

2. tbl. 22. árg
HAUST 2004

ÖLDRUN

Tímarit um öldrunarmál



Efni meðal annars:

HSA – Heilbrigðisstofnunin á Seyðisfirði

Líkamleg færni og stuðningur

Aðlögun að stofnanalífi

Dánarmein á hjúkrunarheimili

Alzheimers-sjúkdómur

Aromaperapy • FAAS



Gefið út af Öldrunarfræðafélagi Íslands

www.öldrun.net

Aðalsteinn Guðmundsson
Læknir og forstöðumaður á Hrafnistu

Líka brothættir

Beinþynning herjar
einnig á karlmenn

Kalk við hæfi
- alla ævi!



Okkur er tamt að líta svo á að karlar hafi sterkari bein en konur. Í uppvextinum safna karlar líka meiri beinmassa en konur og hafa yfirleitt stærri bein. Þrátt fyrir það geta þeir einnig þjáðst af beinþynningu þegar árin færast yfir og lent í því að brotna við minnsta átak.

Íðulega hefur verið rætt um beinþynningu sem sjúkdóm kvenna og enn eru konur í meirihluta þeirra sem brotna af hennar völdum. Margt bendir þó til þess að beinþynning sé vaxandi vandamál hjá körlum, einkum á efri árum. Athyglisvert er að karlar fara verr út úr beinbrotum vegna beinþynningar heldur en konur.

Regluleg hreyfing og styrking vöðva dregur úr hættu á byltum og þar með beinbrotum. Til að hamla gegn beinþynningu er einnig nauðsynlegt fyrir alla aldurshópa að fá nægilegt kalk og D-vítamín. Þetta á ekki hvað síst við um þá sem komnir eru yfir miðjan aldur. Mjólk og mjólkurvörur eru áhrifaríkasti kalkgjafinn.



BEINVERND

ÖLDRUN

22. árg. 2. tbl. 2004

EFNISYFIRLIT:

HSA – Heilbrigðisstofnunin á Seyðisfirði	4
Sigurveig Gísladóttir og Sigrún Ólafsdóttir	
Líkamleg færni og stuðningur	10
Hlíf Guðmundsdóttir	
Aðlögun að stofnanalífi	16
Hanna Lára Steinsson	
Dánarmein á hjúkrunarheimili	20
Ársæll Jónsson	
Alzheimers-sjúkdómur	24
Jón Snædal	
Aromaperapy – Hvað er það?	30
Þorsteinn Guðmundsson	
FAAS	32
María Th. Jónsdóttir	
Vefur Öldrunarfræðafélags Íslands	34
Smári Pálsson	
Aðalfundur ÖFFÍ 2004	36
17. Norræna öldrunarfræðaráðstefna	39
Sigríður Jónsdóttir	

ÚTGEFANDI:
Öldrunarfræðafélag Íslands
Pósthólf 8391, 128 Reykjavík
www.oldrun.net

ÁBYRGÐARMAÐUR:
Smári Pálsson

PRÓFARKALESTUR:
Hervör Hólmjárn

FORSÍÐUMYND:
Sjúkrahús Seyðisfjarðar

UMSJÓN AUÐGLÝSINGA:
Óflun ehf. – Faxafeni 5

UMBROT OG PRENTUN:
Gutenberg

UPPLAG:
700 eintök
Tímaritið Öldrun kemur út
tvisvar á ári

STJÓRN
ÖLDRUNARFRÆÐAFÉLAGS ÍSLANDS
Pósthólf 8391 128 Reykjavík
Sigríður Jónsdóttir, formaður, formadur@oldrun.net
Marta Jónsdóttir, ritari, ritari@oldrun.net
Ólafur H. Samúelsson, gjaldkeri, gjaldkeri@oldrun.net
Kristín Einarsdóttir
Smári Pálsson
Sigrún Guðjónsdóttir
Sigrún Ingvarsdóttir
ISSN 1607-6060

Frá ritnefnd

Öldrun er fag tímarit fyrir starfsfólk og aðra áhugasama um öldrunarþjónustu. *Öldrun* er gefið út af Öldrunarfræðafélagi Íslands (ÖFFÍ). ÖFFÍ mun í samvinnu við Endurmenntun Háskóla Íslands halda námsstefnu 5. nóvember n.k. sem ber yfirskriftina: „Á tímamótum – Nýr lífstíll aldraðra“ en efni hennar er kynnt í blaðinu. Nýbreytni varðandi þessa ráðstefnu er sú, að tíminn hefur verið stytur úr heilum degi í hálfan.

Forsíðumynd er af Sjúkrahúsi Seyðisfjarðar, en í blaðinu er saga og starfsemi Heilbrigðisstofnunarinnar á Seyðisfirði kynnt. Aðrar greinar fjalla um aðlögun að stofnanalífi, líkamlega færni aldraðra, dánarmein á hjúkrunarheimili, Alzheimers-sjúkdóminn, aromaperapy og rakin er saga Félags áhugafólks og aðstandenda Alzheimers-sjúklinga og annarra skyldra sjúkdóma (FAAS).

Sú breyting hefur orðið á ritnefnd blaðsins að Jóhanna Rósa Kolbeins iðjubjálfi hætti eftir langt og farsælt starf sem við kunnum henni bestu þakkir fyrir. Í hennar stað kemur Berglind Indriðadóttir iðjubjálfi og bjóðum við hana velkomna til liðs við okkur.

Ritnefnd vill vekja athygli á heimasíðu ÖFFÍ og *Öldrunar* á slóðinni www.oldrun.net en hún er nánar kynnt í blaðinu.

Ritnefnd *Öldrunar*:

Smári Pálsson, sálfræðingur, ritstjóri
Soffía Egilsdóttir, félagsráðgjafi, gjaldkeri
Ólafur H. Samúelsson, öldrunarlæknir
Berglind Indriðadóttir, iðjubjálfi

Netfang *Öldrunar* er: ritnefnd@oldrun.net

HSA – Heilbrigðisstofnunin á Seyðisfirði

Sigurveig Gísladóttir
hjúkrunardeildarstjóri
HSA Seyðisfirði/Heilsu-
gæslustöð



Sigrún Ólafsdóttir
hjúkrunarstjóri
HSA Seyðisfirði



Á síðasta áratug 19. aldar vaknaði áhugi á að koma á fót fjórðungssjúkrahúsi á Austurlandi, jafnt fyrir íbúa og sjómenn sem stunduðu veiðar á austfirskum miðum, innlenda sem erlenda. Í kjölfarið var hafin söfnun fyrir sjúkrahúsbyggingu á Seyðisfirði. Húsið var flutt tilsníðið til Seyðisfjarðar frá Noregi, tilbúið árið 1898 og tekið í notkun árið 1901. Fyrsti héraðslæknir sjúkrahússins var Kristján Kristjánsson og gegndi hann því starfi þar til hann lést, árið 1927. Skurðlæknirinn Egill Jónsson var næsti læknir við sjúkrahúsið, framkvæmdi hann þar skurðaðgerðir þar til Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupsstað var tekið í notkun árið 1957.

Á fyrri helmingi 20. aldarinnar voru sjúkrahúsín á Seyðisfirði og Fáskrúðsfirði einu sjúkrahúsín á Austur-

landi og sinntu þ.a.l. flestum sjúklingum fjórðungsins. Mikil sjúkraþjónusta var við breska sjómenn og þann mikla fólksfjölda sem dvaldi á Seyðisfirði á síldarárunum.

Árið 1977 var hafist handa við að byggja Heilsugæslustöð á Seyðisfirði. Var hún tekin í notkun árið 1986 og sjúkradeildin árið 1992. Gamla sjúkrahúsið þjónaði því Austfirðingum í rúm 90 ár. Heilabilunardeild fyrir allt Austurland var opnuð árið 1998. Árið 1999 voru allar ríkisreknar sjúkrastofnanir á Austurlandi sameinaðar í Heilbrigðisstofnun Austurlands (HSA).

HSA - Heilbrigðisstofnunin á Seyðisfirði

HSA - Seyðisfirði skiptist í tvær megin þjónustueiningar þ. e. heilsugæslusvið annars vegar og sjúkrasvið hins vegar. Rekstrarstjóri, hjúkrunarstjóri og læknar stöðvarinnar mynda saman framkvæmdaráð sem ber ábyrgð á rekstri deildanna.

Húsnæði stofnunarinnar er á þremur hæðum. Á annarri hæð eru rúmgóðar legudeildir með þjónustukjarna ásamt borð- og setustofum. Á fyrstu hæð eru heilsugæslustöð og skrifstofur og í kjallara er m.a. aðstaða sjúkraþjálfunar, líkgeymsla og kapella.

Tækjabúnaður

Stofnunin er vel tækjum búin og síðustu ár hefur töluvert bæst við af nýjum tækjum og gömul endurnýjuð. Á stofnuninni er fjarfundabúnaður sem hefur nýst í samstarfi við sérfræðinga á Landspítala-háskóla-sjúkrahúsi (LSH) við Hringbraut þar sem aðalverkefnið



Frá afhendingu á EKG-tæki.



Starfsfólk á námskeiði hjá Nordic Lights.

eru sónarskoðanir vegna meðgöngu í samvinnu við kvensjúkdómalækni, auk tilraunaverkefnis í fjarlækningum í samvinnu við LSH: upplýsingatæknideild, barnadeild, skurðeild og háls-, nef- og eyrnadeild. Þessi búnaður hefur einnig sannað notagildi sitt hvað varðar endurmenntun starfsmanna, sem geta nú m.a. fylgst með fyrirlestrum og sótt námskeið og fundi, sem annars hefði þurft að sækja annað.

Lionsklúbburinn á Seyðisfirði hefur í gegnum tíðina styrkt stofnunina dyggilega með góðum gjöfum. Á síðustu árum gaf klúbburinn stofnuninni m.a. tæki til sjúkrabjálfunar, sjúkrabjálfunarbekk, öflugt nuddtæki, en slíkt tæki hefur ekki verið til hér áður og hljóðbylgjutæki, sem leysir af hólmi gamalt tæki sem var nánast orðið safngripur. Nýjasta gjöfin er svo 24 tíma blóðþrýstingsmælir sem Lionsklúbburinn mun afhenda HSA á haustdögum.

Heilsugæslustöð

Upptökusvæði Heilbrigðisstofnunarinnar á Seyðisfirði er vel afmarkað og er aðallega Seyðisfjörður, en vaktsvæði nær einnig til Loðmundarfjarðar og upp á Fjarðarheiði. Íbúaföldi er um 800 manns.

Á heilsugæslusviði er rekin lækniþjónusta með tveim læknum sem skipta með sér einni stöðu; hjúkrunarþjónusta með einum hjúkrunarfræðingi/ljósmóður sem jafnframt er deildarstjóri; röntgen- og rannsóknarþjónusta með hálfri stöðu meinatæknis; ritarþjónusta með eina stöðu ritara og tannlæknaþjónusta, sem er einkarekin. Samstarfið á heilsugæslunni og á stofnuninni allri er til fyrirmyndar og gott andrúmsloft á vinnustaðnum.

Lækniþjónusta sinnir almennum lækningum og heilsugæslu ásamt slysamóttöku, sónarskoðunum og vaktþjónustu. Læknastöður eru báðar mannaðar sérfræðingum í heimilislækningum. Í samstarfi við Heil-

brigðisstofnunina á Egilsstöðum er tekið á móti 5. árs læknanemum í starfsnám og er hver þeirra viku í senn.

Hjúkrunarþjónusta sinnir almennt heilsuvernd, ung/smábarna- og mæðravernd, slysa- skóla- og heimahjúkrun. Á undanförunum árum hefur sífellt meiri áhersla verið lögð á heimahjúkrun og samvinnu við félagsþjónustu Seyðisfjarðarkaupstaðar.

Koma annarra sérfræðinga

Sérfræðingar s.s. háls- nef- og eyrnalæknir, augnlæknir og barnalæknir koma reglulega til Seyðisfjarðar. Öldrunarlæknir kemur einu sinni á ári í tengslum við þjónustusamning við heilabilunardeildina, en sinnir einnig eftirliti með skjólstæðingum heilsugæslunnar ef þörf krefur. Iðjubjálfi er starfandi hjá HSA og hefur aðsetur á Egilsstöðum. Iðjubjálfi vinnur eftir beiðnum frá Seyðisfirði og hefur verið mikið leitað til hans vegna skjólstæðinga okkar og einnig til að fá faglegar ráðleggingar í starfi deildanna.

Sjúkradeild

Sjúkrasvið skiptist í tvær deildir, alls 22 rúm. Almenn sjúkradeild, Suðurhlíð, með þremur rúmum fyrir bráðainnlagnir og ellefu rúmum fyrir öldrunarhjúkrunarsjúklinga, alls 14 rúm. Hin deildin, Norðurhlíð, er átta rúma sérdeild fyrir minnisskerta sjúklinga. Boðið er upp á dagvistun við deildina fyrir 5 einstaklinga í senn. Einnig er boðið upp á matarsendingar í heimahús. Hvíldarinnlagnir á sjúkradeildina eru líka möguleiki, t.d. til endurhæfingar í samvinnu við sjúkrabjálfa sem og í öðrum tilgangi.

Lögð hefur verið áhersla á að auka samskipti og samvinnu við aðstandendur sjúklinga sjúkradeildarinnar. Notast er við sérstök upplýsingablöð um ævi og lífshlaup einstaklinga til að fá upplýsingar um íbúann sem geta skipt máli í hjúkruninni frá degi til dags.



Frá hópslysaaefingu sem haldin var í október 2003.

RAI-mat er gert á sjúkradeildunum skv. reglum Landlæknisembættisins og niðurstöður þessa mats eru nýttar við skipulagningu í starfi á deildunum s.s. til að ákveða fræðslu til starfsfólks og við breytingar á innra skipulagi og vinnufyrirkomulagi. Skráning hjúkrunar skv. NANDA og NIC er virk á stofnuninni. Í byrjun þessa árs var tekið til við að skrá skv. skráningarkerfi hjúkrunar Sjúkrahúss Akraness og var það kerfi innleitt á öllum deildum HSA sem eru með legudeildir.

Við deildirnar starfa 2 læknar (1 stöðugildi), 6 hjúkrunarfræðingar (3,9 stöðugildi), 1 sjúkraþjálfari, 3 sjúkraliðar (2,2 stöðugildi) og almennt starfsfólk í 10,80 stöðugildum.

Byrjað var með einstaklingshæfða hjúkrun á árinu 2001. Sú sérhæfða hjúkrun sem við veitum miðar að því að sjúklingurinn haldi virðingu, reisu og sjálfsbjargargetu eins lengi og unnt er. Læknir skoðar sjúklingana og hefur eftirlit með heilsufari þeirra. Hann fylgist með sértækri meðferð ef um minnissjúkdóma er að ræða, metur afleiðingar heilabilunar og skoðar að hvaða leyti aðrir sjúkdómar hafa áhrif á líðan sjúklinganna.

Daglegt líf

Virkniþjálfar starfa á báðum deildum. Í Norðurhlíð starfar virkniþjálfari frá 8-12 alla virka daga, en virkniþjálfari í Suðurhlíð starfar frá 9:30 -12, fjóra daga vikunnar. Starf

virkniþjálfara felst fyrst og fremst í afþreyingu og samveru. Virkniþjálfari starfar í samstarfi við sjúkraþjálfara, iðjuþjálfara og annað fagfólk, aðstoðar við að viðhalda hreyfigetu íbúanna og annarri færni daglegs lífs. Ýmis dæmi eru um það sem virkniþjálfar taka sér fyrir hendur með íbúum deildanna: söngur og dans, blómarrækt, upplestur, gönguferðir, nudd, spil og bakstur. Einnig taka þeir á móti leikskólabörnum í heimsókn, skoða myndir og spjalla.

Lokaður garður er við stofnunina sem nýtist báðum deildum og býður upp á möguleika fyrir útveru og garðrækt. Svalir eru einnig við sjúkradeildina sem eru aðgengilegar frá báðum deildum og eru mikið notaðar á sumrin. Af svölunum er útsýni yfir fótboltavöll bæjarins, leikskólann og fallega fjallasýn.

Vikulega heimsækir okkur tónlistarkennari og spilar á píanó eða hörpu og syngur með okkur gömul og góð lög. Á afmælisdegi íbúans er eldaður uppáhaldsmaturinn hans. Sóknarpresturinn heimsækir íbúa vikulega og á stórhátíðum eru haldnar guðsþjónustur á sjúkradeildinni. Fótaaðgerðafræðingur og hársnyrtir bjóða reglulega upp á þjónustu sína á deildinni.

Við gerum líka ýmislegt til að brjóta upp hversdaginn og má nefna að á sumrin fáum við gesti einu sinni í viku sem halda tónleika. Þar er um að ræða tónlistarfólk sem kemur fram á sumartónleikaröðinni *Bláa kirkjan*, sem hefur verið við lýði á Seyðisfirði síðan 1995. Á góðum sumardegum er alltaf haldin vegleg grillveisla fyrir dagsjúklinga, íbúa og starfsfólk ásamt fjölskyldum þeirra. Á adventunni fáum við heimsóknir frá börnum og unglingum í æskulýðsstarfi kirkjunnar. Jólaball er haldið í samstarfi við starfsmannafélagið og mæta þá börn og barnabörn starfsmanna þrúðbúin og dansa með íbúunum í kringum jólatré. Stærsta hátíð vetrarins er þó trúlega þorablótið þar sem allir skemmta sér ávallt vel bæði yfir borðum og ekki síst við dansinn sem er stígninn við undirleik hljómsveitar. Til að fá útrás fyrir dansáhugann er svo líka reynt að hafa harmonikuböll 1-2 á ári fyrir utan þorablótið sjálft.



Sólrikur garður og blómlegur.



Þorralót eru vinsælasta skemmtunin á veturna.

Undanfari opnunar heilabilunardeildar á Seyðisfirði

Árið 1997 boðuðu stjórnvöld sparnað í heilbrigðis-kerfinu. Heilbrigðisstofnuninni á Seyðisfirði var gert að skera niður starfsemina og spara slíka upphæð, að ljóst var að þeim sparnaði yrði ekki náð nema með því að loka öðrum ganginum á sjúkradeildinni. Þegar dæmið var reiknað var þó greinilegt að þessi ráðstöfun myndi spara ótrúlega litla fjármuni. Þess vegna kom fram sú hugmynd að reyna að finna leiðir til að nýta þann starfskraft og húsnæði sem fyrir hendi var á annan hátt en verið hafði. Fljótlega kom þá upp sú hugmynd að setja þar upp lokaða sérdeild fyrir heilabílaða einstaklinga á Austurlandi, sem þyrftu sérstök úrræði og erfitt væri að vista á venjulegri sjúkradeild eða hjúkrunardeild.

Ljóst var að þetta þyrfti að vinna faglega og leggja fram góð rök fyrir stofnun slíkrar deildar. Jón Snædal öldrunarlæknir var því fenginn til að gera úttekt til að meta aðstæður og þörf fyrir slíka deild. Í þessari greinargerð kom meðal annars fram að vegna fjölgunar eldri borgara væri fjölsýjanleg vaxandi þörf á úrræðum fyrir einstaklinga sem fá einkenni heilabilunar. Þörfin fyrir Austurland var metin 4-8 pláss, en að þeim myndi fjölga í 6-12 næstu 15 árin. Húsnæði og stærð einingar þóttu ákjósanleg út frá umönnunar- og meðferðarsjónarmiðum. Í kjölfarið var einnig gerð könnun meðal lækna á Austurlandi hvort þeir myndu nýta þessa deild. Viðbrögð þeirra voru mjög jákvæð. Það varð því úr að þjónustusamningur var gerður við Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið um rekstur á allt að 8 rúma deild með sérþjónustu fyrir heilabílaða sjúklinga á Austur-

landi. Gerð var yfirlýsing um faglegt samstarf Sjúkrahúss Reykjavíkur (sem er nú Landspítali-háskólasjúkrahús Landakoti) og Heilbrigðisstofnunarinnar á Seyðisfirði um uppbyggingu á fyrirhugaðri deild. Deildin var síðan formlega tekin í notkun 1. mars 1998.

Fagleg ráðgjöf frá öldrunarsviði Landspítala-háskóla-sjúkrahúss

Þjónustusamningur var gerður við öldrunarsvið Sjúkrahúss Reykjavíkur um þjónustu við sérdeild fyrir heilabílaða, sem rekin yrði í Heilbrigðisstofnuninni á Seyðisfirði.

Allar götur síðan hefur Jón Snædal komið árlega, tekið út starfsemina á deildinni, ráðlagt um meðferð íbúa, verið með fræðslu og fleira.

Við höfum fengið skriflega skýrslu eftir hverja heimsókn, þar sem fram hafa komið ábendingar um úrbætur á því sem betur má fara og einnig bent okkur á það sem vel gengur, sem hefur stutt okkur og styrkt í því starfi sem við erum að vinna. Haustið 2003 var Berglind Magnúsdóttir sálfræðingur í för með Jóni til ráðgjafar og var hún með fræðslu til starfsfólks sem mæltist mjög vel fyrir. Það er von okkar að í framtíðinni munum við fá að njóta ráðgjafar og fræðslu frá fleiri fagaðilum á Landakoti, sem starfa að þessum málum.



Íbúar eru hvattir til að gera herbergin sín heimilisleg.



Samhentur og góður starfshópur.

Norðurhlíð

Heilabilunardeildin Norðurhlíð er lokuð deild þar sem mikil áhersla er lögð á ró, öryggi og stöðugt eftirlit. Deildin er hugsuð fyrir einstaklinga á starfssvæði HSA, frá Vopnafirði til Djúpavogs. Í Norðurhlíð hafa verið vistaðir sjúklingar af þessu svæði, auk einstaka úr öðrum landshlutum. Í dag er enginn Seyðfirðingur á deildinni heldur eru sjúklingarnir frá öðrum byggðarlögum á Austurlandi og frá Reykjavík.

Dagsjúklingar hafa líka verið við deildina sem hafa þá komið kl. 10 á morgnana og verið fram eftir degi, tekið þátt í starfsemi deildarinnar og borðað hádegismat hjá okkur.

Boðið er upp á hvíldarinnlagnir og hefur verið góð reynsla af þeim, bæði fyrir sjúklinginn og aðstandendur hans. Segja má að þessar hvíldarinnlagnir verði oft á tíðum nokkurs konar aðlögun fyrir alla aðila að framtíðarvistun. Boðið er upp á fjölskyldufund á fyrstu vikum eftir innlögn og einnig eftir þörfum eftir það. Við höfum einnig hvatt fjölskyldur til að koma að heimsækja okkur áður en þær taka þá ákvörðun að sækja um pláss á deildinni fyrir ástvin sinn til að sjá húsnaðið okkar, ræða við okkur og taka síðan ákvörðun.

Flestir heimilismenn hafa möguleika á einkalífi með því að vera á einbýli. Einnig eru stofur sem bjóða upp á tvíbýli t.d. ef um hjón er að ræða. Hvatt er til að íbúarnir hafi í herberginu persónulega muni, húsgögn ofl. eftir því sem húsrúm leyfir og reynt þannig að skapa íbúanum heimilislegt andrúmsloft.

Í Norðurhlíð er lögð áhersla á að þekkja lífssögu íbúa okkar, þ.e. æviferil, fjölskyldu, fyrri störf og áhugamál. Að þekkja íbúann skiptir miklu máli í því daglega starfi sem við tökum okkur fyrir hendur. Það hjálpar

okkur að finna umræðugrundvöll til að hvetja íbúann til að tjá sig, getur stundum útskýrt ástæður óróleika, hjálpar okkur til að læra að þekkja hvað viðkomandi finnst gott/vont, skemmtilegt/leiðinlegt. Við teljum að með því að kynnst einstaklingnum getum við einnig best nálgast hann í þeirri hjúkrun sem við viljum veita honum.

Sumir íbúar Norðurhlíðar hafa í gegnum tíðina fengið liðveislu sem ýmist þeir sjálfir hafa greitt fyrir eða sveitarfélag íbúans. Liðveisla hefur reynst vel ekki síst fyrir þá íbúa sem eiga ekki nákomna ættingja á svæðinu. Liðveisla hefur þá séð um að fara út með íbúanum t.d. á tónleika, kaffihús eða á söfn, í bíltúra, búðir eða í messur og hvað eina annað, sem hann hefur áhuga á.

Oft er um langan veg að fara fyrir nánustu ættingja. Við höfum mikinn skilning á því og viljum reyna að stuðla að sem mestum samvistum við fjölskylduna. Til þess að það geti orðið höfum við húsnaði á okkar vegum þar sem ættingjar geta gist þegar ástvinur er heimsóttur. Engir fastir heimsóknartímar eru hjá okkur heldur kemur fólk þegar það getur og vill.

Starfsfólk heilbrigðisstofnunarinnar

Á HSA er lögð mikil áhersla á fræðslu fyrir allt starfsfólk. Fyrirlestrar og fræðsla eru haldnir á vegum fagaðila innan HSA á veturna. Við fáum þó einnig mikla fræðslu í gegnum fjarfundabúnað, frá FSA, Landakoti og víðar. Starfsmenn sækja ýmiss konar námskeið á ári hverju eða námskeið fagaðila annars staðar að eru fengin til okkar. Starfsfólk hefur verið hvatt til að fara og kynna sér starfsemi annarra heilbrigðisstofnana og hefur það talsvert verið gert af flestum starfsstéttum innan HSA.

Stöðugleiki er í starfsmannahaldi sem gerir það að verkum að mikill auður stofnunarinnar er fólgin í þekkingu starfsmanna og reynslu þeirra í störfum sínum. Í greinargerð Jóns Snædals frá nóvember 2003 kemur fram, að hann telur að hiklaust megi horfa til deildarinnar sem fyrirmyndar fyrir starfsfólk (og stjórnendur) úr öðrum fjórðungum, ekki síður en nálægum byggðum. Við teljum að þetta sé ekki hvað síst vegna þessa samhenta og öfluga starfshóps sem starfar við stofnunina.

Í mörg ár hefur hér verið virkt starfsmannafélag. Hefur það t.d. staðið fyrir skemmtunum, árshátíðum, heilsuefingu og menningarferðum.

Bæklingar

Hjúkrunarfræðingar hafa samið bæklinga fyrir þjónustuþega stofnunarinnar og aðstandendur þeirra. Nefnast þeir: *Kynning á þjónustu heimahjúkrunar, Upplýsingar fyrir sjúklinga og aðstandendur á sjúkra-deild HSA – Seyðisfirði, Heilabilunardeild, HSA – Seyðisfirði og Þegar andlát ber að höndum*. Hægt er að nálgast þessa bæklinga í síma 472 1407 eða á netfanginu sigrunola@hsa.is

SJÚKRASKÓR OG SOKKAR

DELILAH® & SIGVARIS®

Úrval af heilsubætandi
handunnum þýskum
og amerískum
sjúkraskóm.



Allar gerðir af
flug- og sjúkrasokkum.
Stuðningssokkabuxur
einnig fyrir
vanfærar konur

Sendum í póstkröfu

Sjúkravörur ehf. • Verslunin Remedia í bláu húsi v/ Faxafen • Sími: 553 6511



Við leggjum þér lið

Mikið úrval af hjálpertækjum og heilbrigðisvörum

Reflex bað- og salernisstóll fyrir einstaklinga með mismunandi þarfir. Hann er einfaldur í notkun með mjúkri setu og baki og rafknúnum stillingum á hæð og bakhalla.

Reflex auðveldar umönnun og bætir vinnuaðstöðu.

Vandaðar baðvörur, svo sem baðbretti, sturtukollar og margt fleira.

Verslunin er opin virka daga kl. 9-18.
Persónuleg þjónusta og fagleg ráðgjöf.

Eirberg

Eirberg ehf. • Stórhöfða 25 • 110 Reykjavík • sími 569 3100 • eirberg@eirberg.is • www.eirberg.is

Líkamleg færnei og stuðningur frá formlegum og óformlegum stuðnings- aðilum hjá 90 ára og eldri á Íslandi

Hlíf Guðmundsdóttir
hjúkrunarfræðingur, M.S.
Verkefnastjóri



Útdráttur:

Vorið 2003 lauk greinarhöfundur meistararannsókn við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Tilgangurinn með þessu rannsóknarverkefni var að kanna sjálfsbjargargetu langlífra Íslendinga sem búa á eigin heimilum, hvaða stuðning þeir fá frá aðstandendum og hinu opinbera og hvaða þættir hafa áhrif á þann stuðning sem veittur er. Í þessari grein verða kynntar helstu lýsandi niðurstöður rannsóknarinnar. Gögnin í þessari rannsókn voru unnin upp úr gagnasafni um heilsufar og hjúkrunarþarfir 90 ára og eldri á Íslandi, sem safnað var í tengslum við rannsókn á erfðum langlífis í samstarfi Íslenskrar erfðagreiningar (ÍE) og Rannsóknarstofu Háskóla Íslands og Landspítala-háskóla-sjúkrahúss í öldrunarfræðum (RHLÖ). Rannsóknin fór fram á tímabilinu frá mars árið 2000 til september árið 2002. Í rannsóknarhópnum voru ásamt greinarhöfundi Pálmi V. Jónsson, Helga Sæunn Sveinbjörnsdóttir, Hulda Jóhannesdóttir, Hjalti Guðmundsson og Kristleifur Kristleifsson. Leiðbeinendur í meistaránámi voru Kristín Björnsdóttir og Ragnar Friðrik Ólafsson.

Meðhöfundar:

Kristín Björnsdóttir hjúkrunarfræðingur
M.S., PhD. Dósent við hjúkrunarfræðideild
Háskóla Íslands

Ragnar Friðrik Ólafsson félagssálfræðingur
M.S., tilraunafélagsfræðingur M.S.
Verkefnastjóri á Rannsóknarstofu við
Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Inngangur

Það er stefna íslenskra stjórnvalda að aldraðir geti búið sem lengst á eigin heimilum (Lög um málefni aldraðra, 1999; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1999; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2002). Þessi stefna stjórnvalda mun óhjákvæmilega leiða til þess að öldruðum, sem búa á eigin heimilum með skerta sjálfsbjargargetu mun fjölga. Að auki gera mannfjöldaspár á Íslandi næstu áratugi ráð fyrir hlutfallslegri fjölgun aldraðra (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2002). Loks er því spáð að mun fleiri aldraðir komi til með að búa einir og muni þannig hafa minni stuðning frá aðstandendum (Anderson og Hussey, 2000). Með hliðsjón af þessu er mikilvægt að aldraðir fái þann stuðning sem þeir telja sig þarfnast til að geta búið áfram á eigin heimilum þrátt fyrir heilsuleysi og skerta getu við að sjá um daglegar athafnir og að uppbygging heimaþjónustu fyrir aldraða taki mið af þessari þróun. Öflug heimaþjónusta getur einnig komið í veg fyrir að ábyrgð vegna umönnunar leggist of þungt á aðstandendur aldraðra. Mikilvægt er að hið opinbera komi til móts við veikburða aldraða og aðstandendur þeirra með eflingu alhliða heimaþjónustu og fjölbreyttara vali á möguleikum til endurhæfingar. Til að útfæra þessa stefnu er mikilvægt að kanna aðstæður aldraðra sem búa í heimahúsum og þann stuðning sem þeir njóta. Jafnframt er mikilvægt að skýra hvaða þættir leiða til þess að einstaklingur getur ekki lengur dvalið á eigin heimili og flytur á öldrunarstofnun.

Rannsóknir á öldruðum hafa m.a. beinst að því að finna leiðir til að greina hverjir geta búið á eigin heimilum. Þær hafa leitt í ljós að skert geta við grunnathafnir daglegs lífs s.s. að borða og klæða sig og almennar daglegar athafnir s.s. heimilisstörf, hafa hvað mest forspárgildi fyrir stofnanavistun (Miller og Weissert, 2000; Mor, Wilcox, Rakowski og Hiris, 1994; Nourhashemi, Andreiu, Gilette-Guyonnet og Vellas, 2001; Slivinske, Fitch og Wingerson, 1998). Mat á sjálfsbjargargetu við daglegar athafnir er talin gefa góða mynd af því hvers konar aðstoð einstaklingur kemur til með að þarfnast (Femia, Zarit, Johansson, 2001; Simonsick, Kasper og Phillips, 1998). Reglulegt mat á heilsufari og líðan aldraðra í samfélaginu er forsenda þess að uppgötva þætti sem kalla á aukna þjónustu og auka líkur á þörf fyrir stofnanavistun.

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á Íslandi til að skoða almennt heilsufar og hjúkrunarþörf aldraðra er búa á öldrunarstofnunum.

Greinarhöfundur hefur unnið að rannsóknum á högum aldraðra frá 1994 og hefur tekið þátt í þróun á notkun RAI-mælitækja á hjúkrunarheimilum og í heimaþjónustu á Íslandi. Þegar rannsakanda bauðst að taka þátt í að skoða heilsufar og hjúkrunarþörf 90 ára og eldri á Íslandi með fyrrnefndum RAI-mælitækjum, skapaðist möguleiki á að skoða vísbendingar um hjúkrunarþörf háaldraðra á Íslandi, hvaða hjúkrunarþjónustu þeir fá og hvar þeir dvelja síðustu ár ævi sinnar.

Í þessari grein mun verða lýst sjálfsbjargargetu langlífra Íslendinga sem búa á eigin heimilum og hvaða stuðning þeir fá frá aðstandendum og hinu opinbera.

Aðferð

Gögnin í þessari rannsókn voru unnin upp úr gagnasafni um heilsufar og hjúkrunarþarfir 90 ára og eldri á Íslandi sem safnað var í tengslum við rannsókn á erfðum langlífis. Um var að ræða þversniðsrannsókn og fór rannsóknin fram á árunum 2000-2002 í samstarfi við Rannsóknarstofu Háskóla Íslands og Landspítala-háskólasjúkrahúss í öldrunarfræðum (RHLÖ) og Íslenska erfðagreiningu (IE). Einungis var unnið með gögn frá þátttakendum sem bjuggu á eigin heimili. Við söfnun heilsufarsgagna í langlífisrannsókninni voru notuð matsatriði frá RAI-mælitæki sem þróað var fyrir annars vegar hjúkrunarheimili og hins vegar heimaþjónustu (Morris o.fl., 1997; Morris o.fl., 1996). Þessi mælitæki voru valin vegna þess að á Íslandi hafa heilsufar og hjúkrunarþarfir aldraðra verið könnuð í tveimur rannsóknum með þessum mælitækjum (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1995; Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1999). Um er að ræða stöðluð svör við öllum atriðum sem safnað var.

Upplýsingum var safnað fyrst og fremst frá þátttakendum en síðan frá aðstandendum

þeirra og formlegum umönnunaraðilum þegar þess var þörf. Einnig var faglegt mat hjúkrunarfræðings sem tók viðtal notað á grundvelli athugana sem gerðar voru. Því var ekki um hefðbundinn spurningarlista að ræða heldur var upplýsingum safnað úr mörgum áttum og með ólíkum aðferðum. Það að nota RAI-mælitækin í þessari rannsókn mun auðvelda samanburð á niðurstöðum þessara rannsókna við aðurnefndar rannsóknir.

Þátttakendur í heildarrannsókn á erfðum langlífis voru allir sem voru eða urðu 90 ára og eldri á þeim tæplega þremur árum sem gögnum var safnað. Heildarúrtak varð 1633 einstaklingar en brottfall var 13,2% (bjuggu erlendis og látnir). Af þeim 1633 einstaklingum, sem var boðin þátttaka bjuggu 47,4% (n=774) á eigin heimili. Hlutfallslega fleiri karlar (54,7%) bjuggu á eigin heimili en konur (43,7%).

Af þeim 774 þátttakendum, sem bjuggu á eigin heimili, svöruðu 539 (69,6%) einstaklingar. Meðalaldur þátttakenda, sem bjuggu á eigin heimili var 91,7 ár (90-105) og voru konur 60,4%. Flestir þátttakendur voru ekklar/ekkjur eða 60,7% (tafla 1). Mun algengara var að konur hefðu misst maka (70,6%) en karlar (45,5%). Rúmlega 40% karla voru giftir en einungis tæplega 10% kvenna. Um 50% þátttakenda bjuggu einir (tafla 1). Í almennu húsnæði bjuggu 67% (tafla 1). Fleiri karlar bjuggu í íbúðum fyrir aldraða en konur (22%/14%), en fleiri konur í þjónustuíbúðum sveitarfélaga en karlar (18%/11%; tafla 1).

Tafla 1						
Hjúskaparstaða, sambúðarform og búsetuform langlífra sem búa á eigin heimili, eftir kyni (N=539, n= 213 karlar, n= 326 konur)						
	Karlar		Konur		Alls	
	%	N	%	N	%	N
Hjúskaparstaða						
Aldrei gift/kvænst	12,2	26	16,6	54	14,8	80
Gift/kvæntur	40,8	87	9,5	31	21,9	118
Ekkja/ekkill	45,5	97	70,6	230	60,7	327
Fráskilin/fráskilinn	1,4	3	3,4	11	2,6	14
Sambúðarform						
Einn	39,4	84	56,1	183	49,5	267
Með maka	37,1	79	6,1	20	18,4	99
Með maka og öðrum	6,1	13	1,5	5	3,3	18
Með barni sínu en ekki maka	7,5	16	14,1	46	11,5	62
Með öðrum en maka eða barni	9,9	21	22,1	72	17,3	93
Búsetuform						
Almennt húsnæði	66,2	141	67,5	220	67,0	361
Íbúð aldraðra	22,1	47	14,0	46	17,3	93
Þjónustuíbúð sveitarfélaga	11,0	25	18,4	60	15,8	85

Niðurstöður

Skoðaðir voru nokkrir þættir sem taldir eru skipta máli fyrir getu í daglegu lífi. Um 66% þátttakenda héldu líkamsstöðu við jafnvægispróf, 78% fóru stiga án aðstoðar og um 77% (n=414) fóru oft en tvisvar í viku út úr húsi, en um 23% (n= 125) fóru út einn dag eða minna. Vitræn færni var góð hjá þátttakendum og mjög fáir voru með skert skammtímaminni (16,1%) eða með skert langtímaminni (3,9%). Skerðing á vitrænni færni var einungis farin að hafa áhrif á ákvarðanatöku við daglegar athafnir hjá 6%. Um 75% voru með heyrn í lagi eða smávægilega erfiðleika við heyrn, um 68% voru með fullnægjandi sjón.

Algengasta tómstundaiðjan sem þátttakendur töldu sig geta sinnt, var lestur (86,5%), að horfa á sjónvarp (81,3%) og að hlusta á útvarp (70,1%). Meðalfjöldi þeirra tómstunda sem þátttakendur töldu sig geta sinnt, var 5,2 (sf=2,6). Lítil sem enginn munur reyndist vera á milli kynja.

Skerðing á grunnathöfnum daglegs lífs og almennum athöfnum daglegs lífs hjá langlífum er búa á eigin heimilum

Grunnathafnir daglegs lífs voru skilgreindar sem daglegar athafnir sem eru öllum einstaklingum nauðsynlegar, s.s. að matast, klæða sig, snyrta sig, ganga, komast ferða sinna innanhúss og að komast á salerni (Ebersole og Hess, 2001). Almennar athafnir daglegs lífs voru skilgreindar sem daglegar athafnir sem taldar eru vera mikilvægar til að einstaklingur geti búið sjálfstætt á eigin heimili s.s. notkun síma, almenn heimilisstörf, að sjá um fjármál, innkaup, aðdrætti og skipulagningu máltíða.

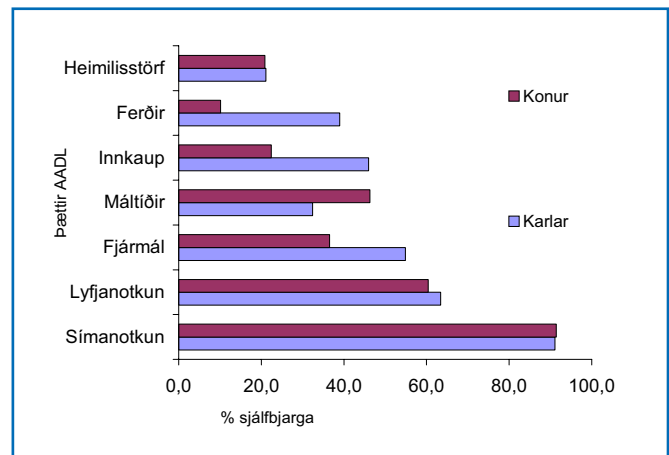
Við flesta þætti grunnathafna daglegs lífs voru yfir 90% alveg sjálfbjarga. Færri voru sjálfbjarga við hreyfifærni utanhúss (77,7%) og við böðun (58,6%). Konur voru með marktækt meiri skerðingu en karlar við hreyfingu utanhúss og við böðun. Þar sem skerðing á færni í grunnathöfnum daglegs lífs reyndist vera lítil í flestum þáttum var hún ekki notuð í frekari greiningu á gögnum heldur einungis færni við almennar athafnir daglegs lífs.

Flestir voru alveg sjálfbjarga við að nota síma eða 91,3%, en fæstir við að ferðast utan göngufæris frá heimili og vinna létt heimilisstörf eða aðeins um 21% (mynd 1). Meðalskerðing var minnst við símanotkun og lyfjanotkun en mest við innkaup og ferðir utan göngufæris (mynd 2).

Konur voru með marktækt meiri skerðingu en karlar við fjármál, innkaup og ferðir utan göngufæris (sjá mynd 2). Karlar voru með hærri meðalskerðingu en konur við undirbúning máltíða og við heimilisstörf (sjá mynd 2), enda þessi verk löngum talin til hefðbundinna kvennastarfa.

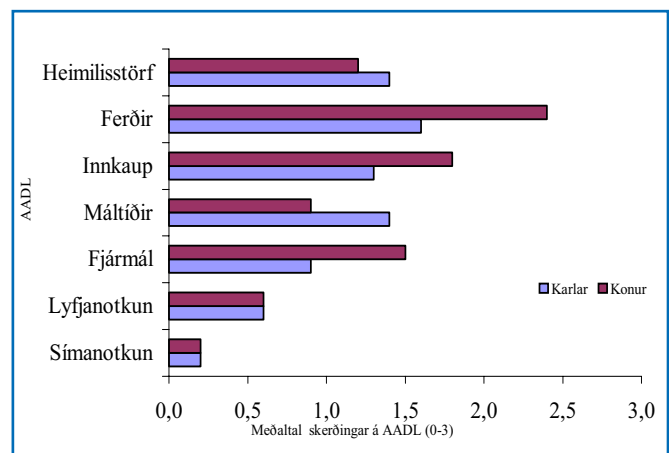
Mynd 1.

Hlutfall þátttakenda sem voru alveg sjálfbjarga við sjö þætti almennra athafna daglegs lífs (AADL) (N=539; n= 213 karlar; n= 326 konur)



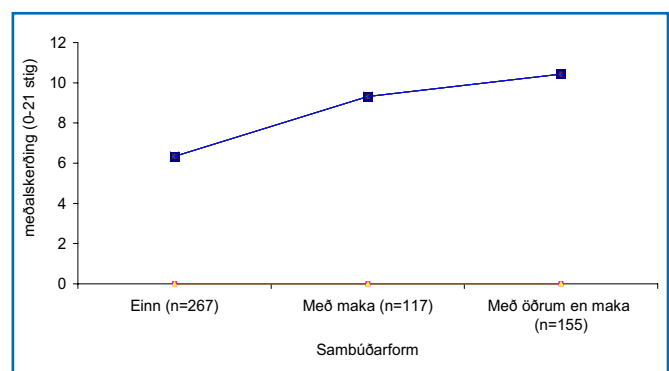
Mynd 2.

Meðaltal skerðingar á sjö þáttum almennra athafna daglegs lífs (AADL), eftir kyni (N=539; n= 213 karlar; konur; n= 326)



Mynd 3

Meðalskerðing á sjálfbjargargetu almennra athafna daglegs lífs á milli sambúðarforma.



Tafla 2 Meðalskerðing (0-21), staðalfrávik, miðgildi á almennum athöfnum daglegs lífs, skipt eftir landshlutum, kyni og sambúðarformi (N=539).						
	Kyn	Sambúðarform	Meðalskerðing	n	Staðalfrávik	Miðgildi
Höfuðborgarsvæði	Karlur	Einn	4,5	56	4,4	3,0
		Með öðrum en maka	9,6	14	5,9	11,0
		Með maka	8,7	56	6,6	8,0
		Alls	6,9	126	6,0	5,5
	Konur	Einn	7,6	123	4,7	8,0
		Með öðrum en maka	10,3	70	6,0	10,0
		Með maka	9,8	14	3,9	10,5
		Alls	8,7	207	5,2	9,0
Landsbyggð	Karlur	Einn	4,4	28	3,6	4,0
		Með öðrum en maka	11,5	23	5,7	13,0
		Með maka	9,6	36	7,0	9,5
		Alls	8,4	87	6,4	8,0
	Konur	Einn	6,4	60	4,6	5,5
		Með öðrum en maka	10,4	48	4,8	10,0
		Með maka	10,9	11	5,7	9,0
		Alls	8,4	119	5,2	8,0
	Alls		8,2	539	5,6	8,0

Munur á sjálfsbjargargetu í almennum athöfnum daglegs lífs eftir landsvæðum, kyni, sambúðarformi og búsetuformi hjá langlífum er búa á eigin heimilum

Kannað var hvort munur væri á milli landsvæða, kynja og sambúðarforma á sjálfsbjargargetu við almennar athafnir daglegs lífs. Meðalskerðing eftir landsvæðum, kyni og sambúðarformi er sýnt í töflu 2. Ekki kom fram munur á sjálfsbjargargetu við almennar athafnir daglegs lífs á milli landshluta, að teknu tilliti til kyns og sambúðarforms. Konur höfðu meiri meðalskerðingu, að teknu tilliti til landshluta ($F(1, 4) = 4,2, p < .05$). Einnig voru þeir sem bjuggu einir að jafnaði marktækt minna skertir en þeir sem bjuggu með öðrum en maka að teknu tilliti til landshluta og kyns ($F(2, 4) = 34,87, p < .0001$) (sjá mynd 3).

Kannað var hvort munur væri eftir landshlutum, kyni og búsetuformi á færni við almennar athafnir daglegs lífs. Meðalskerðing eftir landshlutum, kyni og búsetuformi er sýnt í töflu 3. Einungis kom fram marktækur munur á milli búsetuforma þ.e. þeir sem bjuggu í þjónustuíbúðum sveitarfélaga voru marktækt skertari en þeir sem bjuggu í íbúðum aldraðra, að teknu tilliti til landshluta og kyns ($F(2, 4) = 3,37, p < .05$) (mynd 4).

Stuðningur sem langlífir einstaklingar sem búa á eigin heimilum fá frá óformlegum og formlegum stuðningsaðilum

Tafla 3 Meðalskerðing (0-21), staðalfrávik, miðgildi á skerðingu á almennum athöfnum daglegs lífs, skipt eftir landshlutum, kyni og búsetuformi.						
	Kyn	Búsetuform	Meðalskerðing	n	Staðalfrávik	Miðgildi
Höfuðborgarsvæði	Karlur	Almennt húsnæði	6,5	75	6,1	4,0
		Íbúðir aldraðra	7,0	37	5,7	6,0
		Þjónustuíbúðir sveitarfélaga	9,1	14	6,3	6,5
		Alls	6,9	126	6,0	5,5
	Konur	Almennt húsnæði	8,7	131	5,3	9,0
		Íbúðir aldraðra	7,6	37	4,3	9,0
		Þjónustuíbúðir sveitarfélaga	9,6	39	5,9	9,0
		Alls	8,7	207	5,2	9,0
Landsbyggð	Karlur	Almennt húsnæði	8,4	66	6,5	8,0
		Íbúðir aldraðra	5,7	10	3,8	5,0
		Þjónustuíbúðir sveitarfélaga	10,6	11	6,7	10,0
		Alls	8,4	87	6,4	8,0
	Konur	Almennt húsnæði	8,2	89	5,2	7,0
		Íbúðir aldraðra	8,6	9	5,5	8,0
		Þjónustuíbúðir sveitarfélaga	9,1	21	5,1	8,0
		Alls	8,4	119	5,2	8,0
	Alls		8,2	539	5,6	8,0

Skoðaður var stuðningur sem langlífir einstaklingar sem búa á eigin heimilum fá frá óformlegum og formlegum stuðningsaðilum. Flestir þátttakendur fengu stuðning frá aðstandendum eða 73,8% (tafla 4). Hlutfallslega fleiri fengu aðstoð frá félagslegri heimilishjálp (64,9%) en heimahjúkrun (40,8%) (tafla 4). Þjónusta, s.s. iðjubjálfun og félagsráðgjöf, var ekki til staðar. Stuðning, annað hvort frá óformlegum eða formlegum stuðningsaðilum, fengu einungis 19,1%. Flestir eða 73,8% fengu blandaða þjónustu frá bæði óformlegum og formlegum stuðningsaðilum.

Flestar klukkustundir að meðaltali voru veittar frá aðstandendum eða 15,2 klukkustundir á viku (tafla 4). Um 65% af heildar-klukkustundum voru frá óformlegum aðilum. Næst mestur stuðningur kom frá félagsþjónustu eða 1,9 klukkustundir á viku (tafla 4). Heimahjúkrun veitti heldur minni þjónustu eða 0,5 klukkustundir á viku (tafla 4). Meðalstuðningur frá dagvist var 1,0 klukkustund og því er um tiltölulega margar klukkustundir að ræða við hvern einstakling því fáir njóta þessarar þjónustu.

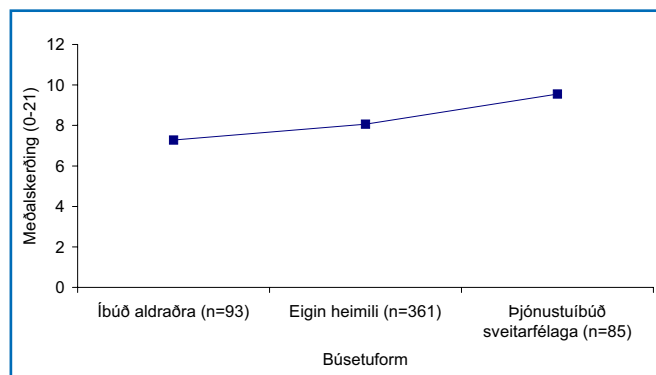
Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að um 50% langlífra Íslendinga búa á eigin heimili og líkamleg, andleg og félagsleg færni þeirra er almennt góð. Engar rannsóknir fundust sem kanna heilsufar og hjúkrunarþarfir 90 ára og eldri sérstaklega og þannig er þessi rannsókn mikilvægt framlag til þekkingar á færni þessa hóps og hvaða óformlegan og formlegan stuðning þeir fá. Skerðing á sjálfsbjargargetu þeirra felst aðallega í minnkaðri getu til að fara ferða sinna utan heimilis og til að baða sig. Því má álykta að þeir sem stríða við flóknari skerðingu á grunnathöfnum daglegs lífs dvelji flestir á öldrunarstofnunum. Þetta er í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna sem hafa leitt í ljós að skert geta við grunnathafnir daglegs lífs og almennar athafnir daglegs lífs gefi hvað mestar vísbendingar um stofnanavistun (Miller, Longino jr., Anderson, James og Worley, 1999; Miller og Weissert, 2000; Mor, Wilcox, Rakowski og Hiris, 1994; Nourhashemi, Andreiu, Gilette-Guyonnet og Vellas, 2001; Slivinske, Fitch og Wingerson, 1998). Athyglisvert var að fleiri voru alveg sjálfbjarga við að hreyfa sig utanhúss en við böðun. Það bendir til þess að slysaætta við böðun skipti miklu máli, þegar kemur að mati á aðstoð við þessa athöfn. Mjög fáir einstaklingar höfðu einkenni um vitræna og félagslega færniskerðingu og gæti það bent til þess að færni á þeim sviðum sé ein af aðalforsendum þess að geta búið á eigin heimili.

Þeir hópar sem voru með mestu skerðinguna á sjálfsbjargargetu miðað við aðra viðmiðunarhópa voru konur, þeir sem bjuggu með öðrum en maka og þeir sem bjuggu í þjónustubúðum sveitarfélaga. Athyglisvert var að konur bjuggu mun oftast með öðrum en maka en karlar. Þær bjuggu frekar í þjónustubúðum sveitarfélaga, en karlar bjuggu mun oftast í íbúðum aldraðra. Þessar niðurstöður samræmast niðurstöðum Katz og félaga (2000), sem sýndu að konur með skerta getu voru líklegri til að búa einar en karlar. Konur voru einnig líklegri til að búa ekki með maka en karlar. Þessar niðurstöður gætu verið vísbending um að konur lifi almennt lengur með skerðingu, þær eigi auðveldara með að búa einar með skerðingu og að þær flytji frekar í þjónustubúðir sveitarfélaga en í íbúðir aldraðra vegna verri efnahagslegra og félagslegra aðstæðna. Þar sem um háaldraða einstaklinga var að ræða í þessari rannsókn er hugsanlegt að ein af aðalforsendum þess að geta dvalið á eigin heimili með mikla skerðingu á þessum aldri, sé að hafa góðan stuðning frá aðstandendum. Um 60% aldraðra á hjúkrunarheimilum hafa skert skammtímaminni og um 40% í þjónusturými (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1995). Því kom ekki á óvart að einungis 16% þátttakenda höfðu skerðingu á skammtímaminni, en svo virðist sem vitræn skerðing vegi þungt í ákvörðun um innlögna á stofnun. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að fylgni er á

Mynd 4.

Meðalskerðing á sjálfsbjargargetu almennra athafna daglegs lífs á milli búsetuforma



Tafla 4

Tafla 4. Hlutfall þátttakenda sem fá stuðning og meðalfjöldi klukkustunda á viku frá óformlegum og formlegum stuðningsaðilum.

	Þátttakendur		Klukkustundir á viku		
	%	n	Meðaltal	Staðalfrávik	Spönn
Formlegur eða óformlegur stuðningur	92,9	500	18,7	34,8	0-180
Formlegur stuðningur	70,7	381	3,3	5,9	0-46
félagsleg heimilishjálp	64,9	350	1,9	3,5	0-42
heimahjúkrun	40,8	220	0,5	1,3	0-14
dagdeild	7,2	39	1,0	4,4	0-35
sjúkraþjálfun	3,5	19	0,1	0,4	0-5
Óformlegur stuðningur	73,8	398	15,2	33,8	0-168

milli aukinnar vitrænnar skerðingar og heilabilunar-sjúkdóma við aukna færniskerðingu (Miller og Weissert, 2000; Nourhashemi o.fl., 2001; Slivinske o.fl., 1998; Femia o.fl., 2001).

Niðurstöður leiddu í ljós að aðstandendur sinna mestum hluta af heildarstuðningi sem óformlegir og formlegir stuðningsaðilar veittu. Þriðjungur þátttakenda fékk ekki neina aðstoð frá sínum nánustu. Ljóst er að hið opinbera þarf að huga að því að formleg þjónusta taki að hluta til við af óformlegri þjónustu aðstandenda, bæði vegna fjölgunar aldraðra í þjóðfélaginu, þess að fleiri aldraðir munu kjósa að búa einir en ekki með börnum sínum eða ættingjum og vegna þess að breytingar á fjölskyldugerð t.d. færri börn, meiri atvinnuþátttaka kvenna og fjölgun skilnaða muni leiða til þess að möguleiki á óformlegum stuðningi minnkar.

Þessar niðurstöður gefa góða mynd af sjálfsbjargargetu í daglegum athöfnum og þeim stuðningi sem langlífir fá frá óformlegum og formlegum stuðningsaðilum við athafnir daglegs lífs. Þetta er faraldsfræðileg rannsókn, sem gefur möguleika á að setja fram tilgátur um hvernig bæta megi aðbúnað langlífra og hvernig hægt

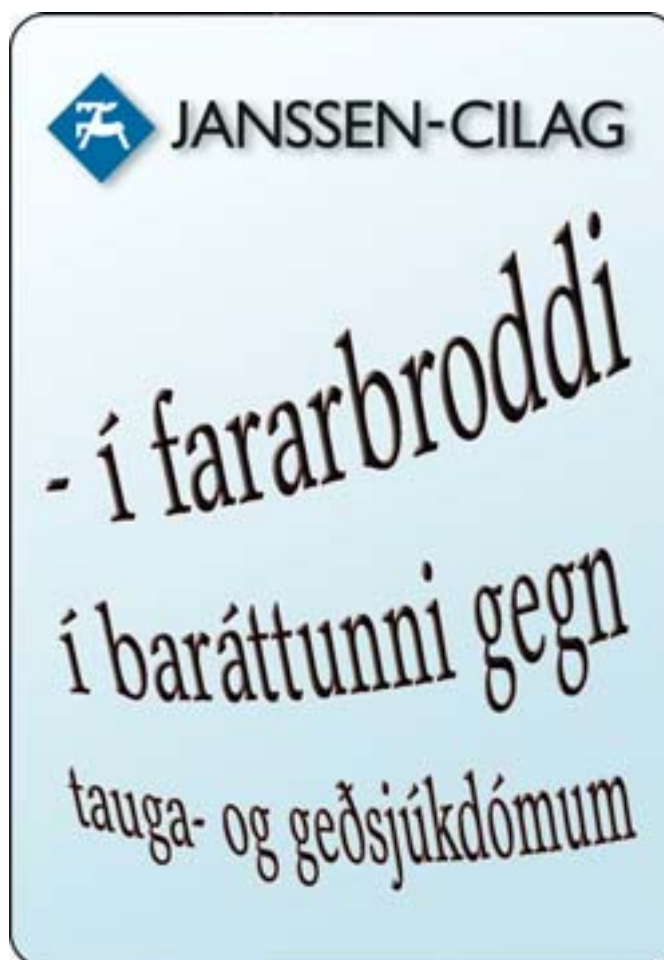
sé að auka þjónustu við þá sem dvelja á eigin heimili og búa við skerta líkamlega, andlega og félagslega færni. Í rannsókninni var einnig skoðað hversu mikið og hvernig sjálfsbjargargeta, kyn, aldur, sambúðarform og búsetuform skýrir stuðning sem langlífir fá frá óformlegum stuðningsaðilum, formlegum stuðningsaðilum og í heild frá báðum aðilum, skipt eftir landsvæðum. Um þær niðurstöður verður ekki fjallað hér.

Rannsóknin hlaut styrk úr B-hluta vísindasjóðs Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, Vísindasjóði LSH og frá Öldrunarfræðafélagi Íslands.

Heimildaskrá

- Anderson, G. F. og Hussey, P. S. (2000). Population aging: A comparison among industrialized countries. *Health Aff (Millwood)*, 19, 191-203.
- Anna Birna Jensdóttir, Fanney Friðbjörnsdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Hrafn Pálsson, Ingibjörg Hjaltadóttir, Marianna Haraldsdóttir, Pálmi V. Jónsson, Ómar Harðarson og Þórunn Ólafsdóttir (1999). Heilsufar- og hjúkrunarþörf aldraðra sem njóta þjónustu heimahjúkrunar. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, sótt í september 2002 af <http://brunnur.stjr.is/interpro/htr/htr.nsf/pages/raisky1>
- Anna Birna Jensdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Hrafn Pálsson, Ingibjörg Hjaltadóttir, Pálmi V. Jónsson, Ómar Harðarson og Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir (1995). Daglegt líf á hjúkrunarheimili. Heilsufar- og hjúkrunarþörf íbúa á öldrunarstofnunum. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, rit.2.
- Branch, L. G. (2001). Community long-term care services: What works and what doesn't? *Gerontologist*, 41, 305-306
- Ebersole, P. og Hess, P. (2001). *Geriatric nursing and healthy aging*. St. Louis: Mosby.
- Femia, E. E., Zarit, S. H. og Johansson, B. (2001). The disablement process in very late life: A study of the oldest-old in Sweden. *Journals of Gerontology B*, 56, P12-23.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (1999). Stefnumótun um hjúkrunarþjónustu í heilsugæslu. Reykjavík. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2002). Heilbrigðisáætlun til ársins 2010; Langtímamarkmið í heilbrigðismálum. Reykjavík. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, sótt í september 2002 af [http://www.government.is/interpro/htr/htr.nsf/Files/heilbri.pdf/\\$file/htr2010.pdf](http://www.government.is/interpro/htr/htr.nsf/Files/heilbri.pdf/$file/htr2010.pdf)
- Katz, S. J., Kabeto, M. og Langa, K. M. (2000). Gender disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States. *JAMA*, 284, 3022-3027.
- Kemper, P. (1992). The use of formal and informal care by disabled elderly. *Health Services Research*, 27, 421-451
- Lög um málefni aldraðra (1999). Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999.
- Miller, M. E., Longino., jr., C. F., Anderson, R. T., James, M. K. og Worley, A. S. (1999). Functional status, assistance, and the risk of a community-based move. *Gerontologist*, 39, 187-200.
- Miller, E.A. og Weissert W.G. (2000). Predicting elderly people's risk for nursing home placement, hospitalization, functional impairment, and mortality: A Synthesis. *Medical Care Research and Review*, 57, 259-297.
- Mor, V., Wilcox, V., Rakowski, W. og Hiris, J. (1994). Functional transitions among the elderly: Patterns, predictors, and related hospital use. *American Journal of Public Health*, 84, 1274-1281.
- Morris, J. N., Fries, B. E., Barnebei, R., Steel, K., Kikegami, N., Carpenter, I. og Gilgen, R. (1996). RAI Home Care (RAI HC) Assessment manual; Primer on use of The Minimum Data Set- Home Care (MDS-HC) and The Client Assessment Protocols (CAPs). Hebrew Rehabilitation Center for Aged, Boston, MA.
- Morris, J. N., Murphy, K. og Nonemaker, S. (1997). Leiðbeiningar fyrir gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarþörf á öldrunarstofnunum. Íslensk þýðing og staðfæring: Anna Birna Jensdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2. útgáfa, apríl.

- Nourhashemi, F., Andreiu, S., Gillette-Guyonnet, S. og Vellas, B. (2001). Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: A study of 7364 community-dwelling elderly women (The EPIDOS Study). *Journals of Gerontology A*, 56, M448-453
- Simonsick, E. M., Kasper J. D. og Phillips, C. L. (1998). Physical disability and social interaction: Factors associated with low social contact and home confinement in disabled older women. (The Women's Health and Aging Study). *Journals of Gerontology B*, 53, S209-S217.
- Slivinske, L. R., Fitch, V.L. og Wingerson, N. W. (1998). The effect of functional disability on service utilization: Implications for long-term care. *Health & Social Work*, 23, 175-183.



Aðlögun að stofnanalífi

Hanna Lára Steinsson
félagsráðgjafi á LSH Landakoti



Á árinu 2003 fluttu alls 856 Íslendingar af heimilum sínum á öldrunarstofnanir. Ástæðan fyrir flutningi á stofnun er sú að viðkomandi getur ekki verið lengur heima þó hann njóti hámarksaðstoðar samfélags og fjölskyldu. Fyrirvarinn er mismikill; stundum er hann lítill sem enginn, í öðrum tilvikum mjög langur og svo allt þar á milli. Í öllu falli fylgja miklar breytingar flutningi á stofnun og þær hafa verið tilefni til rannsókna víða um heim. Hér á landi hafa áhrif slíkra flutninga á einstaklinga og fjölskyldur of lítið verið skoðuð.

Aldraðir sem bíða eftir stofnanavistun

Það hefur lengi loðað við íslenska öldrunarþjónustu að biðtíminn eftir plássi á vist- og hjúkrunarheimilum í þéttbýli hefur verið allt of langur. Það er þó tilfinning okkar sem störfum í þessum geira að biðtíminn hafi verið að styttest á undanförunum misserum. Um þessar mundir eru um 75 manns á Landspítala-háskólasjúkrahúsi sem bíða eftir úrlausn á öldrunarstofnun, en mörg undanfarin ár hefur þessi hópur verið yfir 100 manns. Það hefur afar slæm áhrif á fólk, þegar meðferð og endurhæfingu er lokið, að þurfa að bíða mánuðum saman á sjúkrahúsi, án þess að vita fyrir víst á hvaða stað það endar.

Árið 1976 var gerð rannsókn í Bretlandi um áhrif þess að vera á biðlista fyrir stofnanavistun. Fyrst voru tekin viðtöl við 85 aldraða einstaklinga sem voru að bíða eftir vistun á stofnun. Síðan var rætt við þá aftur sex vikum, tveimur mánuðum og svo einu ári eftir að þeir vistuðust. Notast var við tvo samanburðarhópa, annar var á stofnun en hinn bjó í heimahúsi. Rannsóknin leiddi í ljós að sálræn áhrif voru greinileg á einstaklinga sem voru á bið eftir vistun. Aldraðir á biðlistum höfðu lægra sjálfsmat, sýndu minni tilfinningaleg viðbrögð og höfðu ekki eins skýra hugsun og aldraðir í samanburðarhópunum (11).

Árið 2001 gerði Guðlaug Jóna Hilmarsdóttir, þá nemi í félagsráðgjöf, litla rannsókn á Landakoti um líðan þeirra sem voru í svo kölluðum biðplássum. Hún tók viðtöl við fjóra sjúklinga, tvo karla og tvær konur, sem voru að bíða eftir plássi á hjúkrunarheimili. Þrjú þeirra voru búin að bíða á sjúkrahúsinu í tæpt ár en einn í nokkra mánuði. Tvö þeirra höfðu farið að skoða hjúkrunarheimili sem sótt var um og virtist það draga úr kvíða hjá þeim. Þeim fannst sérstaklega gott að geta gert sér í hugarlund hvað þau tækju með sér af persónulegum munum. Enginn fjögurra viðmælenda vildi hugsa um framtíðina heldur reyndu þau að láta hverjum degi nægja sína þjáningu. Tvö þeirra vonuðust eftir enn meiri bata svo þau kæmust aftur heim. Einn tjáði sig sérstaklega um kvíða vegna þess að hann vissi ekki á hvaða stað hann myndi lenda (3).

Aðdragandi flutnings á stofnun

Rannsóknir hafa sýnt að það eru fjórir þættir sem hafa áhrif á hvernig flutningur aldraðra á stofnun tekst til:

1. **Þátttaka.** Að hve miklu marki var flutningurinn skipulagður með þátttöku hins aldraða?
2. **Val.** Átti hinn aldraði sjálfur þátt í að velja þá stofnun sem hann vistaðist á?
3. **Skoðun.** Voru allir hugsanlegir möguleikar í stöðunni kannaðir og var farið á stofnanirnar sem komu til greina og þær skoðaðar?
4. **Upplýsingar.** Á hvaða formi voru þær upplýsingar sem hinn aldraði fékk og hversu skiljanlegar voru þær fyrir hann?

Samspil ofangreindra þátta veldur því hvernig hinn aldraði upplifir flutning á stofnun. Um ferns konar upplifun getur verið að ræða:

1. **Jákvætt val.** Allir möguleikar í stöðunni eru kannaðir og viðkomandi velur þá stofnun sem hann vistast á og hvenær.
2. **Rökrétt val.** Viðkomandi hefur minni væntingar, tekur minni þátt í vali á stofnun og fær verri upplýsingar en í fyrsta lið, en hann sættir sig við flutninginn því honum finnst ákvörðunin vera rök-rétt.
3. **Vonbrigði.** Væntingar viðkomandi standast ekki því það skortir verulega á alla fjóra framangreinda þætti.
4. **Mistök.** Enginn af þessum fjórum þáttum er til staðar. Upplifunin er því eingöngu neikvæð.

Ein af niðurstöðum þessara rannsókna var að í flestum tilvikum vantar í það minnsta einn þáttinn sem leiddi til þess að flutningarnir urðu erfiðari. Ástæðan er sú að oftast kom til flutnings vegna skyndilegra breytinga eins og veikinda, sjúkrahússvistar eða makamissis sem orsakaði breytingar á heilsu viðkomandi, félagslegum stuðningi og hæfni til að takast á við daglega lífið (18).

Að flytja á stofnun flokkast undir meiri háttar lífsviðburði hjá flestum og samtök bandarískra hjúkrunarfræðinga hafa nefnt þetta ferli „flutningsstreitu-heilkenni“ (relocation stress syndrome). Helstu einkenni þess eru kvíði, rugl og þunglyndi, einnig líkamleg einkenni eins og meltingartruflanir og hjartveiki. Önnur sálræn einkenni má rekja til eignamissis og frelsis-skerðingar og geta orsakað óvissu með sitt eigið sjálf (17, 7).

Áhrif á aðstandendur

Flutningur á stofnun hefur ekki bara áhrif á sjúklingana sjálfa. Aðstandendur þeirra ganga oft í gegnum mikla erfiðleika bæði fyrir og eftir flutning. Makar og/eða börn þurfa oft að taka þessa ákvörðun fyrir hönd sjúklings, einkum þegar um heilabilun er að ræða.

Aðstandendum kann að vera létt þegar plássíð býðst en sú tilfinning blandast saman við aðrar tilfinningar eins og sektarkennd, skömm, sorg og þá tilfinningu að hafa ekki staðið sig sem skyldi við umönnun sjúklingsins (22, 19, 21, 4, 12).

Margrét Gústafsdóttir, dósent í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands, fjallar í doktorsritgerð sinni um samskipti aðstandenda og starfsfólks á hjúkrunarheimilum. Hún komst að því að aðstandendum fannst líkamleg umönnun tilheyra starfsfólkinu en andleg umönnun fjölskyldunni. Bæði fjölskyldan og starfsfólkið hafði tilhneigingu til að líta svo á að það væru mörk milli þeirrar umönnunar sem hvor aðilinn um sig innir af hendi. Starfsfólkið tók aðeins að takmörkuðu leyti upp með fjölskyldunni ýmsa þætti er sneru að umönnuninni. Mikill munur reyndist vera á milli deilda sem bendir til þess að deildarstjórar gegni lykilhlutverki varðandi það hvaða augum starfsfólkið lítur á heimilisfólkið og umönnun þess (14).

Erlendis er nú mikil vakning, sem snýr að því að hafa nánustu aðstandendur sem mest með í ráðum varðandi umönnun sjúklingsins. Gott dæmi er hjúkrunarheimili í Texas, Kilgore Nursing Center. Þar hafa ákveðnar vinnu-aðferðir verið þróaðar við innlögn sjúklinga og eru 90% aðstandenda ánægðir með hvernig innlagnarferlið er uppbyggt. Þegar sjúklingar sjúkrahúsanna í nágrenninu geta ekki útskrifast heim fá þeir í hendur lesefni um hjúkrunarheimilið ásamt upplýsingum um greiðsluþátttöku. Áður en flutningur á sér stað fá þeir skriflegar upplýsingar um nafn deildarstjóra, starfslýsingar starfsmanna og bein símanúmer tengiliða fjölskyldunnar á hjúkrunarheimilinu. Fjölskyldan er hvött til að vera í sambandi og að skiptast á upplýsingum. Einnig fylgja lög um réttindi sjúklinga, starfsreglur heimilisins og upplýsingar um meðferð við lífslok. Þátttaka ættingja við umönnun er talin mjög jákvæð og hún hjálpar starfsfólkinu að finna þá aðferð sem hentar hverjum og einum best. Að auki auðveldar þátttaka aðstandenda sjúklingi að aðlagast breyttum aðstæðum.

Innan þriggja vikna frá flutningi er haldinn meðferðarfundur starfsfólks og fjölskyldu. Þar er gerð skrifleg meðferðaráætlun þar sem hlutverk sjúklings, fjölskyldu og starfsfólks varðandi umönnun eru skilgreind sameiginlega. Fundir sem þessir hafa orðið til þess að aðstandendur hafa meiri áhrif á hvernig annast er um ástvin þeirra, þeir bæta upplýsingastreymi á milli starfsfólks og ættingja og auka velliðan sjúklinga og aðstandenda (13, 20, 10).

Að takast á við nýjar aðstæður

Margar rannsóknir hafa verið gerðar á því hvernig aldraðir takast á við þær breytingar sem fylgja því að flytja á stofnun (15, 2, 8, 5, 1). Í rannsókn sem Porter og Clinton gerðu árið 1992 kom fram að fólk notar aðallega þrjár aðferðir:

Að taka því sem að manni er rétt er langalgengasta aðferðin sem notuð er til að takast á við þær hömlur

sem stofnanalífið setur. Orðatil-tæki eins og „að venjast því að búa þarna“, „hlýða“ og „þegja“ voru mikið notuð. Önnur algeng aðferð er að *gera sem best úr aðstæðunum* og einblína á það sem enn er hægt að stjórna sjálfur. Í þessum tilvikum er til dæmis mikilvægt að geta ákveðið sjálfur hvenær farið er að sofa, hvort tekið sé þátt í afþreyingu, hvenær böðun fer fram og kannski finnst viðkomandi gott að sinka að sér uppáhaldsmatnum sínum eða öðru góðgæti. Að viðhalda samskiptum við fjölskyldu og vini var líka eitthvað sem þetta fólk taldi sig geta stjórnað sjálf



og það átti sinn þátt í að viðhalda sjálfsmynd þess á þann hátt að því fannst það vera einhvers virði. Þriðja aðferðin sem margir nota er *að bera sig saman við aðra íbúa*. Samanburðurinn nær yfir marga þætti eins og líkamlega og andlega heilsu, félagslega stöðu, heimsóknir frá vinum og ættingjum og fjárhagslega stöðu. Slíkur samanburður hjálpaði íbúunum að setja aðstæður sínar í samhengi og styrkja sitt eigið sjálf (11).

Í rannsókn Wilsons árið 1997 þar sem tekin voru viðtöl við fimmtán íbúa á hjúkrunarheimili í þrjú skipti; sólarhring eftir flutning, tveimur vikum síðar og svo einum mánuði eftir flutning, var aðlögun íbúanna skipt niður í þrjú tímabil:

1. **Yfirþyrmandi tímabilið.** Það einkennist af tilfinningalegum viðbrögðum. Fólk sýnir einkum merki um einmanaleika og sorg, það grætur talsvert, er hrætt og finnur fyrir miklum söknuði.
2. **Aðlögunartímabilið.** Hér fer fólk að reyna að bægja frá sér neikvæðum hugsunum og reynir að byggja upp jákvætt viðmót til framtíðarinnar og hins daglega lífs innan stofnunarinnar. Það tekur að mynda tengsl við hjálparaðila og ræðir um hvaða skorður stofnunin setur því varðandi sjálfsstjórn og sjálfræði.
3. **Ásættunartímabilið.** Þetta tímabil einkennist af því að íbúarnir fara að sætta sig meira við að dvelja á stofnuninni, taka meiri þátt í afþreyingu og öðru sem í boði er og kynnast öðrum íbúum. Sjálfsöruggið eykst og fólk fer að gera sér betur grein fyrir því að þetta er þeirra framtíðarheimili.

Wilson taldi að ef að þetta aðlögunarferli ætti að ganga fljótt og vel fyrir sig þyrfti fólk virkilega að vinna í því að sætta sig við aðstæðurnar. Hann komst einnig að því að þeir sem ekki höfðu tekið sjálfir ákvörðun um að fara á stofnun voru mun lengur að aðlagast aðstæðum.

Wilson hefur verið gagnrýndur fyrir að hann athugaði aðeins aðlögun fólksins fyrsta mánuðinn eftir flutning. Annar rannsakandi, Brooke, gerði svipaða rannsókn tíu árum á undan Wilson, nema á mun lengri tíma. Hann skipti aðlöguninni niður í svipuð tímabil, en hélt því fram að 93% þeirra sem flytja á stofnun fari í gegnum þessi tímabil á átta mánuðum. Fyrstu tveir mánuðirnir eru yfirleitt mjög ruglingslegir fyrir þá sem eru nýkomnir á stofnun, en á þriðja mánuði byrja þeir að endurskipuleggja og leysa þau vandamál sem hvíla á þeim. Í kjölfarið fara þeir að mynda sambönd við starfsfólk og aðra íbúa og loks frá fjórða mánuði að öðlast meira jafnvægi (11).

Í meistaraverkefni sínu gerði Ingibjörg Hjaltadóttir, sviðsstjóri hjúkrunar á öldrunarsviði LSH, því skil hvað aldraðir telja til lífsgæða á hjúkrunarheimilum. Hún komst að þeirri niðurstöðu að það er mikilvægt fyrir þá sem misst hafa líkamlegan þrótt að tryggja öryggi sitt með því að flytja á hjúkrunarheimili. Það fólk er oft orðið hrætt við að vera eitt heima og á kannski á hættu að detta og liggja ósjálfbjarga á gólfinu í lengri tíma. Íbúum á hjúkrunarheimilum finnst mikilvægt að finna sitt eigið athvarf og næði inni á sjálfru heimilinu. Sumum þeirra sem eru ekki vitrænt skertir finnst erfitt og truflandi að vera innan um aðra sjúklinga sem eru með heilabilun og kannski erfiða hegðun samfara því. Ein af niðurstöðum Ingibjargar, sem er mjög svo samröma öðrum rannsóknum, er að það er mjög mikilvægt fyrir íbúa á hjúkrunarheimilum að vera viðurkenndir sem einstaklingar og hún bendir á að þar hafi starfsfólkkið stóru hlutverki að gegna, bara með því að sinna smávægilegum viðvikum til að mæta sérþörfum þeirra. Það þarf ekki að vera nema til dæmis að færa viðkomandi kaffi inn á herbergi stöku sinnum. Viðmælendum Ingibjargar fannst líka mjög mikilvægt að hafa eitthvað fyrir stafni og einhver hafði á orði að menn gætu lært alveg fram í andlátíð (6, 9).

Stofnanalíf

Þar sem flestir aldraðir fara á stofnun vegna einhvers konar kreppuástands er ekki óeðlilegt að rannsóknir sýni að upplifun þeirra er oftast neikvæð en jákvæð. Erlendar rannsóknir sem byggja á viðtölum við aldraða inni á stofnunum sýna íðulega að þeir finna fyrir mikilli óhamingju. Fyrir þá hefur flutningurinn í för með sér sársaukafullan endi á öllu því sem hafði þýðingu fyrir hinn aldraða. Íbúarnir tala gjarnan um missi og þjáningu sem veldur óöryggi og lágu sjálfsmati. Missirinn er huglægur eins og missir hlutverks, lífsstíls, frelsis, sjálfstæðis og næðis. Missirinn er einnig veraldlegur eins og að missa heimili sitt og innanstokksmuni. Þá getur missirinn verið félagslegur eins og að missa fjölskyldutengsl, vinabönd og gæludýr (16).

Rannsóknir sýna að orðið „heimili“ þýðir fyrir eldra fólk ekki bara hóbýli heldur er safn minninga tengt því og minningarnar beinast að öryggistilfinningu, sjálfstjórn og persónulegu sjálfi; hver er ég og hvert er hlutverk mitt? (11).

Þó að hér hafi verið tekið á neikvæðum þáttum stofnavistunar eru til aldraðir sem lýsa flutningi sínum á stofnun sem jákvæðum. Í bandarískri rannsókn frá 1996, sem byggði á viðtölum við íbúa tveimur vikum eftir flutning, kemur fram að mörgum fannst léttir að þurfa ekki að vera lengur einir. Sömuleiðis fannst þeim léttir að þurfa ekki að sjá um matseld og annað húshald, vera lausir við áhyggjur af því hvernig eigi að koma sér á milli staða að vetrarlagi og léttir að finna fyrir öryggi vegna líkamlegrar færniskerðingar. Einn viðmælandinn lýsti því meira að segja yfir að hann hefði öðlast frelsi frá skyldum sínum við aðra fjölskyldumeðlimi og að hann upplifði flutninginn sem tækifæri til að öðlast sjálfsálit á ný og í rauninni nýtt líf. Sumir íbúanna fundu fyrir meira öryggi, voru ekki eins einmana og fengu meiri örvun en heima hjá sér (11).

Bandarísk rannsókn frá 1979, sem byggði á viðtölum við hundrað aldraða foreldra og miðaldra börn þeirra, leiddi í ljós að báðar kynslóðir létu í það skína að fjölskylduböndin héldu áfram að vera jafnnáin eftir flutning og jafnvel enn nánari (11).

Hvað má bæta?

Hér á landi má bæta úr ýmsu til að gera öldruðum og sjúkum auðveldara að flytja á stofnun. Í fyrsta lagi þarf að efla mjög upplýsingagjöf til þeirra og aðstandenda. Þörf er á bæklingum og/eða myndböndum frá hverri stofnun fyrir sig. Ekki er nóg að hafa upplýsingar á Netinu. Með því að eiga þess kost að kynna sér vel þær stofnanir sem um ræðir, á viðkomandi meiri möguleika á að hafa áhrif á hvar hann lendir um síðir. Í öðru lagi þarf að auka samvinnu við aðstandendur varðandi umönnun hins sjúka inni á stofnun. Aðstandendur eiga að vera með í ráðum og vera upplýstir um hvaðeina sem snýr að umönnun ástvinar þeirra. Í þriðja lagi er mikil þörf á að auka virkni og afþreyingu fyrir íbúa á stofn-

unum. Allir hafa jú þörf fyrir að hafa eitthvað fyrir stafni, gera gagn og hafa tilgang. Líka sjúklingar sem þjást af heilabilun. Í fjórða lagi þarf ávallt að hafa í huga þörf manneskjunnar fyrir að vera einstök en ekki hluti af heild. Það hefur mikið að segja ef starfsfólk þekkir sögu hvers íbúa og virðir hvern og einn sem einstakling með sinn sérstaka persónuleika, sínar skoðanir og þarfir.

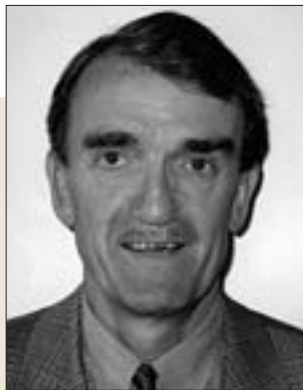
Heimildir

1. Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Levy-Storms, L. og Shuler, R. H. (2000). The transition from home to nursing home: Mortality among people with dementia. *Journals of Gerontology B: Social sciences*, 55, 152-162.
2. Friedman, S. M., Williamson, J. D., Lee, B. H., Ankrom, M. A., Ryan, S. D. og Denman, S. J. (1995). Increased fall rates in nursing home residents after relocation to a new facility. *JAGS*, 43, 1237-1242.
3. Guðlaug Jóna Hilmarsdóttir (2001). *Upplifun sjúklinga í biðplássi*. (Skýrsla). Reykjavík: LSH Landakot.
4. Hagen, B. (2001). Nursing home placement: Factors affecting caregivers' decisions to place family members with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 27, (2), 44-55.
5. Haight, B. K., Michel, Y. og Hendrix, S. (1998). Life review: Preventing despair in newly relocated nursing home residents short- and long term effects. *International Journal of Aging and Human Development*, 47, 119-142.
6. Ingibjörg Hjaltadóttir (2001). *Physically frail elderly residents' perception of quality of life in nursing homes*. (Meistaraverkefni). Reykjavík: Háskóli Íslands.
7. Iwasii, C., Goldenberger, D., Bol, N. og Macmaster, E. (2003). Resident and family perspectives: The first year in a long-term care facility. *Journal of Gerontological Nursing*, 1, 45-54.
8. Kaisik, H. og Ceslowitz, B. (1996). Easing the fear of nursing home placements: The value of stress inoculation. *Geriatric Nursing*, 17, 182-186.
9. Kane, A. K., Kling, K. C., Bershadsky, B., Kane, R.L., Giles, K., Degenholtz, H. B., Liu, J. og Cutler, L. J. (2003). Quality of life measures for nursing home residents. *Journals of Gerontology: Medical sciences*, 58, 240-248.
10. Kellett, U. M. (1998). Meaning-making for family carers in nursing homes. *International Journal of Nursing Practice*, 4, 113-119.
11. Lee, D. T. F., Woo, J. og Mackenzie, A. E. (2002). A review of older people's experiences with residential care placement. *Journal of Advanced Nursing*, 37, (1), 19-27.
12. Lieberman, M. A. og Fisher, L. (2001). The effects of nursing home placement on family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Gerontologist*, 41, 819-826.
13. Linkinhoker, L. (1993). Relocation support program promotes family participation. *Provider*, 5, 58.
14. Margrét Gústafsdóttir (2001). Samskipti aðstandenda og starfsfólks á hjúkrunarheimilum. *Öldrun*, 19, (2), 34-35.
15. Mikhail, M. L. (1992). Psychological responses to relocation to a nursing home. *Journal of Gerontological Nursing*, 18, (3), 35-40.
16. Nay, R. (1995). Nursing home residents' perceptions of relocation. *Journal of Clinical Nursing*, 4, 319-325.
17. Nolan, M. og Dellasega, C. (1999). It's not the same as him being at home: Creating caring partnership following nursing home placement. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 723-730.
18. Nolan, M. og Dellasega, C. (2000). I really feel I've let him down: Supporting family carers during long-term care placement for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 759-767.
19. Rodgers, B., L. (1997). Family members' experiences with the nursing home placement of an older adult. *Applied Nursing Research*, 10, 57-63.
20. Rowles, G.D. og High, D.M. (1996). Individualizing care: Family roles in nursing home decision-making. *Journal of Gerontological Nursing*, 22, (3), 20-25.
21. Ryan, A. og Scullion, H. F. (2000). Nursing home placement: An exploration of the experiences of family carers. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1187-1195.
22. Smith, S. T. (1995). Coping with nursing home placement of a parent. *Home Healthcare Nurse*, 13, 55-58.

Dánarmein á hjúkrunarheimili

Ársæll Jónsson

þfirlæknir,
LSH Landakoti



Inngangur

Pótt algengt sé að vistmenn á hjúkrunarheimilum endi þar sína daga, þá er minna vitað um dánarorsakir þeirra. Almennt er einnig vitað að gamalt, aldurniðgið fólk á oft við marga sjúkdóma að stríða samtímis. Þá má spyrja, hverjir þeirra valda bana eða hvort komi til nýir sjúkdómar undir lokin? Eru dánarmein á hjúkrunarheimili önnur en annarra landsmanna? Hvernig eru dánarmeinin ákvörðuð og hvernig eru þau skráð? Til að varpa ljósi á þetta verður hér sagt frá almennum reglum um skrásetningu dánarvottorða og frá rannsókn á dánarmeinum aldraðs fólks á hjúkrunarheimili í Reykjavík (1).

Um ritun dánarvottorða

Á Ísland eru í gildi lög um dánarvottorð og var nýjasta endurskoðun þeirra gefin út árið 1998 (2). Í fyrstu grein laganna segir: „Læknir skal rita dánarvottorð fyrir hvern mann er deyr hér á landi. Vottorðið skal ritað á eyðublað sem landlæknir lætur útbúa“. Þetta eyðublað er að svipuðu formi og tíðkast meðal nágrannaþjóða og farið er að tilmælum Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar við gerð þess. Klíníski hluti vottorðsins er í tveim hlutum I og II. Í hluta I eru skráðar beinar dánarorsakir eins nákvæmlega og unnt er. Ef um fleiri en eitt sjúkdómsfyrirbæri er að ræða, má skrá þau í tímaröð og sjúkdómurinn neðst á listanum er þá talinn aðaldánarorsök. Aðaldánarorsök (dánarmein) er svo endanlega valin af Hagstofu Íslands og kóðuð eftir ICD-10. Í klíniska hluta II eru skráðir samverkandi sjúkdómar, sem eru taldir samverkandi dauða.

Alþjóðlega dánarmeinaskráin (ICD-10) heitir fullu nafni: „Alþjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála“ og var tíunda útgáfan gefin út á Íslandi árið 1996 (3). Hún tók við af eldri útgáfunni ICD-9, sem hafði verið í notkun frá 1978. Tölfræðiflokkunin skiptir fyrst sjúkdómunum niður í aðalflokka, sem merktir eru með bókstöfum og tveggja stafa töluröð eða kóða (t.d. A00-B99), eins og sést á töflu 1. Næsta flokkun er sjúkdómsgreiningin, tjáð með bókstaf og tveggja stafa númeri og aukastaf t.d. I21,9 (brátt hjarta-vöðvasleygdrep, ekki nánar tilgreint) eins og sýnt er í töflum 3 og 4. ICD-10 býður uppá mikinn fjölbreytileika en markmið skráningarinnar er að skrá sem nákvæmastar faraldsfræðilegar upplýsingar fyrir heilbrigðisyfirvöld og einnig til að fá fram fjölþjóðlegan samanburð.

Efniviður og aðferðir

Samantekt á dánarmeinum er hluti af afturvirkri rannsókn á heilsufarsbreytum vistmanna á hjúkrunarheimili í Reykjavík (1). Valið var að skoða alla sem létust á þessu heimili frá árinu 1996, en þá var byrjað að skrá eftir tíundu útgáfu af Alþjóðlegu dánarmeinaskránni (ICD-10) (3). Til samanburðar var leitað fanga

á vefsíðu Landlæknisembættisins um dánarorsakir landsmanna á aldrinum 80-89 ára árið 1998 (4). Upplýsinga um dánarmein heimilismanna var aflað frá Hagstofu Íslands og náðu þær frá árinu 1996 til loka árs 2002.

Niðurstöður

Rannsóknin náði til allra heimilismanna, sem létust á þessu 7 ára tímabili. Alls létust 177 heimilismenn, 52 karlar og 125 konur. Meðalaldur beggja kynja við andlát var rúm 87 ár. Í samanburðarhópnum á aldrinum 80-89 ára voru samtals 600 karlar og konur.

Í töflu 2 er borin saman hlutfallsleg tíðni aðalflokka dánarmeina fyrir Íslendinga á aldrinum 80-89 ára, sem létust árið 1998, við heimilismenn á hjúkrunarheimilinu. Í ljós kemur að dánartíðni heimilismanna er hærri í flokkum F00-F99, G00-G99 og e.t.v. J00-J99 en hlutfallslega lægri í flokki C00-D48. Með öðrum orðum eru það einkum sjúkdómar í geð-, tauga- og í öndunarkerfum sem voru mun algengari en hins vegar fannst mun lægri tíðni af krabbameinum meðal heimilismanna á hjúkrunarheimilinu.

Hlutfallstíðni algengustu dánarmeina heimilismanna borið saman við aldraða Íslendinga er sýnd á töflu 3. Heimilismenn virðast hafa helmingi lægri tíðni á bráðu hjartadrep en aðrir landar á svipuðum aldri. Hins vegar kemst jafnræði á tölur þegar talin eru saman algengustu blóðrásarsjúkdómarnir: brátt hjartadrep, kransæðakölkun, hjarnafleygdrep og slag. Heimilismenn hafa hærri tölur fyrir heilabilunarsjúkdóma, Parkinsons-veiki, helftarlömun og lungnabólgu. Algengustu dánarmeinin ná aðeins til 74,2% heimilismanna og til 54,2% aldraða Íslendinga í samanburðarhópnum. Þetta þýðir að dreifing sjúkdómsgreininganna er mun meiri meðal hinna síðarnefndu.

Á töflu 4 eru sýndar allar dánarorsakir heimilismanna á hjúkrunarheimilinu. Alls eru þetta um 48 sjúkdómsgreiningar en í samanburðarhópnum teljast þær yfir 80. Af þessum 48 dánarorsökum heimilismanna koma 28 fyrir aðeins einu sinni. Af 21 flokki í töflu 1, raðast dánarmein heimilismanna í 10 en í 13 flokka hjá samanburðarhópnum. Heilabilunarsjúkdómar koma fyrir í þremur ICD-kóðunarflokkum og eru samanlagt 22% af dánarmeinum heimilismanna.

Umræður

Það þarf ekki að koma á óvart að rannsóknin á dánarmeinum heimilismanna á hjúkrunarheimilum sýni lága tíðni krabbameina. Skýringin kann að vera sú að krabbamein leiði sjaldan til svo langvinnrar færniskerðingar að til vistunar á hjúkrunarheimili þurfi að koma. Auk þess eru biðlistar langir og aðgengi takmarkað að reykviskum hjúkrunarheimilum. Það kemur líka í ljós að sjúkdómar, sem flokkast undir geð- og atferlisraskanir og sjúkdómar í taugakerfi eru mun algengari en í samanburðarhópnum, sem býr að mestu leyti utan

hjúkrunarheimila. Það kemur hins vegar á óvart að heilabilunarsjúkdómar skuli ekki vera algengari meðal dánarmeina heimilismanna.

Tíðni heilabilunar í rannsóknarhópnum var við komu á hjúkrunarheimilið um 46% (1). Hér er trúlega um vanmat að ræða þar sem sjúkdómagreiningar við komu á heimilið voru mestmegnis fengnar úr fyrirliggjandi læknaskýrslum, sem gátu verið hvaðanæva að komnar. Rannsókn á Vistunarmati aldraðra í Reykjavík árið 1992 sýndi að 78,5% metinna einstaklinga í þörf fyrir hjúkrunarrými reyndist vera með heilabilun á einhverju stigi (5). Í opinberri skýrslu um heilsufar og hjúkrunarþörf íbúa á öldrunarstofnunum árið 1994 kom fram að einungis 15% vistmanna í hjúkrunarrými töldust vera sjálfstæðir hvað varðar vitræna getu til athafna daglegs lífs (6).

Í dánarnótum í dagálum heimilismanna var heilabilun næstalgengasta sjúkdómsgreiningin á eftir lungnabólgu (1). Tíðni heilabilunar telst mjög há á íslenskum hjúkrunarheimilum og þó hún sé skrásett í dagálum, þá ratar hún ekki alltaf á dánarvottorðin. Og þótt greiningin skili sér á dánarvottorðið, þá kann hennar ekki að vera getið sem megindánarorsakar eða dánarmeins. Geta má rannsóknar á dánarvottorðum frá úrtaki Íslendinga utan stofnana sem sýndi að heilabilunarsjúkdómar voru ritaðir á dánarvottorðin í um 30% til-

Tafla 1
Kóðar og sjúkdómaflokkar ICD-10

Kóði	Sjúkdómaflokkur
A00-B99	Tilteknir smit- og sníklasjúkdómar
C00-D48	Æxli
D50-D89	Sjúkdómar í blóði og blóðmyndunarfærum og tilteknar raskanir sem ná til ónæmiskerfisins
E00-E90	Innkirtla-, næringar- og efnaskiptasjúkdómar
F00-F99	Geð- og atferlisraskanir
G00-G99	Sjúkdómar í taugakerfi
H00-H59	Sjúkdómar í auga og aukalíffærum
H60-95	Sjúkdómar í eyra og stikli
I00-I99	Sjúkdómar í blóðrásarkerfi
J00-J99	Sjúkdómar í öndunarfærum
K00-K93	Sjúkdómar í meltingarfærum
L00-L99	Sjúkdómar í húð og húðbeð
M00-M99	Sjúkdómar í vöðva- og beinakerfi og í bandvef
N00-N99	Sjúkdómar í þvag- og kynfærum
O00-O99	Ungun, barnsburður og sængurlega
P00-P96	Tilteknir kvillar með upptök á burðarmálsskeiði
Q00-Q99	Meðfæddar vanskapanir, aflaganir og litningafrávik
R00-R99	Einkenni, teikn og afbrigðilegar klínískar og rannsóknarniðurstöður, ekki flokkað annars staðar
S00-T98	Áverki, eitrun og aðrar tilteknar afleiðingar ytri orsaka
Z00-Z99	Þættir sem hafa áhrif á heilbrigðisástand og samskipti við heilbrigðisþjónustu
V01-Y98	Ytri orsakir sjúkleika og dánarmeina

vika, en aðeins í einu tilviki var heilabilun skráð sem dánarmein (7). Í því tilviki var engin önnur sjúkdómsgreining skráð á vottorðið og því ekki í aðrar greiningar að venda fyrir þann aðila, sem kóðaði vottorðið hjá Hagstofu Íslands. Oft kann að vera úr vöndu að ráða þar sem aðeins ein sjúkdómsgreining er tekin gild sem dánarmein. Það lítur því út fyrir að heilabilunargreining standi mjög illa í samkeppni við aðrar sjúkdómsgreiningar um val á dánarorsök.

Eitt af því, sem gerir stöðu heilabilunargreininga erfiða er að þær eiga heima í a.m.k. þrem flokkum ICD-10 kóðunarinnar, þ.e. meðal blóðrásarsjúkdóma (I67), geð- og atferlissraskana (F01 og F03) og meðal taugasjúkdóma (G30). Mismunagreiningin vefst fyrir læknum og jafnvel þegar greiningin á heilabilunarheilkenninu er orðin augljós, eins og þegar kemur að vistun á hjúkrunarheimili, þá skirrast menn við að skrá þessar sjúkdómsgreiningar.

Ellihörnun eða „senilitas“ (R54) er viðurkennt dánarmein samkvæmt ICD-10. Enginn heimilismanna hafði þá greiningu í rannsókninni og enginn í samanburðarhópnum, þótt þrír karlar og tvær konur hafi haft ellihörnun að dánarmeini árið 1998. Ellihörnun var algengt dánarmein á árum áður meðal Íslendinga en dregið hefur úr greiningunni eftir því sem þjóðin hefur elst. Á sjötta áratugnum var ellihörnun dánarmein 4,1% karla og 6,3% kvenna á Íslandi (8) en eldri rannsókn prófessors Júlíusar Sigurjónssonar á faraldsfræði ellihörnunar sýndi um tífaldan mun á milli landa í Evrópu (9).

Lokaorð

Í þessari grein er lýst skráningu dánarmeina og skýrt frá dánarmeinum heimilismanna á hjúkrunarheimili á árunum 1996 til 2002. Dánarmeinin dreifast á 10 kóðunarflokka og 48 sjúkdómsgreiningar eru notaðar, þar af 28 aðeins einu sinni. Heimilismenn hafa lægri tíðni krabbameina en samanburðarhópur aldraðs fólks árið 1998, en hærri tíðni heilabilunarsjúkdóma. Samtals teljast heilabilunarsjúkdómar vera um 22% dánarmeina á hjúkrunarheimilinu og bendir margt til að þeir séu verulega vanskráðir. Þörf er á umbótum á greiningaraðferðum, flokkun og skráningu á heilkennum heilabilunar svo faraldsfræðilegar rannsóknir á þessu sviði geti komið að eðlilegum notum.

Heimildir

1. Ársæll Jónsson, Ingibjörg Bernhöft, Karin Bernhardsson og Pálmi V. Jónsson. (2004). Afturvirk rannsókn á heilsufarsbreytum heimilismanna á Droplaugarstöðum árin 1983-2002. *Læknablaðið (Fylgirit 49)*, 90, 41. Ágrip.
2. Lilja Sigrún Jónsdóttir, Skúli Guðmundsson, Sigrún Helgadóttir og Matthías Halldórsson. (1998). *Lög og reglur um ritun dánarvottorða ásamt leiðbeiningardæmum*. Reykjavík: Landlæknisembættið og Hagstofa Íslands.
3. Magnús Snædal (Ritstj.). (1996). *ICD-10*. Reykjavík: Orða-bókasjóður læknafélaganna.

Tafla 2

Hlutfallsleg tíðni aðalflokka dánarmeina á Íslandi fyrir aldurshóp 80-89 ára árið 1998 og fyrir heimilismenn á hjúkrunarheimili árin 1996-2002.

ICD-10 Kóðar	Dánarmein	Karlar og konur á Íslandi, 80-89 ára, 1998 - % (N 600)	Droplaugarstaðir 1996-2002 - %. Meðalaldur 87 ár. (N 177)
A00-B99	Tilteknir smit- og sniklasjúkdómar	0,3	-
C00-D48	Æxli	19,3	6,2
D50-D89	Sjúkdómar í blóði og blóðmyndunarfærum og tilteknar raskanir sem ná til ónæmiskerfisins	0,7	
E00-E90	Innkirtla-, næringar- og efnaskiptasjúkdómar	2,0	1,1
F00-F99	Geð- og atferlissraskanir	6,2	15,8
G00-G99	Sjúkdómar í taugakerfi	4,0	11,9
I00-I99	Sjúkdómar í blóðrásarkerfi	51,0	46,3
J00-J99	Sjúkdómar í öndunarfærum	9,2	12,4
K00-K93	Sjúkdómar í meltingarfærum	2,5	2,8
M00-M99	Sjúkdómar í vöðva- og beinakerfi og í bandvef	0,3	1,7
N00-N99	Sjúkdómar í þvag- og kynfærum	2,2	0,6
R00-R99	Einkenni, teikn og afbrigðilegar klínískar og rannsóknarniðurstöður, ekki flokkað annars staðar	0,2	-
V01-Y98	Ytri orsakir sjúkleika og dánarmeina	2,2	1,1
SAMTALS		100,1%	99,9%

Tafla 3

Hlutfallstíðni algengustu dánarmeina Íslendinga 80-89 ára árið 1998 og fyrir heimilismenn á hjúkrunarheimili árin 1983-2002.

ICD-10 Kóðar	Algengustu dánarmeinin. Nánar sundurgreint	Karlar og konur á Íslandi, 80-89 ára, 1998 - % (N 600)	Droplaugarstaðir 1996-2002 - %. Meðalaldur 87 ár. (N 177)
I21	Brátt hjartadrep	14,0	7,3
I25	Kransæðakölkun	12,2	14,7
I50	Hjartabilun	2,0	3,4
I63	Hjarnaflýgdrep	2,5	5,7
I64	Slag	7,8	7,4
F01	Æðavitglöp	1,2	10,2
F03	Ótilgreind vitglöp	4,7	5,1
G20	Parkinsonsjúkdómur	1,5	3,4
G30	Alzheimersjúkdómur	1,7	5,1
G81	Helftarlömum	0,2	2,8
J18	Lungnabólga	3,2	5,1
J44	Langvinn lungnateppa	3,2	4,0
SAMTALS	-	54,2%	74,2%

Tafla 4
Dánarmeín 177 heimilismanna árin 1996-2002

Kóði	Sjúkdómur	Konur	Karlar
ÆXLI			
C15,9	vélinda		1
C16,9	magi	1	
C18,3	ristill	1	
C25,9	bris	1	
C50,9	brjóst	1	
C56	eggjastokkar	1	
C61	hvekkur		1
C73	skjaldkirtill	1	
C85,9	non-H.lymphoma	1	
D21,4	mjúkvefur í kvið	1	
D37,6	lifur og gallvegir	1	
Geð			
F01,1,8,9	æðavitglöp	12	6
F03	ótilgreind vitglöp	7	2
F44,4	hugrofsröskun	1	
Taugar			
G20	Parkinsonveiki	3	3
G30,9	Alzheimerssjúkdómur	7	2
G40,9	flogaveiki	1	
G81,9	helftarlömum	5	
Blóðrás			
I11,9	háþrýstings-hjartasjúkdómur	1	
I21,9	brátt hjartadrep	7	6
I25,1,2,3,9	kransæðakölkun	19	7
I26,9	lungnasegarek		1
I35	ósæðarlokuþrengsli		1
I38	hjartabolsbólga	2	
I50,9	hjartabilun	3	3
I51,9	óskilgr. hjartasjúkdómur	2	1
I63,8,9	hjarnafleygdrep	6	4
I64	slag	12	1
I67,2,8	heilaaðasjúkdómur	3	
I69,4	eftirstöðvar slags	2	
I70,9	slagæðaraskanir		1
Lungu			
J11,0	inflúensa	2	
J18,0,9	lungnabólga	4	5
J42	langvinn berkjubólga	1	
J43,9	lungnaþemba		1
J44,0,8,9	langvinn lungnateppa	3	4
J45,9	asmi	1	
J69,0	efnalungnabólga	1	
Annað			
E14,4,8	ótilgreind sykursýki	1	1
K55,0	æðaraskanir í görnum	1	
K56,2	garnalömun	1	
K57,9	sarpsjúkdómur í görn	1	
K63,8	aðrir garnasjúkdómar	1	
K83,1	gallgangastífla	1	
M41,4	hryggskekkja	1	
M81,9	beinþynning	2	
N39,0	þvagvegssýking		1
S72,0	brot á lærlegg	2	
SAMTALS		125	52

- Sótt 11. október 2004 af:
<http://www.landlaeknir.is/template1.asp?PageID=170>
- Gróa Björk Jóhannesdóttir, Pálmi V. Jónsson. (1995). Vistunarmat aldraðra í Reykjavík 1992. *Læknablaðið*, 81, 233-241.
- Anna Birna Jensdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Hrafn Pálsson, Ingibjörg Hjaltadóttir, Pálmi V. Jónsson og Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir. (1995). *Daglegt líf á hjúkrunarheimili*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Rit 2.
- Ársæll Jónsson og Helgi Sigvaldason. (1998). Dánarvottorð Reykvíkinga 80 ára og eldri. *Læknablaðið*, 84.(Fylgirit 36), 37.

- Ágrip. – Power Point glærur á vefsíðu LSH/öldrunarsvið/Fyrirlestirasafn Ársæls Jónssonar; Dementia as a comorbidity in death certificates of Icelanders aged 80 years and older. Sótt 11. október 2004 af:
http://www4.landspítali.is/lsn_ytri.nsf/htmlpges/index.html
- Ársæll Jónsson og Jónas Hallgrímsson. (1983). Comparative disease patterns in the elderly and the very old: a retrospective autopsy study. *Age and Ageing* 12, 111-17.
- Júliús Sigurjónsson (1968). Causes of death in old age. *Geriatrics*, 23, 152-157.

Alzheimers-sjúkdómur

Jón Snædal

yfirlæknir, öldrunar-
lækningadeild LSH Landakoti



Hvað er Alzheimers-sjúkdómur?

Alzheimers-sjúkdómur er hrörnunarsjúkdómur í heila og er án þekktrar ástæðu í flestum tilfellum. Hann felur í sér að taugafrumur í heila rýrna smám saman og deyja svo ein af annarri. Sjúkdómurinn kemur ekki fram í öðrum líffærum. Fyrstu einkenni sjúkdómsins koma oftast fram á efri árum þótt þekkt séu tilvik fyrir miðjan aldur. Tíðni hans eykst með hækkandi aldri. Þrátt fyrir miklar rannsóknir á síðustu tveimur áratugum hefur ekki tekist að finna hvað veldur sjúkdómnum nema í sjaldgæfum tilvikum þar sem orsökina er tilteknar stökkbreytingar og er hann þá arfgengur með ríkjandi mynstri, þ.e. hafi einstaklingurinn gallann fær hann sjúkdóminn. Miklar vonir voru því bundnar við að frekari erfðarannsóknir myndu gefa svar við spurningunni en svo hefur ekki orðið. Hugmyndir um aðrar orsakir hafa ekki náð fótfestu en þó hefur vakið athygli að áhættuþættir Alzheimers-sjúkdóms eru svipaðir áhættuþáttum fyrir heilæðakölkun.

Algengi Alzheimers-sjúkdóms

Vegna sívaxandi fjölda aldraðs fólks og hækkandi hlutfalls þeirra meðal íbúa á Vesturlöndum, fjölga tilfellum sjúkdómsins. Tíðni Alzheimers-sjúkdóms er svipuð í öllum vestrænum löndum eftir því sem bezt verður séð. Gert er ráð fyrir að við 65 ára aldur sé um 1-2% allra með sjúkdóminn, en næstu tvo áratugi tvöfaldaðast tíðnin á hverjum fimm árum þannig að við 85 ára aldur er talið að 20-25% allra séu með sjúkdóminn. Líklegt er að tíðnin vaxi ekki í sama mæli eftir 85 ára aldur. Sjúkdómurinn er algengasta ástæða heilabilunar eða í liðlega helmingi tilvika og því má nálægt því tvöfalda þessar tíðnitölur svo fá megi algengi heilabilunar í heild. Á dvalar- og hjúkrunarheimilum er algengi heilabilunar og Alzheimers-sjúkdóms miklu hærra því allt að $\frac{3}{4}$ hlutar allra íbúa eru með heilabilunareinkenni og sennilega um helmingur þeirra með Alzheimers-sjúkdóm.

Einkenni Alzheimers-sjúkdóms

Aðaleinkenni Alzheimers-sjúkdóms er dvínandi minni. Minnið er hins vegar ekki einfalt fyrirbæri enda er það aðgreint á mismunandi hátt. Hér er það gert á tvennan hátt, annars vegar í skammtímaminni og langtímaminni og hins vegar í staðreyndaminni, atburðaminni og verkminni. Þessi skipting er þó ekki alger og flokkarnir eiga meira sameiginlegt en hér er sagt.

Skammtímaminni (e: short-term memory) er einfaldlega hæfileikinn til að leggja á minnið. Þetta skiptir máli í öllu okkar daglega lífi: „Hvað ætla ég að gera næst?“, „Hver hafði samband við mig og út af hverju?“, og „Þurfti ég ekki að skila einhverju?“. Allt eru þetta spurningar sem hljóma kunnuglega og er mikilvægt að vita svörin við. Takist það ekki þurfum við að spyrja aðra og þá er maður orðinn öðrum háður. Hæfileikinn að takast á við daginn raskast því í Alzheimers-sjúkdómi og er oftast ástæðan fyrir heimsókn til læknis.

Langtímaminni (e: long-term memory) er hæfileikinn til að muna það sem maður var áður búinn að leggja á

minnið, svo sem afmælisdaga og atburði fyrri ára. Lengi var talið að þessi hæfileiki héldist mun betur í sjúkdómnum en skammtímaminnið, en svo er ekki. Aftur á móti skiptir hann okkur ekki eins miklu máli dags daglega og skammtímaminnið. Langtímaminnið dvínar einnig tiltölulega fljótt hjá Alzheimers-sjúklingum þótt sum minni úr fortíðinni geti fylgt sjúklingnum lengi.

Staðreyndaminni (e: semantic memory) er hæfileikinn til að leggja á minnið ýmsar staðreyndir sem þurfa ekki að koma okkur við svo sem ártöl, nöfn frægra persóna, atburði í mannkynssögunni o.s.frv. Þetta er hæfileiki sem sumir ná góðu valdi á og hann liggur að baki öllu bóklegu námi. Staðreyndaminni er hægt að þjálfra og nota má ýmsar aðferðir til að auðvelda sér að leggja á minnið. Þessi hæfileiki dofnaðir eftir því sem Alzheimers-sjúkdómur færir í vöxt, en lengi getur eimt eftir af honum.

Atburðaminni (e: episodic memory). Eins og nafnið ber með sér er um að ræða minni á tiltekna atburði, stóra eða smáa eða með öðrum orðum að muna það sem maður upplifir. Þetta minni getur því verið mjög persónubundið svo sem sjá má þegar margir einstaklingar verða samtímis fyrir sömu reynslu og rifja hana upp síðar. Upplifunin fer aðrar leiðir í heilanum en staðreyndirnar og virkjar að einhverju leyti tilfinningalífið sem leiðir til þess að tiltekinn atburður getur rifjast ósjálfrátt upp við það eitt að tilfinningin, sem atburðurinn vakti, kviknar. Þetta er væntanlega ástæða þess að sumir sjúklingar með Alzheimers-sjúkdóm virðast stundum muna ótrúlegustu hluti, þótt minni þeirra að öðru leyti sé orðið mjög bágborið.

Verkminni (e: procedural memory). Þetta er hæfileikinn að muna ýmiss konar verkleg atriði eins og að synda, hjóla, binda bindishnútt eða setja upp hár. Þetta á einnig við um flóknari athafnir, svo sem hljóðfæraspil eða nákvæma smíðavinnu. Fáir Alzheimers-sjúklingar ekki verkstol sem eitt einkenna sjúkdómsins er hæfileiki hans á þessu sviði lítið sem ekkert skertur lengi vel.

Eins og áður segir nægir ekki slakt minni til þess að setja greininguna, fleira þarf að koma til. Eitthvað af eftirtöldum einkennum verða að vera til staðar í einhverjum mæli:

Málstol. Það er eins með málið og minnið að við erum misbúin hæfileikum og getum líka verið misjafnlega upplögð. Það er því ekki alveg ljóst hvenær málstol er að byrja, en þegar erfiðleikarnir eru að jafnaði meiri en áður er eitthvað að. Í upphafi rekur sjúklinginn meira í vörðurnar varðandi einstök orð og nöfn og það er eins og það vanti skyndilega réttu orðin. Hann hikar og þarf að umorða setninguna til að merkingin komist til skila. Með tímanum verður meira áberandi hversu oft réttu orðin vantar og það getur þurft að rýna sérstaklega í það hvað hann á við. Með tímanum verður málið mjög

brotakennt, aðeins hinir nánustu vita hvað sjúklingurinn á við. Þegar svo er komið, er hætt á því að þeir sem umgangast hann og annast átti sig ekki á því að hugsunin getur verið skýrari en málið segir til um og tali niður til hans. Eins og áður segir, fá aðeins sumir sjúklinganna málstol en aðrir halda málinu óskertu.

Verkstol. Verk sem áður voru unnin án mikillar umhugsunar verða æ erfiðari. Í fyrstu kemur þetta fram í flóknari athöfnum svo sem að sjá um fjármál og skipuleggja innkaup, en síðar koma upp vandamál við einfaldari athafnir svo sem að klæða sig og baða. Þessi þróun tekur venjulega mörg ár. Verkstol bitnar fyrst á skipulagi, t.d. í hvaða röð eigi að framkvæma atriðin. Sjúklingurinn verður hikandi, líkt og utan við sig og er lengi að koma sér að verki. Verkaðurinn sjálfur tekur síðan lengri tíma en áður og einstök atriði eru ranglega framkvæmd. Á þessu stigi nægir að leiðbeina munnlega en eftir því sem á liður verður framkvæmdin sjálf erfið og sjúklingurinn þarf beina aðstoð. Þegar svo er komið á að veita hana án umstangs og á eðlilegan hátt.

Ratvísi. Stundum reynist einstaklingnum erfitt að rata á ókunnugum slóðum þrátt fyrir hjálpartæki, svo sem kort. Síðar verður erfiðara að rata á þekktum slóðum og síðast jafnvel á eigin heimili. Þetta einkenni getur verið eitt hið fyrsta sem aðstandendur taka eftir.

Dómgreind. Það er algengt að það séu allir aðrir en sjúklingurinn sem finnist að eitthvað sé að. Þá er talað um að innsæi sé skert. Dómgreindarleysi getur komið fram á ýmsan annan hátt svo sem varðandi fjármál eða ýmislegt sem sjúklingur treystir sér til að gera þótt allir aðrir viti að sé honum ógerningur.

Félagshæfni. Oftast er léleg félagshæfni afleiðing af ofantöldum einkennum. Sjúklingurinn getur með öðrum orðum ekki lengur sinnt skyldum sínum í starfi eða fjölskyldu. Auk þess er algengt að sjúklingar og jafnvel nánustu ættingjar fari að draga sig í hlé, treysta sér ekki að fara á mannámót og bjóða ekki lengur heim gestum. Algengt er að vinir og kunningjar hafi minna samband eða hætti jafnvel alveg að sjást. Félagshæfnin virðist því oft lakari en hún í raun og veru er og þarf að hafa það skýrt í huga þegar verið er að huga að þjónustu við hæfi.

Það er eðli sjúkdómsins að hin vitræna skerðing eykst með tímanum. Það á einnig við um færna. Það er hins vegar mismunandi hversu hratt það gerist. Einkennin geta einnig staðið í stað í langan tíma en á eftir kemur tímabil töluverðrar afturfarar. Þetta á sér eðlilegar skýringar. Heilinn getur tímabundið bætt sér upp minnkandi tengingar milli taugafruma og missi á einstaka frumum, því tengingar eru fleiri en á þarf að halda að jafnaði. Eftir því sem tengingum fækkar verður það hins vegar erfiðara og svo kemur að það gengur ekki lengur og einkenni sjúkdómsins færast í vöxt. Þetta má líkja við þegar vatn flæðir, stöðvast við þröskuld, en

þegar hækkar flýtur það yfir. Öðru máli gegnir um önnur einkenni sem geta fylgt sjúkdómnum, í einu lagi kölluð *geðræn einkenni og atferlistruflanir* (e: *behavioral and psychiatric symptoms in dementia* = *BPSD*) og er nánar vikið að þeim síðar.

Greining Alzheimers-sjúkdóms

Greining sjúkdómsins veltur fyrst og fremst á því að gera sér vel grein fyrir þeim einkennum sem fram koma. Því verður að tala við bæði sjúkling og nánasta aðstandanda hans til að fá sem skýrasta mynd. Þessi viðtöl eru grunnurinn að greiningunni, allt sem á eftir kemur er til að staðfesta eða útiloka það sem virðist vera á ferðinni. Að loknu upphaflegu viðtali þarf að ákveða hvort tilefni sé til að rannsaka ástandið frekar og þá að hve miklu leyti. Þegar grunur leikur á heilabilun eru fjórar rannsóknir algengastar: almenn blóðrannsókn, taugasálfræðilegt mat, tölvusneiðmynd af heila (TS-mynd) og ísótóparannsókn af heila (SPECT). Blóðrannsóknir eru gerðar til að skoða hvort efnaskipti eru í lagi, kalkbúskapur líkamans og fleira sem getur skýrt einkennin. Við taugasálfræðilegt mat eru lögð fyrir sjúklinginn margvísleg verkefni sem reyna á hin ýmsu svið vitrænnar getu. Það segir prófanda einnig mikið hvernig verkefni eru af hendi leyst, hversu hratt, hversu góð einbeitingin er o.s.frv. Veikleiki þessarar aðferðar er að niðurstöðurnar verður að bera saman við meðaltal fyrir aldur og kyn. Ef ekkert er vitað um hvernig einstaklingurinn var áður getur verið erfitt að túlka niðurstöðurnar og því þarf prófandinn að vita eitt-hvað um bakgrunninn. Hversu löng var skólagangan, hver var atvinnan, hafði heilinn orðið fyrir áföllum (slys, veikindi)? Allt þetta hjálpar mikið við að túlka niðurstöður. Innra samræmi í lausn verkefna skiptir máli þ.e. hvort sjúklingurinn leysir sum verkefni vel af hendi en önnur miklu lakar því oftast er samræmið nokkuð gott þegar heilastarfsemin er í lagi. Taugasálfræðingur túlkar að lokum niðurstöðurnar og eins og gefur að skilja er hann misjafnlega viss í sinni sök og verður það að koma fram í svari hans. Ef taugasálfræðilegt mat gefur skýra vísbendingu um Alzheimers-sjúkdóm er afar líklegt að það sé raunin. Tölvusneiðmyndin sýnir í stórum dráttum hvernig heilinn lítur út en SPECT hvernig hann starfar, þ.e. hvort einhver svæði eru dauðari en önnur. Þessar myndir eru skoðaðar af röntgenlækni og gefur hann lækni sjúklingsins síðan skriflegt svar með túlkun sinni. Tölvusneiðmyndin er fyrst og fremst tekin til að sjá hugsanlegar aðrar orsakir en Alzheimers-sjúkdóm svo sem blóðtappa í heila, blæðingu eða æxli. Í Alzheimers-sjúkdómi sést oft nokkur rýrnun í heilanum en það hjálpar lítið því vökvainnihald heilans minnkar með aldrinum og hjá flestum má sjá einhverja rýrnun þegar komið er fram yfir sjötugt. Ísótópaskannið getur verið sértækara. Ef í ljós koma dauðari svæði í báðum hvirfillöppunum er fátt annað en Alzheimers-sjúkdómur sem getur útskýrt það. Það er hins vegar aðeins þriðjungur sjúklinganna sem er með

þetta sérstaka munstur. Í öðrum tilvikum eru dauðari svæðin ógreinilegri eða dreifing þeirra önnur eða þá að rannsóknin er alveg eðlileg, en það er algengt á byrjunarstigi sjúkdómsins. Reynsla röntgenlæknis við úrlestur skiptir hér miklu máli og því eru þeir aðeins fáir sem hafa lagt það fyrir sig.

Aðrar orsakir heilabilunar eru fjölmargar en þeirra algengastar eru æðavitglöp (oftast einn eða fleiri blóðtappar í heila), Lewy-sjúkdómur sem er skyldur Parkinsons-veiki og framheilabilun, en ekki verður farið nánar út í þessa sjúkdóma hér.

Alzheimers-sjúkdómi er samkvæmt Alþjóða sjúkdómaflokkuninni (ICD-10) skipt í tvennt eftir aldri sjúklings, snemmbær glöp (reskiglöp) eða elliglöp. Farið er eftir því hvenær einkenni urðu fyrst ljós, fyrir eða eftir 65 ára aldur. Þessi skipting hefur litla praktíska þýðingu, en þó má segja að því yngri sem sjúklingurinn er því meiri líkur eru á því að mál- og verkstol séu ríkjandi einkenni og minnistap er því alls ekki alltaf það einkenni sem rekur sjúkling til læknis.

Væg vitræn skerðing (e: mild memory disturbance; mild cognitive impairment).

Margir eiga erfitt með að muna rétt og verða áhyggjufullir yfir því að þeir séu komnir með alvarlegan sjúkdóm. Í þeim tilvikum er rétt að athuga þrennt. Hvort minnið sé lakara við streitu, sem getur verið fullkomlega eðlilegt. Hvort það fari versnandi þegar til lengri tíma sé lítið og að síðustu, á hvaða aldri viðkomandi er. Lítum nánar á þetta: Menn eru misjafnlega minnugir af náttúrunnar hendi og það er líka ofur eðlilegt að lítilsháttar gleymaska geri vart við sig á efri árum. Það sem ber þó að taka alvarlega er þegar minnið fer óvæfengjanlega versnandi og minnistruflanir valda erfíðleikum í daglegu lífi. Vitað er að þeir sem greinast með Alzheimers-sjúkdóm hafa fundið fyrir þverrandi minni í alllangan tíma. Það kemur því ekki á óvart að þeir sem hafa staðfest skert minni, þó ekki það mikið að valdi heilabilun, eru í töluvert meiri áhættu á að þróa Alzheimers-sjúkdóm síðar. Ein þekktasta rannsóknin á þessari þróun er hin svokallaða „Nunnurannsókn“. Þá voru skoðaðar ritgerðir aldraðra nunna, skrifaðar þegar þær voru að sækja um inngöngu í regluna fyrir u.þ.b. hálfri öld. Í ljós kom að þær nunnur sem fengu Alzheimers-sjúkdóm höfðu lakara orðfæri tvítugar en þær sem ekki fengu sjúkdóminn. Þegar öflugri meðferð verður komin við Alzheimers-sjúkdómi en nú er möguleg, verður mikilvægt að greina forstíga sem væga vitræna skerðingu sem bezt.

Geðsjúkdómar

Punglyndi hjá öldruðum getur líkst mjög Alzheimers-sjúkdómi á byrjunarstigi. Afar mikilvægt er að greina þar á milli því að þunglyndi má í flestum tilvikum lækna eða bæta mikið. Aðrar sjaldgæfari geðraskanir koma stundum til álita, einkum þegar fram koma aðsóknarhugmyndir (paranoia) eða aðrar hugraskanir.

Ruglástand

Stundum kemur fyrir að aldraður einstaklingur ruglast og verður skyndilega ófær um að sjá um sig. Þetta getur leitt til innlagnar á sjúkrahús. Stundum eru þessir sjúklingar taldir vera heilabílaðir ef ruglið gengur ekki yfir á nokkrum dögum og Alzheimers-sjúkdómur hefur oft verið nærtæk greining, enda algengasta ástæða heilabilunar. Þetta er mjög varasamt, enda kemur oft í ljós að ruglástandið gengur yfir og sjúklingurinn nær sér að fullu. Orsakir ruglástands eru margvíslegar. Algengastar eru sýkingar, oftast frá lungum eða þvagfærum. Aðrar ástæður eru hjartaáfall, blóðtappi í lungum eða efnaskiptatruflanir en margar skýringar eru hugsanlegar. Nauðsynlegt er að fá greinargóðar upplýsingar frá nánustu aðstandendum um hvernig ástandið var áður en ruglið reið yfir. Sömuleiðis þarf að gefa sjúklingnum góðan tíma áður en staðfest er hvort um heilasjúkdóm geti verið að ræða.

Meðferð

Alzheimers-sjúkdómur er ólæknandi en þó er ýmislegt hægt að gera sem skiptir raunverulegu máli fyrir sjúklinga og aðstandendur þeirra. Í grófum dráttum má skipta meðferðar- og stuðningsmöguleikum í þrennt: *upplýsingar og stuðningur, lyfjameðferð og umönnun*. Það er breytilegt hvaða þýðingu hvert af þessu hefur eftir því á hvaða stigi sjúkdómurinn er og hvernig birtingarformið er.

Upplýsingar og stuðningur

Þörf er á þessu á öllum stigum sjúkdómsins og þá er bæði átt við stuðning við sjálfan sjúklinginn og aðstandendur hans. Skipta má þessum lið í nokkra þætti:

- **Upplýsingar.** Mjög mikilvægt er að gefa góðar upplýsingar í byrjun svo allir geri sér grein fyrir vandanum og hvernig skal bregðast við honum. Með þessu er einnig átt við það að sjúklingnum er sagt frá greiningunni. Ekki er hins vegar þörf á því að lýsa framvindu sjúkdómsins í smáatriðum enda ekki hægt vegna þess hversu misjöfn hún er. Skoða skal hvers má vænta næstu mánuði og ár og hvernig sjúklingur og aðstandendur geta brugðist við þeim vanda sem upp er kominn. Leggja ber áherzlu á að viðhalda sem mestri þátttöku í daglegu lífi, þótt hún þurfi að taka einhverjum breytingum. Fjölskyldan þarf síðan að eiga aðgang að ráðgjöf eftir því sem þörf krefur og þörf er á stuðningi allt sjúkdómsferlið enda taka vandamálin breytingum og lausnirnar þar með.
- **Stuðningshópar.** Góð reynsla hefur verið af stuðningshópum fyrir aðstandendur. Þá hittist lítill hópur aðstandenda reglulega í nokkurn tíma með leiðsögn fagmanns. Þar fara fram umræður um þau vandamál sem verið er að fást við, ráðgjöf er veitt og leiðbeint hvernig bregðast skuli við aðstæðum sem koma upp á heimilinu. Aðstandendurnir veita einnig hver

öðrum styrk í hópi sem þessum. Misjafnt er hversu vel stuðningurinn gagnast, en flestir geta nýtt sér stuðningshópa þótt sumir hafi efasemdir um það í upphafi. Valið er í hópana svo líkur á góðum árangri verði sem mestar, t.d. með því að hafa í hverjum hópi fólk sem er að glíma við svipuð vandamál.

- **Þjálfun.** Þegar komið er á fyrsta stig heilabilunar er eðlilegt að koma á einhvers konar örvun eða þjálfun. Hún felst í því að byggja á sterkum hliðum sjúklingsins, örva og hvetja hann til alls sem hann ræður við. Þetta er gert með því að gera honum kleift að nýta hæfileika sína og áhugamál, en á þessu stigi er hann oftast búinn að tapa frumkvæði og skipulagshæfileikum til að nýta þá sjálfur. Beztur árangur hefur náðst í dagþjálfun fyrir minnissjúka en þar er auðveldast að koma slíkri örvun við. Stundum getur fjölskyldan gert sjúklingnum kleift að njóta sín með því að skapa honum sambærilega aðstöðu, en það er hins vegar mjög krefjandi til lengdar og ekki á fjölskylduna leggjandi nema í takmörkuðum mæli.

Lyfjameðferð

Lyfjameðferð er tvenns konar, meðferð við sjúkdómnum sjálfum og meðferð við þeim geðrænu einkennum sem oft fylgja sjúkdómnum.

- **Lyf við Alzheimers-sjúkdómi.** Nú eru skráð fjögur lyf við sjúkdómnum. Þrjú þeirra verka á svipaðan hátt, með því að hafa áhrif á það boðefnakerfi sem helst dvínar í heila sjúklinganna. Reynsla síðustu ára sýnir að þau seinka framvindu sjúkdómsins á fyrri stigum um 9-12 mánuði að meðaltali. Í því felst að lyfin gagnast skemur hjá sumum en lengur hjá öðrum, en ekki er vitað fyrirfram hverjum lyfin gagnast helst. Áhrifin eru einkum á minni, en það er óljóst hvernig þau verka á aðra vitræna þætti. Ennfremur hefur verið skoðað hver áhrif þeirra eru á daglega færni og á geðræn einkenni. Ekki er veigamikill munur á verkun lyfjanna. Þessi lyf eru donepezil (Aricept®), galanthamin (Reminyl®) og rivastigmin (Exelon®). Meðferð með þessum lyfjum er að jafnaði hafin þegar greining liggur fyrir. Fjórða lyfið, memantin (Ebixa®), verkar á annað boðefnakerfi sem er hinu til stuðnings og er það einkum notað þegar sjúkdómurinn er kominn á hærra stig.
- **Einkenameðferð.** Í mörgum tilvikum koma fram geðræn einkenni svo sem þunglyndi, kvíði, ranghugmyndir og jafnvel ofskynjanir. Svefntruflanir eru einnig taldar með þessum einkennum þótt mörgum finnist það ekki vera klárlega geðrænt einkenni. Á síðari stigum sjúkdómsins geta hins vegar komið fram ýmsar hegðunarbreytingar sem einu nafni kallast atferlistruflanir. Um er að ræða einkenni eins og ráp fram og til baka, flökkutilhneigingu, söfnunarárattu, reiði og mótspyrnu við umönnun. Ólíkt vitrænni vangetu og færnitapi sem færast í vöxt eftir því

sem á sjúkdóminn líður, er miklu meiri breytileiki í þessum einkennum. Sum einkenni koma snemma og dvína svo, en önnur koma seint. Í heild fá 90% sjúklinganna einhver slík einkenni einhvern tíma á ferlinu. Stundum eru einkennin mjög ríkjandi og lita alla tilveru sjúklingsins og hans nánustu. Mikilvægt er að gera sér grein fyrir þeim því oft má meðhöndla þessi einkenni með árangri, ekki aðeins með lyfja-meðferð heldur á ýmsan annan hátt. Ekki verður farið nánar út í þetta hér því það yrði of yfirgrípsmikið.

Umönnun

Skipta má þessu meðferðarúrræði í þrjá þætti: *félagslega, andlega og líkamlega umönnun*.

- **Félagsleg umönnun.** Hún felst í því að skapa gott umhverfi fyrir sjúklinginn og að veita honum félagslegan stuðning. Umhverfið þarf líka að taka tillit til sjúkdómsins með því að vera öruggt og aðlaðandi. Margt ber að athuga og skulu hér nefnd tvö dæmi sem eiga við þegar sjúkdómurinn er langt genginn: Gólfdukur þar sem skiptast á dökkir og ljósir fletir geta haft truflandi áhrif á sjúkling sem skynjar illa það sem hann sér. Hann gæti haldið að gólfíð væri óslétt eða að jafnvel væru á því stór göt sem bæri að forðast. Skýrar merkingar á herbergjum, innan herbergja og nafnspjöld, gefa sjúklingi, sem enn getur lesið, möguleika á að bjarga sér í umhverfinu í stað þess vera upp á aðra kominn og spyrja í sífellu til að glöggva sig á öllu í kringum sig. Félagsleg örvun felst t.d. í heimsóknum aðstandenda og vina, gönguferðum, ferðalögum, ferðum á söfn og kaffihús eða búðarferðum, en alltaf þarf að taka tillit til þess hverju sjúklingurinn hefur ánægju af og gæta þess að hann þreytist ekki um of. Mikilvægt er að þeir sem styðja sjúklinginn á þennan hátt hafi hugmyndaflug til að veita honum þá ánægju sem hann getur ekki sjálfur veitt sér og að aðstandendur og starfsfólk tali um það hvaða leiðir séu vænlegar í því skyni.
- **Andleg umönnun.** Eðlileg framkoma og tillitssemi eru lykilatriðin. Oft er erfitt að svara spurningum, eins og þegar sjúklingurinn spyr um framlíðinn ættingja sem væri hann á lífi eða finnst að hann eigi að sinna börnum sínum sem væru þau enn á barnsaldri. Ekki eru einhlít ráð í slíkum tilvikum, en mælt er með því að í svarinu felist fullvissa um að ekki sé ástæða til að hafa áhyggjur. Örvun af öðru tagi er notkun á öllu því sem nærtækt er, sem getur veitt ánægju og vellíðan miðað við áhuga og getu sjúklingsins. Einfalt er að taka í spil eða tefla, syngja saman, lesa upphátt, fara með vísur og gátur eða efna til spurningakeppni. Hreyfingar, eins og hóp-leikfimi eða dans, nýtur næstum því alltaf vinsælda. Sumt hefur verið frekar útfært af fagaðilum, svo sem iðjuþjálfum og listmeðferðarfræðingum á sviði myndlistar eða tónlistar (art therapy og music ther-

apy). Þessir sérfræðingar nýta m.a. aðrar leiðir en tjáningu með orðum til að nálgast sjúklinginn og gefa honum sömuleiðis möguleika til að tjá sig þegar málið hefur að mestu horfið.

- **Líkamleg umönnun.** Á síðustu stigum sjúkdómsins verður vægi líkamlegrar umönnunar meira. Hún felst í því að átta sig á líkamlegum óþægindum og kvillum og bregðast við þeim, sjá um hreinlæti, næringu og svefn sem og að gæta öryggis sjúklingsins. Ýmis tækni kemur til með að nýtast meira á næstu árum sem sum hver getur í fljótu bragði litið út eins og skerðing á persónulegu frelsi. Átt er við eftirlits-tækni sem gerir hjúkrunarfólki kleift að fylgjast með hvert sjúklingur fer og hvað hann gerir. Í reynd eykur þetta hins vegar daglegt frelsi sjúklingsins. Síður þarf til dæmis að koma inn til hans til að kanna hvort ekki sé allt í lagi með hann og hann getur gengið frjálssar um.

Stíklað hefur verið á stóru í meðferð sem til greina kemur við þessum sjúkdómi og þeim einkennum sem honum fylgja. Ekki er hægt að skilja svo við þennan þátt að ekki sé minnst á meðferð á síðasta skeiði sjúkdómsins. Þá er mikilvægt að lækni sjúklingsins og hjúkrunarfræðingar hafi náði samráð við ættingja um meðferðarúrræði og hvernig þeim skuli beitt. Sú meðferð sem farið er eftir á síðustu stigum er svokölluð líknandi meðferð. Hún felst í því að ekki er gripið til beinna læknisadgerða, svo sem vökvagjafar í æð eða fúkkalyfjameðferðar, en er engu að síður virk meðferð með þann tilgang að sjúklingurinn sé laus við líkamleg og andleg óþægindi. Á sjúkrahúsum og hjúkrunarheimilum flestum er völ á sálgaðzlu af hendi presta og þótt þeirra þáttur sé einna mestur á síðustu stigum, eru þeir til taks allan tímann sem sjúklingurinn dvelur á deild.

Hvaða þjónusta stendur fólki til boða?

Það er æskilegast að sem fæstir komi að meðferð og eftirliti hvers einstaks sjúklings, bæði hans vegna og aðstandenda hans. Af þeim sökum þurfa lækni og samstarfsmenn hans, sem hitta sjúklinginn fyrst, að gera ráð fyrir því að fylgja honum eftir sem lengst. Skipulag þjónustunnar setur þessu nokkrar skorður, einkum ef sjúklingurinn þarf í tímans rás að notast við margvísleg úrræði. Í okkar þjóðfélagi má skipta þjónustunni í þrennt. Fyrst er þjónustan hjá heimilislækni og heima-hjúkrun. Utan höfuðborgarsvæðisins getur heimilislæknirinn reyndar verið til staðar allan tímann ef hann sinnir einnig þjónustu inni á dvalar- og hjúkrunarheimili staðarins. Á höfuðborgarsvæðinu er völ á greiningu og ráðgjöf á Minnismóttöku öldrunarsviðs á Landakoti. Þar er gert ráð fyrir að sama teymi læknis, hjúkrunarfræðings og félagsráðgjafa sinni eftirlitinu, ef það er á annað borð veitt þaðan, auk þess sem aðgangur er eftir atvikum að sálfræðingi og þjálfurum. Ef til dagþjálfunar kemur bætist við þjónustuhópin, en aðgangur á að vera áfram að teyminu þótt það sé ekki lengur á reglu-

legan hátt. Þriðja tímabil þjónustunnar er þegar komið er á hjúkrunarheimili og þar er alla jafna þokkalegur stöðugleiki í mönnun á læknum, hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum. Ófaglært starfsfólk kemur einnig að umönnun á þessum heimilum sem og á legudeildum Landakots og er framlag þeirra mjög mikilvægt.

Aðrir aðilar sem koma að þjónustu á einn eða annan hátt eru félagsþjónusta sveitarfélaganna, sem bæði sér um heimaþjónustu og aðgang að ýmsum hjúkrunarheimilum, heimahjúkrun og ýmsir sérfræðingar sem getur þurft að leita til um lengri eða skemmri tíma eftir atvikum.

Eftirmáli

Í þessari grein hefur verið lýst hvernig Alzheimers-sjúkdómurinn lýsir sér, byrjar og þróast. Einnig hefur verið lýst hvers konar meðferð stendur til boða. Rétt er að árétta að þótt sjúkdómurinn sé ólæknandi og þróist smám saman með vaxandi einkennum og fötlun er margt hægt að gera sem skiptir máli. Það er okkur alveg ljóst sem höfum fylgst lengi með örlögum þessara sjúklinga að þeim farnast að jafnaði miklu betur í dag en fyrir 15-20 árum og byggir það á öllum þeim meðferðarþáttum sem komið var inn á. Skilningur hefur aukist á þörfum sjúklinga með Alzheimers-sjúkdóm og aðstand-

enda þeirra, en þó er enn þörf á meiri og fjölbreyttari úrræðum. Það er efni í aðra grein.

Ítarefni

Grein um „fyrsta“ Alzheimers-sjúklinginn:

Maurer, K., Volk, S. og Gerbaldo H. (1997). Auguste D and Alzheimer's disease. *Lancet*, 349, 1546-9.

Um faraldsfræði:

Jorm, A.F. og Jolley, D. (1998). The incidence of dementia : a meta-analysis. *Neurology*, 51, 728-733.

Um greiningu:

Knopman, D. S., DeKosky, S.T., Cummings, J.L., Chui, H., Corey-Bloom J. Relkin, N. o.fl. (2001). Practice parameter : diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56, 1143-1153.

Væg vitræn skerðing og snemmgreining Alzheimers-sjúkdóms:

Nestor PJ, Scheltens P, Hodges JR. Advances in the early detection of Alzheimer's disease. *Nature Medicine* 2004 Sep 20. Sótt 22. september 2004 af <http://www.nature.com/focus/neurodegen/>

Heimasíður:

<http://www.alzheimer.is> heimasíða FAAS, góðar tengingar til margskonar heimasíðna

<http://www.demensforbundet.se> heimasíða sænska aðstandendafélags ins

<http://www.persona.is> (Aldraðir/Alzheimers-sjúkdómur)

Sóltún

hjúkrunarheimili

Hjúkrunarfræðingur 4.

Óskum eftir hjúkrunarfræðingi í 80 – 100 % stöðu á 16 íbúa sambyli fyrir Alzheimerssjúklinga.

Sjúkraliðar.

Óskum eftir sjúkraliðum í 80 % - 100 % störf á dag og kvöldvaktir. Einnig er laus 50 % staða á dagvaktir.

Aðhlynning.

Óskum einnig eftir að ráða starfsmenn til aðhlynningar á dag og kvöldvaktir. Starfshlutfall eftir samkomulagi.

Sjá nánar á www.soltun.is

Nánari upplýsingar veitir

Marta Jónsdóttir sími 590 6117

Decubal® Recover

Áhrifaríkt krem til meðferðar á exem og mjög þurra húð

- Inniheldur svipuð efni og í húðinni sjálfri og hefur því einstaka hæfileika til að varðveita rakann í húðinni.
- Ver gegn kulda og frosti
- Auðvelt í notkun, smýgur fljótt og vel inn í húðina og smitar ekki út frá sér.

Fæst í 20g og 100 g túpum og 485 g pakkningu með dælu.



THORARENSEN LYF
www.thorlyf.is

AROMATHERAPY

Hvað er það?

Oft kemur það fyrir að ég er spurður að því hvað það sé eiginlega sem ég starfa við.

Orðið „aromatherapy“ hljómar ekki kunnuglega í eyrum okkar og flestir hvá því þegar þeir heyra það. En hér er um að ræða aldagamla meðferð á sviði náttúrulækninga, sem aðlöguð hefur verið að þörfum nútímans og er oft stórlega vanmetin, að mati þeirra sem til þekkja.

Aromatherapy er skilgreind sem „markviss meðhöndlun með ilmkjarnaolíum undir eftirliti fagmanns, til að viðhalda og bæta líkamlega og andlega heilsu auk þess að vera fyrirbyggjandi“.

Orðið er samsett úr aroma sem þýðir góð lykt og therapy sem þýðir meðferð.

Aroma vísar til ilmkjarnaolíunnar sem alltaf er notuð við meðferð, en meðferðarform eru mismunandi eftir þörfum einstaklingsins og þarf að sérsníða fyrir hvern og einn.

Sagan

Aromatherapy hefur í raun fylgt mannkyninu frá fyrstu dögum, annað hvort nafnlaus eða verið kölluð lækningar. Elstu heimildir eru yfir 10.000 ára gamlar hellamyndir í Frakklandi og á Spáni. Með nýjustu tækni í fornleifafræði og mannfræði hefur verið unnt að greina jurtaolíur í gröfum faraóa, nokkuð sem sýnir að fyrir um 4500 árum kunnu menn að vinna olíur úr jurtum. Vinnsluaðferðirnar voru aðrar, en afurðin sú sama og nú.

Í Biblíunni er í fjölmörgum tilfellum minnst á notkun á ilmandi olíum. Dæmi um það er, að fætur Jesú voru

Þorsteinn Guðmundsson

aromatherapisti, LSH Landakoti

þvegnir og smurðir með olíum. Hins vegar varð notkun á ilmkjarnaolíum ekki almenn fyrr en eftir að manni nokkrum, Avicenna að nafni, tókst um 1000 e. Kr. að þróa kælíbúnað sem fullkomnaði eimingartæknina. Áður hafði vinnsluferlið verið mjög dýrt og ilmkjarnaolíur því ekki aðgengilegar almenningi, heldur voru þær gjafir sem sæmdu konungum.

Á okkar tímum var það franski efnafræðingurinn Rene Maurice Gattefosse sem festi nafnið „aromatherapy“ í sessi og flokkaði fagið sem sjálfstæða, einstaka einingu innan náttúrulækninga. Gattefosse varð fyrir slysi í efnaverksmiðju sinni þar sem hann brenndist illa á hendi, en læknaðist með hjálp lavenderolíu á styttri tíma en áður þekkist og án þess að varanlegur skaði hlytist af. Hann stakk hendinni í ílát til að kæla brunann og fyrir tilviljun var lavenderolía í ílátnu. Upp frá því hóf hann að skrá þekktar ilmkjarnaolíur og kortleggja innihald þeirra sem og virkni. Í bók sinni *Aromatérapie* frá 1928 lýsir hann reynslu sinni og niðurstöðum rannsókna.

Þess má til gamans geta að uppgötvanir í læknavísindum hafa einnig orðið til fyrir tilviljanir, t.d. þegar penicillin var uppgötvað og sömuleiðis lyfjameðferð við berklum. Rétt er að geta þess að sú aromatherapy, sem stunduð er í Frakklandi í dag, er ekki að öllu leyti sambærileg þeirri sem stunduð er annars staðar í heiminum. Í Frakklandi er talað um *la médecine douce*, hina mjúku lækningu, og er hún stunduð af sérmenntuðum læknum sem ávís lyfseðilsskyldum ilmkjarnaolíum eða skyldum vörum og lyfjum til fólks. Þar má nefna töflur, hylki, nefúða, grísur vættar olíu, tíðatappa og innöndunartæki.

Það var hins vegar austurríski lífefna- og snyrtifræðingurinn Madam Marguerite Maury sem kom fram með aðferð þá, sem mest er notuð í aromatherapy í dag og er sú aðferð kennd í Englandi, Bandaríkjunum, Þýskalandi, Ástralíu, Noregi og víðar. Madam Maury hafði hvorki möguleika né leyfi til að ávís ilmkjarnaolíum til innvortis notkunar, því þróaði hún sérstaka nuddaðferð til að koma ilmkjarnaolíunum í blóðrás líkamans. Henni var kunnugt um hve örsmáar sameindir ilmkjarnaolíunnar eru og hvernig þær frásogast gegnum húðina og berast til blóðrásar og fruma.

Ilmkjarnaolíur

En hvað skyldi svo ilmkjarnaolía vera? Einfaldasta svarið er e.t.v. fituuppleysanlegur jurtavökvi. Það er auðvitað mismunandi hvað fólki finnst vera góð lykt; orðið ilmur hefur jú jákvæða merkingu. Einhverjum finnst hrein og klár ólykt af sumum olíunum og oft er ég sammála. Reyndar ber að hafa það í huga, að ilmur og gæði olíunnar fara eftir aðstæðum þar sem jurtin vex, svo sem veðurfari, landslagi, jarðvegi og hæð yfir sjávarmáli.

Margur kann að spyrja af hverju sé talað um olíu þegar jurtavökvinn er ekki feitur eins og olía. Ég get einungis svarað því að hér er leiðinlegur misskilningur á ferð og verður hann tæplega hrakinn til föðurhúsanna héðan af. Á ensku er talað um „essential oils“ og á Norðurlöndunum „eterisk olje“. Hins vegar er ilmkjarnaolíunni yfirleitt blandað í feitar olíur fyrir notkun og alltaf þegar um nudd er að ræða. Algengast er að nota þrúgukjarnaolíu.

Margir hafa velt því fyrir sér hvar í plöntunni ilmkjarnaolían sé. Hún er í allri plöntunni, en efnasamsetning mismunandi eftir því hvort um er að ræða krónu-blöð, stilk, fræ, blöð, ber, bök, barrnalar eða rót.

Tvær vinnsluáðferðir eru viðurkenndar í dag. Í fyrsta lagi gufueiming og í öðru lagi pressun. Við eimingu og pressun rofna þeir kirtlar sem innihalda olíuna og hún skilst frá, tilbúin til notkunar. Mjög mismunandi er hve mikla olíu hver jurt inniheldur.

- 100 kíló af eucalyptus gefa u.þ.b. 10 lítra af ilmkjarnaolíu
- 100 kíló af lavender gefa u.þ.b. 3 lítra af ilmkjarnaolíu
- 100 kíló af krónublöðum rósa gefa tæpa 2 millilítra af ilmkjarnaolíu.

Ilmkjarnaolíur eru flestar frekar dýrar, mismunandi þó og skýrist það af því að vinnsluáðferðirnar eru kostnaðarsamar og hve mikla olíu hver jurt inniheldur eins og sjá má hér að framan.

Meðferðarform

Í aromaperapy er algengasta meðferðarformið nudd og virðist henta flestum. Nuddið er þægilegt, róandi og veitir góða slökun. En sú aðferð hentar þó ekki öllum, ræður þar líkamlegt og andlegt ástand hvers og eins. Önnur meðferð getur falist í samtali og ráðleggingum um heimameðferð. Bornar eru á líkamann eða líkams-svæði ilmkjarnaolíur og/eða krem, unnið er með svæði undir iljum og kenndar aðferðir til betri heilsu. Þetta getur átt við um t.d. líkamsbeitingu, mataræði og ábendingar um svefn og svefnvenjur. Böð og fótáböð með ilmkjarnaolíum henta einnig mörgum.

Aldraðir og aromaperapy

Nú kunna einhverjir að spyrja hvort aromaperapy sé nokkuð fyrir aldraða. Ilmkjarnaolíur eru mjög virk efni sem ber að umgangast með varúð og virðingu. Sýnt

hefur verið fram á virkni þeirra af virtum erlendum vísindamönnum og stofnunum.

Viða í hinum vestræna heimi t.d. Englandi er aromaperapy stunduð með góðum árangri jafnt á einkaheimilum sem og á stofnunum fyrir aldraða. Þess eru dæmi að aromaperapy hafi í raun reynst sú aðferð sem skilað hefur bestum varanlegum árangri. Þekktust eru dæmi um legusár þar sem aromaperapy var besta úrræðið.

Því miður er þó ekki á ferðinni einhver kraftaverkalækning, en meðferðin eykur alltaf lífsgæði þess sem hana þiggur auk þess sem reynslan hefur sýnt að góðs árangurs má vænta þegar læknar, hjúkrunarfólk og aðrir meðferðaraðilar vinna saman. Aromaperapy er alltaf sérsniðin að þörfum hvers og eins. Aldraðir þurfa næði, tíma og sveigjanleika, t.d. er nuddbekkur ekki nauðsynlegur en það reynist mörgum erfitt að liggja lengi á nuddbekk þótt hraustir séu. Aromaperapy-meðferð er án hjáverkana, veitir góða hvíld og slökun, sem kemur sér oft vel ef um er að ræða sjúkdóma sem t.a.m. herja á stoðkerfi og húð. Sömuleiðis gagnast ilmkjarnaolíur vel þar sem kvíði og/eða svefnröskun er til staðar. Viðkomandi er venjulega einn með meðferðaraðila og veitir það ákveðna nærveru og öryggi.

Fyrir hundruðum og þúsundum ára voru konungar meðhöndlaðir með ilmkjarnaolíum. Í dag eru þær aðgengilegar öllum og henta öldruðum sérstaklega vel. Sjúklingum á sjúkradeildum L-1 og L-4, deildum fyrir minnissjúka, á Landakoti hefur nú um nokkurt skeið verið boðið upp á aromaperapy með góðum árangri sem hefur m.a. sýnt sig með bættum svefni, minni kvíða og slökun.

Já, AROMAPERAPY er fyrir aldraða því þeir eiga aðeins skilið það besta.

Heimildir:

Fosstvedt, G. (1998). *Naturens Duftende Apotek*. Oslo: Grøndahl og Dreyers Forlag

Price, S. (1999). *Practical Aromatherapy*. London: Thorsons.

Þorsteinn Guðmundsson. *Aromatherapy.is*

Ítarefni:

<http://www.aromacaring.co.uk>

<http://www.stopgettingsick.com>

<http://www.alzheimers.org.uk>

<http://www.blackwell-synergy.com>



FAAS

Félag áhugafólks og aðstandenda Alzheimers- sjúklinga og annarra skyldra sjúkdóma

Það var um árið 1980 sem Rauði krossinn ásamt fleiri styrktaraðilum opnuðu dagvist að Ármúla 34 í Reykjavík, Múlabæ. Þar var fyrirhugað að aldraðir, sem bjuggu einir í heimahúsum og væru í hættu með að einangrast, fengju aðstoð við böð, fót- og hársnyrtingu sem og félagslega upplýftingu og endurhæfingu ýmiss konar. Fyrirhugað var að fólk dveldi þar daglangt eða frá átta til fjögur tvo til þrjá daga vikunnar, þrjá til fjóra mánuði í senn eða eftir aðstæðum hvers og eins. Hvert pláss átti að nýttast sem flestum til afþreyingar.

Fljótlega stóðu stjórnendur Múlabæjar frammi fyrir því að stór hópur minnissjúkra, sem dvaldi í skjóli maka eða nákominna ættingja í heimahúsum, knúði fast dyra og vildi vera með eða fá einhverja úrlausn sinna mála. Þessi hópur passaði engan veginn inn í þá starfsemi sem var í Múlabæ, en það var erfitt að neita þeim um aðstoð. Þessi hópur var utan við kerfið, gat ekki dvalið á venjulegum öldrunardeildum eða hjúkrunarheimilum vegna þeirrar sérstöðu sem minnissjúkdómar setja fólk í.

Það var þá sem Guðjón Brjánsson framkvæmdastjóri Múlabæjar ásamt fagfólki frá dagspítala Landspítalans að Hátúni 10 í Reykjavík, boðaði alla aðstandendur heimabúandi minnissjúkra sem þau náðu til á þriggja kvölda námskeið. Hópurinn sem þarna hittist ákvað að mynda þrýstihóp sem færi á fund ráðamanna í þjóðfélaginu og fengi þá til að gera eitthvað fyrir þennan þögla, gleymda hóp.

Hópurinn stofnaði formlegt félag í mars 1985. Eitthvað vafðist nafnið fyrir félagsmönnum. Hópurinn samanstóð af áhugafólki og aðstandendum, enginn mátti verða útundan og því heitir félagið *Félag áhugafólks og aðstandenda Alzheimerssjúklinga og annarra skyldra sjúkdóma*. Nafnið er bæði langt og óþjálmt svo að í daglegu tali gengur það undir skammstöfunni FAAS eða Faas.

Gerður Pálmadóttir í Flónni var fyrsti formaður félagsins enda hafði hún verið drifjöðrin í hópnum og sjálfkjörin til forystu fyrir starfshópin. Ári síðar eða í mars 1986, var svo Hlíðabær fyrsta dagvistin fyrir minnissjúka opnuð meðal annars vegna öflugs atbeina félagsins.

Hlutverk og markmið félagsins er:

- að gæta hagsmuna umbjóðenda sinna þ.e. fólks með minnissjúkdóma og aðstandenda þeirra.

- að efla samvinnu og samheldni aðstandenda meðal annars með fræðslufundum, útgáfustarfsemi og fleiru.
- að auka skilning stjórnvalda og almennings á þeim vanda sem sjúklingar og aðstandendur þeirra eiga við að glíma.
- að Alzheimers-sjúklingar og aðrir minnissjúkir fái þá hjúkrun og félagslegu þjónustu sem nauðsynleg er og á að vera fyrir hendi í nútíma þjóðfélagi.

Frá upphafi hefur félagið verið með opna fræðslufundi yfir vetrarmánuðina. Í fyrstu fjórum til fimm sinnum á vetri, en nú seinni árin sjö sinnum á vetri frá miðjum september, en sá síðasti er í maí og er jafnframt aðalfundur. Þessir fundir eru öllum opnir. Í tengslum við hvern fund gefur félagið út fréttabréf sem sent er til félagsmanna þar sem m.a. er auglýst fundarefni hvers fundar.

Mikill skortur hefur verið á upplýsingaritum og bókum sem að gagni koma fyrir aðstandendur og aðra þá sem að hjúkrun og umönnun minnissjúkra koma. Úr þessu hefur félagið reynt að bæta, bæði eitt sér og í samstarfi við aðra. Má þar nefna bækurnar: *Pegar á reynir, Umönnun fólks sem þjáist af heilabilun, Karen í viðjum Alzheimers*, og *Hvers vegna svararðu ekki afi?* Félagið selur allar þessar bækur á vægu verði. Einnig fást hjá FAAS bæklingar án endurgjalds.

Félagið býður upp á símaþjónustu, heimaþjónustu og þátttöku í stuðningshópum. Nú eru félagsmenn röklega fimm hundruð, flestir af höfuðborgarsvæðinu en þó nokkrir vítt og breitt af landinu, en félagið er landssamtök. Reyndar eru ekki færri hringingar utan af landi en úr þéttbýlinu, því þar sem fólk er eitt þarf það virkilega á stuðningi að halda og aðgangur að upplýsingum er því miður víða afar bágborinn.

Í október 1997 var félaginu gefið tveggja hæða einbýlishús að Austurbrún 31 í Reykjavík. Gefandinn var Pétur Símonarson ættaður frá Vatnskoti í Þingvalla-sveit. Kona hans, Fríða Ólafsdóttir ljósmyndari, hafði þjáðst af Alzheimers-sjúkdómi og Pétur annaðist hana á heimili þeirra síðustu ár ævi hennar. Hann vissi því vel hvar skórin kreppti að. Pétur gaf húsið í minningu um Fríðu konu sína. Því skýrðum við húsið *Fríðuhús*. Það



Á fræðsludegi FAAS 18. september 2004. Frá vinstri: Jón Snædal öldrunarlæknir, María Th. Jónsdóttir formaður FAAS og Jón Kristjánsson heilbrigðisráðherra.

var hinsta ósk Péturs að þar yrði komið upp einhvers konar heimili fyrir Alzheimers-sjúklinga.

Félagið tók þá ákvörðun að koma þar upp dagvist fyrir minnissjúka. Á þeim tíma var, og er reyndar enn, mikill skortur á slíkri starfsemi. Húsið er byggt árið 1954 og til að gera það nothæft fyrir slíka starfsemi þurfti það mikilla endurbóta og lagfæringa við, sem kostuðu ómælda fjármuni og vinnu af hendi margra sem lögðu málinu lið. En draumurinn réttist. Í janúar 2001 tók dagvistin til starfa og rúmar fimmtán skjól-stæðinga. Í húsinu er einnig skrifstofa FAAS. Dagvistin hefur nú starfað í þrjú og hálft ár og gengur vel. Dagvistin nýtur daggjalda frá Tryggingastofnun ríkisins.

Stjórn FAAS er skipuð fimm einstaklingum og tveir eiga sæti í varastjórn. Þessi sjö manna hópur ásamt framkvæmdastjóra hittist einu sinni í mánuði eða oftar og leggur á ráðin varðandi þau mál sem upp koma og efst eru á baugi hverju sinni. Að sjálfsögðu hefur tekjuöflun oft verið fyrirferðarmikill þáttur í því starfi. Einu föstu tekjurnar sem félagið hefur eru félagsgjöldin. Sala minn-

ingarkorta gefur þó nokkrar tekjur. Aðrar tekjur eru framlög einstaklinga og fyrirtækja og það sem okkur tekst að fá úr sjóðum hins opinbera. Framkvæmdastjóri er sameiginlega hjá félaginu og Friðuhúsi í 50% starfi. Með stjórninni starfar sex manna fagráð staðsett á Landakoti. FAAS er í nánum tengslum við ýmis önnur áhugamannafélög bæði hérlandis og erlendis. Við eigum fulltrúa í stjórn ÖBÍ og fulltrúaráði Eirar. Við erum félagar í Öldrunaráði, Öldrunarfræðafélaginu, Bandalagi Evrópufélaganna og störfum náði með samtökum norrænu Alzheimersfélaganna.

Norrænu samtökin, sem samanstanda af löndunum sjö, funda árlega til skiptis í löndunum um málefni

minnissjúkra og aðstandenda þeirra. Á síðasta ári kom út bæklingurinn *Gæða skammtíamavistun minnissjúkra. Bætt lífsgæði*. Hann var samvinnuverkefni þessara félaga og var gefinn út á sex tungumálum. Nú vinna félögin að bæklingi um dagvistir og gildi þeirra fyrir minnissjúka.

Árið 2002 hóf félagið útgáfu á blaðinu FAAS-fréttir og er áætlað að það komi út árlega fyrst um sinn. Einnig var á því ári opnuð heimasíða FAAS sem er www.alzheimer.is. Á næsta ári verður félagið 20 ára. Á þeim tíma hefur margt áunnist í málefnum minnissjúkra m.a. fyrir framgang félagsins. En betur má ef duga skal. Það er mikið verk óunnið ekki síst á landsbyggðinni. Í raun finnst mér sem við séum aðeins að byrja. Það vantar svo margt upp á að þjónustan við þennan þjóðfélagshóp sé ásættanleg í því velferðarþjóðfélagi sem við búum í. Við heyrum gjarnan sagt á opinberum vettvangi: „Þjóðarhagur snýst um mannlega vellíðan“.

Það hlýtur að eiga við um alla þjóðfélagshópa.



REYKJAVÍK – HAFNARFIRÐI

DVALARHEIMILIÐ
– ÁS –
HVERAGERÐI



Vefur Öldrunarfræðafélags Íslands

Í tilefni af 30 ára afmæli Öldrunarfræðafélags Íslands (ÖFFÍ) var á síðasta ári ákveðið að opna vefinn – www.öldrun.net – þar sem hægt er að fræðast nánar um félagið og skoða nokkur eldri tölublöð *Öldrunar*. Á vefnum er hægt að sjá hvaða námsstefnur ÖFFÍ heldur í samvinnu við Endurmenntun HÍ. Jafnframt hægt að fræðast meira um vísindasjóð ÖFFÍ sem stofnaður var 1984 og hefur síðan úthlutað árlegum styrkjum til rannsóknna tengdum öldrunarmálum. Lög og reglur félagsins birtast einnig á vefnum og þar er hægt að sjá hverjir sitja í ráðum og nefndum tengdum félaginu.

Á vefnum er fólki gefinn kostur á að skrá sig í ÖFFÍ og þannig gerast m.a. áskrifandi að *Öldrun* (sjá leiðbeiningar um það hér á síðunni). Einnig gefst félagsmönnum/áskrifendum færi á að fara inn á vefinn og breyta eða bæta inn upplýsingum um sig.

Við viljum nota tækifærið og hvetja alla félagsmenn til að fara sem fyrst inn á vefinn og athuga hvort upplýsingar um þá séu réttar og til að skrá netfang sitt (sjá leiðbeiningar um það hér á síðunni). Markmiðið er

að sem flestir félagsmenn fari inn á vefinn og bæti inn í skráninguna netfangi sínu þannig að í framtíðinni getum við sent ykkur rafrænan póst þar sem tilkynnt verður um næstu námsstefnu eða aðrar mikilvægar upplýsingar tengdar ÖFFÍ. Tekið skal fram að netfangalistinn verður ekki framseldur til annarra eða notaður í öðrum tilgangi en að koma mikilvægum boðum til félagsmanna sem snerta ÖFFÍ beint.



Vefur þessi hefur mælst vel fyrir hjá félagsmönnum og stofnunum og í kjölfarið var ákveðið að fara í kynningarátak þar sem félagið, blaðið og vefurinn voru kynnt betur. Það hef-

ur svo skilað sér í fjölgun félagsmanna/stofnana sem eru nú um 370 talsins. En betur má ef duga skal og því hvetjum við ykkur lesendur góðir til að kynna ÖFFÍ, vefinn og blaðið fyrir þeim sem þið þekkið og vitið að hefðu gagn og gaman af.

Svona rétt í lokin þá vil ég benda á, eins og glöggir lesendur blaðsins hafa án efa tekið eftir, að veffangið okkar endar á „net“ en ekki „is“. Ástæðan er sú að við kusum að hýsa heimasíðu okkar erlendis vegna þess að það er mun ódýrara og því getum við ekki haft vísun í Ísland í endingu slóðarinnar.

Með kveðju,

Smári Pálsson, ritstjóri Öldrunar.



Leiðbeiningar til að sækja um aðild að ÖFFÍ og um leið gerast áskrifandi að *Öldrun*

1. Farið er inn á www.öldrun.net (sjá mynd 1).
2. Fyrir neðan mynd af nýjasta tímariti *Öldrunar* er smellt með vinstri músartakka á texta þar sem stendur „áskrift að *Öldrun*“.
3. Ný síða opnast á vefnum (sjá mynd 2).
4. Þar er svo hægt að skrá sig beint á vefnum (sjá mynd 3) eða prenta út umsóknareyðublað og senda í pósti.



Leiðbeiningar til að breyta eða bæta við upplýsingum um félagsmann ÖFFÍ

1. Farið er inn á www.öldrun.net (sjá mynd 1).
2. Smellt með vinstri músartakka á texta þar sem stendur „Félagið“.
3. Undir „Félagið“ er svo valið „Skráning“.
4. Ný síða opnast á vefnum (sjá mynd 2).
5. Smellt á með vinstri músartakka á texta þar sem stendur „Breyta upplýsingum“.

www.öldrun.net

Á TÍMAMÓTUM – NÝR LÍFSSTÍLL ALDRAÐRA

Námsstefna ÖFFÍ í samvinnu við Endurmenntun HÍ

Föstudaginn 5. nóvember kl. 13:00-16:00 í húsi
Endurmenntunar HÍ, Dunhaga 7

Umsjónarmenn námsstefnunnar:

Kristín Einarsdóttir iðjuþjálfari og *Sigríður Jónsdóttir* félagsfræðingur

- | | |
|-------------|---|
| 13:00-13:05 | Setning námsstefnunnar |
| 13:05-13:45 | <i>Anne Helset</i> , félagsfræðingur, NOVA, Osló
„Við lifum 10 árum lengur hér“
Norsk sveitarfélög og norskir ellilífeyrisþegar á Spáni |
| 13:45-14:00 | <i>Ingibjörg Þórhallsdóttir</i> frá Félagi húseigenda á Spáni
Framtíðarsýn varðandi íslenska eldri borgara á Spáni |
| 14:00-14:20 | <i>Margrét Margeirsdóttir</i> , varaformaður Félags eldri borgara
Hlutverk þjónustuhóps aldraðra |
| 14:20-14:40 | Kaffi |
| 14:40-15:10 | <i>Berglind Magnúsdóttir</i> , öldrunarsálfræðingur
„Ungur nemur, gamall temur“ |
| 15:10-15:20 | <i>Sigrún Pétursdóttir</i>
Nýtt líf eftir starfslok |
| 15.30-16.00 | Panel umræður |

*Í tilefni af 30 ára afmæli Öldrunarfræðafélagsins
verður boðið upp á léttar veitingar að námsstefnunni lokinni*

Skráning: <http://www.endurmenntun.hi.is> eða í síma: 525 4444

Efni námsstefnunnar:

Öldrunarfræðafélag Íslands hefur náð 30 ára aldri og stendur á tímamótum. Aldraðir nútímans standa einnig á tímamótum þar sem bætt heilsa og efnahagur hefur valdið breyttum lífsstíl sem hefði verið óhugsandi fyrir aðeins nokkrum árum. Á námsstefnunni er fjallað um þessar lífsstílsbreytingar og það hvernig samfélagið styður við aldraða til að njóta þeirra. Hvað telja aldraðir til lífsgæða og hver er opinber stefna og framtíðarsýn í málefnum aldraðra? Er þörf á breyttum áherslum í málefnum aldraðra, s.s. á sviði endurmenntunar og félags- og tómstundastarfs? Boðið er

upp á fyrirlestur sem Anne Helset, sem starfar við NOVA (Norsk Institutt for Oppvekst og Aldring) í Osló, heldur. Hún mun kynna niðurstöður rannsóknar um norska eldri borgara sem kjósa að verja ævkvöldinu á suðlægum slóðum, þróun sem gætir í síauknum mæli í nágrannalöndum okkar og einnig hérlandis. Rannsóknarniðurstöður fjalla m.a. um það hvernig samfélagið styður við fólk til að haga lífi sínu á þennan hátt. Er þetta lífsstíll sem aldraðir Íslendingar kjósa? Hvernig farnast nútíma farfuglum norðursins?

Aðalfundur

Öldrunarfræðafélags Íslands 2004

Aðalfundur Öldrunarfræðafélags Íslands (ÖFFÍ) var haldinn 31. mars 2004 kl. 17-19 á Hjúkrunarheimilinu Eir. Formaður félagsins boðaði forföll, í hennar stað setti Sigurveig H. Sigurðardóttir félagsráðgjafi fundinn. Fundarstjóri var Sigurveig H. Sigurðardóttir og ritari Marta Jónsdóttir. Í stjórn sitja einnig Ólafur Þór Gunnarsson gjaldkeri og Smári Pálsson ritstjóri Öldrunar. Í varastjórn sitja Sigrún Guðjónsdóttir sjúkraþjálfari og Sigrún Ingvarsdóttir félagsráðgjafi.

Ársskýrsla ÖFFÍ árið 2003

Í fjarveru formanns flutti Sigurveig ársskýrslu ÖFFÍ fyrir árið 2003. Formaður tilkynnti að sérstakar ársskýrslur yrðu kynntar fyrir störf ritnefndar, fagtimaritsins Öldrunar, rekstrarreikning félagsins og vísindasjóð ÖFFÍ.

Aðalstarf ÖFFÍ er námsstefnuhald í samvinnu við Endurmenntunarstofnun Háskóla Íslands.

Námsstefnan „Ofbeldi gegn öldruðum“ var haldin þ. 6. nóvember 2003. Sóttu um 100 manns þá námsstefnu. Sökum dræmrar þátttöku var námsstefnan felld niður sem halda átti 4. mars 2004 um „Rannsóknir á sviði öldrunarmála“ í samstarfi við Rannsóknarstofu Háskóla Íslands og Landspítala-háskólasjúkrahúss í öldrunarfræðum.

Heiðursfélagar ÖFFÍ eru Alfreð Gíslason, Gísli Sigurbjörnsson, Þór Halldórsson, Ársæll Jónsson og Gunnhildur Sigurðardóttir.

Skýrsla um störf Vísindasjóðs ÖFFÍ

Formaður vísindasjóðs, Anna Birna Jensdóttir, tilkynnti að engin umsókn um styrk hafi borist nefndinni. En vegna tæknilegra vandamála hafi blaðið Öldrun ekki komið út fyrir aðalfundinn. Þar af leiðandi hafi aug-

lýsingin frá vísindasjóði um styrk ekki náð út til félagsmanna fyrir fundinn.

Í stjórn vísindasjóðs eru auk Önnu Birnu Jensdóttur, Guðný Bjarnadóttir og Ingibjörg Ásgeirsdóttir.

Skýrsla um störf ritnefndar Öldrunar 2003

Smári Pálsson kynnti störf ritnefndar. Einnig eiga Soffía Egilsdóttir, Ólafur Samúelsson og Jóhanna Rósa Kolbeins sæti í ritnefnd.

Skýrsla gjaldkera ÖFFÍ

Ólafur Þór Gunnarsson lagði fram endurskoðaða reikninga félagsins og vísindasjóðs.

- Rekstrar- og efnahagsreikningur félagsins var lagður fram. Greiðsla frá Endurmenntun frá síðasta ári hefur ekki borist. Tekist hefur að ná inn 230 félagsgjöldum frá 300 félagsmönnum.
- Reikningar vísindasjóðs voru lagðir fram. Inneign vísindasjóðs er 5,4 milljónir.

Kosning stjórnar ÖFFÍ

Í stjórn sitja: Sigríður Jónsdóttir formaður, Marta Jónsdóttir ritari. Ólafur Þór Gunnarsson gengur úr stjórn og í stað hans kemur Ólafur Samúelsson í stöðu gjaldkera. Meðstjórnendur eru Kristín Einarisdóttir iðjuþjálfari sem er í barnseignarleyfi og í hennar stað situr Hildur Þráinsdóttir iðjuþjálfari.

Varastjórn: Sigrún Guðjónsdóttir sjúkraþjálfari og Sigrún Ingvarsdóttir félagsráðgjafi.

Ritnefnd: Jóhanna Rósa Kolbeins iðjuþjálfari gengur úr ritnefnd. Í stað hennar kemur Berglind Indriðadóttir iðjuþjálfari. Einnig eiga sæti í ritnefnd Soffía Egilsdóttir félagsráðgjafi, Smári Pálsson sálfræðingur og Ólafur Samúelsson öldrunarlæknir.

Vísindasjóður: Anna Birna Jensdóttir hjúkrunarforstjóri er formaður, Guðný Bjarnadóttir öldrunarlæknir og Ingibjörg Ásgeirsdóttir félagsráðgjafi.

Endurskoðendur félagsins: Gunnhildur Sigurðardóttir og Jónas Ragnarsson. Þau gefa kost á sér áfram.

Árgjald

Gjaldkeri lagði til að árgjaldið yrði áfram 1.750 kr.

Lagabreytingar

Engar tillögur lágu fyrir um lagabreytingar.

Önnur mál.

Marta Jónsdóttir, ritari

Styrkur

til umsóknar úr Vísindasjóði
Öldrunarfræðafélags Íslands

Sjá nánari upplýsingar á

www.öldrun.net

fyrir 31. janúar 2005.



Heyrnartæki með gervigreind

- Afgreiðslutími innan þriggja vikna
- Þjóðum margar tegundir af sjálfvirkum, stafrænum heyrnartækjum
- Verð frá 47.000 – 170.000 kr fyrir eitt tæki
- Persónuleg og góð þjónusta



Erum með þjónustu á Akureyri - Ísafirði - Egilsstöðum



Heyrnartækni

www.heyrnartaekni.is

Glæsibær Álíheimum 74 104 Reykjavík sími: **568 6880**

Tryggvabraut 22 600 Akureyri sími: **893 5960**

18 vítamín & steinefni

Aðeins ein á dag
Mjög gott alhliða vítamín

Fæst í apótekum!

Inniheldur:

Vítamín A - Vítamín B
 Vítamín B2 - Vítamín B6
 Vítamín B12 - Fólínsýra
 Níásín - Pantótennýra
 Vítamín C - Vítamín D3
 Vítamín E - Járn - Zink
 Kopar - Joð - Mangan
 Króm - Selen

VitaMineral®



THORARENSEN LYF
www.thorlyf.is



Umboð á Íslandi: Thorarensen Lyf ehf. - Lynghálsi 13 - 110 Reykjavík - Sími 530 7100

Eldri borgarar!



35% afsláttur

fyrir eldri borgara af öllum vörum

Við veitum persónulega ráðgjöf við val á glæraugum. Einnig þjóðum við heimaþjónustu fyrir þá sem ekki sjá sér fært að koma á staðinn.

Hjá okkur er mikið úrval af vönduðum glæraugnumgjörðum.

MIXA • fit

Sjón - alltaf betri þjónusta.

SJÓN
glæraugnaverslun

NYTT

Laugavegi 62
sími 511 6699

Glæsibær
sími 511 6698

Garðatorgi
sími 511 6696

www.sjon.is
sjon@sjon.is

Við styrkjum Öldrunarfræðafélag Íslands

Reykjavík

Áskirkja
Blindrafélagið
Bændasamtök Íslands
Droplaugarstaðir
Efling stéttarfélag
Elli- og hjúkrunarheimilið Grund
Faxavélar ehf.
Félags- og þjónustumiðstöð Aflagranda 40
Félagsþjónustan Furugerði 1
Félagsþjónustan í Reykjavík
Fótaaðgerða- og snyrtistofa Eddu
Hlíðabær
Landssamtök Sauðfjárbænda
Múlabær
Ríkiskaup
Seljahlíð, heimili aldraðra
Seljakirkja
Tryggingastofnun ríkisins
Útfararmiðstöð Íslands
Útfararstofa kirkjugarðanna
Verzlunarmannafélag Reykjavíkur

Seltjarnarnes

Seltjarnarneskaupstaður

Kópavogur

Félagsþjónusta Kópavogs
Kópavogsbær
Sunnuhlíð

Hafnarfjörður

Sólvangur hjúkrunarheimili

Grindavík

Þorbjörn Fiskanes hf.

Garður

Dvalarheimili aldraðra Suðurnesjum
Garðvangur
Sveitarfélagið Garður

Njarðvík

Hitaveita Suðurnesja

Akranes

Dvalarheimilið Höfði
Sementsverksmiðjan hf.

Borgarnes

Borgarbyggð
Dvalarheimili aldraðra
Skorradalshreppur

Grundarfjörður

Fellaskjól

Búðardalur

Hjúkrunar- og dvalarheimilið Fellsenda

Króksfjarðarnes

Reykhólahreppur

Bolungarvík

Sparisjóður Bolungarvíkur

Súðavík

Súðavíkurhreppur

Hólmavík

Broddaneshreppur

Hvammstangi

Heilbrigðisstofnun Hvammstanga

Blönduós

Bólstaðarhlíðarhreppur
Heilbrigðisstofnunin Blönduósi

Skagatrönd

Höfðahreppur
Sæborg, dvalarheimili aldraðra

Sauðárkrókur

Kaupfélag Skagfirðinga

Siglufjörður

Siglufjarðarkaupstaður

Akureyri

Hlíð dvalarheimili
Sparisjóður Norðlendinga

Ólafsfjörður

Heilsugæslustöðin Hornbrekka

Húsavík

Langanes hf.

Kópasker

Öxarfjarðarhreppur

Þórshöfn

Þórshafnarhreppur

Egilsstaðir

Félag hjartasjúklinga á Austurlandi

Eskifjörður

Hulduhlíð, heimili aldraðra

Fáskrúðsfjörður

Dvalarheimili aldraðra

Höfn

Hafnarapótek

Selfoss

Árborg
Hraungerðishreppur
Mjólkurbú Flóamanna

Vík

Hjallatún

17. Norræna öldrunarfræðaráðstefnan í Stokkhólmi

Sigríður Jónsdóttir,
formaður Öldrunarfræðafélags
Íslands



Dagana 23.–26. maí 2004 var 17. Norræna öldrunarfræðaráðstefnan haldin í Stokkhólmi. Þar var fjallað um þær áskoranir sem norrænar þjóðir standa frammi fyrir á nýrri öld með breyttri aldurssamsetningu þjóðanna, sérstaklega auknum fjölda aldraðra og þá möguleika sem þessi breyting felur í sér.

Efni ráðstefnunnar spannaði vítt svið eins og líklegt er á þverfaglegri ráðstefnu; allt frá lífeðlisfræði til menningarfélagsfræði og allt þar á milli, en aðaláherslan var að vonum á lækningar, hjúkrun, félagsfræði og sálfræði.

Þátttakendur á ráðstefnunni voru u.þ.b. 700. Íslendingar fjölmenntu og lögðu sitt af mörkum, en tæplega 40 Íslendingar sóttu ráðstefnuna og a.m.k. 14 þeirra voru með kynningu. Alls voru um 400 kynningar á ráðstefnunni. Þær voru í ýmsum myndum m.a. í formi hátíðarfyrirlestra á sal, málstofa sem keyrðar voru samhliða 9 í senn alla dagana, að ógleymdum veggspjaldakynningunum, en þær höfðu meira vægi en á fyrri ráðstefnum.

Vísindadagskráin var opnuð með tveimur fyrirlestrum fyrsta daginn. Þann fyrri hélt Gunnhild Hagestad, prófessor í félagsfræði við Agder University College í Noregi og þann síðari Yngve Gustafsson öldrunarlæknir, prófessor frá Háskólanum í Umeå.

Gunnhild fjallaði í erindi sínu um hættuna sem samfélaginu stafar af aðskilnaði aldurshópa í samfélaginu. Hún lagði áherslu á að breyta þurfi opinberri stefnumótun í málefnum aldraðra og gera verði þá kröfu til nútíma stefnumótunar, að hún vinni gegn aðskilnaði aldurshópa og aldursfordómum. En aðskilnaður aldurs hópa leiðir af sér „stereotypiskar“ hugmyndir um hinn aldraða, sem svo verði til þess að stefnumótun verði einhæf. Færði hún rök fyrir því að aldursaðskilnaður vinni

gegn félagslegri samstöðu með því að hindra samskipti milli barna, unglinga, fullorðinna og aldraðra og að hann ali einnig á fordómum, sem sé bæði hættulegt samheldni í samfélaginu og heilsu okkar.

Ingve fjallaði um mikilvægi þverfaglegrar teymisvinnu við innlögn aldraðs einstaklings á sjúkrastofnun og var þá sérstaklega að beina sjónum að öldrunarmatinu. Hann lagði ríka áherslu á að öldrunarmat megi aldrei framkvæma af einum aðila, hvort sem það er hjúkrunarfræðingur, læknir, iðjuþjálfari eða félagsráðgjafi, svo dæmi séu nefnd. Hann vitnaði í rannsóknarniðurstöður sínar sem sýna fram á fjárhagslega hagkvæmni af starfi öldrunarteymis, en umönnun og endurhæfing, sem byggir á þverfaglegu öldrunarmati, minnkar bæði þörf á endurteknum stofnanainnlögnum og dánarlíkur ef því er að skipta. Einnig lagði hann ríka áherslu á það sem mestu máli skiptir og það er að lífsgæði fólks aukast. Aukin lífsgæði fáist m.a. með endurhæfandi aðgerðum, sem gripið er til á grundvelli öldrunarmatsins. Galdurinn felst að mati hans í þverfaglegu eðli öldrunarmatsins sem tekur til allra þátta lífsins, þegar vel tekst til, en ekki bara afmarkaðra þátta eins og líkamlegrar færni þar sem félagslegum þáttum s.s. fjölskyldu og vinum, félagslegum stuðningi og andlegri líðan er ekki gefinn gaumur.

A. Norberg frá hjúkrunarfræðiskor Háskólans í Umeå flutti opunarfyrirlestur á öðrum degi. Hún fjallaði um breytta sýn á heilabilun (dementiu) þar sem einstaklingurinn sjálfur er viðfangið og ekki er stuðst við sýn og skoðanir annarra, hvorki sérfræðinga né ættingja, á líðan einstaklingsins. Hún telur að við höfum á vissan hátt sett samasemmerki á milli heilabilunar og heilaleysis. Hún tók rökræðuna áfram og sagði að oft megi sjá þess merki að sett sé samasemmerki á milli heilabilunar og sálarleysis, sem liti svo viðmót og umgengni okkar við hinn heilabilaða. Í anda nýrrar sýnar er nýjum aðferðum beitt til að tengjast einstaklingnum og vísbendingar um líðan fengnar með því að túlka hegðun, hreyfingar og tal. Einnig er lærdómur dreginn af lífshlaupi einstaklingsins. Hún setur fram þá tilgátu að e.t.v. sé þessi breytta sýn eitt einkenni breyttra samfélagsgilda þar sem samskipti milli einstaklinga, samvinna og félagsleg tengsl hafi fengið veglegri sess en áður.

Hér hefur verið tæpt á megininntaki þriggja hátíðarfyrirlestra, sem allir gáfu innsýn í heim öldrunarfræð-

innar út frá sjónarmiðum ólíkra fagstétta. Það skemmtilega við öldrunarfræðina er hvað þessi sjónarmið eru farin að spila vel saman, sem án efa er árangur aukins þverfaglegs samstarfs og skilnings á gildi þess fyrir hinn aldraða, hvort sem er í rannsóknum á heilsu, lífslíkum og lífsstíl eða í starfi að umönnun og lækningum. Greinilegt er að Norræna öldrunarfræðafélagið, sem var stofnað árið 1973 í Óðinsvéum, hefur sinnt hlutverki sínu nokkuð vel, en það var í upphafi skilgreint sem fræðsla og það að tengja saman fólk m.a. með ráðstefnum af þeirri gerð sem sagt er frá hér. Þátttakendur komu úr ólíkum faghópum en allir fundu e-ð við sitt hæfi, þar eð þeir 700 einstaklingar sem þarna voru samankomnir gátu allir verið á sinni eigin ráðstefnu, ef frá eru taldir hátíðarfyrrilestrarnir. Slíkt var úrvalið, en um leið verður

það þrautin þyngri að gefa mynd af ráðstefnunni eða draga fram meginniðurstöður. Á því máli eru eflaust jafn mörg sjónarhorn og fjöldi einstaklinga sem þarna var samankominn. Undirrituð sótti t.d. málstofur um samspil hins opinbera, fjölskyldunnar og félagasamtaka í að veita þjónustu til að styðja einstaklinginn til að búa heima eins lengi og unnt er og um það hvernig þetta samspil hefur verið að breytast á síðustu öld og hver líkleg framtíðarþróun er, bæði fyrir einstaklinginn og samfélagið. Ef ég reyni að draga það fram, sem mér fannst standa upp úr er ég hafði melt allan boðskapinn, þá er það umræðan milli þeirra, sem vilja að í stefnumótun í málefnum aldradra verði lögð áhersla á bætt heilsu og breyttan lífsstíl aldradra og hinna sem óttast að með þeirri áherslu gleymist að standa vörð um hagsmuni þeirra veikustu.

M.ö.o. að með áherslunni á breyttan lífsstíl og bætt heilsu verði þeir veikustu sniðgengnir í skipulagningu þjónustunnar. Stefnumótun sem byggir á þeirri sýn að aldraðir séu virkir þátttakendur, sem taki ábyrgð á eigin lífi og heilsu þarf að mínu mati ekki að vera í andstöðu við þá áherslu, að samfélagið veiti góða þjónustu við sjúka aldradra hvort sem er inni á eigin heimili eða á hjúkrunarstofnun. En þessi umræða minnir okkur á að falla ekki í þá gildru að einfalda myndina. Til skamms tíma hefur verið til heldur einsleit mynd af öldruðum einstaklingi sem er hjálparþurfi og sjúkur og forsjárhyggjan hefur svifið yfir vötnunum. Ný sýn á öldrun og aldradra er að hluta til viðbrögð við þessari einföldun, sem e.t.v. leggur ofuráherslu á heilbrigði og sjálfstæði aldradra. Í dag eru allir hressir og heilbrigðir mikið lengur eða hvað? Við megum ekki einfalda myndina aftur með öfugum formerkjum. Aldraðir eru fjölbreyttur hópur sem spannar allan skalann bæði í félagslegu og heilsufarslegu tilliti eins og aðrir aldurs hópar. Það þurfum við fyrst og fremst að hafa hugfast, líka í stefnumótuninni. Hættan á einföldun og alhæfingum um aldradra er ávallt til staðar og þær leiða til aldursfordóma. Við skulum vera á varðbergi og vanda okkur – þetta snertir okkur öll.

ÖRUGGARI HEIMA

-með Öryggishnapp Securitas

Öryggishnappur Securitas rýtur mikilla vissuáka hjá fólki í öllum aldurshópum. Sé stutt á hnappinn sendir hann strax boð í stjórnsíð Securitas þar sem starfsmenn fyrirtækisins bregðast örugglega við. Öryggishnappurinn kemur því að göðum notum ef notandi hans þarf á bráði hjálpu að halda vegna slyss, veikinda, innbrots eða bruna.

Í flestum tilfellum fylgir því litill kostnaður að vera með Öryggishnapp. Ef þú þarft á honum að halda samkvæmt mati lækis þú veitir Tryggingastofnun ríkisins styrk til kaupa á þjónustann og viðskiptavinur greiðir síðan Securitas einungis lígt mánaðargjald. Haldu samband við þjónustuver Securitas í sínu 580 7100 og við hjálpu þér með fyrstu skrefin.



Þjónusta Securitas

Securitas er stærsta fyrirtæki landins í öryggisþjónustu fyrir einstaklinga, heimil og fyrirtæki. Á gæskuvelli Securitas starfa á örygd hundrað sérþjálfarar öryggisvörð. Þeir standa vaktir allan sólarhringinn, tilbúna að svara kalli frá stjórnsíð Securitas og stíflvísingum á hólum borgarinnar og í Akureyri. Þessi þjónusta er ókeypis og er tryggð öryggishnappi Securitas.

Þjónustuver sími 580 7100
Síðumúla 23 • 108 Reykjavík • Sími 580 7000 • Fax 580 7070
Sími á Akureyri 460 6261
www.securitas.is

Ocutears® augndropar



Ocutears eru nýir augndropar við augnþurki og ýmsum öðrum minniháttar óþægindum í augum. **Ocutears** er dauðhreinsaður, seigfljótandi, tær vökvi sem ver hornhímnuna. Hann samanstendur eingöngu af náttúrulegum lífrænum efnum og inniheldur engin rotvarnarefni. Ocutears er rakagefandi, ver og smyr augað og er notaður við augnþurki og langvarandi minniháttar óþægindum út frá

- hörðum og mjúkum kontaktlinsum
- loftræstingu, kulda, þurru lofti eða óhreinindum í lofti svo sem sígarettureyk
- álagi á augu t.d. við vinnu við tölvuskjá, nákvæmnisvinnu eða langtíma keyrslu

Ocutears inniheldur m.a. Natríumhýaluronat sem er efni sem líkaminn framleiðir sjálfur m.a. í liðum og augum til að hafa rakagefandi og smyrjandi áhrif. Verði skortur á þessu efni í augunum geta komið fram einkenni eins og augnþurkur o.fl.

Umboð á Íslandi: Thorarensen Lyf ehf. - Lynghálslí 13 - 110 Reykjavík - Sími 530 7100

Við hlökkum til að hitta þig!

KRISTINA: kristina@stod.is
GÍSLNÝ BÁRA: bara@stod.is
BORGÞÓR: borgthor@stod.is



Við eigum heima að Trönuhrauni 8 í Hafnarfirði. Þar finnur þú m.a. nýja og fullkomna hjólastóla, göngugrindur, sjúkrarúm og hjálpertæki af ýmsum gerðum. Komdu hingað í Fjörðinn og skoðaðu úrvalið í nýja húsnæðinu okkar.



Trönuhrauni 8 • Sími 565 2885 • stod@stod.is

www.stod.is

Faglegar ræstingar á heilbrigðisstofnunum

Fagmennska
í áratugi

ISS þjónustar:

Sjúkrastofnanir
Öldrunarstofnanir
Hjúkrunarheimili
Rannsóknarstofur
Heilsugæslustöðvar
Meðferðarstofnanir
Læknastofur
Sambyli
Sóttvarnir/hreinsun

Ávinningur:

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
ISS tryggir fagleg vinnubrögð

Hjá ISS Ísland starfa um 630 starfsmenn.

Á heilbrigðisviði er unnið m.a. við reglulega ræstingu, bítibúr, mótuneyti, sóttvarnir og önnur sérverkefni. ISS starfar skv. skilgreindu gæðakerfi og framkvæmdar eru árangursmælingar sem tryggja fagmannleg vinnubrögð og öryggi við afhendingu þjónustu.



ISS Ísland - Ármúla 40 - 108 Reykjavík - Sími 5 800 600 - Fax: 5 800 666 - www.iss.is - sala@iss.is
Tryggvabraut 10 - 600 Akureyri - Sími 460 6250 - Fax: 462 7842

Detrusitol® Retard (tolterodin) RE

Hvert hylki inniheldur: Tolterodintartrat 2 mg og 4 mg, samsvarandi tolterodini 1,37 mg eða 2,74 mg. Litarefni í 1,4 mg forðahylkinu: Indigókarmín (E132), gult járnóxið (E172) og titantvioxíð (E 171). **Litarefni í 2,8 mg forðahylkinu:** Indigókarmín (E132) og titantvioxíð (E 171). **Ábendingar:** Meðferð á heilkenni ofvirkar blöðru (overactive bladder syndrome) með bráðum þvaglátum, með eða án bráða þvagleka, yfirleitt með tíðum þvaglátum eða næturþvaglátum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Forðahylkin má taka með mat eða án og þau verður að gleypa í heilu lagi. Eftir 6 mánaða meðferð skal endurskoða þörf fyrir áframhaldandi meðferð. **Skammtastærðir handa fullorðnum (þar með talið aldraðir):** Ráðlagður skammtur er 2,8 mg einu sinni á sólarhring. Hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi er ráðlagður skammtur 1,4 mg einu sinni á sólarhring. Komi óþægilegar aukaverkanir fram má minnka skammtinn úr 2,8 mg í 1,4 mg einu sinni á sólarhring. **Skammtastærðir handa börnum:** Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun hjá börnum. Notkun Detrusitol Retard forðahylkja er því ekki ráðlögð handa börnum fyrr en frekari upplýsingar liggjá fyrir. **Frábendingar:** Frábendingar fyrir notkun tolterodins eru: Þvagteppa (urinary retention). Ómeðhöndluð (uncontrolled) þrönghornsglaka. Vöðvaslensfár. Þekkt ofnæmi fyrir tolterodini eða einhverju hjálparefnum. Alvarleg sárisastilbólga. Rísaristill vegna bólgu (toxic megacolon). **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Gæta skal varúðar við notkun tolterodins hjá sjúklingum með: Marktæka tæmingarhindrun þvagblöðru (bladder outlet obstruction) og hættu á þvagtreðgu. Þrengsli í meltingarvegi t.d. þortþrengsli í maga. Skerta nýrnastarfsemi. Taugakvilla í ósjálfráða taugakerfinu. Vélindisgapshaul (hiatus hernia). Hættu á skertum hreyfanleika í meltingarvegi. Svo sem við á um önnur lyf í þessum flokki skal gæta varúðar hjá sjúklingum með þekkta áhættuþætti hvað varðar lengingu QT-bils (þ.e. kaliumbrestur, hægsláttur og samhliða notkun lyfja sem þekkt er að lengja QT-bil) og eru með hjartasjúkdóm sem skiptir máli hvað þetta varðar (þ.e. hjartavöðvablöðþurrð, sláttarglöp, hjartabilun). Svo sem ætíð á við þegar heilkenni ofvirkar blöðru er meðhöndlað skal athuga skal líffræðilegar ástæður fyrir bráða þvagleka og tíðum þvaglátum áður en meðferð er hafin. Samtímis notkun öflugra CYP3A4-hemla er ekki ráðlögð (sjá Milliverkanir). Sjúklingar með sjaldgæfa, erfðabundna sjúkdóma er varða frúktósaóþol, skert frásog glúkósu-galaktósu eða skerta virkni súkrasa-isómaltsa eiga ekki að nota þetta lyf. **Milliverkanir:** Ekki er mælt með samhliða notkun öflugra CYP3A4-hemla til almennrar (systemic) notkunar eins og sýklalyfja í flokki makrólíða (erytrómýsín og klaritromýsín), sveppalyfja (t.d. ketoconazol og itraconazol) og próteasa-hemla, vegna aukinnar þéttni tolterodins í sermi hjá þeim sem eru með lítil CYP2D6 umbrot og eru í hættu hvað varðar ofskömmtun. Verkun og aukaverkanir tolterodins geta aukist við samhliða notkun lyfja sem hafa andmúskarínvirk áhrif. Hins vegar getur verkun tolterodins minnkað við samhliða notkun lyfja með múskarínkólnirvirk áhrif (muscarinic cholinergic receptor agonists). Tolterodin getur dregið úr verkun hreyfingahvetjandi lyfja eins og metóklópramíðs og cisapríðs. Samhliða notkun með flúoxetíni (öflugur CYP2D6-hemill) veldur ekki klínískt marktækri milliverkun því tolterodin og CYP2D6 háð umbrotsefni þess, 5-hýdroxýmetýltolterodin, eru jafnvirk. Rannsóknir á milliverkunum við lyf hafa hvorki leitt í ljós milliverkanir við warfarín né samsett getnaðarvarnarylf (etinýlestradíól/levonorgestrel). Klínísk rannsókn hefur gefið viðbendingar um að tolterodin hamlar ekki umbrota sem verða fyrir tilstilli CYP2D6, 2C19, 3A4 eða 1A2. **Meðganga og brjóstgjöf:** Ekki mælt með notkun Detrusitol Retard á meðgöngu. Forðast skal notkun tolterodins þann tíma sem barn er haft á brjósti. **Akstur og stjórnun vinnuvæla:** Þar sem lyfið getur valdið sjónstillingartruflunum og haft áhrif á viðbragðsflýti getur það dregið úr hæfni til aksturs og notkunar véla. **Aukaverkanir:** Tolterodin getur valdið vægum til í meðballagi miklum andmúskarínvirkum áhrifum t.d. munnþurrki, meltingartruflun og augnþurrki. Algengar (>1%): Augnþurrkur, geðlleg sjón þar á meðal sjónstillingartruflanir. Almennar: Þreyta, höfuðverkur, brjóstverkur. Meltingarfæri: Meltingartruflanir, hægðatrenging, kvíðverkur, vindgangur, uppköst. Taugakerfi: Sundl, svefnhöfug, náladofi (paraesthesia). Geðrænir: Taugaóstyrkur. Húð og undir húð: Húðþurrkur. Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennar: Bjúgur, bjúgur á útlísum. Geðrænir: Rugl. Nýru og þvagfæri: Þvagteppa (urinary retention). Ónæmiskerfi: Ofnæmi, ekki nánar tilgreint. Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): Geðrænir: Ofskynjanir. Hjarta: Hraðsláttur. Aðrar aukaverkanir sem greint hefur verið frá við notkun tolterodins eru bráðofnæmi þ.m.t. ofsabjúgur (kemur órsjaldan fyrir) og hjartabilun (kemur órsjaldan fyrir). Hjartsláttarótt og sláttarglöp (mjög sjaldgæf) eru þekktar aukaverkanir fyrir þennan lyfjaklokk. **Útlitsýsing:** 1,4 mg forðahylkið er blágrænt með hvítri áletrun (tákn og 2). 2,8 mg forðahylkið er blátt með hvítri áletrun (tákn og 4). **Markaðsleyfishafi:** Pfizer AP, Laudrupvang 8, 2750 Ballerup, Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatún 2, Garðabær. **Pakkingar og verð 1. október 2004:** Forðahylki, hart 1,4 mg: 30 stk. kr. 6.863,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 30 stk. kr. 7.100,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 100 stk. kr. 20.035,- Styttning á texta Sérlyfjaskrár júlí 2004. Hægt er að nálgast sérlyfjaskrártexta og samantekt á eiginleikum lyfs SPC í fullri lengd hjá lyfjaumboðsdeild Pfizer, PharmaNor hf.

Heimildir: 1. Paul Siami, MD, Larry S. Siedman, MD and Daniel Lama, MD. "The Speed of Onset of Therapeutic Assessment Trial (STAT)", vol 24, nno. 4, April 2002.



Aricept – Pfizer

TÖFLUR; R. 0. Hver tafla inniheldur: Donepezilum INN, hýdróklóríð, 5 mg eða 10 mg, samsvarandi Donepezilum INN 4,56 mg eða 9,12 mg. Töflurnar innihalda hjálparefnið mjólkursukur (laktósu). **Ábendingar:** Lyfið er ætlað til einkennamedferðar á vægum eða meðalsvæstum Alzheimerssjúkdómi. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir/aldraðir: Upphafsskammtur er 5 mg einu sinni á dag. Lyfið á að taka inn að kvöldi rétt fyrir svefn. Halda skal 5 mg skammti óbreyttum í a.m.k. einn mánuð til að unnt sé að meta fyrstu áhrif meðferðarinnar svo og til að ná stöðugri donepezil þéttni. Þegar klínískt mat hefur verið lagt á meðferð fyrsta mánuðinn með 5 mg á dag má auka skammt af donepezili í 10 mg einu sinni á dag. Hámarksskammtur sem mælt er með er 10 mg á dag. Þegar lyfjamedferð er hætt dregur smám saman úr þeim gagnlegu áhrifum sem donepezil hafði. Ekkert bendir til versunar sjúkdómsins sé lyfjamedferð hætt skyndilega. **Skert nýrna- og lifrarstarfsemi:** Fylgja má sömu skammtaleiðbeiningum fyrir sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi eða væga til meðalskerta lifrarstarfsemi, þar eð þessir sjúkdómar hafa ekki áhrif á klerans donepezils. **Börn:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Lyfið á ekki að gefa sjúklingum með þekkt ofnæmi fyrir donepezili, píperídnalíeíðum eða öðrum innihaldsefnum lyfjaformansins. Þungun er frábending við notkun Aricept. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Meðferð skal ákveðin og með henni fylgst af lækni, sem hefur reynslu í greiningu og meðferð á Alzheimerssjúkdómi. Greining sjúkdómsins skal gerð samkvæmt viðurkenndum leiðbeiningum (t.d. DSM IV, ICD 10). Meðferð með donepezili skal því aðeins hafin að einhver nákominn sjúklingi eða annar umönnunaraðili sé tilbúinn til þess að stjórna töku lyfsins nákvæmlega. Meta skal hvort hætta á meðferðinni ef ekki sjást lengur merki þess að hún hafi klínísk áhrif. Ekki er hægt að sjá fyrir svörum hvers einstaklings við donepezili. Notkun donepezils hjá sjúklingum með Alzheimerssjúkdóma á háu stigi, andlega hnignun af öðrum toga eða skert minni (t.d. skilvitalega skerðingu fyrir aldurs sakir) hefur ekki verið rannsökuð. **Svæfingar:** Þar sem donepezil er kólnesterasahemill mun það að öllum líkindum auka vöðvaslakandi verkun súxametónlyfja meðan á svæfingu stendur. **Hjarta- og æðakerfi:** Vegna lyfjafræðilegrar verkunar kólnesterasahemla geta þeir haft kólnirvirk áhrif á hjartsláttartíðni (t.d. valdið hægum hjartslætti). Líkur á þessari verkun getur einkum skipt máli fyrir sjúklinga með "sick-sinus" heilkenni eða aðrar ofanslegis leiðnitrufanir í hjarta eins og t.d. SA leiðslurof eða gátta-slegla rof. Greint hefur verið frá tilvikum um yfirlið og krampaköst. Þegar rannsakaðir eru sjúklingar sem verða fyrir slíku er mælt með því að hugað sé að leiðnitrufun í hjarta (heart block) og löngum hléum (sinusal pauses). **Meltingarfæri:** Hjá sjúklingum, sem auknar líkur eru á að fái magasár, skal fylgjast með einkennum þar um, t.d. hjá þeim, sem hafa sögu um magasár eða sjúklingum, sem samtímis taka inn bölgueyðandi gigtarlyf. **Þvagfæri:** Kólnirvirk efni geta valdið þvaglátatrengingu enda þótt það hafi ekki komið fram í klínískum rannsóknum með donepezil. **Taugakerfi:** Krampaköst: Nokkrar líkur eru á að kólnirvirk efni geti valdið krampaköstum (útbreiddum rykkjakrömpum). Hins vegar geta krampaköst einnig verið afleiðing Alzheimerssjúkdómsins. **Lungu:** Vegna kólnirvirkar verkunar kólnesterasahemla skal gæta varúðar við notkun þeirra hjá sjúklingum með sögu um astma eða lungnateppu (obstructive pulmonary disease). Forðast skal notkun donepezils samtímis öðrum asetylólínesterasahemlum eða efnum sem örva eða hemla kólnirvirka kerfið. **Milliverkanir:** Rannsóknir *in vitro* hafa sýnt, að cýtókóróm P450 ísöenzýmin 3A4 og í minna mæli 2D6, hafa áhrif á umbrot donepezils. Rannsóknir á milliverkunum, sem gerðar hafa verið *in vitro* sýna, að ketókonázól, sem hamlar CYP3A4 og kíníðin, sem hamlar CYP2D6, hindra umbrot donepezils. Þau geta því hindrað umbrot donepezils eins og aðrir CYP3A4 hamlar eins og t.d. ítrakónázól og erytrómýsín og CYP2D6 hamlar eins og t.d. flúoxetín. Í rannsókni á heilbrigðum einstaklingum jókst þéttni donepezils um 30% að meðaltali þegar ketókonázól var gefið samtímis. Enzýmhetjandi efni, eins og t.d. rifampísín, fenýtóín, karbamazepín og etanól, geta lækkað blóðþéttni donepezils. Þar sem ekki er vitað hversu mikil hamlandi eða hvetjandi verkunin er, skal fara varlega í að nota blöndur þessara efna. Donepezil getur haft áhrif á verkun andkólnirvirkra lyfja. Jafnframt eru samverkandi áhrif hugsanleg við samtímis meðhöndlun með efnum eins og t.d. súxametóni, öðrum vöðvaslakandi/hamandi efnum, kólnirvirkum lyfjum eða beta-blokkum, sem hafa áhrif á leiðslu hjartans. **Meðganga og brjóstgjöf:** Notkun á meðgöngutíma: Aricept á ekki að nota. **Notkun við brjóstgjöf:** Ekki er vitað hvort donepezil skilist út í brjóstamjólk kvenna og engar rannsóknir hafa verið gerðar á konum með börn á brjósti. Konur sem nota Aricept eiga því ekki að hafa barn á brjósti. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanirnar (tíðni (5%) voru niðurgangur, sínadráttur, þreyta, ógleði, uppköst og svefntruflanir. Aðrar algengar aukaverkanir (tíðni (5%) voru höfuðverkur, verkir, óhöpp (slys), kvef, óþægindi í kvíðarholi og svimi. Yfirlið, hægsláttur og órsjaldan hefur verið greint frá hnúts- og gáttaleiðslurofi (sinoatrial block), gátta-slegla rofi og krömpum. Einstöku tilvik eru skráð um skerta lifrarstarfsemi þ.m.t. lifrabólgu. Ef skert lifrarstarfsemi af óþekktri orsök kemur fram þarf að huga að hætta notkun Aricept. Eftir að lyfið var sett á almennan markað hefur verið greint frá geðrænum truflunum hjá sjúklingum, þ.m.t. ofskynjunum, æsing og árársarhneigð, en þessi einkenni hafa horfið þegar skammtar hafa verið lækkaðir eða meðferð hætt. Einnig hefur verið skýrt frá lystarleysi, maga- og skeifugamarsári og blæðingum frá meltingarvegi. Smávægileg aukning á blóðþéttni kreatínínkínasa frá vöðum hefur sést. **Ofskömmtun:** Ofskömmtun kólnesterasa hemla getur leitt til kólnirvirkniþreppu, sem einkennist af svæsinni ógleði, uppköstum, aukinni munnavnasmýndun, aukinni tilhneigingu til að svitna, hægum hjartslætti, lágbýrtingi, öndunarslævingu, losti og krömpum. Aukinn vöðvaslæpleiki er hugsanlegur og náð hann til vöðva í öndunarferlum getur hann leitt til dauða. Eins og ávallt við ofskömmtun skal beita almennri einkennamedferð. **Lyfhrif:** Donepezil er sérhæfður og afturkræfur hemill á asetylólínesterasa, sem er ríkjandi kólnesterasi heilans. Donepezil hefur *in vitro* meira en 1000 sinnum meiri hömlun á þetta enzým en butýrylólínesterasa, en það er enzým sem einkum finnst utan miðtaugakerfisins. **Pakkingastærðir og verð (1. ágúst. 2001):** Töflur 5 mg: 28 stk. (þynnupakkað), verð: 12.545 kr., 98 stk. (þynnupakkað), verð: 38.063 kr. Töflur 10 mg: 28 stk. (þynnupakkað), verð: 15.025 kr., 98 stk. (þynnupakkað), verð: 45.958 kr. Að ákveðnum skilyrðum uppfylltum og að fenginni umsókn frá sérfræðingum í geðlækningum, taugalækningum og öldrunarlækningum getur Tryggingastofnun ríkisins gefið út lyfjaskírteini sem veitir heimild til greiðsluþátttöku samkvæmt merkingunni E. Nánari upplýsingar um lyfið er að finna í Sérlyfjaskrá 2001.



Hefur þú lært að lifa með þessu?

Merkjanleg áhrif eftir eina viku

Meira en 80% af sjúklingum merkja áhrif af meðhöndlun með Detrusitol® Retard (tolterodine) á innan við viku, en full áhrif nást eftir lengri tíma¹.



PharmaNor hf., Hörgatún 2, 210 Garðabæ
Sími: 535 7000, fax: 565 9292, www.doktor.is

 **Detrusitol Retard**
tolterodin

2,8 mg X 1



Er ég veik eða bara gömul þegar ég
gleymi nafni dóttur minnar?



Aricept® (dónepezíl)

Hver dagur telur