
BLAÐ

14. árg. nóv. 1992. 2. tbl.

IDJUPJÁLFAFÉLAG ÍSLANDS

HVERNIG SVAFST ÞÚ Í NÓTT ?

Hvaða hlutur er sá í eigu þinni sem þú telur þér verðmætastann? Sá sem gefur þér mest við notkun? Kæra frú - er það demantshringurinn þinn -eða þvottavélin? -Og heiðursmaður -er það nýi jeppinn sem stendur úti á hlaði -veiðistöngin? Já hver skyldi nú sá hlutur vera sem er okkur nauðsynlegastur í lífinu? Hefurðu nokkru sinni hugleitt að það er rúmdýnan sem þú sefur á. Rúmdýnan hváir þú. Hvurslags sölutrix er þetta. Eins og það sé ekki unaðslegra að eiga 3ja milljón króna jeppa frekar en 30.000 króna dýnu? Nei -svar okkar er alveg fjallgrímt Nei. Verðmætasti hlutur í eigu hvers manns og hvernar konu er dýnan sem sofið er á. Ung og hraust bein, ung og lipur liðamót og mjúkir vöðvar og æskuör blóðrás í hreinum æðum finnur ekki svo mikið fyrir því að sofa um tímabil á slæmum beði -en sannleikurinn er sá að upp úr þrítugsaldri hægir á allri endurnýjun í líkamanum og þá byrjar það að hefna sín að hafa ekki hugsað um það einfalda og augljósa mál að við þurfum að liggja á þessum búshlut þríðjung ævinnar.

Við viljum segja þér það alveg hreint út að ef dýnan þín er orðin tíu ára þá áttu að fara að gæta að þessum málum ef þú ert ekki úthvöld(ur) á morgnana -og ef hún er orðin mikið eldri -segjum 14-15 ára þá er nokkurn veginn víst að það er kominn tími til að skipta. Stírðleiki í hálsi, þreyta í öxlum, seiðingur í baki og mjöðmum -já jafnvel kaldir fætur, -allt þetta er hugsanlega (ásamt öðru) slæmri dýnu að kenna. Í okkar sérhæfða þjófélagi þar sem við vinnum svipuð störf dag eftir dag, árum saman reynir misjafnlega á hina ýmsu líkamshluta, vöðva og vefi. Þar kemur fram slit, æðaprengsli, vöðvaspenna sem skemmir út frá sér. Hugsaðu þér til dæmis múrara sem endurtekur sömu hreyfingarnar í sífellu, -stúlku sem situr 6-8 tíma á dag við ritvél eða tölvuskjá, saumakonu við hraðsaumavél, flökunarmann, bílstjóra á langferðabíl o.s.frv. Þegar þetta fólk svo sefur á gamalli vondri dýnu líður því einfaldlega ekki eins vel á morgnana eins og ef það hefði sofið á góðri dýnu.

-Og góðu fréttirnar eru þær að reglulega góð dýna kostar ekki mikið fé. Þyngd þín, líkamsbygging og aldur ræður mestu um hvaða dýnu þú átt að velja og hve mikið hún kostar. Aðalreglan er sú að þeim mun þyngri og/eða eldri sem þú ert þeim mun dýrari dýnu áttu að kaupa. Slík dýna kostar á bilinu 22-58.000 krónur og á að duga þér með réttri notkun hátt á annan áratug.

Eigum við ekki að hittast í dag og tala saman um dýnur.

Húsgagnahöllin



BÍLDSHÖFÐA 20 - 112 REYKJAVÍK - SÍMI 91-681199

BLADID

VELA

Fellsási 7 - 270 Mosfellsbæ
s. 666110 - fax 667710

Sérverslun með tæki og húsgögn fyrir hreyfihamlaða

Opið frá 9-12 f.h. alla virka daga.

Hringið og fáið bæklinga, upplýsingar um verð og afgreiðslutíma.

HÚSGÖGN

VELA vinnustólar:

Margar staðlaðar gerðir vinnustóla og rafmagnsstóla, sérsníði.

ROPOX vinnuborð, þjálfunartæki, baðborð, eldhús:

Margar staðlaðar gerðir hæðarstillanlegra borða og tækja.

COMPETANCE eldhúsinnréttingar fyrir hreyfihamlaða.

ACCO vörur:

Margar gerðir af borðum fyrir tölvur og prentara.

Ódýr og léttbyggð.

CROYDEX stólar til að hlífa baki í garðvinnu.

TJÁSKIPTATÆKI - UMHVERFISSTJÓRNUN TÖLVUR OG TÖLVUSTJÓRNUN

GEWA, tjáskiptatæki, tölvustjórnun, umhverfisstjórnun, rofar.

GEWA & TÖRMAX hurðaopnunarbúnaður með fjarstýringu.

TASH, rofar og tölvustjórnun.

POSSUM, rofar og tölvustjórnun.

TFH, rofar.

PERMOBIL, tölvustjórnun, umhverfisstjórnun.

PIKOSYSTEMS, tölvustjórnun, umhverfisstjórnun.

ERGO-REST hvíldararmar fyrir framhandleggi og axlir.

BLAÐA OG BÓKAFLETTARAR

QED, blaða- og bókaflöttarar fyrir íslensk dagblöð, flestar bækur og tímarit.

GEWA, blaða- og bókaflöttarar.

POSSUM, blaða- og bókaflöttarar.

IÐJUPJÁLFAFÉLAG ÍSLANDS
Pósthólf 8845
128 Reykjavík

PRENTUN: Offsetfjölritun h.f.
Mjólnisholti 14, 105 Reykjavík

RITNEFND: Elsa Þorvaldsdóttir
Erna Magnúsdóttir
Kristjana Ólafsdóttir
Unnur Jóhannesdóttir

STJÓRN: Hope Knútsson formaður
Valrós Sigurbjörnsdóttir varaformaður
Lilja Ingvarsson gjaldkeri
Bára Sigurðardóttir ritari
Katla Kristvinsdóttir stjórnarmeðl.
Anna Sveinbjörnsdóttir varamaður
Kolbrún Héðinsdóttir varamaður

	Bls.
EFNISYFIRLIT: Handarskurðlækningar og gigt	5
Færnismat fyrir íslenska iktsýkissjúklinga	11
Er hægt að minnka kostn. vegna gigtarsjúkdóma	17
Iðjupjálfun við slitgigt í þumalfingri	21
Þjálfun iktsjúkra	27
Þjálfun gigtarsjúklinga í vatni	33
Gigtarskóli	35
Gigt - fyrr og nú	38
Hjálpartæki fyrir gigtveika	40
Heimilisbreytingar hjá gigtarsjúklingum	41
Fréttir	45
Lausar stöður	46
Félagatal	47

VELA

Fellsási 7 - 270 Mosfellsbæ
s. 666110 - fax 667710

Sérverslun með tæki og húsgögn fyrir hreyfihamlaða

Opið frá 9-12 f.h. alla virka daga.

Hringið og fáið bæklinga, upplýsingar um verð og afgreiðslutíma.

RAFDRIFNIR OG RAFSTILLANLEGIR HJÓLASTÓLAR

VELA, úti- og inni-rafmagnshjólastólar, (ný hönnun).

PERMOBIL, úti- og inni-rafmagnshjólastólar, (ný hönnun).

HJÓLASTÓLALYFTUR FYRIR BÍLA, PALLALYFTUR

INTERBILITY, hjólastólalyftur fyrir bíla.

ÞJÁLFUNARLEIKFÖNG - SÉRBÚIN LEIKTÆKI

TFH, leikföng, rofar, þjálfunartæki, rólur, reiðhjól o.fl.

ROMPA, leikföng, þjálfunartæki, dýnur, rólur, trambolin o.fl.

TECH TOYS leikföng, rofar, ljósabox.

(pantið nýjustu bæklingana og fáið verðupplýsingar)

TÆKI FYRIR IÐJUPJÁLFUN OG ÝMIS HJÁLPARTÆKI FYRIR HEIMILISSTÖRF

NOTTINGHAM REHAB, úrval hjálpartækja og búnaðar fyrir iðjupjálfun.
(pantið nýjasta bæklinginn og fáið verðupplýsingar)

BAÐLYFTUR - BAÐKÖR

PARKER BATH veltibaðkör fyrir heimahús og stofnanir.
LYFTUR Í BAÐKÖR frá ýmsum aðilum.

HANDARSKURÐLÆKNINGAR OG GIGT

Það er með stakri ánægju að ég sest niður til að skrifa þennan pistil í blað iðjubjálfa, enda er áhugi minn á efninu mikill. Segja má að hér blandist saman nýtt og gamalt þar sem handarskurðlækningar er tiltölulega ný sérgrein en gigtin gamall sjúkdómur. Vissulega hafa menn skorið hendur áður en til varð þessi sérgrein, en fáir helguðu sig höndunum þá og þær fengu ekki verðskuldaða athygli. Hendurnar eru mjög merkileg líffæri með fjölbreytt hlutverk. Þær eru bæði skynfæri og verkfæri. Þær má nota til vinnu, til árásar eða varnar og til að miðla öryggi, blíðu og ástúð. Þá eru þær einnig notaðar við tjáningu, til að leggja áherslu á eitthvað eða til að tjá geðhrif og skap.

Nú er svo komið að handarskurðlækningar eru sérgrein í mörgum löndum austan hafs og vestan, ýmist sjálfstæð sérgrein eða tengd einhverri annarri eins og t.d. bæklunarskurðlækningum hér á landi. Umsvif innan greinarinnar fara vaxandi hér á landi og sýnist mér, eftir liðlega árs starf hérna, að ekki sé vanþörf á.

Fyrir utan meðferð á slösuðum, bæði strax eftir slys og síðar meir, þá eru gigtarsjúklingar fjölmennasti hópurinn á móttöku minni. Stærsti hluti gigtarsjúklinganna skiptist svo á milli iktsýki og slitgigtar. Öllum sem unnið hafa

með þessa sjúklinga vita hvílik byrði sjúkdómarnir geta verið einstaklingunum og eftir mikla umfjöllun fjölmiðla á þessu ári er ljóst að þeir eru einnig samfélaginu veruleg byrði.

Ég mun hér fjalla um helstu vandamál sem slitgigt og iktsýki geta valdið í höndum, reyna að greina eðli vandamálsins og meðferðarmöguleika. Aðallega mun ég tala um þann þátt sem snýr að handarskurðlækningum, en vek athygli á því hér að handarskurðlæknir án náins samstarfs við iðjubjálfa og sjúkrabjálfa er talsvert heftur í starfi sínu. Þar sem ég þekki til erlendis byggist öll meðferð þessara sjúklingahópa á mjög náinni samvinnu margra starfshópa, m.a. lækna, iðjubjálfa og sjúkrabjálfa. Meðferð eftir aðgerðir er nefnilega ekki síður mikilvæg en aðgerðirnar sjálfar og einnig er oft hægt að halda sjúklingum frá aðgerðum með þjálfun.

Almennt má segja að ábendingar fyrir aðgerðir á þessum sjúklingum séu í þessari röð: minnka verk og vanlíðan, bæta notagildi handarinnar, fyrirbyggja frekari skemmdir og bæta útlit.

SLITGIGT

Eins og hún snýr að okkur í daglegu starfi er slitgigt brjóskeyðing, bólga í liðhimnu og vökvasöfnun í liðum. Einkennin sem sjúklingar finna fyrir eru aðallega verkur, stírðleiki og síðar

óstöðugleiki liða. Rýrir þetta oft starfsgetu handanna verulega. Oftast er um að ræða slitgigt án þekktrar ástæðu (primer artros) og leggst hún aðallega á fjærkjúkuliði (DIP-liði) fingranna og þumalrót (CMC I). Í þessum sjúklingahópi eru konur í meirihluta, aðallega miðaldra og eldri. Annað afbrigði slitgigtar, sem einnig er algengt, er með þekkta orsök (sekunder artros), oftast eftir brot í liðfleti eða önnur slys (post-traumatisk). Í þessum hópi eru karlar heldur fleiri en í hinum og aldurinn breytilegri. Hér eru líka allir liðir mögulegir en úlnliðurinn mikið áberandi. Lítum nú aðeins nánar á mest áberandi liðina í slitgigt.

DIP-liðir

Slitgigt í fjærkjúkuliðum er einnig kölluð Heberdens artros og er oftast auðþekkjanleg berum augum vegna Heberdens hnúta, en þeir eru beinútvöxtur dorsalt, bæði radíalt og ulnart yfir liðunum. Sjúklingar hafa mestan verkinn til að byrja með, en síðan minnkar hann með tímanum og getur jafnvel horfið alveg. Hér hafa lyf yfirleitt frekar lítið að segja og ef verkur eða óstöðugleiki og skekkjur eru til vandræða er yfirleitt best að gera liðinn stífan með aðgerð (artrodese).

CMC I-liður

Þessi liður, sem líka má kalla þumalrót, skiptist eiginlega í tvo liði, þ.e. TMC-lið (trapezium-metacarpus) og ST-lið (scaphoideum-trapezium). Yfirleitt byrjar sjúkdómurinn í TMC-liðnum en breiðist fljótt yfir í ST-liðinn líka, þ.e. beggja vegna trapezium. Þessir sjúklingar kvarta oft undan

því að þeir missi hluti, gripið verður nefnilega fljótt lélegra, fyrst vegna verkja og síðar vegna óstöðugleika í liðnum líka. Með tímanum rennur metacarpus I út úr liðnum radíalt (þumalmegin) að hluta (subluxatio) og greipin minnkar (adductions-kontraktura).

Hér geta umbúðir, mjúkar eða stífar, oft hjálpað sjúklingum, a.m.k. til að byrja með eða meðan beðið er eftir aðgerð. Bólguþandi lyf, bæði í töfluformi og sprautur í liðinn geta líka gert tímabundið gagn. Varanlegastur árangur næst hins vegar með aðgerð og koma þá nokkrar aðferðir til greina.

Talsvert hefur verið gert af því að nema á brott trapezium beinið og setja gervibein (silicon-protese) í staðinn. Margir sjúklinganna verða verkjalausir og nýtist þessi aðgerð mjög vel. Hins vegar hefur verið að koma í ljós vaxandi fjöldi sjúklinga, sem fær svæsna bólgu í liðhimnu úlnliðsins og beineyðingu í úlnliðsbeinin vegna plastefnisins (silicon-synovitis), jafnvel mörgum árum eftir ísetningu gervibeinsins. Hefur því notkun gervibeinanna minnkað verulega síðustu árin.

Ef slitgigtin hefur eingöngu lagst á TMC-liðinn og sérstaklega ef sjúklingurinn er í yngri kantinum og enn í vinnu, þá er oft ágætt að gera TMC-liðinn stífan en við það minnkar hreyfigeta þumals svolítið. Hins vegar helst góður kraftur í gripinu. Augljóslega er ekki hægt að gera þetta ef breytingar eru einnig í ST-liðnum, því þá færist álagið yfir á sjúkan lið og einkennin halda áfram. Gipsmeðferð a.m.k. sex til átta vikur og síðan mislangur tími í æfingar.

Algengasta aðgerðin hentar vel þegar breytingar eru í báðum liðum, en hún felst í brottnámi trapezium beinsins og síðan er fléttaður niður í holrúmið eftir beinið sinastúfur. Árangur slíkrar aðgerðar er oftast góður, flestir verða verkjalausir og hreyfigeta þumals er góð á eftir. Það tapast hins vegar u.þ.b. 25% af krafti heilbrigðrar handar í gripinu. Reyndar kvarta fáir undan því, enda er kraftur handarinnar langoftast þegar mikið minnkaður fyrir aðgerð. Gipsmeðferð fjórar vikur eftir aðgerð og síðan má reikna með u.þ.b. þremur mánuðum þar til höndin er tilbúin í átök aftur.

Úlnliður

Oft er hér um að ræða yngri sjúklinga, sem enn eru í fullri vinnu og gera miklar kröfur til handanna. Margir sjúklinganna eru með slitgigt í hluta úlnliðar, þ.e. á milli einstakra úlnliðsbeina. Slík slitgigt er oft afleiðing ýmiss konar liðbandaáverka eða brota (t.d. í bátsbeini). Óþægindin eru oftast álagsbundnir verkir. Reynt hefur verið að nota ýmsar tegundir gerviliða en enginn hefur reynst standast álagið, og sérstaklega varhugavert er að setja silicon-hluti í úlnliði sjúklinga vegna áðurnefndra bólgubreytinga í liðhimnu og beineyðingar, sem því fylgir. Sú aðgerð sem hægt er að bjóða sjúklingum með mikil einkenni upp á, er að gera liði stífa, ýmist allan úlnliðinn eða milli nokkurra úlnliðsbeina, allt eftir eðli vandræðanna. Þær hreyfingar sem tapast við þetta eru mismunandi eftir útbreiðslu staurliðar, en ef allur úlnliður er gerður stífur, þá glatast beygja og rétting (flexio-extensio) svo og hliðarsveigjur, en snúningshreyfing helst yfirleitt

eðlileg (pronatio-supinatio). Kraftur í hendinni er yfirleitt góður eftir svona aðgerð. Gipsmeðferð lágmark sex til átta vikur og síðan æfingar.

IKTSÝKI

Iktsýki (RA, liðagigt) er annar alvarlegur sjúkdómur sem gjarna leggst á hendur. Grunnur allra vandamála, sem iktsýki veldur í höndinni, er bólga í liðum og sinasliðrum (synovitis og tenosynovitis). Í liðum veldur bólgan eyðingu á brjóski og beini auk þess sem hún eyðileggur liðbönd og liðpoka, sem gefa liðunum stöðugleika. Afleiðingarnar verða verkur, stirðleiki, óstöðugleiki og skekkjur í liðunum. Bólga við sínar hindrar þær í að renna létt fram og til baka eins og þær eiga að gera, auk þess sem hún vex inn í sínarnar hægt en markvisst og að lokum slitna þær. Afleiðingarnar af þessu verða verkur, stirðleiki og síðar tapaðar hreyfingar.

Það er skiljanlegt út frá þessu, hvers vegna brottnám þessarar bólgu bæði í liðum og sinasliðrum (synovectomy og tenosynovectomy) eru mikið notaðar aðgerðir, sérstaklega ef sjúklingar koma til aðgerðar áður en verulegar skemmdir hafa átt sér stað í liðum. Ef sínar hafa slitnað eða færst til vegna bólgunnar eru einnig notaðar margar mismunandi sinaaðgerðir til að reyna að bæta skaðann. Ef liðir eru skemmdir þegar til aðgerðar kemur, þá eru til margar mismunandi tegundir aðgerða bæði með og án gerviliða, og einnig er staurliður oft góð lausn á vandamálinu. Brottnám bólgunnar eins og nefnt var í upphafi eru líklega einu aðgerðirnar sem talið er að heft geti eða hægt á gangi sjúkdómsins staðbundið, en það er reynd-

ar umdeilt hvort svo sé. Almenn regla ætti að vera sú, að ef ekki tekst með lyfjameðferð að ráða við bólgur í liðum og sinaslíðrum á sex mánaða meðferð, þá ætti að meta sjúkling með tilliti til aðgerðar.

Markmið aðgerðanna eru aðallega að lina þjáningar, bæta starfsemi og hægja á eða stöðva framgang sjúkdómsins. Einnig mætti nefna sem markmið að bæta útlit, en mjög varasamt er að leggja út í aðgerðir eingöngu til að bæta útlitið. Því eru miklar skekkjur ekki ástæða til aðgerða ef starfsemi handanna er tiltölulega góð. Við skulum nú fara nokkrum orðum um helstu staði handarinnar þar sem iktýskin gerir usla og nefna aðalatriðin sem handarskurðlækningar hafa upp á að bjóða.

Bólga í sinaslíðrum

Eins og áður sagði, er mikilvægt að gera "teno-synovectomiu" tiltölulega snemma, þ.e. áður en bólgan nær að eyðileggja sinarnar, sem slitna, og sérstaklega ef afleiðing bólgunnar er taugaklemma t.d. "carpal tunnel syndrom". Því hefur lófahlið handarinnar forgang ef bólgur eru í sinaslíðrum þar og líka á handarbaki. Auðvelt er að sjá bólguna á handarbaki sjúklinganna, en lófamegin getur hún einnig sést og þá helst ofan við og neðan við úlnliðsrennu (canalis carpi) og yfir nær kjúkum fingra. Betra er þó að finna marr og hnökra á þessum stöðum þegar sjúklingar beygja og rétta fingurna. Ef sínar hafa náð að slitna eða flytjast úr stað, þá þarf oft að tengja nýjar sínar saman eða flytja til sínar.

Eftir svona aðgerðir á sinum er mjög mikilvægt að hefja æfingar fljótt,

jafnvel á þriðja eða fjórða degi og æfa vel. Hættan á stirðleika vegna samvaxta sína og umhverfisins er nefnilega annars verulega mikil. Hér eru mikið notaðar alls kyns spelkur (dynamiskar) til að hjálpa til við æfingarnar.

Rétt er að minnast lítillega á þær sínar sem helst slitna í hendinni. Fyrsta má nefna EPL (langa þumalréttinn), sem oft slitnar án áverka í sjúklingum með iktýski. Hverfur þá hæfnin til að lyfta þumli frá undirlagi ef lófinn er lagður niður. EDC (sam-eiginlegi fingraréttirinn) slitnar einnig oft og þá gjarnan fyrst í litlafingri, síðan baugfingri og svo koll af kolli. Minnkar þá getan til að rétta fyllilega úr viðkomandi hnúalið (MCP). Tiltölulega auðvelt er að gera við þessar sínar ef ekki eru allt of margar slitnar. Mun erfiðara er hins vegar að gera við beygisinar (flexor-) ef þær ná að slitna.

Úlnliður

Úlnliðurinn er "sá grunnur, sem höndin stendur á" og verður hann oft illa úti í iktýski. Í honum byrjar sjúkdómurinn oftast þumalmegin og við höfuð ölnar. Þegar bólgan fer að teygja á og eyðileggja liðböndin, þá "renna" úlnliðsbeinin að ölninni (radial deviatio í úlnlið) og er það hluti af orsök gagnstæðrar skekkju í fingrum (ulnar deviatio). Síðan kemur óstöðugleiki í liðinn milli sveifar og ölnar (DRU) og bólgan brýst oft þar upp úr liðnum. Síðar breiðist bólgan út um allan úlnliðinn og úlnliðsbeinin skemmast og renna síðan oft saman. Þá getur úlnliðurinn gengið úr lið að hluta eða jafnvel öllu leyti.

Rétt er að nema á brott bólguna með

aðgerð ef ekki lyfjameðferð dugar til, og það áður en skemmdir fara að koma fram í beinum og liðum ef hægt er. Ef liðurinn er illa farinn er oft best að gera hann að staurlið (stöðugur og verkjalaus) en gerviliðir hafa almennt ekki reynst vel hér, einna best hafa þeir reynst í gömlu fólki, sem mjög litlar kröfur gerir til handanna og ekki reynir mikið á þær. Athugið að þótt hann sé gerður að staurlið, þá er oftast tekið um leið höfuð ölnar (caput ulnae) og því heldur sjúklingur snúningsgetunni (pro-/supinatio).

Hnúaliðir

Hnúaliðirnir (MCP-) verða oft illa fyrir barðinu á iktsýki og skekkjast gjarna vegna staðbundinna skemmda, úlnliðsskekkju, ójafnvægis í rétti- og beygisinum svo og truflunar á starfsemi smávöðva handarinnar (intrinsic vöðva). Þegar langt er gengið síga fingurnir oft alveg úr liðnum lófamegin (luxerast volart). Hér getur það aukið á skekkjuna þegar réttisinar fingranna renna til hliðar í átt að litlafingri og renna niður á milli liðanna (luxerast ulnart). Hér er eins og áður sagði mikilvægt að nema brott bólguna snemma, eða áður en liðurinn skemmist að ráði. Ef það næst ekki, þá hafa gerviliðir (silicon prótesur, Swanson prótesur) gefið hér góða raun. Með þessum aðgerðum þarf oftast að gera mismunandi umfangsmiklar leiðréttingar á legu sinanna og

endurskapa liðbönd þumalmegin á liðunum til að gefa stöðugleika.

Ekki þarf að fjölyrða um mikilvægi æfingameðferðar eftir þessar aðgerðir.

Nærkjúkuliðir

Bólgu í nærkjúkuliðum (PIP-) skyldi nema á brott tiltölulega snemma þar sem gerviliðir og staurliðir reynast ekki eins vel og í hnúaliðum og úlnlið. Ef skemmdir eru komnar í liðinn eru það þó vel nothæfar lausnir. Hins vegar er erfitt að laga hnapphelduskekkju (Boutonnière) ef bólgan nær að eyðileggja miðfasa réttisinarinnar. Eyðileggi bólgan aftur á móti grunna fingurbeygirinn (FDS), þá verður til svanahálsskekkja.

NIÐURLAG

Hér hefur aðeins verið stiklað á stóru varðandi slitgigt og iktsýki eins og þessi sjúkdómar snúa að handarskurðlæknum. Rétt er að leggja á það áherslu hér að samvinna margra starfshópa er frumskilyrði þess að góður árangur náist í meðferðinni, sérstaklega þegar um er að ræða iktsýki og skylda sjúkdóma. Þá er einnig mjög mikilvægt að meta þessa sjúklinga snemma með tilliti til aðgerðar. Því er mjög spennandi sú hugmynd, sem kastað hefur verið fram, að koma upp meðferðar- og greiningarmiðstöð þar sem allir innblandaðir starfshópar ynnu mjög náið saman með þessa sjúklinga.

CONDIGI SJÚKRAKALLKERFI.

Síðan í september 1985 hefur Tæknival hf. haft til sölu ConDigi sjúkrakallkerfin frá Eifa A/S í Danmörku og eru þau nú í notkun á mörgum sjúkra- og öldrunarstofnunum um allt land við góðan orstír. ConDigi sjúkrakallkerfin eru fáanleg í mörgum útgáfum. CD 1000 er bjöllukerfi eins og algengt er á sjúkrahúsum. CD 1000 er mest notað á deildaskiptum sjúkrastofnunum. CD 1000 sjúkrakallkerfi er t.d. í notkun á sjúkrahúsinu á Seyðisfirði, sjúkrahúsinu á Húsavík og dvalarheimilinu Hjallatúni Vík Mýrdal.

CD 3000N er mjög fullkomið sjúkrakallkerfi með tviátta tali og er mest notað á sjúkra og öldrunarstofnunum þar sem fjöldi starfsfólks er í lágmarki.

CD 3000N SJÚKRAKALLKERFI ERU Í NOTKUN Á EFTIRTÖLDUM STÖÐUM:

Hrafnista	Hafnarfirði
Hrafnista	Reykjavík
Seljahlið	Reykjavík
Bólstaðarhlið 41 - 43	Reykjavík
Hlíf	Ísafirði
Dalbær	Dalvík
Dvalarheimili aldraða	Vík Mýrdal
Dvalarheimili aldraða	Grindavík
Dvalarheimilið Hvammur	Húsavík
Sjúkrahúsið á Húsavík	Húsavík
og fl.	

Tæknival h.f. býður einnig upp á svo kallaða "neyðahnappa" frá ConDigi, en þetta kerfi er kallað CD 9000.

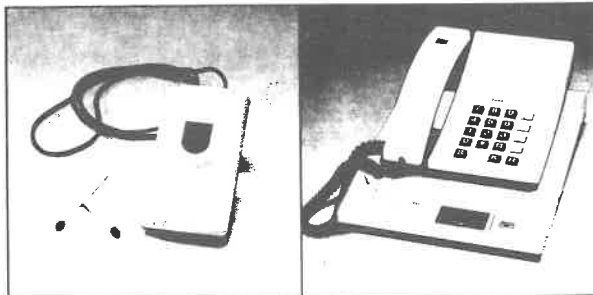
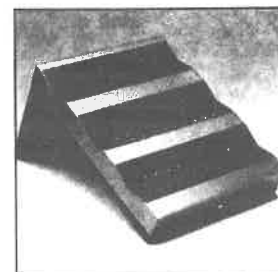
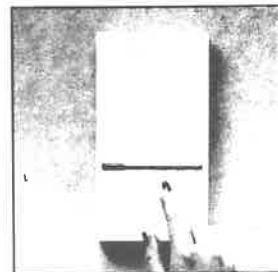
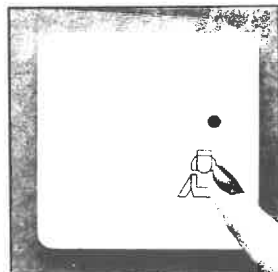
Við ConDigi kerfin er hægt að fá ýmsan hjálparbúnað t.d.:

- Rápmottu
- Vætumottu
- Reykskynjara og fl.

Tæknival h.f. leggur mikla áherslu á góða og skjóta þjónustu og sækja starfsmenn iðnstýrideildar reglulega námskeið í höfuðstöðvar Eifa A/S, í Århus í Danmörku.

 **Tæknival**

Tæknival hf - Skeifan 17
108 Reykjavík
Sími: 91 - 681665
Fax: 91 - 680664



FÆRNISMAT FYRIR ÍSLENSKA IKTSÝKISSJÚKLINGA

Á árinu 1990-91 aðstoðaði ég Helga Jónsson lækni, sérfræðing í gigtsjúkdómum við að staðfæra og áræðanleikaprófa færnismat (The Stanford Health Assessment Questionnaire, HAQ) fyrir iktsýkissjúklinga.

Tilgangur rannsóknarinnar var að þýða HAQ-færnismatið á íslensku og kanna hvort íslenskir sjúklingar gætu svarað því. Í öðru lagi að kanna hvort HAQ spurningalistinn endurspegladi raunverulega færni sjúklinga með hlutlægu mati iðjubjálfa og að skoða niðurstöðurnar með tilliti til virkni sjúkdóms, aldurs og sjúkdómstíma.

Hér á eftir fara nokkur orð um færnismatið sjálft, vinnuna við matið og notagildi þess.

Ekkert staðlað færnismat sem sýnir hæfni og sjálfsbjargargetu íslenskra gigtarsjúklinga var til á íslensku.

Svona spurningalisti er nauðsynlegt verkfæri við athuganir og rannsóknir á gigtarsjúklingum í íslensku þjóðfélagi.

HAQ spurningalistinn er valinn af því að hann hefur náð mestri útbreiðslu ásamt því að hafa þann kost að fljótlegt er að svara honum.

ÚRTAK

Í úrtakinu voru samtals 30 sjúklingar sem uppfylltu ARA skilyrði um iktsýki

(5) og lögðust inn á Landspítala vegna iktsýki á 11 mánaða tímabili 1990-91. 25 konur og 5 karlar á aldrinum 17-74 ára. Lengd sjúkdóms frá fyrstu einkennum frá 5 mán. - 55 ár.

FÆRNISMAT

HAQ-spurningalistinn var þýddur með aðstoð íslenskufræðings. Stuðst var við sænska útgáfu ásamt þeirri upprunalegu.

Þátttakendur voru beðnir að framkvæma færnismatið, þ.e. merkja við á HAQ spurningalistanum eftir bestu getu miðað við ástand síðustu viku. Á listanum eru 20 spurningar sem flokkast í 8 liði, hverri spurningu er hægt að svara á 5 vegu, gefin eru stig frá 0-3 fyrir svarið.

- 0 Auðveldlega
- 1 Nokkrum erfiðismunum
- 2 Miklum erfiðismunum/hjálpartæki
- 3 Get ekki

Við einkunnagjöf er tekin hæsta skor í hverjum lið, þær tölur lagðar saman og deilt með 8. Endanleg einkunn er á bilinu 0-3.

Einnig fylgir matinu sársaukakvarði (pain scale) þar sem sjúklingar eru beðnir að meta sársauka sl. viku á láréttum kvarða 0-10.

SPURNINGALISTI

Tafla 1. Spurningalisti færnismatsins (Stanford Health Assessment Questionnaire, »HAQ«). Hlutlægt mat iðjubjálfa var gert á athöfnum merktum með stjörnu.

Við höfum áhuga á að vita hvaða áhrif sjúkdómur þinn hefur á færni þína til daglegs lífs. Settu cross við það svar sem best lýsir ástandi síðustu viku.

	Auðveldlega	Með nokkrum erfiðismunum	Með miklum erfiðismunum	Með hjálpartæki	Get það ekki
1. Klæðnaður og snyrting:					
Getur þú –					
★ klætt þig og hnýtt skóreimar og hneppt hnöppum?	_____	_____	_____	_____	_____
★ þvegið á þér hárið?	_____	_____	_____	_____	_____
2. Fara á lætur:					
Getur þú –					
★ staðið upp úr stól án arma?	_____	_____	_____	_____	_____
★ farið upp í og fram úr rúmi?	_____	_____	_____	_____	_____
3. Borða:					
Getur þú –					
★ skorið kjöt á disk?	_____	_____	_____	_____	_____
★ borið fullt glas að munni?	_____	_____	_____	_____	_____
búið til eigin málsverð?	_____	_____	_____	_____	_____
4. Ganga:					
Getur þú –					
★ gengið á sléttri grund utanhúss?	_____	_____	_____	_____	_____
★ gengið niður fimm tröppur (þrep)?	_____	_____	_____	_____	_____
5. Hreinlæti:					
Getur þú –					
★ þvegið og þurrkað allan líkamann?	_____	_____	_____	_____	_____
baðað þig í baðkeri?	_____	_____	_____	_____	_____
sest á og staðið upp af klósetti?	_____	_____	_____	_____	_____
6. Seiling:					
Getur þú –					
★ tekið tveggja kílóa poka af sykri af hillu í höfuðhæð?	_____	_____	_____	_____	_____
★ tekið fót upp af gólfinu?	_____	_____	_____	_____	_____
7. Grip:					
Getur þú –					
opnað dyr á bil?	_____	_____	_____	_____	_____
★ opnað sultukrúkkur (eltir að þær hafa verið opnaðar fyrsta sinni)?	_____	_____	_____	_____	_____
skrúfað frá krana?	_____	_____	_____	_____	_____
8. Annað:					
Getur þú –					
farið í búðir og keypt inn fyrir heimilið?	_____	_____	_____	_____	_____
komist inn í og út úr bíl?	_____	_____	_____	_____	_____
★ ryksugað?	_____	_____	_____	_____	_____

Nafn:

Kennitala:

Dagsetning:

Bættu gjarna við athugasemdum á baksíðu!

MAT Á SJÚKDÓMSVIRKNI

Við mat á virkni sjúkdómsins var stuðst við Ritchie's index, handstyrk (mældur með brufenometer) og sökk. Sami læknir (HJ) framkvæmdi mat á öllum sjúklingum.

HLUTLÆGT MAT IÐJUPJÁLFA

Hlutlægt mat iðjupjálfa var gert á 13 af 20 spurningum HAQ listans (sjá stjörnumerkt). Verkefnin voru "stöðluð" og skilgreind m.t.t. stigagjafar. Það fór eftir verkefnum hvort sjúklingar notuðu sína persónulegu hluti (t.d. fatnað) eða staðlaða hluti frá iðjupjálfa (t.d. hnífapör). Prófanir voru ýmist gerðar í herbergi sjúklings eða í iðjupjálfunardeild.

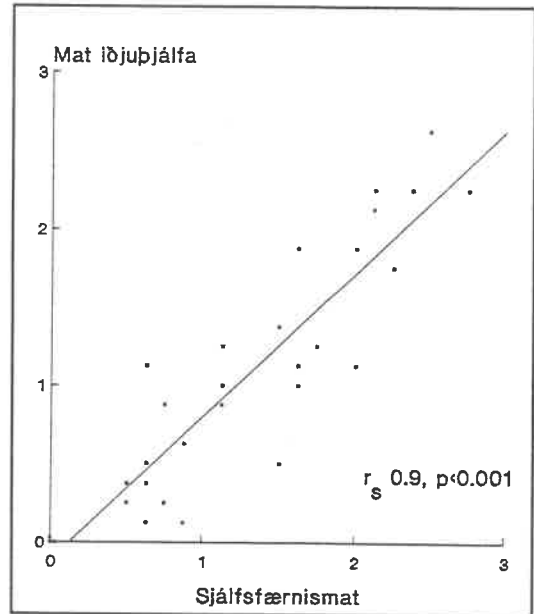
Dæmi:

Klæðnaður/snyrting: Sjúklingur þurfti að fara í bol/skyrtu, buxur og sokka. Auk þess þurfti hann að reima skó og hneppa hnöppum (allir hnepptu sömu hnöppunum).

Sjúklingur fær 0 fyrir að geta þetta auðveldlega, 1 ef hann getur það með nokkrum erfiðismunum, t.d. þarf að aðlaga grip eða vera með "tilfæringar" á einhvern hátt, 2 ef sjúklingur á í miklum erfiðleikum, t.d. ef hann er mjög lengi, þarf að nota hjálpartæki eða að fá smá hjálp og 3 ef sjúklingur getur það ekki.

Borða: Hér var sjúklingur beðinn að skera ímyndað kjöt (plastazot). Allir notuðu sömu hnífapör en gátu fengið sérhönnuð hnífapör (hjálpartæki) ef þeir gátu ekki notað venjuleg.

Í fæstum tilvikum sá ég sjálfsmat sjúklings, aðeins ef sjúklingur skildi ekki eitthvað og leitaði hjálpar hjá mér.



NIÐURSTÖÐUR

Af þeim 30 sjúklingum sem tóku þátt í könnuninni svöruðu 21 sjúklingar (70%) svöruðu spurningalistanum án athugasemda. 7 sjúklingar (23%) báðu um minniháttar aðstoð við að svara einstaka spurningum en þetta er ekki talið hafa áhrif á niðurstöðurnar.

2 sjúklingar þurftu verulega aðstoð við að svara spurningunum. Ekkert kom fram sem benti til að einstaka spurningar væru sérstaklega torskildar.

Það var Helgi Jónsson sem sá um útreikninga og túlkun á niðurstöðum. Við útreikning á samsvörun var notuð "spearman rank correlation (r_s)" (6).

Niðurstöður þessarar rannsóknar eru þær að HAQ færnismatið (Stanford Health Assessment Questionnaire) er hentugt við mat á færni íslenskra iktsýkissjúklinga. Langflestir sjúklingar geta svarað spurningalistanum vandræðalaust, og ber spurningum þeirra vel saman við hlutlægt mat iðjupjálfa.

Niðurstöður úr hlutlægu mati iðjubjálfa á 13 af 20 spurningum spurningalistans reyndust mjög líkar svörum sjúklinga. Gott samræmi ($r_s > 0.7$) var milli svara við einstökum spurningum og mats iðjubjálfa. Spurningin "getur þú ryksugað?" fékk hæstu einkunn bæði við sjálfsmat (2.1) og í mati iðjubjálfa (1.9): Niðurstöður einstakra spurninga/spurningaflokka eru sambærilegar við erlendu niðurstöðurnar nema spurningin "getur þú ryksugað" sem fær hærri einkunn hjá mér en í erlendu rannsóknunum.

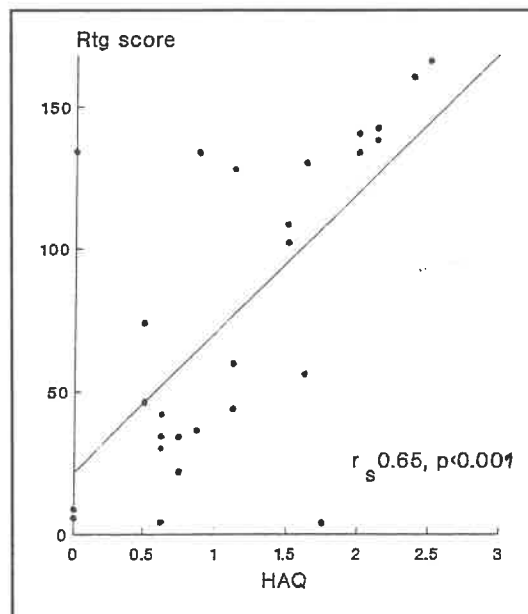
Þegar litið var á meðaleinkunn komu í ljós tengsl við aldur sjúklinga, sjúkdómstíma og handstyrk. Minni samsvörun var við sársaukakvarða, "Ritchie's index" og sök.

Einstakir þættir færnismatsins virtust tengjast einstökum þáttum í lífi sjúklingsins. Þannig virtist aldur hafa tölfraðilega marktæk áhrif á liðina "klæðnað og snyrtingu", "að fara á fætur", og "hreinklæti". Sjúkdómstími virðist hins vegar hafa mest áhrif á "hreinklæti", "seilingu", "grip" og "annað". Handstyrkur tengdist mest því að "borða", "seilingu" og "grip".

Tölfraðilega marktækt samband var einnig á milli sökks og athafnarinnar að "fara á fætur", en sök hafði annars lítil tengsl við aðra þætti niðurstöðanna.

Í samanburði við erlendar niðurstöður (1, 2, 3, 4) koma niðurstöður einstakra spurninga eða spurningaflokka ekki á óvart. Þó virðist ein spurning

skera sig úr, en íslenskir iktsýkissjúklingar treysta sér mun síður til að ryksuga en sjúklingar annarra þjóða. Líklegt er, að skýringa sé hér að leita í íslenskum hífýlum, teppalagningu og fermetrafjölda. Við þetta vil ég bæta að "ryksugan" var nokkuð erfiðari hjá mér en í sænska matinu, þar var notað langt prik en ég var með kúst með lóði á. Ef ég hefði látið langt prik í hendurnar á fólki og sagt því að leika að það væri að ryksuga hefði ég sennilega fengið lægri tölu út úr spurningunni (betri færni) og minna samræmi við sjálfsmatið. Auk þess sem ég gekk ekki nógu hart að fólki að "ryksuga" heldur tók nei sem gilt þegar það neitaði, nei sem við nánari athugun var kannski byggt á því að það ryksugar aldrei. Mun erfiðara er að ryksuga teppi með ryksugu.



Samræmi er milli rtg. skemmda á höndum og HAQ færnismatsins

NOTAGILDI

Helgi telur mat af þessu tagi hafa ótvíræða kosti, ekki síst við langtímaeftirlit. Með því að láta sjúklingana sjálfa svara einföldum spurningalista er hægt að skrá færni sjúklingsins óháð mismunandi skoðendum. Færnismatið er einfalt, það tekur um 8-10 mínútur að svara því og það hentar því vel til notkunar á göngudeildum eða móttökustöðum lækna.

Niðurstöður færnismatsins hafa reynst auðvelda yfirsýn læknis, og hefur verið talið, að það hafi áhrif á meðferðarval í allt að 20% tilfella (7). Helgi telur þetta næga ástæðu fyrir því að lækna, sem stunda iktsýkis-sjúklinga noti HAQ-færnismatið. Auk þess sem sýnt hefur verið fram á tengsl á milli kostnaðar á hvern sjúkling og niðurstöðu færnismatsins (8). Skerðing á færni hefur einnig reynst hafa forspárgildi að því er varðar lífslíkur sjúklinga með iktsýki (9).

Einnig er athyglisvert að niðurstöður HAQ færnismatsins hafa lítil tengsl við hefðbundið virknismat læknis, sem byggt er á aumum liðum "Ritchie's index" kvörtunum um verki (sársauka-kvarða) og sökki. Þetta bendir á, að færnismatið hefur sjálfstætt gildi og er góð viðbót við hefðbundið mat á sjúkdómsvirkni.

Það kemur ekki á óvart, að færni sjúklinga er tengd sjúkdómstíma, en athyglisvert er, að enn skýrara samband er við aldur sjúklinga.

Hér ber að hafa í huga háan aldur flestra sjúklinga í þessari könnun, og líklegt er, að niðurstöður hefðu orðið aðrar, ef aldursdreifing hefði verið önnur.

Meðferðarfólki hættir oft til að dæma færni sjúklings út frá bólgnum liðum, aflögunum og skertum hreyfiferli o.p.h., en það segir ekki alltaf alla söguna. Heldur hvernig viðkomandi tekst að spila úr því sem hann hefur t.d. með vinnuhagræðingu, nota hjálpartæki o.s.frv. Ég tel að niðurstöður þessarar rannsóknar ýti enn undir það.

Eru þá iðjubjálfar óþarfir þar sem sjúklingur metur færni sína sjálfur? -

Þvert á móti held ég að þetta opni frekar augu lækna og annarra fyrir þörf á iðjubjálfun. Þetta er mat á sjálfsbjargargetu, þar sem m.a. er vakin athygli á þeim hlutum sem nauðsynlegir eru til að varðveita færni og sjálfstæði sjúklings t.d. þörf fyrir hjálpartæki, þar sem iðjubjálfar eru sérfræðingar.

LOKAORD

Þátttaka í þessu verkefni var bæði áhugaverð og lærdómsrík, ég veit nú hvað má betur fara næst. Mikilvægt er að undirbúa rannsókn vel áður en byrjað er, skilgreina vel einstök atriði og gera prufuprófanir áður en rannsókn hefst. Í mínu tilviki hefði verið æskilegt að nota HAQ færnismatið á nokkra sjúklinga til að finna hugsanlega vankanta áður en rannsóknin hófst. Þó að vinnan við hlutlæga færnismatið sé ekki mjög frábrugðið þeirri vinnu sem ég er von að vinna, þá voru atriði hér nákvæmari og skrásetning þeirra betri. Enn einu sinni fékk ég því staðfest hve mikilvægt er að skrá hlutina. Auk þess sem það að skrá hlutina eftir stöðluðum aðferðum gerir manni kleift að gera samanburð við niðurstöður frá öðrum.

Mikilvægast er þó að mínu mati að við höfum nú "verkfæri" til að nota við rannsóknir á gigtasjúklingum í íslensku þjóðfélagi.

Eftir að rannsókninni lauk var HAQ spurningalistinn sendur því fólki sem tók þátt í rannsókninni og það beðið að fylla út listann aftur í samræmi við ástand síðustu viku. Þessi svör hafa síðan verið borin saman við færni-matið í rannsókninni og þróun á færni sjúklinganna skoðuð. Einnig hefur verið litið á tengsl mismunandi lyfja-meðferðar við breytingar á færni yfir þennan tíma.

Helstu niðurstöður eru þær að þeir sem voru slæmir fyrir, þ.e. fólk með langa sjúkdómssögu hefur heldur versnað en færni þeirra sem voru með styttri sjúkdómssögu hefur heldur aukist.

Niðurstöður rannsóknarinnar voru birtar í Læknablaðinu (1992, 78:238-41). Þar er að finna ýtarlegri tölulegar staðreyndir.

HEIMILDIR

1. Fries JF, Spits P, Kranies RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum.* 1980, 23:137-45.
2. Ekdahl C, Eberhardt K, Andersson SI, Svensson B. Assessing disability in patients with rheumatoid arthritis. Use of a Swedish version of the Stanford health assessment questionnaire. *Scand J. Rheumatol* 1989, 17:206-71.
3. Kirwan JR, Reeback JS. Stanford health assessment questionnaire modified to assess disability in British patients with rheumatoid arthritis. *British J. Rheumatol* 1986, 25:206-9.
4. Siegert CHE, Vleming LJ, Vandenbroucke JP, Cats A. Measurement of disability in Dutch rheumatoid arthritis patients. *Clin. Rheumatol* 1984, 3:305-9.
5. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988, 31:315-24.
6. Siegel S, Castellan NJ. Non-parametric statistics for the behavioral sciences. Singapore: McGraw-Hill International Editions. 1988.
7. Thompson PW. Functional outcome in rheumatoid arthritis. *Br. J. Rheumatol* 1988, 27(Suppl):37-43.
8. Lubeck DP, Spitz PW, Fires JF, Wolfe F, Mitchell DM, Roth SH. A multicenter study of annual health service utilization and costs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1986, 29:488-93.
9. Reilly PA, Cosh JA, Maddison PJ, Rasker JJ, Silman AJ. Mortality and survival in rheumatoid arthritis: A 25 year prospective study of 100 patients. *Ann Rheum. Dis* 1990, 49:363-69.

ER HÆGT AÐ MINNKA KOSTNAÐINN VEGNA GIKTARSJÚKDÓMA?

Engir sjúkdómar valda jafnmörgum einstaklingum jafnmiklum og langvarandi þjáningum og giktarsjúkdómarnir, sem eru meðal algengustu sjúkdóma í vestrænum löndum. Talið er að u.þ.b. fimmti hver maður fái einhvern tíma gikt á ævinni. Kostnaðurinn vegna giktarsjúkdómanna er gífurlegur. Bæði er hér um að ræða mikinn kostnað þjóðfélagsins í heild svo og þeirra einstaklinga, sem þjást af gikt og giktareinkennum. Mikilvægt er að finna leiðir til sparnaðar á þessu sviði sem öðrum.

Í Svíþjóð hefur verið reiknað út, að giktarsjúkdómar krefja um 19% af útgjöldum samfélagsins á hverju ári. Samsvarandi tölur frá Bandaríkjunum eru mun lægri eða um 5%. Erfitt er að meta sambærilegar tölur hér á landi en þær munu að öllum líkindum liggja einhvers staðar nálægt þeim sænsku. Í þessum kostnaði felst ýmiss beinn og óbeinn kostnaður m.a. vegna vinnutaps, sjúkrahúss- og heilsugæslukostnaðar, sérfræðingslæknishjálpar, sjúkra- og iðjuþjálfunar, hjálpartækja, lyfjakostnaðar, ferða, sjúkradagpeninga og örorkubóta.

Rannsóknir hafa leitt í ljós, að sjúkdómseinkenni frá hreyfi- og stoðkerfinu eru mjög algeng meðal fólks á Íslandi. Þar af eru óþægindi frá hálsi,

hnakka, herðum, öxlum og neðri hluta baks mjög útbreidd. Talið er að um 14 þúsund konur og um 11 þúsund karlar verði óvinnufær vegna óþæginda frá mjóbaki einhvern tíma á hverju ári og hefur þetta mikil áhrif á vinnufærni landsmanna. Virðist tíðni hreyfistoðkerfisvandamála öllu hærri hér á landi en t.d. í nágrannalöndunum. Ýmsar skýringar eru mögulegar á þessu og hafa m.a. verið nefndar slæmar vinnuaðstæður, langur vinnudagur og köld veðrátta. Sem betur fer leiða óþægindi frá hreyfi- og stoðkerfinu ekki alltaf til vinnutaps eða varanlegrar örorku. Fjöldi fólks fær á hverju ári einkenni giktar án þess að um raunverulega giktarsjúkdóma sé að ræða. Geta þetta verið einkenni frá liðamótum, sinum, sinafestum, vöðvum, vöðvafestum og beinum.

Alvarlegustu sjúkdómarnir, sem bitna á stoðkerfi líkamans eru þó án efa bólgusjúkdómarnir og ber þar helst að nefna iktsýki, psoriasisgikt, slitgikt og rauða úlfa. Giktarbólgusjúkdómarnir eru þeir sjúkdómar, sem valda oftast langvarandi slæmum verkjum en nokkrir aðrir sjúkdómar. Þessir sjúkdómar valda því oft miklum þjáningum, langvarandi vinnutapi og örorku langt fyrir aldur fram.

Trúlega vistast yfir 200 manns á stofnunum daglega hér á landi vegna giktar. Þar eru ekki meðtaldir aldraðir á elliheimilum og öldrunardeildum og börn á barnadeildum. Þar að auki fer fram margs konar þjálfun og endurhæfing fyrir giktveika. Áætlað er að minnst 10% allra heimsókna til heimilislækna sé vegna kvartana um gikt. Þessir sjúklingar þurfa síðan margir aðstoð sérfræðinga á læknaðstofum, þótt ekki komi til stofnanavistar eða heimsókna á göngudeildir. Sennilega eru fáir sjúkdómar, sem kalla á fulltrúa jafnmargra heilbrigðisstétta og giktarsjúkdómarnir. Þar má nefna, að öðrum ógleymdum, hina ýmsu sérfræðinga innan læknisfræðinnar, hjúkrunarfræðinga, sjúkra- og iðjuþjálfra, röntgentækna, meinatækna o.fl.

Því miður er vísindaleg þekking okkar á uppruna og eðli giktarsjúkdómanna enn skammt á veg komin. Þetta veldur því, að einungis í fáum tilfellum er hægt að beita markvissum lækningaáðferðum. Oftast er þó hægt að lina þjáningar, auka hæfni og koma í veg fyrir örkuml. Athygli okkar hlýtur því í ríkum mæli að beinast að fyrirbyggjandi aðgerðum. Grípa verður inn í sjúkdóminn snemma á ferlinum. Góð, skipuleg fræðsla til sjúklinganna er mjög mikilvæg. Að öðrum kosti skilur hinn sjúki ekki tilgang meðferðarinnar og verður óvirkur. Skilningur dregur einnig úr hræðslu við sjúkdóminn, en hræðslan er oft samverkandi þáttur við langvinna verki og getur auðveldlega magnað þá upp. Fátt af því sem við gerum virðist geta komið í veg fyrir að fólk veikist af giktarsjúkdómum. Hins vegar er margt hægt að gera til að fyrirbyggja að giktareinkennum

verði mjög langvarandi.

Eitt af því mikilvægasta í þessu sambandi er að lina verki. Þekkt er, að langvarandi ómeðhöndlaðir verkir geta leitt til svefntruflana. Svefntruflanir leiða hins vegar af sér ýmis önnur einkenni svo sem síþreytu, þröttleysi, þunglyndi, stirðleika og dofa í útlimum og svokallaða "auma punkta" víða um líkamann. Samsafn slíkra einkenna er oft nefnt einu nafni "vefjagikt" (e: fibromyalgia), og er þetta einn algengasti giktarsjúkdómurinn nú á dögum og veldur hann miklum þjáningum og oft langvarandi vinnutapi. Í flestum tilfellum er hægt að koma í veg fyrir þennan kvilla. Orsakirnar geta hins vegar verið margvíslegar. Ein algeng ástæða er hálstögnun, sem verður við bifreiðaárekstur. Hinn slasaði fær þráláta verki í háls, höfuð og bak, sem leiða til svefntruflana. Ef þessi einkenni fá að þróast geta þau leitt til myndunar vefjagiktar. Hér ríður á að greina ástandið nægjanlega snemma og beita rétttri meðferð áður en í óefni er komið. Einkenni vefjagiktar geta einnig komið fram hjá sjúklingum með langvinna verki af völdum annarra giktarsjúkdóma, svo sem iktsýki.

Ljóst er, að mjög margir þjást af sjúkdómum og sjúkdómseinkennum í hreyfi- og stoðkerfi líkamans. Þetta eru mjög algengar og útbreiddar ástæður fyrir þjáningum og vinnutapi. Kostnaður þjóðfélagsins vegna þessara vandamála er gífurlegur og nemur eflaust fleiri milljörðum króna á hverju ári. Eflaust má spara stórfé með markvissum aðgerðum og fræðslu. Takmark okkar, sem að meðhöndlun giktarsjúkra stöndum, er að fræða, lina þjáningar og auka

færni. Okkur ber einnig skylda til að reyna að koma auga á leiðir til hagræðingar og sparnaðar. Oft getur hópmeðferð gert sama gagn og einstaklingsmeðferð. Mikilvægt er að þjálfja sjúklinginn til sjálfsbjargar t.d. með því að kenna honum heimaæfingar. Rannsóknir hafa sýnt, að skipulögð fræðsla strax frá upphafi og samfelld meðferð lækkar kostnaðinn við giktsjúkdómana. Víða erlendis starfa svokölluð "giktarteymi", sem samanstanda af giktar- og bæklunar-skurðlæknum, sérmenntuðum hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum, sjúkra- og iðjuþjálfum, félagsráðgjöf-

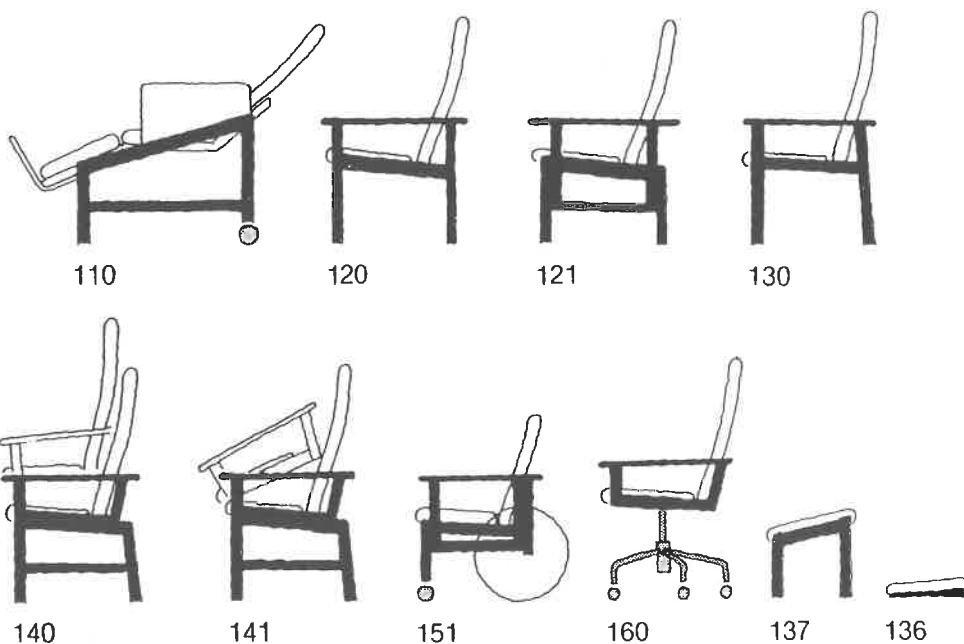
um og hjálpartækjasmíðum. Þetta eru hópar fagfólks, sem sérmenntað hafa sig í aðstoð við giktsjúka. Það er mikils virði fyrir þann, sem þjáist af gikt að hafa greiðan aðgang að þjónustu þessa fólks. Mjög æskilegt er að koma á fót slíkri aðstoð hér á landi.

Ýmislegt má spara í heilbrigðiskerfinu. Til að dregið sé úr kostnaðinum með skynsömum hætti, þurfa allar heilbrigðisstéttir að vera sífellt vakandi fyrir mögulegum sparnaðarleiðum og vera óragnar við að benda ráðamönnum á þær. að öðrum kosti fer allt úr böndunum.

REMEDIA BORGARTÚNI 20, ☎ 627511



Ný sending



SERIA 100 · SJÚKRASTÓLAR

HÖNNUN: FLEMMING HVIDT

ÍSLENSK FRAMLEIÐSLA

epal hf.
 FAXAFENI 7, 108 REYKJAVÍK, SÍMI (91)-687733.

IÐJUÞJÁLFUN VIÐ SLITGIGT Í ÞUMALFINGRI

Slitgigt er mjög algengur liðasjúkdómur og eru einkenni sjúkdómsins fyrst og fremst verkir og stirðleiki í liðum. Slitgigt í höndum er aðallega í fremstu fingurliðunum (dipliðum) og efsta þumallið (cmc-lið). Slitgigt í þumalfingri getur skert starfsgetu töluvert. Við gerum nánast ekkert með höndunum nema beita þumalfingrum og öll hreyfing í liðnum getur verið mjög sársaukafull svo og öll átök. Oft er sjúkdómurinn kominn á hátt stig þegar viðkomandi fer til læknis en bestur árangur er af meðferð ef fólk kemur með einkenni á byrjunarstigi. Í heilbrigðum lið á stöðug endurnýjun sér stað í brjóskinu. Við slitgigt í lið verður niðurbrot á brjóskinu meira en endurnýjun, þannig að brjóskið eyðist. Orsakir eru að hluta til þekktar eins og t.d. meðfæddur galli í liðnum. Annars er talið að um samverkandi orsakir sé að ræða eins og t.d. mikið álag, aldur og erfðagallar í stoðkerfi. Undanfarið ár höfum við undirritaðar fengið mjög marga til meðferðar með slitgigt í þumli/þumlum. Okkur finnst stundum eins og helmingur Íslendinga sé með slitgigt í þumlum. Þessir einstaklingar eru langflestir konur sem komnar eru yfir miðjan aldur (45 ára) og þær koma úr öllum stéttum þjóðfélagsins. Stærsti hópurinn eru konur á aldrinum 55-65 ára sem stunda erfiðisvinnu t.d. ræstingar og verk-

smiðjuvinnu. Við höfum ekki gert rannsókn á þessu en þetta er okkar reynsla. Aðrir starfshópar sem við munum strax eftir eru flugfreyjur, hárgreiðslufólk og tannlæknar.

Iðjuþjálfun á Gigtarstöðinni hefur nú verið starfandi í 8 ár. Aðsókn í iðjuþjálfun hefur aukist jafnt og þétt þessi ár og stöðugt fjölgar læknum sem senda sjúklinga til okkar. Við viljum meina að starf okkar sé farið að skila sér og nú viti lækarnir (allavega gigtarsérfræðingar) og gigtarsjúklingar hvaða þjónustu við veitum.

Í meðferð á slitgigtarþumlum leggjum við höfuð áherslu á liðverndarfræðslu. Það er ekki hægt að lækna slitgigt en það er hægt að gera viðkomandi meðvitaðan um sjúkdóminn og afleiðingar hans og gera hann ábyrgan. Við eyðum mörgum meðferðartímum í þennan hluta meðferðarinnar.

Aðal áhersluatriðin eru:

- að virða sársaukann
- að skipuleggja tíma sinn
- að nota rétt álag á liðamót (miðstöðu)
- að forðast að lyfta þungu og læra að lyfta rétt
- að forðast lítil grip
- að forðast stöðuvinnu
- að viðhalda/auka hreyfigetu og vöðvastyrk
- að kunna réttar starfsstöður og hvíldarstöður

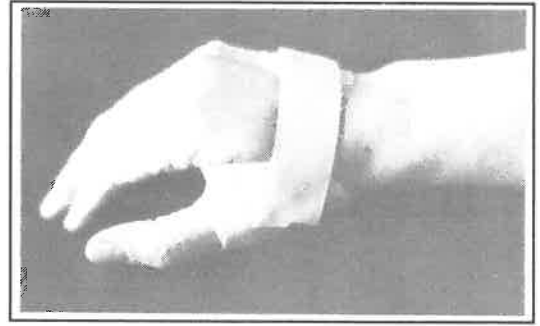
- að nota viðeigandi hjálpartæki
- að nota spelkur eftir þörfum.

Einkenni slitgigtar eru verkir við álag og hvíldarverkir á kvöldin/nóttu. Þetta er sameiginlegt langflestum sem til okkar koma. Reynsla okkar er að spelkur séu nauðsynlegur þáttur í meðferðinni. Þetta eru bæði hvíldar- og vinnuspelkur. Við byrjum gjarnan á að láta fólk prófa rehband-þumal-spelku (nr. 4031) til að nota við vinnu. Hún styður við þumalinn svo og úlnliðinn en þar eru oft leiðsluverkir sem trufla dagleg störf. Þessi spelka er eftirgefanleg þannig að hún hindrar ekki gripgetu handarinnar en hún styður við. Spelkan passar ekki á alla þumla en þá sérsaumum við teygjuspelkur sem gera sama gagn.



Rehband - þumalspelka (4031)

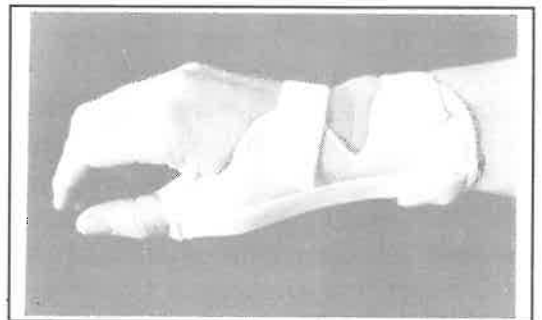
Oft er slitgigtin það slæm eða vinnan það erfið að þessi stuðningsspelka dugar ekki. Þá búum við til stífa spelku úr orfit/thermoplasti sem hindrar hreyfingu þumalliða (mcp- og cmc-liða). Við það minnkar álag á þumalinn og verkir sömuleiðis.



Orfil þumalspelka

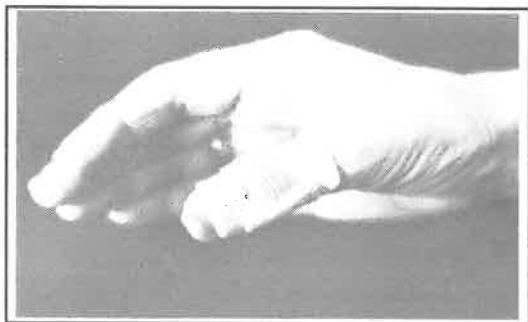
Yfirleitt fær sami sjúklingur báðar þessar spelkur og notar þær til skiptis en það fer eftir einkennum og álagi.

Eins og áður segir eru sjúklingar oft með hvíldarverki og þá sérstaklega á kvöldin og nóttunni. Sú hvíldarspelka sem hefur reynst best er spelka saumuð úr svampfóðruðu galloni, sem við svo fóðrum með fluneli. Dorsalt á spelkunni setjum við járn, sem við beygjum eftir þumli viðkomandi sjúklings. Spelkan heldur þumalliðum í miðstöðu og einnig heldur hún hita að liðunum. Þessi spelka hefur líkað mjög vel.



Hvíldarspelka

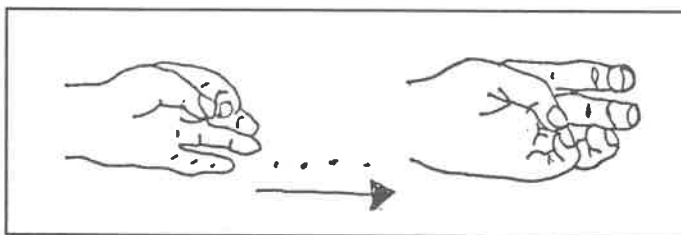
Slitgigt í fremsta lið þumals (ip-lið) er töluvert algeng. Við þurfum ekki nauðsynlega hreyfingu í þessum lið við dagleg störf. Þess vegna er oftast mjög árangursríkt að láta fólk fá 3ja punkta stuðningsspelku úr orfit sem heldur liðnum í miðstöðu.



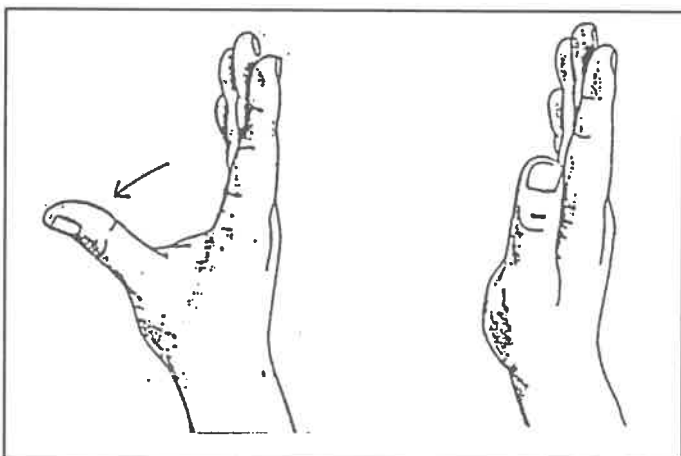
ip-spelka

Það er nauðsynlegt að kenna sjúklingnum liðferilsæfingar sem hann á að gera daglega, helst tvisvar á dag. Ef spelkur eru mikið notaðar verður að ítreka gildi æfinga alveg sérstaklega. Áður en æfingameðferð hefst látum við sjúklinginn fá paraffinvax á hendur og sitja með það í 10 mín. Síðan endurtökum við það. Yfirleitt finnst fólki með slitgigt þetta draga úr verkjum og stirðleika. Þeim gengur þá betur að gera æfingarnar og liður betur í höndunum. Því miður hjálpar vaxmeðferð ekki öllum og sumir finna engan árangur.

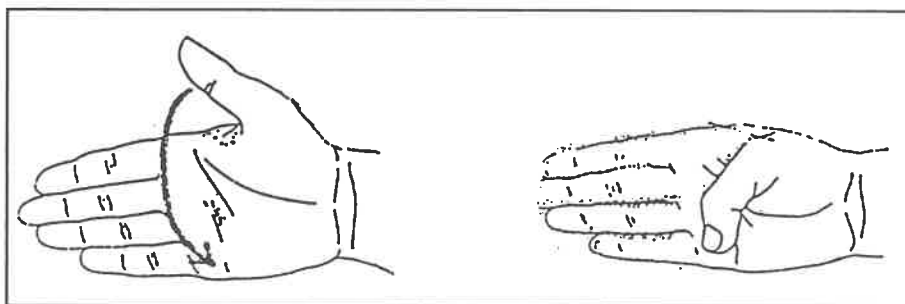
Liðferilsæfingar:



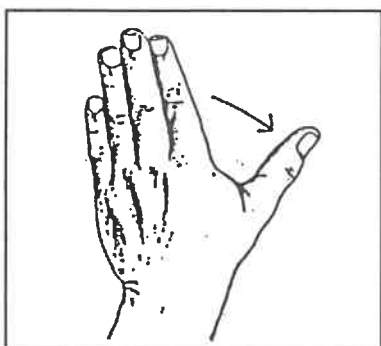
1. Tangargrip.
Þumall á móti hinum fingrum - einum í einu.



2. Handarjaðar á borði.
Færið þumal út frá vísifingri eins og þegar gripið er um glas.



3. Þumall beygður að grunnlið (rót) litlafingurs.



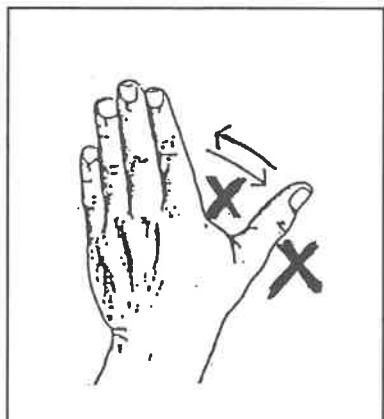
4. Lófi hvílir á borði.

Færið þumal út frá vísifingri eins langt og þið getið. ATH. ekki fetta þumalinn.

Við mikla slitgigt rýrna thenarvöðvar og álag á liðina eykst. Eftirfarandi styrktaræfingar látum við sjúklinga gera.

Styrkjandi æfingar:

Iðjuþjálfí leggur mótstöðu þar sem krossar eru merktir eða sjúklingur notar æfingadeig sem mótstöðu.

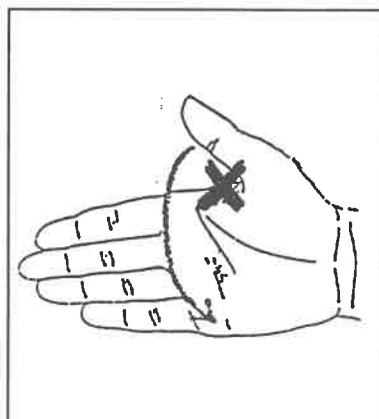


1. Lófi hvílir á borði.

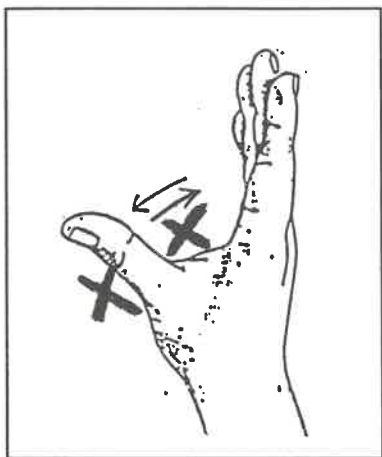
Færið þumal út frá vísifingri.
ATH. ekki fetta þumalinn.

2. Lófi hvílir á borði.

Færið þumal að vísifingri.



3. Þumall beygður að grunnlið (rót) litlafingurs



Við höfum ekki verið nógu duglegar að láta fólk koma aftur eftir ákveðinn tíma að meðferð lokinni, t.d. eftir 6 mán. - 1 ár, til að sjá langtíma árangur meðferðarinnar. Þetta er auðvitað nauðsynlegt og stendur vonandi til bóta.

4. Handarjaðar á borði.
Færið þumal út frá vísifingri.
(Hér verður að koma manuell mótstaða).
5. Handarjaðar á borði.
Færið þumal að vísifingri.

ÍÐJUPJÁLFI ÓSKAST Í AFLEYSINGASTÖÐU við geðdeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

**Um er að ræða 100% stöðu til 1. október 1993,
og er staðan laus nú þegar.**

Nánari upplýsingar veitir:
Sigmundur Sigfússon, yfirlæknir
í síma 96-22100



Tímapantanir í síma 91-652885



STOÐ hf. er alhliða stoðtækjafyrirtæki og leggur áherslu á persónulega þjónustu.

STOÐ hf. er öflugasta stoðtækjafyrirtæki landsins. Innan fyrirtækisins er besta fánleg þekking og kunnátta á öllum sviðum stoðtækja og hjálpartækja og tækjabúnaður er hinn fullkomnasti.

STOÐ hf. smíðar gervilimi, sjúkraskó, innlegg o.fl. í samráði við lækna og sjúkra- og iðjupjálfa.

Einnig eru stöðluð stoðtæki og hjálpartæki, svo sem stoðbelti, umbúðir, hálskragar, hjólastólar og gervibrjóst, aðlöguð að þörfum viðskiptavina.

STOÐ hf. er óháð framleiðendum og notar bæði innlendan og erlendan búnað eftir því sem best hentar hverjum og einum.

Hjá STOÐ hf. hafa gæðin forgang. Til að bæta gæðin og þjónustuna leggur fyrirtækið áherslu á frumkvæði, ábyrgð og jákvætt umhverfi þar sem bæði starfsmönnum og viðskiptavinum líður vel.



Trönuhrauni 8 Pósthólf 409 222 Hafnarfjörður Sími 91-652885 Bréfsími 91-651423

skjöldur

ÞJÁLFUN IKTSJÚKRA

Meðferð iktsjúkra spannar flesta þætti almennrar sjúkraþjálfunar. Hefðbundnar aðferðir eru notaðar, svo sem heitir bakstrar, ís-bakstrar, nudd og ýmiskonar rafmagnstæki. Stór þáttur meðferðarinnar er fræðsla og kennsla æfinga, en á seinni árum hefur verið lögð sívaxandi áhersla á þolþjálfun og alhliða líkamsþjálfun sem hluta af meðferð ásamt öðru svo sem því að viðhalda/auka liðferla og styrk. (4)

Þar sem of langt mál er að fara ofan í saumana á öllum atriðum meðferðar iktsjúkra, mun ég í þessari grein eingöngu fjalla um þau atriði er lúta að liðkandi og styrkjandi æfingum og þolþjálfun.

Það eru ekki ný sannindi að kraftleysi og vöðvarýrnun eru algeng vandamál í iktsýki sem og í öðrum gigtsjúkdómum. Ástæða vaxandi áhuga á rannsóknum á styrktar- og þolþjálfun iktsjúkra má eflaust rekja til almennrar hugarfarsbreytingar varðandi gildi þess að virkja einstaklinginn sjálfan í eigin meðferð.

Eftirfarandi þættir í tengslum við sjúkdóminn hafa neikvæð áhrif á vöðvakraftinn: (3)

- **Bólgur í liðum** hindra að þeir vöðva-hópar sem stjórna viðkomandi lið geti dregist saman af fullum krafti.
- **Bólgur í vöðvum** (myositis) tengjast beint vöðvarýrnun og minnkuðum krafti.

- **Hvöld og lítil notkun vöðva**, sérstaklega þegar sjúkdómurinn er mjög virkur. Hvöld á einstaka liðum, t.d. með notkun spelka dregur einnig staðbundið úr vöðvakrafti.
- **Kreppur sem hindra fullan liðferil** valda því að aðliggjandi vöðvar ná ekki fullu átaki.

Rannsóknir hafa sýnt að vöðvakraftur getur minnkað um 8% á einni viku í algjöru hreyfingarleysi (1). Einnig hefur verið sýnt fram á að fólk með iktsýki er undir meðalgildum almennings í vöðvakrafti, þoli og liðleika (2). Isometriskur styrkur í fjórhöfða læris og tvíhöfða upphandleggis hefur mælst um 33%-55% minni hjá fólki með iktsýki heldur en hjá heilbrigðum einstaklingum. Einnig hefur verið sýnt fram á 25% minnkaða súrefnisupptöku (3).

Ástand einstaklingsins og virkni sjúkdómsins skiptir megin máli þegar ákvörðun um æfingaform er tekin. Það þarf því að fara fram nákvæm skoðun á ástandi liðamóta og annarra mjúkvefja. (3)

Ef um "akut" (bráðabólgu) ástand er að ræða:

- þarf liðurinn hvíld frá miklu álagi
- "isometriskar" spennuæfingar
- liðferilsæfingar með/án aðstoðar.

Ef um "subacut" ástand er að ræða:

- eru notaðar liðferilsæfingar
- "isometrískar" spennuæfingar
- e.t.v. "isotonískar" styrktaræfingar
- og e.t.v. þolþjálfun.

Ef um "krónískt" ástand er að ræða eða alls engin bólga er til staðar: er óhætt að nota öll æfingaformin þ.e. liðferilsæfingar, "isometrískar" og "isótónískar" styrktaræfingar, þolþjálfun og teygjur.

Markmið æfingaprógramma í iktsýki eru: (1,3)

- að viðhalda/auka liðferla
- að viðhalda/auka styrk
- að auka úthald "statískt" og "dynamískt"
- að bæta starfsgetu og auka færni
- að viðhalda/auka þéttleika beina
- að minnka verki og bæta almenna líðan.

Undirbúningur fyrir æfingarnar er misjafn. Hægt er að nota hita, ís eða verkjalyf til að minnka sársauka fyrir æfingarnar (1,3). Ef morgunstirðleiki og þreyta er hluti af einkennum sjúklingsins skal varast að velja tíma til æfinga snemma á morgnanna eða seinni part dags.

Sjúklingar ættu að vera á varðbergi gagnvart eftirfarandi einkennum: (3)

- verkir sem vara lengur en tvær klukkustundir eftir æfingar
- óhófleg þreyta
- aukinn slappleiki
- aukinn stirðleiki
- auknar liðbólgur.

LIDFERLISÆFINGAR OG TEYGJUR

Markmið með þessum æfingum er að viðhalda eða auka liðferla.

Þó verður að hafa í huga að einblína ekki á það eitt og sér því að sjúklingurinn verður einnig að hafa nógan stöðugleika og kraft í kringum liðinn til að geta nýtt sér liðferilinn. Það getur því verið betra að hafa stöðugan lið með skerta hreyfingu heldur en lið með fullan liðferil sem ekki nýtist (12). Ef sjúklingur getur ekki framkvæmt liðferilsæfingarnar sjálfur er aðstoð veitt við að hreyfa liðinn gegnum ferilinn. Mikilvægt er að sjúklingarnir læri þessar æfingar og geri þær daglega. Hægt er að nota liðferilsæfingar sem upphitun fyrir styrktaræfingar (3).

Teygjur geta verið mjög gagnlegar ef um stutta vöðva, sínar og liðpoka er að ræða. Ef liður er óstöðugur, aflagður eða bólginn ætti að forðast þær yfir viðkomandi lið. Best er að teygja eftir upphitun. Upphitunin getur verið virk eða fengin með bókstrum eða hljóðbylgjum. (3)

STYRKTAÐÞJÁLFUN

Í okkar daglega lífi þurfum við bæði á "isómetrískri" og "isótónískri" vöðvavinnu að halda. Það er því æskilegt að nota bæði þessi þjálfunarform ef því verður við komið. (3)

"Isómetrískar" styrktaræfingar

Þegar liður er mikið bólginn eða um miklar aflaganir er að ræða er best að velja "isómetrískar" styrktaræfingar því þá á lítil hreyfing sér stað um liðinn (1).

Sýnt hefur verið fram á að hægt er að auka styrk í vöðva með því að spenna hann einu sinni á dag og halda spennunni í 6 sec. Þegar þessi aðferð er notuð er algengt að miða við að halda spennunni í 6 sec. og endurtaka 5-10 sinnum með 20 sec. hléum á milli (1,3). Þessi aðferð eykur bæði styrk og úthald vöðva. (3)

"Isótónískar" styrktaræfingar

Þegar um iktσύki er að ræða þarf að forðast styrktarþjálfun þar sem notuð er mikil mótstaða og fáar endurteknningar. Þess konar þjálfun veldur miklu álagi á liði og getur aukið bólgur. Sýnt hefur verið fram á að hægt er að ná hliðstæðri aukningu í styrk með því að nota litlar þyngdir og margar endurteknningar.

Við endurtekna "eccentriska" vöðvavinnu myndast meiri sársauki í vöðvum heldur en við "concentriska" eða "isómetriska" vöðvavinnu (9). Því er æskilegt að fara að gát með notkun "eccentriskra" æfinga hjá fólki með iktσύki (2).

Dönsku sjúkraþjálfararnir Eva Michaelis og Bente Holm (5) rannsökuðu áhrif kröftugrar þjálfunar á hóp ikt-sjúkra með sjúkdóminn meðalvirkan. Þjálfunin stóð í 8 vikur, 2 sinnum í viku. Hún fólst í þolþjálfun, kröftugri styrktarþjálfun og teygjum. Marktæk aukning varð á styrk þeirra vöðva sem mældir voru og súrefnisupptöku, auk þess sem liðbólglur minnkuðu og blóðrauði (hemoglobin) jókst. Huglægt mat sjúklinganna á liðan sinni var einnig jákvætt.

Höfundur vill minna á notkun upphengis við þjálfun ikt-sjúkra. Upphengi getur verið gagnlegt hjálpartæki ef

kraftleysi er mikið eða hreyfingar sárar. Í því er bæði hægt að gera liðkandi og styrkjandi æfingar, og fá aðstoð eða mótstöðu eftir því sem við á.

ÞJÁLFUN Í VATNI

Þjálfun í vatni er ákjósanleg fyrir fólk með sjúkdóma í liðum og vöðvum. Ástæður þessa eru uppdrifskraftur vatnsins og það að hægt er að stjórna hitastigi þess (8). Einnig hefur verið sýnt fram á að fólk finnur minna fyrir sársauka í vatninu. Eftirfarandi þættir skýra minnkun á sársauka: (6)

- aukið skynáreiti vegna þrýstings, hitastigs og iðustreymis vatnsins
- minnkuð virkni vöðva og slökun vegna uppdrifskraftar vatnsins
- minni samþjöppun liða vegna uppdrifskraftar vatnsins
- aukin andleg og félagsleg örvun sem dreifir athygli frá sársaukanum.

Sund er æskilegt þjálfunarform fyrir alla þá sem geta. Margir sjúklinganna kunna ekki að synda eða geta það ekki vegna fötlunar sinnar, fyrir þennan hóp er upplagt að gera æfingar í vatni undir leiðsögn. Vatnið má nota til stuðnings, hjálpar eða mótstöðu. (6)

Áhrif kröftugrar þjálfunar í vatni á hóp fólks með iktσύki voru athuguð af dönskum sjúkraþjálfurum og læknum (7). Sjúklingarnir voru þjálfaðir tvisvar sinnum í viku í 45 mín. í 2 mánuði. Marktæk aukning bæði á "isómetriskum" og "isókinetiskum" krafti mældist í fjórhöfða læris. Aukning varð einnig á súrefnisupptöku og huglægt mat sjúklinganna á liðan sinni var mjög jákvætt.

POLÞJÁLFUN

Eins og fram hefur komið hér á undan er súrefnisupptaka einstaklinga með iktsýki mun minni en hjá heilbrigðum einstaklingum. Þolþjálfun er því mikilvæg fyrir þennan hóp. Það geta þó ekki allir einstaklingar með iktsýki tekið þátt í þolþjálfun en það fer eftir ástandi hjarta- og æðakerfis og hvort og hversu mikil bólga er í liðum. (3)

Ýmsar þjálfunaraðferðir má nota. Hér á eftir verður fjallað í stuttu máli um þær helstu.

Hjólreiðar

Hjólreiðar bæði innan- og utandyra eru ákjósanlegur kostur fyrir flesta gigtarsjúklinga. Kostir þessa æfingarsforms eru margir og þeir helstu eru: (11)

- hjólreiðar minnka álag á liði neðri útlima
- stærstu vöðvahóparnir eru notaðir
- það er meiri "concentrisk" en "eccentrisk" vöðvavinna
- hjólreiðar er hægt að stunda ævilangt fyrir jafnt unga sem aldna
- það er hægt að nota hjólreiðar sem einstaklings- eða hóppjálfun
- hjólreiðar er hægt að stunda árið um kring
- það er hægt að þjálfa inni eða úti
- það er lítil hætta á meiðslum
- hjólreiðar er auðvelt að læra
- sjúklingurinn upplifir sig heilbrigðan.

Ganga og hlaup

Murray E. Allen (10) fjallar um það í yfirlitsgrein sinni hvort einstaklingar með iktsýki geti stundað hlaup. Hann kemst að þeirri niðurstöðu að fyrir suma sé þetta möguleiki og að alls ekki eigi að útiloka þennan þátt.

Áhersla skal lögð á það að hlaup eru einungis við hæfi fyrir sjúklinga með lítið virkan sjúkdóm. Meðferð gigt-sjúkra hefur smám saman þróast á þá leið að sífellt er mælt með meiri virkni sjúklinganna. Þó að hlaup séu ekki í fyrsta sæti hvað varðar meðferðarform eiga þau þó sinn sess.

Ef sársauki eykst við göngu eða hlaup þarf að aðlagja þjálfunina betur að viðkomandi einstaklingi því að sársauki þarf ekki endilega að vera merki um skaða. Þó ber að hafa í huga eins og áður er um getið að þetta þjálfunarform hentar ekki öllum.

Mælt er með því að byrja að æfa á eðlilegum gönguhraða og bæta svo smám saman við. Ef viðkomandi getur ekki hlaupið er e.t.v. hægt að nota röska göngu.

Við göngu og/eða hlaup þarf að hafa eftirfarandi atriði í huga: (10)

- **Vegalengd.** Almennt er talað um að auka vegalengd ekki um meira en 10% á viku, fyrir iktsjúka er mælt með 5% aukningu eða minna.
- **Undirlag.** Jafnt og mjúkt undirlag, forðast sand og ekki byrja á brekkum.
- **Skór,** sem gefa nægan stuðning og hafa mjúkan botn sem dregur úr höggi.
- **Spelkur eða innlegg.** Fyrir þá sem þurfa.

Dans

Perlmen og félagar (13) rannsökuðu áhrif þjálfunar á iktsjúka þar sem dans var hluti af meðferð. Þjálfunin fólst í 15-20 mín. upphitun, 20-30 mín. dansi (dans notaður sem þolþjálfun) og 15-20 mín. styrkjandi og liðkandi æfingum. Einum klukkutíma eftir

æfingarnar var varið í umræður.

Æft var tvisvar sinnum í viku í 16 vikur. Niðurstöður leiddu í ljós minni bólgu, sársauka og þunglyndi, aukinn gönguhraða og bætta starfshæfni neðri útlíma. Þessi rannsókn bendir til að þungaberandi æfingar lagaðar að takmörkunum iktsjúkra séu af hinu góða. Lítið af rannsóknum á þessu sviði hafa verið gerðar og er þörf á fleirum.

Marian A. Minor (14) og félagar framkvæmdu rannsókn á fólki með gigt, þ.e. iktýki og slitgigt, þar sem borinn var saman árangur þolþjálfunar og þjálfunar án loftháðrar vinnu. Hópurinn sem stundaði þolþjálfun skiptist í tvennt. Í öðrum hópnum var gönguþjálfun notuð og í hinum þjálfun í vatni. Viðmiðunarhópurinn stundaði eingöngu liðferilsæfingar, "ísómetriskar" styrktaræfingar og slakandi æfingar. Samskonar styrktaræfingar og liðferilsæfingar voru einnig í göngu- og vatnshópnum. Í öllum hópnum var æft einn klukkutíma í einu þrisvar sinnum í viku í tólf vikur. Hóparnir sem stunduðu þolþjálfunina voru marktækt betri í eftirfarandi atriðum: aukið þol, minna þunglyndi, minni kvíði og aukin líkamleg virkni. Enginn marktækur munur var milli hópanna á liðleika, fjölda bólginna liða, morgunstirðleika eða gripstyrk. Þessar niðurstöður benda til þess að gigtsjúklingar geti aukið þol og þjálfað án þess að auka á virkni sjúkdómsins.

LOKAORD

Í rannsóknum sem kannað hafa meðferðarhaldni á æfingaprógrömm hefur komið í ljós að hún er á bilinu 50%-95%. Besti árangurinn hefur náðst

þegar leiðbeinandi er með eða fólki fylgt vel eftir. Fræðsla skiptir þarna miklu máli og mjög gagnlegt er að fá fjölskylduna með. Nauðsynlegt er að útskýra hvers vegna æfingarnar eru gerðar og markmið þeirra. Æfingarnar eiga að vera einfaldar og útskýrðar með teikningum og texta. (3)

Eins og fram hefur komið í þessari grein virðist fólk með iktýki þola mun meiri þjálfun en áður var talið. Ekki er spurning að þetta fólk getur bætt líkamsástand sitt verulega og notið þeirrar vellíðunar sem fylgir reglulegri þjálfun. Hóppþjálfun er æskileg, og verður vonandi boðið upp á meira af slíku hér á Íslandi í framtíðinni. Með því að taka tillit til sérþarfa fólks ætti að vera hægt að finna þjálfun við hæfi handa flestum.

HEIMILDASKRÁ

1. Lynn H. Gerber: Exercise and arthritis. Bulletin on the rheumatic disease. Vol. 39, No. 6 -1990.
2. Jeffrey A. McCubbin, Phd.: Resistance Exercise Training for Persons with Arthritis. Rheumatic disease Clinics of North America. Vol. 16, No. 4, Nov. 1990.
3. Jeanne E. Hicks, MD.: Exercise in Patients with Inflammatory Arthritis and Connective tissue disease. Rheumatic disease Clinics of North America. Vol. 16, No. 4, Nov. 1990.
4. Kathleen Haralson, PT, MLA: Physical Therapy and Arthritis, Origins and Evolution. Arthritis Care and Research, Vol. 3, No. 4, Dec. 1990.
5. Eva Michaelis og Bente Holm, fysioterapeuterne: Styrke- og konditionstræning til patiente med reumatoid arthritis. DF 3-87.
6. Roxane L. McNeal, PT, BA, BS: Aquatic therapy for patients with Rheumatic Disease. Rheumatic disease Clinics of North America. Vol. 16, No. 4, Nov. 1990.
7. Trine Risum, Marianne Telling, Bente Danneskiold-Samsøe og Kirsten Lyngberg:

- Effekten af bassintr ning hos patienter med reumatoid arthrit. DF 2-87.
8. Susan C. Tork and Virginia Douglas: Arthritis Water Exercise Program Evaluation. Arthritis Care and Research, Vol. 2, No. 1, March 1989.
 9. David A. Jones, PhD BSc: Fatigue and Muscular Activity. Physiotherapy, November 1990, vol 76, no 11.
 10. Murray E. Allen, MD, FAASP: Arthritis and Adaptive Walking and Running. Rheumatic Disease Clinics of North America, Vol. 16, No. 4, Nov. 1990.
 11. Thomas C. Namsey, MD, FACP, FAASP: Adaptive Bicycling. Rheumatic Disease Clinics of North America, Vol. 16, No. 4, Nov. 1990.
 12. Berit Fredriksen: Konservativ behandling ved reumatoid artritt - en kasustikk. Fysioterapeuten. Volum 52. Juni 1985.
 13. Susan G. Perlman, Karen J. Connell, Andrea Clark, Marlena S. Robinson, Patricia Conlon, Maureen Gecht, Paul Caldron and James M. Sinacore: Dance-Based Aerobic Exercise for Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care and Research, Vol. 3, No. 1, March 1990.
 14. Marian A. Minor, John E. Hewett, Richard R. Webel, Sharon K. Anderson, and Donald R. Kay: Efficacy of physical conditioning exercise in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. Arthritis and Rheumatism, Vol. 32, No. 11 (November 1989).

Pessi grein birtist í *F lagsmi li*  slenskra sj kr p  fara

STYRK TARL NUR

Gar�s Ap�tek	Sogavegi 108	s. 680990
Sess	Faxafeni 9	s. 679399
�rvaldur J�nsson skipami�lari	Hafnarh�sinu	s. 621120
A. Karlsson	Brautarholti 28	s. 27444
R�sir hf.	Sk�lag�tu 59	s. 619550
T�nika h.�. Umbo�s og heil�verslun	Melabraut 35	s. 611668

ÞJÁLFUN GIGTARSJÚKLINGA Í VATNI

Heita vatnið er mikilvæg náttúruauðlind og til margs nýtsamleg. Hér á Íslandi höfum við nóg af vatni og sundlaugar eru á hverju strái út um allt land. Það gerir okkur sem búa á Íslandi kleift að stunda sund og aðra holla hreyfingu í vatni allan ársins hring.

Á síðustu árum hafa sundlaugarnar fengið meiri þýðingu en áður. Það er ekki lengur litið á þær sem stað fyrir þá sem einungis vilja iðka sund. Fyrir utan venjulegt sund fer nú fram m.a. ungbarnasund, sundleikfimi, forvarnarstarf og þjálfun/endurhæfing eftir ýmsa skaða.

EIGINLEIKAR VATNSINS

Það er ekki að ástæðulausu að sundlaugar njóti vaxandi vinsælda, því eiginleikar vatnsins eru ýmsir. Í þessu sambandi, ætla ég að fjalla um notagildi vatns til þjálfunar gigtsjúkra. Það sem gerir vatnið svo hentugt er:

1. Í fyrst lagi hitastigið. Æskilegt er að hafa vatnið um 30-35°C heitt. Það fer vissulega eftir því hversu mikið viðkomandi hreyfir sig. Fyrst og fremst á fólk að finna fyrir veliðan í vatninu.
2. Uppdrif er annar mikilvægur þáttur, það auðveldar allar hreyfingar

og gerir fólki kleift að framkvæma hluti sem það gæti ekki gert annars.

3. Vatnið verndar jafnframt liðina, því þyngd líkamans í vatni er ekki nema um 1/6 af eiginlegri þyngd. Það má því segja að vatnið gefi góða "liðvernd". Einnig má nota mótstöðu vatnsins til að viðhalda og auka vöðvastyrk.
4. Jafnvægi og samhæfingu er líka gott að æfa í vatni. Oftast fara þessar æfingar saman og eru oftast einfaldar æfingar/hreyfingar notaðar. Ýmis hjálpartæki má nota til að auka færni og mótstöðu s.s. bolta og flotkork.

FLOTVESTI

Í þessu sambandi má einnig nefna flotvesti/flottreyju, en það eykur flot hæfni fólks og gerir fólki kleift að ganga/hlaupa í vatni án þess að snerta botn sundlaugar. Einnig má gera ýmsar æfingar í vestinu sem koma sér vel fyrir gigtersjúklinga.

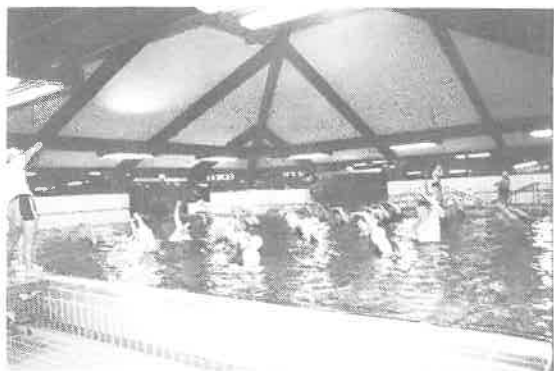
Þessi vesti hafa verið notuð í 3-4 ár hér á landi með góðum árangri. Ég tel að þessi æfingaraðferð sé mjög góð fyrir gigtersjúklinga, m.a. þar sem vestið upphæfur að mestu áhrif þyngdarkraftsins.

VATNSLEIKFIMI

Vatnsleikfimi er í boði á nokkrum stöðum á Reykjavíkursvæðinu og á flestum stöðum í upphituðum sundlaugum. Má þar sérstaklega nefna Grensáslaug. Þar hefur verið starfrækt vatnsleikfimi undanfarin 5 ár undir leiðsögn sjúkraþjálfara.

LOKAORÐ

Að lokum má benda á að þjálfun í vatni er einstaklingbundin og hentar ekki öllum jafnvel. Því er mikilvægt að leggja áherslu á einfaldar æfingar sem gigtarsjúklingar gætu jafnvel stundað í sinni "heima sundlaug".



GIGTARSKÓLI

Eftirfarandi grein er lýsing á gigtarskóla, sem ég tók þátt í að byggja upp meðan ég starfaði sem iðjuþjálfari á Roskilde amts sjúkrahúsinu í Køge. Sjúkrahúsið í Køge fékk nýtt húsnæði, og starfsemin hófst 1. janúar 1989. Það hafði einungis verið sjúkraþjálfun á gamla sjúkrahúsinu, svo iðjuþjálfun var að byggjast upp þegar ég hóf störf 1. maí 1989.

Vegna þess að engin hefð var fyrir iðjuþjálfun, kom oft fyrir að gigtarsjúklingum var einungis vísað á sjúkraþjálfun, og oftast voru það sjúkraþjálfararnir sem fengu lækna til þess að vísa einnig á iðjuþjálfun. Þarna varð samt oft misbrestur á, enda erfitt að fylgja öllum eftir. Við tókum því höndum saman, sjúkra- og iðjuþjálfar, og ákváðum að stofnsetja gigtarskóla, svo að sjúklingarnir færu ekki á mis við neina fræðslu eða æfingar.

Við vorum tvær sem stjórnuðum námskeiðunum, og fengum gigtarlækni til að vera með á fyrsta degi námskeiðsins. Einnig var meiningin að fá félagsfræðing til að koma, en þar sem hún hafði aðeins hálfa stöðu við sjúkrahúsið, reyndist það ekki vera hægt.

Til að þátttakendur gætu unnið sem best saman, settum við viss skilyrði fyrir þá sem þátt gátu tekið í gigtarskólanum. Þeir sem ekki uppfylltu

þessi skilyrði fengu einstaklingsmeðferð í sjúkra- og iðjuþjálfun.

Þátttakandi í gigtarskólanum verður að:

- hafa fengið sjúkdómsgreininguna R.A. (rheumatoid arthritis)
- fengið upplýsingar hjá lækni um sjúkdómsgreininguna.
- hafa áhuga fyrir að taka þátt í námskeiðinu.
- hafa andlegt og líkamlegt þol til þess að geta tekið þátt í hópnaðmskeiði.
- má ekki vera þungur hjúkrunarsjúklingur.

Þátttakendur voru 4-5 í hvert skipti. Námskeiðið stóð yfir í 4 vikur, og komu þátttakendur þrisvar sinnum í viku í ca 1½ tíma. Eftir þessar 4 vikur var 2ja vikna æfingaprógramm 3 sinnum í viku hjá sjúkraþjálfara.

Til að lesendur fái innsýn í hvernig námskeiðin eru uppbyggð, tek ég fyrir hvern dag. Þess skal getið að þetta er í stórum dráttum, og smáatriði ekki tíunduð.

1. dagur:

- Þátttakendur kynna sig, og farið er yfir innihald námskeiðsins.
- Læknir útskýrir einkenni gigtarsjúkdóma, líðan sjúklinga, og fer í gegnum læknislega meðferð.

2. dagur:

- Iðjubjálfi fer í uppbyggingu liða, og hvernig sjúkdómurinn hefur áhrif á þá.
- Afhent og farið yfir ADL skema.
- Þátttakendur fá úthlutaðan bækling um liðagigt og meðferð.
- Iðjubjálfi fer yfir æfingaprógramm fyrir hendur. Þessar æfingar eru síðan teknar í hvert skipti eftir fræðslu.

3. dagur:

- Iðjubjálfi fer yfir hvernig fyrirbyggja má kreppur, og aflögun liða. Einnig hvernig má hlífa bólgunum liðum. Höfð voru ýmis hjálpartæki, til að þátttakendur yrðu meðvitaðri um hvað átt væri við.
- Kynntar spelkur fyrir hendur.
- Sjúkraþjálfari byrjar á æfingum fyrir allan líkamann. Þessum æfingum bætt við í hvert skipti eftir fræðslu. (Þess skal getið að ekki var farið yfir allt æfingaprógrammið í hvert skipti).

4. dagur:

- Eldhúspjálfun, þar sem iðjubjálfi leiðbeinir um réttar vinnustellingar m.t.t. liða, og tilheyrandi hjálpartæki prófuð. Sjúkraþjálfari aðstoðar við rétta set- og standstöðu. Yfirleitt var bökuð eplakaka, og smurt brauð.

5. dagur:

- Hér var haldið hlé, kakan borðuð og rætt um að sem þátttakendur höfðu fræðst um. Rætt var um hvernig þeim tækist að samræma þær upplýsingar við dagleg störf o.s.frv. Reynt var að skapa gott andrúmsloft, svo þeir sem höfðu áhuga á gætu rætt um sín vandamál. Hér var

einnig úthlutað bæklingi um gigt og kynlíf, og spunnust oft umræður í kringum hann.

6. dagur:

- Sjúkraþjálfari fer yfir hvíldarstöðu í rúmi.
- Iðjubjálfi fer yfir setstöðu í hvíldarstól.

7. dagur:

- Iðjubjálfi fer yfir sitjandi vinnustellingar.

8. dagur:

- Iðju- og sjúkraþjálfari leiðbeina við að lyfta / bera þunga hluti.

9. dagur:

- Sjúkraþjálfari fræðir um fætur/skó.

10. dagur:

- Iðjubjálfi leiðbeinir um réttar vinnustellingar við þrif.

11. dagur:

- Farið yfir ADL skema sem þátttakendur hafa útfyllt, og rætt um þau hjálpartæki sem nauðsynleg eru fyrir hvern og einn.

12. dagur:

- Ef óskir eru um, að farið sé betur yfir einn þáttinn, er reynt að komast til móts við það. Almennt spjall um námskeiðið, og hjálpartækjaumsóknir fylltar út.

Ef þátttakandi hafði þörf fyrir spelku, var hún útbúin í iðjubjálfun utan tíma námskeiðsins. Einnig fengu þátttakendur lánuð gigtarhjálpartæki heim til prófunar sem voru í eigu spítalans. Einnig skal þess getið að prógrammið

var ekki það fastskorðað að ekki væri hægt að breyta út af ef þess þyrfti með. Þessi námskeið reyndust mjög vel, og góð samvinna var milli iðju- og sjúkraþjálfara. Við deildum verkefnunum með okkur, en vorum samt báðar til staðar við að leiðbeina. Hóparnir

sem sóttu námskeiðið voru mismunandi, sumir náðu vel saman, meðan aðrir áttu erfitt með að tjá sig. Það var þó áberandi hvað þátttakendum þótti gott að geta talað um þau vandamál sem fylgja gigtinni, við einstaklinga sem höfðu sömu sögu að segja.

HEILSUSTOFNUN NLFÍ

IÐJUPJÁLFAR! – IÐJUPJÁLFAR!

**Er kominn tími til að breyta til
og takast á við ný verkefni á
Heilsustofnun NLFÍ?**

Við bjóðum upp á:

**Spennandi starf
Góðan starfsanda
Fallegt umhverfi**

**Við þurfum á þér að halda, sem vilt hjálpa okkur
að koma af stað iðjupjálfun á NLFÍ og
vera með okkur í meðferðarteymi fyrir
endurhæfinga- og heilsuhælisdeildir.**

Starfsfólk NLFÍ

Upplýsingar gefur yfirlæknir, Guðmundur Björnsson,
s. 98-30313/30378.

GIGT - FYRR OG NÚ

Gömul kona situr á rúmstokknum. Hún er rúmlega nírað og býr ásamt manni sínum í "horninu" hjá syni sínum. Þau búa í afskekktu byggðarlagi án nokkurs vegasambands við aðra landshluta og hafa lítið farið út fyrir sína sveit um dagana. Áður fyrr bjuggu þau uppi á lofti en nú er orðið langt síðan hún hætti að komast upp og niður stiganann svo nú hafa þau til umráða litla herbergið undir stiganum. Þaðan hafa þau fallett útsýni yfir víkina, sem er svo spegilslétt á lygnum sumarkvöldum. Einu sinni á sumri er hún studd út fyrir húsið, jafnvel heim að næsta húsi, sem stendur skammt frá. Það er eina ferðalagið hennar á árinu. Annars fer hún aldrei út úr herberginu. Oft má sjá hana hella ofurlítilli steinolíu í lófann, síðan nuddar hún stokkbólgin hnén, fyrst annað, svo hitt. Svo fær hún sér örlíttinn sopa, svona til öryggis. Þannig hefur hún setið í bráðum þrjátíu ár. Þetta er Ragnhildur langamma mín. Lækni sá hún afar sjaldan og meðöl hafði hún engin. En hún varð níutíu og þriggja ára og vann öll sín verk, ól upp myndarlega syni og bar allt vatn í bæinn.

Hún á marga afkomendur með alvarlega gigtsjúkdóma, þar af nokkur barnabörn og langömmubörn með lúpus, þann illa förunaut. Auk þess eru margir með hrygggikt og aðra bandvefssjúkdóma.

Á þessum fimmtíu árum sem liðin eru síðan langamma nuddaði hnén með steinolíu hefur margt breyst. Gigtin er þó söm við sig og líklega ekki betri. En sonardætur hennar hafa fengið gerviliði í hné og mjaðmir og lúpus-sjúklingarnir fá nú lyfjameðferð sem heldur sjúkdómnum niðri og gerir þeim kleift að lifa nokkuð eðlilegu lífi.

Hvernig er svo að vera með gigtsjúkdóm núna á norrænu gigtarári? - Það er erfitt, krepputal og aðgerðir í efna-hagsmálum gera sjúklinga áhyggjufulla um framtíð sína. Sífellt er verið að breyta ákvörðunum um lyfjakostnað, deildir sjúkrahúsa eru lokaðar tímunum saman og jafnvel til frambúðar, læknum sagt upp og erfiðara er að fá atvinnu sem hentar. Þessir sjúkdómar njóta lítillar athygli, flokkast ekki með lífsháskasjúkdómum. En það er ekki rétt, því alvarlegir sjúkdómar eins og lúpus geta leitt til dauða. Systir mín lést aðeins ellefu ára gömul úr þessum sjúkdómi. Margir verða illa fatlaðir og þjást mikið og kostnaður þjóðfélagsins er gífurlegur. Hvað er þá til ráða? - Auðvitað að finna lækningu! Aðstaða okkar Íslendinga til rannsókna er einstök, þjóðin fámenn, ættfræðipekking góð og þátttaka og samvinna í rannsóknum til fyrirmyndar. En alltaf vanta fjármagn og það er ekki auðfengið. Samt trúum við því að lækning finnist því framfarir hafa verið stór-

stígar á undanförnum árum í vitneskju um ónæmis-kerfið, en röng starfsemi þess veldur þessum sjúkdómum. Langömmubarnið hennar Ragnhildar situr ekki á rúmstokknum og nuddar hnén með steinolíu, en heldur sitt heimili, hendist í vinnuna og skrifar greinar í blöð. En daglegt líf mitt er sjálfsagt frábrugðið lífi annarra heilbrigðra kvenna á mínum aldri, en ég hef alltaf verið ég og hef því engan samanburð. Sjúkrahúslegur mínar eru fleiri en ég hef tölu á, blóðprufur verð ég að mæta í, stundum vikulega, stundum sjaldnar. Veikindaköstin koma fyrirvaralaust, standa stundum mánuðum saman og allar hugsanlegar rannsóknir hef ég farið í. Þær hafa verið allt frá því að vera hættulegar til þess að vera hallærislegar og allt þar á milli. Það er enginn hetjuskapur að taka þessu með jafnaðargeði, það er nefnilega ekki hægt að komast hjá því að taka örlögum sínum. Sumt er auðveldara að umbera en annað, ég læt mér standa á sama um örin, en þykir erfitt að sætta mig við "tungl-andlitið" sem fylgir steranotkuninni. Pilluboxið mitt læt ég ekki nokkurn mann sjá. Þar kennir ýmissa grasa: prednisolon, ónæmisbælandi lyf, bólgueyðandi lyf, vítamín og ýmislegt annað góðgæti. Þrekið er líka takmarkað og ég er hætt að gera nokkrar áætlanir. Mér finnst alltaf að þrátt fyrir allt sé ég heppin, sé alltaf svo marga, sem eru verr haldnir en ég. Ég nota hvert tækifæri sem gefst til að fræða fólk um gigt, þær hafa fengið marga fyrirlestrana samstarfskonur mínar. Einnig

hef ég talað um gigt á málþingum og skrifað í Gigtarblaðið. Ýmislegt hefur breyst til hins betra á mínum vinnustað, síðan ég fékk að velja vinnustólinn minn. Allri vilja sitja í honum, þegar bakið minnir á sig og fyrir bragðið eru nú komnar margar gerðir af stólum og skipt oftast um.

Fjarvistir mínar frá vinnu eru auðvitað óvenjulega langar en milli veikindakasta held ég að leitun sé að samviskusamari vinnukrafti. Mér finnst ég aldrei vera með kvef eða eitthvað annað ómerkilegt, hef það mottó að ef ég kemst á vinnustað og get hreyft aðra höndina, þá mæti ég. Þetta held ég að megi segja um marga gigtsjúklinga. Það er líka reynsla mín að þeir séu kátir og léttlyndir og láti ekki mótlæti buga sig.

Stundum kemur fyrir að mér er sagt frá einhverjum sem er með iktsýki og bæklaður af þeim völdum og síðan bætt við "hann er sko með gigt!". Sumir skilja aðeins gigt, sem sést með berum augum og vita ekkert um bandvefssjúkdóma eins og lúpus, sem kemur líka fram sem skemmdir á innri líffærum og eru bæði hættulegir og erfiðir að meðhöndla. Ég sækist ekki eftir meðaumkun, en gæti stundum þegið meiri skilning. Aukinn skilningur kemur með meiri fræðslu og þess vegna lét ég tilleiðast að skrifa þessa grein. Lífið er þrátt fyrir allt ágætt, góðu stundirnar met ég og hinar fara í glatkistuna. Slagorð mitt í dag er: fræðsla - skilningur - framfarir.

Bestu kveðjur

HJÁLPARTÆKI FYRIR GIGTVEIKA

Lög um almannatryggingar og lög um málefni fatlaðra

Í lögum um almannatryggingar og lögum um málefni fatlaðra kveður á um rétt fólks til hjálpartækja. Hér verður aðeins vikið nánar að þessu.

Samkvæmt lögum um almannatryggingar:

Tryggingastofnun ríkisins greiðir eða tekur þátt í kaupum á hjálpartækjum og gervilimum eftir ákveðnum reglum. Annars vegar eru veittir styrkir að ákveðinni upphæð til kaupa á hjálpartækjum og hinsvegar er greitt ákveðið hlutfall af verði hjálpartækisins. Hjálpartæki frá Tryggingastofnun eru nær eingöngu veitt til nota á einkaheimilum. Hér er aðallega um að ræða hjálpartæki til sjálfsbjargar, þjálfunar og eftirmeðferðar. Öllum hjálpartækjum skal skilað að notkun lokinni, nema einnota vörum og tækjum.

Réttur til hjálpartækja og greiðslureglur fer eftir færni og sjúkdómi viðkomandi.

Hjálpartæki fyrir gigtveika eru m.a.:

- ýmis tæki til borðhalds og matargerðar, s.s. sérsmiðuð hnífapör, ostaskerar, sérhannaðir vinkilhnífar, lokopnarar.
- ýmis grip sem geta aðlagast að stærð og formi, t.d. fyrir krana, hnappa og takka, svo og ýmis önnur grip, t.d. fyrir lykil.

- griptangir
- lesstatív
- bað- og salernishjálpartæki
- gönguhjálpartæki
- vinnustólar

Greiðsluhlutfall Tryggingastofnunar á ofangreindum tækjum er ýmist 50%, 60%, 70% eða 100%. Hjálpartæki til borðhalds eru almennt veitt að fullu, en til matargerðar 50%. Stærri tæki eins og vinnustólar og hvíldarstólar eru yfirleitt veittir 60%. Annars taka reglurnar breytingum og er best að kynna sér þær í hverju tilviki með því að hafa samband við aðalskrifstofu Tryggingastofnunar í Reykjavík eða hjálpartækjamiðstöð Tryggingastofnunar.

Samkvæmt lögum um málefni fatlaðra:

Samkvæmt 28. grein laga um málefni fatlaðra er kveðið á um rétt fatlaðra til hjálpartækja til atvinnu eftir 18 ára aldur og náms eftir 16 ára aldur.

Upplýsingar veita svæðisskrifstofur um málefni fatlaðra í hverju umdæmi fyrir sig. Sækja þarf um hjálpartækin á sérstökum umsóknareyðublöðum sem fást hjá svæðisskrifstofum.

HEIMILISBREYTINGAR HJÁ GIGTARSJÚKLINGUM

Gigtarsjúkdómar kosta þjóðarbúið gífurlegar fjárhæðir árlega. Það hefur verið sýnt fram á að það er þjóðfélagslega hagkvæmt að leggja fé í forvarnir og meðferð gigtarsjúkra. Forvarnir og fræðsla skila árangri; með auknum skilningi á ferli sjúkdómsins getur sá gigtarsjúki haft áhrif á eigin líðan og e.t.v. komið í veg fyrir versnandi ástand.

Tilgangur þessarar greinar er að kynna möguleika á breytingum á húsnæði og umhverfi sem getur verið heppilegt og jafnvel nauðsynlegt að gera hjá fólki sem þjáist af liðagigt. Markmiðið með húsnæðisbreytingum er að gera lífið léttara og viðkomandi meira sjálfbjarga þannig að hann geti spjarað sig á eigin spýtur í því umhverfi sem hann þekkir. Einnig er haft í huga að auka á hagræðingu, þannig að viðkomandi beiti líkamanum rétt og koma þannig í veg fyrir rangstöður.

Breytingar sem gerðar eru þurfa oft ekki að vera stórvægilegar til að viðkomandi geti þrífist í sínu heimaumhverfi, hinsvegar er það svo að daglegar athafnir geta vaxið í augum og orðið um megn þegar gigtin segir

til sín. Mikilvægt er að sá sem á í hlut sé ætíð með í ráðum.

AÐGENGI

Æskilegt er að íbúðin sé á einni hæð þannig að auðvelt sé að komast um. Ef um slæma gigtarsjúklinga er að ræða, þá eru þeir e.t.v. notendur að hækjum eða hjólastólum og þurfa því að komast um hindrunarlaust. Varast ber þröskulda þar sem þeir geta orðið áþreifanleg hindrun og valdið slysum. Allar lausar mottur er æskilegt að fjarlægja svo og athuga að lausar snúrur séu ekki í gangvegi. Uppröðun húsgagna getur skipt máli.

Hurðir

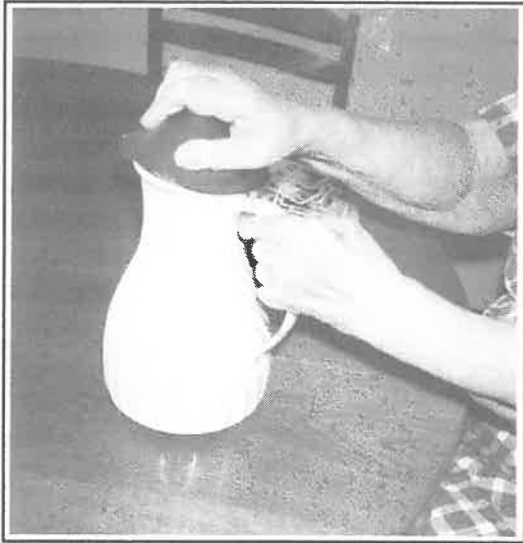
Hurðir skulu vera léttar og hurðahúnar þannig úr garði gerðir að auðvelt sé að opna og loka hurðinni.

Gluggar

Athuga að gluggafög séu þannig að auðvelt sé að opna/loka gluggum. Stífir gluggar geta verið erfiðir að fást við.

Rofar

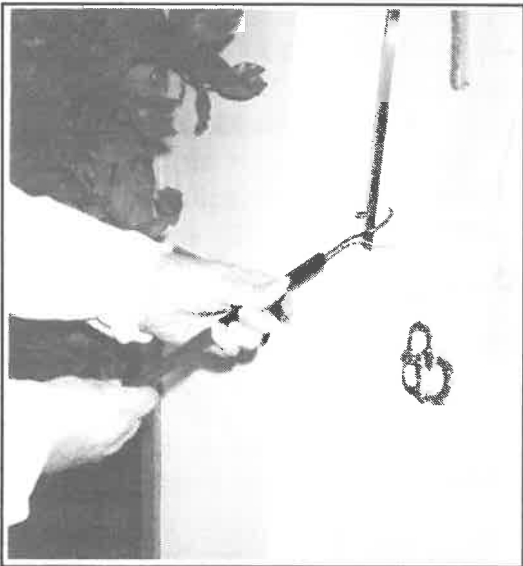
Þeir skulu vera stórir og flatir þannig að hægt sé að þrýsta lauslega á þá.



Stöm hetta, notuð við að opna kaffikönnu

Eldhús

Oft er þörf á ýmsum hjálpartækjum í eldhús s.s. sérhönnuðum hnífum, skærum o.fl. Hentug rafmagnstæki geta verið gagnleg ef lítilla krafta er þörf við notkun.



Hjálparkrókur til að opna ísskáp

Skipulagning á aðstöðu í eldhúsi er mikilvæg þannig að hagræðing hljótist af. Eitt lítið atriði er að ísskápshurð opnast rétt. Mikilvægt er að forðast allan burð á hlutum ef gigt er í efri útlimum og væri þá æskilegt að hafa fráleggsplötu við opnun ísskápshurðar. Hæðir á borðum og skápum er vert að athuga þannig að viðkomandi þurfi ekki að beygja sig eða teygja. Einnig er mikilvægt að athuga staðsetningu bakarofns.

Vinnustóll á hjólum svo og borð á hjólum geta verið til hagræðingar við eldhússtörf sem og annars staðar í húsinu.



Vinnustóll á hjólum með lyftibúnaði

Bað

Heppilegast er að hafa sturtu með stömum gólfduík. Æskilegt er að hún sé rúmgóð þannig að hægt sé að koma fyrir sturtustól ef þörf er á.

Handföng til að styðja sig við er nauðsynlegt að hafa í sturtunni. Sturtubotnar eru óæskilegir, best er ef halli er að niðurfalli og að það sé ekki of lítið, því þá er hætt á að vatn flæði um gólf. Staðsetning á niðurfalli er æskilegust sem næst vegg í horni. Blöndunartæki skulu vera auðveld í notkun og staðsett til hliðar við sturtusíma.

Oft eru klósett of lág og má hækka þau með sökkli eða sérstakri hækkun. Stoðir við hliðina á klósetti geta verið þarfar.

Athuga að handklæði sé staðsett í góðri hæð (brjósthæð) og innan seilingar. Hagræði getur verið í að hafa fráleggsborð við vask.

Kranar skulu vera léttir (sveifar).

Ef þvottavél er á baðherbergi þarf að athuga að hún sé í æskilegri hæð, lausn getur verið að byggja undir hana sökkul. Borð á hjólum gæti nýst við þvott. Vert er að athuga hæð á snúr-um.

Ef um baðkar er að ræða - en margir sem þjást af gigt njóta þess að liggja í heitu vatni - gæti verið þörf á baðbretti/baðsæti.

Svefnherbergi

Athuga skal hvort rúm sé í heppilegri hæð. Of lágt rúm veldur of miklu

álagi á hné, en of hátt rúm getur verið erfitt að komast uppí.

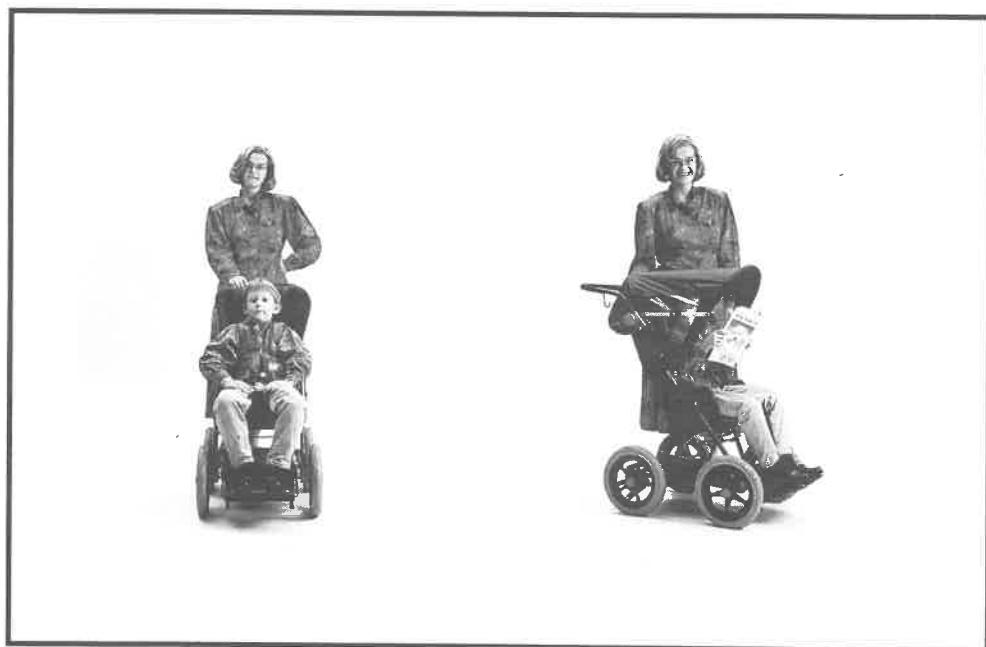
Fataskáphurðir eru oft þungar og erfiðar viðfangs. Mikilvægt er að þær séu léttar, jafnvel á rennibrautum.

Stofa

Gott getur verið að hafa þægilegan hvíldarstól. Mikilvægt er að auðvelt sé að standa upp úr stólum, þ.e.a.s. að þeir séu í réttri hæð.

Ég hef ákveðið að fara ekki náð út í hjálpartæki en markmiðið með þeim er m.a. að draga úr liðverkjum og fyrirbyggja rangt álag á liði, jafnframt því að létta hinum gigtsjúka dagleg störf. Hjálpartæki geta einnig verið til að bæta upp getu en þau eru ætíð persónubundin og geta verið til langtímanotkunar eða skammtímanotkunar.

Hér hefur verið stiklað á stóru í sambandi við húsnæðisbreytingar og ég ítreka að heimilisathugun er ætíð bundin við þann einstakling sem á í hlut og metið eftir því. Þarfirnar eru eins misjafnar og mennirnir. Markmiðið er að einstaklingurinn sem á í hlut lifi sjálfstæðu lífi og sé ekki háður öðrum vegna hindrana í umhverfinu.



Höfum þjónað íslenska markaðnum í 15 ár
Þökkum gott samstarf

AUSTURBAKKI HF.

FRÉTTIR

FRÁ VINNUSTÖÐUM:

Hjálpartækjamiðstöð

Tryggingastofnunar ríkisins:

Hjálpartækjamiðstöðin hefur sl. vetur verið með fræðslu fyrir heimilishjálp og heimahjúkrun um hjálpartæki og öryggi aldraðra á heimilum. Einnig var fræðsla fyrir iðjuþjálfum um hjólastóla og notkun þeirra. Nú í haust var þemadagur fyrir iðjuþjálfum og sjúkrahjálfa sem vinna með börn um setstöðu barna og barnastóla. Á döfinni er að vera með fræðslu reglulega.

Erna Magnúsdóttir iðjuþjálfur helt í október 1992 fyrirlestur, að beiðni félags hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á Austurlandi, um meðferð og um-

önnun helftarlamaðra. Var fyrirlesturinn vel sóttur og fékk góðar undirtektir.

Greiningar- og ráðgjafastöð ríkisins:

Elsa Þorvaldsdóttir hóf störf 15. september.

Endurhæfingardeild Landspítalans:

Unnur Jóhannesdóttir hélt fyrirlestur á ráðstefnu Öldrunarfræðifélags Íslands, um dettni meðal aldraðra.

Styrktarfélag lamaðra og fatlaðra:

Iðjuþjálfar eru að vinna að gæðatryggingu barnaþjálfunar.

LAUSAR STÖÐUR

Borgarspítalinn

1 staða geðdeild

1 staða Arnarholt

1 staða dagdeild Eiríksg. (geðd.)

Hjálpartækjabankinn

1 staða

Hlíðaskóli

1/2 staða yfiriðjuþjálfar

Dagvistun f. MS sjúkl. Álandi 13
hlutastarf

Meðferðarheimilið að Kleifarvegi

1 staða

Seljahlíð vistheimili f. aldraða

1 staða

Dalbraut

1 staða

Kópavogshæli

2 stöður

Hrafnista

1 staða

Landspítalinn

geðdeild: 4½ staða

öldrun: 1 staða frá

1. mars 1993

Heilsuhælið Hveragerði

1 staða yfiriðjuþjálfar

Hjúkrunarheimilið Skjól

1 staða

Fjórðungssj. Akureyri

1 staða alm. deild

1/2 staða öldrunardeild

1 afl.staða geðdeild

Tjaldanes

1/2 - 1 staða

Droplaugarstaðir

1 - 70% staða

Félagsmálastofnun

Áfangastaður, Norðurbrún 34,

Iðjulundur Akureyri

1 staða

Bjarkarás, Hæfingarstöð

1-20% staða

Auk þess hefur Hjúkrunarheimilið Hlíð, Akureyri
sýnt áhuga á að fá iðjuþjálfar til starfa.

IDJUPJÁLFAFAR Á ÍSLANDI í júní 1992:

BORGARSPÍTALINN í Fossvogi, 108 Rvík. **Iðjupjálfun B-1**

s. 696600

s. 696369

Ingibjörg S. Ásgeirsdóttir	Valhúsabraut 27	s. 611058
	170 Seltjarnarnes	
Kolbrún Héðinsdóttir	Álfhólsvegi 127	s. 40885
	200 Kópavogur	
Valborg Huld Kristjánsdóttir	Hraunteigi 17	s. 689082
	105 Reykjavík	

Endurhæfinga- og taugadeild Grensásdeild, **Grensásvegi 62, 108 Rvík**

s. 696712

Guðrún Árnadóttir	Hvassaleiti 30	s. 31086
	103 Reykjavík	
Hulda Birgisdóttir	Víðimel 31	s. 622151
	107 Reykjavík	
Lillý Sverrisdóttir	Traðarbergi 5	s. 653448
	220 Hafnarfirði	
Sigrún Garðarsdóttir	Hjarðarhaga 42	s. 13267
	107 Reykjavík	
Sigrún Ólafsdóttir	Barmahlíð 7	s. 620607
	105 Reykjavík	
Snæfríð Egilson	Laugarásvegi 50	s. 36904
	104 Reykjavík	

LANDSPÍTALINN **Geðdeild v/Eiríksgötu, 101 Rvík**

s. 601000

s. 601791/601792

Elín Ebba Ásmundsdóttir	Laugavegi 53A	s. 615683
	105 Reykjavík	
Anna Guðrún Arnardóttir	Bræðraborgarstíg 1	s. 612348
	101 Reykjavík	
Anna Valdimarsdóttir	Ugluhólum 10	s. 678433
	111 Reykjavík	
Annetta A. Ingimundardóttir	Gunnarsbraut 38	s. 10160
	105 Reykjavík	
Kristín Kristjánsdóttir	Hraunstíg 6	s. 652552
	220 Hafnafjörður	

Geðdeild v/Klepp, 104 Rvíks. 602580/602581

Björk Steingrímsdóttir	Smyrlahrauni 21	s. 51485
Sylviane L. Pétursdóttir	220 Hafnafjörður	
	Marargötu 4	s. 28594
Soffía Haraldsdóttir	101 Reykjavík	
	Sigluvogi 12	s. 31794
	104 Reykjavík	

Öldrunarlækningadeild. Hátún 10b, 105 Rvíks. 602257

Elsa Ingimarsdóttir	Logafold 47	s. 675323
	112 Reykjavík	
Rósa Hauksdóttir	Baldursgata 26	s. 13001
	101 Reykjavík	
Dorothea Sulzer	Blesugróf 20	s. 35414
	108 Reykjavík	

Endurhæfingardeild v/Eiríksgötu, 101 Rvík.s. 601427

Finnur Bárðarson	Barónstíg 63	s. 624563
	101 Reykjavík	
Ingibjörg Jónsdóttir	Fagrahjalla 24	s. 43773
	200 Kópavogur	
Unnur Jóhannesdóttir	Sörlaskjólí 86	s. 13029
	107 Reykjavík	
Þórunn Þórarinsdóttir	Álfheimum 50	s. 38252
	104 Reykjavík	

STYRK TARFÉL. LAMAÐRA OG FATLAÐRAs. 814999Háaleitisbr. 11-13, 108 Rvík.

Anna S. Jónsdóttir	Lindarhvammur 2	s. 52382
	220 Hafnafjörður	
Gerður Gústavsdóttir	Eskihlíð 6	s. 10475
	105 Reykjavík	
Helga Guðjónsdóttir	Keilugranda 6	s. 17036
	107 Reykjavík	
Hrefna Óskarsdóttir	Hörðalandi 6	s. 682865
	108 Reykjavík	
Kristjana Ólafsdóttir	Digranesheiði 35	s. 45646
	200 Kópavogur	
Valrós Sigurbjörnsdóttir	Tómasarhaga 37	s. 13738
	107 Reykjavík	
Þóra Leósdóttir	Baldursgötu 7a	s. 25025
	101 Reykjavík	

VINNUHEIMILIÐ AÐ REYKJALUNDI**270 Mosfellsbæ****s. 666200/102**

Anne Grethe Hansen	Arkarholti 10	s. 667262
Guðrún Pálmadóttir	270 Mosfellsbær	
	Áslandi 8	s. 667117
Gunnhildur Gísladóttir	270 Mosfellsbær	
	Laufbrekka 9	s.
Hildur Þráinsdóttir	200 Kópavogur	
	Neðribraut 6	s. 666200/170
Ingibjörg Pétursdóttir	270 Mosfellsbær	
	Amsturdam 5	s. 666200/180
	v/Reykjalund	
Kristjana Fenger	270 Mosfellsbær	
	Akurholti 4	s. 668104
Lilja Ingvarsson	270 Mosfellsbær	
	Spóahólum 10	s. 670580
Lovísa Ólafsdóttir	111 Reykjavík	
	Huldubraut 31	s. 42918
Margrét Sigurðardóttir	270 Mosfellsbær	
	Sæviðarsundi 52	s. 39288
Sigríður Jónsdóttir	104 Reykjavík	
	Efstasundi 81	s. 35229
	104 Reykjavík	

GIGTLÆKNINGASTÖÐ ÍSLANDS, Ármúla 5, 108 Rvík.**s. 30760**

Anna Sveinbjörnsdóttir	Bröttuhlíð 5	s. 98/34255
	810 Hveragerði	
	í Rvk.: Austurbrún 2	s. 680849
	104 Reykjavík	
Unnur Alfreðsdóttir	Vallargerði 14	s. 41529
	200 Kópavogur	

GREININGAR- OG RÁÐGJ.STÖÐ RÍKISINS**Digranesvegi 5, Kóp.****s. 641744**

Elsa Þorvaldsdóttir	Hjallabraut 41	s. 650322
	220 Hafnarfjörður	
Hlín Guðjónsdóttir	Hraunbær 2	s. 682741
	110 Reykjavík	

HJÁLPARTÆKJABANKINN, Hátún 12, 105 Rvík.**s. 623333**

Jóhanna Ingólfssdóttir	Skaftahlíð 10	s. 621856
	105 Reykjavík	

ÍÐJUPJÁLFAFÉLAG ÍSLANDS

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

TRYGGINGASTOFNUN RÍKISINS/HJÁLPARTÆKJAMIÐSTÖÐ

<u>Laugavegi 114, 105 Rvík.</u>	s. 604400
<u>Smiðjuvegur 28, 200 Kópav.</u>	s. 74250

Björk Pálsdóttir	Logafold 105A 112 Reykjavík	s. 687468
Erna Magnúsdóttir	Kleppsvegi 134, íb. 7.1 104 Reykjavík	s. 673101

ÖSKJUHLÍÐARSKÓLI, Suðurhlíð 9, 105 Rvík.

Katla Kristvinsdóttir	Melabraut 11 170 Seltjarnarnes	s. 612611
-----------------------	-----------------------------------	-----------

BLINDRAFÉLAG ÍSLANDS, Hamrahlíð 17, 105 Rvk.

<u>Sambýlið</u>		s. 687333
<u>Bára Sigurðardóttir</u>	<u>Veghúsastíg 1A</u> 101 Reykjavík	s. 678177
		s. 22037

SJÁLFSBJÖRG LANDSAMBAND FATLAÐRA, Hátúni 12, 105 Rvík.

Valerie Harris	Miklubraut 70 105 Reykjavík	s. 27605
----------------	--------------------------------	----------

SJÚKRAHÚS AKRANES, Heiðarbr. 30, 300 Akranes

s. 93/12311

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

SVÆDISSTJÓRN UM MÁLEFNI FATLAÐRA, Norðurland eystra, Stórholti 1, 603 Akureyri

s. 96/26960

Rögnvaldur Símonarson	Kristnes 13, íbúð 64 601 Akureyri	s. 96/31120
-----------------------	--------------------------------------	-------------

ÞJÓNUSTUHÓPUR ALDRAÐRA, Dvalarheimilið Hlíð Akureyri

s. 96/27930

Kristín Tómasdóttir	Hrafnagilsstræti 22 600 Akureyri	s. 96/21084
---------------------	-------------------------------------	-------------

FJÓRÐUNGSSJÚKRAHÚS AKUREYRAR, 600 Akureyri s. 96/22100
Geðdeild

Kristín Sigursveinsdóttir Hrafnagilsstræti 34 s. 96/22483
600 Akureyri

KRISTNESSPÍTALI, 602 Akureyri s. 96/31100

Ólöf Leifsdóttir Kristnes 13, pósth. 460 s. 96/31117
602 Akureyri

HEIMAHJÚKRUN OG HEIMILISÞJÓNUSTA AKUREYRARBÆJAR,s. 96/27977

Þórhildur Sveinsdóttir Skarðshlíð 24f
600 Akureyri

EKKI FASTRÁÐNIR IÐJUÞJÁLFAR:

Birgit Schov	Helluhrauni 7	s. 96/44140
Elín Hannesdóttir	660 Reykjahlíð	
	Fannafold 189	s. 676428
	112 Reykjavík	
Guðrún Á. Einarsdóttir	Álftamýri 8	s. 31929
	108 Reykjavík	
Guðrún Hafsteinsdóttir	Funafold 22	s. 675328
	112 Reykjavík	
Jóna Kristófersdóttir	Kleppsvegi 120	s. 34227
	104 Reykjavík	
Kolbrún Ragnarsdóttir	Menntask. Laugarvatni	s. 98/61129
	840 Laugarvatn	
Maren Ósk Sveinbjörnsdóttir	Silfurbraut 2	
	780 Höfn, Hornafirði	
Peggy Helgason	Skildinganesi 22	s. 623808
	107 Reykjavík	
Sigríður Hermannsdóttir	Suðurvangi 23A	s. 653377
	220 Hafnarfjörður	
Steinunn Jóhannsdóttir	Kleppsvegi 26	s. 37585
	105 Reykjavík	

ÍSLENSKIR IÐJUÞJÁLFAÐAR ERLENDIS:

Anna Vilhjálmsdóttir	Meterovej 20 2tr. 18333 Täbee, Sverige
Ásta Guðjónsdóttir	210 Carrie Lane B 206, Redlands, CA. 92373, U.S.A
Bjargey Ingólfssdóttir	Kronejordet 6 1352 Kolsås, Norge
Edda Elíasdóttir	Enighedsvej 41 2920 Charlottenlund, Danmark
Elísabet Vernharðsdóttir	Ålvägen 9 66302 Hammarö Karlstad Sverige
Guðrún Ársælsdóttir	Irisvej 20 8722 Hedensted, Danmark
Guðrún Emilsdóttir	Smør-Annasgata 19 450-43 Smøgen, Sverige
Guðrún Kr. Guðfinnsdóttir	268 Walnutstreet, Brookline, MA. 02146, U.S.A.
Guðrún Stefánsdóttir	Getymolenert 6 2807 GE Gouda, Holland
Hrafnhildur Arnkelsdóttir	Studiegången 6 41681 Göteborg, Sverige
Hrönn Guðmundsdóttir	442-H Costa Mesa Terrace Sunnyvale, California 94086, U.S.A.
Kristín Halldórsdóttir	Nygatan 5, 90331 Umeå, Sverige
Kristín H. Siggeirsd.	Folkes Väg 4 244 00 Kävlinge, Sverige
Rannveig Baldursdóttir	Private Bag 4109 - Vineta 9000 Swakopmund Namibia Afrika
Sigríður Pétursdóttir	Reventlowsgade 8 III 1651 København V, Danmark
Sigríður Þorvaldsdóttir	Falkevej 8, 5400 Bogense, Danmark
Sólveig Ásta Karlsdóttir	Istedgade 61 1.th. 1650 København V, Danmark
Snæfríður Þ. Egilsson	1187-Crest-Line Drive Cupertino, Ca 950114, USA

ÍÐJUPJÁLFANEMAR:

Áætluð námslok 1992:

Des.	Ragnheiður Harðard.	52 Edwards st. Brighton 5048 S.A. Australia
------	---------------------	---

Áætluð námslok 1993:

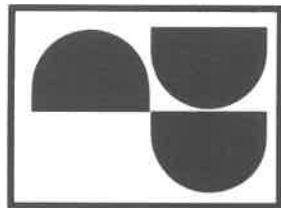
Mars	Oddrún Lilja Birgisd.	Willemoesgade 82, st.th 8200 Århus N, Danmark
Apríl	Sigríður Kristín Gíslad. Berglind Ásgeirsdóttir	Dalslandsgade 8. G - 709 2300 København, Danmark Kämmärsvägen 9k 220 22246 Lund, Sverige

Áætluð námslok 1994:

Janúar	Sigrún S. Kristinsdóttir	Sigríð Undsetsvej 103 9220 Ålborg øst, Danmark
Apríl	Auður Axelsdóttir	Kagsåkollegiet 4 2730 Herlev, Danmark
Apríl	Elín Einarsdóttir	Rydevænget 13st.th 8210 Århus V, Danmark
Júní	Anna Peta Guðmundsdóttir Sigríður Ásta Eyþórsdóttir	Bakkaunvegen 3 7043 Trondheim Norge 1940 Howard st.Apt 395 Kalamzoo/MI4900 USA

Áætluð námslok 1995:

Hjördís Edda Broddadóttir	Rebenstrasse 4 7500 Karlsruhe 41, Deutschland
---------------------------	--

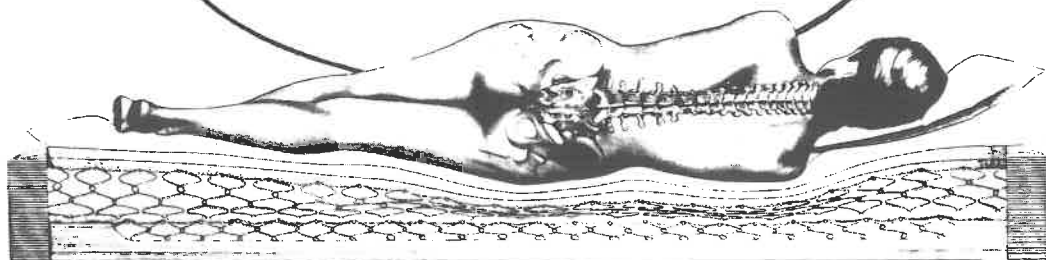


OFFSET FJÖLRITUN

MJÖLNISHOLTI 14
105 REYKJAVÍK
SÍMI 627890
FAX 627895

LJÓSRITUN - FJÖLRITUN - PRENTUN - RITVINNSLA

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.

Leynardómur DUX-dýnnar 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



HRINGIÐ Í
275 60

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



Faxafeni 7
Sími 689950 POST BOX: 8953 Reykjavík

HJÁLPARTÆKJABANKINN



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 fyrirbyggjandi fjölbreytt úrval
hjálpartækja.*

Sími (91)-623333.

HJÁLPARTÆKJABANKINN



Hátúni 12, sími 62 33 33, telex nr. 2180, Reykjavík