fullri athygli á hreyfingum hennar. Hann grípur inn í á milli, styður við, veitir mótstöðu eða leiðir hana áfram. Síðan er hún látin setjast á bekkinn og hann fer að vinna með aktífar æfingar fyrir handleggi, axlir háls og bol. Þau hreyfa sig saman næstum því eins og í dansi. Enda segir hann í viðtalinu á eftir að hann noti eigin líkama til stuðnings og gefi þannig merki um hvað hún eigi að gera, án þess að þurfa að segja mikið.

Hann er mjög meðvitaður um líkamsnándina og segir „Aldri en kroppsdæl þá patienten uten at det har direkte hensikt“ (aldrei að snerta sjúkling nema það þjóni tilgangi í meðferð). Þó hann gefi ekki mörg munnleg (verbal) skilaboð um hvaða hreyfingar hún eigi að gera, þá tala þau samt saman nær allan tímann.

Pegar horft er á það sem gerist þeirra á milli í meðferðartímanum lítur út fyrir að samband þeirra sé mjög gott. Þau virðast hlusta hvort á annað, þau brosa alltaf inn á milli og þau virðast geta þagað saman. Sjúklingurinn fylgir hreyfingum sjúkráþjálfara án þess að streitast á móti og auðvelt er að sjá að hún slakar vel á, og andar djúpt þegar engin áreynsla er. Þau hreyfa sig saman eins og í dansi, sem áður segir.

En svo þegar farið er að skilgreina nánar það sem sagt er, þá bregður öðruvísi við. Þá kemur í ljós að þau virðast tala um sitt hvort efnið allan tímann. Ég mun héðan af kalla þau Hans og Grétu. Gréta bryddar eingöngu upp á efni sem hefur með núverandi líkamsástand hennar að gera og alltaf tengt því hvernig sjúkdómurinn er að þróast, hvað hún geti nú, og hvað hún geti ekki lengur gert. Hans talar eingöngu um sína meðferð, allt er tengt deginum í dag og meðferðinni nú. Hann svarar aldrei áhyggjum hennar um framtíðina. Þau fylgja sama mynstri nokkurn veginn undantekningalaust í gegnum allan tímann. Hans bryddar eingöngu upp á efni sem hefur með meðferðina að gera. Gréta talar helst um fjölskyldu sína, barnabörn og eldamennsku alltaf tengt því hvað hún getur, og getur ekki gert. Hún segir frá hvernig hún steikir hrísgrjón og að hún getur ekki lengur hellt af pönnunni. Hún getur heldur ekki lyft nýja barnabarninu, þarf að biðja manninn sinn að hjálpa sér. Hún getur ekki lyft kaffibolla lengur, en hún segist geta haldið blaði milli fingranna. Þetta gildir ekki eingöngu um hvaða efni þau brydda upp á hvort fyrir sig, heldur einnig hvernig þau svara hvort öðru. Gréta svarar spurningum Hans um meðferðina með því að tala um framtíðaráhyggjur. Hans svarar hennar framtíðaráhyggjum með því að lýsa því sem hann er að gera í dag í meðferðinni og hvers vegna. Í viðtalinu á eftir segir hann að hann heyri alveg hvað hún er að segja, að hún sé einmitt alltaf að tala um fjölskyldu sína, barnabörn og matargerð og hann geri sér grein fyrir að hún kvíði framtíðinni. En hann segist ekki hafa möguleika á að tala um þessa hluti á meðan á meðferðinni stendur. Hann á nóg með að einbeita sér að því sem hann sér og finnur, og bregðast við því.

Það er ástæða til að undirstrika að eftir tímann sögðu bæði að þetta hefði verið ósköp venjulegur meðferðartími og bæði voru ánægð með daginn og árangurinn.

Spurningar sem vakna

Pegar Gréta er svona ánægð með tímann þrátt fyrir að hafa aldrei fengið svör við sínum áhyggjum, þá má spyrja: Skipta tjáskiptin - um hvað er talað og hvernig það er gert - engu máli í sjúkráþjálfun? Það þykir venjuleg kurteisi manna á milli að svara þeirri umræðu sem sett er í gang. Meðal vina þætti fáum gott að lýsa áhyggjum um framtíðina vegna ágengra sjúkdómseinkenna og fá ekki nein mótsvör frá þeim sem talað er við. Ekki ósennilegt að mönnum þætti skorta á athygli og áhuga hjá hinum aðilanum. Í þessu tilfelli var spurningum ekki svarað, en athygli Hans var ótrufluð á meðferðinni, á hreyfingum og líkamlegum viðbrögðum Grétu, svo athygli og áhuga skorti ekki á henni og meðferðinni þó hann svaraði ekki því sem hún reyndi að tala um.

Ef kalla má meðferðina og hvernig Hans nálgast og snerti Grétu líkamleg tjáskipti þá má lýsa þeim sem góðum að því leyti

að Hans hefur allan tímann fulla athygli á líkama Grétu og hann tekur eftir öllum hreyfingum og svarar öllum hennar hreyfingum og viðbrögðum á einhvern hátt. Þar sýnir hann svörum gangvart hreyfingum sem ekki var fyrir hendi gagnvart því sem hún talaði um. Við vitum úr okkar daglega lífi að þegar ekki er samsvar milli orða og gerða, þá trúum við gerðunum frekar. Er það þannig í sjúkráþjálfun? Sjúkráþjálfarar kunna líkamleg tjáskipti. Meiri partur námsins fer í að læra líkamsbeitingu, snertingu og hreyfingu. Það kunna sjúkráþjálfarar og þar er þeirra styrkur. Er það nóg?

Það er spurning hvernig sjúkráþjálfarar eru í stakk búinir til að fylgja sjúklingum sem þessum í gegnum sjúkdómsferlið og fram í endalokin. Endurhæfing, þjálfun og bati eru vörumerki sjúkráþjálfunar, sem brýtur í bága við rýrnun, hrörnun og að lokum dauða. Kunna sjúkráþjálfarar að taka við og mæta alvarlegum áhyggjum dauðvona sjúklinga? Eða þykir það ekki vera hlutverk okkar starfshóps?

Grín eða alvara?

Geir er maður rúmlega sextugur með MS. Hann gengur án stuðnings, en stíðlega. Kemur gangandi og byrjar eins og Gréta á að skipta um fót. Það er greinilega léttur tónn á milli Hans og Geirs. Þeir gantast mikið og grínast strax frá byrjun. Geir talar lítið sem ekkert um áhyggjur, en virðist hafa mikinn áhuga á meðferðinni sem slíkri og kemur með stöðugar athugasemdir um það sem er í gangi og oft í gríni.

(Hans gefur leiðbeiningar á standandi stöðu Geirs)

H: Slakaðu, slakaðu, láttu þig síga saman í bakinu. Og svo teygirðu úr þér! Gerðu þig laaangan. Laaangan. Hugsaðu þér að höfuðið á þér svífi eins og loftbelgur, upp, upp.

G: (brosir) Þessi haus hefur aldrei svífið (hlær)

Þetta dæmi sýnir tóninn milli þeirra, stöðugt glens og grín, en þó inn á milli þögn og einbeiting. Á eftir sögðust þeir venjulega grínast enn meir. Tónninn er nokkuð týpiskur fyrir húmorinn hér í Norður Noregi.

Þó tónninn væri léttur þá virtist oft eitthvað undirliggjandi.

Hans: (pumpar upp bekkinn) Ég ætla að hækka þig svolítið upp.

Geir: Já, það er bara þegar þú hækkar mig upp að eitthvað lyftist (hlær)

Hans: (situr og tekur í vinstri ökkla sjúklings)(brosir) Nú ætla ég að eiga svolítið við fætuna.

Það er svolítið stíft hér. Það er eins og.....

Geir: (horfir upp í loftið) Já, það er gott að það er einhvers staðar stíft.

Hans: (horfir á fótinn og heldur áfram að eiga við hann) (þögn)

Með MS fylgir oft getuleysi, og það þarf ekki mikið hugmyndaflug til að hugsa að það sé það sem hann er að ýja að. Grín getur verið svo margt konar og gengt ýmsum hlutverkum. Þegar hlutir eru sagðir í gríni þarf sá sem talað er við ekki að taka málið alvarlega eða svara. Gríntónninn losar viðtalandann undan ábyrgð. En hluturinn er sagður og málið er þannig séð komið á dagskrá, án þess að grínistinn þurfi að standa við það. Grínistinn getur á þennan hátt komið með vísbendingar sem viðmælandinn, sem hér er sjúkráþjálfarinn, getur valið hvort hann svarar eða ekki án þess að hinn hafi gert sig að athlægi.

Í þessu tilfelli brosir sjúkráþjálfarinn og segir ekki neitt. Geir er í tvígang búinn að grínast um getuleysi og hér hefði Hans

getað tekið við skilaboðunum og annað hvort spurt hvort það sé vandamál, eða á annan hátt gefið merki um að hann taki mark á því sem hann er að segja.

Því má ekki gleyma að á meðan á þessu samtali stendur, stend ég enn með upptökutækið yfir þeim, en samt kemur allt þetta. Geir lætur greinilega ekki mína veru á staðnum hafa áhrif á sig. Hins vegar má vera að það hafi truflað Hans og að hann hafi þess vegna ekki svarað.

Seinna hitti ég sjúklinginn og hann sagði um meðferðina hjá Hans að þeir grínudust alltaf mikið. En segir svo „en það liggur alltaf einhver alvara á bak við“. Að vissu leyti styður hann þar með þá hugmynd að grínið sé leið til að koma erfiðum hlutum á framfæri. Allavega er ástæða til að vera meðvitaður um það hlutverk sem grín hefur. Það virðist utan frá séð voða gaman, en ef sjúkráþjálfarinn spilar bara með getur það hulið og gert sjúklingum erfiðara með að koma alvarlegum málum á framfæri

Hlutverk tjáskipta í sjúkráþjálfun

Í þessum tveimur sögum eru sjúklingarnir með alvarlega sjúkdóma, sjúkdóma sem að öllum líkindum munu fara ört versnandi og gera sjúklinginn hjálparþurfi og jafnvel leiða til dauða innan skamms. Margir sjúklingar í sjúkráþjálfun eiga við alvarleg vandamál að stríða og spurningin er hvort það komi sjúkráþjálfaranum við? Stundum heyrast sjúkráþjálfarar segja að þeir séu ekki sálfræðingar og geti þess vegna ekki tekið við sálrænum vandamálum sem koma upp í meðferðinni. Sjúkráþjálfarinn Hans sagðist þurfa að einbeita sér svo mikið að því sem hann var að gera að hann gat ekki svarað áhyggjum Grétu. Hann var svo upptekinn við að hjálpa henni að hann mátti ekki vera að því að hlusta á hana. Það er vert umhugsunar

hvort þarna sé skortur bæði á umhyggju og kurteisi. Einnig má spyrja sig hvort sé hægt að gefa góða líkamlega meðferð og á sama tíma ekki vera opinn fyrir áhyggjum sem sjúklingur ber fram. En hér var sjúklingurinn Gréta mjög ánægð með meðferðartímann. Voru líkamlegu tjáskiptin svo góð og svo styrkjandi að það skipti ekki máli þó ekki væri hlustað á hana?

Heyrst hefur: „Ég fer til sjúkráþjálfara til að láta gera við líkamann, svo fer ég eitthvert annað til að ræða um mín vandamál og áhyggjur.“

Sjúkráþjálfarar hafa stöðkerfið sem sitt verksvið, þeirra sérþekking er kunnátta um eðlilega hreyfistarfsemi og greiningu á hreyfitruflunum (Bæklingur HÍ 2012). Er hægt að skilja sundur hreyfingu og vöðvabeitingu annars vegar og áhyggjur, streitu og vandamál hinsvegar? Á eitt heima hjá sjúkráþjálfara og hitt hjá sálfræðingi eða öðru góðu fólki? Getum við „gert við líkamann“ á meðan sjúklingur er áhyggjufullur hugsandi um sín vandamál?

Þetta eru spurningar sem fjalla um sjúkráþjálfun sem fag, um hvernig skilgreina má líkama og sjúkdóma sem slíka; heimspekilegar spurningar sem ég ætla ekki að gera tilraun til að svara hér.

En ég vona að þessar tvær sögur geti vakið umræðu um hvaða hlutverki tjáskipti hafa að gegna í sjúkráþjálfun.

Heimildir

Hauksdóttir N.T.(2004) *Beröring, bevegelse, tale og taushet. En studie av kommunikasjon i fysioterapi praksis. Hovedfagsoppgave, Universitetet i Tromsø.*

Thornquist E. (1998) *Conceiving function: an investigation of the epistemological preconditions, conceptualizations and methodologies in physiotherapy. Avhandling. Dr Philos.Universitetet i Oslo.*

Óskum sjúkráþjálfurum velfarnaðar í starfi

Reykjavík

Ás sjúkráþjálfun ehf,
Hraunbæ 115
Garðs Apótek ehf,
Sogavegi 108
Gáski sjúkráþjálfun ehf,
Bolholti 8 og Mjódd
Sjúkráþjálfun Grafarvogs ehf,
Spönginni 37
Sjúkráþjálfunarstöðin ehf,
Þverholti 18
Sjúkráþjálfunin Heil og sæl
Hraunbæ 102c
Útfararstofa Kirkjugarðanna ehf,
Vesturhlíð 2

Mosfellsbær

Sjúkráþjálfun Heilsuefling
Urðarholti 4

Akranes

Sjúkráþjálfun Georgs Janussonar
Kirkjubraut 28

Akureyri

Endurhæfingarstöðin,
Glerárgötu 20
Sjálfsbjörg
Bugðusíðu 1

Kópasker

Sjúkráþjálfun Kópaskers,
Akurgerði 13

Egilsstaðir

Nuddstofa Hlífar
Ranavaði 5

Höfn

Sjúkráþjálfun Höfn
Víkurbraut 28

Byltur eldra fólks – Hvert er umfang vandans? –

Greinin er unnin upp úr verkefni sem gert var í áfanga um öldrun á 3ja ári í Námsbraut í sjúkráþjálfun, vorið 2012

Inngangur

Á Íslandi er aldurs-samsetning þjóðarinnar stöðugt að þróast og breytast. Meðalaldur Íslendinga hefur farið hækkandi á undanförunum áratugum samkvæmt riti Efnahags- og þróunarstofnunar Evrópu um heilbrigðismál (Hagstofa Íslands, 2007) og nú er meðalævilengd

Íslendinga með því hæsta sem gerist í Evrópu. Árið 2009 var meðalævilengd íslenskra karlmanna sú hæsta meðal Evrópuþjóða, 79,7 ár. Íslensku konurnar skipuðu fimmta sætið árið 2009 þar sem meðalævilengd þeirra var 83,3 ár en lengi vel voru lífslíkur þeirra hæstar í heiminum (Hagstofa Íslands, 2012). Talið er að þessi aldursþróun muni halda áfram næstu áratugi og hlutfall eldri borgara muni tvöfaldast. Í janúar 2010 var hlutfall einstaklinga 67 ára og eldri á Íslandi rúm 10% þjóðarinnar en talið er að árið 2060 muni hlutfall þeirra verða um 20% (Hagstofa Íslands, 2010).

Heilsa, fjárhagur og aðbúnaður aldraðra spilar stóran þátt í vellíðan þeirra. Vegna aukinnar velmegunar, aukinna gæða í heilbrigðisþjónustu auk fleiri þátta, lengist líf fólks hvarvetna í hinum vestræna heimi. Breytingar á samsetningu þjóðfélagsins hafa mikil áhrif á þarfir, útgjöld og áhersluatriði innan heilbrigðisþjónustunnar. Eitt af þeim vandamálum sem eru hvað erfiðust, dýrust og hafa hvað alvarlegastar afleiðingar fyrir heilsu og færni eldra fólks eru byltur (Hildur Björk Sigbjörnsdóttir, 2005). Í klíniskum leiðbeiningum Landspítalans (Landspítali, 2007) er bylta skilgreind sem atvik þar sem einstaklingur fellur óviljandi niður á gólf, jörð eða annan lágan flöt (RNAO, 2005). Markmið á sviði öldrunarmála í heilbrigðisáætlun þjóðarinnar hafa lengi miðað að því að draga úr tíðni beinbrota, stuðla að góðri heilsu og að 75% einstaklinga 80 ára og eldri búi á eigin heimili með viðeigandi stuðningi (Hildur Björk Sigbjörnsdóttir, 2005). Til að það sé mögulegt þarf að yfirstíga ýmsar hindranir sem ógna heilsu og færni aldraðra. Hversu stóran hluta þessara hindrana er hægt að rekja til bylna? Hversu stórt er umfang vandans?

Tíðni bylna og afleiðingar

Umfang bylna er talsvert, rannsóknir benda til þess að þriðjungur fólks eldri en 65 ára detti einu sinni á ári (Mahoney o.fl., 2000) og svipaðar niðurstöður fengust úr íslenski rannsókn á högum eldra fólks (Sólveig Ása Árnadóttir, 2010), það er 32% þátttakenda greindu frá einni byltu árinu áður og 11% sögðu frá tveimur eða fleiri byltum. Hjá þeim



GUÐRÚN MAGNÚSDÓTTIR
NEMI Í SJÚKRÁÞJÁLFUN



GUÐFINNA BJÖRNSDÓTTIR
SJÚKRÁÞJÁLFARI MSc

einstaklingum sem leituðu til slysadeildar LSH árið 2003 var orsök áverka í um 57% tilvika einhvers konar fall og einnig kom í ljós að tíðni fallslysa jókst með hækkandi aldri (Landspítali, 2007). Við úrvinnslu upplýsinga úr Slysaskrá Íslands árið 2003 kom í ljós að slys hjá eldra fólki voru hlutfallslega algengari en hjá öðrum aldurshópum auk þess sem niðurstöðurnar gáfu til kynna að byltur væru algengasta orsök slysa meðal aldraðra. Byltur áttu sök á um 90%

mjaðmabrota og fjórðungi hryggbrota. Í 20-30% tilfella voru afleiðingar byltu það alvarlegar að þær höfðu í för með sér innlögð á sjúkrahús, færniskerðingu og styttri lífslíkur (Hildur Björk Sigbjörnsdóttir, 2005).

Árið 1990 var heildarfjöldi mjaðmabrota í heiminum áætlaður um 1,66 milljónir og er talið að árlegur fjöldi þessara brota muni aukast í allt að 6,26 milljónir árið 2050 (Cooper, Champion og Melton, 1992). Árið 2003 voru 550 brot skráð á Íslandi hjá einstaklingum 65 ára og eldri (Hildur Björk Sigbjörnsdóttir, 2005). 100 þessara brota voru mjaðmabrot og meðalkostnaður við hvert þeirra er um 1,2 milljónir króna samkvæmt tölum frá árinu 2011 (Landspítali, e.d.). Það er ekki bara að mjaðmabrot séu dýr fyrir samfélagið, þetta eru líka þau beinbrot sem talin eru hafa hvað verst áhrif á heilsu og lífsgæði fólks. Samantektargrein um niðurstöðu rannsókna á þessu sviði benti til þess að aðeins um 30% þessara einstaklinga komist aftur til fyrri heilsu (Betram, Norman, Kemp og Vos, 2011). Ennfremur er dánartíðni þeirra sem mjaðmabrota há en um það bil 2533% sjúklinga eldri en 60 ára sem mjaðmarbrota deyja innan árs (Madsen o.fl., 2012; Robinson, Harrison, Cook og Parker, 2012). Þegar kemur að hryggbrotum hafa rannsóknir sýnt fram á neikvæð áhrif á lífsgæði og styttri lífslíkur í kjölfar þeirra (Johnell og Kanis, 2005). Þetta er því mikill heilbrigðisvandi enda hefur eitt af aðalmarkmiðum á sviði öldrunarmála í heilbrigðisáætlun þjóðarinnar lengi snúist um að draga úr tíðni mjaðma- og hryggbrota.

Hvar verða byltur?

Flestar byltur eldra fólks eiga sér stað inni á heimilum eða nálægt heimili. Niðurstöður rannsókna benda til þess að oftar en ekki detta einstaklingar um eitthvað á gólfinu heima hjá sér, eins og laus teppi eða fólk er að leita að einhverju til að styðja sig við (Feldman og Chaudhury, 2008). Í rannsókn Pighills og félaga (2011), sem gerð var í Bretlandi var fylgst með 238 einstaklingum sjötugum og eldri með sögu um byltu árið áður. Höfundarnir töldu að þar sem sífellt væri verið að finna leiðir til að spara fjármuni í heilbrigðiskerfinu og skortur væri á

iðjubjálfum eða sjúkrabjálfurum til að sinna heimilisathugunum, væri áhugavert að kanna hvort sérþjálfaðir ófaglærðir einstaklingar gætu sinnt þessari forvörn. Þeir komust að því að þátttakendur sem fengu mat iðjubjálfa fóru frekar að ráðum hans og færri í þeim hópi dattu á 12 mánaða tímabili borið saman við þá sem fengu enga ráðgjöf eða ráðgjöf frá ófaglærðum. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar töldu rannsakendur mögulegt að fækka byltum um allt að 21% ef fagmaður legði mat á og/eða fjarlægði áhættuþætti á heimilinu (Pighills o. fl., 2011). Þessar niðurstöður er auðvelt að heimfæra upp á Ísland og styðja ekki einungis gildi forvarna heldur einnig mikilvægi þess að sérhæfð þekking fagfólks sé nýtt til að koma í veg fyrir byltur.

Á undanförunum árum hafa rannsóknir beinst að tíðni byltna á sjúkrahúsum eða stuttu eftir sjúkrahúsdvöl (Tanaka o.fl., 2012) en tíðni byltna á sjúkrahúsum er meðal þeirra gæðavísa sem ákvarða gæði sjúkrahúsa (Landspítali, 2007). Rannsóknir hafa varpað ljósi á tengsl milli sjúkrahúslegu og aukinnar tíðni byltna eftir útskrift hjá eldri einstaklingum (Davenport o.fl., 2009; Mahoney o.fl., 2000; Simpson, Miller og Eng, 2011; Siracuse o.fl., 2012). Í einni þessara rannsókna (Mahoney o.fl., 2000) var 311 einstaklingum 65 ára og eldri fylgt eftir í 13 vikur eftir útskrift af sjúkrahúsi. Tíðni byltna var fimmfalt hærri tveimur vikum eftir útskrift borið saman við þremur mánuðum eftir útskrift. Fyrsti mánuðurinn kom hvað verst út en þá dattu 15% úrtaksins og 15% af byltunum urðu til þess að einstaklingarnir lögðust inn á sjúkrahús vegna áverka sem þeir hlutu af henni. Tveimur mánuðum eftir útskrift hafði þeim sem urðu fyrir byltu fækkað í 7%, alvarleiki byltanna var minni og einungis 2,4% einstaklinganna þurftu að leggjast inn á sjúkrahús vegna áverka í kjölfar byltunnar (Mahoney o.fl., 2000). Greinin varpar ljósi á gríðarlega mikilvægan þátt sem hefur ef til vill verið vanmetinn í heilbrigðisþjónustunni hér á landi, það er aukin byltutíðni í kjölfar sjúkrahúslegu. Möguleikar eldra fólks eftir útskrift virðast oft vera einskorðaðir við útskrift heim vegna skorts á úrræðum, langra biðlista og erfiðleika við að fá færni- og heilsumat til að flytja á hjúkrunarheimili. Þannig er hugsanlega ákveðin áhætta fólgin í því þegar sjúklingar eru útskrifaðir eins hratt og gert er af sjúkrahúsunum þar sem það skapar á sama tíma auknar líkur á byltum.

Lokaorð

Hækkandi meðalaldur á Íslandi hefur víðtæk áhrif og því er heilsa aldraðra stórt og mikilvægt málefni sem huga þarf að. Nú þegar mikill samdráttur er í fjárhlutunum til heilbrigðiskerfisins er enn brýnna en fyrr að þeim fjármunum sé varið á skynsamlegan hátt. Niðurstöðum rannsókna ber saman um að byltur eru mjög algengar og eru alvarlegur heilbrigðisvandi hjá eldri einstaklingum og geta haft í för með sér slæmar afleiðingar. Nauðsynlegur þáttur til að stuðla að betri heilsu eldra fólks er því fólgin í því að koma í veg fyrir byltur. Forvarnirnar verða að eiga sér stað bæði á heimilum einstaklinganna og á sjúkrahúsum. Ekki síst er mikilvægt að huga að fyrstu vikum eftir útskrift af sjúkrahúsi en vísbendingar eru um að þá séu líkur á byltum enn meiri. Núverandi efnahagsástand þjóðarinnar hefur að sjálfsögðu áhrif á heilbrigðiskerfi okkar. Heilbrigðiskerfinu er gert að spara fjármuni og hagræðing er í fyrirrúmi. Þegar þær kröfur eru gerðar að heilbrigðiskerfið gangi eins og vel smurð vél sem vinnur á miklum hraða með mikil afköst og skili einstaklingum út af heilbrigðisstofnunum eins hratt og mögulegt er, er hættan

sú að slysatíðni aukist hugsanlega í kjölfarið. Því er athyglisvert að velta fyrir sér þeirri spurningu hvort heilbrigðiskerfið, eins og það er í dag valdi aukinni tíðni byltna? Það er mögulegt að svo sé, því aldraðir einstaklingar eru útskrifaðir fyrr en áður og hugsanlega gleymist að taka tillit til þess að eldri einstaklingar fara kannski heim læknaðir af veikindum sínum en með mikið verri færni en áður sem setur þá í mikla áhættu fyrir byltur heima við. Þetta er því verðugt umhugsunarefni og jafnvel rannsóknarefni á tímum sparnaðar og hagræðingar.

Heimildaskrá

- Betram, M., Norman, R., Kemp, L. og Vos, T. (2011). Review of the long-term disability associated with hip fractures. (6), 365-370.
- Cooper, C., Campion, G. og Melton L., J. (1992). Hip fractures in the elderly: A world-wide projection. , 285-9.
- Davenport, R. D., Vaidean, V. D., Jones, J. B., Chandler, M., Kessler, L. A., Mion, L. C. og Shorr, R. I. (2009). Falls following discharge after an in-hospital fall. , 53.
- Feldman, F. og Chaudhury, H. (2008). Falls and the physical environment: A review and a new multifactorial falls-risk conceptual framework. (2), 82-95.
- Hagstofa Íslands. (2007, 13. nóvember). . Sótt 24.05.2012 af <http://www.hagstofa.is/Pages/95?NewsID=3332>
- Hagstofa Íslands. (2010, 13. júlí). Spá um Mannfjölda 2010 – 2060 [raf ræn útgáfa]. , 1-24.
- Hagstofa Íslands. (2011, 22. febrúar). . Sótt 24.05.2012 af <http://www.hagstofa.is/?PageID=95&NewsID=5659>
- Hildur Björk Sigbjörnsdóttir. (2005). Reykjavík: Landlæknisembættið. Sótt 24.05. 2012 af http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Utgafa/Slys_a_olrudum_2003_juli.2005.pdf
- Johnell, O. og Kanis, J. (2005). Epidemiology of osteoporosis fractures. , 837.
- Landspítali (2007). Byltur á sjúkrastofnunum. Reykjavík: Landspítali Háskólasjúkrahús. Sótt 23.05. 2012 af <http://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=20620>
- Landspítali (e.d.). DRG verðskrá fyrir sjúkratryggð. Sótt 8.9.2012 af <http://landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=29384>
- Madsen, C., Jørgensen, H., Lind, B., Ogarrío, H., Riis, T., Schwarz, P. og Lauritzen, J. (2012). Secondary hyperparathyroidism and mortality in hip fracture patients compared to a control group from general practice. (7), 1052-1057.
- Mahoney, J.E., Palta, M., Johnson, J., Jalaluddin, M., Gray, S., Park, S. ofl. (2000). Temporal association between hospitalization and rate of falls after discharge. 2788-2795.
- Pighills, A. C., Torgerson, D. J., Sheldon, T. A., Drummond, A. E. og Bland, J. M. (2011). Environmental assessment and modification to prevent falls in older people. 26-33.
- RNAO, Registered Nurses Association of Ontario (2005). Sótt 25.06.2012 af http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Prevention_of_Falls_and_Fall_Injuries_in_the_Older_Adult.pdf
- Robinson, P. M., Harrison, T. T., Cook, A. A. og Parker, M. J. (2012). Orthopaedic injuries associated with hip fractures in those aged over 60 years: A study of patterns of injury and outcomes for 1971 patients. (7), 1131-1134.
- Simpson, L.A., Miller, W.C. og Eng, J.J. (2011). Effect of stroke on fall rate, location and predictors: A prospective comparison of older adults with and without stroke. (4), e19431.
- Siracuse, J. J., Odell, D. D., Gondek, S. P., Odum, S. R., Kasper, E. M., Hauser, C. J. og Moorman, D. W. (2012). Health care and socioeconomic impact of falls in the elderly. (3), 335-338.
- Sólveig Ása Árnadóttir (2010). (doktorsritgerð). Sótt 25.06.2012 af <http://www.dissertations.se/dissertation/13866ad6f6/>
- Tanaka, B., Sakuma, M., Ohtani, M., Toshiro, J., Matsumura, T. og Morimoto, T. (2012). Incidence and risk factors of hospital falls on long-term care wards in Japan. (3), 572-577.

Sjúkrabjálfi á Ólympíuleikum

Unnur Sædis Jónsdóttir

Unnur Sædis Jónsdóttir sjúkrabjálfi í Gáska sjúkrabjálfun og mastersnemi í Hreyfivísindum við Háskóla Íslands fór með íslenska sundliðinu á Ólympíuleikana í London síðastliðið sumar. Við náðum tali af henni og spurðum hana hvernig það hefði komið til?

Vinkona mín, Anna Lára Ármannsdóttir sjúkrabjálfi, hefur unnið með sundliðinu undanfarin ár. Hún hringdi í mig og spurði hvort eitthvað væri planað hjá mér í sumar. Ég byrjaði að telja það upp, ganga Laugarveginn, ferðast um Austfirðina og svo framvegis en þá spur hún hvort ég hafi tíma til að fara á Ólympíuleikana og ég greip að sjálfsgöðu tækifærið.



UNNUR SÆDIS Á OLYMPÍULEIKVANGINUM Í LONDON

Hvernig voru svo næstu skref í aðdraganda mótsins?

Þetta símtal átti sér stað á þriðjudegi og á laugardegi fór ég af stað í fyrstu keppnina með sundfólkinu, til Ungverjalands á Evrópumót í 50 metra laug. Þar kepptu Íslendingar í fyrsta skiptið í boðsundi og stóð boðssundssveit kvenna sig svo vel að þær urðu í 15 sæti í heiminum í 4x100m fjórsundi, sem þýddi að þær fengu keppnisleyfi á ÓL. Fyrir þá keppni var ein úr boðssundssveitinni þegar búin að tryggja sér þátttökurétt og önnur náði lágmarki á EM. Eftir mótið tók við biðin eftir að komast að því hversu margir kæmust með og að lokum var ljóst að 7 keppendur færu á leikana, 4 stelpur og 3 strákar.



ÞÓREY EDDA ELÍASDÓTTIR, UNNUR SÆDIS JÓNSDÓTTIR, INGI ÞÓR ÁGÚSTSSON OG ÁSGEIR SIGURGEIRSSON



INGI ÞÓR ÁGÚSTSSON, JAKOB JÓHANN SVEINSSON, UNNUR SÆDIS JÓNSDÓTTIR, ÁRNI MÁR ÁRNASON OG ANTON SVEINN MCKEE

Hversu lengi voruð þið úti?

Krakkarnir fóru út 25.júní í æfingabúðir í Englandi sem ég kíktti við í, þar sem ég var á ferðalagi í nágrenninu. Ég fór svo út 13. júlí til Frakklands þar sem þau voru við æfingar og vorum við mætt til London 23.júlí en keppni hófst 27.júlí.

Hvernig var venjulegt dagsprógram á meðan á leikunum stóð?

Þar sem sundfólk er mjög árrisult byrjaði dagurinn frekar snemma en keppendur þurfa að vera mættir í keppnislaugina klukkan átta og fylgdi ég þeim þangað til að vera til staðar ef með þyrfti. Keppni hófst svo klukkan 10 og stóð alla jafnan fram yfir hádegi. Eftir hádegismat meðhöndlaði ég þá sem þurftu og svo var hvíldartími fram að æfingu seinnipartinn. Eftir kvöldmat héldu meðferðir áfram ef þörf var á áður en haldið var í háttinn.



ÞÉTUR, ELÍS UNNUR SÆDIS OG ÞÓREY

Hvaða fleiri sjúkrabjálfarar voru með Ólympíuförunum?

Þéður Örn Gunnarsson og Elís Þór Rafnsson voru úti með Handboltalandsliðinu og Gauti Grétarsson og Róbert Magnússon skiptu með sér vinnu með frjálsíþrótta-, júdó og badmintonkeppendum.

Eitthvað að lokum?

Ég vil þakka sundsambandinu fyrir að hafa gert þetta ævintýri að veruleika og gert mér kleift að kynnast öllu frábæra fólkinu sem var þarna, keppendum sem og fylgdarliði, og upplifa æskudraum.

Sjúkrapjálfari á skemmtiferðaskipi

Inga Sjöfn Sverrisdóttir

Inga Sjöfn Sverrisdóttir útskrifaðist sem sjúkrapjálfari frá Námsbraut í sjúkrapjálfun HÍ 2009, hún starfar núna á skemmtiferðaskipi.

Við spurðum hana fréttu af þessu ævintýri

Fyrir ári síðan var ég á tímamarki þar sem ég þurfti að breyta til og varð það úr að ég réði mig á skemmtiferðaskipi.

Hvað felst í starfinu?

Starf mitt hér er mjög frábrugðið því að starfa sem sjúkrapjálfari en samt mjög tengt. Tengingin sem ég er að tala um liggur að miklu leyti í því að meðalaldur farþega er yfirleitt um og yfir 70 ár og margir aldurstengdir kvillar sem hrjá fólk. Ég sinni því mörgum með gerviliði, gígt í hnjám og svo framvegis.

Fyrir utan að vera til staðar fyrir fólkið og með einstaklingsmiðaða þjálfun þá kenni ég hóptíma úti á þilfari, undir berum himni við sólarupprás. Allir tímarnir eru í rólegri kantinum svo sem yoga, pilates og almennar teygjur. Einnig flyt ég fyrirlestra þar sem ég reyni að efla heilsuvitund fólks.

Hvernig datt þér í hug að ráða þig á skemmtiferðaskip?

Ástæðan er einfaldlega að ég elska að ferðast og sjá heiminn, kanna ólíka menningarheima, finna fyrir tíðarandanum á hverjum stað og læra um forna menningarheima.



INGA SJÖFN SVERRISDÓTTIR
SJÚKRAPJÁLFARI

Hvert ertu búin að ferðast?

Þegar ég byrjaði þetta ferðalag mitt í lok síðasta árs byrjaði ég á því að sigla hringinn í kringum heiminn á 90 dögum. Það var mikil upplifun. Næst lá leið mín til Karabíska hafsins þar sem hver stund var notuð til að svamla í sjónum. Síðan sigldi ég um Eystrasaltið sem var ótrúlega gaman og þar stóð upp úr heimsóknin til Pétursborgar í Rússlandi. Einnig er ég búin að sigla inn firði Noregs sem var hreint út sagt stórkostlegt, náttúrufegurðin var þvítík. Á dögnum sigldi ég um Svarta hafið þar sem ég kom við í ýmsum löndum og notaði hvert tækifæri til að upplifa menninguna. Síðustu 3 mánuði er ég síðan búin að vera á siglingu um

Miðjarðarhafið þar sem sólin er alltaf í góðu skapi. Ég hef notið þess í botn að ferðast um þetta svæði enda stórbrotin menningarsaga sem hægt er að læra um.

Eitthvað að lokum?

Ég er búin að njóta ferðalagsins og starfsins í botn. Stundum verður sjórinn ansi úfinn og allt innanborðs sem ekki er boltað niður fer á fulla ferð. Sem betur fer fyrir mig þá hef ég enn ekki orðið sjóveik. Enskukunnátta mín er líka að verða frekar góð sem er auðvitað bara plús. Ég sé alls ekki eftir þeirri ákvörðun að breyta til um stund og er reynslubankinn að verða stærri með hverjum deginum. Ísland er samt alltaf best í heimi!



Í EGYPTALANDI, SHARM EL-SHEIKH FÓR ÉG Í MÍNA FYRSTU KÖFUN Í EGYPTALANDI OG ÞÓTTI ÞAÐ ALVEG MAGNAÐ. ÞEGAR ÉG VAR BÚIN AÐ VENJAST ÞVI AÐ ANDA Í GEGNUM GRÍMUNA ÞÁ VAR ALGJÖRT ÆVINTÝRI AÐ KAFA NIÐUR Á KÓRALRIFID OG SJÁ LÍFID ÞAR. MÉR LEIÐ BARA EINS OG ÉG VÆRI KOMIN INN Í DYSNEYMINDINA NEMÓ.



NOREGUR. HÉR ER MYND FRÁ SIGLINGUNNI INN FIRÐINA Í NOREGI OG ER NÁTTÚRUFEGURÐIN ÓUMDEILANLEG.



AUSTRALIA. Það eftirminnilegasta við að koma til Sídney verður að teljast innsiglingin en hún var vægast sagt stórfengleg við sólarupprás.



RÚSSLAND, ST. PETERSBURG. Það fyndnasta líklega við að koma til Rússlands var að allir héldu að ég væri Rússnesk. Þarna stend ég fyrir framan The Church of the Savior on Spilled Blood.



INDLAND. Það skemmtilegasta við að koma til Mumbai var að spjalla við heimmenn og voru þessir krakkar ansi hressir. Þeir voru eins og margir að biðja um peninga en tóku því nú bara fagnandi að fá 2 epli.



MUMBAI. DHOBI GHAT. Þarna kemur fólk til að þvo þvottinn sinn.



STEND Á HÖNDUM Á STRÖNDinni við KARABÍSKAHAFID

Eigandi forsíðumyndar: Klambragil á Hengilssvæðinu

Af hverju ljósmyndun?

Frá barnsaldri hefur náttúran heillað mig. Steinum af öllum tegundum, formum og litum hef ég sankað að mér alla tíð. Það vakti kátínu þegar stóri bróðir kom með fríðu föruneyti í heimsókn þar sem ég var í síld í gamla daga til að bjóða mér á landleguball sem nær allir sóttu í plássinu og var sagt að ég væri uppi fjalli að skoða grjót. Þegar ég pakkaði í eina tösku til námsdvalar í Noregi stakk ég niður nokkrum bitum af fösturjörðinni.

Áhugi fyrir ljósmyndun vaknaði löngu síðar. Ég hef nokkuð glögggt auga fyrir listaverkum náttúrunnar og reyni að fanga



KALLA MALMQUIST

þau með myndavélinni til að geta haldið áfram að njóta þeirra þegar heim kemur. Á vonandi eftir að bæta mig í þessari kúnst.

Sjúkraþjálfun er spennandi starf bæði gefandi og krefjandi og auðvelt að helga sig því. Það var því erfitt að taka ákvörðun um að nóg væri komið.

Við starfslok, eftir tæplega 42ja ára starf hélt ég ljósmyndasýningu á vinnustaðnum og var leyst út með flottri linsu og hvatningu til frekari landvinninga á því sviði. Það er frábært að eiga nú meiri tíma fyrir fjölskyldu, vini og áhugamál sem gefst vonandi tími til að þróa og þroska.



Ryðgaður og stífur?



VERT

Aumir og stífir vöðvar?

Voltaren gel er verkjastillandi og bólgueyðandi hlaup við verkjum í mjóðaki, öxlum og vöðvum.



NJÓTUM ÞESS AÐ HREYFA OKKUR



LESA SKAL VANDLEGA LEIÐBEININGAR Á UMBÚÐUM OG FYLGISEÐLI.

Voltaren 11,6 mg/g, hlaup. Samantekt á eiginleikum lyfs – stuttur texti SPC. Inniheldur 11,6 mg af dýklófenakvítylamíni. Ábendingar: Staðbundnir bólgukvillar. Skammtar og lyfjagjöf: Fullorðnir og börn 14 ára og eldri: 2-4 g af hlaupi (sem jafngildir magni á stærð við kirsuber til valhnetu) er borið á aumt svæði 3-4 sinnum á sólarhring. Mælt er með handþvotti eftir notkun, nema verið sé að meðhöndla hendur. Ef meðhöndla á bráð, minniháttar meiðsli í stóðkerfi skal ekki nota Voltaren lengur en 7 daga án samráðs við lækni. Hafið samband við lækinn ef einkenni eru viðvarandi eða versna eftir meðferð í 7 sólarhringa. Frábendingar: Ofnæmi fyrir dýklófenaki eða einhverju hjálparefnum. Ofnæmi fyrir acetylsalisýlsýru og öðrum bólgueyðandi gigtarlyfjum (NSAID). Sjúklingar sem hafa fengið astma, ofsakláða eða bráða nefslímubólgu af völdum acetylsalisýlsýru eða annarra bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) eiga ekki að nota lyfið. Á síðustu þremur mánuðum meðgöngu. Má ekki nota handa börnum og unglingum 14 ára og yngri. Meðganga og brjóstgjöf: Ef þú ert barnshafandi máttu eingöngu nota Voltaren í samráði við lækni. Þú skalt nota eins líta skammta og hægt er og nota Voltaren í eins skamman tíma og mögulegt er. Þú mátt ekki nota Voltaren á síðustu þremur mánuðum meðgöngunnar. Ef þú ert með barn á brjósti máttu eingöngu nota Voltaren í samráði við lækni. Konur með barn á brjósti mega hvorki bera Voltaren á brjóstin né á stór húðsvæði og eiga að nota lyfið í eins skamman tíma og mögulegt er. Aukaverkanir: Algengar ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Útbrot, exem, hörundsroði, húðbólga (þ.m.t. snertiofnæmi), kláði. Sjaldgæfar ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$): Brunatilfinning á meðferðarstað, roði, punktblæðingar í húð, ofnæmishúðbólga. Mjög sjaldgæfar ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$): Blóðruhúðbólga. Koma órsjaldan fyrir ($< 1/10.000$): Útbrot með grafnaröðbum, ofnæmi (þ.m.t. ofsakláði), ofnæmisbjúgur, berkjukrampi, astmi, þurrkur, ljónæmi. Tíðni ekki þekkt (ekki hægt að ákvarða tíðni út frá fyrirliggjandi gögnum): Bráðaofnæmisviðbrögð. Við langvarandi notkun (> 3 vikur) og/edá þegar verið er að meðhöndla stór húðsvæði geta komið fram almennar aukaverkanir. Einkenni eins og kvíðverkir, meltingartruflanir og truflanir á maga og nýrnastarfsemi geta komið fram. Ofskömmtnun: Ef of stór skammtur af Voltaren hefur verið notaður, eða ef barn hefur í ógáti tekið inn lyfið skal hafa samband við lækni, sjúkrahús eða citrunarmiðstöð (sími: 543-2222). Hafið umbúðir lyfsins við höndina. Lesið leiðbeiningar á umbúðum og í fylgiseðli fyrir notkun.

HAFKALK

**Styrkir brjóska og bein
og virðist draga úr liðverkjum**

Ebba Jónsdóttir var lengi þjáð af verkjum í hnjám vegna brjóskeyðingar. Hún hefur tekið Hafkalk í lengri tíma af því að það virkar vel á hana, verkirnir eru löngu horfnir og lífsgæði og líðan hennar miklu betri. Ebba mælir því hiklaust með Hafkalki.

Kalkpörungar úr Arnarfirði innihalda u.þ.b. 30% Kalsíum, 2% Magnesíum og stein- og snefilefni eins og járn, sink, selen, kalíum, mangan, jóð og kóbalt.



Ebba ásamt manni sínum Magnúsi á Mosvallahorni í Önundarfirði s.l. sumar.

**Hafkalk Fæst í lyfja-
og heilsubúðum um land allt.**

Sameinuð stöndum vér

Félög sjúkraþjálfara hafa átt í sameiningarviðræðum um langt skeið. Sú vinna er nú að bera ávöxt. Í haust mun félagsmönnum félaganna gefast kostur á því að kjósa um sameiningu félaganna. Drög að lögum nýs félags voru send út til allra félagsmanna og þeim gefinn kostur á því að senda inn athugasemdir. Þó nokkrar ábendingar bárust og eru stjórnir félaganna mjög þakklátar félagsmönnum fyrir að gefa sér tíma til þess að rýna í löginn. Af viðbrögðunum að dæma virðist ríkja mikil eftirvænting eftir sameiningarkosningunum. Nýtt sameinað félag sjúkraþjálfara verður félag allra sjúkraþjálfara á Íslandi og sem slíkt öflugur málsvari sjúkraþjálfara. Með því að hafa sameinað fagstéttafélag gefst okkur tækifæri á því að vinna í samfellu að



HÉÐINN JÓNSSON
FORMAÐUR FÍSP

framgangi stéttarinnar til lengri og skemmri tíma því líta má á fagmál sem langtíma kjarabaráttu. Formaður sem gegnir því starfi að aðalstarfi hefur tækifæri til þess að helga sig félaginu og er á sama tíma formaður kjaranefndar sem mun tryggja samþættingu kjara- og fagmála félagsins. Það er trú okkar sem höfum leitt þessa vinnu að sameinað félag sjúkraþjálfara leysi úr læðingi þann mikla kraft sem í stéttinni býr og geri okkur kleift að sýna almenningi og ráðamönnum með afgerandi hætti hvað rödd okkar er mikilvæg og þann hag sem samfélagið hefur af störfum okkar og þekkingu.

Ég hvet alla félagsmenn til að láta sig málið varða, taka þátt í umræðunni og láta skoðun sína í ljós.

Hugsaðu vel um fæturna - í vinnunni

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



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



Sandalar 9606
Litir: Svart/brúnn



Klossar 9453
Litir: Svart/hvítt

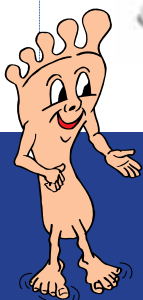
Engin teygja sem þregir að og auðveldar því blóðflæðið úr fótunum.

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



Góður stuðningur við öklann minnkar þjóg.

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



Skóverslunin iljaskinn

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

Dagur sjúkraþjálfunar 2012

Dagur sjúkraþjálfunar 2012 var haldinn á Hótel Nordica föstudaginn 2. mars og var þetta í sjöunda sinn sem dagurinn er haldinn hér á landi með þessu sniði. Þátttaka var mjög góð og mættu tæplega 300 sjúkraþjálfarar á daginn.

Aðalfundur FÍSP var haldinn án málstofu og var það gert þar sem of lítill tími hefur verið fyrir aðalfund undangenginn tvö ár. Vel tókst til, fundurinn var vel sóttur og umræður góðar.

Dagskrá Dags sjúkraþjálfunar hófst formlega eftir hádegisdag með setningu Guðbjarts Hannessonar velferðarráðherra.

Aðalfyrirlesarar dagsins voru Dr. Sólveig Ása Árnadóttir og Björg Guðjónsdóttir sjúkraþjálfarar. Ræddu þær m.a. um mikilvægi þess að sjúkraþjálfarar nýti sér gagnreynd fræði (evidence based) beint inn í klíniska starfið. Þannig verði starfið bæði fjölbreyttara og skemmtilegra og árangursríkara fyrir skjólstæðinga okkar. Þær bentu á hvernig sjúkraþjálfarar geta á einfaldan hátt nálgast þessi fræði í gegnum veraldarvefinn og hvöttu til gagnrýnnar hugsunar.

Eftir aðalfyrirlesturinn voru fyrirlestrar fluttir í þremur söllum þar sem efni var raðað niður á salina út frá sambærilegum umfjöllunarefnum. Í einum sal voru hugleiðingar frá heimsþingi sjúkraþjálfara 2011 en fjölmargir íslenskir sjúkraþjálfarar sóttu þingið. Nokkrir þeirra miðluðu því sem þeim þótti athyglisverðast og verðugt til umræðu á meðal okkar hér heima. Var þar rætt um hvort klínísk rökhugsun væri flókin, forspárgildi göngumælinga og fjarþjálfun. Einnig var hugleitt hvort við sjúkraþjálfarar séum nógu öflug við að stuðla að heilsuefingu og hvort við séum sérfræðingar í þjálfun. Líflegar umræður sköpuðust í kjölfar fyrirlestranna. Stodkerfið frá ýmsum hliðum átti annan sal og var þar þéttsetinn bekkurinn. Þar var fjallað um flókin tilfelli hálsvandamála, brjóstskos í lendarhrygg og samþættingu niðurstöðu segulómsskoðunar við klíniska skoðun og meðferð. Einnig var kynntur samanburður á MBT skóm við teipingar og innlegg sem meðferð við iljarfellsbólgu og loks var talað um vandamál vegna liðhlaupa í öxl. Í þriðja salnum var þróun og framtíð Hreyfiseðilsins rædd, líkamsvitund þolenda kynferðisofbeldis og árangur offitumeðferðar með eða án magahjáveituaðgerðar og loks var kynnt kostnaðargreining á verkjasviði Reykjalundar.

Að þessu sinni var veggspjaldakynningunni stillt upp á móti fyrirlestrum í tveimur söllum. Var það tilraun til að njóta meira næðis en í fyrra en þá kynntu höfundar verk sín í kaffihléinu. Ekki heppnaðist þetta nógu vel þar sem mikill erill var í rýminu meðan á kynningu stóð. Á næsta degi sjúkraþjálfunar mun veggspjaldakynningin flytjast inn í einn af söllum til að tryggja betra næði.

Undir lok dagsins voru veittar viðurkenningar fyrir sérfræðingsréttindi innan sjúkraþjálfunar. Í ár hlutu eftirtaldir viðurkenningu:

Halldóra Eyjólfsdóttir í meðgöngu- og fæðingarsjúkraþjálfun
Harpa Helgadóttir í greiningu og meðferð á hrygg og útlimaliðum "manual therapy"

Sigurður Örn Gunnarsson í heilsugæslu- og vinnuvernd

Unnur Pétursdóttir í gigtarsjúkraþjálfun

Þorbjörg Guðlaugsdóttir í barnasjúkraþjálfun

Þorgerður Sigurðardóttir í meðgöngu- og fæðingarsjúkraþjálfun

Hvatningarverðlaun FÍSP að þessu sinni hlaut Auður Ólafsdóttir fyrir vel unnin og óeigingjörn störf í þágu félagsins.

Á aðalfundi FÍSP 2011 voru nýjar starfsreglur vísindasjóðs samþykktar. Ein af nýju reglunum er að færa afhendingu styrkja úr vísindasjóði FÍSP frá byrjun maí mánaðar til Dags sjúkraþjálfunar. Voru því í fyrsta skipti veittir styrkir úr sjóðnum í lok dags. Þetta er frábær breyting og var það myndarlegur hópur sem tók við styrkjum til metnaðarfullra verkefna:

Kristín Briem fyrir verkefnið: *Þýðing á sértækum spurningalistum KOOS-KOS fyrir einkenni og færni í hné.*

Kristín Briem fyrir verkefnið: *Réttmætis- og áreiðanleikaprófun sértækra spurningalista KOOS-KOS fyrir einkenni og færni í hné*

Guðný Lilja Oddsdóttir fyrir verkefnið: *Maximal versus submaximal effort of movement control in the cervical spine in patients with whiplash-associated disorders and asymptomatic persons – using the Fly Test*

Stefán H. Stefánsson fyrir verkefnið: *Áhrif mismunandi meðferðarforma á einkenni og færni fólks með hásinavandamál*

Halldóra Eyjólfsdóttir fyrir verkefnið: *Áhrif uppbyggingar brjósts með flipa úr bakbreiðavöðva á axlargrind, brjóstkassa og bak*

Sólveig Ása Árnadóttir fyrir verkefnið: *Mælingar á daglegri hreyfingu*

Elís Þór Rafnsson fyrir verkefnið: *Álagseinkenni í handknattleik karla á Íslandi*

Stjórn Vísindasjóðs FÍSP var síðan færður ágóði af Degi sjúkraþjálfunar frá 2011 en samkvæmt ákvörðun stjórnar FÍSP er ætlunin að Dagur sjúkraþjálfunar efli og styrki Vísindasjóðinn árlega.

Stjórn félagsins og framkvæmdanefnd dagsins þakkar öllum fyrirlesurum, höfundum veggspjalda og fundarstjórum fyrir þeirra framlag til dagsins.

Jafnframt viljum við þakka þeim fyrirtækjum sem styrktu daginn með því að kynna vörur sínar og þjónustu. Þetta voru fyrirtækin; Actavis, Altis, Eirberg, Fastus, Hátækni, Icepharma, Kine, Stod, Öryggismiðstöðin, Össur, Back on Track, EG Skrifstofuvörur, MBT skór, Physicool og Vinnuvernd. Þessi stuðningur er mjög mikilvægur við framkvæmd dagsins og gott að geta veitt sjúkraþjálfurum góða kynningu á þjónustu og nýjustu tækni og búnaði varðandi fagið og starfið.

Helga Braga leikari og uppistandari flutti lokaerindi dagsins þar sem hún lét ljós sitt skína og sagði m.a. frá reynslu sinni af sjúkraþjálfurum, hreyfingu og dansi.

Dagur sjúkraþjálfunar endaði á léttum veitingum og ljúfum píanótónum frá Aðalheiði Þorsteinsdóttur. Þátttakendum dagsins gafst þá betra tækifæri á spjalli eftir þetta dagskrá og hafa gaman saman. Einstaklega góð stemning skapaðist, fjöldasöngur, spjall og gleði!

Næsti Dagur sjúkraþjálfunar verður föstudaginn 8.mars 2013 á Hotel Nordica. Endilega takið daginn frá – hlökkum til að sjá ykkur!

F.h. framkvæmdanefndar Dags sjúkraþjálfunar 2012,
Arna Elísabet Karlsdóttir og Steinunn A. Ólafsdóttir







Sterkur liðsauki

Þegar grannnt er skoðað snýst sjúkraþjálfun um náttúrulegar leiðir til heilsuverndar, uppbyggingar og „viðgerða“. Sjúkraþjálfarinn leiðbeinir og hvetur skjólstæðinga sína til að hjálpa sér sjálfir og forðar þeim eins og frekast er unnt frá innlögnum, aðgerðum og lyfjanotkun.

Coddoc vill gjarnan vera „aðstoðarsjúkraþjálfari“ og leggja sitt af mörkum í náttúrulegri meðferð. Coddoc er hluti af Penzyme® fjölskyldunni, þar sem meltingarensím úr íslenska þorskinum, kuldakær próteinkljúfandi trypsínensím, leggja grunn að góðum áhrifum á húð, liði og vöðva.

Grunnvaran, PENZIM, hefur verið lengi á íslenskum markaði. Í Coddoc er herra hlutfall ensíma – aukið magn lífhvata sem hraða endurnýjunar- og „viðgerðarferli“ líkamans. Þess vegna er Coddoc sterkur liðsauki í orðsins fyllstu merkingu.

COD DOC

- gott í sjúkraþjálfun



Andrá heildverslun, andra.is

Coddoc er væntanlegt á íslenskan neytendamarkað um miðjan nóvember 2012.

BS verkefni

Ganga niður fjall – álagseinkenni við hnéskel, orsakir og úrræði –

Ágrip

Ganga niður fjall er krefjandi og er sérstaklega mikið álag sem verður á hné en talið er að það sé allt að sexföld líkamsþyngd sem verkar á hnéliðinn við gönguna niður. M. quadriceps (fjórhöfðavöðvi) þarf að vinna lengi í eksentrískri vinnu til að stjórna hnébeygjunni sem er aukin og varir lengur en við göngu á jafnsléttu.

Markmið þessarar heimildaritgerðar var að gera grein fyrir álagi í hnám þegar gengið er niður í móti, með áherslu á patellofemoral liðinn, og taka saman þau úrræði sem hægt er að nota, bæði fyrirbyggjandi aðgerðir sem og hvað hægt sé að gera í fjallgöngunni sjálfri.

Einstaklingar með verk í patellofemoral liðnum eiga erfðara með að ganga niður en heilbrigðir og beita uppbotarlausnum til að reyna að minnka verkinn, til dæmis með því að minnka hnébeygjuna og átak m. quadriceps.

Margar mögulegar orsakir eru fyrir þessum verk og geta þær bæði verið líkamlegar og lífaflfræðilegar. Helst ber að nefna aukið Q-horn, vöðvaójafnvægi milli vöðvahluta m. quadriceps, óhagkvæmt rennsli hnéskeljar og of mikið álag á patellofemoral liðinn.

Meðferð felst einkum í styrkþjálfun og teygjum þeirra vöðva er tengast hné, teipingu á hnéskel og jafnvægisæfingum. Til að minnka álagið á hnéliðinn í sjálfri göngunni er gott að nota göngustafi.

HÖFUNDUR:

BERGLIND ÖSP EYJÓLFSÓTTIR

LEIÐBEINANDI:

MARÍA H. ÞORSTEINSDÓTTIR



Hreyfifroskakennningar og þróun á göngu ungra barna

Ágrip

Tvær vinsælustu kenningarnar um hreyfifroska eru kenning kvikra kerfa (*e. dynamical systems theory*) og kenningin um val á taugafrumuhópum (*e. neuronal group selection theory*). Kenningarnar eiga það sameiginlegt að ganga út frá því að þroski sé ekki línulegur og að margir þættir hafa áhrif á hreyfifroskann bæði umhverfisþættir og þættir hjá barninu sjálfu s.s. eigin virkni og reynsla. Kenningarnar eru þó ólíkar að mörgu leyti. Í kenningu kvikra kerfa er gengið út frá því að samspil sé á milli mismunandi líkamskerfa barnsins og umhverfisþátta sem öll eru jafn mikilvæg í hreyfifroska. Samkvæmt kenningunni um val á taugafrumuhópum eru erfðaðþættir og eigin reynsla barnsins taldir vera helstu áhrifaþættir fyrir hreyfifroska. Mikilvægt er fyrir sjúkrapjálfa og aðra fagaðila sem vinna með börnum að skilja hvernig hreyfifroski barna á sér stað til að geta metið frávik og gert meðferðaráætlun. Hugmyndafræði þessarar kenningu leggur góðan grunn fyrir slíka vinnu.

Markmið þessarar ritgerðar er að útskýra þessar tvær kenningar um hreyfifroska. Auk þess verður farið sérstaklega í það hvernig börn læra að ganga. Þróun á göngu byggir á mörgum þáttum s.s. lífaflfræðilegum þáttum, taugafræðilegum þáttum og vitsmunabáttum, skynúrvinnslu og að auki umhverfisþáttum.

HÖFUNDUR:

ERLA ÓLAFSDÓTTIR

LEIÐBEINANDI: ÞJÓBBJÖRG GUÐJÓNSDÓTTIR



Áhrif hreyfingar á einkenni og framgang vefjagigtar

Ágrip

Vefjagigt hrjáir um það bil 10% kvenna og heldur færri karla. Orsakir sjúkdómsins eru óþekktar sem gerir meðferð torvelda. Sjúkdómurinn hefur veruleg áhrif á lífsgæði þeirra sem greinast með hann og margir draga úr virkni í daglegu lífi.

Tilgangur þessarar heimildaritgerðar er að kanna áhrif líkamsþjálfunar á einkenni vefjagigtar og hvaða tegund hreyfingar sé áhrifaríkust. Enn fremur að kanna á hvaða álagi og í hve miklu magni þjálfunin þurfi að vera til að árangur náist. Einnig eru skoðuð langtímaáhrif hreyfingar fyrir þessa einstaklinga og hvort þjálfun virki sem forvörn gegn versnun einkenna eða stignun sjúkdómsins. Fjallað er um þau mælitæki sem hægt er að nota til að meta árangur og áhrif þjálfunar á einkenni vefjagigtar.

Niðurstöður rannsókna sýna fram á gagnsemi hreyfingar til að vinna á móti fjölda einkenna vefjagigtar og hefur hreyfing jákvæð áhrif á heilsutengd lífsgæði einstaklinga með vefjagigt. Þolþjálfun, styrkþjálfun og sambland þol-, styrk- og liðleikaþjálfunar eru þær tegundir þjálfunar sem hafa mest áhrif á einkenni vefjagigtar en rannsakendum ber saman um að þjálfunarálag þurfi að vera frá 55-90% af hámarkspólusi. Reglubundin hreyfing virkar sem forvörn á versnun einkenna vefjagigtar. Það er mikilvægt fyrir fólk með vefjagigt að nota hreyfingu í daglegu lífi til að viðhalda hreysti og draga úr hamlandi áhrifum sjúkdómsins.

HÖFUNDUR:
GYÐA RÁN ÁRNADÓTTIR

LEIÐBEINANDI: SÍGRÚN VALA BJÖRNSDÓTTIR



Fremri krossbandaslit Áhættuþættir, fylgikvillar skurðaðgerða og áhrif á líðan og færni í hné

Ágrip

Slit á fremra krossbandi er með alvarlegri hnémeiðslum sem hægt er að verða fyrir. Í kjölfarið getur hnéð farið að hafa mikil áhrif á daglegt líf einstaklings í langan tíma á eftir, jafnvel það sem eftir er ævinnar. Við þetta bætist sú staðreynd að auknar líkur eru á að greinast með slitgigt síðar á lífsleiðinni. Tíðni fremri krossbandaslita hér á landi er ekki þekkt og framskyggjnar (e. prospective) rannsóknir á því hvernig fólki farnast hvað varðar einkenni í hné, daglega færni og lífsgæði eru fáar. Þá hafa engar rannsóknir verið gerðar á því hvort auknar líkur séu á meiðslum í aftanlærisvöðvum eftir aðgerð á fremra krossbandi.

Í verkefninu verður fjallað um rafræna könnun sem hönnuð var fyrir einstaklinga sem slitið hafa fremra krossband. Könnunin var gerð með það að leiðarljósi að 1) skrá hugsanlega áhættuþætti fremra krossbandsslits á Íslandi; 2) kanna tengsl skurðaðgerða sem nota vef úr aftanlærisvöðva við endurgerð fremra krossbands og tognana aftan í læri; og 3) athuga sjálfsmat einstaklinga, sem hafa slitið fremra krossband, á einkenni í hné og áhrif þeirra á starfræna færni og lífsgæði.

Mætti segja að hér hafi verið um forkönnun (e. pilot study) að ræða þar sem markmiðið var annars vegar að sjá hvernig rafræn könnun af þessari gerð gæti reynst sem hluti af öðru stærra verkefni, en hins vegar að fá upplýsingar sem hægt væri að nýta til áframhaldandi þróunar þeirra spurninga sem lagðar voru fyrir þátttakendur. Niðurstöðurnar voru þær að könnun sem þessa væri hentugt að leggja fyrir enn stærri hóp fólks.

Niðurstöður slíkrar könnunar gætu þá hugsanlega varpað skýrara ljósi á hverskonar vandamál og einkenni þeir Íslendingar sem slitið hafa krossband mega búa við í daglegu lífi.

Þá gefur þessi forkönnun vísbendingu um að hugsanlegt sé að fólk sem hefur slitið krossband og farið í aðgerð þar sem sínar úr aftanlærisvöðva voru notaðar til að búa til nýtt liðband, togni oftast aftan í læri þeim megin sem aðgerðin var gerð miðað við heilbrigða fótinn.

Vert væri að rannsaka þetta efni nánar þar sem í framtíðinni gætu niðurstöður könnunar sem þessarar haft áhrif á val á endurhæfingu fólks sem slítur fremra krossband.

HÖFUNDUR:
ARNAR MÁR ÁRMANNSSON

LEIÐBEINANDI: KRISTÍN BRIEM



Áreiðanleika- og réttmætisprófun á Hryggþrýsti- og hreyfingamæli við liðkun á hryggjarliðum í framstefnu

Ágrip

Tilgangur: Þrýstingur á hryggjarlið í framstefnu (PA) er próf sem mikið er notað af sjúkraþjálfurum til að meta hreyfanleika hryggjaliða en það byggir á huglægu mati. Hryggþrýsti- og hreyfingamælir (HþH) er nýtt tæki sem ætlað er að mæla stífni hryggjarliða. Tilgangur rannsóknarinnar var að prófa áreiðanleika við endurteknar mælingar sama mælenda og milli mælenda, sem og réttmæti tækisins.

Aðferðir: Þátttakendur voru 30 nemendur (18 karlar, 12 konur) við Háskóla Íslands á aldrinum 20-30 ára (meðalaldur = 23 ár). Tveir óreyndir og einn reyndur sjúkraþjálfari framkvæmdu mælingar við PA-þrýsting á hryggjarliði L1, Th12, Th7 og Th6 þrisvar sinnum og þeir óreyndu aftur daginn eftir. Hljóðmerki gaf til kynna hvenær níu kg krafti væri náð. Við gagnaúrvinnslu var notuð tilfærsla við átta kg kraft. Við tölfraðiúrvinnslu (SPSS og SAS Enterprise) var notuð ANOVA-greining (5% marktektarmörk) og intraclass correlation coefficient (ICC 3,k).

Niðurstöður: Áreiðanleiki við endurteknar mælingar sama mælenda dag eftir dag var á bilinu 0.82-0.96 (ICC) og milli mælenda (svipuð reynsla) 0.92-0.97. Enginn munur var á tilfærslu milli hryggjarliða Th6 og Th7 ($p>0.05$) en munur var á milli L1 og annarra liða ($p<0.05$) og Th12 og annarra liða ($p<0.05$). Munur var á tilfærslu á hryggjarlið L1 milli reynda sjúkraþjálfarans og annars óreynda ($p<0.05$). Einnig munur á tilfærslu á hryggjarlið Th12 milli reynda og beggja óreynda sjúkraþjálfaranna ($p<0.05$). Enginn munur var á milli mælenda fyrir hryggjarliði Th7 og Th6 ($p>0.05$).

Ályktun: Nauðsynlegt er að þróa HþH mælinn áfram en ætla má að hann verði góð viðbót fyrir sjúkraþjálfun þar sem síaukin krafa er um mælanlegan árangur.

HÖFUNDAR:

ATLI ÖRN GUNNARSSON, DAÐI REYNIR KRISTLEIFSSON OG EINAR SMÁRI ÞORSTEINSSON

LEIÐBEINANDI:

SÍGRÚN VALA BJÖRNSDÓTTIR



Vöðvavirkni aftanlæris- og kálfatvíhöfðavöðva hjá íþróttafólki eftir fremra krossbandsslit

Ágrip

Deilt hefur verið um áhrif þess að taka hluta af hálfsinungsvöðva við endurgerð fremra krossbands á starfsemi vöðvans. Styrkur beygjuvöðva hnéliðar hefur verið töluvert rannsakaður eftir aðgerð en aftur á móti hefur sértæk virkni vöðvanna lítið verið skoðuð. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna vöðvavirkni þeirra vöðvahópa sem koma að beygju hnéliðar við starfrænar hreyfingar hjá íþróttamönnum sem hafa fengið aftanlæris ígræðslu (HG) eftir fremra krossbandsslit.

Átján knattspyrnumenn með HG ígræðslu eftir fremra krossbandsslit (rannsóknarhópur (RH); tími frá sliti 1-6 ár) og 18 aðrir sem ekki höfðu slitið (samanburðarhópur (SH)) tóku þátt í rannsókninni. Allir gengust undir vöðvarafritsmælingar með yfirborðselektróðum við framkvæmd Nordic-hamstring (NH) og TRX aftanlæris æfinga. Fjórir vöðvar voru mældir á hvorum fæti (miðlægur/hliðlægur hamstrings, miðlægur/hliðlægur kálfatvíhöfði) og söfnunartíðni 1600 Hz.

Merkið var síað og kvarðað með því merki sem fékkst við hámarks ísómetrískan samdrátt (MIVC), og fjölpátta dreifnigreining (ANOVA) var notuð við tölfraðigreiningu gagna. Marktæk víxlhrif fyrir útlím og æfingu, milli hópa ($p<0.05$), fundust á vöðvavirkni miðlægs- og hliðlægs aftanlærisvöðva og hliðlægs kálfatvíhöfðavöðva.

Vöðvavirkni var svipuð milli fótleggja í báðum æfingum hjá SH, á meðan merkið minnkaði milli æfinga skornu megin, en jókst hinum megin hjá RH. Marktæk víxlhrif útlíms og hlutfallslegrar vöðvavirkni hliðlægs aftanlæris-/kálfatvíhöfðavöðva, milli hópa, fundust einnig ($p<0.05$). Hlutfall vöðvavirkni var svipað milli fótleggja SH (aftanlæris->kálfatvíhöfðavöðva), á meðan vöðvavirkni hamstrings var minni en hjá kálfatvíhöfðavöðva áverkamegin, en meiri hinum megin hjá RH. Munur á vöðvavirkni RH og SH bendir til þess að breyting verði á vöðvavirkni beygjuvöðva í hné eftir fremra krossbandsslit. Óljóst er hvort það tengist krossbandsáverkanum sjálfum, eða gerist í kjölfar þess áverka sem hálfsinungsvöðvi verður fyrir við endurgerð krossbandsins.

HÖFUNDAR:

BJARTMAR BIRNIR, GARDAR GUÐNASON, STEFÁN MAGNI ÁRNASON OG TÓMAS EMIL GUÐMUNDSSON

LEIÐBEINANDI: KRISTÍN BRIEM



Hlutverk og umfang sjúkráþjálfunar hjá íslenskum boltaíþróttafélögum

Ágrip

Íþróttaiðkun er vinsæl leið til hreyfingar og heilsuefingar. Íþróttum fylgja þó oft líkamleg meiðsli sem geta haft mikil skerðandi áhrif á íþróttaiðkendur, liðið og aðstandendur. Sjúkráþjálfun hefur um áraraðir verið hluti af íþróttum, bæði sem meðferðar- og endurhæfingaraðild auk þess sem sjúkráþjálfarar hafa komið að þjálfun íþróttamanna. Á Íslandi eru samtals um 35 þúsund iðkendur í þremur vinsælustu boltaíþróttagreinunum; knattspyrnu, handknattleik og körfuknattleik. Meiðsli eru algeng meðal iðkenda þessara þriggja greina. Lítið hefur verið rannsakað varðandi umfang sjúkráþjálfunar hjá íþróttafélögum, hvorki erlendis né hér á landi. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna hlutverk sjúkráþjálfara hjá íslenskum boltaíþróttafélögum og hvert magn og eðli þeirrar þjónustu er ásamt því að rannsaka mögulegan mun á þeirri þjónustu sem veitt er milli kynja, íþróttgreina og tveggja efstu deilda. Sendir voru út tveir sérhannaðir spurningalistar til íþróttafélaga sem voru með skráð lið til keppni í meistaraflökki karla og/eða kvenna í knattspyrnu, körfuknattleik og/eða handknattleik, í annarri af efstu tveimur deildum Íslandsmóts, á keppnistímabilinu sem lauk á árinu 2011. Svarhlutfall var 52,5% (21/40) meðal forsvarsmanna íþróttafélaga, og 37,7% (68/180) forsvarsmanna liða svöruðu spurningalistum. Við tölfraði úrvinnslu var notast við Cochran-Mantel-Haenszel próf þar sem notast var við gögn á raðkvarða sem ekki voru normal-dreifð. Helstu niðurstöður sýndu að 76% þeirra íþróttafélaga sem svöruðu sögðust vera með sjúkráþjálfara starfandi fyrir lið innan viðkomandi íþróttgreina. Rúmlega helmingur liða voru með sjúkráþjálfara á æfingum á keppnistímabilinu með mismikilli viðveru. Á keppnisleikjum voru sjúkráþjálfarar til staðar í 91,7% tilfella í handknattleik, 88,5% í knattspyrnu og 52,8% í körfuknattleik. Marktækur munur var á viðveru sjúkráþjálfara á keppnisleikjum milli íþróttgreina ($p=0,04$). Hins vegar var ekki marktækur munur á viðveru sjúkráþjálfara þegar borið var saman milli kynja eða deilda

HÖFUNDAR:

ANDRI ROLAND FORD OG VALGEIR EINARSSON MÄNTYLÄ

LEIÐBEINANDI:

ÁRNI ÁRNASON



Áhrif af notkun *bara* stuðningspúða á vöðvavirkni í herðum við tölvuvinnu

Ágrip

Stoðkerfiseinkenni í baki, hálsi og efri útlimum eru ein aðalástæða veikinda, færniskerðingar og skertrar vinnufærni í hinum vestræna heimi. Þessi einkenni eru oft tengd við sérstakar atvinnugreinar sem fela í sér endurtekið álag, t.d. að vinna við tölvu.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna meðaltalsvöðvavirkni efri hluta sjalvöðva (e. upper trapezius muscle) og miðhluta axlarvöðva (e. middle deltoid muscle) við tölvuvinnu með og án stuðnings undir framhandleggi. Stuðningurinn undir framhandleggi var veittur af bara stuðningspúðanum.

Þátttakenda var aflað í Nýherja og Bæjarskrifstofum Hafnarfjarðar. Þátttakendur voru 16 konur á aldrinum 20-65 ára án langvinnra stoðkerfiseinkenna. Konurnar vinna allar við tölvu að minnsta kosti fjórar klukkustundir á dag. Þátttakendum var stillt upp í góða setstöðu áður en mælingar hófust.

Yfirborðsvöðvarafrit var notað til að mæla vöðvavirkni. Meðaltalsvöðvavirkni var mæld í efri hluta sjalvöðva og miðhluta axlarvöðva með og án bara stuðningspúðans meðan konurnar unnu verkefni í tölvu.

Niðurstöður sýndu fram á að ekki var marktækur munur á meðaltalsvöðvavirkni með og án bara stuðningspúðans í efri hluta sjalvöðva fyrir hægri ($p = 0,117$) eða vinstri hlið ($p = 0,623$). Marktækt minni meðaltalsvöðvavirkni mældist í miðhluta axlarvöðva með stuðningspúðann miðað við án hans fyrir hægri bæði ($p = 0,012$) og vinstri hlið ($p = 0,047$).

Hugsanlega hefðu þátttakendur þurft meiri leiðbeiningar og æfingu í að nota púðann áður til að geta slakað á sjalvöðvanum en erfitt er að draga ályktun um það vegna þess hve fáir þátttakendur voru í rannsókninni.

HÖFUNDAR:

BIRNA HRUND BJÖRNSDÓTTIR OG STEINÞÓRA JÓNSDÓTTIR

LEIÐBEINANDI:

ÞJÓBBJÖRG GUÐJÓNSDÓTTIR



Vöðvalengd aftanlæris- vöðva hjá hlaupurum Kvenhlauparar bornir saman við almenning og kvenhlaupara sem stunda jóga

Ágrip

Tilgangur: Kanna hvort munur væri á lengd aftanlærisvöðva hjá þremur hópum kvenna, 30-45 ára. Hópur 1 voru konur sem hlaupa a.m.k. 25 km á viku og stunda jóga ≥ 1 sinni í viku; hópur 2 voru konur sem hlaupa ≥ 25 km á viku; hópur 3 voru konur sem stunda almenna líkamsrækt ≥ 3 sinnum í viku (almenningur). Deilt er um hvort liðleiði sé ákjósanlegur fyrir kvenhlaupara og vildum við því skoða það nánar.

Aðferð: Þátttakendur voru valdir með hentugleikaúrtaki. Niðurstöður fengust frá mælingum á 36 konum.

Þátttakendur svöruðu spurningalista um hreyfingu og meiðsli og svo var aftanlærisvöðvalengd mæld með Óvirkri hnéréttu (Passive knee extension). Þátttakendur þurftu að hafa verið án aftanlærismeisla í sex mánuði áður en mælingar hófust.

Niðurstöður: Þegar hóparnir voru bornir saman fékkst marktækur munur á milli hóps 1 og 2 og hóps 2 og 3, en ekki á milli hóps 1 og 3. Því mátti sjá að aftanlærisvöðvalengd var marktækt meiri hjá almenningi (3) en hjá hlaupurum (2) ($p=0,042$). Hlauparar sem stunda jóga voru með marktækt lengri aftanlærisvöðva en hinir hlaupararnir ($p=0,0006$). Ekki var munur á vöðvalengd hjá hlaupurum sem stunda jóga og almenningi ($p=0,092$).

Samantekt: Niðurstöður sýndu að kvenhlauparar voru með styttri aftanlærisvöðva en almenningur. Einnig voru kvenhlauparar með styttri aftanlærisvöðva en kvenhlauparar sem stunduðu jóga. Rannsóknir í dag hafa ekki getað sýnt fram á aukinn árangur eða lægri meiðslatiðni með bættem liðleiða. Sé bættur árangur markmiðið í hlaupi eru teygjur mögulega ekki besti kosturinn. Þó teljum við að jóga sé ákjósanlegt fyrir hlaupara til að auka vellíðan og slökun.

HÖFUNDAR:

ÍRIS RÓS ÓSKARSDÓTTIR, SARA LIND BRYNJÓLFSDÓTTIR
SÓLVEIG MARÍA SIGURBJÖRNSDÓTTIR

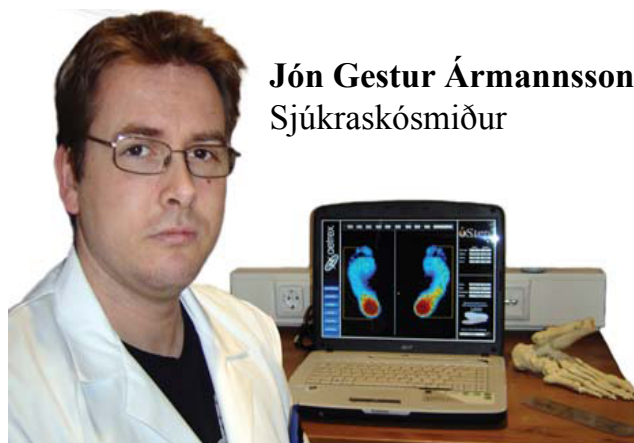
LEIÐBEINANDI:

ÁRNI ÁRNASON



STÖÐTÆKNI
CSKÓSMÍÐJA
Lækjargata 34a, Hafnarfjörður
Sími: 533 1314

Sérsmíðaðir skór
Skóbreytingar
Göngugreiningar



Jón Gestur Ármannsson
Sjúkraskósmiður

endurhæfing
þekkingarsetur

Sjúkrafljálfun og ráðgjöf fyrir fatlaða.
Kópavogsbraut 5-7 • 200 Kópavogur
Sími 414 4500

Sjúkraþjálfunin
SPORTHÚSINU



Sjúkraþjálfun Styrkur
Höfðabakka 9
110 Reykjavík
s: 587 7750

Veggspjald með rannsóknarverkefni frá Námsbraut í sjúkraþjálfun hlaut viðurkenningu sem besta veggspjald í sínum flokki á ESSKA ráðstefnunni í Genf 2.-5. maí 2012

ESSKA (European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy) eru evrópsk samtök sem hafa það að markmiði að standa fyrir kynningu og miðlun upplýsinga og rannsókna með áherslu á íþróttameiðsli, slitbreytingar í liðamótum, einkennum frá mjúkvefjum o.fl. ESSKA gefur m.a. út tímaritið KSSTA (Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy) og stendur fyrir fjölmörgum námskeiðum. Stærsti viðburðurinn er ESSKA ráðstefnan sem haldin er annað hvert ár. 15. ESSKA ráðstefnan var haldin í Genf 2.-5. maí 2012, með yfir 2000 þátttakendur frá 70 löndum. Af tæplega 1200 ágrípum sem send voru inn á ráðstefnuna voru 200 samþykkt sem erindi og 700 sem veggspjöld.

Rannsóknarverkefnið sem hlaut viðurkenningu var unnið sem BS verkefni við Námsbraut í sjúkraþjálfun og bar heitið „Specific training may influence knee frontal plane projection angles during dynamic tasks in female team-handball players“. Þeir sem stóðu að rannsókninni og gerð veggspjaldsins voru Haukur Már Sveinsson, Einar Óli Þorvarðarson, Sigurður Sölvi Svavarsson og Kristín Briem. Alls fór 10 manna hópur frá Íslandi á ráðstefnuna og kynnti þar rannsóknir sínar með fyrirlestrum og veggspjöldum. Þar voru tveir kennarar frá Námsbraut í sjúkraþjálfun (Kristín Briem og Árni Árnason), einn doktorsnemi (Micah Nicholls), einn sjúkraþjálfari sem

nýlega hafði lokið MS prófi (Baldur Rúnarsson), einn MS nemi (Haukur Már Sveinsson) og 5 sjúkraþjálfarar sem hafa lokið BS námi á síðustu árum (Inga Hrund Kjartansdóttir, Ásdís Árnadóttir og Sigríður Katrín Magnúsdóttir, Einar Óli Þorvarðarson og Sigurður Sölvi Svavarsson). Auk veggspjaldsins sem áður er nefnt flutti Kristín Briem erindi á ráðstefnunni: „Evidence based exercise therapy for patients with total knee arthroplasty“ og var með „workshop“ ásamt norskum sjúkraþjálfara „exercise therapy programme for patients with knee oa“. Íslenski hópurinn kynnti einnig fjögur önnur rannsóknarverkefni með veggspjöldum á ráðstefnunni: „The injury incidence in elite female soccer in Iceland“ Árnason Á., Magnússon T., Sveinsson T. „Lower limb muscle activity during high-heeled vs. low-heeled gait“ Kjartansdóttir I., Árnadóttir Á., Magnúsdóttir S., Briem K. „Comparing unstable shoes versus low dye taping and insoles as treatment for plantar fasciitis“ Rúnarsson B., Briem K., Magnússon R., Árnason Á. „A pilot study on the ability of an unloading brace to reduce the risk of ACL injury“ Nicholls M., Briem K. Ráðstefnan tókst í alla staði mjög vel og var íslenski hópurinn ánægður með þátttöku sína.

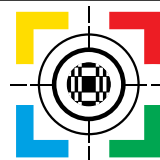
ÁRNI ÁRNASON, DÓSENT
NÁMSBRAUT Í SJÚKRAÞJÁLFUN



MÁTTUR ehf.
SJÚKRAPJÁLFUN

 **SJÚKRAPJÁLFUN**
REYKJAVÍKUR ehf.

KLÍNÍK
sjúkrapjálfun



LITRÓF-HAGPRENT

Vatnagördum 14 • 104 Reykjavík • Sími 563 6000



SJÚKRAPJÁLFUN
KÓPAVOGS EHF.

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



REYKJALUNDUR
endurhæfing



HjartaHeill

Öll þjóðin
-eitt hjarta

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

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



Suðurlandsbraut 34
108 Reykjavík

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

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

TÁP
SJÚKRAPJÁLFUN



HRAFNISTA

Reykjavík | Hafnarfjörður | Kópavogur

SJÚKRAPJÁLFUN GARÐABÆJAR
GARÐAFLÖT 16 - 18
210 GARÐABÆR

STJÁ SJÚKRAPJÁLFUN ehf.

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

AireX dýnurnar vinsælu
fást hjá okkur

AIREX®



Meðferðabekkir í miklu úrvali



 **MONARK**
SPORTS & MEDICAL

Höfum úrval af vörum fyrir
sjúkráðgjafara

ALTIS 

Hver eru þín markmið?

- ☑ Vera á meðal leiðandi aðila í rannsóknum, mælingum, forvörnum og/eða endurhæfingu?
- ☑ Flýta fyrir bata, auknum afköstum, árangri og/eða getu fólks til að takast betur á við verkefni þar sem kallað er á hreyfingu, úthald og virkni stoðkerfisins?
- ☑ Byggja mælingar á árangri eða þróun, niðurstöður, ráðleggingar og aðferðir þínar á hlutlægum mæliniðurstöðum sem jafnframt nýtast skjólstæðingum þínum til að hvílast og læra fljótar að gera tilteknar hreyfingar „rétt“?
- ☑ Hafa aðgang að námskeiðum og samfélagi aðila sem hafa þróað og eru enn að þróa nýjar og árangursríkari aðferðir við rannsóknir, þjálfun og endurhæfingu?



Kine ehf. hefur verið að þróa búnað á sviði hreyfigreiningar síðan 1997 og býður upp á viðurkenndar og vottaðar lausnir fyrir fagfólk á því sviði.

Margir aðilar á sviði hreyfigreiningar og endurhæfingar víða um heim (í yfir 20 löndum) hagnýta þær í sinni starfsemi.

Má þar nefna sjúkra- og endurhæfingarstofnanir, heilbrigðis- og íþróttatengdar deildir háskóla, rannsóknaraðila, íþróttafélög, sjúkraþjálfara og kírópraktora, svo eitthvað sé nefnt.

Meðal fjölda framsækinna innlendra aðila sem nýta lausnir Kine eru:

- Berglind Helgadóttir
- Bjarg, Akureyri
- Efling, Akureyri
- Grensásdeildin
- Harpa Helgadóttir
- Háskóli Íslands
- Háskólinn í Reykjavík
- Heilbrigðisstofnunin Sauðárkróki
- Kine Academy
- Landsspítalinn
- Reykjalundur
- Sjúkraþjálfun Garðabæjar
- Sjúkraþjálfun Kópavogs
- Sjúkraþjálfun Reykjavíkur
- Sjúkraþjálfun Selfoss

Hvar ætlar þú að vera?

