1. tbl. 20. árg
Mars 2002

ÖLDRUN

Tímarit um öldrunarmál

– Hjúkrunarheimilið Sóltún –

Músikþerapía fyrir Alzheimerssjúklinga
Hjúkrunarheimili framtíðarinnar
Sjón á efri árum
Heilabilunareining
Líknardeildin á Landakoti

Gefið út af Öldrunarfræðafélagi Íslands

Aricept® er ætlað til einkenna-meðferðar á vægum til meðalsvæsnum einkennum Alzheimers-sjúkdóms. Lyfið bætir almenna líðan og vitræna starfsemi í rannsóknum samanborið við lyfleysu. [2)]

Helstu kostir Aricept®:

Það er gefið einu sinni á dag
Það má taka með eða án fæðu
Byrjunarskammtur er áhrifaríkur skammtur

Aricept® er Z merkt í Sérlyfjaskránni og að geðlæknar, öldrunarlæknar og taugala

Aricept® er Z merkt í Sérlyfjaskránni og er takmarkað við að geðlæknar, öldrunarlæknar og taugalæknar skrifi það út.

Heimildir:
1) Sérlyfjarskrártexti 2001.
2) Drugs & Aging 1997 March: 10 (3) 234-241.

ÖLDRUN

20. árg. 1. tbl. 2002

EFNISYFIRLIT:

Músikþerapía fyrir Alzheimerssjúklinga
Helga Björg Svansdóttir 4

Hjúkrunarheimili framtíðarinnar
Anna Birna Jensdóttirl 13

Sjón á efri árum
Guðmundur Viggósson 17

Heilabilunareining
– þjónustukeðja fyrir aldraða með heilabilun og aðstandendur þeirra
Hanna Lára Steinsson 21

Líknardeildin á Landakoti
Bryndís Gestsdóttir 25

Ráðstefnur 30

Minningarorð 31

Fætur aldraðra
Eygló Þorgeirsdóttir 35

●

ÚTGEFANDI:
Öldrunarfræðafélag Íslands
Pósthólf 8391, 128 Reykjavík

ÁBYRGÐARMAÐUR:
Berglind Magnúsdóttir

UMSJÓN AUGLÝSINGA:
Öflun ehf. – Faxafeni 5

UMBROT OG PRENTUN:
Gutenberg

UPPLAG:
500 eintök
Tímaritið Öldrun kemur út tvisvar á ári

STJÓRN
ÖLDRUNARFRÆÐAFÉLAGS ÍSLANDS
(frá mars 2001)
Sigríður Jónsdóttir, formaður
Marta Jónsdóttir, ritari
Ólafur Þór Gunnarsson, gjaldkeri
Berglind Magnúsdóttir, meðstjórnandi
Ella Kolbrún Kristinsdóttir, meðstjórnandi
Steinunn K. Jónsdóttir, varastjórn
Kristín Einarsdóttir, varastjórn

ISSN 1607-6060

Frá ritnefnd

Öldrun *kemur nú út tuttugasta árið í röð. Ekki hefur blaðið alltaf verið á sama formi og nú, en mörg fyrstu árin var það unnið á gamaldags ritvél sem er orðin sjaldgæf sjón nú á dögum. Svo tóku prentsmiðjur við vinnslunni á blaðinu og það kom lengi vel út í formi fjórblöðungs þar sem allra helstu upplýsingar af öldrunarsviðinu komu fram. Á ári aldraðra 1999 var hins vegar ákveðið að breyta* Öldrun *í faglegt og metnaðarfullt tímarit og hefur það komið út á þessu formi upp frá því. Enn hafa ritrýnar ekki verið notaðir en sú hugmynd hefur vissulega verið rædd. Sama ritnefnd hefur stjórnað blaðinu frá breytingunum 1999, en einhver mannaskipti munu verða á vordögum sem ákveðið verður nánar um á aðalfundi Öldrunarfræðafélagsins. Þessi ritnefnd hefur ekki aðeins verið frjósöm varðandi tímaritið, sem hefur fengið ákaflega góðar viðtökur, en á þessum tíma sem liðinn er hefur allur kvenpeningur ritnefndarinnar átt afkvæmi og Ársæll eignaðist tvö barnabörn. Það er vonandi að slíkur afrakstur eigi eftir að tengjast* Öldrun *um ókomna tíð.*
Ritnefnd Öldrunar *í þessari mynd þakkar fyrir sig.*

Ársæll Jónsson, Jóhanna Rósa Kolbeins, Hanna Lára Steinsson, Berglind Magnúsdóttir.

Músikþerapía fyrir Alzheimers-sjúklinga

Heilga Björg Svansdóttir
músikþerapisti

Helga Björg er tónmenntakennari og músíkþerapisti að mennt og er nú að ljúka mastersnámi við Álaborgarháskóla í Danmörku.

Greinin fjallar um músíkþerapíu með heilabiluðum einstaklingum. Fjallað er um hvað músíkþerapía er og hvernig hægt er að nýta hana með heilabiluðm einstaklingum. Að lokum er lítillega fjallað um könnun er Helga Björg undir handleiðslu Jóns Snædal og Berglindar Magnúsdóttur, framkvæmdi á Landspítala – háskólasjúkrahúsi Landakoti síðastliðið vor 2001.

Músíkþerapía með heilabiluðum einstaklingum

Í raun er hægt að segja að músíkþerapía hafi alltaf verið til. Ef við fylgjum mannkynssögunni eins langt aftur og skrifað er, er hægt að finna ýmsar frásagnir af því hvernig tónlist hefur verið notuð í læknisfræðilegum tilgangi og hvaða meðferðar áhrif hún getur haft á fólk.

Síðustu 50 árin hefur músíkþerapían staðið sem sjálfstæð rannsóknarfræðigrein, að hluta til sem einn hluti af læknisfræðilegri sögu og að hluta til sem tónlistarfræði - og tónlistarfagurfræðilegri sögu sem er of umfangsmikið til að fara nánar út í hér.

Músíkþerapía er alls ekki nýtt fyrirbæri hér á landi því árið 1970 var hún fyrst kynnt hér og þá af Eyjólfi Melsted sem þá starfaði á Kópavogshæli. Síðan hafa fleiri íslendingar útskrifast með þessa menntun, en músíkþerapíu er ekki hægt að læra hér á landi.

Ég kaus að stunda músikþerapíu við Álaborgar háskóla í Danmörku. Músíkþerapistanámið þar tekur 5 ár og lýkur með kandídat gráðu.

Námið skiptist niður í þrjú þverfagleg svið sem stunduð eru öll samhliða. Má þar nefna bókleg fög eins og almenna sálarfræði, sálgreining og sjálfssálarfræði, geðfræði og svo ýmis tónvísindi eins og tónlistarsögu, tónlistarsálfræði og tónlistarheimspeki. Síðan eru verklegar greinar eins og píanóleikur bæði almennur og klíniskur, söngur og samspil þar sem kennt er á hin ýmsu hljóðfæri. Auk þessa er svo kennd tónfræði og hljómfræði svo einhvað sé nefnt.

Nemendur þurfa sjálfir að vera í þerapíu/meðferð öll árin sem þeir eru í námi þar sem þeir bæði þiggja meðferð og veita hana. Einnig fara nemendur í verknám á flestum önnum námsins og kynnast þá enn betur mismunandi viðfangsefnum músíkþerapíunnar.

Háskólinn í Álaborg er eini skólinn í Danmörku sem býður upp á nám í músíkþerapíu og eini skólinn í Evrópu sem býður upp á doktorsnám í músíkþerapíu, þ.a.l. býður skólinn upp á allt það nýjasta innan þessa geira auk þess að vera virkur í rannsóknarvinnu. Sökum þessa er músíkþerapistadeildin mjög viður-

kennd um alla Evrópu og þykir mjög eftirsóknarvert bæði að nema, sem og að kenna við deildina. Andrúmsloft deildarinnar er alþjóðlegt þar sem kennarar og gestakennarar, ekki síður en nemendur koma víðsvegar að úr heiminum. Um þessar mundir eru m.a. nemendur frá Íslandi, Noregi, Svíþjóð, Austurríki, Belgíu, Þýskalandi og Ísrael sem stunda nám við deildina. Til að komast inn í deildina verður fólk að fara í inntökupróf og eru einungis 10 – 12 umsækjendur teknir inn ár hvert, en yfirleitt eru umsækjendur yfir 60 talsins.

Hvað er músíkþerapía?

Músíkþerapía er ein tegund meðferðar þar sem skipulögð notkun tóna, hljóða og hreyfinga er beitt til að hjálpa viðkomandi skjólstæðingi við að auka vellíðan eða ná fram þeim mögulega þroska og eiginleikum sem skjólstæðingurinn býr yfir. Músíkþerapistinn vinnur eftir mismunandi músíkþerapíufræðum og aðferðum sem hentar hverjum og einum skjólstæðingi í samræmi við sett markmið. Gert er mat á ýmsum eiginleikum skjólstæðingsins, styrk hans og meðferðarþörf. Út frá þessu mati eru síðan gerð markmið sem unnið er með í þerapíunni.

Músíkþerapíu er hægt að nota með margskonar markhópum t.d. líkamlega og andlega fötluðum einstaklingum, heyrnalausum einstaklingum, einstaklingum sem eiga erfitt með mál, börn og unglingum með hegðunarvandamál eða börnum sem eiga erfitt með nám. Einnig er hægt að nota músíkþerapíu með geðfötluðum einstaklingum og síðast en ekki síst öldruðum einstaklingum. Með öðrum orðum má nota músíkþerapíu með öllum börnum og fullorðnum sem hafa sérstakar andlegar, félagslegar, vitsmunalegar eða líkamlegar þarfir.

Það sem gerir músíkþerapíu frábrugðna öðrum meðferðum er sjálf tónlistin. Í hverjum tíma upplifir skjólstæðingurinn tónlistarlega reynslu af einhverju tagi. Sem dæmi má nefna „að improvisera“ eða að spinna en þá býr skjólstæðingurinn til tónlist án undirbúnings með því að syngja eða að spila á einhver hljóðfæri. Skjólstæðingurinn ræður algjörlega hvað hann vill spila en oft út frá fyrirfram ákveðnu þema og músíkþerapistinn spilar með. Skjólstæðingurinn getur líka endurskapað tónlist en það gerir hann þegar hann syngur og spilar fyrirfram tilbúna tónlist.

Einnig getur skjólstæðingurinn samið tónlist en þá hjálpar músíkþerapistinn skjólstæðingnum að skrifa tónlistina niður, hvort sem er með nótum, teikna og mála, eða með einhverjum öðrum hætti sem hentar viðkomandi skjólstæðingi.

Skjólstæðingurinn getur einnig hlustað á tónlist af öllu tagi en þá er mjög mikilvægt að músíkþerapistinn finni hina réttu tónlist sem hentar viðkomandi skjólstæðingi svo að hann fái sem mest út úr þerapíunni. Það er alls ekki sama hvað er spilað og hér er gott að fá upplýsingar frá t.d. fjölskyldu skjólstæðingsins eða öðrum sem er náinn skjólstæðingnum.

Það þarf enga tónlistarmenntun af neinu tagi til að geta nýtt sér músíkþerapíu. Tónlistin er alltaf sniðin að þörfum og þroska viðkomandi skjólstæðings.

Margir vilja rugla saman tónlistarkennslu og músíkþerapíu en það er alls ekki sami hluturinn. Munurinn á tónlistarkennslu og músíkþerapíu er sá að í tónlistarkennslu er tónlistin aðalatriðið og þar er markmiðið að kenna viðkomandi tónlist. Tónlistin virkar algjörlega eftir hæfni þess sem tekur þátt í að flytja hana.

Í músíkþerapíu er það einstaklingurinn sem er aðalatriðið. Þar skiptir máli að nota tónlistina á þann hátt að hægt sé að hjálpa viðkomandi til að ná fram t.d. mögulegum þroska. Það getur vel verið að tónlistin hljómi vel og fagurfræðilega rétt en það er alls ekki markmiðið.

En af hverju tónlist? Jú, tónlistin skapast af þeim sem hlustar á hana. Það þýðir að fólk upplifir ekki endilega tónlist á sama hátt. Upplifunin er m.a. í tengslum við tíma og stað, menningu, tónlistaruppeldi og félagslegt samhengi. Tónlist er þess vegna ekki einhver fyrirfram ákveðin framleiðsla sem passar öllum heldur lifandi fyrirbæri sem lagar sig eftir persónuleika og sálarástandi hlustandans, umhverfi og augnabliki. Tónlist er líka samskiptatæki sem getur haft boðskap eða innihald. Þessi boðskapur getur verið margbreytilegur allt eftir því hver á í hlut.

Það er mikilvægt fyrir alla að fá tækifæri til að tjá sig. Þeir sem ekki geta tjáð sig með orðum geta orðið mjög einangraðir og getur það valdið mikilli vanlíðan Með tónlistin geta þeir fengið að tjá sig og tilfinningar sínar og það er síðan músíkþerapistans að lesa úr henni. (Ruud, 1997)

Músíkþerapía með heilabiluðum einstaklingum

Músíkþerapía getur verið mjög mikilvægur þáttur í lífi heilabilaðra einstaklinga. Meðal annars er hún mjög góð til:

- að mynda samband við einstaklinginn
- að hjálpa einstaklingnum að vinna gegn einmanaleika, vonleysi og aðgerðarleysi
- að gefa einstaklingnum möguleika á tjáningu án orða
- að skapa sálrænt og líkamlegt jafnvægi hjá einstaklingnum
- að byggja upp lífsgleði hjá einstaklingnum
- að efla hæfni einstaklingsins til að velja eða gefa honum möguleika á vali
- að styrkja og efla sjálfsálit og sjálfsvirðingu hjá einstaklingnum
- að efla félagslega samveru og hæfni til að vera/starfa í félagsskap við aðra
- að örva mál hjá einstaklingnum
- að styrkja einbeitingu og úthald hjá einstaklingnum

Tónlistin getur einnig virkað sem vitræn örvun, hana er hægt að nota í tengslum við líkamlegar æfingar og síðast en ekki síst getur tónlistin verið mjög áhrifarík til að vekja upp minningar og efla umræður hjá einstaklingnum. (Friis, 1987)

Músíkþerapíu er hægt að nota til að hugsa um og hjálpa viðkomandi í sambandi við líkamlega heilsu. Einnig er hægt að minnka virkni sjúkdómsins, hindra að viðkomandi lendi í ógöngum vegna sjúkdómsins, viðhalda stöðu viðkomandi sem einstaklings og passa upp á virðingu hans sem manneskju. Einnig er hægt að minnka og fyrirbyggja tilfinningalega og einstaklingsbundna erfiðleika sem viðkomandi getur lent í.

Músíkþerapía getur hjálpað heilabiluðum einstaklingum að ná sambandi her við annan og minnka þar með þeirra einangrun. Tónlistin getur virkað hvetjandi og örvað minni einstaklinganna í endurminningahópi. Hún getur einnig verið mikilvægur þáttur sem áhugamál hjá viðkomandi og tónlistarleikir geta verið nothæfir í tengslum við líkamlegar æfingar. Tónlistin virkar afslappandi t.d. þegar að viðkomandi einstaklingar eru órólegir, hræddir eða þunglyndir. (Bright, 1997)

Það er ekki hægt að segja neitt ákveðið um það hvernig er best að vinna með heilabiluðum einstaklingi. Það er með þennan hóp eins og aðra hópa að nauðsynlegt er að vinna mjög persónubundið með hverjum og einum einstaklingi. Hvaða þörf hefur viðkomandi, hvað þarf hann að fá út úr músíkþerapíunni?

Áhrif tónlistarinnar á heilabilaða einstaklinga

Tónlistin er mjög margbreytileg og hefur marga þætti s.s. rytma, laglínu, hljóma, tempó og fleira sem hægt er að vinna með allt eftir því hvað hentar hverjum og einum. Í músíkþerapíu er það reyndar ekki eingöngu tónlistin sjálf sem virkar heldur líka hvernig hún er notuð af músíkþerapistanum og skiptir það auðvitað öllu máli. Þó svo að það geti haft góð áhrif að spila tónlist fyrir heilabilaða einstaklinga þá er ekki endilega nóg að setja bara tónlist í tækið og láta hana hljóma daginn út og daginn inn. Geislaspilarinn spyr ekki viðkomandi einstakling spurninga og getur heldur ekki tekið á móti þeim mörgu og misjöfnu tilfinningum sem fram koma hjá viðkomandi þegar hann hlustar.

Fyrir heilabilaða einstaklinga er léttara að muna gamlar minningar heldur en nýjar. Þegar tónlistin hefur svo sterka eiginleika að hún vekur upp minningar hjá okkur, er það sjálfsagt í samhengi við, að tónlistin er oft hluti af okkar siðum og venjum. (Ruud, 1997)

Nauðsynlegt er fyrir músíkþerapista að hafa þetta í huga þegar velja á lög fyrir skjólstæðingana. Barnasöngvar, ættjarðarsöngvar og jólalög er það sem fólk man best og það sem vekur upp flestar minningarnar og er það vegna þess að allar okkar upplifanir, sögur okkar og minningar með tónlist eru einn hluti af sjálfri tónlistarupplifuninni. Við syngjum þessa söngva ár eftir ár í tengslum við fasta viðburði í tilveru okkar t.d. jólasöngva sem við syngjum á jólum, árstíðarsöngva sem við syngjum allt árið og vögguvísur sem voru sungnar fyrir okkur þegar við vorum lítil og við sungum svo fyrir börnin okkar. Eins minnumst við heimahaga okkar þegar við syngjum ættjarðarsöngva. Tónlistin er því mikilvægur miðill til að minna okkur á tíma og staði. (Rolvsjord, 1999).

Söngur er ómissandi þegar kemur að auknum lífsgæðum fólks með heilabilun og aðstandendum þeirra. Söngurinn hvetur til aukinnar meðvitundar, kunningsskapar, huggunar og samskipta meira en nokkuð annað. Margir geta sungið saman og er engin nauðsynleg þekking á tónlist nauðsynleg til að fólk geti verið með (Clair, 2000).

Minningarnar streyma fram þegar við syngjum og hlustum á tónlist. Sumar eru góðar og aðrar vondar og sumar bera með sér sorg af því að þær eru því miður bara minningar, en ekki sjálfur raunveruleikinn (Rolvsjord, 1999).

Fyrir heilabilaðan einstakling eru minningarnar mjög mikilvægar vegna þess að í gegnum þær getur viðkomandi haldið fast í sjálfsvitund sína og í sitt líf. Margar minningar koma fram þegar við syngjum eða hlustum á tónlist en þessar minningar sem að tónlistin kallar fram geta verið uppspretta lífskraftsins (Rolfsjord, 1998).

Það er með tónlistina sem og svo margt annað að það er mismunandi hverju fólk heillast af. Þetta á auðvitað jafnt við um heilabilaða einstaklinga sem og aðra. Ekki eru allir sem heillast af söngnum og sumir neita algjörlega að taka þátt í honum hafa kannski aldrei sungið fyrr á sinni lífsleið og vilja ekki taka upp á því núna. Því er mjög mikilvægt að músíkþerapían sé fjölbreytt. Eitt af því sem mörgum finnst spennandi að gera í músíkþerapíunni er að spila á hljóðfæri. Margir eru hálf hræddir í byrjun, hræddir um að „spila vitlaust“ og hafa aldrei spilað á hljóðfæri fyrr. Þegar búið er að skýra út að það sé ekki hægt að „spila vitlaust“ í músikþerapíu freistast margir til að prófa og sjá þá að þeim gengur bara ágætlega þó svo þeir hafi aldrei spilað fyrr.

Áhrif músíkþerapíu á hegðun og þunglyndi heilabilaðra einstaklinga

Þar sem músíkþerapían er tiltölulega ný fræðigrein, alla vega miðað við margar aðrar fræðigreinar er mörgum spurningum enn ósvarað. Því er mikið rannsakað og á það líka við um músíkþerapíu með heilabiluðum einstaklingum. Langar mig hér á eftir að minnast á örfáar þar að lútandi.

Árið 1989 var framkvæmd rannsókn á vegum Millard og Smith í Bandaríkjunum þar sem þeir athuguðu áhrif hópsöngs á félagslega hegðun Alzheimerssjúklinga. Þeir framkvæmdu rannsóknina með 10 sjúklingum sem komu tvisvar í viku í fimm vikur, 30 mín. í

senn, í músikþerapíu. Rannsóknin sýndi fram á mikla breytingu á félagslegri hegðun sjúklinganna. (Millard og Smith, 1989).

Árið 1994 framkvæmdi Melissa Brotons og Patty Pickett – Cooper rannsókn sem bar yfirskriftina „Val Alzheimerssjúklinga á mismunandi tónlistar starfsemi s.s. söng, hljóðfæri, dansi/hreyfingu, leikjum og að semja tónlist/spinna (improvisera)“. Tuttugu konur á tveimur hjúkrunarheimilum sem voru greindar með Alzheimer sjúkdóm tóku þátt í þessari rannsókn til að finna út hver áhugi þeirra væri á ofangreindum atriðum. Sjúklingarnir mættu tvisvar í viku, 30 mín. í senn í litlum hópum (tveir til fjórir í hverjum hópi) í samtals fimm músíkþerapíu tíma.

Í hverjum tíma var eitt tónlistaratriði kynnt og í lok tímans voru sjúklingarnir beðnir um að segja til um hvernig þeim fannst viðkomandi tími. Hver tími var tekinn upp á myndband til að geta greint sjúklingana eftir hvern tíma.

Útkoman varð sú að þátttaka í að semja tónlist/spinna var þýðingarmikið minni en þátttakan við að spila á hljóðfæri (einhvað fyrirfram ákveðið), að dansa, syngja eða að leika tónlistarleiki. (Brotons og Pickett – Cooper, 1994).

1996 framkvæmdi Alicia Clair rannsókn í Bandaríkjunum þar sem hún athugaði hvort að athygli Alzheimerssjúklinga héldist betur við söng heldur en þegar lesið var fyrir þau upp úr dagblöðum. 26 Alzheimerssjúklingar hittu hver fyrir sig Clair í 40 mín. í senn í fjögur skipti. Tímanum var skipt niður í að lesa úr dagblaði, syngja og svo að sitja í þögn. Sjúklingarnir voru teknir upp á myndbönd sem síðan voru athuguð á eftir. Í ljós kom að viðbrögð sjúklinganna voru mest þegar sungið var, en þar á eftir þegar lesið var upp úr dagblöðum fyrir þá. (Clair, 1996).

1999 framkvæmdi Linda A. Gerdner rannsókn þar sem hún rannsakaði hvaða áhrif tónlist hefði á þunglyndi hjá fólki með Alzheimer sjúkdóm. Þetta athugaði hún út frá GDS þunglyndismati. Í ljós kom að tónlistin hafði mikil áhrif á þunglyndi sjúklinganna. (Gerdner, 2000).

Það er því vitað að músikþerapía hefur bætanleg áhrif á hegðun Alzheimerssjúklinga og getur aukið lífsgæði þeirra. Áhrifin geta þó verið mismikil miðað við hverja hegðun og hvern sjúkdóm.

Könnun

Vorið 2001 fékk ég leyfi til að framkvæma könnun í samstarfi við Jón Snædal yfirlækni á Landspítala – háskólasjúkrahúsi Landakoti og Berglindi Magnúsdóttur sálfræðing sem einnig starfar á Landspítala – háskólasjúkrahúsi Landakoti. Tilgangur þessarar könnunar var að athuga hversu mikil áhrif músíkþerapían hefði á mismunandi þætti hegðunar hjá Alzheimerssjúklingum auk þess að athuga hvort að hún hefði áhrif á þunglyndi hjá þeim sem það hefðu.

Hér á eftir langar mig til að segja örlítið frá þessari könnun og hverjar niðurstöður voru.

Allar tilgáturnar sem athugaðar voru miðast við þessa könnun sem varði í 4 vikur. Tilgáturnar voru átta og eru þær eftirfarandi:

Fyrsta tilgáta var sú að músikþerapía hefði áhrif á ofsóknir og aðrar ranghugmyndir hjá Alzheimerssjúklingum.

Önnur tilgáta var sú að músikþerapía hefði áhrif á ofskynjanir hjá Alzheimerssjúklingum.

Þriðja tilgáta var sú að músikþerapía hefði áhrif á truflun á virkni hjá Alzheimerssjúklingum.

Fjórða tilgáta var sú að músikþerapía hefði áhrif á árásarhneigð hjá hjá Alzheimerssjúklingum.

Fimmta tilgáta var sú að músikþerapía hefði áhrif á dægurvillu hjá Alzheimerssjúklingum.

Sjötta tilgáta var sú að músikþerapía hefði áhrif á tilfinninga truflanir hjá Alzheimerssjúklingum.

Sjöunda tilgáta var sú að músikþerapía hefði áhrif á kvíða og fælni hjá Alzheimerssjúklingum.

Áttunda tilgáta var sú að músikþerapía hefði áhrif á þunglyndi hjá Alzheimerssjúklingum.

Þátttakendur

Þátttakendur voru 8 Alzheimerssjúklingar á Landspítala – háskólasjúkrahúsi Landakoti. 4 sjúklingar komu frá L – 1 öldrunarlækningadeild fyrir heilabilaða og 4 sjúklingar komu frá L – 4 öldrunarlækningadeild fyrir heilabilaða. Þátttakendur voru fæddir á bilinu 1909 – 1927. Kynjahlutfall voru tveir karlmenn á móti 6 konum.

Sjúklingar með blandaða Alzheimer greiningu (Alzheimer vaskular) voru valdir af handahófi úr hópi sjúklinga sem fyrirsjáanlegt var að yrðu lengur en 8 vikur á Landakoti.

Mælitæki

Þau mælitæki sem notuð voru eru eftirfarandi:

„The Global Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia“ (Reisberg, Ferris, Leon og Crook, 1982) er forpróf sem notað var til að greina sjúklingana áður en sjálf könnunin hófst. Þetta forpróf er almennur kvarði sem ætlaður er til að greina stígun sjúkdóms hjá viðkomandi sjúkling.

Í forprófinu „The Global Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia“ er Alzheimerssjúkdómnum skipt upp í sjö klínísk stig, það er frá 1. stigi sem er engin vitsmunaleg hnignun til 7. stigs sem er mjög mikil vitsmunaleg hnignun.

Með tilliti til könnunarinnar var æskilegt að þeir sjúklingar sem valdir yrðu mældust á bilinu 5 – 6 í forprófinu.

Þunglyndismat fyrir aldraða - íslensk gerð (Geriatric Depression Scale (GDS)) (Yesavage, Brink, Rose o.fl. 1983). Höfundur þessa mats er Yesavage en íslenskar þýðingar hafa Jón Eyjólfur Jónsson og Björn Einarsson

gert (Margrét Valdimarsdóttir, Jón Eyjólfur Jónsson, Sif Einarsdóttir og Kristinn Tómasson, 2000).

Þunglyndismat fyrir aldraða eða Geriatric Depression Scale er í stuttu máli kallaður GDS. Þetta er spurningalisti sem er mikið notaður til skimunar og mats á þunglyndi aldraðra.

Prófið saman stendur af 30 spurningum þar sem sjúklingur eða starfsfólk krossar við já eða nei eftir því sem við á. Athugunin er byggð á hegðun sjúklingsins síðustu viku. (Margrét Valdimarsdóttir, Jón Eyjólfur Jónsson, Sif Einarsdóttir og Kristinn Tómasson 2000).

Kvarði yfir hegðunarröskun í Alzheimers sjúkdómi. BEHAVE – AD (Behavioural Pathology in Alzheimer´s Disease) (Reisberg, Borenstein, Salob, Ferris, Franssan og Georgotas, 1987) er kvarði sem er notaður yfir hegðunarröskun hjá fólki með heilabilun. Kvarðinn hefur verið þýddur í tvisvar af Valgerði Baldursdóttur og endurþýddur í þriðja sinn af Sæmundi Haraldsyni og bakþýddur af Jóni Snædal.

Tölfræðileg úrvinnsla:

Tölvuforritið Anova var notað við greiningu gagna í könnuninni sem framkvæmd var á Landakoti.

Aðferð

Sent var bréf til aðstandenda viðkomandi sjúklinga til að fá leyfi fyrir þátttöku í könnuninni og þar var könnunin einnig skýrð út, auk þess sem sagt var frá hvað gert yrði í músíkþerapíunni. Einnig var sagt frá því að engar persónugreinanlegar upplýsingar yrðu birtar.

Eftir að samþykki var fengið var fundinn tími sem hentaði öllum til fyrirlagnar könnunarinnar. Hún átti sér stað í maí og júní árið 2001.

Fyrst var lagt mat fyrir sjúklingana, þ.e. GDS og BEHAVE – AD. Það þurfi að gera á báðum deildum og tók einn hjúkrunarfræðingur og einn sjúkraliði á hvorri deild að sér framkvæma matið. Mat kom tilbúið fyrir hvern og einn sjúkling.

Síðan hófst sjálf músíkþerapían og var hverjum sjúklingi boðið upp á einstaklingsþerapíu tvisvar sinnum í viku 30 – 45 mín. í senn, í fjórar vikur. Í allt fékk því hver sjúklingur 8 skipti í músikþerapíu.

Vegna veikinda og innlagna á hjúkrunarheimili duttu þrír sjúklingar út úr úrtakinu og voru því einungis fimm sjúklingar sem luku rannsókninni.

Eftir að sjúklingarnir höfðu lokið músíkþerapíunni þ.e. fjórum vikum síðar var mat lagt fyrir þá aftur. Lagt var fyrir GDS og BEHAVE – AD og var það gert af sömu aðilum og lögðu það fyrir í upphafi. Að öðrum fjórum vikum liðnum (þar sem sjúklingarnir fengu enga músíkþerapíu) var mat aftur lagt fyrir þ.e. GDS og BEHAVE – AD og var það enn framkvæmt af sömu aðilum og höfðu lagt það fyrir í fyrri skipti.

Hverjum músíkþerapíu tíma var skipt upp í þrjá þætti sem eru eftirfarandi:

1. **Söngur** – eins og fram hefur komið getur söngur verið mjög áhrifaríkur til að vekja upp minningar og efla umræður hjá sjúklingnum. Hér er mjög gott að nota söngva sem að sjúklingurinn þekkir og hefur þ.a.l. áhrif á sjúklinginn. Í gegnum sönginn getur verið gott að mynda samband við sjúklinginn, hjálpað sjúklingnum að vinna gegn einmanaleika, vonleysi og aðgerðarleysi og getur gefið sjúklingnum möguleika á tjáningu án orða svo einhvað sé nefnt.
   Í upphafi rannsóknar var ákveðið hvaða lög yrðu notuð og voru þessi sömu lög notuð fyrir alla sjúklinga. Hvert lag var sungið tvisvar sinnum í röð svo að auðveldara væri fyrir viðkomandi sjúkling að rifja upp hvert lag og taka betur undir í seinna skiptið.

2. **Hljóðfæraleikur** – sjúklingurinn spilar á einföld hljóðfæri eins og hann helst vill og músíkþerapisti spilar með. Það verður samt sem áður alltaf að meta hvort að nota eigi hljóðfæri eða ekki því að sumir sjúklingar geta orðið mjög hræddir við hljóðfærin og því þarf að útskýra notkun þeirra á mjög rólegan hátt og sýna gjarnan hvernig þau virka. Mikilvægt er að sjúklingurinn fái jákvæða upplifun og að honum takist alltaf að spila sem honum tekst yfirleitt því það er einfaldlega ekki hægt að spila vitlaust í músíkþerapíu.

3. **Hlustun** – að hlusta á góða tónlist er mjög róandi. Það getur skapað sálrænt og líkamlegt jafnvægi hjá sjúklingnum og styrkt einbeitingu og úthald. Sumir sjúklingar geta tjáð sig um tónlistina, en flestir upplifa minningar í kringum hana. Þess vegna er svo gott að músíkþerapistinn sé til staðar og það sé einungis eitt lag spilað í einu svo að það sé hægt að ræða um það sem viðkomandi sjúklingur upplifir.

Allir þessir þættir byggja upp lífsgleði hjá sjúklingnum ásamt því að styrkja og efla sjálfsálit og sjálfsvirðingu sjúklingsins.

Niðurstöður könnunar

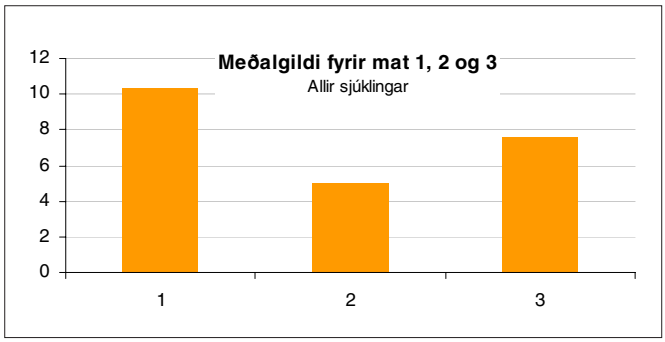
Hér á eftir langar mig til að greina lítillega frá niðurstöðum könnunarinnar.

Þátttakendur reyndust almennt ekki vera haldnir sérstaklega miklum hegðunarröskunum, en þó voru sumir þættir hærri en aðrir og var þ.a.l. hægt að mæla þá.

Þegar litið er á heildina í fyrsta mati á hegðunarröskun kemur í ljós að meðalgildi þátttakenda var 10,4 stig af 75 mögulegum stigum. Á öðru mati virtist það meðalgildi sem greindist fyrir hafa breyst í 5 stig af 75 mögulegum og í þriðja skipti sem viðkomandi mat var lagt fyrir reyndist meðalgildið hafa hækkað í 7.6 stig af 75 mögulegum (sjá töflu nr.1).

Tafla 1. Meðalgildi og staðalfrávik af niðurstöðum allra spurninga á matinu.

	Skjólst.1	*Skjólst.2*	*Skjólst.3*	*Skjólst.4*	*Skjólst.5*	*Meðalgildi*	*Staðalfrávik*
Mæling 1 meðal-gildi allra spurningar	13	1	3	22	13	10,4	8,532292
Mæling 2 meðal-gildi allra spurningar	3	0	6	10	6	5	3,741657
Mæling 3 meðal-gildi allra spurningar	4	0	6	24	4	7,6	9,423375



Þar sem ekki er grundvöllur fyrir því að segja frá allri könnunni hér í þessari grein langar mig sérstaklega til að nefna tvær breytur sem prófaður voru í könnuninni. Ein þeirra er tilgátan um hvort að músíkþerapía hafi áhrif á ofsóknar- og aðrar ranghugmyndir.

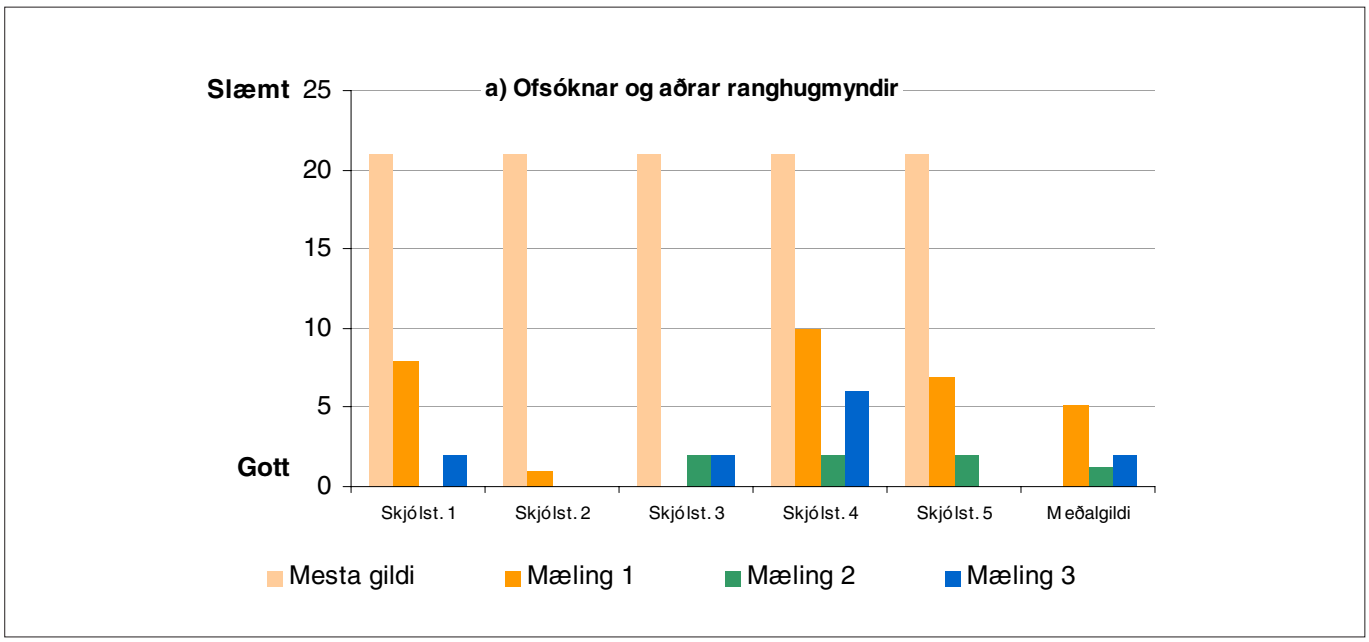
Þegar litið er á fyrstu breytu matsins sem er ofsóknar- og aðrar ranghugmyndir reyndist meðalgildi þátttakenda í fyrsta mati 5,2 stig af 21 mögulegu. Spönnin var frá 0 til 10 stig. Á öðru mati reyndist meðalgildi þátttakenda 1,2 stig en spönnin var þar frá 0 til 2 stig og á þriðja mati reyndist það 2 stig. Spönnin á þriðja mati var frá 0 til 6 stig (sjá töflu nr.2).

Tafla 2. Meðalgildi og staðalfrávik á breytunni ofsóknar- og aðrar ranghugmyndir.

	Skjólst.1	*Skjólst.2*	*Skjólst.3*	*Skjólst.4*	*Skjólst.5*	*Meðalgildi*	*Staðalfrávik*
Mat 1	8	1	0	10	7	5,2	4,4
Mat 2	0	0	2	2	2	1,2	1,1
Mat 3	2	0	2	6	0	2,0	2,4

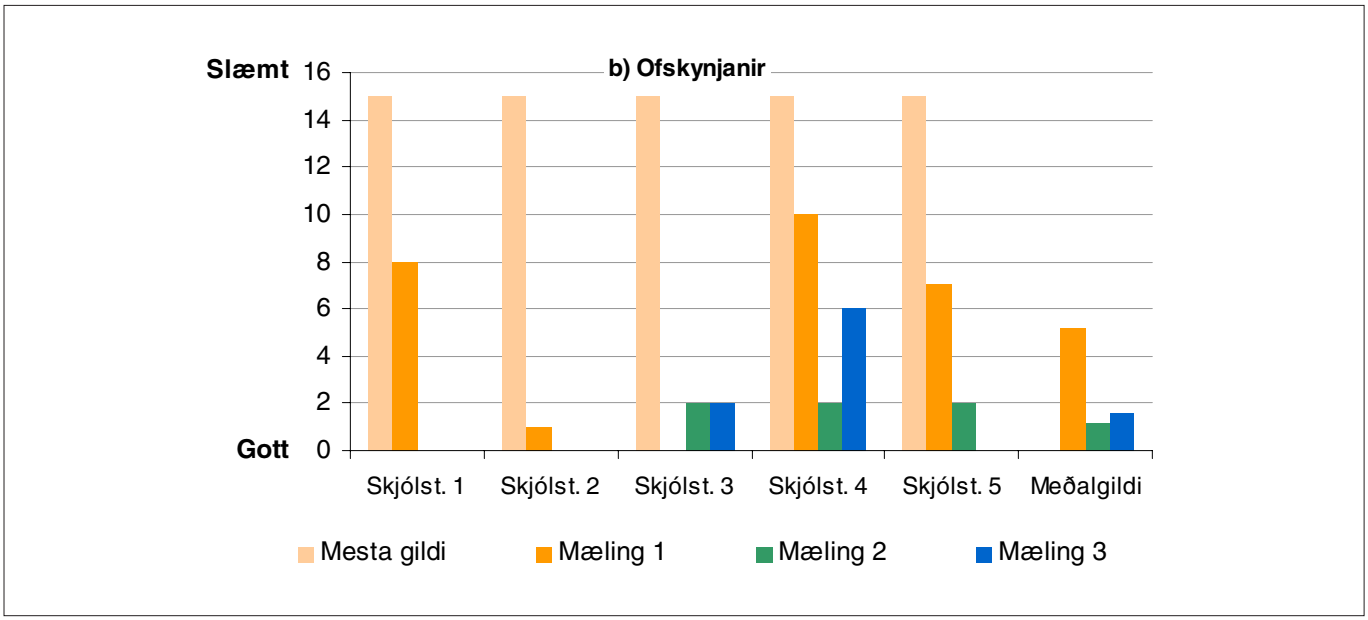
Skali mæligilda er frá 0-21

Tölfræðilegur munur var (p=0,12).



Önnur breyta sem mig langar til að fjalla um, er tilgátan um hvort að músíkþerapía hafi áhrif á ofskynjanir hjá Alzheimerssjúklingum.

Á annarri breytu matsins sem er ofskynjanir reyndist meðalgildi þátttakenda í fyrsta mati vera 5,2 stig af 15 mögulegum. Spönnin var frá 0 til 10 stig. Á öðru mati reyndist meðalgildið vera 1,2 þar sem spönnin var 0 til 2 stig. Þegar litið er á þriðja mat reyndist meðalgildið hafa hækkað í 1,6 stig og var spönnin þar frá 0 til 6 stig (sjá töflu nr. 3).



Tafla 3. Meðalgildi og staðalfrávik á breytunni ofskynjanir.

	Skjólst.1	*Skjólst.2*	*Skjólst.3*	*Skjólst.4*	*Skjólst.5*	*Meðalgildi*	*Staðalfrávik*
Mæling 1	8	1	0	10	7	5,2	4,4
Mæling 2	0	0	2	2	2	1,2	1,1
Mæling 3	0	0	2	6	0	1,6	2,6

Skali mæligilda er frá 0-15

Tölfræðilegur munur reyndist vera (p=0,11).

Miðað er við marktækan mun (p>0,05) en marktækur munur á þessum tveim breytum sem nefndar voru hér að ofan er samkvæmt tölfræðilegum útreikningum (p = 0,12) og (p=0,11). Samkvæmt þessu virðist því ekki tölfræðilega marktækur árangur af meðferðinni. Hins vegar þarf að hafa í huga að fjöldi mælinga (mat á hegðun á þremur tímabilum og fimm einstaklinga, þ.e. 15 mælingar) er mjög lítill og áreiðanleiki tölfræðiprófanna fremur lítill. Því þarf að túlka allar tölfræðilegar niðurstöður með varúð.

Umræður

Þegar litið er á þessar niðurstöður könnunarinnar ber að hafa í huga að lagt var af stað með 8 sjúklinga og endað með 5 sem gerði það að verkum að mælingar urðu mjög fáar eða einungis 15 mælingar í allt. Það er mjög lítið og gerir það að verkum að áreiðanleiki tölfræðiprófanna verður fremur lítill og því verður að túlka allar tölfræðilegar niðurstöður með mikilli varúð.

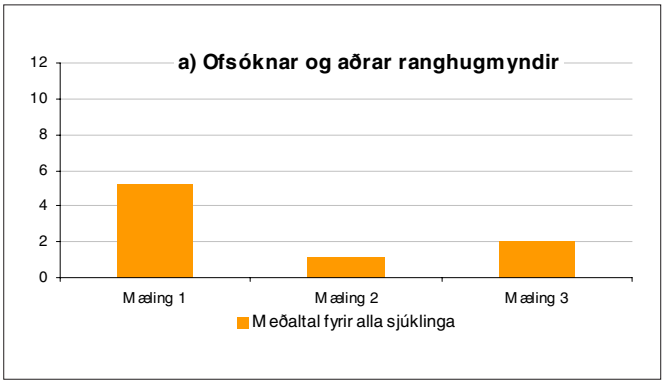
Sá tími sem notaður var í músíkþerapíuna gat því miður ekki verið lengri en oft þarf meðferð að vara í mörg ár hjá hverjum sjúklingi. Þetta ber að hafa í huga þegar niðurstöður eru skoðaðar. Því er merkilegt að skoða nánar, að þó svo ekki reyndist tölfræðilega marktækur munur á hegðun sjúklinganna miðað við ofsóknar og aðrar ranghugmyndir fyrir og eftir músíkþerapíu miðað við 95% tölfræðileg skekkjumörk, er hins vegar munur miðað við 85% tölfræðileg skekkjumörk og nálægt því að vera marktækt miðað við 90%.

Segjast verður eins og er að það er ótrúlega góð breyting á sjúklingunum miðað við þennan stutta tíma sem þeir fengu í músíkþerapíu.

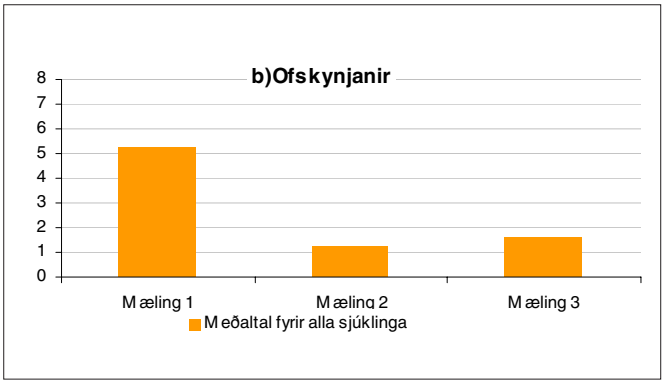
Þegar litið er á hvern einstakan sjúkling, sést að músíkþerapíumeðferðin hefur haft mjög mikil áhrif á

flesta sjúklingana. Ef við lítum á fyrstu breytuna, hefur skjólstæðingur nr. 1 farið úr 8 stigum í fyrsta mati niður í 2 stig í lok könnunar en þá var hann búin að hækka aftur um tvö stig, því strax eftir músíkþerapíuna reyndist hann ekki hafa neitt stig í mælingu. Skjólstæðingur 4 fer úr 10 stigum niður í 2 stig strax eftir meðferð og skjólstæðingur 5 fer úr 7 stigum niður í 0 stig í lok meðferðar. (sjá töflu nr.2)

Þegar skoðað er eftirfarandi súlurit sést greinilega að breyting hefur átt sér stað hjá sjúklingunum.



Einnig er vert að skoða tilgátu númer tvö þar sem könnuð voru áhrif músikþerapíu á ofskynjanir Alzheimerssjúklinga. Þó svo að þar reyndist heldur ekki vera marktækur munur miðað við 95% tölfræðileg skekkjumörk , er hinsvegar munur við 80% tölfræðileg skekkjumörk og nálægt því að vera tölfræðilegur munur við 90 % skekkjumörk.



Þegar við lítum á töflu númer 3 hér fyrr í þessari grein sést vel að töluverð breyting hefur átt sér stað hjá sjúklingunum meðan að meðferðin átti sér stað. Skjólstæðingur 1 mælist með 8 stig í upphafi meðferðar en 0 stig í mælingu 2 og 3. Skjólstæðingur 4 mælist með 10 stig í upphafi meðferðar og fer niður í 2 stig strax eftir músíkþerapíuna. Skjólstæðingur 5 mælist með 7 stig í upphafi mælinga og mælist með 0 í lok könnunar.

Samkvæmt þessari könnun má sjá að það er veruleg breyting á sjúklingunum fyrir og eftir meðferð hvað við kemur vissa hegðunarröskun eins og ofsóknar- og ranghugmyndir og hvað við kemur ofskynjunum, en það voru þeir hegðunarröskunar þættir sem sjúklingarnir greindust með fyrir könnun.

Músíkþerapía er því greinilega spennandi meðferðar úrræði fyrir heilabilaða einstaklinga sem vert er að skoða meira í náinni framtíð. Hér er komin meðferð sem eykur á fjölbreytnina, meðferð sem að sjúklingunum þykir yfirleitt mjög gaman af og gefur þeim aukna lífsfyllingu. Að geta þekkt laglínu og sungið hana er góð gjöf þegar allt annað í kringum mann, jafnvel andlitið á þeim allra nánasta, er ókunnugt. Það er einnig góð gjöf að geta tengt tilfinningar eins og gleði, þrá, sorg o.fl. við eina ákveðna laglínu sem síðan er lykillinn að því að geta tjáð tilfinningarnar við vissar aðstæður þegar málið er ekki lengur til staðar, ásamt því að upplifa samveru með öðrum og samhengi í lífinu.

Heimildir:

1. Bright, Ruth (1997). Music Therapy and the Dementias. Improving the Quality of Life. Washington,MMB.
2. Brotons, Melissa og Pickett – Cooper, Patty (1994). Preferences of Alzheimer´s Disease Patients for Music Activities: Singing, Instruments, Dance/Movement, Games, and Composition/Iprovisation. Journal of Music Therapy, XXXI (3), 1994, 220 – 233.
3. Clair, Alicia Ann. (1996). The effect of Singing on Alert Responses in Persons with Late Stage Dementia. Journal of Music Therapy, XXXIII (4), 1996, 234 – 247.
4. Clair, Alicia Ann (2000). The Importance of Singing with Elderly Patients. Music Therapy in Dementia Care. D. Aldridge. London, JKP.
5. Friis, Synnøve (1987). Musik i ældreplejen. Munksgaard.
6. Gerdner, Linda A.(2000).Effects of Individualized Versus Classical Relexation Music on the Freqency of Agitation in Elderly Persons with Alzheimer´s Disease and Related Disorders. International Psychogeriatrics, Vol. 12, No.1, 2000, pp.49 – 65.
7. Margrét Valdimarsdóttir, Jón Eyjólfur Jónsson, Sif Einarsdóttir og Kristinn Tómasson. (2000). Mat á þunglyndi aldraðra. Þunglyndismat fyrir aldraða – íslensk gerð. Geriatric Depression Scale (GDS). Læknablaðið 2000/86 s. 344 – 348.
8. Millard, K og Smith, J. (1989). The influence of Group Singing Therapy on the Bahaviour of Alzheimer´s Disease Patients. Journal of Music Therapy 26(2):58 – 70.
9. Reisberg, B., Ferris, S.H., De Leon, M.J., og Crook, T. (1982). The Global Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. Am J Psychiatry 139:1136 – 1139.
10. Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, SP., Ferris, SH., Franssan, E og Georgotas, A. (1987). The Journal of Clinical Physciatry, 48:5 (suppl), p 14 – 15.
11. Rolvsjord, Randi. 1999. Demens. Vol. 3/nr.3.
12. Ruud, Even (1996). Musikk og verdier. Universitetsforlaget. Oslo.
13. Ruud, Even (1997). Musikk og identitet. Universitetsforlaget.Oslo.
14. Yesavage J, Brink TL, Rose TL, Owen L, Huang V,.(1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale. A Preliminary Report. J Psychiatr Res 1983:17:37 – 49.

Sigurður
Guðmundsson
landlæknir

Forvarnir einfaldari en meðferð

Hollir lífshættir duga best gegn beinþynningu

Áríega verða allt að 2000 einstaklingar fyrir beinbrotum sem rekja má til beinþynningar hér á landi. Þar af eru mjaðmabrot um 200.

Beinbrot valda yfirleitt miklum bústjum, sársauka og jafnvel örkumlum. Auk þess samar áríegur kostnaður samfélagsins vegna þeina hundruðum milljóna króna. Þar koenur margt til, jafnt heilbrigðisþjónesta sem félags- og öldrunarþjónusta.

Stjórnvöld á Íslandi hafa einsett sér að fækka brotum af völdum beinþynningar um fjórðung á næstu árum. Til þess að það megi takast þurfa allir að vera upplýstir um vandamálið og huga að þáttum sem stykja beinin.

Það er einfaldara að koena við forvörnum gegn beinþynningu en að meðhöndla hana. Áhaldarikasta vörnin felst í hollum lífshéttum, hæfilegri og reglulegri hreyfingu, og matarræði sem tryggir D-vítamín og ráðlagðan dagskamant af kalki. Hana fæst auðveldlega úr íslenskri mjólk og mjólkarvörum.

Kalk við hæfi – alla ævi!

BEINVERND

Hjúkrunarheimili framtíðarinnar

Ný hugmyndafræði
er samræmist kröfum nútímans til hjúkrunarheimila

Anna Birna Jensdóttir
hjúkrunarforstjóri Sóltúni

Greinin byggir á erindi sem höfundur flutti á námstefnu Öldrunarfræðafélags Íslands og Endurmenntunarstofnunar Háskóla Íslands um búsetu aldraðra í nútíð og framtíð.

Inngangur

Ef við veltum fyrir okkur kröfunum til hjúkrunarheimila fyrir aldraða eins og þær birtast á Stór-Reykjavíkursvæðinu þar sem mesta eftirspurnin er, þá er krafan sú að fá pláss. Það er lítið rúm fyrir óskir, skorturinn er það mikil að verðandi íbúar hjúkrunarheimila eru þakklátir fyrir hvað sem er svo þeir verði ekki lengur byrði á öðrum eða fyrir í kerfinu liggjandi á sjúkradeildum sem ekki er ætlað að hafa þá. Ættingjar, oft yfirkomnir af áhyggjum og langvarandi þreytu þiggja plássið óháð því hvort það sé í takt við óskir eða ekki, eða hvort um sé að ræða herbergi til einkaafnota eða í fjölbýli með öðrum. Umönnunaraðilar á sjúkrahúsum og í heimaþjónustu útskrifa íbúann í næsta úrræði sem fæst og snúa sér að eigin biðlistum.

Ef litið er á lögin um málefni aldraðra, sem enn eru við lýði og umfram lög sem gilda almennt um borgarana (lög sem sérstaklega er ætlað að tryggja hag aldraðra). Þar segir að hverjum einstaklingi skal gert kleift að dvelja á eigin heimili eins lengi og kostur er. Krafan þar er að fólk fái þjónustuna til sín. Verulega vantar á að því sé mætt. Heimaþjónusta hérlendis er það fjárhagslega svelt að hún getur ekki mætt nema broti af þjónustuþörfinni og þá þeim sem betri heilsuna hafa og sterkasta stuðningskerfið. Það eru því fáir aldraðir búandi á eigin heimili í dag, sem búa við sama heilsufar og þeir sem dvelja á sjúkrahúsum og hjúkrunarheimilum. Hugmyndafræðin í lögunum er og verður „utopia" þar til meira fé verður veitt til uppbyggingu heimaþjónustunnar og hugmyndir manna um hvað sé heimili þróist.

Sífellt eykst þörfin fyrir fleiri hjúkrunarheimili á Stór-Reykjavíkursvæðinu. Þar kemur til að háöldruðum fjölgar, fólksflutningar utan að landi aukast einnig í þessum aldurshópi og unnið er að fækkun fjölbýlisherbergja á eldri hjúkrunarheimilum. Áætlað er að byggja þurfi 100 íbúa hjúkrunarheimili í þessum

landshluta á hverju ári fram til ársins 2010 til að mæta eftirspurn og þörf.

Meðalaldur íbúa hjúkrunarheimila á Stór-Reykjavíkursvæðinu er um 84 ár, þeir búa við lélegt heilsufar og skerta getu til athafna daglegs lífs. Verulegur hluti þeirra þjáist af minnisskerðingu. Þeir eiga það sameiginlegt að þurfa sólarhringshjúkrun alla daga ársins, en af mjög margvíslegum ástæðum. Kröfur til hjúkrunarheimila þurfa því fyrst og fremst að taka mið af flóknum þörfum einstaklinga.

Heimilið

Til að hús geti verið heimili einstaklings þarf hann að upplifa heimiliskenndina. Upplifunin að þetta eða hitt sé mitt, og maður hafi eitthvað með hlutina að segja, sé þátttakandi í ákvarðanatöku og forgangsröðun í daglega lífinu. Að hlustað sé á óskir og væntingar. Heimilið þarf að vera griðastaður þar sem einstaklingurinn hefur frið, til að mynda frið fyrir ágengi annarra. (Þessir aðrir geta verið aðrir íbúar, gestir og starfsfólk). Mikilvægt þeim sem sjúkir eru er að finna sig í öruggum höndum, þannig að fumlaust verði tekist á við veikindi þeirra. Þekking er því hornsteinn allrar þjónustu á hjúkrunarheimili og það sem starfið ber að byggja á.

Hjúkrunarheimili þurfa að forðast allar rútínur sem steypir íbúum þess í sama farið. Vinna þarf að því að málamiðlanir verði sem minnstur þáttur í daglega lífinu. Dagsins önn þarf að vera til staðar til að tilgangur sé til staðar. Fólk þarf að fá athafnafrelsi til að takast á við verkefni dagsins á sínum forsendum. Það getur verið töluverð list ef sjálfsbjargageta er lítil. Aðstæður bæta iðulega ekki úr, þar sem hefðin er að hjúkrunarheimilin séu stór, allt frá 48 manna heimilum upp í nokkur hundruð. Þeim er síðan deildarskipt og geta búið allt að 25-30 manns á hverri deild. Sambýli ruddu sér braut fyrir nokkrum árum, en þau hafa þann annmarka að fólk þarf að flytjast úr þeim á deild ef heilsufarið versnar. Þannig er búsetan ekki örugg. Af 1700 hjúkrunarrýmum á Íslandi eru einungis rúmlega 100 einbýli.

Þjónustan

Margvísleg þjónusta er veitt á hjúkrunarheimilum. Þjónusta sem veitt er allan sólarhringinn er hjúkrun og bakvaktarþjónusta læknis. Yfir daginn er auk þess

mikilvæg þjónusta eins og máltíðir, afþreying, sálgæsla, þjálfun, ræsting, snyrtiþjónusta, bankaþjónusta, viðhald húsnæðis og akstur. Til þess að veita þessa þjónustu þarf einn starfsmann per hvern íbúa að minnsta kosti. Þessi staðreynd gerir það að verkum að íbúi getur þurft að kynnast mjög mörgum manneskjum sem þjónusta hann og starfa með honum. Það er oft ofraun lasburða einstaklingi. Krafan til hjúkrunarheimilis framtíðarinnar er að tryggja íbúum að sem mest sama starfsfólkið þjónusti hann. Til þess að svo megi verða er þörf á viðhorfsbreytingu í samfélaginu sem endurspeglast í aukinni virðingu á störfum meðal aldraðra og þyngri vigtun í launaumslag þeirra sem annast þá. Ennfremur þarf til allar þær lausnir og tækni sem auðveldar sjálfsbjörg, umönnun og léttir störfin.

Snjöll hús

Hjúkrunarheimili framtíðarinnar þurfa að vera snjöll hús. Við hönnun þeirra þarf að gera sér grein fyrir þörfum íbúa og stuðla frá upphafi að því að mæta þeim. Ef vafaatriði koma upp ber ávallt að spyrja spurninga út frá sjónarhorni íbúanna. Hönnun þarf að miða að því að um heimili sé að ræða og þeir sem þar búa geti haft aðbúnað til að stunda flest það sem gert er í venjulegu heimilislífi s.s. að elda, þvo þvott, annast blóm og gróður, taka til, lesa, horfa á sjónvarp, hlusta á útvarp, taka á móti gestum o.s.frv.

Það þarf að uppfylla ákveðnar lágmarkskröfur:

Eigin íbúð til einkaafnota. Það þýðir að íbúinn fær íbúð úthlutað og heldur henni meðan hann býr á hjúkrunarheimilinu. Þetta er heimilið hans/hennar og þjónustan er veitt heim til hans/hennar. Á þessu nýja heimili íbúans skal vera hægt að veita honum þá hjúkrunarþjónustu sem þörf er á til æviloka. Mæta á þörfum hjóna með stærri íbúð. Það að hafa íbúð til einkanota, breytir flestum áherslum sem stofnanir hafa lagt áherslu á. Íbúa er vitjað heima hjá honum, hann fær hjúkrun inni hjá sér, er með eigið baðherbergi, geymir lyfin sín sjálfur. Fjölskyldufundir eru haldnir á heimili hans. Hann hefur eigin síma, sjónvarp, tölvu o.s.frv. allt eftir áhuga hvers og eins. Endalausar málamiðlanir sem fylgja sambýli með mörgum öðrum hverfa úr sögunni og uppgjöfin verður vonandi minni. Nóg er yfirleitt að glíma við heilsufarsmissinn og þá staðreynd að verða upp á aðra komin með aðstoð. Ef heilsufarið er þannig að maður þarf alla aðstoð við að snúa sér í rúmi, setjast upp, fara úr rúmi í stól, fara úr stól á salerni, þá ber að nota nútíma lausnir til að auka öryggi og flutning. Lyftubúnaður hvers konar ýmist frístandandi eða loftfestur er fáanlegur til þessarra nauðsynlegu flutninga manneskjunnar. Í stað þess að hjúkrunarstarfsfólk sé að nota líkamsburði til flutninganna notar það tækni, en styður, hvetur og leiðbeinir meðan athöfnin fer fram.

Einstaklingur sem býr við svima og dettni, getur nýtt sér hjúkrunarvöktunarkerfi til að tryggja öryggi sitt. Þar er hægt að senda boð ef einhver sem ræður ekki við að fara sjálfur fram úr rúmi og ætti að hafa aðstoð sér við hlið, fer fram úr. Þá kemur boð í þráðlausan síma hjá viðkomandi umönnunaraðila um að líta til þessa einstaklings. Ennfremur getur sá sem býr við þvaglekavandamál látið senda samskonar boð ef hann liggur í blautu rúmi. Venjulegast helst viðkomandi þurr í næturbleiu en inn á milli fer allt á flot. Þeir sem til

þekkja vita að næturbleiur hafa þann eiginleika að einstalingurinn upplifir sig þurran þó svo þvag sé komið í bleiuna, en sá sem bleytir rúmið liggur í bleytu sem getur haft verulegar afleiðingar fyrir hann. Eldri aðferð væri sú að næturvaktarstarfsfólk væri sífellt að koma inn til viðkomandi til að kanna hvort rúmið væri blautt. Við það spillist næturró, sem getur haft afleiðingar á líðan og atferli daginn eftir. Með notkun slíks hjúkrunarvöktunarkerfis er hægt að tryggja margvíslegt öryggi og um leið einkalíf, en það er vandmeðfarið og byggist alfarið á því að einstaklingsaðhæfa þjónustuna þörfum viðkomandi.

Rými þarf að vera nægjanlegt til að sjúkrarúm er styður við sjálfbjörg einstaklingsins komist vel fyrir, og nægt rými sé fyrir einkahúsgögn íbúans. Íbúinn ætti að geta tekið á móti gestum sínum og umönnunaraðilum með góðu móti. Hátækni rúm með heimilislegu útliti getur hjálpað sjálfbjörg einstaklings verulega, þannig getur hann hækkað og lækkað höfðagafl, án þess að síga neðar í rúmið. Látið rúmið setja sig upp í sitjandi stöðu, snúið sér of látið rúmið lyfta sér í standandi stöðu. Fjarstýringar geta stýrt að ljós kvikni eða slökkni, sem og sjónvarp og útvarp. Hússtjórnarkerfi getur tryggt læsingu á hurðum út í garð. Hægt sé að svara í síma án þess að taka upp símtólið og þannig mætti lengi telja.

Sameiginlegt rými

Aðstaða þarf að vera fyrir eldhús sem íbúi og aðstandendur hans hefðu aðgang að. Þó svo séð sé fyrir máltíðum, ætti sá valkostur að vera fyrir hendi að íbúi og/eða aðstandendur geti eldað sína uppáhaldsrétti og borið fram í eigin íbúð. Ennfremur þarf að vera aðstoð fyrir að þvo einkafatnað, þó svo séð sé fyrir þvotti ef þörf krefur.

Sameiginlegt rými eins og borðstofa og setustofa þarf að vera þannig úr garði gerð að rýmið sé ekki fyrir fleiri en 8-10 manns. Flestar fjölskyldur á Íslandi hafa stofu fyrir 3-6 manns og þykir nóg. Það getur verið erfitt fyrir lasburða fólk að ná að sjá á sjónvarp í mjög mannmargri stofu, eða hlusta á fréttir í útvarpi. Hér skiptir miklu máli að setja vandað hljóðkerfi í rýmið til að auðvelda hlustun og hljóðslaufur vegna þeirra sem eru heyrnadaufir. Nýlegar rannsóknir hafa sýnt fram á að það að hafa fiska í fiskabúri í borðstofum virkar róandi á fólk með minnissjúkdóma og eykur matarlyst. Ennfremur sýna rannsóknir að önnur gæludýr geta haft mjög jákvæð áhrif á líðan fólks. Hérlendis er bannað með lögum að hafa dýr á heilbrigðisstofnun, og þar með er alls ekki litið á hjúkrunarheimilið sem heimili einstaklingsins. Vonast er eftir breytingum á þessum lögum á næstunni. Í Danmörku getur íbúi á hjúkrunarheimili haft sitt gæludýr hjá sér svo fremi sem það trufli ekki aðra og hann geti annast það eða séð til þess að um það sé annast.

Öll húsgögn sem eru í sameiginlegu rými á hjúkrunarheimili fyrir aldraða ættu að vera miðuð við þeirra þarfir. Þar skiptir mestu máli að gott sé að setjast og standa upp úr sófum og húsgagnið sé sem heimilislegast og geti hæft venjulegu heimili eldri borgara. Það er allt of algengt að boðin séu sérstök húsgögn fyrir öldrunarstofnanir sem eru með plastkenndu áklæði, sem ekki nokkrum manni myndi detta í hug að bjóða til sölu fyrir venjulegt heimili.

Yfirbragð og umgengni

Yfirbragð hjúkrunarheimilis getur verið mjög mismunandi, þannig getur heimilið verið mjög stofnanalegt. Það sem ber fyrir augu eru língrindur, óhreinataugrindur, matarvagnar, ræstivagnar, hvítir einkennisbúningar, pappírssmekkir, læknasloppar, stútkönnur, plastdúkar. Í þessu öllu glymur, bjöllur hringja og járnrúm blasa við ef litið er inn á herbergi. Íbúar í jogginggöllum, steyptir í sama farið.

Önnur sýn gæti verið setustofa búin fallegu sófasetti, borðstofa með taudúkum og tausérvettum, hversdagsstellið á borðinu og sparistellið ásamt rauðvínsglösunum í glerskápnum. Starfsmaður í kvartbuxum og polobol að slá inn upplýsingum á heimilistölvuna í setustofunni. Íbúarnir að skoða fiskana í fiskabúrinu. Hjálpartækin geymd inn á baði, þegar ekki er verið að nota þau og ræstivagninn einungis sýnilegur meðan ræst er. Íbúi kallar eftir aðstoð úr íbúð sinni með hljóðlausri tækni sem berst beint til umönnunaraðila hans. Þegar litið er til hans blasir við viðarklætt rúm og húsgögnin sem hann flutti með sér, íbúðin ber hans persónulega stíl. Karlmaðurinn er í jakkafötunum með bindi og konan í kjólnum sínum og nælonsokkabuxunum þar sem hún situr í hjólastólnum sínum.

Garðurinn

Mikilvægt er að skilja að þó fólk búi á hjúkrunarheimili, þá má það fara út. Dyrnar lokast ekki á eftir því, maður fær að koma inn aftur. Aðgengi utan dyra skiptir hins vegar miklu máli fyrir lasburða fólk og minnisskerta. Það er hverjum manni mikilvægt að finna andblæinn og upplifa veður. Garðurinn þarf því að vera skjólgóður, hægt sé að fara eftir stígum stuttar vegalengdir sem langar. Garðskáli er ákjósanlegur til að dútla við lauka, fá sér kaffibolla og finna ilminn af rósum. Matjurtagarður ætti að vera í slíkum garði, þar skiptir engu máli hvort einhver íbúi geti sett niður kartöflur eða tekið upp, nóg getur verið áhugavert að fylgjast með vextinum yfir sumarið og bragða síðan á nýju kartöflunum í ágúst. Heitur pottur og svæði fyrir útihátíðir og sólböð er ákjósanlegt. Plöntur ætti að velja þannig að eitthvað væri í blóma á hverjum tíma og tína mætti ber að hausti til að búa til sultu. Huga þar að öruggum afdrepum fyrir þá sem gætu farið villu vega sinna og ekki ratað til baka.

Fyrirtækið og rekstur

Heimili hafa ekki launadeild, tæknideild, tölvudeild, bókhaldsdeild o.s.frv. Slíkar einingar verða þó nauðsynlegar þegar horft er á rekstur hjúkrunarheimila. Rekstur stærri heimila er með 1/2 til 1 milljarð í ársveltu og nokkur hundruð starfsmenn í vinnu. Brýnt er við hönnun að þessir þjónustuliðir verði ekki þeir sýnilegustu á heimilinu. Í seinni tíð hefur sá möguleiki opnast að úthýsa slíkum þáttum í rekstri og ef komið er á hagstæðum samningum við rekstraraðila er það mjög jákvætt gagnvart yfirbragði heimilisins. Þannig er hægt að úthýsa, eldun máltíða, þvottaþjónustu, bókhaldi og launavinnslu, og kaupa að ræstingu, garðyrkju og tölvu- og tækniþjónustu. Þessi atriði hafa þýðingu þegar litið er á heimiliskenndina, býr maður í fyrirtæki eða á heimili. Það sama má segja um ýmsa aðstöðu starfsmanna. Er vaktin, línið, skolið miðja deildarinnar/heimilisins? Á venjulegum heimilum þá er það eldhúsið og stofurnar. Þvottahúsið og geymslurnar eru einhvers staðar fjarri og blasa ekki við. Þörfin fyrir vaktíverustaðinn hverfur þegar boðin koma beint til þín hvar sem þú ert staddur í byggingunni. Áherslan þarf að vera á þá þjónustu sem ætluð er íbúanum beint á hjúkrunarheimilinu sjálfu. Allt annað getur verið fjarri með nútíma tækni. Með því að fækka fermetrum í byggingu undir fyrrnefnda stoðþjónustu, má fjölga þeim fermetrum sem íbúinn hefur til sinna afnota. Við það að bæta aðstöðu hans, batnar verulega aðstaða starfsmanna til að annast um viðkomandi og koma að viðeigandi hjálpartækjum hverju sinni. Áhersla á aðbúnað íbúans verður sýnilegri.

Öryggið

Hjúkrunarheimilið þarf að vera öruggt. Það á við um öll heimili. Sérstaða hjúkrunarheimila á Stór-Reykjavíkursvæðinu er stærð þeirra. Það þýðir að það er ekki yfirsýn um þá gesti sem koma í húsið. Með vaxandi notkun eiturlyfja hérlendis hafa hjúkrunarheimili orðið fyrir ágengni eiturlyfjaneytenda og útigangsmanna sem misnotað hafa heilsuleysi aldraðra íbúa til þess að stela og svíkja. Alvarlegast er þegar slíkir glæpamenn eru ættingjar íbúanna. Þarna skarast tvo sjónarmið, annars vegar það að heimilið sé opið gestum íbúanna eins og þeir kjósa og hins vegar að tryggja öryggi íbúanna og starfsmanna fyrir óviðkomandi óþjóðalýð. Vegna aðstæðna er nauðsynlegt að hafa nýjustu tækni hvað varðar aðgangsstýringu, innbrotakerfi, hússtjórnarkerfi og brunavarnakerfi til staðar í nútíma hjúkrunarheimili.

Lokaorð

Tæknin er óþrjótandi og getur verið mjög hjálpleg, það má hins vegar aldrei gleyma hinum mannlega þætti umönnunar. Umhyggjan, samveran og nándin skipta hér höfuðmáli ásamt því að tryggja að umönnun þeirra sem háðir eru öðrum sé ávallt byggð á þekkingu. Þörf fyrir hjúkrunarheimili fer vaxandi, líta þarf á íbúðir íbúa þeirra sem eigin heimili og þjónustuna sem heimaþjónustu.

Ítarefni:

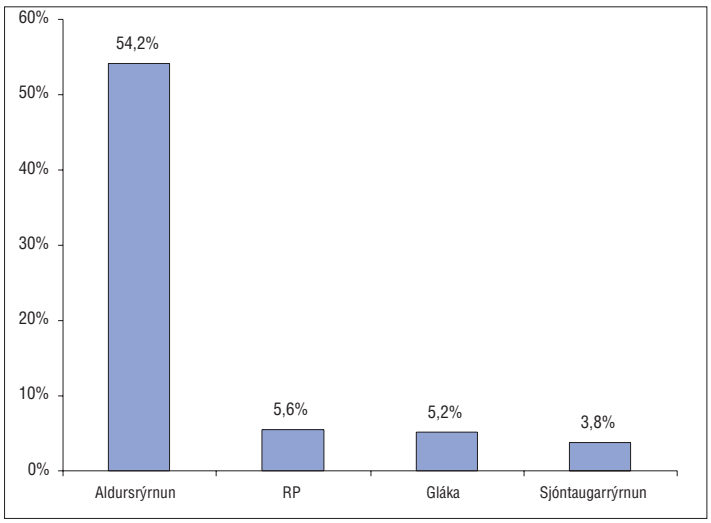
Anna Birna Jensdóttir, Júliana Sigurveig Guðjónsdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir.(1999-2000) Sjáanlegar vísbendingar um gæði öldrunarhjúkrunar. Grein í vinnslu. Rannsóknin var kynnt á WENR ráðstefnu, Reykjavík 2000 og 15 NKG ráðstefnu Reykjavík 2000.

Auður Harðardóttir og Anna Birna Jensdóttir. Umönnun aldraðra. (1996) í bókinni „Árin eftir sextugt. Allt sem þú þarft að vita til að njóta efri áranna." Ritstj. Hörður Þorgilsson og Jakob Smári. Útg. Forlagið. Bls. 424-435

Hjúkrunarvöktunarkerfið Vökull www.securitas.is

Sjón á efri árum

Guðmundur Viggósson
augnlæknir
yfirlæknir Sjónstöðvar Íslands



Mynd 1. Fjórar aðal orsakir sjónskerðingar á Íslandi árið 2001

Orsakir sjónskerðingar á Íslandi

Langalgengasta orsök sjóndepru hérlendis er aldurstengd rýrnun í miðgróf sjónu (gulablettinum), sem á enska tungu er nefnd *Age-related Macular Degeneration (AMD)*. Í daglegu tali gengur hún oft undir nafninu kölkun í augnbotni, sem er raunar rangnefni. Þeir sem henni eru haldnir eru alls ekki að kalka, hvorki andlega né líkamlega. Láta mun nærri að annar hver Íslendingur finni fyrir sjóndepru af hennar völdum eftir áttrætt. Af öllum skjólstæðingum Sjónstöðvar Íslands bæði blindum og sjónskertum, 1.250 að tölu, eru 700 (54%) sjónskertir af hennar völdum. Tveir þriðju hlutar þeirra eru komnir yfir sjötugt og enginn er alblindur. Langflestir eru reyndar í besta sjónskerðingarflokki, blinduflokki 1, þar sem sjónin er á bilinu 6/18 - 6/60 en með slíka sjón getur fólk yfirleitt lesið venjulegt letur með sérútbúnum sjónhjálpartækjum. Næstalgengasta orsök sjónskerðingar meðal Íslendinga er arfgeng sjónuhrörnun eða Retinitis Pigmentosa (RP) en með hana sem frumorsök blindu eða sjónskerðingar eru þó aðeins 70 manns eða tæp 6%. Í þriðja sæti kemur svo gláka með 5,2% og sjóntaugarrýrnun í því fjórða, 3,8%. Sjá mynd 1.

Gerð og starfsemi augans

Nauðsynlegt er að kunna skil á byggingu og starfsemi augans, til þess að geta áttað sig á einkennum þeim sem fylgja aldurstengdri hrörnun í augnbotni. Auganu má líkja við myndavél, þar sem glæra og augasteinn eru linsukerfi, sem beinir mynd í brennipunkt á sjónu, sem skynjar myndina líkt og filma myndavélarinnar. Í henni er urmull ljósnæmra fruma, svokallaðir ljósnemar. Þeim má skipta í tvennt eftir gerð og eðli. Annars vegar eru keilur, sem þurfa mikið ljós til að starfa eðlilega og nýtast því best í birtu. Þær hafa með skarpa sjón ásamt litar- og formskyni að gera. Keilurnar eru aðallega staðsettar í gula blettinum, sem er lítið svæði í miðjum augnbotninum, um 1,5mm að stærð. Á því eru 10 milljón keilur. Í daglegu tali er keilusjónin ýmist kölluð skörpsjón eða lessjón. Hinsvegar eru í augnbotninum stafir, um 200 milljón talsins, sem dreifðir eru um augnbotninn allan. Þeir eru mjög ljósnæmir og nýtast því fyrst og fremst í rökkri ásamt því að skynja hreyfingar. Starfsemi þeirra er í mæltu máli kölluð hliðarsjón eða ratsjón.

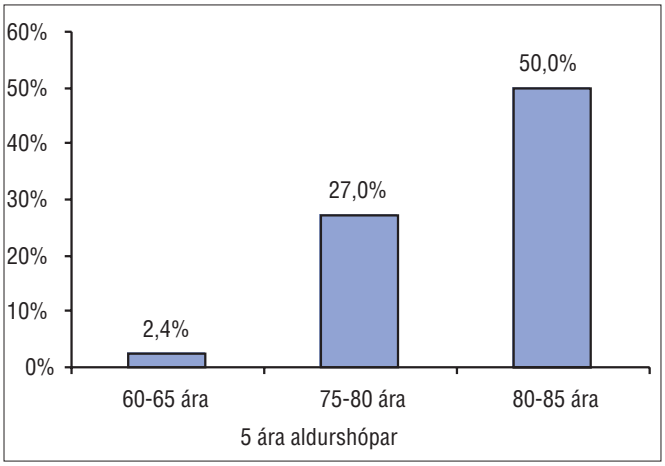
Tengsl sjónskerðingar og aldurs

Algengi sjónskerðingar og blindu eykst hratt með aldri. Með algengi er átt við fjölda í ákveðnum aldurshópi miðað við heildar mannfjölda í sama hópi. Algengi sjónskerðingar er aðeins 0,1% í yngstu aldurshópum

eða einn sjónskertur af hverjum 1.000 íbúum og eykst lítið fram að sextugu, enda fágætt að menn verði blindir á því aldursbili, þar sem orsakir sjónskerðingar meðal ungs fólks eru flestar meðfæddar. Eftir sextugt eykst algengið aftur á móti hratt og kemst upp í 30% í elstu aldurshópum. Ekki er síður erfitt að missa lessjón á efri árum þegar hreyfigeta dvínar og lítið annað hægt að gera en að líta í bók. Ævikvöldið er alltaf að lengjast og því ættu menn að reyna að viðhalda lífsgæðum eins og sjón með öllum ráðum.

Aldurstengd augnbotnahrörnun

Algengi augnbotnahrörnunar fer ört vaxandi með auknum aldri. Algengið er aðeins 2,4% í aldurshópnum 60-65 ára, 27% í hópnum 75-80 ára en meira en 50% hjá þeim sem komnir eru yfir áttrætt. Flestir eru á aldrinum 75-80 ára eða 70% allra, enda er sá aldurshópur einn fjölmennasti hópur aldraðra. Nafngiftin aldursrýrnun er tilkomin vegna þessara nánu tengsla við aldur. Sjá mynd 2.



Mynd 2 Samband aldurs og aldursrýrnunar í augnbotnum

Fyrir utan náin tengsl við aldur er reyndar fátt vitað um orsakir aldursrýrnunar. Hún heldur algengari meðal hvítra en svartra. Nánast enginn munur á algengi aldursrýrnunar meðal karla og kvenna. Oft spyr fólk sem haldið sjúkdómnum, hvort ekki sé skaðlegt að reyna á augun. Því er til að svara að ekkert hefur komið fram sem bendir til þess að augnáreynsla skaði sjónina. Fremur má segja að æskilegt sé að viðhalda lesgetu með daglegum lestri, þótt hann valdi iðulega þreytu vegna óeðlilega stuttrar lesfjarlægðar, sem skapast af sterkum gleraugum. Það hefur og sýnt sig að þeir sem hætta lestri vegna sjónskerðingar hefja hann sjaldnast aftur síðar.

Einkenni aldurstengdrar augnbotnahrörnunar

Fyrsta einkenni aldursrýrnunar í lespunkti er versnandi lessjón og að fólk á í erfiðleikum með að sjá texta á sjónvarpi og þekkja andlit fólks á förnum vegi. Skýrist það af því að mynd þess sem horft er á lendir á lespunktinum og því beint ofan í skemmdina. Stundum er auðveldara er að greina smáatriði með því að gera sér far um að horfa framhjá því sem ætlunin er að skoða, þannig að myndin lendi utan við skemmdina. Algengast er að skarpa sjónin versni smám saman á löngum tíma uns fólk hættir að geta lesið með venjulegum lesgleraugum. Einnig er til í dæminu að sjónin versni nokkuð skyndilega vegna bjúgs eða blæðinga í lespunktinn. Til eru nefnilega tvö ólík form af sjúkdómnum, annarsvegar svokölluð þurrarýrnun með hægfara versnun og hins vegar votarýrnun, en þá bjagast sjónin vegna leka frá nýæðamyndunum. Algengast er að aldursrýrnun byrji fyrst aðeins í öðru auga og geta jafnvel liðið nokkur ár þar til seinna augað gefur sig. Getur þetta skipt sköpum varðandi meðferð, sérstaklega fyrir þá sem hafa votarýrnun, þar sem meðferð er nú loksins möguleg í sumum tilvikum hennar. Menn geta þá verið á sérstökum verði gagnvart fyrstu einkennum seinna augans, það er bjöguninni, því bestu möguleikar til meðferðar eru á byrjunarstigi sjúkdómurinn. Ekkert er því miður hægt að gera til lækninga eftir að ör hefur náð að myndast í lespunktinum. Það verður því aldrei of brýnt fyrir fólki að láta augnlækni skoða augu reglulega þegar aldurinn færist yfir eða breytingar verða á sjón.

Meðferð

Algengt er að fólk með augnbotnahrörnun spyrji hvort ekki sé hægt að bæta sjón með sérstöku mataræði. Því miður hefur ekki verið hægt að sýna fram á það. Stórreykingarfólki er mun hættara við aldurshrörnun en þeim sem ekki reykja. Hófleg áfengisneysla virðist ekki vera til skaða. Sterkt sólarljós er örugglega ekki hollt fyrir augun og því skyldi varast að horfa upp í sólina og skynsamlegt að nota vönduð sólgleraugu og jafnvel derhúfu meðan sól er á lofti. Hingað til hefur ekki verið unnt að beita lyfjameðferð við augnbotnahrörnun en nýlega birtist þó grein í viðurkenndu augnlæknatímariti, þar sem lýst er nokkurri gagnsemi af inntöku málmsins Zinks í stórum skömmtum. Samkvæmt rannsókninni virðist um fjórði hver sjúklingur hafa eitthvert gagn af inntöku Zinks, hvort heldur sem sjúkdómurinn er á byrjunarstigi eða lengra genginn. Á allra síðustu árum hefur komið fram sérstök lasermeðferð við votarýrnun, en hún hrjáir tæpan helming þeirra sem haldnir eru aldurshrörnun í augnbotni. Meðferðin felst í því að skemmdin er lituð með sérstökum grænum lit (Verteporfin), sem sprautað er inn í æðakerfið og grænlituð skemmdin síðan geisluð með rauðu laserljósi, sem lokar nýæðamyndunum og lekum nýæðum og kemur þannig í veg fyrir áframhaldandi skemmdir. Árangursríkast er að beita meðferðinni í byrjun sjúkdómsins, eða þegar vart verður fyrstu breytinga á sjón, eins og bjögunar. Eru menn nú jafnvel farnir að líta á þessa tegund augnbotnahrörnunar sem bráðasjúkdóm með tilliti til meðferðar. Meðferðin hentar því miður fremur litlum hópi eða

aðeins um 20% allra því í mörgum tilvikum er hrörnunin án leka (þurr) ellegar of langt gengin þegar læknis er leitað.

Hvers vegna hrörna menn?

Það er kunnara en frá þurfi að segja að líkami okkar er dauðlegur. Öll líffærin eldast frá vöggu til grafar og hvert og eitt á sinn sérstaka hátt. Augun eru þar engin undantekning. Nauðsynlegt er að menn geri sér fulla grein fyrir því að öldrun og dauði eru ráð, sem náttúran hefur komið sér upp til að skapa rými fyrir komandi kynslóðir. Með kynæxlun opnast möguleikar á að mynda nýjar samsetningar erfðaefnis, sem einstaka sinnum henta betur í nýju og breyttu umhverfi, en þær gömlu góðu, og verða þá ofan á í samkeppninni um lífsins gæði. Eins og flestir vita hefur mönnum nú tekist að greina að mestu erfðaefni (uppskrift) mannsins eða þá 3 milljarða grunneininga (basapara), sem það er sett saman úr. Talið er að í því leynist a.m.k. 140 þúsund erfðavísar (gen), sem eru uppskriftir að allri gerð og starfsemi líkamans. Í genasafni okkar leynast líka 3.000-5.000 sjúkdómsvaldandi gen, svo kölluð meingen. Þau hafa orðið til á löngum tíma vegna mistaka í endurröðun erfðaefnisins. Hingað til hefur mönnum aðeins tekist að finna um 400 þeirra en unnið er nú hörðum höndum víðu um heim, meðal annars hérlendis, að finna meingen sjúkdóma og gengur sú leit vel. Þekking á meingenum opnar möguleika á að klæðskerasauma lyf sjúkdómum og síðar jafnvel að koma heilbrigðu erfðaefni inn í sjúkar frumur í lækningaskyni. Meira að segja ellinni er stjórnað af genum, og því er ekki mjög fjarlægur draumur að menn geti er fram líða stundir stjórnað henni eins og öllu öðru, hvort sem það mun nú verða mannkyninu til hagsældar eða ekki til lengri tíma litið.

Fjölgun sjónskertra

Mannskepnunni hefur með viti sínu tekist að lágmarka skaðsemi ytri áreita og með því teygt úr ævinni. Fullyrða má því að fjöldi aldraðra muni aukast mikið í náinni framtíð. Margt bendir nú til þess að innan fárra mannsaldra geti menn náð allt að 120 ára aldri. Ef það gengur eftir má reikna með að menn þurfi, að öðru óbreyttu, að lifa með skerta sjón, jafnvel svo áratugum skiptir, því öll verðum við meira eða minna sjónskert ef okkur endist aldur og heilsa til. Það er eins og skaparinn hafi ekki ætlað okkur að sjá skýrt öllu lengur en í 80 ár. Sennilega áttum við að hafa lokið jarðvist okkar fyrir þann tíma.

Hvað er til ráða?

Oft er hjálpin næst þegar neyðin er stærst og einhvern veginn hefur manninum iðulega tekist að leysa vandamál sín á ögurstundu áður en í algert óefni er komið. Aldursbundin augnbotnahrörnun liggur æði oft í ættum ekki síst vota gerðin. Eins og margir vita, fer um þessar mundir fram skipuleg leit að arfberum aldurstengdrar hrörnunar í augnbotni meðal Íslendinga. Það er samstarfsverkefni Íslenskrar erfðagreiningar, Augndeildar Landspítalans og Sjónstöðvar Íslands. Væntum við okkar mikils af henni ekki síst fyrir þá sem eru með sjúkdóminn á byrjunarstigum og ekki síst afkomendur þeirra.

Þótt nú sé aðeins í fæstum tilvikum hægt að bjóða upp á eiginlega meðferð við aldursrýrnun má alltaf hjálpa fólki töluvert með því að fá það til að nýta betur þá sjón sem ennþá er til staðar. Sjónstöð Íslands, ríkisstofnun sem heyrir undir Heilbrigðisráðuneytið, veitir blindum og sjónskertum alhliða þjónustu og endurhæfingu þegar sjón er komin niður fyrir ákveðin mörk (<6/18 með bestu gleraugum). Augnlæknar vísa sjúklingum á stöðina þegar þessum mörkum er náð, og á þarf að halda. Sjónstöðin er til húsa í Hamrahlíð 17 í Reykjavík. Aðstoð Sjónstöðvar við fólk með aldursrýrnun er fyrst og fremst fólgin í útvegun sjónhjálpartækja. Má þar nefna sérútbúin sterk lesgleraugu, kíkisgleraugu og stækkunargler. Þeim sem verst eru settir með sjón, og í þeim tilvikum þar sem algengustu sjónhjálpartæki duga ekki lengur, er stundum hægt að ná lestri með svokölluðu lestæki, en það er búnaður sem sýnir mikið stækkaða mynd á skjá af því sem skoðað er. Sjónstöðin veitir fólki einnig kennslu í notkun tækjanna og ýmsar ráðleggingar varðandi lýsingu og vinnuaðstöðu hvort heldur sem er á heimili eða vinnustað. Þeim sem verst eru settir með sjón gefst kostur á að fá kennslu í athöfnum hins daglega lífs og umferli. Þá er einnig til boða andleg aðhlynning og ýmiss félagsleg aðstoð.

Tölvuhjálpartæki fyrir sjónskerta

Á allra síðustu árum hefur Sjónstöðin í vaxandi mæli útvegað fólki tölvutengd hjálpartæki. Fullyrða má að tölvutæknin sé bylting í aðstoð við sjónskerta, enda hefur notkun tölvuhjálpartækja aukist hratt. Í upphafi var það að vonum fyrst og fremst unga fólkið sem færði sé þau í nyt, en upp á síðkastið hafa aldraðir einnig nýtt þau vel, enda margir hverjir nú vel tölvulæsir. Að minnsta kosti 110 sjónskertir einstaklingar nota nú tölvutengd hjálpartæki að meira eða minna leyti hér á landi. Fullyrða má að tækni þessi sé ein mesta framför í hjálpartækjum fyrir sjónskerta frá því stækkunargler-ið og sjónaukinn komu fram á sjónarsviðið. Sem dæmi um tölvuhjálpartæki má nefna: Blindraskjá, en með hans hjálp geta alblindir lesið með fingurgómum, á punktskrift (Braille), það sem í tölvunni er. Skjálestrarforrit (t.d. Jaws) er tengiliður tölvunnar við talgervilinn, sem les í heyranda hljóði allt sem í tölvunni leynist, hvort heldur sem er á íslensku eða ensku. Þá eru á markaðnum stækkunarforrit (t.d. Zoomtext), sem getur stækkað verulega upp myndina á skjánum og tengst talgervlinum. Með forritinu Recognita geta menn, eftir skimun texta af blöðum og bókum, breytt textamynd í tölvutækt form, þannig að talgervillinn getið skilið og lesið í heyranda hljóði. Þá má ekki

gleyma Talpóstinum, sem er sérhannað íslenskt póstforrit, sem tengist talgervlinum og er sérlega einfaldur og þægilegur í notkun og hentar því vel öldruðum og þeim sem litla reynslu hafa af tölvunotkun. Á döfinni er nýr íslenskur talgervill sem byggir á upplesnum orðum í stað tölvumáls. Talgervillinn flettir þá upp hljóðskrám orða um leið og hann fer í gegnum ritaðan texta. Á þennan hátt verður upplesturinn með rödd lifandi manns, þótt lesturinn sé ekki eftir efninu, a.m.k. ekki svona fyrst um sinn. Eins og fram hefur komið í fréttum undanfarið er mikil vakning víða um heim í svo kallaðri tungutækni, en með henni er töluðu máli breytt í tölvutækt form. Þetta jafnast á við það að vera með ritarann í vasanum. Með tilkomu raddstýringar fer að styttast í því að lyklaborðið og skjárinn verði úrelt og munu víst fáir sjónskertra sakna þeirra. Með raddstýringu opnast líka endalausir möguleikar. Hægt verður til dæmis að láta tölvur framkvæma ýmis verk eins og opna dyr, hella upp á könnuna, kveikja á útvarpinu eða sækja upplýsingar á netið. Þá er ekki langt í að tölvur geti leiðbeint fólki ákveðnar leiðir utan dyra. Er hægt að hugsa sér nokkuð þægilegra fyrir sjónskerta?

Kostnaður vegna tölvuhjálpartækja

Tölvuhjálpartæki eru framleidd í litlum mæli og því tiltölulega dýr, til dæmis kostar einn blindraskjár á aðra milljón og forritin oftast á bilinu 80-150 þkr. stykkið. Meðalkostnaður Sjónstöðvar vegna tölvuhjálpartækja hefur verið um 250 þkr. á hvern notanda. Þar sem tölvuhjálpartækin koma ekki nema að litlu leyti í stað hefðbundinna hjálpartækja er verulegur kostnaðarauki þeim samfara. Nú þegar er ljóst að möguleikar á tölvubúnaði fyrir sjónskerta eru meiri en þjóðfélagið er tilbúið að greiða fyrir og því verður ekki unnt að útvega öllum sjónskertum tölvutengd hjálpartæki að óbreyttu. Óskað hefur verið eftir auknu fé frá ráðuneyti en mjög óvíst að það fáist vegna sparnaðarmarkmiða ríkisstjórnarinnar í heilbrigðismálum. Ég legg því til að Samtök aldraða og Blindrafélagið leggist á eitt og beiti sér af alefli til lausnar á þessu mikla velferðarmáli.

Lokaorð

Það hefur löngum þótt vera aðall velferðarþjóðfélags að búa vel að þeim þegnum sínum sem minnst mega sín vegna aldurs eða fötlunar. Sjónstöðinni og Blindrafélaginu finnst nú lag að stíga stórt framfaraskref með tölvuvæðingu blindra og sjónskertra og þjálfun þeirra til sjálfbjargar í heimi sem hælir sér af að vera fjölmenningarlegur. Segja má að möguleikar sjónskertra og aldraðra til sjálfsbjargar séu nú meiri og betri en þeir hafa nokkru sinni áður verið. Vissulega er alltaf mikið áfall að missa að mestu lesgetuna en fullyrða má þó að sjóndaprir geti lifað sjálfum sér og öðrum til ánægju og því er ekki ástæða til að örvænta þótt sjónin daprist með aldrinum.

Skrifað í janúar 2002 fyrir tímaritið Öldrun

Heilabilunareining

Þjónustukeðja fyrir aldraða með heilabilun og aðstandendur þeirra

Hanna Lára Steinsson
félagsráðgjafi heilabilunar-einingar LSH Landakoti

Þann 6. mars árið 1998 var formlega stofnuð sérstök heilabilunareining innan öldrunarsviðs Sjúkrahúss Reykjavíkur, síðar Landspítala háskólasjúkrahúss. Einingin er staðsett á Landakoti og skiptist hún í nokkra þætti sem nýtast sjúklingum og aðstandendum á mismunandi stigum sjúkdómsins. Má þar nefna minnismóttöku, tvær legudeildir, stuðningshópa fyrir aðstandendur og þjónustusamninga við þrjár dagvistanir og eitt stoðbýli. Þessi þjónustukeðja er hugsuð út frá því markmiði að veita sjúklingum og aðstandendum þeirra meðferð, stuðning og fræðslu frá sömu aðilum í gegnum allt sjúkdómsferlið, eða frá greiningu til stofnanavistunar.

Minnismóttaka

Á minnismóttöku er grunnurinn lagður að stuðningi við sjúkling og fjölskyldu hans. Þar fer fram greining á því hvort og þá hvers konar heilabilun sé á ferðinni. Aðstandendur fá viðtal hjá félagsráðgjafa og sótt er um ýmis konar aðstoð fjölskyldunni til handa.

Jón Snædal, yfirlæknir heilabilunareiningarinnar, byrjaði með minnismóttöku í Hátúni árið 1995 og náði hún þá yfir tvær stundir á viku. Nú starfa sjö öldrunarlæknar á minnismóttöku hálfan til heilan dag alla daga vikunnar. Engu að síður er biðlistinn enn um tveir mánuðir. Þeir sem geta pantað tíma á minnismóttöku eru heimilislæknar, heilsugæsluteymi, þjónustuhópar aldraðra og öldrunarteymi sjúkrahúsanna. Á minnismóttöku starfa auk lækna, ritari, hjúkrunarfræðingar, taugasálfræðingar, öldrunarsálfræðingur og félagsráðgafar.

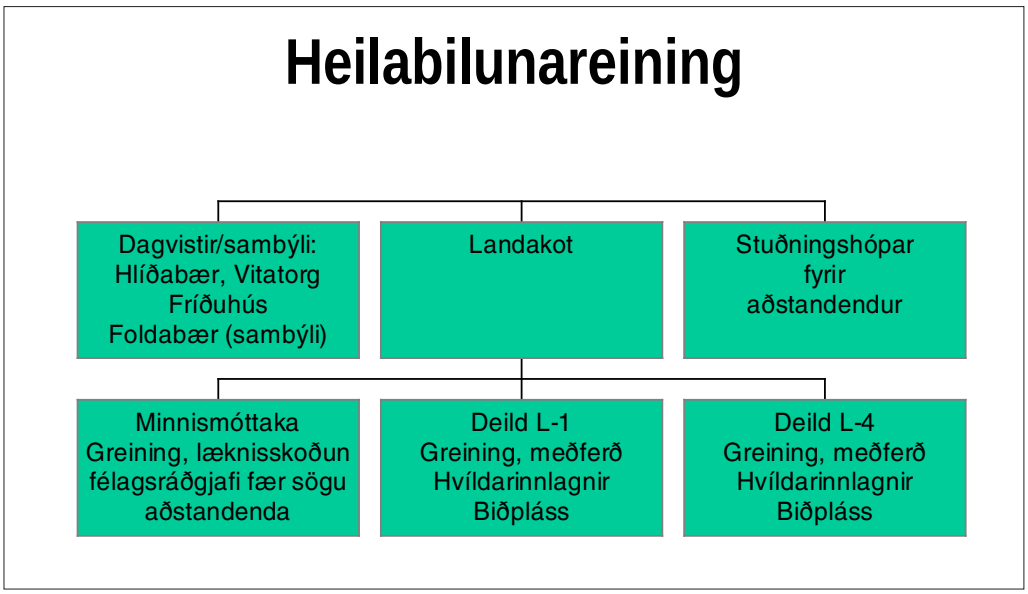
Sjúklingar koma oftast í tvígang á minnismóttöku. Í fyrri komu fara sjúklingar í líkamlega skoðun og mat lagt á vitræna getu m.a. með einföldum prófum. Staðlaðir spurningalistar eru lagðir fyrir af lækni og hjúkrunarfræðingi. Á meðan rannsókn stendur yfir fara aðstandendur í viðtal hjá félagsráðgjafa, en farið er fram á að sjúklingar komi ávallt í fylgd aðstandenda. Upplifun annarra fjölskyldumeðlima er oft allt önnur en sjúklingsins sjálfs og þeir eiga gjarnan erfitt með að tjá sig um raunverulegt ástand fyrir framan sjúklinginn. Félagsráðgjafinn tekur niður sögu sjúklingsins eftir aðstandanum og skráir þær breytingar sem hafa orðið á fjölskyldulífi.

Í lok fyrri komu ákveður læknirinn hvaða rannsóknir skulu gerðar í framhaldinu og eru aðstandendur viðstaddir þegar þær upplýsingar eru gefnar og tímar ákveðnir. Algengustu rannsóknirnar eru blóðprufur, sneiðmynd af höfði, blóðflæðirannsókn og taugasálfræðileg próf. Að rannsóknum loknum kemur sjúklingur á ný á minnismóttöku ásamt aðstandanda og farið er yfir niðurstöðurnar og rætt um hugsanlega greiningu. Að lokum eru ákvarðanir teknar um meðferð og eftirlit. Oft eru ýmis úrræði útveguð í gegnum minnismóttöku sbr. heimaþjónusta, heimahjúkrun, dagvistun, stuðningshópar aðstandenda og fleira. Sjúklingar sem þurfa sértæka meðferð verða áfram í eftirliti frá móttökunni.

Í fyrra árið 2001 komu alls 218 nýir sjúklingar á minnismóttöku, þar af voru 136 konur og 82 karlar. Frá upphafi hafa um 1.100 einstaklingar notið þjónustu móttökunnar.

Legudeildir

Sérstakar legudeildir fyrir sjúklinga með heilabilun eru tvær á Landakoti, L-1 og L-4. Innlagnir á deildirnar geta verið í margvíslegum tilgangi t.d. til greiningar,



Mynd 1: Heilabilunareiningin

meðferðar eða endurhæfingar, en einnig er talsvert um að sjúklingar komi í hvíldarinnlagnir og biðpláss. Deildirnar eru alveg eins upp byggðar og veita sömu þjónustu. Átján rúm eru á hvorri deild og þar af eru tvö hvíldarrúm á hvorri um sig, eitt fyrir karla og eitt fyrir konur. Á hverju ári koma um 65 manns í hvíldarinnlagnir, en þær eru til þriggja vikna í senn.

Flestir sem leggjast inn hafa einhvern tíma komið á minnismóttöku þ.a. talsvert hefur þá verið unnið í málunum áður. Aðrir sem leggjast inn eru erfiðir sjúklingar af öðrum deildum spítalanna eða þeir sem eru orðnir mjög erfiðir heima. Á vikulegum innlagnarfundum er farið yfir þá sjúklinga sem bíða heima eftir því að leggjast inn á deildirnar og forgangsraðað eftir þeim upplýsingum sem fyrir liggja.

Á báðum deildum eru einnig vikulegir teymisfundir og alltaf eru haldnir fjölskyldufundir fyrir hvern sjúkling, hvort sem séð er fram á útskrift eða ekki. Á fundunum er ákveðið í samráði við fjölskyldu hvort útskrift sé ráðleg og þá hvaða þjónustu sé þörf heima. Ef sjúklingur kemst ekki heim er hann kominn í svo kallað biðpláss og bíður eftir framtíðarvistun á hjúkrunarheimili.

Deildarstjóri á L-1 er Gerður Sæmundsdóttir og læknir er Jón Snædal. Á deild L-4 er Ída Atladóttir deildarstjóri og læknir Björn Einarsson. Jón og Björn eru jafnframt þeir læknar sem hafa mesta viðveru á minnismóttöku.

Dagvistir

Samningar um læknisþjónustu eru við þrjár dagvistir, sérstaklega ætlaðar fyrir sjúklinga með heilabilun. Þær eru eftirfarandi:

Hlíðabær sem stofnaður var af S.Í.B.S., Reykjavíkurdeild R.K.Í. og Samtökum aldraðra árið 1986. Hlíðabær er staðsettur að Flókagötu 53 og þar er forstöðumaður Sigrún K. Óskarsdóttir.

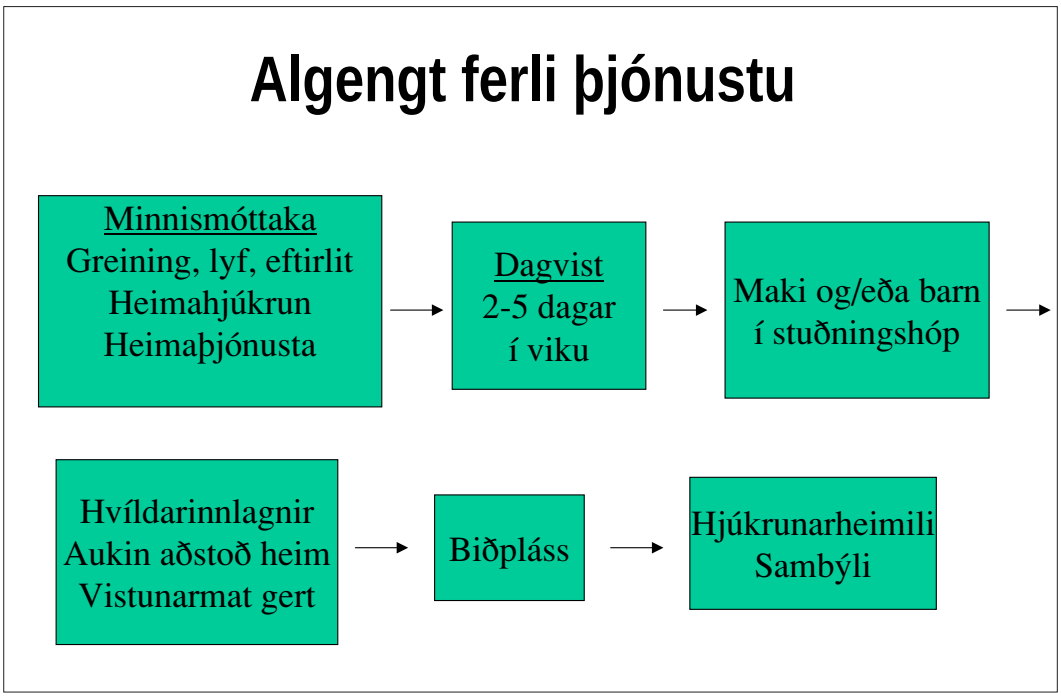
Vitatorg var stofnað af Reykjavíkurborg árið 1996. Það er að Lindargötu 59 og þar er forstöðumaður Marta Pálsdóttir.

Fríðuhús er nýjasta dagvistin og var stofnuð af félagi aðstandenda Alzheimers sjúklinga (F.A.A.S.) í byrjun árs 2001. Fríðuhús stendur við Austurbrún 31 og þar er forstöðumaður Hildur Reynisdóttir.

Dagvistirnar hafa það að markmiði að þjálfa þá líkamlegu og andlegu færni sem enn er til staðar hjá hverjum einstaklingi. Læknarnir Jón Snædal og Björn Einarsson mæta þangað vikulega, fylgjast með sjúklingum og hafa gjarnan fundi með fjölskyldum. Algengt er að aðstandendur þeirra sem eru í dagvistun nýti sér hvíldarinnlagnir á Landakoti fyrir viðkomandi sjúkling. Læknarnir eða forstöðumenn dagvistanna hafa þá samband við félagsráðgjafa heilabilunareiningarinnar sem heldur utan um hvíldarinnlagnirnar og hann raðar sjúklingum fram í tímann í samráði við aðstandendur.

Stuðningshópar

Stuðningshópar fyrir aðstandendur sjúklinga með heilabilun hafa verið starfræktir við heilabilunareiningu frá árinu 1997. Alls hafa um 140 manns komið í slíka hópa, en hóparnir eru orðnir 20 að tölu. Þeir eru lokaðir og ekki stærri en sjö manna. Ýmist er boðið upp á makahópa eða barnahópa. Hóparnir hittast í sex skipti í eina og hálfa klukkustund í senn, vikulega. Venjan hefur verið sú að bjóða upp á blöndu af fræðslu og stuðningi, þ.a. félagsráðgjafi, læknir og sálfræðingur hafa verið með sitt innleggið hver en þess á milli eru umræður. Einnig hefur talsvert verið notast við myndbönd og fagbókasafn í öldrunarfræðum sem staðsett er á Landakoti. Sálfræðingur og félagsráðgjafi hafa stýrt þessum hópum frá upphafi. Umsóknir um þátttöku í stuðningshópum koma í gegnum minnismóttöku, dagvistirnar þrjár og legudeildirnar.



Mynd 2: Algengt ferli þjónustu

Góð samvinna er við félag aðstandenda, F.A.A.S., sem hefur verið starfrækt frá árinu 1985. Félagið er kynnt rækilega í hópunum og fræðsluefni sem félagið gefur út er einnig boðið til sölu. Þátttakendur stuðningshópanna eru því orðnir fjölmennir á fundum F.A.A.S. auk þess sem sumir hópanna halda stíft saman og hittast reglulega eftir að hlutverki hópleiðara lýkur.

Samantekt

Til að taka saman hvernig þjónustan sem heilabilunareiningin veitir gengur gjarnan fyrir sig er ágætt að notast við myndina hér fyrir ofan:

Sjúklingur byrjar á því að koma á minnismóttöku, þar sem hann fær greiningu, saga hans er tekin og úrræði við hæfi fengin inn á heimilið. Algengt er að þegar líður á sjúkdómsferlið og sjúklingur þarf meira eftirlit/getur ekki verið einn, þá er fengin dagvistun fyrir hann. Maki/barn eru þá frjáls yfir daginn og geta hvílst eða sinnt öðru.

Reynt er að styðja sem allra fyrst við þá aðstandendur sem eiga hvað erfiðast ýmist með stuðningshópum, sálfræðiviðtölum eða viðtölum hjá félagsráðgjafa.

Hvíldarinnlagnir geta komið að góðum notum þegar maki fær orðið ekki nægan nætursvefn, þarf almennt á hvíld að halda eða ætlar t.d. í ferðalag.

Flestir sjúklingar með heilabilun þurfa á lokastigum sjúkdómsins á sólarhringsumönnun að halda og bíða þá ýmist heima eftir hjúkrunarheimili eða fara í biðpláss á legudeildunum tveimur.

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands:
ÚTFARARSTOFA ÍSLANDS
Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands:
Náms flokkar Reykjavíkur

Góða nótt

Zopiklon NM Pharma

NÝR STYRKUR - BETRI SVEFN

Líknardeildin á Landakoti

Bryndís Gestsdóttir
deildarstjóri

Þann 26. október 2001 var formlega opnuð glæsileg líknardeild á öldrunarsviði Landspítala Háskólasjúkrahúss og með því rættist langþráður draumur okkar sem starfa að öldrunarmálum.

Á öldrunarsviði hefur verið sú stefnumótun að sérhæfa allar einingar og er líknardeildin liður í því. Öldrunarteymi eru starfrækt innan sviðsins og eru þau staðett á Hringbraut og í Fossvogi. Ein bráðadeild fyrir aldraða er staðsett í Fossvogi en önnur starfsemi sviðsins er á Landakoti.

Þar eru tvær deildir fyrir heilabilaða, minnismóttaka og almenn móttaka, dagspítali, tvær endurhæfingadeildir og ein fimmdagadeild. Einnig er þar deild ætluð lungnasjúkum og svo á fimmtu hæð hússins er líknardeildin staðsett.

Á deildinni eru níu rúm og er eingöngu um einbýli að ræða. Það eru svalir út af flestum herbergjum. Húsnæðið er allt hið fallegasta og mikið útsýni er úr öllum gluggum og má sjá meðal annars yfir vesturbæinn, miðbæinn, höfnina, Esjuna og Faxaflóann. Og jafnvel sést til Snæfellsjökuls frá eldhúsi og borðstofu.

Lögð var rík áhersla á heimilislegt umhverfi við hönnun deildarinnar bæði hvað snertir húsnæði, húsgögn og annan húsbúnað.

Á deildinni starfa öldrunarlæknir og deildarlæknir.

Auk deildarstjóra eru 6,1 stöðugildi hjúkrunarfræðinga fyrir utan næturvaktir sem eru sameiginlegar á tveimur deildum og 5,6 stöðugildi sjúkraliða ásamt ritara í hálfu starfi, svo og sérhæfður starfsmaður deildarinnar sem annast eldhússtörf og afþreyingu fyrir sjúklinga.

Forsaga

Á öldrunarsviði hefur verið unnið skv. leiðbeiningum um takmörkun meðferðar frá 1991. Eftir því sem fram liðu stundir kom í ljós að legupláss vantaði fyrir sjúklinga með langt genginn illkynja sjúkdóm á lokastigi. Deild þar sem unnt væri að veita líknandi meðferð á skipulagðan og sérhæfðan hátt samkvæmt bestu þekkingu á hverjum tíma.

Samkvæmt stefnumótun öldrunarsviðs um sérhæfingu hinna ýmsu eininga var ákveðið að deild K-1, sem var tuttugu rúma öldrunarlækningadeild á Landakoti, tæki að sér þetta hlutverk.

Í byrjun var ákveðið að vera með 2 – 4 pláss samhliða annarri starfsemi og sjá hve þörfin væri. Starfsfólk deildarinnar myndi síðan smám saman byggja upp reynslu og þekkingu.

Á síðustu árum hefur líknarmeðferð verið viðurkennd sem sérgrein innan læknisfræðinnar og orðið til þess, að víðsvegar í heiminum er þessi meðferð veitt á skipulagðan og sérhæfðan hátt.

Um er að ræða sérhæfðar legudeildir, sérhæfða þjónustu í heimahúsum og meðferð á almennum spítaladeildum með stuðningi og aðstoð líknarteyma.

Fyrst og fremst var horft til þeirra öldruðu einstaklinga með illkynja sjúkdóm á lokastigi sem ekki geta dvalist í heimahúsi og miðað var við að ævilíkur sjúklinga væru skemmri en 3-6 mánuðir.

Í nóvember 1998 kom inn fyrsti sjúkingurinn í líknandi meðferð á K-1.

Árin 1999 og 2000 voru 35 innlagnir í líknarpláss. Flestir voru allt að fjóra mánuði á deildinni og þegar mest var voru 7 pláss í notkun en þó var ekki unnt að verða við öllum beiðnum. Það var því ljóst að mikil þörf var fyrir þessa þjónustu.

Reynslan sýndi einnig að erfitt var að að notast við tvíbýli og voru aðstæður á öldrunarlækningadeild því ekki góðar til að veita sjúklingum og aðstandendum það næði sem þarf við þessar aðstæður.

Þar sem ljóst var að mikil þörf var fyrir þessa starfsemi var ákveðið að finna henni góðan stað og varð fimmta hæðin fyrir valinu. Þar hafði verið starfrækt gjörgæsla í tuttugu og fimm ár en síðustu árin var þar launadeild spítalans þar til hún fékk viðunandi húsnæði annars staðar.

Í byrjun árs 2001 hófust síðan hönnunarvinna og framkvæmdir við breytingu húsnæðisins.

Framlag úr Framkvæmdasjóði aldraðra studdi þær framkvæmdir á húsnæði sem gera þurfti.

Einnig var leitað til líknarfélaga til styrktar þessu verkefni og fengust góðar undirtektir.

Kvennadeild Reykjavíkurdeildar Rauða kross Íslands gaf rafdrifin rúm af bestu gerð ásamt náttborði og sjónvarpi á armi og þægilegan stól inn á hvert herbergi.

Styrktarsjóður Landakotsspítala gaf mest af búnaði í stofu, borðstofu og eldhús og húsgögn á gang deildarinnar.

Fræðsla starfsfólks

Lögð er áhersla á að starfsfólk viðhaldi eða bæti við þekkingu sína á líknandi meðferð.

Tveir hjúkrunarfræðingar deildarinnar eru með viðbótarnám í krabbameinshjúkrun frá Námsbraut í hjúkrunarfræði. Þá tók starfsfólk þátt í fræðslu sem skipulögð var fyrir starfsfólk líknardeildar Kópavogi vorið 1999 áður en sú deild var opnuð.

Fræðslufundir hafa verið bæði innan deildar og einnig á vikulegum fræðslufundum öldrunarsviðs um líknarmál svo og annað sem tengist með beinum eða óbeinum hætti starfseminni. Þá hefur starfsfólkið leshring þar sem farið er vikulega í gegnum góða grein tengda starfinu.

Starfsemi

Hugmyndafræðin sem höfð er að leiðarljósi byggist á að auka lífsgæði sjúklings eins og hægt er, draga úr kvíða og einkennum sjúkdóms og varðveita getu hans til athafna daglegs lífs svo sem að klæðast og matast. Einnig að veita sjúklingi og aðstandendum hans stuðning.

Sinna þarf bæði andlegum, líkamlegum og trúarlegum þörfum sjúklings auk þess sem aðstandendur þurfa oft mikinn stuðning og umhyggju.

Á deildinni er unnið samkvæmt einstaklingshæfðri hjúkrun sem þýðir að einn ákveðinn hjúkrunarfræðingur og sjúkraliði eru ábyrgir fyrir að skipuleggja hjúkrun sjúklings í samráði við hann og fjölskyldu hans allt frá því að hann leggst inn á deildina og þar til yfir lýkur.

Samkvæmt skilgreiningu WHO er líknarmeðferð heildræn meðferð þar sem ættingjar eru mikilvægur hluti heildarinnar. Það fer því oft mikill tími starfsfólks og teymis í stuðningssamtöl og fjölskyldufundi.

Fjölskyldufundir eru oftast viku eftir að sjúklingur kemur á deildina og svo eftir þörfum. Á fjölskyldufundum er meðal annars rætt um sjúkdómsástand sjúklings, horfur hans og líðan og þá meðferð sem er í gangi. Einnig er rætt um það sem ættingjum liggur á hjarta.

Áhersla er lögð á friðsæl endalok þegar lífinu verður ekki lengur áfram haldið.

Unnið er í þverfaglegu teymi sem í eru, auk lækna og hjúkrunarfræðinga, prestur, sjúkra- og iðjuþjálfar og félagsráðgjafi.

Einnig koma að starfseminni sálfræðingur, lyfjafræðingur, næringarráðgjafi og fleiri.

Meðan á dvölinni stendur er sjúklingur oftast rólfær þar til af honum dregur síðustu vikurnar eða dagana.

Ættingjar dveljast oft sólarhringum saman hjá hinum sjúka þegar að banalegunni kemur. Þessi tími er þeim oft mjög þungbær og því er mikilvægt að hafa góða aðstöðu og notalegt umhverfi til að bjóða.

Fyrir framan deildina hefur nýlega verið útbúið vistlegt herbergi sem ætlað er aðstandendum og geta þeir setið þar að vild og horft á sjónvarp eða hvílt sig. Einnig hafa fjölskyldufundirnir verið haldnir þar og skiptir miklu máli að vera í ró og næði í hlýlegu umhverfi.

Í stað býtibúrs er eldhús þar sem sjúklingar og starfsfólk matast saman í fallegu umhverfi og gestir einnig þegar þannig ber undir. Maturinn kemur heitur í ílátum frá eldhúsi spítalans og starfsfólkið ber síðan á borð fyrir sjúklinga. Bakað er af og til á deildinni og þykir öllum það hin mesta veisla. Gott er að ná til bæði sjúklinga og aðstandenda með þessu móti og skapar það hlýlegt og notalegt andrúmsloft.

Sameiginleg setustofa með sjónvarpi og öðru afþreyingarefni er mikið notuð svo og hægindastólar sem eru staðsettir á gangi deildarinnar. Þar finnst fólki gott að setjast og fylgjast með mannaferðum.

Eftirfylgd

Boðið er upp á kveðjustund með presti eftir andlát og flestir þiggja það. Einnig er sent samúðarkort til aðstandenda eftir andlát sjúklings.

Stundum hafa aðstandendur samband við starfsfólk deildar eða prest, en þeim hefur verið boðið að hafa samband.

Boðið er til samverustundar á aðventu í samvinnu við líknardeild Kópavogi, krabbameinsdeildir, líknarteymi, Heimahlynningu Krabbameinsfélagsins, Karitas

og kirkjuna. Samveran er sérstaklega ætluð þeim sem hafa misst ástvin og vilja staldra við á aðventunni. Þá er starfsfólk þessara eininga til staðar ef ættingjar vilja spjalla.

Innlagnarferli

Flestir sjúklingar koma frá krabbameins- og bráðadeildum sjúkrahússins en einnig frá öðrum stofnunum og heimahúsum. Gert er ráð fyrir að öldrunarteymi við Hringbraut og Fossvog hafi milligöngu um mat á þeim einstaklingum sem liggja á deildum spítalans og koma til álita að geti nýtt sér líknarpláss á Landakoti.

Gagnvart þeim sem dvelja í heimahúsi er málum beint til móttökudeildar á Landakoti, þar sem sérfræðilæknir deildarinnar metur hvert mál fyrir sig í samráði við tilvísandi lækni og ákveður heimsókn viðkomandi sjúklings á móttökudeildina eða vitjun til hans heima.

Það eru síðan deildarstjóri og sérfræðingur deildarinnar sem taka ákvörðun um innlögn sjúklings.

RAI

Á líknardeildinni er notað staðlað matstæki, RAI, til að meta heilsufar þeirra einstaklinga sem dvelja á deildinni.

Hægt er að skoða niðurstöður RAI gagnasafnsins á ýmsan hátt og bera saman hvernig hver deild fyrir sig er á landsvísu og einnig milli landa.

Þegar gæða- og umbótaverkefni hvers árs eru ákveðin er stuðst við þessar upplýsingar.

Nú er á döfinni að koma á sérstöku RAI mati fyrir líknarþjónustu og hefur verið leitað eftir samvinnu annarra fagaðila í því skyni. Undirbúningsvinna er þegar hafin og er gert ráð fyrir að mælitækið verði tilbúið á haustdögum.

Lokaorð

Frá opnun deildarinnar hefur verið full nýting á öllum plássum og fleiri beiðnir borist en hægt hefur verið að sinna.

Með hækkandi aldri þjóðarinnar lengjast ævilíkur háaldraðra og þar með má gera ráð fyrir að fleiri aldraðir greinist með illkynja sjúkdóma.

Meðalaldur sjúklinga sem dvalið hafa á deildinni frá nóvember 1998 til nóvember 2001 er rúm 81 ár. Meðalaldur kvenna er rúm 83 ár en karla tæp 80 ár. Fleiri karlar (56 %) en konur hafa legið á deildinni (44 %).

Í ljósi framangreinds má ályktа að aukin þörf verði í framtíðinni fyrir líknarþjónustu fyrir aldraða.

Ýmsar ráðstefnur í öldrunarfræðum

17. – 20. apríl 2002
IPA European and Mediterranean Regional Meeting
„The Qualities of Aging"
Hótel Parco dei Principi, Róm, Ítalía
Upplýsingar:
IPA Secretariat, 550 Frontage Raoad, #2820
Northfield, IL 60093 USA
Sími: +1 847 784 1701
Fax: +1 847 784 1705
E-mail: ipa@ipa-online.org
Vefsíða: http://www.ipa-online.org

2.– 4. maí 2002
„Cardiac Rehabilitation and Progression of Cardiovascular Diseases"
Leipzig, Þýskalandi
Upplýsingar:
R. Hambrecht eða G. Schuler, Dept. of Cardiology
Heart Center Leipzig, Strümpellstrasse 39,
04289 Leipzig
Sími: ++49 341 865 1426 (27)
Fax: ++49 341 865 1461
E-Mail: hamr@medizin.uni-leipzig.de
Vefsíða: www.spring2002-leipzig.de

25. – 28. maí 2002
Nordiske Kongress i Gerontologi „Aldring og individualitet"
Árósar, Danmörk.
Upplýsingar:
Dansk Gerontologisk Selskab
Aurehöjvej 24, DK-2900 Hellerup
Sími: + 45 3962 7627
Fax: + 45 3962 6627
E-mail: dgs@geroinst.dk

7. – 8. júní 2002
7. júní: „The Future of Retirement"
8. júní: „Retirement Surveys"
Reykjavík, Ísland.
Upplýsingar:
Tryggvi Herbertsson
E-mail: tthh@hi.is

4.-6. júlí 2002
4th International Conference on Evaluation for Practice
Tampere, Finnland
Upplýsingar: Conference Secretariat,
CongCreator CC Ltd
Bo. BOX 762, FIN-00101 Helsinki, Finnland
Sími: +358 9 4542190
Fax: +358 9 45421930
E-mail: eval2002@congcreator.com
Vefsíða:
http://www.uta.fi/laitokset/sospol/eval2002

20.-25. júlí 2002
The 8th International Conference on Alzheimer's Disease and Related Disorders
Stokkhólmur, Svíþjóð
Upplýsingar:
Alzheimer's Association, 919 North Michigan Avenue, Suite 1100, Chicago, Illinois 60611-1676 USA
Sími: +1 312 335 5813
Fax: + 1 312 335 5781
Vefsíða: http://www.alz.org

15. – 17. ágúst 2002
21. Nordisk Sociologkongress
Reykjavík, Ísland
E-mail: sociologkongress@hi.is

16. – 18. ágúst 2002
VI Nordic Family Therapy Congress in Reykjavík Iceland
Reykjavík, Ísland
Upplýsingar:
Iceland Travel, Lágmúli 4, P.O.
Box 8650, 128 Reykjavík
Fax: +354 858 4374
E-mail: bjorkb@icelandtravel.is

23. – 26. október 2001
IPA Asia Pacific Regional Meeting „Dementia, Depression and Suicide in the elderly: Cultural and clinical aspects"
Gold Coast Hótel, Hong Kong
Upplýsingar:
IPA Secretariat, 550 Frontage Raoad, #2820
Northfield, IL 60093 USA
Sími: +1 847 784 1701
Fax: +1 847 784 1705
E-mail: ipa@ipa-online.org
Vefsíða: http://www.ipa-online.org

Minningarorð
um Dr. Friðrik Einarsson

Ársæll Jónsson, öldrunarlæknir

Dr. FRIÐRIK EINARSSON lést á Landakotsspítala þann 28. september s.l. á 93 aldursári. Hans hefur verið minnst sem fjölhæfs læknis og brautryðjanda, sem kom víða við á starsferli sínum. Hann aflaði sér sérfræðiþjálfunar í almennum handlækningum og kvensjúkdómum í Danmörku, nam þvagfæraskurðlækningar í Bandaríkjunum og kenndi þá sérgrein við læknadeild Háskóla Íslands um árabil og skrifaði doktorsritgerð sína á sviði bæklunarskurðlækninga á Íslandi. Hann ruddi brautina fyrir heila- og taugaskurðlækningar á Íslandi. Hann kom á kraftmiklu samstarfi við grænlensku heilbrigðisþjónustuna. Sem nemandi hans minnist ég hans sem framúrskarandi kennara og mikilhæfs skurðlæknis ("stórkírúgs") og þótt hann væri dagfarslega nákvæmur og formfastur, hafði hann alltaf kímnina og léttleikann með í farteskinu. Mörg ummæli hans urðu fleyg og léttu þau stundir fólks í sínu daglega amstri. Fyrir tímaritið Öldrun vil ég fara nokkrum orðum um brautryðjandastarf hans á sviði öldrunarmála.

Árið 1976 tók Dr. Friðrik að sér umsjón með endurhæfingar- og langlegudeild Borgarspítalans að Hafnarbúðum. Borgaryfirvöldum hafði verið mikið í mun að sinna betur öldruðum sjúklingum í Reykjavík. Algengt var að þeir dveldu í heimahúsum við lélega heilsu og misjafnan aðbúnað og voru þeim nánast allar bjargir bannaðar með innlagnir á sjúkrahús til endurhæfingar eða til vistunar á hjúkrunarheimili. Við bættist að öll heimilisþjónusta var vanþróuð á þessum tíma. Algengt var einnig að gamalt og örvasa fólk dveldi mánuðum og árum saman á bráðadeildunum sjúkrahúsanna. Þessi vandi hafði ríkt í Reykjavík um árabil og var einarður vilji borgaryfirvalda undir forystu borgarlæknis að sinna því verkefni sérstaklega með því að reisa B-álmu hins nýja Borgarspítala í þeim tilgangi. Tregða komst á byggingarframkvæmdir við B-álmu og fóru yfirvöld því þá leið að reisa öldrunardeild í Hafnarbúðum. Þegar hún stóð tilbúin reyndust engir læknar á sjúkrahúsinu tiltækir að sinna því nema Dr. Friðrik, sem bauð fram krafta sína.

Dr. Friðrik, þá 67 ára gamall, tók ötullega til starfa í Hafnarbúðum. Hann tók inn langlegusjúklinga af bráðadeildum og réði til starfa sjúkra- og iðjuþjálfa. Hann kom á náinni samvinnu við heimaþjónustu (heimahjúkrun og heimilishjálpina) og skipulagði hvíldarinnlagnir fyrir fólk úr heimahúsum. Sjálfur fór hann stundum í vitjanir heim til fólksins, til að kanna aðstæður og tala við aðstandendur. Neyðin var stór og mikill þrýstingur var að taka fólk ekki heim aftur úr þessum hvíldarinnlögnum. Sem dæmi má nefna að útbúið var sérstakt plagg í Hafnarbúðum fyrir aðstandendur sjúklinga úr heimahúsum til að skrifa undir að samþykkja að taka gamalmennið heim aftur á tilsettum tíma, að viðlögðum drengskap. Dagdeild var hrint af stokkunum en hún létti nokkuð undir með að gera öldruðu fólki kleift að búa lengur heima.

Dr. Friðrik barðist fyrir bættum hag aldraðra í Reykjavík með erindum og greinaskrifum í blöð. Hann braut blað í viðhorfum til líknarmeðferðar á Íslandi með því að þýða og kynna „Mit Livs Testament". Á ensku kallast það „Living Will" og var síðar þýtt á íslensku sem „líknarskrá". Líknarskrá voru fyrirmæli sjúklings um sína eigin meðferð við lífslok. Hugmyndin var að einstaklingurinn gæti ákveðið fyrirfram og áður en hann hugsanlega yrði ósjálfbjarga og gæti ekki tjáð sig eðlilega, mælt svo fyrir á löggildan hátt að ekki mætti nota lífslengjandi aðgerðir við sig s.s. gjörgæsluvélar, magaslöngur eða næringu í æð, við þær kringumstæður. Dæmin voru, því miður, alltof mörg á þeim tíma um að lífi var haldið í sjúklingum á sjúkrahúsunum löngu eftir að því var raunverulega lokið. Hér

þurfti fyrst og fremst að grípa til siðferðilegra raka um einstaklingsrétt, sem Dr. Friðrik kom á framfæri.

Ég minnist þess er ég var í hópi ungra læknanema, sem voru að skoða hinn nýja Borgarspítala áður en starfsemin hófst, undir leiðsögn Dr. Friðriks. Við komum við í glæsilegu einbýli í suðurenda í A-álmu með útsýni yfir í Fossvogsdalinn. Hann sagði þá: „Þetta er fallegt herbergi og gott fyrir yfirlækni til að deyja í". Þessi ummæli á þessum stað og stund opnaði augu okkar læknanemanna fyrir því að dauðinn gæti verið eðlilegur þáttur í sjúkdómsferli inni á sjúkrahúsi (og að yfirlæknar væru kanske dauðlegir menn).

Dr. Friðrik var mjög ósáttur við eigin elli. Þrátt fyrir gangráð og göngugrind hafði hann svima og óstöðugan gang, sem olli því að hann datt og brotnaði endurtekið á mjöðmum. Veikindaferlið var erfitt en hugurinn stór og jók það enn á byltuhættu. Hann fékk mikinn styrk frá sterkri trúarsannfæringu en fyrst og fremst naut hann stuðnings og umhyggju samheldinnar fjölskyldu sinnar.

Faglegar ræstingar á heilbrigðisstofnunum

Þjónusta ISS á heilbrigðissviði

Sjúkrastofnanir
Öldrunarstofnanir
Hjúkrunarheimili
Rannsóknarstofur
Heilsugæslustöðvar
Meðferðarstofnanir
Læknastofur
Sambýli

Ávinningur þess að láta ISS sjá um ræstingar

ISS sér um starfsmannahald
ISS sér um kennslu og þjálfun
ISS sér um áhöld og efni
ISS sér um gæðaeftirlit
ISS sér um að mæla árangur
ISS tryggir sveigjanleika
ISS veitir öryggi við afhendingu þjónustu
ISS tryggir fagleg vinnubrögð

ISS Ísland ehf. er stærsta ræstingarfyrirtæki á Íslandi, með yfir 20 ára reynslu. Hjá ISS starfa um 550 manns í Reykjavík, Akureyri, Akranesi og Þorlákshöfn við ræstingar, þrif og hreingerningar í hundruðum fyrirtækja og stofnana á hverjum degi. ISS Ísland þjónustar fjölda stofnana á heilbrigðissviði. Unnið er skv. skilgreindu gæðakerfi og framkvæmdar árangursmælingar sem tryggja fagmannleg vinnubrögð og öryggi við afhendingu þjónustu.

Hafðu samband - það getur borgað sig

ISS ÍSLAND

Ármúla 40, Reykjavík, s-5800600
Tryggvabraut 10, Akureyri, s-4606261

Næsta námstefna Öldrunarfræðafélags Íslands í samvinnu við Endurmenntunarstofnun

Þann 7. mars næstkomandi stendur Öldrunarfræðafélag Íslands fyrir námstefnu í húsi Endurmenntunarstofnunar Háskóla Íslands við Dunhaga í Reykjavík. Námstefnan ber yfirskriftina: Staða aldraðra í samfélaginu – Aldraðir á nýrri öld.

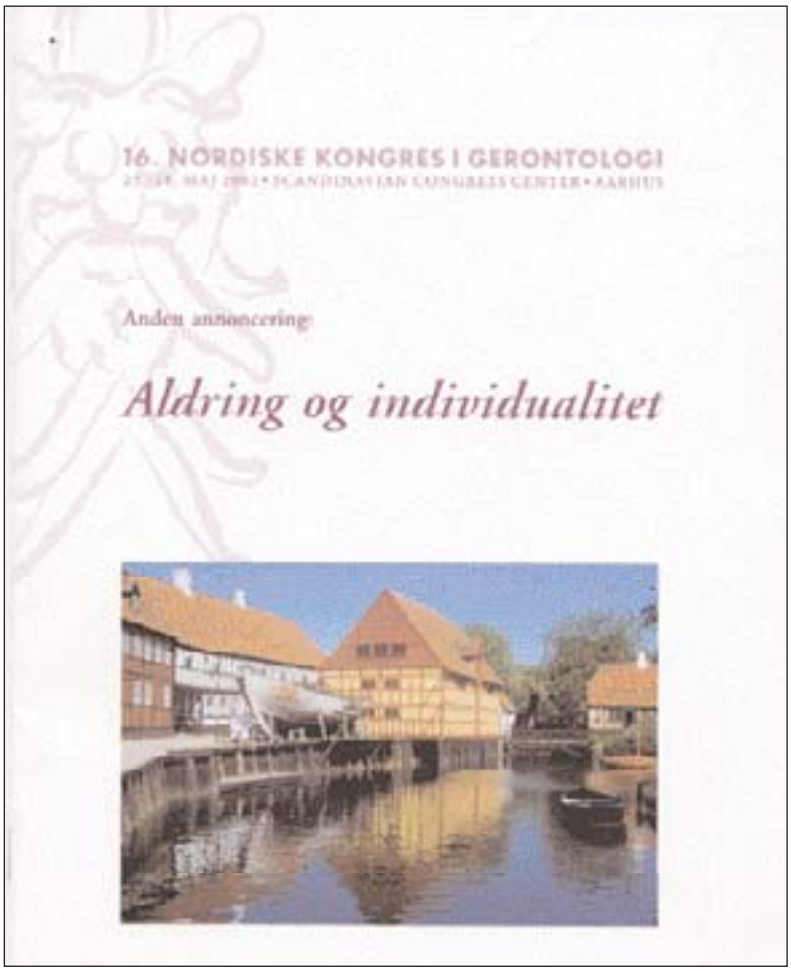
Námstefnan er öllum opin, einkum fagfólki á sviði öldrunar- og félagsþjónustu.

Fjallað verður um félagslega stöðu aldraðra í nútímasamfélagi og leitað verður svara við því hvernig áhrif aldraðra muni verða á nýrri öld að teknu tilliti til atvinnuþátttöku, stjórnmálaþátttöku, fjölskyldulífs, aldursfordóma, einstaklingsfrelsis, sjálfræðis og fleiri þátta.

Umsjón: Berglind Magnúsdóttir sálfræðingur og Ólafur Þór Gunnarsson öldrunarlæknir.

Fyrirlesarar: Fagfólk á sviði heilbrigðis- og félagsvísinda.

Munið Árósa í maí!!!



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 rannóknarverkefnis, skulu sendar stjórn Vísindasjóðs ÖFFÍ, Önnu Birnu Jensdóttur
Sóltún 2 105 Reykjavík
fyrir 11.mars 2002

www.lyfja.is

Tekur þú fleiri en eitt lyf?

Vélskömmtun lyfja gæti hentað þér

- Lyfjataka á réttum tíma dags
- Aukið öryggi við inntöku
- Árangursríkari lyfjameðferð
- Handhægar pakkningar
- Upplýsingar í verslunum Lyfju

LYFJA
- lyf á lágmarksverði

Fætur aldraða

Eygló Þorgeirsdóttir
fótaaðgerðarfræðingur

Inngangur.

Fæturnir eru stoðir líkamans.

Þeir eru undirstaða líkamans eins og allir vita og í öllum eðlilegum tilfellum eru það þeir sem hafa borið okkur á þá staði sem við höfum farið um og förum frá vöggu til grafar ef allt er eðlilegt.

Það er ekki þar með sagt að við höfum virt fætur okkar að sama skapi, það er langt í frá.

Fátækt, sparnaður, níska, forgangsröðun og ekki síst tískustraumbylgjur kynslóðanna hafa þar ráðið miklu, þeim hefur að jafnaði verið haldið ofan í lokuðum skóm oft á tíðum þröngum, skældum, ljótum, óþægilegum daginn út og daginn inn hvort sem þeim líkaði betur eða ver.

Mörg okkar, sérstaklega þeir sem eru komnir á efri ár bera glögglega merki þessarar meðferðar á fótum sínum og kemur þar inn í afleiðingar frá uppvexti eldra fólks eins og kal á fótum sem var nokkuð algengt og skófatnaður eins og kúskinnsskór sem voru hannaðir eins og eftir nýjustu tísku í dag, þröngir, þunnir og támjóir.

Ef skótíska liðinna alda er skoðuð er það með eindæmum hvað hún hefur oftast verið támjó en ekki löguð eftir lagi fótarins, þetta hefur trúlega þótt frá örófi alda fallegra og dæmi hver fyrir sig.

Fótavandamál.

Orsök fótameina er mjög oft skófatnaður sem veldur óeðlilegum núningi og orsök núningsins er oft á tíðum tábeinsskekkjur vegna sina og eða liðbanda veikleika.

Vörn líkamans er siggmyndun til að verja áreytta svæðið, þar sem áreytið heldur áfram snýst vörnin upp í andhverfu sína, þannig að siggmyndunin fer að þrýsta sér niður í neðri lög húðarinnar og þá oftast dýpra á einum punkti á áreytta svæðinu, þannig að það verður eins og örvaroddur af siggi sem smýgur dýpra, þetta kallast líkþorn, dauð sigghúð sem er komin niður í neðri lög húðarinnar þar sem taugaþræðir liggja, þetta veldur sársauka.

Verk fótaaðgerðarfræðingsins er ma.að hreinsa þetta sigg eða líkþorn í burtu. Ef áreytið heldur áfram kemur líkþornið að sjálfsögðu aftur. Þannig að það sem verður að gera er að komast fyrir áreytið, þá með hlífðarmeðferðum, siliconmeðferðum osfv.

Af þessu má sjá að líkþorn hafa ekki rót, en það er spurning sem fótaaðferðarfræðingar eru oft spurðir um. „Ertu búinn að ná rótinni“ Vörtur hafa rót, þær eru vírus og nærast á okkur, þar þarf að drepa rótina til að uppræta meinið.

Sveppir er einnig algengt vandamál sem setjast ma. á fæturnar bæði í húð og neglur.

Yfirleitt er auðvelt að uppræta sveppi úr húð með kremameðferð en ef sveppurinn er komin í neglur þarf á lyfjameðferð að halda sem er miklu meiri og alvarlegri meðferð.

Ráðlegg ég eldra fólki að spyrjast vel um hjá læknum áður en lagt er upp í þá meðferð. Þá skiptir máli á hvaða öðrum lyfjum viðkomandi er á, hvernig áhrif þau lyf hafa á sveppameðferðina og þau saman á lifrina, fara fram lifraskoðun áður en meðferð hefst o.s.frv. Víða erlendis eru miklar kröfur gerðar á skoðun og ástandi líkamans fyrir lyfjameðferð á sveppum og fólki kynntar aukaverkanir sem kunna myndast í meðferð.

Niðurgrónar neglur, naglaþykknun, naglrótarvandamál eru meðferðir sem koma daglega upp á borð fótaaðgerðafræðinga og eru þar til gerðar spangarmeðferðir, fræsun, o.fl. sem er til ráða. Þannig mætti lengi telja.

Sílicon meðferðir.

Tágómar og tanngómar.

Síliconhlífðargóm er hægt að líkja við tanngóm, notaður að degi til en tekinn af á nóttunni. Andstætt tanngómnum er hann mjúkur og sveigjanlegur.

Tágómurinn er sérhannaður fyrir hvern og einn eins og tanngómurinn. Hlutverk hans er að vera sem hlíf gagnvart líkþornum, stuðla að táréttingu t.d. bognar tær, tær sem liggja hver undir annarri. Siliconið hefur gert kraftaverk hjá fólki sem hefur lamast á tám vilja kreppast saman, þetta ber sérstaklega góðan árangur ef meðferðin er gerð eins fljótt og auðið er eftir lömun.

Fólk getur notað alla venjulega skó þó það sé með tágóm, ef ekki, þá notar viðkomandi of litla skó, eða gómurinn verið gerður of stór.

Daglegar æfingar.

Gerðu hverja æfingu minnst 10 sinnum tvisvar á dag

- **Snúðu öklunum 10 sinnum rangsælis og réttsælis.**
- **Beygðu öklann upp og niður.**
- **Krepptu og réttu úr tánum**
- **Glenntu tærnar í sundur og dragðu þær saman.**
- **Tíndu hluti upp úr gólfinu með tánum.**
- **Ef þú getur settu annan fótinn upp á hnéið, snúðu öklanum og hverri tá með hendinni.**
- **Settu fingurnar milli tánna til að glenna þær betur í sundur.**
- **Gerðu allt sem þér dettur í hug sem gæti verið gott fyrir fæturnar,**
- **Kreistu saman rasskinnarnar og andaðu frá þér um leið, þegar þú getur ekki meir losar þú um rassvöðvanna og dregur djúpt inn andann. Endurtaktu þatta 10 sinnum tvisvar á dag. Það örvar blóðstreymið til fótanna gott fyrir kaldar fætur og hentar vel fólki sem situr mikið við tölvu eða hreyfir sig lítið. Ódýr og árangursrík æfing.**

Niðurlag.

Um mikilvægi fótaæfinga er aldrei of oft kveðið. Það getur skipt sköpum með líkamsástand okkar um aldur og ævi, hvernig við þjálfum fætur okkar. Því miður er ástand yngri kynslóðanna oft á tíðum bagalegt, vandamál að koma upp sem ekki hafa þekkst áður. Skapast það af skófatnaði, „alltof góðum skófatnaði“ sem börnin fá áður en þau komast af skriðaldrinum, fæturnir og jafnvægið fá ekki að stælast og þjálfast eins og þeim er eðlilegt fyrstu tvö árin. Þau fara í göngugrindina í fílaskónum sínum með stífum botni og neðsti liðurinn sem hreyfist er hnjáliðurinn. Það er margt meira um þessi mál að segja sem ekki eiga heima hér. Þetta verða m.a. vandamál framtíðarinnar þegar þessir fætur fara gefa sig og verða gamlir og lúnir.

Reykholtskirkja – Snorrastofa

Heimskringla Reykholti ehf

veitir þjónustu og fræðslu um sögu Reykholts, annast móttöku ferðamanna, sýningar á vegum Snorrastofu, tónleikahald í Reykholtskirkju og ráðstefnu- og fundaaðstöðu á vegum menntamálaráðuneytis.

Opið daglega 1. júní – 25. ágúst frá 10.00–18.00
Opið eftir samkomulagi 26. ágúst – 31. maí

Símar: 435 1490, 892 1490, 435 1112
Símbréf: 435 1412
Netfang: heimskringla@simnet.is

Reykholtshátíð
sígild tónlist í sögulegu umhverfi

Tónlistarhátíð í Reykholtskirkju í tengslum við Kirkjudag ár hvert.

Árið 2002: 26. – 28. júlí

Fernir tónleikar með fjölbreyttri efnisskrá

Listrænn stjórnandi:
Steinunn Birna Ragnarsdóttir

www.reykholt.is

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands:

Reykjavík
- Áskirkja
- Blindrafélagið
- Droplaugarstaðir
- Efling stéttarfélag
- Félags- og þjónustumiðstöð Aflagranda 40
- Félagsstarf aldraðra
- Félagsþjónustan í Reykjavík- Bókasafn
- Hjúkrunarheimilið Skjól
- Hlíðabær
- Hrafnista D.A.S.
- Markaðsráð Kindakjöts
- Múlabær
- Ríkiskaup
- Seljahlíð, heimili aldraðra
- Seljakirkja
- Tryggingastofnun ríkisins
- Útfararstofa kirkjugarðanna
- Verzlunarmannafélag Reykjavíkur

Seltjarnarnes
- Seltjarnarneskaupstaður

Kópavogur
- Ceres hf.
- Félagsþjónusta Kópavogs
- Íslensk erfðagreining
- Kópavogsbær
- Sunnuhlíð

Garðabær
- Pharmaco hf. v/Snyrtivörudeildar

Hafnarfjörður
- Hafnarfjarðarbær
- Sólvangur hjúkrunarheimili

Bessastaðahreppur
- Bessastaðahreppur

Keflavík
- Sparisjóðurinn í Keflavík

Grindavík
- Þorbjörn Fiskanes hf.

Garður
- Dvalarheimili aldraðra Suðurnesjum
- Garðvangur hjúkrunarheimili
- Gerðahreppur

Akranes
- Dvalarheimilið Höfði
- Hvalfjarðarstrandarhreppur
- Innri-Akraneshreppur
- Sementsverksmiðjan hf.
- Skilmannahreppur

Borgarnes
- Borgarbyggð
- Skorradalshreppur

Stykkishólmur
- St. Fransiskuspítalinn

Grundarfjörður
- Fellaskjól

Búðardalur
- Hjúkrunar og dvalarheimilið Fellsenda
- Saurbæjarhreppur

Króksfjarðarnes
- Reykhólahreppur

Bolungarvík
- Sparisjóður Bolungarvíkur

Súðavík
- Súðavíkurhreppur

Tálknafjörður
- Tálknafjarðarhreppur

Brú
- Bæjarhreppur

Orkuveita Reykjavíkur

Snyrti og nuddstofan
PARADÍS
Laugarnesvegi 82
S: 553 1330

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands:

Hólmavík
Broddaneshreppur

Hvammstangi
Heilbrigðisstofnun Hvammstanga

Blönduós
Heilbrigðisstofnunin Blönduósi

Skagaströnd
Höfðahreppur
Sæborg, dvalarheimili aldraðra

Sauðárkrókur
Kaupfélag Skagfirðinga

Siglufjörður
Heilbrigðisstofnunin Siglufirði
Siglufjarðarkaupstaður

Akureyri
Akureyrarbær
Arnarneshreppur
Hlíð, dvalarheimili
Sparisjóður Norðlendinga

Grenivík
Sparisjóður Höfðhverfinga

Ólafsfjörður
Heilsugæslustöðin Hornbrekka

Húsavík
Tjörneshreppur

Laugar
Reykdælahreppur

Kópasker
Öxarfjarðarhreppur

Þórshöfn
Svalbarðshreppur

Reyðarfjörður
Félag hjartasjúklinga á Austurlandi
Heilbrigðisstofnun Austurlands

Eskifjörður
Hulduhlíð, heimili aldraðra

Djúpivogur
Djúpavogshreppur

Höfn
Hafnarapótek
Heilbrigðisstofnun Suðausturlands

Selfoss
Gaulverjabæjarhreppur
Hraungerðishreppur
Þingvallahreppur

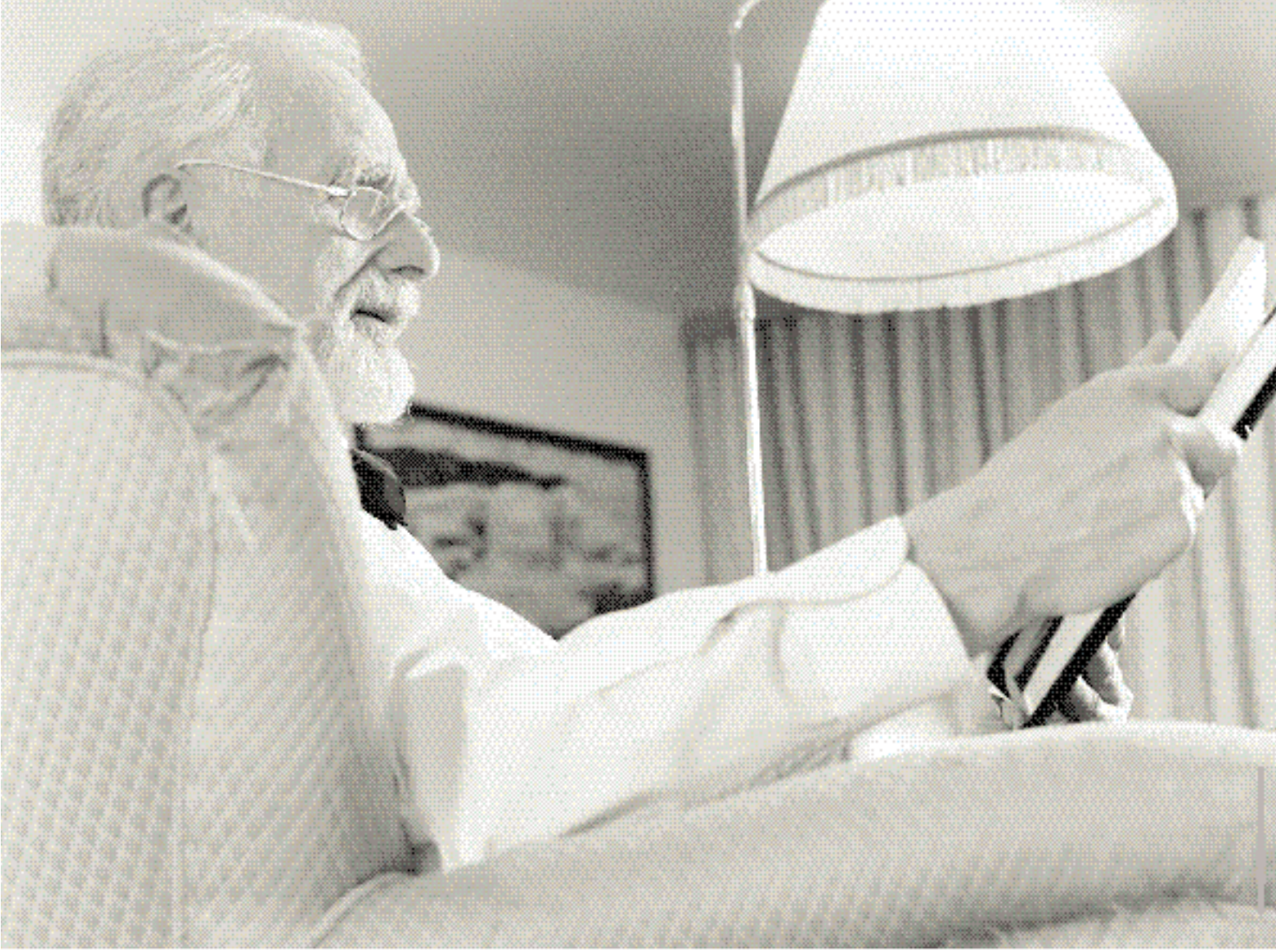
Þorlákshöfn
Sveitarfélagið Ölfus

Stokkseyri
Kumbaravogur ehf.

Hella
Djúpárhreppur
Lundur hjúkrunar og dvalarheimili

Vík
Hjallatún

Vestmannaeyjar
Hraunbúðir hjúkrunar og dvalarheimili
Skólaskrifstofa Vestmannaeyjabæjar



Eignalífeyrir Búnaðarbankans

Njóttu lífsins alla ævi

Eignalífeyrir Búnaðarbankans er fjármálaþjónusta í sérflokki fyrir eldri borgara. Þjónustan felur í sér mun betri kjör á inn- og útlánum en almennt gerist og ítarlega fjármálaráðgjöf sé þess óskað. Hægt er að velja um mismunandi þjónustuþætti, allt eftir þörfum hvers og eins.

- **Eignalífeyrisbók**, óbundin með háum vöxtum, engin lágmarksinnborgun og ekkert úttektargjald af fjórum úttektum í mánuði. Eignalífeyrisbókin gaf hæstu ávöxtun óbundinna innlánsreikninga árið 2001.
- Með **Fasteignalífeyri** getur fólk, 65 ára og eldra, breytt hluta af fasteign sinni í lífeyri og aukið þar með ráðstöfunartekjur án þess að skerða lífeyrisgreiðslur frá Tryggingastofnun.
- **Eignalífeyrisfélögum** stendur til boða öll þjónusta Heimilislínu eða Sérkjara Heimilislínu. Þar á meðal er Gullreikningur með hærri innlánsvöxtum en almennt gerist og lægri vextir á yfirdráttarláni. Ekkert árgjald er í Heimilislínu og fá Eignalífeyrisfélagar afslátt af árgjaldi Sérkjara Heimilislínu.
- Eigin **þjónustufulltrúi** í bankanum. Ásgeir Jóhannesson ráðgjafi, sem er þekktur fyrir störf sín í þágu eldri borgara, er með fasta viðtalstíma í aðalútibúi bankans þar sem hann veitir sérstaklega upplýsingar og ráðgjöf um **Eignalífeyrisþjónustuna**.

Kynntu þér **Eignalífeyrinn** í næsta útibúi Búnaðarbankans.

Eignalífeyrir

www.bi.is

BÚNAÐARBANKINN

Fyrir 70 árum var hún stolt af því að geta reimað skóna sína sjálf

Nú man hún ekki lengur hvernig það er gert

Lyfjafyrirtækið Novartis vinnur að rannsóknum og þróun nýrra lyfja m.a. við Alzheimers sjúkdómi

NOVARTIS

-þekking í þágu lífs

Beiri Stofan/TL-091098-1