



REYKJALUNDUR
endurhæfing

8. vísindadagur á Reykjalundi

Föstudaginn 18. nóvember 2011 kl.13-16

Dagskrá

Ágrip

8. vísindadagur á Reykjalundi

Föstudaginn 18. nóvember 2011 kl. 13-16
Samkomusal Reykjalundar

- 13.00 **Setning vísindadags á Reykjalundi.** Formaður vísindaráðs Ásdís Kristjánsdóttir, sjúkraþjálfari
13.10 **Styrkjum úr vísindasjóði Reykjalundar úthlutað.** Magnús Ólason, yfirlæknir

Erindi

- 13.20 Langtímaáhrif endurhæfingar á sjúklinga með langvinna lungnateppu eða langvinna hjartabilun. Ásdís Kristjánsdóttir, sjúkraþjálfari.
13:35 Árangur offitumeðferðarinnar á Reykjalundi með eða án magahjáveituaðgerðar, 2 ára eftirfylgd. Anna Njálsdóttir, sálfræðingur.
13:50 Kostnaðarnytjagreining á verkjasviði Reykjalundar. Héðinn Jónsson, sjúkraþjálfari.
14:05 Sértek þjálfun einstaklinga með MS sjúkdóm. Sif Gyldadóttir, sjúkraþjálfari

Veggspjöld á Brú (við þjálfunarhús) og kaffiveitingar, 14:30 – 16:00

1. Úttekt á mötuneytinu á Reykjalundi, tímabilið 4-22 júlí. 2011. Áróra Rós Ingadóttir, Guðrún Jóna Bragadóttir og Ingibjörg Gunnarsdóttir
2. Niðurstöður um árangur eftirfylgdar með reykleysi á lungnasviði Reykjalundar 2008 – 2010. Aldís Jónsdóttir, Ágústa Inga Pétursdóttir, Guðbjörg Pétursdóttir, Jónína Sigurgeirsdóttir
3. Shortness of breath, anxiety and depression in COPD patients who enter pulmonary rehabilitation. Elfa D. Ingólfssdóttir, Guðbjörg Pétursdóttir, Marta Guðjónsdóttir
4. Áhrif sex vikna alhliða endurhæfingar á mæði, kvíða, þunglyndi og líkamsrækt, sjúklinga með langvinna lungnateppu. Eins árs eftirfylgd. Elfa D. Ingólfssdóttir, Guðbjörg Pétursdóttir, Marta Guðjónsdóttir
5. Breytingar á öndun við áreynslu eftir þjálfun hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu eða langvinna hjartabilun. Marta Guðjónsdóttir, Egill Thoroddsen, Arna E. Karlsdóttir, Ásdís Kristjánsdóttir, Magnús R. Jónasson, Magdalena Ásgeirsdóttir.
6. Hugræn atferlismeðferð við langvinnri geðlægd: Samanburður á einstaklings- og hópmeðferð í endurhæfingu á geðsviði Reykjalundar. Inga Hrefna Jónsdóttir, Sylvía Ingibergsdóttir, Þórunn Gunnarsdóttir og Pétur Hauksson.
7. Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Fear–Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) í klínísku þýði. Inga Hrefna Jónsdóttir, Elfa Björt Hreinsdóttir, Hlín Kristbergsdóttir, Þóra Hjartardóttir og Magnús Ólason
8. Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) í klínísku þýði. Inga Hrefna Jónsdóttir, Elfa Björt Hreinsdóttir, Hlín Kristbergsdóttir, Hans Jakob Beck
9. Forprófun og þáttagreining á vonleysiskvarða Becks. Rósa María Guðmundsdóttir og Jóhanna Bernharðsdóttir.
10. Upplifun sjúklinga á gæðum hjúkrunarmeðferðar á Reykjalundi. Jónína Sigurgeirsdóttir.
11. Endurhæfing í heimabyggð. Samstarfs- og þróunarverkefni göngudeildar Reykjalundar og heilsugæslugæslustöðvarinnar Firði Hafnarfirði. Karl Kristjánsson, Ingólfur Sveinn Ingólfsson, Unnur Hjaltadóttir, Sofía Björg Pétursdóttir, Hlín Guðjónsdóttir, Guðrún Gunnarsdóttir, Jóhann Ágúst Sigurðsson.

Fundarstjóri: Dr. Marta Guðjónsdóttir, rannsóknastjóri

Langtímaáhrif endurhæfingar á sjúklinga með langvinna lungnateppu eða langvinna hjartabilun

Ásdís Kristjánsdóttir¹, Arna E. Karlsdóttir¹, Magdalena Ásgeirsdóttir¹, Magnús R. Jónasson¹,
Marta Guðjónsdóttir^{1,2}

Hjarta- og lungnasvið Reykjalundar¹, Lífeðlisfræðistofnun Háskóla Íslands².

Inngangur

Sjúklingar með langvinna lungnateppu (LLT) eða langvinna hjartabilun (LHB) hafa lítið þol og mikla mæði við hreyfingu og hafa því tilhneigingu til að gefast upp á reglubundinni langtíma þjálfun. Þeir fara gjarnan inn í vítahring hreyfingarleysis og mæði.

Markmið rannsóknarinnar var að kanna langtímaáhrif endurhæfingar hjá sjúklingum með LLT og LHB.

Aðferðir

25 sjúklingar með LLT (11 kk/14 kvk 64±9 ára, GOLD 3 & 4) og 25 sjúklingar með LHB (23 kk/2kvk 55±10 ára, NYHA II-III, með ≤ 35% útstreymisbrot vinstri slegils) fóru í 6 vikna lungna – eða hjartaendurhæfingu á Reykjalundi og var síðan fylgt eftir að meðaltali í 16 mánuði. Þeir þættir sem sérstaklega voru skoðaðir voru BMI og göngugeta í 6 mínútna gönguprófi. Einnig voru spurningalistar um mæði við daglegt líf (MAT listinn) og um andlega líðan (HAD listinn) lagðir fyrir alla. Í eftirfylgd var tekin þjálfunarsaga, reykingsarsaga og athugað hve margir höfðu lagst inn á spítala á tímabilinu.

Niðurstöður

BMI breyttist ekki frá því fyrir endurhæfingu og að lokum eftirfylgdar hjá báðum hópnum. Göngugeta jókst marktækt við endurhæfingu í báðum hópum en hafði ekki sigið niður í upphafsgildi 16 mánuðum síðar. Tilhneiging til kvíða og þunglyndis (HAD) var ögn meira áberandi í LHB hópnum sem var marktækt yngri. Mæði í daglegu lífi (MAT) var marktækt meiri hjá LLT en LHB sjúklingum, en breyttist ekki. Allir sjúklingar nema einn voru að þjálfa 16 mánuðum eftir formlega endurhæfingu á Reykjalundi. Sex sjúklingar höfðu byrjað að reykja aftur í endurkomu og 10 af 50 höfðu lagst inn á spítala á 16 mánaða tímabili.

		BMI (kg/m ²)	6MGP (m)	Kvíði (fjöldi)	Þunglyndi (fjöldi)	Mæði (stig á MAT)
LLT	Fyrir	23,5 ± 4,1	485 ± 104,4	4 (16%)	4 (16%)	46,6±16,6
	Eftir	23,7 ± 4,0	541,3 ± 93,6*	1	1	44,7±17,1
	Eftirfylgd	23,6 ± 4,1	491,5±100,3	0**	2	48,1±19,0
LHB	Fyrir	31,3 ± 4,7¥	539,4±108,9	9 (36%)	5 (20%)	24,3±11,5¥
	Eftir	30,5 ± 4,1*	578,3±94,9*	4	3	23,2±14,0
	Eftirfylgd	32,4 ± 4,7**	541,4±107,5	8	2	28,2±18,1

*p<0,05 eftir vs fyrir;** p< 0,05 eftirfylgd vs fyrir; ¥ p<0,05 LHB vs LLT

Túlkun

LLT og LHB sjúklingar svara endurhæfingu og eru tilbúnir að halda áfram að þjálfa, sem er þeim lífsnauðsynlegt, eftir að hafa verið á Reykjalundi. Þeir viðhalda reykleysi vel og aðeins 1/5 þeirra hafði lagst inn á spítala á 16 mánaða tímabili eftir endurhæfingu.

Árangur offitumeðferðarinnar á Reykjalundi með eða án magahjáveituaðgerð, 2 ára eftirfylgd

Anna Njálisdóttir¹, Helma Rut Einarsdóttir² og Fanney Þórsdóttir¹

Sálfræðideild Háskóla Íslands¹, næringar- og offitusvið Reykjalundar²

Inngangur:

Offita er vaxandi heilsufarsvandamál og er áhættuþáttur fyrir ýmsa sjúkdóma bæði líkamlega og andlega.

Markmið:

Þessi rannsókn skoðar árangur offitumeðferðarinnar á Reykjalundi frá upphafi meðferðar og til loka 2 ára eftirfylgdar. Markmið er að kanna breytingar á þyngd, líkamsþyngdarstuðli, fituprósentu, mittismáli, þunglyndiseinkennum (BDI-II), kvíðaeinkennum (BDI) og lífsgæðum tengdum offitu (OP).

Aðferð:

Úrtakið voru þeir sem luku offitumeðferðinni frá nóvember 2010 til apríl 2011 samtals 56 konur. Alls samþykktu 42 (75%) að taka þátt. Meðalaldur var 47,7 ár. Þeir sem fóru í magahjáveituaðgerð (aðgerðarhópur) voru 29 (71%) og þeir sem ekki fóru í magahjáveituaðgerð (meðferðarhópur) voru 13 (29%). Við úrvinnslu gagna var gerð marghliða dreifigreining (*repeated-measures ANOVA*) og t próf háðra úrtaka (*paired samples statistic t-test*). Marktæknimörk voru miðuð við $p \leq 0,05$.

Niðurstöður:

Niðurstöður í heild sýna marktækan árangur hvað varðar þyngd, líkamsþyngdarstuðul, fituprósentu, mittismál, þunglyndiseinkenni og lífsgæði vegna offitu. Aðgerðarhópurinn sýndi marktækan árangur hvað varðar þyngd, líkamsþyngdarstuðul, fituprósentu, mittismál og lífsgæði vegna offitu. Meðferðarhópurinn sýndi marktækan árangur hvað varðar mittismál og lífsgæði vegna offitu.

Túlkun:

Offitumeðferðin á Reykjalundi skilar góðum og heilsusamlegum árangri og er hann mun betri hjá þeim sem fara í magahjáveituaðgerð. Leita þarf leiða til betri árangurs hvað varðar þyngdartap fyrir þá sem kjósa að fara ekki í magahjáveituaðgerð.

Kostnaðarnytjagreining á verkjasviði Reykjalundar

Héðinn Jónsson, Tinna Laufey Ásgeirsdóttir og Magnús Ólason
Reykjalundur, verkjasvið og Hagfræðideild Háskóla Íslands

Inngangur:

Sýnt er að langvinnir verkir hafa mikil áhrif á líf þess sem hefur verki, hans nánustu aðstandendur og samfélagið allt. Langvinnir verkir skerða lífsgæði og eru kostnaðarsamir fyrir einstaklinginn og samfélagið.

Markmið:

Kanna hvort hagkvæmt sé að langtíma verkjasjúklingar fari til meðferðar á verkjasviði Reykjalundar

Aðferðir:

Í þessari rannsókn er gerð kostnaðarnytjagreining á verkjasviði Reykjalundar samanborið við hefðbundna meðferð út frá samfélagslegu sjónarhorni. Ekki gafst kostur á viðmiðunarhópi, heldur eru niðurstöður fyrir tímabil meðferðar nýttar sem viðmið fyrir hefðbundna meðferð og árangur eftir meðferð á Reykjalundi borinn saman við þær. Þátttakendur (115) svöruðu spurningalistum sex vikum fyrir innlöng, við innlögn, við útskrift, ári eftir útskrift og þremur árum eftir útskrift (56). Auk þess var gögnum um notkun á heilbrigðisþjónustu og bótastöðu safnað frá Tryggingastofnun ríkisins og notkun lyfja úr Lyfjagangagrunni Landlæknis.

Niðurstöður:

Út frá samfélagslegu sjónarhorni, miðað við þriggja ára tímaramma, þegar meðferð á verkjasviði Reykjalundar er borin saman við hefðbundna meðferð, er niðurstaðan sú að meðferðin á Reykjalundi sé ódýrari, 276.652 kr. á einstakling, og skili einnig aukningu í lífsgæðavegnum lífárum (QALY), 0,15, miðað við hefðbundna meðferð. Því er hægt að segja að meðferðin á Reykjalundi sé ráðandi (dominates) miðað við hefðbundna meðferð. Niðurstöðurnar virðast ekki vera næmar fyrir breytingum á forsendum greiningarinnar.

Túlkun:

Gæta þarf varúðar í túlkun niðurstaðna þar sem rannsóknarsniðið var veikt. Ekki var um eiginlegan viðmiðunarhóp að ræða nema í formi biðlistaviðmiðs.

Sértæk þjálfun einstaklinga með MS sjúkdóm

Sif Gylfadóttir, Anna Sólveig Smáradóttir og Andri Þór Sigurgeirsson
Sjúkraþjálfun tauga- og hæfingarsviðs Reykjalundar

Inngangur:

Multiple Sclerosis (MS) er langvinnur taugasjúkdómur ungs fólks. Á Íslandi eru um 430 einstaklingar með MS sjúkdóm. Reykjalundur hefur þjónustað fólk með MS sjúkdóm til margara ára og er þjálfun stór þáttur í endurhæfingu þeirra. Jafnvægisleysi er oft fyrsta kvörtun áður en sjúkdómurinn er greindur, en nýlegar rannsóknir benda til að sértæk jafnvægisþjálfun geti bætt jafnvægi, jafnvægisöryggi og dregið úr dettni þessara einstaklinga. Á Reykjalundi hefur verið starfrækt jafnvægisþjálfun frá árinu 2005 fyrir hóp einstaklinga með taugasjúkdóm, þar með fólk með MS sjúkdóm. Sjúkraþjálfarar gerðu samning við MS félagið árið 2008 um jafnvægisþjálfun í formi námskeiða fyrir fólk með MS sjúkdóm og hefur sá samningur verið endurnýjaður ár hvert síðan þá.

Markmið:

Markmiðið var að draga saman mælingar sem gerðar hafa verið á einstaklingum sem tóku þátt í jafnvægisþjálfun hjá MS félaginu frá árinu 2009 til vors 2011.

Aðferðir:

Mælingar á jafnvægi (Timed up and go), jafnvægisöryggi (spurningalista A-ö), þægilegum gönguhraða og hámarksgönguhraða í 10m gönguprófi voru dregnar saman í gróf. Einungis þeir einstaklingar sem höfðu mætt í öll próf í byrjun námskeiðs (óháð því hvenær þeir byrjuðu) og aftur vor 2011 voru teknir með í samantektina. Einnig voru dregnar saman tölur um mætingar þessara einstaklinga í þjálfunartíma.

Niðurstöður:

12 einstaklingar með MS sjúkdóm voru með í samantektinni. Niðurstöðurnar sýna að gönguhraði, jafnvægi, og jafnvægisöryggi hefur aukist hjá flestum á tímabilinu frá upphafi fyrsta námskeiðs og til vors 2011. Mæting í hóppþjálfunina var breytileg frá 40 skiptum upp í 132 skipti, eða 83 skipti að meðaltali.

Túlkun:

Sértæk jafnvægisþjálfun er raunhæf leið til þjálfunar á einstaklingum með MS sjúkdóm. Mæting var góð í þjálfunina. Samantektin bendir til að jafnvægisþjálfun skili bættu jafnvægi, göngugetu og jafnvægisöryggi hjá einstaklingum til MS. Frekari rannsókna er þörf.

Úttekt á mótuneytinu á Reykjalundi, tímabilið 4-22 júlí. 2011

Áróra Rós Ingadóttir, Guðrún Jóna Bragadóttir, Ingibjörg Gunnarsdóttir
Reykjalundur, næringar og offitusvið; Næringarfræðideild, HÍ

Inngangur:

Í mótuneyti Reykjalundar er viðmiðunardiskur til sýnis með rétti dagsins. Á sérstöku viðmiðunarblaði, sem ætlað er að vera leiðbeinandi fyrir skjólstæðinga Reykjalundar, eru upplýsingar um orkuinnihald í hádegisverði. Uppskriftir í eldhúsi hafa breyst á undanförunum árum og er kominn tími á að meta gildin.

Markmið:

Meta hvort orkuinnihald máltíðar, sem skömmtuð er á viðmiðunardisk, væri í samræmi við uppgefið magn á viðmiðunarblaði. Markmiðið var einnig að kanna heildarorkuinnihald máltíðanna, bera saman við ráðleggingar um hlutfallslega skiptingu heildarorku milli máltíða dagsins og kanna hlutföll orkugefandi næringarefna í máltíðinni.

Aðferðir:

Viðmiðunarmáltíðir voru vigtaðar í eldhúsinu á Reykjalundi tímabilið 4-22. júlí 2011 að undanskildum laugardögum og sunnudögum. Stuðst var við ÍSGEM gagnagrunnin frá Matís við útreikninga á næringargildi. Það t-próf var notað til að meta hugsanlegan mun á orkuinnihaldi vigtaðrar viðmiðunarmáltíðar og þess sem gefið er upp á viðmiðunarblaði. Orkuinnihald hádegisverðar var metið sem hlutfall af orkuþörf karlmanns og kvenmanns. Miðað var við 20 % orkuskerðingu og þá orku sem þarf til að viðhalda núverandi þyngd og borið saman við Norrænar ráðleggingar um að 30 % af orku dagsins ættu að koma úr hádegisverði.

Niðurstöður:

Ekki reyndist munur á heildarorkuinnihaldi viðmiðunarmáltíðar og þess sem gefið var upp á viðmiðunarblaði (að meðaltali 494 he á móti 450 he). Fyrir karlmann gaf hádegisverðurinn að jafnaði 22% af heildarorkuþörf dagsins ef miðað var við 2256 he fæði. Fyrir konu gaf hádegisverðurinn að jafnaði 28% af orkuþörf ef miðað var við 1760 he fæði. Skipting orkuefnanna reyndist vera að meðaltali 37% prótein, 21% fita og 42% kolvetni í hádegisverðinum.

Ályktun:

Upplýsingar um orkuinnihald á viðmiðunarblaði voru í samræmi við raunverulegt orkuinnihald máltíðanna. Ef miðað er við daglega orkuþörf karlmanns á orkuskertu fæði (20%) reyndist hádegisverðurinn gefa heldur minni orku en gert er ráð fyrir í Norrænu ráðleggingunum. Hádegisverðurinn veitir orku sem er nær því sem ráðlagt er fyrir konur á orkuskertu fæði. Hugsanlega væri gagnlegt að hafa tvo viðmiðunardiska, einn fyrir konur og hinn fyrir karla. Eðlilegt er að hádegisverður gefi hlutfallslega meira af próteinum en aðrar máltíðir þar sem uppistaða máltíðarinnar er oft kjöt eða fiskur. Hver og ein máltíð er því ekki með sömu hlutföll orkuefna eins og ráðlagt er fyrir heildarorku dagsins.

Árangur reykleysismeðferðar á lungnasviði Reykjalundar 2008-2010

Aldís Jónsdóttir, Guðbjörg Pétursdóttir Ágústa Inga Pétursdóttir og Jónína Sigurgeirs
Reykjalundur, Lungnasvið

Inngangur :

Á lungnasviði Reykjalundar hefur verið starfrækt meðferð við tóbaksfíkn ásamt símaeftirfylgd í 20 ár. Meðferðin hefur verið í stöðugri þróun með hliðsjón af rannsóknum á árangri slíkrar meðferðar. Reykleysi er eitt af skilyrðum fyrir endurhæfingu á lungnasviði Reykjalundar. Ætlast er til að einstaklingur sé reyklus á meðan meðferð stendur og viðhaldi reykleysi eftir útskrift. Við útskrift af lungnasviði er þeim sem hafa hætt að reykja boðið upp á símaeftirfylgd í eitt ár. Til að sjá árangur eftirfylgdar voru teknar saman niðurstöður svara þeirra sem hringt var í á árum 2008-2010.

Markmið:

Að kanna hvort eftirfylgd í reykleysismeðferð sex og 12 mánuðum eftir útskrift frá Reykjalundi gefi vísbendingar um árangur meðferðarinnar og hjálpi einstaklingum að viðhalda reykleysi.

Einnig að athuga hvort einstaklingarnir notuðu nikótínlyf eða nikótínlaus lyf samtímis og þeir hættu reykingum.

Aðferð:

Teknar voru saman niðurstöður eftirfylgdar frá árunum 2008-2010. Hringt var í þá sem samþykktu eftirfylgd, á tveggja mánaða fresti. Þeir voru spurðir staðlaðra spurninga og svörin skráð.

Lyfjanotkun sem beindist að reykleysismeðferðinni, var skráð við upphaf meðferðar.

Niðurstöður :

Við eftirfylgd árin 2008-2010 var hringt í 108 einstaklinga, meðalaldur þeirra var um 60 ár og meðalpakkaár 65. Kynjahlutfall var 58% konur (63) og 42% karlar (45).

Á þessum árum urðu breytingar á notkun nikótínlyfja og nikótínlausra lyfja á Reykjalundi, þar sem stærstan þátt átti aukin greiðsluþátttaka sjúklinga í lyfjakostnaði. Þar með jókst áherslan á val einstaklingsins um hvort hann notaði nikótínlyf og nikótínlaus lyf til stuðnings í sinni reykleysismeðferð.

Árið 2008 var 61% þátttakenda reyklust eftir sex mánuði frá útskrift. Árið 2009 hefur fjöldi reyklusra sex mánuðum eftir útskrift fallið niður í 43% og í 33% árið 2010. Notkun nikótínlyfja og nikótínlausra lyfja fór úr 84% árið 2008 í 40% árið 2009 og var aðeins 19% árið 2010. Hvort minni notkun hjálparlyfja sé ástæðan fyrir minni meðferðarheldni eða hvort munurinn liggur í því að 2010 voru mun fleiri sem svöruðu ekki, skal láta liggja milli hluta. Hið jákvæða er að á þessu tímabili voru að meðaltali 46% þátttakenda reyklus eftir sex mánuði og aðeins 33% höfðu byrjað aftur að reykja.

Eftir 12 mánuði voru 29% þátttakenda reyklus árið 2008, en fjöldi reyklusra jókst í 37% árið 2009. Þeir sem voru byrjaðir að reykja aftur eftir 12 mánuði voru 39% árið 2008, en 34% árið 2009. Tólf mánaða eftirfylgd fyrir árið 2010 er enn ólokið.

Túlkun:

Greinileg breyting varð á lyfjanotkun til stuðnings við reykleysismeðferð á rannsóknartímabilinu 2008 -2010, því þeim fjölgaði sem völdu að nota ekki lyf, úr 16% árið 2008, í 61% árið 2009 og í 81% árið 2010. Með notkun nikótínlyfja lengist reykleysistímabilið og líklega sjást áhrif minni nikótínlyfjanotkunar við sex mánaða eftirfylgd. Svipaður árangur náðist við 12 mánaða eftirfylgd hjá þeim einstaklingum sem höfðu hvorki notað nikótínlyf né nikótínlaus lyf.

Shortness of breath, anxiety and depression in COPD patients who enter pulmonary rehabilitation

Elfa Dröfn Ingólfssdóttir¹, Guðbjörg Pétursdóttir¹ og Marta Guðjónsdóttir^{1,2}.
¹Reykjalundur, Endurhæfingarmiðstöð SÍBS, ²Lífeðlisfræðistofnun HÍ

Background

Anxiety and depression are common symptoms in COPD patients (pt) and it is estimated that 20 to 40% of pt referred to pulmonary rehabilitation (PR) experience those symptoms. Shortness of breath (SOB) is their major complaint, and as SOB is not only explained by physiological factors it needs to be better defined and clarified (Troosters, et al; Am J Respir Crit Care Med, 2005; 172).

Aim

The aim of the study was to evaluate the effect of six weeks inpatient PR on SOB and psychological distress (PD) and evaluate the correlation of PD and experienced SOB.

Methods

At admission to PR 140 COPD pt underwent spirometry to assess disease severity. Exercise capacity was evaluated by a six-minute walking test (6-MWT) at admission and discharge. Then and one year after discharge SOB was measured by the Shortness of Breath Questionnaire (SOBQ) and anxiety and depression by the Hospital Anxiety and Depression scale (HAD). Pt were divided into two groups based on whether or not they experienced PD (anxiety and/or depression scores ≥ 8).

Results

53 of 140 pt (38%) had PD. No difference was found between the groups in age (67.3 ± 8.8), FEV₁ ($62.6 \pm 25.1\%$), BMI (29.1 ± 6.2 kg/m²) or gender (female 63%) but pt with PD walked shorter distance and experienced more SOB. The relative number of pt with PD decreased during PR (37 of 130 or 28%) but increased one year later (46 of 103 or 45%). Multiple regression analysis showed that the 6-MWT and anxiety scores were the best predictors for SOB, explaining 35%.

Discussion

COPD pt with PD experienced more SOB and had less exercise capacity than pt with no PD. PR did not reduce the frequency of Pt with PD permanently. It seems therefore necessary to put more emphasis on psychological treatment in our PR program.

Áhrif sex vikna alhliða endurhæfingar á mæði, kvíða, þunglyndi og líkamsrækt, sjúklinga með langvinna lungnateppu (LLT). Eins árs eftirfylgd.

Elfa Dröfn Ingólfssdóttir¹, Guðbjörg Pétursdóttir¹ og Marta Guðjónsdóttir^{1,2}.
¹Reykjalundur, Endurhæfingarmiðstöð SÍBS, ²Lífeðlisfræðistofnun HÍ

Inngangur

Endurhæfing (EH) er mikilvægur þáttur í meðferð LLT og dregur úr mæði, kvíða og þunglyndi. En talið að líkamspjálfun í kjölfarið sé nauðsynleg til að viðhalda árangri.

Markmið

Markmiðið var að meta áhrif 6 vikna EH á Reykjalundi á mæði, andlega líðan (kvíða og þunglyndi) og þátttöku í líkamsrækt (LR) hjá sjúklingum með LLT, einu ári eftir EH.

Aðferð

Við upphaf EH var gerð öndunarmæling og mælt FEV1 hjá þátttakendum (N= 140) (67.3 ± 8.8 ár, 63% konur, FEV1 = $62.6 \pm 25.1\%$ af áætluðu gildi, líkamspýngdarstuðull = 29.1 ± 6.2 kg/m²). Fyrir EH og einu ári síðar (N=103), var könnuð þátttaka í LR. Þá og við útskrift úr EH svöruðu þátttakendur MAT listanum (SOBQ) sem metur mæði við athafnir daglegs lífs og HAD listanum sem metur andlega líðan.

Niðurstöður

Hlutfallslegum fjölda þátttakenda sem stunduðu LR fjölgaði úr 42% (43/102) í 64% (65/102), einu ári eftir EH. En þeim sem höfðu merki um andlega vanlíðan ($HAD \geq 8$ stig) fjölgaði úr 35% (36/103) í 45% (46/103).

Við útskrift hafði dregið úr upplifun á mæði (7.9 ± 13.6) og enn frekar (4.7 ± 14.6) einu ári síðar, hjá þeim sem stunduðu reglubundna LR. Hjá þeim sem höfðu andlega vanlíðan, dró úr kvíða (1.8 ± 4.0) og þunglyndi (2.5 ± 3.3) við útskrift, en þann bata var ekki að sjá ári síðar.

Túlkun

Svo virðist sem EH á Reykjalundi sé árangursrík fyrir meiri hluta sjúklinganna, sérstaklega þá sem stunda áframhaldandi líkamsrækt, en huga þurfi frekar að meðferð þeirra sem hafa andlega vanlíðan.

Breytingar á öndun við áreynslu eftir þjálfun hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu eða langvinna hjartabilun.

Marta Guðjónsdóttir^{1,2}, Egill Thoroddsen¹, Arna E. Karlsdóttir², Ásdís Kristjánsdóttir², Magnús R. Jónasson², Magdalena Ásgeirsdóttir².
Lífeðlisfræðistofnun Háskóla Íslands¹, Hjarta- og lungnasvið Reykjalundar².

Inngangur

Sjúklingar með langvinna hjartabilun (LHB) eða langvinna lungnateppu (LLT) þjást af óeðlilega mikilli mæði við áreynslu. Margt getur þar haft áhrif en þekkt er að skilvirkni öndunar þeirra er skert og öndunarþörf aukin.

Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvort þjálfun gæti bætt skilvirkni öndunar og minnkað öndunarþörf hjá sjúklingum með LLT eða LHB.

Aðferðir

25 sjúklingar með LHB (23 karlar, 55±10 ára, NYHA II-III, með ≤ 35% útstreymisbrot vinstri slegils) og 25 sjúklingar með LLT (11 karlar, 64±9 ára, GOLD 3 & 4) fóru í hámarksþolpróf fyrir og eftir endurhæfingu þar sem mæld var súrefnisupptaka ($\dot{V}O_2$), koltvísýringsútskilnaður ($\dot{V}CO_2$) og öndun ($\dot{V}E$). Hallatala línurits $\dot{V}E$ á móti $\dot{V}CO_2$ var notuð sem mælikvarði á skilvirkni öndunar. Iso öndun var mæld þar sem $\dot{V}E$, andrýmd (VT) og öndunartíðni (ÖT) við hámarksáreynslu á komuprófi var borið saman við öndun á sama $\dot{V}O_2$ (iso- $\dot{V}O_2$) í útskriftarprófi. Þjálfunin í endurhæfingunni byggði á þol- og styrkþjálfun, þjálfað var alla virka daga að meðaltali í 5,8 ± 1,1 vikur.

Niðurstöður

Þol LHB sjúklinganna var betra en LLT, enda yngri sjúklingar og fleiri karlar. Báðir hópar bættu þolið við þjálfun. Öndunin var jafn óskilvirk hjá LHB og LLT sjúklingunum og breyttist það ekki við þjálfun. Öndunarþörf við sama $\dot{V}O_2$ minnkaði hjá báðum hópum og hjá LLT sjúklingum batnaði öndunarmynstrið (dýpri öndun) einnig. Í töflunni hér að neðan koma fram helstu niðurstöður.

	LLT sjúklingar		LHB sjúklingar	
	Fyrir þjálfun	Eftir þjálfun	Fyrir þjálfun	Eftir þjálfun
$\dot{V}O_2$ max (ml/kg/mín)	9,8 ± 4,5	10,9 ± 5,4*	14,4 ± 6,9 [‡]	17,5 ± 9,1*
$\dot{V}E/\dot{V}CO_2$ hallatala	36,2 ± 7,2	34,7 ± 7,6	35,0 ± 9,1	34,3 ± 9,7
Iso- $\dot{V}E$ (L/mín)	30,9 ± 9,6	28,3 ± 8,7*	45,7 ± 17,6 [‡]	40,9 ± 15,6*
Iso-VT (L)	1,07 ± 0,33	1,17 ± 0,36*	1,58 ± 0,56 [‡]	1,56 ± 0,56
Iso-ÖT (á mín)	29,4 ± 5,1	24,4 ± 2,3*	29,8 ± 6,1	26,9 ± 5,6*

*p<0,05 eftir vs fyrir; [‡]p<0,05 LHB vs LLT

Túlkun

Þjálfun sjúklinga með LLT og LHB í okkar rannsókn hafði ekki áhrif á lélega skilvirkni öndunar en minnkaði hins vegar öndunarþörfina. Minni öndunarþörf gefur fyrirheit um minni mæði við áreynslu sem er mikilvægur áfangi á leiðinni til bættra lífsgæða.

Hugræn atferlismeðferð við langvinnri geðlægð: Samanburður á einstaklings- og hópmeðferð í endurhæfingu á geðsviði Reykjalundar

Inga Hrefna Jónsdóttir¹ sálfræðingur, Sylvía Ingibergsdóttir² hjúkrunarfræðingur,
Þórunn Gunnarsdóttir¹ iðjuþjálfari, Pétur Hauksson³ læknir

¹Geðsviði endurhæfingarmiðstöðvar SÍBS Reykjalundi, ²Geðsviði LSH, ³Lækningastofu

Inngangur: Hugræn atferlismeðferð (HAM) hefur fest sig í sessi síðustu áratugi sem árangursrík meðferð m.a. við þunglyndi og kvíðaröskunum. Þunglyndi getur verið langvinn og svarar ekki alltaf hefðbundinni meðferð sem setur mikla byrði á einstaklinginn, fjölskylduna og samfélagið.

Markmið: Tilgangur rannsóknarinnar var að bera saman árangur HAM einstaklings- og hópmeðferðar sjúklinga í endurhæfingu sem ekki höfðu svarað hefðbundinni innlögn, lyfja- eða samtalsmeðferð.

Aðferðir: Þátttakendur voru 181 sjúklingur með langvinnu þunglyndi í endurhæfingu á geðsviði Reykjalundar á árunum 2002-2006, eftirfylgd lauk 2008. Þeir voru innskrifaðir í 6 vikur og tóku allir þátt í fjölbreyttu einstaklingsmiðuðu endurhæfingarprógrammi en af þeim fengu 59 einstaklings HAM (50 mín.) og 86 HAM hópmeðferð (12-15 manna hópar/2 meðferðaraðilar; 90 mín.) tvisvar í viku, samtals 12 skipti. Farið var eftir HAM meðferðarhandbók við þunglyndi. MINI geðgreiningarviðtalið var lagt fyrir í upphafi og kvarðar sem meta þunglyndi (BDI-II), kvíða (BAI), vonleysi (BHS) og sjálfvirkar neikvæðar hugsanir (ATQ) voru lagðir fyrir í upphafi, við lok meðferðar og í eftirfylgd u.þ.b. einu og hálfu ári eftir meðferð.

Niðurstöður: Þverfagleg endurhæfing með HAM gaf góðan árangur í að draga úr einkennum þunglyndis, kvíða, vonleysis og sjálfvirkra neikvæðra hugsana. Marktækt betri árangur náðist hjá þeim sem fengu einstaklings HAM en þeim sem fengu hóp HAM eða voru í samanburðarhópi. Árangurinn minnkaði í eins og hálfis árs eftirfylgd en hélst marktækur.

Meðaltöl og staðalfrávik við upphaf, lok og í eftirfylgd meðferðar við þunglyndi

Kvarði	HAM einstaklingsmeðferð			HAM hópmeðferð			Samanburðarhópur		
	Upphaf M (sf)	Lok M (sf)	Eftirf. M (sf)	Upphaf M (sf)	Lok M (sf)	Eftirf. M (sf)	Upphaf M (sf)	Lok M (sf)	Eftirf. M (sf)
BDI-II	33,08 (9,86)	12,64 (9,59)	20,32 (15,12)	29,96 (8,88)	16,77 (9,21)	24,42 (14,99)	30,03 (9,98)	17,75 (11,15)	22,45 (15,20)
BAI	26,21 (10,38)	13,57 (9,35)	17,45 (13,70)	27,32 (10,56)	19,10 (11,44)	23,37 (13,32)	25,06 (12,11)	15,19 (9,50)	19,13 (12,08)
BHS	11,09 (5,82)	5,60 (4,79)	7,54 (6,03)	12,18 (4,62)	8,71 (5,28)	10,38 (5,69)	11,33 (4,99)	8,17 (4,88)	9,72 (6,11)
ATQ	94,84 (28,05)	57,09 (23,82)	70,10 (33,41)	99,21 (25,46)	76,10 (27,10)	81,87 (33,48)	84,57 (25,84)	64,91 (27,41)	71,18 (33,70)

M = meðaltal, sf = staðalfrávik. Megináhrif tíma voru marktæk ($p < 0,001$) á öllum kvörðunum. Samvirkni var marktæk ($p < 0,001$) við lok meðferðar en ekki ($p < 0,052$) við eftirfylgd.

Túlkun: Hugræn atferlismeðferð í hópi var ekki jafn árangursrík og einstaklingsmeðferð og virtist ekki bæta árangur hefðbundinnar endurhæfingar. Vera má að hóparnir hafi verið of stórir eða sjúklingarnir með of alvarleg eða fjölbreytt vandamál til að hópmeðferð sé nægjanleg. Kanna þarf árangur af minni hópum (7-8) og skoða hvaða sjúklingum gagnast hópar og hverjir þurfa einstaklingsmeðferð.

Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Fear–Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) í klínísku þýði

Inga Hrefna Jónsdóttir¹ Elfa Björt Hreinsdóttir² Hlín Kristbergsdóttir^{1,3} Þóra Hjartardóttir¹,
Magnús Ólason¹

¹Endurhæfingarmiðstöð SÍBS Reykjalundi, ²Geðsviði LSH, ³Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands

Inngangur: Fear and Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) er mælikvarði á viðhorf. Hann samanstendur af 16 fullyrðingum sem ætlað er að meta hræðslu-hliðrunar viðhorf tengd líkamlegri áreynslu og vinnu í tengslum við verki. Dæmi um fullyrðingar spurningalistans eru eftirfarandi: „Ég ætti ekki að reyna á mig því verkirnir gætu versnað“ og „Vinnan eykur eða mundi auka verkina“. Svarmöguleikar eru á 7 punkta Likert kvarða, frá því að vera algerlega ósammála til þess að vera algerlega sammála. Því hærra skor sem fólk fær á spurningalistanum, því meira telur það að áreynsla eða vinna hafi slæm áhrif á verkina. Höfundar kvarðans, Waddell og félagar mátu próffræðilega eiginleika mælitækisins þar sem innri stöðugleiki var góður ($\alpha = 0,88$) og endurprófunaréiðanleiki einnig ($r = 0,95$). Niðurstöður bentu til tveggja þátta sem hafa góðan áreiðanleika: Viðhorf til áhrifa líkamlegrar áreynslu á verki og viðhorf til vinnu í tengslum við verki. Þeir bentu á tengsl þessara viðhorfa við vinnutap vegna mjóbaksverkja og benda á mikilvægi “biopsychosocial” þátta s.s. áhrif hugsana, tilfinninga og hegðunar í tengslum við verki og starfshæfni.

Markmið: FABQ var þýddur með leyfi höfunda af fagfólki á verkjasviði, Ingu Hrefnu Jónsdóttur, Magnúsi Ólasyni og Þóru Hjartardóttur árið 2002. Tilgangur rannsóknarinnar var að meta próffræðilega eiginleika íslenskrar þýðingar FABQ í klínísku þýði.

Aðferðir: Þátttakendur voru 135 innlagðir sjúklingar í endurhæfingu á Reykjalundi á öllum sviðum, konur voru 57%. Þrjátíu og sex prósent þátttakenda voru útivinnandi og 52% prósent voru á örorku- eða endurhæfingarlífeyri. Tæplega helmingur þátttakenda hafði átt við veikindin að stríða í meira en 5 ár. Aldur þátttakenda var frá tvítugu fram yfir sjötugt en flestir voru á aldursbilinu 36-66 ára eða 66%. Gögnum var safnað veturinn 2004 – 2005 í tengslum við cand.psych. rannsókn Elfu Bjartar Hreinsdóttur.

Niðurstöður: Höfundar spurningalistans gefa upp atriði tveggja kvarða og voru þeir notaðir í þessari rannsókn. Eins og sést í töflunni er áreiðanleiki heildarkvarða og undirkvarða FABQ mjög góður (yfir 0,81). Ef stuðlarnir eru skoðaðir í samanburði við til dæmis rannsókn Carleton, Abrams, Kachur og Asmundson frá 2009 eru þeir hærri í íslenska úrtakinu heldur en því erlenda.

Meðaltal, staðalfrávik og áreiðanleiki fyrir heildarkvarða og undirkvarða FABQ

Kvarði	M (Sf)	Alpha stuðull	Alpha stuðull Carleton et al. (2009)
FABQ heildarkvarði	51,0 (24,89)	0,91	0,81
FABQ- Vinna	22,6 (12,44)	0,86	0,85
FABQ- Áreynsla	12,8 (6,81)	0,81	0,77

Túlkun: Rannsóknin sýnir að próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar FABQ í klínísku þýði sjúklinga í endurhæfingu eru góðir og ekki síðri en sést í erlendum rannsóknum.

Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) í klínísku þýði

Inga Hrefna Jónsdóttir¹ Elfa Björt Hreinsdóttir² Hlín Kristbergsdóttir^{1,3} Hans Jakob Beck¹

¹Endurhæfingarmiðstöð SÍBS Reykjalundi, ²Geðsviði LSH, ³Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands

Inngangur: The Illness Perception Questionnaire (IPQ) er mælikvarði sem var þróaður af Weinman og félagum 1996 til að mæla fimm þætti kenningar Leventhal um það hvernig fólk skynjar veikindi sín og býr til eigin skýringalíkon. Þessir fimm þættir tengjast: einkennum, afleiðingum, tíma, stjórn/lækningu og orsökum veikinda. Endurskoðuð útgáfa, IPQ-R kom út 2002 og hefur auk áður nefndra fimm hugrænu þátta einn tilfinningaþátt og einn þátt sem reynir að nálgast hvaða merkingu sjúkdómurinn hefur fyrir fólk en það getur skipt máli í aðlögun að langvinnnum veikindum. Undirkvarðarnir hafa mælst með góðan stöðugleika ($\alpha = 0,79 - 0,89$). Endurprófunaráreiðanleiki (test-retest) var metinn með tveggja vikna millibili og voru fylgnistuðlar fyrir þætti og kvarða, $r = 0,46-0,88$. IPQ-R hefur verið þýddur yfir á 17 tungumál og aðlagður að a.m.k. 13 sjúkdómum eins og sjá má á vefsíðu listans <http://www.uib.no/ipq/> IPQ-R hefur m.a verið notaður til að sníða stutta einstaklingsmiðaða hugræna atferlismeðferð að þörfum hjartasjúklinga með góðum árangri.

Markmið: Reykjalundur fékk leyfi fyrir þýðingu IPQ-R og þýðendur voru Inga Hrefna Jónsdóttir sálfræðingur, Hans Jakob Beck læknir og Eva Hallvarðsdóttir íslenskufraeðingur. Þessi rannsókn er fyrsta rannsókn á íslenski þýðingu IPQ-R. Tilgangur rannsóknarinnar var að meta próffræðilega eiginleika íslenskrar þýðingar IPQ-R í klínísku þýði.

Aðferðir: Þátttakendur voru 135 innlagðir sjúklingar í endurhæfingu á Reykjalundi á öllum sviðum, konur voru 57%. Þrjátíu og sex prósent þátttakenda voru útvinnandi og 52% prósent voru á örorku- eða endurhæfingarlífeyri. Tæplega helmingur þátttakenda hafði átt við veikindin að stríða í meira en 5 ár. Aldur þátttakenda var frá tvítugu fram yfir sjötugt en flestir voru á aldursbilinu 36-66 ára eða 66%. Gögnum var safnað veturinn 2004 – 2005 í tengslum við cand.psych. rannsókn Elfu Bjartar Hreinsdóttur.

Niðurstöður: Áreiðanleiki heildarkvarða IPQ-R er góður (0,75-0,87) en undirkvarðarnir eru á bilinu 0,61-0,88 og eru þrír af undirkvörðunum undir 0,70.

Meðaltal, staðalfrávik og áreiðanleiki fyrir heildarkvarða IPQ-R

Kvarði	M (Sf)	Alpha stuðull
IPQ-R – Einkenni eftir að veiktist	7,5 (3,03)	0,75
IPQ-R – Einkenni tengd veikindum	5,9 (3,24)	0,79
IPQ-R – Heildarkvarði viðhorfs (IP1-IP38)	136,5 (14,4)	0,77
IPQ-R – Heildarkvarði orsaka (C1-C18)	41,2 (12,2)	0,87

Túlkun: Rannsóknin sýnir að próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar IPQ-R í klínísku þýði sjúklinga í endurhæfingu eru góðir varðandi heildarkvarðana en undirkvarðana þarf að skoða betur.

Forprófun og þáttgreining á vonleysiskvarða Becks

Rósa María Guðmundsdóttir
Geðteymi Reykjalundar

Jóhanna Bernharðsdóttir
Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og Landspítala

Inngangur: Ýmsar kenningar hafa verið settar fram til að skilgreina vonleysi og uppruna þess. Talið er að það sé ekki einungis lífsreynslan sjálf sem skeri úr um hvort fólk fyllist vonleysi, heldur færni einstaklingsins til að túlka og vinna úr erfiðri lífsreynslu auk þess sem gildismat og bjargráð hafa þar áhrif (Farran o.fl., 1995; Joiner o.fl., 2005). Vonleysi getur ýmist verið tímabundið eða stöðugt ástand (Beck o.fl., 1990) auk þess sem það er eitt af megininkennum þunglyndis. Rannsóknir hafa sýnt að sterk fylgni er á milli vonleysis og sjálfsvígshættu og að alvarleiki vonleysis hefur meira forspárgildi en alvarleiki þunglyndis þegar einstaklingur hugleiðir sjálfsvíg (Beck o.fl., 1990).

Markmið: Meginmarkmið þessarar rannsóknar var að forprófa og þáttgreina vonleysiskvarða Becks og meta áreiðanleika og réttmæti íslensku þýðingarinnar. Vonleysiskvarðinn hefur aðallega verið notaður til að meta vonleysi meðal þunglyndra einstaklinga auk þess sem hann spáir marktækt fyrir um sjálfsvígshættu.

Aðferðir: Forprófun var gerð á geðsviði Reykjalundar og fór hún fram í tveimur áföngum en um hentugleikaúrtak var að ræða. Listinn var lagður fyrir 161 einstakling sem einnig voru spurðir um kyn, aldur, hjúskaparstöðu, barneignir, menntun, atvinnu, fjárhag og innlagnarástæðu.

Niðurstöður: Um helmingur þátttakenda var á aldursbilinu 30 – 49 ára og voru konur í meirihluta (65,2%). Flestir nefndu þunglyndi sem innlagnarástæðu (84,5%), en einnig nefndu margir kvíða (66,5%) og verki (44,7%). Að meðaltali reyndist vonleysi meðal sjúklingahópsins vera 10,02 stig ($Sf=5,45$) og var meira en helmingur þátttakenda (56%) með miðlungs eða alvarlegt vonleysi. Marktækur munur reyndist vera á vonleysi eftir fjárhagsstöðu en vonleysi var meira meðal þeirra sem töldu fjárhagsstöðu sína slæma (49,3%). Forprófunin leiddi í ljós að innri áreiðanleiki íslensku þýðingarinnar eða Chronbach's alpha var 0,90. Þáttgreining leiddi í ljós þrjá meginþætti en þeir voru nefndir: *Skortur á áhugahvöt, jákvæðar væntingar til framtíðar og viðhorf til framtíðar*.

Túlkun: Áreiðanleiki íslensku þýðingarinnar reyndist góður og einnig var yfirborðs- og innihaldsréttmæti gott. Fyrsti og þriðji þátturinn í þáttgreiningunni líkist mjög upphaflegri þáttgreiningu Becks og samstarfsmanna hans (1974) og styrkir það hugtakaréttmæti listans. Innri áreiðanleiki þáttanna var einnig skoðaður og reyndist hann vera um 0.8 sem telst nokkuð gott. Meðaltal á Vonleysiskvarðanum var fremur hátt meðal sjúklingahópsins í þessari rannsókn. Rúmlega helmingur þátttakenda reyndist vera með 9 stig eða meira á vonleysiskvarðanum en það telst vísbending um aukna sjálfsvígshættu og ber að taka alvarlega. Rannsakendur vonast til að íslensk þýðing vonleysiskvarða Becks gagnist sem viðbót við annað mat á sálrænni líðan og nýta megi niðurstöður hans til að þróa betri hjúkrunar- og heilbrigðisþjónustu.

Upplifun sjúklinga á gæðum hjúkrunarmedferðar á Reykjalundi

Jónína Sigurgeirsdóttir BS, MS, gæðastjóri
Reykjalundur skrifstofa

Inngangur: Um allan heim eru gæði og öryggi í heilbrigðisþjónustu í brennidepli. Skipulögð viðleitni heilbrigðisstarfsfólks til að vanda betur til þjónustu sem veitt er, hefur lagt grunninn að auknu öryggi sjúklinga og starfsfólks og því að tryggja gæði þjónustunnar, sjá *Lög um heilbrigðisþjónustu* (www.stjr.is) og *Stefnumörkun heilbrigðisyfirvalda í gæðamálum til ársins 2010* (www.landlaeknir.is). Þjónustukannanir gefa mikilvægar upplýsingar um upplifun sjúklinga á gæðum meðferðar. Slíkar niðurstöður nýtast við áframhaldandi þróun þeirrar meðferðar sem veitt er.

Markmið:

- Að kanna upplifun sjúklinga á gæðum hjúkrunarmedferðar á Reykjalundi.
- Að bera saman upplifun sjúklinga á gæðum hjúkrunarmedferðar að vetri (tímabil A) þegar starfsemi endurhæfingarstöðvarinnar er nokkuð föstum farvegi og að sumri (tímabil B) þegar meira los er á starfsemi, starfsfólk skiptist á að fara í sumarleyfi og leysir hvert annað af.

Rannsóknarspurningar:

1. Hefur það áhrif á ánægju sjúklinga með hjúkrunarmedferð hvort þeir innritast að sumri eða vetri?
2. Hefur vistunarform áhrif á ánægju sjúklinga með hjúkrunarmedferð?
3. Hefur búseta áhrif á ánægju sjúklinga með hjúkrunarmedferð?

Aðferð: Rannsóknin var bæði meginleg og eigindleg. Sjúklingar svöruðu spurningalista sem saminn var af rannsakanda. Tvær opnar spurningar gáfu þátttakendum tækifæri til að skýra nánar eitthvað sem hefði valdið sérstakri ánægju eða óánægju.

Þýði rannsóknarinnar var allir sjúklingar 18 ára og eldri, sem útskrifuðust frá Reykjalundi 1.1.-31.3.09 (tímabil A) og 1.6.-31.8.09 (tímabil B). Á tímabili A var þýðið 269, svarhlutfall 66% eða N=166 sjúklingar og á tímabili B var þýðið 231, svarhlutfall 57% eða N=150.

Rannsókninfékk öll tilskilin leyfi og var tilkynnt til Persónuverndar. Niðurstöður eru ópersónugreinanlegar og án upplýsinga um kyn og aldur.

Niðurstöður: Niðurstöður benda til almennrar ánægju sjúklinga með hjúkrunarmedferð á Reykjalundi. Marktækt færri nota efsta stig lýsingarorða um ánægjuna yfir sumarið, en lýsa samt ánægju. Gæti mögulega verið svar við rannsóknarspurningu 1, að betur sé haldið utan um sjúklinga að vetrinum til. Bæði ánægðir og óánægðir komu með gagnlegar ábendingar varðandi atriði sem höfðu að þeirra mati áhrif á gæði hjúkrunarmedferðar. Engin marktæk tengsl voru á milli vistunarforms, búsetu og ánægju eða óánægju með hjúkrunarmedferð.

Endurhæfing í heimabyggð. Samstarfs- og þróunarverkefni göngudeildar Reykjalundar og heilsugæslugæslustöðvarinnar Firði Hafnarfirði.

Karl Kristjánsson¹, Ingólfur Sveinn Ingólfsson², Unnur Hjaltadóttir¹, Sofía Björg Pétursdóttir¹, Hlín Guðjónsdóttir¹, Guðrún Gunnarsdóttir², Jóhann Ágúst Sigurðsson³.

1)Reykjalundur endurhæfingarmiðstöð göngudeild, 2)Heilsugæslustöðin Firði Hafnarfirði, 3)Háskóli Íslands heimilislæknisfræði.

Inngangur: Það er almennt talið að því fyrr sem gripið er inn í með endurhæfingu eða aðlögun t.d. vegna langvarandi verkja eða annarra heilsufarsvandamála, því betri geti árangurinn orðið. Óvirk bið er skaðleg og gerir endurhæfingu síðar þyngri í vöfum en ella. Þeir einstaklingar sem lenda á örorku, hafa í flestum tilvikum áður verið í allmiklum í samskiptum við starfsfólk heilsugæslunnar.

Markmið: Tilgangur þessarar rannsóknar var að þróa samstarf og samvinnu milli heilsugæslulækna og göngudeildar Reykjalundar. Jafnframt að kanna hvernig þeim sjúklingum sem sinnt er á þennan hátt sameiginlega af heilsugæslustöð og endurhæfingar göngudeild gengur að ná þeim árangri eða markmiðum sem stefnt er að varðandi bættu heilsu og aukna virkni og þátttöku.

Aðferðir: Rannsóknin var unnin í samstarfi við lækna á Heilsugæslustöðinni Firði, sem sendu beiðnir fyrir þá sjúklinga sem tóku þátt. Á göngudeild RL hittu sjúklingarnir lækni, hjúkrunarfræðing og sjúkraþjálfara og í helmingi tilvika einnig iðjuþjálfara. Sjúklingar komu aftur viku síðar til markmiðssetningar og síðan voru fjórar endurkomur skipulagðar næstu 6-8 vikur, ýmist á Reykjalundi eða hjá viðkomandi heilsugæslulækni, til ráðgjafar og stuðnings. Að lokum var endurkoma á RL eftir 6 mánuði til að meta árangur.

Niðurstöður: Í rannsókninni tóku þátt 14 sjúklingar, allt konur á aldrinum 21-56 ára, meðalaldur 37 ár. Ástæða tilvísunar þeirra til endurhæfingar var í flestum tilvikum langvarandi verkir eða 13 af 14, en einni var vísað vegna offituvandamáls. Í nokkrum tilvikum var tilgreind fleiri en ein ástæða. Af þeim 14 sem hófu endurhæfinguna luku 13 fyrstu 6-8 vikunum. Í endurkomu eftir 6 mánuði komu 9 konur (64 %). Í upphafi voru níu í vinnu eða námi, en fimm voru frá vinnu af heilsufarsástæðum. Þetta breyttist lítið meðan á rannsókninni stóð. Aðeins 3 þessara kvenna voru í kjörþyngd BMI 18-24,9, fjórar með ofþyngd (BMI 25-29,9) og sjö (50%) voru með offitu BMI ≥ 30 . Ekki varð marktækur munur á þyngd hópans hvort sem miðað er við lok eiginlegs endurhæfingartímabils eða eftir 6 mánuði. Einni konunni sem reyndar var sú þyngsta í hópnum tókst þó að létta sig verulega eftir 6 mánuði, eða um 13,8 kg. Mælikvarðar Becks fyrir geðlægð (BDI-II) sýndu verulega og marktæka lækkun frá 22,6 í 12,7 ($p=0,0005$) og loks 11,2 við lokakomu ($P=0,002$), en kvíða (BAI) frá 16,3 í 7,7 ($p=0,0004$) og 8,4 ($p=0,02$). Ef litið er á fjölda þeirra sjúklinga sem voru með talsverð eða alvarleg einkenni um þunglyndi, fækkaði þeim úr sjö í tvær ef allar niðurstöður eru teknar með og sama fækkun varð af miklum einkennum um kvíða. Sambærileg niðurstaða var ef eingöngu var litið til þeirra sjúklinga sem mættu í öll skiptin.

Túlkun: Árangur til að draga úr einkennum sjúklinganna, t.d. þunglyndi og kvíða virðist talsverður, en í öðrum tilvikum minni. Lítil fjöldi sjúklinga í þessari rannsókn gerir þó að taka þarf niðurstöðum með fyrirvara. Þessi rannsókn var gerð til að þróa og prófa nánari samvinnu milli heilsugæslulækna og göngudeildar RL við endurhæfingu. Bætt samstarf gæti etv minnkað biðtíma og flýtt fyrir virkri endurhæfingu.