
BLÁÐ

12. árg. júní 1990 1. tbl.

IDJUPJÁLFAFÉLAG ÍSLANDS

DONJOY[®]

hnéspelkur sem eiga engan sinn líka



Donjoy hnéspelkur með fjögurra punkta vogaraflsátaki og tvímiðja stillanlegum spelkulið skila undraverðum árangri við endurhæfingu fólks sem hefur slasast eða gengist undir uppskurð á hné.

Sérfræðingar í stoðtækjasmíði og íþróttalækningum hjá Donjoy stoðtækjasmíðjunni í Kaliforníu hafa hannað hnéspelkur þar sem hreyfing krafta í vogarstöng er notuð til þess að vinna gegn frumorsök þess að menn geta ekki reynt á, beygt eða rétt úr hnjálið án þess að eitthvað gangi úr skorðum í hnénu. Fjörir átakspunktur í Donjoy hnéspelkunni vinna gegn því að sköflungurinn leiti fram á við og að sköflungshnúarnir hníkist til í legu sinni í hnjáliðnum. Í tvímiðja stillanlegum spelkulið er líkt eftir hreyfingum í hnjáliðnum sjálfum og sjúklingum gert kleift að beita fætinum að því marki sem talið er óhætt á meðan á endurhæfingu stendur. Donjoy hnéspelkurnar eru þannig ómetanlegt stoðtæki og henta afar vel við endurhæfingu þar sem lögð er áhersla á að sjúklingur hlífi ekki hnjáliðnum meira en brýn nauðsyn krefur.

Donjoy CE 2000 fjögurra punkta hnéspelkur eru smíðnar nákvæmlega fyrir sérhvern einstakling með fremri krosshandsáverka í hné. Hjá Össuri hl. er tekið nákvæmt mál af hnénu og það síðan sent til Donjoy stoðtækjasmíðjunnar í Kaliforníu þar sem hnéspelkurnar eru sersmíðaðar.

Náðu skjótum árangri með Donjoy



ÖSSUR

Hverfisgötu 105
101 Reykjavík
Símar 20460,
621460

ÍÐJURJÁLFAFÉLAG ÍSLANDS

BLAÐIÐ

ÍÐJUPJÁLFAFÉLAG ÍSLANDS

Pósthólf 8845

128 Reykjavík

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

EFNI: Mænuskaði

RITNEFND: Elín Hannesdóttir
Gerður Gústavsdóttir
Helga Guðjónsdóttir
Unnur Jóhannesdóttir

STJÓRN ÍÍ: Hope Knútsson formaður
Rannveig Baldursdóttir varaformaður
Valrós Sigurbjörnsdóttir gjaldkeri
Sigrún Garðarsdóttir ritari
Guðrún Kr. Guðfinnsdóttir stj.meðlimur
Kristjana Fenger varamaður
Anna Guðrún Arnardóttir varamaður

	Bls.
EFNISYFIRLIT: Mænuskaði	7
Mænuskaðar frá sjónarhóli hjúkrunarfræðinnar	11
Íðjupjálfun mænuskaðaðra	17
Mænuskaðar á Íslandi	20
Félagsleg úrræði fyrir mænuskaðaða	27
Allt er hægt ef viljinn er fyrir hendi	30
Nordisk seminar 1990	32
Fréttir	33
Lausar stöður	34
Félagatal	35

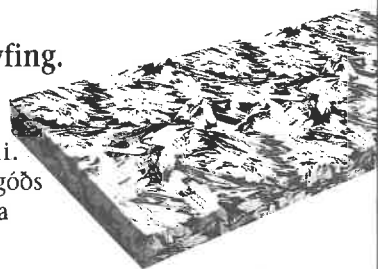


MARGIR VERJA ÞRÍÐJUNGI ÆVI SINNAR Á LYSTADÚN

Það eru ekki allir sem gera sér grein fyrir því að þeir sofa einn þriðja hluta ævi sinnar. En svefn og svefn er ekki það sama. Svefn í rúmi sem ekki hæfir þér getur orðið til þess að þú vaknir þreytt(ur) á hverjum morgni án þess að þú gerir þér grein fyrir því.

Hvöldin er jafn nauðsynleg og góð hreyfing.

Þér finnst sjálfsagt að fara vel með þig, byggja þig upp fyrir átök daglega lífsins og vera í góðu formi. Sumir synda á hverjum morgni, aðrir hlaupa eða stunda leikfimi. Allflestir gera sér grein fyrir nauðsyn réttar hvíldar og góðs mataræðis. Góð vinnuaðstaða, - stólar, borð og tæki eru líka sjálfsagðir hlutir.



En hvað þá með helsta hvíldarstaðinn - rúmið þitt?

Allir sérfræðingar eru sammála um að rúmið verði að vera sannkallaður hvíldarstaður, en dýnan verður að hæfa þér, þyngd þinni og stærð. Þess vegna er mjög mikilvægt að dýnan þín sé rétt upp byggð og með réttum rúmbotni. Þar kemur LATEX dýnan til hjálpar. LATEX dýnurnar frá Lystadún uppfylla allar þær kröfur sem fólk gerir um góðar dýnur. LATEX er unnið úr náttúrulegum efnum og í LATEX dýnum eru þúsundir holrúma sem gera lofti kleift að leika um þær og halda þannig líkamshita jafnari.

LATEX - lausn á tímum endurmats

Láttu ekki óheppilega rúmdýnu valda þér óþægindum stóran hluta ævi þinnar. Leggðu þig á LATEX dýnu og farðu vel með þig. Ný viðhorf í heilsu- og heilbrigðismálum munu stuðla að skynsamlegri lífsháttum og betri heilsu. Í því sambandi skiptir góður svefn á góðri dýnu afar miklu máli.



LYSTADÚN

Skútuvgi 11, sími 8 46 55

Opíð í sumar mánud. - föstud. frá kl. 09 - 18.

MÆNUSKAÐI

ENDURHÆFINGA- OG TAUGA- DEILD BORGARSPÍTALANS

Deildin tók formlega til starfa í byrjun ársins 1973. Starfsemin fer aðallega fram á þremur stöðum. Í aðalbyggingu Borgarspítalans í Fossvogi eru meðferðardeildir í sjúkra- og iðjuþjálfun, sem veita hinum ýmsu deildum spítalans þjónustu. Á Heilsuverndarstöðinni við Barónstíg er 24 rúma langvistunardeild. Á Grensásdeild eru endurhæfinga-, gigtar- og taugadeildir með alls 60 rúm og 10 dagvistunarpláss svo og taugarannsóknarstofa ásamt einingum í iðju-, sjúkra- og talþjálfun. Þeir félagsráðgjafar Borgarspítalans, sem annast þjónustu við vefrænar deildir tilheyra ennfremur deildinni.

Sjúklingar Grensásdeildar eru aðallega með einkenni frá heila og taugakerfi svo og með liða- og stoðkerfisvandamál. Bæklunar- og taugaskurðlækningar eru stundaðar við Borgarspítalann. Vegna þessa og með tilkomu Grensásdeildar hefur þróunin orðið sú, að sl. 17 ár hafa allir mænuskaðar komið til spítalans og bráðavandanum og endurhæfingunni verið sinnt þar. Þessu hefur verið öðruvísi farið í nágrannalöndum okkar, þar sem sjúklingar hafa í beinu framhaldi af slysinu verið fluttir á skurðlækningadeildir og svo löngu síðar inn á endurhæfingastofnanir, oft með legusár, þvagfæra-

sýkingar og kreppu, sem hafa hindrað endurhæfinguna. Fyrir nokkrum árum tók þó til starfa mænuskaðaeining á Sahlgrenska sjúkrahúsinu í Gautaborg, þar sem meðferð er sinnt frá byrjun skaða til útskriftar.

ÞVERLÖMUN

Mænuskaði er alltaf mjög alvarlegur. Skemmdin í mænunni getur verið algjör (total), þ.e.a.s. náð þvert yfir mænuna í ákveðinni hæð. Við það rofnar allt samband frá heila og til þess hluta mænu og úttauga, sem eru fyrir neðan skaðaða svæðið og svo öfugt. Við takmarkaðan skaða (partial), eyðileggst hluti af mænunni, þannig að mismikið samband er og flutningur taugaboða yfir skaðaða svæðið. Ef skaðinn verður í hálshluta mænu, verður þverlömumunin af þeirri gerð, sem kallast tetraplegia eða quadriplegia. Lömunin er í öllum útlimum. Sé hún bundin við ganglimi eina, er talað um paraplegiu. Samfara lömuninni verður tilfinningaleysi á líkamanum neðan við það svæði, sem skemmdin takmarkast af svo og lömun á þvagblöðru og þörmum. Því ofar sem skemmdin er í mænunni, því stærra svæði af líkamanum er tilfinningalaust og lamað. Um helmingur mænuskaða er í háls hlutanum og stór hluti þeirra er ekki

algjör með takmarkaðri lömun í handleggjum, en verulegri í ganglimum. Skaði í brjósthuta mænu er oftast algjör. Verði skaðinn í neðsta hluta (cauda equina) sleppa oftast margar brautir við skemmd. Almennt er talið að af hópi mænuskaddaðra séu 75% karlmenn.

Frá því Grensásdeild tók til starfa hafa yfir 80 manns hlotið mænuskaða á Íslandi og komið til endurhæfingar á deildinni. Á árunum 1973-83 voru þetta um 6-7 einstaklingar á ári, en síðustu ár u.þ.b. þrír og er þá tíðnin orðin svipuð og í nágrannalöndum okkar. Um helmingur slasaðra var innan við 30 ára aldur. Karlmenn voru í miklum meirihluta. Algengasta orsök var umferðarslys, um 60% og 80% þeirra voru úti á vegum, þar sem hreinlega var ekið út af. Fall úr mismikilli hæð er orsök skaðans í um 25% tilfella. Aðrar orsakir tengjast mismunandi íþróttum eða tómstundaáhugamálum og höggi á hnakka eða bak, t.d. við vinnu og fleira. Tæplega helmingur þeirra sköððuðu voru hjólastólabundnir eftir endurhæfingu.

MEÐFERÐ Á BRÁÐASTIGINU

Þegar komið er að slösuðum einstaklingi, er mænuskaði sennilegur, ef viðkomandi hefur sársauka í hnakka eða baki og getur ekki hreyft fætur eða útlími. Mikilvægt er að hlúa að honum og bíða flutnings á spítala með sjúkrabíl. Við komu á spítalann er gerð lækniSSkoðun og afstaða tekin til röntgenrannsóknar og hugsanlegs uppskurðar. Mænan getur verið sködduð með eða án hryggbrots. Í fyrra tilfellinu merst hún eða blæðir inn á hana,

í síðara tilfelli þrýstir aflaga bein á hana eða beinflísar stingast inn í hana. Hafi hálsliðir færst úr stað eða hryggbolir fallið saman (dislocation og angulation) er þetta lagfært með togútbúnaði eins og Gardner-Wells tångum og halo toggrind (spelku). Hálsbrot eru lagfærð með Clowards aðferð, þar sem farið er að brotinu framan frá og þeir beinhlutar, sem þrýsta á mænuna lagfærðir eða fjarlægðir og beingraft frá t.d. mjaðmakambi sett til að festa saman hryggjarboli. Skoðanir hafa verið skiptar um það, hvort skera eigi upp sjúklinga með algjöra lömun. Svokallaður "Guttsmans hópur" telur að svo eigi ekki að gera og ráðleggur legu á meðan brotin gróa. Aðrir hafa verið virkir í meðferðinni og skorið upp alla með samfall á hryggjarsbólum, hvort heldur innan háls- eða brjósthuta hryggjarsúlunnar. Síðan hafa brotin verið fest með Harringtons aðferð og búnaði. Aðalókostur aðferðarinnar hefur verið sá, að nauðsynlegt hefur verið að festa saman fleiri liðboli (5-7) en bara á brotstaðnum. Eftir uppskurð hefur sjúkl. þurft að nota hart belti (corset) á meðan brotið er að gróa. Nýjasta aðferðin við þessi brot er svokölluð transpedicular fixation-tækni (í byrjun kennd við Roy-Camille), sem er ytri festing. Tækin eru sett yfir sjálft brotið, stöðugleiki verður það góður að ekki þarf að nota corset á eftir. Aðalástæða fyrir skurðaðgerð er ekki að lagfæra brottfallseinkenni á taugakerfi, t.d. að lækna lömunina, heldur til að flýta fyrir hreyfimöguleikum (mobility), minnka sársauka, hindra aflögun á

hryggsúlu og stytta tíma á spítala. Fyrstu daga eftir slysið og upp í fjórar vikur er til staðar ástand, sem nefnist mænulost (spinal shock). Öll tauga-viðbrögð neðan skaðans eru horfin og lömunin af slappri gerð. Smám saman kemur stífni í vöðva og tauga-viðbrögð verða sjúklega lífleg (spastic). Fyrst er þagblaðran slöpp og starfsemi ristils upphafin, en þetta breytist líka. Strax eftir skyndi-meðferð læknaðiðs hefst þjálfun. Á þessu stigi er samt hjúkrúnn mikilvægust. Auk almennrar hjúkrúnar sjá hjúkrúnarfræðingar um tæmingu þvag-blöðrunnar og þarma og hindra myndun legusára með því að hafa sjúkling í velturúmi eða snúa honum á tveggja tíma fresti allan sólarhringinn.

ENDURHÆFINGIN

Hún er teymisvinna og mikið þolin-mæðisverk fyrir sjúkling, aðstandendur og starfsfólk. Teymið samanstendur af lækni, hjúkrúnarfræðingi, sjúkraliða, sjúkráþjálfara, iðjuþjálfara, félagsráðgjafa og stundum sálfræðingi. Allir þessir aðilar ásamt öðru tilkölluðu fagfólki vinnur að endurhæfingunni. Gert er ráð fyrir, að endurhæfing paraplegiusjúklings taki 4-6 mánuði og tetraplegiusjúklings um 8-12 mánuði. Þeir síðarnefndu eru oftast háðir hjálp annarra í mismunandi ríkum mæli. Markmið endurhæfingarinnar er að gera viðkomandi eins sjálfbjarga og nokkur kostur er á.

ÚTLIMALÖMUN

Strax eftir slysið er mjög erfitt að segja til um hversu mikil lömunin kemur til með að verða. Haldist hún

algjör í 1-2 sólarhringa eru miklar líkur á, að svo verði áfram um alla framtíð. Horfurnar eru mikið betri hjá þeim, sem hafa lömun að hluta. Oftast kemur í ljós bati hjá þessum hópi eftir 1-2 mánuði. Stífni (spasticity) í ganglimum getur orðið veruleg og hindrað viðkomandi einstakling, þó hann sé hjólastólsbundinn. Sjúkra- og iðjuþjálfar hafa ákveðnar aðferðir til að draga úr stífninni, t.d. með teyg-ingum og staðbundnum kælingum og æfingum. Ýmis lyf hafa spasma-leysandi áhrif. Algengust í dag eru baclofen (Lioresal), tizanidine (Sirdalud) og diazepam. Baclofen hefur verulega spasmaleysandi áhrif með litlum aukaverkunum eins og vöðvaslappleika og syfju. Það hefur þó ekki áhrif á allan spasma. Einstaka sinnum hefur spasminn verið það illviðráðanlegur, að menn hafa gripið til þess ráðs að gafa baclofen sem innrennslislyf inn í mænugöngin (intratecal í infusion). Raferting (stimulation) á mænu hefur einnig verið notuð á stundum.

BLÖÐRULÖMUN

Eftir slysið er þvagblaðran slöpp (atonic). Viðkomandi getur ekki kast-að vatni og verður að tappa af honum þvagi, annað hvort með vissu millibili (intermittent) eða með að leggja upp þvaglegg. Eftir hæð mænuskaðans koma fram tvær aðalgerðir blöðru-lömunar, svokölluð efri taugablaðra (efri neurogenic eða automatic blaðra), ef skaðinn er ofan við T11 og neðri taugablaðra (neðri neurogenic eða autonomic blaðra) við skaða í hæð við T11-L1. Eftir u.þ.b. 4 vikur

hefst blöðruþjálfun, sem hjúkrunarfræðingar sjá um. Við fyrirnefndu blöðrugerðina er stefnt að algjörri tæmingu hennar, en við þá síðarnefndu er reiknað með afgangs þvagi (residual) í blöðrunni í kringum 100 ml. Síðari ár hafa menn meir og meir farið inn á notkun einnota þvagleggja af LoFric gerð og paraplegiusjúklingum kennt að tæma sig sjálfir fjórum sinnum á sólarhring. Margt mælir með þessari aðferð, sem er tiltölulega einföld, fljótleg og tæming blöðrunnar verður algjör í hvert sinn og lítil hætta á leka þess á milli. Þau lyf, sem notuð eru til að hafa áhrif á blöðrustarfsemi, eru ýmist til að auka samdráttarhæfni hennar beint eða óbeint, eins og carbacolin, beta-blokkerar (Propanol) og alfa-blokkerar (Prazac), eða til að draga úr henni, eins og emipromium (Cetiprin) og terodilinum (Mictrol).

KYNLÍFSÞÆTTIR

Ýmsir kynlífsþættir eru háðir starfsemi mænu. Má þar nefna stífni lims (erection), samfarir (coitus), sæðisflutning og sáðlát (ejaculation) og fullnægingu (orgasm). Við mænuskaða truflast þessi starfsemi í mismunandi ríkum mæli. Í stórum dráttum má segja, að mænuskaddaðar konur geta átt eðlilegar samfarir, orðið barnshafandi og fætt börn. Vegna skynskerðingar vantar ákveðnar líffræðilegar forsendur fullnægingar. Hjá karlmanninum er vandinn meiri. Sé skaðinn að hluta, gengur kynlíf yfirleitt vel fyrir sig. Við algjöra þverlömum skiptir hæð mænuskaðans máli. Því hærri eða því ofar sem hann er í mænunni,

því auðveldari verður erectionin, en um leið minni líkur á ejaculation. Við lága skaða er þessu öfugt farið. Við skaða ofan neðsta hluta mænu (ofan sacralsvæðis), á að leggja áherslu á taugaviðbragðæartingu til reðursstöðu (erectionar). Annars beinist örvunin að höfuðtaugaertingu. 80-90% mænuskaddaðra karlmanna ættu að hafa möguleika á samförum. Helstu hindranir fyrir barnseign karlmannsins hafa verið ófullnægjandi samfarir og lélegt sæði. Frjósemi hefur verið talin um 1-5%. Með nýjustu tækni hefur tekist að bæta sæðismyndun og sæðisflutning og að koma frjósemi upp í 90%, ef skaðinn er ofan við T10. Ýmist hafa verið notaðir svokallaðir electrojectorar með rafskautum (electróðum) í endaparmi (rectum) eða svokallaðir limtitrarar (penile vibrators) til að fá fullnægjandi sæði. Í sambandi við kynlíf skiptir samspil einstaklinganna miklu máli svo og sálræni, tilfinningalegi þáttur ástálfsins. Með tækni, einföldum ráðum, breytilegum stellingum og umhyggju er unnt að komast langt á þessu sviði og fá mikið út úr kynlífi þrátt fyrir fötlun.

AÐ LOKUM

Menn lifa áfram þó að mænan skaddist. Verulegar breytingar verða þó á lífsvenjum. Aðalatriðið er samt, að lífið verði innihaldsríkt og að menn fái út úr því gleði og ánægju. Margt bendir til þess að svo hafi til tekist hjá hópi mænuskaddaðra á Íslandi og vísast í því sambandi til SEM- hópsins.

MÆNUSKAÐAR FRÁ SJÓNARHÓLI HJÚKRUNARFRÆÐINNAR

HÚÐ - legusár, þrýstingssár og legusáravarnir.

Legusár er það kallað þegar mikill þrýstingur er á ákveðið líkamssvæði. Þessi mikli þrýstingur minnkar blóðflæði til húðarinnar.

Þrýstingssár myndast yfirleitt á þeim stöðum líkamans þar sem grunnt er á bein s.s. á rófubeini, mjöðmum, sitjanda, hælum, ökkum, hnám og olnbogum. Fyrstu einkennum um þrýstingssár er bleik eða rauðleit húð eða húðlitur sem er ólíkur eðlilegum litarhætti einstaklingsins.

Legusáravarnir.

- Skipta skal reglulega um stellingar (snúningur) til að forðast mikinn þrýsting lengi á sömu líkamshluta.
- Mikilvægt er að vera alltaf í þurrum fötum. Skipta skal eins fljótt og kostur er um fót ef viðkomandi blotnar t.d. af völdum svita, þvags eða annarrar bleytu.
- Föt og rúmföt þurfa að vera úr mjúkum efnum.
- Húðin má ekki nuddast við rúmhlíðarnar.
- Mikil vökvaneysla er nauðsynleg yfir daginn því vefjapurrkur minnkar teygjanleika húðar og eykur því líkur á sáramyndun.
- Góð regla er að viðkomandi skoði

alla líkamshluta á hverjum degi t.d. á morgnana þegar hann klæðist. Við þá líkamshluta sem erfitt er að sjá s.s. rófubein og sitjanda er gott að nota spegil.

- Mælt er með að einstaklingar sem sitja í hjólastól létti þrýsting á rófubein og sitjanda á 15 mín. fresti með því að færa þungann milli hliðanna og fram og aftur. Einnig með því að lyfta sér örlítið upp úr stólum.
- Nauðsynlegt er að sitja á mjúkri sessu sem vel loftar um.

ÚTSKILNAÐUR ÚRGANGSEFNA

Hægðir

Hægðaprógramm ætti að vera stefnufast til þess að það verði árangursríkt. Viðkomandi velur sér tíma til losunar hægða sem passar inn í hans daglegu athafnir. Mörgum finnst tíminn eftir morgun- eða kvöldmat hentugastur. Með þessu er hægt að færa sér í nyt ósjálfráða svörun þarma sem verður venjulega eftir máltíðir. Þarmurinn er því þjálfaður upp í að tæma sig á ákveðnum tímum með því að koma af stað ósjálfráðum viðbrögðum (reflexum). Jafnvægi á milli mataræðis og nægrar drykkju hjálpar til þess að hægðaprógrammið verði árangursríkt. Þarmarnir verða fyrir áhrifum af

mænuskaða. Þverlamaðir einstaklingar hafa ekki stjórn á lokvöðva endaparmsins. Því er mikilvægt að þarmurinn sé tæmdur með reglulegu millibili svo ekki sé hætt á því að hann tæmist fyrirvaralaust. Þetta má tryggja með því að fara á salerni reglulega t.d. annan hvern dag. Sumir verða að nota stikkpillur (hægðalyf) eða örva tæmingu á annan hátt t.d. með því að stinga hanskaklæddum vísifingri upp í endaparm.

Hægðamýkjandi lyf eru oft notuð að staðaldri til að halda hægðum mjúkum og hjálpa til að forðast hægðatregðu.

Hægðirnar geta einnig orðið of linar. Því er nauðsynlegt að hafa samráð við lækni eða hjúkrunarfræðing við töku hægðamýkjandi lyfja svo og annarra lyfja sem gætu valdið hægðatregðu eða linun á hægðum.

Einkenni hægðatregðu:

- Andremma
- Hríf tunga
- Lystarleysi
- Ógleði
- Vindgangur
- Erfiðleikar við einbeitingu
- Sinnuleysi
- Óróleiki
- Höfuðverkur
- Eirðarleysi
- Rugl
- Svefnleysi

Orsakir hægðatregðu:

- Einhæft fæði sem inniheldur lítið af trefjum
- Lítil vökvainntekt
- Minnkuð hreyfing
- Hægðapörf ekki sinnt

Tafla yfir helstu hægðalyf:

Flokkur: Trefjaefni	Lyf: All-Bran
Rúmmálsaukandi hægðalyf	Metamucil Fiblet Hörfræ
Osmótísk hægðalyf (lyf sem halda vökva í hægðum)	Laktúlósa Magnesíum- sulphate
Mýkjandi hægðalyf	Mollax Paraffin olía
Ertandi hægðalyf	Dulcolax Toilax Senokot Prusenid Laxerolía
Stílar	Dulcolax Glycerin
Innhellislyf	Dulcolax Toilax Microlax Fosfat klyasma Klyx

ÞVAGLOSUN

Þvagleggjauppsetning framkvæmd af einstaklingnum sjálfum.

Aftöppun þvags með þvaglegg. Þvagleggur er settur upp í gegnum þvagrásina inn í blöðru og þvag tæmt út. Þvagleggurinn er síðan dreginn hægt til baka þar til blaðran er tæmd. Misjafnt er eftir einstaklingnum hvaða tegund af þvaglegg er notaður.

Hugmyndin með því að einstaklingur læri að setja upp þvaglegg sjálfur er að hann geti tappað af sér þvagi sjálfur eftir þörfum. Góð blöðrutæming minnkar hættu á þvagfærasýkingu og minnkar líkur á þvagleka. Þessi aðferð er gerð hrein en ekki steril (dauðsótthreinsuð) og því auðveldari til notkunar heima. Minni hættu er einnig á þvagfærasýkingu heldur en þegar þvagleggur liggur stöðugt uppi í blöðru.

Áður en einstaklingi er kennt að setja upp þvaglegg og sjá um að tappa af sér þvagi sjálfur verður að ganga úr skugga um að hann sé algjörlega tilbúinn til þess að annast þetta sjálfur. Einstaklingurinn verður að finna út hvaða tími hentar honum best til að tappa af sér þvagi og einnig að haga aftöppun í samræmi við vökvainntekt. Sumum nægir að tappa þvagi af á daginn en aðrir verða að tappa af þvagi einnig á nóttunni. Mikilvægt er að einstaklingur minnki vökvainntekt á kvöldin svo komast megi frekar hjá að tappa þvagi af á nóttunni. Tryggja verður einnig góðan nætursvefn 6-8 klst. Eðlilegt magn við hverja aftöppun er ca. 300-500 ml.

Inniliggjandi þvagleggur.

Í sumum tilfellum þarf einstaklingur

að hafa þvaglegg stöðugt inniliggjandi í blöðru.

Helstu ókostir eru:

- Langvarandi blöðrusýking
- Hætta á myndun þvagsteina
- Viðnám blöðru minnkar
- Þvagleggir geta einnig valdið andlegu álagi sérstaklega fyrir yngra fólk sem lítur á þá sem aðskotahlut.
- Þvagleggir geta einnig truflað kynferðisleg sambönd bæði hjá körlum og konum.

Þvaglosun gegnum kviðvegg. (Suprapubic katiter)

Þvagleggur er settur í gegnum kviðvegg beint inn í þvagblöðru og þvag þannig tæmt út. Tappi er hafður á enda þvagleggs þannig að hægt er að tappa þvagi úr blöðru eftir þörfum. Einnig er hægt að tengja þvagpoka við þvaglegginn.

Hvað er þvagfærasýking.

Þvagfærasýking er afleiðing baktería sem komast í þvagfæri, byrja að margfaldast og valda ertingu í vefjum. Þessar bakteríur er að finna í líkamnum sjálfum eða í umhverfinu.

Einkenni þvagfærasýkingar.

Nauðsynlegt er að þekkja einkenni þvagfærasýkingar og láta þá lækni eða hjúkrunarfræðing vita um einkenni s.s.:

- dökkt þvag
- illa lyktandi þvag
- gruggugt þvag
- höfuðverkur
- minnkuð matarlyst
- hrollur og hækkaður líkamshiti

Fyrirbygging þvagfærasýkingar:

- Handþvottur ! ! ! Góður handþvottur er nauðsynlegur áður en farið er að meðhöndla þvaglegg. Ákveðnar bakteríur eru til staðar á húðinni og enn aðrar haldast á húðinni eftir snertingu við annað fólk og hluti. Góður handþvottur mun fjarlægja flestar af þessum bakteríum. Með þessu er komið í veg fyrir útbreiðslu baktería á þvaglegginn sem gætu síðan komist inn í þvagfærin og valdið þvagfærasýkingu.
- Drekka nægan vökva ca. 1,5-2 lítra á dag.
- Taka lyf á tilskyldum tíma
- Gæta þess að tæma alltaf þvagblöðru
- Fylgjast vel með tærleika þvags.
- Ef einstaklingur hefur inniliggjandi þvaglegg þá gæta þess að nægilegt flæði sé um leggin.
- Hafa samband við lækni eða hjúkrunarfræðing ef minnsti grunur er á þvagfærasýkingu.

KYNLÍF

Ekki er hægt að segja um í byrjun með fullri vissu hvaða kynferðisleg vandamál þverlömum hefur í för með sér. Yfirleitt líður langur tími - jafnvel nokkrir mánuðir þar til hægt er að gera sér grein fyrir hvort og að hve miklu leyti hinar sködduðu tauga-brautir geta starfað. Einnig er afar einstaklingsbundið hvað mænuskaddaðir einstaklingar verða virkir á kynlífssviðinu. Oft líður rúmt ár þangað til áhrif lömunar á kynlífið verða ljós. Með skilningi og umhyggju viðkom-

andi aðila má undir flestum kringumstæðum komast langt í að laga það sem aflaga fer. Menn geta lifað áfram þó mæna þeirra eyðileggist. Verulegar breytingar verða þó á lífsvenjum þeirra sem þverlömum fá. Aðalatriðið er samt að lífið verði innihaldsríkt og að menn fái út úr því gleði og ánægju.

Mikill munur er á kynlífsvirkni hjá körlum og konum og verður því fjallað um málið út frá kynjum. Talað er um fulla skemmd eða skemmd að hluta til.

Þverlamaðir karlar með skemmd á mænu að hluta til eiga mun meiri möguleika á því að athafna sig kynferðislega en þeir sem eru með fulla skemmd. Hinir síðarnefndu eiga þó einnig möguleika á því að njóta sín kynferðislega. Þá er mikilvægt að einhver tilfinning sé í kynfærunum. Rannsóknir (árið 1986) sýna að:

- Flestum lömuðum með algjöra skemmd á mænu og ósjálfráða vöðvasamdrætti í ganglimum getur staðið við ósjálfrátt viðbragð. Sumum stendur auðveldlega án snertingar, öðrum stendur þegar limurinn er snertur eða þegar skipt er um þvaglegg.
- Þegar um hlutaskemmd er að ræða eru möguleikar mun meiri á því að lifa eðlilegu kynlífi. Hins vegar gildir um alla þverlamaða einstaklinga að langur tími getur liðið áður en hægt er að lifa kynlífi og því er þörf á þolinmæði.

Mænuskaddaður karlmaður á oft erfitt með að uppfylla væntingar sem gerðar eru til hans sem karlmanns. Hann verður oft að afsala sér hluta af frum-

kvæði því sem hann hefur vanist og þetta getur valdið erfiðleikum í kynlífinu. Erfiðleikar sem þessir eru af sálrænum toga spunnir og einstaklingurinn verður að leggja nýtt mat á sjálfan sig og stöðu sína sem karlmaður til þess að geta komist yfir erfiðleikana. Hann verður t.d. að temja sér nýjar aðferðir til að komast í samband við hitt kynið.

Kona með þverlömum á auðveldara með að lifa kynlífi en karl með samskonar lömun. Kona með fullan mænuskaða getur hins vegar ekki búist við að fá fullnægingu. Aftur á móti getur hún orðið barnshafandi og fæðingar eru yfirleitt eðlilegar. Mænusködduð kona á oft auðveldara með að laga fötlun sína að hefðbundnu kynhlutverki konunnar. Frumkvæðis er ef til vill ekki krafist af henni í jafn miklum mæli og karlmanninum. Sjálft kynlífið er meira en einföld tæknileg athöfn, sem snýst um kynfærin, samfarir og fullnægingu. Hljýjar tilfinningar, snerting, atlot - allt þetta tengist kynlífinu, eins þó samfarir eigi sér ekki stað. Fullnæging þarf ekki heldur að vera háð því að tilfinningin sé í kynfærunum. Hún getur tengst öðrum líkamshlutum og færst yfir á huglæga sviðið með hjálp ímyndunarafslins. Það er ekkert því til fyrirstöðu að þverlamað fólk geti notið kynlífs rétt eins og aðrir.

NÆRING

Mikilvægt er að veita líkamanum öll nauðsynleg næringarefni þ.e. orkuefni, fjörefni (vítamín), steinefni, prótein, sölt, vatn og trefjaefni.

Trefjar er fjölsykrur sem við getum ekki leyst upp - brotið niður og fara því ómeltar gegnum meltingarveginn. Trefjar auka hreyfingar meltingarvegs. Öll meltingin gengur því hraðar fyrir sig. Trefjar draga í sig mikinn vökva og mýkja því hægðir. Trefjar er helst að fá úr jurtaríkinu s.s. úr ávöxtum, kornmat og berjum.

Þeir sem hafa minnkaða hreyfigetu hafa einnig minnkaða orkuþörf en hafa aukna þörf fyrir bætiefni og trefjar.

Hvernig má auka neyslu trefjaríkra efna.

- Velja trefjaríkt brauð s.s. heilkornsbrauð og klíðisbrauð í staðinn fyrir heilhveitibrauð og hveitibrauð.
- Velja trefjaríkt morgunverðarkorn s.s. All-bran, hafragraut, Weetabix í stað Cocoa Puffs.
- Nota heilhveiti og heilkornsmjöl í matargerð í staðinn fyrir hvítt hveiti.
- Velja trefjaríkar kextegundir s.s. gróft heilhveitikex og rúgkex í stað matarkex og tekex úr hvítu hveiti.
- Auka neyslu grænmetis og ávaxta.

Hafa skal í huga þegar byrjað er að auka neyslu trefjaríkrar fæðu að mikilvægt er að byrja hægt og dreifa neyslunni jafnt yfir daginn. Ef við erum óvön mikilli trefjaefnaneyslu getur hún valdið uppþembu og vindgangi. Það lagast eftir nokkurn tíma. Forðast skal fínunnin kolvetni þ.e. neyslu á sælgæti, sykri, sætum kökum og gosdrykkjum og annari fæðu sem inniheldur mikið magn af sykri og lítið magn af trefjaefnum.

Forðast skal óreglulegar máltíðir.

Mikil neysla mjólkurafurða er stemm-
andi. Hæfileg neysla fyrir fullorðna er
1/2 lítri á dag.

Vökvaneysla.

Mikilvægt er að drekka nægan vökva
þegar borðuð er trefjarík fæða.
Æskileg vökvaneysla á dag er um 2
lítrar eða ca. 6-8 glös af vökva.

Vatn er best við þorsta og æskilegasti
drykkurinn. Þegar verið er að tala
um vökvaneyslu þá er átt við heildar-
neyslu af öllum vökva sem drukkinn
er þ.e. vatni, mjólk, ávaxtasöfum,
kaffi, te o.s.frv.

Almennar ráðleggingar:

1. Sleppa ekki úr máltíðum.
2. Borða aldrei stórar máltíðir.
3. Borða ekki rétt áður en farið er
að sofa.
4. Gefa sér tíma til að borða.
5. Mikilvægt er að vera í réttri kjör-
þyngd.
6. Hreyfing er öllum holl. Fá réttar
leiðbeiningar hvernig best er að
standa að þeim.
7. Forðast skal mikla neyslu á sykri,
salti og fitu.
8. Borða fjölbreytta fæðu úr öllum
fæðuflokkum í máltíð dagsins.

IÐJUPJÁLFUN MÆNUSKAÐAÐRA

Þessi grein var skrifuð að beiðni SEM-hópsins og birtist í DV þann 22. 5. 1989

Meðferð iðjupjálfa við mænuskaða felst fyrst og fremst í þjálfun í athöfn-um daglegs lífs (ADL), þjálfun og styrkingu vöðva til að gera ADL mögulegt, mati á hjálpartækjapörf og þjálfun í notkun hjálpartækja, gerð spelka og þjálfun í notkun þeirra, auk þess að veita stuðning og aðstoð við að aðlagast fötuninni.

Undir hugtakið athafnir daglegs lífs fellur nánast allt sem einstaklingur gerir, þ.e. persónuleg snyrting, klæðnaður, flutningur í og úr hjólastól, borðhald, heimilisstörf, atvinna og tómstundir. Til þess að geta framkvæmt þessar athafnir þurfa mænuskaðaðir einstaklingar oft að nota hjálpartæki, s.s. flutningsbretti til að flytja sig í og úr hjólastól eða spelkur til að auka hreyfingar eða koma í stað fínhyfinga handa, t.d. til að hneppa. Einnig er oft nauðsynlegt að breyta eða aðlaga fatnað til að auðveldara sé að klæðast. Hér er t.d. um að ræða að setja hanka innan í buxur til að toga þær upp með og hring í rennilása sem þumalfingri er stungið í til að renna upp, því oft eru fínhyf-

ingar handa mjög litlar eða engar.

Mjög misjafnt er hversu mikið vægi einstakir þættir ADL hafa í meðferð, allt eftir því hvar mænan hefur skaddast og hversu mikla hreyfigetu einstaklingurinn hefur. Einnig verður að meta með hinum mænuskaðaða hvaða þættir ADL eru honum mikilvægastir því hugsanlegt er t.d. að svo mikil orka fari í að þvo sér og klæðast að viðkomandi verði hreinlega að leggja sig á eftir. Í þessu tilfelli væri e.t.v. raunhæfara fyrir einstaklinginn að fá aðstoð við þessa þætti en geta í staðinn unnið hálfan eða allan daginn.

Hins vegar er mikilvægt að einstaklingurinn læri aðferðirnar og geti þveg-ið sér og klætt sig til að geta haft val um hvort hann vill aðstoð í það og það skipti.

MÆNUSKAÐI EÐA MÆNUSKAÐI ...

Til að sýna hversu ólík vandamál við er að glíma og þann mikla mun sem er á áherslu í þjálfun, eftir því hvar mænan er sködduð, ætla ég að taka dæmi um þjálfun þriggja einstaklinga með misháa skaða.

Fyrst er um að ræða einstakling með mænuskaða á mótis við hálslið 4. Hann getur einungis hreyft höfuðið og lyft öxlum upp. Oft þarf hann að nota einhvers konar tæki til að aðstoða við

öndun en ekki endilega allan sólarhringinn. Hann þarf aðstoð við persónulega snyrtingu, klæðnað, borðhald o.s.frv. en hann getur engu að síður haft heilmikil áhrif á umhverfi sitt. Með örri þróun tölvutækni aukast möguleikar þessara einstaklinga á notkun umhverfisstjórnunartækja (til að kveikja og slökkva ljós, á sjónvarpi, tala í síma o.s.frv.) og tölva, jafnvel til atvinnu. Markmið iðjubjálfunar í þessu tilviki eru að þjálfa þá vöðva og hreyfingar sem hægt er að nýta til að stjórna rofum tengdum umhverfisstjórnunartæki, tölvu eða munnpinna, ásamt því að meta, prófa og þjálfa notkun heppilegustu rofanna fyrir ofan nefnd tæki. Einnig þarf að velja heppilegan rafdrifinn hjólastól, rofa og stýriþinna á hann og þjálfa einstaklinginn í notkun hans.

Lítum síðan á einstakling með lægri skaða, eða á móts við hálslið 6. Almennt þýðir það að hann hefur enga hreyfingu í ganglimum, lélegt setjafnvægi vegna lélegra vöðva í bol, ekkert grip í höndum né fínhyrvingar fingra. Markmið iðjubjálfunar væri að viðkomandi gæti sjálfur annast persónulega snyrtingu, klæðnað, einhver heimilisstörf, s.s. matseld og létt þrif, með eða án spelka og hjálpartækja og auk þess unnið utan heimilis.

Í þessu tilviki fer mikill tími og orka í þjálfun persónulegrar snyrtingar og klæðnaðar í upphafi meðferðar. Það þarf að hanna og búa til spelkur til að gera þessar athafnir mögulegar og æfa notkun þeirra. Eftir því sem einstaklingurinn verður meira sjálfbjarga í þessum atriðum þarf að huga að öðrum þáttum daglegs lífs, s.s.

heimilishaldi ef við á, kennslu orkusparandi vinnuaðferða, æfingu í notkun spelka og hjálpartækja, atvinnu og tómstundum.

Eins og áður sagði er mjög mikilvægt að hafa samráð við hinn mænuskaðaða um hvaða þætti ADL eigi að leggja áherslu á. Það kann að vera til of mikils ætlast að einstaklingurinn geri alla þá hluti daglegs lífs sem hann getur daglega vegna þess að þeir taka e.t.v. of mikinn tíma og orku og þarf því að ákveða forgangsröð, - hvað er einstaklingnum mikilvægast að geta gert?

Þriðja dæmið er einstaklingur með skaða á móts við brjóstlið 2. Hann hefur allgott setjafnvægi, auk þess sem handleggir og hendur hafa fulla hreyfigetu. Hér væri minni áhersla lögð á þjálfun í persónulegri snyrtingu og klæðnaði þar sem ekki ættu að vera svo mikil vandamál með þau atriði. Hins vegar væri mikil áhersla lögð á aðra þætti ADL, þ.e. heimilishald og atvinnu. Tengt þessu væri leiðsögn í orkusparandi vinnubrögðum og vinnustellingum, þjálfun til að snúa aftur út á vinnumarkað og hugsanlega athugun á vinnustað með tilliti til aðlögunar eða breytingar á vinnuumhverfi. Auk þess þyrfti að sjálfsögu að athuga heimilisaðstæður og hvaða breytingar þyrfti að gera þar.

Af þessu má sjá að mjög ólík vandamál blasa við mænusköðuðum einstaklingum, allt eftir því hvar mænan hefur skaddast. Eitt er þó sameiginlegt með þessum einstaklingum en það er að ósjálfráða taugakerfið fer úr skorðum. Í upphafi hefur einstaklingurinn í mörgum tilfellum enga

stjórn á þvagblöðru og hægðum, hita-
jafnvægi líkamans fer úr lagi, svitakóf
og kuldaþrollur sprettur út og fólk fær
óvænt yfirliðatilfinningu. Mörgum
reynist mjög erfitt að sætta sig við
þessa truflun á ósjálfráða taugakerfinu
en flestir aðlagast þessu, læra að
þekkja einkennin og gera viðeigandi
ráðstafanir. En það má ekki gleymast
að það er fleira en líkamlegt ástand
sem breytist í fyrstu við mænuskaða.
Fótunum er ekki eingöngu kippt und-
an einstaklingnum í orðsins fyllstu
merkingu heldur í raun allri veröldinni
- íbúðar- og atvinnuhúsnæði reynist
skyndilega óaðgengilegt, í mörgum til-
fellum er ekki mögulegt að stunda
fyrri atvinnu og e.t.v. allar fyrri vænt-
ingar að engu orðnar. Það er því ekki
óeðlilegt að einstaklingur, sem hlýtur
mænuskaða, verði fyrir andlegu áfalli,
fyllist reiði, afneitun, þunglyndi og fari
í gegnum hin klassísku stig missis (sbr.
kenningar E. Kübler-Ross).

Miklu máli skiptir að styðja einstakl-
inginn í að vinna sig í gegnum þessar
tilfinningar til að verða sáttur við
ástand sitt og aðlagast því. Inn í þessa
andlegu þætti spilar mikið persónu-
leiki, viljastyrkur og gildismat einstakl-
ingsins, m.a. hvaða augum hann lítur
á fötlun. Einnig hefur mikið að segja
hversu mikinn stuðning er að fá frá
ættingjum og vinum.

HVAÐ SVO?

Þegar líða tekur á endurhæfinguna
þarf að huga að búsetu- og íbúðar-
málum. Ef einstaklingurinn á íbúð
þarf að athuga hvort hún sé hentug
fyrir hjólastólsnotanda og ef ekki
hvort hægt sé að breyta henni þannig

að hún henti. Metin er þörf fyrir
hjálpartæki og kennd notkun þeirra.
Grensásdeild Borgarspítalans hefur
afnot af áfangaíbúð sem er sérútbúin
fyrir mænuskaða. Þar geta einstakl-
ingar búið í 6-12 mánuði eftir útskrift.
Þetta er hugsað sem aðlögunar- og
biðtími þar til fólk kemst í varanlegt
húsnæði.

Annað sem huga þarf að er breyt-
ingar- og hjálpartæki í bifreið. Stund-
um þarf að aðstoða við val á nýrri
bifreið og taka þá tillit til hversu
mikla hreyfigetu einstaklingurinn hef-
ur, t.d. hvort hann getur flutt sig inn
í bílinn og sett stólinn inn líka og þá
notað venjulegan fólksbíl eða hvort
hann þarf sendibifreið með rafknúnum
lyftara og sérútbúnu öikumannssæti.
Einnig þarf að meta og prófa hvaða
hnúður eða handfang á stýrið passar
best fyrir einstakling sem hefur lítið
eða ekkert grip. Æfa þarf flutning inn
og út úr bifreið og svo þarf að sjálf-
sögðu að fara í ökutíma með öku-
kennara til að læra að nota hjálpar-
tækin í bílnum.

Fyrri menntun og störf einstaklingsins,
áhugi hans á endurmenntun og hvers
konar störf hann gæti hugsað sér að
stunda skipta miklu máli varðandi
atvinnumöguleika eftir mænuskaða.
Starfsþjálfun fatlaðra, sem rekin er af
Öryrkjabandalagi Íslands, opnar ýmsa
möguleika til menntunar og atvinnu.
En því miður er atvinnuhúsnæði allt
of oft óaðgengilegt fyrir hjólastólanot-
endur og þarf iðjupjálfí þá að meta
hvaða breytingar þarf að gera. Einnig
þarf að kenna líkamsbeitingu, vinnu-
hagræðingu og orkusparandi vinnu-
brögð.

Einnig þarf að huga að tómstundum, því að eftir mænuskaða hefur einstaklingurinn skyndilega mikinn tíma aflögu til að stunda slíkt. Það er því mikilvægur hluti meðferðar iðjuþjálfara að hjálpa til við raunhæft val á áhugamáli og e.t.v. búa til spælkur og hjálpartæki til að mögulegt sé að leggja stund á það.

"KENNDU HONUM AÐ VEIÐA ..."

Hér hefur verið reynt að gera grein fyrir hlutverki iðjuþjálfunar í endurhæfingu mænuskaðra auk þess að fjalla örlítið um þá þætti sem hafa áhrif á árangur endurhæfingarinnar

almennt. Mikilvægt er að aðstoða hinn mænuskaðaða við að setja sér raunhæf markmið og axla ábyrgð á endurhæfingunni, því útkoman veltur oft á einstaklingnum sjálfum.

Segja má að góður árangur hafi náðst ef tekist hefur að gera einstaklinginn að sínum eigin "iðjuþjálfara", þannig að hann hugsi í lausnum en ekki í vanda-málum og leiti sjálfur úrræða því eins og segir í gömlu kínversku spakmæli: "Gefðu hungurðum manni fisk og þú seður hungur hans í eitt sinn. Kenndu honum að veiða og þú seður hungur hans til frambúðar."

Sigrún Knútsdóttir
aðstoðaryfirsjúkraþjálfari Borgarspítalans

MÆNUSKAÐAR Á ÍSLANDI

Frá því að Grensásdeild Borgarspítalans tók til starfa fyrir 17 árum hafa u.þ.b. 78 sjúklingar komið þangað til endurhæfingar vegna mænuskaða eftir slys. Einkenni sjúklinganna hafa verið mismikil, allt frá vægri kraftminnkun og vægum skyndtruflunum upp í mænuskaða með algjörrri lömum og skyntapi.

Ég mun hér segja lítillega frá niðurstöðum kannana sem ég hef gert á

mænusköðum á Íslandi á árunum 1973 -1989.

Fyrri könnunin tók til 62 sjúklinga sem komu á Bsp. vegna mænuskaða eftir slys á árunum 1973 -1982. Flestir þeirra komu síðan á Grensásdeildina til áframhaldandi endurhæfingar.

Seinni könnunin spannaði árin 1983 -1987. Í þeirri könnun voru einungis sjúklingar sem komu til endurhæfingar á Grensásdeild vegna mænuskaða og

var um 15 einstaklinga að ræða. Síðustu tvö árin hafa 5 einstaklingar bæst í hópinn og er því alls um 82 einstaklinga að ræða í könnununum.

TÍÐNI MÆNUSKAÐA

Miðað við samanburðartölur frá nágrannalöndum okkar má gera ráð fyrir að 3 einstaklingar að meðaltali hljóti

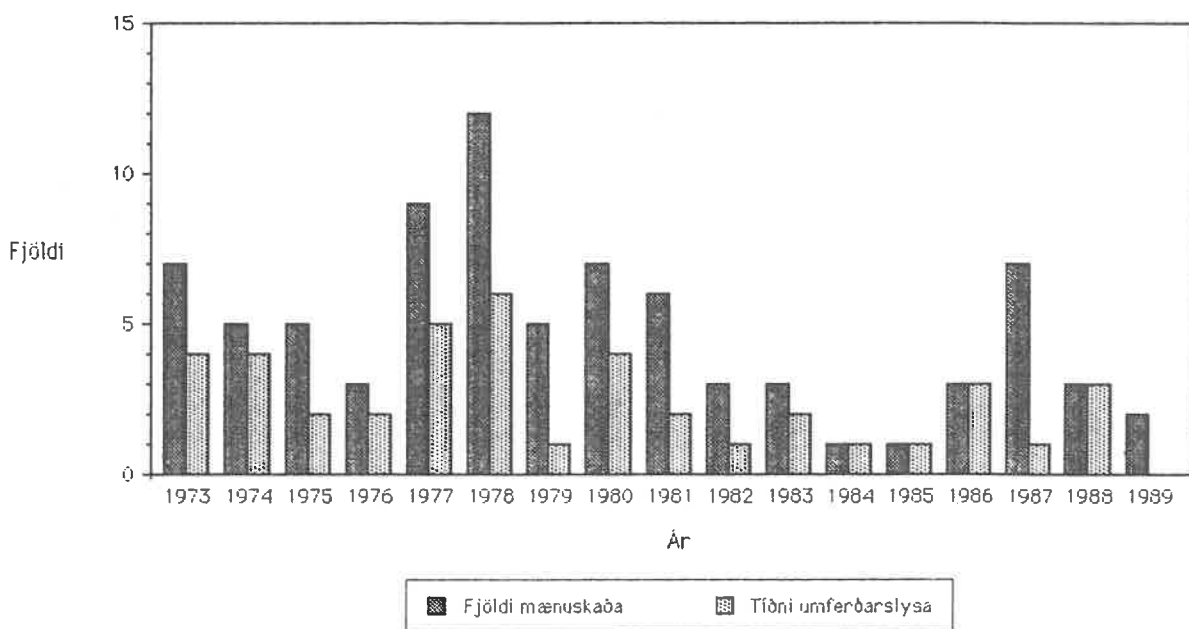
mænuskaða árlega hér á landi.

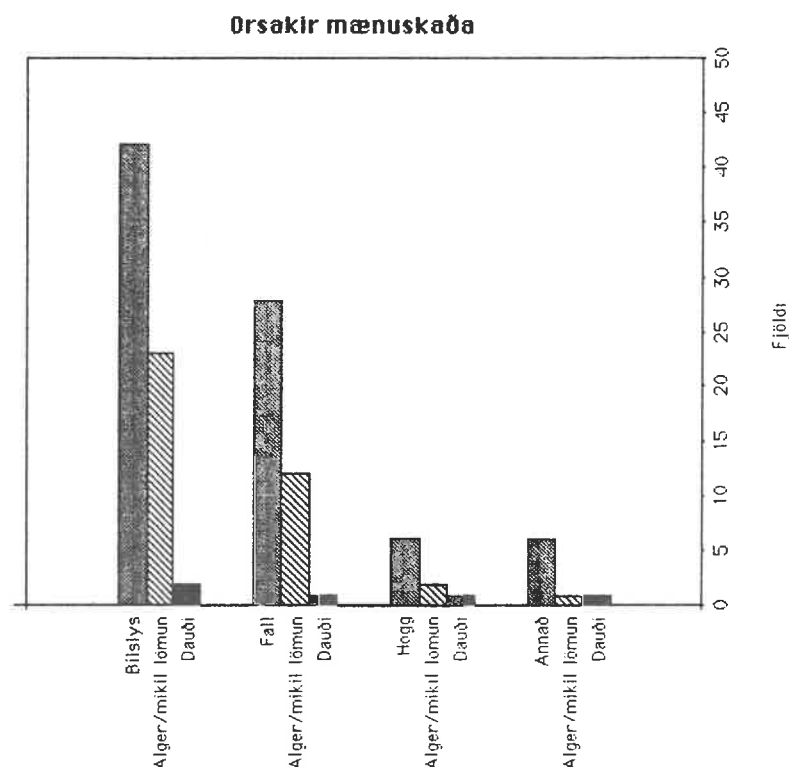
Á töflu nr. 1 sjáum við tíðni mænuskaða á árunum 1973 - 1989.

Eins og kemur fram á töflunni var tíðni mænuskaða á árunum 1973 - 1981 mun hærri hér á landi en í nágrannalöndum okkar eða 6,5 á ári að meðaltali.

TAFLA 1

Fjöldi mænuskaða/Tíðni umferðarslysa





Umferðarslys eru orsök mænuskaða í meira en helming tilfellana. Mikill meirihluti umferðarslysanna hefur átt sér stað úti á þjóðvegum landsins. Í mörgum tilfellum töldu sjúklingar að lausamöl hafi valdið því að þeir misstu stjórn á bílnum.

Of hraður akstur á þjóðvegum landsins við mismunandi góðar aðstæður hlýtur einnig að skipta máli.

Í langflestum tilfellum er vitað að þeir sem hlutu mænuskaða í umferðarslysi höfðu ekki notað bílbelti.

Fall er orsök mænuskaða í 34,2% tilfellana og hefur þá verið um fall

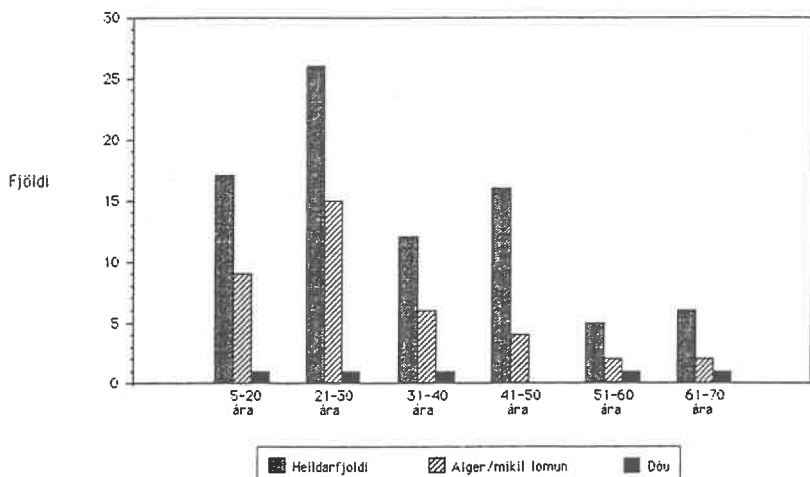
úr mismikilli hæð að ræða.

Oft hafa slysin orðið við byggingavinnu. Einnig hafa nokkur þeirra átt sér stað við íþróttaiðkanir eða í tómstundum, svo sem klettaklifur og dýfingar og í fjórum tilfellum hefur verið um fall af hestbaki að ræða.

Aðrar orsakir mænuskaða hafa m.a. verið snjóþotuslys, flugslys og fallhlífarstökk.

Í nágrannalöndum okkar eru umferðarslys einnig orsök slysanna í u.þ.b. 50% tilfella en mun fleiri hljóta mænuskaða hér á landi vegna falls en í nágrannalöndunum.

Aldursdreifing



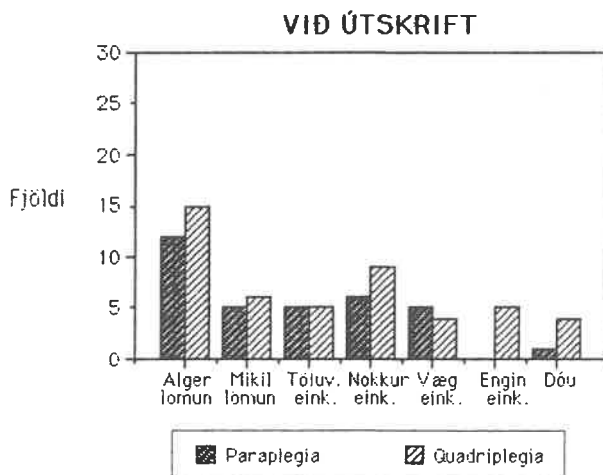
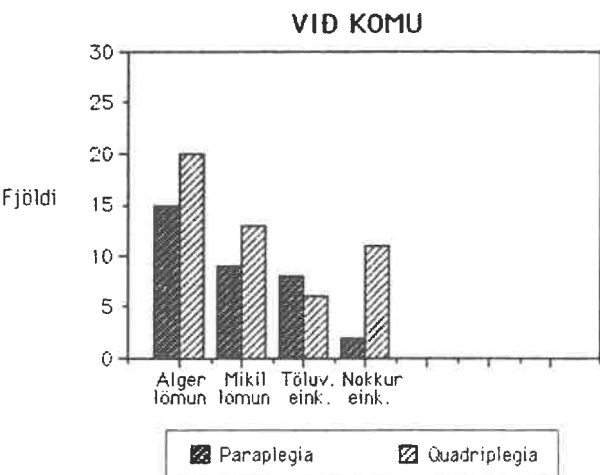
43 einstaklingar (52,4%) voru innan við þrítugt þegar slysið átti sér stað, þar af voru 17 innan við tvítugt. Yngsti sjúklingurinn var 5 ára, sá elsti 69 ára.

Á yfirlitinu sést einnig að af þeim 38 sem urðu hjólastólsbundnir til fram-búðar voru 24 innan við þrítugt þannig að í meirihluta tilfellana er um ungt fólk að ræða.

FÖTLUN AF VÖLDUM MÆNUSKAÐA

TAFLA 4

Fötlun vegna mænuskaða



Í töflu nr. 4 sjáum við einkenni frá mænu við komu á sjúkrahús og við útskrift hins vegar.

Ég hef skipt einkennunum í flokka eftir því hversu umfangsmikil þau eru:

- 1) Algjör lömun: Alger lömun og algert skyntap fyrir neðan skaðaða svæðið í mænu.
- 2) Mikil einkenni: Mikil lömun og skyntuflun, viðkomandi er alveg hjólastólsbundinn.
- 3) Töluverð einkenni: Töluverð lömun og skyntuflun. Viðkomandi er háður hjálpartækjum, svo sem spelkum, hækjum og þess háttar.
- 4) Nokkur einkenni: Dálítið minnkaður kraftur og skyntuflun. Viðkomandi er ekki háður hjálpartækjum, en einkennin koma vel í ljós við hreyfingar.
- 5) Væg einkenni: Örlítið minnkaður kraftur og/eða minnkað skyn. Einkennin hindra ekki daglega færni.

Eins og kemur fram á töflunni hlutu 35 einstaklingar algjöra lömun, 20 frá hálsi upp að mænu, 15 frá brjóst- eða lendahluta.

Við útskrift höfðu einkenni margra sjúklinganna gengið þó nokkuð til baka eins og kemur fram á töflunni. Þó urðu 38 manns hjólastólsbundnir til frambúðar, þar af 27 manns með algjöra lömun og 11 með verulega lömun.

Fimm manns létust af völdum skaðans.

SJÚKRAÞJÁLFUN MÆNUSKAÐA

Markmið:

Eins og í öðrum þáttum endurhæfingar er meginmarkmið sjúkra-

þjálfunar að viðkomandi einstaklingur verði eins sjálfbjarga og mögulegt er eins fljótt og hægt er.

Endurhæfingin miðar að því að viðkomandi komist til baka út í þjóðfélagið sem fyrst, helst til fyrri lífshátta ef nokkur kostur er.

Endurhæfing sjúklinga með mænuskaða tekur mislangan tíma, allt eftir hversu umfangsmikill skaðinn er. Endurhæfing þeirra sem hljóta mikinn eða algjöran mænuskaða í brjóst- eða lendahluta mænu tekur u.þ.b. 6 mánuði og endurhæfing þeirra sem hljóta mikinn eða algjöran skaða í hálshluta mænu tekur a.m.k. 9-12 mánuði.

Ég mun hér á eftir leggja áherslu á sjúkraþjálfun þeirra sem hljóta algjöran eða mikinn mænuskaða.

Endurhæfingin gerir miklar kröfur til sjúklingsins, bæði líkamlega og andlega.

Mikilvægt er að kröfurnar séu í samræmi við getu sjúklingsins og þjálfunin verður því alltaf að vera einstaklingsbundin þó svo að einhverjum ákveðnum þjálfunarforsendum sé fylgt.

Sjálfstæði og sjálfsábyrgð sjúklingsins skiptir miklu máli og hefur afgerandi áhrif á framfarir í endurhæfingu og á hversu sjálfbjarga sjúklingurinn verður. Gott samstarf og skilningur milli sjúklingsins og sjúkraþjálfarans eru mjög mikilvæg til að sem bestur árangur náist.

Sjúkraþjálfun er oft skipt í þrjú stig:

Fyrsta stig - á meðan sjúklingurinn er á algerri rúmlegu.

Annað stig - frá því að sjúklingurinn má fara að hreyfa sig að einhverju leyti þangað til brotið er gróíð.

Priðja stig - þegar brotið er gróíð og hreyfing er leyfð á brotsvæðinu.

Fyrsta stig:

Sjúkraþjálfun byrjar strax á fyrsta degi á gjörgæsludeild. Fyrstu dagana er mest áhersla lögð á slökun og öndun en sjúklingurinn er oft mjög kvíðinn og spenntur og fræðsla er því mjög mikilvægur þáttur í meðferðinni.

Á fyrsta stigi er lögð áhersla á:

- 1) Lungnameðferð. Öndunaræfingar og hósthjálp eru mikilvægar til að fyrirbyggja aukna slímmyndun í lungum og lungnabólgu en öndunargeta er oftast minnkuð.
- 2) Rétt lega í rúmi skiptir miklu máli, bæði til að forðast legusár og til að hindra kreppu.
- 3) "Passivar" æfingar. Mikilvægt er að byrja strax að hreyfa lamaða útlími, bæði til að auka blóðrás og fyrirbyggja blóðtappa og til að halda liðunum vel hreyfanlegum og hindra þar með stirðleika og kreppu í liðamótum og styttingar í vöðvum.
- 4) Hjálpartæki. Ef hætta er á kreppum fær sjúklingurinn stundum spelkur til að halda góðum stöðum í liðunum, svo sem ökklasspelkur og úlnliðsspelkur.
- 5) "Aktivar" æfingar. Áhersla er lögð á að viðhalda og auka styrk í öllum vöðvum sem ekki eru lamaðir. Í byrjun förum við varlega og forðumst að nokkur hreyfing komi á brotsvæðið.

Annað stig:

Áfram er lögð áhersla að bæta öndurnargetu, viðhalda hreyfanleika liða

og teygjanleika vöðva.

Eftir langa legu er lögð áhersla á að venja sjúklinginn við lóðréttu stöðu. Sjúklingurinn er æfður á standbekk og smám saman venst hann lóðréttri stöðu.

Oft á sjúklingurinn við blóðþrýstingsvandamál að stríða vegna lömunarinnar og það getur tekið langan tíma áður en hann þolir að vera í lóðréttri stöðu án þess að fá svima og vanlíðan.

Á þessu stigi má sjúklingurinn byrja að sitja í hjólastól og áhersla er því lögð á að æfa hjólastólafærni. Strax í byrjun er lögð áhersla á að kenna sjúklingnum m.a. að lyfta sér í stólnum til að létta á þrýstingi.

Áhersla er lögð á jafnvægisæfingar en gott jafnvægi er geysilega mikilvægt fyrir flestar athafnir.

Smám saman er einnig styrktar- og þolþjálfun aukin svo og færnisþjálfun.

Priðja stig:

Til viðbótar þeim þáttum sem áhersla var lögð á á öðru stigi er nú enn meiri áhersla lögð á færnisþjálfun.

Sjúklingurinn lærir að setjast upp, flytja sig milli stóls og bekks og síðar rúms og milli stóla svo dæmi séu tekin.

Einnig lærir hann að fara inn og út úr bíl og ef möguleiki er á kennum við honum að setja hjólastólinn inn í bílinn og taka hann út úr honum.

Aukin áhersla er á hjólastólafærni og sjúklingurinn lærir að verða eins sjálfbjarga í hjólastólnum og unnt er.

Flestir þeirra sem hafa mænuskaða frá neðri hluta mænu fá langar spelkur á fætur og æfa göngu á spelkum

með hækjur. Ganga/hopp á hækjum er orkufrek og krefst góðra krafta í handleggjum og krefst auk þess góðs jafnvægis.

Það hefur þó sýnt sig að flestir sem hafa lært að ganga á hækjum notfæra sér það tiltölulega lítið eftir að endurhæfingu lýkur þar sem það krefst eins mikillar orku og raun ber vitni.

Sund er mjög góð þjálfunaraðferð fyrir mænuskaða. Þrátt fyrir háan mænuskaða og mikla lömun geta mænuskaðaðir náð að verða sjálfbjarga í vatni. Allar hreyfingar eru léttari í vatninu og er því mun auðveldara að hreyfa sig í vatni en á þurru landi.

ÍPRÓTTIR

Mjög mikilvægt er að reyna að vekja áhuga á einhverri íþróttagrein sem hægt er að leggja stund á eftir að endurhæfingu lýkur. Margir mænuskaðaðir einstaklingar hafa lagt stund á bogfimi, boccia eða borðtennis og lyftingar eru vinsæl íþróttagrein hjá sumum að ógleymdu sundinu sem áður var minnst á. Hvaða grein verð

ur fyrir valinu skiptir ekki öllu máli. Mest er um vert að viðkomandi velji sér einhverja íþróttagrein sem hentar honum og nái þar með að viðhalda líkamlegu atgervi sínu.

LOKAORÐ

Endurhæfing mænuskaðaðra er tím-afrek og kröfuhörð.

Á ýmsum sviðum endurhæfingarinnar skarast meðferð hinna ýmsu aðila, ekki síst skarast meðferð hjá sjúkra-þjálfurunum og iðjuþjálfum. Sérstaklega á þetta við á seinni hluta endurhæfingatímabilsins þegar mikil áhersla er lögð á færnisþjálfun og þegar velja á hjálpartæki. Mjög mikilvægt er að við gleymum því ekki að þessi skörun getur verið til góðs fyrir sjúklinginn.

Endurhæfing mænuskaðaðra krefst mikillar og góðrar samvinnu allra þeirra sem vinna að henni og þar hlýtur sjúklingurinn sjálfur að vera miðpunkturinn.

Þrautseygja, þolinmæði og baráttuþrek þeirra sem ég hef séð fara í gegnum slíka endurhæfingu er aðdáunarverð.

FÉLAGSLEG ÚRRÆÐI FYRIR MÆNUSKAÐAÐA

Mænuskaðar eru oftast nær afleiðingar slysa og getur verið um að ræða lömun í ganglimum "paraplegi" eða þegar handleggir eða hendur eru einnig lamaðar "tetraplegi". Í kjölfar mænuskaða er yfirleitt löng og erfið endurhæfing. Af þeim sökum gefst yfirleitt langur tími til að vinna með þau vandamál sem upp kunna að koma. Félagsráðgjafinn safnar í upphafi sjúkrahúslegu upplýsingum um persónuleika sjúklingsins, fjölskyldu, vinnu, fjárhag og félagslegt umhverfi, til þess að skilja sjúklinginn betur og veita aðstoð þegar þess er þörf. Fyrstu viðtölin eru að mestu leyti stuðningsviðtöl, þar sem félagsráðgjafinn aðstoðar sjúklinginn og stundum fjölskyldu við að aðlagast breyttum aðstæðum og veitir krísumeðferð varðandi missi og sorg. Það hefur mikil áhrif á endurhæfingarmeðferðina hvernig sjúklingurinn og fjölskylda hans taka áfallinu. Fjölskylda sjúklingsins gengur oft í gegnum mikið erfiðleikatímabil, sem lýsir sér t.d. í kvíða, þunglyndi, missi, sorg eða jafnvel sektarkennd. Einnig getur áfallið breytt mikið aðstæðum fjöl-

skyldu, t.d. hlutverkaskipti. Fjölskyldumeðlimirnir þurfa að gera sér grein fyrir því hvernig sambandið milli þeirra hefur breyst og hvernig fjölskyldan hefur breyst sem fjárhags- og félagsleg eining. Mikið af tíma félagsráðgjafans í fyrstu viðtölunum fer einnig í það að veita upplýsingar um tryggingarmál og fjármál. Við slys og veikindi hrynur oft fjárhagslegur grundvöllur fólks og er því brýnt í byrjun sjúkrahúslegu að athuga þau mál. Upplýsingarnar sem félagsráðgjafinn hefur aflað um félagslegar aðstæður, fjárhag, starf, áhugamál, húsnæði og fleira, eru nauðsynleg til að undirbúa útskrift. Félagsleg úrræði miðast alltaf við hvar sjúklingurinn er staddur, t.d. þurfa ungir mænuskaðar oft meiri félagslega aðstoð, en þeir sem eru eldri og búnir að fastmóta sitt líf, t.d. fjölskyldulega, atvinnulega og ekki síst fjárhagslega. Því er oft meiri þörf á félagslegum úrræðum fyrir þá sem yngri eru t.d. menntun, atvinna og húsnæði. Félagsráðgjafinn þarf því að vita hvaða bjargir eru til í samfélaginu og meta hvaða úrræði henta best í hverju tilfalli.

EFTIRFARANDI ERU HELSTU FÉLAGSLEGU ÚRRÆÐI FYRIR SJÚKLINGA MEÐ MÆNUSKAÐA:

I. Fjármál:

- a) Almannatryggingar. (Lífeyristryggingar, slysatryggingar og sjúkratryggingar). Upplýsingar: Tryggingastofnun Ríkisins, Laugavegi 114.
- b) Lífeyrissjóðir verkalýðsfélaga. (Sjúkrasjóðir, örorkulífeyrir.)
- c) Félagsmálastofnun Reykjavíkurborgar veitir tímabundna fjárhagsaðstoð vegna sjúkleika.
- d) Lögfræðiaðstoð vegna skaðabótamála út af slysum.
- e) Svæðisstjórnir í málefnum fatlaðra veita aðstoð vegna námskostnaðar.

II. Húsnæði:

- a) Áfangastaður að Flyðrugranda 20 í umsjá Endurhæfingadeildar Borgarspítalans. Markmið með dvöl í áfangaíbúðinni er í fyrsta lagi að veita hjólastólsbundnum einstaklingi áframhaldandi félagslegan og tilfinningalegan stuðning til sjálfstæðs lífs og í öðru lagi að veita markvissa endurhæfingu með tilliti til vinnu og hinna ýmsu þátta daglegs lífs. Félagsráðgjafi aðstoðar þá sem þar búa. Dvöl þar er tímabundin.
- b) Félagsmálastofnun Reykjavíkurborgar býður upp á leiguíbúðir gegn vægri leigu.
- c) Sjálfsbjargarhúsið Hátúni 12.
 - 1. Íbúðir. (Sjálfbjarga fatlaðir einstaklingar).
 - 2. Vinnu- og dvalarheimili Sjálfsbjargar. (Mikið fatlað fólk, hjúkrunar- og læknisþjónusta).

- 3. Gestaíbúðir. (Fyrir fatlaða um skamman tíma, t.d. vegna endurhæfingar).

d) Öryrkjabandalag Íslands.

- 1. Íbúðir að Hátúni 10, 10a og 10b. (Fyrir sjálfbjarga öryrkja).
- 2. Íbúðir í Kópavogi.

e) Verkamannabústaðir.

- 1. Íbúðir fyrir þá sem eiga enga íbúð fyrir og eru ekki tekjuháir.

III. Heimilisþjónusta:

- a) Heimisþjónusta/heimilishjálp í félags- og þjónustumiðstöðvum í Reykjavík og hjá félagsmálafulltrúum úti á landi.
- b) Heimahjúkrun á vegum heilsugæslustöðva í viðkomandi byggðalagi.

IV. Atvinnumiðlun:

- a) Ráðningarskrifstofa Reykjavíkurborgar, Borgartúni 3. Þar starfar sérstök öryrkjadeild sem hefur samvinnu við verndaða vinnustaði og annast atvinnuleit fyrir fatlaða í borginni á almennum vinnumarkaði.
- b) Sjálfsbjörg í Reykjavík sendir atvinnuumsóknareyðublöð til félaga sinna einu sinni á ári.
- c) Svæðisstjórnir í málefnum fatlaðra aðstoða með atvinnuleit fyrir fatlaðra úti á landi ásamt starfsfólki félagsmálastofnana í viðkomandi byggðalagi.

V. Starfsþjálfun fatlaðra:

- a) Starfrækt í húsi Öryrkjabandalagsins, Hátúni 10a og ber Öryrkjabandalagið ábyrgð á rekstri í starfsþjálfunni. Námið er þrjár annir og kennd er íslenska, enska,

bókfærsla, verslunarreikningur, tölvufræði og samfélagsfræði.

- b) Sjálfsbjörg, vinnustofa. Þrjóna, sauma- og handavinna. Laun greidd eftir afköstum.

VI. Dagvistun:

Sjálfsbjörg, dagvistun, Hátúni 12.
Fyrir alla fatlaða, eldri en 16 ára.
Föndur, spil o.fl. Sjúkraþjálfun.

VII. Ferðapjónusta:

- a) Ferðapjónusta fatlaðra, Hátúni 12.
b) Ferðapjónusta fatlaðra í Kópavogi, Neðstatröð 8.
c) Bæjarleiðir hafa tvo sendibíla útbúna fyrir hjólastóla.

VIII. Matarþjónusta:

- a) Reykjavíkurdeild Rauða Krossins, Öldugötu 4, er með heimsendingu á mat.
b) Íbúar í Sjálfsbjargarhúsinu og húsum Öryrkjabandalagsins geta keypt mat í húsunum.

IX. Endurhæfing:

- a) Endurhæfingadeild Borgarspítalans.
b) Endurhæfingadeild Landspítalans.
c) Endurhæfingastöð Sjálfsbjargar. Þjálfun fyrir íbúa hússins, þá sem eru í dagvistun og þá sem koma með beiðni frá lækni.
d) Endurhæfingastöð Styrktarfélags lamaðra og fatlaðra, Háaleitisbraut 11 - 13. Samkvæmt beiðni frá lækni, sjúkra- og iðjuþjálfun, tal-kennsla o.fl.
e) Reykjalundur, Endurhæfingastöð SÍBS. Sjúkraþjálfun, iðjuþjálfun, atvinnuendurhæfing og verndaður vinnustaður.

- f) Heilsuhæli NLFÍ, Hveragerði. Létt endurhæfing og þjálfun.

X. Félagasamtök:

- a) Samtök endurhæfðra mænuskaddaðra, SEM-hópurinn. Þetta er hópur fólks sem hefur lamast eftir hryggbrot. Starfsþjálfun fatlaðra er afrakstur þessa hóps.
b) Svæðisstjórn málefna fatlaðra er skipt í átta svæði á landinu. Þær safna upplýsingum og gera tillögur um þjónustu og samræma aðgerðir þeirra aðila, sem fara með málefni fatlaðra á svæðinu.
c) Sjálfsbjörg, félag fatlaðra í Reykjavík og nágrenni. Sjálfsbjargarhúsinu, Hátúni 12.
Baráttumál Sjálfsbjargar eru að efla samhjálp og félagsstarf fatlaðs fólks, að gera leiðir fatlaðra greiðari, að auðvelda fötluðum að leita sér menntunar og að auka atvinnu-möguleika fatlaðra.
d) Sjálfsbjörg, landssamband fatlaðra. Sjálfsbjargarhúsinu, Hátúni 12.
Hefur með íbúðir í húsinu að gera, menntun fatlaðra, atvinnu, hjálpartæki, lífeyrismál, ferlismál o.fl.
e) Öryrkjabandalag Íslands, Hátúni 10, Reykjavík. Bandalagið á 3 háhýsi við Hátún og rekur þar íbúðir fyrir öryrkja og verndaða vinnustaði (tæknivinnustofur).

Upptalning þessi á félagslegum úrræðum fyrir mænuskaðaða er ekki tæmandi en þó það helsta sem í boði er. Nauðsynlegt er að finna þau félagslegu úrræði sem henta hverjum og einum með tilliti til þarfa viðkomandi.

ALLT ER HÆGT EF VILJINN ER FYRIR HENDI

Áður fyrr þótti það kraftaverki líkast að lifa af háan mænuskaða (C4/5), en 6 Kanadamenn létu sér ekki nægja að bara lifa, þeir vildu meira.

Þeir bjuggu á sjúkradeild á Pearson sjúkrahúsinu í Vancouver í Kanada, í sal ásamt 35 öðrum mönnum. Það eina sem veitti þeim einkalíf voru tjöldin sem þeir gátu dregið utan um básinn sinn, þar sem einungis var pláss fyrir rúm og náttborð. Fimm þessara manna þurftu öndunaraðstoð. Þeir höfðu allir dvalið á Pearson sjúkrahúsinu í nokkur ár. Krafa þeirra um meira sjálfstæði og einkalíf leiddi til þess að fyrsta sambýlið fyrir einstaklinga með háa mænuskaða varð til.

Árið 1981 hófu þeir að leita leiða til að láta draum sinn rætast. Þeir nutu aðstoðar kanadísku mænuskaðasamtakanna í British Columbia við leit að fjármögnunarleiðum.

Í fyrstu fundu sexmenningarnir fyrir andstöðu og efasemdum um að fyrirætlun þeirra myndi takast, bæði hvað varðaði fjármögnun og heilsugæslu. Tveir aðilar sem unnu með sexmenningunum að undirbúningi sambýlisins voru iðjupjálfi og sjúkraþjálfari. Auk þess að veita þeim hvatningu og stuðning, þá bjuggu þær félagana undir ýmis verkefni og vandamál sem þeir gætu þurft að takast á við úti í þjóðfélaginu. Iðjupjálfinn valdi með

þeim heppilega hjólastóla, æfði þá í ferli og akstri þeirra og aðstoðaði þá varðandi val á atvinnu og skipulagningu frítíma og tómstunda. Sjúkraþjálfarinn sá um öndunarþjálfun og aðstoðaði þá við að finna takmörk sín hvað öndun snerti, ef til neyðarástands kæmi. Hún skipulagði einnig fræðslu sem veitt var af ýmsum fagaðilum um málefni sem snúa að daglegri umönnun, s.s. umhirðu húðar, þvag og hægðir, öndunarvélin og viðhald hennar, ásamt úrvinnslu vandamála. Báðir þjálfararnir voru með sexmenningunum í húsnæðisnefnd þar sem fjallað var um staðsetningu og hönnun húsnæðisins.

Loksins árið 1983 fannst heppilegt húsnæði. Það var í 100 íbúða fjölbýlishúsi tengdu verslunarmiðstöð, sem í voru verslanir, veitingahús og ýmsir afþreyingarmöguleikar. Þetta hús var byggt á félagslegum grundvelli og áætlað að byggingin yrði rekin af íbúum hennar. Þeir fengu stóra hæð til að skipuleggja og hanna samkvæmt kröfum sínum og þörfum. Leigan var ákveðin 27% af tekjum hvers einstaklings, en þeir þurftu hvorki að greiða fyrir hjúkrunarþjónustu né heimilishjálp. Hönnun íbúðarinnar tók langan tíma því hugmyndir sexmenninganna stönguðust mjög á við hugmyndir arkitektanna og áður en yfir lauk höfðu 30 tillögur verið ræddar. Þeg-

ar hönnun var lokið höfðu þeir íbúð með gluggum og svölum í 3 áttir. Hver þeirra hafði sérherbergi með aðgangi að svölunum. Herbergin voru það stór að hægt var að hafa litla setustofu í hverju þeirra. Í íbúðinni voru: stór sameiginleg setustofa þar sem hægt var að stúka af gestaherbergi, sameiginlegt vinnuherbergi með m.a. tölvu og eldhús sem var nægjanlega rúmgott fyrir hjólastóla. Hluti af húsbúnaði var sérhannaður fyrir fólk í hjólastól. Innanhússkallkerfi var komið fyrir í hverju herbergi.

Eftir 5 ára undirbúning fluttu þeir loksins inn. Fljótlega eftir það lét fylkisstjórnin í British Columbia gera samanburð á kostnaði, heilbrigði og gæðum þjónustunnar sem sexmenningarnir fengu á sjúkrahúsi annarsvegar og sambýlinu hinsvegar. Í ljós kom að sambýlið var 18.000 dölum ódýrara í rekstri á mánuði en sjúkrahúsdvöl 6 manna og heilbrigði íbúanna var síst lakari en áður.

Sexmenningarnir fá nú heimilishjálp í 6 klst. á dag og sér hún um matseld og þrif. Tveir sjúkraliðar skipta á

milli sín aðhlynningu og eru á sólarhringsvöktum. Hjúkrunarfræðingur er einnig til taks allan sólarhringinn á heilsugæslustöð í nágrenninu.

Sexmenningarnir hafa mjög ólíkan lífsstíl, þannig er t.d. ólíklegt að tveir séu heima á sama tíma ef gest ber að garði. Þeir eru allir mjög virkir einstaklingar, einn starfar við tölvur, tveir eru listamenn, tveir starfa við verðbréfavíðskipti, einn er ráðgjafi fyrir einstaklinga með háa mænuskaða.

Nú er svo komið að þeir eru tilbúnir að ganga skrefi lengra, þ.e. að búa einir. En látum einn þeirra eiga lokaorðin: "Við okkur var sagt "þið getið ekki þetta og þið getið ekki hitt", en aðalatriðið er jákvætt hugarfar og að vera fullviss um að maður geti gert það sem maður sjálfur vill".

Þýtt og endursagt úr OT week 9. mars 1989, sem er gefið út af Ameríska iðjupjálfafélaginu (AOTA)

Lilja Ingvarsson iðjupjálfi

Ritnefndinni hefur borist beiðni frá norska iðjupjálfafélaginu um að birta eftirfarandi auglýsingu um Nordisk seminar 1990.

NORDISK SEMINAR 1990

TEMA:

Hvordan kan større kunnskap om utredning av individets (pasientens) og det sosial nettverkets ressurser og begrensninger danne et bedre grunnlag for ergoterapeuters prioritering av tiltak i forhold til ADL?

FORM:

Seminaret vil bli lagt opp som en konsensuskonferanse. Hensikten er å belyse og skape debatt om måten vi driver ADL-trening på idag. Vi ønsker å fokusere på om denne er hensiktsmessig utfra økonomiske, psykososiale og etiske vurderinger.

PANELETS OPPGAVER:

Formulere et samstemmig (=konsensus) og klart svar på hvert av spørsmålene som er stilt.

Tid	: 8. - 10. november 1990
Sted	: Diakonhjemmets sykehus Oslo
Arrangør	: Norsk Ergoterapeutforbund
Seminaravgift	: Ca. nkr.1000.-
Påmeldingsfrist	: Skriftlig innen 15. september 1990
Overnatting	: Privat innkvartering hvis ønskelig Hotellreservasjon hvis ønskelig Enkeltrom ca. nkr.490,-, dobbeltrom nkr.590,-

Gjennomføring av seminaret forutsetter et minimum deltagerantall på 60 deltagere.

TORSDAG 8. NOVEMBER

kl. 12.00-17.00

- * Har vi i Kielhofners systemteori et redskap til å utrede pasientens totalsituasjon som grunnlag for prioritering av ADL-trening?
- * Har vi i Leontjews virksomhetsteori et redskap til å utrede pasientens totalsituasjon som grunnlag for prioritering av ADL-trening?
- * Middag kl. 19.00

FREDAG 9. NOVEMBER

kl. 09.00 - 17.00

- * Har vi gode nok metoder for kartlegging av pasientens ADL-funksjon?
- * Hvordan påvirkes ADL-funksjon av miljømessige faktorer?
- * Hvordan påvirkes prioriteringer av tiltak av økonomiske retningslinjer?
- * Paneldiskusjon.
- * Er de mål ergoterapeuten setter overensstemmende med pasientens behov?
- * Er den måten vi driver ADL-trening på idag hensiktsmessig ut fra økonomiske, psykososiale og etiske vurderinger?

- * Vil større innblikk/insikt i pasientens sosiale nettverk føre til endrede mål for ADL-trening?
- * På hvilket grunnlag skal eller må ADL-trening tilrettelegges?

LØRDAG 10. NOVEMBER

kl. 09.00 - 14.30

- * Er det nødvendig å markedsføre

ergoterapeuters oppgaver innen ADL?
Hvordan skal vi i tilfelle markedsføre dette?

Foredragsholdere fra ulike virksomhetsområder.

- * Panelet fremlegger sine svar og konklusjoner.

Nákvæmari dagskrá verður send þegar umsóknarfresturinn er útrunninn.

FRÉTTIR

Frá vinnustöðum:

Landspítalinn, geðdeild: Björk Steingrímsdóttir hóf störf í apríl s.l.

Borgarspítalinn: Guðrún Árnadóttir og Sigrún Garðarsdóttir sóttu alþjóðlegu iðjupjálfaráðstefnuna sem haldin var í Ástralíu í apríl s.l. Guðrún hélt þar erindi um A-ONE. Valborg H. Kristjánsdóttir hóf störf í mars s.l.

Elsa S. Þorvaldsdóttir hóf störf í júní.

Erna Magnúsdóttir mun hefja störf í byrjun júlí n.k.

Reykjalundur: Þórhildur Sveinsdóttir - mun starfa við sumarafleysingar í sumar.

Örvi: Hulda Birgisdóttir hefur hafið störf.

LAUSAR STÖÐUR

Borgarspítalinn

1 afl.staða frá hausti fram á vor
2 stöður geðdeild
1 staða Arnarholt
1 staða dagdeild Eiríksg. (geðd.)

Breiðagerðisskóli

1-20% staða deildariðjuþj.

Dagvistun f. MS sjúkl. Álandi 13
hlutastarf

Meðferðarheimilið að Kleifarvegi

1 staða

Seljahlíð vistheimili f. aldraða

1 staða

Vinnu- og dvalarheimili

Sjálfsbjargar

1 staða yfiriðjuþjálfar

Félagsmálastofnun

Áfangastaður, Norðurbrún 34, Rvk.

Kópavogshæli

2 stöður

Fjórðungsj.húsið Akureyri

1 staða Alm. deild

1/2 staða Öldrunardeild

Landsspítalinn

geðdeild: 4 stöður

Öskjuhlíðarskóli

1-50% staða

Tjaldanes

1/2-1 staða

Droplaugarstaðir

1-70% staða

Dalbraut

1 staða

Hrafnista

1 staða

Iðjulundur Akureyri

1 staða

Hjúkrunarheimilið Skjól

1 staða

Auk þess hefur Kristnesspítali sýnt áhuga á að fá iðjuþjálfar til starfa.

ORÐSENDING TIL FÉLAGSMANNA:

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

1. Tilkynna stjórn og ritnefnd breytt heimilisfang/vinnustað, eða leiðrétta 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.

IÐJUPJÁLFAAR 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	

Endurhæfinga- og taugadeild Grensásdeild,
Grensásvegi 62, 108 Reykjavík s. 696712

Elsa S. Þorvaldsdóttir	Selbraut 80	s. 611782
	170 Seltjarnarnes	
Guðrún Árnadóttir	Hvassaleiti 30	s. 31086
	103 Reykjavík	
Lillý Sverrisdóttir	Ljósabergi 8	s. 52485
	220 Hafnafjörður	
Unnur Jóhannesdóttir	Nóatúni 32	s. 11071
	105 Reykjavík	
Sigrún Garðarsdóttir	Hjarðarhaga 42	s. 13267
	107 Reykjavík	
Valborg Huld Kristjánsdóttir	Hraunteigur 17	s. 689082
	105 Reykjavík	

LANDSPÍTALINN s. 601000

Geðdeild v/Eiríksgötu, 101 Reykjavík s. 601791/601792

Elín Ebba Ásmundsdóttir	Laugavegi 53A	s. 615683
	105 Reykjavík	

Hlín Guðjónsdóttir	Háaleitisbraut 38 108 Reykjavík	s. 39234
Kristín Kristjánsdóttir	Hraunstíg 6 220 Hafnafjörður	s. 652552
Anna Valdimarsdóttir	Ugluhólum 10 111 Reykjavík	s. 678433
Maren Ósk Sveinbjörnsd.	Asparfelli 2 111 Reykjavík	s. 78824

Geðdeild v/Klepp, 104 Reykjavík s. 602580/602581

Bára Sigurðardóttir	Veghúsastíg 1A 101 Reykjavík	s. 22037
Björk Steingrímsdóttir	Smyrlahraun 21 220 Hafnafjörður	s. 612348
Sylviane L. Pétursson	Marargötu 4 101 Reykjavík	s. 28594
Anna Guðrún Arnardóttir	Bræðraborgarstíg 1 101 Reykjavík	s. 612348

Öldrunarlækningadeild, Hátún 10b, 105 Reykjavík s. 602257

Birgit Schov	Ránargata 42, 3.h. 101 Reykjavík	s. 11424
Elsa Ingimarsdóttir	Logafold 47 112 Reykjavík	s. 675323
Rósa Hauksdóttir	Baldursgata 26 101 Reykjavík	s. 13001

Endurhæfingardeild v/Eiríksgötu, 101 Rvík. s. 601427

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

STYRK TARFÉL. LAMAÐRA OG FATLAÐRA s. 84999
Háaleitisbr.11-13, 108 Reykjavík

Anna S. Jónsdóttir	Austurbergi 14 111 Reykjavík	s. 76564
--------------------	---------------------------------	----------

Gerður Gústavsdóttir	Gígjulundi 8	s. 656711
	210 Garðabæ	
Helga Guðjónsdóttir	Keilugranda 6	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 37	s. 13738
	107 Reykjavík	

VINNUHEIMILIÐ AD REYKJALUNDI, 270 Mosfellsbær s.666200/102

Guðrún Pálmadóttir	Áslandi 8	s. 667117
	270 Mosfellsbær	
Hildur Þráinsdóttir	Neðribraut 6	s.666200/170
	270 Mosfellsbær	
Ingibjörg Pétursdóttir	Fálkagötu 19	s. 20028
	107 Reykjavík	
Katla Kristvinsdóttir	Melabraut 11	s. 612611
	170 Seltjarnarnes	
Kristjana Fenger	Starfsm.hús 4	s. 29715
	v/Reykjalund	
	270 Mosfellsbær	
Margrét Sigurðardóttir	Sæviðarsundi 52	s. 39288
	104 Reykjavík	
Rannveig Baldursdóttir	Suðurrhólum 6	s. 76796
	111 Reykjavík	
Sigríður Hermannsdóttir	Álfaskeið 117	s. 51265
	220 Hafnarfjörður	
Sigríður Jónsdóttir	Efstasundi 81	s. 35229
	104 Reykjavík	

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

Anna Sveinbjörnsdóttir	Bröttuhlíð 5	s.98/34255
	810 Hveragerði	
	í Rvk.: Austurbrún 2	s. 680849
	104 Reykjavík	
Unnur Alfreðsdóttir	Vallargerði 14	s. 41051
	200 Kópavogur	

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

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

HJÁLPARTÆKJABANKINN, Hátún 12, 105 Rvk. s. 623333

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

ÍÐJUPJÁLFAFÉLAG ÍSLANDS

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

HLÍÐASKÓLI, Hamrahlíð 2, 105 Rvk. s. 25080

Kristjana Ólafsdóttir	Ferjubakka 6 109 Reykjavík	s. 78346
-----------------------	-------------------------------	----------

MÚLABÆR, Ármúla 34, 108 Rvk. s. 687122

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

TRYGGINGASTOFNUN RÍKISINS, Laugav.114,105 Rvk. s. 604400

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

ÖRVI, starfsþj.staður, Kársnesbraut 110, 200 Kóp. s. 43277

Hulda Birgisdóttir	Víðimel 31 107 Reykjavík	s. 622151
--------------------	-----------------------------	-----------

SJÚKRAHÚS AKRANES, Heiðarbr. 30, 300 Akranes s.93/12311

Sigrún Ásmundsdóttir	Suðurgötu 78 300 Akranes	s.93/12723
----------------------	-----------------------------	------------

VONARLAND 700 Egilsstaðir s.97/11177

Guðrún Á. Einarsdóttir	Miðgarði 6 700 Egilsstaðir	s. 97/11909
------------------------	-------------------------------	-------------

Sigríður Þorvaldsdóttir	Miðgarði 4 700 Egilsstaðir	s. 97/11554
-------------------------	-------------------------------	-------------

SJÚKRAHÚS SAUÐÁRKRÓKS 550 Sauðárkrókur s. 95/35270

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

ÞJÓNUSTUHÓPUR ALDRAÐRA
Dvalarheimilið Hlíð Akureyri s. 96/27930

Kristín Tómasdóttir	Hrafnagilsstræti 22 600 Akureyri	s.96/27930
---------------------	-------------------------------------	------------

FJÓRDUNGSSJÚKRAHÚS AKUREYRAR 600 Akureyri s. 96/22100
Geðdeild

Kristín Sigursveinsdóttir	Hrafnagilsstræti 19 600 Akureyri	s. 96/26475
---------------------------	-------------------------------------	-------------

EKKI FASTRÁÐNIR IÐJUPJÁLFAR:

Elísabet Vernharðsdóttir	Furugrund 28 200 Kópavogur	s. 41973
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
Elín Hannesdóttir	Víðihvammi 32 200 Kópavogur	s. 641428

ÍSLENSKIR IÐJUPJÁLFAR ERLENDIS:

Anna Vilhjálmsdóttir	Grindtorpsvej 45, 5.hæð 1832 Täbee, <u>Sverige</u>
Annetta Ingimundardóttir	Dalslandsgade 8, J 506 2300 København S, <u>Danmark</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>

Edda Elíasdóttir	Enighedsvej 41 2920 Charlottenlund, <u>Danmark</u>
Erna Magnúsdóttir	Øresundskollegiet Dalslandsgade 8, K 203 2300 København, <u>Danmark</u>
Guðbjörg D. Tryggvad.	Bellmangade 8, 3th. 2100 København Ø, <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	Getymolenert 6 2807 GE Gouda, <u>Holland</u>
Hallfríður Bjarnadóttir	Noregur
Hrafnhildur Arnkelsdóttir	Flöytevejen 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>
Sigríður Loftsdóttir	Ormråkgatan 1 214 62 Malmø, <u>Sverige</u>
Sigríður Pétursdóttir	Sdr. Boulevard 76 mfth 4930 Marebol, <u>Danmark</u>
Sigurður Sigurðsson	Møgeltøndergade 8, Vesterbro København, <u>Danmark</u>
Soffía Haraldsdóttir	Spobergvej 112 8220 Brabrand, <u>Danmark</u>
Viðar Óskarsson	Vigerslevvej 64 2500 Valby, <u>Danmark</u>
Þóra Gestsdóttir	Græshavevej 8 b 2730 Herlev, <u>Danmark</u>
Þóra Leósdóttir	Valby Langgade 263 1 th. 2500 Valby, <u>Danmark</u>
Þórhildur Sveinsd.	Klimschgasse 27/7 1030 Wien, <u>Osterreich</u>
Þórunn Þórarinsd.	Kännärsvägen 5, E 121 22246 Lund, <u>Sverige</u>

ÍÐJUPJÁLFANEMAR:

Áætluð námslok 1990:

Júní Hrönn Guðmundsdóttir

1716 Alder Creek ct.
San Jose, CA. 95148, U.S.A.
Herman Kragssveg 32/52
7035 Trondheim, Norge

Júní Hólmfríður Jónsdóttir

Áætluð námslok 1991:

Mars Sigrún Ólafsdóttir

Kaj Munksvej 52, 1 MF
8260 Viby J, Danmark
Dalum Landbrugsskole, vær. 197
Odensevej 45,
5260 Odense S, Danmark
Huluäng 6C
56200 Norrahammar, Sverige

Júní Kolbrún Héðinsdóttir

Lovísa Ólafsdóttir

Áætluð námslok 1992:

Mars Snæfríð Egilson

Borgm. Jørgenssensvej 7, lej. 55
9000 Ålborg, Danmark
Skejbyvej 64
8200 Århus N, Danmark
Öbackavagen 16N,
90244 Umeå, Sverige
52 Edwards st.
Brighton 5048 S.A., Australia

Mars Gunnhildur Gíslad.

Kristín G. Halldórsd.

Des. Ragnheiður Harðard.

Áætluð námslok 1993:

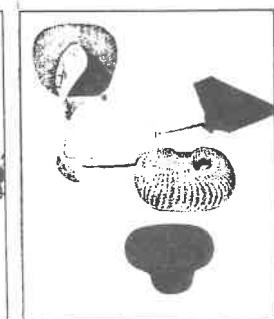
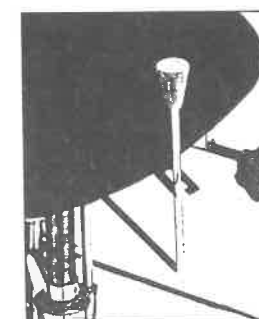
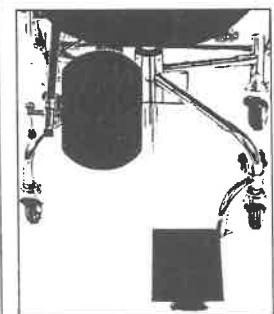
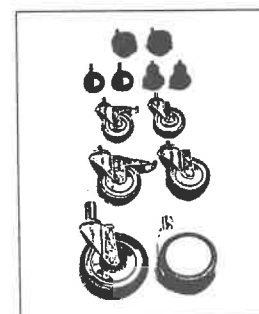
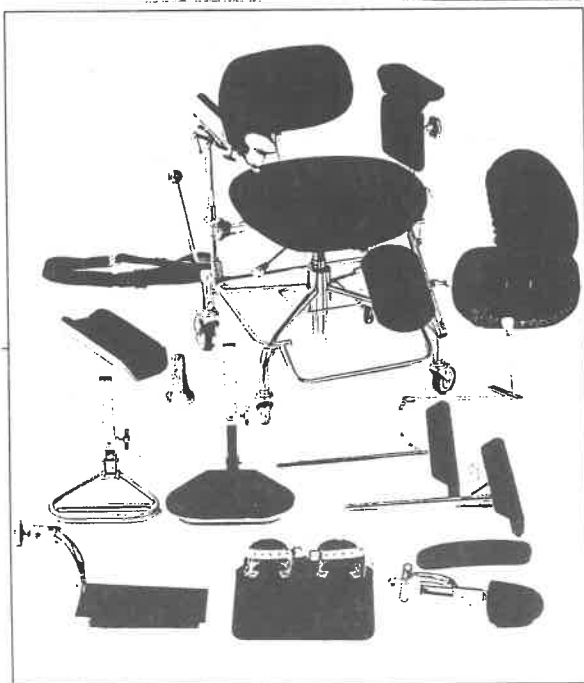
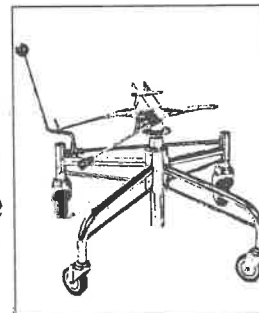
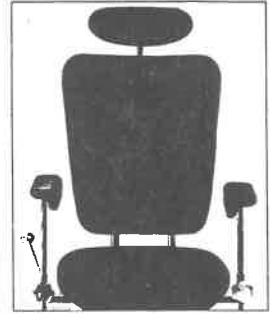
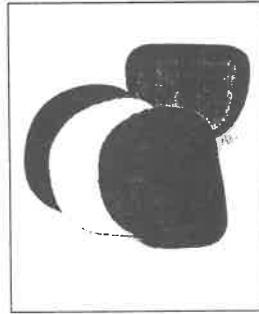
Mars Oddrún Lilja Birgisd.

Stenaldervej 239, tv.
8220 Brabrand, Danmark

VELA, húsgagnaverslun -
FELLSAS 7, MOSFELLSBÆ
SÍMI 91-666110
FAX 91-667710

Vela vinnustólar eru framleiddir í mörgum gerðum, með og án rafstillinga. Ný lína af rafknúnum Vela úti- og innistólum. Aukabúnaður og ymiss hjálparbúnaður í miklu úrvali. Sérsmíði ef óskað er.

Hringdu og fáðu senda bæklinga yfir nýjustu stólana.



CARE

DESIGN UNDIRFATNAÐUR

Hentar fólki á öllum aldri.

Mjög góður fyrir **íþróttafólk**.

Við höfum á boðstólum sérlega vandaðan nærfatnað úr úrvals bómullarefnum frá Care Design sem er hannaður fyrir konur og karla. Hér er miðað við sérparfir, vegna ýmissa skurðaðgerða, vöðvabólgu, öldrunar, ofnæmis o.fl.

Ef þú þarft á sérhönnuðum nærfatnaði að halda þá getum við hjálpað þér.

Dæmi: Brjóstahöld fyrir konur með mikinn barm, vöðvabólgu, eftir brjóstaaðgerðir og konur með börn á brjósti. Nærbuxur v. tíðablæðinga eða óviðráðanlegra þvagláta og fyrir fólk með „stomia“. – Sem sagt fyrir nútímafolk sem vill taka þátt í lífinu í þægilegum nærfötum.



Markmið okkar er betri líðan og meira frelsi

ÚTSÖLUSTADIR

Madam hf., Glæsibæ
Dinah hf., Grímsbæ
Embla, Hafnarfirði
Rósalind, Keflavík
Elín, Siglufirði

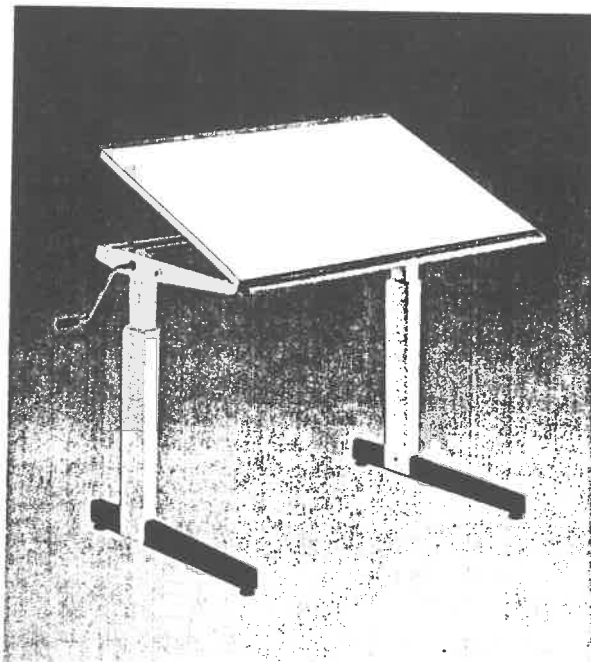
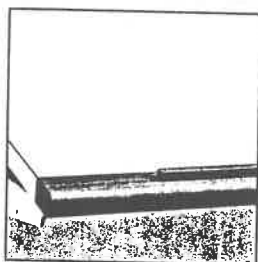
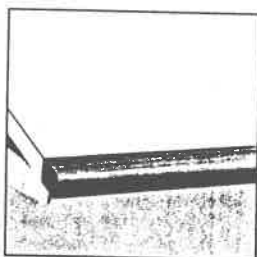
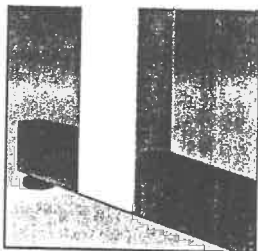
Apótek Ólafsvíkur
Snyrtihúsið, Hótel Selfossi
Betri líðan, Kaupvangi Akureyri
Versl. Efnaval, Vestmannaeyjum
Anna Hjaltadóttir, Fellabæ
Egilstöðum

Tónika h.þ.

Melabraut 35, 170 Seltjarnarnesi
Sími 91-611668

VELA, HUSGAGNAVERSLUN.
FELLSAS 7, MOSFELLSBÆ
SIMI 91-666110
FAX 91-667710

ROPOX VINNUBORD, STILLANLEG I HÆÐ. FRANLEG I MÖRGUM GERÐUM OG
LITUM. SERSMÍÐAÐ EFTIR MÁLI. STANDARDLITUR HVITUR.
NY LÍNA, NYTT UTLIT. HRINGIÐ OG FAIÐ BÆKLING SENDAN.



Ropox h jdeindstillelige ergoborde GL

Vort ergobord har vist sig at være en stor succes, derfor har vi udviklet en model i nyt design. Formålet har været at fjerne institutionspr get, således at bordet bedre passer ind i et boligvenligt miljø.

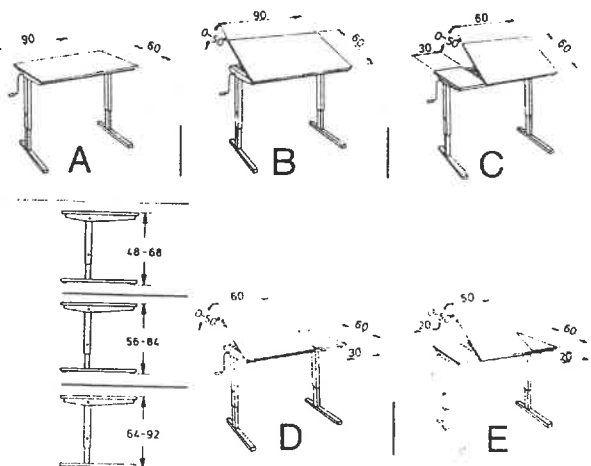
Bordet har stort set alle de funktioner, som den almindelige udgave af ergobordet, men er forsynet med massive b gekantlister og fodstykker samt bordplade i hvid plastlaminat.

Bordet indstilles trinløst i højden med h ndssving eller 24 volt elmotor.

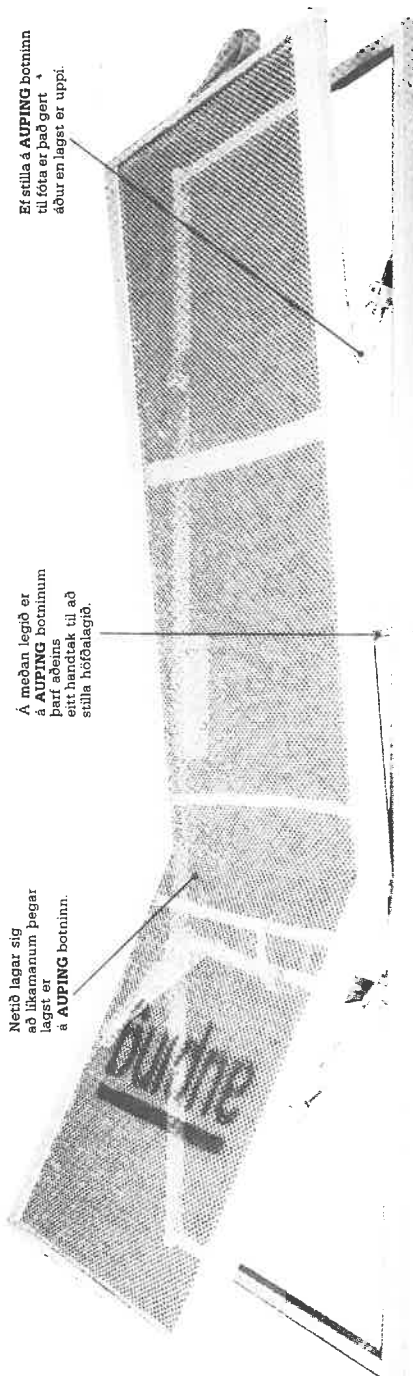
Bordet leveres i følgende højder: 51-71 cm, 59-87 cm og 67-95 cm.

Stelfarve: Hvid.

Bestillingsnumre samt tilbeh r fremg r af bagsiden.



ROPOX



Netið lagar sig
sá líkaminn 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 PIÐ!

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 601144

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 edlilegri 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. Dýnurnar 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
689950**

...og við sendum þér að kostnaðarlausu nákvæmar upplýsingar um betri og dypri svefn í sænsku DUX heilsurúmi



Faxafeni 7
Sími 689950 POST BOX: 8863 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)-623333.

