

BLÁÐ

9.árg. des. 1987 2.tbl.

IDJUPJÁLFAFÉLAG ÍSLANDS

VELA, FELLÁS 7, 270 MOSFELLSBÆ, s: 666110
 Ópið kl. 9-12 þriðjudaga og fimmtudaga

Umboðsmenn á Íslandi fyrir Sænsku rafmagnsstólana frá PERMOBIL.
 Framleiddir af Saab-Scania í Svíþýð

permobil

Min-IOR

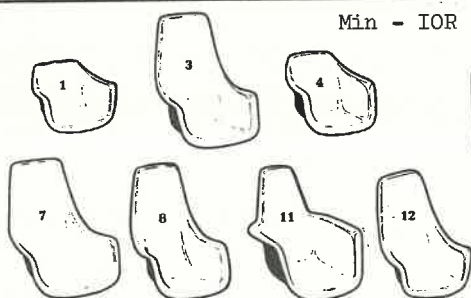


Super-IOR

Det mesta av det bästa.



Min - IOR



Tabell: Sitsmått

h = höjd från sitsens djupaste punkt
 b = bredd 20 cm
 d = sitsens djup
 r = radius vid 45°
 v = ryggstödsvinkel

Sits	h	b	d	r	v
1	29	33	28	3	7°
3	54	39	34	4	8°
4	29	34	33	3	5°
7	54	38	38	4	8°
8	54	34	33	4	5°
11	54	37	44	5	8°
12	54	33	24	3	8°

Längd	Min - IOR	106 cm	Körsträcka	25 km
Bredd		56 cm	Backtagningsförmåga	11°
Höjd		109 cm	Hindertagningsförmåga	7 cm
Minsta transportlängd		96 cm	Sitshöjd	42-60 cm
Minsta transporthöjd		76 cm	Sitsdjup	38 cm
Vikt		115 kg	Sitsbredd	38 cm
Hjuldimension fram/bak		14" x 3.00"/200 x 50	Sitslutning	3°
Batterikapacitet		2 x 75 Ah	Ryggstödslutning	8°
Laddningstid		12 timmar	Benstödslängd	15-45 cm
Vändutrymme 180°		112 cm	Benstödsvinkel	100°
Max hastighet		6 km/tim		

PRENTUN: Stensill hf.
Nóatúni 17, 105 Reykjavík

RITNEFND: Elín Hannesdóttir
Hrefna Óskarsdóttir
Lilja Ingvarsson
Sigrún Garðarsdóttir

Efni: Helftarlömun

STJÓRN IÍ: Hope Knútsson formaður
Rannveig Baldursd. varaformaður
Sigríður Hermannsd. gjaldkeri
Sigrún Garðarsdóttir ritari
Valrós Sigurbjörnsd. stjórnarmeðl.
Unnur Alfreðsdóttir varamaður
Ingibjörg Jónsdóttir varamaður

ÍÐJUBJÁLFAFÉLAG ÍSLANDS
Pósthólf 8845
128 Reykjavík

EFNISYFIRLIT

Heilablóðfall.....	bls.	4
Einn þáttur í iðjubjálfun helftarlamaðra.....	"	16
Félagsleg úrræði fyrir sjúklinga með helftarlömun.....	"	24
Arnadóttir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE): Þróun matsins og rannsóknir tengdar því.....	"	28
Nordisk Nytt.....	"	36
Sjúkraþjálfun helftarlamaðra.....	"	38
Hjúkrun helftarlamaðra.....	"	43
Fréttir.....	"	47
Lausar stöður.....	"	48
Félagalisti.....	"	50

Torfi Magnússon læknir

HEILABLÓÐFALL

Heilablóðfall (=slag =stroke) vegna blóðrásarþurrðar og heila-blæðingar er algengasti bráði taugasjúkdómur fullorðinsára. Jafnframt er heilablóðfall ein algengasta ástæða langvinnssjúkleika í vestrænum þjóðfélögum og þriðja algengasta dánarorsökin í þessum löndum. Legutími sjúklinga sem fengið hafa heilablóðfall er oft langur og sjúkrahúskostnaður þjóðfélagsins vegna þessara sjúkdóma mikill. Algengt er að örorka fylgi í kjölfarið og tekjutap þjóðfélagsins og bein útgjöld vegna örorkubóta eru því umtalsverðar fjárupphæðir eftir að sjúkrahúsvist lýkur. Tíðni heilablóðfalla er svipuð í öllum vestrænum ríkjum og samkvæmt tölum frá Svíþjóð er nýgengi (incidence) þessara sjúkdóma 200/100.000, en það þýðir að 200 einstaklingar af hverjum 100.000 íbúum landsins fá á ári hverju þessa sjúkdóma. Algegni (prevalence) er 800/100.000, þ.e. af hverjum 100.000 lifandi íbúum landsins hafa á hverjum tíma 800 afleiðingar heilablóðfalls. Tíðni þessa sjúkdómsflokks hefur lækkað verulega s.l. áratugi og samkvæmt bandarískri athugun fækkaði þeim sem fengu slag í fyrsta sinn um 1% á ári á árunum 1940-1950, en á áttunda áratugnum um 5% á ári. Þetta þýðir að í hópi, þar sem vænta hefði mátt 100 nýrra heilablóðfallstilfella árunum 1945-49, urðu til 55 ný tilfelli á árunum 1974-79. Ein aðalástæðan fækkunar heilablóðfalla er vafalaust bætt meðferð á háþrýstingi, þó vafalaust komi margar aðrar ástæður til. Heilablóðfallssjúkdómnum má skipta í þrjá flokka eftir orsökum, en þeim má aftur skipta í undirflokka. Þessir þrír flokkar eru heilablóðfall vegna æðalokunar, þ.e. blóðrásarþurrðar (ischemic stroke), 80% tilfella, heilablæðing (intracerebral haematoma), 10% tilfella og heilamengisblæðing (subarachnoidal eða aneurysma-blæðing) 10-15% tilfella.

Áhættuþættir:

Grunnorsakir og áhættuþættir hinna mismunandi sjúkdómsflokka eru að líkindum nátengdar. Helsti áhættuþáttur slagsjúkdómsins er háþrýstingur, talið er að sé hann rétt ofan eðlilegra marka tvöfaldist áhættan, en við umtalsverðan háþrýsting er áhættan aukin fimm- til tífalt. Sykursýki eykur einnig verulega hættuna á að fá þessa sjúkdóma. Bæði háþrýstingur og sykursýki hraða æðakölkun og öðrum skemmdum í æðum sem valdið geta æðalokunum og blóðtappamyndun, auk blæðinga. Áhrif þessara sjúkdóma eru fyrst og fremst í gegnum langtímaverkun. Einnig virðist hér blóðsýkur á þeim tíma, sem heilablóðfall á sér stað, hafa í för með sér lakari útkomu. Hjartasjúkdómar valda aukinni áhættu á blóðtappa í heila t.d. vegna blóðreks (emboli) frá hjarta og einnig geta

ákveðnar breytingar í samsetningu blóðsins svo sem aukinn fjöldi rauðra blóðkorna og breytingar í storkupáttum valdið aukinni myndun blóðtappa. Reykingar auka mjög sennilega áhættuna og notkun getnaðarvarnarpillu, of háar blóðfitur (hyperlipidemia) og offita ásamt hreyfingarleysi eru einnig mögulegir áhættuþættir. Með auknum aldri eykst hættan á að fá blóðtappa og blæðingu í heila og eru um 80% sjúklinga sem fá þessa sjúkdóma eldri en 65 ára. Í þessu tilliti hefur þó heilamengisblæðingin sérstöðu og er hún tiltölulega algengust í yngri aldurshópum. Þess má geta, að erfitt er að sýna fram á óyggjandi fylgni áhættuþátta við æðasjúkdóma, bæði vegna tæknilegra ástæðna og vegna þess að verulegan fjöldi sjúklinga þarf til slíkra rannsóknna.

I. Heilablóðfall vegna blóðrásarþurrðar

Algengasta ástæða blóðrásarþurrðar er blóðtappamyndun. Einkennin byrja oft þegar sjúklingur er í hvíld, t.d. að nóttu, og koma oftast skyndilega. Þau ná oftast hámarki fljótt, en taka síðan að minnka á ný. Hverfi einkennin að fullu innan 24 klukkustunda er talað um "TIA" (transient ischemic attack, tímabundin blóðrásarþurrð). Hverfi einkennin að fullu, en á meira en 24 klukkustundum, er slíkt nefnt "RIND" (reversible ischemic neurologic deficit). Verði varanleg einkenni lítill er talað um "minor stroke" (vægt heilablóðfall). Ef einkennin ná hámarki fljótt, en frekari versnun á sér ekki stað er talað um "completed stroke". Vaxi einkennin eftir að sjúklingur kemur á sjúkrahúsið er það nefnt "progressive stroke", (vaxandi heilablóðfall). Blóðtappi er algengasta ástæða blóðrásarþurrðar í heila, en einnig getur verið um aðrar orsakir að ræða. Má þar nefna æðabólgu (arteritis), skemmdir á hálssæðum vegna áverka, skemmdir á innsta lagi ósæðar (aorta) eða hálssæða (þ.e. dissecting aneurysm) og fylgikvilla æðamyndatöku. Í undantekningartilvikum geta svæsin migreniköst og jafnvel blóðþrýsingsfall valdið blóðrásarþurrð.

Blóðrásarþurrð veldur drepri (infarct) á því svæði sem misst hefur blóðrás sína meira en fáeinir mínútur. Sé um lokun á stórrri æð að ræða getur hið skemmda svæði verið stórt og einkenni verða oft mikil. Þau geta þó verið nokkuð breytileg hjá mismunandi einstaklingum þar sem aðrar æðar geta að einhverju leyti tekið að sér blóðflutning til næringarsvæðis skemmdu æðarinnar og takmarkað þannig stærð heiladrepsins og einkennin. Sé á hinn bóginn um lokun á lítilli endæð að ræða er enga blóðrás að fá annars staðar frá og einkennin eru því mjög lík hjá mismunandi einstaklingum. Í þessum tilvikum myndast drep í litlu svæði heilans og er slíkt nefnt "lacune" eða "lacunar-stroke". Verulega þýðingu hefur að greina hvort um lokun á endæð eða stórrri slagæð er að ræða, þar sem meðferð er mismunandi.

Einkenni heilablóðfalls fara að verulegu leyti eftir staðsetningu skemmdarinnar sem verður í heilanum. Sé um blóðtappa að ræða eru skemmdirnar bundnar við næringarsvæði hinnar lokuðu æðar og vefjasekmdin því afmörkuð. Nauðsynlegt er því að gera sér grein fyrir anatomískri skiptingu heilans og næringarsvæðum hinna einstöku æða.

Til heilans liggja fjórar aðalæðar, tvær innri hálssæðar (hægri og vinstri arteria carotis interna) og tvær hryggslagæðar (hægri og

vinstri arteria vertebralis). Hvor innri hálsslagæðanna fyrir sig skiptist síðan í fremri heillaslagæð (arteria cerebri anterior) og miðheillaslagæð (arteria cerebri media). Þær næra fremri og miðhluta heilans. Hryggslagæðarnar sameinast í botnslagæð (arteria basilaris) á nokkurra sentimetra löngum kafla í hæð við heilastofninn. Botnslagæðin klofnar síðan upp í tvær aftari heillaslagæðar (arteria cerebri posterior). Hryggslagæðarnar sjá þannig heilastofni og aftari hluta heilans fyrir blóðrás.

Skípta má heilanum gróft í 5 hluta: Ennisheila (frontal lobe), hvirfilheila (parietal lobe), gagnaugaheila (temporal lobe), hnackaheila (occipital lobe), heilastofn (miðheila, heilabru (pons) og mænukylfu (medulla oblongata).

Á næringarsvæði innri hálsslagæðanna er ennisheilinn, hvirfilheilinn og efri og ytri hluti gagnaugaheila. Í ennisheilanum er hreyfisvæði heilans og skemmdir þar valda lómum í gagnstæðum líkamshelmingi. Þar eru einnig stjórnstöðvar fyrir augnhreyfingar og skemmd á þeim veldur því truflun á augnhreyfingum. Talsvæði eru einnig í ennisheila, langoftast í vinstra heilahveli (Broca's svæði) og skemmdir þar valda skerðingu á orðrænni (verbal) tjágetu (expressive dysfasi), en málskilningur getur þó verið eðlilegur. Ýmsar aðrar stöðvar sem erfiðara er að skilgreina liggja einnig á þessum svæðum, en þær virðast meðal annars tengjast persónuleika manna.

Í hvirfilheilanum eru skynsvæði heilans og skemmdir þar valda skynskerðingu í gagnstæðum líkamshelmingi. Í hægri hvirfilheila eru miðstöðvar fyrir rúmskynjun (spatial orientation) og svæðaminni (topographical memory) og skemmdir þar valda erfiðleikum við að rata í umhverfinu og einnig við að búa til form og myndir (construdtional apraxia). Jafnframt getur komið fram röng líkamsupplifun sem aftur veldur skertri getu við að klæða sig (dressing apraxi) og vöntun á sjúkdómsinnis (anosognosi). Í vinstri hvirfilheila er hluti miðstöðvar fyrir málskilning (Wernicke's-svæði) og skemmdir þar valda skerðingu á málskilningi (sensorisk dysfasi). Skemmdir á þessu svæði valda einnig ýmsum öðrum einkennum svo sem skertri skriftargetu (agrafi), skertri reikningsetu (acalculi), hægri/vinstri ruglingi og sjúklingarnir þekkja ekki fingurna (fingurnagnosi), svo dæmi séu tekin. Við skemmdir í hvirfilheila kemur líka oft fram sjónsviðsskerðing til gagnstæðrar hliðar á báðum augum. Astæða þessa er að í gegnum hvirfilheilann liggja sjónbrautir frá augum til sjónstöðva í hnackaheila. Stundum er þó um að ræða vægari einkenni af svipuðum toga sem fela í sér skerta sjónskynjun til gagnstæðrar hliðar þó sjónsvið sé fullt (visual inattention og visual extinction).

Í vinstri gagnaugaheila liggur hluti miðstöðvar málskilnings (Wernicke's svæði) og skemmdir þar valda skerðingu á málskilningi og tjágetu. Einnig liggja í gagnaugaheila stöðvar fyrir tónlist-arupplifun og skemmdir þar valda skertri tónheyrn (amusia). Hluti sjónbrauta liggur í gegnum gagnaugaheilann og við skemmdir á þeim kemur fram sjónsviðsskerðing upp á við og til gagnstæðrar hliðar. Minnisstöðvar eru meðal annars staðsettar í gagnaugaheilanum og séu skemmdir í bæði vinstri og hægri gagnaugaheila samtímis geta komið fram verulegar minnistruflanir. Í hnackaheila eru sjónstöðvarnar og skemmdir þar valda skerðingu á sjónsviði og fleiri einkennum sem bundin eru sjónskynjun.

Einkenni við lokun einstakra heilæða: Miðheilæð nærir heilabörk og hvítu ytri og neðri hluta ennisheilans og hvirfilheilans. Við lokun á miðheilæð koma fram eftirtalin einkenni. Lömun í gagnstæðum andlitshelmingi, handlegg og fæti, sem er vegna

skemmda á hreyfisvæði andlits og handleggss og vegna skemmda á brautum sem liggja frá hreyfistöðvum ganglims til mænu. Skyntruflun getur orðið á sömu sviðum og gildir þetta um nálarstungu, snertingu, titringsskyn, stöðuskyn, tveggja punkta aðgreiningu, formskyn (sternognosis), staðsetningu snertingar, þrýstingsskyn og húðlestur (cutaneogafi). Verði lokun í vinstri miðheilaæð nær skemmdin oft inn á Broca's-svæði ennisheilans og kemur þá fram taltruflun sem lýsir sér sem getuleysi við notkun máls, bæði talaðs og ritaðs (expressive dysfasí), en málskilningur getur verið í lagi sé Wernicke's-svæði hvirfil- og gagnaugaheila óskemmt. Skemmist það svæði veldur það hins vegar skertum málskilningi og tjágeta skerðist þá jafnframt (sensorísk dysfasí). Skerðing á lestrargetu (alexia) og ritun máls (agrafia), skert reikningsgeta (acalculia), getuleysi við að þekkja einstaka fingur (finguragnosia) og hægri/vinstri ruglingur eru einnig hluti af þeim einkennum sem fram koma við skemmdir í hvirfilheila vinstra megin. Við skemmdir á hægri hvirfilheila koma fram ýmis sérkennileg einkenni, svo sem skert sjúkdómsinnæi (anosognosia), afneitun gagnstæðs líkamshelmings, getuleysi til að klæða sig (dressing apraxia), getuleysi til að búa til formmyndir (constructional apraxia), truflun á sjon, þannig að fjarlægðarskyn getur truflast, staðsetning hluta í vinstra helmingi sjónsviðs truflast og rangrúkanir verða á því sem fyrir augu ber (visual illusionir). Við skemmdir á sjónbrautum kemur fram sjónsviðsskerðing til gagnstæðrar hliðar (homonymous hemianopsi). Jafnframt geta komið fram truflaðar augnhreyfingar.

Fremri heilaæð nærir miðlægan hluta ennisheila og hvirfilheila og við lokun á henni koma fram eftirfarandi einkenni: Lömun í gagnstæðum ganglim vegna skemmda á hreyfisvæði hans og jafnframt getur komið fram vægari lömun í gagnstæðum griplim. Oft fylgir skyntruflun á sömu svæðum. Við lokun á þessari æð getur einnig komið fram þvagleki (incontinens) gripreflex á gagnstæðum griplim, sogreflex, aukinn vöðvatónus (paratonic rigidity) og skjálfti, ásamt sérstakri tegund af gangtruflun (gangapraxia). Ýmsar breytingar á hegðun og skapferli, svo sem frumkvæðisleysi, minnistruflanir og tilhneiging til endurtekninga (perseveration), hægari líkamshreyfingar og hugsun geta einnig komið fram. Hömluleysi og kæruleysi verður stundum við skemmdir á þessum svæðum.

Hryggæðar sjá um blóðrás til heilastofns og hnakkaheila ásamt litla heila (cerebellum). Aftari heilaæðar næra hnakkaheila og við lokun á þeim koma fram eftirtalin einkenni: Sjónsviðsskerðing til gagnstæðrar hliðar (homonymous hemianopia). Jafnframt getur komið fram truflun á litaskynjun. Við skemmd í vinstri hnakkaheila getur komið fram lestrartruflun (alexia) og litaneftningar-galli. Jafnframt getur komið fram skert geta til að þekkja eða nefna hluti (objectagnosia). Við skemmdir í hægri hnakkaheila getur komið fram t:uflun á svæðaminni (topographical memory) og rúmskynjun (visuo-spatial orientation). Við skemmdir í báðum helmingum hnakkaheila samtímis getur komið fram svokölluð cortical blindi, sjúklingurinn er blindur, en gerir sér oft ekki grein fyrir því og telur sig sjáandi. Við minni skemmdir á þessum svæðum skerðist getan til að þekkja aftur andlit (prosopagnosia) og til að greina tvo hluti samtímis (simultagnosia).

Botnslagæðin (arteria basilaris) nærir heilastofn, miðlæg svæði heilans og litla heila (cerebellum). Í heilastofni liggja kjarnar heilatauganna. Í gegnum þessi svæði liggja einnig hreyfibrautir frá heila til mænu og skynbrautir frá mænu til heila. Þarna eru

jafnframt staðsettar miðstöðvar ósjálfráðrar starfsemi líkamans, svo sem öndunar, hjartaslátts, blóðþrýstings og fleira. Minni virðist háð stöðvum sem liggja miðlægt í heilastofni auk svæða í gagnaugaheila. Net taugafruma (reticular activating system) fléttast upp í gegnum heilastofninn. Meðvitundarástand er háð þessu neti og við skemmdir í því lækkar meðvitund. Við skemmdir í heilastofni geta því komið fram ýmis einkenni, svo sem lamanir í andliti og útlimum og skyntruflanir á sömu svæðum. Öndunartruflanir, hjartasláttartruflanir, blóðþrýstingsbreytingar og breytingar á meðvitundarástandi og minnstruflanir geta einnig komið fram. Einnig sjást stundum við blóðrásartruflanir á þessu svæði sérstök tegund af krampaköstum, svonefnd "decerebrate attack". Algengt er að truflun verði á augnhreyfingum, einkum tvísýni og titringur á augum (nystagmus) og einnig er svimi algengur. Í litla heila (cerebellum) fer að nokkru fram samhæfing hreyfinga líkamans. Liggja brautir þaðan og í gegnum heilastofninn til viðkomandi hreyfistöðva í heila- og hreyfitaugar líkamans. Við skemmdir í litla heila eða tengslasvæðum hans við heilastofninn kemur fram titringur á augum (nystagmus) og skert samhæfing hreyfinga (ataxi).

Rannsóknir:

Grundvallaratriði fyrir meðferð á heilablóðfalli er að greina á milli blæðingar eða blóðrásarþurrðar. Fyrir utan hefðbundna taugaskoðun er ýmiss konar rannsóknartækni beitt við greiningu á orökum heilablóðfalls og staðsetningu skemmdarinnar. Tölvusneiðmyndataka af heila (CT-scann) er tiltölulega ný aðferð sem beitt er við rannsókn á heilablóðfalli. Hefur þessi rannsóknartækni sannað ótvírætt gildi sitt. Við blóðrásarþurrð í heilann og drep í heilavefnum koma fram í flestum tilfellum dæmigerðar breytingar, en oft getur þurft að bíða í 24-48 klst. áður en þær fara að sjást. Með sneiðmyndatöku má greina flestallar blæðingar í heilavefinn sjálfan, strax í upphafi og heilamengisblæðingar má einnig greina í vissum tilvikum. Ýmsir sjúkdómar sem hafa þarf í huga við mismunagreiningu koma einnig fram við rannsóknina. Mænuholsástunga (lumbal punctio) og rannsókn á mænuvökva er önnur aðferð sem beitt er. Slík rannsókn hefur þó takmarkaða þýðingu við blóðrásarþurrð nema sem tæki til mismunagreiningar. Eðamyndataka af heilæðum er fyrst og fremst notuð til að sýna fram á skurðtækar breytingar í æðavegg en einnig í sumum tilvikum til greiningar.

Þegar sýnt hefur verið fram á orsök sjúkdómsins er einnig nauðsynlegt að gera sér grein fyrir þeim undirliggjandi áhættuþáttum sem máli skipta. Ýmsar blóðrannsóknir eru framkvæmdar, m.a. til að sýna fram á galla í storkukerfi líkama, of háar blóðfitur, sykursýki eða blóðsjúkdóma. Hjartað er rannsakað með tilliti til hugsanlegrar blóðtappamyndunar þar og reks til heilæða. Blóðþrýstingur er metinn og ýmsar fleiri rannsóknir framkvæmdar eftir því sem tilefni gefast til.

Meðferð:

Í heildina má segja að ekkert sé hægt að gera við þeim skaða sem orðinn er, þegar sjúklingur leitar læknis. Meðferðin beinist í upphafi að því að fyrirbyggja aukakvilla (complicationer), svo sem legusár, lungnabólgu, að matarleiðar lendi í lungnapípum (aspiration), þvag- og hægðavandamál, auk þess að koma í veg

fyrir frekari framskrið sjúkdómsins sjálfs. Er það gert með hjúkrun og sjúkraþjálfun frá fyrsta degi ásamt með lyfjameðferð eða leiðréttingu á undirliggjandi orsökum svo sem sykursýki eða blóðskorti ef hægt er. Jafnframt geta komið til greina skurðaðgerðir í sama tilgangi.

Læknismeðferð:

Um nokkurra áratuga skeið hefur verið stunduð meðferð með blóðþynnandi lyfjum hjá sjúklingum með heilablóðfall vegna blóðrásarþurrðar. Erfiðlega hefur gengið að sýna svo óyggjandi sé fram að gagnsemi meðferðarinnar. Er þetta að nokkru leyti vegna tæknilegra erfiðleika við framkvæmd slíkra rannsókna þar sem mikinn fjölda sjúklinga og stóran samanburðarhóp þarf til að sýna fram á einhvern ávinning af meðferð. Í ljós hefur komið ákveðin tilhneiging til þættar útkomu með notkun slíkra lyfja og eru þau nú sjálfsagður þáttur í meðferð á flestum sjúkrahúsum.

Sé um að ræða TIA-köst, RIND eða minor stroke eru talsverðar líkur á að einkennin versni á ný á næstu dögum eða vikum. Í upphafi þarf að útiloka að um blæðingu eða lokun í endaðæ sé að ræða og þegar því er lokið er oft hafin meðferð með Heparini ef sjúklingur er ekki haldinn öðrum sjúkdómum sem útiloka slíka meðferð. Samhliða Heparinþjófni er oft hafin Dicumarolþjóf. Virkni Dicumarols er fylgt eftir með blóðmælingum (TT-gildi). Þegar virknin er orðin næg er Heparinþjóf hætt. Dicumarolþjóf er síðan haldið áfram í 3-4 mánuði í flestum tilvikum, en að þeim tíma liðnum er þeirri meðferð hætt og sjúklingur í staðinn settur á acetylsalicylsýrutöflur (Magnyl). Ráðlögð er taka litilla skammta, ýmist 1 tafla af barnamagnlyli daglega (150 mg) eða 1 tafla (500 mg) tvisvar í viku. Stundum er þó eingöngu gefin acetylsalicylsýra og Heparin og Dicumarolþjóf sleppt. Ekki er hægt að fullyrða um hvor aðferðin er betri. Ráðlögð er taka lyfsins í a.m.k. 2 ár og jafnvel til frambúðar, einkum ef um ung fólk er að ræða.

Við lokun í endaðæ er kröftug blóðþynning með Heparini og Dicumaroli gagnslaus og sennilega beinlínis skaðleg í mörgum tilvikum vegna hættu á blæðingu í hið skemmda svæði. Um nokkurra ára skeið hafa af og til verið gerðar tilraunir með þjóf lyfja (t.d. Streptokinasa) til þess að leysa upp blóðtappa í heilæðum og minnka þannig hina varanlegu skemmd, líkt og nú er gert við bráða kransæðastíflu. Hefur þetta gefið misjafnan árangur og ekki komist í almenna notkun. Með þættum greiningaraðferðum og nýjum og betri lyfjum virðist þó nokkrar líkur á að slík meðferð eigi eftir að komast í almenna notkun. Ef þrengsli í æðum koma fram við rannsókn er stundum mögulegt að hjálpa sjúklingnum með skurðaðgerð, séu þrengslin í innri hálsæð. Þá er hægt að framkvæma aðgerð sem miðast að því að nema á brott þrengslin (endarterectomi).

Við heilablóðfall vegna blóðrásarþurrðar er sjúklingur venjulega hafður á rúmlegu í 2 sólarhringa, en eftir það fer hann að sitja í stól og hreyfing síðan aukin smám saman. Þessir sjúklingar krefjast oft vandlegar og tímafrekrar hjúkrunar, auk sjúkraþjálfunar frá upphafi, en um það verður ekki fjallað hér.

Gangur og framtíðarhorfur:

Einkenni sjúkdómsins byrja oftast skyndilega og ná hámarki á nokkrum mínútum í flestum tilvikum, þó stundum komi fyrir að þau

séu að aukast jafnvel í nokkra daga. Astæða versnunarinnar getur verið vaxandi þrengsli í æðinni sjálfri eða að blóðtappinn fer stækkandi með tímanum. Einnig getur bjúgmyndun í skemmda svæðinu valdið vaxandi þrýstingi á heilbrigðan heilavef og þar með vaxandi einkennum. Eftir að einkenni hafa náð hámarki hefst síðan afturbatinn, en í hverju einstöku tilviki er ógjörningur að segja til um hver útkoman verður fyrr en að nokkrum tíma liðnum. Í heildina má segja að um 10% sjúklinga deyir, 25% verða verulega bæklaðir, tæp 30% hafa einhverja starfsorku þrátt fyrir sín einkenni og tæp 30% ná sér að fullu. Afturbati sjúklings getur tekið langan tíma, en í heildina má segja að þau einkenni sem eru til staðar 6 mánuðum eftir upphaf veikinda verði varanleg þó færni geti aukist nokkuð eftir þann tíma. Mun fyrr er þó hægt að gera sér grein fyrir endanlegri útkomu.

Þau einkenni sem sjúklingurinn kemur til með að hafa fara eftir staðsetningu skemmdarinnar. Lömunin sem í upphafi var slöpp breytist með tímanum í spastíska lömun. Spastísitetið í fætinum gerir það að verkum að sjúklingur getur í langflestum tilfellum náð göngugetu á ný þrátt fyrir verulega lömun, ef önnur einkenni hindra það ekki. Skynttruflanir sem verða við skemmdir í hvirfilheila eru oft mjög erfiðar viðfangs í endurhæfingu. Húðskynið er sjaldan til vandræða, en skerðing á djúpskyni er oft langvinnt. Við slíka skerðingu gerir sjúklingurinn sér illa grein fyrir stöðu útlímsins og líkamans og getur í versta tilviki jafnvel afneitað ákveðnum líkamshluta. Er slíkt einkum áberandi við skemmd í hægri heilahveli og gerir það þjálfun oft ómögulega. Skemmdir á talmiðstöðvum valda oft verulegum vandkvæðum, einkum ef skemmdin er á Wernicke's svæði þar sem málskilningur er þá skertur og möguleikarnir á orðrænum tjáskiptum stundum engir. Sjónsviðsskerðing er oft varanleg, en aðlögunarhæfni m.t.t. hennar er oft góð, ef undan er skilin geta til bifreiðaaðsturs og annars sem háð er fullri sjón. Við skemmdir í heilastofni geta einkenni verið í formi lamana, skynttruflana, sjónsviðsskerðinga og auk þess einkenni frá heilataugum og litla heila. Lamaðar augnhreyfingar og tvísýni geta verið verulegt vandamál og lömun í augnlökum og tilfinningaleysi í auganu sjálfu geta orsakað varanlegar augnskemmdir. Kyngingarörðugleikar geta valdið endurteknum lungnabólgu ef sjúklingi svelgist á og matur fer niður í lungu (aspiration). Lömun í talfærum getur valdið skerðingu á munnlegri tjágetu (dysarthri), þó tjágeta a.ö.l. sé í lagi. Truflun á samhæfingu hreyfinga og jafnvægisleysi vegna skemmda í litla heila og heilastofni geta gert göngu ómögulega þó önnur einkenni séu óveruleg. Hafi lífsnauðsynlegar stöðvar í heilastofni skemmt leiðir það oftast til dauða þegar í upphafi, en lífi sjúklingurinn af fyrstu dagana verða einkenni vegna skemmda á þessum stöðvum sjaldan alvarlegt vandamál. Loks má geta þess að flogaköst geta komið síðar, oftast koma þau þó innan 6-12 mánaða og orsakast af flogavirkni í örnu sjálfu.

II. Heilablóðfall vegna blæðingar

Skipta má heilablæðingum í tvo aðalflokka eftir upphafsstað blæðingarinnar, þ.e. hvort blæðingin byrjar utan heilans eða inni í honum. Hafa þarf þó í huga að blæðing í heila getur brotist út á yfirborð hans og út fyrir heilann, og blæðing utan við heila getur einnig orsakað blæðingu í heilavefi.

II. a. Heilablóðfall vegna blæðingar í heila

Blæðing í heila orsakast af rofi í æðavegginn og blóðkökkur (hematoma) myndast þá utan æðarinnar. Á sama hátt og við heilablóðfall vegna æðalokunar fara einkenni við blæðingu í heilavefinn að verulegu leyti eftir staðsetningu blæðingarinnar. Einnig skiptir stærð blæðingarinnar verulegu máli þar sem blæðingin minnkar það rúm sem heilinn sjálfur fær í höfuðkúpunni. Af þessum orsökum veldur blæðingin þrýstingseinkennum á heilavefinn og sé blæðingin stór getur hún þrýst heilavefnum niður í gegnum mænugatið (foramen magnum) í kúpubotninum og valdið einkennum frá heilastofni og jafnvel leitt til dauða.

Algengasta orsök blæðingar í heilavef er háþrýstingur, en einnig er algengt að engin ástæða finnist fyrir blæðingunni. Stundum er finnanleg afbrigðileg æðaflekja (arterio-venous malformatio) sem rífnar hefur og orsakar blæðingu. Ýmsar aðrar ástæður geta verið fyrir blæðingunni, svo sem áverkki, skemmdir í æðavegg eftir að blóðtappi hefur sest í hann, blóðsjúkdómar, blæðing í æxli í heila og bólgusjúkdómar í heila eða æðum.

Staðsetning heilablæðingar vegna háþrýstings er eftirfarandi í tíðniröð: Putamen (50%), ýmsir staðir í hvítu heilans, thalamus, cerebellum og pons. Blæðingar af öðrum ástæðum hafa breytilegri staðsetningu.

Einkenni blæðingar í heilavefinn:

Einkenni geta ýmist verið mikil strax í upphafi eða verið að smáaukast á nokkrum klukkustundum og jafnvel dögum, ýmist vegna vaxandi blæðingar eða bjúgmyndunar. Oft eru fyrstu einkenni höfuðverkur og jafnvel flogakast eða meðvitundarminnkun jafnhliða því að einkenni vegna skemmda í heilavefnum koma fram, en þau einkenni eru svipuð einkennum sem koma fram við heilablóðfall vegna blóðrásarþurrðar. Oft koma einkennin fram þegar sjúklingur er við einhver störf, frekar sjaldgæft að þau hefjist í svefni. Eftir að einkennin hafa náð hámarki taka þau að réna á ný og fátítt er að blæðing verði síðar á sama stað og upphaflega blæðingin. Blóðkökkurinn í heilanum eyðist smám saman og tekur það vikur og jafnvel mánuði og á meðan einhver blóðkökkur (hematoma) er til staðar getur hún gefið einkenni vegna þrýstings á heilavefi. Þegar blæðingin er horfin fara þau einkenni, sem eftir standa, eftir þeirri skemmd sem heilavefurinn hefur orðið fyrir.

Rannsóknir:

Við rannsóknir á sjúklingum með blæðingu í heila er sneiðmynda-taka af heilanum þýðingarmest. Við þá rannsókn má sjá mjög litlar blæðingar í heila, sem stundum eru aðeins fáir millimetrar í þvermál og staðsetja þær nákvæmlega. Oft sést einnig við rannsóknina hvort um einhverja undirliggjandi ástæðu fyrir blæðingunni er að ræða, svo sem æxli eða æðapoka (aneurysma) og leggur hún þannig grundvöll að frekari rannsóknum ef með þarf, t.d. æðamyndatöku. Hafi blæðingin brostið út fyrir heila sést við mænuholsástungu blóð í mænuvökva en við þær aðstæður bætir rannsóknin engu við meðferðarmöguleika og getur jafnvel verið

hættuleg. Jafnframt eru gerðar blóðrannsóknir til að sýna fram á mögulegar undirliggjandi orsakir fyrir blæðingunni.

Meðferð:

Þegar sjúklingur kemur til læknis hafa einkennin oftast náð hámarki og lítill ávinningur er af sérhæfðri meðferð. Meðferðin miðast þá að því að aðstoða hann í afturbata sínum og koma í veg fyrir aukakvilla á sama máta og við heilablóðfall vegna æðalokunar. Á þessu eru þó undantekningar og séu einkennin mikil eða vaxandi, er gripið til aðgerða sem miðast fyrst of fremst við að lækka þrýstinginn á heilavefinn, sem blæðingin orsakar, og koma þannig í veg fyrir vaxandi skaða. Einnig er þannig hægt að koma í veg fyrir áhrif á heilastofninn en þau geta verið lífshættuleg. Ef þetta gert með lyfjum sem minnka blóg í heila, svo sem steralyfinu Decadron eða gjöf lyfja svo sem Lasix eða Mannitols í æð. Einnig er hægt að setja sjúkling í öndunarvél og hyperventilera hann í sama tilgangi. Séu einkennin veruleg eða hættuástand yfirvofandi er hægt að beita skurðaðgerð í þeim tilgangi að fjarlægja blóðökókkinn. Sé um arteriovenous malformation að ræða er stundum hægt að fjarlægja hana með skurðaðgerð. Ráðlögð er rúmlega frá nokkrum dögum til 2 vikna eftir einkennum sjúklingsins. Endurhæfingarmeðferð og hjúkrun er á sama máta og þegar um æðalokanir er að ræða.

Horfur:

Í upphafi eru horfur alvarlegar og yfir 50% sjúklinganna deyri innan 30 daga frá upphafi veikinda. Einkum eru horfur slæmar við blæðingu í heilastofninn bæði hvað varðar lífslífur og einnig varanleg einkenni. Sé blæðing annars staðar en í heilastofni og sjúklingur smjót yfir upphaflega áfallið nær hann oft verulegum bata, þar sem talsverður hluti einkennanna er vegna þrýstings á heilavef, en ekki vegna skemmda á vefnum sjálfum. Afturbatinn getur hins vegar verið hægur þar sem hann er háður því að blæðingin eyðist og hverfi. Örið sem myndast í heilavefnum getur síðan valdið flogaköstum svipað og við örmyndun vega blóðrásarburðar.

II. b. Heilablóðfall vegna heilamengisblæðingar

Sé upphafsstaður blæðingarinnar utan við heilann er langoftast um að ræða sprunginn æðapoka á slagæðum heilans (aneurysma), og er slík blæðing nefnd heilamengisblæðing (subarachnoidal blæðing). Um ástæður slíkra þokamyndana er margt óljóst. Helst hallast menn að því að um samspil ólíkra þátta sé að ræða svo sem meðfædda galla í æðaveggnum og skemmdir vegna æðakölkunar. Hvers vegna þessir æðapokar springa er heldur ekki ljóst, en oftast gerist það við einhverja áreynslu en sjaldan þegar sjúklingurinn er í hvíld. Æðapokarnir eru mjög misstórir, allt frá 2 mm og upp í 2-3 cm að stærð. Þeir eru yfirleitt staðsettir á heilæðunum þar sem þær greinast og oftast á greinum frá innri hálsæðum. Svona æðapokar eru fátíðir í æsku en algengastir eftir 35 ára aldur. Áður en æðapokar þessir springa eru þeir oftast einkennalausir, þó einstaka sinnum gefi þeir einkenni, t.d. vegna þrýstings á aðliggjandi heilavef en til þess þurfa þeir að vera stórir. Þegar

þeir á hinn bóginn springa koma einkenni í ljós, en eru þá mismikil eftir stærð blæðingarinnar og því hvort hún heldur sig utan við heilavefinn eða verður einnig inn í hann. Sé blæðingin eingöngu utan við heilavefinn er aðaleinkenni skyndilegur höfuðverkur. Sé blæðingin lítil getur höfuðverkurinn verið frekar vægur og stuttvarandi, en oftast er blæðingin það mikil að hann verður sár og viðvarandi. Stundum veldur blæðingin flogakasti eða meðvitundarleysi í upphafi. Ekki eru í þessum tilvikum einkenni um skemmdir í heilavef í formi lamana, skyntruflana eða annarra einkenna. Við skoðun er sjúklingur oftast hnakkastífur en í upphafi þarf þó ekki svo að vera. Íðulega koma fram öndunartruflanir sem ganga yfir, en geta leitt til dauða án meðferðar. Nái blæðingin einnig að brjótast inn í heilavefinn sjálfan fylgja auk ofanefndra einkenna svipuð einkenni og við aðrar blæðingar í heilavefinn, svo sem lamanir, skyntruflanir og fleira.

Rannsóknir:

Sneiðmyndataka af heila er einnig hér oft fyrsta rannsókn. Sé blæðingin mikil og einkum ef blæðingin nær inn í heilavefinn sést hún vel og frekari rannsóknir geta þá byggst á upplýsingum úr sneiðmyndatökunni. Við minni blæðingar er sneiðmyndin þó oftast eðlileg og gera þarf þá mænuholsástungu til að sýna fram á blæðinguna áður en farið er út í frekari rannsóknir. Þegar sýnt hefur verið fram á að heilamengisblæðing hafi orðið þarf að taka æðamyndir af höfði til að staðsetja hinn sprungna æðapoka og gera frekari meðferð mögulega.

Meðferð:

Í upphafi er meðferð lík meðferð við aðrar tegundir heilablóðfalls, þó með þeirri viðbót að oft er æskilegt að lækka blóðþrýstinginn til að reyna að koma í veg fyrir endurtekna blæðingu frá sama æðapoka en slík endurblæðing er algeng. Er þetta gert bæði með algerri rúmlegu og einnig blóðþrýstingslækkandi lyfjum. Ef rannsóknir leiða síðan í ljós blæðingarstaðinn er sjúklingurinn skorinn og klemmt fyrir æðapokann. Menn eru ekki á einu máli um hvenær best er að framkvæma slíkar aðgerðir. Sé ekki hægt að skera sjúklinginn er honum haldið á algerri rúmlegu í 4-6 vikur, en eftir aðgerð fer lengd rúmlegu eftir einkennum sjúklings.

Horfur:

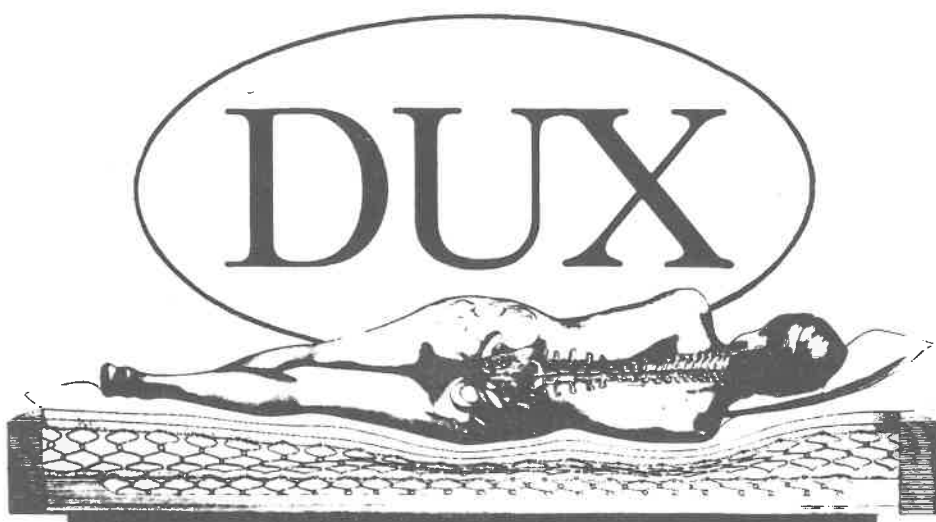
Horfur sjúklinga sem fá heilamengisblæðingu eru slæmar. Vænta má þess að tæp 40% þeirra deyí, tæp 25% fá varanleg einkenni, en tæp 40% ná sér vel. Það sem mestu máli skiptir er stærð upphaflegu blæðingarinnar og hvort endurblæðing verður áður en aðgerð getur átt sér stað. Einnig er nokkuð algengt að samdráttur verði í æðum (vasospasmi) í nágrenni blæðingarstaðarins. Veldur slíkt heiladrepi vegna blóðrásarþurrðar til viðbótar við aðra skaða. Einnig er ekki óalgengt að fleiri en einn æðapoki séu til staðar, en slíkt gerir framtíðarhorfur lakari. Sem við önnur heilablóðföll er möguleikinn á síðkominni flogaveiki til staðar.

Í þessu greinarkorni hefur verið reynt að gera grein fyrir helstu atriðum varðandi heilablóðföll vegna sjúkdóma í heilæðum. Ekki hefur þó verið reynt að gera þessu efni tæmandi skil og ekkert hefur verið fjallað um þær blæðingar sem algengastar eru eftir áverka, svo sem epidural haematoma, og subdural hematoma. Þessar

tegundir blæðinga þarf þó að hafa í huga við mismunagreiningu hjá sjúklingum sem grunaðir eru um heilablóðfall. Ekki hefur heldur verið fjallað um sjúkdóma vegan skemmda í bláæðum. Slíkar skemmdir eru fátíðar, en geta valdið einkennum sem svipar til einkenna við sjúkdóma í slagæðum.

Helstu heimildir:

1. Raymond D. Adams, Maurice Victor: Principles of Neurology.
2. John N. Walton: Brain's Diseases of the Nervous System.
3. W.M. Garraway et al.: The declining incidence of Stroke, N. Engl. J. Med 300: 449-452, 1979.
4. D.W. Taylor, et al.: Sample size for randomized trials in stroke prevention. How many patients do we need. Stroke Vol. 15: Nov.-Des. 1984.
5. W.A. Pulsinelli et al.: Increased damage after ischemic stroke in Patients with hyperglycemia with or without established diabetes mellitus. Am. J. Med. Vol. 74, 541-544, 1983.
6. J.P. Mohr: Lacunes. Stroke, Vol. 13, No. 1 1982.
7. D.G. Sherman, R.G. Hart, D. Easton: Abrupt change in head position and cerebral infarction. Stroke, Vol. 12, No. 1, 1981, 2-6.
8. T.R. Cupps, P.M. Moore, A.S. Rancic: Isolated angitis of the central nervous system. Am. J. Med. Vol. 74, 1983, 97-105.
9. A.H. Ropper; B. Shafraan: Brain edema after stroke. Arch. Neurol. 1984; 41: 26-19.
10. F. Buonanna, J.F. Toole: Management of patients with established ("completed") cerebral infarction. Stroke, Vol. 12, No. 1, 1981, 7-16.
11. Immediate anticoagulation of embolic stroke: Brain hemorrhage and management options. Stroke, Vol. 15, No. 5, 1984, 779-789.
12. Expertmóte ger ráð om sekundär profylax efter cerebrovasculära ischemiska skador. Läkartidningen, Vol. 79, nr. 18, 1982, 1812-1813.
13. T.A. Duff et al.: Nonsurgical management of spontaneous intracerebral hematoma. Neurosurgery, Vol. 9, No. 4, 1981, 387-393.
14. T. Kanno et al.: Role of Surgery in hypertensive intracerebral hematoma, J. Neurosurg. 61: 1091-1099, 1984.
15. A. Hijdra et al.: Respiratory arrest in subarachnoid hemorrhage. Neurology (Cleveland) 1984; 34: 1501-3.
16. C.G. Drake: Management of cerebral aneurism. Stroke, Vol. 12, No. 3, 1981, 273-283.
17. M.A. Sloan: Thrombolysis and Stroke. Arch. Neurol., 1987; 44: 748-768.
18. Torfi Magnússon: Heilablóðfall, Félagsmiðill, 1985, II árgangur, 1.tbl., bls. 5-12.



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 tækniframförum nútímans, sem tekist hefur að sanna að DUX-reglan býður upp á einstæðan svefn og betri slökun.

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

Leyndardómur DUX-dýnunnar felst í tvöfaldri fjöðrun úr sérstöku stáli

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

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

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

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

STÆRÐIR Á DÝNUM:

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



HRINGID Í 275 60

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



MIDBÆJARMARKADNUM ADALSTRÆTI 9
SÍMI 27560. POST BOX: 1261 REYKJAVÍK

* Hildur Þráinsdóttir iðjuþjálfari

EINN ÞÁTTUR Í IÐJUÞJÁLFUN HELFSTARLAMAÐRA

Líkamleg þjálfun helftarlamaðra er mjög yfirgripsmikið efni, sem erfitt er að gera skil á fáeinum blaðsíðum. Því var ákveðið að takmarka það við þá meðferð er byggist á kenningum Bobaths, sem við hér á Reykjalundi styðjumst hvað mest við og verður aðaláherslan lögð á þjálfun efri útlima.

Líkamlegum vandamálum helftarlamaðra má skipta í 3 aðalþætti:

- 1) SKYNTRUFLANIR sem valda því að
 - a) LÍKAMINN SKIPTIST Í TVO HLUTA. Hann starfar ekki sem ein heild vegna sambandsleysis við lömuðu hliðina. Boð sem koma frá lömuðu hliðinni eru oft röng eða ranglega túlkuð. Stundum neitar sjúklingurinn að viðurkenna lömuðu hliðina.
 - b) ÓSAMHVERFA (assymmetri) EÐA JAFNVÆGISLEYSI. Í lömuðu hliðinni er engin stjórnum á jafnvægi, það raskar líkamsstöðunni og sjúklingurinn setur allan þungann á heilbrigðu hliðina.
- 2) BREYTTUR HREYFIFERILL kemur vegna óeðlilegra stöðuvöðva-viðbragða og truflunar á vöðvaspennu. Þá verða truflanir á samhæfingu hreyfinga. ÖVILJASTÝRÐAR MEÐHREYFINGAR geta einnig breytt hreyfiferlinum.
- 3) OFSPENNTUR (spastískur) HREYFIFERILL neyðir sjúklinginn til að nota einhæf hreyfimyntur annað hvort í fullri flexion eða extension.

Auk þessa geta komið fram tjáskiptavandamál, skert skynjun og skynúrvinnsla sbr. apraxia, persónuleikabreytingar, geðsveiflur, uppgjöf o. m. fl.

Bobath o.fl. líta þannig á að þegar stöðvar í heila skaddast komi í ljós ýmis frumstæð viðbrögð og hreyfimyntur ásamt aukinni vöðvaspennu, vegna þess að stjórnum og þá fyrst og fremst letjandi boð vantar frá heilanum. Það skortir ekki vöðvakraft, hins vegar eru truflanir á samhæfingu hreyfinga. Í meðferðinni er leitast við að hemja frumstæð viðbrögð og byggja upp einangraðar hreyfingar í sömu röð og þær þróast hjá ungabarni. Það sem ræður úrslitum um árangur meðferðarinnar er, að allir sem taka þátt í þjálfun sjúklings, skilji og noti eftirtalin grundvallaratriði meðferðarinnar rétt. Þjálfunin er 24 tíma samvinna meðferðarteymis og er mikilvægt að teymið gefi greinagóðar upplýsingar til alls starfsfólks og fjölskyldu um, hvernig á að meðhöndla helftarlamaða.

Grundvallaratriði í meðferð:

- 1) ÖRVUN á allri skynjun í lömuðu hliðinni.
- 2) ATTUN. Athygli er vakin á lömuðu hliðinni til að byggja upp samspil líkamshlutanna.
- 3) SAMHVERFA. Sjúklingurinn lærir að vinna samhverft, einnig sitja og liggja þannig að líkaminn sé samhverfur. Sjúklingnum er kennt að vinna með báðum höndum (bilateralt).
- 4) ÞYNGDARBURÐUR. Sjúklingnum er kennt að leggja þyngd á lömuðu hliðina og halda henni í RIM.

- 5) RIM (refleks inhiberendur múnster) sem er hreyfimylnstur gagnstætt ofspennu-hreyfimylnstri. Það vinnur gegn ósjálfráðum viðbrögðum, örvar einnig jafnvægisviðbrögð og hefur áhrif á vöðvaspennu. Sjúklingnum er kennt að sitja/liggja þannig að lamaða hliðin sé í RIM.

Skoðun á hreyfiferli sjúklings með helftarlömum byggist á mati á vöðvaspennu, jafnvægi og hreyfingu. Ofspenna er síðan metin með tilliti til þessa. Ef hreyfigeta er í handleggnum, er hún metin með tilliti til að grípa og sleppa í mismunandi hæðum og áttum. Fylgst er með hvort hreyfingin er samháð eða gerist í ofspennumynstri.

Þegar athugaðar eru athafnir, þar sem nota þarf báðar hendur, sést hvort þær eru notaðar eðlilega, eða hvort lamaða höndin er notuð sem stuðningshönd. Eykst vöðvaspennan?

Við væga helftarlömum eða á lokastigi endurhæfingar-tímabils eru fínhreyfingar prófaðar. Metinn er hæfileiki sjúklings til að ná í, flokka og meðhöndla litla hluti. Diadokokinesi er líka metinn.

Í öllum tilfellum er mikilvægt að skoða skynjun.

Til að auðvelda yfirsýn er getu handleggsins skipt í mismunandi stig, sem lýsa í grófum dráttum þróun frá lömun til samháðara hreyfinga. Þróunin fylgir hreyfiproska barns og þjálfunin einnig. Þróunin getur stöðvast á hvaða stigi sem er.

- Stig 1) Engin hreyfigeta í handlegg, slöpp lömun eða ofspennulömun.
- Stig 2a) Þá er smá hreyfing (virkni) í öxlinni og kannski í olnboganum. Engin hreyfing í höndinni.
- Stig 2b) Oftast byrjar hreyfigetan í öxlinni, eins og á stigi 2a, en getur byrjað með hreyfingu og gripi í fingrum og þá líttill sem engri hreyfingu í öxl né olnboga.
- Stig 3) Grófar og stórar hreyfingar í handleggnum og gripi handar.
- Stig 4) Hreyfigeta í öllum handleggnum og hendinni. Þó vantar fínhreyfingar og diadokokinesi.

Stig 1.

Þjálfunin byrjar strax eftir áfallið, með því að kenna sjúklingnum að liggja í RIM og hindra þannig ofspennu. Það er gagnlegt að teikna einfaldar myndir af stillingunum og leggja við rúm sjúklings.

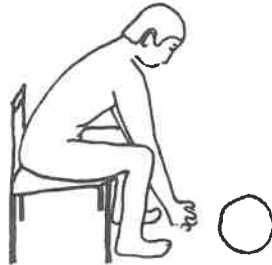
Mikilvægt er að kenna sjúklingnum að sitja í RIM og að lamaða handleggnum sé komið rétt fyrir. Á hjólastólinn má setja sérstakann "hemíarm" eða borðþötu. Þá er handleggurinn teygður fram og inn í sjónsvið sjúklingsins.

Um leið og sjúklingurinn getur setið, er hægt að byrja á jafnvægisæfingu fyrir bolinn. Framhandleggirnir eru lagðir samhverft á borðþötu fyrir framan sjúklinginn og hann lærir að setja þyngd til skiptis á hægri og vinstri olnboga. Sjúklingurinn spennir greipar með lamaða þumalinn efst, getur þá sjálfur haldið fingrunum í RIM og stjórnað vöðvaspennu. Þjálfarinn stýrir herðablaðinu og vinnur þannig að stöðugleika/jafnvægi. Með spenntar greipar getur sjúklingurinn sjálfur æft hreyfiferil í öxlinni. Spenntar greipar gera sjúklingnum mögulegt að nota líka lamaða handlegginn við athafnir. Þetta skapar samhverfu í líkamann og örvar og þvingar sjúklinginn til að muna eftir handleggnum.

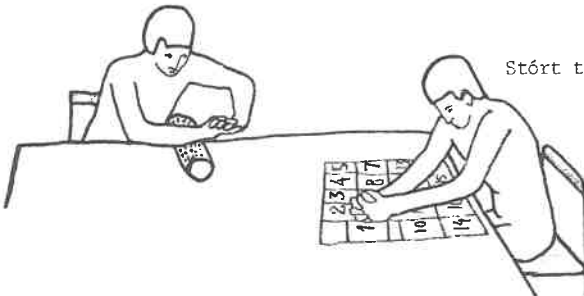
Ef sjúklingur er með ofspennu á að vinna lágt, því flexion í mjöðm losar um ofspennuna. Þegar sjúklingur hallar sér áfram, mun þyngd handleggssins hjálpa til að halda herðablaðinu í RIM.

Dæmi um æfingar sem stuðla að fyrrnefndum áhrifum á líkamann:

Boltaæfingar á gólfi:



Stórt talnaspil og stórt solitair-spil

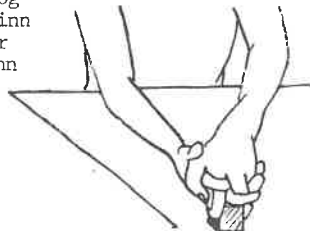


Rúlla röri: (hart plaströr, fððrað að utan með batgúmmi)

- ýmist til hliðanna, með framhandleggi í supination, frá olnboga til olnboga eða
- fram og aftur, frá olnboga að fingurgómum.

Minnisspil með kubbum:

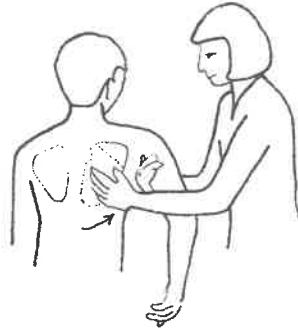
með spenntar greipar og lamaði framhandleggurinn fer í supination þegar kubbnum er lyft og hann lagður niður aftur.



Stig 2a.

Það er mikilvægt að byrja axlarþjálfunina sem fyrst, til að koma í veg fyrir subluxation og verki. Hægt er að setja lamaða handlegginn í þrýstiumbúðir, til þess að stjórna vöðvaspennu í handlegg og hendi, meðan öxlin vinnur. Ef ofspenna er fyrir hendi, er mikilvægt að losa um hana fyrst áður en byrjað er á æfingunum:

Byrjað er efst á handleggnum með því að losa um herðablaðið. Þjálfarinn tekur um neðsta kantinn á herðablaðinu, medíalt og dregur það út og upp með hæfum hreyfingum. Þjálfarinn styður handlegginn með gaffalgripi í handarkrikann og um leið lyftist öxlin.



Haldið er áfram að losa um spennuna niður eftir handleggnum, með því að setja hann í RIM, þ.e.a.s. upphandleggur er í útrótation olnbogi í extension, úlnliður í dorsalflexion og fingur í extension. Í RIM minnkar vöðvaspennan í stöðuvöðvunum.



Sú virkni, sem er fyrir hendi á stigi 2a, er örvuð með því að setja þyngd á handlegginn sem er í extension. Við þyngdarburðinn eykst vöðvaspennan í antagonistum stöðuvöðvanna og stöðugleikinn eykst. Ef olnboginn er ekki orðinn nógu stöðugur til að til að bera þyngd, er hægt að styðja við hann (t.d. með þrýstiumbúðum).

Þyngdarburðinn er hægt að nota við ýmsar athafnir, þar sem lamaða höndin er ekki notuð beint, en þegar sjúklingurinn hallar sér áfram, framkallar það hreyfingu í öxl.



Strax og svöltil virkni er í öxlinni, er hægt að nota einhliða keiluspil á gólfi. Boltanum er ýtt með herðinni og hreyfingin er um öxlina.

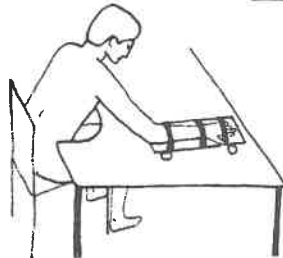


Önnur dæmi um æfingar á stigi 2a, með/án þrýstiumbúða, eða þjálfarinn styður og stjórna handlegg sjúklingsins:

stórt talnaspil



hjólabretti
(nær frá fingurgómum
að olnboga, fóttað
með batgúmmí).



núlla röri.

Ýmsar af ofangreindum æfingum má einnig gera í standbekk. Mikilvægt er að allur líkaminn sé í RIM við athafnir. Því að aukning á vöðvaspennu í einum hluta líkamans veldur óviljastýrðum meðhreyfingum annars staðar. T.d. getur ofspenna í fætinum hamið viljastýrðar hreyfingar í handleggnum

Stig 2b.

Nú er byrjandi hreyfigeta og grip í fingrum. Þetta gerist aðeins í vissum stöðum, því að sjúklingurinn hefur ekki næga hreyfigetu í öxl og olnboga til þess að lyfta, halda og stjórna handleggnum.

Hér er lögð áhersla á svipaðar æfingar og á stigi 1 og 2a, en gripið notað þar sem því verður viðkomið. Sbr. við keiluspilið á stigi 2a er boltanum kastað (grípa/sleppa) og lamaði fóturinn er svolítið fyrir aftan þann heilbrigða, til þess að auka þyngd á fótinn.

Sjúklingurinn verður oft mjög upptekinn af þessu fyrsta gripi og ákafur í að nýta sér það. Það er mjög áriðandi að kenna sjúklingsnum að nota alltaf hreyfivinnu þegar grip er æft og ekki nota krafta í flexion, því það getur valdið ofspennu. Lang mikilvægast er, að læra að sleppa því sem tekið er.

Stig 3.

Hér getur sjúklingurinn lyft handleggnum yfir 90° um öxl, allar hreyfingar eru grófar.

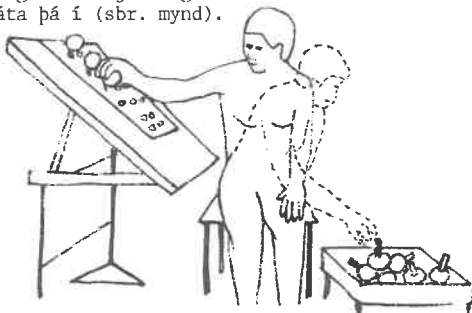
Með húlla-hopp hring er hægt að þjálfá getu til að grípa/sleppa í ýmsum hæðum. Ef um skyntruflanir er að ræða, er hringurinn vafinn með mismunandi gröfum efnum. Síðan er hægt að þyngja þjálfunina með því að auka hraðann og stærð hreyfinga.

Fleiri dæmi um æfingar:

Solitair-spilið er fest á skáplötu og notar sjúklingurinn lömuðu hendina ýmist til að taka pinnana úr eða láta þá í (sbr. mynd).

Með því að láta pinnana fara fyrir aftan bak og taka á móti þeim með heilbrigðu höndinni er hægt að æfa dýptarskyn.

Pinnana er hægt að klæða með mismunandi efnum til að örva húðskyn.



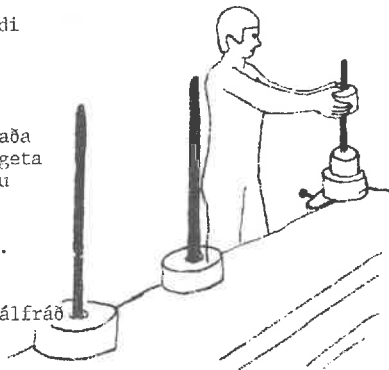
Sand- eða grjónakassi, þar sem sjúklingurinn gerir mynstur í sandinn með lömuðu hendinni og þurrkar jafnóðum út. Sandurinn örvar snertiskyn og tilfinninguna fyrir handleggnum. Heilbrigða höndin getur tekið sand og látið hann renna yfir handarbak og framhandlegg á lömuðu hliðinni. Örvurinn á snertiskynið eykur vöðvaspennu í teygjuvöðvum.

Við ofangreindar æfingar ber að hafa í huga, að ef ofspenna er til staðar, þarf sjúklingur að forðast að örva húðina í lófanum, því það eykur ofspennuna.

Henda misþungum sandpokum í fötu, ýmist standandi eða sitjandi (nota lömuðu hendina. eða til skiptis hæ./vi.).

Samhæfingu handa er hægt að þjálfar með því að raða hringjum upp á stöng, um leið er þjálfuð hreyfigeta um öxl og dýptarskyn örvað. Plastringirnir eru fluttir milli stanganna og það á að raða þeim eftir litum og stærð á stöngina í miðjunni. Auðvelt er að stilla þessu upp t.d. á hefilbekk.

Boltaæfingar eru einnig góðar til að æfa samhæfingu handa og jafnframt til að þjálfar ósjálfráð viðbrögð og jafnvægi.



Og þar sem iðjuþjálfar skrifar þessa grein væntanlega fyrir iðjuþjálfar, er tæplega komist hjá því að minnast á tauprykið !!! með mismunandi gripum (kúlugripi, láréttu- eða lóðréttu gripi). Um leið og sjúklingurinn skiptir um mynstur þjálfar hann að gripa/sleppa. Þegar hann þrykkir kubbnum niður fæst þyngdarburður á lömuðu höndina.

Nokkrar ofangreindar æfingar er hægt að vinna standandi - ef jafnvægi er fyrir hendi - og setja þar með þyngd á lamaða fótinn. Ef ofspenna þvingar lamaða fótinn í útrótation, er hægt að setja stama mottu undir fótinn.



Stig 4.

Á þessu stigi er hreyfigeta í öllum handleggnum og hendinni. Það vantar þó fínhringir og diadokokinesi. Það er áriðandi að vinna mikið með opinni hendi og velja athafnir sem innihalda bæði hreyfingar fyrir allan handlegginn og fín grip. Hafa ber í huga, að þegar fínhringir eru þjálfaðar, geta komið óviljastýrðar meðhreyfingar vegna áreynslu. Ef þetta kemur fyrir, er nauðsynlegt að stöðva og gera æfingar, sem jafna vöðvaspennu og þá er þyngdarburður í RIM áhrifaríkastur.

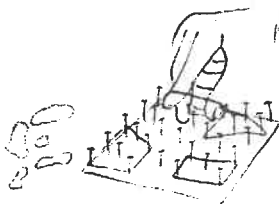
Talnaþrautin, sett upp í skáplan, er notuð til að þjálfna samhæfingu hreyfinga í þumalfingri. Fingurnir í extension halda við plöturnar, en þumalfingurinn færir þær til.

Klappæfingar er gott að nota til þjálfunar á diadokokinesi og hraða.

Nokkur dæmi í viðbót:

Naglabretti. sem sjúklingurinn notar til þess að búa til mismunandi form með teygju, fingur í extension.

Mikilvægt er að þjálfna tangargrip fingranna. Hægt er að byrja á grófari gripi og þyngja þjálfunina með fínni gripum. Þumalfingur er látinn grípa til skiptis á móti 2.3.4. og 5. fingri.



Diadokokinesi má þjálfna með hröðum víxlhreyfingum, t.d. með bolta, hringjum eða blöðru. Einnig er hér hægt að nota húlla-hop hringinn.

Í þessari grein hefur verið lýst nokkrum æfingum sem nota má við þjálfun á hinum mismunandi getustigum helftarlömunar-sjúklinga. Varast skal þó að líta á þessi dæmi sem fastmótaða uppskrift að meðferð. Við sérhverja æfingu ber að ganga úr skugga um, hvort hún hæfi nákvæmlega þessum sjúklingi og hans sérþörfum.

F.h. iðjuþjálfna á Reykjalundi,

Hildur Þráinsdóttir.

Heimildir:

Ergoterapi ved hemiplegi, e. Ortrud Eggers, 1982.

Flestar myndir eru teknar upp úr:

Texti við litskyggunmyndir, e. Bodil Hansen og Birgitte Christensen.

(Textinn er þýddur af Sigr. Jónsdóttur og Sigr. Hermannsdóttur

iðjuþjálfum á Reykjalundi.)

VISSIR ÞÚ

að við bjóðum upp á hjálpar-
og æfingatæki fyrir fólk á öllum aldri.

Líttu við

og láttu okkur hjálpa þér

Snorri h/f

Garðastræti 6

Símar 27977 og 27974

Stefanía E. Úlfarsdóttir félagsráðgjafi

FÉLAGSLEG ÚRRÆÐI FYRIR SJÚKLINGA MEÐ HELFTARLÖMUN

Afleiðingar helftarlömunar geta verið mismunandi og margvíslegar. Stundum ganga einkennin til baka eða fötlunin getur verið varanleg.

Félagsráðgjafinn aðstoðar sjúklinginn og fjölskyldu við að leysa vandamálin, sem upp koma og reynir að styðja sjúklinginn og fjölskyldu hans í endurhæfingarmeðferðinni. Félagsráðgjafinn safnar upplýsingum um persónuleika sjúklingsins, fjölskyldu, vinnu, fjárhag og félagslegt umhverfi til þess að skilja sjúklinginn betur og veita aðstoð, þegar þess er þörf.

Það hefur mikil áhrif á endurhæfingarmeðferðina hvernig sjúklingurinn og fjölskyldan taka áfallinu. Fjölskylda sjúklingsins hefur einnig vandamál, sem lýsir sér t.d. í kvíða, þunglyndi, missi, sorg eða jafnvel sektarkennd. Einnig getur áfallið breytt mikið aðstæðum fjölskyldu, t.d. hlutverkaskipti. Fjölskyldumeðlimirnir þurfa að gera sér grein fyrir því hvernig sambandið milli þeirra hefur breyst og hvernig fjölskyldan hefur breyst sem fjárhags- og félagsleg eining.

Upplýsingar, sem félagsráðgjafinn hefur aflað um félagslegar aðstæður, fjárhag, starf, áhugamál, húsnæði og fleira, eru nauðsynleg til að undirbúa útskrift. Hvert mál er sérstakt og fer eftir persónuleika sjúklingsins, vandamáli hans og þörfum. Félagsráðgjafinn þarf að vita hvaða bjargir eru til í samfélaginu og meta hvaða úrræði hentar best í hverju tilfalli.

Eftirfarandi eru helstu félagslegu úrræði fyrir sjúklinga með helftarlömun:

I. Endurhæfing

- Endurhæfingardeild Borgarspítalans
- Endurhæfingardeild Landspítalans
- Endurhæfingarstöð Sjálfsbjargar
- Æfingastöð Styrktarfélags lamaðra og fatlaðra
- Reykjalundur
- Heilsuhæli NLFÍ, Hveragerði
- Heyrnar- og talméinastöð Íslands (til greiningar og ráðgjafar).

II. Heimabjónusta

- Heimilisbjónusta/Heimilishjálp á vegum Félagsmálastofnunar og sveitarstjórnarskrifstofu.
- Heimahjúkrun

III. Húsnæði

- a. Félagsmálastofnun Reykjavíkurborgar
 - 1. leiguíbúðir
 - 2. þjónustuíbúðir fyrir aldraða
- b. Sjálfsbjargarhúsið Hátúni 12
 - 1. íbúðir
 - 2. vinnu- og dvalarheimili Sjálfsbjargar
- c. Öryrkjabandalag Íslands
 - 1. íbúðir að Hátúni 10. 10 A og 10 B
 - 2. íbúðir í Kópavogi
- d. Verslunarmannafélag Reykjavíkur
 - 1. söluíbúðir fyrir aldraða félagsmenn
- e. Samtök aldraðra í Reykjavík
 - 1. söluíbúðir fyrir aldraða félagsmenn

IV. Gistiheimili

- a. Sjúkrahótel Rauða Kross Íslands að Rauðarárstíg 18. R.

V. Dagvistun

- a. Dagvistun aldraðra, Dalbraut 27 á vegum Félagsmálastofnunar Reykjavíkurborgar
- b. Múlabær, þjónustumiðstöð og dagvistunarheimili aldraðra og Öryrkja að Armúla 34. R.
- c. Sjálfsbjörg, dagvistun að Hátúni 12. R.

VI. Dagdeildir

- a. Hafnarbúðir
- b. Öldrunarlækningadeild Landspítalans (dagvistun)

VII. Skammtí mavistun

- a. Öldrunarlækningadeild Landspítalans
- b. Öldrunarlækningadeild Borgarspítalans
- c. Hafnarbúðir
- d. Sunnuhlíð í Kópavogi

VIII. Langtí mavistun

- a. Hjúkrunar- og elliheimilið Grund
- b. Ás í Hveragerði
- c. Kumbaravogur, rétt við Stokkseyri
- d. Hrafnista DAS í Reykjavík
- e. Hrafnista DAS í Hafnarfirði
- f. Hjúkrunarheimilið Skjól
- g. Sunnuhlíð í Kópavogi
- h. Sólvangur í Hafnarfirði
- i. Öldrunarlækningadeild Landspítalans
- j. Öldrunarlækningadeild Borgarspítalans
- k. Heilsuverndarstöðin við Baronstíg
- l. Vistheimilið Droplaugarstaðir v/Snorrabraut
- m. Vistheimilið Seljahlíð v/Hjallasel

IX. Atvinnuleit og atvinnumiðlun

- a. Ráðningastofa Reykjavíkurborgar, Borgartúni 3
- b. Félagsmálastofnunin í Kópavogi

c. Félagsmálastofnunin í Hafnarfirði

X. Verndaðir vinnustaðir og starfsþjálfun

- a. Reykalundur
- b. Múlalundur, vinnustofur SÍBS
- c. Tæknivinnustofur Öryrkjabandalags Íslands að Hátúni 10
- d. Örví í Kópavogi

XI. Ferðabjónusta

- a. Ferðabjónusta fatlaðra, Hátúni 12, R.

XII. Hjálpartæki

- a. Hjálpartækjabanki Ríkis og Sjálfsbjargar, Nóatúni 21, R.
- b. Hjálpartækjamiðstöð Tryggingastofnunar Ríkisins
- c. Öryggiskalltæki fyrir aldraða
 1. Securitas
 2. Vari

XIII. Matarbjónusta

- a. Reykjavíkurdeild Rauða Krossins, Öldugötu 4, R.
(heimsending matar)
- b. Mötuneyti í íbúðum aldraðra í Reykjavík

XIV. Félags- og tómstundarstörf aldraðra

- a. Félagsmálamiðstöðvar aldraðra í Reykjavík
 1. Norðurbrún 1
 2. Lönguhlíð 3
 3. Furugerði 1
 4. Oddfellowhúsið við Vonarstræti
 5. Menningarmiðstöðin við Gerðuberg
 6. V.R. húsið, Hvassaleiti 56-58
 7. Seljahlíð, Hjallaseli
 8. K.R. heimilið við Kapplaskjólsvæg

XV. Önnur bjónusta

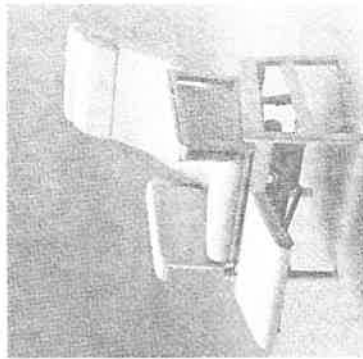
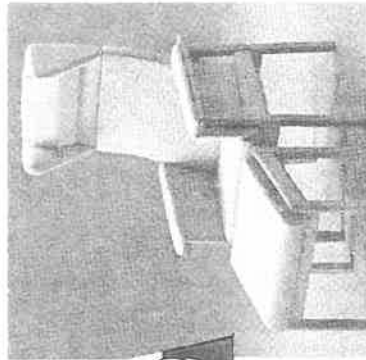
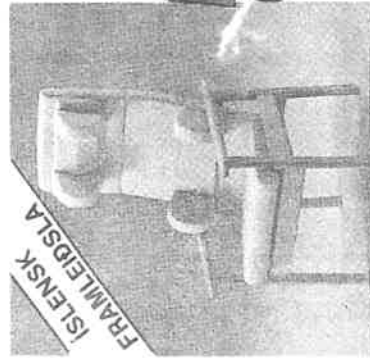
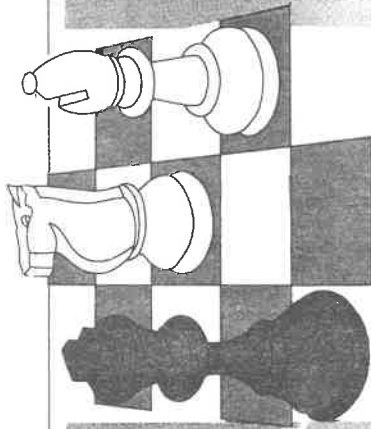
- a. Tryggingastofnun Ríkisins
- b. Sjúkrasamlög
- c. Svæðisstjórnir
- d. Félagsmálastofnanir

Utan Reykjavíkursvæðis veita félagsmálastofnanir eða sveitastjórnarskrifstofur upplýsingar um vistunarmöguleika og aðra fánlega aðstoð.

Listi þessi er ekki tæmandi og miðast aðallega við Stór-Reykjavíkursvæðið. Nauðsynlegt er að finna þau félagslegu úrræði, sem henta sjúklingum og aðstandendum þeirra sem best.

Engin félagasamtök eru til eingöngu ætluð sjúklingum með heilfjarlömum og aðstandendum þeirra.

FRAMLEIÐSLA
ÍSLENSKA



SKÁKAÐU ELLINNI OG MÁTAÐU STÓL

Hvítu lúin bein í stól, sem er sérstaklega útbúinn handa þér. Sérfa 100 eru sérhönnuð húsgögn handa fólki, sem er tekið að lýjast og stírðna eða á við fötlun að stríða. Með sérstöku prufusetti er gengið úr skugga um hvers konar stóll hentar þér. Hverjum einstökum hluta stólsins má breyta eftir þínum þörfum — hæð, breidd, dýpt, örmum og baki.

HÚSGAGNAIDJA



epal hf.

SÍÐUMÚLA 20 SÍMAR 36677 OG 39922

SÍMI 99-9285

Arnadóttir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE): Þróun matsins og rannsóknir tengdar því.

Iðjupjálfar meta og þjálfar sjúklinga með organísk mental einkenni, eða neurobehavioral einkenni sem útleggst á íslensku andleg taugaeinkenni af vefrænum toga. Iðjupjálfar verða að fullvissa sig um, að þeir noti þær aðferðir sem eru árangursríkastar við þjálfunina (Zoltan, Jabri, Meeder Ryckman & Panicoff, 1983). Til að geta ákvarðað hvort svo er þurfa þeir gildar (valid) og áreiðanlegar (reliable) matsaðferðir. Einnig þarf áreiðanlegar matsaðferðir til að sýna fram á hvort meðferð borgi sig eða ekki, en það eru kröfur sem farið er fram á í ymsum þjóðfélögum í dag (Smith, Morrow, Heitman, Rardin & Powelson, 1986; Yerxa, 1983; Zoltan et al, 1983).

Ýmis próf eru notuð innan iðjupjálfunar fyrir sjúklinga með neurobehavioral einkenni. Aðeins hefur verið sýnt fram á gildi og áreiðanleika fárra þeirra (Zoltan et al, 1983). Þessi próf ná ekki yfir skipulegar athafnir daglegs lífs (ADL), þó ADL skipi veigamikinn sess innan iðjupjálfunar. Venjulega veitir ADL mat upplýsingar um sjálfsbjargargetu einstaklings. Ekkert próf hefur verið notað samtímis til að meta neurobehavioral einkenni á kerfisbundinn hátt, þrátt fyrir að slík röskun á starfsemi sé algeng orsök fyrir skorti á sjálfsbjargargetu. Ennfremur hafa fáar rannsóknir verið gerðar til að athuga fylgni á milli niðurstaða úr cognitívum prófum og raunverulegrar starfsgetu (Siev, Freishtat & Zoltan, 1986).

Þar sem neurobehavioral einkenni koma oft í veg fyrir sjálfsbjörg væri hagstætt fyrir þjálfara að geta greint þau út frá athöfnum daglegs lífs og þar með safnað upplýsingum um þá þætti sem liggja til grundvallar sjálfsbjargargetu. Slík vitneskja mundi ennfremur auka skilning þjálfara á því sem liggur að baki örðugleikunum. Ef iðjupjálfar hefðu slíkar upplýsingar gætu þeir valið markvisst þá aðferð sem best hentaði einkennum sjúklings.

Þó að námsefni iðjupjálfabrauta feli í sér upplýsingar um mat á organískum mental einkennum, þá eru margir nýútskrifaðir þjálfarar óöruggir á þessu sviði og hafa litla leikni til að meta slík einkenni, túlka niðurstöður og nota þær í meðferð. Þeim finnst skorta faglegar leiðbeiningar á þessu sviði. Svipaðra vandamála hefur orðið vart innan

læknisfræðinnar. Geschwind (1986) benti á að aðferðir til að skoða sjúklinga með organísk mental einkenni virtust frábrugðnar skoðunaraðferðum innan annarra sérsviða læknisfræðinnar, þær væru óáreiðanlegri og aðeins óbeint tengdar sjúkdómsgreiningu. Hann benti einnig á að skortur væri á fylgni milli prófunaratríða annars vegar og líffæra og lífeðlisfræði hins vegar og það hindraði að samhengið milli þessara þátta væri auðskilið.

Örðugleikar iðjupjálfa við mat á organískum mental einkennum eru ekki bundnir eingöngu við stöðluð "cognitive próf", en slík próf eru oftast notuð til að meta aðurnefnd einkenni. Þeir eru einnig fyrir hendi við ADL athuganir, túlkun þeirra og yfirfærslu yfir á neurobehavioral einkenni. Neurobehavioral örðugleikar geta verið orsök skertrar hæfni í athöfnum daglegs lífs. Því miður er auðvelt fyrir þjálfara að einblína á almenna starfsgetu og taka ekki tillit til þeirra neurobehavioral einkenna sem liggja til grundvallar skorti á sjálfsbjargargetu. Þar með er orsök vandamálsins höfð að engu og meðferðin hugsanlega takmörkuð. Á hinn bóginn, ef iðjupjálfum er leiðbeint fyrstu skrefin við yfirfærslu á ADL athugunum yfir á neurobehavioral svið, þá geta þeir náð tökum á þeirri leikni sem nauðsynleg er til að hægt sé að meta sjúklinga nákvæmlega og uppgötva einkenni sem skipta máli við vai á meðferð.

Í stuttu máli, þá er þörf á gildum og áreiðanlegum prófum í iðjupjálfun til að meta neurobehavioral starfsröskun. Það mætti hugsanlega nota mat á athöfnum daglegs lífs til að meta slíka röskun ef hentugar leiðbeiningar væru útbúnar fyrir þjálfara. Ennfremur er hugsanlegt að nota mætti ADL matið til að segja fyrir um staðsetningu þeirrar röskunar innan heilabarkarins sem veldur einkennunum og skerðingu á úrvinnsluferli sem hlýst af henni, til að auka skilning á miðtaugakerfinu, starfsemi þess og áhrifum starfsröskunar.

Þetta er í meginatriðum sá grunnur sem Arnadóttir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE) og eftirfarandi rannsóknir voru byggðar á.

TILGANGUR RANNSÓKNANNA

Tilgangur rannsóknanna var tvennskonar. Í fyrsta lagi að próa iðjupjálfamatið (A-ONE) til að meta neurobehavioral einkenni og í öðru lagi að bera niðurstöður þessa mats saman við neuro-imaging eða aðrar matsaðferðir á uppbyggingu og starfsemi miðtaugakerfisins. Rannsóknirnar náðu eingöngu til frumathafna daglegs lífs ("primary" ADL). Notuð var athafnagreining til að finna neurobehavioral einkenni.

FRÆÐILEGUR GRUNDVÖLLUR

Sá fræðilegi grundvöllur sem rannsóknirnar byggja á, sameinar hugtök neurobehavioral vísinda og iðjupjálfunar. Neurobehavioral vísindi byggja á taugalíffærafræði og

taugalífeðlisfræði. Iðjubjálfun byggir hinsvegar á hverskonar athöfnum, og athafnagreiningu, en í athafnagreiningu felst mat iðjubjálfa á hegðun einstaklings og því umhverfi sem hann hrærist í. Samkvæmt neurobehavioral kenningu er upplýsingaflæði og úrvinnsla boða innan taugavefsins árangur skynboða frá umhverfi mannsins. Þetta upplýsingaflæði leiðir til svörunar sem kemur fram í starfsemi og hegðun. Í þeirri kenningu sem liggur að baki A-ONE er gert ráð fyrir sambandi á milli mismunandi atriða, þ.e.a.s. athafna daglegs lífs, neurobehavioral einkenna og staðsetningar skaða innan miðtaugakerfisins. Eftirfarandi eru nokkrar fræðilegar setningar úr þeirri kenningu sem liggur að baki A-ONE prófinu.

Í fyrsta lagi: "Það er samband á milli hegðunar einstaklings með miðtaugakerfisskerðingu, heilaskemmda og skertrar heilastarfsemi sem hlýst af skemmdunum". Í öðru lagi: "Ákveðin skerðing á heilastarfsemi getur orsakað ákveðna röskun á sérstökum þáttum athafna daglegs lífs". Í þriðja lagi: "Með því að meta hegðun sjúklings sem hlotið hefur miðtaugakerfisskerðingu, má með því að nota ADL mat, geta sér til um staðsetningu heilavefsskemmda og skerðingu á upplýsingaflæði eða skerðingu á úrvinnslu boða innan miðtaugakerfisins". "ADL er aðferð sem nota má til að meta starfsheld (integrity) miðtaugakerfisins". Ennfremur "Nota má athafnir daglegs lífs sem skýndareiti til þess að meta neurobehavior". Þessar staðhæfingar voru prófaðar með rannsóknnum eftir því sem við átti.

ÞRÖUN A-ONE

Markmið rannsóknanna var að þróa ákveðið iðjubjálffamat, Arnadóttir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation (A-ONE). Tilgangurinn með matinu var að koma fram með hugmyndir til að auka skilning á neurobehavioral starfsröskun og útskýra fyrirbæri sem tengjast slíkri röskun. Einnig var stefnt að því að efla þekkingu á miðtaugakerfinu. Vonast var til að slík þekking mætti nýtast sjúklingum í framtíðinni. Matið var ætlað til að greina neurobehavioral einkenni og auðvelda val meðferðar. Því var einnig ætlað að meta framfarir eftir meðferð. Matið hefur tvíþáttan tilgang. Það kemur að gagni við meðferð einstakra sjúklinga og má auk þess nota í rannsóknarskyni.

A-ONE matið spannar frumþætti ADL ("primary" ADL) þ.e.a.s.: klæðnað, snyrtingu, borðhald, flutning og tjáskipti. Annað mat A-TWO sem er í mótun á svo að spanna "secondary" ADL. A-ONE er í tveimur hlutum. Í fyrri hluta A-ONE er um að ræða tvo kvarða sem gefa hugmynd um sjálfsbjargargetu og neurobehavioral einkenni sem hindra viðkomandi í sjálfsbjörg. Í seinni hluta A-ONE, er um að ræða ákveðna aðferð sem notuð er af þjálfurum til að geta sér til um staðsetningu skaðans innan miðtaugakerfisins.

Fyrri hluti A-ONE samanstendur af tveimur mælikvörðum. Þeir eru notaðir til að meta annarsvegar sjálfsbjargargetu sjúklings (Functional Independence Scale) og hins vegar magn

og tegund neurobehavioral einkenna (Neurobehavioral Scale). Við stigagjöfina, er tekið mið af hverskonar úrvinnslu sjúklingurinn nýtir og þeirri aðstoð sem nauðsynleg er. Mælikvarðarnir eru í öfugu hlutfalli hvor við annan. Ef sjúklingur fær háa stigagjöf í neurobehavioral einkennum, þá fær hann lága einkunn í sjálfsbjörg.

Neurobehavioral mælikvarðinn er samsettur úr tveimur kvörðum sem eru notaðir til að flokka neurobehavioral einkenni. Þetta eru annars vegar Neurobehavioral Specific Symptom Scale en hann samanstendur af 81 atriði. Hér eru neurobehavioral einkenni s.s. ideomotor apraxia, ideational apraxia, unilateral spatial neglect og somatognosia flokkuð fyrir hverja frumathöfn daglegs lífs, þ.e.a.s. klæðnað o.s. frv. Þessi listi virkar því sem kennslutæki, þar sem hann veitir þjálfurum leiðbeiningar varðandi hverskonar ADL þætti megi telja til einkenna hjá sjúklingi og hvernig flokka skuli þessa þætti með tilliti til einkenna. Pervasive Symptom Scale hefur með einkenni að gera sem tengjast ekki endilega sérstökum athöfnum. Hann samanstendur af 34 atriðum. Þar má nefna dómgreind, skapgerð og minni og eru leiðbeiningar settar fram á sama hátt og áður. Fyrri hluti A-ONE veitir því upplýsingar um sjálfsbjargargetu sjúklinga, og alvarleika og eðli neurobehavioral einkenna sem hindra sjálfsbjörg.

Niðurstöður fyrri hluta A-ONE eru notaðar í seinni hluta A-ONE fyrir þá sem hafa áhuga á að halda áfram og forvitnast um þá heilastarfsemi sem er skert. Þessi hluti prófsins byggir á töflu sem er unnin út frá heimildum og sérfræðiáliti. Í töflunni eru staðsettar allar mögulegar uppsprettur neurobehavioral einkennanna innan heilabarkarins miðað við hefðbundna svæðaskiptingu.

Þessi staðsetning einkenna er ekki eins augljóst fyrirbæri og margir virðast halda. Einkenni eiga rætur að rekja til úrvinnsluörðugleika sem stafa af ákveðnum skaða. Vegna hinna ýmsu tenginga innan taugavefsins sem eru nauðsynlegar fyrir starfsemi, eru þessir örðugleikar ekki bundnir við eina ákveðna staðsetningu.

Sem dæmi um þetta má nefna úrvinnslu "ideomotor praxiu" sem á sér stað á ferli frá neðri hluta vinstra parietal svæðis til vinstra premotor frontal svæðis og þaðan yfir corpus callosum yfir í hægri premotor frontal svæði. "Ideomotor apraxia" getur því orðið til við skerðingu hvar sem er á þessu ferli, en einkennin geta verið annað hvort unilateral eða bilateral í samræmi við staðsetningu skerðingar á úrvinnsluferlinu (Geschwind, 1975; Heilman, Rothi & Valenstein, 1982).

NIÐURSTÖÐUR RANNSÖKNA

Margar spurningar voru settar fram og prófaðar. Sem dæmi um þessar spurningar má nefna: Hvert er gildi (validity) matsins? Hefur það "interrater reliability"? Er fylgni milli þeirra upplýsinga sem A-ONE gefur um staðsetningu heilaskaða og upplýsinga sem fást úr

tölvusneiðmyndum sem gefa til kynna staðsetningu heilavefsskennmaða eða aðferða sem gefa til kynna starfsröskun í heilavef s.s. "Computerized mapping of EEG" (CMEEG, "tölvuúrvinnsla á heilalínuritum"). Margar rannsóknir voru gerðar, sem of langt mál yrði að tíunda hér og verður því einungis dregið á hverri fyrir sig.

Content validation

Tvær aðferðir voru notaðar fyrir "content validation" (Isaac & Michael, 1981). Í fyrsta lagi var notaður sérfræðihópur. Hann samanstóð af tveimur taugasérfræðingum og tveimur iðjupjálfum. Hver sérfræðingur athugaði sérhvert atriði prófsins og fyllti auk þess út staðsetningartöfluna. Reiknað var út svokallað "percentage agreement" milli sérfræðinganna fyrir hvert atriði töflunnar. Atriðin voru talin gild ef 75% sérfræðinganna voru sammála um a.m.k. eina staðsetningu fyrir hvert atriði. Öllum öðrum upplýsingum var haldið til haga og þeim lýst með því að setja þær í töfluna með mismunandi skuggum. Þetta var gert, þar sem þessar upplýsingar voru talðar gefa til kynna hugsanlega staðsetningu uppruna einkennanna. Dekksti skugginn þýðir að 100% sérfræðinga voru sammála, ljósasti skugginn að aðeins 25% sérfræðinga taldi viðkomandi staðsetningu mögulega m.t.t. einkenna. Í öðru lagi var unnið úr öllum upplýsingum í þeim heimildum sem notaðar voru varðandi staðsetningu skaða. Þessar upplýsingar voru færðar inn á staðsetningartöfluna með tölum. Tölurnar vísa til þeirra höfunda í heimildarskránni sem studdu ákveðna staðsetningu, sem hugsanlega orsök einkenna.

Interrater reliability

Interrater reliability (Isaac and Michael, 1981) rannsóknir voru framkvæmdar bæði fyrir fyrri hluta A-ONE og seinni hluta A-ONE. Interrater reliability rannsókn fyrir fyrri hluta A-ONE var fyrst framkvæmd á Borgarspítalanum í Reykjavík s.l. ár á 20 sjúklingum með orgánísk mental einkenni. Fjórir þjálfarar mátu sjúklingana, tveir og tveir í senn. Þeir notuðu handbók með upplýsingum um aðferð og stigagjöf og fengu auk þess serstakar leiðbeiningar. Síðan var athugað hversu sammála þjálfararnir voru um sjálfsbjargargetu og neurobehavioral einkenni. Kappa stuðull var notaður við samanburðinn (Fleiss, 1973). Við tölfraði-úrvinnslu var notað tölvuvætt tölfraðikerfi. Biomedical Computer Program (BMDP).

Kappa stuðull var reiknaður út fyrir sérhvert atriði á öllum kvörðunum, en ekki einungis fyrir hvern kvarða í heild sinni. Þannig fást upplýsingar um hvaða atriði þurfa nánari útskýringa við eða þjálfunar þjálfara og hver atriðanna ættu jafnvel ekki heima í matinu. Allir kvarðarnir þrír (Functional Independence Scale, Neurobehavioral Specific Symptom Scale og Neurobehavioral Pervasive Symptom Scale) náðu 0.8 fylgnimarkinu sem talið var nauðsynlegt fyrir "interrater reliability". Prófið í heild náði því auðvitað einnig þessu marki. Flest atriðin innan hvers kvarða náðu 0.7 fylgnimarkinu. Þetta mark var talið nauðsynlegt fyrir áreiðanleika einstakra atriða innan kvarðanna. Þrjú atriði náðu ekki 0.6 fylgnimarkinu. Þ.e.a.s. höfðu of lága fylgni,

en þó ekki lægri en svo að með breytingum ættu þau að vera nothæf. Öll nema sex atriði voru marktæk við 0.01 og öll við 0.05.

Þessar upplýsingar voru notaðar til að gera breytingar á matinu. Ný handbók var skrifuð og namskeið sem var notað til að kenna iðjupjálfum notkun matsins var lengt. Þjálfararnir fylltu ut spurningalista og studdi hann m.a. þörf fyrir meiri kennslu. Eftir breytingar var framkvæmd önnur rannsókn á um 30 sjúklingum við Daniel Freeman Memorial Hospital í Ingelwood í Californíu. Tölfræðilegar niðurstöður ur þessari rannsókn eru ekki fullunnar ennþá. Hinsvegar hefur fengist staðfesting fyrir þörf á frekari úrbótum t.d. að lengja namskeiðið enn frekar og tekur það nú þrjá daga. Þriðja rannsóknin stendur yfir þegar þetta er ritað og taka aðeins tveir þjálfarar frá Borgarspítalanum þátt í henni.

Interrater reliability rannsókn var líka gerð fyrir seinni hluta A-ONE. Fjórir iðjupjálfar fengu niðurstöður af mati (fyrri hluta A-ONE) á 20 sjúklingum. Þjálfarar frá Borgarspítalanum tóku einnig þátt í þessari rannsókn. Þeir áttu að kynna sér tilfellið og síðan ákvarða staðsetningu skaða með notkun staðsetningartöflunnar, urvinnslumynda og ákveðinna leiðbeininga. Engin kennsla var veitt umfram skriflegar leiðbeiningar. Utkoman, samræmd frá öllum þjálfurunum, þar sem tveir og tveir þjálfarar voru bornir saman, var merkilega góð. (Kappa stuðul 0.75) ef mið er tekið af hversu litill undirbúningur var fyrir þjálfara. Þessi útkoma stóðst þær kröfur sem settar voru fyrirfram. Með ýtarlegri handleiðslu ætti að vera hægt að fá enn betri utkomu. Niðurstöður beggja þessara rannsókna undirstrika þörf fyrir kennslu í þeim aðferðum sem notaðar eru við matið. Ef iðjupjálfar sem ekki hafa hlotið slíka kennslu nota matið, má telja fullvist að niðurstöðurnar verði óáreiðanlegar.

Samanburður A-ONE og tæknilegra rannsóknaraðferða

Til að athuga gildi niðurstæða frá seinni hluta A-ONE (staðsetningu skaða innan heilavefs) voru valdar tvær tæknilegar rannsóknaraðferðir. Þessar aðferðir voru valdar úr hópi slíkra aðferða með tilliti til þess hversu auðvelt var að fá slíkar rannsóknir gerðar, hvort þeim varð við komið í hverju tilviki. Hversu mikil áhætta fólst í þeim fyrir sjúkling, hversu mikill kostnaður fylgdi þeim o.fl. Rannsóknin fór fram á Reed Neurological Research Institute sem tengist UCLA háskólanum í Los Angeles í Californíu. Fyrir valinu urðu tölvusneiðmyndir (CT) til að meta staðsetningu "structural" breytinga, og CMEEG ("tölvuædd tölfræðiurvinnsla á heilalínuritum") til að ákvarða hugsanlega staðsetningu á starfsröskun í heilavef. Allar tölvusneiðmyndir voru skoðaðar af röntgensérfræðingi og taugasérfræðingi.

CMEEG var tekið með 32 rafskautum meðan sjúklingur var í hvíld og við sjónáreiði á öllum bylgjulengdum (alfa, beta, gamma og delta). Sérfræðingur í túlkun heilalínurita las úr öllum myndunum og ákvað staðsetningu skaða.

Iðjupjálfi ákvarðaði svo staðsetningu skaða með A-ONE.

Kappa stuðull var notaður við útreikninga hér sem fyrr. Fylgni var reiknuð milli tveggja aðferða í senn fyrir hvern hluta heilans og svo var tekið meðaltal fyrir fylgni hverra tveggja aðferða. Einnig var Fisher Exact prófið notað (Afifi & Azen, 1979). Niðurstöður sýndu að engin fylgni var á milli staðsetningar samkvæmt CT annars vegar og CMEEG hins vegar. Þetta kom ekki á óvart, þar sem þessar aðferðir meta annars vegar strúktúr og hins vegar starfsröskun. Þetta er í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna á UCLA sem borið hafa saman CT og CMEEG (Nuwer, Jordan og Ahn). Lág fylgni en greinileg var á milli A-ONE og CMEEG eða 0.360 og all samileg fylgni var á milli A-ONE og CT, eða 0.546. Endurtekin rannsókn með fleiri sjúklingum frá Daniel Freeman Memorial Hospital staðfesti þessar niðurstöður. Þessar niðurstöður benda til að A-ONE nemi bæði strúktúral breytingar og röskun á úrvinnslu, þar sem CT nemur eingöngu strúktúral skaða, en CMEEG skerta starfsemi. Ef mjög há fylgni væri á milli A-ONE og annarrar hvorrar hinna aðferðanna væri að sjálfsögðu ekki þörf á að nota tvær aðferðir. Ef hins vegar engin fylgni væri á milli A-ONE og hinna aðferðanna væru þær augljóslega ekki að glíma við sama hlutinn.

Greining á hvað lægi að baki misræminu, var framkvæmd með því að greina sundur hráar niðurstöður (raw data) fyrir hvern sjúkling. Sú greining sýndi að CMEEG var ónákvæmt í sérstökum tilvikum, ofmat t.d. temporal skaða og mislas frontal svæði fyrir parietal svæði og fleira mátti nefna. CMEEG nam breytingar hjá TIA sjúklingum. Þessir sjúklingar sýndu hvorki neurobehavioral einkenni á þeim degi sem ADL matið var framkvæmt, né strúktúral breytingar á CT. Tölvusneiðmynd var heldur ekki nákvæm með að nema strúktúral breytingar þegar hún var tekin innan tveggja daga eftir áfall eins og búist hafði verið við. Ákveðið var að líta eingöngu á möguleika hvernar matsaðferðar við að greina á milli heilahvela. Við þetta jókst fylgni við CMEEG töluvert bæði fyrir A-ONE og CT. Þessar niðurstöður styðja því tilgátuna um að A-ONE nemi bæði strúktúral og "processing" skerðingu (úrvinnslu) auk behavioral einkenna. Hinsvegar bendir fylgnin til þess, að gagnlegt muni vera að nota þessar aðferðir saman við rannsóknir á miðtaugakerfinu, þar sem þær skarast ekki fullkomlega.

FRAMTÍÐAR RANNSÓKNIR

Þróun matsins er rétt að hefjast. Fleiri rannsóknir á áreiðanleika og gildi standa yfir þegar þetta er ritað auk rannsókna á fylgni milli neurobehavioral atriða (item correlation). Þegar nokkur hundruð sjúklingar hafa verið metnir með matinu væri hugsanlegt að framkvæma þáttagreiningu (factor analysis). Einnig stendur yfir rannsókn á hvort matið nemur framfarir hjá sjúklingi frá einum tíma til annars. Ef svo væri mætti hugsanlega nota A-ONE til að meta árangur meðferðar. Verið er að leggja drög að mati á "secondary þáttum" ADL eða A-TWO. Ennfremur gætu rannsóknir sem tengja athuganir á hegðun (behavioral observation) við niðurstöður neuro-imaging reynst gagnlegar við rannsóknir á taugakerfinu.

HEIMILDIR

- Afifi, A. A., & Azen, S. P. (1979). Statistical analysis: A computer oriented approach. New York: Academic Press.
- Arnadottir, G. (1987). Arnadottir OT-ADL Neurobehavioral Evaluation and comparison to neuroimaging evaluations. Unpublished Master's thesis. University of Southern California. Los Angeles.
- Fleiss, J. L. (1973). Statistical measures for rates and proportions. New York: John Wiley and Sons.
- Geschwind, N. (1975). The apraxias: Neuronal mechanisms of disorders of learned movement. American Scientist, 63, 188-195.
- Geschwind, N. (1983) Foreword. In R. L. Strub & F. W. Black (Eds.). The mental status examination in neurology (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Heilman, K. M., Rothi, L. J., & Valenstein, E. (1982). Two forms of ideomotor apraxia. Neurology, 32, 342-346.
- Isaac, S., & Michael, W. B. (1981). Handbook in research and evaluation (2ns ed.). San Diego: Robert R. Knapp.
- Siev, E. Freishtat, B., & Zoltan, B. (1986). Perceptual and cognitive dysfunction in the adult stroke patient: A manual for evaluation and treatment. U.S.A.: Slack Incorporated.
- Smith, R.O., Morrow, M. E., Heitman, J. K., Rardin, W. J., & Powelson, J. L. (1986). The effects of introducing the Klein-Bell ADL scale in a rehabilitation service. American Journal of Occupational Therapy 40(6), 420-24.
- Yerxa, E. J. (1983). The occupational therapist as a general researcher. In H. L. Hopkins & D. L. Smith (Eds.), Willard and Spackman's occupational therapy (6th ed., pp 869-876). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Zoltan, B., Jabri, J., Meeder Ryckman, D. L. & Panikoff, L. B. (1983). Perceptual motor evaluation for head injured and other neurologically impaired adults. California: Santa Clara Valley Medical Center.

ATHUGASEMD

Grein þessi er byggð á Mastersritgerð höfundar við University of Southern California í Bandaríkjunum. 1987.

NORDISK NYTT

frá Noregi

Medlemstilvekst

Norsk Ergoterapeut Forbund har høsten 1986 fått sitt 1000. ende medlem. I september 1987 har vi totalt 1076 medlemmer hvorav 795 er yrkesaktive. Omtrent en tredjedel av de yrkesaktive arbeider i deltidsstillinger.

Ledige stillinger

Det er fortsatt stor mangel på ergoterapeuter i Norge. Høsten 1986 foretok vi en undersøkelse om i hvilken grad opprettede ergoterapeutstillinger var besatt med offentlig godkjente ergoterapeuter. Det skremmende resultatet viste at kun 58% av stillingene var besatte med utdannede ergoterapeuter, resten var enten ubesatte (14%) eller besatt med annen arbeidskraft (28%). Det er spesielt de psykiatriske institusjonene og mindre sykehjem i distriktene som ikke klarer å engasjere ergoterapeuter. I noen fylker er kun 1/3 av stillingene besatt med ergoterapeut. Det er nok så symptomatisk at der hvor vi har stasjonert våre to ergoterapihøyskoler er situasjonen best, nemlig i Oslo og i Sør-Trøndelag (Trondheim).

Ny høyskole

Vi er derfor meget glade over en nylig beslutning tatt av vårt departement for høyere utdanning. En 3. ergoterapihøyskole skal etableres i Nord-Norge, nærmere bestemt i Tromsø, trolig allerede fra høsten 1988. Vi har i dag en utdanningskapasitet på 60 pr. år og ville grense det firedobbelte. I Tromsø får vi til å starte med 15 nye studieplasser, men håper selvfølgelig på flere innen en snar fremtid.

NETS's forhold til WFOT

Som kjent har WFOT's rådsmøte i England i juli 1986 besluttet å opprettholde medlemskapet til den offisielle Syd-Afrikanske ergoterapeut organisasjonen (SAAOT). Norske ergoterapeuter mener at internasjonale organisasjoner bør boikotte alt samarbeid med offisielle organer fra Syd-Afrika så lenge apartheid-politikken vedvarer. Vi har tatt konsekvensen av denne holdning og boikotter fra og med rådsmøtet i England alt samarbeid med WFOT. Vi står fortsatt som medlem av WFOT's arbeid så lenge situasjonen er uforandret i Syd-Afrika og SAAOT er medlem av WFOT. Vår holdning vil bli revurdert etter at WFOT's rapport om syd-afrikanske ergoterapeuters holdning til apartheid-politikken er diskutert ved neste rådsmøtet i oktober 1988 i Portugal.

sumir vakna eldhressir og úthvíldir

Dunlopillo

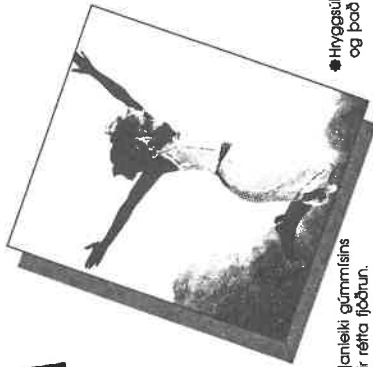
sendum í póstrófu

• Sveigjanlegi gúmmisins tryggir réttu fjöðun.

• Latex gúmmitt bægir frá ryki og sýklum.

• Loftaastikerfi heldur loftinu hreinu og rakastígu réttu.

• Falllegt ákkaði að eigin vali.



Latex dýna

Latex dýnan er eina dýnan á markaðnum sem gerð er úr ekta náttúrugúmmil.

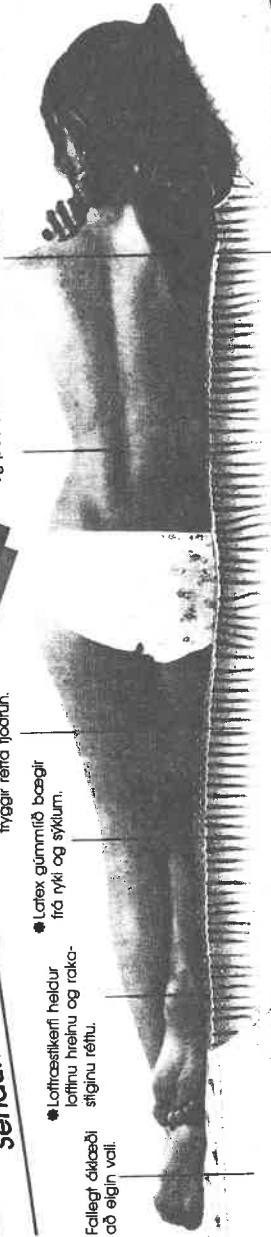
Latex dýnan fjáðrar vel og veitir líkamnanum góðan stuðning. Þyngri líkamshlutar sökkva hæfilega djúpt í dýnuna en hún veitir jafnframt stuðning undir hina léttari.

Stabiflex rúmboin

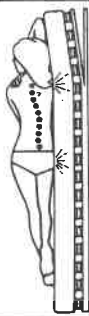
Stabiflex er einstaklega traustur og vandaður rúmboin sem heitir sérstaklega vel undir Latex dýnuna. Samspil dýnu og rúmboins er þar í fullkomnu samræmi við hreyfingar og þyngd líkamans.

• Hyggjastúlan helst bein

• Stabiflex rúmboinn er snúinn undir Latex dýnuna – samvirkandi og hjólaust kerfi.



Of hörð dýna.



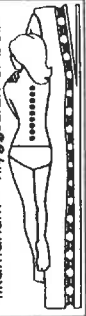
• Boimanninn er gerður úr nótsterku límtré.

Of mjúk dýna.



• Þverimámi eru gerðir úr límtré og bogna upp á við um máluna – eru sveigjanlegir.

Latex dýnan: Dýnan lagar sig að líkamnanum – hyggjastúlan er bein.



• Hægt er að hækka rúmboinn undir höfti og fótum.

• Þverimámi hvíla á veltörnum úr gúmmil sem hreyfast eftir brýstingi.

LYSTADÚN

SMÍÐJUVEGI 4 KÖPAVOGI SÍMI 79788

Sigrún Knútsdóttir sjúkraþjálfari

SJÚKRAÞJÁLFUN HELFTARLAMAÐRA

INNGANGUR.

A undanförunum árum hafa verið þróaðar nýjar aðferðir í sjúkraþjálfun helftarlamaðra sem byggja á aukinni vitneskju um hvernig bati í heila á sér stað. 2 Ástralskir sjúkraþjálfarar, Roberta Shepherd og Janet Carr, kennarar við Cumberland College of Health Sciences í Sydney, hafa þróað þessar aðferðir sem þar kalla "motor relearning programme" (MRP).

Eins og nafnið bendir til beinist meðferðin að því að sjúklingarnir öðlist aftur leikni í hreyfingum og að fá fram hjá sjúklingunum sérhæfða, eðlilega hreyfisvörun.

María Þorsteinsdóttir sjúkraþjálfari segir í grein, sem hún skrifaði í Félagsmiðil sjúkraþjálfara Árið 1986 að:

"Hreyfingar okkar hafa ákveðinn tilgang. Tilgangurinn mótast af umhverfinu. Hreyfingar eru því sérhæfðar eftir því hreyfi-"vandamáli" sem umhverfið setur okkur. Það er form hluta, stærð og eðli sem stjórna hreyfingum. Við lögum t.d. grip handarinnar eftir þeim hlut sem við ætlum að gripa um". Hún bendir á að margar sannanir hafi komið fram á að hreyfinám sé sérhæft og miðist við starfrænan tilgang. Um hreyfifærni segir María í grein sinni:

"Hreyfifærni hefur verið skilgreind sem hreyfing sem er frækvæmd af meiri hagkvæmni vegna áfingar." "Þegar við byrjum að afa nýja færni erum við stíf og klossuð vegna þess að við bindum marga þætti, en smám saman sleppum við fleiri þáttum lausum eftir því sem við lærum stjórn á þeim. Góður árangur felst í því að læra að nýta utanaðkomandi kræfta í stað þess að vinna eingöngu gegn þeim. Allt miðar að mykt hreyfinga og að sem minnst orka fari í þær.

Það eru einmitt þessir þættir sem Roberta Shepherd og Janet Carr leggja áherslu á í aðferðum sínum.

HELSTU VANDAMÁL – MARKMIÐ – MEÐFERÐ.

VANDAMÁL sjúklinga með helftarlæmun eru mismunandi og einstaklingsbundin, en þau algengustu eru:

- óeðlilegur tonus
- skert hreyfigeta/hreyfifærni
- skert skyn og skyntúlkun
- tjáskiptaörðugleikar
- andleg vandamál ss. kvíði.

MARKMIÐ

NAKVÆM GREINING vandamála er undirstaða þess að geta sett skýr markmið og gert markvissa meðferðaráætlun. Stöðugt mat verður einnig að fara fram í meðferð og aðlögun meðferðar er samkvæmt þessu mati. Lögð er áhersla á að greina hreyfingar niður í einstaka hreyfipætti til þess að geta metið hvaða hreyfipættir eru óeðlilegir eða hverja vantar og hvers vegna, þannig að hægt sé að beina meðferðinni að þjálfun þeirra.

MEGINMARKMIÐ í sjúkrabjálfun helftarlameðra eru að:

1. Þjálfu upp aftur eðlilega hreyfingu og ná upp leikni í hreyfingum
2. Hindra mjúkefjabreytingar

MEÐFERÐ.

1. HVATNING

Nauðsynlegt er að útskýra fyrir sjúklingnum markmið meðferðarinnar. Ef sjúklingurinn á að geta verið virkur í meðferðinni, verður markmiðið að vera ljóst fyrir honum. Sjúklingurinn ætti sjálfur að vera með í ráðum við að setja markmið ef nokkur kostur er. Einnig er mjög mikilvægt að aðstandendur sjúklingsins séu vel upplýstir um markmið meðferðarinnar.

Það er mikilvægt að kröfur okkar og markmið meðferðar séu í samræmi við getu sjúklingsins.

2. ÞJÁLFUN SÉRSTAKRA HREYFINGA/ATHAFNA

Þjálfunin beinist að einstökum hreyfipáttum sem hreyfing er samsett úr. Þeir hreyfipættir sem eru skertir/óeðlilegir eru æfðir sérstaklega og síðan sem hluti af heildarhreyfingunni. Með þessu móti verður meðferðin markviss og engum tíma er eytt í æfingar sem ekki hafa augsýnilegan tilgang.

Roberta Shepherd og Janet Carr leggja áherslu á að til þess að ná leikni í ákveðinni hreyfingu/athöfn verði að æfa þá hreyfingu sjálfa, t.d. fæst ekki góð göngufærni nema ganga sé æfð eða leikni í vélritun nema vélritun sé æfð.

3. ENDURTEKNING ÆFINGA

Siendurteknar æfingar eru nauðsynlegar til að ná leikni í hreyfingum. Mikilvægt er að æfingarnar séu rétt framkvæmdar til að þær hafi tilætluð áhrif. Rangar hreyfingar geta beinlínis seinkað framför.

Lögð er áhersla á að sjúklingurinn æfi sig við mismunandi aðstæður, bæði í tímum hjá sjúkrabjálfa og fyrir utan hann. Starfslið deilda og ættingjar sjúklingsins eru hvattir til virkrar þátttöku í meðferðinni.

4. SVÖRUN (FEEDBACK)

Til þess að læra af endurteknum æfingum verður viðkomandi að vita hvort æfingin hafi verið rétt framkvæmd.

Sjúklingurinn er upplýstur um hvaða hreyfipætti vantar/eru skertir og hvers vegna.

Svörunin beinist að þeirri hreyfingu/athöfn sem sjúklingurinn er að æfa.

Svörun getur verið munnleg, sýnd með mælingum eða upptökum á myndbönd svo dæmi séu tekin.

Mjög mikilvægt er að byrja sjúkræðjálfun strax. Með því móti getum við e.t.v. komið í veg fyrir sum vandamál sjúklinga með helftarlömun.

HINDRUN SPASTISITETS.

Við meðferð leggjum við áherslu á að:

- hindra ónauðsynlega/óeðlilega virkni og of mikið áreiti
- forðast að skapa kviða eða spennu
- forðast mótstöðuæfingar og of mikla áreynslu.

1. Rétt lega í rúmi er mjög mikilvæg alveg frá upphafi.

Rétt lega hindrar: þróun spastisitets

legusár

kreppur.

Mikilvægt er að sjúklingurinn sé í antispastisku munstri allan sólarhringinn.

2. Uppblásnar plastspælkur eru notaðar til að:

- a) halda útlím í antispastisku munstri og teygja á spastiskum vöðvum
- b) hindra óeðlilegar meðhreyfingar við æfingar
- c) örva skyn, sérstaklega djúpskyn

3. Rétt þjálfun með áherslu á örvun réttra

jafnvægisviðbragða og eðlilegs þungaburðar ásamt

hindrun óeðlilegra, ónauðsynlegra meðhreyfinga getur

minnkað tilhneigingu til að spastisitet þróist.

Örvun hreyfinga verður að vera varkár og vel stjórnað og við verðum alltaf að vera á varðbergi gegn óeðlilegum meðhreyfingum.

Kviði og áreynsla, bæði líkamleg og andleg getur aukið

spastisitet. Einnig getur kuldi aukið spastisitet.

Lélegt jafnvægi eykur spastisitet og getur það að hluta til verið vegna of mikillar áreynslu og spennu.

JAFNVÆGISÞJÁLFUN

Mjög mikilvægt er að byrja jafnvægisþjálfun eins fljótt og

mögulegt er. Sjúklingar með helftarlömun hafa mjög oft

lélegt jafnvægi og jafnvægisviðbrögð. Þeir halda sér stífum

og öll starfsemi verður skert. Eins og áður sagði eykst

spastisitet einnig af þessum sökum.

Sjúkræðjálfun miðar að því að örva jafnvægi þannig að

sjúklingurinn nái valdi á þyngdarflutningi og geti hreyft

síga í stöðunni. Ef sjúklingurinn heldur sér kyrrum og stífum nást ekki eðlileg jafnvægisviðbrögð.

ÖRVUN EINANGRAÐRA HREYFINGA.

Sjúkraþjálfarar nota margvislegar aðferðir til að örva hreyfingar og skyn.

Mikilvægt er að hjálpa sjúklingnum að upplifa eðlilega hreyfingu um leið og við hindrum óeðlilegar hreyfingar sem ekki gagnast sjúklingnum.

Lögg er áhersla á að afa einstaka hreyfipætti sem vantar samkvæmt greiningu/mati.

Pungaburður á lömuðu hliðina er mikilvægur, bæði til að örva stjórnun hreyfinga og djúpskyn.

Öft hefur því verið haldið fram að bati komi fyrst próksímalt, síðan distalt. Því er þó alls ekki alltaf þannig varið og stundum sjáum við sjúklinga með góða einangraða hreyfingu í hendi/fæti án þess að góð hreyfing sé í öxl eða mjöðm. Stöðugleiki próksímalt er þó nauðsynlegur til að samhæfing verði góð og til að allar samsettar hreyfingar verði eðlilegar. Þjálfun próksímalt og distalt verða því að haldast í hendur.

GÖNGUÞJÁLFUN

Það er mjög einstaklingsbundið hvenær tímabært er að hefja gönguþjálfun. Forsendan fyrir gönguþjálfun er að sjúklingurinn hafi eitthvert vald á jafnvægi og pungaburði.

Það er mikilvægt að byrja ekki gönguþjálfun með hjálpartækjum of snemma. Með því að nota fjórfótsstaf eða annan stuðning frisku megin hindrum við þrúun eðlilegs jafnvægis og pungaburð á lömuðu hliðina. Slík ganga krefst einnig verulegrar áreynslu og eykur hún því spastisitet. Hætta er á að sjúklingurinn verði ekki sjálfbjarga nema að takmörkuðu leyti.

Það er einnig mikilvægt að festa lamaða fótinn ekki í spelkum of snemma. Spelkur hindra eðlileg jafnvægisviðbrögð og örvun hreyfinga í fætinum. Spelkur geta þó orðið nauðsynlegar síðar, sérstaklega þar sem skyn er mikið skert og hætta er á meiðslum.

VERKIR OG SUBLUXATION Í ÖXL

Því miður tekst okkur ekki alltaf jafnvel til og við helst vildum. Við sjáum því miður stundum sjúklinga með sárar axlir og "subluxation".

Orsakir verkja og subluxationar í öxl má oftast rekja til rangrar legu/stöðu á öxlinni/handleggnum.

Fyrirbyggjandi meðferð er því mjög mikilvæg.

Við verðum að reyna að hindra skaða með rétttri legu/stöðu og að sjúklingurinn forðist að láta handlegginn hanga niður með hliðinni.

Sjúkraþjálfarar eru yfirleitt á móti því að nota fatla til stuðnings. Ástæður þess eru margar m.a. að

- fetillinn vinnur gegn skynörvun
- hann heldur handleggnum í spastisku munstri og
- hindrar alla virka hreyfingu á handleggnum

Af sömu ástæðum eru sjúkraþjálfarar oftast andvígir notkun svokallaðs "hemiarms" á hjólastólum fyrir sjúklinga með helftarlömum og kjósa heldur að nota gegnsæ borð til stuðnings þar sem hreyfingar lamaða handleggsins eru ekki hindraðar.

LOKAORÐ

Árangur meðferðar helftarlamaðra er mjög mismunandi og kemur þar margvíslegt til. Skyndtruflanir og skilningur sjúklings skiptir verulegu máli varðandi árangur. Eftir því sem skyndtruflun er meiri, þeim mun erfiðara er að ná góðum árangri og endurhæfing tekur lengri tíma.

Markmiðin sem við setjum okkur skipta einnig verulegu máli og er geysilega mikilvægt að þau séu skýr og markviss. Engin meðferð getur borið árangur ef mat er öruggt og vandamálið er ekki skýrt. Meðferðin verður þá fálmkennd og ómarkviss. Þær aðferðir sem Janet Carr og Roberta Shepherd hafa þróað við sjúkrabjálfun sjúklunga með skaða/sjúkdóma í miðtaugakerfinu lofa góðu. Til þess að tileinka sér aðferðir þeirra til fulls er góð samvinna allra þeirra sem vinna með sjúklinginn nauðsynleg. Til þess að endurhæfing beri betri árangur en nú þarf hún að fara fram allan sólarhringinn. Eingöngu með því að allir vinna saman að sama markmiði getum við náð góðum árangri við meðferð helftarlamaðra.

Desember 1987

Sigrún Knútsdóttir

Heimildir:

1. J. Carr og R. Shepherd: Physiotherapy in disorders of the brain. - 83
2. Margaret Johnstone: Restoration of motor function in the stroke patient. - 83
3. R. Shepherd: Movement science and physiotherapy: deriving implications for the clinic. 10th int. congress for phys.ther. 1987
4. J. Carr: Analysis and training of standing up. 10th int. congress for phys.ther. 1987
5. María Þorsteinsdóttir: Ný vitneskja um hreyfinám og hreyfihegðun og hugsanleg notkun í sjúkrabjálfun. Félagsmiðill íslenskra sjúkrabjálfa 1986.

Ólöf Stefánsdóttir hjúkrunarfræðingur B.Sc.

HJÚKRUN HELFTARLAMADRA

Helftarlömun, samantekt á nokkrum helstu atriðum sem hjúkrunarfólk þarf að hafa í huga við endurhæfingu sjúklinga í og eftir að bráðaveikindum og etv. meðvitundarleysi linnir.

Með helftarlömun er átt við lömun annars helmings líkama sem felur í sér helming andlits, lungu, handlegg og fót sömu hliðar. Skemmd hefur þá orðið á hreyfisviði heilabarkar eða taugapráða "pyramidal tract". Önnur svæði heilabarkar kunna einnig að hafa skaðast þannig að sjón, skynjunar- og máltruflanir verða til staðar. Blæðing eða blóðtappi hægra megin í heila veldur helftarlömun vinstra megin og öfugt. Skaðinn er mismunandi mikill og meta þarf hreyfileika, viðbrögð (reflex) og andlega starfsemi svo sem skynjun, þekkingu, skilning, samskipti, minni og áttun til að hægt sé að setja markmið og áætlun um meðferð. Taka verður einnig tillit til persónuleika, einkenna sjúklings og meta veikleika og styrkleika.

I. Endurhæfingargeta, markmið og tækni.

Endurhæfing byrjar í raun strax á bráðaveikindastigi með því að forða frá fylgikvillum og aflögun líkamshluta. Árangursrík endurhæfing næst einungis með nákvæmri og ítarlegri áætlun.

1. Markmið að endurhæfingaráætlun í byrjun gæti verið:

- Forða fylgikvillum strax í bráðaástandi.
- Koma í veg fyrir aflögun lima, kreppur og skekkjur.
- Endurhæfa sjúklinginn til að verða aftur óháður, t.d. geta gengið, æfa upp lömuðu hendina, við sjálfsumhirðu og geta unnið sitt fyrra starf ef möguleiki er.
- Aðstoða sjúkling í andlegum og félagslegum efnum.

Muna alltaf að endurhæfingin byrjar í raun strax við innlögn. Hvetja þarf sjúklinginn til að æfa upp hina lömuðu hlið og nota hina til sjálfsumhirðu, svo sem borða, bursta tennur, greiða sér, raka, þvo sér og baða, til að vera sjálfbjarga.

2. Nokkur atriði um markmið og meðferð hins lamaða.

- Rétt staða, æfing og snúningur hins lamaða.

Nokkur atriði sem koma í veg fyrir fylgikvilla gætu t.d. verið:

- * Sjúklingur mest látinn vera á ólömuðu hliðinni. Breytt um stellingu og snúið á 2 klst. fresti.
 - * Aldrei að setja kodda undir lamaða hnéð. Nota fótbretti eða kassa til að koma í veg fyrir dropfót.
 - * Passívar æfingar svokallaðar ROM æfingar (range of motion).
 - * Spelkur notaðar eftir vissum reglum á fætur og hendur til að forðast kreppur.
 - * Stuðningur við lamaðan lim þegar breytt er um stöðu. Þyngsli hins lamaða hluta geta valdið liðskekkjum.
- b) Setjast upp, setjast framaná rúmstokk.
Nýta sér heilbrigða hlutann, reisa höfuðið hægt, jafnvægistilfinning er oft skert fyrst, hjálpa sjúklingi til að fá æfingu og öryggistilfinningu.
 - c) Í hjólastól úr rúmi, sérstök handtök og lag þarf að kenna sjúklingi til þess að ná því markmiði að komast hjálparlaust í stólinn.
 - d) Standa upp og ganga.
Sjúklingi er hjálpað að fara fram úr rúmi og standa í fætur eins fljótt og unnt er. Læra aftur að ganga rétt með aðstoð göngugrindar, æfingar hafðar reglulega.
 - e) Grindur eru hafðar uppi á rúmi til öryggis, meðan jafnvægistilfinningu er ekki náð og til að grípa í, hagræða sér í rúmi og setjast upp.
 - f) Mötun og síðan æfa sig að borða sjálfur.
Lömun að hluta til á tungu, munnni og hálsi veldur því að hætta er á að standi í sjúklingi og hann aspireri. Hafa rólegt umhverfi, setja matinn inn um ólamaða hluta munnsins, nota maukfæði fyrst.
 - g) Æfing og þjálfun sem að framan er nefnt, miða að því að forðast aflögun líkamshluta. Ef vel tekst til losnar sjúklingurinn við tvo erfiðustu fylgikvilla lömunar sem eru:
 1. Frosin öxl.
 2. Stytting á hásin.
 - h) Sjúklingar missa oft stjórn á þvaglátum. Það getur stafað af sljóleika, minnistapi, tilfinningalegum þáttum til að fá athygli og skortur á hæfileika til að tjá sig. Meðferð getur þá verið að setja sjúklinginn á blöðruþjálfun og hjálpa honum að ná aftur tökum á þvaglátum.
 - i) Andlitslömun á neðri hluta andlits er algeng við heftarlömun. Þetta gengur oft vel til baka. Stundum er þó notað höluband (facial sling) og nudd eða raferting til að lömunin gangi til baka.

II. Skynjunartruflanir

Hér verður fjallað um hjúkrunarvandamál sjúklinga sem þjást af skynjunartruflunum vegna heilablæðinga og eða blóðtappa í heila.

1. Östöðugar tilfinningar:
 - a) brestur í grát
 - b) miklar geðsveiflur
 - c) dregur sig í hlé
 - d) reiðiköst
 - e) haga sér eins og börn
- Meðferð: Skilningur, stuðningur, breyta umhverfi, fræða aðstandendur.

2. Sjóntruflanir

- a) Skert sjónsvið (Homonymous Hemianopia)
 Sér ekkert öðru megin miðlínu, verður að snúa höfðinu til að sjá.
 Sér beint fram, ekki til hliðar.
 Sér ekki hægra megin við nef.
 Skert sjónsvið.
- b) Truflað vertical skyn getur valdið trufluðum hreyfingum, sýnist dyr, hlutir og fólk hallast.

Meðferð:

- * Æfa sig fyrir framan spegil, sem gefur fulla líkamsstærð.
- * Nægilegt og gott ljós.
- * Merkja fötin e.n. veginn.
- * Setja stól á sama stað, ath. umhverfi t.d. klukka, útvarp.
- * Setja markmið til að aðlagast ástandi.
- * Setja matarílát þeim megin á borð sem sjúklingur sér betur.
 Hafa einfaldleika, 1 disk, 1 glas, 1 áhald til að borða með.
 Þ.e. - rölegt umhverfi við máltíðir
 - matarbakki með fáum áhöldum
 - gefa tíma, siendurtekin æfing, leiðbeiningar.

3. Tilfinningar fyrir líkama.

- a) Tilfinningaleysi fyrir öðrum helmingi líkama (Hemianesthesia).
 b) Sjúkleg öfug tilfinning t.d. brunatilfinning, pikk tilfinning, eins og skordýr sé að skrifa á mann.
 c) Skortur á tilfinningu fyrir vöðvum sem stjórna liðum.

Meðferð t.d.:

- * Snúa höfðinu oft að lamaða og vanrækta hlutanum.
- * Ganga varlega, gá hvar stigið er o.þ.h.

4. Truflun við að túlka skynjunaráhrif.

Hæfileiki tapast til að þekkja hluti, fagheiti Agnosia. Um er að ræða sjón-, snerti-, heyrnar-, bragð-, lyktar- og tímaskynstruflun.

Meðferð:

1. Kenna að laga þetta. 2. Varast slys. 3. Laga umhverfi v/vanræktu hliðar.
 4. Æfa að hugsa um lömuðu hliðina.
5. Sjúklingur getur hreyft t.d. handlegg en getur ekki notað hann til að gera hluti, kallað á fagnáli, Apraxia. Þessi um það eru augnhreyfingar, sem ekki eru undir stjórn (Optokinetic Nystagmus).

Meðferð:

- a) Æfing, stöðug endurtekning til að læra upp á nýtt.
 b) Innsæi í vandamálin. Markmið sett í samráði við sjúkling og samvinna við fjölskyldu.

III. Máltruflanir

Að síðustu er fjallað um máltruflanir.

Fagorð yfir það er Aphasia (flokkun Kertez):

1. Expressiv eða motor Aphasia - getur ekki talað.
2. Receptiv eða sensory Aphasia - skilur ekki eða takmarkað.
3. Anomic, Annesic Aphasia - algengast að gleyma orðum, vantar orð.
4. Global Aphasia - tal og skilning á tali vantar, mjög alvarleg truflun.
 Athuga ber: Mikilvægt er að tala aldrei í viðurvist sjúklings eins og hann skilji ekki og heyri ekki.

- Meðferð: 1. Hægt að láta sjúkling benda í hluti.
2. Láta sjúkling endurtaka tölur.

Hjúkrun á sjúkradeild gæti falið í sér:

- Róa sjúklinginn til að draga úr örvæntingu.
- Tala hægt og skýrt.
- Láta sjúkling fá bjöllu og prófa hana.
- Kenna merkjamál.
- Nota mynda- og orðakort þegar sjúklingur er fær um það.
- Sýna stillingu ef sjúklingur er í tilfinningalegu uppnámi.
- Styðja, fræða og hjálpa fjölskyldu og vinum við aðlögun.

Þetta er stutt samantekt og engan veginn tæmandi á því sem hjúkrunarfólk þarf að vita og gera fyrir sjúklinga sem fengið hafa helftarlömun. Síðan kemur starf sjúkraþjálfara og iðjuþjálfara sem er annar kapituli og verður ekki fjallað um hér.

HEIMILDIR

- Luckman & Sorensen. Medical-surgical nursing, 1980.
Perception disturbance, inhemiplegian, p. 581, 588, 589-592.
- Burt, Margaret M. "Perceptual Deficits in Hemiplegia.
American Journal of Nursing Vol. 70, No. 5, May 1970, p. 1026-1029.
- Larsen, George L. After stroke, Optokinetic Nystagmus.
American Journal of Nursing, Vol. 73, No. 11, nov. 1973, p. 1897.
- Cristo, Shirley. A nursing approach to adult aphasia.
The Canadian Nurse. Sept. 1978, p. 34-39.
- Kertes, A, Classification of Aphasic Phenomena.
The Canadian Journal of Neurologic Sciences, Vol. 3 (May 1976) p. 135-136.
- Madline J. Fox, Patients with Receptive Aphasia,
American Journal of Nursing, Vol. 76, No. 10 (Okt. 1976) p. 1596-1598.

FRÉTTIR

FRÁ VINNUSTÖÐUM :

Styrktarfélag lamaðra og fatlaðra : Gerður Gústavsdóttir hóf störf í ágúst s.l. Sólveig A.Karlsdóttir hóf störf í lok september.

Greiningar og ráðgjafarstöð ríkisins : Snæfríður Þ. Egilson hóf störf í október s.l.

Hjálpartækjabankinn : Jóhanna Ingólfssdóttir tók við starfi iðjupjálfa af Guðrúnu Hafsteinsdóttur í september s.l.

FÉLAGSSTARFSEMI

KJARANEFND

Fulltrúar í kjaradeild ríkisstarfsmanna eru Rósa Hauksdóttir aðalfulltrúi og Bára Sigurðardóttir varafultrúi.

Fulltrúar í kjaradeild borgarstarfsmanna/sveitarfélaga eru Jóhanna Ingólfssdóttir aðalfulltrúi og Ingibjörg S. Asgeirsdóttir varafultrúi.

Fundir hófust í Launamálaráði BHR í september eftir sumarfrí og eru einu sinni til tvisvar í mánuði. Helstu mál á dagskrá eru lífeyissjóðsmálin og frágangur á samningunum þ.e. samræma eldri aðal- og sérkjarasamninga og þá nýju og gefa þá út.

Starfsheitanefnd hefur gert drög að starfslýsingu og munum við reyna að fá þær inn í samningana. Niðurstöðurnar verða kynntar þegar þær koma.

Fyrirhugað var námskeið í 3 hlutum í samningatækni á vegum Launamálaráðs BHR. Gert var ráð fyrir 3-5 fulltrúum frá hverju félagi og voru Rósa, Bára og Kristín skráðar frá ÍF. Námskeiðunum hefur verið frestað fram yfir áramót sökum anna hjá leiðbeinendum þeim sem áttu að sjá um fyrsta hlutann.

FRÆDSLUNEFND

Nefndarmenn: Guðrún Pálmadóttir og Kristjana Fenger.

Vetrardagskrá:

- | | |
|-----------------|---|
| 14.-16. jan. 88 | Námskeið: Organísk mental einkenni/ Guðrún Árnadóttir iðjupjálfi. Staður: Kleppsspítali |
| 10. feb. 88 | Fræðslufundur: Áttunarpjálfun/Anne Grethe Hansen iðjupjálfi. Staður: Hlíðarþær |
| 19. apr. 88 | Fræðslufundur: Vinnusálarfræði/Júlíus Björnsson sálfræðingur. Staður: Gensásdeild Bsp. |

Lausar stöður

Borgarspítalinn

2 stöður Geðdeild

1 staða Arnarholt

1 - Dagdeild Eiríksg. (geðd.)

Endurhæfingad. Lsp

2 stöður -yfiriðjuþjálf

-deildariðj-þjálf

Hlíðaskóli

1 - 50% staða deildariðjuþjálf

Geðdeildir Lsp

10 stöður iðjuþjálf

Breiðagerðisskóli

1 - 20% staða deildariðjuþjálf

Dalbraut

1 staða Barnageðdeild

Dagvistun f. MS sjúkl.
Álandi 13

Hlutastarf

Meðferðarheimilið að
Kleifarvegi

1 staða

Fjórðungssjh. Akureyri

2 stöður-Geðdeild

-Alm. deild

 $\frac{1}{2}$ -1 staða Úldrunardeild

Droplaugarstaðir

1 - 70% staða

Félagsmálastofnun

Afangastaður, Norðurbrún 34, Rvk.

Hrafnista

1 staða

Seljahlíð

Vistheimili fyrir aldraða

1 staða

Kópavogshæli 2 stöður	Tjaldanes $\frac{1}{2}$ -1 staða
Heilsugæslustöðin á Egilsstöðum $\frac{1}{2}$ staða	Iðjulundur Akureyri 1 staða
Auk þess hafa eftirtaldar stofnanir sýnt áhuga á að fá iðjubjálfa til starfa: KRISTNESSPÍTALI ÚSKJUHLEIÐARSKÓLI VINNU- OG DVALARHEIMILI SJÁLFSBJARGAR	



Orðsending til fégasmanna:

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

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

IDJUPALFAR A ÍSLANDI í nóv. 1987:

Borgarspítalinn í Fossvogi, 108 Rvk. s. 696600

Lyflækningadeild s. 681

Ingibjörg S. Asgeirsdóttir	Skólabraut 53	s. 611058
	170 Seltjarnarnes	
Lilja Ingvarsson	Einholti 11	s. 11888
	105 Reykjavík	

Endurhæfingardeild, Grensás. s. 685177/38

Guðrún Arnadóttir	Hvassaleiti 30	s. 31086
	103 Reykjavík	
Elín Hannesdóttir	Baldursgötu 7	s. 618238
	101 Reykjavík	
Lillý Sverrisdóttir	Ljósabergi 8	s. 52485
	220 Hafnafjörður	
Sigrún Garðarsdóttir	Hjarðarhaga 42	s. 13267
	107 Reykjavík	

Landspítalinn v/Eiríksgötu, 101 Rvk. s. 29000

Geðdeild s. 650/651/652

Bára Sigurðardóttir	Veghúsastíg 1A	s. 22037
	101 Reykjavík	
Elín Ebba Ásmundsdóttir	Laugavegi 53A	s. 615683
	105 Reykjavík	
Kristín Kristjánsdóttir	Seljavegi 27	s. 23946
	101 Reykjavík	
Maren Ósk Sveinbjörnsd.	Ásparfelli 2	s. 78824
	101 Reykjavík	
Sylviane L. Pétursson	Marargötu 4	s. 28594
	101 Reykjavík	

Öldrunarlækningadeild s. 583

Rósa Hauksdóttir	Laufásvegi 60	s. 11029
	101 Reykjavík	

Endurhæfingardeild s. 669

STYRKRTARFEL. LAMADRA OG FATL. Háaleitisbr.11-13 s. 84999

Anna S. Jónsdóttir	Austurbergi 14	s. 76564
	111 Reykjavík	

Elsa Ingimarsdóttir	Logafold 47	s. 675323
	112 Reykjavík	
Gerður Gústavsdóttir	Gígjúlundi 8	s. 656711
	210 Garðabæ	
Hrefna Óskarsdóttir	Njálsgötu 50	s. 20987
	101 Reykjavík	
Sólveig A. Karlsdóttir	Hátúni 4, 3C	s. 621247
	105 Reykjavík	

VINNUHEIMILIÐ AD REYKJALUNDI, 270 Varmá s.666200/102

Guðrún Pálmadóttir	Aslandi 8	s. 667117
	270 Varmá	
Hildur Þráinsdóttir	Neðribraut 6	s.666200/170
	270 Varmá	
Ingibjörg Pétursdóttir	Efribraut 5	s.666200/161
	270 Varmá	
Margrét Sigurðardóttir	Sæviðarsundi 52	s. 39288
	104 Reykjavík	
Rannveig Baldursdóttir	Suðurrhólum 6	s. 76796
	111 Reykjavík	
Sigríður Hermannsdóttir	Ægissíðu 52	s. 20077
	107 Reykjavík	
Sigríður Jónsdóttir	Efstasundi 81	s. 35229
	104 Reykjavík	
Sigríður Loftsdóttir	Reykjavíkurb. 29	s. 621073
	101 Reykjavík	

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

Anna Sveinbjörnsdóttir	Bröttuhlíð 5	s.99/4255
	810 Hveragerði	
	1 Rvk.: Reynimel 80	s. 20049
	107 Reykjavík	
Unnur Alfreðsdóttir	Vallargerði 14	s. 41051
	200 Kópavogur	

GREININGAR OG RADGJ.STÖÐ RÍKISINS, Sæbr.1-2, Seltj.s. 611180

Snæfríður Þ. Egilson	Laugateigi 46	s. 32735
	105 Reykjavík	

HJALPARTÆKJABANKINN, Nóatúni 21, 105 Rvk. s.21333/21642

Jóhanna Ingólfssdóttir	Laugarásvegi 17	s. 30101
	104 Reykjavík	

HLÍÐARBÆR, Flóka götu 53, 105 Rvk. s. 621722

Anne Grethe Hansen	Aslandi 12	s. 667262
	270 Varmá	

IDJUPJALFAFÉLAG ÍSLANDS/GEDHJALP

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

<u>IDNSKÓLINN í REYKJAVÍK</u>		s. 26240
Eiríka Sigurhannesdóttir	Dvergholti 7 270 Varmá	s. 667383
<u>KLEPPSSPÍTALINN, 104 Rvk.</u>		s.38160/48
Jóna Kristófersdóttir	Kleppsvegi 120 104 Reykjavík	s. 34227
<u>MOLABÆR, Armúla 34, 108 Rvk.</u>		s. 687122
Peggy Helgason	Skildinganesi 22 101 Reykjavík	s. 623808
<u>TRYGGINGASTOFNUN RÍKISINS, Laugav.114,105 Rvk.</u>		s.19300/234
Björk Pálsdóttir	Stóragarði 12 108 Reykjavík	s. 687468
<u>ÖRVI í KÓPAVOGI</u>		s. 43277
Bjargey Ingólfssdóttir	Alftamýri 56 108 Reykjavík	s. 84793
<u>DVALARHEIMILID HVAMMUR, Húsavík</u>		s.96/41333
Ólöf Leifsdóttir	Hrísteigi 2 Reykjahreppi 641 Húsavík	s.96/43928
<u>SJÓKRAHÚS AKRANES, Heiðarbr. 30, 300 Akranes</u>		s.93/2311
Sigrún Asmundsdóttir	Suðurgötu 78 300 Akranes	s.93/2723
<u>STARFSD.NORÐURL.UMDÆMIS EYSTRÁ, Löngumýri 15, Ak.</u>		s.96/26780
Katla Kristvinsdóttir	Mýrarvegi 124 600 Akureyri	s.96/27032
<u>SVÆDISSTJ. AUSTURLANDS, Vonarland, 700 Egilsst.</u>		s.97/1833
Sigríður Þorvaldsdóttir	Miðgarði 4 700 Egilsstaðir	s.97/1554
<u>EKKI FASTRADNIR IDJÚÐJALFAR:</u>		
Guðrún Hafsteinsdóttir	Engjaseli 33 109 Reykjavík	s. 675328
Ingibjörg Jónsdóttir	Alfatúni 7 200 Kópavogur	s. 43773
Katla Kristvinsdóttir	Mýrarvegi 124 600 Akureyri	s.96/27032
Kristín Tómasdóttir	Hrafnegilsstr. 22 600 Akureyri	s.96/21084

Kristjana Fenger	Barmahlíð 50	s. 29715
	105 Reykjavík	
Valrós Sigurbjörnsdóttir	Tómasarhaga 34	s. 13738
	107 Reykjavík	

ÍSLENSKIR ÍDJUÐJALFAR ERLendis:

Anna G. Arnardóttir	Studiegången 13-041, 416-81 Göteborg, <u>Sverige</u>
Björk Steingrímsdóttir	Fynsgade 2 a 8700 Horsens, <u>Danmark</u>
Elisabet Vernharðsdóttir	Álvdalsgatan 7,II 652-29 Karlstad, <u>Sverige</u>
Elsa S. Þorvaldsdóttir	Kongensgade 84 7000 Trondheim, <u>Norge</u>
Finnur Bárðarson	Centrala Arbetsterapien Länssjukhuset, 301-85 Halmstad, <u>Sverige</u>
Guðrún Ársælsdóttir	Irisvej 20 8722 Hedensted, <u>Danmark</u>
Guðrún Emilsdóttir	Ernst Torulfsgatan 11 E 416-73 Göteborg, <u>Sverige</u>
Guðrún Stefánsdóttir	Rode Kruislaan 979 1111 ZW Diemen, <u>Holland</u>
Hallfríður Bjarnadóttir	Fredrekstangvej 27 B 4300 Sandnes, <u>Norge</u>
Helga Óskarsdóttir	<u>England</u>
Hrafnhildur Arnkelldóttir	Sandspåret 29 424-31 Angerred, <u>Sverige</u>
Jóhanna Erla Eiríksdóttir	Græshavevej 8 b 2730 Herlev, <u>Danmark</u>
Kolbrún Ragnarsdóttir	Ryesgade 31 B st.t.v. 2200 København N, <u>Danmark</u>
Sigurður Sigurðsson	Møgeltøndergade 8, Vesterbro København, <u>Danmark</u>
Steinunn Jóhannsdóttir	c/o Tómasson Landalagången 13 411-30 Göteborg, <u>Sverige</u>
Unnur Jóhannsdóttir	<u>Danmark</u>
Valborg H. Kristjánsdóttir	Nedre Møllenberget 7043 Trondheim, <u>Norge</u>
Viðar Óskarsson	Vigerslevvej 64 2500 Valby, <u>Danmark</u>
Þóra Gestsdóttir	Græshavevej 8 b 2730 Herlev, <u>Danmark</u>

ÍDJUÐJALFANEMAR:

Aætluð námlok 1988:

?	Guðrún Guðfinnsd.	Postbox 4955, Richmond, Virginia 23220, <u>U.S.A.</u>
Jan.	Anna Valdimarsdóttir	Havsörnsgatan 103 55270 Jönköping, <u>Sverige</u>
?	Anna Vilhjálmsdóttir	Grindtorpsvej 45, 5. hæð 1832 Tåbee, <u>Sverige</u>

Jan.	Helga Guðjónsdóttir	Borgm. Jørgensensvej 5/95 9000 Ålborg, <u>Danmark</u>
Mars	Guðrún A. Einarsd.	Skovvejen 85 I 8000 Århus C, <u>Danmark</u>
Mars	Hlín Guðjónsdóttir	Rendsborggade 7/vær.135 7500 Holstebro, <u>Danmark</u>
Mars	Kristín Sigursveinsd.	Ergoterapeutskolen i Københ. Lersø Parkallé 38 2100 København Ø, <u>Danmark</u>
Júní	Asta Guðjónsdóttir	210 Carrie Lane B 206, Redlands, CA. 92373, <u>U.S.A.</u>
Júní	Erna Magnúsdóttir	Øresundkollegiet Dalslandsgade 8, K 203 2300 København S, <u>Danmark</u>

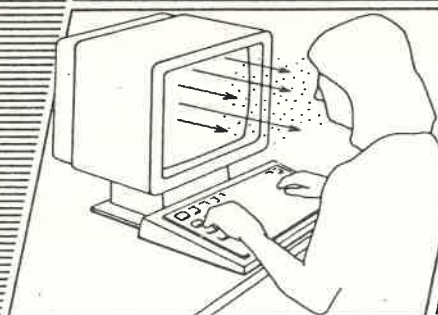
Aætluð námslok 1989:

Jan.	Bóra Leósdóttir	Ergoterapeutskolen i Københ. Lersø Parallé 38 2100 København Ø, <u>Danmark</u>
Jan.	Bórunn Þórarinsd.	Kännärsvägen 5, E 121 22246 Lund, <u>Sverige</u>
Mars	Guðbjörg D. Tryggvad.	Spobergvej 48 8220 Brabrand, <u>Danmark</u>
Júní	Annetta Ingimundard.	Øresundkollegiet Dalslandsgade 8. F 703 2300 København S, <u>Danmark</u>
Júní	Krisjana Ólafsdóttir	Klöver Vägen 28 90249 Umeå, <u>Sverige</u>
Júní	Sigríður Pétursd.	Brogade 1, 1.t.h. 4700 Næstved, <u>Danmark</u>

Aætluð námslok 1990:

Mars	Anna Ásmundsdóttir	Rektorparken 24, 2.t.v. 2450 København S.V., <u>Danmark</u>
Mars	Soffía Haraldsdóttir	Spobergvej 112 8220 Brabrand, <u>Danmark</u>
Júní	Hrönn Guðmundsdóttir	1716 Alder Creek ct. San Jose, CA. 95148, <u>U.S.A.</u>
Júní	Þórhildur Sveinsd.	Bosboom Tousarntstaat 36 1054 AT Amsterdam, <u>Holland</u>

ÞJÁIST ÞÚ AF...



**höfuðverk og augnþreytu
þegar þú vinnur við tölvuna.**

Þá ættir þú að reyna skjásíu frá XIDEX. Skjásían varnar glampa og gefur skarpri mynd. Þess vegna dregur hún úr höfuðverk og augnþreytu þeirra er vinna við tölvur.

XIDEX skjásíuna er hægt að nota við flestar gerðir af tölvum.

Fást hjá:

Skriftstofuvélum, Hverfisgötu 33, Reykjavík.

Örtölvutækni sf., Armúla 38, Reykjavík.

Pennanum, Hallarmúla 2, Reykjavík.

Griffii, Síðumúla 35, Reykjavík.

Máli og menningu, Laugavegi 18, Reykjavík.

Tölvutækni sf., Gránufélagsgötu 4, Akureyri.

Bókaverzlun Jónasar Tómassonar, Hafnarstræti 2, Ísafirði.

Bókaúð Keflavíkur, Sólvaldagötu 2, Keflavík.



**TÆKNI
VAL**

Grensásvegi 7, Reykjavík, Símar 681665 og 686064.

XMI

GÆDA DISKLINGAR

2

- VERIÐ ÖRUGG
- VELJIÐ **XMI₂** DISKLINGA
- YFIR 5 ÁRA REYNSLA

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)-21333.

HJÁLPARTÆKJABANKINN



NÓTATÚNI 21, SÍMI 2 13 33, TELEX NR. 2180, REYKJAVÍK