
BLAÐ

11. árg. júní 1989 1.tbl.

IDJUNJÁLFAFÉLAG ÍSLANDS

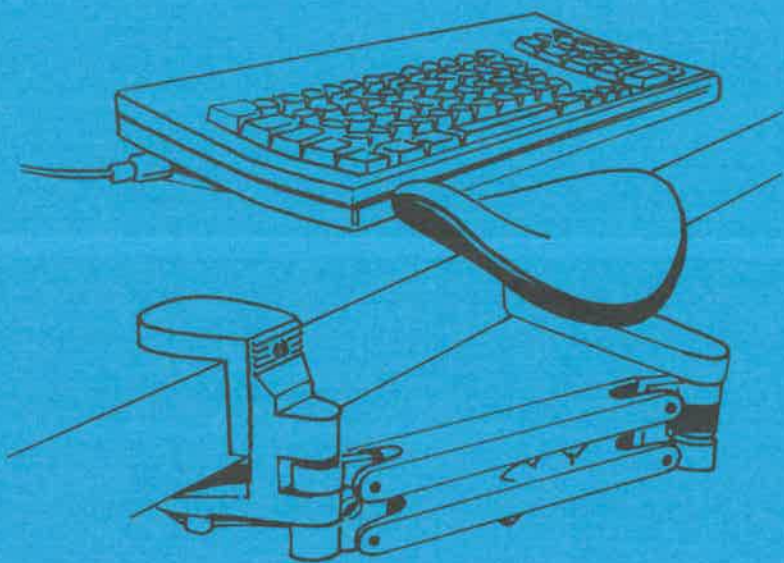
VELA

Fellsás 7, Box 240, Mosfellsbæ.
s. 666110.

Nú bjóðum við nýjar vörur frá
Finnlandi:

ERGO REST armhvíllur.

Styðja undir framhandleggji þegar
unnið er við borð. Hvíld fyrir
axlir og handleggji.



ERGO
REST®

IÐJUPJÁLFAFÉLAG ÍSLANDS
 Pósthólf 8845
 128 Reykjavík

PRENTUN: Offsetfjölritun h.f.
 Lágmúla 7, 108 Reykjavík

EFNI: Parkinson
 Multiple sclerosis

RITNEFND: Elín Hannesdóttir
 Gerður Gústavsdóttir
 Helga Guðjónsdóttir
 Lilja Ingvarsson

STJÓRN ÍÍ: Hope Knútsson formaður
 Rannveig Baldursdóttir varaformaður
 Valrós Sigurbjörnsdóttir gjaldkeri
 Sigrún Garðarsdóttir ritari
 Guðrún Kr. Guðfinnsdóttir stj.meðlimur
 Unnur Alfreðsdóttir varamaður
 Ingibjörg Jónsdóttir varamaður

EFNISYFIRLIT:	bls.
Parkinsonsveiki	2
Iðjupjálfun í meðferð parkinsonsjúklinga	4
Sjúkraþjálfun fólks með parkinsonismus	10
Multiple sclerosis	20
MS og sjúkraþjálfun	23
MS heimilið að Álandi 13	27
Fréttir	30
Félagsstarfsemi	30
Lausar stöður	32
Félagalisti	34

Jón E. Jónsson læknir

PARKINSONSVEIKI.

Lamariða - paralysis agitans eða Parkinsonsveiki er einn algengasti taugasjúkdómur ellinnar.

Veikin er nefnd í höfuðið á James Parkinson (1755 - 1824), enskum lækni, sem í riti sínu "An Essay on the shaking Palsy", lýsti mörgum einkennum sjúkdómsins. Rit þetta kom út árið 1817 þegar Parkinson var 62ja ára, þá voru orsakir sjúkdómsins ókunnar og er svo enn. Hliðar- og aukaverkanir lyfja, eitranir og heilabólgur, geta þó framkallað sömu einkenni.

TAFLA I

SJÚKDÓMAR MEÐ HÁA TÍÐNI Í ELLINNI

1. Illkynja æxli.
2. Hjarta- og æðasjúkdómar.
3. Heilablóðfall.
4. Parkinsonsveiki.
5. Þunglyndi.
6. Vitglöp.

Það er talið að u.þ.b. 1% af þeim sem eru 60 ára og eldri hafi Parkinsonsveiki, karlar tíðar en konur. Nýgengi eykst með aldri, en nær hámarki um 70 ára aldur. Á Íslandi kannaði Kjartan Guðmundsson Parkinsonsveiki á 6. og 7. tug aldarinnar og fann nýgengi 16/100.000 og algengi 169, 5/100.000 árið 1963.

SJÚKDÓMSORSAKIR

Þótt orsakir Parkinsonsveikinnar séu óþekktar, er ljóst að sjúkdóms-einkennin stafa af hrömun á ákveðnu svæði í heilastofni. Tap verður á litarefni og frumum í sortu (substantia nigra) og víðar. Skemmd-

imar orsaka röskun á því jafnvægi, er ríkir milli boðefna tveggja kerfa, þ.e. asetýlkolin og dopamins þannig að skortur verður á dopamini.

Hvað veldur er ekki vitað, tilgátur eru um að sjúkdómurinn orsakist af semþættingu skemmda snemma á æviskeiði og ellihrörnunar. Rannsóknir hafa heldur ekki getað rennt stóðum undir það að um ættgengi sé að ræða. Fyrir nokkru gerðist það að eiturlyfjaneytendur fengu einkenni Parkinsonsveikinnar eftir að hafa neytt heroinafbrigðis sem mengað var efninu MTPT (Metylfenyltetrahydropyridin), en komið hefur í ljós að það efni drepur taugafrumur í sortu og framkallar dæmigerð Parkinsonsveiki-einkenni í öpum. Efni þetta gæti því orðið hjálp við lausn gátunnar.

EINKENNI

Höfuðeinkenni Parkinsonsveikinnar eru:

1. Skjálfti (tremor). 2. Vöðvastífni (rigidity) og 3. Vanhreyfni (hypokinesia). Sjá töflu II.

TAFLA II

A. Höfuðeinkenni

1. Skjálfti.
2. Vöðvastífni.
3. Vanhreyfni.

B. Önnur einkenni

- Minnkuð svipbrigði.
- Tormæli og hvísl.
- Álút líkamsstaða.
- Jafnvægiserfiðleikar.
- Gönguerfiðleikar.
- Kyngingarerfiðleikar.
- Þunglyndi.
- Vitglöp.

Einkennin byrja oft í annarri höndinni eða fætinum, en breiðast smám saman út um líkamann.

Skjálftinn er grófur 3-4 hz., í byrjun oftast hvíldarskjálfti, stundum svo kallaður pillugerðarskjálfti.

Vöðvastífni veldur minnuðum svipbrigðum, blæbrigðalausum tali - sem á stundum verður að hvísli, sjúklingurinn verður hokinn. Fínhrefringar truflast, ADL skerðist.

Sjúklingum með Parkinsonsveiki er hættara við vitglöpum og þunglyndi. Ýmis önnur einkenni, svo sem verkur geta fylgt. Slef er einnig oft vandamál fyrir einstaklinginn.

Framvinda veikinnar er misjöfn, þótt oftast sé um hæga afturför að ræða og lætur nærri að 2 af hverjum 3 einstaklingum með Parkinsonsveiki sé kominn með alvarlega röskun á getu eftir 10 ára sjúkdóm.

Ef sjúkdómurinn gerir fyrst vart við sig með skjálfta er það reynsla að oft sé um hægfara sjúkdóm að ræða.

MEÐFERÐ

Sjúkdómseinkennin orsakast af misvægi milli boðefnanna asetykolins og dopamins, þ.e. minnkun á dopamini og aukning á áhrifum asetykolins og er orsökina framan taugamóta. Það er því í aðalatriðum um þrenns konar lyfjameðferð að ræða:

- A. Minnka asetykolináhrif.
- B. Auka dopamin.
- C. Bein áhrif á dopamin- viðtæki.

Fyrstu lyfin voru lyf sem minnkuðu asetykolináhrifin, lyf unnin úr plöntunni völvuauga (belladonna).

Snemma á 7. áratugnum var byrjað að gefa dopamin, sem er hornsteinn meðferðar í dag. Gefið er forstígt dopamins, levodopa, sem fyrir tilstilli dekarboxylasa umbreyttist í dopamin. Levodopa var í fyrstu gefið eitt sér, en nú oftast með lyfjum sem hemja niðurbrot þess utan heilans og má þannig minnka skammtinn af levodopa í 1/5 af því sem áður var gefið. Sinemet og Madopar eru lyf sem skráð eru á Íslandi og innihalda levodopa.

Amantadin (Symmetrel) virkar sennilega með því að auka losun dopamins frá taugaendum.

Bromokriptin (Parlodel) er gerandefni (agonist) á dopamin- viðtæki.

MAO - B - INHIBITOR deprenyl (Jumex) hemur niðurbrot dopamins.

Andkolinerg efni, sem notuð eru m.a. biperiden (Akineton) og benztatropin (Cogentin). Þau hemja virkni asetykolins.

Af ofangreindum lyfjum eru levodopa og bromokriptin lyf sem oftast eru notuð. Aukaverkanir eru algengar á levodopameðferð. Í byrjun ágleði, eftir langtímanotkun sjást ásjálfráðar hreyfingar, ofhreyfingar. Sveiflur í getu og hreyfifærni eftir lyfjatöku er þekkt (end of dose akinesia). Af/á einkenni voru óþekkt áður en levodopameðferð hófst, en þá stífnar einstaklingurinn upp lengri eða skemmri stund. Ofskynjanir og rugl sem og sjúkleg tortryggni. Blóðþrýstingsfall við stöðubreytingar.

Við gjöf bromokriptis eru alvarlegustu aukaverkanir rugl og ofskynjanir, en í upphafi meðferðar ógleði, svimi og þreyta. Af/á einkennin í minna mæli en við levodopa og ofhreyfingar sjaldgæfari. Öldruðum er hættara við aukaverkunum en yngri.

ÖNNUR ÚRRÆÐI

Skurðaðgerðir á heila eru sjaldgæfar með nútímalýfjameðferð og nýlegar aðgerðir með flutning á vef til heila eru á tilraunastigi.

FRÆÐSLA, ENDURHÆFING OG RÁÐGJÖF

Samhliða lyfjameðferð er síðan fræðsla, endurhæfing og ráðgjöf.

Fræðslan sem snar þáttur í lífi hvers einstaklings með langvinna sjúkdóma gerir hann/hana betur í stakk búin til að takast á við sjúkdóminn andlega og líkamlega.

Endurhæfing og mat á getu einstaklinga með Parkinsonsveiki er að sjálfsögðu afar mikilvæg. Einstaklingar með Parkinsonsveiki þurfa í upphafi að fá upplýsingar um mikilvægi reglubundinna æfinga og læra réttar æfingar. Þá er hjálpartækjaþörf vaxandi er líður á sjúkdóminn.

Oft þarf að leggja sjúklinga með Parkinsonsveiki inn til endurhæfingar og lyfjabreytinga annað hvort á legudeild eða dagdeild. Hjá gömlum einstaklingum með Parkinsonsveiki er þessi þörf oft brýn og reglubundnar innlagnir nauðsynlegar bæði til að ná og viðhalda hámarksgetu á hverjum tíma en einnig á síðari stigum sjúkdómsins til hvíldar ættingjum.

Ráðgjöf og stuðningur fyrir einstaklinga og fjölskyldur. Parkinsonsveiki breytir lífi einstaklinga og hefur í för með sér miklar félagslegar breytingar og sálræn átök, ekki síst fyrir eldri einstaklinga.

LOKAORÐ

Í framtíðinni held ég að við fáum lyf, sem hafa minni aukaverkanir í för með sér,

dýpri skilning á orsökum sjúkdómsins og jafnvel lyf sem geta stöðvað eða a.m.k. hægt á hrömun taugafrumanna.

Lifið heil.

Ingibjörg Ásgeirsdóttir iðjuþjálfari.

IÐJUPJÁLFUN Í MEÐFERÐ PARKINSONSJÚKLINGA

Hér verður kynnt í stuttu máli iðjuþjálfun fyrir aldraða með Parkinsonsveiki. Ég hef valið þá leið að lýsa algengustu meðferð iðjuþjálfarar við þeim einkennum sem fylgja þessum hrömunarsjúkdóm, en vil geta þess að ætíð er tekið tillit til annara sjúkdóms- einkenna sem kunna að hafa áhrif á einstaklinginn og meðferðina í heild. Læknisfræðilegum hluta hefur verið vel lýst hér á undan og því sleppt hér.

Mér þykir hins vegar við hæfi að áréttar, að iðjuþjálfarar nota athafnir, vinnu og tómstundaiðju sem meðferðartæki í allri endurhæfingu. Athafnir eru bæði styrkur iðjuþjálfunar og veikleiki. Styrkur vegna þess hvað öllum er eðlilegt að sinna þessu atferli, veikleiki vegna þess að allt lítur þetta svo eðlilega út og fellur svo vel inn í dagleg störf, að utanaðkomandi fólki finnst lítið markvert vera að gerast. Raunin er þó önnur, því iðjuþjálfarar kunna að nota athafnir í meðferð og gera það markvisst. Því til grundvallar liggur þekking á sjúkdómseinkennum, athafnagreining og aðferðafræði.

MAT OG UPPLÝSINGAÖFLUN

Áður en meðferð er hafin er ástand sjúklingsins kannað með tilliti til þeirra einkenna sem fylgja Parkinsonsveiki, niðurstöður eru skráðar svo og áhrif þeirra á

Þú hvílist og safnar kröftum á Regumatic rúmbotni og dýnu

REGUMATIC er rúmbotni sem hver og einn stillir eftir sínum þörfum og dýna sem gefur hæfilega eftir.

REGUMATIC aðlagast þunga og líkamsbyggingu notandans. Það fylgir stöðugt öllum hreyfingum og stellingum líkamans og **REGUMATIC** er hægt að setja í nánast hvaða rúm sem er.

REGUMATIC fellur eðlilega að líkamanum og styður við eftir þörfum. Loft leikur í gegnum rúmbotninn og dýnuna. Aðveldt er að stilla **REGUMATIC** sem er sterkbyggt og meðfærilegt.

Hugsað er fyrir öllum atriðum er varða heilbrigði og þrífnað.

REGUMATIC tryggir rétta stöðu líkamans: Eðlilega sveigju á hrygg þegar legið er á baki og beinan hrygg þegar legið er á hlið.

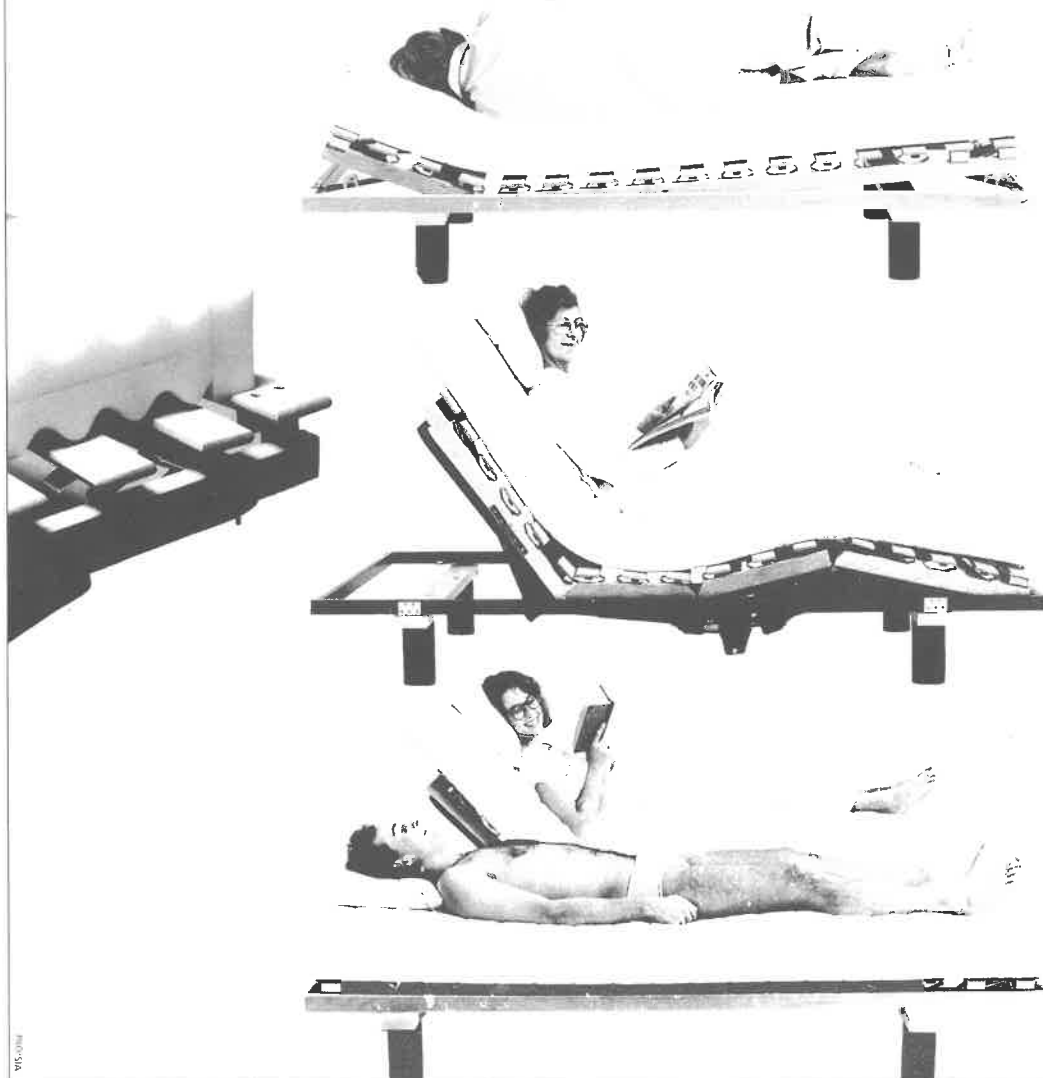
REGUMATIC er með stillanlegu höfðalagi og hægt er að hækka það upp fyrir fæturna. Einnig er hægt að fá það fjórbotnið, þ.e. setstillingu, fyrir bók og fætur. Hentar sérstaklega vel sjúkum og öldruðum, astma-, gigtar- og hjartasjúklingum.

**ENGAR TVÆR MANNESKJUR
ERU EINS.**

**REGUMATIC MIÐAST VIÐ
ÞÍNAR ÞARFIR.**

SNÆLAND

Pétur Snæland, Skeifunni 8, sími 685588



starfræna getu og almenna færni. Notuð eru starfræn iðjubjálfunarpróf (funktion-spróf), þar sem metin er framkvæmd athafna eins og að klæðast, hneppa hnöppun, skrifa ákveðna textalengd, skrífa skrífur ásamt fleiri verkefnum sem öll eru metin með stigagjöf og tímamæld (sjá mynd I). Einnig eru notuð taugasjúkdómafræðileg próf eins og t.d. Parkinson's Disease Rating Scale (Webster), þar sem tíu Parkinsonseinkenni eru metin með stigagjöf 0-3 fyrir hvert og eitt og heildartala segir til um hversu alvarlegt ástandið er (sjá mynd II).

1-10 Byrjandi sjúkdómseinkenni

* sjálfbjarga, en lengi að. Fín-hreyfingar skertar.

11-20 Fötlun í meðallagi

* skert færni. Þarf eftirlit og oft þó nokkra aðstoð.

21-30 Alvarleg fötlun

* nánast eða alveg ósjálfbjarga. Þarf mikla aðstoð eða alla hjúkrun.

Upplýsingar sem iðjubjálfinn aflar sér eru þessar:

- 1) Athugaðir eru hreyfiferlar og hvort kreppur eru til staðar.
- 2) Hreyfigeta er metin svo og einkenni hreyfinga.
- 3) Athugað hvort skjálfti (tremor) eða stífleiki (rigiditet) sé til staðar.
- 4) Jafnvægi og viðbrögð eru könnuð.
- 5) Kannað hvort sjúklingur finni til sársauka eða annara óþæginda t.d. vegna sjúkdóms eða lyfjagjafar.
- 6) Sjálfsbjargargeta og almenn færni er metin, einnig tjáskiptageta, samhæfing, styrkur, grip og vinnuráðus.
- 7) Andlegt ástand er kannað.
- 8) Leitað upplýsinga um atvinnu og starfsgetu.
- 9) Upplýsinga aflað um fjölskylduhagi, búsetu, lífsstíl, félagsleg tengsl og

ábyrgðarskiptingu.

10) Spurt um tómstundir og áhugamál.

Ástand sjúklings er endurmetið á meðferðartímabilinu og markmiðum e.t.v. breytt. Einnig er gert mat í lok meðferðar og niðurstöðum skilað í sjúkraskrá.

MARKMIÐ

Að lokinni upplýsingaöflun eru sett markmið sem ætlunin er að ná með meðferðinni. Meginmarkmiðið er ætíð að auka eða viðhalda færni sjúklings við daglegar athafnir á heimili, í vinnu og í tómstundum. Setji maður markmiðin upp í smærri einingar líta þau svona út:

- 1) Halda við starfrænni getu og færni, til að koma í veg fyrir skerðingu af völdum stífleika (rigiditet) eða skjálfta (tremor).
- 2) Halda fullum hreyfiferlum í liðum og vinna gegn kreppum.
- 3) Ýta undir rétta öndun og nota hana við daglegar athafnir.
- 4) Reyna að auka hraða og samhæfingu hreyfinga.
- 5) Auka sjálfsbjargargetu m.t.t. ADL: kenna breyttar aðferðir og/eða notkun hjálpartækja.
- 6) Byggja upp þol til ýmissa athafna og almennt þrek.
- 7) Reyna að ýta undir eða skapa áhuga á ýmsum málefnum sem stuðlað geta að félagslegri, líkamlegri og andlegri virkni.
- 8) Vísa á eða koma á hópmeðferð til að örva félagslega þátttöku og aðlögun.
- 9) Fræða sjúkling og aðstandendur um mikilvægi þess að halda áfram æfingum heima, tileinka sér hollar lífsvenjur og stunda einhvers konar líkamsrækt til að viðhalda hreyfanleika og lífsþrótti.
- 10) Kynna aðstandendum færni sjúklings og sjálfsbjargargetu. Benda á mikil-

vægi þess að sjúklingurinn sjái um það sem hann ræður við þegar heim er komið. Leggja áherslu á virkt tómstundastarf og þátttöku í félagsmálum.

MEÐFERÐ

Meðferðaráætlunin er gerð í samræmi við markmiðin og þarfir sjúklingsins hverju sinni. Lögð er áhersla á að viðkomandi sé virkur í öllum daglegum athöfnum, vinni tilgangsbundin verkefni og geri æfingar er viðhalda hreyfigetu, styrk og afköstum. Verkefni og æfingar þurfa helst að vera þannig að hægt sé að halda þeim áfram eftir að heim er komið.

Þegar Parkinsonsjúklingur kemur til meðferðar er rétt að hafa í huga að streita og óvæntar breytingar geta magnað upp Parkinsonseinkenni (t.d. skjálfta, stífleika, seinvirkni), því gæti þurft að skapa ró í umhverfi og koma á "rútnu" til dæmis sitja á sama stað innan um sömu sjúklinga á sama tíma dag hvern. Hlé eru gerð í meðferð með jöfnu millibili því úthald er oft lítið.

Áhersla er lögð á að vinna gegn seinvirkni og skertri samhæfingu um leið og reynt er að styrkja réttivöðva til að vinna gegn álútri líkamsstöðu og kreppu í liðamótum. Notaðir eru stórar, hægar og taktfastar hreyfingar til að örva eðlileg hreyfimyndun, síðar víkja einföldu stóru hreyfingarnar fyrir hraðari, samsettum og fíngerðari hreyfingum. Ýmis æfingakerfi hafa verið reynd í meðferð Parkinsonsjúklunga, með misjöfnum árangri og hafa þjálfarar því valið þann kost að bregða fyrir sig brotum úr kerfum "í góðri blöndu" sem hæfir í meðferð hvers sjúklings fyrir sig. T.d. Bobath er þjálfar þarf háls eða bolvindu, bæði sitjandi og standandi stöðu, PNF til að vinna gegn seinvirkni og stífleika og aðferð Knotts - að "pumpa" sig upp í

hreyfingu eða telja taktinn til stuðnings hreyfingum er mikið notuð. Handskjálfti er algengt einkenni hjá Parkinsonsjúklingum. Til að draga úr honum er oft nægilegt að fá viðkomandi einhvern hlut í hönd til að halda um, og þyngd eða álag á úlnlið reynist oft vel í sama tilgangi.

Meðferðin fer ýmist fram einstaklingsbundið eða í litlum hóp og er breytt og kröfur auknar í takt við framfarir. Sem dæmi um smíðaverkefni í einstaklingsmeðferð Parkinsonsjúklings mætti nefna: að slípa fjöl sem nota á í brauðbretti.

Notaður er slípið sem haldið er með báðum höndum, fjölin er fest á borð sem stillanlegt er í hæð og halla, þannig hægt sé að ná fullum hreyfiferli hverju sinni og álag eykst á extensora í handleggjum þegar sjúklingurinn vinnur á skáplani upp á móti þyngjarkraftinum. Álag má svo auka enn meir með grófari sandpappir, með því að þyngja slípið eða jafnvel setja blýarmbönd á úlnliðina, einkum þó ef um tremor er að ræða. Í upphafi meðferðartímabils þarf e.t.v. að vinna sitjandi en fara síðar yfir í standandi vinnu, þar sem einnig reynir á þyngdarflutning og standjafnvægi.

Á hverri iðjuþjálfunardeild er til stórt einmenningstafl (solitaire), sem fest er á borð sem stilla má í hæð og halla svo þjálfarinn geti ráðið hversu mikinn hreyfiferil sjúklingur notar hverju sinni.

Þjálfarinn réttir sjúklingnum taflmennina sem hann síðan setur í taflborðið. Lögð er áhersla á stórar hreyfingar og sjúklingnum því fengnir taflmennirnir á ystu mörkum hreyfiferla og samtímis frá sitt hvorri hlið. Þarna reynir einnig á bol og bakvöðva, seteða standjafnvægi allt eftir því hvernig verkefnið er upp sett. Þegar telt er reynir á samhæfingu, "grípa-sleppa" - hreyfingar og ýmsa cognitíva þætti.

Aðrar algengari athafnir í Parkinsonmeðferð eru m.a. töfluæfingar með grófri

mynsturteikningu, vefnaður, boltameðferð, borðtennis og pflukast (dart).

Fíngerðari hreyfingar eru æfðar upp með verkefnum eins og skrift, vélritun, tógvinnu, vefnaði, ýmis konar spilum og töflum.

Hópmæðferð er hentug í Parkinsonmeðferð á sjúkrahúsi, dagspítala eða dagvistun. Slík meðferð veitir stuðning og örvar samskipti milli einstaklinga sem annars kunna að lenda í félagslegri einangrun og depurð yfir skertri fæmi sinni og framtíðarhorfum, því í hópmæðferð er engu minni áhersla lögð á andlega þætti en þá líkamlegu. Til að geta notið góðs af hópmæðferð þarf sjúklingurinn þó að búa yfir andlegri virkni að nokkru marki, a.m.k. þarf hann að geta skilið og unnið úr fyrirmælum svo hann geti fylgt hópnunum eftir.

Hér gilda sömu meðferðarmarkmið og í einstaklingsmeðferð. Áhersla er lögð á kumpánlegt spjall og léttan anda, sjúklingar hvattir til að hjálpast að og leita ráða hjá þeim sem betur gengur. Stundum er þó gott að hafa dálitla samkeppni t.d. þegar spilað er borðtennis, pfluspil (dart) eða við boltameðferð. Gott er að nota léttu tónlist, takt, talningu, söng eða jafnvel dans við þjálfun og jafnvel má skemmta sér yfir einstaka andlitsgrettum sem liðkað geta andlitsvöðvana.

Algengast er að Parkinsonhópar hittist 2-3svar í viku í ca. 1 klst í senn. Reynsla af hópmæðferð er góð erlendis frá, en því miður verið allt og lítið stunduð hér heima.

ADL.

(Athafnir daglegs lífs)

Oft er hentugast að bíða aðeins með beina þjálfun á sjálfsbjargargetu Parkinsonsjúklinga, en reyna heldur að leysa vandamál á legudeild eða heimili til bráðabirgða með einföldum hjálpartækjum. Ekki er óalgengt

að færnin aukist við aðra þjálfun og því ekki rétt að eyða þreki sjúklings í ótímabæra meðferð. ADL-mat er svo gert og þeir þættir þjálfaðir sem á skortir: með breyttum, aðlögun á aðstæðum eða með hjálpartækjum.

Til dæmis gæti þurft þung mataráhöld vegna skjálfta í höndum, hnappakrók eða jafnvel franska rennilása vegna skertra fín-hreyfinga. Teygjuskóreimar og langt skóhorn til að komast í skóna ef stirðleiki háir viðkomandi. Heimilisstörf þarf ef til vill að einfalda eða skipuleggja á annan veg. Nota þung áhöld vegna skjálfta í höndum og hjólaborð til að flytja hluti um eldhúsið eða íbúðina.

Nokkru fyrir útskrift þarf hjálpartækjapörf að liggja fyrir og sækja þarf um nauðsynleg hjálpartæki til Tryggingarstofnunar með góðum fyrirvara. Farið er í heimilisathugun sé þess þörf þar sem aðstæður eru kannaðar og tillögur gerðar um breytingar og hjálpartæki sem auðvelda geta dvölina heima eða létt á álagi á aðstandendur. Algengt er að fjarlægja þurfi lausar mottur og jafnvel þröskulda vegna lélegrar göngufæmi. Hækka stóla, rúm og salerni vegna þess að viðkomandi á erfitt með að rísa upp. Handföng og hjálpartæki á bað eru einnig algengt úrræði.

Ræða þarf mikilvægi þess að sjúklingurinn sé virkur eftir að heim er komið. Ef til vill þarf að ræða önnur úrræði eins og dagvistun, dagspítala, heimahjúkrun eða heimilishjálp, jafnvel vistun á stofnun til frambúðar. Tengslum er komið á við aðila sem veitt geta slíka þjónustu.

LOKAORÐ

Að endingu vil ég benda á mikilvægi andlegrar aðhlynnningar í meðferð Parkinsonsjúklinga. Stuðningur er nauðsynlegur, sffelld uppörvun og hvatning því oft líður

Þessu fólki eins og fanga í eigin líkama. Gljáandi, svipbrigðalítið andlit og hokinn líkamsstaða fælir aðra oft frá samskiptum við þessa einstaklinga. Þau reyna að tjá sig og hreyfa en gengur svo illa að koma hreyfingunni af stað og allt gengur svo óendanlega hægt. Og samfara fötluninni breytist allur lífsstíll manns og útlit. Er nokkuð óeðlilegt þótt þau verði niðurdreg-

in og uppburðalítil og gefist jafnvel upp af ótta við framtíðarhorfur? Eða loki sig inni í eigin skel og forðist samskipti við umheiminn? Það er verk okkar allra að vinna gegn því að slíkt gerist. Það þarf einnig að fræða almenning um hag þessara einstaklinga svo samskipti geti orðið eðlilegri. Þar er stórt verkefni fyrir höndum sem við þurfum að vinna að í sameiningu.

STAFRÆNT IÐJUPJÁLFAMAT

- 1) Teikna eftir fyrirmynd: mism. form, ekki tímamælt, heldur er notuð viðmiðun.
- 2) Skriftarpróf - skrifa sex línur eftir upplestri (alltaf sami textinn).
- 3) Klæða sig í skyrtu með 5 stórum hnöppum, óreimaða skó og sokka.
- 4) Kubbapróf: 63 kubbar fluttir milli hólfa í kassa.
- 5) Skrúfupróf: Tvær skrúfur í mismunandi stærð teknar upp og skrúfaðar í og úr skrúfgangi í fjöl.

Tími er mældur með skeiðklukku. Tímamæling með ákveðnu millibili í meðferð gefur óhlutdrægt mat á framför eða afturför hjá parkinsonsjúklingum enda eru seinvirkni, stífleiki og skjálfti aðalvandamál þeirra við allar athafnir daglegs lífs.

PARKINSON'S DISEASE RATING SCALE (Webster).

- 1) Seinvirkni (bradykinesia) í höndum (skrift meðtalin).
- 2) Stífleiki (rigiditet).
- 3) Líkamsstaða.
- 4) Armsveiflur.
- 5) Göngulag.
- 6) Skjálfti (tremor).
- 7) Svipbrigði.
- 8) Andlitsgljái.
- 9) Tal.
- 10) Sjálfsbjargargeta.

Grein þessi er byggð á erindi sem höfundur hélt á námsstefnu um Parkinsonsveiki aldraðra 10. maí 1988.

HEIMILDIR

- 1) Occupational Therapy for Physical Dysfunction: II útgáfa Trombly C.A. bls. 330-333.
- 2) Occupational Therapy: VI útgáfa Willard and Spackman. bls. 405-407.
- 3) Genoptræning i fysio- og ergoterapi af Parkinsonpatienter i L-dopa behandling: Ibsen J., Larsen S., Breusch, Rævsjær A., Siggard I. Tidsskrift for ergoterapeuter 1971: 32 . bls. 96-107.
- 4) Erfaringar i ergoterapien med systematisk registrering af behandlingsresultater for patienter med Parkinsons sygdom: Helle Bloch Nielsen og Lisbeth Villemose Sørensen. Tidsskrift for ergoterapeuter ca. 1973.

Ingimar Guðmundsson sjúkráþjálfari:

SJÚKRAPJÁLFUN FÓLKS MEÐ PARKINSONISMUS.

Sem sjúkráþjálfarar fáumst við í raun ekki við parkinsonsjúkdóminn heldur við manneskju sem hefur einkenni sjúkdómsins (Worm: 1980.363). Sjúkráþjálfun getur ekki snúið við þeim breytingum sem hafa gerst í miðtaugakerfinu vegna sjúkdómsins. Það er einungis mögulegt að hjálpa þessu fólki með því að vinna gegn afleiðingum breytinganna með sífelldri þjálfun eðlilegra hreyfimynda. Talið er að sjúkráþjálfun geti komið í veg fyrir að þetta fólk þrói með sér þau einkenni sem verða á stoðkerfinu vegna notkunar- og hreyfingarleysis og að hún geti aukið vellíðan og sjálfstraust (sbr. Cash: 1977,363).

Fáar vel stýrðar rannsóknir hafa verið gerðar á áhrifum sjúkra- og iðjuþjálfunar á parkinsonsjúklinga. Það lítur þó út fyrir að þjálfun þessa fólks sem göngudeilda-sjúklinga gefi ekki eins góðan árangur og áður var haldið og meiri áherslu ætti að leggja á heimaþjálfun (sbr. Gibberd:1981; Franklyn: 1981). Menn eru þó ekki sam-mála (sbr. O'Sullivan: 1981, 272). Frekari rannsóknir þarf til að fá skýrari upplýsingar.

Við skulum líta á sjúkráþjálfunarferlið:

MARKMIÐ

Langtíamarkmið:

1. Tefja fyrir þróun og áhrifum sjúkdómsins.
2. Koma í veg fyrir meðfylgjandi (secondary) vandamál og aflaganir.
3. Viðhalda hreyfigetu einstaklingsins eins og unnt er.
(sbr. O'Sullivan: 1981,267)

Á frumstigi sjúkdómsins ættu markmið sjúkráþjálfara að beinast að því að halda manneskjunnari í sem bestu líkamlegu formi og koma í veg fyrir vandamál sem hljóta af hreyfingar- og aðgerðaleysi og gera henni þannig kleift að nýta sem best árangur lyfjameðferðar (sbr. Shepherd: 1980, 220).

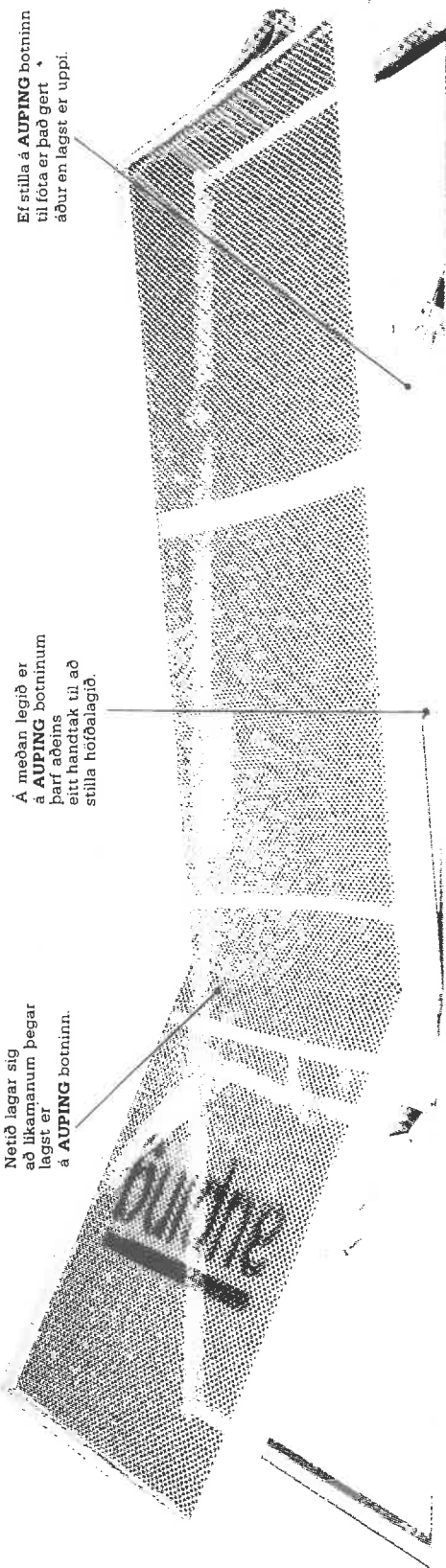
Skammtíamarkmið:

1. Auka eða viðhalda hreyfiferli í öllum liðum.
2. Styrkja kraftlitla vöðva.
3. Móta og bæta sjálfráðar og ósjálfráðar hreyfingar.

Netið lagar sig
að líkamanum þegar
lagst er
á **AUPING** botninn.

Á meðan legið er
á **AUPING** botninum
þarf aðeins
eitt handtak til að
stilla höfðalagið.

Ef stilla á **AUPING** botninn
til fóta er það gert
áður en lagst er uppi.



AUPING ER HANNAÐUR FYRIR ÞIG!

AUPING, Hollenski rúmbotninn er einn fullkomnasti rúmbotn á markaðinum í dag.

AUPING rúmbotninn er byggður upp á sérofnu neti sem lagar sig að líkamanum.

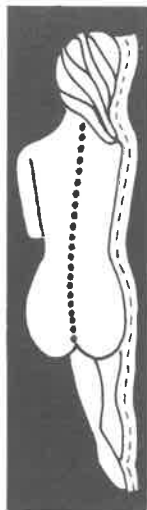
AUPING botninn er loftdrifinn og með einu handtaki er hægt að stilla höfðalagið á meðan legið er í rúminu. Hægt er að hækka botninn til höfða

og einnig til fóta. Fólk eyðir stórum hluta ævinnar í rúmunum sínum ýmist við afslöppun, lestur eða svefn.

AUPING er því án efa lykill að betra lífi. Og leitin að réttri mykt er óþörf.

AUPING botnar eru fáanlegir í öll rúm frá Ingvari og Gylfa og flest önnur rúm.

AUPING er hannaður fyrir þig.
VERÐIÐ ER SANNGJARNT



EINKAUMBOD Á ÍSLANDI

Ingvar & synir hf

Grensásvegj 3 • Sími 681144

4. Leiðréttu stöðugalla og viðhalda hreyfanleika bols, sérstaklega hvað varðar réttu (extension) og snúning (rotatio).
5. Bæta göngumynstur.
6. Bæta öndunarmynstur, þangetu (expansio) og hreyfanleika brjóst-kassa.
7. Hjálpa einstaklingnum að auka eða viðhalda sjálfstæði sínu í athöfnum daglegs lífs. Kenna heimaæfingar. Fræða ættingja um umönnun.
8. Sálræn aðstoð t.d. þegar viðkomandi þarf að sætta sig við langvarandi fötlun.
Kenna slökunaraðferð sem þetta fólk getur notað.

(sbr. Franklyn: 1986,379)

Þessi markmið eru svo að sjálfsögðu mismunandi eftir einstaklingum.

Það er mikilvægt að fólk fái hjálp og ráðgjöf frá sjúkraþjálfara eins fljótt og unnt er. Margir, sem fá greininguna Parkinson-ismus á frumstigi, fá enga meðferð eða ráðgjöf þ.e. eru "ekki nógu slæmir" til að hægt sé að réttlæta lyfjameðferð, sjúkraþjálfun eða skurðaðgerð. Þetta gæti verið rétt hvað varðar lyfjameðferð og skurðaðgerð en ekki sjúkraþjálfun. Það er auðveldara að koma í veg fyrir missi eðlilegrar hreyfingar en að ná hreyfingu eðlilegri þegar hún er horfin og óeðlilegar vanahreyfingar eru orðnar að vana. Sjúkraþjálfun í byrjun sjúkdómsins er ekki eins tímafrek og hún yrði síðar og sjúklingurinn gæti verið nokkum veginn sjálfbjarga (sbr. Cash:1977,362). Kreppur, máttleysi (dystonia), minnkuð lungnarýmd (vital capacity) og úthaldsleysi er stundum orðið það alvarlegt vandamál þegar fólk loks fer

í sjúkraþjálfun að árangur þjálfunar verður mjög lítill. Hreyfihæfing sem þáttur í forvörnum hefur þó enn ekki rutt sér til rúms (sbr. Shepherd:1980,219).

Áherslur í hreyfihæfingu parkinson-sjúklinga hafa breyst síðan nútíma lyfjameðferð kom til sögunnar. Gróft er hægt að skipta þeim í tvo flokka sem þurfa á sjúkraþjálfun að halda:

Í fyrri hópnum eru þeir sem eru óstöðugir og hafa litla stjórn á hreyfingum sem er m.a. afleiðing þess að stífleiki (rigidity) og seinvirkni (bradykinesia) hafa minnkað vegna lyfjameðferðar.

Við lyfjameðferð verður oft dramatísk minnkun á stífleika og seinvirkni. Oft verða þó eftir slæmar vanahreyfingar og líkamsstöðugallar. Hreyfivandamál hafa orðið það vanabundin að einstaklingurinn skynjar ekki lengur hvað er eðlilegt og hvað ekki. Það er eins og manneskjan hafi "gleymt" hreyfimyndunum og getur því ekki lagað þau án hjálpar (sbr O'Sullivan: 1981,272; Cash:1977,363; Shepherd: 1980,220). Hún getur t.d. ekki lengur framkvæmt ósjálfráðar hreyfingar til að ná jafnvægi þ.e. hún hefur enga reynslu haft af því lengi. Úthald hefur minnkað og hún er fljót að gefast upp við verkefni. Í kjölfar lyfjameðferðar finna sumir fyrir öðruvísi ójafnvægi miðað við það sem varð vegna stífleika og seinvirkni. Lyfjameðferðin gerir það mögulegt að bæta hreyfingu og líkamsstöðu en viðkomandi þarf einnig þjálfun í einhvern tíma til að laga sig að þessum nýju kringumstæðum og nýta til fulls þessa nýju hæfni (sbr. Shepherd: 1980,220).

Í seinni hópnum eru þeir sem þola ekki lyfjameðferðina eða þeir sem hún virkar lítið eða ekki á (Shepherd: 1980, 219).

Það fólk, sem ekki fær neinn bata af lyfjum eða endurhæfingu, þarf stöðuga umsjón í athöfnum daglegs lífs og hreyfingum. Það þarf að hvetja til að hreyfa sig sem mest og ekki láta aðra gera allt fyrir sig.

MEÐFYLGLANDI EINKENNI

Flestir parkinsonsjúklingar eru eldra fólk og almenn hrömunareinkenni í stoðkerfi líkamans eru farin að koma í ljós. Þeim mun verri sem parkinsonseinkennin eru þeim mun minni er hreyfingin og þeim mun meiri er hnignun stoðkerfisins:

- a) Vöðvar rýma og verða kraftlitdir.
- b) Styrkur raddarinnar verður minni vegna stífleika í tal- og öndunarvöðvum og skertrar hreyfingar í brjóstakassa. Lungnarýmd minnkar yfirleitt einnig og þá loka vegna minnkaðrar hreyfingar í brjóstakassanum sem verður vegna stífleika í millirifjavöðvum og mikillar beygju (flexio) í efri bol.
- c) Beineýðing (Osteoporosis) verður m.a. vegna lélegs fæðis, hreyfingarleysis og aldurs.
- d) Blóðrásarbreytingar í neðri útlimum, m.a. lélegt bláæðabakflæði vegna lítils hreyfingar.
- e) Kreppur í beygivöðvum hnjáa og mjaðma, aðfærsluvöðvum mjaðma, beygivöðvum ökkla og taa, beygivöðvum efra bols og háls, aðfærslu- og innsnúnings vöðvum arma, snúningsvöðvum (pronatorum) framhandleggja og beygivöðvum úlnliða og fingra.
- f) Beygja í hrygg (kyphosis) er algengasti stöðugallinn en hryggskekkja getur einnig myndast ef stífleiki dreifist ójafnt í bolnum.

- g) Oft þjáist þetta fólk af sársauka og verkjum sem verða oftast vegna hreyfingarleysis og stöðugalla. (O'Sullivan: 1981,263-4).

MAT

Það er enginn ákveðinn listi til yfir æfingar fyrir parkinsonsjúklinga. Þjálfunin verður einungis árangursrík ef hún er byggð á nákvæmri skoðun þeirra hreyfimynda og stöðu sem er einkennandi fyrir hvern og einn (Worm: 1980,363):

- 1) Fyrst er gert nákvæmt mat á tónusvandamálum og áhrifum þeirra á hreyfingar og líkamstöðu.
- 2) Stífleika er hægt að meta með óvirkum (passive) hreyfingum og hve mikil áhrif hann hefur á virkar (active) og ósjálfráðar hreyfingar. Þar sem tónusdreifing er oft ójöfn þarf að meta hvaða líkamshlutar hafa breyst mest. Sérstaklega þarf að gæta að misræmi tónuss í bol því að stífleiki þar getur háð manneskjunnar einna mest hvað varðar tap á hreyfigetu (og getur einnig valdið kreppum og aflögunum).
- 3) Jafnvægisviðbrögð minnka eða hverfa ef stífleiki er mikill í bol. Mælt er með nákvæmri skoðun á rétti-, jafnvægis- og varmarviðbrögðum.
- 4) Virka og óvirka hreyfiferla þarf oft að mæla.
- 5) Hreyfifærni er einnig hægt að meta með því að skoða athafnir daglegs lífs. Vandamál koma oft upp í þeim athöfnum þar sem krafist er snúnings á bol t.d. að velta sér eða snúa sér við. Einnig gengur sumum t.d. mjög illa að framkvæma tvær mismunandi hreyfingar í einu.(sbr. Benecke 1986). Það

ætti að taka tímann á því hvað mann-
eskjan er fljót að framkvæma ýmsa
hreyfiferla.

- 6) Það er mikilvægt að kynna sér fyrrum
áhugamál, hæfileika og algengustu
athafnir viðkomandi þ.e. það er mögu-
legt að koma því á einn eða annan hátt
inn í meðferðarferlið og hvetja e.t.v.
manneskjuna til betra samstarfs.
- 7) Sjúkraþjálfarinn verður loks að beina
athygli sinni vel að ástandi hjarta og
lungna. Úthald er venjulega orðið
lélegt vegna mikillar kyrrstöðu, stíf-
leika í öndunarvöðvum og mikillar
beygju í bol. Því þarf að meta þangetu
og hreyfanleika brjóstakassa og önd-
unarmynstur. Stundum þarf að fram-
kvæma öndunarpróf, sérstaklega ef
viðkomandi er kominn með stífa
kryppu (kyphosis) (O'Sullivan: 1981,
267).

MEÐFERÐ

Meðferð á að fela í sér eins mikla athafna-
semi og hreyfingar og unnt er. Það er
nauðsynlegt að skapa aðstæður sem knýja
manneskjuna til að hreyfa sig (Worm:
1980, 366). Þó er mikilvægt að finna
heppileg hlutföll milli áreynslu og hvíldar
til að viðkomandi verði ekki of þreyttur
(O'Sullivan: 1981,268).

Almennt má segja að meðferð beinist að
því að kenna einstaklingnum leiðir til að
viðhalda réttu líkamans, koma í veg fyrir
tap á hreyfigetu og koma sér upp "rútfnu"
sem gerir honum kleift að viðhalda góðum
hreyfingum brjóstakassa og þar með góðri
lungnarýmd (Shepherd: 1980,219).

Þar eð líkur eru á því að þetta fólk sé með
beineyðingu verður oft að þjálf þáð sam-
kvæmt því (O'Sullivan: 1981,269).

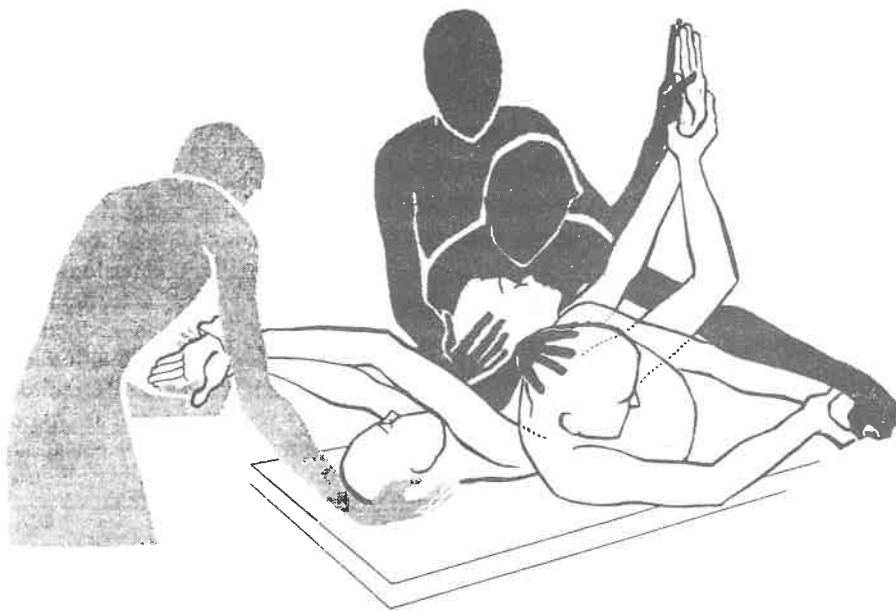
Virkar og óvirkar æfingar þarf helst að gera
nokkrum sinnum á dag. Virkar æfingar er

hægt að nota til að styrkja réttivöðvana
sem eru orðnir kraftlitlir og langir og til að
teygja á beygivöðvunum sem eru orðnir
stuttir og stífir. Sumir geta ekki framkvæmt
virkar æfingar að neinu ráði og þurfa því
virkar æfingar með aðstoð (active assi-
stive-) og óvirkar æfingar (O'Sullivan:
1981, 268).

Það er ákjósanlegt að ferilæfingar tengist
æfingum sem byggja á samsettum (recipro-
cal) hreyfimylnstrum. Leggja ætti áherslu á
rétti- (extensor), fráfærslu- (abductio) og
snúningshreyfingar. Æfingar eiga að vera
taktfastar, tvíhliða (bilateral) og síðan
samsettar og sem næst fullum ferli
(Shepherd:1980,222; O`Sullivan: 1981,
269). Munnlegar skipanir, tónlist, takt-
mælar, speglar og merkingar (trékubbar) á
gólfum eru allt hjálpartæki sem geta bætt
hreyfigetu. Einnig boltar af ýmsum stærð-
um, rimar við vegg og síðast en ekki síst
trampolín sem komið hafa að góðum
notum (sbr. Möllgaard:1988).

Sýnt hefur verið fram á að hámarksörvun
bogagangna innra eyra (canalis semi-
circularis) með hægum endurteknum
snúnings- og ruggandi hreyfingum, þar
sem áhersla er lögð á hröðun og hraða-
lækkun, hefur haft letjandi áhrif á gamma-
virkni og vöðvatónus hefur orðið eðlilegri.
Þetta gæti hafa átt sinn þátt í hve
hreyfanleiki jókst hjá fólki sem fékk svona
örvun (O'Sullivan: 1981,269).

Nokkur sérhæfð æfingaform og aðferðir
hafa reynst sérlega vel í meðferð fólks með
parkinsonismus. Þar á meðal er proprio-
ceptive neuromuscular facilitation (PNF)1,
meðferð Bobaths sem byggir á þróun
taugakerfisins (neurodevelopment method,
NDT),taktfastar hreyfingar og hóppjálfun.
Við náum mörgum þjálfunarmarkmiðum í
einu með notkun ská- og tvíhliða PNF-
mynstra. Þetta fólk nær bestum árangri
með því að æfa líkamann í heild (total
body-) og í lífeðlislegum mynstrum (mynd



1). Æfingar á mottu sem byggja á snúnings- og réttihreyfingum án þungaburðar eru einnig góðar (O'Sullivan: 1981, 270; Shepherd:1980, 222). Örvun taktfastra hreyfinga, sem fela í sér snúning, er best frá öxlum, örmum eða mjaðmagrind bæði í sitjandi og standandi stöðu. Það gefur einstaklingnum tilfinningu fyrir frelsi í hreyfingum þótt þær séu óvirkar (passive) til að byrja með (Shepherd: 1980, 222).

Kreppur: Hægt er að laga tiltekna vöðvakreppur með autogenic inhibition aðferðum eins og spennu- slaka (contract-relax) tækni sem á rætur sínar að rekja til PNF. Vöðvaslökunin er þó yfirleitt ekki nógu góð og því þarf sjúkrahjálfarinn einnig að nota hægar, taktfastar snúningshreyfingar í fullum ferli. Langvarandi óvirk (passive) teygja og/eða teygja með spelkum eða öðrum útbúnaði er stundum nauðsyn þar sem kreppur eru orðnar mjög fastar (O'Sullivan: 1981, 268).

Sumir mæla með því að fólk liggi á grúfu

til að auka réttu í bol. Sú staða er aftur á móti sjaldan þægileg eða hagnýt fyrir eldra fólk þótt hún geti komið að góðum notum fyrir það yngra. Fyrir eldra fólk er frekar mælt með æfingum í standandi stöðu þar sem armar hjálpa til við réttuna (Shepherd: 1980,223).

Skjálfti (tremor): Engin sérstök tækni er til sem dregur úr skjálfta. Eina ráðið er að gera manneskjunni skiljanlegt mikilvægi slökunar og streitultíls lífemis og að hún læri að forðast kvíða og mikla áreynslu. Þungaburður gegnum útlím dregur oft tímabundið úr skjálfta (Shepherd: 1980,223). Vöðvarafrit með endursvörun (EMG biofeedback) virðist geta komið að gagni við að draga tímabundið úr einkennum (sbr. Shumaker:1980).

Stífleiki og jafnvægisviðbrögð: Meðferð verður að beinast að því að bæta jafnvægisviðbrögð og draga úr stífleika. Hægt er að nota PNF hreyfimynstur til að örva bæði

1 PNF byggir að miklu leyti á örvun proprioceptora með því markmiði að kalla fram og/eða bæta taugastjórnun vöðva og þar með hreyfinga og bæta viðbrögð. Herman Kabat og Margaret Knott voru frumherjar þessarar kenninga og meðferðartækni (sjá nánar:Knott, M., Woss,D.E. 1968. Proprioceptive Neuromuscular Facilitation ,Patterns and Techniques, 2nd edn., Cassell.

hreyfingar útlíma og bols, hreyfingin getur byrjað sem hluti úr ferli og verið virk með aðstoð frá sjúkrahjálfaranum og aukist smám saman í ferli og hraða þar til sjúkrahjálfarinn sér einungis um að leiða hreyfinguna og hvetja til meiri virkni. Snúningsþátturinn í PNF hreyfimylnstrum dregur úr stífleika (Melnick: 1985,429).

Það er eins og þurfi stundum að "pumpa" fólk til hreyfingar þ.e.a.s. það fær nær fulla aðstoð í byrjun en tekur að lokum sjálft yfir hreyfinguna (Cash: 1977, 363-4). Æfingar og athafnir sem fela í sér þungaflutning ásamt viðeigandi hreyfingum höfuðs og bols auka hæfni einstaklingsins til að ná jafnvægi ef þyngdarmiðja hans er sett úr skorðum, sama gildir um æfingar sem bæta byrjun og takt hreyfinga (Shepherd:1980, 223). Það er mögulegt að nota taktfasta stöðugleikahjálfun (rhythmic stabilisation) ef mótstaðan eykur ekki stífleikann í bolnum (Melnick: 1985,429).

Seinvirkni: "Taktföst byrjun" (rhythmic iniation), sem er hluti af PNF aðferðinni, beinist sérstaklega að því að draga úr áhrifum seinvirkninnar og hún hefur einnig verið notuð til að bæta byrjun hreyfinga. Hún er sérstaklega árangursrík ef hjálpa þarf manneskjunni að standa á fætur (Shepherd: 1980, 222).

Bobath leggur áherslu á örvun rétti-, jafnvægis- og vararviðbragða og notar til þess æfingar sem fylgja stigþróun hreyfimylnstra. Snúningur er stór þáttur í þessum mynstrum og þessar æfingar hjálpa því til að losa um hin sterku beygimylnstur sem eru áberandi hjá þessu fólki.

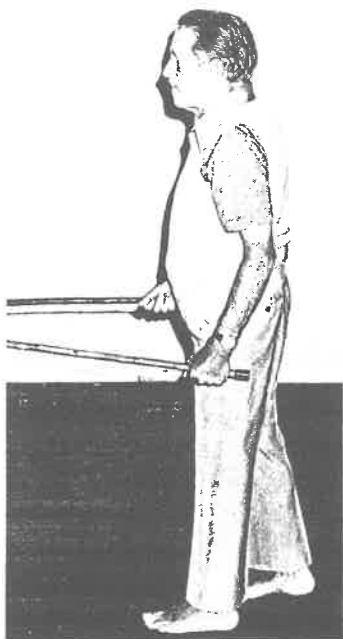
Aðferðir, sem hvetja til virkrar og ósjálfráðrar aðlögunar á líkamsstöðu hafa einnig gefið árangur, taktfastar æfingar, hreyfingar eftir tónlist, marsering, boltaleikir og leikfimiæfingar (án tækja). Ef fólk er líka látið tala eða syngja með æfingunum losar það um andlitsvöðvana. Margar þessarar æfinga er gott að gera í hóp þ.e. félags-

skapurinn og samstaðan örvar fólkið og bætir hreyfingarnar. Best er, ef fólkið í hópnum er á svipuðu stigi sjúkdómsins. Viðmót sjúkrahjálfarans verður að vera jákvætt, kraftmikið og styðjandi. Sjálfsæfingar koma yfirleitt lítið að gagni gegn seinvirkni.

Göngu- og stöðuhjálfun: Markmið gönguhjálfunar eru að bæta stirt og dragandi göngu-lag, lélega líkamsstöðu og stöðuviðbrögð. Lengja verður skref, stækka undirstöðuflöt, auka einhliða (contralateral) hreyfingu og armsveiflu og leggja áherslu á hæl-tá göngumunstur. Skreflengd og undirstöðu er t.d. hægt að þjálf með línum í gólfi, línum þvert á þær eða tilbúnum fótsporum. Sveiflufasa og þungaburð má æfa með u.þ.b. 5-7,5 sm háum kubbum sem viðkomandi gengur yfir. Viðkomandi getur haldið á tösku í annarri hendi til að lagfæra þá tilhneigingu að halla yfir á hina hliðina (slíkt ætti þó ekki að nota nema manneskjan geti ekki ráðið bót á þessu með virkri eða sjálfvirkri stjórn á líkamstöðu). Jafnvægisviðbrögð í standandi stöðu og göngu ætti að þjálf daglega. Þar eð þessu fólki hættir oft til að detta þarf að þjálf það í að standa á fætur. Hægt er að bæta heildartakt göngumynstursins mjög mikið með munnlegum skipunum, taktfastri tónlist eða taktmæli (O'Sullivan: 1981, 271).

Örvun til göngu kemur frá öxlum eða með því að þjálfarinn gengur við hliðina á manneskjunni og leggur áherslu á stapphreyfingar og snúning á líkamanum. Með tveimur kúststöftum er hægt að örva armsveiflur og snúning (mynd 2) (Shepherd:1980, 222). Stundum er hægt að draga úr hröðun í göngu með fleygum undir skó. Hjálpartæki eins og stafir o.fl. hafa ekki reynst eins vel og sumir héldu (Franklyn: 1986,380).

Ef manneskjan getur ekki byrjað hreyfingu þarf stundum ekki nema smáatriði að koma



til svo að hreyfingin verði möguleg (O'Sullivan: 1981, 270). Manneskjan getur t.d. prófað að rétta tær eða færa þunga sinn fram á við eða til hliðar. Hælar þurfa að koma vel niður í gólfið (Franklyn: 1986, 380). Armsveiflur geta einnig hjálpað til við að koma hreyfingunni af stað eða að viðkomandi gangi yfir einhvern hlut, jafnvel fmyndaðan² (Franklyn: 1986,380 ;O'Sullivan: 1981,271).

Ekki er sama hvernig maður gengur með parkinsonsjúklingi. Jafnvel þótt maður gangi rétt aðeins framan við hann getur það haft áhrif á gönguna til hins verra en ef

maður gengur t.d. rétt aðeins aftan við öxl viðkomandi virðist hann ganga betur, lengur og hafa meiri ánægju af því (Worm: 1980,368).

Stjórn höfuð- og háls-hreyfinga: Framsett höfuð og mikil beygja (flexion) brjóst-hryggjar leiða til lélegra öndunarhreyfinga, jafnvægisviðbrögð verða hægari, og þessi staða hindrar eðlilega raddbeitingu, tyggingu og kyngingu. Slíkir einstaklingar kvarta e.t.v. einnig um sársauka og óþægindi í hálsi og herðum. Viðhaldsmeðferð (conservative-) getur dregið úr þessum einkennum en einnig þjálfun eðlilegra hreyfimyndra sem sjálfkrafa getur bætt stöðu höfuðs og brjóstakassa. Athafnir sem fela í sér notkun bols og sem reyna á jafnvægi geta einnig haft víðtæk áhrif án þess að til komi sérstakar hreyfingar háls og höfuðs. Ef bati verður aftur á móti ekki sjálfkrafa er hægt að leggja áherslu á háls-hrygginn með því að nota virkar höfuð-hreyfingar með aðstoð sem samhæfðar eru svo hreyfingum líkamans í heild. Hvetja ætti fólk til að leiða efri hluta líkamans með höfuð- og háls-hreyfingum. Sérstök PNF tækni er möguleg til að ná upp mynstrum höfuðs og háls (aðferðir svipadar og við útlími) (sbr. Cash: 1977, 364).

O'Sullivan (1981,270) telur að hálskragi eða daglegt tog á háls geti hjálpað til við að leiðrétta stöðu höfuðs. Cash (1977,364)

2 Dæmi úr meðferð: Bæði dæmin eru einföld en þau sýna að það er nauðsynlegt að hlusta og horfa til að geta brugðist við ýmsum vandamálum á viðeigandi hátt.

- a) Einn skjólstæðingurinn átti í erfiðleikum með að byrja hreyfingu, sérstaklega ef hann þurfti að fara yfir gangbraut. Málið var leyst með því að festa snæri við lítið prik. Hann hafði prikið í vasanum og snærið var fest við beltið hans. Ef prikið var sett á götuna fyrir hann steig hann yfir það og byrjaði þar með hreyfinguna. Prikið var síðan dregið upp í vasann aftur. (Worm: 1980, 366).
- b) Maður einn gat ekki lengur snúið sér við ef hann var beðinn um að gera það. Hann skildi ekki lengur hreyfinguna "að snúa sér við". Ráðið við þessu var að teikna stóran hring á gólfið. Síðan stóðu maðurinn og sjúkraþjálfarinn á línunni sem var teiknuð og sjúkraþjálfarinn bað hann að ganga í burtu frá sér eftir línunni. Maðurinn kom svo að sjálfsögðu til baka til þjálfarans. Þannig var hægt að kenna honum hvað "að snúa sér við" þýddi. Hringnum var svo smám saman breytt í sporbaug og á endanum í eina línu. (Worm:1980,367).

álstur að hálskraga eigi aðeins að nota ef brýna nauðsyn beri til þar eð þeir hindri hreyfingu.

Erfiðleikar við tyggingu, kyngingu og raddbeitingu: Þessi einkenni eru oft áberandi hjá fólki sem á í erfiðleikum með að halda stjórn á höfðinu og þar sem sjúkdómurinn er langt genginn. Ís hefur verið notaður; hann hefur verið settur í munn, á tungu og framan á háls. Þannig örvar hann tunguna, andlitsvöðva og vöðva framan á hálsi og dregur m.a. úr slefu. Öndunaræfingar bæta raddbeitingu. Hvetja á fólk til að auka styrk raddarinnar og fjölda orða í hverjum andardrætti. (Cash: 1977,365).

Öndun: Ýmislegt bendir til þess að extra-pyramidal sjúkdómar eins og parkinson hafi áhrif á innöndunarvöðva í brjóst-kassa og hálsi til jafns við vöðva í útlimum og efri öndunarveg (Estenne: 1984). Parkinsonsjúklingurinn þarf að læra öndunaræfingar til að auka hreyfanleika brjóst-kassans, bæta loftskipti og draga úr hættu á lungnavandamálum (Cash: 1977, 364; O'Sullivan: 1981, 271). Leggja þarf áherslu á þindaröndun og grunnþan (basal chest expansion). Hægt er að auka liðleika í brjóstvegg með teygjum og mótstöðu á millirifjavöðva og með því að tengja saman hreyfimylnstur arma og bols við öndunaræfingar. Hægt er að hafa mikil áhrif á stjórn öndunar með munnlegri eða taktfastri örvun (O'Sullivan: 1981, 271).

Sálræn einkenni: Parkinsonsjúklingar hafa oft lítið álit á sjálfum sér og þess vegna verður oft að sýna þeim í hverju þeim hefur farið fram og þá á þann hátt sem hefur gildi fyrir þá. Oft þarf ekki meira til en t.d. að manneskjan geti gripið bolta á ný eftir mörg ár.

Samskipti þessa fólks við aðra geta farið hraðminnkandi vegna minnkandi tjáskipta-hæfileika ("grímuandlitsins") og lélegrar

hæfni til að borða. Stífleikinn og sein-virknin geta haft mikil áhrif á sálrænt ástand þess. Það ætti að kenna því kraftmiklar æfingar fyrir andlitsvöðvana fyrir framan spegil til að fá endurvarp (feedback). Æfingar sem tengjast færni í daglegu lífi og færni sem var áður en sjúkdómurinn kom til sögunnar örva einstaklinginn og draga úr þunglyndi sem er algengt hjá þessu fólki. Þetta fólk þarf oft stuðning til að setta sig við ástand sitt og hjálp til að verða virkt á ný.

Ráðleggingar heima við. Einstaklingurinn og ættingjar hans verða að skilja að hreyfingarleysi í langan tíma getur haft mjög óheppileg áhrif á hreyfigetuna. Störf heima við ættu að vera eins fjölbreytt og hægt er og fela í sér hreyfingar en ekki langa kyrrstöðu (Cash: 1977,365-6).

Oft er erfitt fyrir þetta fólk að komast á fætur á morgnana þ.e. það hefur líklega sofð að mestu leyti í sömu stellingunni alla nóttina og er orðið mjög stirt þegar það vaknar. Ef þetta er mikið vandamál þurfa þess nánustu e.t.v. að liðka manneskjuna með því að hjálpa henni að snúa efri hluta líkamans (bol). Þeir sem eru skár á sig komnir geta snúið nokkrum sinnum til beggja hliða og síðan risið upp (Cash: 1977,365-6). Einnig er hægt að setja u.þ.b. 10 sm hækkun undir höfuðgafl rúmsins (O'Sullivan: 1981,271).

Einstaklingurinn getur losað svolítið um líkamann með því að sveigja bolinn í allar áttir áður en hann stendur á fætur og fer að ganga (Cash: 1977,366). Sama gildir um sitjandi stöðu, þar getur manneskjan ruggað sér fram og aftur og hjálpað til með armsveiflum þar til þyngdarlína líkamans er komin fram fyrir hné og þá ætti að vera orðið auðveldara að standa upp.

Hægt er að setja hækkun undir stólinn eins og rúmið (O'Sullivan: 1981,271). Stundum er heppilegt að kenna ættingjum "taktfasta

byrjun" til að hjálpa einstaklingnum að standa á fætur.

"Ég skal opna fyrir þig" eða "Komdu, flýttu þér" eru dæmi um orðatiltæki sem hafa hamlandi áhrif á hreyfingar þessa fólks sama hvort þau eru vinsamleg eða skipandi sett fram. Ættingjar og aðrir ættu að forðast svona viðmót en reyna að láta manneskjuna hafa frumkvæði (Worm: 1980,367). Þolinmæði er dyggð í samskiptum við parkinsonsjúklinga.

Ferilæfingar (ROM-) er hægt að gera heima t.d. með hjálp trissu þ.e.a.s. ef seinvirkni er ekki mikil. Sársauka á að forðast þ.e. hann getur einnig valdið tognun á vefjum, örmyndun og meiri styttingu vöðva í kjölfarið (O'Sullivan: 1981, 269).

NOKKRAR GULLVÆGAR REGLUR

1. Flestum parkinsonsjúklingum finnst þægilegt að hafa mann beint á móti sér, þeim líkar samhverfan (symmetri) vel.
2. Ef maður situr við hlið parkinsonsjúklings knýr það hann frekar til víxlhreyfinga (alternative-) sem eru mun erfiðari fyrir hann að framkvæma.
3. Þessu fólki finnst betra að hafa reglur og staðla. Það verður að útskýra skilmerkilega fyrir þeim hlutina (Worm: 1981, 272).
4. Þjálfun virðist hafa betri áhrif ef fólk heldur sig í stórum dráttum við sömu æfingarnar því að það tekur tíma að æfa og útfæra æfingar svo vel sé.

Þar eð einstaklingurinn mun ekki fá bata af þessum sjúkdómi er mikilvægt að fyrstu sjúkrapjálfunarmeðferð sé fylgt eftir og það sé gripið inn í eftir því sem þörf þykir.

HEIMILDIR

Benecke, R., Rothwell, J.C., Dick, J.P.R., Day, B.L., Marsden, C.D. 1986. Performance of simultaneous movements in patients with parkinson's disease. Brain vol. 109, pp. 739-757.

Cash, J.E. 1977. Neurology for Physiotherapists. sec. ed. Faber and Faber London WCI.

Estenne, M., Hubert, M., Troyer, A. 1984. Respiratory-muscle involvement in Parkinson's disease. The New England Journal of Medicine, dec. 6., p. 1516.

Franklyn, S. 1986. An introduction to Physiotherapy for Parkinson's disease. Physiotherapy aug. pp. 379-381.

Franklyn, S., Stem, G.M. 1981. Controlled trial of physiotherapy and occupational therapy for Parkinson's disease. British Medical Journal vol. 282, june 13, pp. 1969-70.

Gibberd, F.B., Page, N.G.R., Spencer, K.M., Kinnear, E., Hawsworth, J.B. 1981. Controlled trial of physiotherapy and occupational therapy for Parkinson's disease. British Medical Journal vol. 282, 11. april, p. 1196.

Melnick, M.E. 1985. Basal ganglia disorders, metabolic, hereditary, and genetic disorders in adults. Neurological Rehabilitation. D.A. Umphred ed. pp. 416-442. C.V. Comp. St. Louis - Toronto - Princeton.

Möllgaard, I.E., Sommer, E. 1988. Den fysioterapeutiske behandling til Parkinson's sygdom. Danske fysioterapeuter. 6.tbl. bls.8-12.

O'Sullivan, S.B., Cullen, K.E., Schmitz, T.J. 1981. Parkinsonism. Physical Rehabilitation, Evaluation and treatment procedures. pp. 259-275. F.A. Davis Comp. Philadelphia.

Shepherd, R., Carr, J.H. 1980. Parkinsonism. Physiotherapy in Disorders of the Brain. pp. 210-228. William Heinemann Medical books Limited London.

Shumaker, R.G. 1980. The Response of Manual Motor Functioning in Parkinsonians to Frontal EMG Biofeedback and Progressive Relaxation. Biofeedback and Self-Regulation 5. árg., no.2.

Worm, G.M. 1980. The role of physio- and sociotherapy in the management of Parkinson's disease. Parkinson's Disease, Current progress, problems and management. U.K. Rinne, M. Klingler and G. Stamm ed. Elsevier/North Holland Biomedical Press. Amsterdam - New York.

Fyrirlestur hjá Öldrunarfræðafélagi Íslands
10. maí 1988

Torfi Magnússon taugalæknir

MULTIPLE SCLEROSIS

Multiple sclerosis er sjúkdómur sem leggst á miðtaugakerfi manna. Franski taugalæknirinn Jean-Martin Charcot lýsti sjúkdómnunum fyrstur á seinni hluta 20. aldar. Á Íslandi voru fyrstu sjúklingarnir greindir upp úr 1930 og eftir því sem best er vitað veiktist sá fyrsti árið 1904. Fram til 1985 höfðu greinst 240 sjúklingar með MS á Íslandi, þar af voru 149 konur og 91 karl. Sjúkdómurinn er algengari í dreifbýli en í þéttbýli en sá munur hefur þó minnkað frá

því um 1965. Nýgengi MS sjúkdómsins hefur lítið breyst frá því um 1920 (1).

TÍÐNI

Útbreiðsla MS sjúkdómsins er mjög mismunandi eftir löndum. Sjúkdómurinn er mjög fátíður í kringum miðbaug en tíðnin eykst eftir því sem norðar og sunnar kemur á hnöttinn. Tíðnin á Íslandi er svipuð og á Bretlandseyjum, Skandinavíu, N-Evrópu og N-Ameríku en í þessum löndum er sjúkdómurinn algengastur. Á Íslandi hafa 36,6 af hverjum 100.000 íbúum sjúkdóminn og nýgengið er 1,85/100.000/ár (1, 2).

Algengast er að sjúkdómurinn byrji hjá einstaklingum á aldrinum 15-40 ára en hann getur jafnvel byrjað hjá börnum yngri en 10 ára og hjá fólki sem komið er yfir sextugt.

ORSÖK

MS sjúkdómurinn orsakast af bólgu sem kemur á afmarkað svæði í miðtaugakerfi og/eða sjóntaug. Bólguvæðin eru stundum örmá en geta verið um 1,5 cm að þvermáli. Þegar þessi svæði eru skoðuð í smásjá kemur í ljós að auk bólgufurma sem þar sjást eru mest áberandi skemmdir í slíðri (myelín slíðri) sem umlykur taugafrumurnar. Sjálfir taugaþræðimír eru þó oftast heilir en þessar skemmdir í taugaslíðrinu valda truflun í rafleiðni taugafrumunnar og orsaka þannig einkenni sjúklings. Ekki er ljóst hver er orsök þessara skemmda í miðtaugakerfinu en sennilega er um að ræða samspil innri þátta sjúklingsins og þátta í umhverfi hans. Við rannsóknir á tvíburum kemur í ljós að ef annar eineggja tvíbura fær MS eru 30% líkur til þess að hinn fái sjúkdóminn einnig. Séu tvíburarnir ekki eineggja og annar þeirra fær MS eru um 10% líkur á því að hinn fái sjúkdóminn einnig (3).

Erfðapættir virðast þannig hafa greinileg áhrif en eitthvað fleira hlýtur að þurfa til þar sem ekki er algjör fylgni með gangi sjúkdómsins í eineggja tvíburum. Sjúkdómurinn er nær tvöfalt algengari í konum en körlum og bendir það einnig til erfðaáhrifa í sjúkdómnum.

Líklegast er talið að sjúkdómurinn stafi af samspili veirusýkingar, e.t.v. hæggengrar veirusýkingar, og viðbragða ónæmiskerfis sjúklings við sýkingunni.

EINKENNI

Þar sem skemmdir geta komið hvar sem er í miðtaugakerfi sjúklingsins er margbreytileiki einkennanna verulegur. Einkenni geta fólgt í blinduköstum eða öðrum sjóntruflunum, skyntruflun, verkjaköstum, lömum og aukinni vöðvaspennu (spastisiteti), truflun á samhæfingu hreyfinga og andlegri breytingu með taltruflun og minnisskerðingu. Auk þess er iðulega truflun á starfsemi þvagblöðrunnar og einnig getur verið til staðar kynferðislegt getuleysi.

Sjúkdómurinn getur byrjað skyndilega en algengara er þó að sjúkdómseinkennin komi smám saman og nái hámarki á nokkrum dögum. Í upphafi er algengast að einkennin batni að verulegu leyti á nokkrum vikum en þó er algengt að sjúklingurinn nái sér ekki fullkomlega. Köst geta síðan komið fljótlega á ný og eins geta liðið mörg ár eða jafnvel áratugir áður en annað kast kemur. Eftir því sem köstunum fjölga minnkar oft sá bati sem verður eftir hvert kast þannig að fötlun sjúklingsins eykst stöðugt. Stundum getur sjúkdómurinn birst sem hæg en stöðug versnun án þess að nokkuð tímabil bata komi á milli.

SJÚKDÓMSGREINING

Engin rannsóknaraðferð er til sem greint getur MS frá öðrum sjúkdómum með

vissu. Greining sjúkdómsins byggist því á mati læknisins á þeim sjúkdómseinkennum sem sjúklingurinn hefur, og eðli og gangi sjúkdómsins. Auk þess eru framkvæmdar ýmsar rannsóknir til að auðvelda greininguna.

Til að hægt sé að setja MS sjúkdómsgreiningu með vissu eru gerðar þær kröfur að sjúklingur hafi merki um 2 eða fleiri skemmdir í miðtaugakerfi eða sjóntaug og að skemmdirnar hafi ekki komið allar samtímis. Oftast er þá stuðst við þau einkenni sem sjúklingurinn hefur fengið en sumar skemmdirnar sem sjúklingurinn hefur fengið þurfa þó ekki að hafa valdið neinum einkennum (þöglar skemmdir). Þessar þöglu skemmdir er stundum hægt að sjá við sérhæfðar rannsóknir. Mænuvökvarannsóknir geta leitt í ljós breytingar sem benda til þess að bólga hafi komið í miðtaugakerfið og við rafdrátt á eggjahvíttuefnum í mænuvökvanum er stundum hægt að fá fram breytingar sem mjög styðja MS sjúkdómskenninguna.

Taugagreinisrannsóknir (evoked potentials) eru fólgnar í mælingum á taugaboðum sem berast eftir taugakerfinu og til heilans. Slíkar rannsóknir geta sýnt fram á skemmdir í miðtaugakerfinu og sjóntaug, jafnvel þær skemmdir sem sjúklingurinn hefur aldrei orðið var við (þöglar skemmdir). Aðallega eru framkvæmdar 3 tegundir mælinga, sjónvakið svar (visual evoked response, VER), heymarvakið svar (brainstem auditory evoked response, BAER) og skynvakið svar (somatosensory evoked response, SSER).

Við mælingu á sjónvöktu svari er augað ert með ljósgjafa sem venjulega er sjónvarp-skermur sem á er mynd af reitum eins og á taflborði, hvítum og svörtum. Þessir reitir víxlast á hálftrar sekúndna fresti. Við þessa ertingu myndast rafboð í auganu sem síðan berst eftir sjónbrautum og til sjónheilans. Ef skemmd af völdum MS er í sjóntauginni

truflast leiðnin og mælingarsvarið í heila kemur fram seinna en eðlilegt er. Þegar heyrnarvakið svar er mælt, er eyrað ert með hljóðgjafa í heymartólum sem sett er á höfuð sjúklingsins og hraði rafboðanna sem myndast í eyranu síðan mældur. Þegar skynvakið svar (SSER) er mælt er mældur tíminn frá því að vægt rafstuð er gefið í hönd eða fót og þar til þau rafboð sem þá myndast ná til heilans.

Tölvusneiðmyndun (computer tomography, CT) af höfði er röntgenrannsókn sem sýnir vel ýmsa sjúkdóma í heila og stundum er einnig hægt að greina sjúkdóma í mænu með þessari rannsóknaraðferð. Stundum er hægt að sýna fram á skemmdir af völdum MS sjúkdóms við slíkar myndatökur, einkum ef gefið er í æð skuggaefni sem getur farið út í hin skemmdu svæði. Oft er þó ekki hægt að greina neinar breytingar af völdum MS sjúkdóms með þessari rannsóknaraðferð.

Segulsneiðmyndun (magnetic resonance imaging, MRI) er ný rannsóknaraðferð sem mjög hefur rutt sér til rúms við greiningu ýmissa sjúkdóma á undanförmum árum. Slíkar rannsóknir eru mjög næmar við að greina skemmdir af völdum MS í heila og mænu og reyndar svo næm að hún sýnir sennilega nær allar þær skemmdir sem orðið hafa. Þau tæki sem þarf til að hægt sé að framkvæma þessar rannsóknir eru mjög dýr og slíka rannsókn er ekki hægt að framkvæma hér á landi ennþá. Segulsneyðmyndun verður þó örugglega ein helsta rannsóknaraðferðin hjá fólki með MS sjúkdóm í framtíðinni, bæði við sjúkdómsgreiningu og eins til að fylgja eftir áhrifum meðferðar.

MEÐFERÐ

MS sjúkdómurinn hefur verið mikið rannsakaður og yfir 200 aðferðir hafa verið

reyndar til að lækna hann. Engin þessara aðferða hefur þó skilað þeim árangri sem að var stefnt og engin meðferð er til sem breytir gangi sjúkdómsins svo að máli skifti. Sýnt hefur verið fram á að meðferð sem miðar að því að bæla ónæmiskerfi líkamans veldur skjótari bata hjá sjúklingum sem fengið hafa MS köst en batinn verður að öðru leyti hvorki betri né langvinnari en hjá þeim sem enga meðferð fá. Algengast er að gefa lyf sem ýmist hvetja myndun nýrnahettuhormóns (ACTH) eða lyf sem líkjast nýrnahettuhormóninu sjálfu (glucocorticoids).

Lyf þessi bæla ónæmiskerfið en hafa einnig ýmsar aukaverkanir í för með sér og langtímanotkun þeirra hefur því oft valdið nýjum sjúkdómum, sýkingum, beinbroti, vöðvamáttleysi, útlitsbreytingu o.f.l. Azatíoprín er lyf sem stundum er gefið við ákveðnum tegundum af krabbameini. Þetta lyf bælir einnig niður ónæmiskerfið og er stundum gefið sjúklingum með MS-sjúkdóm. Það er oftast gefið með sterylíjsum til að auka virkni þeirra. Cýclófosfamíð er annar flokkur krabbameinslyfja sem geta gert gagn við MS sjúkdóm. Aukaverkanir af þeim eru þó stundum alvarlegar, bæði blóðbreytingar, með fækkun á hvítum blóðkornum og blóðflögum og einnig geta þau valdið krabbameini við langtímanotkun.

Til lyfjameðferðar er gripið í undantekningartilvikum, helst ef sjúkdómurinn er hratt versnandi með alvarlegum og verulega hamlandi einkennum.

Oft er þörf á endurhæfingu og ráðgjöf um hjálpartæki og ýmis félagsleg vankvæði sem óhjákvæmilega fylgja svo alvarlegum sjúkdómi sem MS sjúkdómurinn er.

LOKAORÐ

Multiple sclerosis er ein algengasta ástæða fötlunar hjá ungu fólki. Þrátt fyrir verulegar rannsóknir á sjúkdómnum hefur hvorki tekist að sýna fram á hina raunverulegu ástæðu hans né finna meðferð sem lækni sjúkdóminn. Ekki er vitað hvernig sjúkdómurinn breiðist út eða hvaða þættir valda því að ákveðnir einstaklingar fá þennan sjúkdóm. Þannig er enn sem komið er ekki hægt að grípa til aðgerða sem fyrirbyggja gætu útbreiðslu hans.

Rannsóknir í erfðafræði, veirufræði og ómæmisfræði hefur þó fleygt fram undanfarin ár og framfarir á þeim sviðum öllum nýtast við rannsóknir á MS sjúkdómnum. Það er því mögulegt að leyndardómur MS sjúkdómsins finnist á næstu árum.

TILVITNANIR

1. John Benedikz og Hallgrímur Magnússon.
Multiple sclerosis á Íslandi. Afmælisrit MS félagsins 1988, bls 9-11.
2. Mc Alpine's Multiple sclerosis
Churchill Livingstone 1985; bls 3-46.
3. G.C.Ebers et al. A population based study of Multiple Sclerosis in twins .
N. Engl. J. Med., vol. 315, 1986; bls. 38-42.

Björg Björnsdóttir sjúkráþjálfari

MS OG SJÚKRAPJÁLFUN.

Tilgangurinn með þessari grein er að kynna fólki hversu mikilvægur þáttur sjúkráþjálfun er í heildarmeðferð MS sjúklinga. MS sjúklingar eru eins misjafnir og þeir eru margir. Orsök MS eru enn óljós og er

því ekki hægt að beina sjúkráþjálfun að þeim. Meðferðin verður því að fara eftir einkennum hjá viðkomandi einstaklingi og á hvaða stigi sjúkdómurinn er. Sjúkdóms-einkennum eru margvísleg og breytileg frá einum tíma til annars hjá sama einstaklingi. Það veldur því að oft er erfitt að halda ákveðinni áætlun í sjúkráþjálfun. Það setur einmitt áhjákvæmilega mark sitt á endurhæfingu MS sjúklinga.

Aðalmarkmið sjúkráþjálfunar við MS er að viðhalda eða auka hreyfigetu og daglega fæmi þannig, að viðkomandi geti lifað sem eðlilegustu lífi. Þetta er markmið, sem stefnt er stöðugt að og eru önnur nákvæmari markmið sett. Þau eru að:

- Hindra kreppur í liðum og styttingar í vöðvum, sinum og liðböndum
- Styrkja vöðva og hreyfingar.
- Bæta jafnvægi og samhæfingu hreyfinga.
- Draga úr ósjálfráðum hreyfingum.
- Draga úr þreytu.
- Draga úr bjúg.
- Draga úr verkjum.
- Bæta úrhald.

Ómsar kenningar eru uppi um það hvernig best er að þjálf MS sjúklinga. Sumir álíta að besta meðferðin sé að þreyta og hvíla sjúklinginn til skiptis. Íft er þá eftir stuttu en erfiðu "þjálfunarprogrami" nokkrum sinnum á dag. Alger hvíld er tekin eftir hverja lotu. Þeir sem aðhyllast þessa kenningu telja sig hafa fundið, að þeir sem fylgi þessu "programi" reglubundið hafi vægari sjúkdóm. Markmið æfinganna eru annars vegar almenn úthaldsþjálfun til þess að bæta hjarta og æðakerfi. Hins vegar að þjálf upp styrk vöðva og hreyfigetu. Aðrir telja að ofþreytu verði að forðast hjá MS sjúklingum. Langvarandi álag, sem ofþreytir sjúklinginn, geti valdið máttleysi, dofa, ósamhæfingu og auk þess valdið verra "kasti".

Þeir telja að meðferð í byrjun kasts eigi að vera alger hvíld, bæði andleg og líkamleg. Samt sem áður verði að reyna að hindra kreppur og rýrnun vöðva vegna vannotkunar.

Hvaða leið, sem valin er til þjálfunar MS sjúklings, hlýtur alltaf að þurfa að taka tillit til sjúklingsins sjálfs og hvernig hann svarar meðferðinni.

ÝMIS SJÚKDÓMSEINKENNI MS OG MISMUNANDI TEGUNDIR MEÐFERÐAR MÁTTLEYSI

Í MS verður truflun á flutningi taugaboða frá miðtaugakerfinu út í vöðvana og veldur það slappleika eða máttleysi í vöðvum. Það tap á vöðvakrafti, sem verður raunverulega vegna MS, er ekki hægt að vinna upp með æfingum. Skemmdin í miðtaugakerfinu hefur orðið varanleg. Aftur á móti er hægt að þjálfra upp þá vöðva, sem hafa slappast vegna of líttillar notkunar. Til þess eru notaðar styrkjandi æfingar. Markmiðið með þeim er að virkja sem flestar taugabrautir af þeim sem óskertar eru. Til þess að fá þessar tauga- og vöðvaæiningar í gang á ný eru ýmis áreiti notuð, t.d. mótstaða eða léttur sláttur á vöðvann.

Styrkjandi æfingar eru framkvæmdar mismunandi eftir því í hvaða ástandi vöðvarnir eru. Mjög slappir vöðvar þurfa hjálp eða mikla örvun til að framkvæma hreyfingar. Sterkari vöðvar gera frjálsar æfingar, miserfiðar, sem þeir geta sjálfir framkvæmt án hjálpar. Enn sterkari vöðvar þurfa mótstöðu til þess að ná betri árangri. Það fer því eftir ástandi og getu vöðvanna hvernig þeir eru þjálfaðir upp.

AUKIN STÍFNI Í VÖÐVUM

Margir MS sjúklingar kannast við aukna stífni í vöðvum (spasticitet/rigiditet). Hún hindrar eðlilega hreyfingu og veldur oft miklum óþægindum. Ákveðnir vöðvahópar

hafa meiri tilhneigingu en aðrir til að stífna. Sérstaklega þeir vöðvar, sem viðhalda uppréttri stöðu. Þessi aukna stífni eykur tilhneigingu til kreppu í liðum ásamt styttingu í vöðvum.

Sé aukin spennan ("spasmi") til staðar í vöðvum, þarf sjúklingurinn að nota miklu meiri orku til daglegra starfa en ella. Með því að draga úr spennunni nær hann betra valdi á hreyfingum með auknum styrk og betri samhæfingu.

ómsar aðferðir eru notaðar til að draga úr þessari stífni, t.d.:

- Ís eða köld böð. Ísbakstrar eru lagðir á einstaka vöðva til þess að draga úr "spasma" í þeim. Köld böð gefa oft góðan árangur þannig, að stífni minnkar almennt í líkamanum. Þessi áhrif geta varað í fleiri klukkutíma. Reynslan hefur sýnt að böðin þurfa ekki að vera kaldari en 15-20 C og getur verið gott að byrja með meiri hita og kæla smátt og smátt niður. Margt MS fólk verður háð sínum köldu morgunböðum til þess að halda sér gangandi yfir daginn.
- Réttar stellingar. Kenna þarf viðkomandi einstaklingi í hvaða stöðum (stellingum) stífni eykst eða minnkar. T.d. þegar fætur stífna beinir, eykst venjulega slík tilhneiging, ef legið er á bakinu en minnkar, ef legið er á hlið eða maganum.
- Rólegar taktfastar æfingar hafa slakandi áhrif á vöðva. T.d. geta vindur á bolinn oft linað stífni alveg niður í fætur.
- Almenn afslöppun með öndunaræfingum gefur almenna slökun fyrir allan líkaman.
- Hægar langvarandi teygjur losa oft vel um stífni í vöðvum, auk þess sem vöðvarnir lengjast og gefa þar af leiðandi meiri liðleika. Snöggar teygjur og ríkkir hafa aftur á móti öfug áhrif, þær valda aukinni stífni í vöðvum. Hafa þarf í huga áður en ákveðið er að reyna að draga úr

spasma, að sumir einstaklingar þurfa á sinni auknu stífni að halda til þess að halda sér uppi og geta hreyft sig.

MINNKUÐ SAMHÆFING HREYFINGA OG JAFNVÆGISLEYSI

Jafnvægið, sem ríkir milli vöðvahópa við eðlilegar aðstæður raskast, ef einstakir vöðvar missa mátt eða stífna. Með ýmsum aðferðum er reynt að vinna á móti þessari röskun.

Til þess að auka samhæfingu hreyfinga og almennt jafnvægi í líkamanum eru notaðar mismunandi þjálfunarleiðir. Þetta er mjög erfið og tímafrek þjálfun, sem kostar mikla einbeitingu sjúklingsins. Reynt er að:

- Þjálfja jafnvægisviðbrögð í mismunandi stellingum. Það er gert þannig að sjúkra-þjálfari stjakar við sjúklingnum í hinum ýmsu stellingum, t.d. krjúpandi, sitjandi eða standandi. Þetta er gert til þess að fá fram hjá honum eðlileg viðbrögð, til þess að geta haldið jafnvægi.
- Æfa viðkomandi einstakling í að nota sjónina til þess að bæta upp minnkað stöðuskyn í liðum.
- Mótstöðuæfingar. Gefin er mótstaða á bol, axlir, mjaðmir eða höfuð. Þessar æfingar stuðla að auknum stöðugleika og jafnvægi og er hægt að þjálfja þær í mismunandi stellingum eftir ástandi sjúklings.
- Ákveðnar jafnvægis- og gönguæfingar. Reynt er að þjálfja jafnvægi með því að halda ákveðnum stellingum í einhvern tíma eða framkvæma ákveðna hreyfingu og halda um leið jafnvægi. Gönguæfingar geta verið geysilega góðar jafnvægisæfingar. Æfð eru ýmis konar spor, sem reyna á jafnvægi.

ÓSJÁLFRÁÐAR HREYFINGAR

Eins og öll einkenni MS getur skjálfti komið og farið. Þessi sjúkdómseinkenni er mjög erfitt að meðhöndla. Sjúkraþjálfun miðar að því að draga úr þessum ósjálfráðu hreyfingum og að sjúklingurinn fái betur vald á hreyfingum sínum. Notaðar eru ýmsar aðferðir, t.d.:

- Að æfa og sfendurtaka ákveðin grunnhreyfimunstur. Hægt er að þjálfja vöðva til þess að framkvæma samhæfða hreyfingu með því að nota aftur og aftur taugaboðin, sem hafa áhrif á framkvæmd hreyfingarinnar. Þessar eðlilegu hreyfingar eru æfðar viðstöðulaust þangað til þær verða ásjálfráðar. Þegar það hefur tekist, eru æfingarar þyngdar með mótstöðu þannig, að viðkomandi fái betra vald á hreyfingunum við flóknari athafnir.
- Algjört hreyfingarleysi (immobilization). Hægt er að nota spelkur yfir liðamót til þess að halda þeim í ákveðnum stellingum. Þetta er gert til þess að stöðva óeðlilegar hreyfingar. Til dæmis er hægt að nota svona spelku á ökkla, sem er á stöðugri hreyfingu. Spelkan heldur ökklaum kyrrum þannig, að sjúklingurinn getur stigið á stöðugan flöt. Þetta auðveldar gang og kyrrstöðu. Samskonar spelkur er einnig hægt að nota á handleggi og hendur til þess að auðvelda fólki að matast, skrifa o.fl.
- Að þyngja ákveðinn líkamshluta til þess að auðvelda hreyfingar hans. Einnig er hægt að þyngja ákveðna hluti, sem á að vinna með t.d. hnifapör, penna, stafi o.fl.

Markmiðið með öllum þessum æfingum er að reyna að fá eins mikinn stöðugleika fyrir útlími eins og hægt er.

PREYTA

Preyta er eitt af algengustu einkennum MS. Preytueinkennum MS sjúklinga geta verið mjög ólík. Ómsar gerðir eru til af þreytu og getur einn einstaklingur fundið fyrir fleiri en einni gerð.

Dæmi um nokkrar tegundir þreytu:

- Preyta eftir líkamlegt erfiði. Þessi þreytu-tilfinning ætti að hverfa eftir góða hvíld. Möguleiki er að draga úr þessari þreytu með líkamsþjálfun.
- Preyta, sem gefur fólki þá tilfinningu að það sé að niðurlotum komið. Þessari þreytu fylgir oft þundlyndi, minnkuð matarlyst, svefntruflanir og minnkað sjálfsálit. Meðferð við þessari þreytu er helst lyfjameðferð, sálræn hópvinna og þjálfun.
- Preyta vegna daufra taugaboða. Preytan kemur fram vegna þess að taugaboðin, sem stjórna hreyfingum, vinna undir getu. Við þessu er best að leyfa sér ákveðna hvíld til þess að endurnýja styrkinn að nýju.
- Dæmigerð MS þreyta. Yfirþyrmandi þreyta, sem getur komið hvenær sem er yfir daginn og án boða á undan sér. Meðferðin er helst lyfjameðferð og hvíld.

BJÚGUR Á FÓTUM

Bjúgur er sogæðavökvi, sem hefur safnast fyrir í sogæðunum. Hægt er að reyna að draga úr bjúg með því að:

- Hafa hátt undir fótunum þannig að þyngdaraflíð hjálpi rennsli sogæðavökvans til líkamans. Gott er að gera þetta nokkrum sinnum yfir daginn og alla nóttina.
- Nota teygjusokka, sem styðja við þannig að sogæðavökvinn leki ekki út úr æðunum vegna þrýstingsins í þeim. Sokkana á ekki að nota á næturnar því þeir geta

dregið verulega úr blóðrás.

- Nota góða skó, sem þrengja ekki að fætinum.
 - Gera bjúgæfingar t.d. með því að kreppa og rétta ökkla til skiptis með hátt undir fótunum. Þannig fáum við vöðvasamdráttinn til þess að hjálpa til við að dæla sogæðavökvunum til baka.
- Hafa ber í huga að hiti eykur á bjúg vegna þess að æðamar víkka út í hitanum og þar af leiðandi kemst meiri vökví fyrir í þeim.

VERKIR

Verkir hjá MS sjúklingum geta verið af mjög mismunandi toga. Verkir vegna breyttrar líkamsstöðu, kreppu og aukinnar spennu eru algengir og eru það helstu verkjaeinkennum, sem sjúkraþjálfun getur haft áhrif á.

Algeng afleiðing kraftminnkunar í ákveðnum vöðvum er breytt líkamsstaða og óeðlilegar hreyfingar. Það getur orsakað rangt álag á vöðva og liði og framkallað verki.

Kreppur í liðum geta myndað mikinn sársauka. Mesta hættan á kreppu er, ef "spasmi" er til staðar og liður er ekki hreyfður reglulega. Það er því nauðsynlegt að fylgjast vel með hreyfingum liða og taka í taumana áður en ástandið er orðið slæmt. Spelkur eru stundum notaðar til þess að hjálpa til við að losa um kreppu.

Of mikil spennu í vöðvum getur valdið miklum óþægindum og ef hún er langvarandi getur hún orsakað vöðvabólgu. Aukin spennu í vöðva getur komið vegna of mikils eða rangs álags.

Besta meðferðin við öllum þessum einkennum er fyrst og fremst að fyrirbyggja ofálag, t.d. með því að stilla hjálpartæki í rétta hæð og kenna viðkomandi að nota

þau á réttan hátt. Einnig þarf að fylgjast vel með því hvenær tímabært er að breyta um hjálpartæki. Oft dugar þetta ekki til og þarf þá frekari aðferðir eins og heita bakstra, nudd, hljóðbylgjur, styrkjandi æfingar, slökunaræfingar og teygjur.

LÉLEGT ÚTHALD

Flestir MS sjúklingar kannast við það að hafa ekki úthald til þess, sem þá langar til eða ætla sér að gera. Úthaldið er að sumu leyti hægt að bæta með ákveðinni úthaldsþjálfun. En fólk verður að gera sér grein fyrir því, að úthaldið dvín um leið og hætt er að þjálf. Við getum ekki þjálfað úthald og geymt það til hörðu árána. Við verðum að þjálf reglulega til þess að viðhalda úthaldinu.

Við úthaldsþjálfun eru notaðar almennar styrktar- og úthaldsæfingar. Sem dæmi má nefna þjálfun á þrekhljóli, ganga, skokk og sund. Einnig eru notaðar ákveðnar úthaldsæfingar, t.d. æfingar, sem eru endurtaknar oft og með stigvaxandi hraða. Þetta eru allt æfingar, sem reyna á hjarta-, æða- og önd-unarkerfi.

ÞJÁLFUN Í DAGLEGRI FÆRNI

Eins og talað var um í byrjun greinarinnar er aðalmarkmið sjúkráþjálfunar við MS að bæta almenna færni og hreyfigetu. Áður en þjálfun hefst er nauðsynlegt að setja raunhæft markmið, sem miðast við ástand sjúklings. Markmiðið getur t.d. verið að viðkomandi geti snúið sér sjálfur í rúmi og sest upp, geti klætt sig sjálfur, hugsað um heimili, gengið tröppur o.s.frv., allt eftir því á hvaða stigi viðkomandi er.

Tapist máttur, raskist vöðvaspenna, samhæfing eða jafnvægi, verða aðferðir, sem áður voru notaðar við ákveðnar athafnir, ekki lengur nothæfar. Það er því

mikilvægur þáttur í meðferðinni að aðstoða viðkomandi við að finna nýjar aðferðir, miðað við þá hreyfigetu, sem hann ræður yfir. Síðan þarf að þjálf þessar nýju aðferðir eins mikið og unnt er til þess að fæmiskerðingin verði sem minnst.

LOKAORÐ

Að lokum vil ég leggja á það áherslu, að árangur meðferðar er að miklu leyti háður því hversu fróður og meðvitaður sjúklingur er sjálfur um sjúkdóm sinn. Sjúklingar geta hjálpað mikið til við meðferðina með því að skýra vel frá einkennum sínum og lýsa áhrifum meðferðar, hvort sem þau eru góð eða slæm. Þannig auka þeir innsýn og skilning sjúkráþjálfarans, og þjálfarinn getur stöðugt endurskoðað meðferðina til þess að finna þá leið, sem gefur bestan árangur fyrir hvern og einn. Þessi samvinna beggja aðila er því nauðsynleg til þess að vænlegur árangur náist.

Gyða Ólafsdóttir

MS HEIMILIÐ ÁLANDI 13

Aðdragandi að stofnun dagvista MS félagsins var ekki ýkja langur. Segja má að hann hafi spannað yfir u.þ.b. 6 mánuði frá því að við virkilega hófumst handa, þar til vígsla heimilisins fór fram þann 4. apríl 1986.

Upphafið að þessari hugsjón okkar og veruleika var, að við gengum á fund borgarstjóra og fórum fram á aðstoð borgarinnar til fjármögnunar húsnæðis sem við þá áttum eftir að finna. Áætlað var að við keyptum húsnæði en borgin legði í upphafi út fyrir því og við ætluðum síðan að fá að endurgreiða kaupverðið á nokkuð löngum tíma. Skilningur var einstakur og svo var

einnig um alla fyrirgreiðslu. Borgarstjóri Davíð Oddsson bauð okkur að leita fyrir okkur og sjá hvað væri á sölumarkaðnum. Ómiskonar húsnæði kom til greina frá okkar hálfu, sem við frekari athugun var óhentugt, þar til Áland 13 kom upp á borðið, að allir voru sammála. Þetta var íbúð á jarðhæð sérhönnuð fyrir fatlaða u.þ.b. 170 fermetrar auk bílskúrs, með þrem inn-göngudyrum og allt auðvitað á jafnsléttu, innangengt í bílskúr sem gerði það að verkum að við fengum þar aukalega tæplega 30 fermetra sem auðvelt var að nýta sem þjálfunarherbergi. Sem sagt eins heppilegt og hægt var.

Gerður var kaupsamningur þann 13. desember 1985 en hann hljóðaði annars vegar upp á kaup borgarinnar en hins vegar leigu til okkar sem kom sér afar vel, því að allt var miklu kostnaðarsamara en við í upphafi reiknuðum með og viðvíkjandi fjármögnunarleiðum okkar hefur borgarstjóri eflaust séð þar í gegn um, og gert ráð fyrir að við og velunnarar okkar entust ekki til kökubaksturs til lengdar.

En ekki er sopið kálið þó í ausuna sé komið. Ekki dugði að flytja inn í galtóma íbúð, meira að segja án eldavélar hvað þá annað og buddan hálfítóm. Tókum við það til bragðs að bjóða hinum ýmsu líknarfélögum kynningu á MS sjúkdómnum og félaginu og benda á nauðsyn þess að get veitt þessu fólki aðhlynningu með opnun dagvistar. Var okkur hvarvetna tekið opnum örmum.

Fljótlega bárust okkur boð um hjálp bæði hvað varðaði gjafir og fjárstyrki. Vina-hjálparkonur gáfu okkur svo að segja öll heimilistæki og vélar (eldavél, þvottavél, þurrkara, ísskáp, frystiskáp o.fl.)

Oddfellowsystur og bræður hafa sýnt okkur mikla vinsemd og umhyggju og stutt verulega við bak okkar með fjárframlögum sem gerðu okkur kleift að kaupa innbú. Einnig gáfu þau okkur margt til þjálfunar o.fl.

Kvennadeild Reykjavískurdeildar Rauða kross Íslands, tveir Kiwanisklúbbvar, Lionsklúbbar, Inner Wheel o.fl. hafa einnig lagt okkur ýmislegt til bæði hvað varðar sjúkra/iðjuþjálfunartæki og fjárstyrki og eiga allir þessir aðilar mikla þökk skilið fyrir sinn góða skilning á málefnum okkar.

Því sem ekki má gleyma voru tækifærin sem við fengum til kynningar á MS sjúkdómnum. Það voru ótal margir sem vissu ekki neitt um hvað um var að ræða né hvað MS þýddi. Kom þar ýmislegt skondið fram, þó eigi sé hægt að finna nokkuð skemmtilegt við þennan sjúkdóm en allt hefur á sér tvær eða fleiri hliðar.

Starfsemi dagvistarinnar í dag er þannig háttað að flestir koma snemma á morgnana og dvelja yfir daginn þ.e.a.s. frá kl. 8.00 - 17.00.

Morgunverður er á borðum fyrir þá sem vilja. Sumir fara í sjúkrahjálfun, sund eða í föndur. Aðrir byrja daginn á spilamennsku og sitja við þar til þeir fara heim. Tvisvar í viku er öllum gefinn kostur á að fara í sund, með sjúkrahjálfaranum okkar, ásamt aðstoðarfólki, í sundlaug Grensásdeildar Borgarspítalans. Hefur það mælst mjög vel fyrir.

Um hádegið þegar allir eru komnir til baka er hádegisverður framreiddur.

Þeir sem ekki geta farið í sund og ekki hafa tækifæri til að baða sig heima fyrir geta fengið hjálp til þess.

John Benedikz taugalækningasérfræðingur kemur daglega og geta þeir sem þurfa, leitað til hans.

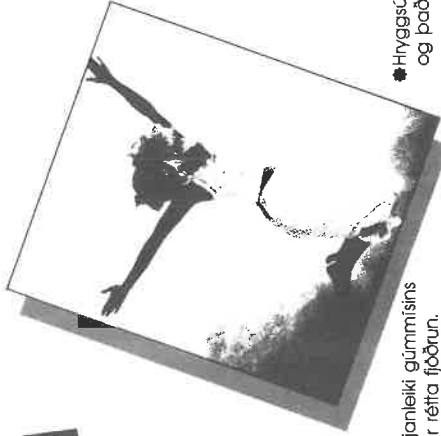
Allt starfsfólk er til mikillar fyrirmyndar og samband við sjúklingana mjög gott, allir eins og stór fjölskylda. Á sumrin er farið í skemmtiferðir út fyrir borgina, sem hafa verið til ánægjuauka fyrir þetta fólk, sem hefur takmörkuð tækifæri til ferðalaga. Nokkrar menningaferðir hafa verið farnar innan borgarinnar.

Sumir vakna eldhressir og úthvíldir

rúmdýna og rúmboin
rúmdýna og rúmboin

Dunlopillo – heilsunnar vegna!

sendum í póströfu



Latex dýna

Latex dýnan er eina dýnan á markaðnum sem gerð er úr eka náttúrugúmmí.
Latex dýnan fjáðrar vel og veitir líkamanum góðan stuðning. Þyngri líkamshlutar sökkva hæfilega djúpt í dýnuna en hún veitir jafnframt stuðning undir hina léttari.

Stabiflex rúmboin

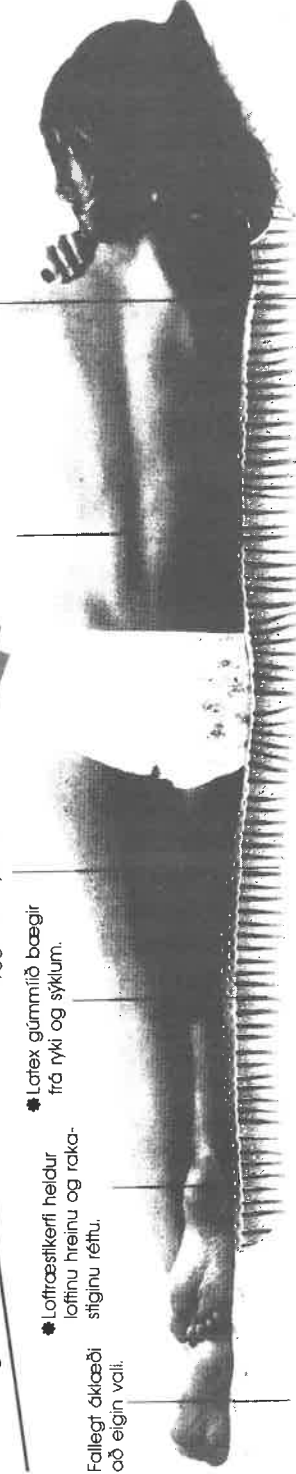
Stabiflex er einstaklega traustur og vandaður rúmboin sem hentar sérstaklega vel undir Latex dýnuna. Samspil dýnu og rúmboins er þar í fullkomnu samræmi við hreyfingar og þyngd líkamans.

- Hryggssúlan hefst bein
- Stabiflex rúmboin er sniðin undir Latex dýnuna – samvirkandi og hjóðlaust kerfi.

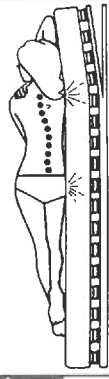
- Sveigjanleiki gúmmisins tryggir rétta fjöðrun.

- Latex gúmmíð bægir frá ryki og syklu.

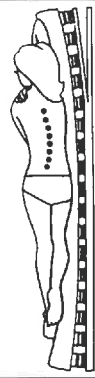
- Loftþræstikerfi hefur lofinu hreinu og rakastiginu réttu.
- Fullegt ákæði að eigin vali.



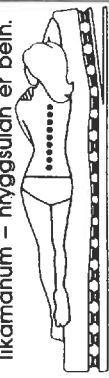
Of hörð dýna.



Of mjúk dýna.



Latex dýnan: Dýnan lagar sig að líkamanum – hryggssúlan er bein.



LYSTADÚN

SKÚTUVÖGI 11 REYKJAVÍK SÍMI 84655

- Boitramminn er gerður úr niðstærku límtré.

- Þverirlamir eru gerðir úr límtré og bogna upp á við um miðjuna – eru sveigjanlegir.

- Þverirlamir hvíla á veltiormum úr gúmmí sem hreyfast eftir þrýstingi.

- Hægt er að hækka rúmboininn undir höfði og fótum.

Pegar á heildina er litið held ég að allir séu sammála um að þetta framtak MS félagsins hefur skilað árangri og ánægju fyrir alla jafnt fyrir heimilisfólk sem og starfsfólk.

FRÉTTIR

Frá vinnustöðum:

Landsspítalinn: endurhæfingardeild: Nú eru starfandi 4 iðjuþjálfar á endurhæfingardeild Landspítalans. Nýlega hefur verið ákveðið að byggja nýtt húsnæði fyrir deildina og er áætlað að húsnæðið verði tilbúið haustið 1990. Anne Grethe Hansen hóf störf í apríl s.l.

Greiningar og ráðgjafastöð ríkisins: Steinunn Jóhannsdóttir hóf störf í mars s.l.

Sauðárkrókur: Rögnvaldur Símonarson hóf störf á sjúkrahúsinu Sauðárkróki í maí s.l.

Akureyri: Kristín Tómasdóttir hóf störf hjá þjónustuhóp aldraðra á Akureyri um áramótin s.l.

Reykjalundur: Iðjuþjálfarnir héldu fræðslufyrirlestur um tölvunotkun í endurhæfingu fyrir starfsfólk á Reykjalundi.

Styrktarfélag lamaðra og fatlaðra: Kristjana Ólafsdóttir byrjaði í 50 % starfi í febrúar s.l. Hún vinnur einnig í Hlíðaskóla. Valrós Sigurbjörnsdóttir hóf störf í mars s.l.

Egilsstaðir: Guðrún Á Einarsdóttir hóf störf á Vonarlandi í maí s.l.

Annað: Guðrún Kr. Guðfinnsdóttir og Guðrún Árnadóttir fóru á árlega ráðstefnu bandarískra iðjuþjálfara í apríl s.l. Guðrún Árnadóttir hélt fyrirlestur á ráðstefnunni um hugmyndafræði A-one og rannsóknir

tengdar því. Á fjórða hundrað manns sóttu fyrirlesturinn.

FÉLAGSSTARFSEMI

FRÆÐSLUNEFND

Finnur Bárðarson hefur bætst í hóp nefndarinnar.

Fræðslufundur veturinn 1988-1989: Fyrsti fræðslufundur vetrarins var "Þemadagur um vinnuvistfræði", haldinn 5. nóvember 1988. Sóttu hann 26 félagsmenn og miðluðu af reynslu sinni og þekkingu á þessu sviði.

Síðan Iðjuþjálfafélagið gaf út "Starfsstillingar og vinnutækni" hafa ýmsir iðjuþjálfar endurbætt það og notað til kennslu á stofnunum og utan þeirra. Þarna kom fram að nokkrir iðjuþjálfar hafa unnið mikið brautryðjendastarf með því að kenna vinnuvistfræði á vinnustöðum í sérskólum og á fleiri stöðum.

Í lok fundarins var ákveðið að setja á laggimar nefnd til að útbúa eins konar ramma fyrir iðjuþjálfara, um hvað kennsla í vinnuvistfræði á að fela í sér. Nefndin hefur lokið störfum og mun senda þessa samantekt til allra félagsmanna von bráðar.

Þessi þemadagur þótti árangursríkur en það mæltist illa fyrir að hafa hann á laugardegi. 31. janúar 1989 var annar fræðslufundur vetrarins haldinn á Greiningar- og ráðgjafastöð ríkisins í Kópavogi. Starfsemi stöðvarinnar var kynnt og iðjuþjálfar víft og breitt sögðu frá merkisatburðum og helstu nýjungum í starfsemi sinna deilda. Fundurinn var vel sóttur.

22. febrúar kom Anna Valdimarsdóttir sálfræðingur og hélt fyrirlestur um sjálfstyrkingu og gaf okkur örlitla innsýn í hvernig námskeiðin um sama efni væru uppbyggð og hugmyndafræðina á bak við þau. Fundinn sóttu um 20 iðjuþjálfar.

Fyrirhuguðum tölvudegi varð að fresta út af verkfallinu. Vonandi getum við bætt úr

því á næsta tímabili. Ef heppnin verður með okkur, fáum við danskan fyrirlesara til að fræða okkur um ýmislegt í sambandi við tölvur 1. sept. nk. Merkið við daginn í dagatalinu !!

Tillögur um fræðsluefni vel þegnar !!

KJARANEFND

Svo sem kunnugt er fóru iðjubjálfar hjá ríki ásamt 11 öðrum félögum í BHMR í verkfall þ. 06.04.89 til að leggja áherslu á kröfur sínar um endurbætt launakerfi þar sem tekið yrði meira tillit til menntunar og ábyrgðar í starfi. Einnig voru settar fram kröfur um lágmarkslaun og ýmis réttindamál.

Félögin gerðu með sér skriflegan samstarfssamning og fóru fram á sameiginlega kröfugerð og eina samninganefnd. Erfiðlega gekk að draga samninganefnd ríkisins að samningaborðinu, hvað þá að fá þá til að ræða af alvöru um málin. Fjármálaráðherra kom sjálfur inn í viðræðurnar og var deilan orðin mjög hörð og allt fór í hnút. Ráðherranefnd var skipuð og aðal mála- miðlarinn þar var forsætisráðherra. Eftir langan og erfiðan lokasprett var skrifað undir þ. 18.05.89 og hafði þá verkfall staðið í 6 vikur og einn dag.

Borgarstarfsmenn skrifuðu undir hliðstæðan samning og unnið er að ámóta samningi við sveitarfélögin og sjálfseignarstofnanir. 10 BHMR félög sem ekki voru í verkfalli hafa líka gengið frá samskonar samningi.

Afraksturinn var þessi: 1) skammtíma- samningur til júní 1990 með 10-12%

launahækkun á tímabili BSRB-samninga og endurskoðun á samninga annarra eftir það. 2) 5 ára samningur með kjaraumsóknum og loforðum um leiðréttingu á kjörum BHMR félagsmanna í áföngum í samræmi við tilefni rannsóknanna. 3) ómsar endurbætur á réttindamálum, s.s. ráðningakjörum, rétti í veikindum og barnsburðarleyfi og lífeyrisréttindum.

Margar nefndir störfuðu í verkfallinu s.s. verkfallsnefnd, kynninganefnd o.fl. og unnu margir óeigingjamt starf. Iðjubjálfar hittust tvisvar í viku til að fylgjast með gangi mála. Einnig var kaffisala og opið hús með fréttaflutningi alla virka daga, fyrst í Sóknarhúsinu og síðan í Templarahöllinni. Verkfallsútlit var á Rótinni, 1/2 klst. virka daga.

Verkfallssjóður iðjubjálfa var ekki til en stofnaður í skyndi af stjórn ÍÍ. Framlög komu frá ÍÍ, iðjubjálfum sem ekki voru í verkfalli, dönskum og norskum iðjubjálfum og vinnudeilusjóði BHMR, sem fékk sín framlög frá þeim félögum BHMR sem ekki voru í verkfalli, norrænum systursamtökum og ýmsum öðrum.

Aðalfundur BHMR var haldinn á Holliday Inn þ. 26.05.89. Á dagskrá voru venjuleg aðalfundarstörf. Stjórn var síðast kjörin til tveggja ára og situr því til næsta árs. Iðjubjálfar áttu 2 fulltrúa á fundinum.

STJÓRN

Formannafundur Norðurlandafélaganna verður haldinn í Reykjavík 11. júní 1989.

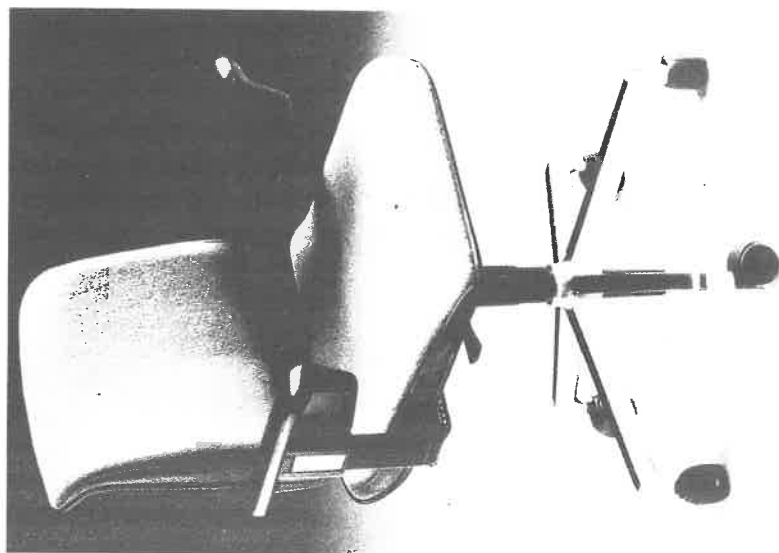
LAUSAR STÖÐUR

Borgarspítalinn 2 stöður geðdeild 1 staða Arnarholt 1 staða dagdeild Eiríksg. (geðd.)	Landsspítalinn geðdeild: 4 stöður endurh.deild: 1 afl. staða frá 1. sept. 89 í a.m.k. 5 mán. öldrun: 1 afl. staða frá 1. ágúst 89.
Breiðagerðisskóli 1 - 20% staða deildariðjupj.	Öskjuhlífðarskóli 1 - 50% staða
Dagvistun f. MS sjúkl. Álandi 13 hlutastarf	Örvi í Kópavogi 1 staða
Meðferðarheimilið að Kleifarvegi 1 staða	Tjaldanes 1/2 - 1 staða
Seljahlíð vistheimili f. aldraða 1 staða	Droplaugarstaðir 1 - 70% staða
Vinnu- og dvalarheimili Sjálfsbjargar 1 staða yfiriðjupjálfa	Dalbraut 1 staða
Félagsmálastofnun Áfangastaður, Norðurbrún 34, Rvk.	Hrafnista 1 staða
Kópavogshæli 2 stöður	Iðjulundur Akureyri 1 staða
Fjórðungsj.húsið Akureyri 2 stöður Geðdeild/Alm. deild 1/2 staða Öldrunardeild	
Auk þess hefur Kristnesspítali sýnt áhuga á að fá iðjupjálfa til starfa.	



LEYNIVOPN

GEGN VEIKINDADÖGUM, SLÖKUM AFKÖSTUM OG VANLÍÐAN



Gylmir

Leynivopnið í *Labofa* stólinum er sérstakur hreyfibúnaður, umfram það sem gerist í bestu stólum.

Hann stjórnar hægri breytingu á stöðu setunnar meðan þú situr. Svo hægri breytingu, að þú verður hennar ekki var, en hryggjariðiir þínir kunna vel að meta hana.

Þess vegna stendur þú hressari upp af *Labofa* stól en öðrum stólum.

Hreyfingin hefur dregið úr óþægindum kyrrsetunnar.

Að sjálfsgöðu er *Labofa* stóll einnig búinn öllum stilli- möguleikum sem þú þekkir, – og nokkrum að auki.

Stillingarnar eru bæði auð- stýranlegri og nákvæmari en þú átt að venjast, enda stóllinn allur hin vandaðasta smíð.

Þú kemst strax að raun um það þegar þú kemur og sérð hann í „hvíta húsinu“ okkar, rétt við Vesturlands- veginn.

HÖNNUN • GÆÐI • ÞJÓNUSTA

Þátt

KRISTJÁN SIGGEIRSSON

SKRIFSTOFUHUSGÖGN

Hesthálasi 2-4 • sími 672110

Orðsending til félagsmanna:

Það er erfitt fyrir okkur að fylgjast með félögum okkar. Þess vegna biðjum við ykkur að:

1. Tilkynna félaginu breytt heimilisfang/vinnustað, eða leiðrétt það ef rangt er með farið í blaðinu.
2. Tilkynna okkur hvenær þið hyggist ljúka námi.
3. Senda okkur nöfn og heimilisföng nýrra nema, sem við höfum ekki frétt af.

IÐJUPJÁL FAR Á ÍSLANDI í maí. 1989:

BORGARSPÍTALINN í Fossvogi, 108 Rvk. s. 696600

Iðjupjálfun B-1 s. 696369

Guðrún Kr. Guðfinnsdóttir	Eskihlíð 10 A	s. 10287
	105 Reykjavík	
Lilja Ingvarsson	Spóahólar 10	s. 670580
	111 Reykjavík	
Ingibjörg S. Ásgeirsdóttir	Valhúsabraut 27	s. 611058
	170 Seltjarnarnes	

Endurhæfingardeild, Grensás. s. 696712

Guðrún Árnadóttir	Hvassaleiti 30	s. 31086
	103 Reykjavík	
Elín Hannesdóttir	Víðihvammi 32	s. 641428
	200 Kópavogur	
Lillý Sverrisdóttir	Ljósabergi 8	s. 52485
	220 Hafnafjörður	
Unnur Jóhannesdóttir	Nóatúni 32	s. 11071
	105 Reykjavík	
Sigrún Garðarsdóttir	Hjarðarhaga 42	s. 13267
	107 Reykjavík	

LANDSPÍTALINN v/Eiríksstötu, 101 Rvk. s. 601000

Geðdeild		s. 601791/601792
Elín Ebba Ásmundsdóttir	Laugavegi 53A	s. 615683
	105 Reykjavík	
Hlín Guðjónsdóttir	Háaleitisbraut 38	s. 39234
	108 Reykjavík	
Kristín Kristjánsdóttir	Seljavegi 27	s. 23946
	101 Reykjavík	

Anna Valdimarsdóttir	Nökkvavogi 33	s. 678433
Maren Ósk Sveinbjörnsd.	104 Reykjavík	
	Asparfelli 2	s. 78824
	111 Reykjavík	

Öldrunarlækningadeild s. 602256/602257

Birgit Schov	Eiríksgötu 29	s. 602057
	101 Reykjavík	
Elsa Ingimarsdóttir	Logafold 47	s. 675323
	112 Reykjavík	
Rósa Hauksdóttir	Baldursgata 26	s. 13001
	101 Reykjavík	

Endurhæfingardeild s. 1427

Finnur Bárðarson	Barónstíg 63	s. 624563
	101 Reykjavík	
Ingibjörg Jónsdóttir	Álfatúni 7	s. 43773
	200 Kópavogur	
Irene Jensen	Barónstíg 63	s. 624563
	101 Reykjavík	
Anne Grethe Hansen	Arkarholt 10	s. 667262
	270 Mosfellsbær (frá 1.júlí)	

STYRK TARFÉL. LAMADRA OG FATL. Háaleitisbr.11-13 s. 84999

Anna S. Jónsdóttir	Austurbergi 14	s. 76564
	111 Reykjavík	
Gerður Gústavsdóttir	Gígjulundi 8	s. 656711
	210 Garðabæ	
Helga Guðjónsdóttir	Nesvegi 48	s. 17036
	107 Reykjavík	
Hrefna Óskarsdóttir	Njálsgötu 50	s. 20987
	101 Reykjavík	
Sólveig A. Karlsdóttir	Leifsgata 23	s. 13625
	101 Reykjavík	
Kristjana Ólafsdóttir	Ferjubakka 6	s. 78346
	109 Reykjavík	
Valrós Sigurbjörnsdóttir	Tómasarhaga 34	s. 13738
	107 Reykjavík	

VINNUHEIMILIÐ AÐ REYKJALUNDI. 270 Mosfellsbær s.666200/102

Guðrún Pálmadóttir	Áslandi 8	s. 667117
	270 Mosfellsbær	

Hildur Þráinsdóttir	Neðribraut 6 270 Mosfellsbær	s.666200/170
Ingibjörg Pétursdóttir	Fálkagötu 19 107 Reykjavík	s. 20027
Kristjana Fenger	Barmahlöð 50 105 Reykjavík	s. 29715
Margrét Sigurðardóttir	Sæviðarsundi 52 104 Reykjavík	s. 39288
Rannveig Baldursdóttir	Suðurrhólum 6 111 Reykjavík	s. 76796
Sigríður Hermannsdóttir	Álfaskeið 117 220 Hafnarfjörður	s. 51265
Sigríður Jónsdóttir	Efstasundi 81 104 Reykjavík	s. 35229
Sigríður Loftsdóttir	Reykjavíkurb. 29 101 Reykjavík	s. 621073

GIGTLÆKNINGASTÖÐ ÍSLANDS, Ármúla 5, 105 Rvk. s. 30760

Anna Sveinbjörnsdóttir	Bröttuhlöð 5/810 Hveragerði í Rvk.: Austurbrún 2 104 Reykjavík	s.99/4255 s. 680849
Unnur Alfreðsdóttir	Vallargerði 14 200 Kópavogur	s. 41051

GREININGAR OG RÁÐGJ.STÖÐ RÍKISINS,Digranesv.5,Kóp. s.641744

Snæfríður Þ. Egilson	Laugateigi 46 105 Reykjavík	s. 32735
Steinunn Jóhannesdóttir	Kleppsvegi 26 105 Reykjavík	s. 37585

HJÁLPARTÆKJABANKINN, Hátún 12, 105 Rvk. s.21333/21642

Jóhanna Ingólfssdóttir	Hraunhólar 8 210 Garðabæ	s. 50008 pósthólf 89
------------------------	-----------------------------	-------------------------

ÍÐJUPJÁLFAFÉLAG ÍSLANDS

Hope Knútsson	Æsufelli 4, 2F 111 Reykjavík	s. 73734
---------------	---------------------------------	----------

KLEPPSSPÍTALINN, 104 Rvk. s. 602600

Bára Sigurðardóttir	Veghúsastíg 1A 101 Reykjavík	s. 22037
---------------------	---------------------------------	----------

Sylviane L. Pétursdóttir	Marargötu 4 101 Reykjavík	s. 28594
--------------------------	------------------------------	----------

<u>HLÍÐASKÓLIS, Hamrahlíð 2, 105 Rvk.</u>		<u>s. 25080</u>
Kristjana Ólafsdóttir	Ferjubakka 6 109 Reykjavík	s. 78346

<u>MÚLABÆR, Ármúla 34, 108 Rvk.</u>		<u>s. 687122</u>
-------------------------------------	--	------------------

Peggy Helgason	Skildinganesi 22 101 Reykjavík	s. 623808
----------------	-----------------------------------	-----------

<u>TRYGGINGASTOFNUN RÍKISINS, Laugav.114, 105 Rvk.</u>		<u>s.19300/234</u>
--	--	--------------------

Björk Pálsdóttir	Stóragerði 12 108 Reykjavík	s. 687468
------------------	--------------------------------	-----------

<u>SJÚKRAHÚS AKRANES, Heiðarbr. 30, 300 Akranes</u>		<u>s.93/2311</u>
---	--	------------------

Sigrún Ásmundsdóttir	Suðurgötu 78 300 Akranes	s.93/2723
----------------------	-----------------------------	-----------

<u>VONARLAND 700 Egilsstaðir</u>		<u>s.97/11177</u>
----------------------------------	--	-------------------

Guðrún Á. Einarsdóttir	Brávellir 12 700 Egilsstaðir	
Sigríður Þorvaldsdóttir	Miðgarði 4 700 Egilsstaðir	s. 97/1554

<u>SJÚKRAHÚS SAUÐÁRKRÓKS 550 Sauðárkrókur</u>		<u>s. 95/35270</u>
---	--	--------------------

Rögnvaldur Símonarson	Víðigrund 16 550 Sauðárkrókur	s. 95/5759
-----------------------	----------------------------------	------------

<u>ÞJÓNUSTUHÓPUR ALDRAÐRA, Dvalarheimilið Hlíð Akureyri</u>		<u>s. 96/27930</u>
Kristín Tómasdóttir	Hrafnagilsstræti 22 600 Akureyri	s. 96/21084

EKKI FASTRÁÐNIR IÐJUPJÁLFAR:

Guðrún Hafsteinsdóttir	Funafold 22 112 Reykjavík	s. 675328
Jóna Kristófersdóttir	Kleppsvegi 120 104 Reykjavík	s. 34227
Ólöf Leifsdóttir	Hrísateigi 2 Reykjahreppi/641 Húsavík	s. 96/43928

Katla Kristvinsdóttir	Pingvallastræti 36	s. 96/27032
	600 Akureyri	
Kristín Sigursveinsdóttir	Garðsenda 11	s. 34009
	108 Reykjavík	

ÍSLENSKIR IÐJUPJÁLFAR ERLENDIS:

Anna G. Amardóttir	Studiegången 13-041, 416-81 Göteborg, <u>Sverige</u>
Anna Vilhjálmsdóttir	Grindtorpsvej 45, 5.hæð 1832 Täbee, <u>Sverige</u>
Ásta Guðjónsdóttir	210 Carrie Lane B 206, Redlands, CA. 92373, <u>U.S.A</u>
Bjargey Ingólfssdóttir	Overbergveien 20 1315 Nesøyja, <u>Norge</u>
Björk Steingrímsdóttir	Fynsgade 2 a 8700 Horsens, <u>Danmark</u>
Elfsabet Vernharðsdóttir	långgatan 40 652-22 Karlstad, <u>Sverige</u>
Elsa S. Þorvaldsdóttir	Valnesfjörð Heilsesportscenter 8215 Valnesförd <u>Norge</u>
Erna Magnúsdóttir	Oresundskollegiet Dalslandsgade 8, K 203 2300 København, <u>Danmark</u>
Guðbjörg D. Tryggvad.	Lollandsgade 77,st. 8000 Aarhus C, <u>Danmark</u>
Guðrún Ársælsdóttir	Irisvej 20 8722 Hedensted, <u>Danmark</u>
Guðrún Emilsdóttir	Smør-Annasgata 19 450-43 Smøgen, <u>Sverige</u>
Guðrún Stefánsdóttir	Rode Kruislaan 979 1111 ZW Diemen, <u>Holland</u>
Hallfríður Bjarnadóttir	<u>Noregur</u>
Hrafnhildur Arnkeldsdóttir	Fløytevejen 14A 22368 Lund, <u>Sverige</u>
Jóhanna Erla Eiríksdóttir	Græshavevej 8 b 2730 Herlev, <u>Danmark</u>
Kolbrún Ragnarsdóttir	Ryesgade 31 B st.t.v. 2200 København N, <u>Danmark</u>
Sigurður Sigurðsson	Møgeltøndergade 8, Vesterbro København, <u>Danmark</u>
Valborg H. Kristjánsdóttir	Nedre Møllenbergsgate 66 7043 Trondheim, <u>Norge</u>
Viðar Óskarsson	Vigerslevvej 64 2500 Valby, <u>Danmark</u>

Þóra Gestsdóttir

Þóra Leósdóttir

Þórunn Þórarinsd.

Græshavevej 8 b

2730 Herlev, Danmark

Danmark

Kännärsvägen 5, E 121

22246 Lund, Sverige

ÍÐJUPJÁLFANEMAR:

Áætluð námslok 1989:

Júní Annetta Ingimundard.

Júní Sigríður Pétursd.

Øresundkollegiet

Dalslandsgade 8, F 703

2300 København S, Danmark

Brogade 1, 1.t.h.

4700 Næstved, Danmark

Áætluð námslok 1990:

Mars Anna Ásmundsdóttir

Mars Soffía Haraldsdóttir

Júní Hrönn Guðmundsdóttir

Júní Þórhildur Sveinsd.

Rektorparken 24, 2.t.v.

2450 København S.V., Danmark

Spobergvej 112

8220 Brabrand, Danmark

1716 Alder Creek ct.

San Jose, CA. 95148, U.S.A.

Bosboom Tousamtstaat 36

1054 AT Amsterdam, Holland

Áætluð námslok 1991:

Mars Sigrún Ólafsdóttir

Júní Kolbrún Héðinsdóttir

Des. Guðbjörg Lilja Jónsd.

Børglum Kollegiet, v.6.49

Børglumvej 2, 8240 Risskov,

Århus, Danmark

Dalum Landbrugsskole, vær. 197

Odensevej 45,

5260 Odense S, Danmark

Brydes All'e 23

2300 København S, Danmark

Áætluð námslok 1992:

Mars Snæfríð Egilson

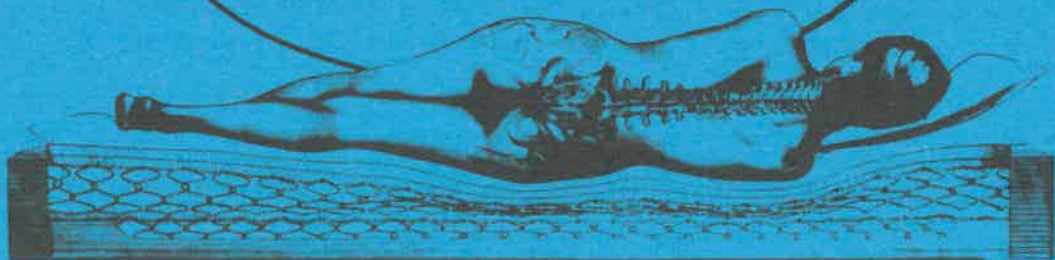
Mars Gunnhildur Gíslad.

Borgm. Jørgenssensvej 7, lej. 55

9000 Aalborg, Danmark

Århus, Danmark

DUX



BETRI SVEFN BETRI SLÖKUN

Í dag eru allir helstu fagmenn á þessu sviði á sama máli og DUX:

Fyrirmyndardýnan á að hafa mjúkt efra lag og hart neðra lag, þannig að hryggurinn hvílir alltaf í eðlilegri stellingu.

DUX hefur ávallt framleitt dýnur í samræmi við þessa reglu.

En það er fyrst með tækni framförum nútímans, sem tekist hefur að sanna að DUX-reglan býður upp á einstæðan svefn og betri slökun.

Á Karolinska sjúkrahúsinu í Stokkhólmi hefur umfangsmiklum rannsóknagögnum verið safnað saman. Í þeim kemur hvað eftir annað í ljós að DUX-dýnan ber af öðrum.

Leyndardómur DUX-dýnunnar felst í tvöfaldri fjöðrun úr sérstöku stáli.

Harður neðri hlutinn tryggir djúpfjöðrun og tekur á móti öflugum hreyfingum.

Efri hlutinn, sem er mýkri, gefur eftir þar sem hann verður fyrir þrýstingi og lagar sig þannig að líkamanum. Hann lætur undan þrýstingi frá öxlum og mjóðmum, en styður þægilega við mitti og fótleggi.

Meira en 1000 gormar eru til taks að bregðast við sérhverri hreyfingu líkamans.

Með tilliti til gæða er Dux einnig öðrum dýnum fremri. Sérhver hlutur er valinn af kostgæfni með hliðsjón af því hlutverki, sem honum er ætlað. Dýurnar gangast undir prófanir, sem jafngilda meira en tuttugu ára tillitslausri notkun.

STÆRÐIR Á DÝNUM:

90 × 2	140 × 2
105 × 2	165 × 2
120 × 2	90 × 210



HRINGID Í
27560

...og við sendum þér að kostnaðarlausu nákvæmar upplýsingar um betri og dýpri svefn í sænsku DUX hellsurúmi



MIDBÆJARMARKAÐNUM ADALSTRÆTI 9
SÍMI 27560 POST BOX 1261 REYKJAVÍK



Hvernig gengur þér

*að gera það sem áður var auðvelt, svo sem
að fara í bað, klæðast, ganga, matast,
standa upp af salerninu?*

Ef þú átt í erfiðleikum

*með þessar athafnir, hafðu þá samband við
okkur í Hjálpartækjabankanum. Við munum
aðstoða þig við að velja réttu hjálpartækin.*

*Höfum ávallt fyrirliggjandi fjölbreytt úrval
hjálpartækja.*

Sími (91)-21333.

