



REYKJALUNDUR  
*endurhæfing*

## Vísindadagur á Reykjalundi

*Föstudaginn 27. nóvember 2009 kl.12.30-16:15*

Dagskrá

Útdrættir

# Vísindadagur á Reykjalundi

Föstudaginn 27. nóvember 2009 kl. 12.30-16.30



## 12.30 Setning vísindadags á Reykjalundi.

Formaður vísindaráðs Rósa María Guðmundsdóttir hjúkrunarfræðingur

## 12.40 Styrkjum úr vísindasjóði Reykjalundar úthlutað. Hjördís Jónsdóttir

lækningaforstjóri.

## 12.50 – 16.10 Starfsmenn kynna rannsóknir sínar og félagar sinna með stuttum erindum. Ágrip rannsóknanna munu liggja frammi.

### Erindi

- 12.50 Frumniðurstöður rannsóknar á verkjasviði Reykjalundar. Magnús Ólason læknir
- 13.05 Betur má er duga skal. Skjólstæðingsmiðuð nálgun í iðjuþjálfun á Reykjalundi. Hlín Guðjónsdóttir iðjuþjálfari
- 13.20 Könnun á notkun og meðferð innöndunarlyfja í meðferð lungnasjúklinga Eva Steingrímsdóttir hjúkrunarfræðingur
- 13.35 Samræming skráningarkerfa: Tenging milli ICF kerfisins og hjúkrunarskráningar. Sigurlaug B. Arngrímsdóttir hjúkrunarfræðingur
- 13.50 Þróun gátlista út frá ICF hugmyndafræði Ólöf H. Bjarnadóttir læknir
- 14.05 Heilsufarslegar breytingar sjúklinga um miðbik offitumeðferðar á Reykjalundi. Steinunn H. Hannesdóttir íþróttifræðingur

### 14.20-14.40 kaffihlé

- 14.40 Hlutverk iðjuþjálfara í meðferð offitu. Lilja Ingvarsson iðjuþjálfari
- 14.55 Áhrif 6 vikna alhliða endurhæfingar á mæði, andlega líðan og líkamsrækt sjúklinga með langvinna lungnateppu. Elfa Dröfn Ingólfsdóttir hjúkrunarfræðingur
- 15.10 The Effect of High-Volume Walking with Visual Cues on Gait in Parkinson's Patients. A Randomized Controlled Trial. Andri Sigurgeirsson sjúkrahjálfari.
- 15.25 Áhrif offitumeðferðar, atferlismeðferð og magahjáveituaðgerð, á félagslega líðan fólks með alvarlega offitu. Ludvig Guðmundsson læknir
- 15.40 Upplifun sjúklinga á gæðum hjúkrunarmeðferðar á Reykjalundi. Jónína Sigurgeirsdóttir hjúkrunarfræðingur
- 15.55 Samanburður á mæði hjá hjarta- og lungnasjúklingum við áreynslu og athafnir daglegs lífs. Marta Guðjónsdóttir lífeðlisfræðingur

### 16.10 Slit vísindadags

**Fundarstjóri: Dr. Marta Guðjónsdóttir, rannsóknastjóri.**

## **Frumniðurstöður rannsókna á verkjasviði Reykjalundar.**

Magnús Ólason, læknir og aðrir starfsmenn verkjasviðs.

Verkjasvið Reykjalundar.

**Inngangur.** Ýmsar rannsóknir hafa sýnt, að hugræn atferlismeðferð gagnist vel í meðferð langvinnra verkja.<sup>1</sup> Hjá Cochrane gagnabankanum er jafnframt á það bent að sárlega skorti vandaðar vísindarannsóknir á árangri þverfaglegrar verkjameðferðar.<sup>2</sup> Rannsókn á verkjameðferð á Reykjalundi getur því rennt enn frekari stöðum undir þann vísindalega grunn, sem þverfagleg verkjameðferð með hugrænni nálgun byggir á.

**Markmið.** Markmið rannsóknarinnar er að skoða hvaða þættir endurhæfingar á verkjasviði gagnist sjúklingunum best og fá hugmyndir um hvað má betur fara. Sérstaklega skyldu könnuð áhrif hugrænnar atferlismeðferðar (HAM) á árangur hinnar þverfaglegu meðferðar.

**Aðferðir.** Rannsóknin fór fram á verkjasviði Reykjalundar. Hún hófst í lok árs 2003 og var síðasti sjúklingurinn skráður inn í rannsóknina vorið 2008. Um kerfisbundið slembiúrtak af biðlista verkjasviðs var að ræða. Eftirfylgd fór fram einu og þremur árum eftir meðferð. Rannsóknin var þannig lögð upp, að sem mest af rannsóknarvinnunni tilheyrði hefðbundinni vinnu á verkjasviði. Athugaður var árangur varðandi líkamlega, andlega og félagslega þætti svo sem þrek, þol, úthald, verkjaupplifun, þunglyndis- og kvíðaeinkenni, hegðun, atferli, hugsanamynstur, lyfjaneyslu, heilsutengd lífsgæði og atvinnuþátttöku.

**Niðurstöður.** Hér verða kynntar niðurstöður sem fyrir liggja í nóvember 2009. Fullgildir þátttakendur í rannsókninni urðu 115. Í eins árs eftirfylgd kom 91 einstaklingur og nú hefur 51 lokið þriggja ára eftirfylgd. Meðalaldur sjúklinga var 38 ár og um 64% voru konur. Um 68% uppfylltu skilyrði HAM-meðferðar og fékk helmingur þeirra einstaklingsmiðað HAM. Um 45% sjúklinganna höfðu haft verki í fimm ár eða lengur. Um 36% voru vinnufær fyrir meðferð og tæp 30% fengu lífeyri frá TR. Verkir minnkuðu marktækt hjá hópnum í heild ( $p < 0.001$ ). Einnig dró úr kvíða og depurð svo og varð marktæk jákvæð breyting varðandi verkjatengt atferli (hörmungarhyggju, ótta -og hliðrunaratferli). Þá varð um marktækan bata að ræða hvað varðar heilsutengd lífsgæði og hreyfigetu. Einstaklingsbundin hugræn atferlismeðferð (HAM) skilaði ekki marktækt meiri árangri hjá þeim sjúklingum sem uppfylltu skilyrði slíkrar meðferðar. Tæplega helmingur (47%) sjúklinganna voru vinnufærir að lokinni meðferð og ríflega 50% voru enn vinnufær við eftirfylgd eftir eitt ár og um 60% eftir þrjú ár.

**Ályktun.** Sex vikna þverfagleg meðferð á verkjasviði Reykjalundar með eða án hugrænnar atferlismeðferðar dregur marktækt úr verkjum hjá þeim sjúklingum sem til meðferðar komu á 4 ára tímabili. Andleg líðan batnaði einnig marktækt, lífsgæði sjúklinganna urðu meiri og vinnufærni jókst. HAM - meðferðin var sérstaklega miðuð við meðferð á kvíða og þunglyndi. Hefur verkjasvið Reykjalundar nú endurskoðað og þróað nýja HAM-meðferð, „Verkja-HAM“. Er fyrirhugað að gera sérstaka úttekt á þessari meðferð í rannsókn sem væntanlega verður hafin snemma árs 2010 og munu þá fyrirbyggjandi niðurstöður verða hafðar til viðmiðunar. Auk þess er fyrirhugað að fara úr einstaklingsmiðaðri yfir í hóp-HAM-meðferð.

---

<sup>1</sup> Turk DC. Cognitive-behavioral approach to the treatment of chronic pain patients. [Review] *Regional Anesthesia & Pain Medicine*. 28(6):573-9, 2003 Nov-Dec.

<sup>2</sup> J. Guzman et al., Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (1): Volume (3), 2009.

## **Betur má er duga skal**

Skjólstæðingsmiðuð nálgun í iðjuþjálfun á Reykjalundi  
Hlín Guðjónsdóttir, Lilja Ingvarsson, Margrét Sigurðardóttir  
Reykjalundur endurhæfingarmiðstöð SÍBS

### **Inngangur:**

Í síðareglum Iðjuþjálfafélags Íslands sem samþykktar voru árið 2001 segir meðal annars: „Iðjuþjálfar aðhyllast skjólstæðingsmiðaða nálgun og virka þátttöku skjólstæðingsins á öllum stigum þjónustunnar“. Rannsóknir benda til þess að skjólstæðingsmiðuð nálgun hafi jákvæð áhrif á iðjuþjálfunarferlið og stuðli að betri árangri. Frá níunda áratug síðustu aldar hafa iðjuþjálfar á Reykjalundi unnið markvisst að því að gera þjónustu sína skjólstæðingsmiðaða. Skjólstæðingsmiðuð nálgun felur í sér nokkra lykilþætti: Að skilja og bera virðingu fyrir sjónarmiðum, gildum og þörfum skjólstæðingsins, að upplýsa hann og hvetja til að taka ákvarðanir og taka virkan þátt í iðjuþjálfunarferlinu. Einnig þarf þjónustan að vera aðgengileg, hæfa þörfum hans og endurspegla daglega iðju og viðfangsefni. Ýmislegt getur komið í veg fyrir að þjónusta sé skjólstæðingsmiðuð. Hindranir má ýmist rekja til iðjuþjálfans, skjólstæðingsins, tengsla skjólstæðings og iðjuþjálfara eða til umhverfis og aðstæðna þar sem iðjuþjálfunin fer fram.

### **Aðferð:**

Á vormánuðum 2008 var gerð þjónustukönnun meðal skjólstæðinga iðjuþjálfara á Reykjalundi sem bar yfirskriftina: Þjónusta iðjuþjálfara, viðhorf og reynsla skjólstæðinga og voru niðurstöður úr henni kynntar á Vísindadegi Reykjalundar sama ár. Þjónustukönnunin fór fram á tímabilinu 1.3.-30.6.2008 og var upplýsinga aflað með spurningalista. Leyfis var aflað hjá Vísindasiðanefnd. Þátttakendur fengu kynningarbréf og spurningalista 7 dögum fyrir áætlaðan útskriftardag. Með því að svara listanum og setja í þar til gerðan svarkassa var litið svo á að svarendur hefðu gefið samþykki sitt fyrir þátttöku. Tölfræðiforritið Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) var notað við úrvinnslu gagna. Vorið 2009 var skoðað nánar hvort og hversu skjólstæðingsmiðuð iðjuþjálfun á Reykjalundi er. Hér verða þær niðurstöður settar í samhengi við lykilþætti skjólstæðingsmiðaðrar þjónustu.

### **Niðurstöður:**

Mikill meirihluti skjólstæðinga var ánægður með þjónustuna og margir þeirra lykilþátta sem einkenna skjólstæðingsmiðaða nálgun voru í hávegum hafðir. En betur má ef duga skal, því fram kom að 16% skjólstæðinga óskuðu eftir annarri þjónustu en þeim var veitt. Einnig kom fram að stór hluti þeirra skjólstæðinga sem ekki voru sett markmið með, óskuðu eftir að svo hefði verið. Jafnframt má gera betur í upplýsingagjöf til skjólstæðinga.

### **Umræður:**

Síðan að ákvörðun var tekin um að veita skjólstæðingsmiðaða þjónustu í iðjuþjálfun á Reykjalundi hefur verið unnið markvisst að því að þróa þjónustuna í þá átt. Mikilvægt er að skoða þá þjónustu sem veitt er með gagnrýnum huga ekki síst í ljósi fyrirhugaðra breytinga í starfssemi Reykjalundar. Niðurstöður þessarar könnunar eru aðeins ein aðferð til þess og þegar þær eru skoðaðar í samhengi við það sem fram kemur í innlendum og erlendum rannsóknum er ljóst að iðjuþjálfar á Reykjalundi geta bætt þjónustu sína hvað skjólstæðingsmiðaða nálgun varðar, þó margt sé í mjög góðu horfi. Frekari rannsókna er þörf á þessum þætti þjónustunnar og væri athyglisvert að skoða skjólstæðingsmiðaða nálgun frá eigindlegum sjónarhóli til þess að fá enn betur fram sjónarmið skjólstæðinganna.

# Könnun á notkun og meðferð innöndunarlyfja í meðferð lungnasjúklinga

Eva Steingrímisdóttir BS, Aldís Jónsdóttir, BS  
Reykjalundur, deild B2 lungnasvið

**Inngangur:** Allir lungnasjúklingar sem leggjast inn á lungnadeild Reykjalundar og eru á innöndunarlyfjum, fá fræðslu um rétta notkun þeirra.

Rannsóknir hafa sýnt að þverfagleg lungnaendurhæfing skilar sér í betri líðan sjúklinga, en einn liður í því er fræðsla um rétta notkun innöndunarlyfja (1). Sjúklingar þurfa að fylgjast vel með einkennum sjúkdómsins til að geta brugðist rétt við þegar ástand versnar. Peak-flow mæling (PEF), regluleg notkun innöndunarlyfja og rétt notkun innöndunartækja eru lykilatriði til að viðhalda astmastjórnun (2). Nýlegar rannsóknir (3) sýna að einstaklingsmiðuð aðgerðaráætlun: PEF mælingar og ráðlagðir skammtar af innöndunarlyfjum þar sem sjúklingar stjórna nokkuð sínum skammti eftir sjúkdómsástandi fækkar komum til læknis, fækkar veikindadögum og minnkar óbeinan kostnað. Lífsgæði batna við að sjúklingur hafi astmaáætlun þannig að hann fylgist sjálfur með einkennum og leiti fyrr til læknis í versnun (4).

**Markmið:** Að athuga hvort sjúklingar sem leggjast inn á lungnadeild Reykjalundar og eru á innöndunar-lyfjum noti þau rétt og hvort fræðsla um rétta notkun þeirra skili árangri.

Settar voru fram fullyrðingar: Sjúklingar sem fá fræðslu um rétta notkun innöndunarlyfja ná betri tækni og nýta betur innöndunarlyfin en þeir sem hafa ekki fengið fræðslu.

Sjúklingar sem fá fræðslu um rétta notkun innöndunarlyfja og ná betri tækni tjá sig um betri líðan en þeir sem ekki hafa fengið fræðslu.

**Aðferðir:** Upplýsingasöfnun tók eitt ár frá 13.10.03-08.12.04. Þýðið er 91 sjúklingur, 40 karlar og 51 kona. 30-35% eru með COPD, 8-10% með astma og 5-7% með aðra sjúkdóma. Skoðuð var tækni við innöndun: fráblástur, innsogskraftur, hvort sjúklingur héldi í sér andanum og andaði rólega frá sér. Tækni við notkun lyfjanna mæld með innöndunartæki. Fylgst með þrifum á tæki og þau metin.

**Niðurstöður:** Við komu hafa 20% ágæta tækni, 38% góða tækni, 28% sæmilega, og 1% getur ekki nýtt innöndunarlyf.

**Túlkun:** Könnunin sýnir að flestir þátttakenda höfðu fengið góða fræðslu og tileinkað sér hana, einhverjir höfðu ekki fengið fræðslu áður og örfáir náðu ekki tókum á tækninni.

Þeir sem voru með sæmilega tækni, innsog eða hreinsun fengu endurtekna fræðslu sem skilaði sér í betri tækni og betri nýtingu lyfjanna. Einnig tjáðu sjúklingar sig um betri líðan.

Fræðsla um rétta notkun skilar árangri og bætir líðan sjúklings.

## Heimildir:

- (1) Arnardóttir og fleiri (2005). *Respiratory medicine*, 100, 130-139.
- (2) Brouwer og Brand (2008). *Paediatric respiratory reviews*, 9, 193-200.
- (3) Backer og fleiri (2007). *Allergy Asthma Proc*, 28, 375-381; Tousman og fleiri (2007). *Journal of community health nursing*, 24(4), 237-251.
- (4) Donald og fleiri (2008). *Australian Family Physician*, 37(3), 170 ; Choi og Hwang (2009). *Research in nursing and health*, 32, 140-147.

## Samræming skráningarkerfa: Tenging milli ICF kerfisins og hjúkrunarskráningar.

Marianne E. Klinke og Sigurlaug B. Arngrímsdóttir  
Tauga-og hæfingarsvið Reykjalundar.

**Inngangur:** Undanfarið ár hafa meðferðaraðilar á tauga-og hæfingarsviði verið að fíkra sig áfram með notkun ICF-kerfisins við markmiðssetningu fyrir sjúklinga sína. Þar sem um yfirgripsmikið kerfi er að ræða, völdum við að taka aðeins ákveðna hluta þess í gagnið í einu. Við byrjuðum á að nota „Athafnir og þátttaka“ en bættum fljótlega við „Líkamsstarfsemi“ og „Umhverfi“.

**Markmið:** Eftir því sem við höfum unnið meira með ICF-kerfið höfum við hjúkrunarfræðingarnir fundið fyrir nokkuð miklum tvíverknaði í skráningunni. Þess vegna ákváðum við að skoða hvort hægt væri að flokka saman sambærilega þætti ICF og NIC /NANDA, þ.e. finna þau atriði sem hefðu sambærilegar skilgreiningar, setja upp i töflu og hafa við höndina þegar við vinnum okkar skráningu.

**Aðferðir:** Við notuðum *ICF kynningarútgáfu 2008* sem var þýdd af Guðrúnu Pálmadóttur (verkefnistj. ICF verkefni, Lektor og brautarstjóri í iðjuþj., Heilbrigðisd. HA), *Skráning hjúkrunar/handbók(NANDA)* Landlæknisembættið 2002 og *Nursing Interventions Classification (NIC)* Third ed. Mosby(Joanne C. McCloskey og Gloria M.Bulechek). Fyrst fórum við yfir og fundum þau atriði í ICF sem mest hafa verið notuð í markmiðssetningu á okkar sviði. Síðan fundum við hjúkrunargreiningar sem höfðu sambærilega skilgreiningu. Að því loknu fórum við yfir þær hjúkrunargreiningar sem mest hafa verið notaðar og bárum saman við þær sem við höfðum fundið m.t.t. fyrri athugunar.

**Niðurstöður:** Niðurstaðan var sú að langflestar hjúkrunargreiningar sem við notum voru komnar fram í tengingunni við ICF. Þó voru nokkrar sem við höfum ekki getað tengt beint við ICF-flokk.

**Ályktun:** Reynsla okkar af því að nota þau drög sem urðu til við þennan samanburð er, að skráning og markmiðssetning verður markvissari, meira samræmi í henni en áður auk þess sem tími sparast.

## Próun gátlista út frá ICF hugmyndafræði.

Ólöf H. Bjarnadóttir læknir, Hafdís Gunnbjörnsdóttir hjúkrunarfræðingur, Maggý Magnúsdóttir félagsráðgjafi, Anna S. Smáradóttir sjúkraþjálfari, Margrét H. Theodórsdóttir iðjupjálfari, Þórunn H. Halldórsdóttir, talmeinafræðingur.  
Hæfingarsvið, Reykjalundi.

### Samantekt:

Forsaga þessa verkefnis er að lækna er sinna langveikum og/eða fötluðum börnum og lækna er sinna endurhæfingu fullorðinna hafa rætt saman um hvernig megi betur skipuleggja þjónustu við þennan hóp eftir 18 ára aldur. Þessi hópur er allstór, en eftir að eftirfylgd barnalækna líkur hafa þessir einstaklingar ekki átt neinn ákveðinn samastað í kerfinu fram að þessu.

Hæfingarsvið Reykjalundar tók að sér það verkefni að meta þjónustubörf tíu einstaklinga sem orðnir eru 20 ára og höfðu áður fengið þjónustu á barnadeild LSH og/eða Greiningarstöð. Gerður var gátlisti með spurningum er lúta að eftirtöldum meginflokkum: heilsa, líkamsstarfsemi, hreyfanleiki, eigin umsjá, vinna/nám, þátttaka/heimilislíf/ferðir, tjáskipti og hjálpartæki/stuðningur. Við uppsetningu gátlistans var notuð hugmyndafræði og uppbygging ICF (International Classification of Functioning and Health) greiningar- og flokkunarkerfisins. Með spurningunum var leitast við að fá þverfaglegt stöðu- og greiningarmat á færni einstaklingsins. Matið var gert með stuttu viðtali, þar sem tveir fagaðilar hittu viðkomandi einstakling með aðstandanda og fóru yfir spurningar gátlistans. Samhliða var unnið mat út frá almennu áhorfi ef þörf var á. Síðan voru niðurstöður ræddar af öllum fagaðilum á teymisfundi, unnið niðurstöðumat og gerð áætlun varðandi úrlausnir/meðferð sem síðan var miðlað í útskriftarviðtali.

Í þessu erindi verður rætt um gerð gátlistans og hvernig ICF hugmyndafræði og flokkunarkerfi getur hjálpað okkur við að lýsa færni fólks, greina endurhæfingarbörf sem og að miðla upplýsingum um heilstætt þverfaglegt mat.

### Heimild:

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)  
<http://www.who.int/classifications/icf/en/>

# Heilsufarslegar breytingar sjúklinga um miðbik offitumeðferðar á Reykjalundi

Steinunn H. Hannesdóttir,

nemandi í meistaranámi í íþróttá- og heilsufræði við HÍ.

Leiðbeinendur: Ludvig Á. Guðmundsson og Erlingur Jóhannsson

**Bakgrunnur:** Ofþyngd eða offita er sífellt algengari hjá einstaklingum á öllum aldri í þróðuðum löndum. Á Íslandi hafa verið gerðar rannsóknir sem sýna svipaða þróun á holdafari. Skortur er á tölfræðilegar upplýsingar um árangur í þeim meðferðum gegn offitu sem viðhafðar eru hér á landi.

**Markmið** þessarar rannsóknar er að kanna áhrif offitumeðferðar á Reykjalundi á þol, púls- og blóðþrýstingssvörun á þrekprófi um miðbik offitumeðferðarinnar. Auk þess eru kannaðar breytingar sjúklinga á eigin líðan með spurningalistum.

**Þátttakendur:** Eingöngu konum var boðin þátttaka í rannsókninni þar sem þær hafa verið í miklum meirihluta þeirra sem koma í offitumeðferð á Reykjalund. 47 konur á aldrinum 20 – 60 ára tóku þátt.

**Aðferð:** Eftirfarandi mælingar voru notaðar úr forskoðun sjúklinga og að lokinni göngudeildarmeðferð og 5 vikna meðferðartímabili á dagdeild: hæð, þyngd, líkamspýngdarstuðull (LPS), mittismál, BIA rafleiðnimæling (bioelectrical impedance method), 6 mín. göngupróf, þolpróf á hjóli, ásamt púls- og blóðþrýstingssvörun, auk spurningalista SF-36 um heilsutengd lífsgæði, HRQL-OP um ofþyngd, BDI-II þunglyndiskvarði og BAI kvíðakvarði.

**Niðurstöður:** Meðaltal sýndi að þátttakendur léttust úr 127,2 kg í 116 kg ( $p < 0,001$ ), LPS breyttist úr  $44,6 \text{ kg/m}^2$  í  $40,7 \text{ kg/m}^2$  ( $p < 0,001$ ), hámarksálag í þolprófi á hjóli jókst úr 166,4 vött í 180 vött ( $p < 0,001$ ) og þrek jókst um 21,4% ( $p < 0,001$ ). Marktæk lækkun varð á blóðþrýstingi og í púlsmælingum ( $p < 0,05$ ), að undanskildum hámarkspúlsi ( $p > 0,05$ ). Niðurstöður allra spurningalista sýndu marktækan jákvæðan mun á heildarstigum um 19–85% ( $p < 0,001$ ).

**Umræður:** Þessi rannsókn er liður í því að skoða árangur markvissrar meðferðar gegn offitu, þannig að hægt sé að meta meðferðina, þann árangur sem orðið hefur og breytingar á lífsgæðum einstaklinganna.



## Hlutverk iðjuþjálfra í meðferð offitu

Lilja Ingvarsson og Björg Þórðardóttir  
Reykjalundur endurhæfingarmiðstöð SÍBS

### Inngangur:

Rannsókn er hluti af B.Sc. verkefni Bjargar Þórðardóttur iðjuþjálfra við Háskólann í Lundi í Svíþjóð. Æ fleiri fullorðnir einstaklingar leita sér meðferðar vegna offitu. Á Reykjalundi er meðferð við offitu veitt af þverfaglegu teymi sem skipað er læknum, hjúkrunarfræðingum, iðjuþjálfra, sjúkraþjálfara, heilsuþjálfara, næringarfræðingi, sálfræðingi og félagsráðgjafa. Í Skandinavíu og Evrópu er ekki algengt að iðjuþjálfun sé hluti af meðferð við offitu en er á hinn bóginn vel þekkt úrræði í BNA og Kanada. Því er sérlega áhugavert að skoða þátt iðjuþjálfunar í þessari meðferð.

### Markmið:

Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða hver reynsla skjólstæðinga næringar-og offituteymis Reykjalundar er af iðjuþjálfun.

### Aðferð:

Eigindleg aðferðafræði er notuð við rannsóknina, þar sem sex skjólstæðingar, 4 konur og 2 karlar, tóku þátt í rýnihóp. Úrtakið fyrir þessa rannsókn var þægindaúrtak sem valið var af iðjuþjálfra næringar-og offituteymi Reykjalundar. Leitast var við að þátttakendur væru lýsandi fyrir skjólstæðinga offituteymis hvað varðar aldur og kyn. Skjólstæðingar þurftu að hafa lokið fyrri hluta meðferðar og hafa hitt iðjuþjálfra á göngudeild við undirbúning meðferðar í eitt eða fleiri skipti. Umræðurnar í rýnihópnum voru teknar upp á segulband og athugandi (observant) skráði hjá sér athugasemdir. Umræðurnar voru skrifaðar niður frá orði til orðs og kóðaðar og greindar.

### Niðurstöður:

Megin niðurstöður úr rýnihópnum má skipta í 5 þemu: a) þátttakendur höfðu litla þekkingu á iðjuþjálfun áður en þeir komu í offitu-og næringarteymið, b) mikilvægi þess að skipuleggja virkni og þátttöku þegar takast á við breytingar á lífsstíl, c) innsæi í markmiðssetningu og forgangsröðun (mikilvægra athafna), d) ánægjuleg upplifun af þátttöku í handverkshóp og e) mikil þörf skjólstæðinga fyrir stuðning þegar þeir eru eingöngu í tengslum við Reykjalund gegnum göngudeild.

### Umræða:

Rýnihópar njóta vaxandi vinsælda við rannsóknir innan félags-og heilbrigðisvísinda, en þá er hópur eða hópar af einstaklingum sem hafa sameiginlega þætti myndaðir og skoðuð viðhorf og reynsla þeirra varðandi ákveðið viðfangsefni. Þetta er góð leið til að skoða þjónustu þá sem veitt er. Hún samrýmist hugmyndafræðinni um skjólstæðingsmiðaða nálgun – að hlusta á skjólstæðinginn og gefa honum tækifæri til að hafa áhrif á þjónustuna. Áhugavert væri að endurtaka rannsókn með þessu sniði til að skoða t.d. hvort önnur þemu kæmu fram og hvort þjónustan hefur færst nær óskum skjólstæðinganna.

# Áhrif 6 vikna alhliða endurhæfingar á mæði, andlega líðan og líkamsrækt sjúklinga með langvinna lungnateppu

Elfa Dröfn Ingólfssdóttir<sup>1</sup> Marta Guðjónsdóttir<sup>2</sup> Guðbjörg Pétursdóttir<sup>1</sup>  
Lungnadeild Reykjalundar<sup>1</sup>. Lífeðlisfræðistofnun Háskóla Íslands<sup>2</sup>.

## Markmið

Að meta áhrif sex vikna alhliða endurhæfingar á andlega líðan og þátttöku í líkamsrækt hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu. Meta hvort þátttaka í líkamsrækt einu ári eftir að endurhæfingu lýkur, hafi áhrif á upplifun á mæði.

## Inngangur

Rannsóknir sýna að stórt hlutfall sjúklinga með LLT þjáist af ýmsum andlegum sjúkdómum. Talið er að 20-40 % þeirra sem fara í endurhæfingu þjáist af kvíða og þunglyndi [1]. Sterk tengsl virðast vera á andlegri líðan og meðferðarhaldni líkamsþjálfunar e. endurhæfingu [2].

## Aðferðir

140 LLT sjúklingar á biðlista eftir lungnaendurhæfingu á Reykjalundi svöruðu fyrir innskrift (T1) MAT listanum sem metur mæði við athafnir daglegs lífs. Við innskrift (T2), við útskrift (T3) og einu ári eftir útskrift (T4) var honum svarað aftur ásamt HAD listanum sem metur andlega líðan (kvíða og þunglyndi). Gerð var spírómetría við innskrift þar sem FEV<sub>1</sub> var mælt. Könnuð var þátttaka í líkamsrækt fyrir endurhæfingu og aftur með símtali einu ári síðar.

## Niðurstöðu

Meðalaldur var 67,3±8.8 ár, FEV<sub>1</sub> 62,6±25,1 % af áætluðu og BMI 29,1±6,2 kg/m<sup>2</sup>. 38% reyndust vera með merki um andlega vanlíðan (≥ 8 stig á HAD lista) við innskrift, 28% við útskrift en 45 % einu ári síðar. 38 % (52 af 138) stunduðu einhverja líkamsrækt fyrir endurhæfingu en 64% (65 af 102) einu ári síðar. Eingöngu var munur á mæði milli hópanna tveggja einu ári eftir útskrift úr endurhæfingu (sjá töflu).

Mæðistig (MAT listinn) á mismunandi tímapunktum eftir líkamsrækt							
	Líkamsrækt N = 65 (64 %)			Ekki líkamsrækt N = 37 (36 %)			p-gildi
	N	M ± Sd	Spönn	N	M ± Sd	Spönn	
<b>MAT T1</b>	63	56.8 ± 22.4	2-111	35	59.7 ± 17.4	27-103	NS
<b>MAT T2</b>	63	52.6 ± 20.3	2-91	37	55.7 ± 19.4	19-105	NS
<b>MAT T3</b>	62	45.3 ± 22.0	2-90	37	49.4 ± 20.0	7-90	NS
<b>MAT T4</b>	61	48.9 ± 23.2	3-102	34	61.0 ± 26.3	17-116	< 0.05

**T1** = fyrir innskrift **T2** = Við innskrift **T3** = Við útskrift **T4** = Einu ári eftir útskrift  
Taflan sýnir meðaltal(M) ± staðalfrávik (Sd) og spönn. **NS** = ekki marktækur munur.

## Túlkun

Fjöldi LLT sjúklinga sem finna fyrir einkennum kvíða og þunglyndis, fækkar við 6 vikna alhliða endurhæfingu, en fjölga aftur einu ári síðar. Fleiri sjúklingar eru virkir í daglegri líkamsrækt eftir endurhæfingu en fyrir hana. Sjúklingar sem stunda líkamsrækt einu ári eftir að endurhæfingu lýkur eru með minni upplifun á mæði en þeir sem ekki stunda líkamsrækt.

1. Troosters T, Casaburi R, Gosselink R, Decramer M. Am.J.Respir.Crit.Care Med. 2005 Jul 1;172(1):19-38.
2. Troosters T, Donner CF, Schols AMWJ, Decramer M. Eur Respir Society J Ltd. (38 útgáfa) 2006; 7-23.

## The Effect of High-Volume Walking with Visual Cues on Gait in Parkinson's Patients. A Randomized Controlled Trial.

Andri T. Sigurgeirsson, Olof H. Bjarnadottir, Pall E. Ingvarsson, Maria H. Thorsteinsdottir

**Introduction:** Parkinson's patients tend to walk with decreased step length and gait velocity and increased stride time variability which is worsened by dual tasking. Step length and, particularly, stride time variability have been related to postural instability and increased fall risk. Walking with visual cues has been shown to be a powerful tool in normalizing step length in PD during single session studies, but limited evidence provides support for the automaticity of such effects in gait, especially in the long term.

**Purpose:** The purpose was to find out if (1) high-volume walking with visual cues would provide long-term increases in step length and velocity and a decrease in stride time variability compared with walking without cues and (2) if increased step length would be maintained during dual task testing.

**Methods:** Participants were 26 PD patients (mean HY  $2.12 \pm 0.33$ ). They were randomly assigned into an intervention group (IG) or a control group (CG). Both groups underwent a 4 weeks walking programme, 30 mins 4x/week, where only the intervention group received visual cues during walking. Step length was measured at self-selected and fast speeds by means of an electronic walkway system (GAITRite). Measurements were performed with or without a dual task (DT). Participants also performed the Timed Up & Go test (TUG) and filled out the Parkinson's Disease Questionnaire-39 (PDQ-39). Post-training and 3 months follow-up measurements were conducted by an independent rater.

**Results:** The participants as a whole demonstrated increased step length and velocity on average at the end of training ( $p < 0.001$ ) at both speeds and both with and without DT, while stride time variability remained unchanged. These results were maintained at follow-up. There was, however, no significant difference in the change between the two groups over time. Similarly, TUG showed a general improvement ( $p < 0.05$ ) but no difference between groups. PDQ-39 did not change significantly after training, but there was an interaction effect ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** This study showed that a high-volume walking programme improves step-length, velocity and TUG performance, but not stride time variability, in PD patients, and that the results are maintained 3 months later. Those improvements are, most likely, the result of improved automaticity of walking. The results, however, do not support a specific benefit of visual cues during training. The improvements in gait and TUG performance did not seem to transfer unto quality of life for this particular group of patients as reflected by the PDQ-39 scores.

# Áhrif offitumeðferðar, atferlismeðferð og magahjáveituaðgerð, á félagslega líðan fólks með alvarlega offitu.

Marianna Þórðardóttir(1,2), Charlotte Dahl(2), Benjamin Gilbert-Jespersen(2),  
Olga Björk Guðmundsdóttir(1), Ludvig Guðmundsson(1)  
1 Reykjalundur, offitusvið, 2 Suhrs Metropolitan University College, SMUC,  
Kaupmannahöfn

## Inngangur

Offita er alvarlegt alþjóðlegt heilbrigðisvandamál og hefur tíðni offitu aukist til muna hjá fullorðnum og börnum undanfarna þrjá áratugi. Samkvæmt nýjustu tölum frá skýrslu Lýðheilsustöðvar frá 2007, þá reyndust 47,7% íslenskra karla og 32,2% íslenskra kvenna í ofþyngd. Auk þess var hlutfall þeirra sem þjáðust af offitu 18,9% karla og 21,3% kvenna. Offita hefur 2,4 faldast frá 1990.

Helstu afleiðingar offitu eru sykursýki, hjarta- og æðasjúkdómar, kæfisvefn, ýmsar tegundir krabbameins, stoðkerfisverkir/slitgigt, vélindabakflæði og margir fleiri líkamlegir kvillar. Auk þess veldur offita margvíslegum sálrænum og félagslegum vandamála. Lífsgæði of feitra eru því verulega skert.

Á Reykjalundi hefur verið starfandi sjálfstætt næringar- og offituteymi frá árinu 2001. Helsta verkefni þess hefur verið meðferð alvarlegrar offitu og er sú meðferð byggð upp sem atferlismótandi meðferð þar sem fólk með alvarleg offituvandamál eru aðstoðað við að endurskipuleggja lífshætti sína með það fyrir augum að léttast, bæta heilsu, auka virkni og bæta lífsgæði. Meðferðin er skipulögð sem þverfagleg, kaflaskipt langtímameðferð, sem að hluta fer fram í hópum. Hún nær alls yfir þriggja til þriggja og hálfis árs tímabil. Hluti sjúklinganna fer jafnframt í magahjáveituaðgerð á meðferðartímanum. Meðferðin hefst með göngudeildarstuðningi sem oftast stendur 4-8 mánuði. Síðan tekur við meðferð á dagdeild, skipt í tvö tímabil með hálfis árs millibili 5 vikur fyrra tímabil og þrjár vikur það seinna. Síðan er eftirfylgd í tvö ár, 6 komur alls.

## Tilgangur

Í þessari rannsókn, sem er diplomaverkefni Maríönnu Þórðardóttur við SMUC, í námi í lifestyle coaching and fitness management, er kannað hvaða breytingar hafa orðið á þyngd og offitutengdum lífsgæðum samkvæmt lífsgæðakvarða, Obesity related problem scale, HRQL-OP-kvarða, frá fyrstu komu á göngudeild til eins árs eftirfylgdar eftir að seinna dagdeildartímabili lauk. Einnig er kannað hvaða áhrif magahjáveituaðgerð hefur að þessu leiti. Rannsóknin nær til takmarkaðs fjölda sjúklinga og þarf því að skoðast sem svokölluð pilot rannsókn.

## Niðurstöður

Helstu niðurstöður rannsóknarinnar sýna að lífsgæði sjúklinga hafa batnað verulega einu ári eftir að virkum meðferðarluta er lokið. Batinn er umtalsvert meiri hjá þeim sem hafa farið í magahjáveituaðgerð og náð að léttast meira en hjá þeim sem ekki fóru í aðgerð. Sterk fylgni er milli þyngdartaps og bættra lífsgæða, en skýrist þó ekki eingöngu af þyngdartapinu.

## Upplifun sjúklinga á gæðum hjúkrunarmedferðar á Reykjalundi

Jónína Sigurgeirsdóttir hjúkrunarfræðingur BS, MS. Gæðastjóri.

Reykjalundur, skrifstofa

**Inngangur** Um allan heim eru gæði og öryggi í heilbrigðisþjónustu nú í brennidepli og á vef Landlæknisembættisins má sjá helstu lög sem taka til þessara þátta (<http://www.landlaeknir.is/Gaediogoryggi>). Markviss vinna innan hjúkrunar til vandari meðferðar og til að tryggja gæði þjónustu hefur aukið öryggi sjúklinga og starfsfólks (1). Á hjúkrunardeildum Reykjalundar hafa verið gerðar nokkrar kannanir til að skipuleggja hjúkrunarmedferð og meta árangur hennar (2, 3, 4,). Þær eru flestar nokkurra ára og hafa ekki allar verið birtar. Utanaðkomandi kannanir hafa bent til ánægju þátttakenda með endurhæfingu á Reykjalundi (5, 6). Könnunin fékk öll tilskilin leyfi og er ópersónugreinanleg, án upplýsinga um kyn og aldur.

**Markmið** Að kanna upplifun sjúklinga á gæðum hjúkrunarmedferðar á Reykjalundi með það í huga hvort endurhæfingarhjúkrun mæti þörfum sjúklinga eins og frekast er kostur. Einnig hvort munur sé á gæðum meðferðarinnar eftir árstíðum (sumar og vetur).

**Aðferðir** Könnunin var bæði meginleg og eigindleg. Sjúklingar svöruðu spurningalista sem saminn var af rannsakanda. Tvær opnar spurningar gáfu þátttakendum færi á að skýra nánar eitthvað sem hefði valdið þeim sérstakri ánægju eða óánægju. Þýðið var allir sjúklingar, 18 ára og eldri, sem útskrifuðust frá Reykjalundi 1.1.-31.3.09 (fyrra tímabil, A) og frá 1.6.-31.8.09 (seinna tímabil, B). Sjúklingar sem útskrifuðust á fyrra tímabili fengu tækifæri til að svara spurningarlistanum aftur sex mánuðum eftir útskrift, því þeir fengu listann sendan heim í pósti. Tilgangur þess að skoða bæði vetur og sumar, var að freista þess að sjá hvort munur væri á ánægju sjúklinga með meðferðina eftir árstíðum, vitandi það að starfsmannahald er óstöðugra yfir sumarið. Þýði fyrra tímabils gagnaöflunar var 269 sjúklingar (A) og var svarhlutfall 66% eða 166 sjúklingar. Svarhlutfall aukahóps (Aa) var 114 sjúklingar, eða 42% af heildarfjölda þýðisins. Þýði seinna tímabils var 231 sjúklingur (B) og þá svöruðu 152 eða 57%.

**Niðurstöður** Langflest þátttakenda merktu við *mjög gott* eða *gott* í flestum svörum. Ekki var marktækur munur á niðurstöðum milli tímabils A og B, en þegar hópur A og hópur Aa voru bornir saman sást marktækur munur á fjölda þeirra sem svöruðu *mjög gott* og *gott*. Opnar spurningar frá A+B sýna að 48 tjáðu sig um sérstaka ánægju með hjúkrunarmedferðina, 116 almenna ánægju með endurhæfinguna og 61 var sérstaklega ánægður með viðmót starfsfólks. Tólf voru mjög óánægð með tiltekin atriði og ábendingar komu um atriði sem mætti laga.

**Túlkun** Tölfræðilegar niðurstöður og svör við opnum spurningum sýna almenna ánægju sjúklinga með meðferð á hjúkrunardeildum Reykjalundar og endurhæfinguna almennt. Svörin báru svip af því að þátttakendur litu heildrænt á meðferðina og ýmsar athugasemdir beindust ekki aðeins að hjúkrun heldur einnig öðrum þáttum endurhæfingarinnar.

(1) Weinberg (2003) *Green Code*; (2) Guðbjörg Pétursdóttir (1996) *Viðhorf sjúklinga til reykingabanns á lungnadeild*, Óbirt könnun; (3) Guðbjörg Pétursdóttir og Margrét Baldursdóttir (1998) *Árangur reykingavarna á lungnadeild Reykjalundar*, Útdráttur; (4) Jónína Sigurgeirsdóttir (2002) *Mat á árangri reykingavarnanámskeiðs fyrir innliggjandi sjúklinga á lungnadeild Reykjalundar 2000-2002*, Útdráttur; (5) Félagsvísindastofnun (1990), *Könnun á högum og heilsufari þeirra sem útskrifuðust af Reykjalundi 1987 og 1988*; (6) Sigurður R. Sigurjónsson (2009) *SÍBS – stefna og árangur*.

## Samanburður á mæði hjá hjarta- og lungnasjúklingum við áreynslu og athafnir daglegs lífs

Marta Guðjónsdóttir<sup>1,2</sup>, Arna E. Karlsdóttir<sup>2</sup>, Ásdís Kristjánsdóttir<sup>2</sup>, Magdalena Ásgeirsdóttir<sup>2</sup>, Magnús R. Jónasson<sup>2</sup> og Stefán B. Sigurðsson<sup>3</sup>

Lífeðlisfræðistofnun Háskóla Íslands, Vatnsmýrarvegi 16, 101 Reykjavík<sup>1</sup>; Reykjalundur, endurhæfingarmiðstöð SÍBS, 270 Mosfellsbæ<sup>2</sup>; Háskólinn á Akureyri, Sólborg v/Norðurslóð, 600 Akureyri<sup>3</sup>

Sjúklingar með langvinna lungnateppu (LLT) og langvinna hjartabilun (LHB) hafa lítið þol og þjást af mæði og þreytu við litla áreynslu[1]. Ástæðan er m.a. skert súrefnisflæði til vinnandi vöðva, hjá LLT sjúklingum vegna skertrar getu öndunarkerfisins en hjá LHB vegna skertrar getu hjarta- og æðakerfis. Fleiri þættir geta haft áhrif á mæðina s.s. andleg líðan [2].

**Aðferðir.** 24 sjúklingar með LLT og  $FEV_1 < 50\%$  af áætluðu gildi og 23 sjúklingar með LHB og útstreymisbrot hjarta  $< 35\%$  tóku þátt í rannsókninni. Allir voru þolprófaðir með mælingum á súrefnisupptöku, öndun, púlsi og blóðgösum auk þess sem sjúklingarnir sjálfir mátu mæði sína við áreynsluna með Borg mæðikala (0-10 stig). Spurningalistar um mæði við daglegt líf (MAT listinn) og um andlega líðan (HAD listinn) voru lagðir fyrir alla.

**Niðurstöður.** Í töflu 1 má sjá helstu niðurstöður úr þolprófi og spurningalista hjá hvorum sjúklingahópi fyrir sig. Samanburður var gerður með óþöruðu t-prófi

**Tafla 1.** Samanburður á mælingum hjá LHB og LLT sjúklingum.

	LHB	LLT	p gildi
Aldur (ár)	55,5 ± 9,8	64,1 ± 9,0	< 0,005
Kyn (karlar/konur)	21/2	10/14	<0,0005
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	31,1 ± 0,6	23,8 ± 0,9	<0,0001
<b>POLPRÓF:</b>			
V'O <sub>2</sub> max (L/mín)	1,19 ± 0,49	0,72 ± 0,29	< 0,0002
Poltala (ml/kg/mín)	11,9 ± 0,1	10,7 ± 3,2	NS
Dyspnea index*	0,44 ± 0,16	0,82 ± 0,15	<0,0001
Súrefnispúls (ml/slag)	10,4 ± 3,8	5,9 ± 2,2	<0,0001
dPCO <sub>2</sub> (mmHg)	-0,89 ± 4,2	+2,87±3,6	<0,05
Púlsleif (%)	32 ± 21	21 ± 9	<0,05
Mæði – Borg	4,6 ± 2,6	5,7 ± 2,4	NS
Mæði - MAT	35,1 ± 21,9	47,1±16,7	<0,04
HAD ≥ 8** (N; % af heild)	9 (39)	5 (21)	NS

\*V'E<sub>max</sub>/áætlað V'E<sub>max</sub>. Áætlað V'E<sub>max</sub> = FEV<sub>1</sub> \*40. \*\* HAD ≥ 8 = líklega þunglyndi og/eða kvíði.

**Umræða.** Hóparnir voru ólíkir hvað varðar aldur og fjölda karla. V'O<sub>2</sub> max var því eðlilega hærra hjá LHB hópnum en þoltalan var eins. Sjúklingar með LLT ganga nær takmörkunum bæði öndunar- og blóðrásarkerfis við hámarksáreynslu en LHB sjúklingarnir, en upplifa samt álíka mæði á Borg. Eldri sjúklingarnir virðast hafa náð að aðlaga sig betur sjúkdómi sínum við áreynslu en skynja meiri mæði við athafnir daglegs lífs. Ekki var munur á andlegri líðan.

1. Nici L et al American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 2006;173:1390-1413
2. Dyspnea. Mechanism, Assessment, and Management: A Consensus Statement. ATS. Am J Respir Crit Care Med. 1999;159:321-340