



REYKJALUNDUR
endurhæfing

Vísindadagur
10. nóvember 2006

Dagskrá

Útdrættir

Föstudaginn 10. nóvember 2006 kl. 13-16

Dagskrá

Kl. 13.00	Formaður vísindaráðs Ólöf H. Bjarnadóttir, læknir, setur daginn
Kl. 13.10	Úthlutun styrkja úr Vísindasjóði Reykjalundar
Kl. 13.30	Veggspjaldasýning Höfundar standa við veggspjöldin og svara spurningum
Kl. 14.30	Kaffveitingar
Kl. 15.00	Erindi
Kl. 16:00	Slit vísindadags

Fundarstjóri: Dr. Marta Guðjónsdóttir, rannsóknarstjóri.

Veggspjöld

- V1 Exercise capacity of very obese patients entering an obesity rehabilitation program
Guðlaugur Birgisson, Marta Guðjónsdóttir og Ludvig Guðmundsson
- V2 Depression and anxiety in very obese patients in an outpatient program in the Reykjalundur Rehabilitation Centre in Iceland.
Vera Siemsen , Sofía B Pétursdóttir, Marta Guðjónsdóttir og Ludvig Gudmundsson
- V3 Prevalence of obesity and severe obesity among rehabilitation patients
Bergur Heimir Bergsson, Ludvig Gudmundsson and Marta Gudjonsdottir
- V4 Ungur maður með langvinnan taugasjúkdóm, case study. Endurhæfing á Hæfingarsviði.
Edda B. Skúladóttir, Hafdís Gunnbjörnsdóttir og Maggý Magnúsdóttir
- V5 Huglægt mat á árangri markmiðssetningar, skipulögð þjónusta og fjölskyldufundir.
Hafdís Gunnbjörnsdóttir, Ólöf Bjarnadóttir og Þorbjörg Oddgeirsdóttir.
- V6 A new approach in rehabilitation of Brain Injured patients in Iceland.
O. Bjarnadóttir, S. Palsson, M. Sigurdardóttir, E. Skuladottir, and M. Magnusdottir
- V7 Comparison of cognitive behaviour group therapy and rehabilitation for treatment-resistant depression
Ragnhildur Guðmundsdóttir, Inga Hrefna Jónsdóttir, Sylvía Ingibergsdóttir, Þórunn Gunnarsdóttir and Pétur Hauksson
- V8 Cognitive behaviour therapy for chronic pain: preliminary results of randomised controlled trial in an pain management intervention
Inga Hrefna Jónsdóttir, Magnús Ólason, Hlín Kristbergsdóttir, Þóra Hjartardóttir, Gunnhildur L. Marteinsdóttir and Rúnar Helgi Andrason
- V9 Endurhæfing og eftirfylgd - Reynsla, ánægja og lífsgæði skjólstæðinga –
Margrét Sigurðardóttir, Anna Dís Guðbergsdóttir og Rakel Björk Gunnarsdóttir
- V10 Framhaldspjálfun hjartasjúklinga eftir endurhæfingu á Reykjalundi
Grímur Sævar Kristjánsson, Viðar Halldórsson og Magnús R. Jónasson
- V11 Meðferð þunglyndis og kvíða sjúklinga í hjartaendurhæfingu
Magnús R. Jónasson og Karl Kristjánsson
- V12 Shortness of Breath before and after Six Weeks of In-Patient Pulmonary Rehabilitation
Elfa.D. Ingolfssdottir, Gudbjorg Petursdottir, Marta Gudjonsdottir
- V13 Effect of pulmonary rehabilitation on health status, depression and anxiety
Marta Gudjonsdottir, Elfa D. Ingolfssdottir, Gudbjorg Petursdottir.

- V14 Noninvasive vs Invasive Predictors of Exercise Limitation in Patients with COPD
L. Appendini, M. Gudjonsdottir, A. Patessio, A. Purro, R. Colombo, C.F. Donner, A. Rossi, and J. Milic-Emili
- V15 What causes morning tiredness in COPD patients?
Dóra Lúðvíksdóttir, Guðrún Bjarnadóttir, Aldís Jónsdóttir og Marta Guðjónsdóttir
- V16 Weight control during inpatient pulmonary rehabilitation
Hans J. Beck, Marta Gudjonsdottir, Aldis Jonsdottir.
- V17 Reproducibility of six-minute walking tests performed by cardiac and pulmonary patients
Marta Gudjonsdottir , Solrun Jonsdottir , Bjorn Magnusson and Stefan B. Sigurdsson .

Erindi

- E1 Forprófun á PDQ-39 IS, lífsgæðalisti fyrir fólk með parkinsonsveiki. Pilot-study.
Ólöf H. Bjarnadóttir og Hafdís Gunnbjörnsdóttir
- E2 Greining á þunglyndi og kvíða sjúklinga í hjartaendurhæfingu
Magnús R. Jónasson og Karl Kristjánsson
- E3 Þáttur taugasálfræðilegs mats í rannsókn á erfðum Alzheimers-sjúkdóms
Smári Pálsson
- E4 Grundvallarþættir í reynslu sjúklinga af endurhæfingu, með áherslu á þeirra eigin lýsingu á þörfum sínum
Jónína Sigurgeirsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir

Útdrættir

V1

Exercise capacity of very obese patients entering an obesity rehabilitation program

Gudlaugur Birgisson, Marta Gudjonsdottir og Ludvig Gudmundsson
Reykjalundur, Rehabilitation Centre, Mosfellsbaer, Iceland

Objectives: It's a well accepted fact that part of the reason for obesity is lack of physical activity. Therefore we wanted to know how very obese subjects score on classical exercise tests, namely a 6 minute walking test (6 MWT) and the maximum ergometer test. Subject scores were then compared to reference values for each test.

Subjects: All patients entering the obesity rehabilitation program at Reykjalundur Rehabilitation Centre during 2003-2005 were tested. The group consisted of 181 patients, 149 women and 32 men. Mean age was 37.8 ± 12.6 and mean body mass index (BMI) was 46.0 ± 6.1 .

Methods: At the time of entering the rehabilitation program subjects went through two 6 MWT's and one maximum ergometer test. The walking tests and the maximum ergometer test were performed on separate days. Scores for the better 6 minute walking test were compared to reference values for the distances walked. Scores on the maximum ergometer test were compared to reference values for absolute watts (Wmax) and watts per kilo (W/kg).

Results: The table below describes outcome values for Wmax and W/kg from the maximum ergometer test compared with predictive reference values. Additionally the outcome from the 6 MWT in metres was compared with predictive values (% pred).

Results (mean \pm SD)

		N	Wmax (% pred)	W/kg (% pred)	6MWT (%pred)
Females	≤ 40 years	94	166 \pm 24 (84 \pm 12)	1.28 \pm 0.23 (46 \pm 9)	570 \pm 54 (81 \pm 78)
	> 40 years	55	135 \pm 32 (78 \pm 14)	1.14 \pm 0.30 (46 \pm 11)	540 \pm 85 (83 \pm 12)
Males	≤ 40 years	18	219 \pm 45 (72 \pm 16)	1.39 \pm 0.38 (38 \pm 10)	610 \pm 42 (79 \pm 6)
	> 40 years	15	180 \pm 53 (73 \pm 16)	1.18 \pm 0.28 (40 \pm 10)	540 \pm 81 (77 \pm 8)

Conclusion: Very obese patients have markedly lower exercise capacity than reference subjects, both when in terms of absolute values and especially when related to their weight. Structured individualized physical training is crucial for realizing their aim to improve physical performance.

V2

Depression and anxiety in very obese patients in an outpatient program in the Reykjalundur Rehabilitation Centre in Iceland.

Vera Siemsen RN, Sofía B Pétursdóttir RN, Marta Guðjónsdóttir Ph.D., Ludvig Gudmundsson MD

Division of Obesity, Reykjalundur Rehabilitation Centre, Iceland.

It is not known how severe or common depression and anxiety are in very obese patients. The aim of our study was to evaluate how common depression and anxiety problems were in patients that entered our outpatient program.

In our outpatient program, the patient meets the physician or a nurse once a month for control, support and education. After having fulfilled a defined goal he enters the inpatient program.

To measure depression and anxiety we used Beck's Depression Inventory (BDI) and Beck's Anxiety Inventory (BAI) that are widely known and used in many countries.

The BDI consists of 21 questions, with scores ranging from 0 to 63.

The BAI consists of 21 questions, also with scores ranging from 0 to 63.

During 2004 and 2005 a total of 61 patients (49 women and 12 men) answered the BDI and BAI questions. The average age was 41 ± 10 years and the average body mass index (BMI) was $46.7 \pm 5.6 \text{ kg/m}^2$.

We considered patients as having an abnormal mental status if the BDI score was ≥ 10 or they were on anti-depressive treatment.

For the BAI we considered patients abnormal if the score was ≥ 8 .

Of the 61 patients examined, 11 had normal scores, but 50 patients were depressed and/or had anxiety problems.

The mean BDI score for depressed patients (N= 43) was 26.7 ± 12.0 and for patients with anxiety (N=35) the mean BAI was 20.7 ± 11.1 . These scores are comparable to scores for patients entering psychiatric treatment for these problems.

We conclude that depression and anxiety were common among the very obese patients in our study. This finding should be taken into account when organizing rehabilitation programs for these patients.

V3

Prevalence of obesity and severe obesity among rehabilitation patients

Bergur Heimir Bergsson, Ludvig Gudmundsson and Marta Gudjonsdottir
Reykjalundur Rehabilitation Centre, Mosfellsbaer, Iceland.

Objective

Obesity has been increasing in our society and is considered a major health risk factor. It is of interest to look at the development and prevalence of obesity (BMI>30) and severe obesity (BMI>40) among people with chronic diseases and disabilities at a major rehabilitation centre. At the Reykjalundur rehab centre more than a thousand patients each year are involved in rehab programs in nine main fields: heart, lung, psychiatric, arthritis, pain, neurology, habilitation, occupational rehabilitation and severe obesity.

Method

5284 patients were weighed, their height was measured and BMI calculated on arrival at the Reykjalundur Rehabilitation Centre. Those entering the program organized for severely obese patients were excluded from the study.

Results

The following table gives the results (mean \pm SD).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
N	954	858	880	891	837	864
BMI (kg/m ²)	28.8 \pm 6.6	29.0 \pm 6.5	29.6 \pm 6.9 ^{so}	29.4 \pm 6.2 ^s	29.4 \pm 6.7 ^s	30.3 \pm 6.9 ^{s*}
N of BMI>30	327	326	373	360	333	404
(% of total N)	34%	38%	42%	40%	40%	47%
N of BMI>40	58	52	70	49	56	84
(% of total N)	6%	6%	8%	5%	7%	10%

^sp<0.05 year vs 2000, ^op<0.05 year vs previous year; ^{*}p<0.05 year vs all previous years

Conclusions

The percentage of obese patients entering rehabilitation programs at Reykjalundur has increased and far exceeds the number of obese in the general population, thus strengthening the cause-effect relationship between diseases and obesity.

**Ungur maður með langvinnan taugasjúkdóm, case study.
Endurhæfing á Hæfingarsviði.**

Edda B. Skúladóttir, iðjubjálfi, Hafdís Gunnbjörnsdóttir, hjúkrunarfræðingur, Maggý Magnúsdóttir, félagsráðgjafi og.

Reykjalundur endurhæfing

Inngangur: Markhópur hæfingar eru einstaklingar með meðfædda eða snemma áunna fötlun, t.d. vegna heilalömunar (CP), vöðvarýrnunarsjúkdóma eða annarra sjúkdóma í taugakerfi. Samkvæmt þjónustusamningi á Tauga- og hæfingarsvið Reykjalundar að sinna 45- 50 einstaklingum á ári.

Markmið: Unnið hefur verið að því að efla og þróa endurhæfingu á Hæfingarsviði til að mæta betur þörfum markhópsins. Í Hæfingarteymi er hópur fólks með mismunandi fagþekkingu sem vinnur út frá þjálfun og markmiðum hvers einstaklings. Áhersla er lögð á að styðja og efla einstaklinginn til þátttöku, virkni og auka ábyrgð hans á eigin heilsu. Markvisst er unnið með markmið einstaklings í náninni samvinnu við hann á reglulegum fundum.

Þetta hefur leitt til aukinnar skörunar og samvinnu milli fagstétta í teyminu sem hefur gefist vel. Ennfremur er aukin samvinna við þjónustukerfi í nánasta umhverfi hvers og eins. Til að fylgja eftir árangri endurhæfingar er nauðsynlegt að geta fylgt einstaklingum og aðstandendum þeirra eftir á göngudeild.

Endurhæfingarferli ungs manns með langvinnan taugasjúkdóm.

Umræður og lokaorð: Reynsla síðustu tveggja ára sýnir að þörf er á endurhæfingu fyrir þennan markhóp. Einstaklingar hafa komið auga á eigin styrkleika og fengið tækifæri til að nýta þá til aukinnar þátttöku og virkni og þannig bætt lífsgæði. Áhugi er fyrir hendi hjá aðstandendum og þjónustukerfi varðandi samstarf. Við teljum að samvinna sé nauðsynleg til að viðhalda árangri endurhæfingar. Mikilvægt er að fólk með fötlun hafi tækifæri til að endurmeta stöðu sína og fái viðeigandi faglegan stuðning til að finna lífi sínu nýjan og betri farveg.

Huglægt mat á árangri markmiðssetningar, skipulögð þjónusta og fjölskyldufundir.

- **Höfundar:** Hafdís Gunnbjörnsdóttir, hjúkrunarfræðingur; Ólöf Bjarnadóttir, læknir, og Þorbjörg Oddgeirsdóttir, sjúkraliði.
- **Reykjalundur endurhæfing**
- ✓ **Inngangur:** Mikilvægt er að meta árangur í endurhæfingu eins og í annarri meðferð. Innan endurhæfingar eru engar sannprófaðar aðferðir til. Í endurhæfingu er lögð áhersla á að vinna með markmið sem teymi setur með eða án sjúklings eftir því sem við á. Lokatakmark endurhæfingar hlýtur að vera að ná markmiðum. Endurhæfing á Tauga- og hæfingarsviði er flókin og fjölþætt. Þess vegna er oft nauðsynlegt að meðferð sé í samvinnu við aðstandendur og þjónustukerfi. Til að reyna að tryggja að árangur endurhæfingar haldist hefur vinna á Tauga- og hæfingarsviði þróast í átt að aukinni samvinnu við fjölskyldu og þjónustukerfi.

Tilgangur: Tilgangur var að meta hvort markmiðssetning náist með huglægu mati fagaðila. Einnig skoðuðum við hve stór hluti sjúklinga á Tauga- og hæfingarsviði þarfnast skiplagðrar þjónustu eftir útskrift og/eða formlegra funda með aðstandendum hvort heldur sem var til fræðslu, stuðnings eða við gerð áframhaldandi endurhæfingaráætlunar. Samfara þessu voru almennum heilsufarsupplýsingum safnað um sjúklingana.
- ✓ **Efni/aðferðir:** Allir sjúklingar sem leggjast inn á Tauga- og hæfingarsvið frá jan-sept 06. Einfalt eyðublað með heilsufarupplýsingum er fyllt út fyrir hvern sjúkling.
- ✓ **Niðurstöður:** Sjúklingar á sviðinu voru 94 en niðurstöður liggja fyrir frá 74. Markmið náðust hjá langflestum. Formlegir fundir með fjölskyldu og fleiri aðilum svo sem fulltrúum frá félagsþjónustunni, svæðisþjónustu og heimahjúkrun voru haldnir hjá um 60% sjúklinga.

Ályktun/umræða/túlkun: Markmið voru þverfagleg og snúa oft að svipuðum þáttum eins og aukinni virkni, að fara í vinnu eða bæta jafnvægi og skiplag í daglegu lífi. Mat teymis var að sjúklingar á Tauga- og hæfingarsviði þurfa utanað komandi þjónustu eftir útskrift og mikilvægi þátttöku aðstandenda í endurhæfingu var staðfest.

V6

A new approach in rehabilitation of Brain Injured patients in Iceland.

Bjarnadottir, O., M.D.; Palsson, S., neuropsychologist; Sigurdardottir, M., occupational therapist; Skuladottir, E., occupational therapist; Magnúsdottir, M., social worker.
Reykjalundur rehabilitation centre. Iceland

The Neurorehabilitation section in Reykjalundur treat about 120 patients each year, with various neurological diseases, like MS, Parkinson's disease, epilepsy, stroke, and brain injury. The treatment is mostly inpatient or day care.

In Iceland like many other countries brain injury patients lack support in the community. The Neurorehabilitation at Reykjalundur has a cognitive rehabilitation team, which established a new service in the year 2004 to implement a new approach in the care of these patients.

All patients, whose requests indicate cognitive impairments, initially go through structured assessments given by each team member. The aim is to map the patient's strengths and weaknesses. Their closest family member is also interviewed. At a discharge meeting, with the patient and the family member the team's advice is discussed and re-evaluated if necessary.

Most patients are referred to an inpatient programme and/or recommended a follow up programme on outpatient basis. Outpatient's treatment is e.g. regular support by 1-2 team members, education in school/work, education to family and professionals in patient's home district, or consultative meeting with people from various organisations.

This poster is meant to describe the team approach to show in more details what type of services the patients required.

Comparison of cognitive behaviour group therapy and rehabilitation for treatment-resistant depression

Ragnhildur Guðmundsdóttir¹, Inga Hrefna Jónsdóttir², Sýlvía Ingibergsdóttir², Þórunn Gunnarsdóttir² and Pétur Hauksson² ¹Department of Psychology, Leiden University, The Netherlands
²Reykjalundur Rehabilitation Centre, Iceland

Introduction

Many depressed patients do not respond sufficiently to conventional therapy. Therefore, it is important to study treatment of chronic or treatment-resistant depression. Knowledge on the merits of cost-effective group therapy is also valuable.

Aim

The main aim of the research project is to assess and compare the effects of an outpatient group cognitive behaviour therapy (CBT) and inpatient rehabilitation of depressed patients who have not responded sufficiently to other treatment.

Methods

109 patients on waiting list of the psychiatric department of a rehabilitation centre were screened for depression on patients' records. They were then randomly divided into two groups, an outpatient CBT group and a control group, and were asked to participate in the study. 25 patients, 16 in the CBT group and 9 in the control group, gave their consent and went through first assessment at the start of treatment/control. 8 dropped out of the CBT group, 6 of those in the first two weeks of therapy. 2 dropped out of the control group, after first assessment and 1 was excluded as not meeting criteria of not receiving CBT or rehabilitation during the six weeks of the study. A group of 43 received inpatient treatment-as-usual, rehabilitation, for approximately six weeks. CBT was manual-based, with 12 sessions of 90 minutes, 2 per week. The group had 8-12 participants and 2-3 therapists. CBT was provided by a multi-disciplinary team, a nurse, an occupational therapist, a psychiatrist, a psychologist and a psychology student in training. In the analysis, numbers of participants were as following: CBT (N=8), rehabilitation (N=43), control (N=6).

Results

Treatment gave significantly lower scores on all scales at the end of treatment, than at the start of treatment. BDI scores decreased significantly more during treatment, than in control group. BAI scores decreased significantly more during CBT, than in control group. BDI, BAI and ATQ scores decreased significantly more during rehabilitation, than in control group. In CBT group, one participant had especially fluctuating scores on BDI throughout therapy, and raised mean score on BDI at the end of treatment. In CBT group 25% were female, in rehabilitation group 66% were female, and in control group 86% were female.

Conclusion

Both treatments, outpatient group CBT and inpatient rehabilitation, seem to be effective in reducing symptoms of anxiety and depression. The method led to an unequal sample sizes which may have influenced analysis, as well as small samples in CBT and control groups. Gender distribution may imply that an outpatient CBT is a better option for men and an inpatient rehabilitation is a better option for women. CBT group therapy could be a good way to shorten waiting list for rehabilitation and/or to prepare patients for the rehabilitation program.

COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY FOR CHRONIC PAIN: PRELIMINARY RESULTS OF A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL IN AN INTERDISCIPLINARY PAIN MANAGEMENT INTERVENTION

Inga Hrefna Jónsdóttir¹, Magnús Ólason¹, Hlín Kristbergsdóttir², Þóra Hjartardóttir¹, Gunnhildur L. Marteinsdóttir¹ and Rúnar Helgi Andrason¹

¹Reykjalundur Rehabilitation Centre, Iceland²University of Iceland, Faculty of Social Science

Introduction

Common psychological consequences of chronic pain are depression, anxiety, anger, catastrophizing and fear and avoidance behaviour. Cognitive behaviour therapy (CBT) has been extensively evaluated and shown to be effective in terms of its impact on a number of biopsychosocial variables in chronic pain.

Aim

The aim of this study is to evaluate the outcome of CBT in an interdisciplinary pain management intervention, to examine whether CBT is more effective than pain management treatment as usual, in improving health outcomes.

Methods

Patients are allocated by systematic randomization until ca 150 patients have been enrolled. Follow-up period is one and two years respectively. To evaluate the outcome, the results from series of measures; questionnaires, clinical examinations and evaluations are analysed six weeks prior to admittance to the rehabilitation programme (baseline - control), at the start of treatment and after six weeks of rehabilitation. Patients are screened into the CBT treatment group on the basis of their scores on questionnaires that measure anxiety (BAI) and depression (BDI-II), fear and avoidance behaviour (FABQ) and catastrophizing (PCS). The screening led up to an almost equivalent size sample of three groups: 1. Not meeting criteria for CBT. 2. Meeting criteria for CBT but not receiving it (control group). 3. Meeting criteria for CBT and receiving CBT (treatment group). The participants meeting criteria for CBT were randomly divided into those two groups. The control group was offered a conventional interdisciplinary pain management treatment for 6 weeks. The treatment group received in addition 12 sessions of individual manual-based CBT.

Results

The preliminary results of the first 65 patients (65% female; mean age: 39 (19-58); duration of pain 5 years or more: 64%) indicate that the 6 weeks interdisciplinary pain management programme is very effective in improving health outcomes. The symptoms of anxiety and depression were substantially reduced ($p < .001$ for both CBT groups). However there is not significant differences in health outcomes, at the end of treatment, between the group that received interdisciplinary pain management as usual and the group that received CBT in addition.

Discussion

The interdisciplinary pain management programme at Reykjalundur started over 15 years ago and behavioural approach has flavoured the programme from the beginning. The preliminary results of the ongoing study reported here showed that the interdisciplinary pain management programme with CBT is effective in reducing symptoms of anxiety and depression. However the results did not show CBT to be more effective than pain management treatment as usual, in improving health outcomes.

Endurhæfing og eftirfylgd

- Reynsla, ánægja og lífsgæði skjólstæðinga –

Margrét Sigurðardóttir, Anna Dís Guðbergsdóttir og Rakel Björk Gunnarsdóttir, iðjuþjálfar á Reykjalundi.

Á síðustu árum hefur orðið mikil breyting á uppbyggingu endurhæfingarþjónustu á Vesturlöndum. Þjónustan fer nú fram í auknum mæli á göngu- og dagdeildum en sú þjónusta er talin mun ódýrari og sveigjanlegri en legudeildarþjónusta. Þessi þróun er hafin á Íslandi meðal annars með aukinni eftirfylgdarþjónustu. Fáar rannsóknir hafa verið birtar um hver reynsla skjólstæðinganna er af þjónustunni og hvort endurhæfingin og eftirfyldin bætir lífsgæði þeirra. Markmið með þessari rannsókn var tvíþætt. Í fyrsta lagi að kanna reynslu skjólstæðinga af endurhæfingu inni á stofnun og eftirfylgd að henni lokinni. Í öðru lagi að fá mynd af lífsgæðum skjólstæðinga eftir að nokkur tími er liðinn frá því að endurhæfingu inni á stofnun lauk.

Þýðið var allir skjólstæðingar, sem höfðu fengið endurhæfingu á taugasviði Reykjalundar í a.m.k. fjórar vikur og eftirfylgd í framhaldi af endurhæfingunni á tímabilinu 1. janúar 2004 til 31. desember 2005. Notað var meginlegt rannsóknarsnið og upplýsinga aflað með spurningalista, sem rannsakendur sömdu sjálfir. Rannsakendur fóru heim til þátttakenda með spurningalistana og voru þátttakendum innan handar á meðan þeir svöruðu. Þátttakendur voru 32, þar af 21 kona og 11 karlar. Við úrvinnslu tölulegra gagna var tölfræðiforritið Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) notað. Til að lýsa niðurstöðum var notuð lýsandi tölfræði og tengsl milli breyta könnuð.

Í niðurstöðum rannsóknarinnar kemur fram mikil ánægja með endurhæfingar- og eftirfylgdarþjónustuna á taugasviði Reykjalundar. Árangur af endurhæfingunni var mikill og gekk þátttakendum almennt nokkuð vel að viðhalda þeim árangri eftir að heim var komið. Niðurstöðurnar gefa einnig til kynna að þjónustan hafi verið skjólstæðingsmiðuð og mikið tillit tekið til óska þátttakenda. Þátttakendur benda á nokkra þætti sem huga mætti betur að í endurhæfingunni. Til dæmis komu fram óskir um að fjölskyldu og aðstandendum væri meira sinnt og er það í samræmi við það sem komið hefur í ljós í erlendum rannsóknum.

V10

Framhaldsþjálfun hjartasjúklinga eftir endurhæfingu á Reykjalundi

Höfundur: Grímur Sævar Kristjánsson BS í Íþróttافرæði

Leiðbeinandi KHÍ: Viðar Halldórsson lektor

Ábyrgðarmaður rannsóknar: Magnús R. Jónasson læknir Reykjalundi

Lokaverkefni til B.S.-prófs við Íþróttافرæðibraut Kennaraháskóla Íslands

Líkamleg hreyfing er grundvallaratriði fyrir bestu virkni og heilsu mannlíkamans. Mannlíkaminn er hannaður og uppbyggður fyrir líkamlega hreyfingu. Því er mikilvægt í okkar nútímasamfélagi að einstaklingar stundi líkamlega hreyfingu reglulega til að viðhalda og bæta heilsufar. Hreyfing er mikilvægur þáttur í endurhæfingu hjartasjúklinga við Endurhæfingarmiðstöðina á Reykjalundi og mikið lagt upp úr því að þeir tileinki sér að stunda líkamlega hreyfingu reglulega. Einnig er lögð á það áhersla að hjartasjúklingar stundi viðhaldsþjálfun eftir útskrift. Markmið þessarar rannsóknar er að kanna hvernig viðhaldsþjálfun hjartasjúklinga er háttað eftir útskrift frá Reykjalundi og komast nær því hvers vegna þeir hættu þjálfun sem héldu ekki áfram. Notast var við meginlega aðferðafræði í formi spurningalista. Þýðið voru allir þeir sem luku hjartaendurhæfingu á Reykjalundi árið 2004 eða 238 hjartasjúklingar. Svörunin var 68,9% sem gerir 162 þátttakendur. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að rúm áttatíu prósent (82,72%) þeirra sem útskrifast eftir hjartaendurhæfingu á Reykjalundi stundi líkamlega hreyfingu 1-3 sinnum í viku eða oftar. Helstu ástæður þess að tæp tuttugu prósent (17,28%) stunda ekki líkamlega hreyfingu 1-3 sinnum í viku eða oftar eru að viðkomandi treystir sér ekki að halda áfram einn og óstuddur, líkamlegar hömlur t.d. meiðsli eða fötlun og að viðkomandi vanti hvatningu.

V11

Meðferð þunglyndis og kvíða sjúklinga í hjartaendurhæfingu

Höfundar: Magnús R. Jónasson læknir Reykjalundi og Karl Kristjánsson læknir endurhæfingardeild Landspítala – háskólasjúkrahúsi, Grensási.

Inngangur: Það er vel þekkt að þunglyndi er sjálfstæður áhættuþáttur kransæðasjúkdóma og að þunglyndi er einnig algengur fylgikvilli kransæðasjúkdóms. Kransæðasjúklingar sem þjást af þunglyndi hafa umtalsvert meiri líkur á að fá ný hjartáföll og dánartíðni þeirra er hærrí. Þunglyndir kransæðasjúklingar eru oft uppteknir af líkamlegum einkennum sínum og ýmis einkenni geta bæði verið af líkamlegum og sálrænum toga, svo sem þreyta, úthaldsleysi og framtaksleysi. Greining og meðferð geðrænna vandamála eru því mikilvæg en þau eru oft vangreind hjá kransæðasjúklingum.

Tilgangur: Skoða hvaða meðferð þeir fá sem koma til hjartaendurhæfingar á Reykjalundi og eru þunglyndir og/eða kvíðnir. Einnig að kanna árangur meðferðar á þunglyndi og kvíða, mælt með viðurkenndum þunglyndis og kvíðakvarða, Hospital anxiety and depression scale, HAD.

Aðferð: Allir sem innrituðust í hjartaendurhæfingu á Reykjalundi frá 1. apríl 2005 til 31. mars 2006 voru beðnir að taka þátt. Í fyrstu viku dvalar var lagður fyrir HAD spurningarlistinn um þunglyndi og kvíða og niðurstöður skráðar. Í lok dvalar var spurningarlistinn lagður fyrir aftur. Skráð var öll ný geðmeðferð á dvalartímanum; námskeið um jafnvægi í daglegu lífi, meðferð geðlæknis, þunglyndislyf, kvíðalyf, hugræn atferlismeðferð og önnur meðferð

Niðurstöður: Af 224 sjúklingum sem innrituðust á árinu tóku 200 einstaklingar þátt í rannsókninni eða 89,3%, 151 karl og 49 konur. Samkvæmt niðurstöðum HAD við komu reyndust 19 (9,5%) með þunglyndi en 6 (3,1%) við brottför. Kvíðnir voru 22 (11,6%) við komu en 5 (2,5%) við brottför. Af þeim sem greindust með þunglyndi við komu reyndust þannig 68,4% undir greiningarmörkum þunglyndis við útskrift og 77,2% þeirra sem reyndust með kvíða við komu voru undir greiningarmörkum við útskrift samkvæmt HAD spurningarlista.

Ályktun: Fjölbreyttur stuðningur, þjálfun og aðrir þættir endurhæfingar ásamt sérhæfðri geðmeðferð dregur verulega úr einkennum þunglyndis og kvíða þeirra sem koma til hjartaendurhæfingar á Reykjalundi.

V12

Shortness of Breath before and after Six Weeks of In-Patient Pulmonary Rehabilitation

E.D. Ingolfsdottir, G. Petursdottir, M. Gudjonsdottir Pulmonary Division, Reykjalundur Rehabilitation Center, Mosfellsbaer, Iceland

The aim of the study was to evaluate the effect of six weeks (comprehensive) in-patient (Pt) pulmonary rehabilitation (PR) on shortness of breath (SOB) among COPD Pt and the effect of anxiety (A) and depression (D) on SOB. The Hospital A and D scale (HADs) was used to measure A and D and the Shortness of breath Questionnaire (SOBQ) was used to measure SOB, but earlier back-to-back translation into Icelandic, proved the instrument to be reliable ($\alpha=0.94$).

All Pt with COPD on waiting list for PR, were sent the SOBQ.

Participants were Pt that returned the questionnaire prior to admission (T1). They then answered the SOBQ and HADs at admission (T2), at discharge (T3) and 1 year after discharge (later) (T4).

Variable	Mean \pm SD	Mean \pm SD Gender difference			HADs		
		Male (N=45)	Female (N=78)	p	<8 (N=76) (T4, N =45)	\geq 8 (N=47) (T4, N = 23)	P value
Age	67.2 \pm 8.9	69.7 \pm 8.5	65.8 \pm 8.8	Ψ	68.1 \pm 9.1	65.7 \pm 8.3	NS
FEV ₁ (%)	61.8 \pm 24.4	53.7 \pm 20.6	66.4 \pm 25.4	Ψ	63.1 \pm 24.4	59.6 \pm 24.6	NS
FEV ₁ /FVC	0.56 \pm 0.15	0.55 \pm 0.13	0.61 \pm 0.15	Ψ	0.58 \pm 0.14	0.60 \pm 0.15	NS
BMI	29.2 \pm 6.0	27.7 \pm 4.9	30.0 \pm 6.4	Ψ	28.9 \pm 5.9	29.5 \pm 6.1	NS
SOB1	59.1 \pm 20.5	60.4 \pm 20.5	58.4 \pm 20.7	NS			
SOB2	55.7 \pm 20.2	55.1 \pm 30.0	56.1 \pm 20.4	NS	49.1 \pm 18.4	66.5 \pm 18.4	*
SOB3	46.9 \pm 22.5	47.3 \pm 21.5	46.7 \pm 23.2	NS			
SOB4 (N = 68) (M=23 FM = 45)	51.5 \pm 24.8	51.5 \pm 25.4	51.6 \pm 24.7	NS	45.5 \pm 23.1	63.3 \pm 24.1	¥
¥ p < 0.005 Ψ p < 0.05 * p < 0.0001							

Total SOB score decreased between all time points (T1 \rightarrow T2 p= 0.0164, T2 \rightarrow T3 p = .0001) except T3 and T4 (p=.0065).

Looking at SOB from T1 to T4 the changes are significant (p = .0005).

SOB is greater among pt with HADs \geq 8 even though there is NS difference in all other factors between the groups.

SOBQ is sensitive to changes in SOB after rehabilitation. SOB is not only explained by physiological parameters but also by psychological factors.

V13

Effect of pulmonary rehabilitation on health status, depression and anxiety

Marta Gudjonsdottir, Elfa D. Ingólfssdóttir, Guðbjörg Petursdóttir.

Pulmonary Division, Reykjalundur Rehabilitation Centre, Mosfellsbaer, Iceland

Health status of COPD patients (pts) is impaired and 20-40% of those entering rehabilitation are anxious and depressed (AJRCCM 2005;172:19).

The aim of the study was to evaluate the effect of comprehensive 6 week inpatient pulmonary rehabilitation (PR) on these factors, and whether the effects persist for a period of one year. Health status of 123 COPD pts was assessed using the St George questionnaire (SGRQ) and The Hospital Anxiety (A) and Depression (D) scale (HAD) was used to evaluate A and D at admission (T1), at discharge (T2) of the PR, and in a subgroup of 68 pts after 1 year (T3). The pts were 67.2±8.9 years old, 45 males/78 females, FEV₁ % pred. being 61.8±24.4%. At T1 47 pts (38%) had a HAD score of either A or D or both ≥ 8 (abnormal HAD).

	T ₁ *	T ₂	T ₃ **
SGRQ – total	51.1±13.8	44.5±16.2°	51.4±19.0
Symptoms	55.8±19.3	54.2±19.3	50.9±24.4 ^Y
Impact	37.2±16.2	30.0±17.4°	40.3±21.5
Activity	72.6±15.4	64.5±20.8°	71.1±15.9
HAD abnormal A	8.7±3.9	7.0±4.6°	7.9±4.0
“ D	9.4±2.9	6.8±3.2°	9.2±3.3

*At T₁ 84 of 123 pts completed the SGRQ**At T₃ 42 pts completed the SGRQ, and 22 of 68 pts were scoring ≥ 8 on HAD; °p<0.05 T₂ vs T₁; ^Yp=0.06 T₃ vs T₁.

We conclude that PR not only improves the health status of COPD pts but also reduces the anxiety and depression of those who had high scores at admission. The effect of PR on those factors wore off in one year in our pts, but more data are needed.

V14

Noninvasive vs Invasive Predictors of Exercise Limitation in Patients with COPD

L. Appendini, MD, M. Gudjonsdottir, PhD, A. Patessio, MD, A. Purro, MD, R. Colombo, Eng, C.F. Donner, MD, A. Rossi, MD, J. Milic-Emili, MD, Montreal, PQ, Canada, Reykjalundur, Iceland, Bergamo, Veruno, NO, Italy

To assess the effectiveness of spirometric and respiratory mechanics predictors of exercise limitation (SPIR and RM, respectively) in severe COPD patients (pts), we studied 9 pts (age 65 ± 10 yrs, FEV1 $35 \pm 7\%$, range 23-42%) before symptom-limited incremental exercise (WRmax: 53 ± 21 W, range 29-85 W). We measured standard PFT tests (FEV1, FVC, FEV1/FVC, TLC, FRC, RV in absolute and %pred values), inspiratory capacity (IC and IC %pred), flow, volume, esophageal (Pes), gastric (Pga) and transdiaphragmatic (Pdi) pressures to estimate dynamic lung elastance (EL,dyn), airway resistance (Raw), dynamic intrinsic PEEP (PEEPi,dyn), and inspiratory muscle effort (PTPdi, PTPes, TTdi, TTes). Relationship between WRmax and other variables was assessed by simple linear and by stepwise regression. Among the variables tested, only FEV1 ($p=.04$), FEV1/FVC ($p=.03$), FEV1/FVC %pred ($p=.03$), FRC % pred ($p=.04$), IC ($p=.02$), IC %pred ($p=.03$), PEEPi,dyn ($p=.04$), PTPdi ($p=.04$), and TTdi ($p=.03$) were significantly related to WRmax. Among SPIR variables, IC and FEV1/FVC %pred were the only chosen by stepwise regression, accounting for 84% of the WRmax variance. Among RM variables, PEEPi,dyn and TTdi were the only chosen by stepwise regression, accounting for 76% of the WRmax variance. We conclude that in severe COPD: 1) RM measurements are not superior to SPIR variables as predictors of WRmax; 2) IC and FEV1/FVC %pred taken together account for most of the WRmax variance; 3) reduced exercise capacity shows only a weak link to lung function impairment assessed by FEV1. Since curtailment of exercise capacity is strictly linked to "severity" of patient's impairment, it seems that, contrary to the current use, FEV1 % pred is not appropriate in grading COPD; other simple variables like IC or FEV1/FVC %pred seem more suitable.

What causes morning tiredness in COPD patients?

D. Ludviksdottir^{1,2}, G. Bjarnadottir², A. Jonsdottir² and M. Gudjonsdottir²

¹University Hospital, Reykjavik, Iceland; ²Reykjalundur, Rehab. Centre, Mosfellsbaer, Iceland.

Introduction: Morning tiredness is a common symptom in moderate to severe COPD, particularly in elderly patients.

Objective: To assess whether sleep apnoea syndrome and nocturnal hypoxemia are common in COPD patients reporting morning tiredness.

Methods: Patients suffering from morning or daytime sleepiness underwent a sleep apnoea screening study using Embletta PDS (Medcare-Flaga, Reykjavik, Iceland). The analyses comprised 155 of the 509 patients that participated in pulmonary rehabilitation from year 2003 to 2005. (Mean age 64±9 years, body mass index (BMI) 27±5 and FEV₁ % predicted 53%±20)

Results: 49% of the patients studied had sleep apnoea syndrome (34% mild, 10% moderate and 5% severe sleep apnoea). AHI (apnoea/hypapnoea index) was significantly correlated to BMI (p<0.005). Nocturnal hypoxemia (SaO₂<90%) was found in 18% of the patients. Oxygen desaturation was significantly correlated to BMI (p<0.0004) and FEV₁ % (p<0.0008). One third of the patients studied had neither sleep apnoea syndrome nor nocturnal hypoxemia.

Conclusion

Sleep apnoea syndrome and nocturnal hypoxemia are common in moderate to severe COPD patients reporting morning tiredness.

V16

Weight control during inpatient pulmonary rehabilitation

Hans J. Beck, Marta Gudjonsdottir, Aldis Jonsdottir.

Pulmonary Div. Reykjalundur, Rehabilitation Centre, Mosfellsbaer, Iceland

Weight control is an important goal in rehabilitation of patients with COPD, not least during smoking cessation.

To evaluate the effect of nutritional intervention in COPD patients, combined with training and general health behavioural change, 409 COPD patients with GOLD II-IV were weighed before and after 6 weeks of comprehensive inpatient rehabilitation. Based on body mass index (BMI) and personal preference, nutritional goals were set for each patient. Those underweight (UW) were given extra meals and nutritional supplement drinks, those wanting to lose weight received education once weekly and obese patients (OB) were given individual nutritional advice and support. All patients received intensive endurance and strength training.

Results

	BMI kg/m ²	No.	QS nr	Age years ± SD	Gender F/M	FEV ₁ % pred. mean ± SD	ΔWeight kg ± SD
UW	< 21	49	24	64.4±8.4	36/13	41.3±15.1	1.8±2.5
NW	21-25	104	41	66.1±8.9	59/45	44.3±15.5	1.3±2.4
OW	>25-30	137	36	66.2±8.6	76/61	49.3±16.4	-0.8±2.5
OB	> 30	119	41	63.8 ±7.6	79/40	52.8±15.4	-2.4±2.7

QS: quitting smoking; NW: normal weighted, OW: overweighted; ΔWeight= weight changes, negative values indicating weight loss.

Weight changes among QS vs. not QS: UW: 2.9±2.3 vs. 0.7±2.2 kg (p<0.005); NW: 2.3±2.1 vs. 0.61±2.3 kg (p<0.0005); OW: 0.6±2.7 vs. -1.2±2.2 kg (p=0.0001); OB: -1.8 ±3.1 vs. -2.7±2.5 kg (p=0.09).

We conclude that individually tailored nutritional support based on personal goal setting as a part of comprehensive pulmonary rehabilitation is effective in achieving favourable change in the BMI of patients with COPD and prevents undesirable weight gain following smoking cessation of the obese patients.

V17

Reproducibility of six-minute walking tests performed by cardiac and pulmonary patients

Gudjonsdottir M¹, Jónsdóttir S¹, Magnusson B¹ and Sigurdsson S².

Reykjalundur Rehabilitation Center¹, Mosfellsbaer, Department of Physiology², University of Iceland, Iceland.

The six-minute walking test (6MWT) is a popular clinical exercise test for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and chronic heart failure (CHF). Performance usually reaches a plateau after two tests done within a week but has not been reported for longer intervals (AJRCC; 2002;166:111-117). The aim of our study was to evaluate the reproducibility of the test.

41 patients with CHF (31M/10F, 68.3 ± 5.9 years old) and 30 COPD patients, GOLD II-IV (19M/11F, 58.3 ± 6.5 years old) were studied. The COPD pts 6 times underwent 6MWT pre and post 6 weeks of inpatient pulmonary rehabilitation. The CHF pts were divided randomly into a training group (N=21) which participated in outpatient cardiac rehabilitation for five months and a control group (N=20). All the CHF patients underwent the 6MWT pre and post four times during the five month period.

The distance walked in the pre-period increased from 469 m in the first test to 526 m in the fourth test, increasing in every test. However, the COPD patients also performed the 5th and the 6th tests with no increase in the distance walked. Post-period the distance covered had not changed from the 1st test (556 m) to the 4th test (565 m) in all patient groups.

We conclude that a minimum of four tests are needed to exclude learning effects the first time the 6MWT is carried out, but up to five months later one test is adequate. This applied also to patients who did not participate in rehabilitation (control group).

E1

- ✓ **Forprófun á PDQ-39 IS, lífsgæðalisti fyrir fólk með parkinsonsveiki. Pilot-study.**
 - **Höfundar :** Ólöf H. Bjarnadóttir, læknir; Hafdís Gunnbjörnsdóttir, hjúkrunarfræðingur
 - **Reykjalundur endurhæfing**
- ✓ **Inngangur:** Fólk með parkinsonsveiki hefur fyrir utan truflun á hreyfigetu ýmis önnur einkenni, sem hafa áhrif á daglegt líf þess. Til að meta áhrif fjölþættra einkenna hefur verið notaðir listar er meta heilsutengd lífsgæði. Einstaklingurinn sjálfur metur líðan sína með því að svara ákveðnum spurningum. Listi sem inniheldur þætti sem eru sértækir fyrir ákveðinn sjúkdóm eru taldir ná frekar þeim þáttum sem skipta máli fyrir sjúklinginn. PDQ-39 (parkinsons disease questionnaire) er sértækur lífsgæðalisti fyrir fólk með parkinsonsveiki sem hefur verið þýddur á mörg tungumál þar sem áreiðanleiki og réttmæti hefur verið prófað. PDQ-39 er skipt í átta flokka með 39 spurningum. Niðurstöðum breytt í 0-100 skala þar sem hærri gildi benda til verri sjúkdóms.
- ✓ **Tilgangur:** Markmið þessarar rannsóknar er að forprófa íslenska þýðingu á PDQ-39 (PDQ-39 IS) hjá fólk með parkinsonsveiki. Prófað er reliability og validity á PDQ-39 IS.
- ✓ **Efniviður/aðferðir:** Sjúklingar með parkinsonsveiki á Tauga- og hæfingarsviði Reykjalundar fylltu PDQ-39 IS út á fyrstu viku meðferðar. Gerð var taugaskoðun og skráð skv. Hoehn og Yahr flokkun (HY). Til að meta innri stöðugleika svara var Cronbach's alpha reiknað út fyrir alla átta flokkana og mörk sett við 0.7. Metin fylgni hverrar spurningar innan hvers flokks (Item-total correlation) og mörk sett við 0.4.
- ✓ **Niðurstöður:** 23 karlar og 28 konur með parkinsonsveiki sem lögðust inn á taugasvið Reykjalundar 2005-6, svöruðu spurningalistanum. Flestir sjúklingar voru samkvæmt taugaskoðun í hópi HY I-III. Cronbach's alpha >0.7 var í 5/8 flokkum. Item-total correlation náði ekki lögmæti í 9 spurningum af 39. Þar af voru sjö spurningar í flokkunum cognition og communication.
- ✓ **Ályktun:** PDQ-39 íslensk þýðing er réttmæt í fimm flokkum af átta. Skoða þarf betur níu spurningar. Líkleg skýring er að íslenski sjúklingahópurinn er ekki með sömu sjúkdómadreifingu og þeir erlendu svo og er hópurinn tiltölulega fámennur.

Heimildir:

- 1 Marinus J, Ramaker C, Van Hilten JJ, Stiggelbout AM. Health related quality of life in Parkinson's disease: A systematic review of disease specific instruments. Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry 2002;72(2):241-8.
- 2 Jenkinson C, Fitzpatrick R, V P. The parkinson's disease questionnaire. User Manual for the PDQ-39, PDQ-8 and PDQ Summary Index. Oxford: Horgan Print Partnership; 1998.
- 3 Jenkinson C, Fitzpatrick R, Norquist J, Findley L, Hughes K. Cross-cultural evaluation of the Parkinson's Disease Questionnaire: Tests of data quality, score reliability, response rate, and scaling assumptions in the United States, Canada, Japan, Italy, and Spain. Journal of Clinical Epidemiology 2003;56(9):843-7.

E2

Greining á þunglyndi og kvíða sjúklinga í hjartaendurhæfingu

Höfundar: Magnús R. Jónasson læknir Reykjalundi og Karl Kristjánsson læknir endurhæfingardeild Landspítala – háskólasjúkrahúsi, Grensási.

Inngangur: Það er vel þekkt að þunglyndi er sjálfstæður áhættuþáttur kransæðasjúkdóma og að þunglyndi er einnig algengur fylgikvilli kransæðasjúkdóms. Kransæðasjúklingar sem þjást af þunglyndi hafa umtalsvert meiri líkur á að fá ný hjartáföll og dánartíðni þeirra er hærri. Þunglyndir kransæðasjúklingar eru oft uppteknir af líkamlegum einkennum sínum og ýmis einkenni geta bæði verið af líkamlegum og sálrænum toga, svo sem þreyta, úthaldsleysi og framtaksleysi. Greining geðrænna vandamála er því mikilvæg en þau eru oft vangreind hjá kransæðasjúklingum.

Tilgangur: Kanna algengi þunglyndis og kvíða hjá þeim sem koma til hjartaendurhæfingar á Reykjalundi. Einnig að kanna samsvörun klínískrar greiningar og niðurstöðu viðurkennds þunglyndis og kvíðakvarða, Hospital anxiety and depression scale, HAD.

Aðferð: Allir sem innrituðust í hjartaendurhæfingu á Reykjalundi frá 1. apríl 2005 til 31. mars 2006 voru beðnir að taka þátt. Læknir og hjúkrunarfræðingur sjúklings mátu hvor í sínu lagi hvort viðkomandi væri klínískt þunglyndur eða kvíðinn og þá hve mikið. Sameiginlegt mat skráð. Í lok fyrstu viku svaraði sjúklingurinn HAD spurningalistanum og aftur við brottför.

Niðurstöður: Af 224 sjúklingum sem innrituðust á árinu tóku 200 einstaklingar þátt í rannsókninni eða 89,3%, 151 karl og 49 konur. Samkvæmt niðurstöðum HAD við komu reyndust 19 (9,5%) með þunglyndi en 6 (3,1%) við brottför. Kvíðnir voru 22 (11,6%) við komu en 5 (2,5%) við brottför. Næmi klínískrar greiningar þunglyndis borið saman við niðurstöður HAD reyndist 73,7% en sértækni 87,3%. Næmi greiningu kvíða reyndist 86,4% en sértækni 79,2%. Forspárgildi jákvæðar klínískrar greiningar þunglyndis var 37,8% og kvíða 33,9% en forspárgildi neikvæðar klínískrar greiningar þunglyndis 96,9% og kvíða 97,9%.

Umræða: Í flestum fyrri rannsóknum er algengi þunglyndis eftir hjartaáföll og aðgerðir á bilinu 15 – 30% eða mun herra en í þessari rannsókn. Þegar skoðuð er samsvörun klínískra greininga og niðurstöðu HAD er næmi og sértækni klínískra greininga ásættanleg en lágt forspárgildi greininga bendir til að þunglyndi og kvíði sé talsvert ofgreint með klínisku mati.

E3

Þáttur taugasálfræðilegs mats í rannsókn á erfðum Alzheimers-sjúkdóms

Smári Pálsson, taugasálfræðingur
Reykjalundur endurhæfing

Alzheimerssjúkdómur er algengasta orsök heilabilunar, en fyrstu einkenni eru yfirleitt minnisskerðing. Eftir því sem meðferð við Alzheimerssjúkdómi þróast þá eykst þörfin á að greina sjúkdóminn sem fyrst og þar hafa taugasálfræðileg próf sannað sig sem næmasta greiningartækið. Hér er kynnt erfðafræðileg rannsókn á Alzheimerssjúkdómi sem unnin er í samvinnu við Íslenska erfðagreiningu og öldrunarvið LSH. Gerð verður grein fyrir taugasálfræðilega hluta rannsóknarinnar en hún hefur verið í gangi með hléum síðan árið 1997 og nær til um 500 manns. Fyrsti hluti rannsóknar fór fram á árunum 1997-2000. Þar var m.a. athugað hvort systkinum Alzheimerssjúklinga, sem ekki höfðu leitað til læknis vegna minnisvandkvæða, væri hættara en öðrum við samskonar truflunum á hugrænu starfi og finnast í byrjandi Alzheimerssjúkdómi og ef svo væri hvort þeir erfiðleikar væru bundnir við allan hópinn í heild eða á einstaklingsgrunni. Þannig voru taugasálfræðileg próf notuð til að gefa hugmynd um hver af heilbrigðum systkinum Alzheimerssjúklinga, sem höfðu ákveðna ættarsögu um sjúkdóminn, væru hugsanlega á fyrstu stígum sjúkdómsins. Til viðmiðunar voru prófaðir hópar af annarsvegar heilbrigðu fólki sem ekki hafði ættarsögu um heilabilun (yfirleitt makar systkinanna) og hinsvegar nýgreindum einstaklingum með Alzheimerssjúkdóm. Niðurstöður bentu til að heilbrigðum systkinum sem höfðu þessa ættarsögu um Alzheimerssjúkdóm gengi marktækt verr en viðmiðunarhópi á taugasálfræðilegum verkefnum sem reyna nokkra hugræna þætti eins og t.d. minni sem þekkt er að gefi vísbendingar um byrjandi Alzheimerssjúkdóm. Niðurstöður bentu enn fremur til að um 12% af systkina væri með svipað taugasálfræðilegt mynstur og nýgreindir Alzheimerssjúklingar sem renndi stóðum undir þá tilgátu að þessi hópur væri á byrjunarstigi sjúkdómsins. Endurprófun á þessum hópum árið 2005 benti til að forspárgildi taugasálfræðilegu prófanna ættu við rök að styðjast og að hugsanlega væri aftur kominn í ljós svipað stór hópur af fólki á fyrstu stigu Alzheimerssjúkdómsins. Á sínum tíma voru börn Alzheimerssjúklinga einnig prófuð, en þau voru á aldrinum 40-70 ára. Nú er að hefjast endurprófun á þeim, um 8 árum seinna, til að sjá hvort sömu niðurstöður finnast þar.

E4

Grundvallarpættir í reynslu sjúklinga af endurhæfingu, með áherslu á þeirra eigin lýsingu á þörfum sínum.

Höfundur:

Jónína Sigurgeirsdóttir BS., MS
Hjúkrunarframkvæmdastjóri
Reykjalundi - endurhæfingu

Leiðbeinandi

Dr. Sigríður Halldórsdóttir
Prófessor við heilbrigðisdeild Háskólans á Akureyri

Túlkandi fyrirbærafræðileg rannsókn miðaði að því að bæta við þann þekkingargrunn sem fyrir var um þarfir sjúklinga í endurhæfingu. Fyrirbærið var skoðað út frá sjónarhóli sjúklinga, sem er, því miður, sjaldgæf nálgun í endurhæfingarfræðum.

Úrtakið var tilgangsráttak tólf einstaklinga, 26-85 ára; sjö karla og fimm kvenna, sem höfðu reynslu af endurhæfingarmeðferð á einni af þrem helstu endurhæfingarstofnunum á Íslandi. Litið var á þátttakendur sem meðrannsakendur. Gróflega má flokka sjúkdómsgreiningar þeirra í hjartasjúkdóma, lömum, gigt, geðsjúkdóma, lungnasjúkdóma, heilablóðfall og langvinna þreytu. Sex meðrannsakendum var vísað í endurhæfingu vegna bráðs heilsuvanda, sex vegna langvinnra vandamála.

Rannsóknin var gerð samkvæmt leiðbeiningum Vancouver skólans í fyrirbærafræði; rætt við hvern meðrannsakanda í eitt til þrjú skipti. Alls voru sextán djúpvíðtöl greind í þemu og túlkuð.

Þemu:

- **að takast á við áhrif sjúkdóma**
- **að aðlagast nýrri sjálfsímynd**
- **að fá einstaklingshæfða umönnun**
- **að fá andlegan stuðning**
- **að upplifa öryggi**
- **að fá markvissa og áframhaldandi meðferð**

Engar alhæfingar verða gerðar út frá niðurstöðunum, þar sem reynsla sérhvers meðrannsakanda er einstök. En þrátt fyrir að hafa ekki alhæfingargildi getur fyrirbærafræðileg rannsókn eins og þessi, aukið skilning og gefið tækifæri til ígrundunar um fyrirbærið og þannig haft áhrif á það hvernig þjónusta er veitt.