



REYKJALUNDUR  
*endurhæfing*

# 10. vísindadagur á Reykjalundi

Föstudaginn 15. nóvember 2013 kl.13-16

Ágrip

## 10. vísindadagur á Reykjalundi

Föstudaginn 15. nóvember 2013 kl. 13-16  
Samkomusal Reykjalundar

### 13.00 Setning vísindadags á Reykjalundi.

Formaður vísindaráðs Karl Kristjánsson, læknir.

13.10 **Styrkjum úr vísindasjóði Reykjalundar úthlutað.** Magnús Ólason, framkvæmdastjóri lækninga.

### Erindi

13.20 Einstaklingar með alvarlega offitu á Reykjalundi: Brottfall og árangur meðferðar. **Auður Benediktsdóttir**, Þórhallur I. Halldórsson, Guðrún Jóna Bragadóttir, Ludvig Guðmundsson, Alfons Ramel.

13.35 Þýðing og próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Lotuofátslistans. **Jóhanna Vigfúsdóttir**, Helma Rut Einarsdóttir, Ingunn Hansdóttir og Ludvig Guðmundsson.

13.50 Þróun eftirfylgnihópa byggða á núvitund: Starfendarannsókn í endurhæfingu. **Anna Kristín Þorsteinsdóttir**, Hafdís Guðjónsdóttir, Inga Hrefna Jónsdóttir.

14.05 Lífsstílsbreytingar á milli forinnlagnar, innlagnar og útskriftar á verkjasviði Reykjalundar. **Valgerður Margrét Magnúsdóttir**, Þóra Hjartardóttir, Guðrún Agnes Einarsdóttir

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

1. Samanburður á hvíldaröndun hjá einstaklingum með astma og einstaklingum ekki með astma. **Monique van Oosten** og Marta Guðjónsdóttir

2. Næringarmedferð fyrir of léttu og of þunga lungnasjúklinga í þverfaglegri einstaklingsmiðaðri endurhæfingu á Reykjalundi. **Eva M. Steingrímsdóttir**, Guðbjörg Pétursdóttir og Elfa Dröfn Ingólfsdóttir

3. Mat á þekkingu sykursjúkra hjartasjúklinga (DM2) við innskrift í hjartaendurhæfingu. **Sigurveig Alfreðsdóttir**, Linda Hrönn Einarsdóttir, Þórunn Guðmundsdóttir og Karl Kristjánsson.

4. Hjartasjúklingar með og án sykursýki af týpu 2 ; holdafar, þrek og svörun við endurhæfingu. **Sólrún Jónsdóttir**, Hjalti Kristjánsson, Magnús R Jónasson, Ragnheiður Lýðsdóttir, Karl Kristjánsson

5. Forkönnun: Einstaklingar með starfræn einkenni á taugasviði Reykjalundar. **Guðrún Karlsdóttir**, Sif Gylfadóttir, Hafdís Gunnbjörnsdóttir, Inga Hrefna Jónsdóttir, Claudia Georgsdóttir, og Erica do Carmo Ólason

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

## Einstaklingar með alvarlega offitu á Reykjalundi: Brottfall og árangur meðferðar

Auður Benediktsdóttir<sup>1</sup>, Þórhallur I. Halldórsson<sup>1</sup>, Guðrún Jóna Bragadóttir<sup>2</sup>, Ludvík Guðmundsson<sup>2</sup>, Alfons Ramel<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Rannsóknarstofa í næringarfræði, Landspítali háskólasjúkrahús og Matvæla- og næringarfræðideild, Háskóla Íslands, Reykjavík, Ísland. <sup>2</sup>Reykjalundur endurhæfingarmiðstöð, Mosfellsbær, Ísland

**Inngangur:** Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á því hversu mismunandi niðurstöður mælinga á líkamssamsetningu, blóði og sálfræðilegum þáttum eru hjá einstaklingum með alvarlega offitu, sem taka þátt í mismunandi meðferðarleiðum, og hvað það er sem einkennir þá einstaklinga sem hætta í meðferð.

**Markmið:** Markmið þessarar rannsóknar var að skoða brottfall og meðferðarleið, þ.e. magahjáveituaðgerð og offitumeðferð, hjá einstaklingum með alvarlega offitu á Reykjalundi, endurhæfingarmiðstöð sem og að skoða þyngdartap í meðferðinni.

**Aðferðir:** Gögn frá konum með alvarlega offitu, sem komu í forskoðun á Offitu- og næringarsvið Reykjalundar milli 2007 og 2009, voru notuð. Tiltæk gögn voru líkamsmælingar, niðurstöður blóðmælinga, niðurstöður úr sálfræðimati og lyfjanotkun. Gögnum um brottfall og hvort einstaklingar fóru í magahjáveituaðgerð eftir offitumeðferðina, var einnig safnað, sem og upplýsingum um þyngdartap í meðferðinni.

**Niðurstöður:** Af þeim 292 konum sem komu í forskoðun á Reykjalundi hættu 113 (39%) í meðferðinni, 100 (34%) kláruðu dagdeildarmeðferð og 79 (27%) kláruðu dagdeildarmeðferð og fóru í kjölfarið í magahjáveituaðgerð. Samkvæmt fjölpáttalíkani voru einstaklingar með alvarlegt þunglyndi 2,4 sinnum líklegri ( $P=0,01$ ) til að hætta í meðferð en einstaklingar með miðlungsalvarlegt eða ekkert þunglyndi. Einstaklingar með LPS milli 40-50 kg/m<sup>2</sup> voru þrisvar sinnum líklegri ( $P=0,02$ ) til að gangast undir magahjáveituaðgerð en þeir sem voru með LPS <40 kg/m<sup>2</sup> og þeir sem voru með LPS  $\geq 50$  kg/m<sup>2</sup> voru um tíu sinnum líklegri til að gangast undir aðgerð ( $P<0,001$ ). Einstaklingar sem gengust undir aðgerð voru einnig með fleiri áhættuþætti hjarta- og æðasjúkdóma. Meðal þyngdartap á mánuði meðan á meðferð stóð var svipað hjá öllum hópum, óháð meðferðarleið eða fylgikvillum en einstaklingar með þunglyndi léttust minna en aðrir.

**Túlkun:** Mjög stór hluti einstaklinga með alvarlega offitu datt úr meðferð á Reykjalundi sem fyrst og fremst mátti rekja til einkenna þunglyndis. Einstaklingar með alvarlega offitu, sem voru í hæsta flokki LPS ( $\geq 50,0$  kg/m<sup>2</sup>), voru tíu sinnum líklegri til að gangast undir magahjáveituaðgerð miðað við þá sem voru í lægsta flokki LPS (<40,0 kg/m<sup>2</sup>). Þyngdartap var svipað í öllum hópum.

## Þýðing og próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Lotuofátslistans – Binge Eating Scale

Jóhanna Vigfúsdóttir, BS-nemi

Helma Rut Einarsdóttir, yfirsálfræðingur offitu- og næringarsviði Reykjalundar

Ingunn Hansdóttir, Lektor við Sálfræðideild, Háskóla Íslands

Reykjalundur, offitu- og næringarsvið

Í nýjustu útgáfu geðgreiningarkerfis bandaríska geðlæknafélagsins, DSM-5 er átröskunin Lotuofát (Binge eating disorder) í fyrsta sinn skilgreind sem sérstakur flokkur átraskana. Rannsóknir benda til að stór hluti fólks með offitu þjáist af lotuofáti og sýni önnur einkenni og aðra meðferðasvörun en þeir sem þjáist af offitu án lotuofáts, eða af öðrum átröskunum, og að mismunandi meðferðir henti þessum mismunandi hópum. Skimun fyrir lotuofáti í offitumeðferð gerir það mögulegt að bera kennsl á og takast á við sértæk einkenni röskunarinnar og þannig bæta árangur meðferðar. Meginmarkmið þessarar rannsóknar var að þýða, forprófa og skoða próffræðilega eiginleika íslenskrar útgáfu Lotuofátslistans (Binge Eating Scale, BES), sem metur alvarleika lotuofátseinkenna, í íslensku þýði og bera saman við próffræðilega eiginleika upprunalistans á frummáli.

**Aðferð:** Hugarmiðs-, samleitni- og aðgreiniréttmæti var athugað með því að skoða fylgni BES við BDI-II (Beck Depression Inventory), sem metur alvarleika þunglyndiseinkenna, og við heildarskor og undirvarða EDE-Q (Eating Disorder Examination-Questionnaire), sem metur einkenni átröskunar. Aðgreiniréttmæti tækisins var metið með því að leggja BES, BDI-II og EDE-Q fyrir tvo ólíka hópa. Þátttakendur voru klínískur hópur skjólstæðinga í bið eða nýbyrjaðir í offitumeðferð á Reykjalundi (n=71) og samanburðarhópur háskólanema við H.Í. (n=23).

**Niðurstöður:** Íslensk þýðing Lotuofátslistans hefur góðan innri áreiðanleika ( $\alpha=0,9$ ) og gott hugsmíðs-, viðmiðs- og aðgreiningarréttmæti. Það er marktækur munur á skori klíníks hóps og samanburðahóps á öllum listum og undirkvörðum nema *EDE-Q mótvægisáðgerðir*. Marktækt fleiri náðu skimunarviðmiðum BES fyrir lotuofáteinkenni í klíníska hópnum en í samanburðarhópnum, miða við alvarleikaflokka tækisins sem eru byggðir á erlendum viðmiðum. Lotuofátslistinn hefur sterka jákvæða fylgni við BDI-II ( $r=0,677$ ), heildarskor EDE-Q ( $r=0,739$ ).

**Túlkun:** Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að próffræðilegir eiginleikar listans séu góðir, og eru ákveðin vísbending um að listinn muni nýtast við skimun fyrir lotuofáti hjá fólki í offitumeðferð.

## **Þróun eftirfylgniþópa byggða á núvitund: Starfendarannsókn í endurhæfingu**

Anna Kristín Þorsteinsdóttir, Hafdís Guðjónsdóttir, Inga Hrefna Jónsdóttir.  
Geðheilsusvið Reykjalundar

### **Inngangur**

Bakslög eru eðlilegur hluti af bataferli en þá versnar líðanin tímabundið. Algengt er að einstaklingar sem þjást af þunglyndi fái endurtekin þunglyndistímabil og þess vegna er mikilvægt fyrir þá að læra og tileinka sér aðferðir til að fyrirbyggja slík bakslög. Eftir aðra eða þriðju þunglyndislotu er hættan á að veikjast aftur á milli áttatíu og níutíu prósent og því er eftirfylgni mjög mikilvæg. Eftirfylgni í formi námskeiðs þar sem byggt var á hugmyndafræði vakandi athygli (MBCT) var í boði fyrir einstaklinga sem lokið höfðu hugrænni atferlismeðferð (HAM) vegna þunglyndis og kvíða. Á námskeiðinu var unnið með virkni og bakslagsvarnir með áherslu á núvitundaræfingar. Þátttakendur æfðu sig í að taka eftir á annan hátt, með vakandi athygli, sýna samkennd í eigin garð, vera opnir og sýna þrautseigju. Hópurinn hittist einu sinni í viku í átta vikur, tvo tíma í senn.

### **Markmið**

Markmið rannsóknarinnar var að skoða árangur hópmeðferðar þar sem notaðar voru aðferðir hugrænnar atferlismeðferðar ásamt vakandi athygli.

### **Aðferðir**

Rannsóknin er starfendarannsókn þar sem áhersla var lögð á að bæta starfshætti og búa til líkan sem hægt er að nota til að bæta eftirfylgni eftir endurhæfingu. Þróað var eftirfylgninámskeið og skoðað hvernig þau nýttust þátttakendum. Í vettvangsathugunum var skráð í dagbók hvernig tímarnir höfðu áhrif á þátttakendur og hvað þeir lærðu. Einnig var skráð hvað rannsakandi gerði og hugleiðingar um hvað mætti gera betur í framtíðinni.

### **Niðurstöður og umræða**

Niðurstöður benda til þess að hugræn atferlismeðferð sem byggist á vakandi athygli hjálpi einstaklingum til að verða meðvitaðir um hugsanir sínar og tilfinningar. Þannig öðlist þeir tækni til að varna því að leiði verði að þunglyndi en sú tækni er hjálpleg til að viðhalda bata. Rannsóknin leiddi til þess að rannsakandi fór að nýta aðferðir núvitundar til að vinna með og styðja skjólstæðinga sína.

## Lífsstílsbreytingar á milli forinnlagnar, innlagnar og útskriftar á verkjasviði Reykjalundar

Valgerður Margrét Magnúsdóttir, Þóra Hjartardóttir, Guðrún Agnes Einarsdóttir  
Verkjasvið Reykjalundar

**Inngangur:** Langvinnir verkir er algengt og flókið heilbrigðisvandamál sem hafa gjarnan neikvæð áhrif á lífsgæði fólks. Vandamálín geta verið flókin og margbreytileg. Að vinna með lífsstíl og hvetja til sjálfsábyrgðar er stór þáttur í þeirri þverfaglegu vinnu sem er unnin á verkjasviði Reykjalundar. Mat á lífsstíl er hinsvegar mjög persónubundið og oft á tíðum fer mat skjólstæðings og meðferðaraðila ekki saman. Á verkjasviði hefur átt sér stað þróun á sjálfsmatskvarða til að meta lífsstíl fólks þar sem fólk metur sig sjálft á tíu þátta lífsstílsskala og hversu sátt það er við hvern þátt frá 0-10 þar sem 0 er ósáttur og 10 sáttur.

**Tilgangur:** Meta breytingar á lífsstílþáttum milli forinnlagnar, innlagnar og útskriftar.

**Efniviður og aðferðir:** Mæling fór fram á verkjasviði Reykjalundar á tímabilinu nóv. 2012 til nóv. 2013. Á verkjasviði innskrifast að meðaltali 160-180 á ári. Eingöngu voru notaðar niðurstöður einstaklinga sem höfðu lokið öllum þremur mælingunum á tímabilinu.

**Niðurstöður:** Þátttakendur voru 50 talsins, 15 karlar og 35 konur, meðalaldur 44,3 ár (24-63). Taflan sýnir niðurstöður einstakra þátta lífsstílsskvarðans á öllum þremur mælidögum.

Lífsstílþáttur	Forinnlögn	Innlögn	Útskrift
1.Streita	2,7 ± 2,3	4,6 ± 2,4*	7,4 ± 2,1**
2.Hreyfing	3,4 ± 2,3	5,2 ± 2,2*	8,1 ± 1,7**
3.Líðan	2,4 ± 2,1	4,4 ± 2,1*	7,3 ± 1,8**
4.Samskipti	4,4 ± 2,3	5,7 ± 2,1*	7,7 ± 1,8**
5.Svefn	2,9 ± 2,4	4,4 ± 2,7*	7,0 ± 2,3**
6.Hlutverk	4,1 ± 2,1	5,1 ± 2,4*	6,4 ± 2,0**
7.Áhugamál	4,3 ± 2,6	5,0 ± 2,6*	6,8 ± 2,2**
8.Neysluvenjur	4,3 ± 2,7	5,5 ± 2,1*	7,6 ± 1,6**
9.Ávanabinding	5,2 ± 3,1	6,6 ± 2,7*	8,3 ± 1,7**
10.Hugsanir/viðhorf	3,6 ± 2,2	5,1 ± 2,2*	7,6 ± 1,8**

\*p<0,05 innlögn vs forinnlögn; \*\*p<0.05 útskrift vs innlögn og forinnlögn

Meðaltal á lífsstílsskvarða við innlögn var 37,7 í forinnlögn, 51,8 og við útskrift 74. Við forinnlögn mátu einstaklingarnir sig lægst á þáttunum líðan, streitu og svefni en hæst á þáttunum ávanabinding, samskipti, áhugamál og neysluvenjur. Hækkun varð á öllum lífsstílþáttum frá forinnlögn til útskriftar.

**Umræður.** Svo virðist sem að sjúklingar verði sáttari við lífsstílþætti sína eftir því sem líður á meðferðina. Þetta er því vísbending um það að unnið sé með þá þætti í þverfaglegu endurhæfingunni sem skiptir einstaklinginn máli.

## Samanburður á hvíldaröndun hjá einstaklingum með astma og einstaklingum ekki með astma.

Monique van Oosten og Marta Guðjónsdóttir  
Læknadeild Háskóla Íslands, Reykjalundur.

### Inngangur

Astma einkenni geta verið mjög breytileg og oft á einstaklingurinn erfitt með að ná tökum á sjúkdómnum og einkennum hans þrátt fyrir lyfjameðferð. Truflun á öndunarstjórn hefur verið tengd astma, einkum falin oföndun (hyperventilation) sem talin er að auki astmaeinkennin.

### Markmið

Markmið rannsóknarinnar var að mæla hvort hvíldaröndun þátttakenda með astma væri frábrugðin hvíldaröndun samanburðarhóps sem ekki er með astma.

### Aðferðir

Alls voru 31 þátttakendur mældir; 19 með astmagreiningu, sem nota berkjuvíkkandi píust reglulega til að minnka astmaeinkennin og 12 sem ekki hafa greinst með langvinnan sjúkdóm og nota ekki heilsutengd lyf. Þátttakendur mættu fastandi í mælingar á hvíldaröndun að morgni dags og þeir með astma voru ekki búnir að nota astmalyfin sín. Mæld var heildaröndun í hvíld ( $V'_E$ ), andrýmd ( $V_T$ ), öndunartíðni ( $\ddot{O}T$ ), súrefnisupptaka ( $V'O_2$ ), hlutþrýstingur súrefnis og koltvísýrings við lok útöndunar í hverjum andardrætti ( $P_{ET}CO_2$  og  $P_{ET}O_2$ ). Öndunin var mæld í 10 mínútur eftir 10 mínútna slökun með tækin tengd og var, meðaltalsgildi síðustu fjögurra mínútnanna notað. Eftir hvíldarmælinguna var tíminn sem þátttakendur geta haldið niðri í sér andanum án óþæginda mældur þrisvar sinnum og tekið meðaltal (öndunarpása). Að lokum var gert blásturspróf þar sem FVC og FEV1 var mælt.

### Niðurstöður

	Astmaþátttakendur (N=19)	Samanburðarhópur (N=12)	p-gildi
Aldur (ár)	45 ± 13,6	41,6 ± 15,8	NS
Kyn (konur/karlar)	15/4	9/3	NS
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	27,0 ± 5,1	26,4 ± 5,0	NS
FEV1 (%)	101,4 ± 15,1	110,7 ± 15,5	NS
FEV1/FVC (%)	76,8 ± 8,5	82,4 ± 9,1	NS (0,09)
$V'_E/V'O_2$	38,2 ± 8,5	33,5 ± 5,7	NS (0,0996)
$V_T/V'_E$	0,093 ± 0,028	0,109 ± 0,041	NS
$\ddot{O}T/V'_E$	1,92 ± 0,58	1,64 ± 0,71	NS
$P_{ET}CO_2$ (mmHg)	33,3 ± 3,4	34,6 ± 2,3	NS
$P_{ET}O_2$ (mmHg)	105,7 ± 4,9	104,3	NS
Öndunarpása (sek)	14,4 ± 5,6	19,8 ± 7,2	0,02

### Umræða

Hóparnir eru sambærilegir hvað aldur, kyn og BMI varðar og eru því samanburðarhæfir. Þátttakendur í samantektinni eru fáir og því ólíklegt að fram komi munur.

Þátttakendur með astma virðast hafa tilhneigingu til að anda meira í hvíld en samanburðarhópurinn.

Þátttakendur með astma eiga erfiðara með að taka öndunarpásu sem gæti bent til næmari öndunarstöðva.

## Næringar meðferð fyrir of léttu og of þunga lungnasjúklinga í þverfaglegri einstaklingsmiðaðri endurhæfingu á Reykjalundi

Eva M. Steingrimsdóttir, Guðbjörg Pétursdóttir og Elfa Dröfn Ingólfssdóttir  
Hjúkrunarfræðingar á lungnasviði Reykjalundar

**Inngangur** Þyngdarstjórnun er mikilvægt markmið í þverfaglegri endurhæfingu fyrir of léttu og of þunga lungnasjúklinga. Sjúklingar eru of léttir ef líkamsþyngdarstuðull (Body Mass Index, BMI) er  $< 21 \text{ kg/m}^2$  og/eða ef fitulaus þyngdarstuðull (Fat Free Mass Index, FFMI) er  $< 16 \text{ kg/m}^2$  hjá körlum og  $< 15 \text{ kg/m}^2$  hjá konum.

**Markmið Að** meta árangur næringarstuðnings hjá of léttum og of þungum lungnasjúklingum í þverfaglegri og einstaklingsmiðaðri endurhæfingu á Reykjalundi.

**Aðferð** Alls voru 300 sjúklingar innskrifaðir, þar af reyndust 21 vera of léttir (7%) og 56 voru of þungir (18,7%). Bæði of léttir og of þungir fengu vikulegan stuðning og fræðslu, þeir sem voru of léttir fengu viðbótarnæringu í formi aukabita, fitu og/eða próteins.

**Mat á árangri** Hjá þeim sjúklingum sem voru of þungir og of léttir var mæld hæð (m), þyngd (kg) og fitufrír-massi (rafleiðnimæling, kg) við innskrift og mælingin var endurtekin við útskrift eftir sex vikna endurhæfingu. Út frá þessum mælingum var reiknað BMI og FFMI. Einnig voru lagðar fyrir þá tvær spurningar um ánægju með árangur, metið á VAS frá 1 (☺) til 5 (☹) og hvort sjúklingur hafði tileinkað sér breyttan lífstíl. Hjá of þungum var mælt ummál mittis við innskrift og útskrift og matardagbók höfð til hliðsjónar við mat á árangri.

### Niðurstöður

	Aldur	kyn	BMI(kg/m <sup>2</sup> )	FFMI	FEV <sup>1</sup> % áætluðu
Of léttir	66,3±7,4	5/16	18,4 ±1,8	13,3±1,6	40,1% ±14,6%
Of þungir	58,6±9,0	21/35	36,7 ± 4,5	21,55 ± 2,2	68,65 ±20,61

**Umræða** Sex vikna næringarstuðningur sem hluti af þverfaglegri endurhæfingu fyrir lungnasjúklinga á Reykjalundi, bættir þyngd hjá of léttum og dregur úr þyngd hjá of þungum einstaklingum. Þeir sem voru of þungir (BMI>30) og skráðu markvisst í matardagbók, léttust meira en þeir sem ekki skráðu fæðið. Flestir voru ánægðir með árangur meðferðar og tileinkuðu sér breyttan lífstíl. Þannig má telja að meðferðin stuðli að bættum lífsgæðum.



## Mat á þekkingu sykursjúkra hjartasjúklinga (DM2) við innskrift í hjartaendurhæfingu.

Sigurveig Alfreðsdóttir, Linda Hrönn Einarsdóttir, Þórunn Guðmundsdóttir og Karl Kristjánsson.  
Reykjalundur, hjartateymi.

### Inngangur

Tíðni sykursýki af tegund 2 hefur farið vaxandi hér á landi á undanförunum árum, samhliða vaxandi ofþyngd og offitu. Það er þekkt að þeir sem hafa sykursýki af tegund 2 hafa allt að tvö- til þrefalt auknar líkur á hjarta- og æðasjúkdómi. Mikilvægt er að fólk með sykursýki 2 hafi góða þekkingu á sjúkdómnum og meðferð hans. Alþjóðlegar klínískar leiðbeiningar og leiðbeiningar frá Landlækniseimbættinu mæla með virkri þátttöku í fræðslunni og að kennslan sé byggð á hugmyndafræði sjálfseflingar. Í hjartaendurhæfingunni leggjum við mikla áherslu á þær lífsstílsbreytingar sem nauðsynlegar eru til að ná árangri. Þar skiptir mataræði og þjálfun miklu máli. Einnig er þörf á megrun fyrir flesta

### Markmið

Markmið okkar var að kanna þekkingu sykursjúkra (DM 2) við innskrift í hjartaendurhæfingu á sjúkdómnum til að geta aðlagð fræðsluna að þekkingu skjólstæðinganna. Kanna hvort tengsl eru milli þekkingar og blóðsykurstjórnunar.

### Aðferðir

Þekking sykursjúkra var metin með Þekkingarkvarðanum (The Diabetes Knowledge Test). Kvarðinn metur almenna þekkingu á sykursýki, mataræði, áhrifum hreyfingar á blóðsykur og fylgikvilla. Hann var lagður fyrir við komu í endurhæfingu. Spurningarnar voru 14 en miðað er við að 10 eða fleiri rétt svör þyki ásættanleg þekking. Blóðsykurstjórnun var metin við komu með mælingu á s-HbA1c.

### Niðurstöður

Fjöldi einstaklinga sem komu til hjartaendurhæfingar á Reykjalundi á rannsóknartímabilinu var 292. Þar af voru 56 (19,2%) með sykursýki 2 og var þátttaka þeirra á prófi með Þekkingarkvarðanum 100%. Meðaltal réttra svara var 9,68, en 26 einstaklingar (46%) voru með færri en 10 rétt svör. Það voru 19 einstaklingar (33%) sem höfðu greinst á síðustu 12 mánuðum fyrir komu, en sá sem hafði haft sykursýki 2 lengst greindist fyrir rúmlega 30 árum. Ekki var marktækur munur á þekkingu karla og kvenna eða munur eftir aldri. Það voru 13 á insúlínmeðferð, þeir voru að meðaltali með 10,5 rétt svör, en þeir sem voru á töflumeðferð voru að meðaltali með 9,4 rétt svör. Ekki var marktækur munur á hópunum,  $p=0,19$ . Meðaltal þeirra 15 einstaklinga (27%) sem höfðu lakasta sykurstjórnun,  $HbA1c \geq 7,0$  er 10,3 rétt svör, samanborið við 9,4 rétt svör hjá þeim sem voru með  $HbA1c < 7,0$ ,  $p=0,14$ .

### Túlkun

Hátt hlutfall þeirra sem komu til hjartaendurhæfingar höfðu áunna sykursýki, tæplega 20%, þriðjungur þeirra hafði greinst á síðasta ári fyrir komu. Niðurstöður leiddu í ljós að um helmingur reyndist með ónóga þekkingu. Ekki var fylgni milli þekkingar og blóðsykurstjórnunar, enda hópurinn sundurleit. Niðurstöðurnar sýna að mikil þörf er á fræðslu fyrir þennan hóp. Raunhæft er fyrir fagfólk í hjartaendurhæfingu að halda áfram að þróa fræðslufnið og aðlaga enn betur að þörfum skjólstæðinganna.

## Hjartasjúklingar með og án sykursýki af tegund 2 ; holdafar, þrek og viðendurhæfingu

Sólrun Jónsdóttir<sup>1,2</sup>, Hjalti Kristjánsson<sup>1,3</sup>, Magnús R Jónasson<sup>1</sup>, Ragnheiður Lýðsdóttir<sup>1,2</sup>, Karl Kristjánsson<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hjartasvið Reykjalundar, <sup>2</sup>Sjúkrahjálfun Reykjalundar, <sup>3</sup>Heilsuhjálfun Reykjalundar

**Inngangur.** Helstu áhættuþættir fyrir sykursýki af tegund 2 (DM-II) eru offita og hreyfingarleysi. Þekkt er að sykursýki af tegund 2 veldur 2-3x meiri áhættu á að fá hjartasjúkdóma. Mikilvægt er því að vinna gegn þeim áhættuþáttum, hindra þannig frekari þróun þessara sjúkdóma og stuðla að betri heilsu. Lítil þekking er til staðar um það hvernig þessum hópi sérstaklega vegnar innan hjartaendurhæfingar.

**Markmið.** Markmiðið með þessari rannsókn er að bera saman þá hjartasjúklinga sem eru með DM-II og þá sem eru það ekki, hvað varðar holdafar, þrek og svörun við hjartaendurhæfingu. **Aðferð.** Úrtakið voru þeir hjartasjúklingar sem eru með DM-II og innskrifast á tímabilinu frá 1.07.2011 til 31.12.2012 (N=56). Til viðmiðunar eru notaðar niðurstöður mælinga annarra hjartasjúklinga á sama tímabili (N=236). Báðir þessir hópar fá sambærilega endurhæfingu að því undanskildu að DM-II hópurinn fær sykursýkisfræðslu. Bornar eru saman mælingar við innskrift og útskrift.

**Niðurstöður.** Í töflu 1 koma fram niðurstöður grunnmælinga og mælinga við útskrift.

	<b>Innskrift</b>		<i>p</i>	<b>Breyting v/útskrift</b>		<i>p</i>
	<i>DM-II</i> (N=56)	<i>Viðmið</i> (N=236)		<i>DM-II</i> (N=53)	<i>Viðmið</i> (N=197)	
Þyngd , kg(±SD)	100,4(±18,5)	90,3(±21,4)	***	1,34(±2,2)	1,68(±2,7)	<i>ns</i>
BMI, kg/m <sup>2</sup> (±SD)	33,3(±5,9)	30,0(±6,5)	***			
Mittismál , cm(±SD)	113,8(±13,5)	104,3(±17)	***	2,05(±3,4)	2,1(±3,1)	<i>ns</i>
Þrek , w(±SD)	119,6(±37,1)	122,2 (±39,8)	<i>ns</i>	13,7(±11,5)	17,2(±13,9)	<i>ns</i>
Þrektala, w/kg(±SD)	1,2(±0,3)	1,4(±0,5)	***	0,16(±0,1)	0,22(±0,2)	*

Tafla 1. Tölur eru birtar sem meðaltal (±staðalfrávik SD) \**p*<0,05, \*\**p*<0,01, \*\*\**p*<0,001

Báðir hópar voru sambærilegir hvað varðar *aldur* (ár(±SD): DM-II= 62,4(±9,3) ; Viðmið: 60 (±13)) og *kynjahlutfall* (% , DM-II: kk.=75%, kvk.=25% ; Viðmið: kk.=72,9%, kvk.=27,2%). Hins vegar var tíðni offitu mun hærri hjá DM-II hópnunum eða 62,5% á móti 42,2 % (*p*=0,007).

**Ályktun/ Umræða:** Þeir hjartasjúklingar sem eru með DM-II eru frábrugðnir öðrum hjartasjúklingum hvað varðar holdafar og þrek við komu. Þeir ná þó sambærilegum árangri og hinir hvað varðar þyngdartap en bæta sig heldur minna í þrektölu. Ástæða er til að skoða það sérstaklega hvort önnur nálgun í endurhæfingunni getur nýst þessum hópi betur.

## Forkönnun: Einstaklingar með starfræn einkenni á taugasviði Reykjalundar

Guðrún Karlsdóttir, Sif Gylfadóttir, Hafdís Gunnbjörnsdóttir, Inga Hrefna Jónsdóttir, Claudia Georgsdóttir, og Erica do Carmo Ólason

Taugasviði Reykjalundar

**Inngangur:** Starfræn taugaeinkenni eru einkenni sem ekki er hægt að skýra út frá sjúkdómi eða skaða í taugakerfinu. Líffræðileg orsök er ekki þekkt en áhættuþættir eru meðal annars áföll, saga um misnotkun, kvíði og þunglyndi. Greiningin byggist á sögu og skoðun. Starfræn einkenni eru algengari hjá konum. Einstaklingar með aðra taugasjúkdóma geta einnig fengið starfræn einkenni. Rannsóknir hafa sýnt að allt að þriðjungur einstaklinga sem koma í fyrsta sinn til taugalækna hafa einkenni sem ekki finnst skýring á. Nýgengi starfrænnar lömunar er talið vera um 5/100.000, svipað og nýgengi MS í Evrópu. Á hverjum tíma eru sjúklingar með starfræn taugaeinkenni 1-10% innlagðra sjúklinga á taugalækningadeildum. Hjá um þriðjungi sjúklinga ganga einkennin til baka.

**Markmið:** Að kanna hvað einkennir einstaklinga sem hafa komið í endurhæfingu á taugasvið Reykjalundar vegna starfrænna taugaeinkenna og bera saman einkenni við innskrift og útskrift.

**Aðferðir:** Farið var í gegnum sjúkraskrár einstaklinga með starfræn taugaeinkenni (ICD10: F43 og F44) sem höfðu verið í endurhæfingu á taugasviði Reykjalundar frá janúar 2010 til október 2013. Aflað var upplýsinga um faraldsfræðilegar breytur, einkenni, tímalengd og tengsl við áföll og sjúkdóma, breytingar á einkennum við útskrift sem og eftirfylgd.

**Niðurstöður:** Á þessu tímabili komu 25 einstaklingar með starfræn taugaeinkenni á taugasvið Reykjalundar, 20 konur og fimm karlar. Meðalaldurinn var 38 ár (19 -75 ár). Flestir voru giftir eða í sambúð (76%) og um þriðjungur í vinnu. Um helmingur einstaklinganna hafði lokið menntun umfram grunnskóla, þar af höfðu sex lokið háskólanámi. Endurhæfingin stóð að meðaltali yfir í tæpar sjö vikur (2-13 vikur). Helstu starfrænu taugaeinkennin voru lömun (80%), göngulagstruflun (68%), flog eða kippir (24%), skyntuflun (24%) og önnur starfræn einkenni (48%). Einkennin byrjuðu án sýnilegrar ástæðu í 28% tilvika, eftir sjúkdóm hjá 24% og eftir slys hjá 20% einstaklinga. Við innskrift höfðu einkennin verið til staðar skemur en þrjá mánuði hjá um helmingi einstaklinga, en sjö höfðu haft einkennin í þrjú ár eða lengur. Við útskrift voru fimm einkennalausir (20%), 68% voru betri og einkennin voru svipuð hjá þremur (12%). Fjórir einstaklingar höfðu taugagreiningu og fimm almenna kvíðaröskun eða þunglyndi. Fimm fengu eftirfylgd símleiddis og 16 á göngudeild. Flestir voru með áætlun við útskrift.

**Umræða:** Starfræn taugaeinkenni eru tiltölulega algeng og einungis hluti þeirra sem fá þá greiningu fer í endurhæfingu. Mikilvægt er að endurhæfing hefjist sem fyrst og að greina og meðhöndla aðra sjúkdóma eins og þunglyndi og kvíða. Greiningin þarf að vera ljós og einstaklingurinn upplýstur um greininguna. Fáar og litlar rannsóknir eru til varðandi árangur þverfaglegrar endurhæfingar eða annarra meðferðarræða hjá einstaklingum með starfræn taugaeinkenni. Þörf er á framvirkum rannsóknum.

### Heimildir:

Reuber M, Mitchell A J, Howlett S J, Crimlisk H L, Grünwald R A. Functional symptoms in neurology: questions and answers. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;**76**:307–314.

Stone J. The Bare Essentials: Functional symptoms in neurology. *Neurology in Practice*. 2009;**9**:179-189.