

Sjúkraþjálfarinn

1. tbl. 46. árgangur 2018



Fagmennska í fyrirrúmi !

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

Vogue
FYRIR HEIMILIÐ

Síðumúla 30
Sími: 533 3500
www.vogue.is

Félag
sjúkraþjálfara



Stjórn FS:

Unnur Pétursdóttir, formaður,
Gunnlaugur Már Briem, varaformaður,
Helga Ágústsdóttir,
G. Haukur Guðmundsson,
og Guðný Björg Björnsdóttir

Varamenn:

Margrét Sigurðardóttir,
Kristín Rós Óladóttir

Ritnefnd Sjúkraþjálfarans:

Anna Kristín Kristjánsdóttir,
Rebekka Sigrún Guðjónsdóttir,
Svandís Sigurðardóttir,
Hulda B. Hákonardóttir,
S. Hafðís Ólafsdóttir,
Ambjörg Guðmundsdóttir

Forsíðumynd:

Hjálmtyr Heiðdal

Auglýsingar:

Dagbjört Erna Sigmundsdóttir

Skrifstofa FS:

Borgartúni 6, 105 Reykjavík
Sími 595 5186

Umbrot og prentun:



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

ISSN 1670-2204

Ritnefndarspjall

Ágæti lesandi.

Fyrra tölublaði Sjúkraþjálfarans 2018 er að þessu sinni ritstýrt af stjórn FSSH (Félag sjúkraþjálfara um sálvefræna heilsu). Félagið, sem var stofnað 2011, er aðildarfélag innan alþjóðasamtaka sjúkraþjálfara um geð- og sálvefræna heilsu. Á þeirra vegum eru haldnar ráðstefnur annað hvert ár (ICPPMH= International Conference of Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health) sem stjórnarmeðlimir hér hafa sótt frá stofnun félagsins. Nú vill svo skemmtilega til að næsta ráðstefna, sem er sú sjöunda í röðinni, verður haldin í Reykjavík dagana 10.-12. apríl n.k. Vonandi er að sem flestir sjái sér fært að sækja hana.

Alþjóða heilbrigðismálastofnunin (WHO) hefur um hríð lagt áherslu á heildræna meðferðarnálgun þar sem fjöldi þeirra sem t.d. verða óvinnufærir vegna þunglyndis og/eda stoðkerfisvandamála eykst ár frá ári. Sjúkraþjálfarar eru í lykilstöðu í samvinnu við aðrar fag-stéttir þegar kemur að meðferð margþættra einkenna.

Efni blaðsins endurspeglar þessar áherslur. Þar má m.a. finna fróðlegt viðtal við norska sjúkraþjálfarann Liv Helvik Skjærven, en hún hefur um árabíl haft umsjón með og stýrt alþjóðlegu framhaldsnámi fyrir sjúkraþjálfara í BBAM við Háskólann í Bergen. Þar er sömuleiðis að finna grein Sigrúnar Völu þar sem hún fer yfir áhersluatriði í doktorsritgerð sinni um þráláta stoðkerfisverki. Enn fremur greinar sem fjalla um þverfagleg meðferðarúrræði með ýmsum hætti.

Ritnefnd vill þakka öllum greinahöfundum fyrir þeirra góða framlag og óskar lesendum góðrar lesningar.

MEÐ KVÆÐJU
RITNEFND

Efnisyfirlit

4 Formannspistill

6 Pistill fræðslunefndar

8 Þrálátir stoðkerfisverkir

12 Viðtal við Liv Helvik Skjærven

16 Gæfuspor. Þverfaglegt meðferðarúrræði

19 Ráðstefna Alþjóðasamtaka sjúkraþjálfara 2018

20 Geðheilsa í nýjum námskeiðum námsbrautar í sjúkraþjálfun

22 Hvernig farnast einstaklingum með CP í norðri?
Kynning á samnorrænu rannsóknarverkefni.

26 Af hverju þarf valdeflandi geðheilbrigðisþjónustu?

28 Áhrif hreyfingar á þunglyndi og kvíða

Dagur sjúkraþjálfunar 16. mars 2018

Hilton Reykjavík Nordica

Tími	A+B		
8:00 – 9:00	Morgunmatur og skráning / spjall og kynning á vörum		
9:00 – 9:15	Setning Dags sjúkraþjálfunar - Unnur Pétursdóttir		
9:15–10:00	Mark Comerford Movement Health and Movement Efficiency - Implications for Function, Pain and Recurrence		
10:00-10:30	Kaffihlé / spjall og kynning á vörum		
10:30-11:25	Hreyfing sem meðferðarform- örerindi Fyrirlesarar: Auður Ólafsdóttir, G. Haukur Guðmundsson, Harpa Helgadóttir, Sigurður Sölvi Svavarsson		
11:25- 11:50	Unnur Pétursdóttir - Framtíð sjúkraþjálfara		
12:00- 13:30	Tengslanet / Hádegismatur / kynning á vörum 		
12:10 - 12:40		Vinnuvernd Steinþóra Jónsdóttir	12:00 Þróun og framtíð Gagna Auður Ólafsdóttir
12:50 - 13:20		Svimi/ byltur Bergþóra Baldursdóttir	Sérfræðingar í sjúkraþjálfun Róbert Magnússon
	A	B	F og G
13:30-13:45	Haraldur B. Sigurðsson Hlutlægar mælingar sem gagnast við mat á hæfni til íþróttaiðkunar eftir slit á fremra krossbandi	Steinþóra Jónsdóttir Vinnutengd stoðkerfisvandamál, tækifæri og hlutverk sjúkraþjálfara	Ragnheiður H. Arnardóttir Forspárgildi fjögurra mismunandi áreynsluprófa fyrir 5-ára lifun sjúklinga með langvinna lungnateppu
13:50-14:05	Halldóra Eyjólfsdóttir Nemandi í klassískum söng með öndunarvandamál án sjúkdómsgreiningar. Tilfellingalýsing.	Ingibjörg Loftsdóttir Kynning á kerfi frá VIRK	Bergþóra Baldursdóttir Úlnliðsbrot og áhrif skynþjálfunar Slembuð samanburðarrannsókn
14:10-14.25	Kári Árnason Séræk styrktarþjálfun tónlistarfólks	<i>Óstaðfest</i>	Ólöf R. Ámundadóttir Hvernig hugsa sjúkraþjálfarar á meðan þeir taka ákvörðun um flókið klínískt verkefni?
14:30-15:00	Kaffi / Létt spjall og kynning á vörum / veggspjaldakynning		
15:00-15:15	<i>Óstaðfest</i>	Linda Bára Lýðsdóttir Sálfræðingur Kulnun í starfi	Guðný Jónsdóttir Kynning á samnorrænu rannsóknarverkefni, CP-North
15:20-15:35	Margrét Gunnarsdóttir Áfallamiðuð nálgun og sjúkraþjálfun	María Kristín Jónsdóttir Taugasálfræðingur Fyrirlestur um höfuðáverka (óstaðfestur titill)	Bríet Bragadóttir Hreyfing í jafningjahóp- Hópastarfi á Æfingastöðinni
15:45 – 18:00	Björn Bragi Arnarson Viðurkenningar – kokteill og létt tónlist Hvetjum félagsmenn til að staldra við í lok dags		

Framkvæmdanefnd áskilur sér rétt til breytinga á dagskrá.

Frá formanni Félags sjúkráðjálfa



UNNUR PÉTURSDÓTTIR
FORMAÐUR FS

Kæru félagsmenn

Ritnefnd ársins 2018 samanstendur af félagsmönnum sem tilheyra FSSH, Félagi sjúkráðjálfa um sálvefræna heilsu. Það þótti fara vel á því að óska eftir því að sá hópur tæki að sér blaðið í aðdraganda ráðstefnunnar sem haldin verður í apríl og Félag sjúkráðjálfa er gestgafi að.

Ráðstefnan ICPPMH 2018 er alþjóðleg ráðstefna undirfélags heimssambands sjúkráðjálfa (WCPT) sem kallast The International Organisation of Physical Therapy in Mental Health (IOPTMH). Þessi ráðstefna er haldin á tveggja ára fresti og að þessu sinni hér á Íslandi. Venjulega sækja hana um 200 manns, flestir frá Evrópu og Ástralíu, en hún nýtur vaxandi athygli kollega okkar vestan hafs.

Aðalfyrirlesarar verða þau Stephanie Saenger, iðjupjálfi frá Hollandi og Michel D. Landry, fv formaður kanadíska sjúkra-

þjálfarafélagsins og núverandi starfsmaður WHO. Hann hefur starfað mikið á hamfarasvæðum og hefur miklar skoðanir á því hvernig hlúa þarf að andlegri heilsu og aðstæðum fólks. Hann segir að sjúkráðjálfun sem aðeins beinist að líkamlegum þáttum dugi skammt í erfiðum aðstæðum fólks.

Sjúkráðjálfarinn, blaðið okkar, ber þannig keim af þeim áhersluatriðum sem eru þungamiðja ráðstefnunnar og er það vel. Andleg heilsa er afar stór áhrifabáttur í lífi skjólstaðinga okkar og hefur mikil áhrif á hvernig til tekst í meðferð og endurhæfingu. Því eru einkunnarorð ráðstefnunnar: "Mental health is all physio's business".

Ráðstefna af þessu tagi er hvalreki á fjörur okkar íslenskra sjúkráðjálfa og hvet ég alla sem vettlingi geta valdið að sækja hana.

Óskum sjúkráðjálfum velfarnaðar í starfi

Reykjavík

Gáski sjúkráðjálfun ehf, Bolholti 8 og Mjódd
MS setrið, Sléttuvegi 5
Sjúkráðjálfunarstöðin ehf, Þverholti 18
Sjúkráðjálfun Grafarvogs ehf, Spönginni 37

Akranes

Sjúkráðjálfun Georgs Janussonar, Kirkjubraut 28

Akureyri

Efling sjúkráðjálfun,
Hafnarstræti 97
Endurhæfingarstöðin,
Glerárgötu 20

Kópasker

Sjúkráðjálfun Kópaskers, Akurgerði 13

BÓKARKYNNING

Physiotherapy in Mental Health and Psychiatry.

A scientific and clinical based approach (2017)

Ritstjórar eru:

Prof.Dr Michel Probst ,PT, PhD frá Leuven Belgíu og
Prof. Liv Helvik Skjærven MSc , PT frá Bergen Noregi

Á bakhlið bókarinnar segir m.a:

Tilvalin bók fyrir nemendur og sjúkráðjálfa þar sem áhersla er á að kynna mismunandi viðhorf og kenningar um sjúkráðjálfun innan geðheilbrigðiskerfisins. Í bókinni er sagt frá matstækjum og klíniskri reynslu til að aðstoða sjúkráðjálfa við val á meðferðarformi fyrir sjúklinga bæði í einstaklings og hóþjálfun. Bókin skiptist í fimm kafla.

1. Introduction

Í þessum kafla fara ritstjórar yfir hvernig sjúkráðjálfun hefur þróast á þessu sviði. Fjallað er um tengsl IOPTMH (International Organization of Physical Therapy in Mental Health) við WCPT. Talað er um mikilvægi líkamlegrar þjálfunar til bættrar andlegrar heilsu.

2. Psychological models used in physiotherapy in mental health

Hér er fjallað um hvernig nálgun sjúkráðjálfa breytist frá bio-medical til biopsychosocial. Áhersla er á að reynsla og upplifun þess sem fær þjónustuna skiptir máli.

3. Methodologies within physiotherapy in mental health and psychiatry

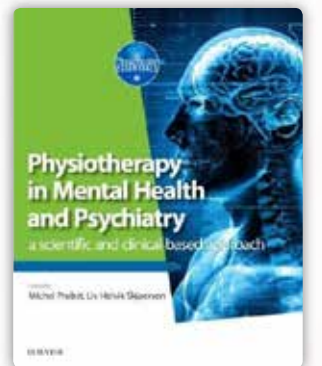
Í þessum kafla er m.a. sagt frá norsku Psykomotor Physiotherapy, Basic Body Awareness Therapy, og fleiri aðferðum svo sem notkun á bio feedback.

4. Observation and evaluation tools

Hér er sagt frá helstu mælitækjum sem stuðst er við svo sem BARS-MQE (Body Awareness Rating Scale-Movement Quality and Experience), Exercise and Eating Disorders Questionnaire, The Body Attitude Test og einnig er sagt frá ýmsum lífsgæðakvörðum.

5. Physiotherapy within mental health and psychiatry care. Specific interventions during live span: Children, Adolescents, Adults and Elderly

Í lokakaflanum er sagt frá helstu rannsóknum á mismunandi aldurshópum. Það kemur í ljós að upplýsingar eru af skornum skammti og lítið um rannsóknir.



Pistill frá fræðslunefnd FS

– mars 2018

Hlutverk fræðslunefndar Félags sjúkráðjálfa er að stuðla að símenntun og fræðslustarfi sjúkráðjálfa með fjölbreyttum og áhugaverðum námskeiðum, námsstefnum og fræðslufundum. Fræðslunefndin leitast við að svara væntingum félagsmanna og fylgja stefnum og straumum samfélagsins á hverjum tíma. Árið 2017 var mjög viðburðaríkt hjá fræðslunefndinni en haldin voru níu námskeið í Reykjavík og gengu þau öll mjög vel. Aðsóknin á námskeiðin var framar öllum vonum og fullt var á sex þeirra. Haldin voru tvö framhaldsnámskeið við góðan orðstír en það var ekki full skráning á þau. Vegna mikillar aðsóknar á námskeið vinnur fræðslunefnd hördum höndum við að fjölga námskeiðum og auka fjölbreytni. Fræðslunefnd stóð einnig fyrir fimm fræðslu-fyrirlestrum og hefur aðsókn á þá einnig verið með ágætum. Nokkrir af þessum fyrirlestrum hafa verið sendir út í streymi og hefur það reynst vel og eykur það þjónustu við félagsmenn utan höfuðborgarsvæðisins.

Það er marga áhugavert á vegum nefndarinnar á næstu árum og hvetjum við ykkur til þess að fylgjast vel með á heimasíðu Félags sjúkráðjálfa. Hér að neðan má sjá þau námskeið sem eru væntanleg á vegum nefndarinnar:

Námskeið í sogæðanuddi og bjúgmeðferð.

Reykjavík, 1.-4. mars 2018

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

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

Skráning er hafin á námskeiðið.

Kinetic Control Level 1 Movement, Alignment & Co-ordination

Reykjavík, 17. - 18. mars 2018.

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

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

Mark Comerford verður aðalfyrirlesari á Degi sjúkráðjálfunar 2018.

Fullbókað er á námskeiðið.

Mulligan Lower Quarter

Reykjavík, 4. - 5. maí 2018.

Leiðbeinandi: **Johan Alvemalm (MT)**

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

Skráning hófst 25. janúar 2018.

Master Class: Cervicogenic Headache and Dizziness - Part II

Reykjavík 25. - 27. maí 2018.

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

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

Skráning er hafin á námskeiðið.

The Shoulder: Theory & Practice

Reykjavík, 24. - 25. ágúst 2018.

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

Dr. Jeremy Lewis kemur aftur með námskeiðið sem hann hélt hér á landi í mars 2016 og september 2017 en gríðarlegur áhugi var fyrir öðru námskeiði. Hann er margviðurkenndur fyrir störf sín og hefur ferðast víða um heim með námskeið sín um greiningu og meðhöndlun á axlarvandamálum. Hann hefur m.a. þróað ákveðið skoðunarkerfi til að meta og meðhöndla axlarvandamál sem hlotið hefur lof víða. Dr. Jeremy Lewis hefur margra ára reynslu af rannsóknarvinnu og skrifum og er m.a. einn af höfundum nýjustu útgáfu bókarinnar Grieve's Modern Musculoskeletal Physiotherapy (4th ed).

Skráning hefst 1. mars 2018.

TOP 20 DN - Dry Needling Course

Reykjavík 14. - 15. september 2018.

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

Christine Stebler Fischer kemur aftur með þetta tveggja daga námskeið sem var síðast haldið haustið 2016 við góðan orðstír. Á þessu tveggja daga námskeiði verður farið yfir grunninn í nálastungum (dry needling), kvikupunkta (trigger points) og hvernig hægt sé að nota nálastungur sem meðferðarform.

Megin áhersla verður lögð á verklegar æfingar og læra þátt-takendur að nota nálastungur í 20 mismunandi vöðva. Þetta námskeið var haldið hér á landi árið 2012 við góðan orðstír.

Fullbókað er á námskeiðið en verið er að athuga hvort hægt sé að bæta við öðru námskeiði.

Cranium, Neck and Upper Thorax

Reykjavík 5. - 7. október 2018.

Leiðbeinandi: **Diane Lee**

Diane Lee er vel þekkt um heim allan fyrir hennar klínísku vinnu á einkennum frá hrygg og mjaðmagrind. Hún hefur haldið fjölmörg námskeið hér á landi og alltaf hefur verið mikil aðsókn. Nú kemur hún í annað sinn með námskeið um greiningu og meðhöndlun á vandamálum tengdu brjóstbaki, háls og höfði. Hægt er að nálgast ýmsan fróðleik og lýsingar á starfi hennar og námskeiðum á heimasíðunni <http://dianelee.ca/>

Skráning hefst 5. febrúar 2018.

Pelvic Health

Reykjavík, 9. - 10. nóvember 2018.

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

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

Skráning er ekki hafin.

Þetta er ekki tæmandi listi yfir það sem er á döfinni hjá fræðslunefndinni næsta árið. Við erum að skipuleggja örnámskeið um Gagna og hvernig hægt sé að nýta sér hann betur, bæði við skráningu og við rekstur. Við erum einnig alltaf að vinna í skipulagningu fræðslufyrirlestra og ef einhver hefur áhuga á að halda slíkan fyrirlestur þá má hinn sami endilega hafa samband við fræðslunefnd í gegnum netfangið fraedslunefndfs@gmail.com.

Viðræður eru hafnar við nokkra erlenda fyrirlesara um að halda námskeið hér á landi á næstu árum. **Susan Whitney** sem var aðalfyrirlesari á Degi sjúkráðjálfunar árið 2015 mun koma hingað aftur og að þessu sinni ætlar hún að halda námskeið um skoðun og meðferð einstaklinga sem glíma við afleiðingar höfuðhöggs. Stefnt að því að **James Moore** muni koma aftur með námskeiðið Sporting Hip & Groin vorið 2019. Einnig er stefnt að því að **Guy Zito** muni koma hingað aftur með námskeiðið The Temporomandibular Joint.

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

STJÁ SJÚKRÁÐJÁLFUN ehf.

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

SJÚKRÁÐJÁLFARINN



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

SJÚKRÁÐJÁLFUN GARÐABÆJAR

GARÐAFLÖT 16 - 18

210 GARÐABÆR

Sjúkráðjálfunin
SPORTHÚSINU



Þrálátir stoðkerfisverkir – áherslur doktorsritgerðar

Þrálátir stoðkerfisverkir eru víðtækt heilsufars-vandamál og lýðheilsuógn. Þekking á hugsan-legum orsökum, afleiðingum og áhrifum þrálátra verkja hefur stórauðist á undanfórnum árum. Meðferðarúrræði hafa þróast en vandamálið lifir. Hér á eftir er samantekt doktorsritgerðar: Þrálátir stoðkerfisverkir - algengi, áhrif og þverfræðileg úrræði á Íslandi [1]. Ritgerðin byggir á fjórum rannsóknum en tvær þeirra eru lýðgrundaðar rannsóknir sem lýsa algengi og áhrifum þrálátra verkja á Íslandi í desember 2007 [2,3]. Hinar tvær byggja á klínískum gögnum þverfræðilegra hópmeðferða við þrálátum verkjum. Gögnum var safnað á árunum 2001-2010 á Heilsustofnun NLFÍ í Hveragerði [4,5]. Í töflu 1 er yfirlit yfir aðferðir og helstu niðurstöður rannsókna.

Þrátt fyrir að rannsóknir sýni algengi þrálátra stoðkerfisverkja á bilinu 12 til 45% [6,7] benda flestar rannsóknir til að um 20 til 30% fullorðinna einstaklinga upplifi þráláta verki á hverjum tíma [6,8-10]. Rannsóknir hér á landi sýna svipaðar tölur [11,12] þar á meðal ein af rannsóknum sem doktorsritgerðin byggir á [2]. Enn fremur sýnir rannsókn okkar og fleiri að algengi eykst með hækkandi aldri [13,14], er hærri meðal kvenna [13,14], meðal fólks með lægra menntunarstig [9,14] og lægri tekjur [15]. Talið er að um helmingur einstaklinga sem verða fyrir hálshnykksáverka[16] og um fjórðungur þeirra sem fá bráða bakverki [17] þrói með sér þrálátt ástand. Við það geta verkir breyst og dreifst til annarra líkamshluta sem ekki höfðu orðið fyrir áverka, auk þess sem fólk lýsir ýmsum öðrum líkamlegum og sálrænum einkennum.

Rannsóknir síðustu ára sýna fram á breytingar í taugakerfi hjá einstaklingum sem þróa þrálátt ástand í kjölfar áverka eða áfalls [18] og lýsa sér meðal annars sem aukið verkjanæmi, mistúlkun á sársaukabodum [19] og truflun á jafnvægi sársaukahömlunar og örvunar í miðtaukakerfi [18,20]. Auk þess sýna fjölmargar rannsóknir tengsl milli þráláttra verkja og mistúlkunar á líkamsskynjun. Sem dæmi má nefna vandamál við að greina milli hægri og vinstri hliða líkamans, truflun á snertiskyni og rangtúlkun á hlutföllum líkamans [21-24]. Ljóst er að þessar breytingar í taugakerfi hafa bein áhrif á líkamlega líðan og getu einstaklinga til að sinna daglegu lífi. Hins vegar sýna fjölmargar rannsóknir að mögulegt er að hafa áhrif á upplifun einstaklinga af sársauka þar á meðal gegnum hugrænt atferli, tilfinningar, hvatningu og athygli [20,25]. Í ljósi flókinna taugalífeðlisfræðilegra breytinga og þátttöku framheila í upplifun sársauka hafa rannsakendur lagt til að ýmsir sál-félagslegir þættir hafi áhrif á þróun yfir í þrálátt ástand [26]. Þannig hafa þættir eins og líkömnun (e. somatization), ofnotkun heilbrigðisþjónustu og vannyting bjargráða verið skráðir sem stakir áhættuþættir fyrir þróun þráláttra verkja [27].

Rannsókn okkar [2] sýnir tengsl milli þráláttra verkja annars vegar og verri líkamlegrar heilsu og takmarkana við ýmsar



DR. SIGRÚN VALA BJÖRNSDÓTTIR
SJÚKRAPJÁLFARI, SÉRFRÆÐINGUR
Í STOÐKERFISSJÚKRAPJÁLFUN

daglegar athafnir hins vegar. Niðurstöður okkar sýna að fólk með þráláta verki samanborið við fólk án verkja, lýsir skertri hreyfigetu, minnkaðri orku og lýsir ýmsum líkamlegum einkennum sem áhrif hafa á daglegt líf. Aðrar rannsóknir hafa sýnt fram á minnkaða líkamlega virkni hjá ein-staklingum með þráláta verki og tengsl við fötlun [28]. Einn af þeim þáttum sem taldir eru hafa áhrif á minnkaða líkamlega virkni og getu til athafna er hræðsla við að líkamleg áreynsla geti valdið meiri skaða og aukið sársauka [28,29]. Sýnt hefur verið fram á að fólk bregðist mismunandi við áverkum þar sem sumir eru bjartsýnir og leita leiða til að lagast fljótt og vel á meðan aðrir fyllast svartsýni og hörmungarhyggju [30]. Rannsóknir sýna einmitt sterk tengsl milli fötlunar og hörmungarhyggju og hræðslu við hreyfingar [31].

Í flestum nýlegum klínískum leiðbeiningum fyrir meðhöndlun þráláttra stoðkerfiseinkenna er þess vegna áhersla lögð á fræðslu og hvatningu til líkamlegrar virkni og hreyfingar [32,33].

Rannsóknir sýna að fólk sem upplifir þráláta verki upplifi jafnframt ýmsa sálræna erfiðleika og í sumum tilfellum alvarleg einkenni. Niðurstöður rannsókna okkar [3] og annarra [26] sýna að fólk með þráláta verki lýsir verri andlegri heilsu en fólk án verkja. Í rannsókn okkar lýsir fólk með þráláta verki einnig lakari lífsgæðum, aukinni streitu, hugsanlegri depurð, kvíða, svefntruflunum og óhamingju samanborið við þá sem ekki upplifa þráláta verki. Kvíði og þunglyndi eða depurð eru vel þekktir fylgifyiskar og hafa þessi einkenni verið vel skráð í mörgum rannsóknum [26,34,35]. Einnig eru svefntruflanir þekkt vandamál [36] og aðrar rannsóknir sýna einnig fram á skert lífsgæði [37], minni lífsánægju [38] og almennt verri líðan [37], samanborið við fólk án verkja.

Vegna þess hve þrálát verkjavandamál geta verið flókin og haft líkamleg, sálræn og félagsleg áhrif á einstaklinginn, er ljóst að engin ein heilbrigðisstétt getur veitt víðeigandi þjónustu á fullnægjandi hátt. Þess vegna er í auknum mæli lögð áhersla á þverfræðilega líf- sál- félagslega nálgun og fjölmargar rannsóknir hafa sýnt fram á jákvæð áhrif af slíkri meðferð, þar á meðal rannsóknir okkar [4,5]. Í kerfisbundnum yfirlitum og klínískum leiðbeiningum er lagt til að þverfræðileg meðferðarúrræði samanstandi af vel skipulagðri og heildrænni meðferð sem taki mið af öllum þáttum líf- sál- félagslegrar nálgunar, auk þess að vera sjúklingamiðuð. Meðferðaraðilar með mismunandi bakgrunn þurfa að vera vel starfi sínu vaxnir og tilbúnir í þverfræðilegt samstarf. Helstu þættir meðferðarinnar ættu að vera; líkamleg endurhæfing með áherslu á virkni, þjálfun og sjúkrabjálfun, sálfræðileg hópmeðferð svo sem gjörhygli (e. mindfulness based therapies) eða hugræn atferlismeðferð, einnig slökun og lyfjameðferð eftir þörfum, einkum verkjalyf og þunglyndislyf [32,39].

	Tegund rannsóknar	Gagnaöflun	Úrtak	Samanburður	Útkomumælingar	Tölfræði	Helstu niðurstöður
<i>Björnsdóttir, 2012 (1)</i>	- Lýðgrunduð rannsókn - spurningalista-könnun	Des. 2007	- Lagskipt slembiúrtak - 9807 Íslendingar - 60,3% svörun	- Fólk með þráláta bakverki, hálsverki og/eða vefjagigt Fjöldi=1292 - Fólk án þessara einkenna Fjöldi=4464	SF-36 (daglegar athafnir) IPAQ (líkamleg virkni) Ýmsar spurningar	- Vigtað algengi - Logistísk aðhvarfsgreining með og án blöndunarþátta	- Algengi = 19,9% Kk 15,2%; kvk 24,7% ↑ með ↑ aldri ↑ með ↑ BMI ↑ með ↓ tekjum ↑ með ↓ menntun - Fólk með verki lýsir erfiðleikum með daglegar athafnir og almennt lélegri líkamlegri líðan
<i>Björnsdóttir, 2014 (2)</i>	- Lýðgrunduð rannsókn - spurningalista-könnun	Des. 2007	Lagskipt slembiúrtak - 9807 Íslendingar - 60,3% svörun	- Fólk með þráláta bakverki, hálsverki og/eða vefjagigt Fjöldi=1292 - Fólk án þessara einkenna Fjöldi=4464	SWEMWBS (lífsgæði) SWLS (lífsánægja) PSS (streita) WHO-5 (depurð) Svefn	- Logistísk aðhvarfsgreining með og án blöndunarþátta	- Fólk með verki lýsir meiri streitu, minni ánægju með lífið, meiri depurð og lakari svefni, lakari lífsgæðum og almennt lélegri andlegri líðan
<i>Björnsdóttir, 2016 (3)</i>	Áhorfs-hóprannsókn langsnið	2001-2009 Hefðbundin meðferð: 2001-2005 Að viðbætttri gjörhygli og taugafr.legri fræðslu 2006-2009 Biðlisti 2008	Konur sem tóku þátt í eða voru á biðlista eftir hópmeðferð vegna þráláttra verkja á Heilsustofnun NLFÍ	- Hefðbundin þverfræðileg meðferð Fjöldi=122 - Að viðbætttri gjörhygli og taugafr.legri fræðslu Fjöldi=90 Konur á biðlista Fjöldi=57	Sjónkvarði 0-10 Heilsutengd lífsgæði Mælt í byrjun og í lok dvalar hjá meðferðarhópum en með mánaðar millibili hjá biðlista	ANOVA Línuleg aðhvarfsgreining	Báðir hópar sýndu marktækar framfarir umfram biðlista með minni verkjum og bættum lífsgæðum. Svefn var marktækt betri hjá gjörhygli-taugafræðsluhóp og samanburður án biðlista sýndi meiri verkjaminnkun hjá hefðbundna hópnum
<i>Björnsdóttir, 2017 (4)</i>	Áhorfs-hóprannsókn langsnið	2001-2010 2001-2009 Hefðbundin meðferð: 2001-2005 Að viðbætttri gjörhygli og taugafr.legri fræðslu 2006-2009	Konur sem tóku þátt í hópmeðferð vegna þráláttra verkja á Heilsustofnun NLFÍ og svöruðu spurningalistum 6 mánuðum eftir meðferð	- Hefðbundin þverfræðileg meðferð Fjöldi=75 Svörun=61,5% - Aðviðbætttri gjörhygli og taugafr.legri fræðslu Fjöldi=56 Svörun=62,2%	Sjónkvarði 0-10 Heilsutengd lífsgæði Mælt í byrjun og í lok dvalar og 6 mánuðum eftir að dvöl lauk	ANOVA Línuleg aðhvarfsgreining	Árangur beggja hópa stóðst 7 mán eftir að meðferð hófst. Litill munur var á árangri milli hópanna tveggja

Tafla 1. Yfirlit yfir aðferðir og helstu niðurstöður þeirra fjögurra rannsókna sem doktorsritgerðin Þrálátir stoðkerfisverkir: Algengi, áhrif og þverfræðileg úrræði á Íslandi byggir á

Sjúkrabjálfun er yfirleitt hluti af þverfræðilegri meðferð við þrálátum verkjum. Vinsælar aðferðir sem sjúkrabjálfarar nota eru sumar byggðar á sterkum vísindalegum grunni en aðrar ekki. Til dæmis eru miðlungs til sterkar sannanir fyrir að hnykkingar og liðlosun séu jafnáhrifaríkar aðferðir og hreyfing með tilliti til verkjaminnkunar og minni fötlunar [40-42], að nálastungur geti haft jákvæð áhrif á sömu þætti [43] og að tog hafi engin áhrif [44]. Líkamspjálfun og almenn virkni eru mikilvægir þættir í þverfræðilegri meðferð og þessum þáttum er yfirleitt stýrt af sjúkrabjálfurum og/eða íþróttafræðingum. Það leikur enginn vafi á jákvæðum áhrifum líkamspjálfunar á fólk með þráláta verki [45-47], að mestu óháð tegund þjálfunar. Rannsóknir sýna að regluleg hreyfing geti valdið breytingum í miðtaugakerfinu sem leiði til minni verkja til lengri tíma lítið [48] og hafi fyrirbyggjandi áhrif [49]. Í dag beinast rannsóknir að magni þjálfunar og hversu lítið er nóg til að hafa áhrif, „að byrja smátt og klífa rólega“ á þó vel við [45,46]. Í ljósi þessa er ekki að undra að í klínískum

leiðbeiningum sé lögð áhersla á að sjúkrabjálfun innihaldi ráðgjöf um líkamlega virkni og einstaklingsmiðaða líkamspjálfun [33,39]. Hugsanlega má skýra skort á sönnunum fyrir virkni ýmissa aðferða í sjúkrabjálfun með skorti á góðum rannsóknum og þess vegna eru þær aðferðir ekki taldar upp í klínískum leiðbeiningum. Þær aðferðir sem þó komast á blað eru aðferðir sem beinast að stoðkerfinu og hreyfistjórn. Hins vegar er spennandi að fylgjast með nýjum aðferðum í sjúkrabjálfun sem eru meira í takt við nýja þekkingu í verkjafræðum og beinast því að taugakerfinu og tilraunum til að hafa áhrif á heilann. Sem dæmi má nefna aðferðir sem eiga að beinast beint að endurskipulagningu í heilaberki þar sem markvisst er unnið með að virkja hreyfibarkarsvæði heilans án þess að vekja upp sársaukaviðbrögð [50]. Annað dæmi er aðferð sem miðar að taugafræðilegri sjúklingafræðslu, hugrænt miðaðri endurþjálfun stoðkerfis og að lokum hugrænt miðaðri þjálfun í athöfnum daglegs lífs [51]. Enn fremur er verið að þróa aðferðir til að flokka einstaklinga eftir því í hve mikilli eða lítilli

hættu þeir eru á að þróa þrálátt ástand. Með því er áhersla lögð á að réttum sjúklingum sé veitt rétt meðferð á réttum tímapunkti [52].

Þær sálrænu aðferðir sem mest eru notaðar í verkjaendurhæfingu í dag eru hugræn atferlismeðferð, gjörhygli og sálfræði ráðgjöf. Rannsakendur hafa ekki getað mælt með einni aðferð umfram aðra vegna skorts á hágæða rannsóknum [53]. Hins vegar hefur verið sýnt fram á jákvæð áhrif þessara aðferða í fjölmörgum rannsóknum [54] og eru því ráðlagðar í klínískum leiðbeiningum. Með þessum aðferðum er reynt að hafa áhrif á svæði í framheilaberki til að hafa áhrif á hegðun, hugsun og tilfinningar í tengslum við verkjaupplifun og sálræna fylgifíska þráláttra verkja [55].

Í ljósi nýrrar þekkingar í verkjafræðum hefur sjúklingafræðsla þróast á undanförmum árum frá hefðbundinni bakskólafræðslu yfir í taugalífedlisfræðilega fræðslu. Í slíkri fræðslu er áhersla lögð á að fræða fólk um taugalífedlisfræði verkja og hvernig fólk getur sjálft haft áhrif á verkjaupplifun og dregið úr hörmungarhyggju og hræðslu við hreyfingar. Með rannsóknum hefur verið sýnt fram á jákvæð áhrif fræðslunnar á líkamlega, sálræna og félagslega virkni einstaklinga með þráláta verki [56].

Hér á landi eru fá þverfræðileg meðferðarúrræði í boði fyrir fólk með þráláta verki. Þeir endurhæfingarstaðir sem veita slíka meðferð hafa langa biðlista og taka yfirleitt við fólki þegar í öfni er komið. Einn þessara staða er Heilsustofnun NLFÍ í Hveragerði, en þar voru fyrrgreindar rannsóknir framkvæmdar. Niðurstöður okkar sýndu að konur með þráláta verki bættu heilsutengd lífsgæði sín og magn verkja minnkaði eftir fjögurra vikna dvöl í verkjahóp samanborið við konur á biðlista. Einnig voru bornar saman tvær tegundir meðferða, annars vegar hefðbundin þverfræðileg verkjameðferð (2001-2005) og hins vegar svipuð meðferð að viðbættri gjörhygli og taugalífedlisfræðilegri sjúklingafræðslu (2006-2009). Konurnar sem tóku þátt í seinni meðferðinni bættu svefn sinn marktækt meira en hinar [4]. Árangur kvennanna stóðst sjö mánuðum eftir að dvöl hófst [5].

Það er mikilvægt að fólk með þráláta verki fái viðeigandi lausn á vandamálum sínum. Þegar um flókin og fjölbætt vandamál er að ræða er þverfræðileg nálgun nauðsynleg. Heilbrigðisstarfsfólk þarf að vinna saman á öllum stigum heilbrigðisþjónustunnar. Yfirleitt leitar fólk fyrst til heilsugæslunnar til að fá lausn sinna mála. Starfsfólk hennar þarf að gera sér grein fyrir mikilvægi þverfræðilegrar líf- sál- félagslegrar nálgunar. Til staðar þarf að vera þverfræðilegt teymi sem getur metið með einstaklingnum á faglegan hátt þörf hans fyrir meðferð og áherslur þeirrar meðferðar. Meðferðin getur vissulega byggst á aðkomu eins heilbrigðisstarfsmanns, innan eða utan heilsugæslunnar, eða fleiri aðila sem þá þurfa að samhæfa meðferðina og allir þurfa að leggja áherslu á gagnreynda nálgun.

Það er á ábyrgð yfirvalda að tryggja aðkomu viðeigandi heilbrigðisstétta á öllum stigum heilbrigðisþjónustunnar. Þannig er hægt að veita góða þjónustu og fyrirbyggja þrálátt ástand.

Heimildaskrá

- Björnsdóttir SV. Þrálátir stoðkerfisverkir - algengi, áhrif og þverfræðileg úrræði á Íslandi [Doktorsritgerð]. Reykjavík: University of Iceland; 2017. 1-145 p; Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.11815/316>
- Björnsdóttir S, Jónsson S, Valdimarsdóttir U. Functional limitations and physical symptoms of individuals with chronic pain. *Scand J Rheum* 2013;42:59-70.
- Björnsdóttir SV, Jónsson SH, Valdimarsdóttir U. Mental health indicators and quality of life among individuals with musculoskeletal chronic pain: A nationwide study in Iceland. *Scand J Rheum* 2014;43:419-23.
- Björnsdóttir SV, Arnljótsdóttir M, Tómasson G, Triebel J, Valdimarsdóttir UA. Health-related quality of life improvements among women with chronic pain: Comparison of two multidisciplinary interventions. *Disabil Rehabil* 2016;38:828-36.
- Björnsdóttir SV, Triebel J, Arnljótsdóttir M, Tómasson G, Valdimarsdóttir UA. Long-lasting improvements in health-related quality of life among women with chronic pain, following multidisciplinary rehabilitation. *Disabil Rehabil* 2017;1-9.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.
- Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: Prevalences, consequences and risk groups, the dmc(3)-study. *Pain* 2003;102:167-78.
- Sjogren P, Ekholm O, Peuckmann V, Gronbaek M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: An update. *Eur J Pain* 2009;13:287-92.
- Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain* 2001;89:127-34.
- Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The prevalence of chronic pain in united states adults: Results of an internet-based survey. *J Pain* 2010;11:1230-9.
- Birgisson H, Jónsson H, Geirsson AJ. The prevalence of fibromyalgia and chronic widespread musculoskeletal pain in Iceland. *Læknablaðið* 1998;84:636-42.
- Gunnarsdóttir S, Ward SE, Serlin RC. A population based study of the prevalence of pain in Iceland. *Scand J Pain* 2010;1:151-7.
- Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. *Pain* 2008;136:380-7.
- Jónsdóttir P, Aspelund T, Jónsdóttir H, Gunnarsdóttir S. The relationship between chronic pain pattern, interference with life and health-related quality of life in a nationwide community sample. *Pain Manag Nurs* 2014;15:641-51.
- Bingefors K, Isacson D. Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain—a gender perspective. *Eur J Pain* 2004;8:435-50.
- Carroll LJ, Holm LW, Hogg-Johnson S, Cote P, Cassidy JD, Haldeman S, Nordin M, Hurwitz EL, Carragee EJ, van der Velde G and others. Course and prognostic factors for neck pain in whiplash-associated disorders (wad): Results of the bone and joint decade 2000-2010 task force on neck pain and its associated disorders. *Spine* 2008;33:S83-S92.
- Grotle M, Brox JI, Veierod MB, Glomsrod B, Lonn JH, Vollestad N. Clinical course and prognostic factors in acute low back pain: Patients consulting primary care for the first time. *Spine* 2005;30:976-82.
- Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011;152:S2-S15.
- Koneti KK, Jones M. Management of acute pain. *Surgery (Oxford)* 2013;31:77-83.
- Zusman M. Forebrain-mediated sensitization of central pain pathways: 'Non-specific' pain and a new image for mt. *Man Ther* 2002;7:80-8.
- Bray H, Moseley GL. Disrupted working body schema of the trunk in people with back pain. *Br J Sports Med* 2011;45:168-73.
- Moseley GL. I can't find it! Distorted body image and tactile dysfunction in patients with chronic back pain. *Pain* 2008;140:239-43.
- Catley MJ, Tabor A, Wand BM, Moseley GL. Assessing tactile acuity in rheumatology and musculoskeletal medicine—how reliable are two-point discrimination tests at the neck, hand, back and foot? *Rheumatology (Oxford, England)* 2013;52:1454-61.
- Luomajoki H, Moseley GL. Tactile acuity and lumbopelvic motor control in patients with back pain and healthy controls. *Br J Sports Med* 2011;45:437-40.
- Meeus M, Nijs J. Central sensitization: A biopsychosocial explanation for chronic widespread pain in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Clin Rheumatol* 2007;26:465-73.
- Nicholl BI, Macfarlane GJ, Davies KA, Morriss R, Dickens C, McBeth J. Premorbid psychosocial factors are associated with poor health-related quality of life in subjects with new onset of chronic widespread pain - results from the epifund study. *Pain* 2009;141:119-26.
- Myrtveit SM, Carstensen T, Kasch H, Ornbol E, Frostholt L. Initial healthcare and coping preferences are associated with outcome 1 year after whiplash trauma: A multicentre 1-year follow-up study. *BMJ open* 2015;5:e007239.
- Friedrich M, Hahne J, Wepner F. A controlled examination of medical and psychosocial factors associated with low back pain in combination with widespread musculoskeletal pain. *Phys Ther* 2009;89:786-803.
- Nijs J, Van de Putte K, Louckx F, Truijen S, De Meirleir K. Exercise performance and chronic pain in chronic fatigue syndrome: The role of pain catastrophizing. *Pain Med* 2008;9:1164-72.
- Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain* 2000;85:317-32.

- Chou R, Shekelle P. Will this patient develop persistent disabling low back pain? *JAMA* 2010;303:1295-302.
- Pillastrini P, Gardenghi I, Bonetti F, Capra F, Guccione A, Mugnai R, Violante FS. An updated overview of clinical guidelines for chronic low back pain management in primary care. *Joint Bone Spine* 2012;79:176-85.
- Fitzcharles M-A, Ste-Marie PA, Goldenberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinière M, Ko G, Moulin D, Panopalis P, Proulx J and others. Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome. 2012; Available from: <http://rheum.ca/images/documents/2012CanadianFMGuidelines.pdf>.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Kovess V, Angermeyer MC, Levinson D, de Girolamo G, Nakane H, Mneimneh Z and others. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the world mental health surveys. *Pain* 2007;129:332-42.
- Tsang A, Von Korff M, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, Borges GLG, Bromet EJ, de Girolamo G, de Graaf R and others. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: Gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *J Pain* 2008;9:883-91.
- Van de Water ATM, Eadie J, Hurley DA. Investigation of sleep disturbance in chronic low back pain: An age- and gender-matched case-control study over a 7-night period. *Man Ther* 2011;16:550-6.
- Lin R-F, Chang J-J, Lu Y-M, Huang M-H, Lue Y-J. Correlations between quality of life and psychological factors in patients with chronic neck pain. *Kaohsiung J Med Sci* 2010;26:13-20.
- Boonstra AM, Reneman MF, Stewart RE, Post MW, Schiphorst Preuper HR. Life satisfaction in patients with chronic musculoskeletal pain and its predictors. *Qual Life Res* 2013;22:93-101.
- Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, Da Silva JAP, Danneskiold-Samsøe B, Dincer F, Henriksson C and others. Euler evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008;67:536-41.
- Hidalgo B, Detrembleur C, Hall T, Mahaudens P, Nielsens H. The efficacy of manual therapy and exercise for different stages of non-specific low back pain: An update of systematic reviews. *J Man Manip Ther* 2014;22:59-74.
- Merepeza A. Effects of spinal manipulation versus therapeutic exercise on adults with chronic low back pain: A literature review. *J Can Chiropr Assoc* 2014;58:456-66.
- Gross A, Langevin P, Burnie SJ, Bedard-Brochu MS, Empey B, Dugas E, Faber-Dobrescu M, Andres C, Graham N, Goldsmith CH and others. Manipulation and mobilisation for neck pain contrasted against an inactive control or another active treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;9:Cd004249.

- Hopton A, MacPherson H. Acupuncture for chronic pain: Is acupuncture more than an effective placebo? A systematic review of pooled data from meta-analyses. *Pain Pract* 2010;10:94-102.
- Wegner I, Widyahening IS, van Tulder MW, Blomberg SE, de Vet HC, Bronfort G, Bouter LM, van der Heijden GJ. Traction for low-back pain with or without sciatica. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;8:Cd003010.
- Hooten MW, Qu W, Townsend C, Judd JW. Effects of strength vs aerobic exercise on pain severity in adults with fibromyalgia: A randomized equivalence trial. *Pain* 2012;153:915-23.
- Valkeinen H, Alen M, Hakkinen A, Hannonen P, Kukkonen-Harjula K, Hakkinen K. Effects of concurrent strength and endurance training on physical fitness and symptoms in postmenopausal women with fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2008;89:1660-6.
- Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports* 2006;16 Suppl 1:3-63.
- Erickson KI, Voss MW, Prakash RS, Basak C, Szabo A, Chaddock L, Kim JS, Heo S, Alves H, White SM and others. Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2011;108:3017-22.
- Sluka KA, O'Donnell JM, Danielson J, Rasmussen LA. Regular physical activity prevents development of chronic pain and activation of central neurons. *J Appl Physiol* 2013;114:725-33.
- Moseley GL, Flor H. Targeting cortical representations in the treatment of chronic pain: A review. *Neurorehabil Neural Repair* 2012;26:646-52.
- Nijs J, Meus B, Roussel NA, Dolphens M, Van Oosterwijck J, Danneels L. A modern neuroscience approach to chronic spinal pain: Combining pain neuroscience education with cognition-targeted motor control training. *Phys Ther* 2014;94:730-8.
- Murphy SE, Blake C, Power CK, Fullen BM. Comparison of a stratified group intervention (start back) with usual group care in patients with low back pain: A non-randomised controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2015;41:645-52.
- Reese C, Mittag O. Psychological interventions in the rehabilitation of patients with chronic low back pain: Evidence and recommendations from systematic reviews and guidelines. *Int J Rehabil Res* 2013;36:6-12.
- Cash E, Salmon P, Weissbecker I, Rebholz WN, Bayley-Veloso R, Zimmaro LA, Floyd A, Dedert E, Septon SE. Mindfulness meditation alleviates fibromyalgia symptoms in women: Results of a randomized clinical trial. *Ann of Behav Med* 2015;49:319-30.
- Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol* 2014;69:153-66.
- Clarke CL, Ryan CG, Martin DJ. Pain neurophysiology education for the management of individuals with chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Man Ther* 2011;16:544-9.



HRAFNISTA
*Reykjavík | Hafnarfjörður
Kópavogur | Reykjanesbær | Garðabær*



Sjúkrabjálfun Styrkur
Höfðabakka 9
110 Reykjavík
Sími: 587 7750



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



Bookseat
- kemur í 6 litum
- verð 4990.-
- hentar fyrir bæði hart og mjúkt undirlag





VERSLUN
Síðumúla 6 | verslun.sibs.is

Viðtal við Liv Helvik Skjærven um alþjóðlegt framhaldsnám í sjúkrabjálfun



Liv Helvik Skjærven

Physical Therapy in Mental Health (IOPTMH)“ og varaformaður í alþjóðlegum samtökum kennara í BBAT (IATBBAT).

Stjórn Félags sjúkrabjálfa um sálvefræna heilsu (FSSH) tók þátt í námstefnu IOPTMH sem haldin var við Háskólann í Bergen dagana 26. og 27. október sl. Markmið námstefnunnar var: „...to review the state of the art of the international post-graduate study program of Basic Body Awareness Methodology and thus, the teaching of the principles in Basic Body Awareness Therapy“.

Námstefnuna sóttu 110 sjúkrabjálfarar frá um 20 löndum og fjórum heimsálfum. Parna voru klínískir sjúkrabjálfarar, kennarar og vísindafólk. Við náðum tali af Liv og lögðum fyrir hana spurningar um BBAM og BBAT.

Geturðu lýst „Basic Body Awareness Methodology“ náminu í stuttu máli?

BBAM er framhaldsnám í sjúkrabjálfun á meistarastigi sem veitir 60 ECT og diplómu í BBAT. Frá því á níunda áratugnum skipulagði Félag sjúkrabjálfa í Noregi kúrsa í BBAT í samstarfi við undirfélag sjúkrabjálfa um geðheilsu. Þetta nám varð eins konar framhald af faglegri þróun og fjölgun rannsókna, því þurfti að endurskipuleggja námsáætlanir og fá námið viðurkennt af opinberum aðilum. Árið 2003 varð BBAM svo alþjóðlegt framhaldsnám fyrir sjúkrabjálfa við Háskóla Vestur-Noregs í Bergen (HVL) að beiðni stjórnvalda. Í náminu er farið yfir kenningar, rannsóknaraðferðir og hvernig klínískri þekkingu er beitt, bæði í einstaklingsmiðaðri meðferð og hópmeðferð. Nemendurnir fá hæfnisþjálfun í BBAT, sjálfsþjálfun skv. aðferðinni, handleiðslu og margþætt klínísk verkefni. Samskiptaþjálfun við sjúklinga, samstarfsteymið, samfélagið og þátttaka í ráðstefnum um rannsóknir eru hluti námsins.

Liv er prófessor í sjúkrabjálfun, PT, MSc, sérfræðingur í „psýkomotorisk behandling“ og „Basic Body Awareness Therapy“ (BBAT), kennari í BBAT og námsbrautarstjóri í „Basic Body Awareness Methodology“ (BBAM) við iðjuþjálfu-, sjúkrabjálfa og geislafræðideild heilsu- og félagsvísindasviðs Háskóla Vestur-Noregs í Bergen (HVL), varaformaður í „The International Organization of

Útbreiðsla og áhrif

Um 150 sjúkrabjálfarar frá 20 löndum í fjórum heimsálfum hafa lokið þessu námi frá HVL. Af þeim eru 15 sjúkrabjálfarar frá Evrópu og Japan í kennaranámi í BBAM.

Kennaranemendurnir eiga kost á ERASMUS-styrkjum til að sækja námið í Belgíu, Finnlandi, Spáni og Svíþjóð til að kenna á mismunandi menningarsvæðum. IOPTMH hefur verið vettvangur fyrir kynningar á BBAM-verkefnum vegna náins samstarfs háskólans við alþjóðlegu samtökin, þess vegna hafa þau verið kynnt á BA-, MSc- og PhD-námsstigum. Þannig höfum við stuðlað að fagmennsku í þjálfun líkams- og hreyfivitundar innan sjúkrabjálfunar.

Hvaða þekking fæst með náminu í BBAM?

Kjarninn í BBAM náminu er greining á hreyfingum og færni manneskjunnar út frá margþættu sjónarhorni. Fengist er við hugtök, færni, klínísk markmið og rannsóknir sem nýtast við leiðsögn um líkams- og hreyfivitund og þjálfun hreyfigæða. Nálgunin og grundvöllur hennar hefur skotið rótum í menntun sjúkrabjálfa við að leiðbeina sjúklingum að efla líkams- og hreyfivitund, ná betri og heilbrigðari hreyfigæðum, færni, innsæi og aukinni getu í að ráða við aðstæður.

Í BBAM læra nemendur að nota viðurkenndan og áreiðanleika-prófaðan matsskala, Body Awareness Rating Scale (BARS) – Movement Quality and Experience (BARS-MQE) og að beita stöðluðum viðtölum sem jafnframt hafa meðferðargildi.

Hvað er BBAT – geturðu lýst því?

Eins og við vitum hefur sjúkrabjálfun fyrst og fremst beint athygli að hinum efniskennða líkama og líkamsstarfseminni. BBAT varð viðurkennd nálgun í sjúkrabjálfun í Noregi og Svíþjóð á níunda áratugnum. Í BBAT er lögð áhersla á hreyfivitund, athyglinni beint að persónunni og nálgunin er heilsu- og ferlimiðuð. Þar beittir sjúkrabjálfarinn öllu í senn: heimspeki, fræðikenningu og klínískri færni í hreyfingum manneskjunnar, bæði við kennslu og nám.

BBAT byggir á þeirri klínísku tilgátu að manneskjan glími við „þrenns konar tengslaleyfi“. Marga vantar að tengja líkama og innra líf og eru í litlum tengslum við umhverfi sitt og við annað fólk. Því eru markmið aðferðarinnar að hjálpa sjúklingum að tengjast sjálfum sér og öðrum, auka innsæi og læra hagstæðari mynstur við daglegar hreyfingar. BBAT er aðferð í hreyfivitund með það að markmiði að bæta hreyfivenjur og líkamsburð (ways of being) þar sem tími er gefinn í samtal (reflective talk) um upplifun og reynslu af því ferli.

BBAT-hreyfingarnar taka mið af aðstæðum og hreyfingum daglegs lífs og nálgunin miðar að því að virkja sjúklinginn í meðferðinni, í endurhæfingu, heilsuvernd og/eða heilsuátaki. Samhæfing hreyfinganna byggir á og er samtímis gerð fyrir daglegt líf, liggjandi, sitjandi, standandi, í samskiptum, á göngu, röddin er notuð og nudd (snerting). Hreyfingarnar eru einfaldar, litlar og mjúkar og lítill þörf er fyrir tæki við þjálfunina.

Samkvæmt kennslufræði aðferðarinnar fær nemandinn í BBAT sjálfur þjálfun í að skynja og skilja lærdómsferlið út frá mismunandi víddum, þáttum (elements) og viðmiðum. Þess vegna er sjálfsþjálfun lykilatriði í að læra að skilja margþætt atriði hreyfinga og nota BBAT við meðferð sjúklinga; það að vera sjálfur til staðar í æfingunni og verða meðvitaður um styrkleika hreyfinganna gefur sjúkrabjálfanum grunn og innsýn í meðferð annarra.

Á hvaða hugmyndum byggir BBAT?

Hugmyndafræði BBAM felur í sér að ýmis viðmið eru fléttuð saman í kennslu/námi til að bæta hreyfigæði. Samþætting líffæralegra, lífeðlisfræðilegra, sálfræðilegra, félagslegra, menningarlegra og tilvistalegra þátta er nýtt til að styrkja hreyfivitund og sjálfsmynd sjúklinga. Það að verða meðvitaður þýðir að tengja sig andlega við líkama sinn og hreyfingar, skynjun á sjálfum sér, ytra umhverfi og efla næmi sitt fyrir lífsreynslu. Lykilatriði við að bæta hreyfigæði er að samþætta jafnvægi, öndun og líkamsvitund og nota það við daglegar athafnir í átt að betri líðan og heilsu.

Í BBAT er unnið með gæði hreyfinga – hvað felur það í sér?

Hreyfigæði má skilgreina út frá upplifun, hreyfimyndstrum, hvernig hreyfingar eru útfærðar og reynslu af þeim í samspili við rými og tíma og hve mikilli orku er beitt við þær. Einnig er fyrirbærið hreyfigæði skilgreint í fjórum víddum og sú skilgreining

höfð sem grundvallarviðmið í meðferðinni og allar taldar jafnmikilvægar í meðferðarferlinu (sjá mynd). Grundvallaratriði varðandi það að bæta gæði hreyfinga, líðan og heilsu er að samþætta jafnvægi, öndun og núvitund. Í lærdómsferlinu er lögð áhersla á eftirfarandi atriði við hreyfingarnar: hreyfimyndstur, flæði, fjöðrun, hrynjandi, orku, athygli og ætlan/vilja (intention).

Þú talar um lærdómsferlið – hvað felst í því?

Hluti af meðferðarþáttum og markmiðum BBAT er það sem við köllum námsferli hreyfivitundar (The Movement Awareness Learning Cycle). Þekking á lærdómsferlinu hjálpar kennaranum og nemandanum að fylgja ákveðnum þrepum við mismunandi aðstæður. Þetta ferli er hringrás eða spírall í átt að aukinni hreyfivitund og felur í sér sjö þrep: Að tengjast sjálfum sér, rannsaka, upplifa, melta, finna tilgang, ráða við/hafa skilning á og meta reynslu. Markmið allra þrepanna er að byggja upp getuna til að takast á við lífsreynslu. Í þessu sambandi hafa rannsóknir sýnt fram á mikilvægi hreyfisamskipta sjúkrabjálfarans (the physiotherapists movement communication) í að miðla þekkingu til sjúklinga.

Hverjum nýtist BBAT?

Við höfum fundið fyrir vaxandi þörf fyrir meðferðarúrræði í sjúkrabjálfun til að mæta auknum fjölda fólks sem þjáist af langvarandi stoðkerfisvanda og andlegum heilsufarsvandamálum í fjölbreytilegu menningarsamfélagi (WHO 2015). BBAT hefur verið þróað meðal skandinavískra sjúkrabjálfa innan geðheilbrigðisþjónustunnar sem svar við þessum vanda seinustu 40 árin. Langvarandi einkenni frá stoðkerfi og vandamál tengd geðheilbrigði eru aðalorsakir skertrar starfsgetu. Sjúkrabjálfarar gegna lykilhlutverki í þeirri meðferð. Til að meðferð skili sem bestum árangri er því mikilvægt fyrir okkur að skilja hvernig lífsreynsla og sjúkdómar geta valdið tengslaleyfi einstaklinga við eigin líkama og sjálfsvitund, og hvernig það kemur fram í hreyfingum og virkni. Ég skal benda á nokkrar rannsóknir í BBAT um þetta en þið getið fundið heimildalista í birtum greinum.

Rannsóknir hafa t.d. sýnt að BBAT hefur góð áhrif á einstaklinga sem þjáist af kvíða, þunglyndi og áfallastreituröskun. Niðurstöður leiða í ljós að þátttakendur tengjast líkama sínum betur, þ.e. tengjast sjálfum sér, skynjun og tilfinningum og ná betri tengslum við annað fólk. Einkenni þunglyndis minnka vegna breyttrar hegðunar sem rekja má til meiri áhuga. Marktækum jákvæðum áhrifum meðferðar hefur verið lýst sem bættem tengslum einstaklingsins við sjálfan sig og aðra og aukinni getu til að mæta álagi í daglegu lífi.

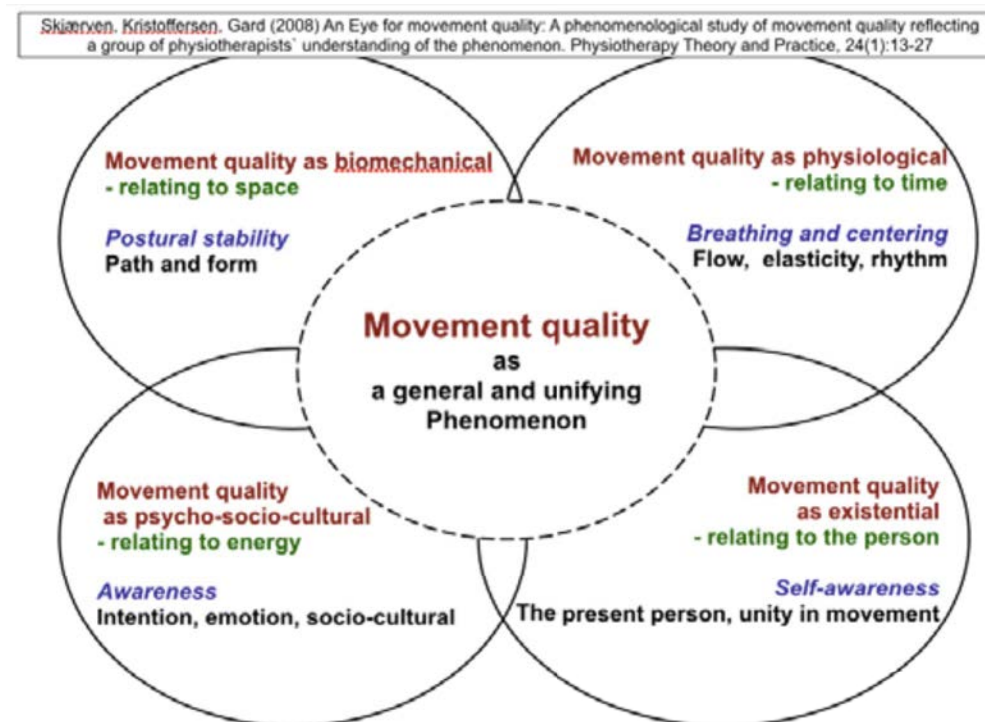


Figure 1. The Movement Quality Model (MQM): Movement quality as interacting processes

Rannsóknir hafa einnig sýnt að BBAT gagnast sjúklingum sem greindir eru með geðklofa. Helstu niðurstöður voru bætt hreyfigæði, jákvæðari afstaða til líkamans, minni kvíði, betri sjálfstjórn, meiri vellíðan, orka og áhugi. Auk þess eykur meðferðin úthald gagnvart álagi, getu til að takast á við kvíða og tilfinningu fyrir samhengi (coherence). Aukin líkamsvitund hvetur fólk til að hreyfa sig, eykur öryggi og eflir einbeitingu. Aðrar eigindlegar athuganir, styðja þessar niðurstöður.



Tengsl sjúklinga með átröskun við líkama sinn og líkamsímynd hafa mikið vægi. Gerð var rannsókn og borin var saman athugun sjúkraþjálfara á hreyfigæðum einstaklinga með átröskun við reynslu þeirra af BBAT sem aðalmeðferð. Niðurstöður benda til að þetta meðferðarúrræði sé gagnlegt og stuðli að raunhæfari líkamsímynd þessa hóps.



BBAT meðferðin hefur einnig verið fléttuð inn í sjúkraþjálfun fyrir konur með langvarandi verki frá mjaðmagrind og hefur verið rannsökuð sem liður í að efla áhugavöt.

Rannsóknir á sjúklingum greindum með vefjagigt benda til jákvæðrar reynslu af að samsama sig líkama sínum. Við að læra

nýja hreyfitækni jukust lífsgæði og gagnsemi meðferðar. Þegar einstaklingur tileinkaði sér nýjar hreyfingar lærði hann að slaka betur á og aðlagast bættu hreyfimyndum.

Í árs eftirfylgd sjúklinga með langvarandi verki sem höfðu meðal annars fengið BBAT meðferð kom í ljós að mat sjúkraþjálfara á hreyfigæðum reyndist gott matstæki fyrir líkamsvitund. Slíkt matstæki var mikilvægt til að fá heildarmynd af þörf sjúklings og grunnur að skilvirkri meðferð í endurhæfingu. Rannsókn á árangri hóptíma í hreyfimeðferð sem sjúkraþjálfarar í heilsugæslu veittu sjúklingum með langvinna verki benda til meiri hreyfigæða, minni verkja og að sjúklingarnir hafi fengið aukna trú á eigin getu.

Fjöldmörgum spurningum er ósvarað um áhrif BBAT, til að mynda um muninn á þjálfun í hreyfivitund og hefðbundinni líkamspjálfun. Samt sem áður reynist sjúklingum auðveldara að taka þátt í krefjandi þjálfun eftir að hafa lært að treysta líkamanum og upplifað meiri gæði í hreyfingum sínum.

Við val á meðferðarformi er skoðun, mat og klínísk rökhugsun lykilatriði fyrir sjúkraþjálfarann. Ég vil taka það skýrt fram að þörf er á stöðugri gagnrýni á þessu meðferðarformi, rannsóknum og klínískri samantekt. Rödd einstaklinga sem fá þjónustuna þarf að heyrast og álit samfélagsins alls.

Undanfarin 30 ár hefur kennarasamband BBAT (the International Association of Teachers in Basic Body Awareness Therapy) staðið fyrir þróun og rannsóknum á BBAT og sömuleiðis séð um endurmenntun sjúkraþjálfara.

Breytingar á BBAM náminu

Vegna skipulagsbreytinga hætti kennslan í BBAM við HVL í Bergen í nóvember 2017 en hefst á ný í janúar 2018 við Háskólann í Almería á Spáni og verður heilsársnám á alþjóðlegum grunni. Kennt verður á ensku eins og áður og á sama grunni og BBAM við HVL. Nemendur mæta í skólann þrisvar sinnum yfir árið, tvær vikur í febrúar, tvær vikur í júní og eina í desember. Milli þessara tímabila verða verkefni allt árið, nemendur verða í fjarnámi eins og áður, stunda klíníska vinnu, fá handleiðslu í sjálfsþjálfun, fræðast um kenningar, vinna verkefni, taka próf o.s.frv. BBAM verður á meistarastigi eins og áður og nemendur munu jafnframt geta útskrifast með klíníska færni og diplómu í BBAT.

Vöðva eða liðverkir?

Voltaren Gel er bæði verkjastillandi og bólgueyðandi



Voltaren Gel - njótum þess að hreyfa okkur

Voltaren 11,6 mg/g hlaup. Inniheldur dÍklófenaktíetýlámín. Staðbundnir bólgukvillar. **Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins.** Leitið til lækis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is.

Gæfuspor

Þverfaglegt meðferðarúrræði fyrir þolendur ofbeldis

Gæfusporin byrja á Akureyri

Sigrún Sigurðardóttir lektor við Háskólann á Akureyri og doktor í lýðheilsuvísindum þróaði og rannsakaði meðferðarúrræðið Gæfuspor. Rannsóknir hennar á áhrifum ofbeldis í æsku leiddu til þess að hún skoðaði meðferðarúrræði fyrir þennan hóp þar sem lögð er áhersla á að vinna með andlegan, líkamlegan og félagslegan vanda einstaklingsins. Henni tókst í upphafi að fjármagna verkefnið hjá VIRK starfsendurhæfingarsjóði sem tilraunaverkefni árið 2011¹ og hefur þetta meðferðarúrræði boðist þar einu sinni á ári síðan. Sigrún fékk marga fagmenn til liðs við sig strax í upphafi, m.a. Kristínu Rós Óladóttur sjúkraþjálfara og BBAT þjálfara. Um er að ræða 12 vikna gagnreynda meðferðarætlun/námskeið fyrir konur sem eru þolendur ofbeldis.

Gæfuspor til Reykjavíkur

Sigríður Hrönn Bjarnadóttir geðhjúkrunarfræðingur MS og deildarstjóri við Geðheilsustöð Breiðholts byggði síðar upp sams konar meðferðarúrræði í Reykjavík. Hún hefur meðal annars gert eigindlegar rannsóknir meðal kvenna sem hafa orðið fyrir áföllum af völdum ofbeldis og gert ítarlegar skýrslur um námskeiðin sem voru haldin á árunum 2013² og 2014³ og borið þau saman. Anna Kristín Kristjánsdóttir sjúkraþjálfari og BBAT þjálfari hefur verið í meðferðarteyminu frá upphafi. Gæfusporin hafa verið haldin árlega í Reykjavík frá árinu 2013 og eru þau fjármögnuð með ýmsum styrkjum sem Sigríði Hrönn hefur tekist að afla.

Þátttakendur

Markhópurinn á Akureyri var upphaflega konur sem höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi í æsku og voru skráðar í starfsendurhæfingu hjá Virk. Í Reykjavík hafa þátttakendur verið með greiningarnar þunglyndi, kvíði og/eda áfallastreituröskun. Allar hafa dottið út af atvinnumarkaði eða skóla og eru á örorku. Flestar stríða við stodkerfisvandamál og/eda meltingarfæravanda, skjaldkirtilsjúkdóm eða kvilla í móðurlífi. Margar hafa lítið sjálfstraust, brotna sjálfsmynd og eiga í tilfinningalegum vanda. Einhverjar hafa notað fíkniefni áður en þær hófu meðferð. Þar sem það er ekki geðgreiningarniðurstaða að vera þolandi ofbeldis kemur áfallið oft ekki í ljós nema þær séu spurðar um ofbeldissögu. Á námskeiðunum eru því konur sem hafa ekki fengið viðeigandi hjálp. Áður en valið er inn í hópana tekur Sigríður Hrönn tvö til þrjú viðtöl við hverja konu, kynnis fyrir henni dagskrána og leggur fyrir spurningalista um þunglyndi, kvíða, áfallastreituröskun og lífsgæði. Námskeiðið er mörgum erfitt og þarf því að meta hvort líklegt sé að þær geti stundað það og verið virkir þátttakendur.



ANNA KRISTÍN KRISTJÁNSDÓTTIR
SJÚKRAÞJÁLFARI

Spurningarlistarnir eru aftur lagðir fyrir konurnar í lok námskeiðsins.

Uppbygging námskeiðsins í Reykjavík

Rannsóknir hafa sýnt að einstaklingar sem hafa lent í áföllum þurfa á fræðslu að halda⁴. Á námskeiðunum er fyrst og fremst lögð áhersla á að fræða um afleiðingar áfalla, hinar ýmsu birtingarmyndir áfallastreituröskunar eins og skömm, sektarkennd, tengslaleyfi við tilfinningar sínar og líkama, erfiðleika við að setja öðrum mörk og vanrækslu á sjálfum sér. Fjallað er um tilfinningalæsi og tilfinningastjórnun, streitu, geðsjúkdóma, líkamleg einkenni, mikilvægi hvíldar og hreyfingar, svefn, mataræði og næringu.

Unnið er með þessa þætti í sálfræðihópi, einstaklingsviðtölum, líkamsvitundarþjálfun, jóga, leikfimi, einkaráðgjöf, valdeflingu, daglegri virkni og iðju. Sjálfsstyrking er mikilvægur hluti námskeiðsins og mikið fjallað um sjálfsmynd, sjálfstraust og líkamsvitund. Lögð er áhersla á mikilvægi þess að taka ábyrgð á líðan sinni, samskiptafærni, tímastjórnun og markmiðasetningu. Hluti af bataferlinu getur einnig verið að binda enda á óheilbrigð sambönd.

Einstaklingsviðtöl hjá sérfræðingi í áfallameðferð eru ekki á stundaskránni en konurnar fá viðtöl á stofu. Meistararannsókn Sigrúnar um heilsufarslegar afleiðingar ofbeldis hefur leitt í ljós að þolendur leita í óhefðbundna meðferð eins og nudd, svæðanudd, slökun og höfuðbeina og spjaldhryggjar meðferð. Því hefur verið boðið upp á slíkt sem val utan dagskrár auk dáleiðslu. Á Akureyri hefur fjölskyldumeðferð verið í boði allan námskeiðstímann en í Reykjavík býðst þátttakendum hún í lok námskeiðsins. Eftir námskeiðið tekur við árs eftirfylgni. Í hverjum hópi eru 8-10 konur á bilinu 30-60 ára. Flestar hafa náð að ljúka námskeiðunum og fá viðurkenningarskjal um þátttöku.

Líkamsvitundartímarnir s.kv. BBAT aðferðinni

Þessir tímar eru einu sinni í viku út námskeiðstímann 1,5 klst í senn. Þátttakendum er hjálpað til að verða sér meðvitaðri um upplifun sína og afstöðu til eigin líkama, liggjandi, sitjandi, standandi og við hreyfingar daglegs lífs, grunnhreyfingar og göngu. Unnið er með jafnvægi, stöðugleika og hreyfigæði í átt að betra flæði, samhæfingu og léttleika jafnframt því sem óæskileg vanamynstur líkamsstöðu og hreyfinga eru skoðuð. Skoðað er samspil hugsana, tilfinninga og hvernig innri líðan getur valdið sísþennu í vöðvum, verkjum og vanlíðan og öfugt. Einnig er unnið með rödd og gerðar samskiptaæfingar, m.a. kennt einfalt nudd á herðar utanyfir fötin þar sem jafnframt er unnið með

líkamsstöðu, líkamsbeitingu, að gefa og þiggja og setja mörk. Í æfingunum er athygli beint að tengslum við undirstöðuflöt og jafnvægislínu í samspili við öndun með áherslu á miðlægar hreyfingar. Í lok hvers tíma fá þátttakendur tækifæri til að ræða upplifun sína og reynslu af þessu ferli.

Frávik í líkamsstöðu og hreyfingum eru oft ómeðvitaður vani frá blautu barnsbeini. Dæmi um það getur verið öruggt barn, sem þróar með sér hefta öndun og sísþennu í vöðvum sem leiðir til fráviks í líkamsstöðu og minni hreyfigæða. Barnið getur sem fullorðinn einstaklingur átt erfitt með að breyta þessu nema með leiðsögn, því hún kann ekki að hvílast í sjálfri sér hvorki í slökun né við hreyfingar daglegs lífs.

Gerðar hafa verið margar rannsóknir á árangri BBAT aðferðarinnar. Í einni gagnreyndri rannsókn frá Háskólanum í Lundi í Svíþjóð voru bornir saman sambærilegir hópar fólks með kvíðaraskanir og þunglyndi sem fengu reglulegt eftirlit á göngudeild geðdeildar. Annar hópurinn fékk TAU (Treatment As Usual) og hinn BBAT til viðbótar við þá meðferð. BBAT hópurinn náði betri árangri en viðmiðunarhópur hvað varðar bættu líkamsvitund, jákvæðari afstöðu til eigin líkama og hreyfingar, meiri trú á eigin getu (self-efficacy), aukna getu til að takast á við álag (coping strategies) og svefn batnaði⁵.

BBAT tímarnir eru mörgum erfiðir, sérstaklega í byrjun, því flestar konurnar hafa verki og eiga erfitt með að einbeita sér. Margar hafa neikvæða afstöðu til líkamans, finna fyrir mikilli þreytu og orkuleysi eða finnst líkaminn ljótur, ógeðslegur og forðast snertingu. Nokkrar segjast hafa lært að útiloka verkina og efast um ágæti þess að beina athyglinni að líkamanum, því þá finna þær meira fyrir verkjunum. En í BBAT er hvort tveggja þjálfað, þ.e. hæfnin til að beina athygli að eigin líðan og þannig þjálfast sig í að þrúka og einnig hæfileikinn að geta beint athyglinni að því sem gefur og gleður, að getu sinni og markmiðum þrátt fyrir undirliggjandi vanlíðan, sem yfirleitt breytist til batnaðar í þessu ferli. Mestur árangur sést hjá þeim sem taka fullan þátt í öllu Gæfusporaverkefninu.

Árangur Gæfusporanna:

Árangur Gæfusporanna er rannsakaður með viðurkenndum kvörðum og hafa rannsóknarniðurstöður sýnt fram á góðan árangur varðandi bættu líðan m.a hvað varðar þunglyndi, kvíða og áfallastreituröskun⁶. Námskeiðin hafa hvatt til aukinnar virkni hvort sem það er að fara aftur út á atvinnumarkað eða í nám. Þær jákvæðu breytingar á sjálfsmynd, sjálfstrausti, líðan, lífsánægju og fleiri þáttum lífsins, sem þessi námskeið hafa skilað, er ekki hægt að meta til fjár segja þær Sigrún og Sigríður Hrönn. Þær segja jafnframt að árangurinn hafa farið fram úr björtustu vonum þeirra hvað varðar öll námskeiðin⁷.

Úr fyrsta hópnunum í Reykjavík fóru fimm af ný þátttakendum í vinnu og ein í nám. Margar höfðu verið óvirkar í allt að tuttugu ár. Frá Akureyri er dæmi um konu af fyrsta námskeiðinu sem lauk stúdentsprófi eftir að hafa verið óvinnufær í fimm ár. Hún hafði áður reynt að taka líf sitt vegna þunglyndis og henni fylgdi sú saga í upphafi námskeiðs að hún væri vonlaust tilfelli, búið að reyna allt. Hún komst síðar í fulla vinnu.

Tvær konur segja frá reynslu sinni af Gæfusporum:

Sísi:

Ég varð fyrir alvarlegum áföllum á unglingsárum. Á þessum tíma var ekki til áfallahjálp. Ég fékk slæma og langvarandi áfallastreituröskun, missti svefn í langan tíma, var rosalega kvíðin og haldin ötta við að deyja. Kvíðinn helltist yfir mig fyrirvaralaust á ólíklegustu stöðum. Ég hætti að þora út úr húsi og hef oft sagt að ég hafi búið í þríhyrningi. Ég fór með barnið mitt í leikskóla, fór í Bónus og aftur heim. Komst ekkert annað. Ég reyndi en fékk þá mjög oft kvíðaköst og gafst upp. Svo fór ég fyrir nokkrum árum á námskeið hjá Gæfusporum, var þá búin að reyna allt annað svo ég varð að halda í þá von að það hjálpaði mér. Mér leist strax vel á námskeiðið, sá að það voru miklir fagmenn á öllum sviðum sem komu að þessu. Og það gaf mér von um að ég fengi rétta hjálp.

En ég skildi alls ekki líkamsvitundina í byrjun, skildi t.d. ekki hvers vegna svona litlar hreyfingar gætu breytt einhverju, taldi mig þekkja líkama minn það vel, þetta gæti ekki gert mikið. Ég hef alltaf hreyft mig verið í dansi, sjúkraþjálfun og fleiru. En svo fór ég að skilja hvað þetta skiptir miklu máli. Sjúkraþjálfarinn kenndi mér að lifa í núinu, eitthvað sem ég hef alltaf átt erfitt með, hún kenndi mér að beita mér rétt, sem ég er enn að gera. Stundum er mér illt í bakinu þá fer ég að skoða hvað ég hef gert vitlaust, hvort ég hafi setið rétt eða hvað mögulega sé rangt í líkamsbeitingunni. Ég finn svörin alltaf með því að fara yfir það sem mér var kennt og laga stöðuna. Þessar æfingar ættu að mínu mati að vera kenndar víðar og mér finnst skrítið að þetta sé ekki partur af sjúkraþjálfun á fleiri stöðum. Gæfusporin breyttu öllu fyrir mig, ég losnaði við áfallastreituna og kvíðann sem hafði fylgt mér næstum alla tíð. Eftir að mér fór að líða betur fór ég eitt sinn í fermingarveislu en fannst í miðri veislunni ég hafa gleymt einhverju. Svo fáttaði ég að ég var ekki með kvíðann, hafði skilið hann eftir heima og ég skemmti mér mjög vel. Ég fór að sjá hjarta tíma framundan enda farin að þekkja sjálfa mig vel eftir alla þessa sjálfsvinnu. Besta sem maður getur gert er að vinna svona vel í sjálfum sér, það er hörku vinna en vel þess virði. Ég hafði ekki verið á vinnumarkaði í einhvern tíma vegna veikinda en þegar námskeiðinu lauk sótti ég um hjá Gæfusporunum, mig langaði að miðla minni reynslu áfram og fá að vera með í þessum góða hópi. Og í dag vinn ég með öllu þessu góða fólki sem er bara dásamlegt.

Þórdís:

Ég var beitt líkamlegu ofbeldi frá því ég man eftir og varð fyrir kynferðislegu áreiti um fimm ára aldur. Ég byrjaði á blæðingum átta ára gömul, hafði stór brjóst, hataði og skammaðist mín fyrir líkama minn og útlit, fannst ég vera öðruvísi en allir aðrir. Varð fyrir miklu einelti í skóla og seinna á vinnustað. Ég var lengi í ofbeldissambandi og varð ófrísk af fyrsta barni 16 ára. Eftir það byrjuðu verkir í mjöðmunum. Ég var full af vanlíðan og sífellt grátandi eftir heimkomu. Foreldrar mínir tóku barnið af mér og var það mér mjög erfitt. Ég fór í brjóstaminnkun 23 ára, var þá komin með króníska vöðvabólgu í öxlum og hálsi sem leiddu upp í höfuð. Ég þjádíst í mörg ár svo af verkjum að ég gat varla gengið. Þvældist um í heilbrigðiskerfinu en fékk

svo tilvísun á Reykjalund og var á biðlista í 2 ár. Mér var fyrst vísað á verkjasvið en ég kom svo illa út á þunglyndis og kvíða-prófunum sem lögð voru fyrir mig að ég var send yfir á geðsvið. Á Reykjalundi skildi ég loksins að ég var ekki aum-ingi heldur með sjúkdóm. Eftir það fór ég á mörg námskeið en alltaf með mikinn kvíða og vanlíðan. Hefði sennilega getað nýtt mér þau betur ef ég hefði verið búin að ljúka námskeiðinu hjá Gæfusporum. Þegar ég komst að þar fannst mér ég vera komin heim. Ég var komin í hóp kvenna sem allar hafa orðið fyrir áföllum, við skildum hverja aðra og ég náði að tengjast þeim svo vel að ég hlakkaði til að mæta. Þetta var ótrúlega magnað námskeið. Nú er ég meira vakandi fyrir viðbrögðum mínum og hvernig ég get tekið á þeim. Ég get afmarkað vanda-málið þannig að allur heimurinn hrynur ekki eins og áður þegar eitthvað hjátar á. Námskeiðið var mjög erfitt, bæði líkamlega og andlega, og þó ég væri búin á því í lok hverrar viku, þá fann ég fyrir meiri orku en áður.

Líkamsvitundin gerði mér ofsalega gott. Þar uppgötvaði ég að ég hafði líkama. Ég hafði lært mjög fljótt að hunds hann og útlitið, var alltaf ljótust af öllum og alveg ferlega gölluð á allan hátt. Ég horfði ekki á mig í spegli en eftir líkamsvitundina fór ég að taka sjálfa mig og útlit mitt í sátt. Fór að taka betur eftir hvernig ég tala við sjálfa mig og hvernig ég beiti mér. Ég skynja líkamann betur, er sáttari við mig sem líkamsveru og kynlífsveru. Áður var ég bara með haus sem dró líkamann á eftir sér. Þegar ég neyddist til að kaupa mér fót leitaði ég alltaf eftir stærstu númerunum. Það kom mér alltaf jafn mikið á óvart að þau voru alltof stór. Ennþá vel ég of stórt, bara ekki eins stórt og áður, geri mér þó fulla grein fyrir þessum vanda í dag og get hlegið og gert grín að þessu. En nú er ég með verkferi til að vinna úr tilfinningunni að ég sé ljótust af öllum og get rökrætt við sjálfa mig. Ég er einfaldlega búin að sætta mig við sjálfa mig og hætt að hata og skammast mín fyrir útlitið.

Líkamsverkir eru enn til staðar en ég er miklu betri í dag og geri mér betur grein fyrir því hvernig líkaminn virkar, hvar verkirnir eru og get betur hjálpað mér í gegnum þá. Eftir námskeiðið hætti ég að ofgera mér og finn jafnvægi í því sem ég er að gera, hvíli mig á milli verkefna og tek ekki of mikið að mér í einu. Í dag er ég farin að taka þátt í lífinu og hætt að loka mig af. Ég finn fyrir meiri frið og jafnvægi innra með mér. Ég bý á sveitabæ með kindum og nautgripum, hef mjög gaman af að sinna þeim og tek eins mikinn þátt í störfum og ég treysti mér til annars nýt ég þess bara að vera til. Ennþá er ég að berjast við mín veikindi en er mun betri á allan hátt og er lyfjalaus í dag. Ég þarf samt alltaf að vera á varðbergi, ég þoli mjög illa áreiti og stress og forðast þannig aðstæður eins og ég get, það gerir mig veika og ég hef slitit á tengslin við mína kvalara. Lífið er núna, ekki í gær.

Framtíðarsýn:

Sigrún og Sigríður Hrönn segjast helst vilja að þetta námskeið verði hluti af þjónustu heilsugæslunnar eða hluti af endur-hæfingarferli og þá tengt við úrræði eins og Virk. Spyrja þyrfti fólk, sem kemur oft til heimilislæknis með óljós vandamál, hvort það hefur orðið fyrir ofbeldi. Áhugavert þætti þeim að fá heilsu-hagfræðing til að reikna út hvað gæti áunnist með svona nám-

skeiðum með minni lyfjanotkun, fækkun innlagna á sjúkrahús, aukinni atvinnuþátttöku og færri einstaklingum á örorku.

Sigríður Hrönn og Sigrún hafa haft mikið samstarf um Gæfusporin og skrifað talsvert um þetta meðferðarúrræði. Þær eru einnig meðhöfundar að grein um afleiðingar ofbeldis. Vísbendingar eru almennt um tengsl milli langvarandi ofbeldis, líkamlegs og kynferðislegs og margháttaðra sálrænna og líkamlegra heilsufarsvandamála⁸.

ANNA KRISTÍN KRISTJÁNSDÓTTIR SJÚKRAPJÁLFARI MEÐ DIPLÓMU Í BBAT ÞJÁLFUN FRÁ INSTITUTET I BASAL KROPPSKÄNNEDOM, SVÍPJÖÐ 1996 OG DIPLÓMU Í BBAM FRÁ BERGEN UNIVERSITY COLLEGE 2005. KENNSLURÉTTINDI Í BBAT ÞJÁLFUN FRÁ INSTITUTET I BASAL KROPPSKÄNNEDOM 2006.

Heimildir:

1. Sigrún Sigurðardóttir. (2011). Þróun þverfaglegra meðferðarúrræða fyrir þolendur kynferðisofbeldis í æsku: uppbyggingar- og þróunarverkefni í starfsendurhæfingu. (Lokaskýrsla 30. desember). Akureyri: Starfsendurhæfing Norðurlands.
2. Sigríður Hrönn Bjarnadóttir (2014). Gæfusporin - Námskeið fyrir konur sem hafa orðið fyrir áföllum af völdum ofbeldis.
3. Sigríður Hrönn Bjarnadóttir (2014). Gæfusporin - Námskeið fyrir konur sem hafa orðið fyrir áföllum af völdum ofbeldis. Námskeið vor 2014 og samanturður tveggja Gæfusporanámskeiða.
4. Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Hrönn Bjarnadóttir. Gæfuspor fyrir þolendur ofbeldis. Viðtal í Tímariti hjúkrunarfræðinga (3. tbl. 19. árgangur 2014).
5. Gyllensten AL, Hansson L, Ekdahl C. Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A Randomized Controlled Study of Patients in Psychiatric Outpatient Care. Adv. Physiother. 2003;5:179–190. doi: 10.1080/14038109310012061. Published online: 11 Jul 2009.
6. Sama heimild og nr. 3
7. Sama heimild og nr. 4
8. Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., og Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. The Lancet, 371 (9619), 1165-1172. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60522-X.



ICPPMH Conference 2018

Reykjavik, Iceland, April 10-12, 2018

International Conference of Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health
https://icelandtravel.artegis.com/event/ICPPMH-Conference2018



„Geðheilsa kemur öllum sjúkrapjálfurum við”

er slagorð sjöundu ráðstefnu Alþjóðasamtaka sjúkrapjálfa um geðheilsu (International Organization of Physical Therapy in Mental Health – IOPTMH) sem verður haldin á Íslandi, nánar tiltekið á Hilton Reykjavik Nordica 10-12 apríl næstkomandi.

Sjúkrapjálfun í geðvernd er ekki ný af nálinni þó alþjóða-samtökin séu fremur ung. IOPTMH var tekið inn sem undirfélag Alþjóðasamtaka sjúkrapjálfa (World Confederation for Physical Therapy - WCPT) árið 2011 og hefur haft þá stöðu síðan. Íslenska undirfélagið, Félag sjúkrapjálfa um sálvefræna heilsu, (FSSH), var eitt af stofnfélögum IOPTMH en alls eru undirfélög frá eftirfarandi 20 löndum og 5 heimsálfum meðlimir í því: Ástralíu, Austurríki, Belgíu, Danmörku, Eistlandi, Finnlandi, Grikklandi, Japan, Lettlandi, Mexíkó, Hollandi, Noregi, Pólandi, Spáni, Suður Afríku, Svíþjóð, Sviss, Tyrklandi og Bretlandi.

Markmið IOPTMH – sem ná til menntunar, klínískrar vinnu og rannsókna:

1. Að stuðla að alþjóðlegri samvinnu milli sjúkrapjálfa sem starfa við sálvefræna sjúkrapjálfun.
2. Stuðla að samræmingu og bættum gæðum í störfum sjúkrapjálfa sem nota sálvefrænar aðferðir.
3. Stuðla að faglegri framþróun með því að skapa vettvang til að ræða saman og skiptast á upplýsingum.
4. Hvetja til þess að vísindarannsóknir séu gerðar innan fagsins og finna vettvang til að koma þeirri þekkingu á framfæri.
5. Stuðla að fjölgun IOPTMH undirfélaga.

IOPTMH hefur staðið fyrir alþjóðlegum ráðstefnum (International Conference of Physiotherapy in Psychiatry and Mental Health - ICPPMH) á tveggja ára fresti frá árinu 2006, sú fyrsta var haldin í Leuven í Belgíu. Árið 2008 var ráðstefnan haldin í Bergen, í Noregi, 2010 í Lundi, Svíþjóð, 2012 í Edinborg, UK, og 2014 í Utrecht, Hollandi. Síðast var þingað árið 2016 í Madrid á Spáni þar sem þátttakendur voru um 200 talsins og efnistök fjölbreytt. Ráðstefnan á Íslandi er því sú sjöunda í röðinni og stefnir í svipað stóran viðburð og á Spáni fyrir tveimur árum.

Nú fer að koma mynd á dagskrána en drög hennar spanna vítt svið og á erindi til flestra sjúkrapjálfa sem hafa áhuga á að stunda heildræn vinnubrögð.

Aðalfyrirlesarar eru þau dr. Mike Landry, sjúkrapjálfi sem er m.a. þekktur fyrir störf sín á hamfarasvæðum og Stephany Saenger, formaður Evrópusamtaka iðjuþjálfa.

Enn er opið fyrir skráningar á <https://icelandtravel.artegis.com/event/ICPPMH-Conference2018> og um að gera að taka þátt. Frekari upplýsingar um alþjóðasamtök sjúkrapjálfa í geðheilsu má finna á heimasíðu samtakanna: <http://www.icppmh.org/>

Geðheilsa í nýjum námskeiðum námsbrautar í sjúkrabjálfun

Í nýrri námsskrá í sjúkrabjálfun við Háskóla Íslands eru ýmsar nýjungar sem snúa að geðheilsu. Námskeiðið Heilsusálfræði og geðsjúkrabjálfun er á þriðja ári grunnnáms í sjúkrabjálfunarfræðum og er mitt á milli tveggja námskeiða sem einnig eru ný; Heilsuefning samfélags og Heilsuefning einstaklinga. Undirrituð var ráðin sem aðjúnkt við námsbrautina í sjúkrabjálfun til að þróa og fylgja námskeiðunum úr vör og mun hér stikla á stóru um efni námskeiðanna og áherslur þeirra á geðheilsu.

Ljóst er að geðheilsan er alltaf stór hluti af líðan einstaklings og leið hans til bata. Starf sjúkrabjálfa er fjölbreytt og getur átt sér stað á öllum þremur forvarnarstigum. Á fyrsta stigi forvarna er markmiðið að efla heilsu einstaklinga og virkja rétta heilsuhegðun, á öðru stigi er reynt að minnka áhrif, alvarleika eða lengd sjúkdóms og meiðsla og á þriðja stigi er markmiðið að viðhalda heilbrigði þeirra sem komnir eru með langvarandi sjúkdóm eða meiðslu. Með þessari forvarnarstig í huga voru námskeiðin þróuð.

Að efla og viðhalda góðri geðheilsu

Í námskeiðunum er farið yfir áhrifaþætti góðrar geðheilsu og farið í helstu atriði heilsusálfræðinnar. Vísindaleg þekking á því hvað hefur áhrif á heilsufar er mikil og heilsusálfræði er fag sem hefur þróast vegna mikilvægi þess að þekkingin skili sér til skjólstæðinga og samfélagsins. Sjúkrabjálfafræðingur spila stórt hlutverk í að hvetja til heilsuhegðunar og því er lögð áhersla á það í námskeiðunum að nemendur fái fræðslu um þætti sem geta hjálpað okkur sem fagaðilum að sinna því hlutverki. Nemendur fá kennslu, þjálfun og endurgjöf í áhugahvetjandi samtali, fræðast um jákvæða sálfræði og hvaða þættir hafi áhrif á heilsuhegðun. Þá er farið yfir skref hegðunarbreytingar samkvæmt þverkenningarlega hegðunarbreytingarlíkaninu (transtheoretical model of change). Auk þess fræðast þau um atferlishagfræði og áhrif á áhugahvöt, félagslega markaðssetningu, læra kynningartækni og skrifa fræðslupistla til áhættuhópa um heilsufarsmálefni að eigin vali.

Einkenni geðsjúkdóma, bjargráð og aðkoma sjúkrabjálfa

Kennt er um einkenni helstu geðsjúkdóma (lyndis og kvíðaraskana, átraskana, persónuleikaraskana, o.fl.), með áherslu á framgang sjúkdóms, bjargráð og aðkomu sjúkrabjálfa. Það hefur margsýnt sig hve mikil áhrif hreyfing getur haft á sálræna líðan. Fyrirkomulag hreyfiseðlanna er kennd og nemar fá þjálfun í að búa til hreyfi-áætlun með æskilegu magni og ákefð út frá viðkomandi sjúkdóm.

Farið er yfir einkenni djúps þunglyndis, viðbrögð við sjálfsvígshæðun og mikilvægi þess að biðja um aðstoð og vísa til annarra fagaðila þegar við á. Nemar kynna verkefni um hvaða



HILDUR GUÐNÝ ÁSGEIRSDÓTTIR,
SJÚKRABJÁLFAFRÆÐINGUR OG DOKTORSNEMI
Í LÝÐHEILSUVÍSINDUM

úræða sjúkrabjálfafræðingur geta vísað til varðandi sálfræðipjónustu eða geðendurhæfingu og fá að kynnast starfssemi sjúkrabjálfafræðinga í heimsókn á geðsvið Reykjalundar.

Áhrif áfalla og streitu á líkamlega líðan og stoðkerfisverki.

Farið er vel yfir einkenni og áhrif streitu, enda vitað að áhrif hennar á líkamlega heilsu og verki geti verið umfangsmikil. Rannsóknir hafa einnig sýnt að áföll á borð við makamissi og upplifun nátturuhamfara geti haft áhrif á þróun langvarandi verkja. Í námskeiðunum er farið vel yfir tengsl áfallastreituröskunar (PTSD) í kjölfar áfalla og verkja, algengi áfallastreituröskunar og hvaða einkennum er hægt að vera vakandi fyrir. Áhersla er lögð á samspil andlegrar og líkamlegrar líðanar,

þróun sálvefræna vandamála og meðferðir kynntar sem sjúkrabjálfafræðingur hafa nýtt sér, s.s. BBAT, slökun og líkamsvitundarþjálfun. Greinar um áhrif núvitundar eru kynntar og núvitundaræfingar framkvæmdar.

Sálræn líðan í kjölfar heilsuþrestra

Fjallað er um lífsgæðaskerðingu og sálfræðilegar hliðar á því að takast á við fötlun og veikindi s.s. krabbamein, langvarandi verki og afleiðingar slysa eða íþróttameiðsla. Íþróttasálfræðingur fræðir nema um hugarþjálfun, tilfinningaviðbrögð íþróttamanna við meiðslum, starf þeirra og samstarf við sjúkrabjálfafræðing. Nemar fá einnig kennslu og vinna verkefni í hugrænni atferlismeðferð (HAM).

Við sjálf – meðvirku heilbrigðisstarfsmennirnir

Verðandi sjúkrabjálfafræðingur sem sitja námskeiðin eru hvattir til að hafa ofangreind verkfæri í huga, hvort tveggja í samskiptum við skjólstæðinga og fyrir okkur sjálf sem fagaðila. Fjallað er um muninn á samúð og samhygd ásamt því að starfsþreyta meðal heilbrigðisstarfsmanna er rædd og mikilvægi þess að vera vakandi fyrir eigin líðan. Kannski skiptir mestu máli að við hugsum fyrst og fremst um okkar eigin geðheilsu – án hennar er erfitt að sinna heilsu annarra.

ALTIS

– aðeins topp vörur



Inspire M5 Multi Gym



SeersMedical meðferðarþekkur



Trissa Lojer



Monark RT2



h/p/cosmos Mercury

CP í norðri

Hvernig farnast einstaklingum með Cerebral Palsy á Norðurlöndunum?

Kynning á samnorrænu 4ra ára rannsóknarverkefni

Abstract á ensku

In CP-North a highly qualified team of researchers from the Nordic countries will address a number of societal challenges associated with living with, or being a parent of a child with CP in Norden by merging data from national registers with unique health data from quality registers. Cerebral palsy (CP) is rare, but still the most common musculoskeletal childhood disability. How persons with CP fare in life in terms of health, quality of life, education, employment, and income is virtually unknown. Also, very little is known about how parents of children with CP – both young and grown-up – fare, in terms of health, stress, employment, and income. Although the Nordic countries have strong welfare systems it is unknown to what extent the added burden related to disability are actually compensated for. With **CP-North**, the world's largest dataset of persons with CP, their parents, and controls from the general population will be created. The knowledge gain is expected to influence how the social support systems in the Nordic countries are constructed and how healthcare is organized for this population. Findings will also be of interest to the international community as the size, richness, and generalizability of the data set will allow investigation of questions that cannot be studied elsewhere. Comparison between the Nordic countries, with identification of successful and unsuccessful policies for the group, allows the countries to learn and benefit from each other.

Inngangur

Íslenskir fag- og fræðimenn taka þátt í umfangsmikilli samnorrænni rannsókn: **“CP-NORTH: Living Life with Cerebral Palsy in the Nordic Countries?”** á höfum einstaklinga með Cerebral Palsy (CP) og fjölskyldna þeirra. Svíþjóð, Noregur, Danmörk, Ísland, Skotland og Finnland eru aðilar að þessu verkefni og hefur rannsóknin hlotið styrk frá NordForsk. Íslenskir aðilar að rannsókninni eru Endurhæfing-þekkingarsetur, Æfingastöð SLF og Háskóli Íslands og er hún tengd eftirfylgni með einstaklingum með CP á Norðurlöndunum (CPEF).

Markmið rannsóknarinnar er að kanna hvernig líf með CP hefur áhrif á heilsu, lífsgæði, notkun heilbrigðisþjónustu, menntun, þátttöku á vinnumarkaði og efnahags- og félagslega stöðu yfir æviskeið. Ekki verður eingöngu horft til þessarra þátta fyrir einstaklinga með CP heldur einnig til foreldra barna og ungs fólks með CP og samanburður gerður innan landa og milli Norður-



GUÐNÝ JÓNSDÓTTIR,
SJÚKRAPJÁLFAFARI, MSc, PGCCa
ENDURHÆFING-ÞEKKINGARSETUR

landanna. Þá verða niðurstöður bornar saman við niðurstöður frá ófötluðum þátttakendum og sérstakir rýnihópar sem samanstanda af notendum og öðrum hagsmunaaðilum munu verða kallaðir til samstarfs.

CP er algengasta tegund hreyfihamlana meðal barna, en flestir einstaklingar með CP eru þó fullorðnir. CP er regnhlífarhugtak yfir skerðingu sem verður vegna skaða eða áfalls á stjórnstöðvar í heila á meðgöngu eða á fyrstu æviárum barns. Færiskerðing og fylgikvillar eru margbreytilegir. Sumir einstaklingar með CP hreyfa sig og þroskast næstum eðlilega meðan aðrir þurfa aðstoð við nánast allar athafnir daglegs lífs. Reikna má með að tíðni CP meðal íslenskra barna mælist um 2,1 tilfelli fyrir hver þúsund lifandi fædd börn, sem þýðir að á hverju ári fæðast um það bil 8-10 börn

með CP á Íslandi (Hollung, Vik, Wiik o.fl., 2017). Lífslíkur einstaklinga með fjölpættar skerðingar hafa aukist mjög og mikilvægt er að rannsóknun sé beint að þáttum sem hafa áhrif á framvindu heilsu, færni og lífsgæða.

CPEF (CP Eftirfylgni) er kerfisbundin skoðun og eftirfylgni með fólki með CP og er tilgangurinn að auka þekkingu á CP, bæta meðferð og aðra íhlutun og auka samvinnu fagstétta. CPEF hefur verið tekin upp sem gæðagagnagrunnur í Svíþjóð, Noregi, Danmörku, í nokkrum ríkjum Ástralíu og nú síðast í Skotlandi (www.cpup.se; Alriksson-Schmidt, Arner, Westbom, o.fl., 2017). Í dag bjóða tvær stofnanir, Æfingastöðin og Endurhæfing-þekkingarsetur þjónustunotendum sínum slíka þjónustu. CPEF er ekki skilgreind sem gæðagagnagrunnur á Íslandi, en vonir standa til að sú þekking sem muni skapast með rannsókninni verði til þess.

Heilsa og heilsutengd lífsgæði

Einstaklingar með CP glíma við spastisítet, minnkaðan vöðvastyrk og skerta hreyfistjórnun og því geta þróað afleiddar skerðingar eins og kreppur, mjaðmaliðhlaup og hryggsskekkja (Hägglund o. fl. 2005). Rannsóknir sýna að flókinn stoðkerfisvandi getur valdið margvíslegum heilsuvanda eins og alvarlegum verkjum, brota-hættu, lungnasýkingum, sárahættu og þvagfærasýkingum. Slíkt eykur þörf á flókinni heilbrigðisþjónustu, eykur þörf á persónulegri aðstoð og stuðningi í daglegu lífi og hefur áhrif á sjálfsmat einstaklingsins og andlega líðan (Alriksson-Schmidt og Hägglund, 2016; Novak, 2012; Jahnsen, Villien, Aamodt o.fl., 2004). Langvinnir verkir hrjá fólk með CP í allt að 82% tilfella og samhengi er milli umfangs verkja, alvarleika og forms skerðingar

Heilsudvöl í Hveragerði

Njóttu nálægðar við náttúruna í heilsusamlegu umhverfi



Fjölbreytt þjónusta í boði

- Baðhús og leirböð
- Sundlaugar og gufubað
- Nálastungur
- Sjúkranudd
- Parta- og heilnudd
- Náttúruupplifun
- Heilsufæði og ráðgjöf

Baðhús og sundlaugar opnar

16:00–20:30 virka daga

10:00–17:30 um helgar

Matsalur opinn alla daga frá

11:45–12:45 og 18:00–19:00

Allir velkomnir

Á Heilsustofnun býðst þér tækifæri til að bæta heilsu þína í rólegu umhverfi, í nálægð við náttúruna.

Við aðstoðum þig við að finna jafnvægi milli álags og hvíldar. Með einstaklingsmiðaðri endurhæfingu, faglegri þjónustu, hreyfingu við hæfi, reglulegu og hollu mataræði, góðum svefnvenjum og andlegu jafnvægi nærð þú árangri að bættri heilsu. **Kannaðu hvað við getum gert fyrir þig.**



Heilsustofnun
Náttúrulækningafélags Íslands

Nánari upplýsingar í síma 483 0300
eða á netfangið heilsa@heilsustofnun.is

og aldurs. Bent hefur verið á að verkir séu vanmetið vandamál og illa meðhöndlað hjá þessum hópi þrátt fyrir að þekkt sé að stoðkerfisvandi og verkir vaxi með aldri og hafi áhrif á líkamlega færni, heilsutengd lífsgæði, geðheilsu, almenna vellíðan og samfélagslega þátttöku (Novak, 2012; Ramstad o.fl., 2012; 2016).

Alþjóða heilbrigðisstofnunin hefur bent á að fullorðið fólk með fjölþættar skerðingar búi við verri heilsu og takmarkaðra aðgengi að heilbrigðisþjónustu, en aðrir og að lífsgæði og möguleikar til félagslegrar þátttöku séu einnig minni (World Health Organization, 2011). Þrátt fyrir þetta er athygli sjaldan beint að þessum einstaklingum og rödd þeirra heyrir sjaldan. Í rannsóknarferlinu verður skoðað hvernig þessu er háttað á Norðurlöndunum og hvort og þá hvernig mismunandi þjónusta innan og milli landa hefur áhrif á þróun heilsutengdra vandamála.

Áhrif umhverfispáttá

Því hefur verið haldið fram að það að lifa við fötlun þurfi ekki að vera neikvæð reynsla (Oliver, 1990). Engu að síður greinir slíkt líf á, í mörgum þáttum, frá lífi þess sem ekki er fatlaður. Einstaklingsbundnir þættir eins og kyn, aldur, áhugahvöt og inn-sýn skipta máli, en ekki síður aðstæður í nærumhverfi einstaklingsins. Má þar nefna samskipti og stuðning frá fjölskyldu, vinum og /eða aðstoðarfólki, aðgengi að heilbrigðisþjónustu og heilbrigðistækni, félagsleg viðhorf, lög og reglugerðir ásamt straumum og stefnum í þjóðfélaginu (World report on disability, 2011).

Fjölskyldur fatlaðra barna eru jafn misjafnar og þær eru margar en það að eignast og ala upp fatlað barn hefur víðtæk áhrif á líf foreldra og fjölskyldu og rannsóknir sýna að umönnunarhlutverki foreldra fatlaðra barna líkur aldrei. Ýmsar rannsóknir hafa sýnt að þessir foreldrar búi frekar við vanheilsu, svefnvandamál, eigi í neikvæðari samskiptum við maka sinn og telji andlega líðan sína ekki góða. Þeir séu líklegri til að eiga í fjárhagslegum erfiðleikum og glími frekar við streitu, kvíða og þunglyndi en foreldrar ófatlaðra barna (Gallagher og Hannigan, 2014; Basaran, Karadavut, Uneri o.fl., 2013; Majnemer, Shevell, Law o.fl., 2012). Bent hefur verið á að konur gegni lykilhlutverki í þjónustu við fatlað fólk, bæði börn og fullorðna og mæður fatlaðra barna minnka frekar við sig eða jafnvel hætta í námi eða vinnu til að tryggja heilsu og lífsgæði barna sinna. Þannig séu margar mæður árum saman utan vinnumarkaðar, fari á mis við tækifæri til atvinnu, launa og starfsframa og búi við skert lífeyris- og starfstengd réttindi. Mikilvægt er að skoða hvernig þessu er háttað á Íslandi og hvaða áhrif þetta hefur á líf og lífsgæði þessarra mæðra, á réttindi til bóta og á velferð og tekjumöguleika fjölskyldna.

Fatlað fólk er líklegra en ófatlað fólk til að búa við fátækt og fá síður atvinnu við hæfi. Íslenskar rannsóknir sem hafa fjallað um afkomu öryrkja og fatlaðs fólks, sýna að tekjur þessa hóps eru lágar og að margir eigi í vandræðum með að ná endum saman. Þannig hefur verið skrifað um líf við þröngan kost og erfiðleika við að uppfylla brýnustu þarfir. Slíkar aðstæður skapa álag, kvíða og streitu og hefur áhrif á sjálfskilning, lífsgæði og andlega heilsu fólks (James Rice og Rannveig Traustadóttir, 2011).

Norðurlöndin eru þekkt fyrir sterkt velferðarkerfi, en við vitum ekki hvernig og í hvaða mæli þau koma til móts við þá sem bera auknar byrðar vegna fötlunar. Eitt helsta viðfangsefni þessarar rannsóknar er þannig að fá innsýn inn í það hvernig mismunandi

heilbrigðisþjónusta, félagslegur og fjárhagslegur stuðningur, ásamt aðstæðum á vinnumarkaði, skilar sér í mismunandi aðstæðum og lífsgæðum einstaklinga með CP og fjölskyldna þeirra, innan landa og milli Norðurlandanna.

Rannsóknin verður mikilvægur liður í öflun þekkingar á þessu sviði og mun gera okkur kleift að meta núverandi velferðarkerfi og hvort þau eru að tryggja þá þjónustu og velferð sem þeim er ætlað.

Rannsóknarteymi CP North. Á myndinni má sjá íslensku þátttakendurna: Guðný Jónsdóttir sjúkrabjálfi frá Endurhæfinguþekkingarsetri, Guðbjörg Eggertsdóttir sjúkrabjálfi hjá ÆSLF og Þórhildur Ólafsdóttir PhD í heilsuhagfræði hjá HÍ. Vegna breytinga í starfi hjá Þórhildi er Próf. Tinna Laufey Ásgeirsdóttir nú komin í hópinn í hennar stað.



Heimildir:

- Alriksson-Schmidt, A., Hagglund, G. (2016). Pain in children and adolescents with cerebral palsy: a population-based registry study. *Acta Paediatrica*, 105: 665–70.
- Alriksson-Schmidt, A.I., Amer, M., Westbom, L., o.fl., (2017). A combined surveillance program and quality register improves management of childhood disability. *Disability and Rehabilitation*, 39:830–836.
- Basaran, A., Karadavut, K.I., Uneri, S.O., Balbaloglu, O., Atasoy, N.(2013). The effect of having a children with cerebral palsy on quality of life, burn-out, depression and anxiety scores: a comparative study. *European Journal of Physical Rehabilitation Medicine*, 49:815-22.
- CPUP: Uppfóljningsprogram för Cerebral Pares. Årsrapport 2017. <http://cpup.se/wp-content/uploads/2017/10/%C3%85rsrapport-CPUP-20171016.pdf>
- Gallagher, S., Hannigan, A. (2014). Depression and chronic health conditions in parents of children with and without developmental disabilities: the growing up in Ireland cohort study. *Research in Developmental Disabilities*, 35:448-54.
- Häggglund, G., Andersson, S., Duppe, H., Lauge-Pedersen, H., Nordmark, E., & Westbom, L.(2005). Prevention of dislocation of the hip in children with cerebral palsy. The first ten years of a population-based prevention programme. *The Journal of Bone and Joint Surgery. British volume*, 87(1), 95-101.
- Hollung SJ, Vik T, Wiik R, et al. Completeness and correctness of cerebral palsy diagnoses in two health registers: implications for estimating prevalence. *Dev Med Child Neurol*. 2017;59:402–406.
- Jahnsen R., Villien L., Aamodt G., Stanghelle J.K., Holm I. (2004). Musculoskeletal pain in adults with cerebral palsy compared with the general population. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 36, 78–84.
- James G. Rice og Rannveig Traustadóttir (2011). Fátækt, fötlun og velferð. *Stjórnsmál & Stjórnsýsla*, 2(7): 381-398.
- Majnemer, A., Shevell, M., Law, M., Poulin, C., Rosenbaum, P. (2012). Indicators of distress in families of children with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*; 34:1202-7. doi: 10.3109/09638288.2011.638035.
- Novak, I., Hines, M., Goldsmith, S., Barclay, R. (2012). Clinical prognostic messages from a systematic review on cerebral palsy. *Pediatrics*, 130(5), 1285-312
- Oliver M. (1990). *The Politics of Disablement*, London, Macmillan.
- Ramstad, K., Jahnsen, R., Diseth, T.H. (2016). Associations between recurrent musculoskeletal pain and visits to the family doctor (GP) and specialist multiprofessional team in 74 Norwegian youth with cerebral palsy. *Child: Care and Health Development*, 42(5), 735-41. doi: 10.1111/cch.12366.
- Ramstad, K., Jahnsen, R., Skjeldal, O.H., Diseth, T.H.(2012). Mental health, health related quality of life and recurrent musculoskeletal pain in children with cerebral palsy 8-18 years old. *Disability and Rehabilitation*; 34(19):1589-95.
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights. (2008). Fact sheet no. 31, the right to health. Geneva: United Nations Office.
- World Health Organization (2011). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization.

VERTU Í GÓÐU STANDI MEÐ FLEXOR

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

- ÖKKLAHLÍFAR
- KÁLFAHLÍFAR
- HNÉHLÍFAR
- HNÉSPELKUR
- HITA- OG STUÐNINGSHLÍFAR
- OLNBOGAHLÍFAR
- ÚLNLIÐSSPELKUR
- ÚLNLIÐSBÖND
- AXLAHLÍFAR
- NÁRABUXUR
- HITABELTI
- BAKBELTI
- KVÍDBELTI

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

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

Göngugreining Flexor getur skipt sköpum um líðan þína í framtíðinni.

Pantaðu tíma í síma
517 3900

KOMDU Í FLEXOR-KLÚBBINN!

AFSLÁTTARKLÚBBUR SEM FÆRIR ÞÉR GÓÐ KJÖR

Sem meðlimur í Flexor-klúbbnum færðu:

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

SKRÁÐU ÞIG Á WWW.FLEXOR.IS

FLEXOR
NÆSTA SKREF

OPÍÐ MÁN.–FÖS. FRÁ KL. 9.00–17.30.

Bíldshöfða 9 / 110 Reykjavík / S. 517 3900 / www.flexor.is

FLEXOR
KLÚBBURINN

f Fylgstu með okkur á Facebook!

Af hverju þarf valdeflandi geðheilbrigðisþjónustu?

Undirrituð hefur starfað innan geðsviðs síðan 1994. Ég hef verið forstöðukona geðteymis innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (Geðheilsa- eftirfylgd) undanfarin 15 ár ásamt því að vera einn stofnenda Hugarafis. Hugarafi var stofnað árið 2003 af fimm einstaklingum, einum fagmanni og fjórum einstaklingum sem þekktu geðraskanir á eigin skinni. Stofnhópur Hugarafis vildi breytingar í íslensku geðheilbrigðiskerfi og vildi nýta reynslu einstaklinga sem þekktu hvað virkaði í bata og hvað ekki. Hugmyndafræðin um valdeflingu var sterk í huga hópsins og kom ekki annað til greina en að nýta hana ásamt því að styðjast við 'PACE' batamódelið sem byggist á valdeflingu. Þessir tveir hópar, Hugarafi og Geðheilsa-eftirfylgd, hafa saman sinnt samfélagsgeðþjónustu fyrir einstaklinga og fjölskyldur síðastliðin 15 ár þar sem jafningjagrunnur og persónuleg nálgun hefur einkennt starfið.

Áhersla á valdeflingu í meðferð er að mínu mati grundvallaratriði og ein af forsendum þess að einstaklingur nái stjórn á lífi sínu. Valdefling fjallar um mannréttindi fyrst og fremst; það að vera á eigin forsendum sem einstaklingur, að hafa valmöguleika, ásamt því að geta staðið upp fyrir sjálfum sér sem manneskju. Þessi skýring tekur þó aðeins á fáum þáttum hugmyndafræðinnar sem liggur að baki valdeflingu en nær þó að varpa ljósi á að mikilvægast er að einstaklingurinn sjálfur hafi valdið og taki sjálfur ákvarðanir.

Valdefling og hugmyndafræðin þar að baki kemur frá baráttu-konunni og aðgerðarsinnanum Judi Chamberlin, höfundu bókarinnar *On our own*. Hún hafði barist lengi fyrir réttindum einstaklinga með geðraskanir í Bandaríkjunum og hún rannsakaði hvað þyrfti að vera til staðar til þess að þjónusta væri valdeflandi. Í starfi mínu hafa rannsóknir Judi Chamberlin og hennar skilgreining (e. Working Definition of Empowerment) verið ómetanlegt verkfæri og leiðandi þáttur í starfinu öllu. Árið 2005 kom Judi Chamberlin til Íslands í boði Hugarafis. Það er skemmst frá því að segja að 300 manns komu á Hótel Sögu til tveggja daga vinnu-smiðju með Judi. Um vinnu-smiðjuna léku ferskir vindar og þátttakendur virtust tilbúnir til að tileinka sér nýja nálgun.



Judi Chamberlin



Daniel B. Fisher

Í starfi mínu hef ég einnig stuðst við batamódel sem nefnt hefur verið 'PACE' en það byggir á valdeflingu (e. Personal Assistance in Community Existence).

AUDUR AXELSDÓTTIR
ÍÐJÚPJÁLFI

Í 'PACE' batamódelinu er rauði þráðurinn sú staðreynd að bati er mögulegur. Einnig að flestir einstaklingar sem ganga í gegnum alvarlegt tilfinningalegt rót geta náð tökum á lífi sínu á ný með rétttri nálgun og tækifærum til sjálfsefningar sem byggir á valdi viðkomandi og fjölbreyttum valmöguleikum. 'PACE' batamódelið á rætur sínar að rekja til geðlæknisins Daniel B. Fisher. Ég kynntist módeli Fisher árið 1998 og hefur það síðan verið leiðarljós í starfinu. Árið 2005 hitti ég Fisher í fyrsta skipti og síðan þá hefur hann komið oft til Íslands. Hann hefur góðfúslega lánað krafta sína til breytinga í okkar geðheilbrigðiskerfi. Hann hefur haldið fjölda fyrirlestra og námskeið ásamt því að miðla sögu sinni og reynslu til að styðja íslenskt samfélag til innleiðingar batastefnu.

Pegar einstaklingur gengur í gegnum bataferli sitt í valdeflandi umhverfi er markmiðið fyrst og fremst að einstaklingur nái valdi sínu á ný, hafi full mannréttindi, finni styrk sinn til að takast á við daglegt líf og geti í raun öðlast annað og betra líf þegar ferlinu lýkur. Það er mikilvægt að gera sér grein fyrir því að einstaklingur er ekki endalaust í bataferli, heldur tekur við hið „eðlilega líf“ sem felur í sér góða daga og slæma sem hefur ekkert með veikindi að gera, heldur er bara lífið sjálft með öllum sínum tilbrigðum. Í bataferlinu með valdeflingu að leiðarljósi fer fram gagnrýnin endurskoðun á öllu sem snertir persónuna og daglegt líf. Sjúkrasagan hefur mögulega tekið yfir og sjálf lífssagan gleymst. Þegar viðkomandi er farin/n að átta sig á að hægt er að endurheimta lífssöguna og á mikilvægi þess að skoða m.a. valdasambönd og drauma, þá er nokkuð öruggt að það verður vendipunktur í bataferlinu. Tilveran er ekki lengur miðuð að því að lifa með sjúkdóm heldur tekur lífið við með sínum áskorunum. Sjálfstraustið kemur aftur, eigin fordómar hverfa, sjálfsmyndin styrkist og persónulegir þættir sem voru kannski gleymdir tímabundið koma til baka. Það kemur þörf og löngun til að horfa inn í framtíðina, hagnýt plön eru gerð á tímabilum og fjölbreyttar leiðir opnast. Hugað er að samspili sálar og líkama og fundnar leiðir til eflingar heilbrigði almennt, s.s. með hreyfingu og hollu mataræði. Forsendan fyrir þessu ferli er sú að það sé ekki horft einhæft á bataferlið, að það sé ekki beðið eftir einni sannri töfralausn og að tilfinningalegur vandi sé ekki skilgreindur eingöngu sem sjúkdómur, sem hann í raun ekki er.

Í bataferli einstaklings gegnir fjölskyldan lykilhlutverki. Það eru oft aðstandendur sem „draga vagninn“ þegar vonleysið er algjört og halda í raun voninni gangandi. Í rannsóknum kemur fram að þegar fjölskyldan var til staðar, gafst ekki upp og sýndi stuðning, virðingu og kærleika var það lykilatriði og gerði það að verkum að viðkomandi gafst ekki upp heldur.

Þegar einstaklingur gengur í gegnum geðræna erfiðleika er stutt í tilfinningar eins og stjórnleysi, vanmátt og stundum vonleysi. Sú hugmyndafræði og það viðmót sem mætir einstaklingi sem leitar sér hjálpar í fyrstu skrefunum getur haft örlagarík áhrif á framhaldið. Er viðmótið í upphafi þannig að lögd sé áhersla á að bati sé mögulegur? Er upplýst um batafiskur og þá möguleika sem er að finna til úrbóta? Eða er viðmótið þannig að bati sé ekki mögulegur og að það sé í raun markmið að lifa með sjúkdómi en ekki bati sem stefnt er að? Koma nægilegar upplýsingar fram um öll meðferðarform, kosti þeirra og galla?

Fagfólk sem starfar heilshugar samkvæmt valdeflingu er tilbúið að sjá hvern og einn einstakling sem einstakan, mætir viðkomandi á jafningjagrunni og um samstarf er að ræða á milli tveggja einstaklinga. Þegar vel tekst til myndast traust og gagnkvæm virðing.

Bataferli á nánast alfarið að geta farið fram utan sjúkrahúsa en það krefst þess um leið að þjónusta sé fjölbreytt, aðgengileg og umfram allt valdeflandi. Það má því spyrja, er samfélagsleg geðþjónusta í íslensku geðheilbrigðiskerfi í dag nægilega öflug og er veitt nægu fjármagni í hana? Er geðþjónusta almennt opin og sniðin að forsendum þeirra sem leita hennar? Eru valmöguleikarnir nægir?

Eru kerfin okkar í dag í stakk búin til að vinna samkvæmt þeim hugtökum sem ég geri að umtalsefni hér? Þjónusta og viðhorf innan okkar geðheilbrigðiskerfis sveiflast reglulega og það gerist líka á löndum sem við berum okkur saman við. Sögulega má sjá reglulegar breytingar sem sýna togstreitu á milli mismunandi hugmyndafræði og auðvitað þeirra ýmsu afla sem ráða því hvernig haldið er á málum svo sem stefnumótun, fjármagni og völdum.

10 Atriði Valdeflingar

- > Persónuleg tengi
- > Eldmóður
- > Lífskoðun
- > Hagnýtar ástlanir
- > Tilgangur
- > Selgja
- > Jákvætt viðhorf
- > Nærvera
- > Að ræða málin opinberlega
- > Sannfæring

Audur Axelsdóttir
Íðjúpjálfi/forstöðumaður

Því miður virðumst við lifa á tímum þar sem kerfin okkar hallast aftur að ákveðinni lokun, líffræðileg nálgun verður á ný sterkari og þjónustan einhæfari. Í þannig andrúmslofti getur verið erfiðara fyrir notandann að leita sér aðstoðar á eigin forsendum og ferli þjónustunnar er gjarnan stýrt af öðrum aðila en notandanum sjálfum. Hér á ég ekki aðeins við sjúkrahúsþjónustu heldur einnig samfélagsgeðþjónustu og endurhæfingu. Ég hef töluverðar áhyggjur af því að við séum komin á þann stað að endurhæfing megi ekki taka tíma og alla vega ekki nema þann tíma sem kerfið ákveður, notandinn getur ekki ákveðið það. Þjónustan byggir mikið á sjúkdómsgreiningum í stað þess að byggja á frumkvæði notandans og fjölskyldunnar þannig að hægt sé að grípa inni þegar þess er þörf, hvorki fyrr né síðar.

GEÐHEILSUBRAUÐ

~ Auðvelt og gott ~

7 bollar spelt (eða venjulegt hveiti og heilhveiti til helminga)

1-2 tsk. salt

7-8 tsk. vínsteins lyftiduft

1 bolli hörfræ

1 bolli sesamfræ

1 bolli sólblómafræ

1 matsk. kúmen (má sleppa)

2-3 matsk. olía

4 bollar kalt vatn

Öllu blandað saman í skál og bakað í tveimur vel smurðum jólakökuformum í 1 klst. við 200°C

• Gott er að vefja röku viskustykki utan um formið og hvolfa á grind á meða brauðið kólnar.

• Tilvalið að geyma í frysti því brauðin geymast ekki lengi á borði.



Áhrif hreyfingar á þunglyndi og kvíða, samanburður við sálfræðimeðferð

Þunglyndi er helsta ástæða örorku á heimsvísu og kvíðaraskanir í sjötta sæti (World Health Organization, 2017). Á Íslandi er vandinn alvarlegur eins og annars staðar. Samkvæmt tölum frá árinu 2004 þjást um það bil 21,2% Íslendinga af geðröskun á hverju 12 mánaða tímabili og eru þunglyndi og kvíði þar algengust (Helgason, Tómasson, Sigfússon og Zoëga, 2004). Allt bendir til þess að geðheilsa ungmenna á Íslandi fari versnandi og er ungt fólk síður líklegt til að meta andlega heilsu sína góða núna en áður (Margrét Lilja Guðmundsdóttir o.fl., 2016), auk þess sem fleiri greina frá miklum einkennum kvíða og þunglyndis (Thorisdóttir o.fl. 2017).

Ljóst er að vandamálið er að aukast og mikilvægt er að finna úrræði fyrir þessa einstaklinga. Lyfja- og sálfræðimeðferðir eru algengustu meðferðir við geðsjúkdómum og eru báðar meðferðir viðurkenndar og áhrifaríkar (Nemeroff o.fl., 2003). Hreyfing hefur einnig jákvæð áhrif á þunglyndi og kvíða og samanburðarrannsóknir hafa sýnt fram á að við vægu til miðlungsalvarlegu þunglyndi sé hreyfing að minnsta kosti eins gott meðferðarúrræði og lyfjameðferðir (Blumenthal o.fl., 2007; Perraton o.fl., 2009).

Hér á eftir verður greint frá rannsókn sem var gerð sem hluti af meistaraverkefni við Háskólann í Reykjavík og hefur verið birt í Community Mental Health Journal (Ólafsdóttir, Kristjánsdóttir og Saavedra, 2017). Markmið rannsóknarinnar var að meta áhrif hreyfiinngrips á þunglyndi og kvíða og bera niðurstöðurnar saman við aðra rannsókn sem skoðaði áhrif ósérhæfðrar hugrænnar atferlismeðferðar (ÓHAM) á stóra hópa af einstaklingum með kvíða og/eda þunglyndi (Kristjansdottir o.fl., 2013).

Þátttakendur í rannsókninni þurftu að vera með þunglyndi og/eda kvíða að mati heimilislæknis til að fá að taka þátt í rannsókninni. Verkefnið var kynnt fyrir heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu og læknar þar beðnir um að bjóða skjól-stæðingum sem uppfylltu skilyrðin að taka þátt í rannsókninni. Þar að auki var verkefnið auglýst á samfélagsmiðlum en einstaklingar voru þá beðnir um að hafa fyrst samband við heimilislækni.



KRISTÍN BIRNA ÓLAFSDÓTTIR, MSc
ÍPRÓTTAVÍSINDI OG ÞJÁLFUN.
YFIRÞJÁLFARI FRJÁLSÍPRÓTTA-
DEILDAR ÍR, EINKAÞJÁLFARI HJÁ
WORLD CLASS OG STUNDAKENNARI
HJÁ HR OG KEILI.

Þátttakendur í rannsókninni voru 12 og æfðu þau öll saman í líkamsræktarsal þrisvar sinnum í viku í átta vikur undir leiðsögn þjálfara. Fyrri rannsóknir hafa greint frá því að úthaldsþjálfun í 60-80% af hámarkspúlþrisvar sinnum í viku er sú hreyfing sem vinnur hvað mest á þunglyndiseinkennum (Perraton o.fl., 2009). Því var ákveðið að úthaldsþjálfun í 60-80% af hámarkspúlþrisvar sinnum í viku. Þar að auki fór fram styrktarþjálfun með eigin líkamsþyngd og lausum lóðum tvisvar sinnum í viku. Þar lærðu þátttakendur eitthvað nýtt í hverri viku en rannsóknir hafa sýnt að með því að læra eitthvað nýtt er hægt að bæta trú á eigin getu (e. self efficacy) og þar með draga úr þunglyndi og kvíða (Bodin og Martinsen, 2004).

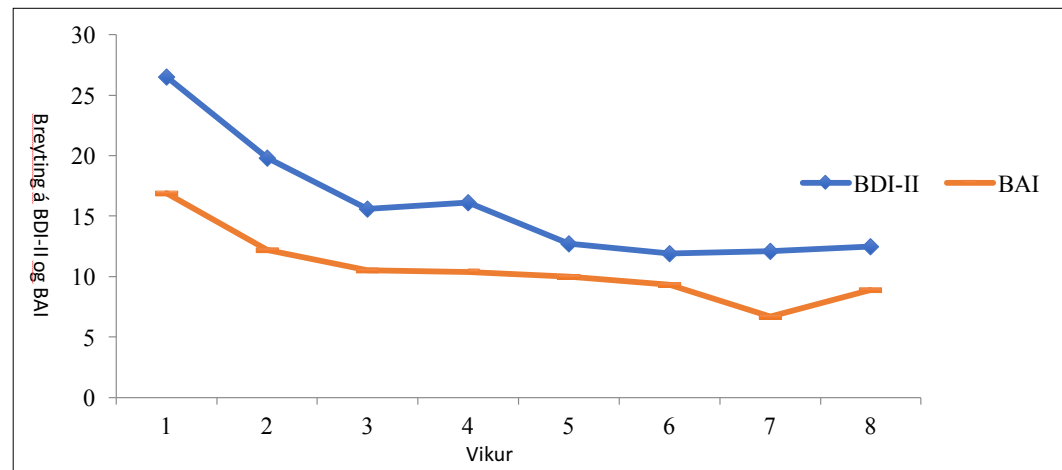
Þátttakendur svöruðu spurningalistum fyrir inngripið, eftir fjórar vikur, eftir átta vikur og þremur mánuðum eftir lok æfingatímabils. Þunglyndiseinkenni voru mæld með BDI-II, kvíðaeinkenni með BAI, almennir sálrænir erfiðleikar voru mældir með CORE-OM, streita var mæld með PSS og að lokum voru lífsgæði mæld með QOLS.

Niðurstöður hreyfirannsóknarinnar og samanburður við ÓHAM eru í töflu 1. Samanburðurinn var óbeinn en notast var við áhrifastærðir (Cohens D) til þess að bera saman niðurstöðurnar. Það var marktækur munur á þunglyndiseinkennum, kvíðaeinkennum og lífsgæðum fyrir og eftir inngrip. Þar að auki voru áhrifastærðir hreyfingar nokkuð hærri en áhrifastærðir ÓHAM sem gefur til kynna að hreyfiinngripið virkaði betur á einkennin en ÓHAM.

Sjálfbóðaliðar svöruðu einnig BDI-II (sem mælir þunglyndiseinkenni) og BAI (sem mælir kvíðaeinkenni) vikulega. Á mynd 1 má sjá að það dró strax úr þunglyndis- og kvíðaeinkennum eftir

Tafla 1. Niðurstöður hreyfinngrips og óbeinn samanburður við ÓHAM

	Fyrir Inngrip Meðaltal (SF)	Eftir Inngrip Meðaltal (SF)	Marktekt	Cohens d Hreyfing	ÓHAM
BDI-II	26.5 (14.4)	12.5 (13.07)	0.04*	1.02	0.59
BAI	16.9 (13.88)	8.9 (12.88)	0.09	0.6	0.41
CORE-non risk items	1.91 (0.43)	1.34 (0.5)	0.014*	0.6	0.45
PSS	7.3 (2.11)	6.4 (3.41)	0.442	0.33	0.46
QOLS	65.73 (14.85)	75.6 (14.66)	0.005*	0.67	0.24
*Marktækt við 95% öryggismörk					



Mynd 1.
Breyting á þunglyndis- og kvíðaeinkennum eftir vikum

fyrstu vikuna í æfingum. Það hélt svo áfram að draga úr einkennum eftir því sem á leið inngripið.

Þátttakendur fengu senda spurningalistana þremur mánuðum eftir inngrip og mældust þeir sem svöruðu með áframhaldandi bata á bæði þunglyndis- og kvíðaeinkennum en allir nema einn af þeim sem svöruðu voru enn að hreyfa sig reglulega þremur mánuðum eftir inngrip.

Takmarkanir á rannsókninni voru helst fjöldi þátttakenda en aðeins 10 einstaklingar luku við átta vikna æfingatímabilið. Þar að auki voru sex einstaklingar á lyfjum á meðan rannsókninni stóð þótt engar breytingar hafi verið á lyfjanotkun á átta vikna tímabilinu. Í framtíðinni er mikilvægt að skoða nánar hver áhrif hreyfingar eru í stærra úrtaki. Þar að auki er mikilvægt að bera saman einstaklinga sem eru á lyfjum og þá sem ekki eru á lyfjum og jafnvel bera saman mismunandi tegundir hreyfingar. Einnig er vert að skoða það frekar hvers vegna hreyfing virkar vel á þunglyndis- og kvíðaeinkenni.

Eins og komið hefur fram þá hafa rannsóknir áður sýnt að hreyfing geti dregið úr kvíða og þunglyndi og bendir ofangreind rannsókn einnig til þess. Út frá þessu má álykta að hreyfing geti verið gott meðferðarúrræði. Mikilvægt er að finna út hver besta leiðin er til þess að innleiða skipulagða hreyfingu sem aðgengilegt meðferðarúrræði.

Heimildir:

- Blumenthal, J. A., Babyak M. A., Doraiswamy, P. M., Watkins, L. Hoffman, B. M., Barbour, K. A., ... Sherwood, A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. Psychosomatic Medicine, 69, 587-596.
- Bodin, T. og Martinsen, E. W. (2004). Mood and self-efficacy during acute exercise in clinical depression. A randomized controlled study. Journal of Sports & Exercise Psychology, 26(4), 623-633.
- Helgason, T., Tómasson, K., Sigfússon, E. og Zoëga, T. (2004). Skimun fyrir algengi geðraskana 1984 og 2002 og ávisanir geðlyfja 1984 og 2001. Læknablaðið, 7(90), 553-559.
- Kristjánsdóttir, H., Salkovskis, P. M., Sigurðsson, B. H., Sigurðsson, E. Agnarsdóttir, A., & Sigurðsson, F. (2013). Transdiagnostic cognitive behavioural treatment: An open trial in a cohort of primary care patients and the impact of comorbidity. Manuscript submitted for publication.
- Margrét Lilja Guðmundsdóttir, Hrefna Pálsdóttir, Jón Sigfússon, Ingibjörg Eva Þórisdóttir, Erla María Tölgyes, Álfgeir Logi Kristjánsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir. Ungt Fólk 2016: Grunnskólar. Nám og skóli, félags- og tómstundarstarf, íþróttir og hreyfing, foreldrar og uppeldi, heilsa og líðan, atvinnuþátttaka og fjárhagur fjölskyldunnar og vimefianotkun ungmenna í 8., 9. og 10.bekk á Íslandi. Samanburður rannsókna árin 2000 til 2016. Staða og þróun yfir tíma. Rannsóknir og greining: Reykjavík.

- Nemeroff, C. B., Heim, C. M., Thase, M. E., Klein, D. N., Rush, J. A., Schatzberg, A. F., ... Keller, M. B. (2003). Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. Proceedings of The National Academy of Science of The United States of America, 100(24), 14293-14296
- Perraton, L. G., Kumar, S., & Machotka, Z. (2009). Exercise parameters in the treatment of clinical depression: a systematic review of randomized controlled trials. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 16, 597-604. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01188.x.
- Thorisdóttir, I. E., Asgeirsdóttir, B. B., Sigurvinsdóttir, R., Allegrante, J. P., & Sigfusdóttir, I. D. (2017). The increase in symptoms of anxiety and depressed mood among Icelandic adolescents: time trend between 2006 and 2016. European Journal of Public Health, 27(5), 856-861. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx111
- Ólafsdóttir, K. B., Kristjánsdóttir, H. og Saavedra, J. M. (2017). Effects of exercise on depression and anxiety. A comparison to transdiagnostic cognitive behavioral therapy. Community Mental Health Journal, 49(5). https://doi.org/10.1007/s10597-017-0213-9
- World Health Organization. (2017). Depression. Sótt af
- http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/

Útdráttur á ensku

Depression and anxiety are common illnesses in our society. In fact, depression is the leading cause of disability in the world. Having good treatment options for those that suffer from anxiety and depression is important. The most common form of treatment is pharmacological treatment and psychological treatment. In recent years, research has shown good results on the use of exercise to treat depression and anxiety. The goal of this research was to study the effects an eight-week group exercise program would have on a group of people with depression and anxiety, and to compare the results to the results of a study that used a transdiagnostic cognitive behavioural therapy (TCBT) to treat groups of people with depression and anxiety.

Participants exercised three times a week for eight weeks and answered questionnaires (BDI-II, BAI, CORE-OM, PSS og QOLS), at four intervals: at baseline, after four weeks, immediately after the intervention and at a three month follow up.

The exercise was composed of endurance exercise three times a week at 60-80% of maximum heart rate and strength training twice a week. There was an increase in the time exercised and the difficulty level of the strength training the further into the exercise program.

The results showed significant improvements on both depression and anxiety symptoms, and when compared to TCBT the effects of exercise were slightly better than TCBT.



ALHLÍÐA ÞJÓNUSTA FYRIR
STOÐTÆKI OG SPELKUR.
FAGLEG RÁÐGJÖF



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

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

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



Össur Stoðtækjaþjónusta

Grjótháls 1-3
110 Reykjavík
www.ossur.is

Sími: 515 1300
innanlandsdeild@ossur.com



GYMNA HÖGG- OG STUTTBYLGJUTÆKI

SHOCKMASTER HÖGGBYLGJUTÆKI

Höggbylgjutæki með yfir 90 forstilltum prógrömmum fyrir 33 sjúkdómsgreiningar. Tækið býður upp á heildar-meðferðarplan og eru gildi í hverri meðferð miðuð við nýjustu rannsóknarniðurstöður. Hugbúnaðaruppfærslur innifaldar t.d. nýjar sjúkdómsgreiningar, rannsóknarniðurstöður o.fl. Tækið er einfalt í notkun og með góðum skýringarmyndum sem lýsa meðferð. Anatómíuhandbók með myndum.



SHOCKMASTER 300

Eitt tengi fyrir höggbylgjuhaus
Hámarksþrýstingur 4 bör
Tíðni 1-17 Hz (1-31 Hz með V-actor)



SHOCKMASTER 500

Tvö tengi fyrir höggbylgjuhaus
Hámarksþrýstingur 5 bör
Tíðni 1-21 Hz (1-35 Hz með V-actor)



STUTTBYLGJUTÆKI THERMO 500

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

NÁNARI UPPLÝSINGAR VEITIR:



Herdís Þórisdóttir
Söluráðgjafi – Heilbrigðissvið
Sjúkrapjálfi B.Sc., MBA
Sími: 580 3912
GSM: 843 3912
Netfang: herdis@fastus.is

**Göngum frá
verknum**



Ibúfen®

– Bólguøyðandi og verkjastillandi

400 mg, 30 stk og 400 mg, 50 stk

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

Actavis