

I. tbl. 19. árg
Febrúar 2001

ÖLDRUN

Tímarit um öldrunarmál



Heilbrigðisstofnun Ísafjarðarbæjar

**Er systkinum Alzheimerssjúklinga hættara við
minnstruflunum en öðrum**

Svefnvenjur aldraðra • Lýðfræðilegar breytingar

**Könnun á notagildi úrræða fyrir útskrift
af öldrunarlækningadeild**

Jólahugvekja á Þorra



Gefið út af Öldrunarfræðafélagi Íslands

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands:

Reykjavík	Áskirkja , Vesturbrún 30 Bernhard Petersen ehf , Ánanaustum 15 Blindrafélagið , Hamrahlíð 17 Faxavélar ehf , Funahöfða 6 Grund elli og hjúkrunarheimili , Hringbraut 50 Landgræðslusjóður , Suðurhlíð 38 Omega Farma ehf , Skútuvogi 1h Osta og smjörsalan sf , Bitruhálsi 2 Ríkiskaup , Borgartúni 7 Seljahlíð heimili aldraðra , Hjallaseli 55 Seljakirkja , Hagaseli 40 Sorpeyðing höfuðborgarsvæðis , Vesturlandsvegi Gufunesi Tryggingastofnun ríkisins , Laugavegi 114 Útfararþjónustan ehf , Fjarðarási 25 Verslunarmannafélag Reykjavíkur , Kringlunni 7
Seltjarnarnes	Seltjarnarneskaupstaður
Kópavogur	Félagsmálastofnun Kópavogsbæjar , Fannborg 2 Kristinn Skæringsson , Póstholf 61 Sunnuhlíð hjúkrunarheimili , Kópavogsbraut 1
Garðabær	Pharmaco hf , Hörgatúni 2
Hafnarfjörður	Hafnarfjarðarkaupstaður Sólvangur hjúkrunarheimili , Hörðuvöllum
Garður	Gerðahreppur
Akranes	Innri Akraneshreppur Sementsverksmiðjan hf , Mánabraut 20
Borgarnes	Borgarbyggð Heilsugæslustöðin Borgarnesi , Borgarbraut 65
Stykkishólmur	St.Franciskusspítali Stykkishólmi, Austurgötu 7
Búðardalur	Silfurtún dvalarheimili , Miðbraut 11
Króksfjarðarnes	Reykholahreppur
Ísafjörður	Ísafjarðarbær , Hafnarstræti 1 Íslandsbanki hf , Hafnarstræti 1

DVALARHEIMILIÐ
- **ÁS** -
HVERDAGERÐI



ÖLDRUN

19. árg. 1. tbl. 2001

EFNISYFIRLIT:

Er systkinum Alzheimerssjúklinga hættara við minnistrufnunum en öðrum?

Smári Pálsson,
Haukur Örvar Pálmason 5

Svefnvenjur aldraðra
Björn Einarsson 9

Könnun um notagildi úrræða
Karítas Ólafsdóttir
Sara Hafsteinsdóttir
Jóna Eggertsdóttir 11

Lýðfræðilegar breytingar – aldurs-
samsetning og farsæl öldrun
Steinunn K. Jónsdóttir 15

Jólahugvekja á Porra
Guðný Bjarnadóttir 19

Ráðstefnur 23

Starfsemi Endurhæfingardeildar FSÍ
á Ísafirði
Ólafur Þór Gunnarsson
Sigurveig Gunnarsdóttir 24

ÚTGEFANDI:

Öldrunarfræðafélag Íslands
Pósthólf 8391, 128 Reykjavík

ÁBYRGÐARMAÐUR:

Steinunn K. Jónsdóttir formaður ÖFFÍ

UMSJÓN AUGLÝSINGA:
Íslensk miðlun — Krókhálsi 5

UMBROT OG PRENTUN:
Steindórsprent Gutenberg ehf

UPPLAG:

500 eintök

Tímaritið Öldrun kemur út
tvisvar á ári

Forsíðumynd: Hörður Högnason

STJÓRN

ÖLDRUNARFRÆÐAFÉLAGS ÍSLANDS:
Steinunn Kristín Jónsdóttir, formaður
Hlíf Guðmundsdóttir, ritari
Ólafur Þór Gunnarsson, gjaldkeri
Jóhanna Rósa Kolbeins, meðstjórnandi
Ella Kolbrún Kristinsdóttir, meðstjórnandi
Berglind Magnúsdóttir, varastjórn
Svavar Stefánsson, varastjórn

ISSN 1607-6060

Frá ritnefnd

Í nóvember síðastliðnum hélt Öldrunarfræðafélag Íslands námstefnu, að vanda í samvinnu við Endurmenntunarstofnun Háskóla Íslands. Yfirskrift námstefnunnar var: Líkamsrækt og lífsgæði – ný viðhorf í endurhæfingu aldraðra. Um 80 manns sóttu námstefnuna og nutu fjölbreyttra erinda.

Næsta námstefna hefur þegar verið auglýst í námskrá Endurmenntunarstofnunar. Efni hennar er afar spennandi, einkum í ljósi þess að mælingar af öllum toga virðast vera að færast í vöxt í tengslum við umönnun aldraðra. Námstefnan verður haldin 7. mars og ber yfirskriftina: Mælitæki í þjónustu aldraðra – hugmyndafræði og hlutverk mismunandi matsaðferða. Allar frekari upplýsingar er hægt að fá á skrifstofu Endurmenntunarstofnunar í síma 525-4444 eða í gegn um netfang endurmenntun@hi.is.

Það er eitt helsta hlutverk Öldrunarfræðafélags Íslands að miðla þekkingu um það nýjasta er varðar þjónustu við aldraða. Námstefnurnar eru stór liður í því. Allar hugmyndir um efni eru vel þegnar, einnig í tímaritið Öldrun.

Ársæll Jónsson, öldrunarlæknir
(arsaellj@landspitali.is)

Berglind Magnúsdóttir, sálfræðingur
(berglind@landspitali.is)

Hanna Lára Steinsson, félagsráðgjafi
(hannals@landspitali.is)

Jóhanna Rósa Kolbeins, iðjuþjálfari
(johannak@mi.is)



ÚTFARARSTOFA ÍSLANDS

Suðurhlíð 35 – 105 Reykjavík

Símar: 581 3300, 896 8242

Allan sólarhringinn

Útfararstofa Íslands sér um:

Útfararstjóri tekur að sér umsjón útfarar í samráði við prest og aðstandendur:

- flytja hinn látna af dánarstað í líkhús
- Aðstoða við val á kistu og líkklæðum
- Undirbúa lík hins látna í kistu og snyrta ef með þarf

Útfararstofa Íslands útvegar:

- Prest
- Dánarvottorð
- Stað og stund fyrir kistulagningu og útför
- Legstað í kirkjugarði
- Organista, sönghópa, einsöngvara, einleikara, og/eða annað listafólk
- Kistuskreytingu og fána
- Blóm og kransa
- Sálmaskrá og aðstoðar við val á sálmum
- Líkbrennsluheimild
- Duftker ef líkbrennsla á sér stað
- Sal fyrir erfidrykkju
- Kross og skilti á leiði
- Legstein
- Flutning á kistu út á land eða utan af landi
- Flutning á kistu til landsins og frá landinu

Er systkinum Alzheimerssjúklinga hættara við minnistruflunum en öðrum

Smári Pálsson B.A.
Þjónustumiðstöð
rannsóknaverkefna



Haukur Örvar Pálmason
B.A.
Þjónustumiðstöð
rannsóknaverkefna



Nú er í gangi rannsókn á erfðum minnissjúkdóma á vegum öldrunarlækna á Landspítala Háskóla-sjúkrahúsi og Íslenskrar erfðagreiningar. Rannsóknin er mjög viðamikil og beinist að því að finna það eða þau gen sem valda minnissjúkdómum eins og Alzheimerssjúkdómi.

Alzheimerssjúkdómur er hrörnunarsjúkdómur sem leggst á heilann og veldur ýmiskonar vitrænni skerðingu, þar sem minnistap er mest áberandi. Sjúkdómnum er gjarnan skipt upp í tvö megin form. Annarsvegar svokallaður snemmkominn Alzheimerssjúkdómur (early-onset) sem miðast við að byrji fyrir eða um 65 ára aldur og hinsvegar síðkominn Alzheimers-

sjúkdómur (late-onset) sem byrjar eftir 65 ára aldur (American Psychiatric Association, 1994). Snemmkominn Alzheimerssjúkdómur er mun sjaldgæfari eða u.þ.b. 10% tilfella og sum afbrigði hans finnast aðeins í afmörkuðum ættum í tengslum við ákveðin gen (u.þ.b. 1-2%; t.d. Swartz o.fl., 1999).

Rannsókn þessi miðast aðallega við algengara form sjúkdómsins, síðkominn Alzheimerssjúkdóm, og er átt við hann þegar talað er um Alzheimerssjúkdóm hér eftir.

Alzheimerssjúkdómur er ört vaxandi vandamál í þjóðfélaginu. Hættan á að fá sjúkdóminn eykst mjög með hækkandi aldri, frá um 2% við 65 ára aldur, til yfir 20% við 80-85 ára aldur (t.d. í Hy og Keller, 2000; Kawas o.fl., 2000). Þar sem hlutfall aldraðra fer síhækkandi er þetta orðið að einu stærsta heilbrigðismáli á vesturlöndum.

Alzheimerssjúkdómur þróast hægt til að byrja með og eru uppi margar kenningar um hve snemma á lífsleiðinni hægt sé að greina hann. Sumir telja að hægt sé að greina hann snemma á lífsleiðinni (Snowdon o.fl., 1996), en flestir telja að hægt sé að greina hann 3-7 árum áður en flestir leita fyrst til læknis vegna minnistruflana eða annarra erfðleika tengdum sjúkdómnum (t.d. Small o.fl., 2000; Tierney o.fl., 1996).

Deilt hefur verið um hvaða áhættuþættir, aðrir en hækkandi aldur, hafa áhrif á sjúkdóminn. Margir hafa viljað tengja stutta skólagöngu (t.d. Ott o.fl., 1995) og höfuðáverka (t.d. Plassman o.fl., 2000) við aukna hættu á að fá sjúkdóminn, einnig hefur útsetning fyrir áli verið nefnt í þessu sambandi, en þykir í dag frekar ólíklegt sem áhættuþáttur (Munoz og Feldman, 2000). Vísindamenn eru sammála um að erfðir hljóti að spila stóran þátt í hættunni á að fá sjúkdóminn (ágætar yfirlitsgreinar eru t.d. Cacabelos, 1996 og Cummings o.fl., 1998). Rannsóknir sýna að eigi maður foreldri eða systkini með Alzheimerssjúkdóm er meira en þrisvar sinnum líklegri að maður fái sjúkdóminn en ella og eykst áhættan eftir því sem fleiri nánir ættingjar hafa sjúkdóminn (van Duijn o.fl., 1991). Rannsóknir hafa sýnt að síðkominn Alzheimerssjúkdómur hefur fylgni við apolipoprótein E (ApoE) gen sem er á litningi 19. Allir erfa eina samsætu frá hvoru foreldri fyrir sig,

þ.e.a.s. ApoE 2, ApoE 3 eða ApoE 4. Þeir sem erfa ApoE 4 samsætuna frá öðru eða báðum foreldrum er hættara við að þróa Alzheimerssjúkdóminn heldur en þeim sem ekki erfa ApoE 4 samsætuna (t.d. í American College of Medical Genetics, 1995). Þrátt fyrir að auka líkurnar á því að fá sjúkdóminn hefur ApoE 4 samsætun ein og sér ekki getað skýrt hættuna á að erfa sjúkdóminn (t.d. Kuusisto o.fl., 1994). Því virðist sem einhverjir aðrir þættir spili stærra hlutverk varðandi erfðir sjúkdómsins og líklegt að samspil margra þátta þurfi til að einstaklingur þrói sjúkdóminn (Munoz and Feldman, 2000; Swartz o.fl., 1999).

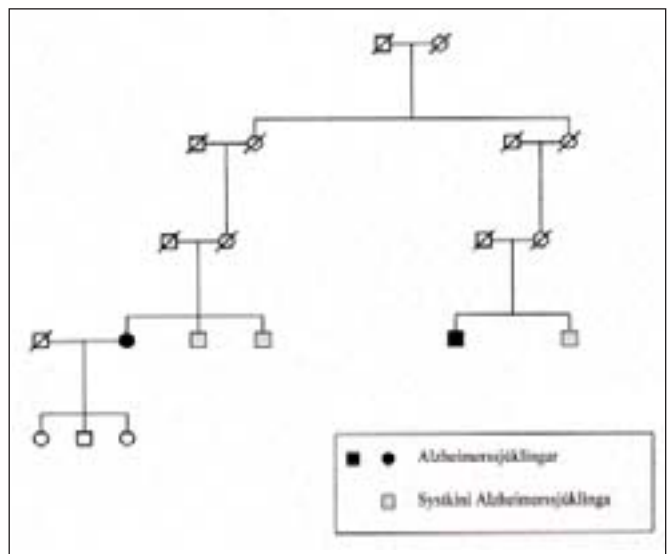
Í dag eru gefin lyf við Alzheimerssjúkdómi sem auka verkun taugaboðefnisins asetýlkólín í heilanum. Lyfin hafa seinkað sjúkdómsferlinu hjá sumum og bætt andlega líðan. Því miður virðast þau ekki verka á alla, né hafa langvarandi áhrif eða stöðvi sjúkdómsferlið (t.d. Holmes and Wilkins, 2000; Pryse-Phillips, 1999).

Mikilvægt virðist að byrja meðferð eins fljótt og kostur er svo árangur verði sem bestur (Small o.fl., 1997). Því er nauðsynlegt að geta greint sjúkdóminn sem fyrst og víða er verið að rannsaka hvernig greina megi sjúkdóminn fljótt og örugglega. Í dag virðist taugasálfræðileg prófun vera einna árangursríkasta aðferðin við greiningu sjúkdómsins á fyrstu stígum, eða áður en einstaklingurinn sjálfur, vinir eða fjölskylda verða fyrir óþægindum vegna sjúkdómsins (t.d. Elias o.fl., 2000; Fox o.fl., 1998; Tierney o.fl., 1996). Taugasálfræðileg prófun fer þannig fram að einstaklingur er látinn leysa af hendi ýmiskonar verkefni sem varða vitrænt starf eins og t.d. minni og athygli.

Rannsókn þessi hefur það að markmiði að auka þekkingu á sjúkdómnum og orsökum hans sem gæti skilað sér í árangursríkari meðferð. Sá hluti rannsóknarinnar sem hér verður fjallað um snýr að taugasálfræðilegri athugun á systkinum Alzheimerssjúklinga og þeirri tilraun að finna leið til að greina sjúkdóminn áður en einstaklingurinn verður fyrir verulegum óþægindum vegna hans.

Taugasálfræðilegt mat á systkinum Alzheimerssjúklinga

Þátttakendur í þessum hluta rannsóknarinnar voru 73 systkini Alzheimerssjúklinga sem höfðu ættarsögu um heilabilunarsjúkdóm eins og Alzheimerssjúkdóm og 43 einstaklingar í viðmiðunarhópi. Ættarsaga í rannsókninni er skilgreind þannig að einhverjir tveir lifandi einstaklingar með minnissjúkdóm tengjast innan sex meiósa (sjá mynd 1). Systkini þessara Alzheimerssjúklinga voru valin af handahófi í þennan hluta rannsóknarinnar. Í viðmiðunarhópi voru aðallega makar systkinanna, en þeir eru hentug viðmið til að reyna að hafa bakgrunn þessara tveggja hópa sem líkastan. Einstaklingar í viðmiðunarhópi áttu hvorki systkini né foreldra með þekktu heilabilun. Enginn



Mynd 1. Dæmi um hvernig ætt gæti titið út samkvæmt skilgreiningu á ættartengslum í rannsókninni. Hér eru Alzheimerssjúklingarnir tengdir í sex meiósur. Kassi = karl, hringur = kona, yfirstrikadír einstaklingar eru láttnir.

þátttakandi í þessum hluta rannsóknarinnar hafði greinst með minnissjúkdóm né aðra sjúkdóma sem gætu haft áhrif á minni. Einn þátttakandi í systkinahópnum var útilokaður frá tölfræðiúrvinnslu þar sem hann skoraði meira en 1,5 staðalfrávik frá meðaltali á flestum taugasálfræðilegum prófum.

Þátttakendur svöruðu spurningarlista um heilsufar og fóru í taugasálfræðilegt mat.

Alls voru notuð 17 taugasálfræðileg próf og reyndu þau á eftirfarandi þætti hugræns starfs: Áttun á stað og stund; yrt og óyrt minni; mál; lestur og skilning; einbeitingu, hugrænan hraða; og sjónræna skynjun og úrvinnslu.

Niðurstöður og umræða

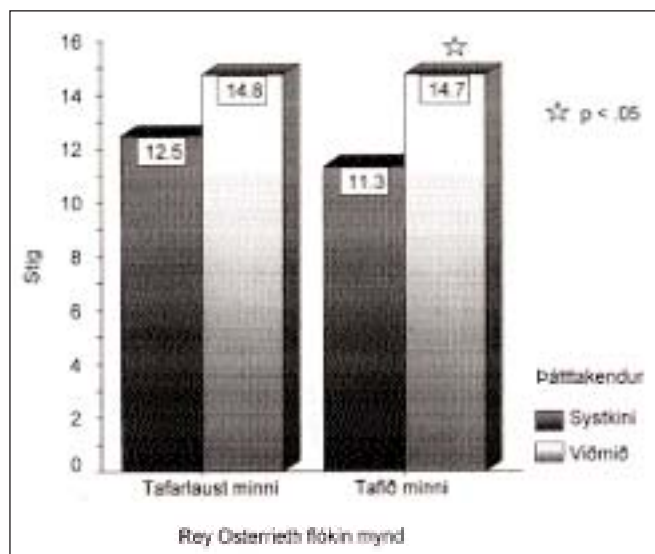
Þegar systkini Alzheimerssjúklinga voru borin saman við viðmiðunarhópinn var enginn munur á þessum hópum varðandi aldur og menntun (tafla 1). Þó svo að hlutfallslega væru fleiri konur í viðmiðunarhópnum heldur en í systkinahópnum var munurinn ekki marktækur. Meðalaldur í hópnum var sá sami, um 70 ár og aldursbilið var frá 56 til 79 ára. Samkvæmt svörum við heilsufarsspurningum var ekki munur á hópnum á þáttum er varða minni eins og höfuðhögg, áfengisneyslu, útsetningu fyrir eitrefnum eða eigið mat á minni og minnistrufunum.

Megin niðurstöður rannsóknarinnar voru að systkinahópnum gekk marktækt verr á þeim taugasálfræðilegu þáttum er athuga minni: Teikna eftir minni flókna mynd eftir 45 mínútna töf (mynd 2); endursegja sögu strax og eftir 45 mínútna töf (mynd 3); og muna seinna orðið í erfiðum orðapörum (mynd 4). Ástæðan fyrir því að systkini skora lakar á erfiðum orðapörum en ekki á auðveldum er sú að erfið orðapör reyna á minni en auð-

Tafla 1.

Samanburður á systkinum Alzheimerssjúklinga og viðmiðunarhóps á aldri, skólagöngu og kyni.

	Systkini Alzh. Systkini Alzh. fjöldi = 73	Viðmiðunar- hópur fjöldi = 43
Aldur (ár):		
Meðalaldur	70,4	69,6
Staðalfrávik	5,6	6,2
Aldursbil	55-79	55-79
Skólaganga:		
Barna- og gagnfr.	41 (57,7%)	24 (61,5%)
Framhaldsmenntun	30 (42,3%)	15 (38,5%)
Kyn:		
Karlar	41 (56,2%)	17 (39,5%)
Konur	32 (43,8%)	26 (60,5%)



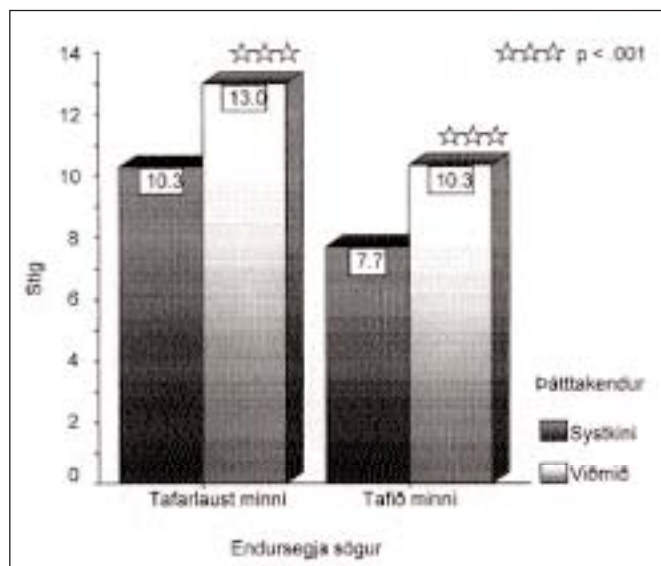
Mynd 2. Frammistaða systkina Alzheimerssjúklinga og viðmiðunarhóps á tafarlausu- og töfðu minni á Rey Osterrieth flókinni mynd. Systkini skora marktækt lægra en viðmiðunarhópur á töfðu minni.

veld orðapör innihalda orð sem tengjast merkingarlega og reyna því síður á minni.

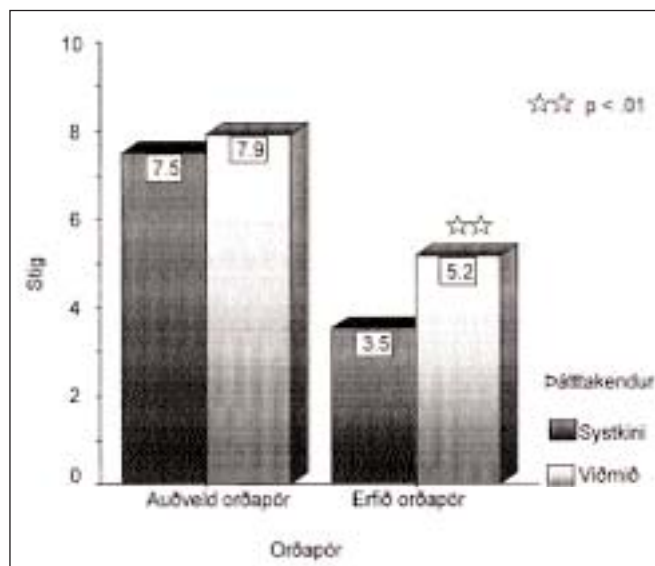
Ekki var munur á hópunum á öðrum taugasálfræðilegum prófum sem athuguðu einbeitingu, hugrænan hraða, sjónræna skynjun og úrvinnslu, mál eða lestur og skilning. Þó systkinahópurinn skori lakar en viðmiðunarhópurinn á minnisprófunum er ekki þar með sagt að hann hafi það mikla minnisskerðingu að hún samsvari skerðingu þeirra sem hafa greiningu um minnissjúkdóma. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að þau minnispróf sem systkinahópurinn skoraði lakar á miðað við viðmiðunarhópinn hafa fylgni við þróun

Alzheimerssjúkdóms síðar (Elias o.fl., 2000; Fox o.fl., 1998; Reid o.fl., 1996; Rubin o.fl., 1998; Schmitt o.fl., 2000).

Niðurstöður benda til að systkina- og viðmiðunarhópurinn hafi verið mjög líkir og raunar aðeins tvennt sem greini þá í sundur. Fyrst ber að nefna forsendur rannsóknarinnar, að einstaklingar í rannsóknarhópnum eiga eitt eða fleiri systkini með Alzheimerssjúkdóm. Einstaklingar í viðmiðunarhópnum eiga hins vegar, svo vitað sé, hvorki foreldri né systkinin með minnissjúkdóm. Seinna atriðið er að systkinahóp-



Mynd 3. Frammistaða systkina Alzheimerssjúklinga og viðmiðunarhóps á tafarlausu- og töfðu minni á endursegja sögu úr Wechsler Memory Scale. Systkini skora marktækt lakar en viðmiðunarhópur á bæði tafarlausu- og töfðu minni.



Mynd 4. Frammistaða systkina Alzheimerssjúklinga og viðmiðunarhóps á auðveldum og erfiðum orðapörum á Wechsler Memory Scale prófinu. Systkini skora marktækt lakar en viðmiðunarhópur á erfiðum orðapörum en ekki auðveldum orðapörum.

urinn skorar marktækt lakara að meðaltali á minnisprófunum heldur en viðmiðunarhópurinn. Þessi lakari frammistaða á minnisprófunum hjá systkinahópnum virðist hvorki bundin við ákveðin aldur né kyn. Ekki er heldur hægt að útskýra þennan mun á hópnum með því að nokkrum í rannsóknarhópnum hafi gengið mun verr en hinum og þannig dregið meðaltal hópsins niður, þar sem að þeir einstaklingar voru ekki hafðir með í tölfræðiúrvinnslu. Það eru þó ekki allir í systkinahópnum sem standa sig verr á minnisprófunum miðað við viðmiðunarhópinn, heldur virðist ákveðinn hluti systkinahópsins (u.þ.b. 20%) standa sig marktækt verr en viðmiðunarhópurinn og því sé hópurinn í heild marktækt lakari. Niðurstöðurnar benda til að systkinum Alzheimerssjúklinga sé hættara við minnistruflunum heldur en öðrum og eins og áður kom fram gætu þessar minnistruflanir verið vísir að minnissjúkdómi eins og Alzheimers.

Til að hægt sé að segja til um hvort hér sé í raun um að ræða forstígg minnisglapa eins og Alzheimerssjúkdóms þarf að fylgja þessum hópum eftir og prófa aftur að tveimur til þremur árum liðnum frá því þeir voru prófaðir fyrst. Ef afturför systkinahópsins er meiri heldur en viðmiðunarhópsins og hann skorar einnig marktækt lægra á fleiri prófþáttum heldur en á minni er mjög líklegt að um byrjun minnissjúkdóms sé að ræða. Þá væri áhugavert að sjá hvort þetta er aldursbundið og einnig hvernig framþróunin verður. Menn eru nokkuð sammála um að minni skerðist fyrst er greinir hinsvegar á hvaða skerðing fylgi í kjölfarið. Þetta gefur einnig þeim sem stunda greiningu á minnissjúkdómum aukna hugmynd um hvernig hægt sé að greina minnissjúkdóma sem fyrst. Þannig væri hægt að hefja meðferð eins fljótt og auðið er sem vonandi leiðir til aukinnar virkni meðferðarinnar.

Nú er verið að vinna úr og safna gögnum í systkinahópnum er varðar fólk á aldrinum 80 til 85 ára. Einnig er verið að athuga hvort finna megi samskonar minnisskerðingu í börnum Alzheimerssjúklinga og finnast hjá systkinum þeirra, þar er um að ræða mun yngra fólk eða allt frá 40 ára aldri.

Varðandi framhald þessarar rannsóknar þá er verið að athuga möguleika á að fylgja þessum hópum eftir þannig að hægt sé að meta á hvaða aldri vænta megi að minniserfiðleika verði fyrst vart og einnig til að átta sig á hver séu fyrstu einkenni Alzheimerssjúkdómsins.

Aðrir í rannsóknarteyminu

Landspítali Háskólasjúkrahús:

Jón Snædal, MD

Sigurbjörn Björnsson, MD

Pálmi V. Jónsson, MD

Íslensk Erfðagreining:

Þorlákur Jónsson, PhD

Erna Magnúsdóttir, BS

Steinunn L. Jónsdóttir, BS

Guðný S. Jónsdóttir, BS

Eva H. Bjarnadóttir, BS

Nanna Viðarsdóttir, BS

Hjörvar Pétursson, BS

Þjónustumiðstöð rannsóknaverkefna:

Halldóra Gröndal, BS

María Müller, BS

Heimildaskrá

- American College of Medical Genetics/American Society of Human Genetics Working Group on ApoE and Alzheimer Disease (1995). Statement on use of Apolipoprotein E testing for Alzheimer disease. *JAMA*, 274, 1627-1629.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition; DSM-IV). Washington, DC: Höfundur.
- Cacabelos, R. (1996). Diagnosis of Alzheimer's disease: Defining genetic profiles (genotype vs phenotype). *Acta Neurol Scand*, 165, 72-84.
- Cummings, J. L., Vinters, H. V., Cole, G. M., and Khachaturian, Z. S. (1998). Alzheimer's disease. Etiologies, pathophysiology, cognitive reserve, and treatment opportunities. *Neurology*, 51 (Suppl.), S2-S17.
- Elias, M. F., Beiser, A., Wolf, P. A., Au, R., White, R. F., and D'Agostino, R. B. (2000). The preclinical phase of Alzheimer disease: A 22-year prospective study of the Framingham Cohort. *Archives of Neurology*, 57, 808-813.
- Fox, N. C., Warrington, E. K., Seiffer, A. L., Agnew, S. K., and Rossor, M. N. (1998). Presymptomatic cognitive deficits in individuals at risk of familial Alzheimer's disease. *Brain*, 121, 1631-1639.
- Holmes, C. and Wilkinson, D. (2000). Molecular biology of Alzheimer's disease. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 193-200.
- Hy, Lê X. and Keler, D. M. (2000). Prevalence of AD among whites. A summary by levels of severity. *Neurology*, 55, 198-204.
- Kawas, C., Gray, S., Brookmeyer, R., Fozard, J., and Zonderman, A. (2000). Age-specific incidence rates of Alzheimer's disease: The Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Neurology*, 54, 2072-2077.
- Kuusisto, J., Koivisto, K., Kervinen, K., Mykkanen, L., Helkala, E.-L., Vanhanen, M., Hanninen, T., Pyörala, K., Kesaniemi, Y. A., Riekkinen, and Laasko, M. (1994). Association of apolipoprotein E phenotypes with late onset Alzheimer's disease: Population based study. *BMJ*, 309, 636-638.
- Munoz, D. and Feldman, H. (2000). Causes of Alzheimer's disease. *CMAJ*, 162, 65-72.
- Ott, A., Breteler, M. M. B., van Harskamp, F., Claus, J. J., van der Cammen, T. J. M., Grobbee, D. E., and Hofman, A. (1995). Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: Association with education. The Rotterdam study. *BMJ*, 310, 970-973.
- Plassman, B. L., Havlik, R. J., Steffens, D. C., Helms, M. J., Newman, T. N., Drosdick, D., Phillips, C., Gau, B. A., Wels-Bohmer, K. A., Burke, J. R., Guralnik, J. M., and Breitner, J. C. S. (2000). Documented head injury in early adulthood and risk of Alzheimer's disease and other dementias. *Neurology*, 55, 1158-1166.
- Pryse-Phillips, W. (1999). Do we have drugs for dementia? No. *Archives of Neurology*, 56, 735-737.
- Reid, W., Broe, G., Creasey, H., Grayson, D., McCusker, E., Bennett, H., Longley, W., and Sulway, M. R. (1996). Age at onset and pattern of neuropsychological impairment in mild early-stage Alzheimer disease: A study of a community-based population. *Archives of Neurology*, 53, 1056-1061.
- Rubin, E. H., Storandt, M., Miller, J. P., Kinscherf, D. A., Grant, E. A., Morris, J. C., and Berg, L. (1998). A prospective study of cognitive function and onset of dementia in cognitively healthy elders. *Archives of Neurology*, 55, 395-401.
- Schmitt, F. A., Davis, D. G., Wekstein, D. R., Smith, C. D., Ashford, J. W., and Markesbery, W. R. (2000). "Preclinical" AD revisited: Neuropathology of cognitively normal older adults. *Neurology*, 55, 370-376.
- Small, B. J., Fratiglioni, L., Viitanen, M., Winblad, B., and Bäckman, L. (2000). The course of cognitive impairment in preclinical Alzheimer disease: Three- and 6-year follow-up of a population-based sample. *Archives of Neurology*, 57, 839-844.
- Small, G. W., Peter, P. V., Barry, P. P., Buckholtz, N. S., DeKosky, S. T., Ferris, S. H., Finkel, S. L., Gwyther, L. P., Khachaturian, Z. S., Lebowitz, B. D., Thomas, D., Morris, J. C., Oakley, F., Schneider, L. S., Streim, J. E., Sunderland, T., Teri, L. A., and Tune, L. E. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. *JAMA*, 278, 1363-1371.
- Snowdon, D. A., Kemper, S. J., Mortimer, J. A., Greiner, L. H., Wekstein, D. R., and William, M. (1996). Linguistic ability in early life and cognitive function and Alzheimer's disease in late life: Findings from the Nun Study. *JAMA*, 275, 528-532.
- Swartz, R. H., Black, S. E., and George-Hyslop, P. St. (1999). ApolipoproteinE and Alzheimer's disease: A genetic, molecular and neuroimaging review. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 26, 77-88.
- Tierney, M. C., Szalai, J. P., Snow, W. G., Fisher, R. H., Nores, A., Nadon, G., Dunn, E., George-Hyslop, P. H. (1996). Prediction of probable Alzheimer's disease in memory-impaired patients: A prospective longitudinal study. *Neurology*, 46, 661-665.
- van Duijn, C. M., Clayton, D., Chandra, V., Fratiglioni, L., Graves, A. B., Heyman, A., Jorm, A. F., Kokmen, E., Kondo, K., Morimer, J. A. o.f., (1991). Familial aggregation of Alzheimer's disease and related disorders: A collaborative re-analysis of case-control studies. EURODEM Risk Factors Research Group. *International Journal of Epidemiology*, 20 (suppl 2), S13-20.

Svefnvenjur aldraðra

Grein þessi birtist áður í Sjúkrliðablaðinu fyrir nokkrum árum

Björn Einarsson
öldrunarlæknir



Forngríkkir trúðu á svefnguðinn Hypnos, guð dauðans Thanotos og næturgyðjuna Nyx. Hypnos bjó við fljótið Lethe, fjót gleyskunnar. Hann sendi mönnum svefninn og stundum syni sína þá Morpheus, Icelus og Phantasus sem birtust mönnum sem draumar. Við dyr heimilis Hypnosar uxu baunir og ef menn átu þær, féllu þeir í djúpan svefn. Er hér komin fyrsta lýsing á hugmyndum um svefntöflur. Alla tíð síðan hafa menn velt fyrir sér svefninum og þýðingu hans.

Þýðing svefnsins

Víst er að við verðum að sofa til þess að geta vakað og liðið vel. Hitt er ekki eins ljóst hvers vegna. Líklegast er að líkaminn noti svefntíman til einhvers konar uppbyggingar og endurnýjunar. Alla vega myndast vaxtarhormonið að mestu leyti meðan við sofum. Það stjórnar ekki aðeins vexti barna og unglinga heldur tekur þátt í margvíslegri efnaskiptastarfsemi.

Svefnþörfin

Svefnþörf manna er mjög misjöfn, allt frá 4-10 klukkustundum á dag, en flestir þurfa 6-8 klukkustundir. Holdugir einstaklingar hafa yfirleytt meiri svefnþörf en grannir. Þeir sem hafa litla svefnþörf reynast vera þolinmóðari og félagslyndari en aðrir. Hægt er að venjast stuttum svefni, ef svefntíminn er stuttur hægt og bitandi, en skyndileg truflun á svefni veldur önguglyndi, skertri athygli, sinnuleysi, áhugaleysi, dómgreindarskerðingu, vöðvabólgu og úthaldið skerðist. Svefnleysi í marga daga í röð veldur ruglástandi meðal aldraðra.

Breytt svefnmynstur aldraðra.

Þegar menn sofa dýpkar svefninn hægt og rólega þar til draumsvefni er náð, en þá grynnkar svefninn og menn geta vaknað. Þá endurtekur sama mynstur sig allt að 5-6 sinnum á nóttu. Eftir því sem svefninn er dýpri ná menn meiri slökun og hvíld. Draumsvefninn getur hafist hvenær sem er meðan svefninn er að dýpka. Svefnmynstrið breytist með aldrinum. Aldraðir þurfa að jafnaði minni svefn en þeir sem yngri eru. Þeir fara fyrr í rúmið en eru lengur að sofna. Þeir vakna oftár á nóttunni og eiga erfiðara með að sofna aftur. Þeir eyða meiri tíma í rúminu en sofa skemur. Þeir sofa einnig meira á daginn. Aldraðir ná ekki eins djúpum svefni og þeir sem yngri eru, en draumsvefninn helst óbreyttur að lengd. Þeir eiga einnig erfiðara með að breyta svefnvenjum sínum á ferðalögum, t.d. á ferðalögum.

Því má segja að svefn aðdræða sé rýrari að magni og gæðum. Óánægja með svefn eykst með aldrinum.

Svefnvandamál

Fyrst er hægt að tala um svefnvandamál ef þau hafa áhrif á viðkomandi daginn eftir, þ.e. með stöðugri þreytu. Aðrar svefntruflanir eru oftast aldurstengdar breytingar á svefnmynstrinu eins og lýst er að ofan. Á sjötugsaldri er svefnvandamál til staðar meðal um það bil 15 % þeirra sem búa í heimahúsum en 30 % meðal þeirra sem búa á hjúkrunarheimilum. Þrír af hverjum fjórum sem þjást af svefntruflunum eiga erfitt með að sofna á kvöldin, hinir vakna oft á nóttunni eða vakna of snemma að morgni. Dægurvilla er það kallað að snúa sólarhringnum við, sofa töluvert á daginn og eiga svo bágt með svefn á nóttu. Dægurvilla getur verið fyrsta einkennið um ruglástand, en heilabílaðir hafa oftast svefnvandamál en aðrir. Þeir sem hafa svefnvandamál eru oftast líkamlega sjúkir, kvíðnir, órólegir, einmana, hafa minna sjálfstraust og eru oftast þunglyndir.

Skammtíma og langtíma vandamál

Skammtíma svefnvandamál orsakast oftast af andlegum áföllum, t.d. ástvinamissi og þarf oft að meðhöndla þau með svefnlyfjum. En þess ber að gæta að þau geta seinkað því að viðkomandi vinni úr sinni sorg og vandamálum og leggja ber áherslu á að þau séu aðeins notuð tímabundið. Langtíma svefnvandamál, sem standa lengur en 3-4 vikur eru oftast af öðrum toga. Er mikilvægt að greina orsakir þess svo hægt sé að meðhöndla þær á viðeigandi hátt. Allt heilsuleysi getur valdið svefntruflunum.

Líkamlegar orsakir

Kæfisvefn er mun algengari en áður var talið. Hann einkennist af hrotum og óreglulegri öndun í svefni vegna slappleika í kokköðvum þannig að öndunarvegir teppast. Viðkomandi vaknar oft með höfuðverk, er slappur á daginn og reynist oft hafa háan blóðþrýsting. Kæfisvefn hrjáir oftast offeita og er talin vera áhættuþáttur fyrir að verða fyrir heilablóðfalli. Þeim er ráðlagt að sofa á hliðinni, forðast áfengi og svefnlyf og megrast. Þeir eru einnig meðhöndlaðir með öndurnargrímu sem opnar loftvegina í innöndun. Í erfiðari tilfellum er ráðlögð aðgerð þar sem úfurinn og jafnvel mjúki gömboginn eru fjarlægðir.

Sinadráttur og kláði truflar oft svefn og eru oftast meðhöndlanlegir.

Gigtarverkir og aðrir verkir frá stoðkerfi trufla og svefn, einnig geta hjarta-, lungna- og efnaskiptasjúkdómar truflað svefn.

Geðrænar og félagslegar orsakir

Geðrænar og félagslegar orsakir eru þó algengustu orsakirnar fyrir svefntruflunum. Stress, kvíði og þunglyndi bera hæst. Áfengi og lyf eru einnig algengar

orsakir svefnleysis. Hjónabands-, fjölskyldu- og fjárhagsvandamál sömuleiðis. Umhverfistuflanir svo sem hávaði, birta, hár herbergishiti eða þungt loft í svefnherberginu auka á einnig á svefntruflanir.

Meðferð

Sveftöflur er að sjálfsögðu ekki fyrsta meðferð við svefnleysi. Orsakirnar eru meðhöndlaðar eftir því sem hægt er, verkir, kláði eða sinadráttur. Mikilvægt er að vera ekki fyrir fram viss um að maður muni ekki sofna. Fyrst er að huga að lifnaðarvenjunum. Volg mjólk með hunangi eða kakómjólk hjálpar mörgum. Kaffi, te og kóladrýkkir halda vöku fyrir flestum. Áfengi flýtir því að menn sofna, en þeir vakna oftast á nóttunni, þar sem svefninn grynist. Tóbak inniheldur örvandi efni og eykur því á svefntruflanir. Regla er mikilvæg fyrir líkamann, leggja sig alltaf á sama tíma á kvöldin og stilla vekjaraklukkuna alltaf á sama tíma á morgnana og fara fram úr hversu slæm sem nóttin var. Horfa ekki á sjónvarp né lesa eða borða í rúminu og sofa ekki á daginn. Líkamsæfingar að degi til hjálpa til að þreyta kroppinn, því jafnvægi þarf að vera milli líkamlegrar og andlegrar þreytu.

Svefnlyf

Svefnlyf á fyrst að nota þegar svefntruflanir valda stöðugri þreytu daginn eftir eða lækni telur þær hafa slæm áhrif á heilsuna, vellíðan og úthald viðkomandi. Þau skal þó ekki gefa þeim sem eru haldnir kæfisvefni, eru haldnir áfengissýki eða misnota lyf. Öll svefnlyf trufla svefnmynstrið þannig að menn sofa meira í grynri svefninum, ná ekki þeim djúpa og hvílast því ekki eins vel og án svefnlyfja. Stuttverkandi svefnlyf eru valin ef aðalvandamálið er að sofna en langvirkandi ef svefntruflunin er síðar að nóttu. Nýju svefnlyfin eru minna sjóvgandi en þau eldri og eru notuð í fyrstu hönd. Benzodíazepín lyf hafa lengst af verið notuð, en þau eru notuð frekar ef kvíði er til staðar. Slævandi þunglyndislyf eru notuð ef þunglyndi er undirliggjandi og sterk geðlyf fyrir sjúklinga í ruglástandi og heilabílaða með ranghugmyndir og ofskynjanir.

Svefnlyfjanotkun hætt

Best er að ákveða í upphafi, þegar svefnlyfjanotkun er hafin, hvenær henni skuli hætt, því oft er það ekki vandkvæðalaust. Við langvarandi svefnlyfjanotkun myndast þol fyrir lyfinu, þannig að það hættir að gera gagn en veldur fráhrifningum þegar henni er hætt. Vill þá koma fram kvíði, óróleiki, eirðarleysi og jafnvel martraðir. Því þarf að minnka skammtana hægt og bítandi, sérlega ef svefnlyfið er langvirkandi. Mikilvægast er að sá sem tekur svefnlyfið skilji nauðsyn þess að hætta lyfjatökunni og það sé alltaf þess virði að gera tilraun. Best er ef hægt er að komast hjá því að hefja svefnlyfjatöku og leysa án lyfja þau vandamál sem svefntruflunum valda.

Könnun um notagildi úrræða

sem mælt er með
fyrir útskrift af öldrunarlækningdeild

Karítas Ólafsdóttir sjúkráðgjafi
Sara Hafsteinsdóttir sjúkráðgjafi
Jóna Eggertsdóttir félagsráðgjafi
Öldrunarlækningadeild
Landspítali Háskólasjúkrahús Fossvogi



Inngangur

Ástæða innlagna sjúklinga á öldrunarlækningadeild er margvísleg og margir þeirra sjúklinga sem eru innlagðir eiga við fjölbættan heilsufarsvanda að stríða ásamt færnitapi og félagslegum vanda. Undirbúningur að útskrift sjúklings skípar stóran sess í starfi deildarinnar og koma margir þar að máli. Teymisvinna með teymisfundum er meiri en almennt gerist á bráðadeildum sjúkrahússins. Undirbúningur útskriftar felst m.a. í heimilisathugun, fjölskyldufundi og/eða útskriftarfundum þar sem auk sjúklings, aðstandenda og teymis koma stundum fulltrúar frá heimahjúkrun og heimilishjálp og leggja á ráðin. Í heimilisathugun er metið hvort sjúklingur geti búið áfram heima án nokkurra breytinga; hvort þörf er á hjálpartækjum og þá hvaða; komið með tillögum um framkvæmdir sem eiga að auka öryggi sjúklings á heimili og/eða létta umönnun sjúklings. Niðurstaðan er líka stundum sú að ekki þykir forsvaranlegt að sjúklingur útskrifist heim aftur vegna andlegrar og/eða líkamlegrar fötlunar og einnig vegna aðstæðna á heimilinu. Þá þarf að leita að viðeigandi vistunarræði. Helstu úrræði fyrir þá sem útskrifast heim eru: Eftirlit hjá lækni, heimahjúkrun, heimilishjálp, aðstoð frá maka/ættingjum, hjálpartæki, heimsendur matur, dagvistun, dagspítali, sjúkráðgjafun,

félagsstarf aldraðra, skammtímavistun, umsókn um vistun á öldrunarstofnun með gerð vistunarmats.

Aðdragandi að gerð könnunar

Ýmsar vangaveltur hafa vaknað um afdrif sjúklinga eftir að þeir útskrifast. Í flestum tilfellum er reiknað með að allt gangi samkvæmt áætlun. Í öðrum tilfellum er útskrift til reynslu og óvist hvernig til tekst. Tildrögin að gerð könnunarinnar var að fá svör við spurningum um það hvort úrlausnirnar sem ákveðnar voru og bent var á hafi dugað og staðist.

Tilgangur

- A. Að fá ábendingar um á hvern hátt við getum betur undirbúið útskrift og metið getu einstaklings til þess að vera heima við sem bestar aðstæður.
- B. Að meta hvort lausnir sem ákveðnar voru fyrir útskrift og bent var á hafi dugað og staðist. Eins og:
- Hvort þjónusta frá heimahjúkrun og heimilishjálp sem sótt var um samræmist þeirri þjónustu sem sjúklingur fékk eftir að heim var komið.
 - Hvort hjálpartæki hafi komist til skila og verið notuð.
 - Hvort þær breytingar sem stungið var upp á hafi verið gerðar.

- iv. Hvort fyrirhuguð aðstoð frá aðstandendum hafi gengið eftir.
- v. Hvort úrræði eins og dagspítali, dagvistun, félagsstarf aldraðra, sjúkráþjálfun, skammtímavistun og heimsendur matur hafi verið nýtt.

Gerð könnunar

Könnunin náði til þeirra sjúklinga sem dvöldust á öldrunarlækningadeild SHR í Fossvogi og útskrifuðust heim. Gagnasöfnun hófst í febrúar 1997 og lauk í nóvember 1998. Könnunin skiptist í fimm þætti:

- A: Upplýsingar fengnar við komu þ.e aldur, kyn, félagslegar aðstæður og ástæða innlagnar.
- B: Færni sjúklings við útskrift (skv.Barthel skala).
- C: Áætlun við útskrift (Útskriftarúrræði).
- D: Mat á útskriftarúrræðum fjórum vikum eftir útskrift.
- E: Endurmat á útskriftarúrræðum fimm mánuðum eftir útskrift.

Spurningalistar og eyðublöð voru fyllt út af þeim sem framkvæmdu könnunina á sjúkráhusinu og heima hjá þátttakendum eftir útskrift.

Þátttakendur

- 74 þátttakendur. Konur n=58 (78%) , Karlar n=16 (22%)
- Aldur: 67–85 ára n=49(66%); 86-99 ára n=25(34%)
- Ekkjur/ekklar n= 44(59%), í hjónabandi n=16 (22%), einhleypir n= 14(19%)
- 47 (64%) búa einir, 14(19%) með maka, 13(17%) með öðrum
- 58 (78%) búa í eigin húsnæði, 3(4%) í leiguhúsnæði og 13 (18%) í vernduðu leiguhúsnæði.
- Helstu tólmstundir þessa hóps fyrir innlögn var að hlusta á útvarp, horfa á sjónvarp, lestur dagblaða/tímarita og lestur bóka.
- Við mat á færni (Barthel 0-100) fengu þátttakendur allt frá 35 upp í 100 stig. 8 (11%) fengu 21- 60 stig þ.e.: þó nokkuð til verulega háður einhverjum um sjálfsummönnun og hreyfingu; 36 (48%) þátttakenda fékk 61 -90 stig þ.e.: lítilla til þó nokkuð háður einhverjum um sjálfsömmönnun og hreyfingu; 25(34%) fékk 91-99 stig þ.e.: lítilla háður einhverjum og 5 (7%) sjálfbjarga
- Gert var mat á vitrænni getu (Mini-Mental State Examination) fyrir 37 þátttakendur (50%). 28 þátttakendur fengu minna en 24 /30 í þessu prófi.
- Við útskrift áttu 36 (49%) vistunarmat þar sem 20 voru metnir í mjög brýna þörf fyrir hjúkrunarrými og 16 í mjög brýna þörf fyrir þjónusturými.

Niðurstöður

A. Þátttakendur.

Upphaflega tóku 74 þátt í könnuninni. Við 4 vikur voru þeir 65 og við 5 mánuði 56.

56 (76%) luku síðasta hluta könnunarinnar og náðu að vera 5 mánuði eða lengur heima.

2 hættu þátttöku

4 fóru á hjúkrunarheimili að heiman.

14 voru endurinnlagðir. Af þeim létust 5, 2 útskrifuðust heim og 7 vistuðust á hjúkrunarheimili.

B. Úrræði við útskrift (sjá mynd 1), endurmat við 4 vikur og við 5 mánuði (sjá myndir 2,3,4,5)

1. *Eftirlit hjá lækni* – ekki tekið með.

2. *Heimahjúkrun*. Fyrir innlögn fengu 34 heimahjúkrun. Við útskrift var áætlað að 64(86%) fengju heimahjúkrun. Megin aðstoð heimahjúkrunar fólst í lyfjatiltekt og böðun. Sótt var um að meðaltali 6.1 innlit á viku allt frá 1 innliti á viku upp í 3 innlit á sólarhring. Mynd 2 sýnir þá þjónustu sem sótt var um við útskrift, fengin við 4 vikur og 5 mánuðum frá útskrift.

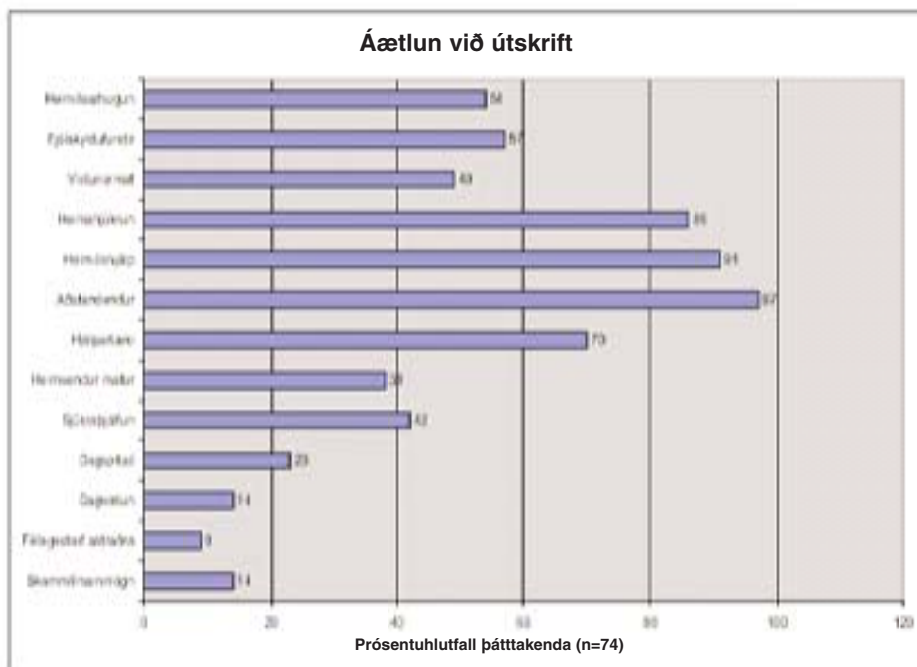
3. *Heimilishjálp*: Fyrir innlögn fengu 51 einstaklingar heimilishjálp. Við útskrift var áætluð heimilishjálp fyrir 68 (91%) þar af eru 8 í þjónustuhúsnæði. Megin aðstoð heimilishjálpar voru þrif, þvottur, samvera og innkaup. Áætlaðar voru að meðaltali 7 stundir á viku, allt frá 4 stundum á mánuði upp í 20 stundir á viku. Mynd 3 sýnir þá þjónustu sem sótt var um við útskrift, fengin við 4 vikur og 5 mánuðum frá útskrift.

4. *Aðstandendur*. Fyrir innlögn segjast 69 af 74 fá aðstoð frá aðstandendum. Við útskrift var áætlað að 72 (97%) fái aðstoð frá aðstandendum. Á tímabilinu var aðstoð frá ættingjum svipuð og reiknað hafði verið með. Þegar kannað er hverjir úr hópi aðstandenda eru aðalstuðningsaðilar 4 vikum eftir útskrift kemur í ljós að það eru börn og tengdabörn (64%), síðan makar, ættingjar og barnabörn. Algengasta aðstoð veitt af aðstandendum er: innkaup, samvera, þvottur, akstur og matargerð.

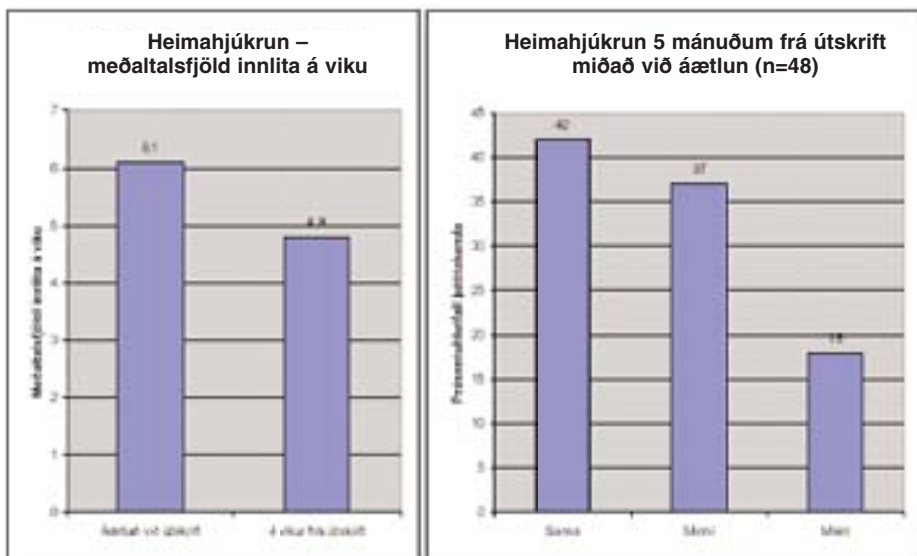
5. *Heimsendur matur*: Fyrir innlögn voru 19 einstaklingar (25,6%) sem fengu heimsendan mat en 28 (37,8%) eftir útskrift.

6. *Dagspítali*: Á dagspítala er endurhæfing sem nýtist vel sem framhaldsmeðferð eftir dvöl á sjúkráhusi. Um er að ræða dvöl hálfan daginn 2 – 3 x/viku í takmarkaðan tíma. Fólk er sótt og því ekið heim. Þegar bíllinn kemur þarf fólk að vera tilbúið og til þess að það takist þarf að samræma þjónustu sem fólk þarf bæði við að komast á fætur og jafnvel aðstoð við að komast niður stiga að útidrymum. Eftir lok tímabils á dagspítala er unnið að áframhaldandi úrlausnum fyrir viðkomandi. Dagspítali kom inn sem nýtt úrræði eftir að könnunin hófst en sótt var um fyrir 17 (23%) fyrir útskrift og yfir 5 mánaða tímabil höfðu allir nema 1 einstaklingur fengið þjónustu þaðan.

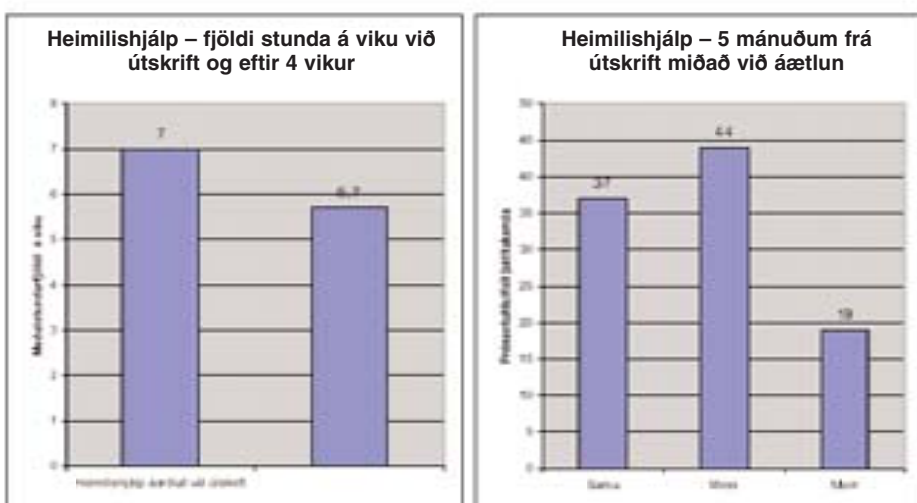
7. *Dagvistun*: Mælt er með dagvistun fyrir þá sem vilja og geta nýtt sér hana. Dagvistunarstofnanir hafa bifreiðþjónustu. Eingöngu er um að ræða heilsdagvistun á dagvistunarstofnunum. Fyrir innlögn voru einungis 8 í dagvistun en pantað var fyrir 10 (14%) fyrir útskrift og voru 5 í dagvistun við 4 vikur og 5 við 5 mán-



Mynd 1.



Mynd 2.



Mynd 3.

uði. Oft er þörf á samræmingu á þjónustu eins og þegar fólk fer á dagspítala.

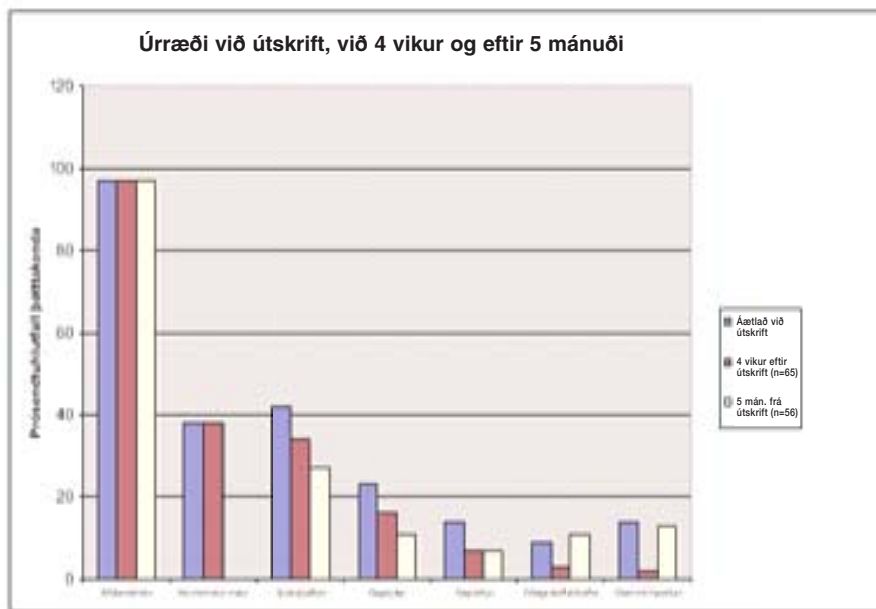
8. *Sjúkraþjálfun.* Fyrir innlögn voru 6 í sjúkraþjálfun. Við útskrift var áætluð áframhaldandi sjúkraþjálfun fyrir 31 (42%). Af þeim fengu 16 sjúkraþjálfun á dagspítala, 8 í heimahúsi, 4 á einkastofu og 3 á göngudeild. Við 4 vikur voru 22 byrjaðir í sjúkraþjálfun en 15 voru í sjúkraþjálfun við 5 mánuði. Framboð á sjúkraþjálfun í heimahúsi hefur aukist. Á dagvistunarstofnunum er ekki boðið upp á sjúkraþjálfun.

9. *Hjálpartæki.* Hjálpartæki eru mikið notuð. Af þeim 74 sem tóku þátt í könnuninni notuðu 52 eitt eða fleiri hjálpartæki fyrir innlögn en 66 (89%) við útskrift. Þeir sem notuðu gönguhjálpartæki voru 44 og 19 voru með öryggishnapp fyrir innlögn. Við útskrift voru pöntuð gönguhjálpartæki fyrir 28 og öryggishnappur fyrir 17. Alls notuðu 56 (76%) einhverskonar gönguhjálpartæki við útskrift og 36 (49%) voru með öryggishnapp. Við útskrift höfðu verið pöntuð 205 hjálpartæki. Pöntað var allt frá 1 - 8 tæki / einstakling. Alls voru 31 (15%) ýmist ekki notuð, ekki sett upp eða aldrei sótt. Þegar litið er á tilögur um breytingar í heimilishjúkrun er misjafnt hversu vel er farið eftir þeim.

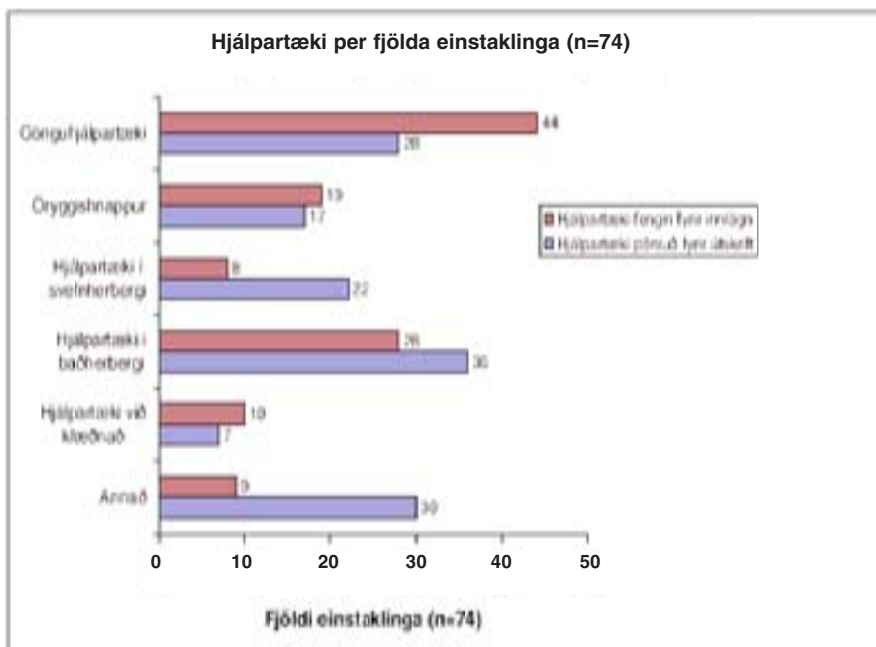
10. *Félagsstarf aldraðra.* Fimmtán einstaklingar (20%) sóttu félagsstarf aldraðra fyrir innlögn. Við útskrift ætluðu 7 (9%) að taka þátt í starfinu. Eftir 4 vikur sóttu það 2 en 6 eftir 5 mánuði.

11. *Skammtímainnlögn.* Áætluð skammtímainnlögn fyrir 10 (14%) við útskrift. Eftir 4 vikur hafði 1 einstaklingur verið í skammtímainnlögn og 7 við 5 mánuði.

12. *Vistunarmat.* Alls áttu 36 (49%) sjúklingar vistunarmat við útskrift. Sótt var um hjúkrunarrými fyrir 20 og um þjónust-



Mynd 4.



Mynd 5.

urými fyrir 16. Einungis 4 af þessum hópi vistuðust úr heimahúsi en 7 eftir endurinnlögn á sjúkrahús.

Samantekt

Flestir þátttakenda höfðu fengið utanaðkomandi aðstoð áður og úrræðin reynd en í mismiklum mæli.

Eftir 5 mánuði voru 56 (76%) þátttakenda enn heima.

Í flestum tilfellum fengu sjúklingar þá þjónustu sem lagt var upp með við útskrift, þó nokkurs mismæmis gæti í magni þeirrar þjónustu sem sótt var um frá sjúkrahúsinu og þeirrar sem var veitt.

Sjúkraþjálfun var meira nýtt eftir útskrift en fyrir innlögn

Dagspítalinn kom inn sem nýtt úrræði.

Dagvistun og félagsstarf aldræðra er annaðhvort vannýtt úrræði eða hentar ekki þessum sjúklingahópi.

Skammtímainnlögn er ekki mikið notað úrræði.

Hjálpartæki koma oft að góðum notum þegar þau eru komin til notanda, eru rétt stillt og sjúklingur nýtir sér þau. Í þessum hópi komu 15% hjálpartækja ekki í tilætlaða notkun. Þetta er stórt hlutfall miðað við þá vinnu og kostnað sem er lögð í að sækja um hjálpartæki, fylgjast með umsóknum auk samtala við sjúklinga og aðstandendur varðandi hjálpartækin. Það er augljóst að þörf er á eftirfylgni í einhverri mynd til að fullvíst sé að hjálpartækin komi að gagni.

47% þátttakenda sem áttu umsókn um vistun á öldrunarheimili höfðu ekki komist að 5 mánuðum frá útskrift.

Lokaorð

Við sem unnum að þessari könnun teljum að með því að undirbúa útskrift sem allra best megi draga úr endurinnlögn og stuðla að því að einstaklingar geti búið lengur á eigin heimili við sem bestar aðstæður. Það hversu margir voru enn í heimahúsi þrátt fyrir vistunarmat hlýtur að velja þeirri spurningu upp hvort úrræðin hafi reynt svona vel, hvort álag á aðstandendur sé ásættanlegt, eða hvort þörfin á vistun skv. vistunarmati hafi verið ofmetin. Þörfin á hjúkrunarrýmum á

Stór-Reykjavíkursvæðinu er enn til staðar og bið sjúklinga hefur ekki styst á þeim 2 árum sem eru liðin frá því að þessi könnun var gerð. Þess má í lokin geta að í árslok árið 2000 voru 32 einstaklingar látnir af þessum hópi, 21 bjó enn heima, 19 hafa vistast á hjúkrunarheimili og 2 í þjónustuhúsnæði.

Þeir sem stóðu að gerð þessarar könnunar voru:

Karítas Ólafsdóttir sjúkraþjálfari, *Sara Hafsteinsdóttir* sjúkraþjálfari og *Jóna Eggertsdóttir* félagsráðgjafi.

Auk þeirra tók *Fanney Jónsdóttir* iðjuþjálfari þátt í gagnasöfnun. Könnunin náði til þeirra sjúklinga sem dvöldu á öldrunarlækningadeild SHR í Fossvogi og útskrifuðust heim.

Gagnasöfnun hófst í febrúar 1997 og lauk í nóvember 1998.

Lýðfræðilegar breytingar – aldurssamsetning og farsæl öldrun

Steinunn K. Jónsdóttir
yfirlýðingarskráðgafi
á LSH Landakoti



Á síðustu árum hafa menn snúið vörn í sókn til að takast á við vaxandi fólksfjölda á nýrri öld. Mikil áhersla er einkum lögð á heilsusamlega lifnaðarhætti, ábyrgð einstaklingsins á eigin heilsu og ábyrgð þjóðfélagsins hvað varðar sýn á aldraða – í að efla jákvæða sjálfsímynd, í að virkja aldraða og skapa þeim svigrúm til þátttöku í þjóðfélaginu. Er ekki laust við að aukinnar bjartsýni gæti á að afleiðingar fólksfjölgunar og breyttrar aldurssamsetningar verði jafnvel viðuráðanlegar. Í greininni er fjallað um breytingar á aldurssamsetningu í heiminum og þá fjölgun sem á sér stað í elstu aldurshópunum. Nefndir eru helstu álitapættir við mat á lífslíkum og framreikning mannfjölda og ræddar helstu leiðir sem menn sjá færar við að takast á við vaxandi fólksfjölda.

Lýðfræðilegar breytingar

Þróun lýðfræðilegra breytinga á 20. öldinni hefur verið hröð og verður enn sýnilegri næstu áratugina. Breytingarnar eru helst raktar til aukinnar þekkingar og framfara í heilbrigðismálum, s.s. aukins hreinlætis, mæðra- og ungbarnaverndar, getnaðarvarna og meðhöndlunar sjúkdóma og slysa. Ásamt breytingum á þjóðfélagsaðstæðum, félagslegri aðstoð og bættum efnahag hefur þróunin skilað okkur betra heilsufari og langlífi. Þetta á auðvitað f.o.f. við um iðnvædd ríki, þróunarlöndin eiga langt í land þó svo breytingar þar hafi einnig átt sér stað. Áhrif á umönnun og aðhlyningu og þann kostnað sem henni fylgir er helsta áhyggjuefnið samfara fjölguninni í elstu aldurshópunum. 8

Mannfjöldaspár

Í samræmi við þróunina á öldinni er mikilla breytinga að vænta, einkum í iðnríkjum. Á síðasta ári voru 605 milljónir manna 60 ára og eldri. Aldursspár gera ráð fyrir að þeir verði 1.200 milljónir árið 2025. Þessi hópur mun því tvöfaldast á næstu 25 árum ef þetta gengur eftir. Af íbúafjölda heims 60 ára og eldri búa 60% í þróunarlöndunum (1998). Í Bandaríkjunum einum er fjöldi 65 ára og eldri 34 milljónir (2000) og gæti sá hópur tvöfaldast á næstu 30 árum, þar sem búist er við hlutfallshækkun í 20% árið 2030 og að fjöldi 85 ára muni hafa tvöfaldast árið 2030, verði þá 2,4 % af heildaríbúafjölda, í stað 1.6% í dag. 8, 14

Öldungum heldur áfram að fjölga og sem dæmi má nefna Japan, þar sem tala íbúa 100 ára og eldri hefur tvöfaldast sl. 6 ár og búist er við tvöföldun sama aldurshóps í Ástralíu á næstu 6 árum. 9

Verulegar breytingar eru einnig að eiga sér stað í þróunarlöndunum, þar sem lífslíkur hafa aukist úr 41 ári frá því um 1950, í 62 ár, árið 1990. Í hluta þróunarríkja eru lífslíkur þegar komnar í 70 ár (í Argentínu,

Kína, Mexikó og víðar) en annars staðar er búist við að meðaltalið nái þessu marki um 2020. Í Austur-Evrópu og fyrrum Sovétríkjum er þróunin mjög hæg og jafnvel dæmi um bakslag í meðalaldri. Færir þetta okkur heim sanninn um að bágur efnahagur og óstöðugleiki í þjóðfélagi getur kippt þróuninni aftur á við. Fæðingartíðni hefur lækkað allverulega í fjölmönnum ríkjum, þar sem fólksfjölgun hefur verið illviðráðanleg: Frá 1970 hefur fæðingartíðni í Brasilíu lækkað úr 5,9 í 3,1, á Indlandi úr 5,1 í 2,2, og í Kína úr 5,9 í 3,1. Framvindan í þróunarríkjum er langt frá því að vera einsleit, en há fæðingartíðni, lítil þjóðarframléiðsla og innanlandserfiðleikar í þriðja heiminum valda áhyggjum um vaxandi erfiðleika. 1, 6, 12

Mat á lífslíkum

Áhrifavaldar um hvort þróunin gengur eftir eins og nú er spáð eru á mörgum sviðum – þjóðfélags, heilbrigðis og efnahags. Hver verður þróunin í krabbameinssjúkdómum og hjartasjúkdómum, hver verður þróunin í beinþynningu? Hvað með HIV? Tekst að draga úr og jafnvel útrýma reykingum? Hver verða áhrif fólksflutninga milli landa? Spurningarnar eru áleitnar enda skiptir framvinda þessara þátta verulegu máli varðandi lífslíkur og umönnunarþörf. Í Bandaríkjunum, koma 60% krabbameinstilfella fram í 65 ára og eldri, og um fjórðungur aldara flyst á dvalarstofnun eftir mjaðmarbrot. Verulegur munur er á lífslíkum þeirra sem reykja og hinna – auk þess sem hinir reyklausu geta búist við að eyða færri árum við skerta sjálfsbjargargetu. Baráttan gegn reykingum getur því reynst ábatasamt verkefni. Niðurstaða nýlegrar rannsóknar frá Hollandi og Bandaríkjunum er að reyklaust líf lengi lífið um 1,6 ár hjá körlum og að æviárum við góða sjálfsbjargargetu fjölgi um 2,5 ár. Hjá konum eru þessar tölur 0,8 ár og 1,9 ár. 10, 11

Horiuchi (2000) telur að lífslíkur eigi jafnvel eftir að aukast hraðar í iðnríkjum en nú er spáð. Hann ofl. byggja sína útreikninga þróuninni á seinni hluta 20. aldar og vísa til þess hve lífslíkur á tímabilinu hafa aukist jafnt og þétt. Einnig er vísað til lækkandi dánartíðni vegna hjartasjúkdóma, og nú allra síðustu ár krabbameinssjúkdóma, örra framfara í tækniþróun og ekki síst þess að framreikningar hafi síðustu áratugi reynst varfærnislegir. 6

Á síðasta ári kynnti Alþjóða heilbrigðisstofnun SP nýjan mælikvarða um lífslíkur – DALE kvarða (Disability adjusted life expectancy) (Tafla 1). Fróðlegt er að skoða þær upplýsingar til samanburðar við hefðbundna útreikninga. Þar er metið vægi árafjölda við skerta heilsu og dregið frá lífslengd. Verulegur munur er á fátækari ríkjum heims og þeim sem búa við bestar aðstæður og er hlutfallið 14% í þeim fyrrnefndu en um 9 % af lífslengd í þeim síðarnefndu.

Tafla 1

Lífslíkur -DALE, fæddir 1999

	DALE lífslíkur	191 ríki sæti
Danmörk	69.4	28
Ísland	70.8	19
Finnland	70.5	20
Noregur	71.7	15
Svíþjóð	73.0	4
Bretland	71.7	14
Frakkland	73.1	3
Þýskaland	70.4	22

13

Efst á DALE listanum tróna Japanir með DALE líkur 74.5 ár, í öðru sæti Ástralir með 73.2 ár, þá Frakkar, Svíar, Spánverjar og Ítalir. Íslendingar eru í 19. sæti og Bandaríkjamenn í 24. sæti. Sierra Leone sem er meðal fátækustu ríkja heims er neðst á listanum með 25.9 ára líkur á góðri heilsu og eru lífslíkur þar 30 árum lægri en í Japan.

Tafla 2

Lífslíkur fæddir 1997

	karlar	konur
Danmörk	73.6	78.5
Finnland	73.4	80.5
Ísland	74.6	80.9
Noregur	75.5	81.0
Svíþjóð	76.7	81.8
Bretland	74.7	80.6
Frakkland	74.5	82.2
Þýskaland	74.0	80.3

5

Rétt er að benda á að lífslíkur Íslendinga f. 2000 eru ívið hærri, eða 81,4 ár hjá konum. 1

Umræðan um langlífi fer inn á fleiri svið og má þar nefna barneignaraldur. Á 20. öldinni hafa lífslíkur kvenna í iðnþróunarlöndum aukist um u.þ.b. 30 ár. Þær breytingar hafa ekki orðið til þess að barneignir kvenna, seint á barneignaraldri, aukist. Þvert á móti fækkar fæðingum hjá konum 35 ára og eldri og engin aukning hefur orðið á fæðingum hjá konum 50 ára og eldri. 2

Tafla 3

Framreikningur mannfjölda 60 ára og eldri, ásamt hlutfalli af heild

Ár	Alls	60+	%	70+	%	80+	%	90+	%	100+	%
1801	47,240	5,169	10.94	2,163	4.58	478	1.01	38	0.08	-	
1901*	78,470	7,661	9.76	3,082	3.93	513	0.65	45	0.06	-	
1950	143,973	15,552	10.80	7,231	5.02	2,157	1.50	249	0.17	-	
2000	282,845	42,471	15.02	23,230	8.21	7,724	2.73	1,117	0.39	24	0.01
2025	317,319	73,986	23.32	36,639	11.55	11,588	3.65	2,058	0.65	81	0.03

(* ótilgreindur aldur 280) (Framreikningar miðast við gögn frá 1995) 4

Ísland og mannföldaspár

Ef við skoðum þróunina á Íslandi má sjá að hún gerist á svipaðan hátt og í nágrannalöndunum en er þó seinna á ferð sbr. hærri fæðingartíðni. Fjöldi 70 ára og eldri hefur tvöfaldast frá því um miðja öldina. Þó ekki sé um marga einstaklinga að ræða sem fylla öldina, þá er aukningin þó margföld. Á síðasta ári voru eftirlifendur 100 ára eða eldri 24 (1.des.), og eftir 25 ár er áætlað að þeir verði orðnir 81. Einna áhugaverðast er að skoða breytinguna á fjölda 80 ára eldri, sem helst þurfa að nýta sér umönnun og þjónustu. Þeim fjölgar hlutfallslega úr 2.73 % í 3.65% á næstu 25 árum.

(Sjá töflu 3)

Mannfjöldi á Íslandi 1. des. 2000 var 282.845, sem er tvöföldun frá því á 5. áratugnum. Á síðasta ári var heildarfjöldun 1,48% fjöldun frá fyrra ári. Meðaltalsfjöldun á ári sl. 20 ár er rúmt prósent (1.04) Fólksfjöldunin hefur sterk áhrif hér eins og annars staðar og hlutfall útgjalda til félags- og heilbrigðismála og eftirlaunagreiðslur munu aukast. Hlutfall af útgjöldum 1997 til félags og heilbrigðismála var 27.8% í málaflökk aldraða. 4,5 Þeir sem höfðu félagslega heimaþjónustu í Reykjavík, 67 ára og eldri, voru 25 % af heildarfjölda árið 1998 og meðalaldur var 79,7 ár. Rekstrarútgjöld Reykjavíkurborgar til málaflökksins voru nálægt 315 milljónum. 3

Viðbrögð hérlendis eru í svipuðum anda og annars staðar (sjá hér á eftir). Töluvert vantar enn á í uppbyggingu hjúkrunarþjónustu fyrir aldraða og hafa nágrannabjóðirnar þar forskot sem við eigum eftir að vinna upp. Hérlendis eru hins vegar aðstæður til þess að afnema aldursbundin starfslok líklega með besta móti. Atvinnuástand er mjög gott, atvinnuleysi er með því lægsta sem gerist og atvinnuþátttaka hæst á Norðurlöndum, eða 90 % hjá körlum á vinnumarkaði og 83,2 % hjá konum. Næst á eftir er Noregur, með 85,5% og 76% þátttöku. Í aldurshópnum 65-74 ára er atvinnuþátttakan einnig mjög há: 50,1 % meðal karla en 27,3% meðal kvenna. 4

Forvarnarverkefni – að stefna á gott líf á efri árum

Meginákvörðunarþættirnir um heilsufar á efri árum eru lífshættir á ævinni, mataræði, hreyfing, reykingar, áfengisneysla, félagsleg staða, félagsleg virkni og sjálfsmynd.

Við vitum að stór hluti aldraðra býr við tiltölulega góða heilsu og að sá hópur getur farið stækkandi með fyrirbyggjandi aðgerðum, áherslu á heilbrigði og heilsusamlegt lífni, líkamsrækt og hollu mataræði. Æ fleiri búa við tiltölulega góða heilsu og sjálfsbjargargetu framundir níræðisaldur og er aldurshópurinn 85 ára og eldri því að verða megin notendur umönnunarþjónustu.

Verkefni á vegum Öldrunar og heilsuáætlunar (Ageing and Health Programme) Alþjóða heilbrigðisstofnunar SP (WHO), eru einmitt annars vegar viðtæk verkefni með áherslu á virkni og þátttöku aldraðra (t.d. The Global Embrace 1999) og tóbaksvarnarverkefni. Höfðað er til ábyrgðar fólks á eigin lífsháttum yfir ævina og lögð áhersla á alhliða heilsuvernd er nær til líkamlegrar heilsu, andlegrar heilsu og félagslegrar virkni. Í verkefnum Sameinuðu þjóðanna er einnig lögð rík áhersla á að höfða til þeirra er sjá um stefnumótun í stjórnámum og ákvarðanatöku er varða vellíðan fólks. Ef verulegur árangur næst í þessum efnun mun það bæði skila sér í betra lífi viðkomandi einstaklinga og verulega bættum efnahag. Þarna er því um að ræða aðferðir sem miðast við ábyrgð á heilsu og forvarnir en ekki meðhöndlun eftir. 12, 15

Íslensk heilbrigðisáætlun, sem lögð var fram árið 1999 og nær til ársins 2005 tekur mið af stefnu Alþjóða heilbrigðisstofnunarinnar. Meginmarkmið er varða aldraða eru að dregið verði úr biðtíma eftir hjúkrunarrými, að 70% þeirra sem eru 80 ára og eldri búi við nægilega góða heilsu til að þurfa ekki stofnanarými, og að mjaðma- og hryggbrotum fækki um 25%. 17

Farsæl öldrun

Farsæl öldrun (successful aging) – áherslan á aukin lífsgæði efri ára – undirstrikar að heilsusamlegur lífsstíll feli í sér félagsleg og efnahagsleg tækifæri. Framþróun í læknisfræði og lýðheilsu og heilsusamlegir lífnaðarhættir stuðla að lengri ævi. Ef árin sem við bætast eru ár verulega skertra lífsgæða, þá er það lítt eftirsóknarvert. Eitt meginmarkmið heilbrigðis- og félagsvísinda er því að auka við lífsgæði.

Leiðir að því eru m.a. að allir aldurshópar líti á aldræða sem mikilvægan aldurshóp, sem hafi verðmæti til málanna að leggja og draga þarf úr aldursmismunun. Umræða um jákvæðar hliðar efri ára og áhersla á jákvætt sjálfsmat þarf að aukast. Samfélagið þarf að sjá fyrir góðri heilsuvernd, góðu aðgengi að upplýsingum um heilsuvernd og hafa forgöngu um heilsusamlega lífnaðarhætti ævina út í gegn. Efla þarf einingu meðal allra kynslóða og gera öldruðum kleift að vera þátttakendur í þjóðfélaginu. 7,12, 15

Bætt aðgengi að upplýsingum um heilsuvernd og heilsuverndarþjónusta, ásamt hvatningu til heilsusamlegra lífshátta – allt hjálpast þetta að og stuðlar að betri heilsu fólks fram eftir ævi. Aðstoð við fólk þegar meg-

inbreytingar verða á lífi þess s.s. við missi ástvinar og undirbúning eftirlaunaaldurs stuðlar einnig að því að fólk takist á við áföll og vinni úr þeim. Það sem áður var álitid óumflýjanlegt – skert færni aldraðra, hefur sýnt sig að á engan veginn við um alla aldraða.

Mikilvægt er að finna nýjar atvinnuskapandi leiðir og afnema aldursbundin starfslok, og gera fólki þannig kleift að vinna eins lengi og hugur og heilsa stendur til. Aukin atvinnuþátttaka aldraðra gæti haft margþætt efnahagsleg áhrif bæði með auknum tekjum þessa aldurshóps og ekki síður þar sem slík virkni og þátttaka í þjóðfélaginu er líkleg til að skila sér í betra heilsufari, andlegri líðan og betri stöðu í þjóðfélaginu.

Í þessu sambandi er sjálfsmýnd aldraðra og sýn þjóðfélagsins á aldraða ákaflega mikilvæg. Vinda þarf ofan af því hugarfari að öldrun fylgi óhjákvæmilega heilsutap og léleg sjálfsbjargargeta. Leggja þarf áherslu á gæði lífsins og þau tækifæri sem fylgja efri árum eins og öðrum aldurskeiðum í lífinu.

Heimildir:

1. Aðalsteinn Guðmundsson. Langlífi og heilsufar aldraðra á Íslandi. Morgunblaðið, 2000, 28. nóv.
2. Brody, JA et. al. Reproductive longevity and increased life expectancy. Age and Ageing, 2000,29, 75-78.
3. Félagshjónustan í Reykjavík. Ársskýrsla 1998. 1999
4. Hagstofa Íslands. Landshagir, 2000, nóv. 2000 – jan. 2001
5. Hagstofa Íslands. Ísland í tölum, 1999-2000, 5,
6. Horiuchi S. Demography: Greater lifetime expectations. Nature, Vol. 405(6788), 2000, June 15, 744-745.
7. Kalache A. Active ageing makes the difference. Bulletin of the World Health Organization, 1999, 77 (4), 299.
8. Kalache A, Keller I. The greying world: a challenge for the twenty-first century, Scientific Progress 2000, 83 (Pt 1:33-54).
9. McCormack J. Hitting a Century: Centenarians in Australia. Australasian Journal on Ageing, 2000,19, No 2 May, 75-80.
10. Lutz W. et al. Doubling of world population unlikely. Nature, 1997, 387(6635) 19,June, 803-805
11. Nusselder, WJ et al. Smoking and the compression of morbidity. J. Epidemiol Community Health, 2000; 54:566-574
12. Sameinuðu þjóðirnar. Press Release WHO/50, 1999, 28. Sept.
13. Sameinuðu þjóðirnar. Press Release WHO, 4. June 2000, Statistics DALE
14. Siegel J. Aging into the 21st century (Skýrsla í samvinnu við Administration on Aging) National Aging Information Center, 1996, 31. maí.
15. Unger JB, et.al.I. Variation in the Impact of Social Network Characteristics on Physical Functioning in Elderly Persons: MacArthur Studies of Successful Aging. Journal of Gerontology, Social Sciences, 1999, 54B, S245-S251.
17. Vilborg Ingólfssdóttir. Stefnumörkun í öldrunarþjónustu á Íslandi, Öldrun, tímarit um öldrunarmál, 1999, 2, 20-22.

Styrkur til umsóknar úr Vísindasjóði Öldrunarfræðafélags Íslands

Vísindasjóði Öldrunarfræðafélags Íslands
er ætlað að styrkja vísinda- og
rannsóknarstarfsemi á málefnum aldraðra,
sem framkvæmd er á vegum félagsins eða
einstaklinga.

*Umsóknir er tilgreini lýsingu og markmið
rannsóknarverkefnis, skulu sendar stjórn*

*Vísindasjóðs ÖFFÍ,
Önnu Birnu Jensdóttur, LHS,
Skrifstofa öldrunarsviðs
Landakoti, 101 Reykjavík
fyrir 10. mars 2001.*

Jólahugvekja á Þorra

Guðný Bjarnadóttir
lyf- og öldrunarlæknir,
formaður félags íslenskra
öldrunarlækna



*Í tilefni af jólafundi hjá Félagi
öldrunarlækna 16. des. sl. flutti
nýkjörinn formaður smáhugvekju
þar sem hún vogaði sér inn á allt
aðra fræðibraut en hún er vön að
ferðast á, það er að segja á svið
norrænna fræða og velti fyrir sér
viðhorfi til aldraðra að fornu.
Erindið birtist hér svolítið breytt
og endurbætt.*

Kæru félagar !

Elds er þörf ,
þeim er inn er kominn,
og á kné kalinn;
matar og voða
er manni þörf,
þeim er hefir um fjall farið.

Þannig hljóðar 3ja erindi Hávamála og finnst mér það eiga vel við þegar fólk kemur saman á dimmu vetrarkvöldi eins og við núna til að eiga saman góða stund yfir góðum mat, þó við sleppum því að vefja okkur voðum!

Það vill svo skemmtilega til að í núverandi stjórn Félags íslenskra öldrunarlækna sitja einvörðungu konur og leyfi ég mér að óska félagsmönnum til hamingju með það. En þó konur séu ákaflega merkilegur hluti mannkynsins þá gekk mér illa að finna nógu mikið lof um þær í Eddukvæðum sem ég fletti á meðan ég var að undirbúa þetta erindi og gríp því til þess ráðs að lesa fyrir ykkur smákafla úr Hallfreðarsögu sem lýsir vel hvað konur eldast yfirleitt vel og eru virkar fram eftir öllum aldri.

Þorsteinn Ingimundarson var þá höfðingi í Vatnsdal. Hann bjó að Hofi og þótti mestur maður þar í sveitum; hann var vinsæll og mannheillamaður mikill. Ingólfur og Guðbrandur voru synir hans. Ingólfur var vænstur maður norðan lands; um hann var þetta kveðið:

Allar vildu meyjar
með Ingólfi ganga,
þær er vaxnar voru;
vesöl kvaðsk æ til lítil.
„Eg skal og“, kvað kerling,
„með Ingólfi ganga,
meðan mér tvær of tolla
tennur í efra gómi.“

Af því að hér eru samankomnir læknar með sérstakan áhuga á öldrun reyndi ég að viðaða að mér efni úr fornum bókmenntum okkar þar sem minnst er á ellina. Ef flett er upp orðinu elli (alderdom) í norrænu menningarsöguorðabókinni (Nordisk kulturhistorisk leks-

ikon) kemur ýmislegt forvitnilegt í ljós. Þar er til dæmis bent á að þótt djúphyggja sé mikils metin (og er hún oft einmitt einkenni aldraðra), þá njóta aldraðir sem slíkir ekki mikillar virðingar né umhyggju. Við getum tekið til vitnis um þetta 134. vísu Hávamála:

að hárum þul
hlæ þú aldregi,
oft er gott
það er gamlir kveða;
oft úr skörpum belg
skilín orð koma,
þeim er hangir með hámm
og skollir með skrámm
og váfir með vilmögum.

Jafnvel sá gamli víkingur Egill Skallagrímsson þurfti að þola háð og spott eldhúskvennanna þegar hann flæktist fyrir þeim við eldstæðið sjónðapur og fót-fúinn, og er þá illa komið fyrir kappanum þegar konur eru meira að segja farnar að hæðast að honum. En þess á milli er honum líka sýndur sómi opinberlega á þingi og er hann beðinn um að dæma í málum manna. Þar kemur sjálfsagt löng og mikil lífsreynsla honum að gagni og sú djúphyggja sem henni fylgir, og þess vegna hefur hann verið kallaður til dóma.

Í norrænni sögu hefur verið ríkjandi sú hefð öldum saman að það sé samfélagsleg skylda að sjá fyrir öldruðu fólki þó stundum hafi verið reynt að komast hjá þeirri skyldu, sérstaklega ef mikið hallæri ríkti. Þá komu menn stundum fram með tillögur um að drepa gamalt fólk til að losna við að sjá því farborða. Eða það gekk sjálft (meira eða minna hjálparlaust?) fyrir ætternisstapa til að losna við að deyja á sóttarsæng og þar með komast örugglega til Óðins.

Í Reykdælasögu er sagt frá því að samkoma hér- aðsmanna „lofaði að gefa upp fátæka menn, gamla, og veita enga hjálp, svo þeim, er lama voru eða að nokkru vanheilir, og eigi skyldi herbergja þá, en þá gnúði á hinn snarpasti vetur...“ Sem betur fer átti mesti höfðingi í sveitinni, Arnór kerlingarnef, móður sem gat sannfært hann um hve ómannúðleg þessi ráðstöfun væri og lét hann setja ný lög sem kváðu á um framfærsluskyldu á „einkanlega föður og móður“.

Gamalt fólk og óvinnufært voru ómagar sem erfin- gjarnir áttu að sjá fyrir samkvæmt lögum. Þó voru til ýmsar aðrar framfærsluleiðir fyrir efnað fólk, til dæmis gat maður keypt sér framfærslu með því að eftirláta eigur sínar svokölluðum „varnaðarmanni“ og gerast sjálfur „afsalsmaður“. Og í kristni var hægt að kaupa próventubríf og gerast próventumaður eða -kona í klaustri, þ.e. fá þar fæði og húsnæði (og væntanlega hjúkrun) gegn greiðslu. Setjast í helgan stein.

Það má kannski segja að þetta hafi verið upphafið að elli- og hjúkrunarheimilum nútímans?

Sú sem þetta ritar vann sem aðstoðarlæknir á Hér- aðssjúkrahúsinu í Lifangri í Norður-Þrándalögum

sumarið 1977. Íðulega þegar ég spurði eldra bænda- fólk hvar það byggi var svarið : „jeg bor þá kár“ og var þá átt við að fólk byggi í sérhúsnæði á gamla sveitahem- ilinu sínu en að aðrir væru teknir við rekstrinum. Mér varð umhugsunarefni sá merkingarmunur sem greini- lega hafði orðið þarna á sama gamla orðinu, kór, þar sem á íslensku þykir ekki fýsilegt að vera lagstur í kór en í Noregi var síður en svo neikvæður blær á orðinu. Fólkið bjó sjálfstætt út af fyrir sig en var laust frá amstri dagsins. Væntanlega hefur þetta fólk þó gripið í ein- hver verk eftir getu alveg eins og alltaf hefur verið hefð fyrir á sveitabæjum fram á þennan dag. Á Íslandi hefur sennilega verið erfiðara að byggja sérstakt húsnæði yfir fullorðið fólk vegna efnisskorts, hér máttu allir dúsa saman ungir sem aldnir og jafnvel kýrnar hafðar innan dyra til að hita upp! Í þá daga var nauðsynlegt að allir á heimilinu legðu sitt af mörkum til að draga björg í bú. Í Laxdælu er falleg frásögn af gömlum manni (kar- lægum) sem er látinn gæta kornabarns í vöggu á meðan fólkið er í heyskap. Barngæslan gengur ekki betur en svo að barnið, drengur að nafni Halldór, dettur úr vöggunni á gólfíð og liggur þar ósjálfbjarga. Gamli maðurinn liggur í rúminu og getur ekkert gert nema mæla fram eftirfarandi:

Liggjum báðir
í lamasessi
Halldór og eg,
höfum engi þrek;
veldur elli mér,
en æska þér,
þess batnar þér,
en þeygi mér.

Nú á dögum væri gamli maðurinn í endurhæfingu til að auka hreyfigetuna og Halldór litli ætti móður í fæðingarorlofi! Svona hafa tímarnir breyst en ekki mennirnir, þeir hafa alltaf haft sömu þörfina fyrir ástúð og umhyggju.

Ég lýk þessu máli með lestri á kaflanum úr Egils sögu þar sem elli og andlátí Egils er lýst. Þetta er magnaður kafli um hvernig gamall maður, farinn að kröftum er upp á aðra kominn og hæddur af vinnufólki- nu. En hann hefnir sín að síðustu með því að fela silf- urpeningana sína svo vel að þeir hafa enn ekki fundist. Ég flyt þennan kafla til að minnast föður míns Bjarna Einarssonar dr. philos., handritafræðings (1917-2000). Uppáhaldssaga hans var Egilssaga og eyddi hann stórum hluta starfsævi sinnar í að rannsaka hana og tókst rétt fyrir andlát sitt að ganga frá grundvallarút- gáfu á helstu handritagerð sögunnar og verður hún brátt gefin út af Stofnun Árna Magnússonar í Kaup- mannahöfn. Þorleifi Haukssyni og Einari Hrafnssyni vil ég þakka góðar ábendingar um efni í þetta erindi, höfundur hafði bæði gagn og gaman af því að semja það enda bara með barnaskólapróf í íslensku (!). Von-

andi hafa lesendur haft einhverja ánægju af því líka. Hér á eftir fylgir 88. kafli Egils sögu, eins og hann birtist í útgáfu Svarts á hvítu, Reykjavík, 1987:

Egill Skalla-Grimsson varð maður gamall en í elli hans gerðist hann þungfær og glapnaði honum bæði heyrn og sýn Hann gerðist og fótstirður. Egill var þá að Mosfelli með Grími og Þórdísi.

Það var einn dag er Egill gekk úti með vegg og drap fæti og féll. Konur nokkurar sáu það og hlógu að og mæltu: „Farinn ertu nú Egill með öllu er þú fellur einn saman.“

Þá segir Grímur bóndi: „Miður hæddu konur að okkur þá er við vorum yngri.“

Þá kvað Egill:

58. Vals hef eg vofur helsis,
vafallur er eg skalla.
Blautr erum bergis fótar
borr en hlust er þorrin.

Ég hef riðu í hálsinum. Mér er hætt við að falla á skallann. Getnaðarlimur minn er linur en heyrnin er þrotin.

Egill varð með öllu sjónlaus. Það var einnhvern dag er veður var kalt um veturinn að Egill fór til elds að verma sig. Matseljan ræddi um að það var undur mikið, slíkur maður sem Egill hafði verið, að hann skyldi liggja fyrir fótum þeim svo þær mættu eigi vinna verk sín.

„Ver þú vel við,“ segir Egill, „þótt eg bakist við eldinn og mýkjumst vér við um rúmin.“

„Stattu upp,“ segir hún, „og gakk til rúms þíns og lát oss vinna verk vor.“

Egill stóð upp og gekk til rúms síns og kvað:

59. Hvarfa eg blindur of branda,
bið eg eirar Syn geira,
þann ber eg harm á hvarma
hnitvöllum mér, sitja.
Er jarðgöfugr, orðum,
orð mín konungr forðum
hafði, gramr, að gamni,
Geirhamdis mig framdi.

Ég reika blindur til þess að sitja við eldinn. Ég bið konuna að amast ekki við mér. Ég ber þann harm (blinduna) á augum mér. Forðum er konungurinn hafði gaman af orðum (skáldskap) mínum sœmdi hann (konungur) mig gulli.

Það var enn eitt sinn er Egill gekk til elds að verma sig, þá spurði maður hann hvort honum væri kalt á fótum og bað hann eigi rétta of nær eldinum.



„Svo skal vera,“ segir Egill, „en eigi verður mér nú hógstýrt fótunum er eg sé eigi og er of dauflengt sjónleysið.“

Þá kvað Egill:

60. Langt þykir mér,
ligg eg einn saman,
karl afgamall,
á konungs vörnum.
Eigum ekkjur
allkaldar tvær
en þær konur
þurfa blossa.

Mér þykir tíminn lengi að líða (þar sem) ég ligg einsamall, afgamall karl, á dúni. Ég á tvær allkaldar ekkjur (mjög kalda fætur) en þær konur (þeir fætur) þurfa blossa.

Það var á dögum Hákonar hins ríka öndverðum, þá var Egill Skalla-Grímsson á níunda tigi og var hann þá hress maður fyrir annars sakir en sjónleysis.

Það var um sumarið er menn bjuggust til þings þá beiddi Egill Grím að riða til þings með honum. Grímur tók því seinlega.

Og er þau Grímur og Þórdís töluðust við þá sagði Grímur henni hvers Egill hafði beitt, „vil eg að þú forvitnist hvað undir mun búa bæn þessi.“

Þórdís gekk til máls við Egil frænda sinn. Var þá mest gaman Egils að ræða við hana. Og er hún hitti hann þá spurði hún: „Er það satt frændi er þú vilt til þings riða? Vildi eg að þú segðir mér hvað væri í ráðagerð þinni.“

„Eg skal segja þér,“ kvað hann, „hvað eg hefi hugsað. Eg ætla að hafa til þings með mér kistur þær tvær er Aðalsteinn konungur gaf mér er hvortveggi er full af ensku silfri. Ætla eg að láta bera kisturnar til Lögbergs þá er þar er fjölmennast. Síðan ætla eg að sá silfrinu og þykir mér undarlegt ef allir skipta vel sín í milli. Ætla eg að þar mundi vera þá hrundningar eða pústrar eða bærist að um síðir að allur þingheimurinn berðist.“

Þórdís segir: „Þetta þykir mér þjóðráð og mun uppi meðan landið er byggt.“

Síðan gekk Þórdís til tals við Grím og sagði honum ráðagerð Egils.

„Það skal aldrei verða að hann komi þessu fram, svo miklum firnum.“

Og er Egill kom á ræður við Grím um þingferðina þá taldi Grímur það allt af og sat Egill heima um þingið. Eigi líkaði honum það vel. Var hann heldur ófrýnn.

Að Mosfelli var höfð selför og var Þórdís í seli um þingið.

Það var eitt kveld þá er menn bjuggust til rekkna að Mosfelli að Egill kallaði til sín þræla tvo er Grímur átti. Hann bað þá taka sér hest „vil eg fara til laugar.“

Og er Egill var búinn gekk hann út og hafði með sér silfurkistur sínar. Hann steig á hest, fór síðan ofan eftir túninu fyrir brekku þá er þar verður er menn sáu síðast.

En um morguninn er menn risu upp þá sáu þeir að Egill hvarflaði á holtinu fyrir austan garð og leiddi eftir sér hestinn. Fara þeir þá til hans og fluttu hann heim.

En hvorki komu aftur þrælarnir né kisturnar og eru þar margar gátur á hvar Egill hafi fólgið fé sitt. Fyrir austan garð að Mosfelli gengur gil ofan úr fjalli. En það hefir orðið þar til merkja að í bráðaþeyjum er þar vatnsfall mikið en eftir það er vötnin hafa fram fallið hafa fundist í gílinu enskir peningar. Geta sumir menn þess að Egill muni þar féið hafa fólgið. Fyrir neðan tún að Mosfelli eru fen stór og furðulega djúp. Hafa það margir fyrir satt að Egill muni þar hafa kastað í fé sínu. Fyrir sunnan ána eru laugar og þar skammt frá jarðholur stórar og geta þess sumir að Egill mundi þar hafa fólgið fé sitt því að þangað er oftlega sénn haugaeldur. Egill sagði að hann hefði drepið þræla Gríms og svo það að hann hafði fé sitt fólgið, en það sagði hann engum manni hvar hann hefði fólgið.

Egill tók sótt eftir um haustið þá er hann leiddi til bana. En er hann var andaður þá lét Grímur færa Egil í klæði góð. Síðan lét hann flytja hann ofan í Tjaldanes og gera þar haug og var Egill þar í lagður og vopn hans og klæði.

MÆLITÆKI Í ÞJÓNUSTU VIÐ ALDRAÐA

NÁMSTEFNA ÖLDRUNARFRÆÐAFÉLAGS ÍSLANDS OG ENDURMENNTUNARSTOFNUNAR HÍ

9:00-9:05 Setning

9:05-9:45 Mat á líkamlegri færni aldraðra

Kynntar aðferðir sem sjúkrahjálparar nota við mat á líkamlegri færni aldraðra. Þessar matsaðferðir prófa þætti eins og jafnvægi, göngugetu og almenna hreyfi- og sjálfsbjargargetu. Ahersla verður lögð á próffræðilega eiginleika þessara matsaðferða og notkunarmöguleika í þjónustu við aldraða.0
Sólveig A. Árnadóttir, sjúkrahjálfari Akureyri

9:45-10:00 Kaffihlé

10:00-10:40 Taugasálfræðilegt mat á vitrænni hrönnun

Kynnt verða helstu taugasálfræðileg próf sem notuð eru til að greina á milli ólíkra tegunda heilabilunar. Niðurstöður frá raunverulegum sjúklingum verða sýndar og ræddar.
María K. Jónsdóttir, taugasálfræðingur Landakoti.

10:40 -11:15 Aðferðir við mat á félagslegum aðstæðum

Fjallað um aðferðir félagsráðgjafa við mat á félagslegum aðstæðum aldraðra í heimahúsum. Skoðuð verða tengsl stuðningskerfis og félagslegrar þátttöku við andlega líðan og líkamlega færni.
Steinunn K. Jónsdóttir, yfirfélagsráðgjafi LSH Landakoti

11:15-11:50 Með iðju mannsins að leiðarljósi.

Mælitæki og matsaðferðir iðjuþjálfna í þjónustu við aldraða.
Ingibjörg Ásgeirsdóttir forstöðuiðjuþjálfni LSH Fossvogi

11:50-13:20 Umræður og matarhlé

13:20-14:00 Greining á þunglyndi aldraðra

Fjallað verður um fyrirbrigðið (fenomenologiu) þunglyndi aldraðra og hvað greinir það frá þunglyndi yngra fólks, hvernig það tengist öðrum sjúkdómum aldraðra m.a. heilabilun og um greiningaraðferðir.
Sæmundur Haraldsson geðlæknir, LSH Landakoti.

14:00-14:40 Klínísk notkun RAI mælitækisins -raunverulegur aðbúnaður íbúa

Fjallað um notkun RAI mælitækisins við mat á heilsufari og hjúkrunarþörf aldraðra sem dvelja á öldrunarstofnunum. Kynnt notkun RAI matslykla (RAPs), sem byggja á kerfisbundinni aðferð til að greina heilsufarslegt og félagslegt ástand og notkun RAI gæðavísa (QI) sem voru þróaðir til að tryggja ákveðin gæði umönnunar.
Hlíf Guðmundsdóttir hjúkrunarfræðingur, Landspítala

14:40-15:00 Kaffihlé

15:00-15:35 Um vistunarmat aldraðra

Fjallað um vistunarmat aldraðra, forsendur þess og markmið. Rætt verður um eiginleika vistunarmatsins sem mælitækis.
Þorgerður Valdimarsdóttir forstöðumaður Mathóps Reykjavíkur

15:35-16:00 Pallborðsumræður

Haldin í húsi Endurmenntunar, Dunhaga 7 – miðvikudaginn 7. mars kl. 9-16

Ýmsar ráðstefnur í öldrunarfræðum

2. - 4. Febrúar 2001

**The First World Congress on The Fetal
Origins of Adult Disease**
Mumbai, Indland

4. - 7. Febrúar 2001

**International Geriatric Association
International Congress**
Lorne, VIC, Australia

23. - 26. Febrúar 2001

**AAGP 14th Annual Meeting--Bridging
Geriatric Psychiatry Research & Practice**
San Francisco, CA, United States

24. - 28 Mars 2001

**Österreichischer Geriatrie-kongress.
„Can we ameliorate our own ageing?“**

Upplýsingar:

Congress & Management GmbH in Dündung
Rotenhausgasse 6/8, A-1090 Wien, Österreich.

Sími: ++43 1 406 83 40

Fax: ++43 1 406 83 43

28. Júní – 1. Júlí 2001

**5th International Care/Case Management
Conference**

**Care/Case Management: Who needs it?
Vancouver, British Columbia, Canada.**

Upplýsingar:

Linda Wells, American Society on Aging
833 Market Street, Suite 511. San Francisco, CA

94103-1824 USA

Sími: (415) 974 9600

Fax: (415) 495-6509

E-mail: lindaw@asaging.org

Netsíða: www.asaging.org

29. Júní – 1. Júlí 2001

**4th International Conference
The Int. Association of Homes and Services
for the Ageing Vancouver,**
British Columbia, Canada.

Upplýsingar:

IASHA

901 E Street, N.W. Suite 500
Washington DC 20004-2011, USA

Fax: + 1 202 783 2255

E-mail: callvancouver@aahsa.org

1. – 6. Júlí 2001

IAG's XVIIth World Congress of Gerontology
Vancouver, Canada.

Upplýsingar:

Gerontology Research Centre, Simon Fraser
University

2800-515 West Hastings Street, Vancouver, BC
Canada V6B 5K5

Sími: + 1 (604) 291-5062

Fax: + 1 (604) 291-5066

E-mail: iag@sfu.ca

Vefsíða: www.harbour.sfu.ca/iag/

1. – 5. Júlí 2001

**3rd International Conference on social
Work in Health and Mental Health**
Tampere, Finland.

Upplýsingar:

E-mail: swh2001@concreator.com

25. – 27. Október 2001

**17th Alzheimer's Disease International
Conference**

Christchurch, New Zealand.

Upplýsingar:

Sími: +64 3 364 2534

Fax: +64 3 364 2057

E-mail: alz@cont.canterbury.ac.nz

Vefsíða:

www.conference.canterbury.ac.nz/alzheimer2001

25. – 28. Maí 2002

**Nordiske Kongress i Gerontologi
„Aldring og individualitet“**

Árósar, Danmörk.

Upplýsingar: Dansk Gerontologisk Selskab
Aurehøjvej 24, DK-2900 Hellerup

Sími: + 45 3962 7627

Fax: + 45 3962 6627

E-mail: dgs@geroinst.dk

Starfsemi Endurhæfingardeildar FSÍ á Ísafirði

Ólafur Þór Gunnarsson
Luf- og öldrunarlæknir

Sigurveig Gunnarsdóttir
Yfirsjúkrapjálfari



Fjórðungssjúkrahúsið á Ísafirði er hluti af Heilbrigðisstofnuninni Ísafjarðarbæ, sem varð til við samruna heilbrigðisstofnana á norðanverðum Vestfjörðum. Sjúkrahúsið sinnir bráðabjónustu á starfssvæði sínu, sem nær frá Arnarfirði og inn Djúp. Aðrir stórir þættir í starfsemiinni eru almenn handlækningaþjónusta, almennar lyflækningar, fæðingarhjálp, endurhæfing og öldrunarlækningar.

Á endurhæfingardeild FSÍ starfa nú fjórir sjúkrapjálfarar. Deildin býr við ágæta aðstöðu, og er ágætlega tækjum búin. Haustið 1997 réðst öldrunarlæknir til starfa við FSÍ, og í kjölfar þess voru skoðaðir möguleikar á því að koma upp endurhæfingarmeðferð fyrir aldraða á stofnuninni. Eftir nokkra undirbúningsvinnu, var farið af stað í janúar 1998, og fyrstu sjúklingarnir innritaðir.

Prógrammið sem stuðst er við er að mestu byggt á reynslu Ólafs Þórs við þjálfun og endurhæfingu aldraðra, en styðst einnig við aðra þætti sem eru þekktir í endurhæfingu aldraðra. Sjúklingarnir eru "keyrðir" nokkuð hart, en reynslan hefur sýnt að þannig næst bestur árangur. Til að þetta sé hægt eru allir mældir nákvæmlega í upphafi, og í kjölfarið sniðið prógramm sem hentar hverjum einstaklingi.

Fyrstu tveir dagarnir af 4 vikna prógrammi fara venjulega í mælingar og prófanir, og síðan er hafist handa. Aður hafa sjúklingarnir í langflestum tilfellum verið metnir af öldrunarlækni, til að meta hæfni þeirra til að taka þátt í slíku prógrammi yfirleitt.

Sjúklingarnir eru í æfingum að jafnaði 2-3 tíma á dag í sal, og auk þess er vinnustofa þar sem boðið er upp á margskonar handavinnu, og ætlast til að þátttakendur mæti. Prógrammið er blanda af styrktar og úthaldsæfingum, en auk þess er boðið upp á sérhæfðari æfingar eftir því sem við á hverju sinni. Þannig eru mismunandi áherslur hjá einstaklingum með lungnasjúkdóma og þeim sem eru aðallega með slitgigt, o.s.frv. Endurhæfingarteymið, sem samanstendur af lækni, sjúkrapjálfara, hjúkrunarfræðingi á sjúkrahúsinu, hjúkrunarfræðingi heimahjúkrunar og starfsmanni vinnustofu, hittist vikulega þar sem farið er yfir framgang einstakra sjúklinga og framhaldið ákveðið. Á teymisfundum eru einnig tekin fyrir mál annarra sjúklinga sem gætu komið til greina í prógrammið, og teknar ákvarðanir um samsetningu næstu hópa.

Frá upphafi hafa nú rúmlega 90 manns komið til endurhæfingar, en komurnar eru nú ríflega eitthundrað. Meðallegutíminn hefur verið réttur mánuður, og

sjúklingarnir hafa ýmist verið dagspítalasjúklingar, 5-daga deild eða samfelld innlögn.

Árangurinn hefur í flestum tilfellum verið góður, og yfir 90% þeirra sem hafa innritast hafa klárað prógramið. Ástæður brottfalls hafa oftast verið alvarleg veikindi sem komið hafa upp meðan á þjálfun hefur staðið, og einungis tveir einstaklingar hafa hætt vegna álags. Að meðaltali hafa sjúklingarnir bætt sig um rúm 15% í úthaldi, og heldur meira í vöðvastyrk. Þessi árangur er mjög góður miðað við aðrar þekktar aðferðir sem notaðar eru við endurhæfingu aldraðra.

Haustið 2000 urðu breytingar á starfseminni, þannig að framvindufundir eru nú fjarfundir, þ.s. Ólafur situr í Reykjavík en aðrir meðlimir teymisins í

fjarfundastofu FSÍ. Við upphaf og lok hverrar lotu eru allir skoðaðir og metnir af teyminu og öldrunarlækni sem kemur mánaðarlega til Ísafjarðar.

Starfsemin hefur til þessa miðast við megin starfsvæði FSÍ, en í raun er ekkert því til fyrirstöðu að taka inn sjúklinga annars staðar af landinu eftir tilvísun lækna.

Þriggja ára reynsla af kröftugri endurhæfingu aldraðra á Ísafirði hefur sýnt að hægt er að ná verulegum árangri, jafnvel þegar unnið er með mjög veikburða einstaklinga. Aukin færni og styrkur skilar sér í auknum lífsgæðum, og gerir eldri einstaklinga sjálfstæðari og færa um að búa lengur að sínu, utan stofnana.

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands:

Blönduós	Heilbrigðisstofnunin Blönduósi , Flúðabakka 2
Skagaströnd	Sæborg dvalarheimili aldraðra , Ægisgrund 14
Siglufjörður	Heilbrigðisstofnunin Siglufirði , Hvanneyrarbraut 37-39 Siglufjarðarkaupstaður
Akureyri	Arnarneshreppur Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri Hlíð Dvalarheimili , Austurbyggð 17 Öldrunardeild Akureyrarbæjar , Austurbyggð 17
Grenivík	Sambýli aldraðra á Grenivík , Túngötu 2
Dalvík	Dalbær heimili aldraðra
Ólafsfjörður	Hornbrekka dvalarheimili , Ólafsfjarðarvegi
Húsavík	Heilbrigðisstofnun Þingeyinga , Auðbrekku 4 Hvammur heimili aldraðra , Vallholti 15 Langanes hf , Skólagarði 6
Kópasker	Öxarfjarðarhreppur
Reyðarfjörður	Félag hjartasjúklinga á Austurlandi , Brekkugötu 13
Eskifjörður	Heilsugæslustöð Eskifjarðar og Reyðarfjarðar , Strandgötu 31 Hulduhlíð heimili aldraðra , Bleiksárhlíð 56
Höfn	Apotekið , Hafnarbraut 29 Heilsugæslustöðin Höfn í Hornafirði , Víkurbraut 31
Selfoss	Þingvallahreppur Þjónustuíbúðir , Vallholti 12-14
Hella	Lundur dvalarheimili aldraðra
Hvolsvöllur	Kirkjuhvoll heimili aldraðra , Kirkjuhvoli
Vík	Hjallatún dvalarheimili , Hátúni 10
Kirkjubæjarklaustur	Hjúkrunar og dvalarheimilið , Klausturhólum 3
Vestmannaeyjar	Vestmannaeyjabær Vöruval ehf , Vesturvegi 18